ISSN 3088-4020 (Online)

OPEN ACCESS ■ DOUBLE-BLIND PEER REVIEW

THAI HEALTH SCIENCES FRONTIERS

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า

HEALTH SCIENCES RESEARCH & INNOVATION

A double-blind peer-reviewed, open-access journal for health sciences research and innovation in Thailand.

ฉบับปฐมฤกษ์ INAUGURAL ISSUE

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1

มกราคม – เมษายน 2569

ขอบเขตของวารสาร SCOPE

การพยาบาล ■ การแพทย์ ■ เภสัชกรรม ■ กายภาพบำบัด

สาธารณสุขชุมชน ■ การดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ■ งานวิจัยและพัฒนา (R&D)

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย ■ นวัตกรรมสู่การปฏิบัติจริงทางคลินิก

Vol. 1 No. 1 January – April 2026

ผู้จัดพิมพ์ บริษัทคีย์ดาต้า จำกัด PUBLISHER: KEY DATA COMPANY LIMITED

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

ThaiJO: he05.tci-thaijo.org/index.php/THSF

ISSN 3088-4020

9 773088 402004

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า

Thai Health Sciences Frontiers (THSF)

การจัดทำวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่เชื่อมโยงองค์ความรู้สู่การปฏิบัติจริงในระดับคลินิก 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 ลิงค์ https://he05.tci-thaijo.org/index.php/THSF
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 (มกราคม-เมษายน 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 รวมทั้งที่ปรึกษาและคณะกรรมการทุกท่านที่ร่วมผลักดันให้วารสารฉบับนี้สำเร็จลุล่วง วารสารยินดีรับบทความจากนักวิชาการและบุคลากรสุขภาพทุกท่าน และพร้อมรับฟังข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป

ดร.ชลธิรา ชุ่มมณี

บรรณาธิการ

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า

สารบัญ

Contents

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569 | Vol.1 No.1 January - April 2026

เรื่อง (Contents)	หน้า
บทบรรณาธิการ Editorial	
บทบรรณาธิการ ดร.ชลธิรา ชุ่มมณี	ช
บทความวิจัย Research Articles	
การพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิตเพื่อการรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วม อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จารึก ประคำ	1
ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการอาการ คุณภาพชีวิต และการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ สุดาทิพย์ หารจำปา	16
การพัฒนาและประเมินผลเบื้องต้นของรูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ สุพจน์ แสบงบาล	30
การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์เพื่อการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ สุมาลี วิชัยโย	44
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในช่วงฤดูหนาวที่มีโรคทางเดินหายใจระบาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ประสิทธิชัย กัลยาสนธิ	57
การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ สวิท วรพันธ์	70

Thai Health Sciences Frontiers
วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า
THSF

บทความวิจัย | RESEARCH ARTICLE

การพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิตเพื่อการรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข แบบมีส่วนร่วม อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of Health Literacy and Mental Health for Participatory Public Health Emergency Response in Namon District, Kalasin Province

จารึก ประคำ[1*]

Jaruek Prakham[1*]

[1] นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

[*]ผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding author)

☐ **รับบทความ:** 15 เมษายน 2569 ✓ **แก้ไขบทความ:** 20 เมษายน 2569 ☑ **ตอบรับบทความ:** 30 เมษายน 2569

การอ้างอิง (Citation): จารึก ประคำ. การพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิตเพื่อการรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข แบบมีส่วนร่วม อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า. 2569;1(1):1-15.

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบบมีส่วนร่วมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิตเพื่อการรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยใช้สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นกรณีศึกษา ในประชาชนและภาคีเครือข่าย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงเมษายน 2569 รวม 7 เดือน กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนและภาคีเครือข่ายใน 5 ตำบล 67 หมู่บ้าน รวม 585 คน (ประชาชน 381 คน ภาคีเครือข่าย 204 คน) เลือกด้วยวิธีสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วนโดยการจับสลาก เครื่องมือวิจัย ได้แก่ กระบวนการแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วม แบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพ และแบบวัดสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired t-test, Independent t-test และ Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังดำเนินการ คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 133.40±16.10 เป็น 138.90±13.90 คะแนน ($t = 9.81$, $p<0.001$) คะแนนสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจาก 161.30±17.60 เป็น 165.70±16.10 คะแนน ($t = 7.03$, $p<0.001$) และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเพิ่มขึ้นจาก 40.70±5.60 เป็น 41.80±4.90 คะแนน ($t = 5.62$, $p<0.001$) กระบวนการที่พัฒนาประกอบด้วยมาตรการ 7 กลุ่ม ดำเนินการ 4 ระยะ ภาคีเครือข่ายมีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ (143.50±10.30 คะแนน) และสุขภาพจิต (167.20±11.90 คะแนน) สูงกว่าประชาชน (132.30±10.40 และ 161.50±12.00 คะแนน ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะ ควรนำกระบวนการแบบมีส่วนร่วมนี้ไปทดลองใช้และประเมินผลต่อเพื่อเตรียมความพร้อมรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขอื่น และควรเพิ่มกิจกรรมพัฒนาการรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

คำสำคัญ: ความรอบรู้ทางสุขภาพ, สุขภาพจิต, ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข, การมีส่วนร่วม

Abstract

This participatory research and development study aimed to develop health literacy and mental health for public health emergency response, using the COVID-19 situation as a case, among stakeholder networks and the public in Namon District, Kalasin Province. It was conducted from October 2025 to April 2026 (7 months). The sample comprised 585 people from 5 sub-districts and 67 villages (381 members of the public and 204 network personnel), selected by proportionate stratified random sampling using a lottery method. The research instruments were a participatory problem-solving process, a health literacy questionnaire, and a mental health questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, independent t-test, and chi-square test, with a significance level of .05.

After the intervention, the overall health literacy score increased from 133.40±16.10 to 138.90±13.90 ($t(584) = 9.81$, $p<0.001$), the mental health score increased from 161.30±17.60 to 165.70±16.10 ($t(584) = 7.03$, $p<0.001$), and the self-care behavior score increased from 40.70±5.60 to 41.80±4.90 ($t(584) = 5.62$, $p<0.001$). The developed process comprised seven groups of measures implemented in four phases (one-group pre–post design; causal inference is not possible). Stakeholder network personnel had significantly higher health literacy (143.50±10.30) and mental health (167.20±11.90) scores than the public (132.30±10.40 and 161.50±12.00, respectively). The participatory process should be piloted and further evaluated to prepare for other public health emergencies, and activities to strengthen media literacy and appropriate decision-making should be added.

Keywords: health literacy, mental health, public health emergency, participation

บทนำ

ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพและเศรษฐกิจสังคมของประชากรโลกอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างสำคัญคือการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่องค์การอนามัยโลกประกาศเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ โดย ณ วันที่ 5 มกราคม 2568 มีผู้ป่วยยืนยันสะสมมากกว่า 777 ล้านราย และเสียชีวิตมากกว่า 7 ล้านรายทั่วโลก[1] สำหรับประเทศไทย ณ ช่วงเวลาเดียวกันพบผู้ป่วยยืนยันสะสมประมาณ 4.81 ล้านราย เสียชีวิตประมาณ 35,000 ราย[1] ส่วนในช่วงที่การระบาดรุนแรง ณ วันที่ 8 สิงหาคม 2564 พบผู้ป่วยยืนยันสะสม 756,505 ราย เสียชีวิต 6,204 ราย[2] นอกจากนี้ ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศกรณีโรคเอ็มพอกซ์ซึ่งประกาศเมื่อวันที่ 14 สิงหาคม 2567 ยุติลงเมื่อวันที่ 5 กันยายน 2568[3] สะท้อนว่าโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำอาจเกิดขึ้นได้อีก และระบบสาธารณสุขต้องเตรียมความพร้อมรับมืออย่างต่อเนื่อง การวิจัยนี้ใช้สถานการณ์ COVID-19 เป็นกรณีศึกษา เพราะอำเภอนามนมีประสบการณ์ดำเนินมาตรการครบวงจรและมีข้อมูลบันทึกไว้ จึงเหมาะต่อการถอดบทเรียนเพื่อเตรียมความพร้อมรับมือภาวะฉุกเฉินครั้งต่อไป

ในช่วงการระบาดของ COVID-19 ปี 2563–2564 จังหวัดกาฬสินธุ์พบผู้ป่วยยืนยัน 4,516 ราย ส่วนมากเป็นผู้เดินทางกลับจากต่างจังหวัด[4] สำหรับอำเภอนามนพบผู้ป่วยยืนยัน 219 ราย กระจายใน

ตำบลหนองบัว 72 ราย นามน 56 ราย สงเปลือย 50 ราย หลักเหลี่ยม 28 ราย และยอดแกง 13 ราย (ร้อยละ 32.88, 25.57, 22.83, 12.79 และ 5.94 ตามลำดับ) อำเภอได้ดำเนินมาตรการสวมหน้ากาก ล้างมือ เว้นระยะห่าง ตรวจคัดกรอง จัดตั้งศูนย์แรกรับ และเปิดโรงพยาบาลสนาม[5] แต่พื้นที่ยังพบข่าวลือเรื่องการควบคุมผู้ป่วย ปัญหาขยะ ความเชื่อมั่น การประกอบอาชีพ และผลกระทบด้านสุขภาพจิตทั้งขณะป่วยและหายป่วย ซึ่งสะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชนและภาคีเครือข่าย จากรายงานการสอบสวนโรคของโรงพยาบาลนามนและการประชาคมระดับอำเภอ พบว่าข่าวลือส่วนใหญ่เกิดจากการแชร์ข้อมูลที่ไม่ตรวจสอบผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ปัญหาขยะเกิดจากขยะติดเชื้อในครัวเรือนที่กักตัวและศูนย์กักกันในชุมชน และผลกระทบด้านสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และการถูกตีตราทั้งขณะป่วยและหลังหายป่วย[5]

ความรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy) หมายถึงความรู้ ความสามารถ และแรงจูงใจในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเอง[6,7] กรมสุขภาพจิตได้จัดทำแนวทางการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤตในช่วงการระบาด[8] งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนเป็นรายกลุ่ม[9–11] ยังมีการศึกษาน้อยที่พัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิตไปพร้อมกันผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ เพื่อเตรียมความพร้อมรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ซึ่งเป็นช่องว่างขององค์ความรู้ (research gap) ที่การวิจัยนี้ต้องการเติมเต็ม การวิจัยนี้ใช้แนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของ Nutbeam[7] เชื่อมกับการดูแลสุขภาพจิตในภาวะฉุกเฉิน และใช้วงจรการวิจัยและพัฒนาแบบมีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรม ได้แก่ ศึกษาสถานการณ์ วางแผน ปฏิบัติ และถอดบทเรียนเพื่อปรับปรุง

ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการส่งเสริมและพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิตแบบมีส่วนร่วมในอำเภอนามน เพื่อเป็นต้นแบบการรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในระยะสั้น ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสาธารณสุข ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนงาน จัดสรรงบประมาณ และกำหนดโครงการแก้ไขปัญหาในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพ สุขภาพจิต และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคของภาคีเครือข่ายและประชาชน อำเภอนามน ก่อนดำเนินการ
2. เพื่อพัฒนากระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิตเพื่อการรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและประชาชน โดยประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของกระบวนการจากการสนทนากลุ่มและการถอดบทเรียน
3. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ทางสุขภาพ สุขภาพจิต และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคก่อนและหลังดำเนินการ รวมทั้งระหว่างกลุ่มภาคีเครือข่ายกับกลุ่มประชาชน สมมติฐานการวิจัย: คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ สุขภาพจิต และพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ และคะแนนของภาคีเครือข่ายสูงกว่าประชาชน

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบบมีส่วนร่วม

ร่วมกับการประเมินผลแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (one-group pretest–posttest) โดยใช้สถานการณ์ COVID-19 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขกรณีศึกษา ในพื้นที่ 5 ตำบล 67 หมู่บ้าน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2568–เมษายน 2569 รวม 7 เดือน โดยวัดผลก่อนดำเนินการในเดือนตุลาคม 2568 และหลังดำเนินการในเดือนเมษายน 2569 ห่างจากการสิ้นสุดกิจกรรมหลักประมาณ 2 สัปดาห์ ทั้งนี้ข้อมูลผู้ป่วยและมาตรการในผลการศึกษาข้อ 2.2 เป็นข้อมูลทุติยภูมิของการระบาดในอำเภอระหว่างปี พ.ศ. 2563–2564 ที่นำมาถอดบทเรียนย้อนหลัง ไม่ได้เกิดขึ้นในช่วงดำเนินการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

ประชากร

ประชาชนอำเภอนามน 5 ตำบล 67 หมู่บ้าน 9,133 ครัวเรือน จำนวน 36,550 คน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ จำนวน 431 คน ภาคีเครือข่ายหมายถึงบุคลากรจากหน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และหน่วยงานที่มีบทบาทในมาตรการ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข 96 คน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 58 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 134 คน ผู้นำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) 72 คน และหน่วยงานอื่น ๆ 71 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ประชาชน 381 คน และภาคีเครือข่าย 204 คน รวม 585 คน คำนวณจากสูตรประมาณค่าสัดส่วนกรณีทราบจำนวนประชากร $n = NZ^2pq/[e^2(N-1) + Z^2pq]$ กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($Z = 1.96$) ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 และสัดส่วน 0.50 ได้ 380.17 และ 203.37 คน ปัดเป็น 381 และ 204 คน ขนาดตัวอย่างนี้มีอำนาจการทดสอบประมาณ 0.998 สำหรับตรวจจับขนาดอิทธิพลระดับเล็ก ($d = 0.20$) ด้วย Paired t-test ($\alpha = 0.05$, two-tailed) คำนวณด้วยโปรแกรม G*Power จากนั้นจัดสรรตามจำนวนครัวเรือนและบุคลากรภาคีเครือข่ายรายตำบล สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน (proportionate stratified random sampling) ด้วยวิธีจับสลากจากบัญชีรายชื่อครัวเรือน (ตัวแทนครัวเรือนละ 1 คน) และบัญชีรายชื่อบุคลากรภาคีเครือข่าย การเลือกตัวแทนครัวเรือนใช้วิธีสุ่มรายชื่อสมาชิกครัวเรือนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่มีวันเกิดถัดไปใกล้ที่สุด (next-birthday method) หากติดต่อไม่ได้หรือปฏิเสธให้เลื่อนไปรายชื่อถัดไป ซึ่งมี 42 ราย จากรายชื่อที่สุ่มได้ 627 ราย (ร้อยละ 6.70) คิดเป็นอัตราการตอบร้อยละ 93.30 ผู้ตอบก่อนและหลังเป็นบุคคลเดียวกัน ติดตามด้วยรหัสประจำตัว

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

ประชาชนและบุคลากรภาคีเครือข่ายอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป (ผู้ที่อายุ 15–17 ปีต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองร่วมกับการยินยอมของผู้เข้าร่วมในการศึกษานี้มีผู้เยาว์ 14 คน คิดเป็นร้อยละ 2.39 ของกลุ่มตัวอย่าง) อาศัยหรือปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอนามนอย่างน้อย 6 เดือน สื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถตอบแบบวัดได้ หรือขอถอนตัวจากการวิจัย ส่วนผู้ตอบแบบวัดไม่ครบถ้วนไม่ถือเป็นเกณฑ์คัดออก แต่จัดการเป็นข้อมูลสูญหาย (วิเคราะห์เฉพาะผู้ตอบครบ) และรายงานจำนวนในผลการศึกษา

เครื่องมือวิจัย

ประกอบด้วย 1) กระบวนการแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ การสัมภาษณ์กลุ่ม การประชาคม และกระบวนการกลุ่มเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดมาตรการและบทบาทภาคีเครือข่าย ถอด

บทเรียน และปรับปรุงมาตรการ ดำเนินการโดยผู้วิจัยและทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จัดกิจกรรมตามตาราง 1 เดือนละ 2–4 ครั้ง ตลอดระยะเวลา 7 เดือน แนวคำถามการสนทนากลุ่มและการประชาคม ได้แก่ การรับรู้ข่าวสารและข่าวลือ ปัญหาและผลกระทบด้านสุขภาพจิต มาตรการที่ชุมชนต้องการ บทบาทของภาคีเครือข่าย และอุปสรรคในการดำเนินมาตรการ 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบรายงานผู้ป่วยในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ แบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพ 7 ด้าน คะแนนเต็ม 167 คะแนน (ความรู้ความเข้าใจ 10 การเข้าถึงข้อมูลและบริการ 25 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ 30 การจัดการเงื่อนไขสุขภาพของตนเอง 25 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ 25 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 2 และพฤติกรรมการดูแลตนเอง 50 คะแนน) ดัดแปลงจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของกรมอนามัย[24] และแบบวัดสุขภาพจิต 55 ข้อ ข้อละ 1–4 คะแนน คะแนนเต็ม 220 คะแนน ดัดแปลงจากดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ (TMHI-55)[25] และแนวทางของกรมสุขภาพจิต[8] ข้อคำถามอ้างอิงช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นหนึ่งในเจ็ดด้านของความรอบรู้ทางสุขภาพจึงรายงานเป็นด้านย่อย แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom)[26] เป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย (ต่ำกว่าร้อยละ 60) ปานกลาง (ร้อยละ 60–79) และดี (ร้อยละ 80–100) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ด้านสาธารณสุขศาสตร์ สุขศึกษา และสุขภาพจิต ด้านละ 1 ท่าน) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.67–1.00 และตรวจสอบความเที่ยงจากการทดลองใช้กับประชาชนในอำเภอใกล้เคียงที่ไม่ใช่พื้นที่วิจัย จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ของแบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพเท่ากับ 0.89 และแบบวัดสุขภาพจิตเท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ไปยังหัวหน้าส่วนราชการ ภาคเอกชน กำนัน และผู้ใหญ่บ้าน เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลและจัดกิจกรรมในพื้นที่ จากนั้นเก็บข้อมูลปฐมภูมิจากแบบวัดและการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลนามน ผู้เก็บข้อมูลเป็นทีมที่ไม่ได้ร่วมดำเนินกิจกรรม และแบบวัดตอบด้วยตนเอง ดำเนินการ 4 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจัยเสี่ยง ความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิต กำหนดมาตรการและบทบาทภาคีเครือข่าย และวัดผลก่อนดำเนินการ (ตุลาคม 2568) 2) ดำเนินการตามมาตรการ (พฤศจิกายน–ธันวาคม 2568) 3) ถอดบทเรียนและปรับปรุงมาตรการ (มกราคม 2569) โดยเพิ่มช่องทางสื่อสารความเสี่ยงผ่านหอกระจายข่าวและกลุ่มไลน์หมู่บ้าน เพิ่มการดูแลสุขภาพจิตเชิงรุกโดย อสม. และจัดการขยะติดเชื้อในครัวเรือนที่กักตัว 4) ดำเนินการตามมาตรการที่ปรับปรุง วัดผลหลังดำเนินการ และถอดบทเรียนสรุป (กุมภาพันธ์–เมษายน 2569) ดังรายละเอียดในตาราง 1 ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสนทนากลุ่ม 5 ครั้ง (ตำบลละ 1 ครั้ง ครั้งละ 8–10 คน) ประชาคม 2 ครั้ง (ครั้งละประมาณ 60–80 คน) และถอดบทเรียน 2 ครั้ง (ครั้งละประมาณ 30 คน) โดยบันทึกเสียงเมื่อได้รับความยินยอมและจดบันทึกภาคสนาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังดำเนินการ Independent t-test (และ ANCOVA ปรับคะแนนก่อนดำเนินการ) เพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มภาคีเครือข่ายกับกลุ่มประชาชน และ Chi-square test เพื่อเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ทางสุขภาพระหว่าง

