THSF

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า

THAI HEALTH SCIENCES FRONTIERS



ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 กันยายน – ธันวาคม 2569

Vol. 1 No. 1 September – December 2026

ISSN XXXX-XXXX (Print) | ISSN XXXX-XXXX (Online)

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า

Thai Health Sciences Frontiers (THSF)

จัดทำโดยบริษัทคีย์ดาต้า ประเทศไทย จำกัด เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เชื่อมโยงองค์ความรู้สู่การปฏิบัติจริงในระดับคลินิก โรงพยาบาลชุมชน และระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างเครือข่ายวิชาการของบุคลากรวิชาชีพสุขภาพทุกสาขาในประเทศไทย

ที่ปรึกษา

	แพทย์หญิง พัชราภรณ์ จันทร์ลุน	นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

กองบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า

บรรณาธิการ	**ดร.ชลธิรา ชุ่มมณี**	ข้าราชการบำนาญ (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ) โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
บรรณาธิการรอง	**นายแพทย์ศิวบูลย์ ชัยสงคราม**	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี
กองบรรณาธิการ	**ผศ.ดร.ณิชชาภัทร ขันสาคร**	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	แพทย์หญิงพัชราภรณ์ จันทร์ลุน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ
	ดร.แสงโฉม ศิริพานิชย์	ข้าราชการบำนาญ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ) กรมควบคุมโรค
	ดร.อดิศักดิ์ พละสาร	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
	นางสาวนิตยา แสงประจักษ์	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
	นายอภิสิทธิ์ เชื้อคำเพ็ง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา สถาบันพระบรมราชชนก
	ดร.วิทยา พลนาคู	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ผู้จัดพิมพ์	บริษัทคีย์ดาต้า ประเทศไทย จำกัด (Key Data Company Limited)
ติดต่อวารสาร	โทร. 064-314-6622 E-mail : keydatacorp@gmail.com
ที่อยู่	314/127 ถนนสุขุมวิท 40 แขวงพระโขนง เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร 10110 เว็บไซต์ ระบบ ThaiJO
กำหนดเผยแพร่	ปีละ 3 ฉบับ (มกราคม–เมษายน, พฤษภาคม–สิงหาคม, กันยายน–ธันวาคม)

คำแนะนำในการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า (Thai Health Sciences Frontiers: THSF) ยินดีรับบทความวิชาการและบทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพทุกสาขาวิชาชีพ ได้แก่ การพยาบาล การแพทย์ เภสัชกรรม กายภาพบำบัด สาธารณสุขชุมชน และการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง มีหลักเกณฑ์และข้อแนะนำ ดังนี้

1. บทความที่ส่งตีพิมพ์

บทความวิจัยต้นฉบับ (original research article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ของผู้เขียน รวมถึงงานวิจัยและพัฒนา (R&D) และการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น ควรประกอบด้วยหัวข้อตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์การวิจัย สมมติฐาน (ถ้ามี) กรอบแนวคิดในการวิจัย (ถ้ามี) วิธีดำเนินการวิจัย เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ ผลการวิจัย สรุปและอภิปราย ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศระหว่างข้อเสนอแนะและเอกสารอ้างอิงก็ได้ ผู้นิพนธ์รวมไม่เกิน 8 คน

บทความวิชาการ (academic article) เป็นบทความที่นำเสนอองค์ความรู้ แนวคิด หรือประสบการณ์ทางวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เชื่อถือได้ ประกอบด้วย บทนำ เนื้อหา บทสรุป และเอกสารอ้างอิง ผู้นิพนธ์รวมไม่เกิน 5 คน

บทความปริทัศน์ (review article) เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง

รายงานผู้ป่วย (case report) เป็นรายงานผู้ป่วยหรือกรณีศึกษาที่น่าสนใจ ซึ่งให้ข้อคิดหรือแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติทางคลินิก ประกอบด้วย บทนำ รายงานผู้ป่วย อภิปราย สรุป และเอกสารอ้างอิง ทั้งนี้ต้องไม่เปิดเผยข้อมูลที่ระบุตัวตนของผู้ป่วย และต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรม

บทความทุกประเภทมีความยาวไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ A4 รวมตาราง ภาพ และเอกสารอ้างอิง

2. การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง ควรสั้น กะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ใช้คำย่อ

ชื่อผู้เขียน (เจ้าของบทความ) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช้คำย่อ) พร้อมทั้งระบุตำแหน่ง หน่วยงานต้นสังกัด และที่อยู่อย่างละเอียด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และระบุผู้นิพนธ์ประสานงาน (corresponding author) พร้อม E-mail ที่ติดต่อได้

บทคัดย่อ คือการย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขสถิติเฉพาะที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อ ๆ ความยาวไม่เกิน 300 คำ ต่อบทคัดย่อ โดยให้ครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์

วัสดุและวิธีการ ผลและวิจารณ์ หรือข้อเสนอแนะอย่างย่อ ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงในบทคัดย่อ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

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

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่นำไปสู่ความจำเป็นในการทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง และช่องว่างขององค์ความรู้ที่งานวิจัยนี้จะเติมเต็ม

วัตถุประสงค์การวิจัย สมมติฐาน และกรอบแนวคิดในการวิจัย ระบุวัตถุประสงค์ให้ชัดเจนและวัดผลได้ สมมติฐานและกรอบแนวคิดในการวิจัยให้ระบุเมื่อมี

วิธีดำเนินการวิจัย อธิบายรูปแบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง วิธีการคำนวณและเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีวิเคราะห์ข้อมูลหรือหลักสถิติที่ใช้ รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยระบุชื่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่หนังสือรับรอง และวันที่ได้รับการรับรอง

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ อธิบายลักษณะของเครื่องมือ การสร้างหรือที่มาของเครื่องมือ และผลการตรวจสอบคุณภาพ เช่น ความตรงตามเนื้อหา (CVI/IOC) และความเที่ยง (reliability)

ผลการวิจัย อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยตามลำดับหัวข้อตามวัตถุประสงค์ โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ หากมีตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ควรใช้ตาราง โดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขซ้ำกับข้อมูลที่ปรากฏในตาราง ยกเว้นข้อมูลสำคัญ ชื่อตารางให้วางไว้เหนือตาราง พร้อมระบุจำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n) ส่วนชื่อภาพหรือแผนภูมิให้วางไว้ใต้ภาพ บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 3–5 ตาราง

สรุปและอภิปราย ควรเขียนอภิปรายผลเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้ ว่าตรงหรือแตกต่างไปหรือไม่ เพียงใด เพราะเหตุใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการวิจัยของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอที่อาจนำผลการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติ การบริหาร หรือนโยบาย และข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือหรือมีผู้สนับสนุนที่สำคัญจากที่ใดบ้าง รวมทั้งแหล่งทุนวิจัย มีย่อหน้าเดียว

เอกสารอ้างอิง ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver) โดยใส่หมายเลขในวงเล็บเหลี่ยม [ ] ไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง ใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำ ให้ใช้หมายเลขเดิม รายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่องให้เรียงลำดับตามการอ้างอิงก่อน-หลังในเนื้อหา ควรอ้างอิงเอกสารที่มีอายุไม่เกิน 10 ปี ยกเว้นตำราที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา หากเป็นเอกสารภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ แล้วต่อท้ายด้วย (in Thai)

การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย หัวข้อย่อยให้เว้นระยะ 3–5 ตัวอักษร

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3.1 การอ้างอิงวารสาร

รูปแบบมีดังนี้

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

วารสารภาษาอังกฤษ

ใช้ชื่อสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อ ใช้ชื่อวารสารเป็นชื่อย่อตามระบบ Index Medicus

วารสารภาษาไทย

แปลรายการอ้างอิงทั้งหมดเป็นภาษาอังกฤษตามรูปแบบเดียวกับวารสารภาษาอังกฤษ ใช้ปีคริสต์ศักราช และต่อท้ายด้วย (in Thai)

ในกรณีที่มีผู้แต่งมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แล้วตามด้วย et al.

ตัวเลขหน้า ใช้ตัวเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับหน้าสุดท้าย เช่น 131-156 ใช้เป็น 131-56 และไม่เว้นวรรคระหว่างเครื่องหมาย ; และ : ในการระบุปีที่พิมพ์ ปีที่(ฉบับที่) เลขหน้า

1. 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.

2. Jaidee S, Meesuk S. Effects of a diabetes care program. Thai Journal of Nursing. 2023;15(2):45-58. (in Thai)

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

รูปแบบอ้างอิงหนังสือหรือตำราผู้แต่งเขียนทั้งเล่ม

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. (ครั้งที่พิมพ์ใส่เฉพาะการจัดพิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป)

1. Gilstrap LC, Cunningham FG. Operative obstetrics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

2. Chaturanon W. Critical care nursing. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2022. (in Thai)

รูปแบบอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. In: ชื่อบรรณาธิการ, editor. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

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

3.3 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book)

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปีพิมพ์ [cited ปี เดือน วันที่]. Available from: URL address

บทความวารสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ต

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

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

บทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (DOI number)

1. Degenhardt L, Bohnert KM, Anthony JC. Assessment of cocaine and other drug dependence in the general population: "gated" vs. "ungated" approaches. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2008 Mar [cited 2010 Apr 15];93(3):227-32. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756072/ doi:10.1016/j.drugalcdep.2007.09.024

3.4 การอ้างอิงอื่น ๆ

รายงานการประชุม สัมมนา

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. In: ชื่อบรรณาธิการ, editor. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1. Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

วิทยานิพนธ์

ลำดับที่. 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. (in Thai)

บทความในหนังสือพิมพ์

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์. ปี เดือน วันที่; ส่วนที่: เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Word หน้าเดียวลงบนกระดาษขนาด A4 ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 พอยต์ ระยะขอบทุกด้าน 2.54 เซนติเมตร ไม่แบ่งเนื้อหาเป็น 2 คอลัมน์ ความยาวไม่เกิน 15 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง โดยจัดรูปแบบตาม Template ของวารสาร

4.2 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษขาว ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นไฟล์ภาพ .jpg ความคมชัดไม่ต่ำกว่า 600×800 pixels การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในภาพ ควรกำกับหมายเลขของภาพประกอบ เพื่อการจัดเรียงพิมพ์ได้อย่างถูกต้อง

4.3 ส่งต้นฉบับ (ไฟล์ Word) พร้อมแบบฟอร์มส่งบทความวิชาการ/บทความวิจัย ระบุชื่อ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ และ E-mail ของผู้เขียนที่ติดต่อได้สะดวก มายังบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า ทาง E-mail: keydatacorp@gmail.com โทร. 064-314-6622 เมื่อบรรณาธิการพิจารณาแล้วว่าบทความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตของวารสาร ผู้เขียนจึงส่งบทความเข้าสู่ระบบ ThaiJO

4.4 บทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (COA) ของโครงการที่ส่งบทความเข้ามาตีพิมพ์

4.5 บทความวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือดุษฎีนิพนธ์ ให้แนบหนังสือรับรองจากอาจารย์ที่ปรึกษาหลักและหลักฐานการตรวจสอบการลอกเลียนงานวรรณกรรม (เช่น อักขราวิสุทธิ์) ถ้ามี

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 ต้นฉบับทุกเรื่องจะได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 ท่าน แบบ double-blind peer review

5.3 เรื่องที่ไม่ได้รับการพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.4 หากผู้เขียนไม่แก้ไขบทความตามที่กองบรรณาธิการกำหนด หรือกองบรรณาธิการไม่ได้รับการประสานใด ๆ วารสารขอสงวนสิทธิ์การรับบทความของผู้เขียนในครั้งต่อไป

6. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

วารสารเรียกเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์หลังจากบทความได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์แล้วเท่านั้น ในอัตราบทความภาษาไทย 4,500 บาท และบทความภาษาอังกฤษ 6,500 บาท โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร ชื่อบัญชี บริษัทคีย์ดาต้า จำกัด ธนาคาร: ไทยพาณิชย์ (SCB) สาขาเกตเวย์เอกมัย กรุงเทพฯ เลขที่บัญชี 416-013-9078 แล้วส่งใบชำระค่าตีพิมพ์และหลักฐานการโอนเงินมายัง E-mail: keydatacorp@gmail.com

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า ถือว่าเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง กองบรรณาธิการมีสิทธิ์จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสมได้ ทั้งนี้บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ถือเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า (บริษัทคีย์ดาต้า จำกัด)

ผลงานทุกเรื่องได้รับการพิจารณา
จากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 ท่าน
แบบ double-blind peer review
ก่อนลงตีพิมพ์ในวารสาร

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า
เผยแพร่แบบ Open Access
ผู้อ่านเข้าถึงทุกบทความได้
โดยไม่มีค่าใช้จ่าย

บทบรรณาธิการ

Editorial

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า (Thai Health Sciences Frontiers: THSF) ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (กันยายน – ธันวาคม 2569) เป็นฉบับปฐมฤกษ์ที่กองบรรณาธิการมีความภาคภูมิใจเป็นอย่างยิ่งในการนำเสนอต่อผู้อ่าน วารสารนี้ก่อตั้งขึ้นด้วยความมุ่งหมายที่จะเป็นเวทีทางวิชาการสำหรับบุคลากรวิชาชีพสุขภาพทุกสาขา ในการเผยแพร่ผลงานวิจัยและนวัตกรรมที่เชื่อมโยงองค์ความรู้สู่การปฏิบัติจริงในระดับคลินิก โรงพยาบาลชุมชน และระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ในฉบับนี้ ผู้อ่านจะได้พบกับบทความวิจัยและบทความวิชาการที่หลากหลาย ครอบคลุมทั้งด้านการพยาบาล การแพทย์ เภสัชกรรม สาธารณสุขชุมชน และการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย ทุกบทความผ่านการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 ท่าน แบบ double-blind peer review เพื่อให้มั่นใจในคุณภาพและความน่าเชื่อถือทางวิชาการ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าองค์ความรู้จากบทความเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานบริการสุขภาพ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทการทำงานของผู้อ่านได้อย่างเป็นรูปธรรม

กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ให้ความไว้วางใจส่งผลงานมาตีพิมพ์ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่สละเวลาอันมีค่าในการพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งที่ปรึกษาและคณะกรรมการทุกท่านที่ร่วมผลักดันให้วารสารฉบับแรกนี้สำเร็จลุล่วง วารสารยินดีรับบทความจากนักวิชาการและบุคลากรสุขภาพทุกท่าน และพร้อมรับฟังข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป

ดร.ชลธิรา ชุ่มมณี

บรรณาธิการ

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า

สารบัญ

Contents

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 กันยายน – ธันวาคม 2569 | Vol. 1 No. 1 September – December 2026

เรื่อง (Contents)	หน้า
บทบรรณาธิการ Editorial	
บทบรรณาธิการ ดร.ชลธิรา ชุ่มมณี	ช
บทความวิจัย Research Articles	
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มที่ตรวจ Fittest พบผลบวก ตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ สุชาวดี ศรีมุงคุณ	1
ผลการพัฒนาเครือข่ายระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชน ตำบลขมิ้น อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ชวน อะโนศรี	18
ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร วรรณวิสา ทิพย์วงค์	34
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดหลังจำหน่ายในระยะถอนพิษยา เพื่อป้องกันการเสพซ้ำ โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ แพทย์หญิง พัชราภรณ์ จันทร์ลุน	65
การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง ตำบลสาวะถี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ปภัชญา ประทุมวัน	78
บทความปริทัศน์ / รายงานผู้ป่วย Review Article / Case Report	
การพยาบาลฉุกเฉินผู้คลอดวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย: กรณีศึกษา วรรณนภา ประดิษฐ์	51

Thai Health Sciences Frontiers
วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า
THSF

บทความวิจัย | RESEARCH ARTICLE

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มที่ตรวจ Fittest พบผลบวก ตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

Effects of a Health Literacy Promoting Program on Health Behaviors among Fecal Immunochemical Test (FIT)-Positive Individuals in Kuddon Subdistrict, Huaimek District, Kalasin Province

สุชาวดี ศรีมุงคุณ[1]

Suchawadee Srimungkhun[1]

[1]นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

☐ **รับบทความ:** [12 กันยายน 2569 ปี] ✓ **แก้ไขบทความ:** [13 กันยายน 2569] ☑ **ตอบรับบทความ:** [11 ตุลาคม 2569]

การอ้างอิง (Citation): [Srimungkhun S. Effects of a Health Literacy Promoting Program on Health Behaviors among Fecal Immunochemical Test (FIT)-Positive Individuals in Kuddon Subdistrict, Huaimek District, Kalasin Province. Thai Health Sci Front. 2569;ปีที่ 1 (ฉบับ1) :เลขหน้า.1-17 doi: [DOI]]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มที่ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงพบผลบวก ดำเนินการเดือนมกราคม-กันยายน พ.ศ. 2569 รวม 9 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนอายุ 50-70 ปี ที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นบวก จำนวน 60 คน แบ่ง 2 กลุ่มๆละ 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแบบประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test, Independent sample t-test) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คาดการณ์ได้ว่าเป็นผลจากการขาดกระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เจาะจงกับกลุ่มที่ตรวจพบผลบวกจากการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จากการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้น ภายหลังการใช้โปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็น 6.73±1.46 คะแนน คะแนนทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็น 32.57±2.93 คะแนน คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นเป็น 39.30±2.89 คะแนน และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็น 39.87±2.32 คะแนน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 7.67, 19.37, 22.60, 20.96$ และ $t = 5.65, 17.43, 19.02, 18.60$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง, การตรวจคัดกรอง FIT test

Abstract

This study is a quasi-experimental research design (Two-group pretest-posttest design), conducted using both qualitative and quantitative methods. The objective was to examine the effects of a health literacy promotion program on health behaviors among individuals with a positive colorectal cancer screening result, in Kutdon Subdistrict, Huaimek District, Kalasin Province. The study was conducted from January to September 2026 (B.E. 2569), a total of 9 months. The quantitative sample in the program evaluation phase consisted of 60 individuals aged 50–70 years with a positive colorectal cancer screening result, divided equally into an experimental group and a control group (30 per group). The research instruments included the health literacy promotion program, a general information questionnaire, a health literacy assessment form, a health behavior questionnaire, and a program appropriateness evaluation form. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics (Paired t-test, Independent sample t-test), while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results showed that, based on the situational analysis prior to receiving the program, the sample had low levels of health literacy and health behavior. This was predicted to result from the absence of a health literacy promotion process specifically tailored to individuals with a positive colorectal cancer screening result. Following implementation of the developed health literacy promotion program, the experimental group's health knowledge score increased to 6.73±1.46, health literacy skill score increased to 32.57±2.93, overall health literacy score increased to 39.30±2.89, and health behavior score increased to 39.87±2.32. These scores were significantly higher than before receiving the program and significantly higher than the control group at the .05 level (t = 7.67, 19.37, 22.60, 20.96, and t = 5.65, 17.43, 19.02, 18.60, respectively).

Keywords: health literacy, health behavior, colorectal cancer, screening, FIT test

บทนำ

องค์การอนามัยโลกและสถาบันวิจัยมะเร็งนานาชาติรายงานว่าในปี ค.ศ. 2024 ทั่วโลกมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 20.60 ล้านคน และเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งประมาณ 9.80 ล้านคน โดยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับ 3 ของโลก คิดเป็นร้อยละ 9.90 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งอันดับ 2 ของโลก คิดเป็นร้อยละ 9.40 ของผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทั้งหมด[1] แม้การตรวจคัดกรองด้วยวิธีตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระจะเป็นมาตรการที่มีต้นทุนต่ำและสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้อย่างชัดเจน แต่การสำรวจความตระหนักรู้เรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่ในหลายประเทศทั่วโลกกลับพบว่าประชากรถึงร้อยละ

49.30 ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองเลยแม้แต่ครั้งเดียว และแม้ในกลุ่มที่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ก็ยังพบสัดส่วนผู้ไม่เคยตรวจคัดกรองสูงถึงร้อยละ 23.20[2] สะท้อนว่าปัญหาความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจัดเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับต้น ๆ ของประเทศ มีผู้ป่วยรายใหม่ปีละประมาณ 15,939 คน หรือประมาณ 44 คนต่อวัน และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรไทยปีละประมาณ 5,476 คน หรือเฉลี่ยวันละ 15 คน[3] กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดให้การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธีตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระเป็นสิทธิประโยชน์ครอบคลุมประชาชนไทยอายุ 50-70 ปีทุกสิทธิการรักษา โดยข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีงบประมาณพบว่ามีผู้เข้ารับบริการตรวจคัดกรองทั่วประเทศ 1,450,656 คนในปีงบประมาณ 2566 ลดลงเหลือ 1,331,915 คนในปีงบประมาณ 2567 และเพิ่มขึ้นเป็น 1,387,573 คนในปีงบประมาณ 2568 ซึ่งในปีงบประมาณ 2568 พบผลผิดปกติมากกว่า 100,000 ราย[4] อย่างไรก็ตาม แม้ความครอบคลุมของการคัดกรองจะเพิ่มขึ้น แต่ตัวชี้วัดของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคมะเร็งที่กำหนดให้ผู้มีผลตรวจผิดปกติต้องได้รับการส่องกล้องตรวจยืนยันไม่น้อยกว่าร้อยละ 50.00 นั้น ในทางปฏิบัติหลายพื้นที่ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ ดังปรากฏในการศึกษาที่โรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งพบว่าก่อนการปรับปรุงระบบบริการ ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีผลตรวจผิดปกติเข้ารับการส่องกล้องเพียงร้อยละ 18.64 เท่านั้น[5] สะท้อนว่าการทราบผลตรวจเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

ปัจจัยสำคัญที่กำหนดว่าประชาชนกลุ่มที่ตรวจพบผลบวกจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหลังทราบผลได้เหมาะสมหรือไม่ คือ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งหมายถึงความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเพื่อการตัดสินใจด้านการรักษา การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพในชีวิตประจำวัน[6] เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ย่อมส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และแรงจูงใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมโรค[7] การที่ประชาชนกลุ่มที่มีผลตรวจเป็นบวกไม่เข้าใจความหมายและความรุนแรงของผลตรวจ ไม่ทราบขั้นตอนการติดตามที่ถูกต้อง หรือประเมินความเสี่ยงของตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง ล้วนเป็นผลจากการขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และนำไปสู่การเลื่อนหรือหลีกเลี่ยงการส่องกล้องตรวจยืนยัน ซึ่งหากปล่อยไว้โดยไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสม รอยโรคระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือมะเร็งระยะเริ่มต้นที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อาจพัฒนาไปสู่มะเร็งระยะลุกลามซึ่งเพิ่มอัตราการ

เสียชีวิตและภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาของทั้งตัวผู้ป่วยและระบบบริการสุขภาพอย่างมาก

จังหวัดกาฬสินธุ์ซึ่งเป็นพื้นที่ตั้งของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าในปีงบประมาณ 2568 มีประชากรกลุ่มเป้าหมายอายุ 50-70 ปี จำนวน 28,096 คน ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจำนวน 23,002 คน คิดเป็นร้อยละ 81.87 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศที่ร้อยละ 49.70 ค่อนข้างมาก[8] สะท้อนว่าความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองระยะแรกในจังหวัดกาฬสินธุ์อยู่ในเกณฑ์ที่ดี แต่ความครอบคลุมที่สูงนี้ยังไม่สามารถรับประกันได้ว่าประชาชนกลุ่มที่มีผลตรวจผิดปกติจะเข้าสู่กระบวนการส่องกล้องตรวจยืนยันและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ดังปรากฏในพื้นที่เครือข่ายบริการที่ครอบคลุมอำเภอห้วยเม็ก อำเภอยางตลาด อำเภอหนองกุงศรี และอำเภอท่าคันโท ซึ่งรายงานผลการดำเนินงานคัดกรองและส่องกล้องต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 ปี พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่จำนวน 19 ราย โดยทุกรายได้รับการผ่าตัดรักษาด้วยวิธีส่องกล้องสำเร็จทั้งหมด[9] ตัวเลขดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าอำเภอห้วยเม็กยังคงมีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่รายใหม่เกิดขึ้นต่อเนื่องทุกปี และจำเป็นต้องอาศัยการดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่ระดับการคัดกรองไปจนถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพภายหลังทราบผล

ในระดับตำบล จากข้อมูลการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของพื้นที่ตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ย้อนหลัง 4 ปีงบประมาณ (2566-2569) พบว่าจำนวนผู้ได้รับการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้นจาก 133 คนในปี 2566 เป็น 250 คนในปี 2567 ลดลงเหลือ 201 คนในปี 2568 และเพิ่มขึ้นเป็น 306 คนในปี 2569 ขณะที่จำนวนผู้มีผลตรวจเป็นบวกอยู่ที่ 4, 30, 20 และ 10 คนตามลำดับ เมื่อคำนวณเป็นสัดส่วนพบว่าอัตราการพบผลบวกในแต่ละปีอยู่ระหว่างร้อยละ 3.01 ถึงร้อยละ 12.00 ของผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองทั้งหมด สะท้อนว่าตำบลกุดโดนมีกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจำนวนไม่น้อยในแต่ละปี แต่ยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ว่าประชาชนกลุ่มนี้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพภายหลังทราบผลตรวจอยู่ในระดับใด

จากการทบทวนรูปแบบการดูแลที่ผ่านมา พบว่าบุคลากรสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่ยังให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่ในลักษณะการให้สุขศึกษาแบบทั่วไป โดยยังไม่ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ ขาดเครื่องมือประเมินและติดตามผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมที่ชัดเจนภายหลังการให้ความรู้ อีกทั้งข้อจำกัดด้านภาระงานและระยะทางในการเดินทางไปรับบริการส่องกล้องยังเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถติดตามกลุ่มเป้าหมายได้อย่างต่อเนื่อง ขณะที่การประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่นได้แสดงผลลัพธ์เชิงบวกไว้แล้ว เช่น กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง[10] และกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง[11] ซึ่งพบว่าภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและ

พฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาลักษณะเดียวกันที่นำไปประยุกต์ใช้กับประชาชนกลุ่มที่ตรวจพบผลบวกจากการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในบริบทพื้นที่ชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีข้อจำกัดด้านการเดินทางและระดับการศึกษาของประชากรกลุ่มเป้าหมายแตกต่างจากบริบทเมือง

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ประยุกต์ ร่วมกับแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อนำมาใช้กับกลุ่มประชาชนที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นบวกในพื้นที่ตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยคาดหวังว่าโปรแกรมดังกล่าวจะช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายให้เหมาะสม ลดความล่าช้าในการเข้ารับการส่องกล้องตรวจยืนยัน และป้องกันการลุกลามของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มที่ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงพบผลบวก ตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มที่ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงพบผลบวก ตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

3. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มที่ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงพบผลบวก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มที่ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงพบผลบวก ตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group Pretest-Posttest Design) ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม-กันยายน 2569 รวมระยะเวลา 9 เดือน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

ประชากร ได้แก่ ประชาชนอายุ 50-70 ปี ในเขตพื้นที่ตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) เป็นบวก (Positive) ในปีงบประมาณ 2567-2568 จำนวน 90 คน

กลุ่มตัวอย่าง ประชาชนอายุ 50-70 ปี ในเขตพื้นที่ตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่

และไส้ตรงเป็นบวกในปีงบประมาณ 2567-2568 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ประชาชนอายุ 50-70 ปีบริบูรณ์ ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT เป็นบวก อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ในช่วงระยะเวลาการศึกษา มีสภาพร่างกายและจิตใจสามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ ไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือความผิดปกติทางจิตเวชที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรม สามารถอ่านออกเขียนได้หรือมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการตอบแบบสอบถามได้ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมและติดตามผลได้ตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ของการดำเนินโปรแกรม และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจโดยลงนามในหนังสือยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงแล้วก่อนเข้าร่วมโครงการ ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือพิการที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือภาวะสมองเสื่อมที่ไม่สามารถเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ผู้ที่มีแผนย้ายที่อยู่ออกจากพื้นที่การศึกษาในระหว่างระยะเวลาการวิจัย ผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยอื่นที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการศึกษาในช่วงเวลาเดียวกัน ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือตอบแบบสอบถามได้ครบตามที่กำหนดไว้ และผู้ที่ไม่สมัครใจให้ข้อมูลหรือขอถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยระหว่างดำเนินการ

เครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มที่ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงพบผลบวก ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งประยุกต์จากแนวคิดการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ "Integrated Model of Health Literacy" ของ Sørensen และคณะ (2012) 2) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัวอื่น ประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่มาก่อน 3) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งประยุกต์มาจากแนวคิดของ Sørensen และคณะ (2012) ครอบคลุมความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มที่ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงพบผลบวก

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพภายในกลุ่มทดลองก่อน-หลังได้รับโปรแกรม และภายในกลุ่มควบคุมก่อน-หลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและ

พฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติ Independent Sample t-test กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ระดับ 95

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย โดยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัดตลอดโครงการวิจัย ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ ระยะเวลาที่ใช้ ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างและผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทราบอย่างละเอียดและเข้าใจตรงกัน โดยเน้นย้ำว่าการเข้าร่วมเป็นไปด้วยความสมัครใจ สามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการสุขภาพที่พึงได้รับตามปกติ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จึงให้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม (Informed Consent) ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลทุกครั้ง ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามหรือการสนทนากลุ่มจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยใช้รหัสแทนชื่อกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้ และใช้ข้อมูลเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น สำหรับกลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในระหว่างการศึกษา ผู้วิจัยยังคงให้การดูแลตามปกติของหน่วยบริการอย่างต่อเนื่องไม่แตกต่างจากมาตรฐานเดิม และจะจัดให้กลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพภายหลังสิ้นสุดการเก็บข้อมูลของการวิจัย เพื่อให้กลุ่มควบคุมได้รับประโยชน์จากโปรแกรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองอย่างเท่าเทียมกัน

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ปัญหาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มที่ตรวจ Fittest พบผลบวก ตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณทั้งหมด จำนวน 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.33 มีอายุเฉลี่ย 59.68±5.96 ปี (ต่ำสุด 50 ปี สูงสุด 70 ปี) อยู่ในช่วงอายุ 60-70 ปี ร้อยละ 55.00 ส่วนใหญ่สมรสแล้ว ร้อยละ 65.00 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 45.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48.33 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 9,466.67±4,300.05 บาท โดยมีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 45.00 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55.00 ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 81.67 ไม่เคยได้รับข้อมูลเรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่มาก่อน ร้อยละ 71.67 ได้รับคำแนะนำให้เข้ารับการส่องกล้อง ร้อยละ 91.67 แต่มีสถานะยังไม่เข้ารับหรืออยู่ระหว่างรอนัดหมายรวมกันถึงร้อยละ 40.00

1.2 สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพก่อนได้รับโปรแกรมเฉลี่ย 4.52±1.42 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 45.17 ของ

คะแนนเต็ม อยู่ในระดับต่ำ มีคะแนนทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ย 20.40±2.12 คะแนน จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 51.00 อยู่ในระดับต่ำ เมื่อรวมคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม (ความรู้+ทักษะ) มีค่าเฉลี่ย 24.92±2.55 คะแนน จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 49.83 อยู่ในระดับต่ำ และมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย 26.18±2.98 คะแนน จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 52.37

1.3 ข้อมูลทั่วไปผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มในระยะศึกษาสถานการณ์ปัญหา ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มจำนวน 20 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.00 มีอายุเฉลี่ย 45.05±8.66 ปี เป็นนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 40.00 พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 30.00 และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 25.00 มีระยะเวลาปฏิบัติงานหรือเกี่ยวข้องกับงานคัดกรองเฉลี่ย 8.65±5.43 ปี มีประสบการณ์ดูแลผู้มีผลตรวจ FIT เป็นบวกมาก่อน ร้อยละ 75.00 แต่ไม่เคยได้รับความรู้เรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก่อนถึงร้อยละ 65.00

2. ผลการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มที่ตรวจ Fittest พบผลบวก ตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

2.1 โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้น มีระยะเวลาดำเนินการรวม 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ออกแบบโดยยึดโครงสร้าง 3 ระยะตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา ได้แก่ ระยะการวิเคราะห์สถานการณ์และเตรียมความพร้อม (สัปดาห์ที่ 1) ระยะการพัฒนาและดำเนินกิจกรรมตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 4 มิติ คือ การเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ ร่วมกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพและการเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเพนเดอร์ (สัปดาห์ที่ 2-7) และระยะการประเมินผลและติดตาม (สัปดาห์ที่ 8) โดยกิจกรรมแต่ละสัปดาห์เชื่อมโยงกันอย่างเป็นลำดับขั้น เริ่มจากการสร้างความรู้ความเข้าใจพื้นฐานไปสู่การฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจจนถึงการนำไปปฏิบัติจริงและได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งคาดว่าจะส่งผลให้กลุ่มที่ตรวจพบผลบวกจากการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นและเข้ารับการส่องกล้องตรวจยืนยันได้ทันเวลามากขึ้น ดังแสดงในตาราง 1

ตารางที่ 1 โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มที่ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงพบผลบวก ตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ (ระยะเวลา 8 สัปดาห์)

สัปดาห์ที่	กิจกรรม/เนื้อหา	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลา	เหตุผลทางวิชาการ
1	ปฐมนิเทศชี้แจงวัตถุประสงค์โปรแกรม สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มเป้าหมาย และประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Pre-test)	แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ, แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ, เอกสารแนะนำโปรแกรม	60 นาที	การสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจเป็นพื้นฐานของกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การประเมินก่อนเข้าร่วมช่วยให้ทราบข้อมูลพื้นฐานเพื่อออกแบบกิจกรรมให้เหมาะสมรายบุคคล
2	ให้ความรู้เรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ความหมายของผลตรวจ FIT เป็นบวกและแนะนำแหล่งข้อมูลสุขภาพที่น่าเชื่อถือ	สื่อวีดิทัศน์ แผ่นพับ กลุ่มไลน์ให้คำปรึกษา	60 นาที	สอดคล้องกับมิติการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Access) ตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Sørensen et al., 2012) ซึ่งเป็นขั้นแรกของกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ
3	อภิปรายกลุ่มย่อยเพื่อสร้างความเข้าใจในความหมายของผลตรวจ ขั้นตอนการส่องกล้องตรวจยืนยัน และผลกระทบหากไม่เข้ารับการติดตามต่อเนื่อง โดยใช้กรณีตัวอย่างและสื่อภาพประกอบ	ภาพประกอบ/กรณีตัวอย่าง แบบบันทึกการอภิปรายกลุ่ม	90 นาที	สอดคล้องกับมิติความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (Understand) (Sørensen et al., 2012) และช่วยปรับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคตามแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์ (ด่านยุทธศิลป์, 2561)
4	ฝึกทักษะการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากสื่อต่าง ๆ แยกแยะข้อมูลจริงกับความเชื่อที่คลาดเคลื่อน ผ่านกิจกรรมกรณีศึกษา	ชุดกรณีศึกษาข้อมูลสุขภาพจริง-เท็จ แบบฝึกหัดกลุ่ม	60 นาที	สอดคล้องกับมิติการประเมินข้อมูลสุขภาพ (Appraise) (Sørensen et al., 2012) เสริมความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพอย่างมีวิจารณญาณ

สัปดาห์ที่	กิจกรรม/เนื้อหา	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลา	เหตุผลทางวิชาการ
5	ฝึกการนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้จริง โดยร่วมกันจัดทำแผนการปฏิบัติตนรายบุคคล (Individual Action Plan) กำหนดวันนัดหมายเข้ารับการส่องกล้อง	แบบฟอร์มแผนปฏิบัติตนรายบุคคล ปฏิทินนัดหมาย	90 นาที	สอดคล้องกับมิติการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ (Apply) (Sørensen et al., 2012) และขั้นความมุ่งมั่นต่อแผนปฏิบัติการ (Commitment to a Plan of Action) ตามแนวคิดของเพนเดอร์ (ด่านยุทธศิลป์, 2561)
6	สาธิตและฝึกปฏิบัติการปรับพฤติกรรมด้านอาหาร ลดเสี่ยง (ลดเนื้อแดง/อาหารแปรรูป เพิ่มผักผลไม้) และการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	ชุดสาธิตอาหาร คู่มือออกกำลังกาย แบบบันทึกพฤติกรรม	90 นาที	เสริมสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Benefits of Action) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (ด่านยุทธศิลป์, 2561)
7	เสริมพลังอำนาจและสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม โดยให้ครอบครัว อสม. และเพื่อนกลุ่มเดียวกันร่วมติดตามเยี่ยมบ้าน/โทรศัพท์ให้กำลังใจ	แบบบันทึกการเยี่ยมติดตาม แนวทางการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์	60 นาที	สอดคล้องกับอิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งช่วยเสริมความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (ด่านยุทธศิลป์, 2561)

สัปดาห์ที่	กิจกรรม/เนื้อหา	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลา	เหตุผลทางวิชาการ
8	สรุปบทเรียน ทบทวนความรู้และทักษะที่ได้รับตลอดโปรแกรม ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม (Post-test) และวางแผนติดตามต่อเนื่อง	แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ, แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ, แบบวางแผนติดตามต่อเนื่อง	60 นาที	การประเมินหลังสิ้นสุดโปรแกรมเป็นการวัดผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์การวิจัย และการวางแผนติดตามต่อเนื่องช่วยคงไว้ซึ่งความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว

2.2 การตรวจสอบความเหมาะสมโปรแกรมจากผู้ทรงคุณวุฒิ โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นได้รับการตรวจสอบความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 12 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญใน รพ.สต. 4 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญ จาก สสอ. 4 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญใน รพช.ห้วยเม็ก ในการพัฒนาโปรแกรม โดยภาพรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยรวมทุกข้อเท่ากับ 4.28±0.71 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน

3. ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มที่ตรวจ Fittest พบผลบวก ตำบลกุดโดน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อน-หลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

3.1 การเปรียบเทียบภายในกลุ่ม (ก่อน-หลังการทดลอง) พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 4.43±1.48 คะแนน เป็น 6.73±1.46 คะแนน (t=7.67, p<0.001) คะแนนทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 20.77±1.96 คะแนน เป็น 32.57±2.93 คะแนน (t=19.37, p<0.001) คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 25.20±2.52 คะแนน เป็น 39.30±2.89 คะแนน (t=22.60, p<0.001) และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 25.97±2.71 คะแนน เป็น 39.87±2.32 คะแนน (t=20.96, p<0.001) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัวแปร ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนทุกตัวแปรเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยและไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05) ดังแสดงในตาราง 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ก่อน-หลังได้รับโปรแกรม จำแนกตามกลุ่ม (Paired t-test)

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อน		หลัง		t	p-value
		$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ความรู้ด้านสุขภาพ (เต็ม 10)	ทดลอง	4.43	1.48	6.73	1.46	7.67	<0.001*
ความรู้ด้านสุขภาพ (เต็ม 10)	ควบคุม	4.60	1.38	4.67	1.37	0.16	0.872
ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ (เต็ม 40)	ทดลอง	20.77	1.96	32.57	2.93	19.37	<0.001*
ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ (เต็ม 40)	ควบคุม	20.03	2.24	21.00	2.15	1.64	0.112
ความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม (เต็ม 50)	ทดลอง	25.20	2.52	39.30	2.89	22.60	<0.001*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม (เต็ม 50)	ควบคุม	24.63	2.58	25.67	2.66	1.58	0.125
พฤติกรรมสุขภาพ (เต็ม 50)	ทดลอง	25.97	2.71	39.87	2.32	20.96	<0.001*
พฤติกรรมสุขภาพ (เต็ม 50)	ควบคุม	26.40	3.27	27.67	2.75	1.63	0.115

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.2 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม และพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน (p>0.05 ทุกตัวแปร) แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีความเท่าเทียมกันก่อนเริ่มการทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ (6.73±1.46 เทียบกับ 4.67±1.37 คะแนน, t=5.65, p<0.001) ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ (32.57±2.93 เทียบกับ 21.00±2.15 คะแนน, t=17.43, p<0.001) ความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม (39.30±2.89 เทียบกับ 25.67±2.66 คะแนน, t=19.02, p<0.001) และพฤติกรรมสุขภาพ (39.87±2.32 เทียบกับ 27.67±2.75 คะแนน, t=18.60, p<0.001) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัวแปร ดังแสดงในตาราง 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Independent Sample t-test)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ความรู้ด้านสุขภาพ ก่อน (เต็ม 10)	4.43	1.48	4.60	1.38	-0.45	0.653
ความรู้ด้านสุขภาพ หลัง (เต็ม 10)	6.73	1.46	4.67	1.37	5.65	<0.001*
ทักษะความรอบรู้ ก่อน (เต็ม 40)	20.77	1.96	20.03	2.24	1.35	0.182
ทักษะความรอบรู้ หลัง (เต็ม 40)	32.57	2.93	21.00	2.15	17.43	<0.001*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม ก่อน (เต็ม 50)	25.20	2.52	24.63	2.58	0.86	0.393

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม หลัง (เต็ม 50)	39.30	2.89	25.67	2.66	19.02	<0.001*
พฤติกรรมสุขภาพ ก่อน (เต็ม 50)	25.97	2.71	26.40	3.27	-0.56	0.578
พฤติกรรมสุขภาพ หลัง (เต็ม 50)	39.87	2.32	27.67	2.75	18.60	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.3 การเปรียบเทียบอัตราการเข้ารับการส่องกล้องตรวจยืนยันระหว่างกลุ่ม เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรเชิงหมวดหมู่ พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการเข้ารับการส่องกล้องแล้ว ร้อยละ 63.33 เทียบกับกลุ่มควบคุม ร้อยละ 56.67 ซึ่งไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=0.07, p=0.792) ดังแสดงในตาราง 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบอัตราการเข้ารับการส่องกล้องตรวจยืนยันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สถานะ	กลุ่มทดลอง (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (ร้อยละ)	χ^2	p-value
เข้ารับการส่องกล้องแล้ว	63.33	56.67	0.07	0.792
ยังไม่เข้ารับ/อยู่ระหว่างนัดหมาย	36.67	43.33		

อภิปรายผล

การศึกษาสถานการณ์ปัญหาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มที่ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงพบผลบวก พบว่า สถานการณ์ปัญหาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำก่อนได้รับโปรแกรม สอดคล้องกับกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Sørensen[6] ที่ระบุว่าบุคคลต้องอาศัยความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถทั้งด้านการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพร่วมกัน จึงจะเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ เมื่อกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ชนบทซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและมีระดับการศึกษาไม่สูงยังขาดองค์ประกอบดังกล่าว จึงส่งผลให้พฤติกรรมการติดตามผลตรวจและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตยังไม่เหมาะสม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Pakdeepaiboonsakul[11] และ Chaimongkol[10] ที่พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังในบริบทชุมชนมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางเช่นเดียวกัน แสดงว่าปัญหานี้ไม่ได้จำกัดเฉพาะกลุ่มโรคใดโรคหนึ่ง แต่เป็นลักษณะร่วมของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับปฐมภูมิโดยทั่วไป นอกจากนี้ สถานะการเข้ารับการส่องกล้องตรวจยืนยันที่ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดสะท้อนช่องว่างระหว่างการรับรู้ผลตรวจกับการ

ปฏิบัติจริง ซึ่งตรงกับข้อค้นพบของ Chandam et al.[5] ที่พบว่าแม้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจะเข้ารับการคัดกรองด้วยวิธี FIT ครบถ้วน แต่อัตราการเข้ารับการส่องกล้องภายหลังพบผลผิดปกติยังต่ำกว่าเป้าหมาย และสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับนานาชาติของ Lim [12] และ Zarrinkamar[13] ที่พบว่าแม้ผู้มีผลตรวจ FIT เป็นบวกจะมีความรู้เรื่องอาการของโรคในระดับสูง แต่สัดส่วนผู้เข้ารับการส่องกล้องยังไม่ถึงเกณฑ์มาตรฐานสากล ยืนยันว่าความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมด้วย ตามแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์[7] ทั้งนี้เมื่อพิจารณาร่วมกับสถานการณ์ระดับโลกที่ยังพบสัดส่วนประชากรจำนวนมากไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่[2] และแนวโน้มอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง[1] จึงยิ่งตอกย้ำความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาแนวทางเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เจาะจงกับบริบทของกลุ่มที่มีผลตรวจคัดกรองเป็นบวกโดยเฉพาะ มากกว่าการให้สุขศึกษาทั่วไปที่ไม่ได้ปรับให้เหมาะกับสถานการณ์เฉพาะของกลุ่มนี้

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มที่ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงพบผลบวก โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นได้รับการประเมินความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิในระดับสูง ซึ่งสะท้อนว่าการออกแบบกิจกรรมตามโครงสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งสี่มิติร่วมกับการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์เป็นแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับ Pakdeepaiboonsakul[11] และ Phuseenam et al.[14] ที่พัฒนาโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยยึดกรอบแนวคิดเดียวกันและได้รับการยอมรับจากทั้งผู้เชี่ยวชาญและกลุ่มเป้าหมายในระดับสูงเช่นกัน แสดงว่ากรอบแนวคิดของ Sørensen[6] สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงกับกลุ่มเสี่ยงโรคที่หลากหลาย เมื่อมีการปรับเนื้อหาให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพเฉพาะของแต่ละบริบท การเลือกใช้สื่อภาพและกิจกรรมสาธิตเป็นองค์ประกอบสำคัญของโปรแกรมยังสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Pansuwan และ Naosuwan[15] ที่พบว่าสื่อวีดิทัศน์ช่วยให้กลุ่มเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่เข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติตัวได้ชัดเจนและลดความวิตกกังวลได้ดี และสอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพของ Boirot[16] ในประเทศฝรั่งเศส ที่พบว่าทั้งผู้ป่วยและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปนิยมสื่อวีดิทัศน์มากกว่าเอกสารแผ่นพับ เนื่องจากสามารถถ่ายทอดขั้นตอนที่ซับซ้อนให้เข้าใจง่ายและลดความรู้สึกอึดอัดต่อประเด็นที่มีความอ่อนไหว เช่น การตรวจอุจจาระ ซึ่งตรงกับธรรมชาติของกลุ่มเป้าหมายในการศึกษานี้ที่ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาไม่สูงและอาจไม่คุ้นเคยกับภาษาเชิงวิชาการ นอกจากนี้ การออกแบบให้มีองค์ประกอบด้านแรงสนับสนุนทางสังคมและการติดตามเยี่ยมบ้านในโปรแกรมสอดคล้องกับแนวคิดของ Sripattha et al.[17] ที่พบว่าการผนวกแรงสนับสนุนทางสังคมเข้ากับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนส่องกล้องช่วยเสริมพฤติกรรมการเตรียมตัวและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยืนยันว่าโปรแกรมที่มีลักษณะองค์รวมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และแรงสนับสนุนทางสังคมมีแนวโน้มได้รับการยอมรับและนำไปปฏิบัติได้จริงมากกว่าการให้ความรู้เพียงด้านเดียว

การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการเปรียบเทียบที่พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน ยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นและสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้าหลายเรื่องที่ใช้กรอบแนวคิดเดียวกัน ได้แก่ Chaimongkol[10] Pakdeepaiboonsakul[11] และ Phuseenam et al.[14] ซึ่งพบผลในทิศทางเดียวกันว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนดีขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมหรือช่วงก่อนทดลอง แสดงว่าการให้ความรู้อย่างเป็นระบบผ่านกระบวนการที่ครอบคลุมทั้งการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ เป็นแนวทางที่มีความมั่นคงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังในบริบทไทย ไม่จำกัดเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง ขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย สอดคล้องกับข้อสังเกตของ Chandam et al.[5] และ Sripattha et al.[17] ที่ชี้ว่าการดูแลตามปกติโดยไม่มีกิจกรรมเสริมความรอบรู้อย่างเจาะจงไม่เพียงพอต่อการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้อย่างมีนัยสำคัญ ยืนยันความจำเป็นของการมีโปรแกรมเชิงรุกที่ออกแบบเฉพาะเจาะจงมากกว่าการรอให้ผู้รับบริการแสวงหาข้อมูลด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาความเชื่อมโยงระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นกับพฤติกรรมการเข้ารับการส่องกล้องตรวจยืนยันจริง หลักฐานจาก Lim[12] ที่พบว่าคำแนะนำโดยตรงจากแพทย์เป็นปัจจัยทำนายสำคัญของการปฏิบัติตาม และจาก O'Leary[18] ที่พบว่าการมีผู้ประสานงานดูแลเฉพาะช่วยเพิ่มอัตราการเข้ารับการส่องกล้องได้อย่างชัดเจน ชี้ให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นเพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอต่อการผลักดันให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติจริงอย่างสมบูรณ์ หากไม่มีระบบสนับสนุนด้านการนัดหมายหรือการติดตามควบคู่กันไป ซึ่งสอดคล้องกับผลติดตามระยะยาวของ Azizi Sani Dopolani[19] ที่พบว่าแม้ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะคงอยู่ในระดับสูงต่อเนื่อง แต่การคงพฤติกรรมสุขภาพให้ยั่งยืนยังต้องอาศัยการเสริมแรงอย่างต่อเนื่องจากระบบบริการสุขภาพร่วมด้วย ผลการศึกษาครั้งนี้จึงชี้แนะว่าการพัฒนาโปรแกรมในระยะต่อไปควรผนวกกลไกการติดตามและประสานงานเข้ากับองค์ประกอบด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ครบวงจรตั้งแต่ระดับความรู้ไปจนถึงการเข้าถึงบริการส่องกล้องตรวจยืนยันอย่างแท้จริง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดโดน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัย ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำในการพัฒนาเครื่องมือและปรับปรุงโปรแกรม ขอบคุณนักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ห้องชันสูตร แพทย์ คปสอ.ห้วยเม็ก ที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาโปรแกรมและทดลองใช้ ขอบคุณผู้ป่วยกลุ่ม

เสี่ยงและครอบครัวที่เข้าร่วมการศึกษาด้วยความเต็มใจ รวมทั้งขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญที่ให้คำปรึกษาในการปรับปรุงเครื่องมือ สุดท้ายนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการคัดกรองที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Sung H, Filho AM, Laversanne M, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2024: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 34 cancers in 186 countries. CA Cancer J Clin. 2026;76(4):e70090.

2. BGI Genomics. 2024 global state of colorectal cancer awareness report [Internet]. Shenzhen: BGI Genomics; 2024 [cited 2026 Sep 13]. Available from: https://www.bgi.com/global/news/bgi-genomics-2024-global-state-of-colorectal-cancer-awareness-report

3. Local Health Security Fund. Colorectal cancer screening project using FIT test, fiscal year 2024 [Internet]. 2024 [cited 2026 Sep 13]. Available from: https://localfund.happynetwork.org/project/176761

4. National Health Security Office. NHSO supports FIT test for colorectal cancer screening among people aged 50–70 years, all healthcare schemes, free every 2 years [Internet]. 2026 [cited 2026 Sep 13]. Available from: https://www.hfocus.org/content/2026/07/38619

5. Chandam P, Boonyanam S, Songsri C, Lohawet N. Effects of implementing access guidelines for colorectal cancer screening among at-risk populations through network participation, primary care unit, Udon Thani Hospital. Udon Thani Hosp Med J. 2025;33(1):125-36.

6. 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.

7. Danyutthasilp C. Pender's health promotion model. Songklanagarind J Nurs. 2018;38(2):132-41.

8. Ministry of Public Health. Health data center (Health KPI): indicator 021.3, percentage of people receiving colorectal cancer screening, Health Region 7 [Internet]. 2025 [cited 2026 Sep 13].

9. Khaosod. Kalasin: Yang Talat Hospital achieves 100% success in laparoscopic surgery for colorectal cancer [Internet]. 2026 [cited 2026 Sep 13]. Available from: https://www.khaosod.co.th/around-thailand/news_10139534

10. Chaimongkol P. Effectiveness of a health literacy promotion program on desirable health behaviors among elderly people in a semi-urban community in Khon Kaen province. J Reg Health Promot Cent 7 Khon Kaen. 2023;15(3):124-37.

11. Pakdeepaiboonsakul R. Effectiveness of a health literacy promotion program on health behaviors among high-risk groups for diabetes and hypertension. Thai J Public Health Health Educ. 2025;5(2):e275531.

12. Lim TZ, Lau J, Wong GJ, Tan LYT, Chang YJ, Natarajan K, et al. Factors predicting improved compliance towards colonoscopy in individuals with positive faecal immunochemical test (FIT). Cancer Med. 2021;10(21):7735-46.

13. Zarrinkamar M, Ebrahimi M, Zahedi M, Amini F, Geran M, Ghadirzadeh E. Prevalence, determinants, and barriers to follow-up colonoscopy after a positive fecal immunochemical test in Qaemshahr, Iran: a population-based cross-sectional study from 2022 to 2023. Prev Med Rep. 2025.

14. Phuseenam S, Isarangkul Na Ayutthaya W, Sinsuphan N. Development of health literacy and colorectal cancer prevention among village health volunteers, Phra Lap subdistrict, Mueang district, Khon Kaen province. J Educ Health Environ Manag. 2024;9(2):872-81.

15. Pansuwan C, Naosuwan K. Effects of using video media on pre-colonoscopy preparation behavior, bowel cleanliness, and anxiety among colorectal cancer risk groups at Na Mom Hospital. Rachawadee J Boromarajonani Coll Nurs Surin. 2022;12(1):136-48.

16. Boirot A, Addamiano MC, Casanova C, Redmond NM, Cazorla G, Rotily M, et al. Acceptability and implementation potential of a health literacy intervention to increase colorectal cancer screening in deprived areas: a qualitative study of patients and general practitioners participating in a cluster randomized controlled trial. PLoS One. 2025;20(8):e0329639.

17. Sripattha L, Boonthom U, Suriya N. Effects of a colonoscopy preparation program with social support on anxiety, bowel cleanliness quality, and satisfaction among patients at risk of colorectal and anal cancer. Mahasarakham Hosp J. 2025;22(1):133-51.

18. O'Leary MC, Reuland DS, Randolph C, Ferrari RM, Brenner AT, Wheeler SB, et al. Reach and effectiveness of a centralized navigation program for patients with positive fecal immunochemical tests requiring follow-up colonoscopy. Prev Med Rep. 2023;34:102211.

19. Azizi Sani Dopolani SF, Shahbazi H, Lotfizadeh M, Naderimagham S. The impact of educational intervention on enhancing health literacy among middle-aged individuals at risk for cardiovascular diseases: a randomized controlled trial. BMC Public Health. 2025;25:2291.

Thai Health Sciences Frontiers
วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า
THSF

บทความวิจัย | RESEARCH ARTICLE

ผลการพัฒนาเครือข่ายระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชน ตำบลขมิ้น อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

Results of Developing a Community Communicable Disease Surveillance Network in Khamin Subdistrict, Mueang Kalasin District, Kalasin Province

ชวน อะโนศรี[1*]

Chuan Anosri[1*]

[1]นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนชัย ตำบลขมิ้น อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

☐ **รับบทความ:** [14 ตุลาคม 2569 ปี] ✓ **แก้ไขบทความ:** [17 ตุลาคม 2569] ☑ **ตอบรับบทความ:** [21 ตุลาคม 2569]

การอ้างอิง (Citation): [Anosri C. Results of Developing a Community Communicable Disease Surveillance Network in Khamin Subdistrict, Mueang Kalasin District, Kalasin Province. Thai Health Sci Front. 2569;ปีที่ 1 (ฉบับ1) :เลขหน้า.18-33 doi: [DOI]]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม ประสิทธิภาพการควบคุมโรค และความสามารถในการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินก่อนและหลังการพัฒนาเครือข่ายระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชน และศึกษาความพึงพอใจภายหลังการพัฒนาเครือข่าย ตำบลขมิ้น อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน–ธันวาคม พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 7 เดือน กลุ่มตัวอย่าง คือ ภาคีเครือข่ายระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชน ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ควบคุมโรคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชน จำนวน 47 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการพัฒนาเครือข่ายระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชน 5 ระยะ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ แบบประเมินทัศนคติ แบบประเมินพฤติกรรม แบบประเมินประสิทธิภาพการควบคุมโรคและความสามารถในการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบก่อน-หลังด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.70 อายุเฉลี่ย 49.00±12.23 ปี เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 53.19 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคติดต่อเฉลี่ย 7.40±2.12 ปี ภายหลังการพัฒนาเครือข่าย คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อเพิ่มขึ้นจาก 10.19±2.73 คะแนน (ระดับปานกลาง) เป็น 13.72±1.45 คะแนน (ระดับดี) ทัศนคติต่อการทำงานเป็นเครือข่ายเพิ่มขึ้นจาก 34.61±5.24 เป็น 43.69±3.78 คะแนน พฤติกรรมการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคติดต่อเพิ่มขึ้นจาก 32.38±6.47 เป็น 42.77±4.29 คะแนน ประสิทธิภาพการควบคุมโรคเพิ่มขึ้นจาก 25.95±4.83 เป็น 34.02±3.47 คะแนน และความสามารถในการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นจาก 21.35±4.72 เป็น 29.36±3.28 คะแนน โดยทุกด้านเปลี่ยนจากระดับปานกลางเป็นระดับดี และเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.74, 11.26, 9.95, 10.38$ และ 9.72 ตามลำดับ, $p<0.001$) ความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายต่อการพัฒนาเครือข่ายอยู่ในระดับดี (43.22±4.57 จากคะแนนเต็ม 50 หรือร้อยละ 86.44) โดยพึง

พอใจสูงสุดต่อประโยชน์ที่ได้รับ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาเครือข่ายระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชนภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีเครือข่ายทางสังคมและการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่บูรณาการการพัฒนาความรู้และทักษะ การสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการทำงานเป็นเครือข่าย การพัฒนาระบบการสื่อสารและการรายงาน การจำลองสถานการณ์ฉุกเฉินและการติดตามอย่างต่อเนื่อง ช่วยเสริมสร้างศักยภาพของภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน จึงอาจใช้เป็นแนวทางสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

คำสำคัญ: เครือข่ายระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อ, การพัฒนาเครือข่าย, การมีส่วนร่วมของชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This quasi-experimental study employed a one-group pretest-posttest design. The objectives were to compare knowledge, attitudes, behaviors, disease control efficiency, and emergency response capability before and after the development of a community communicable disease surveillance network; and to assess participants' satisfaction after the network development in Khamin Subdistrict, Mueang Kalasin District, Kalasin Province. The study was conducted from June to December 2024 (7 months). The sample consisted of 47 members of the community communicable disease surveillance network, including village health volunteers (VHVs), public health officers from Subdistrict Health Promoting Hospitals (SHPHs), disease control officers from Local Administrative Organizations (LAOs), and community leaders. The research instruments comprised a 5-stage community communicable disease surveillance network development program, a demographic interview form, and assessment forms for knowledge, attitudes, behaviors, disease control efficiency and emergency response capability, and satisfaction. Data were analyzed using descriptive statistics, and pre-post comparisons were performed using the paired t-test.

The results showed that most participants were female (61.70%), with a mean age of 49.00±12.23 years; 53.19% were village health volunteers, with a mean of 7.40±2.12 years of experience in communicable disease surveillance. After the network development, the mean knowledge score regarding the communicable disease surveillance system increased from 10.19±2.73 (moderate level) to 13.72±1.45 (good level); attitudes toward network collaboration increased from 34.61±5.24 to 43.69±3.78; surveillance practice behaviors increased from 32.38±6.47 to 42.77±4.29; disease control efficiency increased from 25.95±4.83 to 34.02±3.47; and emergency response capability increased from 21.35±4.72 to 29.36±3.28. All domains improved from a moderate to a good level, and all increases were statistically significant ($t = 8.74, 11.26, 9.95, 10.38$, and 9.72, respectively; $p<0.001$). Participants' satisfaction with the network development was high (43.22±4.57 out of 50, or 86.44%), with the highest satisfaction reported for the benefits received. These findings suggest that developing a community communicable disease surveillance network based on Social Network Theory and community participation, integrating knowledge and skill development, positive attitudes toward network

collaboration, communication and reporting system development, emergency simulation exercises, and continuous follow-up, can strengthen the capacity of network partners to monitor, prevent, and control communicable diseases in the community, and can serve as a model for other primary care units with similar contexts.

Keywords: Communicable disease surveillance network, network development, community participation, village health volunteers

บทนำ

ระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบสาธารณสุขที่มีบทบาทในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคในระดับประชากร โดยเฉพาะภายหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่สร้างผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขทั่วโลกอย่างรุนแรง องค์การอนามัยโลกจึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบเฝ้าระวังที่สามารถตรวจจับการระบาดได้ตั้งแต่ระยะแรก[1] ขณะที่โรคติดต่อสำคัญ เช่น โรคไข้เลือดออก ไข้หวัดใหญ่ และโรคอุบัติใหม่ ยังคงก่อให้เกิดภาระต่อระบบสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ความสำเร็จในการควบคุมโรคเหล่านี้ขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของระบบเฝ้าระวังและความรวดเร็วในการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน การพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังที่บูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานและสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการรับมือกับภัยคุกคามทางสาธารณสุข

ประเทศไทยได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยามาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2512[2] โดยระบบรายงาน 506 ซึ่งเป็นระบบหลักในการเฝ้าระวังโรคติดต่อของประเทศได้รับการปรับปรุงเป็นระบบดิจิทัล (D506) และเริ่มใช้งานเต็มรูปแบบตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2566[3] ความสำเร็จของระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อของไทยเกิดจากการทำงานร่วมกันของเครือข่ายที่ครอบคลุมตั้งแต่ระดับกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จนถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในระดับชุมชน ซึ่งมีจำนวนมากกว่า 1 ล้านคนทั่วประเทศ โดย อสม. 1 คนรับผิดชอบประมาณ 20 หลังคาเรือน และมีบทบาทสำคัญในการสำรวจ คัดกรอง และส่งต่อกลุ่มเสี่ยงในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19[4]

ทฤษฎีเครือข่ายทางสังคม (Social Network Theory) อธิบายว่าความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก รูปแบบการสื่อสาร และการไหลเวียนของข้อมูลภายในเครือข่าย เป็นปัจจัยที่กำหนดประสิทธิภาพการปฏิบัติงานร่วมกัน[5] ผู้วิจัยจึงประยุกต์ทฤษฎีดังกล่าวร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ที่ให้ชุมชนมีบทบาทในการร่วมวางแผน ปฏิบัติ ติดตาม และประเมินผล และแนวคิดระบบสาธารณสุขแบบบูรณาการ (Integrated Health System) ที่เน้นการเชื่อมโยง

ระบบข้อมูล การประสานแผน และการใช้ทรัพยากรร่วมกัน เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาเครือข่าย ขณะที่หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับนานาชาติชี้ว่าการเฝ้าระวังโดยชุมชน (Community-based Surveillance) ช่วยให้ตรวจพบเหตุการณ์ด้านสาธารณสุขและตอบสนองต่อการระบาดได้รวดเร็วขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่ที่การเข้าถึงบริการมีข้อจำกัด[6,7]

ตำบลขมิ้น อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นพื้นที่ที่ประกอบด้วยชุมชนเมืองและชุมชนชนบทซึ่งมีความต้องการด้านการเฝ้าระวังโรคติดต่อแตกต่างกัน ข้อมูลปี พ.ศ. 2567 พบว่าพื้นที่ยังคงมีโรคติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคไข้เลือดออก โรคอุจจาระร่วง และโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ โดยมีอัตราป่วยประมาณ 15.40, 89.20 และ 234.60 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ระบบเฝ้าระวังในพื้นที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมกับ อสม. ประมาณ 58 คน ใน 12 หมู่บ้าน[8] อย่างไรก็ตาม การประเมินเบื้องต้นพบว่าเครือข่ายยังมีข้อจำกัดด้านการประสานงาน การไหลเวียนของข้อมูล และการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน ได้แก่ การขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน การรายงานที่ล่าช้า การขาดการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ ความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการเฝ้าระวังในพื้นที่ห่างไกล และข้อจำกัดของ อสม. ในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการรายงาน

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าการพัฒนาเครือข่ายระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชนอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎีเครือข่ายทางสังคมและการมีส่วนร่วมของชุมชน ผ่านการพัฒนาความรู้ ทัศนคติ ทักษะ ระบบการสื่อสารและการรายงาน รวมทั้งการฝึกตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน เป็นแนวทางสำคัญที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็งของการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในระดับปฐมภูมิ และเป็นข้อมูลสำหรับการกำหนดแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคติดต่อในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป ผู้วิจัยจึงพัฒนาเครือข่ายระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชน ตำบลขมิ้น และศึกษาผลของการพัฒนาดังกล่าว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม ประสิทธิภาพการควบคุมโรค และความสามารถในการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน ก่อนและหลังการพัฒนาเครือข่ายระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชน ตำบลขมิ้น อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจภายหลังการพัฒนาเครือข่ายระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชน ตำบลขมิ้น อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) ดำเนินการระหว่างเดือน

มิถุนายน–ธันวาคม พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 7 เดือน แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การเตรียมการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (มิถุนายน 2567) ระยะที่ 2 การดำเนินโปรแกรมการพัฒนาเครือข่ายระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อและติดตามผล (กรกฎาคม-พฤศจิกายน 2567) และระยะที่ 3 การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (2 สัปดาห์หลังสิ้นสุดโปรแกรม) และวิเคราะห์ข้อมูล (ธันวาคม 2567)

ประชากร ภาคีเครือข่ายระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชน ตำบลขมิ้น อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต. เจ้าหน้าที่ควบคุมโรคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และผู้นำชุมชน รวมทั้งสิ้น 54 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power สำหรับสถิติ Paired t-test (Means: Difference between two dependent means) กำหนดขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Effect size = 0.50)[9] ระดับนัยสำคัญ α = .05 อำนาจการทดสอบ 0.80 และการทดสอบแบบสองทาง ได้ขนาดตัวอย่าง 34 คน และปรับเพิ่มเพื่อชดเชยการสูญหายร้อยละ 30 เนื่องจากการศึกษาใช้ระยะเวลานานและต้องอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง ได้ขนาดตัวอย่าง 49 คน ประกอบด้วย อสม. 27 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต. 5 คน เจ้าหน้าที่ควบคุมโรค อปท. 5 คน และผู้นำชุมชน 12 คน คัดเลือกจากทะเบียนรายชื่อภาคีเครือข่ายด้วยวิธี การสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน ตามเกณฑ์คัดเข้า ระหว่างการศึกษามีผู้ถอนตัว 2 คน (ร้อยละ 4.08) เนื่องจากเข้าอบรมไม่ครบ 2 ครั้ง คงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล 47 คน ซึ่งมากกว่าขนาดตัวอย่างขั้นต่ำที่คำนวณได้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) เป็นผู้ปฏิบัติงานในระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อในพื้นที่ตำบลขมิ้น อายุ 18 ปีขึ้นไป ปฏิบัติงานในตำแหน่งมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) มีแผนย้ายที่ทำงานหรือเกษียณอายุในระยะเวลาการศึกษา ไม่สามารถอ่านหรือเขียนภาษาไทยได้ มีปัญหาสุขภาพที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง หรือขอถอนตัวระหว่างการศึกษา

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือในการทดลองและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาเครือข่ายระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม การสนทนากลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญ และการศึกษาบริบทชุมชน ประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การสร้างฐานความรู้ (กรกฎาคม 2567) ประกอบด้วยการปฐมนิเทศและสร้างความเข้าใจร่วม 1 วัน และการอบรมความรู้พื้นฐานโรคติดต่อ ระบบเฝ้าระวัง และระบบรายงาน D506 จำนวน 2 วัน ระยะที่ 2 การพัฒนาทัศนคติ (สิงหาคม 2567) ประกอบด้วยการสัมมนาเชิงปฏิบัติการสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการทำงานเป็นเครือข่าย 1 วัน และการพัฒนาระบบการสื่อสารและการรายงานผ่านแอปพลิเคชันและกลุ่มไลน์ 2 วัน ระยะที่ 3 การพัฒนาทักษะ (กันยายน 2567)

ประกอบด้วยการฝึกปฏิบัติการสำรวจและเก็บข้อมูลในชุมชน 2 วัน การพัฒนาทักษะการคัดกรองและการส่งต่อ 1 วัน และการจำลองสถานการณ์ฉุกเฉินและการตอบสนอง 1 วัน ระยะที่ 4 การปฏิบัติและติดตาม (ตุลาคม 2567) ประกอบด้วยการปฏิบัติงานภาคสนามพร้อมการติดตามผลรายสัปดาห์เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และการประชุมเครือข่ายเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 2 ครั้ง และระยะที่ 5 การประเมินและสรุป (พฤศจิกายน 2567) ประกอบด้วยการประเมินผลสัมฤทธิ์และการสรุปผลเพื่อวางแผนการดำเนินงานต่อเนื่อง

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 6 ชุด ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ 2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อ จำนวน 15 ข้อ แบบเลือกตอบใช่/ไม่ใช่ คะแนนเต็ม 15 คะแนน แปลผลเป็นระดับดี (12-15 คะแนน) ปานกลาง (9-11 คะแนน) และน้อย (0-8 คะแนน) 3) แบบประเมินทัศนคติต่อการทำงานเป็นเครือข่าย จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 50 คะแนน (มีข้อคำถามเชิงลบ 4 ข้อ ซึ่งกลับคะแนนก่อนวิเคราะห์) 4) แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคติดต่อ จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 50 คะแนน 5) แบบประเมินประสิทธิภาพการควบคุมโรค[10] จำนวน 8 ข้อ (คะแนนเต็ม 40 คะแนน) และความสามารถในการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน จำนวน 7 ข้อ (คะแนนเต็ม 35 คะแนน) และ 6) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนาเครือข่าย จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 50 คะแนน [11] โดยแบบประเมินชุดที่ 3-6 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลตามเกณฑ์ของบลูมเป็นระดับดี (ร้อยละ 80-100) ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และน้อย (ต่ำกว่าร้อยละ 60)

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ด้านระบาดวิทยา 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา 2 ท่าน โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ทุกข้อมีค่าไม่น้อยกว่า 0.67 (เกณฑ์ ≥ 0.50) และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในตำบลอื่นของอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความรู้ (KR-20) เท่ากับ 0.76 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบประเมินทัศนคติ พฤติกรรม ประสิทธิภาพการควบคุมโรค ความสามารถในการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน และความพึงพอใจ เท่ากับ 0.84 ตามลำดับ (ภาพรวมเท่ากับ 0.86)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในเดือนมิถุนายน 2567 ด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินชุดที่ 2–5 ดำเนินโปรแกรมการพัฒนาเครือข่ายระหว่างเดือนกรกฎาคม–พฤศจิกายน 2567 และเก็บข้อมูลหลังการทดลองภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ (ธันวาคม 2567) ด้วยแบบประเมินชุดที่ 2–6 โดยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง/บทบาท และประสบการณ์การปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคติดต่อ ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม ประสิทธิภาพการควบคุมโรค และความสามารถในการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน ก่อนและหลังการพัฒนาเครือข่ายในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกัน ด้วยสถิติ Paired t-test ภายหลังตรวจสอบการแจกแจงแบบปกติของผลต่างคะแนนด้วย Shapiro-Wilk test เพื่อยืนยันผลการทดสอบ หากไม่เป็นปกติให้ใช้ Wilcoxon signed-rank test นำเสนอผลต่างค่าเฉลี่ย ($\bar{d}$) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI) และขนาดอิทธิพล (Cohen's dz) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3. วิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการพัฒนาเครือข่ายด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลผลตามเกณฑ์ทั้งรายข้อและภาพรวม และสรุปข้อเสนอแนะจากคำถามปลายเปิดด้วยการจัดกลุ่มประเด็น

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยให้ทราบล่วงหน้า กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลต่อการรับบริการหรือการปฏิบัติงานใด ๆ ผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับโดยใช้รหัสแทนชื่อจริง และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างทุกรายลงนามในใบยินยอมก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างภาคีเครือข่ายระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชน จำนวน 47 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 29 คน (ร้อยละ 61.70) มีอายุ 50-59 ปี มากที่สุด 18 คน (ร้อยละ 38.30) รองลงมาคือ 40-49 ปี 15 คน (ร้อยละ 31.91) อายุเฉลี่ย 49.00±12.23 ปี (ต่ำสุด 32 ปี สูงสุด 67 ปี) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. มากที่สุด 14 คน (ร้อยละ 29.79) รองลงมาคือประถมศึกษา 12 คน (ร้อยละ 25.53) ส่วนใหญ่เป็น อสม. 25 คน (ร้อยละ 53.19) รองลงมาคือผู้นำชุมชน 12 คน (ร้อยละ 25.53) ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต. และเจ้าหน้าที่ควบคุมโรค อปท. มีจำนวนเท่ากัน คือ กลุ่มละ 5 คน (ร้อยละ 10.64) มีประสบการณ์การปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคติดต่อ 1-5 ปีมากที่สุด 18 คน (ร้อยละ 38.30) รองลงมาคือ 6-10 ปี 14 คน (ร้อยละ 29.79) ประสบการณ์เฉลี่ย 7.40±2.12 ปี ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการพัฒนาเครือข่ายระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชน ตำบลขมิ้น อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ (n = 47)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	18	38.30
หญิง	29	61.70
2. อายุ (ปี)		
30-39 ปี	8	17.02
40-49 ปี	15	31.91
50-59 ปี	18	38.30
60 ปีขึ้นไป	6	12.77
อายุ ($\bar{x}$±S.D.) = 49.00±12.23 ปี (ต่ำสุด–สูงสุด = 32–67 ปี)		
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	12	25.53
มัธยมศึกษาตอนต้น	8	17.02
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	14	29.79
อนุปริญญา/ปวส.	5	10.64
ปริญญาตรี	7	14.89
สูงกว่าปริญญาตรี	1	2.13
4. ตำแหน่ง/บทบาท		
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	25	53.19
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต.	5	10.64
เจ้าหน้าที่ควบคุมโรค อปท.	5	10.64
ผู้นำชุมชน	12	25.53
5. ประสบการณ์การปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคติดต่อ		
น้อยกว่า 1 ปี	5	10.64
1-5 ปี	18	38.30
6-10 ปี	14	29.79
11-15 ปี	7	14.89
มากกว่า 15 ปี	3	6.38
ประสบการณ์ ($\bar{x}$±S.D.) = 7.40±2.12 ปี		

2. การเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม ประสิทธิภาพการควบคุมโรค และความสามารถในการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน ก่อนและหลังการพัฒนาเครือข่ายระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชน

2.1 ความรู้เกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อ ก่อนการพัฒนาเครือข่าย กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 10.19±2.73 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 67.93 อยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุด ได้แก่ อสม. สามารถรายงานโรคติดต่อผ่านระบบ D506 ได้โดยตรง (ตอบถูกร้อยละ 38.30) ผู้ป่วยโรคติดต่อทุกคนต้องได้รับการแยกกักกันในโรงพยาบาล (ตอบถูกร้อยละ 44.68) และการรายงานข้อมูลเท็จหรือล่าช้าไม่ส่งผลต่อการควบคุมโรค (ตอบถูกร้อยละ 51.06) ภายหลังการพัฒนาเครือข่าย คะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 13.72±1.45 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 91.47 อยู่ในระดับดี โดยข้อที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุด คือ การสวมหน้ากากอนามัยช่วยป้องกันการแพร่ระบาดของโรคทางเดินหายใจ และการล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาดช่วยป้องกันโรคติดต่อได้ (ตอบถูกร้อยละ 97.87) ขณะที่ข้อเกี่ยวกับการรายงานผ่านระบบ D506 มีผู้ตอบถูกเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 85.11

2.2 ทัศนคติต่อการทำงานเป็นเครือข่าย ก่อนการพัฒนาเครือข่าย กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติเฉลี่ย 34.61±5.24 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 69.22 อยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่มีคะแนนต่ำสุด คือ การประชุมเครือข่ายเป็นการเปลืองเวลาและไม่จำเป็น ($\bar{x}$ = 2.72) และการประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ทำให้งานซับซ้อนขึ้น ($\bar{x}$ = 2.85) ภายหลังการพัฒนาเครือข่าย คะแนนทัศนคติเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 43.69±3.78 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 87.38 อยู่ในระดับดี โดยข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกเครือข่ายเป็นสิ่งสำคัญ ($\bar{x}$ = 4.51) และทุกข้ออยู่ในระดับดี

2.3 พฤติกรรมการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคติดต่อ ก่อนการพัฒนาเครือข่าย กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย 32.38±6.47 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 64.76 อยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่มีคะแนนต่ำสุด คือ การประสานงานกับสมาชิกเครือข่ายเมื่อพบผู้ป่วยโรคติดต่อ ($\bar{x}$ = 2.89) และการเข้าร่วมประชุมเครือข่ายและกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ($\bar{x}$ = 2.96) ซึ่งอยู่ในระดับน้อย ภายหลังการพัฒนาเครือข่าย คะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 42.77±4.29 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 85.54 อยู่ในระดับดี โดยข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ การส่งต่อผู้ป่วยโรคติดต่อไปยังหน่วยงานที่เหมาะสม ($\bar{x}$ = 4.43) รองลงมาคือ การรายงานข้อมูลการเฝ้าระวังโรคติดต่อตรงเวลาที่กำหนด ($\bar{x}$ = 4.38)

2.4 ประสิทธิภาพการควบคุมโรค ก่อนการพัฒนาเครือข่าย กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนประสิทธิภาพการควบคุมโรคเฉลี่ย 25.95±4.83 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 64.88 อยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่มีคะแนนต่ำสุด คือ การติดตามประเมินผลการควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง ($\bar{x}$ = 2.98) และความทันเวลาในการรายงานข้อมูลการเฝ้าระวัง ($\bar{x}$ = 3.06) ภายหลังการพัฒนาเครือข่าย คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 34.02±3.47 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 85.05 อยู่ในระดับดี โดยข้อที่มีคะแนน

สูงสุด คือ ความสามารถในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ($\bar{x}$ = 4.38) รองลงมาคือ ความทันเวลาในการรายงานข้อมูลการเฝ้าระวัง ($\bar{x}$ = 4.36)

2.5 ความสามารถในการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน ก่อนการพัฒนาเครือข่าย กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 21.35±4.72 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 61.00 อยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่มีคะแนนต่ำสุด คือ การประสานงานระหว่างสมาชิกเครือข่ายในสถานการณ์ฉุกเฉิน ($\bar{x}$ = 2.72) ความสามารถในการระดมทรัพยากรเพื่อรับมือสถานการณ์ ($\bar{x}$ = 2.87) และการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในสถานการณ์ฉุกเฉิน ($\bar{x}$ = 2.96) ซึ่งอยู่ในระดับน้อย ภายหลังการพัฒนาเครือข่าย คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 29.36±3.28 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 83.89 อยู่ในระดับดี โดยข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ ความสามารถในการสื่อสารกับประชาชนในสถานการณ์ฉุกเฉิน ($\bar{x}$ = 4.34) รองลงมาคือ ความรวดเร็วในการตรวจพบและรายงานการระบาดของโรค ($\bar{x}$ = 4.26)

2.6 การทดสอบความแตกต่างในภาพรวมผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าภายหลังการพัฒนาเครือข่าย กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ($\bar{d}$ = 3.53, 95% CI = 2.71-4.35) ทัศนคติ ($\bar{d}$ = 9.08, 95% CI = 7.46-10.70) พฤติกรรม ($\bar{d}$ = 10.39, 95% CI = 8.28-12.50) ประสิทธิภาพการควบคุมโรค ($\bar{d}$ = 8.07, 95% CI = 6.51-9.63) และความสามารถในการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน ($\bar{d}$ = 8.01, 95% CI = 6.35-9.67) สูงกว่าก่อนการพัฒนาเครือข่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p<0.001$) โดยมีขนาดอิทธิพล (Cohen's dz) เท่ากับ 1.27, 1.64, 1.45, 1.51 และ 1.42 ตามลำดับ ซึ่งจัดเป็นขนาดใหญ่ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม ประสิทธิภาพการควบคุมโรค และความสามารถในการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน ก่อนและหลังการพัฒนาเครือข่ายระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชน (n = 47) (Paired t-test)

ตัวแปร (คะแนนเต็ม)	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		95% CI	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ความรู้ (15)	10.19	2.73	13.72	1.45	2.71-4.35	8.74	< 0.001*
ทัศนคติ (50)	34.61	5.24	43.69	3.78	7.46-10.70	11.26	< 0.001*
พฤติกรรม (50)	32.38	6.47	42.77	4.29	8.28-12.50	9.95	< 0.001*
ประสิทธิภาพการควบคุมโรค (40)	25.95	4.83	34.02	3.47	6.51-9.63	10.38	< 0.001*
ความสามารถในการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน (35)	21.35	4.72	29.36	3.28	6.35-9.67	9.72	< 0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

หมายเหตุ: ทุกตัวแปรอยู่ในระดับปานกลางก่อนการพัฒนา และระดับดีหลังการพัฒนา; $\bar{d}$ = ผลต่างค่าเฉลี่ย (หลัง – ก่อน); df = 46

3. ความพึงพอใจภายหลังการพัฒนาเครือข่ายระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชน

ภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาเครือข่ายโดยรวม คะแนนเฉลี่ย 43.22±4.57 คะแนน จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 86.44 อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ ประโยชน์ที่ได้รับ ($\bar{x}$±S.D. = 4.45±0.62) รองลงมาคือ ความพึงพอใจโดยรวม ($\bar{x}$±S.D. = 4.41±0.64) และความเหมาะสมของวิทยากร ($\bar{x}$±S.D. = 4.38±0.65) ส่วนข้อที่มีคะแนนต่ำสุดแต่ยังคงอยู่ในระดับดี คือ ความเหมาะสมของระยะเวลา ($\bar{x}$±S.D. = 4.19±0.76) และการสนับสนุนและติดตามผล ($\bar{x}$±S.D. = 4.23±0.74) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจต่อการพัฒนาเครือข่ายระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชน ตำบลขมิ้น อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ (n = 47)

ความพึงพอใจต่อการพัฒนาเครือข่าย	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1. ความเหมาะสมของเนื้อหาโปรแกรม	4.34	0.68	ดี
2. ความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรม	4.28	0.71	ดี
3. ความเหมาะสมของระยะเวลา	4.19	0.76	ดี
4. ความเหมาะสมของสื่อและเครื่องมือ	4.26	0.73	ดี
5. ความเหมาะสมของสถานที่	4.32	0.69	ดี
6. ความเหมาะสมของวิทยากร	4.38	0.65	ดี
7. การสนับสนุนและติดตามผล	4.23	0.74	ดี
8. ประโยชน์ที่ได้รับ	4.45	0.62	ดี
9. ความพึงพอใจโดยรวม	4.41	0.64	ดี
10. ความเต็มใจแนะนำให้ผู้อื่น	4.36	0.67	ดี
รวมทั้งหมด (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)	**43.22**	**4.57**	**ดี**

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการพัฒนาเครือข่ายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยประมาณ 49 ปี และเป็น อสม. มากกว่าครึ่งหนึ่ง มีประสบการณ์การปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคติดต่อเฉลี่ย 7.40 ปี

ลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับการถอดบทเรียนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19 ของ อสม. ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชน[12] การที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุและประสบการณ์ค่อนข้างสูง สะท้อนถึงความเข้าใจบริบทชุมชนซึ่งเป็นต้นทุนสำคัญในการขับเคลื่อนเครือข่าย ขณะเดียวกันก็อาจเป็นข้อจำกัดด้านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล จึงจำเป็นต้องออกแบบกิจกรรมที่เน้นการฝึกปฏิบัติจริงควบคู่กับการให้ความรู้

ด้านความรู้เกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อ ภายหลังการพัฒนาเครือข่ายกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมได้จัดการอบรมความรู้พื้นฐานเรื่องโรคติดต่อ ระบบเฝ้าระวัง และระบบรายงาน D506 ร่วมกับการฝึกปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการพัฒนาความรู้ของ อสม. และชุมชนในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดต่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานได้อย่างมีนัยสำคัญ[13] โดยเฉพาะประเด็นการรายงานผ่านระบบ D506 ซึ่งเป็นข้อที่มีคะแนนต่ำสุดก่อนการพัฒนาและเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนภายหลังการพัฒนา สะท้อนความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพการใช้ระบบข้อมูลดิจิทัล สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาเครื่องมือแสดงข้อมูลสถานการณ์โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาผ่านระบบดิจิทัล[14] ส่วนความรู้เรื่องการป้องกันโรคพื้นฐาน เช่น การล้างมือและการสวมหน้ากากอนามัย มีผู้ตอบถูกเกือบทั้งหมดภายหลังการพัฒนา (ร้อยละ 97.87) ซึ่งอาจสะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างมีพื้นฐานความรู้ด้านการป้องกันโรคที่ดี

ด้านทัศนคติต่อการทำงานเป็นเครือข่าย พบว่าทัศนคติเปลี่ยนจากระดับปานกลางเป็นระดับดี โดยข้อความเชิงลบ เช่น การประชุมเครือข่ายเป็นการเปลืองเวลา และการประสานงานทำให้งานซับซ้อนขึ้น มีคะแนนดีขึ้นอย่างชัดเจน สะท้อนการเปลี่ยนมุมมองจากการทำงานแบบแยกส่วนไปสู่การทำงานแบบบูรณาการ ซึ่งอาจเป็นผลจากกิจกรรมสัมมนาเชิงปฏิบัติการ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการสร้างวิสัยทัศน์ร่วม ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอที่เน้นการเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนในชุมชนเพื่อยกระดับการเฝ้าระวังโรคในพื้นที่ชนบท[15] และสอดคล้องกับทฤษฎีเครือข่ายทางสังคมที่อธิบายว่าการแลกเปลี่ยนข้อมูลและความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกเป็นหัวใจของการทำงานเป็นเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ[5]

ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคติดต่อ พบว่าพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดี โดยพฤติกรรมที่ปรับปรุงอย่างเห็นได้ชัด คือ การประสานงานกับสมาชิกเครือข่ายเมื่อพบผู้ป่วยและการเข้าร่วมประชุมเครือข่าย ซึ่งก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการพัฒนาช่องทางการสื่อสารและการรายงานที่ชัดเจน การฝึกปฏิบัติภาคสนาม และการติดตามผลรายสัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการเฝ้าระวังโดยชุมชนช่วยให้ตรวจพบเหตุการณ์ด้านสาธารณสุขได้มีประสิทธิภาพมากขึ้นเมื่อมีระบบการรายงานและการประสานงานที่ชัดเจน[7]

ด้านประสิทธิภาพการควบคุมโรค พบว่าคะแนนเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดี

โดยเฉพาะความทันเวลาในการรายงานข้อมูลการเฝ้าระวัง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานป้องกันโรคติดต่อแบบบูรณาการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองและการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิผล[16] อย่างไรก็ตาม การติดตามประเมินผลการควบคุมโรคอย่างต่อเนื่องเป็นข้อที่มีคะแนนต่ำสุดก่อนการพัฒนา จึงควรพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลที่เรียบง่ายและต่อเนื่องเพิ่มเติม

ด้านความสามารถในการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน พบว่าคะแนนเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดี โดยเฉพาะด้านการประสานงานระหว่างสมาชิกเครือข่ายและการระดมทรัพยากรในสถานการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นข้อที่มีคะแนนต่ำสุดก่อนการพัฒนา การเพิ่มขึ้นดังกล่าวอาจเป็นผลจากกิจกรรมการจำลองสถานการณ์ การแบ่งบทบาทหน้าที่ และการทดสอบระบบการสื่อสาร สอดคล้องกับการทบทวนที่พบว่าการเฝ้าระวังโดยชุมชนที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางช่วยให้ตรวจพบและตอบสนองต่อการระบาดได้อย่างรวดเร็ว[6]

ด้านความพึงพอใจ พบว่าภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาเครือข่ายในระดับดี โดยประโยชน์ที่ได้รับมีคะแนนสูงสุด แสดงว่าสมาชิกเครือข่ายเห็นคุณค่าของการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อสม. และชุมชนมีความพึงพอใจต่อระบบเฝ้าระวังที่พัฒนาขึ้นในระดับดีขึ้นไป[13] และสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมพลังชุมชนผ่านการมีส่วนร่วมและการพัฒนาศักยภาพ[17] ส่วนความเหมาะสมของระยะเวลาและการสนับสนุนติดตามผลมีคะแนนต่ำสุดแม้ยังอยู่ในระดับดี สะท้อนความต้องการให้จัดสรรเวลาให้สอดคล้องกับภาระงานของภาคีเครือข่ายและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัด ได้แก่ 1) เป็นการวิจัยกลุ่มเดียวโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ผลลัพธ์จึงอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่น เช่น เหตุการณ์ในพื้นที่ระหว่างการศึกษา (history) และผลจากการทำแบบวัดชุดเดิมซ้ำ (testing effect) 2) ตัวแปรประสิทธิภาพการควบคุมโรคและความสามารถในการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินวัดจากการประเมินตนเอง จึงอาจมีอคติจากการตอบตามความคาดหวังทางสังคม (social desirability bias) และ 3) วัดผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมเพียง 2 สัปดาห์ จึงยังไม่สามารถสรุปความยั่งยืนของผลลัพธ์ได้

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนาเครือข่ายระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชน ตำบลขมิ้น อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีเครือข่ายทางสังคมและการมีส่วนร่วมของชุมชน ผ่านโปรแกรม 5 ระยะ สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมประสิทธิภาพการควบคุมโรค และความสามารถในการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินของภาคีเครือข่าย จากระดับปานกลางเป็นระดับดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาในระดับดี โปรแกรมนี้จึงอาจใช้เป็นแนวทางเสริมสร้างศักยภาพการเฝ้าระวังโรคติดต่อของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอและจังหวัดควรกำหนดให้การพัฒนาเครือข่ายระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อในระดับตำบลเป็นมาตรฐานการปฏิบัติ โดยปรับจากการเฝ้าระวังแบบตั้งรับ (Reactive) เป็นการเฝ้าระวังเชิงรุก (Proactive) และส่งเสริมการบูรณาการงบประมาณระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกองทุนหลักประกันสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

1.2 ควรพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการใช้ระบบรายงาน D506 และเทคโนโลยีสารสนเทศ ผ่านการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์รายเดือนและสื่อออนไลน์ พร้อมสร้างระบบจูงใจและยกย่องภาคีเครือข่ายที่มีผลงานดีเด่น

1.3 ควรพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลที่เรียบง่ายแต่มีประสิทธิภาพ โดยใช้ตัวชี้วัดด้านความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม ประสิทธิภาพการควบคุมโรค และความสามารถในการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน ประเมินซ้ำทุก 6 เดือน และนำผลมาปรับปรุงการดำเนินงาน

1.4 หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีบริบทใกล้เคียงกันสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ โดยเริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายชุมชน และปรับรายละเอียดกิจกรรมให้เหมาะสมกับลักษณะประชากรและวัฒนธรรมของพื้นที่ รวมทั้งสร้างเครือข่ายการเรียนรู้และระบบพี่เลี้ยงระหว่างตำบล

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรใช้รูปแบบการวิจัยที่มีกลุ่มควบคุม ติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของเครือข่าย และศึกษาการประยุกต์ใช้กับการเฝ้าระวังโรคติดต่ออื่น เช่น โรคติดต่อทางเดินหายใจ โรคติดต่อทางเดินอาหาร และโรคติดต่อนำโดยแมลง

2.2 ควรเพิ่มตัวชี้วัดเชิงวัตถุ เช่น ความทันเวลาในการรายงานผ่านระบบ D506 และจำนวนเหตุการณ์ผิดปกติที่ตรวจพบ ร่วมกับการประเมินตนเอง เพื่อยืนยันผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพการควบคุมโรค

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนชัย ที่อนุญาตให้ใช้พื้นที่และสนับสนุนการดำเนินงานวิจัย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่อนุญาตและรับรองจริยธรรมการวิจัย นายอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ ผู้ใหญ่บ้าน และผู้นำชุมชนในตำบลขมิ้นทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวก ขอขอบคุณภาคีเครือข่ายระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชนทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจตลอดระยะเวลา 7 เดือน ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนชัย และผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยและให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์

เอกสารอ้างอิง

1. Buehler JW, Hopkins RS, Overhage JM, Sosin DM, Tong V. Framework for evaluating public health surveillance systems for early detection of outbreaks: recommendations from the CDC Working Group. MMWR Recomm Rep. 2004;53(RR-5):1-11.

2. Department of Disease Control. Guidelines for communicable disease surveillance for public health personnel. Bangkok: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand Printing; 2024. (in Thai)

3. Department of Disease Control. Digital surveillance system (D506) implementation in Thailand. Wkly Epidemiol Surveill Rep. 2024;55(12):189-95.

4. Health Workforce Research and Development Office. Roles of village health volunteers in COVID-19 control. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2020. (in Thai)

5. Wasserman S, Faust K. Social network analysis: methods and applications. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.

6. Ratnayake R, Tammaro M, Tiffany A, Kongelf A, Polonsky JA, McClelland A. People-centred surveillance: a narrative review of community-based surveillance among crisis-affected populations. Lancet Planet Health. 2020;4(10):e483-95.

7. Merali S, Asiedu-Bekoe F, Clara A, Adjabeng M, Baffoenyarko I, Frimpong JA, et al. Community-based surveillance advances the Global Health Security Agenda in Ghana. PLoS One. 2020;15(8):e0237320.

8. Ban Non Chai Subdistrict Health Promoting Hospital. Annual disease surveillance situation report 2024. Kalasin: Kalasin Provincial Administrative Organization; 2024. (in Thai)

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

10. Akkarapan P, Panwit S, Iamla-or W. Evaluation of the efficiency of community communicable disease surveillance systems. Journal of Health Science Research. 2022;16(2):45-58. (in Thai)

11. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.

12. Sridaoruang C, Worawong J, Sriring P, Klangklang R, Haohan J, Jaisue D, et al. Lessons learned from the community-based COVID-19 surveillance, prevention and control model of village health volunteers in northeastern Thailand. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2021. (in Thai)

13. Nawamawat J, Sittisart W, Lekpet K, Thianthavorn P. Participation of village health volunteers and communities in COVID-19 prevention and surveillance using a geographic information system. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2021. (in Thai)

14. Areechokchai D, Sayumpurujinan S. Development of a dashboard for notifiable disease situations under the Communicable Diseases Act B.E. 2558. Wkly Epidemiol Surveill Rep. 2024;55(9):15-26. (in Thai)

15. Worsley-Tonks KE, Bender JB, Deem SL, Ferguson AW, Fèvre EM, Martínez-López B, et al. Strengthening global health security by improving disease surveillance in remote rural areas of low-income and middle-income countries. Lancet Glob Health. 2022;10(4):e579-84.