กลุ่ม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ตรวจสอบการแจกแจงปกติด้วย Shapiro-Wilk และใช้ Wilcoxon signed-rank หรือ Mann-Whitney U เมื่อข้อมูลไม่แจกแจงปกติ รายงานผลต่างค่าเฉลี่ย 95% CI และ Cohen's d ปรับระดับนัยสำคัญด้วย Bonferroni (α = 0.0056 สำหรับ 9 ตัวแปร) ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วย triangulation และ member checking

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว (privacy) การรักษาความลับ (confidentiality) และการยินยอมพร้อมใจ (informed consent) โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ เหตุผลที่วิจัย และกิจกรรมที่ใช้ในการศึกษาแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน ให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมอายุ 15–17 ปีได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ ผู้เข้าร่วมมีสิทธิถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น การใช้ข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลเป็นไปตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลโดยไม่ระบุตัวตน และผู้ที่พบภาวะเครียดสูงได้รับการส่งต่อเพื่อดูแล

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ทางสุขภาพ และสุขภาพจิตก่อนดำเนินการ

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการมี 585 คน เป็นประชาชน 381 คน (ร้อยละ 65.13) และภาคีเครือข่าย 204 คน (ร้อยละ 34.87) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 320 คน (ร้อยละ 54.70) อายุต่ำกว่า 31 ปี 316 คน (ร้อยละ 54.02) อายุเฉลี่ย 33.40±12.60 ปี (ต่ำสุด–สูงสุด 15–78 ปี) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) สถานภาพโสด 349 คน (ร้อยละ 59.66) การศึกษาระดับปริญญาตรี 207 คน (ร้อยละ 35.38) อาชีพรับจ้างทั่วไป 152 คน (ร้อยละ 25.98) รายได้ครอบครัว 10,000–20,000 บาทต่อเดือน 239 คน (ร้อยละ 40.85) และมีรายได้พอเพียงและเหลือเก็บ 234 คน (ร้อยละ 40.00)

1.2 ความรอบรู้ทางสุขภาพ สุขภาพจิต และพฤติกรรมก่อนดำเนินการ ความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (133.40±16.10 คะแนน) โดยด้านความรู้ความเข้าใจ (7.30±1.50) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ (19.90±3.70) และการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ (21.90±4.30) อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการจัดการเงื่อนไขสุขภาพของตนเอง (21.00±2.80) การรู้เท่าทันสื่อ (20.90±5.70) และพฤติกรรมการดูแลตนเอง (40.70±5.60) อยู่ในระดับดี ส่วนด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (1.70±1.00) อยู่ในระดับน้อย สุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (161.30±17.60 คะแนน) พฤติกรรมเสี่ยงที่พบมากที่สุด คือ ไม่สวมหน้ากากเมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีคนหนาแน่น (397 คน ร้อยละ 67.86) และข้อด้านสุขภาพจิตที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ การทำใจยอมรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (5 คน ร้อยละ 0.85) เมื่อแยกกลุ่ม ก่อนดำเนินการภาคีเครือข่ายมีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม 139.50 คะแนน และสุขภาพจิต 166.40 คะแนน ส่วนประชาชนมี 130.10 และ 158.50 คะแนน ตามลำดับ

2. กระบวนการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิตแบบมีส่วนร่วม

2.1 กระบวนการและกิจกรรมการพัฒนา ดำเนินการโดยทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภาคีเครือข่าย และประชาชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ประกอบด้วยมาตรการ 7 กลุ่ม ได้แก่ (1) การวิเคราะห์

ข้อมูลและสถานการณ์ (2) การสอบสวนและควบคุมโรค (3) การถอดบทเรียนกรณีศึกษา (4) การวางแผนบูรณาการและจัดสรรงบประมาณ (5) การจัดตั้งจุดบริการ (6) การแก้ไขปัญหา ได้แก่ การส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ การดูแลสุขภาพจิต การเฝ้าระวังเชิงรุกและเชิงรับ และการรักษาพยาบาลและดูแลหลังหายป่วย และ (7) การดำเนินงานในชุมชน กิจกรรมที่พัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิตโดยตรง ได้แก่ การสื่อสารความเสี่ยงผ่านหอกระจายข่าวและสุขศึกษา การดูแลสุขภาพจิตตามแนวทางกรมสุขภาพจิต และกิจกรรมรู้เท่าทันสื่อในระยะที่ 4 จัดกิจกรรมเดือนละ 2–4 ครั้ง โดย อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบล ผลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มและประชาคมพบประเด็นหลัก คือ ประชาชนต้องการข้อมูลที่เชื่อถือได้จากแหล่งเดียว เพื่อลดข่าวลือ ต้องการให้สื่อสารผ่านหอกระจายข่าวและกลุ่มไลน์หมู่บ้านอย่างสม่ำเสมอ และต้องการการติดตามดูแลใจผู้ถูกกักตัวและผู้หายป่วยอย่างต่อเนื่อง ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 กระบวนการและกิจกรรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิตแบบมีส่วนร่วม จำแนกตามช่วงเวลา

ช่วงเวลา	กิจกรรม/เนื้อหา	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลา	เหตุผลทางวิชาการ
ต.ค. 2568	วิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์ ปัจจัยเสี่ยง ความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิตของพื้นที่ (วัดผลก่อนดำเนินการ)	การสัมภาษณ์กลุ่ม แบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพ แบบวัดสุขภาพจิต แบบรายงานผู้ป่วย	1 เดือน	การประเมินสถานการณ์และบริบทของชุมชนก่อนวางมาตรการ ช่วยให้มาตรการตรงกับปัญหาและความต้องการของพื้นที่[6]
ต.ค. 2568	กำหนดมาตรการ/กิจกรรมและบทบาทภาคีเครือข่ายร่วมกัน	การประชาคมและกระบวนการกลุ่ม	2 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง	การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชนสร้างความเป็นเจ้าของและความยั่งยืนของมาตรการ[11]
พ.ย.–ธ.ค. 2568	ดำเนินการตามมาตรการ ได้แก่ ประชุมศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน สอบสวนและควบคุมโรค จัดตั้งจุดบริการ ให้ความรอบรู้และดูแลสุขภาพจิตในชุมชนทุกหมู่บ้าน	ศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินอำเภอ หอกระจายข่าวชุมชน การให้สุขศึกษา ชุดตรวจ Antigen Test Kit	2 เดือน	ความรอบรู้ทางสุขภาพคือทักษะการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องจึงช่วยพัฒนาทักษะเหล่านี้[7]
ม.ค. 2569	ถอดบทเรียนกรณีศึกษา วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และปรับปรุงมาตรการ/บทบาทภาคีเครือข่าย	การประชุมถอดบทเรียน กระบวนการกลุ่ม	1 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง	การทบทวนหลังปฏิบัติการ (after-action review) ช่วยให้เรียนรู้จากเหตุการณ์จริงและปรับปรุงมาตรการอย่างต่อเนื่อง

ช่วงเวลา	กิจกรรม/เนื้อหา	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลา	เหตุผลทางวิชาการ
ก.พ.–เม.ย. 2569	ดำเนินการตามมาตรการที่ปรับปรุง เสริมการดูแลสุขภาพจิตและการรู้เท่าทันสื่อ	แนวทางดูแลสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต[8] สื่อประชาสัมพันธ์ในชุมชน	3 เดือน	การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจเชิงรุกในชุมชนช่วยลดผลกระทบทางจิตใจในภาวะวิกฤต[8]
เม.ย. 2569	วัดผลหลังดำเนินการและถอดบทเรียนสรุป	แบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพ แบบวัดสุขภาพจิต	1 เดือน	การวัดซ้ำด้วยเครื่องมือเดิมทำให้เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงก่อน–หลังได้

2.2 ผลการดำเนินงานตามมาตรการ ตลอดช่วงการระบาดปี พ.ศ. 2563–2564 (ข้อมูลทุติยภูมิ) พบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มเสี่ยงต่ำ รวม 4,203 ราย เป็นผู้ป่วยยืนยัน 186 ราย เสียชีวิต 1 ราย สอบสวนและควบคุมโรคครบทุกราย (ร้อยละ 100.00) ประชุมศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินอำเภอ 15 ครั้ง และถอดบทเรียนเหตุการณ์สำคัญ 5 ครั้ง มีจุดบริการ ได้แก่ จุดรายงานตัวระดับหมู่บ้าน 67 แห่ง ศูนย์แรกรับระดับอำเภอ 1 แห่ง ศูนย์กักกันในชุมชน 7 แห่ง โรงพยาบาลสนามระดับตำบล (20 เตียง) 7 แห่ง โรงพยาบาลสนามระดับอำเภอ (120 เตียง) 1 แห่ง คลินิกโรคทางเดินหายใจเฉียบพลัน (ARI clinic) 7 แห่ง และหอผู้ป่วยรวม (Cohort ward) 22 เตียง ให้ความรอบรู้ทางสุขภาพและดูแลสุขภาพจิตในชุมชนครบ 67 หมู่บ้าน (ร้อยละ 100.00) และดูแลสุขภาพจิตผู้ป่วยหลังหายป่วยครบทั้ง 185 ราย (ร้อยละ 100.00) โรงพยาบาลนามนรักษาผู้ป่วย 186 ราย หายดี 185 ราย อัตราตายร้อยละ 0.54 (1/186) ข้อมูลได้จากฐานข้อมูลโรงพยาบาลนามนและรายงานการสอบสวนโรคของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนามน โดยผู้ป่วยยืนยันหมายถึงผู้ที่ตรวจพบเชื้อ SARS-CoV-2 ด้วยวิธี RT-PCR หรือ Antigen Test Kit ตามนิยามของกรมควบคุมโรค และตัวชี้วัดความสำเร็จที่กำหนดล่วงหน้า ได้แก่ สอบสวนโรคครบทุกราย จุดบริการและการให้ความรอบรู้ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน และอัตราตายต่ำกว่าร้อยละ 1

3. การเปรียบเทียบความรอบรู้ทางสุขภาพ สุขภาพจิต และพฤติกรรมการป้องกันโรค

3.1 การเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ

หลังดำเนินการ คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดี (คิดเป็นร้อยละ 79.90 ของคะแนนเต็มก่อนดำเนินการ และร้อยละ 83.17 หลังดำเนินการ สัดส่วนผู้อยู่ในระดับดีเพิ่มจากประมาณร้อยละ 48.00 เป็นร้อยละ 58.29) จาก 133.40±16.10 เป็น 138.90±13.90 คะแนน (ผลต่าง 5.50, 95% CI 4.40 ถึง 6.60, $t(584) = 9.81$, $p<0.001$, $d = 0.41$) สุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจาก 161.30±17.60 เป็น 165.70±16.10 คะแนน ($t(584) = 7.03$, $p<0.001$) และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 40.70±5.60 เป็น 41.80±4.90 คะแนน ($t(584) = 5.62$, $p<0.001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน รวมถึงด้านการรู้เท่าทันสื่อ ($t(584) = 4.83$, $p<0.001$) ค่า t ผลต่าง และ 95% CI เป็นค่าประมาณจาก $\bar{x}$ และ S.D. โดยสมมติสหสัมพันธ์ก่อน–หลัง $r = 0.60$ ขนาดอิทธิพล d อยู่ระดับเล็ก (0.20–0.41) และทุก

ด้านยังมีนัยสำคัญหลังปรับ Bonferroni (α = 0.0056) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพ สุขภาพจิต และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังดำเนินการ (Paired t-test, n = 585)

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อน		หลัง		ระดับ	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
		$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.					
ความรู้ความเข้าใจ (คะแนนเต็ม 10)	ภาพรวม	7.30	1.50	7.80	1.10	ปานกลาง	0.50	0.40-0.60	9.94	<0.001*
การเข้าถึงข้อมูลและบริการ (คะแนนเต็ม 25)	ภาพรวม	19.90	3.70	20.70	3.40	ดี	0.80	0.54-1.06	6.07	<0.001*
การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ (คะแนนเต็ม 30)	ภาพรวม	21.90	4.30	22.90	3.80	ปานกลาง	1.00	0.70-1.30	6.63	<0.001*
การจัดการเงื่อนไขสุขภาพของตนเอง (คะแนนเต็ม 25)	ภาพรวม	21.00	2.80	21.90	2.60	ดี	0.90	0.70-1.10	8.99	<0.001*
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (คะแนนเต็ม 25)	ภาพรวม	20.90	5.70	21.90	5.50	ดี	1.00	0.59-1.41	4.83	<0.001*
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (คะแนนเต็ม 2)	ภาพรวม	1.70	1.00	1.90	0.90	ดี	0.20	0.13-0.27	5.66	<0.001*
พฤติกรรมการดูแลตนเอง (คะแนนเต็ม 50)	ภาพรวม	40.70	5.60	41.80	4.90	ดี	1.10	0.72-1.48	5.62	<0.001*
ความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม (คะแนนเต็ม 167)	ภาพรวม	133.40	16.10	138.90	13.90	ดี	5.50	4.40-6.60	9.81	<0.001*
สุขภาพจิตโดยรวม (คะแนนเต็ม 220)	ภาพรวม	161.30	17.60	165.70	16.10	ปานกลาง	4.40	3.17-5.63	7.03	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.2 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มประชาชนและกลุ่มภาคีเครือข่าย หลังดำเนินการ ภาคีเครือข่ายมีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ (143.50 คะแนน) และสุขภาพจิต (167.20 คะแนน) สูงกว่าประชาชน (132.30 และ 161.50 คะแนน ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -12.50 และ -5.50 ตามลำดับ , p<0.001) ผลต่างความรอบรู้ 11.20 คะแนน (95% CI 9.44 ถึง 12.96) และสุขภาพจิต 5.70 คะแนน (95% CI 3.67 ถึง 7.73) ส่วนคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของภาคีเครือข่ายเท่ากับ 43.10 คะแนน และของประชาชนเท่ากับ 40.30 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -6.54, p<0.001) การเปรียบเทียบนี้ใช้คะแนนหลังดำเนินการโดยไม่ปรับคะแนนก่อนดำเนินการ ซึ่งก่อนดำเนินการภาคีเครือข่ายมีคะแนนสูงกว่าประชาชนอยู่แล้ว (ความรอบรู้ 139.50 และ 130.10 คะแนน สุขภาพจิต 166.40 และ 158.50 คะแนน ตามลำดับ) เมื่อวิเคราะห์ ANCOVA ปรับคะแนนก่อนดำเนินการ ผลต่างด้านความรอบรู้ลดลงเหลือประมาณ 5.60 คะแนน (95% CI 3.70 ถึง 7.50) แต่ยังมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังดำเนินการระหว่างกลุ่มประชาชนและกลุ่มภาคีเครือข่าย (Independent t-test, df = 583)

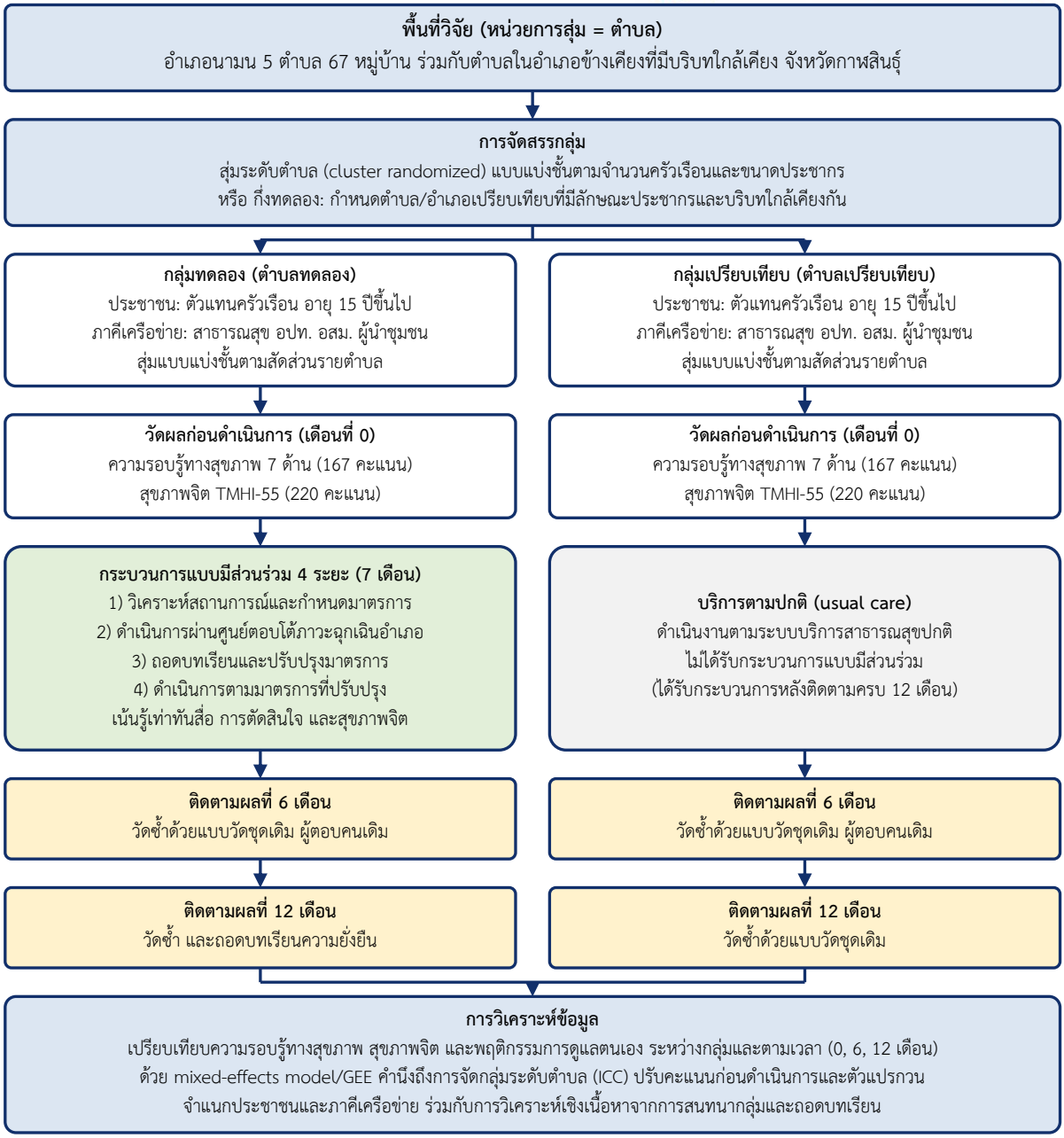
ตัวแปร	ประชาชน (n = 381)		ภาคีเครือข่าย (n = 204)		ระดับ	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.					
พฤติกรรมการดูแลตนเอง (คะแนนเต็ม 50)	40.30	5.00	43.10	4.80	ดี/ดี	-2.80	-3.64 ถึง -1.96	-6.54	<0.001*
ความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม (คะแนนเต็ม 167)	132.30	10.40	143.50	10.30	ปานกลาง/ดี	-11.20	-12.96 ถึง -9.44	-12.50	<0.001*
สุขภาพจิตโดยรวม (คะแนนเต็ม 220)	161.50	12.00	167.20	11.90	ปานกลาง/ปานกลาง	-5.70	-7.73 ถึง -3.67	-5.50	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.3 ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจำแนกตามกลุ่ม เมื่อจำแนกระดับความรอบรู้ทางสุขภาพตามเกณฑ์ของบลูม พบว่าภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับดีร้อยละ 75.00 สูงกว่าประชาชนที่อยู่ในระดับดีร้อยละ 49.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 37.10, df = 2, p<0.001, Cramér's V = 0.25) เมื่อเปรียบเทียบเฉพาะระดับดี χ^2 = 35.97, df = 1, p<0.001 (OR 3.08, 95% CI 2.12 ถึง 4.48) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพหลังดำเนินการ จำแนกตามกลุ่ม (Chi-square test)

ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ	ประชาชน (ร้อยละ)	ภาคีเครือข่าย (ร้อยละ)	χ^2	p-value
ระดับน้อย	12.10	3.90	37.10	<0.001*
ระดับปานกลาง	38.60	21.10		
ระดับดี	49.30	75.00		



ภาพ 1 ขั้นตอนการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิตแบบมีส่วนร่วม

อภิปรายผล

ก่อนดำเนินการ สถานการณ์ของพื้นที่สะท้อนผลกระทบของภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดเป็นระลอก สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการระบาดแต่ละครั้งส่งผลกระทบต่อปัญหาส่วนบุคคลและเศรษฐกิจ[12] และการควบคุมการระบาดต้องอาศัยการตื่นรู้ของชุมชนและบรรทัดฐานทางสังคมควบคู่กับนโยบายภาครัฐ[13,14] ด้านพฤติกรรม พบว่าการสวมหน้ากากและการล้างมือเป็นพฤติกรรมป้องกันที่ปฏิบัติได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[9,10,15,16] แต่ยังพบพฤติกรรมเสี่ยง คือ การร่วมงานสังสรรค์ การใช้ของส่วนตัวและการกินอาหารร่วมกับผู้อื่น ซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อเสนอ[15] ทั้งนี้อาจเป็นเพราะวิถีชีวิตของชาวอีสานนิยมรับประทานอาหารร่วมกันและรวมกลุ่มตามประเพณี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการ

ประชาคมที่ผู้เข้าร่วมระบุว่างานบุญ งานศพ และการรวมกลุ่มรับประทานอาหารเป็นประเพณีสำคัญที่ปรับเปลี่ยนได้ยากในช่วงการระบาด ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพ พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางและด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความรอบรู้ของประชาชนสูงทุกด้าน[17] แต่สอดคล้องในประเด็นปัญหาการรู้เท่าทันสื่อที่ประชาชนจำนวนมากหลงเชื่อข่าวปลอม[17] ส่วนสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการเลือกให้ความสนใจและการเลือกจดจำข่าวสารมีผลต่อความวิตกกังวล[18] และการเว้นระยะห่างทางสังคมก่อให้เกิดความเครียด[12] แม้การศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์จะพบความชุกของปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมไม่สูง[19] แต่ก็พบความเครียดและความซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไปในผู้ปฏิบัติงานด้านควบคุมโรค[20]

กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมที่ใช้ในการศึกษานี้อาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วน ตั้งแต่การวิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์ การสอบสวนและควบคุมโรค การถอดบทเรียน การวางแผนบูรณาการและจัดสรรงบประมาณ การจัดตั้งจุดบริการ ไปจนถึงการดำเนินงานในชุมชน โดยมีนายอำเภอเป็นประธานศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคของจังหวัดอุดรธานี ที่พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและภาคีเครือข่าย[11] และสอดคล้องกับการค้นหาผู้ติดเชื้อและผู้สัมผัสได้รวดเร็วผ่านการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขและชุมชน[13] นอกจากนี้กระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพที่เน้นการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพ[7] จึงอาจนำไปทดลองประยุกต์ใช้กับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขอื่น เช่น โรคเอ็มพอกซ์[3] อย่างไรก็ตาม กิจกรรมส่วนใหญ่เป็นงานตอบโต้โรค ต่างจากกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้โดยตรง จึงยังประเมินไม่ได้ว่ากิจกรรมใดส่งผลต่อคะแนน และการประยุกต์ใช้กับโรคอื่นยังเป็นข้อเสนอเชิงแนวคิด จากการถอดบทเรียน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ การที่นายอำเภอเป็นประธานศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน การมีส่วนร่วมของ อสม. และผู้นำชุมชน และการสื่อสารข้อมูลที่รวดเร็วผ่านหอกระจายข่าว ส่วนอุปสรรค ได้แก่ ข่าวลือ ปัญหาขยะติดเชื้อ ภาระงานของบุคลากร และการเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติบ่อย

ภายหลังดำเนินการ ความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม สุขภาพจิต และพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง[9] แต่ขัดแย้งกับการศึกษาที่ไม่พบความแตกต่างของคะแนนความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเอง[21] ผลที่เพิ่มขึ้นระดับเล็กนี้สอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบที่พบว่าการให้ความรู้และปรับพฤติกรรมมีผลต่อพฤติกรรมเตรียมความพร้อมเพียงเล็กน้อย โดยหลักฐานมีความเชื่อมั่นต่ำมาก[22] ด้านการรู้เท่าทันสื่อมีขนาดอิทธิพลต่ำที่สุด (ผลต่าง 1.00 คะแนน, $d = 0.20$) ซึ่งอาจเป็นเพราะการพัฒนาการรู้เท่าทันสื่อทำได้ยาก สื่อมีหลายช่องทางและมักนำเสนอในเชิงลบ ภาครัฐจึงต้องปรับรูปแบบการนำเสนอและใช้เวลามากขึ้น ภาคีเครือข่ายมีคะแนนสูงกว่าประชาชนในทุกด้านที่เปรียบเทียบ ซึ่งอาจเป็นเพราะภาคีเครือข่ายเป็นผู้ขับเคลื่อนมาตรการและได้รับข้อมูลและฝึกปฏิบัติโดยตรง แต่ความต่างส่วนหนึ่งมีมาตั้งแต่ก่อนดำเนินการ สอดคล้องกับการศึกษาในภาคใต้ของไทยที่พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันโควิด-19 เพียงพอ ขณะที่ประชาชนส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ[23] ข้อจำกัดของการวิจัย คือ เป็นการวัดผลก่อนและหลังในกลุ่มเดียวโดยไม่มีกลุ่มควบคุม ระยะเวลาศึกษา 7 เดือน ใช้แบบวัดที่ตอบด้วยตนเอง ผลที่เปลี่ยนแปลงอาจได้รับอิทธิพลจากสถานการณ์การระบาดที่เปลี่ยนไปตามเวลา ผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนากระบวนการจึง

อาจเกิดอคติ ผู้ตอบอาจตอบตามความคาดหวังของสังคม การเลื่อนรายชื่อแทนรายที่ติดต่อไม่ได้อาจเกิดอคติการคัดเลือก ใช้แบบวัดชุดเดิมก่อน–หลัง (testing effect) มีการปรับมาตรการระหว่างศึกษา ไม่ได้ปรับตัวแปรกวน ข้อมูลภายในหมู่บ้านอาจสัมพันธ์กัน ผลจำเพาะกับ 1 อำเภอ และไม่มีการติดตามผลระยะยาว

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิตเพื่อการรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วม อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2568–เมษายน 2569 ในกลุ่มตัวอย่าง 585 คน พบว่า ก่อนดำเนินการความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง กระบวนการที่พัฒนาประกอบด้วยมาตรการ 7 กลุ่ม ดำเนินการ 4 ระยะ ภายหลังดำเนินการด้วยกระบวนการแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ (133.40 เป็น 138.90) สุขภาพจิต (161.30 เป็น 165.70) และพฤติกรรมการดูแลตนเอง (40.70 เป็น 41.80) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาพจิตสูงกว่าประชาชน ทั้งนี้ผลเป็นการเปลี่ยนแปลงก่อน–หลังในกลุ่มเดียว ขนาดอิทธิพลระดับเล็ก จึงไม่สามารถสรุปเชิงเหตุผลได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรนำกระบวนการแบบมีส่วนร่วมนี้ไปทดลองใช้และประเมินผลต่อเพื่อเตรียมความพร้อมรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขอื่น ผ่านศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินระดับอำเภอ โดยเน้นการสื่อสารความเสี่ยงและการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน และเพิ่มกิจกรรมพัฒนาการรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาเปรียบเทียบกับอำเภอข้างเคียง ทดลองใช้รูปแบบและมาตรการในพื้นที่อื่น และติดตามผลในระยะเวลาที่นานขึ้น โดยออกแบบเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบหรือการสุ่มระดับตำบล (cluster randomized) และติดตามผลที่ 6 และ 12 เดือน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายอำเภอนามน ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนามน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนอำเภอนามนทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย การวิจัยนี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุนและไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. COVID-19 epidemiological update – Edition 176 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 Feb 13 [cited 2026 Apr 5]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/ceu176.pdf
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Situation report of the Emergency Operations Center for COVID-19 [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2021 Aug 8 [cited 2026 Nov 5]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/ (in Thai)

3. World Health Organization. Fifth meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the upsurge of mpox 2024 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 Oct 30 [cited 2026 Apr 5]. Available from: https://www.who.int/news/item/30-10-2025-fifth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-upsurge-of-mpox-2024

4. Kalasin Provincial COVID-19 Command Center. Situation report of COVID-19 in Kalasin Province. Kalasin: Kalasin Provincial Public Health Office; 2020 Apr 9. (in Thai) (internal report)

5. Namon Hospital. Report of the Emergency Operations Center for COVID-19, Namon District. Kalasin: Kalasin Provincial Public Health Office; 2021. (in Thai) (internal report)

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. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67(12):2072-8.

8. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Operational manual for mental health crisis assistance and healing teams during the COVID-19 outbreak [Internet]. 2020 [cited 2026 Apr 5]. Available from: https://www.dmh.go.th/covid19/pnews/view.asp?id=1 (in Thai)

9. Glomjai T, Kaewjiboon J, Chachvarat T. Knowledge and behaviors of the public on self-protection against the novel coronavirus 2019. J Nurs Public Health Educ. 2020;21(2):29-39. (in Thai)

10. Khamsaen N. Knowledge, attitudes, and self-protection behaviors against COVID-19 among residents of U-Thong District, Suphanburi Province, 2021. J Phrachomklao Coll Nurs Phetchaburi Prov. 2021;4(1):33-48. (in Thai)

11. Ketdao R, Thiengtrongdee A, Thoin P. Development of a surveillance, prevention and control model for COVID-19 in sub-district health promoting hospitals, Udon Thani Province: Udon Model COVID-19. J Health Sci. 2021;30(1):53-61. (in Thai)

12. Samatthanakun R. Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of nursing students, Faculty of Nursing, Buriram Rajabhat University [independent study]. Buriram: Buriram Rajabhat University; 2021. (in Thai)

13. Nawamawat J, Sittisart V, Lekphet K, Thianthawon 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. Chanwat T. Behavior of Thai households under the COVID-19 situation in 2020. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2020. (in Thai)

15. Jaisaen J. COVID-19 prevention behaviors among personnel of the Institute of Public Health Science Research, Department of Medical Sciences [independent study]. Bangkok: Ramkhamhaeng University; 2021. (in Thai)

16. Bunthan W, Whaikit P, Soysang V, Soynak C, Akaratanapol P, Kompayak J. Factors influencing health promotion behaviors for COVID-19 prevention among older adults. Police Nurs J. 2020;12(2):323-37. (in Thai)

17. Wae A. COVID-19 and learning for health behavior modification today. J Health Educ Prof Assoc. 2020;35(1):24-9. (in Thai)

18. Ekpanyaskul S. Factors affecting anxiety from perceiving COVID-19 news among the population outside Bangkok [independent study]. Bangkok: Ramkhamhaeng University; 2021. (in Thai)

19. Netirojjanakul W. Prevalence and associated factors of mental health problems among healthcare personnel at Nakhon Pathom Hospital during the COVID-19 outbreak. Reg 4-5 Med J. 2020;39(4):616-27. (in Thai)

20. Saengsirirak E. Stress and depressive mood among healthcare personnel during the COVID-19 outbreak. J Psychiatr Assoc Thailand. 2020;65(4):400-8. (in Thai)

21. Thinpreepream R, et al. Knowledge and self-protection behaviors against the novel coronavirus 2019 [independent study]. Bangkok: Huachiew Chalermprakiet University; 2021. (in Thai)

22. Amberson T, Heagele T, Wyte-Lake T, Couig MP, Bell SA, Mammen MJ, et al. Social support, educational, and behavioral modification interventions for improving household disaster preparedness in the general community-dwelling population: a systematic review and meta-analysis. Front Public Health. 2024;11:1257714.

23. Saisanan Na Ayudhaya W, Thanapop C, Wongrith P, Loonlawong S, Laor P, Fajriyah R. Health literacy and preventive behaviors towards COVID-19 among village health volunteers and residents in urban and rural areas of upper southern Thailand. Soc Sci. 2023;12(7):377.

24. Department of Health, Ministry of Public Health. Health literacy and health behavior (3E 2S) assessment form, revised edition. Nonthaburi: Department of Health; 2018. (in Thai)

25. Mongkol A, Vongpiromsan Y, Tangseree T, Huttapanom W, Romsai P, Chutha W. The development and testing of Thai mental health indicator (version 2007). Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2007. (in Thai)

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

บทความวิจัย | RESEARCH ARTICLE

ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการอาการ คุณภาพชีวิต และการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Effects of a Clinical Nursing Practice Guideline for Dyspnea Self-Management on Self-Management Behavior, Quality of Life, and Emergency Department Visits among Older Adults with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Namon District, Kalasin Province

สุดาทิพย์ หารจำปา[1*]

Sudathip Harnjampa[1*]

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

*ผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding author)

☐ **รับบทความ:** 6 มีนาคม 2569 ✓**แก้ไขบทความ:** 20 มีนาคม 2569 ☑ **ตอบรับบทความ:** 30 เมษายน 2569

การอ้างอิง (Citation): สุดาทิพย์ หารจำปา. ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการอาการ คุณภาพชีวิต และการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า. 2569;1(1):16-29.

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง และเปรียบเทียบผลต่อพฤติกรรมการจัดการอาการ คุณภาพชีวิต และการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease: COPD) อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงเมษายน 2569 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ COPD จำนวน 66 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงและจับคู่ตามเพศ อายุ และความรุนแรงของโรค จัดกลุ่มตามตำบลเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 33 ราย มีผู้อยู่จนสิ้นสุดการวิจัย 61 ราย (31 และ 30 ราย) กลุ่มทดลองได้รับแนวปฏิบัติร่วมกับการดูแลตามปกติ 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง และแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test, Independent t-test, Chi-square test และ Fisher's exact test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง (78.45±6.31) และคุณภาพชีวิต (101.22±8.40) สูงกว่าก่อนการทดลอง (t=19.80 และ 11.32, p<0.001) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ผลต่างค่าเฉลี่ย 23.35, 95% CI 19.61 ถึง 27.09 และ 14.75, 95% CI 10.25 ถึง 19.25; p<0.001) การเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการหายใจลำบากภายใน 3 เดือนของกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 6.45) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 30.00) (Fisher's exact p=0.022; RR 0.22, 95% CI 0.05 ถึง 0.91) แนวปฏิบัตินี้สัมพันธ์กับ

พฤติกรรมการจัดการอาการและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินที่ลดลง ควรยืนยันผลด้วยการวิจัยแบบสุ่มก่อนขยายผลสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และภาคีเครือข่ายในชุมชน

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, อาการหายใจลำบาก, แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

Abstract

This two-group pretest–posttest quasi-experimental study aimed to develop a clinical nursing practice guideline for dyspnea self-management and to compare its effects on self-management behavior, quality of life, and emergency department (ED) visits among older adults with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Namon District, Kalasin Province, from October 2025 to April 2026. Sixty-six older adults with COPD were purposively selected, matched by sex, age and disease severity, and allocated by sub-district to experimental and control groups (n=33 each); 61 (31 and 30, respectively) completed the study. The experimental group received the guideline plus usual care for 8 weeks; the control group received usual care. Instruments included the guideline, a dyspnea self-management behavior questionnaire, and the WHOQOL-BREF-THAI. Data were analyzed using descriptive statistics, paired and independent t-tests, chi-square test, and Fisher's exact test.

After the intervention, the experimental group had significantly higher dyspnea self-management behavior (78.45±6.31) and quality of life (101.22±8.40) scores than at baseline (t=19.80 and 11.32, p<0.001) and than the control group (mean differences 23.35, 95% CI 19.61 to 27.09, and 14.75, 95% CI 10.25 to 19.25; p<0.001). ED visits for dyspnea within 3 months were lower in the experimental group than in the control group (6.45% vs 30.00%; Fisher's exact p=0.022; RR 0.22, 95% CI 0.05 to 0.91). The guideline was associated with better self-management and quality of life and fewer ED visits; a randomized study is needed before wider implementation in primary care units and community networks.

Keywords: Quality of life, Older adults, Chronic obstructive pulmonary disease, Dyspnea, Clinical nursing practice guideline

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease: COPD) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 4 ของโลก คิดเป็น 3.5 ล้านรายในปี พ.ศ. 2564 หรือประมาณร้อยละ 5 ของการเสียชีวิตทั้งหมด[1] และมีผู้ป่วยทั่วโลกราว 213 ล้านราย[2] ประเทศไทยมีผู้ป่วย **COPD** ประมาณ 1.5 ล้านราย หรือประมาณร้อยละ 5 ของประชากรอายุ 30 ปีขึ้นไป[3] ขณะที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ มีผู้สูงอายุร้อยละ 21.31 (13,826,163 คน ณ 31 พฤษภาคม 2568)[22] และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน หรือร้อยละ 32 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2583[4] การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจตามวัย ทั้งความยืดหยุ่นของปอดที่ลดลงและการเคลื่อนไหวของ

ทรวงอกที่ถูกจำกัด ทำให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วย **COPD** เหนื่อยหอบง่าย และส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิต

จากข้อมูลระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) จังหวัดกาฬสินธุ์มีผู้สูงอายุ 154,961 คน (ร้อยละ 19.21) อำเภอนามนมีประชากร 36,388 คน เป็นผู้สูงอายุ 4,476 คน (ร้อยละ 12.30) และมีอายุคาดเฉลี่ย 72.08 ปี (ปีงบประมาณ 2568)[5] แม้โรงพยาบาลนามนจะมีระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) โดยผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ลงเยี่ยมบ้าน แต่ผู้สูงอายุ COPD ร้อยละ 60 ยังควบคุมอาการไม่ได้ (112 จาก 186 ราย ที่มี mMRC ≥ 2 หรือ CAT ≥ 10) และเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินบ่อยครั้ง จากการไม่หยุดสูบบุหรี่และไม่สามารถหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น เช่น ฝุ่นละอองและมลพิษ ขณะที่แนวทางการดูแลของโรงพยาบาลเน้นการรักษาโดยแพทย์เป็นหลัก ยังไม่มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้สูงอายุจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเองที่บ้านอย่างเป็นระบบ

COPD ทำให้ทางเดินหายใจตีบแคบอย่างถาวร ผู้ป่วยจึงมีอาการหายใจลำบาก ไอมีเสมหะ และทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลง[6] รวมทั้งมีปัญหาด้านจิตใจและสังคม[7] แนวทาง Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2026 แนะนำการให้ความรู้และการจัดการตนเอง (self-management) ควบคู่กับการรักษาด้วยยา[8] และการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Cochrane พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตและลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากโรคระบบหายใจ แม้ขนาดผลจะเล็ก (SGRQ ลดลงเฉลี่ย 2.86 คะแนน; OR 0.75, 95% CI 0.57 ถึง 0.98)[9] แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig และ Holman เน้นการแก้ปัญหา การตัดสินใจ และการใช้ทรัพยากร[10] ในประเทศไทยมีการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองและส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ COPD[11,12] และการพยาบาลที่มีคุณภาพควรอาศัยแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์[13,14] อย่างไรก็ตาม ยังขาดแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเองของผู้สูงอายุ COPD ที่บูรณาการกับระบบการดูแลระยะยาวและภาคีเครือข่ายในบริบทชุมชนชนบท