16. Kaewphamon T, Saengsai S, Namwong T. Development of an integrated strategy for prevention of HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, Yasothon Province. Thai AIDS J. 2024;36(3):135-48. (in Thai)

17. Lohpansa K, et al. Community empowerment for health promotion and prevention of non-communicable diseases. Nursing, Health, and Education Journal. 2024;7(1):88-99. (in Thai)

Thai Health Sciences Frontiers
วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า
THSF

บทความวิจัย | RESEARCH ARTICLE

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร

Effects of a Household Solid Waste Management Behavior Promotion Program among Residents in the Service Area of Phato Hospital, Chumphon Province

วรรณวิสา ทิพย์วงค์[1]*

Wannawisa Thipwong[1]*

[1]นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลพะโต๊ะ อำเภอพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร

*ผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding author)

☐ **รับบทความ:** [14 กันยายน 2569 ปี] ✓ **แก้ไขบทความ:** [16 กันยายน 2569] ☑ **ตอบรับบทความ:** [21 ตุลาคม 2569]

การอ้างอิง (Citation): [Thipwong W. Effects of a Household Solid Waste Management Behavior Promotion Program among Residents in the Service Area of Phato Hospital, Chumphon Province. Thai Health Sci Front. 2569;ปีที่ 1 (ฉบับ1) :เลขหน้า.34-50 doi: [DOI]]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนโดยประยุกต์แนวคิด GREEN & CLEAN Hospital Challenge ด้านคาร์บอนต่ำและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ เปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อโปรแกรม ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม–มิถุนายน พ.ศ. 2569 รวมระยะเวลา 2 เดือน กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลพะโต๊ะ จำนวน 42 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน 5 กิจกรรม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามทัศนคติ แบบสอบถามพฤติกรรม และแบบสอบถามความพึงพอใจ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า CVI รวม 0.92 และมีค่าความเชื่อมั่น 0.81-0.92 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบก่อน-หลังด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การให้ความรู้ 2 ครั้ง การสาธิตและฝึกปฏิบัติการคัดแยกขยะ 1 ครั้ง และการเยี่ยมบ้านติดตามพฤติกรรม 2 ครั้ง ดำเนินการต่อเนื่อง 5 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 54.76 อายุเฉลี่ย 42.31±10.30 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 52.38 และไม่มีถังขยะแยกประเภทในครัวเรือน ร้อยละ 73.81 ภายหลังได้รับโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 10.90 ±2.37 เป็น 12.02±4.24 คะแนน (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) ทัศนคติเปลี่ยนจาก 3.00±0.45 เป็น 3.19±0.74 คะแนน และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนเพิ่มขึ้นจาก 2.30±0.49 เป็น 2.52±0.74 คะแนน โดยพฤติกรรมเปลี่ยนจากระดับน้อยเป็นระดับปานกลาง คะแนนความรู้และพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีขนาดอิทธิพลเล็ก (t = 2.128, p=0.039 และ t = 2.070, p=0.045 ตามลำดับ; Cohen's dz = 0.33 และ 0.32) ส่วนคะแนนทัศนคติไม่แตกต่างอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ (t = 2.010, p=0.051) ความพึงพอใจของประชาชนต่อโปรแกรมโดยรวมอยู่ในระดับมาก (4.15±1.12 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน หรือร้อยละ 83.00) โดยพึงพอใจสูงสุดด้านการนำไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวัน ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่บูรณาการการให้ความรู้ การสาธิตและฝึกปฏิบัติด้วยตัวอย่างขยะจริงจากชุมชน และการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามและเสริมแรงทางบวก อาจช่วยเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชนได้ในระดับเล็กน้อย และได้รับการยอมรับจากกลุ่มเป้าหมายในระดับมาก จึงอาจใช้เป็นแนวทางสำหรับหน่วยบริการสาธารณสุขในชุมชนเกษตรกรรมที่มีบริบทใกล้เคียงกัน โดยควรเสริมปัจจัยเอื้อด้านโครงสร้างและติดตามผลในระยะยาว

คำสำคัญ: การจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน, GREEN & CLEAN Hospital Challenge, **คาร์บอนต่ำ**, **พฤติกรรมสุขภาพสิ่งแวดล้อม**

Abstract

This quasi-experimental study employed a one-group pretest-posttest design. The objectives were to develop a household solid waste management behavior promotion program applying the GREEN & CLEAN Hospital Challenge concept on low carbon and climate change; to compare knowledge, attitudes, and household solid waste management behaviors before and after receiving the program; and to assess residents' satisfaction with the program in the service area of Phato Hospital, Chumphon Province. The study was conducted from May to June 2026 (2 months). The sample consisted of 42 residents in the service area of Phato Hospital, selected by simple random sampling. The research instruments comprised a 5-activity household solid waste management behavior promotion program, a general information questionnaire, a knowledge test, and questionnaires on attitudes, behaviors, and satisfaction. Content validity was confirmed by three experts (overall CVI = 0.92), with reliability coefficients ranging from 0.81 to 0.92. Data were analyzed using descriptive statistics, and pre-post comparisons were performed using the paired t-test.

The results showed that the developed program consisted of five main activities, namely two educational sessions, one waste separation demonstration and practice session, and two home visits, implemented over five weeks. More than half of the participants were male (54.76%), with a mean age of 42.31±10.30 years; 52.38% were farmers, and 73.81% had no separated waste bins at home. After the program, the mean knowledge score increased from 10.90±2.37 to 12.02±4.24 (out of 20); the mean attitude score increased from 3.00±0.45 to 3.19±0.74; and the mean household solid waste management behavior score increased from 2.30±0.49 to 2.52±0.74, changing from a low to a moderate level. Knowledge and behavior scores increased significantly but with small effect sizes (t = 2.128, p=0.039 and t = 2.070, p=0.045, respectively; Cohen's dz = 0.33 and 0.32), whereas the attitude score did not change significantly (t = 2.010, p=0.051). Overall satisfaction with the program was high (4.15±1.12) out of 5, or 83.00%), with the highest satisfaction in the domain of application in daily life. These findings suggest that a program integrating education, demonstration and hands-on practice using

real waste from the community, and home visits with positive reinforcement, may modestly improve residents' knowledge and household solid waste management behaviors and is well accepted by the target group. It may serve as a guideline for health service units in agricultural communities with similar contexts, provided that structural support and longer follow-up are added.

Keywords: Household solid waste management, GREEN & CLEAN Hospital Challenge, low carbon, environmental health behavior

บทนำ

ขยะมูลฝอยเป็นวิกฤตสิ่งแวดล้อมระดับโลกที่ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันทั่วโลกมีปริมาณขยะมูลฝอยเกิดขึ้นกว่า 2,010 ล้านตันต่อปี โดยมีขยะเพียงร้อยละ 16.00 ที่ได้รับการรีไซเคิลอย่างถูกต้อง ขณะที่ร้อยละ 46.00 ถูกกำจัดในลักษณะที่ไม่ยั่งยืน รายงาน Global Waste Management Outlook 2024 ของโครงการสิ่งแวดล้อมแห่งสหประชาชาติเตือนว่า หากไม่มีการจัดการอย่างเร่งด่วน ภายในปี พ.ศ. 2593 ปริมาณขยะชุมชนทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นอีกสองในสาม และค่าใช้จ่ายในการจัดการขยะจะเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่า ปัญหาดังกล่าวเชื่อมโยงโดยตรงกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ เนื่องจากการย่อยสลายขยะอินทรีย์และการกำจัดขยะอย่างไม่ถูกวิธีเป็นแหล่งปล่อยก๊าซมีเทนและก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ซึ่งเป็นก๊าซเรือนกระจกที่สำคัญ[1]

สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2565 มีปริมาณขยะมูลฝอยเกิดขึ้น 25.70 ล้านตัน ในจำนวนนี้กำจัดอย่างไม่ถูกต้อง 7.10 ล้านตัน หรือร้อยละ 27.63[2] และในปี พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้นเป็น 26.95 ล้านตัน หรือเฉลี่ย 73,840 ตันต่อวัน มีอัตราการเกิดขยะเฉลี่ย 1.12 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน และยังมีขยะที่ถูกกำจัดอย่างไม่ถูกต้องสูงถึง 7.47 ล้านตัน หรือร้อยละ 27.72[3] โดยภาคใต้มีปริมาณขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้นจาก 8,384 ตันต่อวันในปี พ.ศ. 2564 เป็น 9,705 ตันต่อวันในปี พ.ศ. 2566 ซึ่งเป็นอัตราการเพิ่มสูงสุดในทุกภูมิภาคของประเทศ[4] ขณะที่จังหวัดชุมพรมีปริมาณขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้นจากประมาณ 412.00 ตันต่อวันในปี พ.ศ. 2565 เป็นประมาณ 452.00 ตันต่อวันในปี พ.ศ. 2567 ปัญหาสำคัญที่พบในพื้นที่ คือ การขาดการคัดแยกขยะตั้งแต่แหล่งกำเนิด และประชาชนในพื้นที่ห่างไกลและพื้นที่เกษตรกรรมยังขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะอย่างถูกวิธี ส่งผลให้มีการเผาขยะในที่โล่งและทิ้งขยะตามริมทาง ซึ่งก่อให้เกิดมลภาวะทางอากาศและก๊าซเรือนกระจก[3]

พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ แรงจูงใจ และปัจจัยเอื้อทางสิ่งแวดล้อม การศึกษาพบว่าความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน[5] และปัจจัยด้านแรงจูงใจ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดและการแยก

ขยะมูลฝอยในครัวเรือน[6] การจัดการขยะตามหลักการ 3Rs ได้แก่ การลดปริมาณ (Reduce) การนำกลับมาใช้ซ้ำ (Reuse) และการนำกลับมาใช้ใหม่ (Recycle) โดยเริ่มจากการคัดแยกขยะตั้งแต่ต้นทาง จึงเป็นหัวใจสำคัญของการแก้ปัญหา นอกจากนี้ แนวคิด GREEN & CLEAN Hospital Challenge ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมุ่งพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุข ครอบคลุมการจัดการขยะมูลฝอยทุกประเภท (GARBAGE) การพัฒนาส้วมมาตรฐาน (RESTROOM) การจัดการพลังงาน (ENERGY) การจัดการสิ่งแวดล้อม (ENVIRONMENT) การสุขาภิบาลอาหารและน้ำ (NUTRITION) และการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care)[7] ก็สามารถนำมาประยุกต์เป็นกรอบในการส่งเสริมการจัดการสิ่งแวดล้อมในระดับชุมชนได้

อำเภอพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร มีพื้นที่ประมาณ 1,017 ตารางกิโลเมตร ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยเฉพาะการทำสวนผลไม้และสวนปาล์มน้ำมัน ชุมชนกระจายตัวในพื้นที่ภูเขาและที่ราบเชิงเขา ทำให้การเข้าถึงบริการจัดเก็บขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นไปอย่างจำกัด ปริมาณขยะมูลฝอยในชุมชนเพิ่มขึ้นจากประมาณ 8.20 ตันต่อวันในปี พ.ศ. 2565 เป็น 9.80 ตันต่อวันในปี พ.ศ. 2567 โดยมีขยะตกค้างที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างถูกต้องร้อยละ 28.00-32.00 ของขยะทั้งหมด[3] ซึ่งเสี่ยงต่อการปนเปื้อนแหล่งน้ำธรรมชาติที่เป็นแหล่งต้นน้ำสำคัญของจังหวัด โรงพยาบาลพะโต๊ะได้รับรางวัล GREEN & CLEAN Hospital Challenge ด้านโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศในปี พ.ศ. 2568 สะท้อนถึงศักยภาพขององค์กรในการขับเคลื่อนงานด้านสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานด้านการจัดการขยะมูลฝอยในพื้นที่ที่ผ่านมายังเน้นการรณรงค์เป็นครั้งคราว ขาดการดำเนินงานที่เป็นระบบและต่อเนื่องในระดับครัวเรือน ประชาชนยังขาดองค์ความรู้ที่เพียงพอ ไม่มีการคัดแยกขยะตั้งแต่แหล่งกำเนิด และมีพฤติกรรมการทิ้งและเผาขยะที่ไม่เหมาะสม

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน โดยประยุกต์แนวคิด GREEN & CLEAN Hospital Challenge ด้านคาร์บอนต่ำและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ผ่านการให้ความรู้ การสาธิตและฝึกปฏิบัติการคัดแยกขยะ และการติดตามพฤติกรรมในครัวเรือน เป็นแนวทางสำคัญที่จะเชื่อมโยงศักยภาพของโรงพยาบาลสู่การแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อมในระดับครัวเรือนอย่างเป็นรูปธรรม และเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาระบบการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนเกษตรกรรมที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมดังกล่าวและศึกษาผลของโปรแกรมต่อความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม และความพึงพอใจของประชาชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน โดยประยุกต์แนวคิด GREEN & CLEAN Hospital Challenge ด้านคาร์บอนต่ำและการเปลี่ยนแปลงสภาพ

ภูมิอากาศ สำหรับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน โรงพยาบาลพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน โรงพยาบาลพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ร่วมกับการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม–มิถุนายน พ.ศ. 2569 รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์ (ดำเนินโปรแกรม 5 สัปดาห์) แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การประเมินก่อนการทดลองและเตรียมการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (สัปดาห์ที่ 1) ระยะที่ 2 การดำเนินโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน (สัปดาห์ที่ 2-6) และระยะที่ 3 การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง การประเมินความพึงพอใจ และการวิเคราะห์ข้อมูล (สัปดาห์ที่ 7-8)

ประชากร ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลพะโต๊ะ อำเภอพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร ครอบคลุม 4 ตำบล 46 หมู่บ้าน ได้แก่ ตำบลพะโต๊ะ ตำบลปากทรง ตำบลปังหวาน และตำบลพระรักษ์ รวมทั้งสิ้น 650 ครัวเรือน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1[8] สำหรับสถิติ Paired t-test (Means: Difference between two dependent means) กำหนดขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Effect size = 0.50)[9] ระดับนัยสำคัญ α = .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 42 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากตารางเลขสุ่ม โดยใช้ทะเบียนรายชื่อประชากรในหมู่บ้านที่รับผิดชอบเป็นกรอบการสุ่ม โดยสุ่มรายครัวเรือนตัวแทนครัวเรือนละ 1 คน กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมครบถ้วนและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทั้ง 42 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านหรืออาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลพะโต๊ะ อายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดการขยะมูลฝอยภายในครัวเรือน สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ มีสภาพร่างกายและจิตใจปกติ อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาการวิจัย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) มีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถควบคุมได้หรือเจ็บป่วยเฉียบพลันจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ กำลังเข้าร่วมโครงการอื่นที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะมูลฝอยในช่วงเวลาเดียวกัน มีแผนย้ายที่อยู่หรือเดินทางไปต่างพื้นที่เป็นเวลานาน ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรม หรือขอถอนตัวระหว่างการวิจัย

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือในการทดลองและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน โดยประยุกต์แนวคิด GREEN & CLEAN Hospital Challenge ด้านคาร์บอนต่ำและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม การสำรวจสถานการณ์ การสัมภาษณ์เชิงลึกประชาชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรสาธารณสุข และการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2-6 ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้ครั้งที่ 1 หัวข้อ “รู้จักขยะมูลฝอย 4 ประเภทและผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ” โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ สื่อภาพพลิก และการบรรยายแบบมีส่วนร่วม 60 นาที (สัปดาห์ที่ 2) กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้ครั้งที่ 2 หัวข้อ “หลักการ 3Rs และแนวคิด GREEN & CLEAN ด้านคาร์บอนต่ำ” โดยการบรรยาย อภิปรายกลุ่ม และยกตัวอย่างจากชีวิตประจำวันของเกษตรกร 60 นาที (สัปดาห์ที่ 3) กิจกรรมที่ 3 การสาธิตและฝึกปฏิบัติการคัดแยกขยะมูลฝอย 4 ประเภทตั้งแต่แหล่งกำเนิดในครัวเรือน โดยใช้ตัวอย่างขยะจริงจากชุมชนเกษตรกรรม 90 นาที (สัปดาห์ที่ 4) กิจกรรมที่ 4 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 เพื่อสังเกตการจัดถังขยะและการคัดแยกขยะในครัวเรือน และให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล (สัปดาห์ที่ 5) และกิจกรรมที่ 5 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 เพื่อติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เสริมแรงทางบวกสำหรับครัวเรือนที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง และให้คำแนะนำเพิ่มเติมสำหรับครัวเรือนที่ยังมีข้อบกพร่อง (สัปดาห์ที่ 6) ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมมีการมอบเกียรติบัตรและคู่มือการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน เพื่อเสริมแรงให้คงพฤติกรรมที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง (สัปดาห์ที่ 8)

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล 7 ข้อ และข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย 3 ข้อ 2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ประเภทของขยะ การคัดแยกขยะ ผลกระทบของการจัดการขยะที่ไม่ถูกวิธี และแนวคิด GREEN & CLEAN กับการลดก๊าซเรือนกระจก แบบเลือกตอบใช่/ไม่ใช่ คะแนนเต็ม 20 คะแนน แปลผลโดยประยุกต์จากเกณฑ์ของบลูม[10] เป็นระดับมาก (14-20 คะแนน) ปานกลาง (8-13 คะแนน) และน้อย (0-7 คะแนน) 3) แบบสอบถามทัศนคติและพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยทัศนคติ จำนวน 20 ข้อ 4 ด้าน แปลผลค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของเบสท์[11] เป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (4.51-5.00) มาก (3.51-4.50) ปานกลาง (2.51-3.50) น้อย (1.51-2.50) และน้อยที่สุด (1.00-1.50) และพฤติกรรม จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุมการลดปริมาณขยะ (Reduce) การนำกลับมาใช้ซ้ำ (Reuse) การคัดแยกขยะเพื่อรีไซเคิล (Recycle) และการทิ้งขยะอย่างถูกสุขลักษณะ แปลผลค่าเฉลี่ยโดยแบ่งช่วงชั้นแบบอันตรภาค [(5–1)/3] เป็นระดับมาก (3.68-5.00) ปานกลาง (2.34-3.67) และน้อย (1.00-2.33) และ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรม จำนวน 20 ข้อ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหาและความรู้ที่ได้รับ ด้านกิจกรรมและวิธีการดำเนินโปรแกรม ด้านวิทยากรและผู้ดำเนินการ และด้าน

การนำไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวัน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลตามเกณฑ์ของเบสท์[11] และมีคำถามปลายเปิดสำหรับข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมและเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน หัวหน้าบุคลากรสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ด้านการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge และผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบด้านการจัดการขยะมูลฝอย โดยใช้ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) กำหนดเกณฑ์ผ่านที่ 0.80 ขึ้นไป[12] ได้ค่า CVI ของเครื่องมือรายชุดระหว่าง 0.90-0.94 และนำไปทดลองใช้กับประชาชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียง ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ด้วยสูตร KR-20 เท่ากับ 0.81 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามทัศนคติ พฤติกรรม และความพึงพอใจ เท่ากับ 0.87, 0.89 และ 0.92 ตามลำดับ ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ 0.70 ขึ้นไป[13]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 ด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ และแบบสอบถามทัศนคติและพฤติกรรม ดำเนินโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2-6 และเก็บข้อมูลหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 7 ด้วยแบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามทัศนคติ พฤติกรรม และความพึงพอใจ วิธีการเก็บด้วยวิธีสัมภาษณ์ และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสังเกตและถามเชิงลึก ในระยะพัฒนาโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ตำบลที่อยู่อาศัย ระยะทางถึงจุดเก็บขยะ การมีถังขยะแยกประเภท และประสบการณ์การรับความรู้เรื่องการจัดการขยะมูลฝอย ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสำรวจสถานการณ์และการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อพัฒนาโปรแกรม วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกัน ด้วยสถิติ Paired t-test ภายหลังตรวจสอบการแจกแจงแบบปกติของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk test (หากข้อมูลไม่เป็นปกติใช้ Wilcoxon signed-rank test) นำเสนอผลต่างค่าเฉลี่ย ($\bar{d}$) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI) และขนาดอิทธิพล (Cohen's dz) ใช้การทดสอบแบบสองทาง (two-tailed) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 วิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS version 26.0

3. วิเคราะห์ความพึงพอใจต่อโปรแกรมด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลผลตามเกณฑ์ทั้งรายข้อ รายด้าน และภาพรวม และสรุปข้อเสนอแนะจากคำถามปลายเปิดด้วยการจัดกลุ่มประเด็น

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพะโต๊ะก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาการเข้าร่วม และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับให้ทราบล่วงหน้า กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธ และถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรับบริการสาธารณสุขหรือสิทธิ์อื่นใด ผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับโดยใช้รหัสแทนชื่อจริง และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างทุกรายลงนามในใบยินยอมก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน เป็นเพศชาย 23 คน (ร้อยละ 54.76) มีอายุ 40-49 ปีมากที่สุด 17 คน (ร้อยละ 40.48) อายุเฉลี่ย 42.31±10.30 ปี (ต่ำสุด 25 ปี สูงสุด 63 ปี) จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด 19 คน (ร้อยละ 45.24) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ทำสวน/ทำไร่) 22 คน (ร้อยละ 52.38) รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป 12 คน (ร้อยละ 28.57) มีรายได้ครัวเรือน 5,000-10,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด 18 คน (ร้อยละ 42.86) จำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 4.17±1.12 คน ระยะทางจากบ้านถึงจุดเก็บขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อยู่ในช่วง 3-5 กิโลเมตรและมากกว่า 5 กิโลเมตรมากที่สุด ช่วงละ 13 คน (ร้อยละ 30.95) ระยะทางเฉลี่ย 3.64±1.95 กิโลเมตร ไม่มีถังขยะแยกประเภทในครัวเรือน 31 คน (ร้อยละ 73.81) และเคยได้รับความรู้เรื่องการจัดการขยะมูลฝอยมาก่อนกับไม่เคยได้รับในสัดส่วนเท่ากัน (ร้อยละ 50.00) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน โรงพยาบาลพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร (n = 42)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	23	54.76
หญิง	19	45.24
2. อายุ (ปี)		
25-29 ปี	7	16.67
30-39 ปี	7	16.67
40-49 ปี	17	40.48
50-59 ปี	10	23.81
60 ปีขึ้นไป	1	2.38
อายุ ($\bar{x}$±S.D.) = 42.31±10.30 ปี (ต่ำสุด–สูงสุด = 25–63 ปี)		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	19	45.24
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	21.43
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	10	23.81
อนุปริญญา/ปวส.	2	4.76
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	4.76
4. อาชีพหลัก		
เกษตรกร (ทำสวน/ทำไร่)	22	52.38
รับจ้างทั่วไป	12	28.57
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	6	14.29
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	1	2.38
อื่น ๆ	1	2.38
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	3	7.14
5,000-10,000 บาท	18	42.86
10,001-20,000 บาท	14	33.33
มากกว่า 20,000 บาท	7	16.67
รายได้ ($\bar{x}$±S.D.) = 12,559.52±6,780.75 บาท		
6. ระยะทางจากบ้านถึงจุดเก็บขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)		
น้อยกว่า 1 กิโลเมตร	6	14.29
1.00-2.99 กิโลเมตร	10	23.81
3.00-5.00 กิโลเมตร	13	30.95
มากกว่า 5 กิโลเมตร	13	30.95
ระยะทาง ($\bar{x}$±S.D.) = 3.64±1.95 กิโลเมตร		
7. การมีถังขยะแยกประเภทในครัวเรือน		
มี	11	26.19
ไม่มี	31	73.81
8. ประสบการณ์การรับความรู้เรื่องการจัดการขยะมูลฝอย		
เคย	21	50.00
ไม่เคย	21	50.00

2.ผลการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์จากการทบทวนวรรณกรรม ข้อมูลทุติยภูมิ การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม พบประเด็นปัญหา

สำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ประชาชนส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะตามประเภท โดยเฉพาะความแตกต่างระหว่างขยะรีไซเคิล ขยะอินทรีย์ และขยะอันตราย 2) การเผาขยะในพื้นที่เกษตรกรรมยังเป็นที่ยอมรับในชุมชน 3) ครัวเรือนส่วนใหญ่ไม่มีถังขยะแยกประเภท และ 4) ระบบการจัดเก็บขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าไม่ถึงพื้นที่ห่างไกล ผู้วิจัยจึงออกแบบโปรแกรมประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การคัดกรองและประเมินความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง เนื้อหาและกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรม 5 กิจกรรม การกำหนดระยะเวลาและความถี่ (5 สัปดาห์ กิจกรรมละ 60-90 นาที) สื่อและเครื่องมือประกอบโปรแกรม ได้แก่ สื่อวีดิทัศน์ สื่อภาพพลิก คู่มือการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน และแบบติดตามพฤติกรรม และการติดตามและประเมินผล ผลการตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่า S-CVI/Ave รวมเท่ากับ 0.92 โดยด้านความเหมาะสมของเนื้อหาโปรแกรม ความเหมาะสมของเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล และความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้จริง มีค่า CVI เท่ากับ 0.93 และด้านความเหมาะสมของกิจกรรมและวิธีการดำเนินโปรแกรม มีค่า CVI เท่ากับ 0.87 ทั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะให้เพิ่มตัวอย่างขยะจากชุมชนเกษตรกรรมในกิจกรรมสาธิต ปรับภาษาของข้อคำถามให้เข้าใจง่ายและเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตเกษตรกรรม และปรับช่วงเวลาการเยี่ยมบ้านให้สอดคล้องกับฤดูกาลเก็บเกี่ยวของเกษตรกร ซึ่งผู้วิจัยได้นำไปปรับปรุงก่อนการใช้จริง

3. การเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน

3.1 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 10.90±2.37 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีคะแนนต่ำสุด คือ ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการจัดการขยะที่ไม่ถูกวิธี ($\bar{x}$ = 2.57 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน) และข้อที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุด ได้แก่ “ขยะรีไซเคิลสามารถนำกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่ได้” “หลอดไฟ ถ่านไฟฉาย และภาชนะบรรจุยาฆ่าแมลงจัดเป็นขยะอันตราย” และ “การแยกขยะเปียกออกจากขยะแห้งช่วยให้กำจัดขยะได้ถูกสุขลักษณะมากขึ้น” (ตอบถูกร้อยละ 47.62) ภายหลังได้รับโปรแกรม คะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 12.02±4.24 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง โดยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า แสดงว่าการตอบสนองต่อโปรแกรมแตกต่างกันมากระหว่างบุคคล คะแนนเพิ่มขึ้นทุกด้าน ด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ ความรู้เกี่ยวกับ GREEN & CLEAN และการลดก๊าซเรือนกระจก ($\bar{x}$ = 3.12) และข้อที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด คือ หลอดไฟ ถ่านไฟฉาย และภาชนะบรรจุยาฆ่าแมลงจัดเป็นขยะอันตราย ซึ่งมีผู้ตอบถูกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 47.62 เป็นร้อยละ 69.05

3.2 ทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติเฉลี่ย 3.00±0.45 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีคะแนนต่ำสุด คือ ทัศนคติต่อการคัดแยกขยะตั้งแต่แหล่งกำเนิด ($\bar{x}$ = 2.94) และข้อที่มีคะแนนต่ำสุด คือ การจัดหาถังขยะแยกประเภทในครัวเรือนเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า ($\bar{x}$ =

2.86) ภายหลังได้รับโปรแกรม คะแนนทัศนคติเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.19±0.74 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง โดยคะแนนเพิ่มขึ้นทุกด้าน ด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ ทัศนคติต่อผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ($\bar{x}$ = 3.24) และข้อที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด คือ การจัดหาถังขยะแยกประเภทเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า (เพิ่มขึ้นจาก 2.86 เป็น 3.19) และความภาคภูมิใจหากครัวเรือนสามารถลดปริมาณขยะได้ (เพิ่มขึ้นจาก 2.95 เป็น 3.24)

3.3 พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย 2.30±0.49 คะแนน อยู่ในระดับน้อย ด้านที่มีคะแนนต่ำสุด คือ การคัดแยกขยะเพื่อรีไซเคิล (Recycle) ($\bar{x}$ = 2.22) และข้อที่มีคะแนนต่ำสุด คือ การนำเศษอาหารและเศษพืชผักไปทำปุ๋ยหมักหรือเลี้ยงสัตว์ ($\bar{x}$ = 2.10) ภายหลังได้รับโปรแกรม คะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 2.52±0.74 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง โดยทุกด้านเพิ่มขึ้นและอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการคัดแยกขยะเพื่อรีไซเคิลมีคะแนนสูงสุด ($\bar{x}$ = 2.53) และเป็นด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ การหลีกเลี่ยงการเผาขยะในที่โล่งหรือบริเวณบ้าน และการซื้อสินค้าเฉพาะที่จำเป็นเพื่อลดขยะบรรจุภัณฑ์ ($\bar{x}$ = 2.60) และข้อที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด คือ การนำเศษอาหารและเศษพืชผักไปทำปุ๋ยหมักหรือเลี้ยงสัตว์ ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก 2.10 เป็น 2.55 คะแนน เปลี่ยนจากระดับน้อยเป็นระดับปานกลาง

3.4 การทดสอบความแตกต่างในภาพรวม ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าผลต่างคะแนนมีการแจกแจงแบบปกติ ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ($\bar{d}$ = 1.12, 95% CI = 0.09-2.15, t = 2.128, p=0.039) และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ($\bar{d}$ = 0.22, 95% CI = 0.01-0.42, t = 2.070, p=0.045) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีขนาดอิทธิพล (Cohen's dz) เท่ากับ 0.33 และ 0.32 ตามลำดับ ซึ่งจัดเป็นขนาดเล็ก ส่วนคะแนนทัศนคติ ($\bar{d}$ = 0.19, 95% CI = 0.00-0.38, t = 2.010, p=0.051) ไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (dz = 0.31) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน (n = 42) (Paired t-test)

ตัวแปร (คะแนนเต็ม)	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		95% CI ของ $\bar{d}$	t	dz	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.				
ความรู้ (20)	10.90	2.37	12.02	4.24	0.09-2.15	2.128	0.33	0.039*
ทัศนคติ (5)	3.00	0.45	3.19	0.74	0.00-0.38	2.010	0.31	0.051
พฤติกรรม (5)	2.30	0.49	2.52	0.74	0.01-0.42	2.070	0.32	0.045*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

หมายเหตุ: ระดับก่อน ⟶ หลังได้รับโปรแกรม: ความรู้ ปานกลาง ⟶ ปานกลาง; ทัศนคติ ปานกลาง ⟶ ปานกลาง; พฤติกรรม น้อย ⟶ ปานกลาง; df = 41; dz = Cohen's dz

4. ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน

กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมโดยรวม คะแนนเฉลี่ย 4.15±1.12 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 83.00 อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ ด้านการนำไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวัน ($\bar{x}$±S.D. = 4.26±0.37) รองลงมาคือ ด้านวิทยากรและผู้ดำเนินการ ($\bar{x}$±S.D. = 4.13±0.43) ด้านเนื้อหาและความรู้ที่ได้รับ ($\bar{x}$±S.D. = 4.10±0.45) และด้านกิจกรรมและวิธีการดำเนินโปรแกรม ($\bar{x}$±S.D. = 4.09±0.37) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ ความเต็มใจแนะนำให้บุคคลในครัวเรือนและชุมชนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{x}$±S.D. = 4.38±0.79) รองลงมาคือ โปรแกรมช่วยให้ตระหนักถึงความสำคัญของการลดก๊าซเรือนกระจกจากครัวเรือน ($\bar{x}$±S.D. = 4.36±0.66) ส่วนข้อที่มีคะแนนต่ำสุดแต่ยังคงอยู่ในระดับมากและมีความเห็นแตกต่างกันมาก คือ ปริมาณเนื้อหามีความเหมาะสม ($\bar{x}$±S.D. = 3.95±1.10) และสถานที่และช่วงเวลาในการดำเนินกิจกรรมมีความเหมาะสม ($\bar{x}$±S.D. = 3.98±0.92) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน โรงพยาบาลพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร (n = 42)

ความพึงพอใจต่อโปรแกรม	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1. ด้านเนื้อหาและความรู้ที่ได้รับ	4.10	0.45	มาก
2. ด้านกิจกรรมและวิธีการดำเนินโปรแกรม	4.09	0.37	มาก
3. ด้านวิทยากรและผู้ดำเนินการ	4.13	0.43	มาก
4. ด้านการนำไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวัน	4.26	0.37	มาก
รวมทั้งหมด (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	**4.15**	**0.20**	**มาก**

อภิปรายผล

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ (CVI = 0.92) ทั้งด้านเนื้อหา กิจกรรม เครื่องมือ และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการพัฒนามีรากฐานจากการวิเคราะห์สถานการณ์จริงในพื้นที่อย่างรอบด้าน ทั้งการทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทำให้ได้เนื้อหาและกิจกรรมที่ตอบสนองต่อปัญหาและบริบทของชุมชนเกษตรกรรม สอดคล้องกับข้อเสนอที่ว่าการออกแบบโปรแกรม

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยที่มีประสิทธิผลต้องคำนึงถึงปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ทั้งการขาดความรู้และทัศนคติเชิงลบ[14] และสอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบที่พบว่าการแทรกแซงเชิงพฤติกรรมที่บูรณาการการให้ข้อมูลป้อนกลับ การใช้บรรทัดฐานทางสังคม และการเสริมแรงทางบวกมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับในการลดปริมาณขยะและส่งเสริมการคัดแยกขยะ[15] นอกจากนี้ การนำแนวคิด GREEN & CLEAN Hospital Challenge ด้านคาร์บอนต่ำมาเป็นกรอบในการออกแบบโปรแกรม ถือเป็นการเชื่อมโยงภารกิจของสถานบริการสาธารณสุขกับการแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อมในระดับครัวเรือนอย่างเป็นรูปธรรม

ด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ขนาดของการเปลี่ยนแปลงจะเล็ก (เพิ่มขึ้น 1.12 คะแนน หรือร้อยละ 5.6 ของคะแนนเต็ม) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมใช้สื่อหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ สื่อวีดิทัศน์ สื่อภาพพลิก และการยกตัวอย่างจากวิถีชีวิตเกษตรกรรม ซึ่งเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและประกอบอาชีพเกษตรกรรม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับขยะมูลฝอยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน[5] และการศึกษาที่พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะมูลฝอย กลุ่มทดลองมีความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[16] อย่างไรก็ตาม คะแนนความรู้โดยรวมยังคงอยู่ในระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ซึ่งอาจเกิดจากระยะเวลาของโปรแกรมที่ค่อนข้างสั้น และเนื้อหาด้าน GREEN & CLEAN และการลดก๊าซเรือนกระจกเป็นองค์ความรู้ใหม่ที่กลุ่มเป้าหมายยังไม่คุ้นเคย ประกอบกับระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการขยะในครัวเรือน[17] จึงจำเป็นต้องออกแบบรูปแบบการเรียนรู้ที่เหมาะสมเป็นพิเศษสำหรับชุมชนในพื้นที่ห่างไกล

ด้านทัศนคติต่อการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน พบว่าคะแนนทัศนคติเพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และยังคงอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนว่าการเปลี่ยนแปลงทัศนคติมักต้องใช้ระยะเวลานานกว่าการเพิ่มพูนความรู้ เนื่องจากทัศนคติต่อการเผาขยะในไร่สวนและการทิ้งขยะตามสะดวกผูกโยงกับความเชื่อและวิถีปฏิบัติที่สืบทอดในชุมชนเกษตรกรรมมายาวนาน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเจตคติเชิงลบต่อการจัดการขยะมูลฝอยเป็นปัจจัยเชิงสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และการปรับเปลี่ยนทัศนคติต้องอาศัยโปรแกรมที่คำนึงถึงบริบทเฉพาะของชุมชน[14] อย่างไรก็ตาม ด้านทัศนคติต่อผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศมีคะแนนสูงสุดภายหลังได้รับโปรแกรม แสดงว่าเนื้อหาที่เชื่อมโยงการจัดการขยะกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศสามารถสร้างความตระหนักรู้ใหม่ให้กับกลุ่มเป้าหมายได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าทัศนคติเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมการลดและการแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนได้[6]

ด้านพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน พบว่าคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเปลี่ยนจากระดับน้อยเป็น

ระดับปานกลาง โดยเฉพาะด้านการคัดแยกขยะเพื่อรีไซเคิลที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ปัจจัยที่อาจช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ การสาธิตโดยใช้ตัวอย่างขยะจริงจากชุมชนเกษตรกรรมร่วมกับการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามและเสริมแรงทางบวก สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการขยะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ[16] และการเสริมแรงทางบวกมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการขยะ[15]

อย่างไรก็ตาม คะแนนพฤติกรรมภายหลังได้รับโปรแกรมยังอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านปัจจัยเอื้อทางโครงสร้างพื้นฐาน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 73.81 ไม่มีถังขยะแยกประเภทในครัวเรือน และร้อยละ 61.90 อาศัยอยู่ห่างจากจุดเก็บขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตั้งแต่ 3 กิโลเมตรขึ้นไป สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการมีความรู้และทัศนคติที่ดีเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่พฤติกรรมการจัดการขยะที่พึงประสงค์ หากปราศจากปัจจัยเอื้อด้านโครงสร้าง เช่น ภาชนะรองรับขยะและระบบการจัดเก็บที่เข้าถึงได้[18] ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนเกษตรกรรมต้องอาศัยทั้งการพัฒนาศักยภาพบุคคลและการสนับสนุนโครงสร้างพื้นฐานจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควบคู่กัน

ด้านความพึงพอใจ พบว่าประชาชนมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมโดยรวมในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทชีวิตจริงของชุมชนเกษตรกรรม ทั้งการใช้ตัวอย่างขยะจากชุมชน การใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและการจัดกิจกรรมในเวลาและสถานที่ที่สะดวก สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าโปรแกรมที่ปรับใช้ได้กับบริบทและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะย่อมได้รับการยอมรับในระดับสูง[16] ด้านที่มีความพึงพอใจสูงสุดคือด้านการนำไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะความเต็มใจแนะนำโปรแกรมให้ผู้อื่นและการตระหนักถึงความสำคัญของการลดก๊าซเรือนกระจกจากครัวเรือน สะท้อนศักยภาพในการขยายผลผ่านเครือข่ายชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดและการแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน[6] และการแทรกแซงระดับชุมชนที่อาศัยบรรทัดฐานทางสังคมมีศักยภาพในการรักษาพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในระยะยาว[15]

ส่วนข้อที่มีความพึงพอใจต่ำสุด คือ ความเหมาะสมของปริมาณเนื้อหา และสถานที่และช่วงเวลาในการดำเนินกิจกรรม แม้ยังอยู่ในระดับมาก สะท้อนว่าเนื้อหาค่อนข้างมากเมื่อเทียบกับระยะเวลาของกิจกรรม และควรจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับฤดูกาลและภาระงานของเกษตรกร สอดคล้องกับข้อเสนอว่าการออกแบบโปรแกรมสำหรับชุมชนห่างไกลที่มีรายได้และระดับการศึกษาจำกัดต้องคำนึงถึงความเหมาะสมของปริมาณและความลึกของเนื้อหาเป็นพิเศษ[17]

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัด ได้แก่ 1) เป็นการวิจัยกลุ่มเดียวโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ผลลัพธ์จึงอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่น เช่น การรณรงค์ด้านสิ่งแวดล้อมจากหน่วยงานอื่น และผลจากการทำแบบวัดชุดเดิมซ้ำ (testing effect) 2) พฤติกรรมวัดจากการรายงานตนเอง อาจมีอคติจากการตอบตามความคาดหวังทางสังคม (social

desirability bias) 3) ขนาดอิทธิพลที่พบ (dz ประมาณ 0.3) เล็กกว่าที่ใช้คำนวณขนาดตัวอย่าง (0.50) การศึกษาจึงอาจมีอำนาจการทดสอบไม่เพียงพอ โดยเฉพาะตัวแปรทัศนคติ และ 4) วัดผลหลังสิ้นสุดกิจกรรมเพียง 1 สัปดาห์ จึงยังไม่สามารถสรุปความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

สรุปผลการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนที่ประยุกต์แนวคิด GREEN & CLEAN Hospital Challenge ด้านคาร์บอนต่ำและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ประกอบด้วย 5 กิจกรรมใน 5 สัปดาห์ ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญ ภายหลังได้รับโปรแกรม ประชาชนมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่มีขนาดอิทธิพลเล็ก โดยพฤติกรรมเปลี่ยนจากระดับน้อยเป็นระดับปานกลาง ส่วนทัศนคติไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ และประชาชนมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมาก การนำไปใช้จึงควรเสริมปัจจัยเอื้อด้านโครงสร้าง เช่น ถังขยะแยกประเภทและระบบการจัดเก็บ ร่วมกับการติดตามผลในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดและเขตสุขภาพควรพิจารณานำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนโดยประยุกต์แนวคิด GREEN & CLEAN Hospital Challenge ด้านคาร์บอนต่ำ ไปขยายผลในโรงพยาบาลชุมชนอื่นที่มีชุมชนเกษตรกรรมกระจายตัวในพื้นที่ห่างไกล โดยบรรจุเป็นส่วนหนึ่งของงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และจัดสรรงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

1.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรบูรณาการแผนงานการจัดการขยะมูลฝอยร่วมกับโรงพยาบาลพะโต๊ะ โดยสนับสนุนการจัดหาถังขยะแยกประเภทให้ครัวเรือนที่ยังขาดแคลน พัฒนาระบบการจัดเก็บขยะให้เข้าถึงพื้นที่ห่างไกล และพิจารณาออกข้อบัญญัติท้องถิ่นด้านการจัดการขยะที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนเกษตรกรรม

1.3 ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เป็นแกนนำในการส่งเสริมการคัดแยกขยะในชุมชน และพัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น แผ่นพับภาพประกอบ วีดิทัศน์สั้น และป้ายแสดงวิธีคัดแยกขยะที่ติดตั้งในครัวเรือน พร้อมปรับปริมาณเนื้อหาและช่วงเวลาของกิจกรรมให้สอดคล้องกับฤดูกาลและวิถีชีวิตของเกษตรกร

1.4 ควรมีระบบติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรมการคัดแยกขยะในครัวเรือนและการเยี่ยมบ้าน ร่วมกับการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน และกลุ่มเกษตรกร เพื่อให้การส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยเป็นไปอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรใช้รูปแบบการวิจัยที่มีกลุ่มควบคุม ติดตามผลในระยะยาวอย่างน้อย 6 เดือนถึง 1 ปี

และวัดผลลัพธ์เชิงปริมาณ เช่น น้ำหนักขยะที่ลดลงและการลดก๊าซเรือนกระจกจากครัวเรือน รวมทั้งศึกษาการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น Line Official Account ในการติดตามและเสริมแรงพฤติกรรมในพื้นที่ห่างไกล

2.2 ควรคำนวณขนาดตัวอย่างจากขนาดอิทธิพลที่พบในการศึกษานี้ (dz ประมาณ 0.3) และกำหนดวิธีการทดสอบสมมติฐานไว้ล่วงหน้า เพื่อให้มีอำนาจการทดสอบเพียงพอ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพะโต๊ะ ที่อนุญาตให้ดำเนินการศึกษา หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ที่ให้การอนุมัติและสนับสนุนการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพะโต๊ะ ที่อนุเคราะห์พื้นที่ในการศึกษา ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ ที่ให้ความร่วมมือในการประสานงานและอำนวยความสะดวก ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ และผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ที่กรุณาให้คำแนะนำในการพัฒนาโปรแกรมและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Environment Programme. Global waste management outlook 2024 [Internet]. Nairobi: United Nations Environment Programme; 2024.

2. Pollution Control Department. Thailand state of municipal solid waste report 2022. Bangkok: Pollution Control Department, Ministry of Natural Resources and Environment; 2023. (in Thai)

3. Pollution Control Department. Thailand state of municipal solid waste report 2023. Bangkok: Pollution Control Department, Ministry of Natural Resources and Environment; 2024. (in Thai)

4. National Statistical Office. Environment statistics of Thailand 2024. Bangkok: National Statistical Office; 2024. (in Thai)

5. Radapitakkul K, Pho-am O, Makmai P. Knowledge, attitudes and household solid waste management among village health volunteers in Pa Faek Subdistrict, Kong Krailat District, Sukhothai Province. Journal of Public Health and Health Sciences. 2021;4(1):77-86. (in Thai)

6. Piromwong E, Laemlak P, Pitakpong A. Factors affecting household solid waste reduction and separation in Pong Pha Subdistrict Administrative Organization, Mae Sai District, Chiang Rai Province. Academic Journal of Community Public Health. 2022;9(3):86-97. (in Thai)

7. Department of Health. GREEN & CLEAN Hospital Challenge criteria for fiscal year 2023. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)

8. 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.

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

10. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.

11. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.

12. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. Nurs Res. 1986;35(6):382-5.

13. Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric theory. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1994.

14. Srisamran S. Behaviors and causal factors of solid waste management among people in communities. Research and Development Health System Journal. 2022;15(2):46-59. (in Thai)

15. Wilson BM, Delmas MA, Rajagopal D. Behavioral interventions for waste reduction: a systematic review of experimental studies. Front Psychol. 2025;16:1561467.

16. Chanthama K, Somanan R, Pidtarate T, Daengkrachang T, Saksornyut P, Hengboriboonpong-Jaidee P. Effectiveness of a health literacy promotion program on solid waste management behavior among people in Tha Bun Mi Subdistrict, Ko Chan District, Chonburi Province. Research and Development Health System Journal. 2025;18(2):190-204. (in Thai)

17. Srijuntrapun P, Ket-um P, Attavanich W. Socio-demographic drivers of household food waste management practices in Thailand. PLoS One. 2025;20(4):e0321054.

18. Eshete H, Desalegn A, Tigu F. Knowledge, attitudes and practices on household solid waste management and associated factors in Gelemso town, Ethiopia. PLoS One. 2023;18(2):e0278181.

กรณีศึกษา | CASE STUDY

การพยาบาลฉุกเฉินผู้คลอดวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย: กรณีศึกษา

Emergency Nursing Care for a Teenage Parturient with Methamphetamine Use at Srisatchanalai Hospital: A Case Study

วรรณนภา ประดิษฐ์[1]*

Wannapha Pradit[1]*

[1]พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

*ผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding author)

☐ **รับบทความ:** 14 ตุลาคม 2569 ✓ **แก้ไขบทความ:** 15 ตุลาคม 2569 ☑ **ตอบรับบทความ:** 21 ตุลาคม 2569

การอ้างอิง (Citation): Pradit W. Emergency Nursing Care for a Teenage Parturient with Methamphetamine Use at Srisatchanalai Hospital: A Case Study. Thai Health Sci Front. 2569;1(1):51-65.

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นกรณีศึกษา (Case Study) ผู้คลอดวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน 1 ราย ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพและกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนและให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลครอบคลุม 4 ระยะ ได้แก่ ระยะฝากครรภ์ ระยะฉุกเฉิน ระยะคลอด และระยะหลังคลอดและติดตาม โดยเน้นบทบาทของพยาบาลห้องฉุกเฉินในการคัดกรอง ประเมินความเสี่ยงและประสานส่งต่อ และเพื่อประเมินผลลัพธ์การพยาบาลพร้อมถอดบทเรียน ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2569 รวมระยะเวลา 9 เดือน คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ปกครอง การสังเกต และการตรวจร่างกาย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตามกรอบแนวคิดการประเมินและคัดกรองความเสี่ยง กระบวนการพยาบาล และแนวคิดการดูแลต่อเนื่องและระบบส่งต่อ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) และการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาเป็นหญิงไทยอายุ 16 ปี ครรภ์แรก มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 11+5 สัปดาห์ ตรวจพบ Urine amphetamine positive ได้คะแนน ASSIST V2 เท่ากับ 16 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (9Q = 7 คะแนน) และมีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตาย ได้รับการส่งปรึกษางานสุขภาพจิตและยาเสพติดในวันเดียวกัน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญ 7 ข้อ ครอบคลุมทุกระยะ กรณีศึกษาหยุดใช้สารเสพติดได้ตั้งแต่การฝากครรภ์ครั้งที่ 2 ผลตรวจปัสสาวะเป็นลบตั้งแต่วันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ต่อเนื่องจนคลอด คะแนนภาวะซึมเศร้า (9Q) ลดลงจาก 7 เหลือ 3 คะแนนในการฝากครรภ์ครั้งที่ 4 และไม่พบความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ มาห้องฉุกเฉิน 1 ครั้ง ด้วยความวิตกกังวลเฉียบพลันจากความขัดแย้งในครอบครัว อาการทุเลาภายใน 35 นาที และจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย คลอดปกติทางช่องคลอด ได้ทารกเพศหญิงน้ำหนัก 2,640 กรัม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ผลลัพธ์การพยาบาลบรรลุตามที่คาดหวัง 6 จาก 7 ข้อวินิจฉัย และบรรลุบางส่วน 1 ข้อวินิจฉัย คือ ความพร้อมด้านบทบาทมารดา ซึ่งยังคงกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร บทเรียนสำคัญ ได้แก่ การคัดกรองตั้งแต่จุดแรกที่เข้าสู่ระบบ การดูแลต่อเนื่องข้ามหน่วยงาน บทบาทของ

พยาบาลห้องฉุกเฉินที่เป็นจุดเชื่อมต่อของระบบและไวต่อความเสี่ยงทางจิตใจ และการดูแลโดยไม่ตัดสินเพื่อสร้างความไว้วางใจ

คำสำคัญ: การพยาบาลฉุกเฉิน, ผู้คลอดวัยรุ่น, เมทแอมเฟตามีน, กรณีศึกษา, การดูแลต่อเนื่อง

Abstract

This case study examined a teenage parturient who used methamphetamine and received care at Srisatchanalai Hospital, Sukhothai Province. The objectives were to assess her health status and formulate nursing diagnoses; to plan and deliver nursing care using the nursing process across four phases (antenatal, emergency, labor, and postpartum with follow-up), with emphasis on the emergency nurse's role in screening, risk assessment, and interdepartmental coordination; and to evaluate nursing outcomes and derive lessons learned. The study was conducted from October 2025 to June 2026 (9 months). The case was selected purposively. Data were collected from medical records, interviews with the patient and her guardian, observation, and physical examination, and analyzed using content analysis based on a risk assessment and screening framework, the nursing process, and the concept of continuity of care and referral system. Trustworthiness was ensured through data triangulation and expert review.

The case was a 16-year-old Thai primigravida who attended her first antenatal visit at 11+5 weeks of gestation. Her urine amphetamine test was positive, her ASSIST V2 score was 16, she had mild depression (9Q = 7), and a history of a previous suicide attempt; she was referred to the mental health and substance use service on the same day. Seven nursing diagnoses covering all phases were identified. She stopped using methamphetamine by the second antenatal visit, and her urine tests were negative from November 17, 2025 until delivery. Her 9Q score decreased from 7 to 3 at the fourth visit, with no recurrence of suicidal ideation. She presented to the emergency department once with acute anxiety from a family conflict; her symptoms subsided within 35 minutes and she was safely discharged. She had a normal vaginal delivery of a female infant weighing 2,640 g without severe complications. Nursing outcomes were fully achieved for six of seven diagnoses and partially achieved for one (readiness for the maternal role), because she remained concerned about the costs of child-rearing. Key lessons were screening at the first point of entry into the system, continuous cross-departmental care, the emergency nurse serving as a system link who is sensitive to psychological risk, and non-judgmental care that fosters trust.

Keywords: Emergency nursing, teenage parturient, methamphetamine, case study, continuity of care

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทั่วโลกให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง แต่ละปีมีเด็กหญิงอายุ 15-19 ปี คลอดบุตรประมาณ 16 ล้านคน และเด็กหญิงอายุต่ำกว่า 15 ปี อีกประมาณ 2 ล้านคน โดยร้อยละ 95.00 ของการคลอดในวัยรุ่นเกิดขึ้นในประเทศรายได้น้อยถึงปานกลาง และภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์และการคลอดยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของเด็กหญิงอายุ 15-19 ปีทั่วโลก[1] ขณะเดียวกันปัญหาการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนก็ขยายตัวควบคู่กัน พบผู้ใช้สารกลุ่มนี้ทั่วโลกประมาณ 30.70 ล้านคน และปริมาณการตรวจยึดสารกลุ่มดังกล่าวสูงสุดเป็นประวัติการณ์ในปี ค.ศ. 2023[2] เมื่อปัญหาทั้งสองเกิดขึ้นพร้อมกันในบุคคลเดียว คือ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน จึงเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีความซับซ้อนทั้งด้านสูติกรรม จิตเวช และสังคม

สำหรับประเทศไทย แม้อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จะมีแนวโน้มลดลง โดยในปี พ.ศ. 2566 อยู่ที่ 20.90 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน แต่ยังสูงกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ไม่เกิน 19.00 ต่อพันคน[3] ทั้งนี้ การใช้เมทแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ รกลอกตัวก่อนกำหนด ทารกคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักตัวน้อย รวมทั้งภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หายใจเหนื่อย ตัวเหลือง และอาการถอนยาในทารกแรกเกิด[4] นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นยังมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่ ซึ่งสัมพันธ์กับความคิดทำร้ายตนเอง[5] และความเครียดมีความสัมพันธ์กับการใช้เมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์[6] ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องการการประเมินแบบองค์รวมมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป

อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย มีปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดในชุมชนอย่างต่อเนื่อง จนโรงพยาบาลศรีสัชนาลัยต้องร่วมกับหน่วยงานปกครองท้องถิ่นจัดตั้งจุดตรวจคัดกรองยาเสพติดในชุมชนเป็นประจำทุกปี[7] ปัญหาสำคัญที่พยาบาลห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลต้องเผชิญ คือ การประเมินและคัดแยกผู้คลอดวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงซ้อนทับกันหลายด้านโดยที่ผู้ป่วยมักไม่เปิดเผยข้อมูลตั้งแต่แรกรับ และการดูแลที่มักขาดความต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยต้องเคลื่อนย้ายระหว่างแผนกฝากครรภ์ ห้องฉุกเฉิน ห้องคลอด และการติดตามหลังคลอดในชุมชน ซึ่งแต่ละจุดมีทีมผู้ดูแลต่างกัน

งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งศึกษาการพยาบาลในระยะฝากครรภ์และระยะคลอดเป็นหลัก แต่ยังขาดการศึกษาที่เชื่อมโยงบทบาทพยาบาลห้องฉุกเฉินเข้ากับเส้นทางการดูแลผู้คลอดวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดอย่างเป็นระบบ ทั้งที่การศึกษาในต่างประเทศชี้ว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดระดับปานกลางถึงรุนแรงมักเข้าถึงระบบบริการผ่านแผนกฉุกเฉิน[8] ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการพยาบาลฉุกเฉินผู้คลอดวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนในรูปแบบกรณีศึกษา ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมต่อการทำความเข้าใจปรากฏการณ์เฉพาะรายที่มีความซับซ้อนในบริบทจริง[9] เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและระบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้คลอดวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินภาวะสุขภาพและกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้คลอดวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน ตามกรอบแนวคิดการประเมินและคัดกรองความเสี่ยง

2. เพื่อวางแผนและให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลครอบคลุม 4 ระยะ ได้แก่ ระยะฝากครรภ์ ระยะฉุกเฉิน ระยะคลอด และระยะหลังคลอดและติดตาม โดยเน้นบทบาทการคัดกรอง ประเมินความเสี่ยง และประสานส่งต่อของพยาบาลห้องฉุกเฉิน

3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การพยาบาลและถอดบทเรียนจากการดูแลผู้คลอดวัยรุ่นรายนี้ เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นกรณีศึกษา (Case Study) ผู้คลอดวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน จำนวน 1 ราย ณ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล[10] ร่วมกับแนวคิดการดูแลต่อเนื่องและระบบส่งต่อ (Continuity of Care and Referral System)[11] ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2569 รวมระยะเวลา 9 เดือน แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะเก็บรวบรวมข้อมูลและให้การพยาบาล และระยะวิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำรายงาน โดยติดตามกรณีศึกษาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การฝากครรภ์ครั้งแรกจนถึงระยะหลังคลอด

กรณีศึกษา

คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ ได้แก่ เป็นผู้คลอดวัยรุ่นอายุไม่เกิน 19 ปี มีผลตรวจปัสสาวะพบสารเมทแอมเฟตามีนหรือมีประวัติการใช้ มีเวชระเบียนครบถ้วนตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด สื่อสารภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะดีและให้ข้อมูลได้ อาศัยอยู่ในอำเภอศรีสัชนาลัยหรือพื้นที่ใกล้เคียงและติดต่อทางโทรศัพท์ได้ และผู้ป่วยกับผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชรุนแรงอื่นที่ต้องส่งต่อรักษาเฉพาะทางทันที ขาดการติดตามมากกว่า 2 ครั้งติดต่อกัน ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน ขอถอนตัวจากการศึกษา หรือย้ายไปรับบริการที่โรงพยาบาลอื่นเป็นหลัก

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือประกอบด้วย 1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้คลอดและครอบครัว และแบบเก็บข้อมูลทางคลินิกและผลการตรวจ 2) แบบคัดแยกความฉุกเฉินตามเกณฑ์ MOPH ED Triage ซึ่งประเมินอาการสำคัญ สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ภาวะเลือดออกทางช่องคลอด การหดรัดตัวของมดลูก สภาพจิตใจและพฤติกรรมเสี่ยงทำร้ายตนเอง[12] 3) แบบคัดกรองมาตรฐานที่ใช้ในการฝากครรภ์ ได้แก่ ASSIST V2 สำหรับการใช้สารเสพติด แบบประเมินอาการถอนยา (OAS) แบบวัดความเครียด (ST-5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (8Q) 4)

แบบบันทึกการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล 4 ระยะ ซึ่งประกอบด้วยข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์ และ 5) แบบติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายและแบบบันทึกการส่งต่อ ซึ่งกำหนดติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์แรก เยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่สอง และติดตามที่คลินิกหลังคลอดในสัปดาห์ที่หก

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน อาจารย์พยาบาลด้านการผดุงครรภ์ และสูติแพทย์หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่า Index of Item-Objective Congruence (IOC) รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.83) จากนั้นทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 2 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของภาษาและระยะเวลาที่ใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอมจากผู้ป่วยและผู้ปกครอง ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจปัสสาวะสารเสพติด การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยและผู้ปกครอง (ครั้งละประมาณ 45-60 นาที) การสังเกตพฤติกรรม และการตรวจร่างกาย ประเมินภาวะสุขภาพครอบคลุมมิติสูติกรรม สารเสพติด สุขภาพจิต และสัมพันธภาพครอบครัว กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนและให้การพยาบาลตามระยะ พร้อมบันทึกข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดหมวดหมู่ตามกรอบแนวคิดการประเมินและคัดกรองความเสี่ยง กระบวนการพยาบาล และแนวคิดการดูแลต่อเนื่องและระบบส่งต่อ จัดทำตารางสรุปตามช่วงเวลา (Timeline Matrix) เพื่อแสดงสถานการณ์และการดูแลในแต่ละระยะ และสังเคราะห์บทเรียนด้วยการวิเคราะห์แบบอุปนัย ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) จากการสัมภาษณ์ การสังเกต เวชระเบียน และข้อมูลจากผู้ปกครอง และให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล (Peer Review)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสัชนาลัยก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ทั้งหมด ผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยและผู้ปกครอง ผู้ป่วยและผู้ปกครองมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรับบริการ และลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมก่อนเข้าร่วมการศึกษา ข้อมูลทั้งหมดเก็บเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อจริง นำเสนอผลในภาพรวมโดยไม่ระบุข้อมูลที่ระบุตัวบุคคลได้ เอกสารต้นฉบับเก็บในตู้ล็อกกุญแจและข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เก็บในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่าน และจะทำลายข้อมูลภายใน 5 ปีหลังสิ้นสุดการศึกษา

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ผู้ป่วยเป็นหญิงไทยอายุ 16 ปี สถานภาพโสด กำลังศึกษามัธยม อาศัยอยู่กับ ยาย ตั้งครรภ์แรก ฝากครรภ์ 1 ครั้งที่อายุครรภ์ 30 สัปดาห์ อายุครรภ์ 38+2 สัปดาห์ ไม่มีโรคประจำตัวและไม่มีประวัติแพ้ยา ให้ประวัติสูบเมทแอมเฟตามีนมาประมาณ 8 เดือน ครั้งล่าสุด 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ปฏิเสธการใช้สารเสพติดอื่น ญาติพามาด้วยอาการเจ็บครรภ์ถี่ ทุก 4-5 นาที นาน 3 ชั่วโมง ร่วมกับกระสับกระส่าย นอนไม่หลับ และพูดเร็ว แรกรับความดันโลหิต 168/108 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 128 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส ความอิ่มตัวของออกซิเจน 97% อัตราการเต้นของหัวใจทารก 170 ครั้งต่อนาที ตรวจพบรูม่านตาขยายและเหงื่อออกมาก ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือจุกลิ้นปี่ ผลตรวจปัสสาวะพบเมทแอมเฟตามีน โปรตีนในปัสสาวะ ผู้ป่วยถูกคัดแยกเป็น ESI ระดับ 2 ลำดับเหตุการณ์แสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ลำดับเหตุการณ์และการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายจากห้องฉุกเฉินและห้องคลอด (เวลาแสดงเป็นช่วงสัมพัทธ์)

ช่วงเวลา	การประเมินและสถานการณ์ของผู้ป่วย	การพยาบาลที่สำคัญ
แรกรับ (นาทีที่ 0-5)	ญาติพามาด้วยเจ็บครรภ์ถี่ กระสับกระส่าย ความดันโลหิต 168/108 มม.ปรอท ชีพจร 128 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 38.1 ℃ อัตราการเต้นของหัวใจทารก 170 ครั้ง/นาที คัดแยก ESI ระดับ 2	นำเข้าห้องช่วยชีวิตทันที จัดท่านอนตะแคงซ้าย ให้ออกซิเจนและเปิดหลอดเลือดดำ 2 เส้นตามแผนการรักษา แจ้งแพทย์และสูติแพทย์ จัดห้องที่สงบ มีสิ่งกระตุ้นน้อย
นาทีที่ 5-15	ประเมิน ABCDE: ทางเดินหายใจโล่ง หายใจเร็ว SpO_2 97% ชีพจรเร็ว รูม่านตาขยาย เหงื่อออกมาก ไม่มีอาการนำของครรภ์เป็นพิษ มดลูกหดรัดตัว ทุก 4-5 นาที ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด	ติดตามสัญญาณชีพทุก 5-15 นาที ติดตามการเต้นของหัวใจทารกและการหดรัดตัวของมดลูกต่อเนื่องด้วยเครื่อง EFM เช็ดตัวลดไข้ ให้สารน้ำตามแผน ตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว
นาทีที่ 15-30	ความดันโลหิต ≥160/110 มม.ปรอทไม่ลดลง กระสับกระส่ายมากขึ้น พยายามลุกจากเตียง ปฏิเสธการตรวจ	สื่อสารด้วยท่าทีสงบ ไม่ตัดสิน ใช้ประโยคสั้นและชัดเจน ลดสิ่งกระตุ้น ให้ญาติอยู่ใกล้ชิดตามความเหมาะสม หลีกเลี่ยงการผูกยึด ให้ยาควบคุมอาการกระสับกระส่ายและความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์ และเฝ้าระวังผลข้างเคียง
นาทีที่ 30-60	ผลตรวจปัสสาวะพบเมทแอมเฟตามีน โปรตีนในปัสสาวะ เบื้องต้น ไม่พบความ	เก็บและส่งสิ่งส่งตรวจ รวมถึง HIV VDRL HBsAg ตามระบบ ส่งข้อมูลให้แพทย์วินิจฉัยแยกภาวะความดันโลหิตสูงจาก