ผู้วิจัยจึงพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเองในผู้สูงอายุ COPD ที่สอดคล้องกับแนวทางการรักษาของแพทย์ เพื่อบรรเทาอาการ ป้องกันการกำเริบ และส่งเสริมคุณภาพชีวิต ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาลนามน รพ.สต. Care Manager และ Caregiver ในการดูแลผู้สูงอายุ COPD ในชุมชน ลดการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และใช้วางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทของอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อประเมินผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ดูแลผู้สูงอายุ COPD ในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ ความครบถ้วนของกิจกรรมและการเข้าร่วมของกลุ่มตัวอย่าง
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง คุณภาพชีวิต และการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยกำหนดพฤติกรรมการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเองเป็นผลลัพธ์หลัก

วิธีการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินการในชุมชนอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงเมษายน 2569 แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 (ตุลาคม 2568) พัฒนาแนวปฏิบัติจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ (PubMed, CINAHL, Cochrane Library, ThaiJO และ TCI ปี ค.ศ. 2015–2025 พบ 148 เรื่อง คัดเลือกได้ 12 เรื่อง ประเมินระดับหลักฐานตามเกณฑ์ Joanna Briggs Institute (JBI)[13] และใช้เกณฑ์ AGREE II[16] เป็นกรอบ) ร่วมกับการสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้อง 12 คน ด้วยแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง และวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 2 (พฤศจิกายน 2568–มกราคม 2569) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง วัดผลก่อนการทดลอง และทดลองใช้แนวปฏิบัติ 8 สัปดาห์ (1 ธันวาคม 2568–25 มกราคม 2569) และระยะที่ 3 (26 มกราคม–เมษายน 2569) ติดตามการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน 3 เดือน มีรายละเอียดดังนี้

ประชากร

ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น COPD และรับการรักษาที่โรงพยาบาลนามน ปีงบประมาณ 2568 จำนวน 186 ราย (คัดกรอง 98 ราย ผ่านเกณฑ์ 71 ราย ปฏิเสธเข้าร่วม 5 ราย คงเหลือ 66 ราย จาก 4 ตำบล กลุ่มละ 2 ตำบล)

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power (Independent t-test แบบสองทาง effect size 0.80 ระดับนัยสำคัญ .05 อำนาจการทดสอบ 0.80)[15] ได้กลุ่มละ 26 ราย โดยกำหนด effect size ตามผลการศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุ COPD ในประเทศไทย[11,12] ปรับเพิ่มเพื่อชดเชยการสูญหายร้อยละ 20 ได้กลุ่มละ 33 ราย รวม 66 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงและจับคู่ตามเพศ อายุ และระดับความรุนแรงของโรค โดยกลุ่มทดลองอยู่ตำบลนามนและกลุ่มควบคุมอยู่ตำบลยอดแกง ซึ่งมีบริบทและระยะทางจากโรงพยาบาลใกล้เคียงกัน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของการทดลอง (ไม่สุ่มตำบลเนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากร) ระหว่างการวิจัยมีผู้ถอนตัวหรือติดตามไม่ได้ 5 ราย (กลุ่มทดลอง 2 ราย: ย้ายที่อยู่ 1 ราย และเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80 1 ราย; กลุ่มควบคุม 3 ราย: ย้ายที่อยู่ 1 ราย และติดต่อไม่ได้ 2 ราย) คงเหลือ 61 ราย (กลุ่มทดลอง 31 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย) ซึ่งยังตรวจจับขนาดอิทธิพล $d \geq 0.73$ ได้ที่อำนาจการทดสอบ 0.80

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) อายุ 60 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยเป็น COPD โดยแพทย์ ด้วยผลสมรรถภาพปอด FEV1/FVC น้อยกว่า 0.70 (หลังให้ยาขยายหลอดลม) และอยู่ในระยะอาการคงที่อย่างน้อย 4 สัปดาห์ 3) มีระดับความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์ GOLD ระดับ 1–3 4) อาศัยในอำเภอนามนอย่างน้อย 6 เดือน 5) สื่อสารภาษาไทยได้และมีผู้ดูแลหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใกล้ชิด 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1) มีภาวะหายใจล้มเหลวหรือต้องใช้ออกซิเจนที่บ้านต่อเนื่อง (GOLD ระดับ 4) 2) มีความบกพร่องด้านการรู้คิดหรือโรคทางจิตเวช (คัดกรองด้วย MMSE-Thai 2002) 3) มีโรคร่วมรุนแรง เช่น วัณโรคปอดระยะแพร่เชื้อ มะเร็ง

ปอด หรือหัวใจล้มเหลวระยะรุนแรง เกณฑ์การถอนตัว ได้แก่ ขอถอนตัว ย้ายที่อยู่ เสียชีวิต หรือเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80 และวิเคราะห์เสริมแบบ intention-to-treat (last observation carried forward)

เครื่องมือวิจัย

ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก คู่มือการจัดการอาการหายใจลำบาก วีดิทัศน์สาธิต และสมุดบันทึกอาการ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า S-CVI/Ave เท่ากับ 0.92 และประเมินคุณภาพด้วย AGREE II[16] 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 2.1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2.2) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดของ Lorig และ Holman[10] จำนวน 20 ข้อ 4 องค์ประกอบ (การจัดการอาการหายใจลำบาก การใช้ยาและการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การออกกำลังกายและโภชนาการ และการจัดการเมื่ออาการกำเริบ) มาตราส่วน 5 ระดับ คะแนน 20–100 (20–46 = ต่ำ, 47–73 = ปานกลาง, 74–100 = สูง) ค่า IOC 0.80–1.00 และ Cronbach's alpha 0.86 (n=30) และ 0.88 จากข้อมูลจริง 2.3) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) 26 ข้อ คะแนน 26–130[17] (26–60 = ไม่ดี, 61–95 = ปานกลาง, 96–130 = ดี) ค่าความเที่ยง 0.84 และ 2.4) แบบบันทึกการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการหายใจลำบากจากเวชระเบียนโรงพยาบาลนามน (ICD-10 J44.0, J44.1 หรือ R06.0) โดยผู้ลงรหัสไม่ทราบกลุ่มของผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย (พยาบาลวิชาชีพ 2 คน ที่ผ่านการอบรมและไม่ได้ให้กิจกรรมแก่กลุ่มทดลอง) ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอม วัดผลก่อนการทดลองในเดือนพฤศจิกายน 2568 กลุ่มทดลองได้รับแนวปฏิบัติที่บ้านและที่ รพ.สต. ตามตาราง 1 ร่วมกับการดูแลตามปกติ โดยมี Caregiver และ อสม. ติดตามเยี่ยม กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ (รับยาและตรวจติดตามที่คลินิก COPD ทุก 1–3 เดือน สุขศึกษารายบุคคล และการเยี่ยมบ้านตามแผนการดูแลระยะยาว) วัดผลหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 (19–25 มกราคม 2569) และติดตามการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินจากเวชระเบียน 3 เดือน เมื่อสิ้นสุดการวิจัย กลุ่มควบคุมได้รับคู่มือและคำแนะนำเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วย IBM SPSS Statistics เวอร์ชัน 29 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบภายในกลุ่มด้วย Paired t-test ระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test และเปรียบเทียบสัดส่วนการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วย Chi-square test และ Fisher's exact test พร้อมรายงาน risk ratio และ 95% CI ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ (Shapiro-Wilk p>.05) และตรวจสอบความเท่ากันของความแปรปรวนด้วย Levene's test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 (พิจารณาปรับ Bonferroni เป็น 0.017 สำหรับผลลัพธ์หลัก 3 ตัว) และใช้ ANCOVA ปรับคะแนนก่อนการทดลองเพื่อยืนยันผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งรับรองก่อนเริ่มการสนทนากลุ่มและการทดลองใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจง

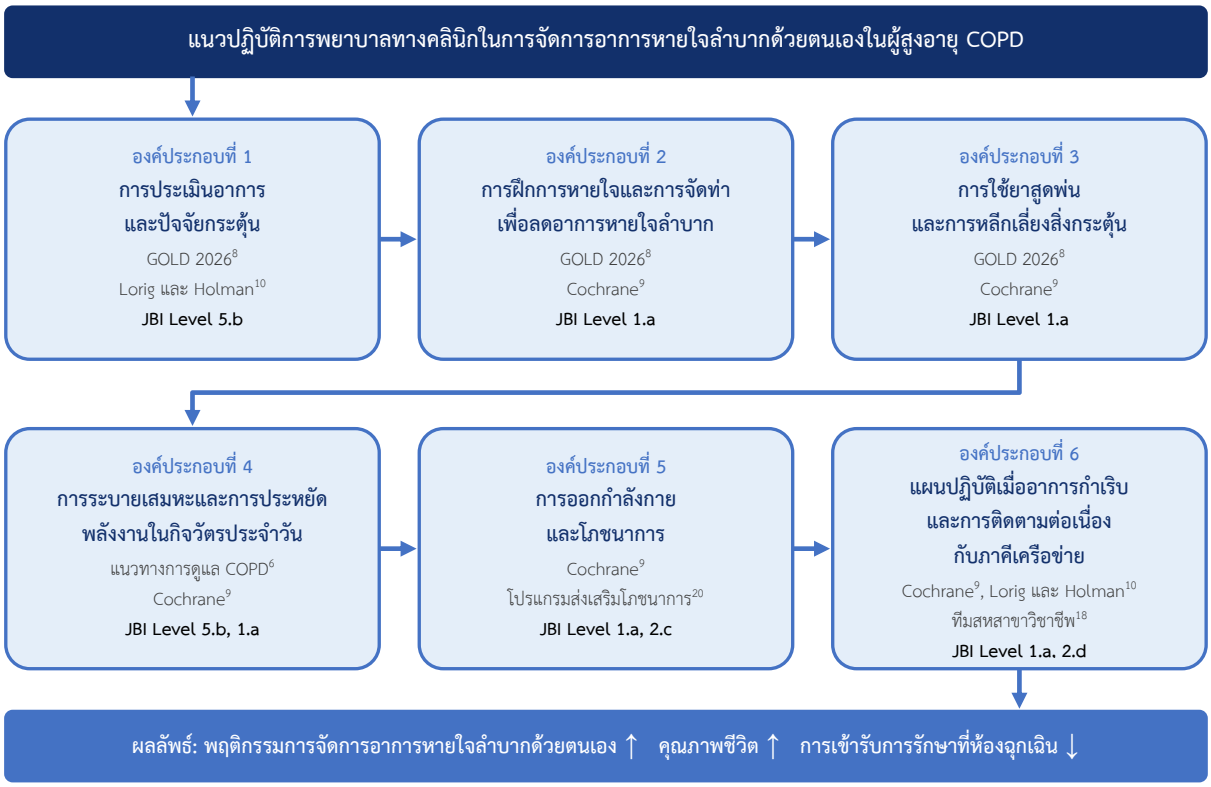
วัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์และความเสี่ยงของการวิจัย ให้ลงนามในหนังสือยินยอมก่อนเข้าร่วม ข้อมูลทั้งหมดเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับ

ผลการศึกษา

1. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง (วัตถุประสงค์ข้อที่ 1)

1.1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา ผู้สูงอายุ COPD ในอำเภอนามนร้อยละ 60 ควบคุมอาการไม่ได้และเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินบ่อยครั้ง จากการไม่หยุดสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นไม่ได้ การสนทนากลุ่มทีมสหสาขาวิชาชีพ Care Manager และ Caregiver 12 คน พบปัญหาเพิ่มเติม 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ขาดทักษะการหายใจเพื่อลดอาการเหนื่อย 2) ใช้ยาสูดพ่นไม่ถูกต้อง 3) ไม่มีแผนรับมือเมื่ออาการกำเริบ และ 4) ขาดการติดตามต่อเนื่องที่บ้าน

1.2 ผลการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติ แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ซึ่งเชื่อมโยงกับหลักฐานเชิงประจักษ์และผลลัพธ์ที่คาดหวัง ดังแสดงในภาพ 1 ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษด้านโรคระบบทางเดินหายใจ 2 ท่าน อายุรแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และเภสัชกร 1 ท่าน) ตรวจสอบได้ค่า CVI 0.92 คะแนนคุณภาพตามเกณฑ์ AGREE II จากผู้ประเมิน 4 ท่าน ร้อยละ 86.40 (รายโดเมนร้อยละ 80.21–91.67) และหลังทดลองใช้กับผู้สูงอายุ COPD 5 ราย ได้ปรับถ้อยคำและสื่อให้เข้าใจง่ายก่อนนำไปใช้จริง



ภาพ 1 องค์ประกอบของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก หลักฐานเชิงประจักษ์ที่รองรับ และระดับของหลักฐาน

หมายเหตุ: ระดับของหลักฐานจัดตามเกณฑ์ JBI[13] เป็นการประเมินโดยประมาณ ต้องตรวจสอบกับเอกสารต้นฉบับ

2. ผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน (วัตถุประสงค์ข้อที่ 2)

2.1 กิจกรรมตามแนวปฏิบัติ กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรม 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 20 นาที (สัปดาห์ที่ 1 และ 8 ครั้งละ 30 นาที รวมประมาณ 300 นาที) โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้นำกิจกรรมที่บ้าน (ร้อยละ 64.29) หรือที่ รพ.สต. (ร้อยละ 35.71) ร่วมกับ Caregiver และ อสม. กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมเฉลี่ยร้อยละ 94.24 จาก 14 ครั้ง (ร้อยละ 85.71–100) และ 25 จาก 31 ราย (ร้อยละ 80.65) เข้าร่วมครบทุกครั้ง ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 กิจกรรมตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระยะเวลา 8 สัปดาห์

สัปดาห์ที่	กิจกรรม/เนื้อหา	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลา	เหตุผลทางวิชาการ
1	ประเมินอาการหายใจลำบาก (modified Medical Research Council dyspnea scale: mMRC) ค่าออกซิเจนปลายนิ้ว ปัจจัยกระตุ้น และการสูบบุหรี่ ให้ความรู้เรื่อง COPD และตั้งเป้าหมายการดูแลตนเองร่วมกับผู้สูงอายุ	แบบประเมินอาการ เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว คู่มือการจัดการอาการหายใจลำบาก	30 นาที	การประเมินและตั้งเป้าหมายร่วมกันเป็นขั้นตอนเริ่มต้นของการจัดการตนเอง[10]
2	สอนและฝึกการหายใจแบบห่อปาก (pursed-lip breathing) การหายใจด้วยกระบังลม และการจัดท่านั่งโน้มตัวไปข้างหน้า	วีดิทัศน์สาธิต สมุดบันทึกอาการ	20 นาที × 2 ครั้ง	เทคนิคการหายใจช่วยลดการคั่งของอากาศในปอดและลดอาการเหนื่อย[8]
3	สอนสาธิตและให้ผู้สูงอายุสาธิตย้อนกลับการใช้ยาสูดพ่น แนะนำการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น (ควันบุหรี่ ฝุ่นละออง ควันไฟ) และให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่	อุปกรณ์สาธิตยาสูดพ่น แบบตรวจสอบการใช้ยา โปสเตอร์	20 นาที × 2 ครั้ง	การหยุดสูบบุหรี่และการใช้ยาถูกวิธีเป็นหัวใจสำคัญของการควบคุมโรคและป้องกันการกำเริบ[8]

สัปดาห์ที่	กิจกรรม/เนื้อหา	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลา	เหตุผลทางวิชาการ
4	สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพเพื่อระบายเสมหะ และการประหยัดพลังงานในกิจวัตรประจำวัน (การจัดลำดับกิจกรรม การพักเป็นระยะ)	ภาพพลิก แผ่นพับ	20 นาที × 2 ครั้ง	ลดงานของการหายใจและช่วยให้ผู้สูงอายุทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง[6,9]
5	ฝึกการออกกำลังกายที่บ้าน (เดิน ยกแขนร่วมกับการหายใจ) และให้คำแนะนำด้านโภชนาการ	แผ่นภาพการออกกำลังกาย สมุดบันทึก	20 นาที × 2 ครั้ง	การออกกำลังกายและการจัดการตนเองช่วยเพิ่มความสามารถและคุณภาพชีวิต[8,9]
6	จัดทำแผนปฏิบัติเมื่ออาการกำเริบ (โซนสีเขียว–เหลือง–แดง) และช่องทางขอความช่วยเหลือ (โทร 1669 และโรงพยาบาลนามน)	บัตรแผนปฏิบัติเมื่ออาการกำเริบ กลุ่มไลน์	20 นาที × 2 ครั้ง	การรับรู้อาการเตือนและการตัดสินใจขอความช่วยเหลือทันเวลาช่วยลดการเข้ารับการรักษาฉุกเฉิน[9,10]
7	จัดการความเครียดและความวิตกกังวล (การผ่อนคลาย) และให้ครอบครัว Caregiver และ อสม. มีส่วนร่วมในการดูแล	แบบประเมินความเครียด คู่มือผู้ดูแล	20 นาที × 2 ครั้ง	ปัญหาด้านจิตใจและสังคมมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ COPD[7]
8	ทบทวนความรู้และทักษะด้วยวิธีสอนย้อนกลับ (teach-back) วัดผลหลังการทดลอง และส่งต่อข้อมูลแก่ Care Manager และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการอาการหายใจลำบาก WHOQOL-BREF-THAI	30 นาที	การประเมินซ้ำและการติดตามต่อเนื่องช่วยให้พฤติกรรมคงอยู่[10]

2.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลอง (n=31) และกลุ่มควบคุม (n=30) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 70.97 และ 70.00) อายุเฉลี่ย 68.74±6.12 และ 69.20±5.87 ปี ยังสูบบุหรี่ร้อยละ 35.48 และ 36.67 และส่วนใหญ่อยู่ใน GOLD ระดับ 2 (ร้อยละ 54.84 และ 56.67) ข้อมูลทั่วไปทุกด้านของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=31)	กลุ่มควบคุม (n=30)	p-value
เพศชาย จำนวน (ร้อยละ)	22 (70.97)	21 (70.00)	0.934
อายุ (ปี) $\bar{x}$±S.D.	68.74±6.12	69.20±5.87	0.766
สูบบุหรี่ในปัจจุบัน จำนวน (ร้อยละ)	11 (35.48)	11 (36.67)	0.923
ระยะเวลาที่เป็นโรค (ปี) $\bar{x}$±S.D.	5.82±3.10	6.15±3.35	0.691
ระดับความรุนแรงตาม GOLD ระดับ 1	4 (12.90)	4 (13.33)	0.982
ระดับความรุนแรงตาม GOLD ระดับ 2	17 (54.84)	17 (56.67)	
ระดับความรุนแรงตาม GOLD ระดับ 3	10 (32.26)	9 (30.00)	
มีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค	18 (58.06)	17 (56.67)	0.912
การศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	21 (67.74)	20 (66.67)	0.929
อาการหายใจลำบาก mMRC ≥ 2	14 (45.16)	13 (43.33)	0.886
เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินใน 3 เดือนก่อนการทดลอง	3 (9.68)	4 (13.33)	0.71

3. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง คุณภาพชีวิต และการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (วัตถุประสงค์ข้อที่ 3)

3.1 การเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง (78.45±6.31) และคุณภาพชีวิต (101.22±8.40) สูงกว่าก่อนการทดลอง (52.84±8.12 และ 84.35±9.10) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=19.80 และ 11.32, df=30, p<0.001) ส่วนกลุ่มควบคุมคะแนนทั้งสองด้านไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง (p=0.078 และ 0.229) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเองและคุณภาพชีวิต ก่อน-หลังได้รับแนวปฏิบัติ จำแนกตามกลุ่ม (Paired t-test)