	ผิดปกติที่บ่งชี้ครรภ์เป็นพิษ ปากมดลูกเปิด 6 ซม.	สารกระตุ้นกับครรภ์เป็นพิษ เตรียมยาและอุปกรณ์ฉุกเฉิน ประสานห้องคลอดและทีมรับทารก
ชั่วโมงที่ 1-6	ความดันโลหิต 150/96 มม.ปรอท อาการสงบลง การหดรัดตัวของมดลูกสม่ำเสมอ การเต้นของหัวใจทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ	ส่งต่อการดูแลไปห้องคลอดด้วยการส่งเวรแบบ ISBAR ติดตามความดันโลหิต ชีพจร และอุณหภูมิต่อเนื่อง ดูแลความสุขสบาย ให้กำลังใจและให้ข้อมูลเป็นระยะ
การคลอด	คลอดทางช่องคลอดเมื่อ เวลา 19.00น. ทารก น้ำหนัก 2,780 กรัม Apgar score 8, 9, 9	ดูแลการคลอดและทำคลอดรก ให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกตามมาตรฐานเพื่อป้องกันการตกเลือด ประเมินมดลูกและปริมาณเลือดที่เสียซ้ำ ส่งทารกให้กุมารแพทย์ประเมิน
หลังคลอดจนถึงจำหน่าย	สัญญาณชีพคงที่ ไม่มีภาวะตกเลือด ผู้ป่วยร้องไห้ วิตกกังวลเรื่องทารกและการถูกดำเนินคดี	ประเมินอารมณ์และความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ให้คำปรึกษา ประสานนักสังคมสงเคราะห์และทีมบำบัดยาเสพติด ให้คำแนะนำเรื่องการให้นมบุตร การคุมกำเนิด และการนัดติดตาม

2. การประเมินสภาพและปัญหาทางการพยาบาล

การคัดแยกและการประเมินเบื้องต้น ผู้ป่วยถูกคัดแยกเป็น ESI ระดับ 2 เนื่องจากสัญญาณชีพผิดปกติรุนแรงและมีความเสี่ยงสูงต่อชีวิตของมารดาและทารก จึงนำเข้าห้องช่วยชีวิตทันที การประเมินแบบ ABCDE พบว่า A (Airway) ทางเดินหายใจโล่ง พูดคุยได้ B (Breathing) หายใจเร็ว 24 ครั้งต่อนาที เสียงปอดปกติ SpO_2 97% C (Circulation) ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง ผิวหนังชุ่มเหงื่อ ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด D (Disability) กระสับกระส่าย รูม่านตาขยาย ไม่มีอาการชัก และ E (Exposure) มีไข้ 38.1 °C ไม่พบบาดแผลหรือร่องรอยการถูกทำร้าย การตรวจครรภ์พบมดลูกหดรัดตัว ทุก 4-5 นาที ท่าทารกเป็นศีรษะ ไม่มีมดลูกแข็งตึงต่อเนื่อง และเมื่ออาการสงบลง พยาบาลประเมินด้านจิตสังคมในห้องที่เป็นส่วนตัวด้วยแนวทาง HEADSS (บ้าน การศึกษา กิจกรรม ยาเสพติด เพศสัมพันธ์ ความปลอดภัย และอารมณ์) ร่วมกับการคัดกรองความรุนแรงและการล่วงละเมิดทางเพศ ผลการประเมินสรุปปัญหาทางการพยาบาลได้ 6 ข้อ เรียงตามความเร่งด่วน

3. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ

3.1 การควบคุมความดันโลหิตและภาวะหัวใจเต้นเร็ว (ข้อวินิจฉัยที่ 1) ความดันโลหิตตั้งแต่ 160/110 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปต้องได้รับการรักษาโดยเร็ว เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและรกลอกตัวก่อนกำหนด[9] พยาบาลวัดความดันโลหิตซ้ำภายใน 15 นาทีด้วยขนาดผ้าพันแขนที่เหมาะสม เตรียมยาลดความดันโลหิตและแมกนีเซียมซัลเฟตตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังอาการนำของครรภ์เป็นพิษ ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกลิ้นปี่ และสะท้อนเอ็นไวเกิน ร่วมกับผลตรวจปัสสาวะและเลือด เพื่อให้แพทย์วินิจฉัยแยกพิษจากสารกระตุ้นออกจากครรภ์เป็นพิษ เนื่องจากอาการอาจซ้อนทับกันและแนวทางการรักษามีส่วนต่างกัน[9,10] นอกจากนี้ได้เช็ดตัวลดไข้และให้สารน้ำตามแผนการรักษา

3.2 ความปลอดภัยและการจัดการภาวะกระสับกระส่าย (ข้อวินิจฉัยที่ 3) พยาบาลเริ่มด้วยวิธีที่ไม่ใช้ยา ได้แก่ ลดแสงและเสียง จัดห้องที่สงบ สื่อสารด้วยท่าทีสงบและไม่ตัดสิน ใช้ประโยคสั้นๆ และให้ญาติที่ผู้ป่วยไว้วางใจอยู่ใกล้ชิด การผูกยึดร่างกายถือเป็นทางเลือกสุดท้าย เพราะอาจทำให้อุณหภูมิกายสูงขึ้นและกล้ามเนื้อสลายตัวมากขึ้น[10] เมื่อวิธีที่ไม่ใช้ยาไม่ได้ผล ให้ยากลุ่มเบนโซไดอะซีพีนตามคำสั่งแพทย์ ซึ่งเป็นทางเลือกแรกในการควบคุมอาการกระสับกระส่าย หัวใจเต้นเร็ว และความดันโลหิตสูงจากสารกระตุ้น[10] พร้อมเฝ้าระวังการกดการหายใจ จัดท่านอนตะแคงซ้าย และยกไม้กั้นเตียง

3.3 การเฝ้าระวังมารดาและทารกในครรภ์ระยะคลอด (ข้อวินิจฉัยที่ 2 และ 4) พยาบาลติดตามการเต้นของหัวใจทารกและการหดรัดตัวของมดลูกต่อเนื่องด้วยเครื่อง EFM และรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบรูปแบบผิดปกติ พร้อมประเมินอาการของรกลอกตัวก่อนกำหนด ได้แก่ ปวดท้องต่อเนื่อง มดลูกแข็งตึง และเลือดออกทางช่องคลอด ซึ่งพบได้บ่อยขึ้นในผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน[4,5] หลังคลอดป้องกันการตกเลือดโดยให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกทุกราย ทำคลอดรกอย่างถูกวิธี คลึงมดลูก และประเมินปริมาณเลือดที่เสียต่อเนื่อง[11]

3.4 การดูแลทารกแรกเกิดและการดูแลต่อเนื่อง (ข้อวินิจฉัยที่ 5 และ 6) พยาบาลเตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารกและประสานกุมารแพทย์ก่อนคลอด หลังคลอดติดตามอุณหภูมิ ระดับน้ำตาล การดูดนม และอาการสะดุ้ง สั่น หงุดหงิด หรือซึม[12,18] สำหรับผู้ป่วย ให้คำปรึกษาโดยไม่ตัดสิน อธิบายสิทธิและขั้นตอนการช่วยเหลือประสานนักสังคมสงเคราะห์ ศูนย์พึ่งได้ และทีมบำบัดยาเสพติด รวมถึงให้คำแนะนำเรื่องการให้นมบุตรขณะยังมีการใช้สาร[17] และการคุมกำเนิดหลังคลอด ข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรม และการประเมินผลแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ และการประเมินผล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ	การประเมินผล
1. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงและหัวใจเต้นเร็วจาก	วัดความดันโลหิตและชีพจรทุก 5-15 นาที ให้ยาลดความดันโลหิตและยา	ความดันโลหิตลดเหลือ 150/96 มม. ปรอท ภายใน 60

พิษของเมทแอมเฟตามีน	อื่นตามแผนการรักษา เช็ดตัวลดไข้ เฝ้าระวังอาการนำของครรภ์เป็นพิษและการชัก ส่งตรวจปัสสาวะและเลือดเพื่อช่วยการวินิจฉัยแยกโรค	นาที ไม่มีอาการนำของครรภ์เป็นพิษ ไม่มีการชัก อุณหภูมิ 37.4 ℃
2. เสี่ยงต่อภาวะทารกในครรภ์เครียดจากสารกระตุ้นและความดันโลหิตสูงของมารดา	จัดท่านอนตะแคงซ้าย ให้ออกซิเจนตามแผน ติดตามการเต้นของหัวใจทารกต่อเนื่องด้วย EFM รายงานแพทย์เมื่อพบรูปแบบผิดปกติ เตรียมความพร้อมสำหรับการช่วยเหลือทารกในครรภ์	อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในช่วง 110-160 ครั้ง/นาที ไม่พบรูปแบบผิดปกติรุนแรง
3. เสี่ยงต่ออันตรายจาก	จัดสิ่งแวดล้อม	อาการสงบลงภายใน

พฤติกรรมกระสับกระส่ายและก้าวร้าว	สงบ สื่อสารด้วยท่าทีไม่ตัดสิน ให้ญาติอยู่ใกล้ชิด หลีกเลี่ยงการผูกยึด ให้ยากลุ่มเบนโซไดอะซีพีนตามคำสั่งแพทย์ เฝ้าระวังการกดการหายใจ	30 นาที ไม่มีการผูกยึด ไม่เกิดการบาดเจ็บต่อผู้ป่วย ทารก และบุคลากร
4. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนระยะคลอดและการตกเลือดหลังคลอด	ประเมินอาการรกลอกตัวก่อนกำหนด เตรียมหมู่เลือดและสารน้ำ ให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกทุกราย คลึงมดลูก ประเมินปริมาณเลือดที่เสียต่อเนื่อง	คลอดทางช่องคลอดปลอดภัย เสียเลือด 300 มล. มดลูกหดรัดตัวดี
5. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิด	ประสานกุมารแพทย์และเตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ	Apgar score 8, 9, 9ระดับน้ำตาลปกติ ไม่พบอาการขาด

	ประเมิน Apgar score ติดตามอุณหภูมิ ระดับน้ำตาล การดูดนม และอาการสะดุ้ง สั่น หงุดหงิดหรือซึม	สารที่รุนแรง ได้รับการสังเกตอาการต่อ 48-72 ชั่วโมง
6. ผู้ป่วยวัยรุ่นและครอบครัววิตกกังวล และต้องการการดูแลต่อเนื่อง	ให้คำปรึกษาแบบไม่ตัดสิน อธิบายสิทธิและขั้นตอนการช่วยเหลือ ประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและความรุนแรง ประสานนักสังคมสงเคราะห์ ศูนย์พึ่งได้ และทีมบำบัดยาเสพติด ให้คำแนะนำเรื่องการให้นมบุตรและการคุมกำเนิด	ผู้ป่วยและญาติรับทราบแผนการดูแล ยินยอมเข้ารับการบำบัด มีการนัดติดตามหลังจำหน่าย และประสานทีมในชุมชน

หมายเหตุ: ESI = Emergency Severity Index; EFM = electronic fetal monitoring (การเฝ้าระวังการเต้นของหัวใจทารกและการหดรัดตัวของมดลูกต่อเนื่อง); HEADSS = Home, Education, Activities, Drugs, Sexuality, Safety, Suicide/depression

4. ผลลัพธ์การพยาบาลและการดูแลต่อเนื่อง

ภายหลังได้รับการพยาบาล ผู้ป่วยมีความดันโลหิตลดลงเหลือ 150/96 มิลลิเมตรปรอท ภายใน 60 นาที อาการกระสับกระส่ายสงบลงโดยไม่ต้องผูกยึด การเต้นของหัวใจทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยคลอดทางช่องคลอดที่อายุครรภ์ 38+2 สัปดาห์ ไม่พบการตกเลือดหลังคลอด และความดันโลหิตหลังคลอด 24 ชั่วโมงอยู่ที่ 132/84 มิลลิเมตรปรอท ทารกแรกเกิด น้ำหนัก 2,780 กรัม Apgar score 8, 9 และ 9 ได้รับการสังเกตอาการต่อเนื่อง คะแนน Finnegan สูงสุด 4 คะแนน ก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยได้รับการประสานนักสังคมสงเคราะห์ ศูนย์พึ่งได้ และทีมบำบัดยาเสพติด จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและแผนการนัดติดตาม 3 วัน ผลลัพธ์แสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ผลลัพธ์ของมารดาและทารกและการดูแลต่อเนื่องภายหลังการพยาบาล

ตัวชี้วัด	ผลที่พบ	การแปลผล
ความดันโลหิตของมารดาหลังคลอด 24 ชั่วโมง	132/84 มม.ปรอท	ลดลงสู่เกณฑ์ปกติ

ปริมาณเลือดที่เสียหลังคลอด	300 มล.	ไม่พบภาวะตกเลือดหลังคลอด
การผูกยึดร่างกายและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในห้องฉุกเฉิน	ไม่มี	ผู้ป่วย ทารก และบุคลากรปลอดภัย
วิธีคลอดและอายุครรภ์ขณะคลอด	คลอดทางช่องคลอด อายุครรภ์ 38+2 สัปดาห์	คลอดครบกำหนด
น้ำหนักแรกเกิดและ Apgar score ที่ 1, 5, 10 นาที	2,780 กรัม; 8, 9, 9	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
คะแนน Finnegan สูงสุดใน 72 ชั่วโมง	4 คะแนน	ไม่พบอาการขาดสารที่ต้องรักษาเฉพาะ
การดูแลต่อเนื่อง	ประสานนักสังคมสงเคราะห์ ศูนย์พึ่งได้ และทีมบำบัดยาเสพติด นัดติดตาม 3 วัน	ประสานครบตามแผน

อภิปรายผล

กรณีศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าความสำเร็จของการพยาบาลฉุกเฉินในผู้คลอดวัยรุ่นที่ใช้เมทแอมเฟตามีนขึ้นอยู่กับการตัดสินใจในช่วงนาทีแรก การคัดแยกเป็น ESI ระดับ 2 ตั้งแต่แรกรับทำให้ผู้ป่วยได้เข้าห้องช่วยชีวิตและได้รับการเฝ้าระวังสัญญาณชีพและการเต้นของหัวใจทารกทันที สอดคล้องกับหลักการของเกณฑ์ ESI ที่ให้ผู้ป่วยซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อชีวิตหรือมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์อันตรายได้รับการประเมินอย่างรวดเร็ว[16] ผู้ป่วยรายนี้มีทั้งการเจ็บครรภ์คลอด ความดันโลหิตระดับรุนแรง และอาการกระสับกระส่ายซ้อนกัน จึงต้องการทีมที่ประสานงานพร้อมกันตั้งแต่เริ่มต้น

ภาวะความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยรายนี้อาจเกิดจากพิษของเมทแอมเฟตามีน ครรภ์เป็นพิษหรือทั้งสองอย่าง เมทแอมเฟตามีนกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ความดันโลหิตและชีพจรสูงขึ้น อุณหภูมิกายสูง และรูม่านตาขยาย[10] ขณะที่ครรภ์เป็นพิษวินิจฉัยจากความดันโลหิตสูงร่วมกับโปรตีนในปัสสาวะหรือการทำงานผิดปกติของอวัยวะเป้าหมาย[9] และผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนมีความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงในระหว่างตั้งครรภ์มากขึ้น[4,5] การที่พยาบาลไม่หยุดเพียงการให้ยาลดความดันโลหิต แต่เก็บสิ่งส่งตรวจและเฝ้าระวังอาการนำของครรภ์เป็นพิษควบคู่กัน ช่วยให้แพทย์ตัดสินใจรักษาได้ถูกต้องและเตรียมแมกนีเซียมซัลเฟตได้ทันหากเข้าเกณฑ์

การจัดการภาวะกระสับกระส่ายด้วยวิธีที่ไม่ใช้ยาก่อนและหลีกเลี่ยงการผูกยึด สอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบที่ระบุว่าการผูกยึดอาจทำให้อุณหภูมิกายสูงขึ้นและกล้ามเนื้อสลายตัว

และเบนโซไดอะซีพีนเป็นยาทางเลือกแรกในการควบคุมอาการจากสารกระตุ้น[10] ในผู้คลอดวัยรุ่น การสื่อสารอย่างให้เกียรติ การให้ญาติอยู่ใกล้ชิด และการอธิบายสั้นๆ ทีละขั้นตอน ยังช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการตรวจและการเฝ้าระวังทารกในครรภ์

ด้านความเสี่ยงต่อทารกในครรภ์และระยะคลอด การศึกษาหลายแห่งพบว่าการใช้เมทแอมเฟตามีนและแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์สัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด ทารกโตช้าหรือน้ำหนักแรกเกิดน้อย และรกลอกตัวก่อนกำหนด[4-7] ซึ่งสนับสนุนการใช้ EFM ต่อเนื่อง การจัดท่านอนตะแคงซ้าย และการเฝ้าระวังอาการรกลอกตัวของพยาบาลในกรณีนี้ ส่วนการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดใช้หลักการจัดการระยะที่สามของการคลอดที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ ได้แก่ การให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก การทำคลอดรกอย่างถูกวิธี และการประเมินมดลูกหลังคลอด[11]

สำหรับทารกแรกเกิด มีรายงานว่าทารกที่ได้รับแอมเฟตามีนก่อนคลอดมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อย และอาจมีอาการซึม ดูดนมไม่ดี หรือหงุดหงิดในระยะแรก[12] แบบประเมิน Finnegan พัฒนาขึ้นสำหรับกลุ่มอาการขาดสารกลุ่มโอปิออยด์[18] จึงใช้ได้เพียงเป็นเครื่องมือช่วยติดตามอาการเบื้องต้นร่วมกับดุลยพินิจของกุมารแพทย์ สำหรับการให้นมบุตร ควรให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวทางของ Academy of Breastfeeding Medicine ซึ่งโดยทั่วไปแนะนำให้งดให้นมบุตรขณะที่ยังมีการใช้เมทแอมเฟตามีน[17]

มิติจิตสังคมเป็นส่วนที่ห้องฉุกเฉินมักมองข้าม ผู้คลอดวัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมสูงกว่าวัยผู้ใหญ่[2] และผู้ใช้สารกระตุ้นระหว่างตั้งครรภ์มักไม่ได้รับการตรวจพบหรือเข้าสู่การบำบัดล่าช้า[8] การปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะผู้ที่ต้องได้รับการดูแล มิใช่ผู้กระทำผิด ช่วยให้ผู้ป่วยกล้าให้ข้อมูลการใช้สารที่ถูกต้อง สอดคล้องกับแนวทางทางกฎหมายที่ให้ผู้เสพเข้าสู่การบำบัดรักษา[14] และกฎหมายที่รองรับการช่วยเหลือแม่วัยรุ่น[13] การคัดกรองความรุนแรงและการล่วงละเมิดทางเพศในผู้ป่วยที่เป็นเด็กจึงเป็นหน้าที่ที่ต้องดำเนินควบคู่กับการดูแลทางคลินิก

ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน กรณีศึกษานี้ชี้ประเด็นเชิงระบบ 3 ประการ ได้แก่ 1) ควรมีแนวปฏิบัติและสัญญาณเตือนในการคัดแยกผู้คลอดที่มีประวัติใช้สารเสพติด 2) ควรซ้อมแผนร่วมกันระหว่างห้องฉุกเฉิน ห้องคลอด และทีมกุมารเวชกรรม รวมทั้งมีช่องทางส่งต่อที่ชัดเจนเมื่อเกินศักยภาพ และ 3) ควรมีระบบเชื่อมต่อกับนักสังคมสงเคราะห์และทีมบำบัดยาเสพติดตั้งแต่ก่อนจำหน่าย

การศึกษานี้มีข้อจำกัด ได้แก่ 1) เป็นกรณีศึกษา 1 ราย จึงไม่สามารถอ้างอิงไปยังผู้คลอดวัยรุ่นรายอื่นได้ 2) ข้อมูลการใช้สารเสพติดมาจากการรายงานตนเองและผลตรวจปัสสาวะเชิงคัดกรอง ซึ่งไม่สามารถยืนยันปริมาณหรือระยะเวลาการใช้ 3) ติดตามทารกเพียงช่วงสั้นระหว่างรับไว้ในโรงพยาบาล จึงยังไม่ทราบผลระยะยาวด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการ และ 4) ผู้นิพนธ์ร่วมดูแลผู้ป่วยจึงอาจมีอคติในการบันทึกและตีความข้อมูล ซึ่งลดผลกระทบด้วยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า

สรุปผลการศึกษา

กรณีศึกษาผู้คลอดวัยรุ่นที่ใช้เมทแอมเฟตามีนรายนี้ได้รับการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลครอบคลุม 6 ข้อวินิจฉัย ภายใต้การคัดแยก ESI ระดับ 2 การประเมินแบบ ABCDE การควบคุมความดันโลหิตและอาการกระสับกระส่ายโดยไม่ผูกยึด การเฝ้าระวังมารดาและทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และการประสานการดูแลต่อเนื่องกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผลลัพธ์คือมารดาปลอดภัย ไม่พบภาวะตกเลือด และทารกได้รับการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง บทเรียนสำคัญ คือ ต้องแยกพิษจากสารกระตุ้นออกจากครรภ์เป็นพิษอย่างรอบคอบ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยไม่ตีตรา และวางแผนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ในห้องฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1.1 โรงพยาบาลควรจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลฉุกเฉินสำหรับผู้คลอดที่ใช้สารเสพติดกลุ่มกระตุ้น โดยกำหนดเกณฑ์การคัดแยก ผังการประเมิน ABCDE การควบคุมความดันโลหิตและอาการกระสับกระส่าย การเฝ้าระวังมารดาและทารกในครรภ์ และเกณฑ์การปรึกษาหรือส่งต่อ

1.2 ควรฝึกอบรมและซ้อมแผนร่วมกันระหว่างพยาบาลห้องฉุกเฉิน ห้องคลอด และทีมกุมารเวชกรรม ครอบคลุมการแยกพิษจากสารกระตุ้นออกจากครรภ์เป็นพิษ การลดความรุนแรงของสถานการณ์โดยไม่ผูกยึด และการช่วยฟื้นคืนชีพมารดาและทารกแรกเกิด

1.3 ควรพัฒนาทักษะการสื่อสารแบบไม่ตัดสินและการคัดกรองทางจิตสังคมในวัยรุ่น เช่น HEADSS ให้แก่บุคลากรห้องฉุกเฉิน และจัดพื้นที่ส่วนตัวสำหรับการให้คำปรึกษา

1.4 ควรสร้างเครือข่ายการดูแลต่อเนื่องร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ ศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานบำบัดยาเสพติด เพื่อให้แม่วัยรุ่นได้รับการบำบัด การคุมกำเนิด และการติดตามพัฒนาการของทารกต่อเนื่องหลังจำหน่าย

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาผู้คลอดวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดหลายราย (case series) หรือทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังจากหลายโรงพยาบาล เพื่อประมาณความชุกและภาวะแทรกซ้อนในบริบทของเขตสุขภาพ

2.2 ควรพัฒนาและทดสอบแนวปฏิบัติที่ได้จากกรณีศึกษานี้ด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และติดตามผลระยะยาวของมารดาและทารก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสัชนาลัยที่อนุญาตให้ดำเนินการศึกษา หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าห้องฉุกเฉินและห้องคลอด สูติแพทย์ กุมารแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ และทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้ข้อมูลและคำแนะนำ ผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบข้อวินิจฉัยและกิจกรรมการพยาบาล และขอขอบคุณผู้ป่วยและครอบครัวที่ให้ความยินยอมในการเผยแพร่กรณีศึกษานี้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Reproductive Health, Department of Health. Teenage pregnancy surveillance report 2024. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2024. (in Thai)

2. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. BJOG. 2014;121(Suppl 1):40-8.

3. United Nations Office on Drugs and Crime. Synthetic drugs in East and Southeast Asia: latest developments and challenges 2024. Bangkok: UNODC; 2024.

4. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 479: methamphetamine abuse in women of reproductive age. Obstet Gynecol. 2011;117(3):751-5.

5. Gorman MC, Orme KS, Nguyen NT, Kent EJ 3rd, Caughey AB. Outcomes in pregnancies complicated by methamphetamine use. Am J Obstet Gynecol. 2014;211(4):429.e1-7.

6. Good MM, Solt I, Acuna JG, Rotmensch S, Kim MJ. Methamphetamine use during pregnancy: maternal and neonatal implications. Obstet Gynecol. 2010;116(2 Pt 1):330-4.

7. Ladhani NN, Shah PS, Murphy KE. Prenatal amphetamine exposure and birth outcomes: a systematic review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol. 2011;205(3):219.e1-7.

8. Smid MC, Metz TD, Gordon AJ. Stimulant use in pregnancy: an under-recognized epidemic among pregnant women. Clin Obstet Gynecol. 2019;62(1):168-84.

9. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 222: gestational hypertension and preeclampsia. Obstet Gynecol. 2020;135(6):e237-60.

10. Richards JR, Albertson TE, Derlet RW, Lange RA, Olson KR, Horowitz BZ. Treatment of toxicity from amphetamines, related derivatives, and analogues: a systematic clinical review. Drug Alcohol Depend. 2015;150:1-13.

11. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization; 2012.

12. Oei JL, Abdel-Latif ME, Clark R, Craig F, Lui K. Short-term outcomes of mothers and infants exposed to antenatal amphetamines. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2010;95(1):F36-41.

13. Act on the Prevention and Solution of the Adolescent Pregnancy Problem, B.E. 2559 (2016). Royal Thai Government Gazette. 2016. (in Thai)

14. Narcotics Code, B.E. 2564 (2021). Royal Thai Government Gazette. 2021. (in Thai)

15. Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D; CARE Group. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. BMJ Case Rep. 2013;2013:bcr2013201554.

16. Gilboy N, Tanabe P, Travers D, Rosenau AM. Emergency Severity Index (ESI): a triage tool for emergency department care, version 4. Implementation handbook 2012 edition. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2011.

17. Reece-Stremtan S, Marinelli KA; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #21: guidelines for breastfeeding and substance use or substance use disorder, revised 2015. Breastfeed Med. 2015;10(3):135-41.

18. Finnegan LP, Connaughton JF Jr, Kron RE, Emich JP. Neonatal abstinence syndrome: assessment and management. Addict Dis. 1975;2(1-2):141-58.

Thai Health Sciences Frontiers
วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า
THSF

บทความวิจัย | RESEARCH ARTICLE

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดหลังจำหน่ายในระยะถอนพิษยา เพื่อป้องกันการเสพซ้ำ โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

Development of a Post-Discharge Care Model for Patients with Substance Use Disorders after the Detoxification Phase to Prevent Relapse, Soi Phisai Hospital, Bueng Kan Province

พัชราภรณ์ จันทร์ลุน[1]*

Phatcharaporn Chanlun[1]*

[1]นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลโซ่พิสัย อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

*ผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding author)

☐ **รับบทความ:** 15 ตุลาคม 2569 ✓ **แก้ไขบทความ:** 17 ตุลาคม 2569] ☑ **ตอบรับบทความ:** 21 ตุลาคม 2569

การอ้างอิง (Citation): Chanlun P. Development of a Post-Discharge Care Model for Patients with Substance Use Disorders after the Detoxification Phase to Prevent Relapse, Soi Phisai Hospital, Bueng Kan Province. Thai Health Sci Front. 2569;1(1):65-77.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดหลังจำหน่ายในระยะถอนพิษยา (Detoxification: Detox) 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดหลังจำหน่ายในระยะถอนพิษยาเพื่อป้องกันการเสพซ้ำ และ 3) ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการที่โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ ระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน พ.ศ. 2569 รวม 9 เดือน แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะพัฒนารูปแบบ ระยะทดลองใช้รูปแบบ และระยะประเมินผล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้ป่วยสารเสพติดที่ผ่านการบำบัดระยะถอนพิษยาและได้รับการจำหน่าย จำนวน 30 ราย ผู้ดูแลหลักในครอบครัว จำนวน 30 ราย และทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย จำนวน 15 ราย เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพซ้ำ แบบบันทึกการติดตามและผลตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Fisher's exact test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาสำคัญของการดูแลหลังจำหน่าย ได้แก่ การขาดนัดบำบัดต่อเนื่อง การขาดระบบติดตามที่เชื่อมต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ครอบครัวไม่มีเวลากำกับดูแล และการกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้สารเสพติด รูปแบบที่พัฒนาขึ้น คือ "โซ่พิสัยไร้รอยต่อ (Soi Phisai Seamless Care Model)" ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การวางแผนจำหน่ายและประเมินความเสี่ยงการเสพซ้ำรายบุคคล 2) การเตรียมครอบครัวให้เป็นผู้ดูแลหลัก 3) การติดตามแบบไร้รอยต่อผ่านเทคโนโลยี 4) การเยี่ยมบ้านโดยเครือข่ายชุมชน และ 5) การจัดการสัญญาณเตือนและการกลับเข้าสู่ระบบบำบัด ภายหลังการใช้รูปแบบ อัตราการกลับไปเสพซ้ำภายใน 3 เดือนหลังจำหน่ายลดลงจากร้อยละ 43.33 เหลือร้อยละ 16.67 (Fisher's exact test, p-value = 0.047) อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัด

เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 63.33 เป็นร้อยละ 86.67 (p-value = 0.072) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพซ้ำเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{x}$±S.D. ก่อน 2.85±0.52 หลัง 4.12±0.41 คะแนน; t = 11.24, p-value <0.001) และผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$±S.D. = 4.46±0.48 คะแนน) โดยร้อยละ 86.67 มีความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุด ข้อค้นพบสำคัญ คือ การดูแลที่เชื่อมต่อตั้งแต่ก่อนจำหน่ายจนถึงชุมชน ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและการใช้เทคโนโลยีติดตาม สัมพันธ์กับการเสพซ้ำที่ลดลงและความต่อเนื่องของการบำบัดรักษาที่เพิ่มขึ้น ข้อเสนอแนะ คือ ควรกำหนดรูปแบบนี้เป็นแนวปฏิบัติของคลินิกยาเสพติด และศึกษาต่อในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบที่ดำเนินการพร้อมกัน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยสารเสพติด, ระยะถอนพิษยา, การป้องกันการเสพซ้ำ, การดูแลแบบไร้รอยต่อ

Abstract

This research and development study aimed to (1) examine the situation and problems of post-discharge care for patients with substance use disorders after the detoxification phase, (2) develop a post-discharge care model to prevent relapse, and (3) evaluate the outcomes of the developed model at Soi Phisai Hospital, Bueng Kan Province. The study was conducted from January to September 2026, a total of 9 months, in four phases: situation analysis, model development, model implementation, and evaluation. Participants were purposively selected and comprised 30 patients discharged after detoxification, 30 family caregivers, and 15 members of the multidisciplinary team and community network. Instruments included a semi-structured interview guide, a relapse prevention self-efficacy questionnaire, a follow-up record with urine drug test results, and a satisfaction questionnaire. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and Fisher's exact test, and qualitative data were analyzed by content analysis.

The main problems of post-discharge care were missed follow-up appointments, lack of a continuous hospital-to-community follow-up system, families having limited time for supervision, and return to environments conducive to drug use. The developed model, "Soi Phisai Seamless Care Model," consisted of five components: 1) individualized discharge planning and relapse risk assessment, 2) preparation of family members as primary caregivers, 3) seamless technology-assisted follow-up, 4) home visits by the community network, and 5) management of warning signs and re-entry into treatment. After implementation, the 3-month relapse rate decreased from 43.33% to 16.67% (Fisher's exact test, p-value = 0.047), and the treatment retention rate increased from 63.33% to 86.67% (p-value = 0.072). The mean relapse prevention self-efficacy score increased significantly (mean±S.D. 2.85±0.52 to 4.12±0.41; t = 11.24, p-value <0.001), and overall patient satisfaction was at the highest level (mean±S.D. = 4.46±0.48), with 86.67% of patients reporting high to very high satisfaction. Seamless care linking pre-discharge preparation to the community, together with family participation and technology-assisted follow-up, was associated with reduced relapse and improved treatment

continuity. The model should be adopted as standard practice in the drug clinic, and further studies with larger samples and concurrent comparison groups are recommended.