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อน		หลัง		ระดับ	d̄	95%CI	t	p-value
		$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.					
พฤติกรรมการจัดการอาการหายใจลำบาก (คะแนนเต็ม 100)	ทดลอง	52.84	8.12	78.45	6.31	ปานกลาง →สูง	25.61	22.97- 28.25	19.80	<0.001*
พฤติกรรมการจัดการอาการหายใจลำบาก (คะแนนเต็ม 100)	ควบคุม	53.40	7.95	55.10	8.20	ปานกลาง →ปานกลาง	1.70	-0.20- 3.60	1.83	0.078
คุณภาพชีวิต (คะแนนเต็ม 130)	ทดลอง	84.35	9.10	101.22	8.40	ปานกลาง →ดี	16.87	13.83- 19.91	11.32	<0.001*
คุณภาพชีวิต (คะแนนเต็ม 130)	ควบคุม	85.10	9.32	86.47	9.15	ปานกลาง →ปานกลาง	1.37	-0.91- 3.65	1.23	0.229

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.2 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยทั้งสองด้านของสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p=0.787 และ 0.752) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการอาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม (55.10±8.20 และ 86.47±9.15) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=12.49 และ 6.56, df=59, p<0.001; Cohen's d ≈ 3.20 และ 1.68) และผล ANCOVA ที่ปรับคะแนนก่อนการทดลองให้ผลในทิศทางเดียวกัน ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเองและคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Independent t-test)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		ระดับ	d̄	95%CI	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.					
พฤติกรรมการจัดการอาการหายใจลำบาก ก่อน (คะแนนเต็ม 100)	52.84	8.12	53.40	7.95	ปานกลาง/ปานกลาง	-0.56	-4.68- 3.56	-0.27	0.787
พฤติกรรมการจัดการอาการหายใจลำบาก หลัง (คะแนนเต็ม 100)	78.45	6.31	55.10	8.20	สูง/ปานกลาง	23.35	19.61- 27.09	12.49	<0.001*
คุณภาพชีวิต ก่อน (คะแนนเต็ม 130)	84.35	9.10	85.10	9.32	ปานกลาง/ปานกลาง	-0.75	-5.47- 3.97	-0.32	0.752

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		ระดับ	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.					
คุณภาพชีวิต หลัง (คะแนนเต็ม 130)	101.22	8.40	86.47	9.15	ดี/ปานกลาง	14.75	10.25- 19.25	6.56	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.3 การเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการหายใจลำบาก ในช่วงติดตาม 3 เดือน กลุ่มทดลองเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน 2 ราย (ร้อยละ 6.45) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม 9 ราย (ร้อยละ 30.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=5.72, p=0.017; Yates χ^2=4.24, p=0.040; ผลต่างสัดส่วน 23.55 จุดร้อยละ, 95% CI 5.01 ถึง 42.09) แม้ค่าประมาณของกลุ่มทดลองต่ำกว่าตัวชี้วัดของโรงพยาบาล (ไม่เกินร้อยละ 10) แต่ 95% CI แบบ exact (0.79–21.42) ยังสรุปไม่ได้ว่าบรรลุตัวชี้วัด ทั้งนี้ใน 3 เดือนก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 9.68 และ 13.33; Fisher's exact p=0.71) ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 เปรียบเทียบการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการหายใจลำบากภายใน 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Chi-square test)

การเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน	กลุ่มทดลอง (n= 31) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n= 30) จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value
เข้ารับการรักษา	2 (6.45)	9 (30.00)	5.72	0.017*
ไม่เข้ารับการรักษา	29 (93.55)	21 (70.00)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05 (Fisher's exact p=0.022; RR 0.22, 95% CI 0.05 ถึง 0.91)

อภิปรายผล

แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นเหมาะสมกับบริบทของอำเภอนามน เนื่องจากเริ่มจากการวิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่ และพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับความเห็นของทีมสหสาขาวิชาชีพ สอดคล้องกับแนวคิดการปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่บูรณาการหลักฐานที่ดีที่สุดกับการตัดสินใจทางคลินิกและความต้องการของผู้รับบริการ[13,14] ผลการประเมิน AGREE II[16] (ร้อยละ 86.40) และ CVI (0.92) แสดงว่าแนวปฏิบัติมีคุณภาพดี และการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง[18] สอดคล้องกับการใช้ทีม Care Manager, Caregiver และ อสม. ร่วมติดตามดูแลที่บ้านในแนวปฏิบัตินี้

คะแนนพฤติกรรมการจัดการอาการและคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นในกลุ่มทดลอง อาจเป็นผลจากการสอนสาธิต การฝึกปฏิบัติซ้ำ การสอนย้อนกลับการตั้งเป้าหมาย และการเยี่ยมติดตามต่อเนื่อง ซึ่งเสริมสร้างทักษะและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ตามแนวคิดของ Bandura[19] และกระบวนการจัดการตนเองที่เน้นการตั้งเป้าหมายและการแก้ปัญหา[10] ผลนี้มีทิศทางสอดคล้องกับการทบทวนของ Cochrane[9] แนวทาง GOLD[8] และงานวิจัยในประเทศไทย[11,12] อย่างไรก็ตาม ผลต่างคุณภาพชีวิต 14.75 คะแนนใน WHOQOL-BREF-THAI สูงกว่าผลใน Cochrane (SGRQ ลดลง 2.86 คะแนน) อย่างมาก ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับอคติจากการรายงานด้วยตนเองโดยไม่ปกปิด การไม่สุ่ม และ

เครื่องมือที่ต่างกัน จึงเปรียบเทียบได้เชิงทิศทางเท่านั้น นอกจากนี้ การที่แนวปฏิบัติครอบคลุมโภชนาการและการออกกำลังกายยังสอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุ COPD[20,21]

การเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินที่ต่ำกว่าในกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 6.45 และ 30.00) อาจอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุมีแผนปฏิบัติเมื่ออาการกำเริบ ใช้ยาสูดพ่นถูกต้อง ใช้เทคนิคการหายใจ และหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นได้ดีขึ้น แม้ค่าประมาณจุดจะต่ำกว่าตัวชี้วัดของโรงพยาบาล (ไม่เกินร้อยละ 10) แต่ช่วงความเชื่อมั่นยังกว้าง ข้อจำกัดของการวิจัย ได้แก่ ไม่ได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างและจัดกลุ่มตามตำบล ขนาดตัวอย่างเล็กและมาจากอำเภอเดียว ติดตามผลเพียง 3 เดือน ข้อมูลพฤติกรรมเป็นการรายงานด้วยตนเองและผู้เก็บข้อมูลไม่ปกปิดกลุ่ม ข้อมูล ED มาจากโรงพยาบาลเดียวและมีเหตุการณ์เพียง 11 ราย มีผู้ถอนตัว 5 ราย (ร้อยละ 7.58) และฤดูกาลหรือคุณภาพอากาศอาจมีผลต่อการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเองในผู้สูงอายุ COPD ได้แนวปฏิบัติ 6 องค์ประกอบ ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและนำไปใช้ 8 สัปดาห์ในชุมชนอำเภอนามน ผลการใช้พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการอาการหายใจลำบากด้วยตนเองและคุณภาพชีวิตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และมีการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 6.45 และ 30.00; Fisher's exact test $p=0.022$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ต่อเนื่องใน รพ.สต. ของอำเภอนามนพร้อมการติดตามผลลัพธ์ และขยายผลเมื่อมีหลักฐานยืนยันจากการวิจัยที่ควบคุมความลำเอียงมากขึ้น โดยบูรณาการกับระบบการดูแลระยะยาว และพัฒนาสมรรถนะบุคลากร Care Manager, Caregiver และ อสม. ให้เข้าใจขั้นตอนการดูแลผู้สูงอายุ COPD อย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรทำวิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม โดยสุ่มระดับตำบล (cluster randomized) ใช้ผู้ประเมินที่ไม่ทราบกลุ่ม วัดอาการหายใจลำบาก (เช่น mMRC/CAT) และการนอนโรงพยาบาลเป็นผลลัพธ์ เพิ่มขนาดตัวอย่างและพื้นที่ศึกษา ติดตามผลระยะยาว (6–12 เดือน) และศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของแนวปฏิบัติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน บุคลากรโรงพยาบาลนามนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล Care Manager, Caregiver, อสม. และผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพร้อมครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากแหล่งทุนภายนอก

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2026 Oct 1]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)

2. Wang Z, Lin J, Liang L, Huang F, Yao X, Peng K, et al. Global, regional, and national burden of chronic obstructive pulmonary disease and its attributable risk factors from 1990 to 2021: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Respir Res. 2025;26(1):2.

3. Ministry of Public Health (TH). Health Data Center (HDC) [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2025 [cited 2026 Oct 1]. Available from: https://hdc.moph.go.th (in Thai)

4. Office of the National Economic and Social Development Council (TH). Population projections for Thailand 2010-2040 (in Thai). Bangkok: Office of the National Economic and Social Development Council; 2010.

5. Namon Hospital. Health data center report, Namon District, Kalasin Province (in Thai). Kalasin: Kalasin Provincial Public Health Office; 2021.

6. Lertudomsin S. Guideline for the care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. In: Lertudomsin S, editor. Pharmaceutical care for asthma, allergic rhinitis and chronic obstructive pulmonary disease (in Thai). Khon Kaen: Klungnana Vitthaya; 2010. p. 143-5.

7. Chanta D, Piyawatanapong S, Banharak S. Psychosocial health status of older adults with chronic obstructive pulmonary disease attending the asthma and emphysema clinic, Srinagarind Hospital (in Thai). In: Proceedings of the 20th National Graduate Research Conference; 2019 Mar 15; Khon Kaen. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2019. p. 932-42.

8. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: 2026 report [Internet]. GOLD; 2025 [cited 2026 Nov 5]. Available from: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2025/12/GOLD-REPORT-2026-v1.3-8Dec2025_WMV.pdf

9. Schrijver J, Lenferink A, Brusse-Keizer M, Zwerink M, van der Valk PD, van der Palen J, et al. Self-management interventions for people with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2022;(1):CD002990. doi:10.1002/14651858.CD002990.pub4.

10. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med. 2003;26(1):1-7.

11. Chanamarn P. Development of a self-management program for older adults with chronic obstructive pulmonary disease (in Thai). J Nurs Public Health Educ. 2018;19(1):61-72.

12. Donchai J. Effects of teaching based on Pitts' principles to promote health literacy on self-management among older adults with chronic obstructive pulmonary disease [master's thesis] (in Thai). Chiang Mai: Chiang Mai University; 2023.

13. Joanna Briggs Institute. JBI levels of evidence [Internet]. Adelaide: Joanna Briggs Institute; 2014 [cited 2026 Nov 5]. Available from: https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf

14. Institute of Hospital Quality Improvement and Accreditation. Hospital and healthcare standards, commemorating the 60th anniversary of His Majesty's accession (in Thai). Nonthaburi: D-One; 2008.

15. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):175-91.

16. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ. 2010;182(18):E839-42.

17. Mahatnirunkul S, Tuntipivatanaskul W, Pumpaisalchai W. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items) (in Thai). J Ment Health Thai. 1998;5(3):4-15.

18. Raksayot J, Sitthiban S. Effects of a care model for patients with chronic obstructive pulmonary disease at the Khon Rak Pod clinic, Somdet Phra Yuparat Chawang Hospital (in Thai). J Health Sci. 2013;22(6):974-8.

19. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977;84(2):191-215.

20. Yodchai K, Thongsong P. Effects of a nutrition promotion program on nutrition-related health behaviors and nutritional status among older adults with chronic obstructive pulmonary disease and malnutrition (in Thai). Songklanagarind J Nurs. 2020;39(4):1-15.

21. Wattanapongsathit P. Factors related to resilience among older adults with chronic obstructive pulmonary disease (in Thai). J Boromarajonani Coll Nurs Bangkok. 2016;32(3):24-36.

22. Department of Provincial Administration (TH). Population statistics by age group [Internet]. Bangkok: Ministry of Interior; 2025 [cited 2026 Nov 5]. Available from: https://stat.bora.dopa.go.th/new_stat/webPage/statByAgeMonth.php (in Thai)

บทความวิจัย | RESEARCH ARTICLE

การพัฒนาและประเมินผลเบื้องต้นของรูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Development and Preliminary Evaluation of a Dengue Hemorrhagic Fever Problem-Solving Model through the District Health Board (DHB) in Namon District, Kalasin Province

สุพจน์ แสบงบาล[1*]

Supoth Sabangban[1*]

[1] สาธารณสุขอำเภอนามน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

*ผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding author)

☐ **รับบทความ:** 15 เมษายน 2569 ✓**แก้ไขบทความ:** 20 เมษายน 2569 ☑ **ตอบรับบทความ:** 30 เมษายน 2569

การอ้างอิง (Citation): สุพจน์ แสบงบาล. การพัฒนาและประเมินผลเบื้องต้นของรูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า. 2569;1(1):30–43.

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และศึกษาผลของการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยใช้นวัตกรรมปลากระดี่กินลูกน้ำแบบมีส่วนร่วม อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนมกราคม 2568 ถึงเมษายน 2569 กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชน 381 คน และภาคีเครือข่าย 204 คน สุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วนรายตำบล เครื่องมือวิจัย ได้แก่ กระบวนการกลุ่มและการประชาคม รายงาน R506 แบบสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI/CI) แบบบันทึกการกินลูกน้ำของปลา และแบบวัดความพึงพอใจต่อนวัตกรรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Independent t-test และ Chi-square test

ผลการศึกษาพบว่า ปี 2553–2561 อำเภอนามนมีการระบาดแบบปีเว้นปี ปี 2558 มีอัตราป่วย 204.21 ต่อประชากรแสนคน พบมากในกลุ่มอายุ 10–14 ปี รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 มาตรการตามองค์ประกอบ UCCARE ขับเคลื่อนผ่าน พชอ. และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับอำเภอ โดยใช้ปลากระดี่ซึ่งกินลูกน้ำได้ 18.45 ตัวต่อตัวต่อวันแทนทรายเทมีฟอส หลังดำเนินการพบผู้ป่วย 16 ราย (40.82 ต่อประชากรแสนคน) ไม่มีผู้เสียชีวิต ค่า HI ลดลงจากร้อยละ 8.21 เป็น 3.08 ค่า CI ลดลงจาก 7.94 เป็น 2.91 และคะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจาก 33.48±5.12 เป็น 41.37±6.84 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) สรุปได้ว่ารูปแบบที่ขับเคลื่อนผ่าน พชอ. สัมพันธ์กับการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายและชุมชนที่เข้มแข็งขึ้น ควรยืนยันผลด้วยการศึกษาที่มีกลุ่มเปรียบเทียบก่อนขยายผลไปยังอำเภอใกล้เคียงต่อไป

คำสำคัญ: โรคไข้เลือดออก, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ, การมีส่วนร่วม, ปลากระดี่กินลูกน้ำ

Abstract

This research and development study aimed to examine the situation, develop a model, and evaluate the outcomes of solving dengue hemorrhagic fever (DHF) problems through the District Health Board (DHB) using a participatory larvivorous gourami fish innovation. The study was conducted from January 2025 to April 2026. The sample comprised 381 residents and 204 dengue-prevention network partners (n = 585), calculated using the finite-population proportion formula and selected by proportional stratified random sampling by subdistrict. Research instruments were group-process and community-forum guides, the R506 surveillance report, an Aedes larval index survey form (HI/CI), a larvae-consumption record form for surface-feeding predatory fish, and an innovation satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, and chi-square test at a significance level of 0.05.

Preliminary data (2010–2018) showed that dengue in Namon District followed an alternate-year pattern. In 2015 there were 80 cases (204.21 per 100,000 population), mostly students aged 10–14 years, and container indices (CI) in 2013–2015 were 17.16, 12.58 and 13.66. The model comprised six UCCARE-based measures driven through the DHB and the district Emergency Operations Center (EOC). Gourami fish consumed 18.45 larvae per fish per day (5,535.00 larvae per 30 fish over 10 days). In the 2016–2018 pilot phase, cases were 21, 36 and 5 (2018 incidence 12.76 per 100,000) and satisfaction scores rose from 31.96 to 42.06 ($t = -28.23$, $p < 0.001$). From January 2025 to April 2026, 16 cases were reported (40.82 per 100,000) with no deaths; House Index (HI) decreased from 8.21 to 3.08, CI from 7.94 to 2.91, and satisfaction rose from 33.48±5.12 to 41.37±6.84 ($t = -22.34$, $p < 0.001$). The DHB-driven model strengthened collaboration among network partners and communities and may be scaled up to neighboring districts after confirmation in a controlled study.

Keywords: Dengue hemorrhagic fever, District Health Board, community participation

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อนำโดยยุงลายที่เพิ่มขึ้นเร็วกว่าโรคติดต่ออื่น องค์การอนามัยโลกรายงานว่าจำนวนผู้ป่วยที่รายงานเพิ่มขึ้นจาก 505,430 ราย ในปี ค.ศ. 2000 เป็น 14,434,584 ราย ในปี ค.ศ. 2024 และมีผู้เสียชีวิต 11,201 ราย[1] สำหรับประเทศไทยมีรายงานการระบาดอย่างชัดเจนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2501 โดยเริ่มจากกรุงเทพมหานครแล้วกระจายไปทุกภูมิภาค ปี พ.ศ. 2530 พบผู้ป่วยสูงสุดเท่าที่เคยมีรายงาน 174,285 ราย เสียชีวิต 1,007 ราย และปี พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วย 85,849 ราย อัตราป่วย 129.96 ต่อประชากรแสนคน[2] ส่วนปี พ.ศ. 2568 (ข้อมูล ณ วันที่ 19 สิงหาคม 2568) มีรายงานผู้ป่วยสะสม 38,687 ราย อัตราป่วย 59.60 ต่อประชากรแสนคน และผู้เสียชีวิต 37 ราย ซึ่งต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง แต่ยังเป็นช่วงฤดูกาลระบาดที่ต้องเฝ้าระวัง[3]

อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ในปี 2556–2558 มีแนวโน้มการระบาดเพิ่มขึ้น โดยอัตราป่วย 156.81, 180.56 และ 204.21 ต่อประชากรแสนคน

ตามลำดับ (คำนวณจากประชากรกลางปี 2558 ประมาณ 39,175 คน) ปี 2558 พบผู้ป่วย 80 ราย เป็นหญิง 44 ราย ชาย 36 ราย กลุ่มอายุ 10–14 ปีพบมากที่สุด (23 ราย) อาชีพนักเรียนพบมากที่สุด (58 ราย) พบผู้ป่วยสูงสุดในเดือนพฤศจิกายน (13 ราย) ตำบลนามนมีอัตราป่วยสูงสุด 659.90 ต่อประชากรแสนคน ปัจจัยเสี่ยงที่พบ ได้แก่ ฤดูฝน ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายเกินมาตรฐาน การเดินทางไปพื้นที่ระบาด และการไม่ป้องกันตนเองจากยุงลายกัด[4] ในขณะเดียวกันชุมชนขาดแคลนทรายอะเบทและปลาหางนกยูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอุทัยวรรณ ตำบลหลักเหลี่ยม จึงคิดค้นนวัตกรรมปลากระดี่กินลูกน้ำขึ้นจากทรัพยากรในชุมชน และพบว่าควบคุมลูกน้ำยุงลายได้มีประสิทธิภาพสูง[5] หลังขยายผลระดับอำเภอ ปี 2559–2561 จำนวนผู้ป่วยเท่ากับ 21, 36 และ 5 ราย ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานดังกล่าวยังไม่ได้ถูกยกระดับเป็นวาระของ พชอ. อย่างเป็นระบบ และยังต้องติดตามความยั่งยืนในปีต่อ ๆ มา

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ก่อตั้งตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 เพื่อบูรณาการการทำงานของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่[6] โดยใช้องค์ประกอบ UCCARE ของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) เป็นกรอบการดำเนินงาน[7] ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การทำงานเป็นเอกภาพของทีมสุขภาพอำเภอ (Unity district health team) การตอบสนองความต้องการผู้รับบริการ (Customer focus) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation) การทำงานจนเกิดคุณค่า (Appreciation) การแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) และการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชนเป็นกลไกสำคัญของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก[8-10] และมีการศึกษาประสิทธิผลของปลากินลูกน้ำชนิดต่าง ๆ[11] แต่ยังไม่พบการศึกษาที่พัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาไข้เลือดออกโดยบูรณาการนวัตกรรมปลากระดี่กินลูกน้ำเข้ากับกลไก พชอ. ซึ่งเป็นช่องว่างขององค์ความรู้ของการศึกษานี้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกผ่าน พชอ. อำเภอนามน โดยต่อยอดจากข้อมูลเบื้องต้นและนวัตกรรมปลากระดี่กินลูกน้ำ ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2568 ถึงเมษายน 2569 คาดว่าผลการศึกษาจะเป็นแนวทางให้ พชอ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วม และขยายผลสู่อำเภอใกล้เคียงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยใช้นวัตกรรมปลากระดี่กินลูกน้ำแบบมีส่วนร่วม
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นต่อสถานการณ์โรค ดัชนีลูกน้ำยุงลาย และความพึงพอใจต่อนวัตกรรม

วิธีการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบบมีส่วนร่วม ใช้กรอบแนวคิด UCCARE ร่วมกับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center: EOC) ระดับอำเภอ ดำเนินการในอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนมกราคม 2568 ถึงเมษายน 2569 (รวม 16 เดือน) แบ่งเป็น 2 วงจร คือ วงจรที่ 1 (R: Research) วิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดมาตรการและบทบาทภาคีเครือข่าย แล้วดำเนินการ และวงจรที่ 2 (D: Develop) ถอดบทเรียน ปรับปรุงมาตรการแล้วดำเนินการต่อ มีรายละเอียดดังนี้

ประชากร

ประชาชนและภาคีเครือข่ายป้องกันโรคไข้เลือดออกในอำเภอนามน 5 ตำบล 67 หมู่บ้าน ได้แก่ ประชาชน 36,550 คน และภาคีเครือข่าย 431 คน (ผู้บริหารท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และจิตอาสา)

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรประมาณค่าสัดส่วนเมื่อทราบจำนวนประชากร[12] กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (Z = 1.96) ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 และสัดส่วนสูงสุด 0.5 ได้กลุ่มตัวอย่างประชาชน 381 คน และภาคีเครือข่าย 204 คน รวม 585 คน การประเมินก่อนและหลังดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มแยกกันในแต่ละครั้ง (คนละชุด) อัตราการตอบกลับร้อยละ 100 จัดสรรตามสัดส่วนรายตำบล ได้แก่ ตำบลนามน 201 คน ยอดแกง 126 คน สงเปลือย 112 คน หลักเหลี่ยม 82 คน และหนองบัว 64 คน สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยวิธีจับสลากจากบัญชีรายชื่อครัวเรือน (เลือกตัวแทนครัวเรือนละ 1 คน) และบัญชีรายชื่อภาคีเครือข่าย หากไม่พบตัวอย่างให้เลื่อนไปยังรายชื่อถัดไป

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) อายุ 20 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอนามนไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) เป็นตัวแทนครัวเรือนหรือเป็นภาคีเครือข่ายที่ร่วมดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก 3) สื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1) มีภาวะเจ็บป่วยจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ 2) ย้ายออกนอกพื้นที่ระหว่างการวิจัย 3) ขอถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือวิจัย

ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ แนวทางการสัมภาษณ์กลุ่ม กระบวนการกลุ่ม และการประชาคม เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดมาตรการและบทบาทภาคีเครือข่าย ถอดบทเรียน และปรับปรุงมาตรการ 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (2.1) แบบรายงาน R506 (2.2) แบบสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI/CI) ของกรมควบคุมโรค (2.3) แบบบันทึกการทดลองการกินลูกน้ำของปลาล่าเหยื่อผิวน้ำ และ (2.4) แบบวัดความพึงพอใจต่อนวัตกรรมปลากระดี่กินลูกน้ำ ดัดแปลงจากแบบประเมินความพึงพอใจนวัตกรรมของกรมอนามัย[13] 5 ด้าน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 50 คะแนน แปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom[14] เป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 (10.00–17.99 คะแนน) ระดับ 2 (18.00–25.99 คะแนน) ระดับ 3 (26.00–33.99 คะแนน) ระดับ 4 (34.00–41.99 คะแนน) และระดับ 5 (42.00–50.00 คะแนน) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67–1.00 และหาความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้เท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการ 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) รวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจัยเสี่ยง และข้อมูลเบื้องต้นปี 2553–2561 (ม.ค.–มี.ค. 2568) 2) ประชุม พชอ. เพื่อกำหนดมาตรการและกิจกรรมโดยใช้นวัตกรรมปลากระดี่กินลูกน้ำ (เม.ย. 2568) 3) กำหนดบทบาทภาคีเครือข่าย (พ.ค. 2568) 4) ดำเนินการตามมาตรการและบทบาท (มิ.ย.–ธ.ค. 2568) 5) ถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข (ม.ค. 2569) 6) ปรับปรุงมาตรการและบทบาทภาคีเครือข่าย (ก.พ. 2569) 7) ดำเนินการตามมาตรการที่ปรับปรุง (มี.ค.–เม.ย. 2569) และ 8) สรุปถอดบทเรียนและวิเคราะห์ข้อมูล (เม.ย. 2569) การทดลองประสิทธิภาพของปลาล่าเหยื่อผิวน้ำ 13 ชนิด ใช้ปลาชนิดละ 30 ตัว คัดตัวที่แข็งแรงและโตที่สุด เลี้ยงในโอ่งขนาด 160 ลิตร เติมน้ำ 120 ลิตร ครอบด้วยตาข่ายถี่ งดอาหาร 2 วัน แล้วให้ลูกน้ำยุงลายชุดละ 100 ตัว ตามวงจรชีวิต 10 วัน บันทึกจำนวนลูกน้ำที่ถูกกินระหว่างเวลา 06.00–18.00 น. ทุกวัน เก็บข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ที่ผ่านการอบรม สำรวจ HI/CI ในครัวเรือนกลุ่มตัวอย่างและประเมินความพึงพอใจ ก่อนดำเนินการ (ม.ค.–มี.ค. 2568) และหลังดำเนินการ (เม.ย. 2569)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลด้วยโปรแกรม RStudio (R version 4.4.1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent t-test เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจก่อน-หลังดำเนินการ และเปรียบเทียบคะแนนระหว่างภาคีเครือข่ายกับประชาชน และ Chi-square test เปรียบเทียบสัดส่วนครัวเรือนที่พบลูกน้ำยุงลายก่อน-หลังดำเนินการ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และรายงานผลต่างค่าเฉลี่ยพร้อม 95% CI วิเคราะห์แนวโน้มผู้ป่วยด้วยค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี และการพยากรณ์ด้วย Exponential smoothing

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ปฏิบัติตามริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง ให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ เก็บข้อมูลเป็นความลับ นำเสนอผลในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการ

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงของโรคไข้เลือดออกในอำเภอนามน

1.1 ข้อมูลเบื้องต้นปี 2553–2561 อำเภอนามนมีการระบาดแบบปีเว้นปี ปี 2558 พบผู้ป่วย 80 ราย เกินค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (Median = 60 ราย ในปี 2553–2557) คิดเป็นร้อยละ 33.33 และพยากรณ์ด้วย Exponential smoothing พบแนวโน้มสูงขึ้น อัตราป่วย 204.21 ต่อประชากรแสนคน (95% CI 161.93 ถึง 254.16) ไม่มีผู้เสียชีวิต เพศหญิง 44 ราย เพศชาย 36 ราย (1.22 : 1) กลุ่มอายุ 10–14 ปี พบมากที่สุด (23 ราย) รองลงมาคือ 5–9 ปี (21 ราย) และ 15–24 ปี (16 ราย) อาชีพนักเรียน 58 ราย เกษตรกร 11 ราย และในปกครอง 4 ราย พบผู้ป่วยสูงสุดในเดือนพฤศจิกายน (13 ราย) ค่า CI ปี 2556–2558 เท่ากับ 17.16, 12.58 และ 13.66 ตามลำดับ ภาชนะที่พบลูกน้ำมากที่สุดคือภาชนะน้ำดื่มน้ำใช้ในบ้าน (ร้อยละ 79.85) รองลงมาคือต้นพืช (ร้อยละ

10.13) ยางรถยนต์ (ร้อยละ 5.20) และขยะ (ร้อยละ 4.80) ตามลำดับ

1.2 สถานการณ์ในช่วงดำเนินการ ระหว่างเดือนมกราคม 2568–เมษายน 2569 พบผู้ป่วย 16 ราย (ปี 2568 จำนวน 14 ราย และเดือนมกราคม–เมษายน 2569 จำนวน 2 ราย) อัตราป่วย 40.82 ต่อประชากรแสนคน (16 เดือน; 95% CI 23.33 ถึง 66.29; เทียบเท่า 30.62 ต่อประชากรแสนคนต่อปี) ไม่มีผู้เสียชีวิต ปี 2568 ผู้ป่วย 14 ราย ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (Median = 31 ราย ในปี 2563–2567) ร้อยละ 54.84 ส่วนผู้ป่วยทั้ง 16 ราย เป็นเพศชาย 9 ราย (ร้อยละ 56.25) เพศหญิง 7 ราย (1.29 : 1) กลุ่มอายุ 5–9 ปีพบมากที่สุด (5 ราย) รองลงมาคือ 10–14 ปี (4 ราย) และ 15–24 ปี (3 ราย) อาชีพนักเรียน 9 ราย ในปกครอง 3 ราย และเกษตรกร 2 ราย พบผู้ป่วยสูงสุดในเดือนสิงหาคม (4 ราย) และสามารถควบคุมโรคได้ภายใน Generation ที่ 1 ในทุกหมู่บ้านที่พบผู้ป่วย จำนวน 12 หมู่บ้าน กล่าวคือไม่พบผู้ป่วยรายใหม่ในหมู่บ้านเดียวกันภายใน 28 วันนับจากวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายแรก

2. การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกผ่าน พชอ.

2.1 ขั้นตอนและกิจกรรมการพัฒนารูปแบบ ดำเนินการ 8 ขั้นตอน ในช่วงเดือนมกราคม 2568–เมษายน 2569 โดยมีนายอำเภอเป็นผู้บัญชาการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นทีมเลขา และขับเคลื่อนร่วมกับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับอำเภอ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ขั้นตอน กิจกรรม เครื่องมือ ระยะเวลา และเหตุผลทางวิชาการของการพัฒนารูปแบบ

ขั้นตอนที่	กิจกรรม/เนื้อหา	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลา	เหตุผลทางวิชาการ
1	รวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจัยเสี่ยง และข้อมูลเบื้องต้นปี 2553–2561	รายงาน R506 แบบสำรวจ HI/CI การสัมภาษณ์กลุ่ม	ม.ค.–มี.ค. 2568 (3 เดือน)	ใช้ข้อมูลระบาดวิทยาเพื่อกำหนดพื้นที่เสี่ยงและปัญหาร่วมกัน[4]
2	ประชุม พชอ. กำหนดมาตรการ/กิจกรรม 6 ด้านตามองค์ประกอบ UCCARE และเปิด EOC เมื่อมีการระบาด	ประชาคมและกระบวนการกลุ่ม	เม.ย. 2568 (1 เดือน)	พชอ. บูรณาการภาครัฐ เอกชน และประชาชนในการแก้ปัญหาสุขภาพ[6,7]
3	กำหนดบทบาทภาคีเครือข่าย (นายอำเภอ สสอ. รพ.สต. อปท. ผู้นำชุมชน อสม. จิตอาสา)	ประชาคมและกระบวนการกลุ่ม	พ.ค. 2568 (1 เดือน)	การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชนเป็นกลไกสำคัญของการควบคุมโรค[8,9]

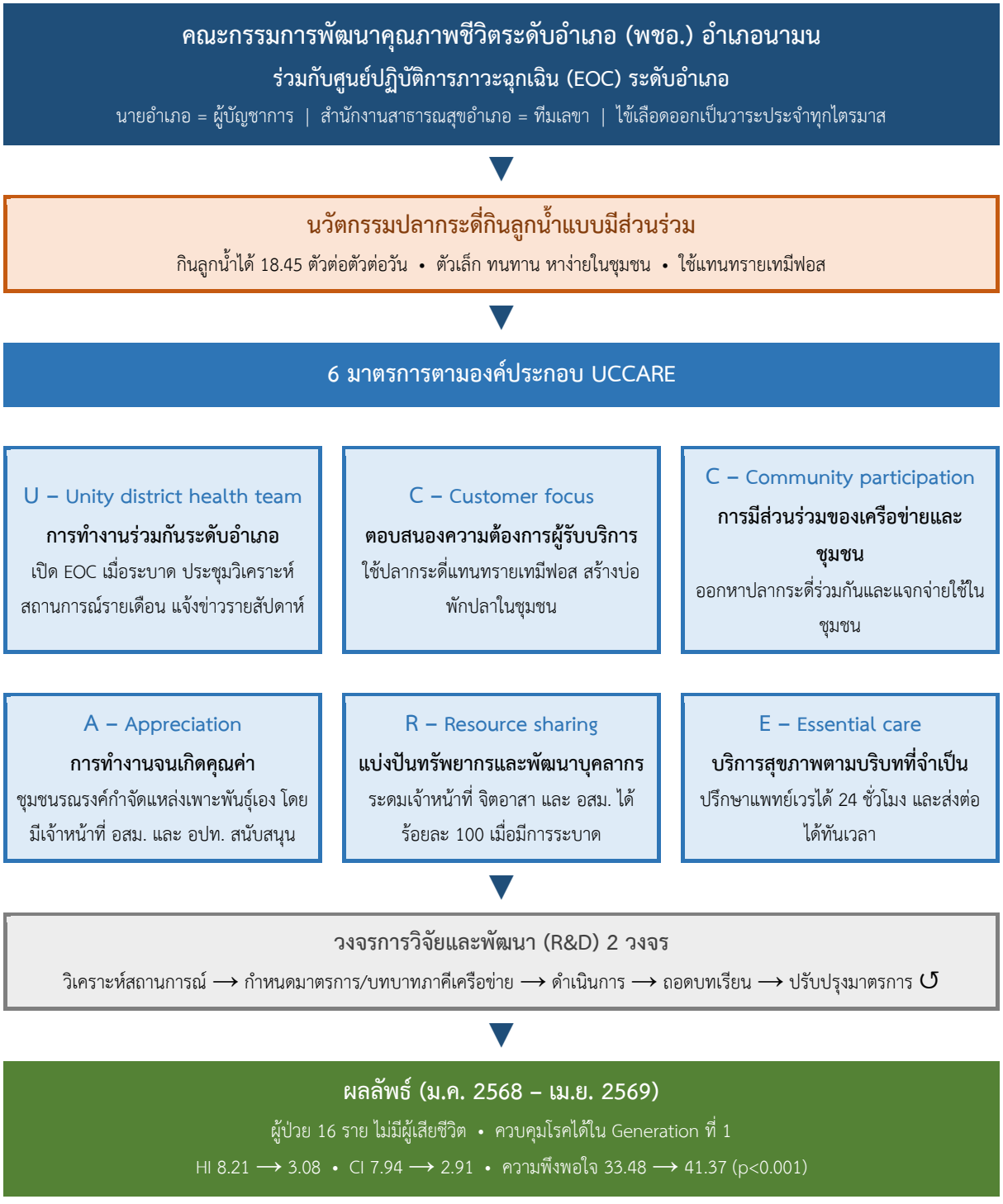
ขั้นตอนที่	กิจกรรม/เนื้อหา	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลา	เหตุผลทางวิชาการ
4	ดำเนินการตามมาตรการ ได้แก่ อบรม อสม./จิตอาสา หาปลากระดี่ร่วมกัน แจกจ่ายปลา สร้างบ่อพัก และรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์	ปลากระดี่ บ่อพัก ปลา แบบสำรวจ HI/CI รายงาน R506	มิ.ย.–ธ.ค. 2568 (7 เดือน)	ใช้ชีววิธีแทนทรายอะเบทที่ขาดแคลน ปลากระดี่ตัวเล็ก ทนทาน หาง่ายในชุมชน[5,11]
5	ถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข	กระบวนการกลุ่ม	ม.ค. 2569 (1 เดือน)	สะท้อนผลการปฏิบัติเพื่อปรับปรุงในวงจรการพัฒนาต่อไป
6	ปรับปรุงมาตรการ/กิจกรรมและบทบาทภาคีเครือข่ายให้สอดคล้องกับผลการถอดบทเรียน	ประชาคมและกระบวนการกลุ่ม	ก.พ. 2569 (1 เดือน)	วงจรการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบบต่อเนื่อง
7	ดำเนินการตามมาตรการที่ปรับปรุง และเก็บข้อมูล HI/CI และความพึงพอใจหลังดำเนินการ	แบบสำรวจ HI/CI แบบวัดความพึงพอใจ	มี.ค.–เม.ย. 2569 (2 เดือน)	ประเมินผลตามเกณฑ์ HI/CI <10 และระดับความพึงพอใจตามเกณฑ์ของ Bloom[14]
8	สรุปถอดบทเรียนและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ	โปรแกรม RStudio	เม.ย. 2569 (1 เดือน)	สรุปรูปแบบเพื่อใช้ขยายผลในระดับอำเภอ

2.2 รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6 มาตรการตามองค์ประกอบ UCCARE ได้แก่ 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity district health team) เปิด EOC เมื่อมีการระบาด ประชุมวิเคราะห์สถานการณ์อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง แจ้งข่าวการระบาดโดยทีมตระหนักรู้ภาพอำเภอสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และขับเคลื่อนนโยบายนวัตกรรมปลากระดี่ลงสู่ชุมชน 2) การตอบสนองความต้องการผู้รับบริการ (Customer focus) สนับสนุนการใช้ปลากระดี่แทนทรายเทมีฟอส และสร้างบ่อพักปลากระดี่ในชุมชน 3) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation) ออกหาปลากระดี่ร่วมกันและแจกจ่ายใช้ในชุมชน 4) การทำงานจนเกิดคุณค่า (Appreciation) รณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำโดยคนในชุมชนเอง โดยมีเจ้าหน้าที่ อสม. และ อปท. สนับสนุน 5) การแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) เรียกใช้กำลังเจ้าหน้าที่ จิตอาสา และ อสม. ได้ร้อยละ 100 เมื่อมีการระบาด และควบคุมโรคไม่ให้เกิดผู้ป่วย Generation ที่ 2 และ 6) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) ปรึกษาแพทย์เวรได้ตลอด 24 ชั่วโมงและส่งต่อได้ทันเวลา ทั้งนี้ พชอ. บรรจุประเด็นโรคไข้เลือดออกเป็นวาระประจำของการประชุมทุกไตรมาสและกำหนดตัวชี้วัด HI/CI ระดับตำบล ดังแสดงในภาพ 1

2.3 ผลการทดลองประสิทธิภาพของปลาล่าเหยื่อผิวน้ำ จากการทดลองปลา 13 ชนิด พบว่าปลาหมอกินลูกน้ำได้มากที่สุด 93.15 ตัวต่อตัวต่อวัน (Mean±SD = 27,946.20±480.22 ตัว/10 วัน) รองลงมาคือปลากระดี่ 18.45 ตัวต่อตัวต่อวัน (Mean±SD = 5,535.00±56.63) และปลาบู่ 18.03 ตัวต่อตัวต่อวัน (Mean±SD = 5,410.10±109.39) ขณะที่