Keywords: Substance use disorders, Detoxification, Relapse prevention, Seamless care

บทนำ

ปัญหายาเสพติดยังคงเป็นความท้าทายระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ และสาธารณสุขอย่างกว้างขวาง ประชากรโลกประมาณ 296 ล้านคน หรือร้อยละ 5.8 ของประชากรอายุ 15-64 ปี ใช้สารเสพติดอย่างน้อย 1 ครั้งในปี พ.ศ. 2564 โดยสารที่มีการใช้มากที่สุด คือ กัญชา รองลงมาคืออนุพันธ์ของฝิ่นและสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน[1] ประเด็นที่เป็นปัญหาสำคัญ คือ การกลับไปเสพซ้ำหลังได้รับการบำบัดรักษา ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 40-60 ภายใน 1 ปีแรก[2] ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสพซ้ำประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล โรคร่วมทางจิตเวช ความเครียด การมีเครือข่ายสังคมที่ใช้สารเสพติด และการขาดระบบติดตามหลังการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ[3]

สำหรับประเทศไทย ปัญหายาเสพติดแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในพื้นที่ต่างจังหวัด[4] ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาทั่วประเทศ 116,850 ราย เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.3 จากปีก่อน เมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) เป็นสารที่ใช้มากที่สุด (ร้อยละ 84.6) และกลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ 20-29 ปี ซึ่งเป็นวัยแรงงาน[4] อัตราการกลับไปเสพซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดอยู่ที่ร้อยละ 30-40 ภายใน 1 ปี[5] และอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัด (Retention Rate) อยู่ที่ร้อยละ 65 ต่ำกว่าเป้าหมายร้อยละ 80[6] โดยปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดตามและกลับไปเสพซ้ำ ได้แก่ การขาดแรงจูงใจในการหยุดใช้สารเสพติด การขาดการสนับสนุนจากครอบครัว และการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้ยาเสพติด[6] กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขายาเสพติด พ.ศ. 2566-2570 ที่เน้นการดูแลแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care) และการเพิ่มอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัด[7] ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างบูรณาการ[8]

จังหวัดบึงกาฬเป็นจังหวัดชายแดนที่ติดกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว จึงมีความเสี่ยงต่อการลักลอบนำเข้ายาเสพติด มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาจำนวน 1,564 ราย หรือ 326.4 ต่อประชากรแสนคน สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ และยาบ้าเป็นสารที่พบมากที่สุด (ร้อยละ 92.4)[9] อำเภอโซ่พิสัยเป็นเส้นทางเชื่อมต่อกับอำเภอและจังหวัดอื่น จึงถูกใช้เป็นเส้นทางลำเลียงและพักยาเสพติด ประกอบกับการเพิ่มขึ้นของโรงงานอุตสาหกรรมยางพาราที่ทำให้มีแรงงานต่างถิ่นเข้ามาอาศัย สถิติผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในโรงพยาบาลโซ่พิสัย ทั้งระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัด ในปีงบประมาณ 2564-2566 มีจำนวน 438 ราย, 155 ราย และ 233 ราย ตามลำดับ โดยปีงบประมาณ 2566 เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2565 ร้อยละ 50.3 (โรงพยาบาลโซ่

พิสัย, 2568) กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ 25-29 ปี และอาชีพที่พบมากที่สุด คือ เกษตรกรรม

ปัจจุบันโรงพยาบาลโซ่พิสัยใช้รูปแบบการบำบัดรักษา "นาคาล้อมรักษ์ โมเดล" ในระยะถอนพิษยา (Detoxification: Detox) ระยะเวลา 10-14 วัน และวางแผนจำหน่าย 3 แนวทาง ได้แก่ 1) ส่งต่อบำบัดฟื้นฟูระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) มินิธัญญารักษ์เซกา 2) ส่งบำบัดฟื้นฟูระยะยาว (Long Term Care: LTC) โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานีหรือค่ายคืนคนดีสู่สังคมอำเภอโซ่พิสัย และ 3) จำหน่ายกลับสู่ชุมชน โดยทุกกลุ่มต้องนัดติดตามที่คลินิกยาเสพติด อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหา ได้แก่ ผู้ป่วยมาตามนัดแต่ยังตรวจพบสารเสพติด ขาดนัดบำบัดหรือรับยาต่อเนื่องและถูกดำเนินคดีซ้ำ อัตราการขาดจากการบำบัด (Drop out) เพิ่มขึ้น ครอบครัวไม่มีเวลากำกับดูแล มีปัญหาพฤติกรรมและอาการทางจิตเวชเพิ่มขึ้น และสถานที่บำบัดยังไม่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการขาดนัดและการไม่มีระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพเป็นสาเหตุสำคัญของการกลับไปเสพซ้ำ[10] ขณะที่การพัฒนาระบบติดตามแบบไร้รอยต่อ การใช้เทคโนโลยี และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน สามารถเพิ่มการคงอยู่ในการบำบัดและลดการเสพซ้ำได้[11-13]

ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดหลังจำหน่ายในระยะถอนพิษยา เพื่อป้องกันการเสพซ้ำ โรงพยาบาลโซ่พิสัย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงชุมชน ลดอัตราการเสพซ้ำ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ผลการวิจัยคาดว่าจะเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดหลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลและหน่วยบริการในพื้นที่ใกล้เคียงที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดหลังจำหน่ายในระยะถอนพิษยา โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดหลังจำหน่ายในระยะถอนพิษยา เพื่อป้องกันการเสพซ้ำ

3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ อัตราการกลับไปเสพซ้ำ อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัด การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพซ้ำ และความพึงพอใจของผู้ป่วย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการ ณ คลินิกยาเสพติดและหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2569 รวมระยะเวลา 9 เดือน ใช้แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติดในระยะถอนพิษยา ของกรมการแพทย์[14] ร่วมกับแนวคิดการดูแลแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care)[7] และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน[11] เป็นกรอบในการพัฒนา แบ่งการดำเนินงานเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา (มกราคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569) ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ (มีนาคม พ.ศ. 2569) ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบ (เมษายน-สิงหาคม พ.ศ. 2569)

และระยะที่ 4 ประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ (กันยายน พ.ศ. 2569)

ประชากร

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยสารเสพติดที่ผ่านการบำบัดระยะถอนพิษยาและได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลโซ่พิสัย ผู้ดูแลหลักในครอบครัว และทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในอำเภอโซ่พิสัย จำนวน 126 คน และบุคลากรภาคีเครือข่าย 45 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยสารเสพติดที่ผ่านการบำบัดระยะถอนพิษยาและได้รับการจำหน่าย จำนวน 30 ราย โดยคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 2) ผู้ดูแลหลักในครอบครัว จำนวน 30 ราย และ 3) ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย จำนวน 15 ราย ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา เภสัชกร เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน โดยคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้าในช่วงระยะเวลาการศึกษา

สำหรับการเปรียบเทียบผลลัพธ์ ใช้ข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่จำหน่ายหลังระยะถอนพิษยาในปีงบประมาณ 2568 จำนวน 30 ราย ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เพื่อใช้เป็นกลุ่มเปรียบเทียบก่อนพัฒนา

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดและผ่านการบำบัดระยะถอนพิษยาครบตามแผน สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ มีหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ อาศัยอยู่ในอำเภอโซ่พิสัย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

มีอาการทางจิตรุนแรงที่ต้องส่งต่อรักษาเฉพาะทาง ย้ายที่อยู่ออกนอกพื้นที่ หรือขอถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการบำบัดรักษา 2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ เกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการดูแลหลังจำหน่าย 3) แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพซ้ำ จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ 4) แบบบันทึกการติดตามหลังจำหน่าย ประกอบด้วย การมาตามนัด ผลตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด การกลับไปเสพซ้ำ การมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินหรือการรับไว้รักษาซ้ำ และการกลับไปประกอบอาชีพหรือศึกษาต่อ และ 5) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการดูแล จำนวน 10 ข้อ โดยแปลผลคะแนนเฉลี่ยของแบบประเมินและแบบสอบถามเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1.00-1.80 น้อยที่สุด 1.81-2.60 น้อย 2.61-3.40 ปานกลาง 3.41-4.20 มาก และ 4.21-5.00 มากที่สุด ตามเกณฑ์ของ Best

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพด้านการบำบัดยาเสพติด และอาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00

ภาพรวมอยู่ที่ 0.84 และนำแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองและแบบสอบถามความพึงพอใจไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87 และ 0.89 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยทบทวนเวชระเบียนและสถิติการบำบัดย้อนหลัง สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ (ครั้งละประมาณ 30-45 นาที) และจัดสนทนากลุ่ม จำนวน 2 ครั้ง

ระยะที่ 2 นำข้อมูลที่ได้มายกร่างรูปแบบร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 2 ครั้ง และให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเหมาะสม

ระยะที่ 3 อบรมบุคลากรและภาคีเครือข่ายก่อนนำรูปแบบไปใช้กับผู้ป่วยที่จำหน่ายหลังระยะถอนพิษยา โดยประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนจำหน่าย และติดตามผู้ป่วยแต่ละรายเป็นเวลา 3 เดือน

ระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด สอบถามความพึงพอใจ และจัดประชุมถอดบทเรียนเพื่อปรับปรุงรูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนและหลังใช้รูปแบบด้วย Paired t-test ดำเนินการตรวจสอบการแจกแจงปกติของผลต่างคะแนนด้วย Shapiro-Wilk test รายงานผลต่างค่าเฉลี่ยพร้อม 95% confidence interval (CI) เปรียบเทียบสัดส่วนผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังพัฒนาด้วย Fisher's exact test เนื่องจากบางตัวชี้วัดมีจำนวนเหตุการณ์น้อย (expected count <5) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation)

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ผู้เข้าร่วมมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรับบริการ และลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลทั้งหมดเก็บเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อจริง นำเสนอผลในภาพรวม และจะทำลายข้อมูลภายใน 5 ปีหลังสิ้นสุดการวิจัย

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดหลังจำหน่ายในระยะถอนพิษยา

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 86.67) อายุเฉลี่ย $\bar{x}$±S.D. 23.12± 2.13 (min=20-max 40) ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 25-29 ปี (ร้อยละ 36.67) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 40.00) สารเสพติดหลักที่ใช้คือ ยาบ้า (ร้อยละ 90.00) เข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจ (ร้อยละ 70.00) และได้รับการจำหน่ายกลับสู่ชุมชน (ร้อยละ 60.00) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง (n = 30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	26	86.67
หญิง	4	13.33
อายุ (ปี)		
18-24	8	26.67
25-29	11	36.67
30-39	6	20.00
40 ปีขึ้นไป	5	16.67
อาชีพ		
เกษตรกรรม	12	40.00
รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน	9	30.00
ว่างงาน	6	20.00
นักเรียน/นักศึกษา	3	10.00
สารเสพติดหลัก		
เมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า)	27	90.00
เมทแอมเฟตามีนชนิดผลึก (ไอซ์)	2	6.67
กัญชา	1	3.33
ระบบการบำบัด		
สมัครใจบำบัด	21	70.00
บังคับบำบัด	9	30.00
แนวทางการจำหน่าย		
จำหน่ายกลับสู่ชุมชน	18	60.00
ส่งต่อบำบัดฟื้นฟูระยะกลาง (IMC)	8	26.67
ส่งต่อบำบัดฟื้นฟูระยะยาว (LTC)	4	13.33

1.2 ปัญหาที่พบในการดูแลหลังจำหน่าย

จากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม พบปัญหาสำคัญ 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ด้านผู้ป่วย ขาดแรงจูงใจและทักษะการจัดการตัวกระตุ้น ผู้ป่วยบางรายมาตามนัดแต่ยังตรวจพบสารเสพติด 2) ด้านครอบครัว ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ไม่มีเวลากำกับดูแลและไม่ทราบสัญญาณเตือนการเสพซ้ำ 3) ด้านระบบบริการ การนัดติดตามขึ้นกับการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยเป็นหลัก ขาดการส่งต่อข้อมูลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชน และสถานที่บำบัดยังไม่เหมาะสม และ 4) ด้านชุมชน ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิมที่มีเพื่อนใช้สารเสพติด

และยังมีการตีตราทางสังคม (Stigma) จากคนในชุมชน

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดหลังจำหน่ายในระยะถอนพิษยา เพื่อป้องกันการเสพซ้ำ

ผลการวิเคราะห์ปัญหาและการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ทำให้ได้รูปแบบ "โซ่พิสัยไร้รอยต่อ (Soi Phisai Seamless Care Model)" ซึ่งต่อยอดจาก "นาคาล้อมรักษ์ โมเดล" เดิม โดยเพิ่มการเชื่อมต่อการดูแลตั้งแต่ก่อนจำหน่ายจนถึงชุมชน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังแสดงในตาราง 2 ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 เครื่อง โดยเครื่องมือที่ใช้ประเมิน ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความร่วมมือ ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$±S.D. = 4.60±0.42 คะแนน)

ตาราง 2 องค์ประกอบและกิจกรรมสำคัญของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดหลังจำหน่ายในระยะถอนพิษยา

องค์ประกอบ	กิจกรรมสำคัญ	ผู้รับผิดชอบ/ช่วงเวลา
1. การวางแผนจำหน่ายและประเมินความเสี่ยงการเสพซ้ำรายบุคคล	ประเมินความเสี่ยงการเสพซ้ำและตัวกระตุ้น ให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ร่วมจัดทำแผนป้องกันการเสพซ้ำรายบุคคล	พยาบาล/นักจิตวิทยา 3 วันก่อนจำหน่าย
2. การเตรียมครอบครัวให้เป็นผู้ดูแลหลัก	ให้ความรู้เรื่องโรคสมองติดยา สัญญาณเตือนการเสพซ้ำ การสื่อสารเชิงบวก และการกำกับการมาตามนัด	พยาบาล/ผู้ดูแลหลัก ก่อนจำหน่าย 1 ครั้ง
3. การติดตามแบบไร้รอยต่อผ่านเทคโนโลยี	ติดตามผ่าน LINE Official Account และโทรศัพท์ ประเมินอาการ ความอยากยา และให้กำลังใจ	พยาบาลคลินิกยาเสพติด สัปดาห์ที่ 1, 2, 4, 8 และ 12
4. การเยี่ยมบ้านโดยเครือข่ายชุมชน	ส่งต่อข้อมูลให้ รพ.สต. และ อสม. เยี่ยมบ้าน ประสานผู้นำชุมชนสนับสนุนอาชีพและลดการตีตรา	รพ.สต./อสม./ผู้นำชุมชน เดือนละ 1 ครั้ง
5. การจัดการสัญญาณเตือนและการกลับเข้าสู่ระบบบำบัด	เมื่อพบสัญญาณเตือนหรือผลตรวจปัสสาวะเป็นบวก ประเมินซ้ำและส่งกลับเข้าสู่ระบบบำบัดโดยไม่ตัดสิน ภายใน 72 ชั่วโมง	ทีมสหวิชาชีพ ตลอด 3 เดือนหลังจำหน่าย

3. ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดหลังจำหน่ายในระยะถอนพิษยา

3.1 อัตราการกลับไปเสพซ้ำและตัวชี้วัดอื่น

ภายหลังการใช้รูปแบบและติดตามผู้ป่วยครบ 3 เดือน อัตราการกลับไปเสพซ้ำลดลงจากร้อยละ 43.33 เหลือร้อยละ 16.67 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Fisher's exact test, p-value = 0.047) ซึ่งลดลง 26.67 percentage points มากกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 15 อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 63.33 เป็นร้อยละ 86.67 (p-value = 0.072) ซึ่งสอดคล้องกับอัตราการขาดนัดที่ลดลงจากร้อยละ 36.67 เหลือร้อยละ 13.33 แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยกลับไปประกอบอาชีพ

หรือศึกษาต่อเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50.00 เป็นร้อยละ 76.67 (p-value = 0.060) ซึ่งไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ส่วนการมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินหรือรับไว้รักษาซ้ำจากภาวะถอนสารเสพติดลดลงจากร้อยละ 13.33 เหลือร้อยละ 3.33 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด (ไม่เกินร้อยละ 10) อย่างไรก็ตาม ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.353) ดังแสดงในตาราง 3

3.2 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพซ้ำ

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพซ้ำภายหลังการใช้รูปแบบ ($\bar{x}$±S.D. = 4.12±0.41 คะแนน) สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ (2.85±0.52 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผลต่างค่าเฉลี่ย = 1.27, 95% CI = 1.04-1.50, t = 11.24, df = 29, p-value <0.001) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแล

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อนพัฒนา (n = 30) จำนวน (ร้อยละ)	หลังพัฒนา (n = 30) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
การกลับไปเสพซ้ำภายใน 3 เดือน	ลดลงร้อยละ 15	13 (43.33)	5 (16.67)	0.047*
การคงอยู่ในระบบการบำบัด	≥ ร้อยละ 80	19 (63.33)	26 (86.67)	0.072
มารับบริการแผนกฉุกเฉินหรือรับไว้รักษาซ้ำจากภาวะถอนสารเสพติด	≤ ร้อยละ 10	4 (13.33)	1 (3.33)	0.353
กลับไปประกอบอาชีพหรือศึกษาต่อ	≥ ร้อยละ 75	15 (50.00)	23 (76.67)	0.060

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพซ้ำก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n = 30)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง	ก่อน ($\bar{x}$±S.D.)	หลัง ($\bar{x}$±S.D.)	t	p-value
ด้านการจัดการตัวกระตุ้นและความอยากยา	2.71±0.58	4.05±0.47	10.12	<0.001*
ด้านการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวน	2.78±0.61	4.18±0.45	9.87	<0.001*
ด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด	2.92±0.55	4.09±0.44	9.35	<0.001*
ด้านการมาตามนัดและการขอความช่วยเหลือ	2.99±0.57	4.16±0.42	9.02	<0.001*
โดยรวม	**2.85±0.52**	**4.12±0.41**	**11.24**	**<0.001***

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการดูแล

ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลโดยรวมในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$±S.D. = 4.46±0.48 คะแนน) โดยร้อยละ 86.67 มีความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุด สูงกว่าเป้าหมายร้อยละ 80

อภิปรายผล

ผลการศึกษาสถานการณ์แสดงให้เห็นว่าปัญหาการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยหลังจำหน่ายในระยะถอนพิษยา ไม่ได้เกิดจากปัจจัยด้านผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากช่องว่างของระบบบริการที่การดูแลขาดตอนเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ครอบครัวไม่มีความพร้อมในการกำกับดูแล และผู้ป่วยกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการขาดแรงจูงใจ การขาดการสนับสนุนจากครอบครัว และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้ยาเสพติดเป็นปัจจัยสำคัญของการขาดการติดตามและการเสพซ้ำ[6] และการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พบว่าการขาดนัดและการไม่มีระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพเป็นอุปสรรคหลักของการดูแลหลังการบำบัด[10] ระยะถอนพิษยาที่ใช้เวลาเพียง 10-14 วัน จึงควรมองเป็นจุดเริ่มต้นของการดูแลต่อเนื่อง มากกว่าเป็นจุดสิ้นสุดของการรักษา[14]

ภายหลังการใช้รูปแบบ อัตราการกลับไปเสพซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าก้ำกึ่ง p-value = 0.047) และอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับ 3 ประเด็นหลัก ประการแรก การวางแผนจำหน่ายและจัดทำแผนป้องกันการเสพซ้ำรายบุคคลก่อนจำหน่ายร่วมกับการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้จักตัวกระตุ้นของตนเองและมีทักษะในการจัดการ ซึ่งสะท้อนจากคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เพิ่มขึ้นในทุกด้าน สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดแบบองค์รวมที่เน้นการเสริมพลังให้ผู้ป่วยเป็นผู้จัดการตนเอง[15] ประการที่สอง การเตรียมครอบครัวให้เป็นผู้ดูแลหลักและการส่งต่อข้อมูลไปยังเครือข่ายชุมชน ทำให้ผู้ป่วยมีระบบสนับสนุนรอบตัวหลังกลับบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการติดตามดูแลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนช่วยเพิ่มการคงอยู่ในการบำบัดและลดการเสพซ้ำ[11,13] และการบูรณาการความร่วมมือหลายภาคส่วนเป็นเงื่อนไขสำคัญของความสำเร็จ[8]

ประการที่สาม การติดตามผ่าน LINE Official Account และโทรศัพท์ตามช่วงเวลาที่กำหนด ช่วยให้ทีมผู้ดูแลตรวจพบสัญญาณเตือนได้เร็ว และส่งผู้ป่วยกลับเข้าสู่ระบบบำบัดได้ก่อนที่การเสพซ้ำจะกลายเป็นการกลับไปติดซ้ำ ซึ่งอาจอธิบายการขาดนัดที่ลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการติดตามผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือร่วมกับการเยี่ยมบ้านช่วยลดการขาดนัดและการเสพซ้ำ[12] และการใช้เทคโนโลยีเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลโดยไม่เพิ่มภาระการเดินทางของผู้ป่วย[16,17] นอกจากนี้ การจัดการสัญญาณเตือนแบบไม่ตัดสินยังช่วยให้ผู้ป่วยกล้าบอกความอยากยาหรือการลองใช้ซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยยังคงอยู่ในระบบแม้มีการเสพซ้ำ ซึ่งเป็นหัวใจของการดูแลแบบไร้รอยต่อตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขายาเสพติด[7,18]

อย่างไรก็ตาม การมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินหรือรับไว้รักษาซ้ำลดลงแต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากจำนวนเหตุการณ์มีน้อย (5 ราย) และกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก ทำให้อำนาจการทดสอบ (statistical power) ต่ำ เช่นเดียวกับการคงอยู่ในระบบการบำบัดและการกลับไปประกอบอาชีพหรือศึกษาต่อที่เพิ่มขึ้นแต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการกลับไปประกอบอาชีพหรือศึกษาต่อที่เพิ่มขึ้นอาจสะท้อนบทบาทของผู้นำชุมชนในการสนับสนุนอาชีพและลดการตีตรา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการฟื้นฟูผู้ป่วยสารเสพติดอย่างยั่งยืนที่ต้องคืนบทบาททางสังคมให้ผู้ป่วย[19]

ข้อจำกัดของการวิจัย ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กและคัดเลือกแบบเจาะจง 2) กลุ่มเปรียบเทียบเป็นข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนซึ่งอาจมีความแตกต่างด้านบริบทและความครบถ้วนของการบันทึก ไม่มีการสุ่มและไม่ได้ควบคุมตัวแปรกวน จึงสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลไม่ได้ 3) ระยะเวลาติดตามเพียง 3 เดือนหลังจำหน่าย ยังไม่สามารถสรุปผลระยะยาวได้ 4) มีการทดสอบหลายตัวชี้วัดโดยไม่ปรับระดับนัยสำคัญ และ 5) การประเมินการเสพซ้ำส่วนหนึ่งอาศัยการรายงานของผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกับผลตรวจปัสสาวะตามนัด จึงอาจประเมินอัตราการเสพซ้ำต่ำกว่าความเป็นจริง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 โรงพยาบาลควรกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดหลังจำหน่ายในระยะถอนพิษยา เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานของคลินิกยาเสพติด โดยเริ่มวางแผนจำหน่ายและประเมินความเสี่ยงการเสพซ้ำตั้งแต่ก่อนจำหน่าย

1.2 ควรพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเครือข่ายชุมชน เพื่อให้การติดตามและการส่งกลับเข้าสู่ระบบบำบัดเป็นไปอย่างไร้รอยต่อ

1.3 ควรพัฒนาศักยภาพครอบครัว อสม. และผู้นำชุมชนในการสังเกตสัญญาณเตือนการเสพซ้ำ การสื่อสารเชิงบวก และการลดการตีตรา รวมทั้งประสานการสนับสนุนด้านอาชีพแก่ผู้ป่วย

1.4 ควรจัดสถานที่และห้องบำบัดตามโปรแกรมที่เหมาะสม และจัดสรรบุคลากรรับผิดชอบการติดตามผ่านเทคโนโลยีอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น ใช้กลุ่มเปรียบเทียบที่ดำเนินการพร้อมกัน และติดตามผลระยะยาวอย่างน้อย 1 ปี เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลโซ่พิสัย ที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ทีมสหวิชาชีพคลินิกยาเสพติดและหอผู้ป่วยใน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชนในอำเภอโซ่พิสัย ผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือและรูปแบบ รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2023. Vienna: UNODC; 2023.

2. The International Society of Addiction Medicine. Global report on addiction treatment and relapse prevention. ISAM Annual Report; 2023.

3. Saunders EC, Moore SK, Walsh O, Metcalf SA, Budney AJ, Cavazos-Rehg P, et al. Addressing the opioid and overdose crisis: the role of safe supply. Int J Drug Policy. 2022;107:103787.

4. Office of the Narcotics Control Board. Report on drug prevention and control operations, fiscal year 2023. Bangkok: Office of the Narcotics Control Board; 2023 (in Thai).

5. Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. Situation report on drug abuse treatment and rehabilitation in Thailand, 2022. Bangkok: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2022 (in Thai).

6. Sirirattanarekha T, Hannarong P, Pipatchotitham W. Factors affecting loss to follow-up and relapse among drug users: a study in Thanyarak Hospital. J Ment Health Thai. 2022;30(3):195-207 (in Thai).

7. Ministry of Public Health. Service plan for substance use disorders, 2023-2027. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023 (in Thai).

8. Ketkan K, Suksawang S, Suwan P. Development of an integrated follow-up care model for drug users after treatment. J Nurs Sci Health. 2021;44(1):102-14 (in Thai).

9. Bueng Kan Provincial Public Health Office. Drug situation report of Bueng Kan Province, 2023. Bueng Kan: Bueng Kan Provincial Public Health Office; 2023 (in Thai).

10. Lakhonwong N, Thanawatthanakul O, Narin S. Problems and obstacles in post-treatment follow-up care of drug users: a case study of community hospitals in Northeastern Thailand. J Public Health Nurs. 2022;36(2):81-95 (in Thai).

11. Wasikasin W, Wetchayachai A, Watchanawongpanya P. Development of a post-treatment follow-up care model for drug users with family and community participation. J Soc Sci Humanit. 2021;47(1):121-38 (in Thai).

12. Thammakul T, Srikosai S, Rueangprayoon W. Effects of a follow-up program for drug users via mobile application combined with home visits. J R Thai Army Nurses. 2019;20(2):235-44 (in Thai).

13. Kenyabut P, Nimnuan S, Limtrakul K. Development of a post-discharge care system for drug users with family and community participation. J Public Health Acad. 2023;32(1):156-67 (in Thai).

14. Department of Medical Services. Guideline for treatment of substance use disorders in the detoxification phase. Bangkok: Ministry of Public Health; 2021 (in Thai).

15. Kumwong J. Innovation in holistic care for persons with substance use disorders. J Public Health Acad. 2020;29(4):67-80 (in Thai).

16. Maneeprasat S. Technology and innovation in the care of persons with substance use disorders. J Public Health Acad. 2022;31(4):78-92 (in Thai).

17. Thanachaikhan N. Technology and follow-up of persons with substance use disorders. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2022 (in Thai).

18. Chaemsuwanwong A. Follow-up care of patients after substance use treatment. J Nurs Health. 2021;35(2):12-25 (in Thai).

19. Ungpinitpong W. The process of sustainable rehabilitation of persons with substance use disorders. J Ment Health Thai. 2021;29(2):45-59 (in Thai).

บทความวิจัย | RESEARCH ARTICLE

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง ตำบลสาวะถี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

Development of a Nursing Care Model for End-Stage Liver Cancer Patients in the Service Area of Ban Non Rang Subdistrict Health Promoting Hospital, Sawathi Subdistrict, Mueang District, Khon Kaen Province

ปภัชญา ประทุมวัน[1]*

Papatchaya Prathumwan[1]*

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานบริการสาธารณสุข กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

*ผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding author)

☐ **รับบทความ:** [13 ตุลาคม 2569] ✓ **แก้ไขบทความ:** [15 ตุลาคม 2569] ☑ **ตอบรับบทความ:** [18 ตุลาคม 2569]

การอ้างอิง (Citation): Prathumwan P. Development of a Nursing Care Model for End-Stage Liver Cancer Patients in the Service Area of Ban Non Rang Subdistrict Health Promoting Hospital, Sawathi Subdistrict, Mueang District, Khon Kaen Province. Thai Health Sci Front. 2569;1(1):78-92

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย 2) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิต ระดับความเจ็บปวด และความวิตกกังวลของครอบครัวก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาล และ 3) ศึกษาผลลัพธ์การดูแลและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อรูปแบบการพยาบาล ดำเนินการในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง ตำบลสาวะถี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยประยุกต์แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน และวงรอบคุณภาพ PDCA จำนวน 1 วงรอบ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 5 เดือน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 12 คน และผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลขอนแก่นเพื่อรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 8 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยรูปแบบการพยาบาล NONRANG Model และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ความเจ็บปวด ความวิตกกังวลของครอบครัว ความเหมาะสมของรูปแบบ และความพึงพอใจ เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (IOC 0.67-1.00) และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.82-0.89 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบก่อน-หลังด้วย Paired t-test (คุณภาพชีวิตและความวิตกกังวล) และ Wilcoxon signed-rank test (ความเจ็บปวด)

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น คือ NONRANG Model ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การประเมินความต้องการแบบองค์รวม การวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัว การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลแบบประคับประคอง การประสานทีมสหวิชาชีพและชุมชน และการติดตามประเมินผลและดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย

และผู้เชี่ยวชาญประเมินความเหมาะสมของรูปแบบในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$±S.D. = 4.47±0.38 คะแนน) ภายหลังใช้รูปแบบการพยาบาล คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 52.38±7.14 เป็น 71.25±5.83 คะแนน (t = 10.89, p-value <0.001) เปลี่ยนจากระดับปานกลางเป็นระดับดี คะแนนความเจ็บปวด (Pain Score) ลดลงจาก 6.25±1.28 เป็น 2.88±1.13 คะแนน (Z = -2.53, p-value = 0.011) และคะแนนความวิตกกังวลของครอบครัวลดลงจาก 8.13±1.46 เป็น 3.75±1.28 คะแนน (t = -10.41, p-value <0.001) ผู้ป่วยทั้ง 8 ราย (ร้อยละ 100.00) ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดย 7 ราย (ร้อยละ 87.50; 95% CI 47.35-99.68) เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ดูแลหลัก 6 ราย (ร้อยละ 75.00; 95% CI 34.91-96.81) มีทักษะการดูแลผู้ป่วยในระดับดี และผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลโดยรวมในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$±S.D. = 4.51±0.42 คะแนน) ผลการวิจัยสรุปได้ว่า รูปแบบการพยาบาล NONRANG Model ที่บูรณาการแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนผ่านกระบวนการ PDCA สัมพันธ์กับความเจ็บปวดที่ลดลง คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และการเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านในผู้ป่วยส่วนใหญ่ และสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีบริบทชุมชนชนบทใกล้เคียงกัน ข้อเสนอแนะ คือ ควรศึกษาต่อโดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและมีกลุ่มเปรียบเทียบ

คำสำคัญ: มะเร็งตับระยะสุดท้าย, การดูแลแบบประคับประคอง, รูปแบบการพยาบาล, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Abstract

This action research aimed (1) to study the situation and develop a nursing care model for end-stage liver cancer patients; (2) to compare quality of life, pain level, and family anxiety before and after implementing the model; and (3) to examine care outcomes and the satisfaction of patients and families with the model in the service area of Ban Non Rang Subdistrict Health Promoting Hospital, Sawathi Subdistrict, Mueang District, Khon Kaen Province. The study applied the palliative care concept, Watson's Theory of Human Caring, and one cycle of the PDCA quality cycle, and was conducted from November 2024 to March 2025, a total of 5 months. The participants comprised two groups: 12 health personnel and village health volunteers, and 8 end-stage liver cancer patients referred from Khon Kaen Hospital for continuing home care. The research instruments consisted of the NONRANG Model, a general information form, a focus group guideline, a quality of life assessment, a pain assessment, a family anxiety assessment, a model appropriateness assessment, and a satisfaction questionnaire, whose content validity was confirmed by three experts. Qualitative data were analyzed using content analysis, quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and pre-post comparisons were performed using the paired t-test and the Wilcoxon signed-rank test.