ปลาหางนกยูงกินได้เพียง 5.10 ตัวต่อตัวต่อวัน (1,528.80 ตัว/10 วัน) ปลากระดี่จึงถูกเลือกใช้ในรูปแบบนี้เนื่องจากตัวเล็ก ทนทาน หาง่ายในชุมชน ไม่กินคาวมากเมื่อเทียบกับปลาหมอและปลาบู่

ภาพ1 โมเดลที่ได้จากการพัฒนา



3. ผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

3.1 การเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจก่อน-หลังดำเนินการ ในระยะนำร่อง กลุ่มตัวอย่าง 592 คน เป็นหญิงร้อยละ 57.60 ชายร้อยละ 42.40 อายุ 20–65 ปี (เฉลี่ย 47.65 ปี) ส่วนใหญ่สมรส (ร้อยละ 54.90) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 42.40) ส่วนกลุ่มตัวอย่างระยะ พชอ. เป็นหญิงร้อยละ 58.12 อายุเฉลี่ย 48.20±10.94 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 40.17 คะแนนความพึงพอใจรวมในระยะนำร่องเพิ่มขึ้นจาก 31.96±4.74 (ระดับ 3) เป็น 42.06±7.23 (ระดับ 5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -28.23$, $p<0.001$) และเพิ่มขึ้นในทุกด้านที่แสดงในตาราง 2 (3 จาก 5 ด้าน) โดยข้อที่มีค่า t สูงสุดคือปลากระดี่ควบคุมลูกน้ำได้ดีกว่าทรายอะเบท ($t = -23.01$) รองลงมาคือการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและมีส่วนร่วม ($t = -22.84$) และความปลอดภัย ($t = -21.07$) ในระยะ พชอ. คะแนนรวมเพิ่มขึ้นจาก 33.48±5.12 (ระดับ 3) เป็น 41.37±6.84 (ระดับ 4) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -22.34$, $p<0.001$) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจต่อนวัตกรรมปลากระดี่กินลูกน้ำ ก่อน-หลังดำเนินการ จำแนกตามระยะ (Independent t-test)

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อน		หลัง		ระดับ	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
		$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.					
คะแนนรวม (เต็ม 50)	นำร่อง 2559–2561	31.96	4.74	42.06	7.23	3⟶5	10.10	9.40-10.80	-28.23	<0.001*
คะแนนรวม (เต็ม 50)	พชอ. 2568–2569	33.48	5.12	41.37	6.84	3⟶4	7.89	7.20-8.58	-22.34	<0.001*
ปลากระดี่ดีกว่าทรายอะเบท (เต็ม 5)	นำร่อง 2559–2561	3.19	0.78	4.37	0.95	3⟶5	1.18	1.08-1.28	-23.01	<0.001*
ปลากระดี่ดีกว่าทรายอะเบท (เต็ม 5)	พชอ. 2568–2569	3.31	0.74	4.29	0.91	3⟶5	0.98	0.88-1.08	-20.14	<0.001*
ใช้ทรัพยากรคุ้มค่าและมีส่วนร่วม (เต็ม 5)	นำร่อง 2559–2561	3.11	0.78	4.33	1.02	3⟶5	1.22	1.12-1.32	-22.84	<0.001*
ใช้ทรัพยากรคุ้มค่าและมีส่วนร่วม (เต็ม 5)	พชอ. 2568–2569	3.22	0.77	4.21	0.96	3⟶5	0.99	0.89-1.09	-19.87	<0.001*
ความปลอดภัย (เต็ม 5)	นำร่อง 2559–2561	3.24	0.74	4.33	1.01	3⟶5	1.09	0.99-1.19	-21.07	<0.001*
ความปลอดภัย (เต็ม 5)	พชอ. 2568–2569	3.35	0.72	4.30	0.93	3⟶5	0.95	0.85-1.05	-19.52	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.2 การเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจระหว่างภาคีเครือข่ายกับประชาชน ในระยะนำร่อง ภาคีเครือข่ายมีคะแนนเฉลี่ยรวม 37.03 คะแนน สูงกว่าประชาชนซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 35.55 คะแนน (ผลต่าง 1.48 คะแนน, 95% CI 0.47 ถึง 2.49, t = 2.87, p = 0.004) ในระยะ พชอ. ทั้งก่อนและหลังดำเนินการ คะแนนรวมของภาคีเครือข่ายและประชาชนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.101 และ 0.063 ตามลำดับ) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจระหว่างภาคีเครือข่ายกับประชาชน (Independent t-test)

ตัวแปร	ภาคีเครือข่าย (n = 204)		ประชาชน (n = 381)		ระดับ	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.					
คะแนนรวม (เต็ม 50) ระยะนำร่อง 2559–2561	37.03	5.86	35.55	6.12	4/4	1.48	0.47-2.49	2.87	0.004*
คะแนนรวม (เต็ม 50) ก่อน ระยะ พชอ.	33.92	4.97	33.20	5.21	3/3	0.72	-0.14-1.58	1.64	0.101
คะแนนรวม (เต็ม 50) หลัง ระยะ พชอ.	42.05	6.12	41.01	7.01	5/4	1.04	-0.06-2.14	1.86	0.063
ด้านประสิทธิภาพ (เต็ม 15) หลัง ระยะ พชอ.	13.12	1.84	12.84	2.01	5/5	0.28	-0.04-0.60	1.70	0.090

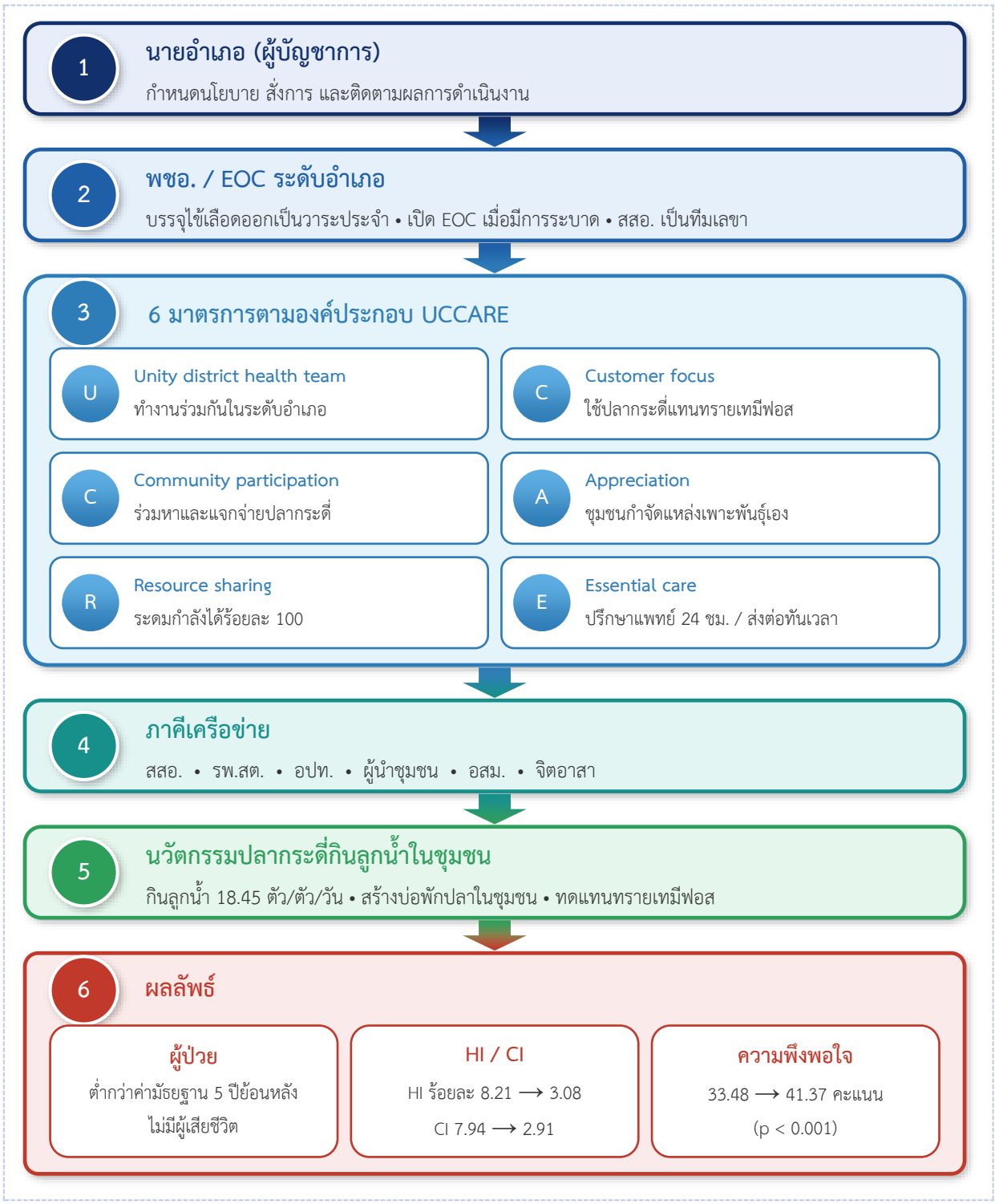
*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.3 ผลต่อสถานการณ์โรคและดัชนีลูกน้ำยุงลาย ในระยะนำร่อง หลังดำเนินมาตรการปี 2559–2561 พบผู้ป่วย 21, 36 และ 5 ราย ตามลำดับ (อัตราป่วยปี 2561 เท่ากับ 12.76 ต่อประชากรแสนคน) ไม่มีผู้เสียชีวิต ค่า HI ปี 2559–2561 เท่ากับ 9.82, 6.52 และ 2.36 และค่า CI เท่ากับ 8.67, 8.58 และ 2.36 ตามลำดับ ลดลงต่อเนื่องและไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน (HI และ CI <10) สัดส่วนครัวเรือนที่พบลูกน้ำยุงลายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 26.72, p<0.001; RR = 0.24, 95% CI 0.13 ถึง 0.44) ในระยะ พชอ. ค่า HI ลดลงจากร้อยละ 8.21 เป็น 3.08 (χ^2 = 14.45, p<0.001; RR = 0.38, 95% CI 0.22 ถึง 0.64) และค่า CI ลดลงจาก 7.94 เป็น 2.91 ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบสัดส่วนครัวเรือนที่พบลูกน้ำยุงลาย (HI) ก่อน-หลังดำเนินการ จำแนกตามระยะ (Chi-square test)

สถานะครัวเรือน	ก่อนดำเนินการ (ร้อยละ)	หลังดำเนินการ (ร้อยละ)	χ^2	p-value
ระยะนำร่อง: พบลูกน้ำยุงลาย (HI)	9.82	2.36	26.72	<0.001*
ระยะนำร่อง: ไม่พบลูกน้ำยุงลาย	90.18	97.64		
ระยะ พชอ.: พบลูกน้ำยุงลาย (HI)	8.21	3.08	**14.45**	**<0.001***
ระยะ พชอ.: ไม่พบลูกน้ำยุงลาย	91.79	96.92		

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05



ภาพ 1 รูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

อภิปรายผล

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในอำเภอนามนเป็นแบบปีเว้นปี (2553–2558) ซึ่งแตกต่างจากรายงานของชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี[15] ที่พบแบบต่ำ 2 ปีแล้วสูง 2 ปี ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับภูมิประเทศและปริมาณน้ำฝนในอำเภอนามนต่างจากเขตสุขภาพรวมทั้งภูมิคุ้มกันของประชากรในพื้นที่ ส่วนกลุ่มอายุที่

พบสูงสุดคือ 10–14 ปีและ 5–9 ปี ซึ่งสอดคล้องกับรายงานดังกล่าว ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือค่า CI เกิน 10 ในปี 2556–2558 โดยพบลูกน้ำในภาชนะน้ำดื่มน้ำใช้ในบ้านมากที่สุด หลังดำเนินมาตรการค่า CI ลดลงต่ำกว่า 10 อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ อารี พุ่มประไวทย์[10] ที่พบว่าต้องขับเคลื่อนผ่านชุมชน โดยมีจิตอาสาและ อสม. เป็นกลไก และต้องใช้เวลาสร้างความเข้าใจ หากขอความร่วมมือไม่ได้จึงดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ สำหรับช่วงปี 2568–2569 ที่ผู้ป่วยต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง สอดคล้องกับสถานการณ์ระดับประเทศปี 2568 ที่ต่ำกว่าค่ามัธยฐานเช่นกัน[3] จึงควรตีความโดยคำนึงถึงอิทธิพลของวัฏจักรการระบาดตามธรรมชาติ

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใช้กรอบ UCCARE ร่วมกับ EOC และ พชอ. ระดับอำเภอ โดยนายอำเภอเป็นผู้บัญชาการ สอดคล้องกับ นอรีนี ตะหวา และปวิตร ชัยวิสิทธิ์[8] และภคอร โจทย์กิ่ง และประจักร บัวผัน[9] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชนเป็นกลไกสำคัญของการควบคุมโรค เนื่องจากอำเภอนามนเป็นอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งในปี 2560 และผ่านมาตรฐาน SRRT ระดับประเทศในปี 2561 การบรรจุไข้เลือดออกเป็นวาระของ พชอ. ทำให้การสั่งการติดตาม และการสนับสนุนงบประมาณจากท้องถิ่นเป็นระบบมากขึ้น[6] ด้านการตอบสนองความต้องการผู้รับบริการ ชุมชนขาดแคลนทรายอะเบท กลัวสารเคมี ใส่ปริมาณไม่ถูกต้อง และพบว่าปลาหางนกยูงไม่กินลูกน้ำเมื่อมีลูกน้ำจำนวนมาก จึงเลือกใช้ปลากระดี่ ซึ่งแม้ปลาหมอกินลูกน้ำได้มากที่สุดแต่มีกลิ่นคาวมาก ส่วนปลากระดี่ตัวเล็ก ทนทาน หาได้ง่าย ผลนี้แตกต่างจากกองแก้ว ยะอูป และคณะ[11] ที่พบว่าปลานิลกินลูกน้ำได้มากที่สุด รองลงมาคือปลาหางนกยูงและปลาหมอ ด้านการมีส่วนร่วม การหาปลากระดี่ร่วมกันเป็นกิจกรรมกลุ่มที่สร้างบรรยากาศความร่วมมือในชุมชนชนบท และด้านการแบ่งปันทรัพยากร อำเภอนามนเป็นอำเภอขนาดเล็ก คมนาคมสะดวก มีจิตอาสาและ อสม. ที่เข้มแข็ง และท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ จึงเรียกระดมกำลังได้ร้อยละ 100 เมื่อมีการระบาด

ภายหลังดำเนินการ ผู้ป่วยในปี 2559–2561 (21, 36 และ 5 ราย) ลดลงโดยรวมแต่ไม่ต่อเนื่องทุกปี ไม่พบผู้เสียชีวิต ค่า HI/CI ลดลงต่ำกว่า 10 และสามารถควบคุมโรคได้ภายใน Generation ที่ 1 โดยไม่พบผู้ป่วย Generation ที่ 2 ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยเฉพาะประสิทธิภาพที่ดีกว่าทรายอะเบท ความคุ้มค่าและมีส่วนร่วม และความปลอดภัย สอดคล้องกับ อารี พุ่มประไวทย์[10] เนื่องจากการควบคุมลูกน้ำด้วยปลากระดี่ที่หาได้ในชุมชนมีต้นทุนต่ำ ใช้ง่าย และชุมชนทำเองได้ ขณะที่วิธีทางเคมีต้องใส่ให้ถูกวิธีและตรงตามปริมาตร และอาจเกิดการดื้อสารเคมีในลูกน้ำ ข้อจำกัดของการวิจัย คือ เป็นการวิจัยและพัฒนาในอำเภอเดียวที่ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ข้อมูลระยะนำร่องและระยะ พชอ. อยู่ต่างช่วงเวลา ข้อมูลระยะนำร่องเป็นข้อมูลย้อนหลังที่ตามหลังปีระบาดสูงสุด จึงอาจมี regression to the mean การวัดก่อน–หลังอยู่ต่างฤดูกาล การวัดความพึงพอใจต่อนวัตกรรมก่อนมีการใช้ ผู้ตอบส่วนหนึ่งเป็นภาคีเครือข่ายผู้ปฏิบัติ และการวิเคราะห์ใช้ค่าสรุปที่ไม่ได้ปรับฤดูกาล และผลที่ลดลงอาจได้รับอิทธิพลจากวัฏจักรการระบาด จึงควรตีความผลอย่างระมัดระวัง

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกผ่าน พชอ. อำเภอนามน ประกอบด้วย 6 มาตรการตามองค์ประกอบ UCCARE ขับเคลื่อนร่วมกับ EOC ระดับอำเภอ โดยใช้นวัตกรรมปลากระดี่กินลูกน้ำแบบมีส่วนร่วม ผลการดำเนินงานพบว่าผู้ป่วยต่ำกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลังในปี 2568 ดัชนีลูกน้ำยุงลายลดลงต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน และความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ไม่อาจสรุปความเป็นเหตุเป็น

ผลได้เนื่องจากไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งในระยะนำร่องและระยะดำเนินการเดือนมกราคม 2568–เมษายน 2569 การดำเนินงานต้องอาศัยเวลาสร้างความเข้าใจและประสานภาคีเครือข่ายเพื่อให้ชุมชนควบคุมโรคด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ 1.1 มาตรการในแต่ละด้านต้องดำเนินการอย่างเข้มข้นและจริงจัง 1.2 กระบวนการของผู้นำและชุมชนมีผลต่อการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก 1.3 ภาคีเครือข่ายและชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการป้องกันควบคุมโรค 1.4 ควรมีบ่อพักปลากระดี่ในชุมชน พักปลาที่หามาจากธรรมชาติ 3–5 วันก่อนปล่อย และระวังปลากระโดดออกเมื่อน้ำเต็มภาชนะ 1.5 พชอ. ควรบรรจุประเด็นโรคไข้เลือดออกเป็นวาระประจำและกำหนดตัวชี้วัด HI/CI ระดับตำบลอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป 2.1 ควรศึกษาเชิงคุณภาพควบคู่กับการประเมินผล 2.2 ควรศึกษาเปรียบเทียบกับอำเภอข้างเคียง 2.3 ควรทดลองรูปแบบและมาตรการในพื้นที่อื่น 2.4 ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ การศึกษา กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่เอื้อเฟื้อให้เก็บข้อมูลในพื้นที่ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ คปสอ.นามนทุกท่าน และชุมชนอำเภอนามนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ขอขอบคุณนายอำเภอนามน คณะกรรมการ พชอ. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ อสม. ที่สนับสนุนการดำเนินงาน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Dengue and severe dengue [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 Apr 30]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue
2. Bureau of Vector Borne Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Weekly dengue situation report [Internet]. Bangkok: Ministry of Public Health; 2018 [cited 2018 May 11]. Available from: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/6f4922f45568161a8cdf4ad2299f6d23/files/Dangue/Situation/2562/DHF%205%20edit.pdf (in Thai)
3. Jujan S, Mahasing C. Situation and trend of dengue in Thailand, 2025 (data as of 19 August 2025). Weekly Epidemiological Surveillance Report [Internet]. 2025 [cited 2026 Apr 30]. Available from: https://he05.tci-thaijo.org/index.php/WESR/article/view/6538 (in Thai)
4. Namon Hospital. Dengue epidemiological situation report. Strategy and Disease Control Unit. Kalasin: Kalasin Provincial Public Health Office; 2015. (in Thai)
5. Thepkhan D, Phanphiphit P. Gourami larvivorous fish innovation for Aedes mosquito control. Uthaiwan Health Promoting Hospital, Lak Liam Subdistrict, Namon District, Kalasin Province; 2015. (in Thai)

6. Office of the Prime Minister. Regulation of the Office of the Prime Minister on area-based quality of life development B.E. 2561. Royal Gazette. 2018 Mar 9;135(Special Issue 54 D). (in Thai)

7. Ministry of Public Health. Percentage of quality District Health Boards (DHB) [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; [cited 2026 Apr 30]. Available from: https://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=770 (in Thai)

8. Tawa N, Chaiwisit P. Development of a participatory model to enhance community capacity for dengue prevention and control in Khreng Subdistrict, Cha-uat District, Nakhon Si Thammarat Province. Faculty of Science and Technology, Nakhon Si Thammarat Rajabhat University; 2018. (in Thai)

9. Chotking P, Buaphan P. Participation in dengue prevention and control of village health volunteers, Samliam Community, Khon Kaen Municipality. J Off Dis Prev Control 7 Khon Kaen. 2017;24(2):29-37. (in Thai)

10. Phumprawai A. Effect of community participation in dengue prevention at the village level. J Health Health Manag. 2019;5(1):43-52. (in Thai)

11. Ya-oop K, Kulhong B, Soonchan P. Effectiveness of fish in feeding on Aedes larvae. J Off Dis Prev Control 6 Khon Kaen. 2015;22(1):49-55. (in Thai)

12. Kongsomboon K. Epidemiological research. Bangkok: Chulalongkorn University; 2014. p. 51-7. (in Thai)

13. Department of Health, Ministry of Public Health. Writing a satisfaction evaluation form [Internet]. Bangkok: Department of Health; [cited 2020 May 11]. Available from: http://person.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=1826 (in Thai)

14. Bloom B, Engelhart M, Furst E, Hill W, Krathwohl D. The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain. 1956. p. 256-62.