The results showed that the developed nursing care model, the NONRANG Model, consisted of five main components: holistic needs assessment, family-centered care planning, palliative nursing activities, multidisciplinary and community coordination, and continuous monitoring with bereavement care. Experts rated the model as appropriate at the highest level (mean±S.D. = 4.47±0.38). After implementing the model, the mean overall quality of life score increased from 52.38±7.14 to 71.25±5.83

(t = 10.89, p-value <0.001), changing from a moderate to a good level; the mean pain score decreased from 6.25±1.28 to 2.88±1.13 (Z = -2.53, p-value = 0.011); and the mean family anxiety score decreased from 8.13±1.46 to 3.75±1.28 (t = -10.41, p-value <0.001). All 8 patients (100.00%) received continuous care until the end of life, and 7 of 8 (87.50%; 95% CI 47.35-99.68) died peacefully at home as desired by the patients and families. Six of 8 primary caregivers (75.00%; 95% CI 34.91-96.81) demonstrated good caregiving skills, and overall satisfaction of patients and families with the model was at the highest level (mean±S.D. = 4.51±0.42). The NONRANG Model, which integrates the palliative care concept, Watson's Theory of Human Caring, and family and community participation through the PDCA process, was associated with reduced pain, improved quality of life, and a peaceful death at home among most patients, and can serve as a guideline for subdistrict health promoting hospitals in similar rural contexts. Further studies with larger samples and a comparison group are recommended.

Keywords: End-stage liver cancer, Palliative care, Nursing care model, Action research

บทนำ

มะเร็งตับชนิดเซลล์ตับ (Hepatocellular Carcinoma: HCC) เป็นมะเร็งปฐมภูมิที่พบมากที่สุดในตับ และจัดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งที่สำคัญในระดับโลก โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้[1]

สำหรับประเทศไทย มะเร็งตับมีอุบัติการณ์สูงติดอันดับต้นของประเทศ โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีสูง โดยมะเร็งท่อน้ำดี มีปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีเรื้อรัง ภาวะตับแข็ง การดื่มสุราเรื้อรัง และโรคไขมันพอกตับ[2] ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยในระยะลุกลามหรือระยะสุดท้าย เนื่องจากโรคในระยะแรกมักไม่มีอาการชัดเจน ทำให้โอกาสในการรักษาให้หายขาดมีจำกัด[3] การจำแนกระยะของโรคตามระบบ Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) กำหนดให้ผู้ป่วยในระยะ D หรือระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นหลัก[2]

มะเร็งตับระยะสุดท้ายมีลักษณะทางคลินิกที่ซับซ้อน ได้แก่ ภาวะตับวาย ท้องมาน เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ภาวะตับสมองเสื่อม และการสูญเสียน้ำหนักอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยในระยะนี้มีระยะเวลารอดชีวิตมัธยฐานต่ำกว่า 6 เดือน และต้องการการดูแลแบบประคับประคองอย่างเข้มข้น[2] ความเจ็บปวดเป็นอาการที่พบบ่อยและรุนแรงที่สุด โดยผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมากกว่าร้อยละ 70.00 มีความเจ็บปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน[4] ภาระจากโรคไม่เพียงกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังสร้างความเครียดทางจิตใจและเศรษฐกิจแก่ครอบครัว โดยพบว่าผู้ดูแลหลักมีภาระการดูแลในระดับสูงและมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่าประชากรทั่วไป[5]

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่มุ่งบรรเทาความทุกข์ทรมานและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เผชิญกับโรคคุกคามชีวิตและครอบครัว ครอบคลุมการควบคุมอาการ การลดความเจ็บปวด และการสนับสนุนด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ[6] กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพทุกระดับ รวมถึงหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยให้พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการ ให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว และประสานการส่งต่อเมื่อจำเป็น[7] ประกอบกับผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายในประเทศไทยส่วนใหญ่ต้องการเสียชีวิตที่บ้านท่ามกลางครอบครัว[8] และการศึกษาพบว่าการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนโดยพยาบาลวิชาชีพส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายดีขึ้นและลดการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและการรับไว้ในโรงพยาบาลได้[9]

นอกจากนี้ ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน (Watson's Theory of Human Caring) ซึ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยในฐานะมนุษย์ที่มีคุณค่าและการสร้างสัมพันธภาพเชิงการดูแลระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว[10] และวงรอบคุณภาพ PDCA (Plan-Do-Check-Act)[11] ยังเป็นกรอบที่เหมาะสมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง[12]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง ตำบลสาวะถี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบดูแลประชาชนในชุมชนชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความชุกของมะเร็งตับสูง ผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายในพื้นที่ส่วนใหญ่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลขอนแก่นเพื่อกลับมาดูแลต่อเนื่องที่บ้าน อย่างไรก็ตาม การดูแลที่ผ่านมายังขาดรูปแบบการพยาบาลที่เป็นระบบและสอดคล้องกับบริบทชุมชน บุคลากรส่วนใหญ่คุ้นเคยกับการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลมากกว่าการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ดูแลหลักขาดความรู้และทักษะในการจัดการอาการ การเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid) ที่บ้านมีข้อจำกัด และความเชื่อทางวัฒนธรรมท้องถิ่นที่หลีกเลี่ยงการพูดถึงความตายทำให้การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นไปได้ยาก แม้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองจะได้ผลดีในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แต่ยังขาดรูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับชุมชนในระดับ รพ.สต. โดยพบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีและตับและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในเขตรับผิดชอบจำนวน 12 ราย ในพื้นที่

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย โดยประยุกต์แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน และแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงรอบ PDCA ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และเครือข่ายชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ บรรเทาความทุกข์ทรมาน และเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน และเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง ตำบลสาวะถี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต ระดับความเจ็บปวด และความวิตกกังวลของครอบครัวก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย

3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามวงรอบคุณภาพ PDCA (Plan-Do-Check-Act) จำนวน 1 วงรอบ[11,12] ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 5 เดือน แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวางแผน (Plan) ศึกษาสถานการณ์จากทะเบียนผู้ป่วยในระบบฐานข้อมูลระบบสารสนเทศโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Java Health Center Information System: JHCIS) และบันทึกการส่งต่อจากโรงพยาบาลขอนแก่น สนทนากลุ่มบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และพัฒนาร่างรูปแบบการพยาบาล (พฤศจิกายน พ.ศ. 2567)

ระยะที่ 2 การดำเนินการ (Do) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลก่อนใช้รูปแบบ และนำรูปแบบการพยาบาลไปใช้กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (พฤศจิกายน พ.ศ. 2567-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568)

ระยะที่ 3 การตรวจสอบ (Check) เก็บข้อมูลหลังใช้รูปแบบ เปรียบเทียบผลลัพธ์ และประเมินความพึงพอใจ (กุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ. 2568) และ

ระยะที่ 4 การปรับปรุง (Act) วิเคราะห์จุดแข็งและจุดที่ควรปรับปรุง จัดทำคู่มือการใช้รูปแบบฉบับสมบูรณ์ และเผยแพร่ผลการวิจัย (มีนาคม พ.ศ. 2568)

ประชากร

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง ตำบลสาวะถี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น และบุคลากรสาธารณสุขและ อสม. ที่ปฏิบัติงานในเขตรับผิดชอบ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 บุคลากรสาธารณสุขและ อสม. ในเขตรับผิดชอบ จำนวน 12 คน เป็นผู้ให้ข้อมูลในระยะวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนารูปแบบ และกลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลขอนแก่นเพื่อรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 8 ราย ใช้ในระยะประเมินผล ผู้วิจัยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งตับระยะสุดท้าย อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านโนนรัง มีผู้ดูแลหลักในครอบครัว สามารถ

สื่อสารด้วยภาษาไทยได้และผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

ย้ายออกนอกเขตรับผิดชอบระหว่างการวิจัย หรือผู้ป่วยหรือครอบครัวขอถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย NONRANG Model ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ การสนทนากลุ่ม และการทบทวนแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง[6] ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน[10] และแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของกระทรวงสาธารณสุข[7] ประกอบด้วยกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการแบบองค์รวม (Holistic Needs Assessment) ประเมินอาการรบกวนทางกาย ความต้องการด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ พร้อมบันทึกค่า Pain Score ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) และระดับการปฏิบัติหน้าที่แบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale: PPS)

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัว (Family-Centered Care Planning) กำหนดเป้าหมายการดูแลและจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning)

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลแบบประคับประคอง (Palliative Nursing Activities) ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การจัดการอาการรบกวนและความเจ็บปวด การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลหลัก การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และการติดตามทางโทรศัพท์และประสานงาน อสม. อย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 4 การประสานทีมสหวิชาชีพและชุมชน (Multidisciplinary and Community Coordination) ระหว่าง รพ.สต. โรงพยาบาลแม่ข่าย อสม. และครอบครัว และ

ขั้นตอนที่ 5 การติดตามประเมินผลและดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย (Continuous Monitoring and Bereavement Care) ทั้งนี้ หากอาการรบกวนยังไม่ลดลง ผู้ปฏิบัติจะย้อนกลับไปปรับแผนการพยาบาลและดำเนินกิจกรรมซ้ำ โดยดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาป่วย พร้อมแบบบันทึกค่าทางคลินิก (Pain Score, ADL และ PPS) 2) แบบประเด็นการสนทนากลุ่ม สำหรับวิเคราะห์ปัญหา ข้อจำกัด และความต้องการในการพัฒนารูปแบบ 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยพัฒนาเอง จำนวน 25 ข้อ คะแนนรวม 0-100 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่ดี (0.00-40.99 คะแนน) ปานกลาง (41.00-60.99 คะแนน) และดี (61.00-100.00 คะแนน) 4) แบบประเมินระดับความเจ็บปวด (Pain Score) มาตรวัดตัวเลข 0-10 คะแนน แบ่งเป็น ไม่ปวด (0) ปวดน้อย (0.01-3.99) ปวดปานกลาง (4.00-6.99) และปวดรุนแรง (7.00-10.00) 5) แบบประเมินความวิตกกังวลของครอบครัว เป็นมาตรวัดตัวเลข 0-10 คะแนน

คะแนนสูงหมายถึงมีความวิตกกังวลมาก 6) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลสำหรับผู้เชี่ยวชาญ และ 7) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อรูปแบบการพยาบาล เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์ผ่านที่ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป และแปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1.00-1.80 น้อยที่สุด 1.81-2.60 น้อย 2.61-3.40 ปานกลาง 3.41-4.20 มาก และ 4.21-5.00 มากที่สุด นอกจากนี้ ผลลัพธ์การดูแลประเมินจาก เครื่องมือประเมินทักษะผู้ดูแลหลักพร้อมเกณฑ์ "ระดับดี" และแบบบันทึกสถานที่เสียชีวิต

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นำรูปแบบการพยาบาลและเครื่องมือทุกชุดให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสม โดยคำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 ในภาพรวม IOC = 0.79 และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้จริง จากนั้นนำแบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินความวิตกกังวลของครอบครัว และแบบประเมินความพึงพอใจไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัวที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.86, 0.82 และ 0.89 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนใช้รูปแบบในระยะที่ 2 และเก็บข้อมูลหลังใช้รูปแบบในระยะที่ 3 (กุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ. 2568) ด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินระดับความเจ็บปวด และแบบประเมินความวิตกกังวลของครอบครัว ส่วนความพึงพอใจประเมินในระยะที่ 3 โดยเก็บในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเทียบช่วงเวลาที่วัดผลหลังเทียบกับวันเสียชีวิต และจำนวนข้อมูลที่ครบก่อน-หลังทุกตัวแปร

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ระดับความเจ็บปวด และความวิตกกังวลของครอบครัว ก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาลด้วยสถิติ Paired t-test กรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และ Wilcoxon Signed Rank Test กรณีข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ โดยตรวจการแจกแจงปกติ ด้วย Shapiro-Wilk test และผลการตรวจรายงานผลต่างค่าเฉลี่ยพร้อม 95% confidence interval (CI) และขนาดอิทธิพล (effect size) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ α = 0.05

3. วิเคราะห์ผลลัพธ์การดูแล ได้แก่ การได้รับการดูแลต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้าย การเสียชีวิตที่บ้านตามความต้องการ และทักษะการดูแลของผู้ดูแลหลัก ด้วยความถี่ ร้อยละ และช่วงเชื่อมั่น 95% ของสัดส่วนแบบ Clopper-Pearson และวิเคราะห์ความเหมาะสมของรูปแบบและความพึงพอใจด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบล่วงหน้า กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธ และถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรับบริการสาธารณสุข การสื่อสารเรื่องการดูแลในวาระสุดท้ายดำเนินการด้วยความละเอียดอ่อนและเคารพความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับโดยใช้รหัสแทนชื่อจริง และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย จำนวน 8 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 5 ราย ร้อยละ 62.50 อายุเฉลี่ย 61.38±8.24 ปี ต่ำสุด 60 ปี -สูงสุด 78 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 6 ราย ร้อยละ 75.00 ประกอบอาชีพเกษตรกรและรับจ้างทั่วไป จำนวน 7 ราย ร้อยละ 87.50 และมีระยะเวลาป่วยเฉลี่ยนับจากการวินิจฉัยถึงระยะสุดท้าย 8.25±3.11 เดือน ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง (n = 8)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	5	62.50
หญิง	3	37.50
2. อายุ (ปี)		
อายุเฉลี่ย 61.38±8.24 ปี ต่ำสุด 60 ปี -สูงสุด 78 ปี		
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	6	75.00
มัธยมศึกษาขึ้นไป	2	25.00
4. อาชีพหลัก		
เกษตรกรและรับจ้างทั่วไป	7	87.50
ค้าขาย	1	12.50
5. ระยะเวลาป่วยนับจากการวินิจฉัยถึงระยะสุดท้าย		
ระยะเวลาเฉลี่ย 8.25±3.11 เดือน		

2. ผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย

2.1 สถานการณ์และปัญหาการดูแล ผลการวิเคราะห์สถานการณ์จากทะเบียนผู้ป่วย บันทึกการส่งต่อ และการสนทนากลุ่มบุคลากร

สาธารณสุขและ อสม. จำนวน 12 คน พบประเด็นปัญหาสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1) บุคลากรส่วนใหญ่คุ้นเคยกับการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไปยังโรงพยาบาลขอนแก่นมากกว่าการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และยังขาดแนวทางการพยาบาลที่ชัดเจนในระดับ รพ.สต. 2) ผู้ดูแลหลักซึ่งส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสสูงอายุหรือบุตรที่มีภาระงานประจำ ขาดความรู้และทักษะในการจัดการอาการที่บ้าน 3) การจัดหายาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์สำหรับผู้ป่วยที่บ้านมีขั้นตอนและข้อจำกัดทางกฎหมายที่ซับซ้อน และ 4) ความเชื่อและวัฒนธรรมท้องถิ่นที่หลีกเลี่ยงการพูดถึงความตาย ทำให้การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นไปได้ยาก

2.2 รูปแบบการพยาบาล จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าว ได้รูปแบบการพยาบาล NONRANG Model ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การประเมินความต้องการแบบองค์รวม การวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัว การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลแบบประคับประคอง การประสานทีมสหวิชาชีพและชุมชน และการติดตามประเมินผลและดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย พร้อมคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 1 ชุด

2.3 ความเหมาะสมของรูปแบบ ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ระบุเครื่องมือที่ใช้ประเมินความเหมาะสม ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$±S.D. = 4.47±0.38 คะแนน)

3. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต ระดับความเจ็บปวด และความวิตกกังวลของครอบครัวก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาล

ภายหลังใช้รูปแบบการพยาบาล NONRANG Model กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 52.38±7.14 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง เป็น 71.25±5.83 คะแนน อยู่ในระดับดี (ผลต่างค่าเฉลี่ย = 18.87, 95% CI = 14.77-22.97, t = 10.89, df = 7, p-value <0.001) คะแนนความเจ็บปวด (Pain Score) ลดลงจาก 6.25±1.28 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง เป็น 2.88±1.13 คะแนน อยู่ในระดับน้อย (Z = -2.53, p-value = 0.011) และคะแนนความวิตกกังวลของครอบครัวลดลงจาก 8.13±1.46 เป็น 3.75±1.28 คะแนน (ผลต่างค่าเฉลี่ย = -4.38, 95% CI = -5.37 ถึง -3.39, t = -10.41, df = 7, p-value <0.001) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ระดับความเจ็บปวด และความวิตกกังวลของครอบครัว ก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาล NONRANG Model (n = 8)

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบ $\bar{x}$±S.D. (ระดับ)	หลังใช้รูปแบบ $\bar{x}$±S.D. (ระดับ)	$\bar{d}$	สถิติทดสอบ (t/Z)	p-value
คุณภาพชีวิตโดยรวม	52.38±7.14 (ปานกลาง)	71.25±5.83 (ดี)	18.87	t = 10.89	<0.001*
ระดับความเจ็บปวด (0-10)	6.25±1.28 (ปานกลาง)	2.88±1.13 (น้อย)	-3.37	Z = -2.53	0.011*

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบ $\bar{x}$±S.D. (ระดับ)	หลังใช้รูปแบบ $\bar{x}$±S.D. (ระดับ)	$\bar{d}$	สถิติทดสอบ (t/Z)	p-value
ความวิตกกังวลของครอบครัว	8.13±1.46	3.75±1.28	-4.38	t = -10.41	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

4. ผลลัพธ์การดูแลและความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาล

ผู้ป่วยทั้ง 8 ราย (ร้อยละ 100.00; 95% CI 63.06-100.00) ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 87.50; 95% CI 47.35-99.68) และผู้ดูแลหลักมีทักษะการดูแลผู้ป่วยในระดับดี จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 75.00; 95% CI 34.91-96.81) ดังแสดงในตาราง 3 ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลโดยรวมในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$±S.D. = 4.51±0.42 คะแนน) สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 3 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายตามรูปแบบการพยาบาล NONRANG Model (n = 8)

ผลลัพธ์การดูแล	จำนวน	ร้อยละ (95% CI)
1. ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต	8	100.00 (63.06-100.00)
2. เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว	7	87.50 (47.35-99.68)
3. ผู้ดูแลหลักมีทักษะการดูแลผู้ป่วยในระดับดี	6	75.00 (34.91-96.81)

ตาราง 4 ความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อรูปแบบการพยาบาล NONRANG Model

รายการประเมิน	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1. ความเหมาะสมของรูปแบบการพยาบาล (ผู้เชี่ยวชาญ n = 3)	4.47	0.38	มากที่สุด
2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว (n = 8)	4.51	0.42	มากที่สุด

อภิปรายผล

ผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลพบว่า NONRANG Model ผ่านการประเมินความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญในระดับมากที่สุด ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาที่มีรากฐานจากการวิเคราะห์สถานการณ์จริงในพื้นที่ ทั้งข้อมูลทะเบียนผู้ป่วย บันทึกการส่งต่อ และการสนทนา

กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขและ อสม. ร่วมกับการประยุกต์แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองและแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ได้องค์ประกอบที่ตอบสนองต่อปัญหาและบริบทของชุมชนชนบท สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการนำวงรอบ PDCA มาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชนส่งผลให้กระบวนการดูแลมีความเป็นระบบ และผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและครอบคลุม[12] และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า รพ.สต. ที่นำแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขมาประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่ครอบคลุมขึ้น[13]

ด้านคุณภาพชีวิต ภายหลังใช้รูปแบบการพยาบาล คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดี ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการที่รูปแบบการพยาบาลเริ่มต้นจากการประเมินความต้องการแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัว ทำให้การดูแลตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการดูแลแบบองค์รวมในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้านส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น[14] และการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนที่ครอบคลุมการจัดการอาการ การสนับสนุนจิตใจ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายดีขึ้นอย่างมีความหมาย[9,15]

ด้านความเจ็บปวด พบว่าคะแนนความเจ็บปวดลดลงจากระดับปานกลางเป็นระดับน้อย (ลดลง 3.37 คะแนน) ปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้อง คือ การประเมินความเจ็บปวดอย่างสม่ำเสมอในการเยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์ การประสานงานกับแพทย์และเภสัชกรของโรงพยาบาลขอนแก่นเพื่อจัดหาและปรับยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ ให้ทันต่ออาการที่เปลี่ยนแปลง และการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลหลักในการบริหารยาและการจัดการความเจ็บปวดแบบไม่ใช้ยา สอดคล้องกับแนวปฏิบัติการจัดการความเจ็บปวดจากมะเร็งที่เน้นการประเมินซ้ำและการปรับยาตามอาการ[4] และการศึกษาที่พบว่าโปรแกรมการจัดการความเจ็บปวดที่บ้านโดยพยาบาลชุมชนส่งผลให้คะแนนความเจ็บปวดลดลงและผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น[16]

ด้านความวิตกกังวลของครอบครัวและทักษะของผู้ดูแลหลัก พบว่าคะแนนความวิตกกังวลของครอบครัวลดลง และผู้ดูแลหลักร้อยละ 75.00 มีทักษะการดูแลในระดับดี ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการที่รูปแบบการพยาบาลประยุกต์ทฤษฎีการดูแลของวัตสันในการสร้างสัมพันธภาพเชิงการดูแลกับผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกับการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลหลักเป็นรายบุคคล และการติดตามทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง ทำให้ครอบครัวมีความมั่นใจและมีที่พึ่งเมื่อเกิดอาการเปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการพยาบาลตามทฤษฎีการดูแลของวัตสันส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความสุขสบายทางจิตใจและจิตวิญญาณสูงขึ้นและมีความวิตกกังวลลดลง[17] และโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชนส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะการดูแลเพิ่มขึ้น และภาระการดูแลลดลง[18]

ด้านผลลัพธ์การดูแลในวาระสุดท้าย พบว่าผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้าย และร้อยละ 87.50 เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านตามความต้องการ อาจสะท้อนว่าการประสาน

ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายชุมชน ทั้ง รพ.สต. โรงพยาบาลแม่ข่าย อสม. และครอบครัว สามารถสร้างระบบการดูแลที่ต่อเนื่องและเชื่อมโยงในระดับปฐมภูมิได้ ทั้งนี้เป็นข้อมูลจากผู้ป่วยเพียง 8 ราย สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายในประเทศไทยที่ส่วนใหญ่ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน[8] และการศึกษาที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชนโดยพยาบาล รพ.สต. ร่วมกับ อสม. ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและลดการส่งต่อโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น[19]

ด้านความพึงพอใจ พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลโดยรวมในระดับมากที่สุด ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการที่รูปแบบการพยาบาลออกแบบให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความเชื่อของชุมชนชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการเยี่ยมบ้านและติดตามหลายช่องทาง และการสื่อสารเรื่องการดูแลในวาระสุดท้ายด้วยความเคารพและละเอียดอ่อน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลที่บ้านโดยทีมพยาบาลชุมชนมีความพึงพอใจต่อการดูแลในระดับสูง[20] และผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นระบบมีความพึงพอใจต่อการดูแลสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลในรูปแบบนี้[21]

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัด ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กเพียง 8 ราย ทำให้อำนาจการทดสอบทางสถิติ (statistical power) ต่ำและช่วงเชื่อมั่นกว้าง 2) เป็นการศึกษากลุ่มเดียวโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่ได้ควบคุมตัวแปรกวน และดำเนินการเพียง 1 วงรอบ PDCA ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจึงอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น การรักษาของโรงพยาบาลแม่ข่าย การเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของโรค และการถดถอยสู่ค่าเฉลี่ย (regression to the mean) ผลที่พบจึงเป็นการเปลี่ยนแปลงก่อน-หลัง ไม่ใช่ประสิทธิผลของรูปแบบ 3) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ทรุดลงเร็วหรือเสียชีวิตก่อนการวัดผลหลังอาจไม่ถูกนับรวม (survivor bias) 4) มีการทดสอบหลายตัวแปร และ 5) ระบบ JHCIS ยังไม่มีรหัสและตัวชี้วัดเฉพาะสำหรับการดูแลแบบประคับประคองในระดับ รพ.สต. ทำให้การบันทึกและติดตามผลต้องอาศัยแบบฟอร์มเพิ่มเติม

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปได้ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1) ได้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย NONRANG Model ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ซึ่งผู้เชี่ยวชาญประเมินความเหมาะสมในระดับมากที่สุด 2) ภายหลังใช้รูปแบบคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น คะแนนความเจ็บปวดและความวิตกกังวลของครอบครัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 3) ผู้ป่วยทั้ง 8 ราย ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้าย 7 ราย เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน และผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ทั้งนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงก่อน-หลังในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กที่ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่นที่มี

บริบทใกล้เคียงกัน ควรนำรูปแบบการพยาบาล NONRANG Model พร้อมคู่มือการปฏิบัติงานไปประยุกต์ใช้และขยายผล โดยปรับให้สอดคล้องกับทรัพยากรและบริบทของแต่ละพื้นที่

1.2 องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่นและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรดำเนินการดังนี้ 1) บูรณาการนโยบายและงบประมาณด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแผนพัฒนาท้องถิ่น 2) พัฒนาระบบฐานข้อมูลการติดตามผู้ป่วยแบบประคับประคองในระบบ JHCIS และ 3) สร้างเครือข่ายความร่วมมือกับโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อให้การส่งต่อและการเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ ที่บ้านเป็นไปอย่างราบรื่น

1.3 พยาบาลวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพในรพ.สต. ควรพัฒนาความรู้และทักษะด้านการดูแลแบบประคับประคอง การสื่อสารเรื่องการดูแลในวาระสุดท้าย และการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างต่อเนื่อง โดยเคารพความเชื่อและวัฒนธรรมท้องถิ่นของผู้ป่วยและครอบครัว

1.4 ควรพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลักและ อสม. อย่างต่อเนื่อง ทั้งทักษะการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การสังเกตสัญญาณอาการที่ต้องรายงานเจ้าหน้าที่ และการสนับสนุนครอบครัวหลังการสูญเสีย เพื่อให้ระบบการดูแลในชุมชนมีความเข้มแข็งและยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้รูปแบบการวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ดำเนินการหลายวงรอบ PDCA และติดตามผลในระยะยาวเกินกว่า 1 ปี เพื่อประเมินความต่อเนื่องและความยั่งยืนของรูปแบบการพยาบาลในระดับรพ.สต.

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ประจำจังหวัดขอนแก่น ที่อนุญาต อนุมัติ และสนับสนุนการวิจัย ขอบคุณทีมแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรของโรงพยาบาลขอนแก่น บุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ ที่ร่วมดูแลผู้ป่วยและพัฒนารูปแบบการพยาบาล และขอบคุณผู้ป่วยและครอบครัวทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ที่กรุณาให้คำแนะนำในการพัฒนารูปแบบและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-49.

2. Thai Association for the Study of the Liver. Thai guideline for the diagnosis and management of hepatocellular carcinoma. 3rd ed. Bangkok: Thai Association for the Study of the Liver; 2023. (in Thai)

3. Thithapan W, Wannakrairot S, Sukpongthai N. Situation and risk factors of liver cancer in northeastern Thailand. Thai Cancer J. 2022;42(1):12-23. (in Thai)

4. Swarm RA, Paice JA, Anghelescu DL, Are M, Bruce JY, Buga S, et al. Adult cancer pain, version 3.2019, NCCN clinical practice guidelines in oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2019;17(8):977-1007.

5. Intaraksa T, Siriwanbut P, Theerawiwat M. Caregiving burden among caregivers of terminally ill cancer patients in the community. J Nurs Health Care. 2023;41(2):88-97. (in Thai)

6. World Health Organization. Palliative care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2026 Oct 16]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care

7.Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Palliative care guideline for health personnel. Bangkok: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand Printing House; 2021. (in Thai)

8. Sihirunwong A, Sinsuksai N, Rawiworrakul T. Needs and expectations of end-stage liver cancer patients regarding death at home. Thai J Nurs. 2022;38(2):56-69. (in Thai)

9. Homnan S, Thaiyapirom N, Ucharattana P. Effects of community-based palliative care by registered nurses on quality of life of terminally ill cancer patients. J Nurs Health Care. 2023;41(4):123-36. (in Thai)

10. Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. Rev ed. Boulder (CO): University Press of Colorado; 2008.

11. Deming WE. Out of the crisis. Cambridge (MA): Massachusetts Institute of Technology; 1986.

12. Suksaen S, Wongkaew O, Theerawiwat M. Development of a care model for terminally ill cancer patients in the community using the PDCA cycle. J Public Health Health Sci. 2023;6(3):101-15. (in Thai)

13. Daengduang P, Saiyot A, Phaengkaset R. Outcomes of implementing the Ministry of Public Health palliative care guideline in subdistrict health promoting hospitals. Prov Public Health Off J. 2023;14(2):89-102. (in Thai)

14. Tulaphan J, Thawornwattana S, Phokhakul W. Effects of holistic care on quality of life of terminally ill cancer patients at home. J Nurs Sci Health. 2023;46(3):112-24. (in Thai)

15. Chayawan K, Promphakdee R, Jaikarun S. Effects of a community-based palliative care program on quality of life of terminally ill cancer patients. J Nurs Health. 2024;18(1):45-57. (in Thai)

16. Limamnuaylap S, Panyathorn K, Sukharom A. A home-based pain management program for terminally ill cancer patients by community nurses. J Nurs Health. 2024;18(2):88-101. (in Thai)

17. Awicha R, Atsanthia J, Wannakhao S. Effects of nursing care based on Watson's theory of human caring on comfort of terminally ill cancer patients. J Nurs Sci Khon Kaen Univ. 2023;46(2):34-47. (in Thai)

18. Namfon N, Chanjamsai U, Chukaew P. Effects of a caregiver competency enhancement program for terminally ill cancer patients in the community. J Public Health Burapha Univ. 2024;19(1):33-46. (in Thai)

19. Thongcharoen W, Boonprakong T, Kiatkamjornwong S. A community care program for terminally ill cancer patients by subdistrict health promoting hospital nurses and village health volunteers. J Community Nurs. 2024;21(2):55-70. (in Thai)

20. Chalothorn N, Rawiworrakul T, Sinsuksai N. Effects of home-based care for terminally ill cancer patients on comfort and family satisfaction. Thai J Nurs. 2023;39(4):78-91. (in Thai)

21. Chansawang W, Theerarungsikul N, Areeuea S. Satisfaction of end-stage liver cancer patients with palliative care. J Clin Nurs. 2024;35(1):21-33. (in Thai)



วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า
THAI HEALTH SCIENCES FRONTIERS

จัดทำโดยบริษัทคีย์ดาต้า ประเทศไทย จำกัด เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่เชื่อมโยงองค์ความรู้สู่การปฏิบัติจริงในระดับคลินิก

โรงพยาบาลชุมชน และระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ติดต่อวารสาร | Contact

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

314/127 ถนนสุขุมวิท 40 แขวงพระโขนง เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร 10110

เว็บไซต์ : ระบบ ThaiJO

ผู้จัดพิมพ์ : บริษัทคีย์ดาต้า ประเทศไทย จำกัด (Key Data Company Limited)

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 กันยายน – ธันวาคม 2569

ISSN XXXX-XXXX (Print) | ISSN XXXX-XXXX (Online)