15. Songkhasri C. Dengue forecasting model in the area of the Office of Disease Prevention and Control Region 6, Khon Kaen, 2012. J Off Dis Prev Control 6 Khon Kaen. 2012;20(1):65-81. (in Thai)

Thai Health Sciences Frontiers
วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า
THSF

บทความวิจัย | RESEARCH ARTICLE

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์เพื่อการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of a Health Promotion Model for Buddhist Monks to Prevent Emerging and Re-emerging Infectious Diseases, Mueang District, Kalasin Province

สุมาลี วิชัยโย[1*]

Sumalee Wichaiyo[1*]

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนและศูนย์สุขภาพเขตเมือง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

*ผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding author)

☐ **รับบทความ:** 31 มีนาคม 2569 ✓ **แก้ไขบทความ:** 10 เมษายน 2569 ☑ **ตอบรับบทความ:** 20 เมษายน 2569

การอ้างอิง (Citation): สุมาลี วิชัยโย. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์เพื่อการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์: ผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิต. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า. 2569;1(1):44–56.

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา พัฒนาและประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์เพื่อการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ระหว่างเดือนมกราคม 2567–มีนาคม 2569 ระยะประเมินผลใช้แบบแผนกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (one-group pretest–posttest design) กลุ่มตัวอย่าง 356 ราย ประกอบด้วย พระสงฆ์ 86 รูป เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 26 คน อสม. 58 คน ไวยาวัจกร 46 คน แม่ครัววัด 38 คน ผู้มาทำบุญที่วัดเป็นประจำ 74 คน และกรรมการวัด 28 คน คัดเลือกแบบแบ่งชั้นภูมิ และประเมินผลลัพธ์ในพระสงฆ์ 86 รูป เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุขภาพจิต (TMHI-66) คุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) และความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์เคยอาพาธด้วยโควิด 19 ร้อยละ 34.26 มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ร้อยละ 22.65 และรอบเอวเกินเกณฑ์ร้อยละ 25.62 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักและ 10 มาตรการสำคัญ หลังใช้รูปแบบ คะแนนเฉลี่ยของพระสงฆ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 4 ด้าน ($p < .001$) ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโควิด 19 (35.42±22.77 เป็น 52.72±28.45, $t = 5.42$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องอาหาร อารมณ์ และการออกกำลังกาย (32.44±14.76 เป็น 53.44±13.26, $t = 6.27$) สุขภาพจิต (152.23±88.34 เป็น 180.32±92.84, $t = 3.57$) และคุณภาพชีวิต (90.22±52.44 เป็น 125.26±56.32, $t = 3.62$) ความพึงพอใจเฉลี่ย 18.78±8.35 คะแนน (เต็ม 25 คะแนน) ข้อเสนอแนะ ควรนำรูปแบบไปทดสอบในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียง โดยบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายด้วยแบบแผนต่อไป

คำสำคัญ: พระสงฆ์, การสร้างเสริมสุขภาพ, โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, คุณภาพชีวิต

Abstract

This research and development study aimed to examine the situation, develop, and evaluate a health promotion model for Buddhist monks to prevent emerging and re-emerging infectious diseases in Mueang District, Kalasin Province, Thailand, from January 2024 to March 2026. The evaluation phase used a one-group pretest–posttest design. The sample comprised 356 participants: 86 monks, 26 health personnel, 58 village health volunteers, 46 temple stewards, 38 temple cooks, 74 regular temple visitors, and 28 temple committee members, selected by stratified sampling; outcomes were evaluated in the 86 monks. Instruments included semi-structured interview and focus group guides, questionnaires on health literacy, mental health (TMHI-66), quality of life (WHOQOL-BREF-THAI), and satisfaction. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test; qualitative data were analyzed by content analysis.

The results showed that 34.26% of the monks had contracted COVID-19, 22.65% had a body mass index above the cut-off, and 25.62% had a waist circumference above the cut-off. The developed model comprised three main components and 10 key measures. After implementation, mean scores of the monks increased significantly in all four domains (all $p < .001$): health literacy for COVID-19 prevention (35.42±22.77 to 52.72±28.45, $t = 5.42$), health literacy on diet, emotion, and exercise (32.44±14.76 to 53.44±13.26, $t = 6.27$), mental health (152.23±88.34 to 180.32±92.84, $t = 3.57$), and quality of life (90.22±52.44 to 125.26±56.32, $t = 3.62$). Satisfaction averaged 18.78±8.35 (out of 25). The model may be tested further in areas with similar contexts, integrated with multidisciplinary teams and community networks, using designs with comparison groups.

Keywords: Buddhist monks, health promotion, emerging and re-emerging diseases, health literacy, quality of life

บทนำ

โรคติดเชื้ออุบัติใหม่และโรคติดเชื้ออุบัติซ้ำเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของประชากรโลกอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของเชื้อก่อโรค การเดินทางและการเคลื่อนย้ายของประชากร และการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม[1] โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19; COVID-19) เป็นตัวอย่างสำคัญของโรคอุบัติใหม่ที่ส่งผลกระทบทั่วโลก โดยข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ณ เดือนมีนาคม 2569 รายงานผู้ป่วยยืนยันสะสมมากกว่า 779 ล้านราย และผู้เสียชีวิตมากกว่า 7.1 ล้านราย[2] สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยสะสมมากกว่า 4.7 ล้านราย และผู้เสียชีวิตมากกว่า 34,000 ราย[2] นอกจากนี้ โรคอุบัติซ้ำ เช่น ไข้หวัดใหญ่ ไข้เลือดออก และโรคหัด ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง โดยผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัวเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยรุนแรง

พระสงฆ์เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เนื่องจากต้องเดินทางไปตามกิจนิมนต์และมีโอกาสสัมผัสญาติโยมและพระร่วมวัดอย่างใกล้ชิด จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ในอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งมีพระสงฆ์ 886 รูป พบว่ามีพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคดังกล่าวประมาณร้อยละ 34 ในช่วงปี 2564–2566 ตามข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โรคประจำตัวที่พบส่วนมาก คือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และมีภาวะเสี่ยงจากดัชนีมวลกายเกินและรอบเอวเกิน ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเกี่ยวข้องกับภัตตาหารที่ญาติโยมนำมาถวายซึ่งมีรสหวาน มัน เค็ม รวมทั้งการขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพและการมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ ทั้งนี้ การศึกษาในพระสงฆ์อายุ 35 ปีขึ้นไปในจังหวัดจันทบุรีพบความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 10.83[3] ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคติดเชื้อ

การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา เน้นการสร้างนโยบายสาธารณะ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน และการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล[4] ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่ทำให้บุคคลเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง[5,6] ที่ผ่านมามีการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ เช่น รูปแบบการถวายความรู้ด้านสุขภาพแก่พระสงฆ์[7] และธรรมนูญว่าด้วยสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ[8] อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือการบริบาลภิกษุไข้ ยังขาดรูปแบบที่บูรณาการการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำเข้ากับการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในบริบทพื้นที่เมือง ซึ่งการวิจัยและพัฒนาแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทางที่เหมาะสมต่อการพัฒนารูปแบบดังกล่าว[9] ทั้งนี้ ผู้วิจัยเคยพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในสถานการณ์หลังการระบาดของโควิด 19 ในพื้นที่เดียวกัน[10] การศึกษาครั้งนี้จึงต่อยอดจากงานดังกล่าว โดยขยายขอบเขตจากการป้องกันโควิด 19 ไปสู่โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำอื่น เพิ่มภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และประเมินผลลัพธ์ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตอย่างเป็นระบบ

เนื่องจากปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์เป็นปัญหาเร่งด่วน ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ โดยคำนึงถึงข้อปฏิบัติตามพระธรรมวินัย และการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนเรื่องอาหารที่นำมาถวาย เพื่อให้พระสงฆ์มีสุขภาพดี มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เป็นที่พึ่งทางใจให้แก่ประชาชน และสามารถปฏิบัติตนได้ตามวัตรปฏิบัติ โดยประยุกต์กฎบัตรออตตาวา แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender[11] เป็นกรอบแนวคิด มีตัวแปรต้น คือ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ 10 มาตรการ และตัวแปรตาม คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของพระสงฆ์ (ภาพ 1) ผลการวิจัยคาดว่าจะเป็นแนวทางให้หน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำของพระสงฆ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์เพื่อการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์เพื่อการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ทั้งผลด้านกระบวนการ (ความครอบคลุมของมาตรการ) และผลลัพธ์ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจ

วิธีการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนมกราคม 2567–มีนาคม 2569 รวมระยะเวลา 27 เดือน แบ่งเป็น 3 ระยะตามวัตถุประสงค์ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหา (มกราคม–มิถุนายน 2567) ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ (กรกฎาคม–ธันวาคม 2567) และระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ (มกราคม–ธันวาคม 2568 โปรแกรมมีระยะเวลา 12 เดือน และสรุปผลเผยแพร่ระหว่างมกราคม–มีนาคม 2569) ระยะที่ 3 ใช้แบบแผนกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (one-group pretest–posttest design) ข้อมูลสถานการณ์ในระยะที่ 1 รวบรวมจากฐานข้อมูลสุขภาพ (HDC) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์และผลการตรวจสุขภาพพระสงฆ์ประจำปี มีรายละเอียดดังนี้

ประชากร

พระสงฆ์ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 886 รูป เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รวม 26 คน อสม. 2,488 คน ไวยาวัจกร 111 คน แม่ครัววัด 186 คน ผู้มาทำบุญที่วัดเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน 2,026 คน และกรรมการวัด 628 คน จากวัดในอำเภอเมือง 110 วัด โดยคัดเลือกวัดเข้าร่วมแบบเจาะจง 30 วัด ครอบคลุมทุกตำบล ตามความสมัครใจของเจ้าอาวาส ทั้งนี้ เจ้าหน้าที่ 26 คน ศึกษาทั้งประชากร (census)

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรของ Yamane คือ $n = N/(1+Ne^2)$ เมื่อ N = 6,351 และ e = 0.0515 ได้ 356 ราย ได้แก่ พระสงฆ์ 86 รูป เจ้าหน้าที่ 26 คน อสม. 58 คน ไวยาวัจกร 46 คน แม่ครัววัด 38 คน ผู้มาทำบุญที่วัด 74 คน และกรรมการวัด 28 คน คัดเลือกแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified sampling) ตามบทบาทในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ โดยให้พระสงฆ์ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักมีจำนวนมากที่สุด และสุ่มรายชื่อภายในกลุ่มด้วยวิธีจับสลากแบบไม่ใส่คืน สำหรับการประเมินผลลัพธ์ในระยะที่ 3 ใช้พระสงฆ์ 86 รูป ซึ่งคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1 สำหรับ Paired t-test แบบสองทาง กำหนดขนาดอิทธิพล (dz) = 0.35, α = .05 และอำนาจการทดสอบ .80 ได้อย่างน้อย 67 รูป เพิ่มเพื่อชดเชยการสูญหายร้อยละ 20 ได้ 84 รูป จึงใช้ 86 รูป

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) พระสงฆ์ที่จำพรรษาหรืออาศัยในวัดพื้นที่อำเภอเมืองอย่างน้อย 1 ปี 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ไวยาวัจกร แม่ครัววัด และกรรมการวัดที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ 3) ผู้มาทำบุญที่วัดเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน 4) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และ 5) สื่อสารภาษาไทยได้และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

เจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Discontinuation Criteria) ได้แก่ 1) ย้ายออกจากพื้นที่หรือลาสิกขาระหว่างการวิจัย และ 2) ขอถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือวิจัย

ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ 10 มาตรการ (ตาราง 3) และคู่มือการดำเนินงาน ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประเมินว่ามีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในระดับมาก 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามที่วัดก่อนและหลังการใช้รูปแบบ 4 ด้าน คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโควิด 19 และความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องอาหาร อารมณ์ และการออกกำลังกาย ซึ่งประยุกต์จากแบบประเมินของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ชุดละ 13 ข้อ มาตรวัด 5 ระดับ (13–65 คะแนน) สุขภาพจิต (ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย TMHI-66) 66 ข้อ มาตรวัด 4 ระดับ (66–264 คะแนน) และคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) 26 ข้อ มาตรวัด 5 ระดับ (26–130 คะแนน) และแบบสอบถามความพึงพอใจที่วัดหลังการใช้รูปแบบ (เต็ม 25 คะแนน) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC รายข้อ 0.67–1.00 สำหรับแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนา ส่วน TMHI-66 และ WHOQOL-BREF-THAI ใช้ฉบับมาตรฐานโดยไม่ดัดแปลง ทดสอบความเที่ยงในกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน 30 คน ได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.85, 0.83, 0.89, 0.87 และ 0.81 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสังเกต การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) 4 กลุ่ม กลุ่มละ 8–10 คน และการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง 15 ราย กับผู้ให้ข้อมูลหลักที่คัดเลือกแบบเจาะจงจนข้อมูลอิ่มตัว บันทึกเสียงและถอดความและตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวัดก่อน (มกราคม 2568) และหลังการใช้รูปแบบ (ธันวาคม 2568) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 2 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลด้วยโปรแกรม R เวอร์ชัน 4.4.1 ผ่าน RStudio สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมานใช้ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบในพระสงฆ์ 86 รูป หลังตรวจสอบการแจกแจงของผลต่างด้วย Shapiro–Wilk test (หากไม่เป็นโค้งปกติใช้ Wilcoxon signed-rank test) รายงานผลต่างเฉลี่ย ($\bar{d}$) ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI) และขนาดอิทธิพล (Cohen's dz) ปรับค่า p ด้วยวิธี Bonferroni (α = .0125) วิเคราะห์เฉพาะผู้ที่มีข้อมูลครบทั้ง 2 ครั้ง (complete case) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ด้วยการให้รหัส จัดหมวดหมู่ และสรุปประเด็น โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย 2 คน วิเคราะห์อย่างอิสระและหาข้อสรุปร่วมกัน แล้วนำผลไปใช้กำหนดมาตรการในระยะที่ 2

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 101/2566 ลงวันที่ 15 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ให้ลงนามในหนังสือยินยอม เก็บข้อมูลเป็นความลับ นำเสนอผลในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลต่อการรับบริการ การขอความยินยอมจากพระสงฆ์ดำเนินการอย่างเหมาะสมกับพระธรรมวินัย โดยชี้แจงข้อมูลผ่านไวยาวัจกรหรือผู้แทน และหลีกเลี่ยงการส่งเอกสารจากมือสตรีถึงพระสงฆ์โดยตรง

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

1.1 ลักษณะทางประชากร กลุ่มตัวอย่าง 356 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 214 คน (ร้อยละ 60.11) เพศชาย 142 คน (ร้อยละ 39.89) จำแนกตามกลุ่มเป็นพระสงฆ์มากที่สุด 86 รูป (ร้อยละ 24.16) รองลงมาเป็นผู้มาทำบุญที่วัด 74 คน (ร้อยละ 20.79) และ อสม. 58 คน (ร้อยละ 16.29) อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 31–40 ปี (ร้อยละ 29.21) รองลงมา 18–30 ปี (ร้อยละ 24.72) อายุเฉลี่ย 41.40±13.60 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่โสด (นับรวมพระสงฆ์) ร้อยละ 58.99 การศึกษาส่วนใหญ่เป็นวุฒิทางธรรม ร้อยละ 24.16 รองลงมาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 20.50 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n = 356)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	142	39.89
หญิง	214	60.11
กลุ่มตัวอย่าง		
พระสงฆ์	86	24.16
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	26	7.30
อสม.	58	16.29
ไวยาวัจกร	46	12.92
แม่ครัววัด	38	10.67
ผู้มาทำบุญที่วัด	74	20.79
กรรมการวัด	28	7.87
อายุ (ปี) ($\bar{x}$±S.D. = 41.40±13.60)		
18–30 ปี	88	24.72
31–40 ปี	104	29.21
41–50 ปี	81	22.75

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
51 ปีขึ้นไป	83	23.31
สถานภาพสมรส		
โสด	210	58.99
แต่งงาน	48	13.48
หม้าย	98	27.53
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	36	10.11
ประถมศึกษา	57	16.01
มัธยมศึกษาตอนต้น	58	16.29
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	46	12.92
ปริญญาตรี	73	20.50
วุฒิทางธรรม	86	24.16

1.2 สถานการณ์ปัญหาการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคในพระสงฆ์ จากข้อมูลการตรวจสุขภาพพระสงฆ์ประจำปี 2567 ร่วมกับฐานข้อมูล HDC (N = 886) พบว่าพระสงฆ์เคยอาพาธด้วยโควิด 19 ร้อยละ 34.26 ในจำนวนนี้ได้รับการรักษานอนพักในโรงพยาบาลร้อยละ 28.72 ไม่พบผู้เสียชีวิตหรือพิการ เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 24.72 มีโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 16.54 โรคเบาหวานร้อยละ 13.25 มีประวัติพลัดตกหกล้มใน 1 ปีร้อยละ 22.42 ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ (≥ 23 กก./ม.²) ร้อยละ 22.65 รอบเอวเกิน 36 นิ้ว ร้อยละ 25.62 ดังแสดงในตาราง 2 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกับภาคีเครือข่ายพบว่าปัญหาสำคัญเกิดจากการเดินทางไปตามกิจนิมนต์ การถวายภัตตาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม การขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการขาดพื้นที่กักตัวภายในวัด ผลเชิงคุณภาพสะท้อน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ข้อจำกัดของพระสงฆ์ในการเลือกภัตตาหาร ดังคำกล่าวว่า “ญาติโยมถวายอะไรมาก็ต้องฉันตามนั้น เลือกไม่ได้” 2) ญาติโยมขาดความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสมกับพระสงฆ์ และ 3) วัดขาดแนวทางและพื้นที่รองรับเมื่อมีพระสงฆ์ติดเชื้อ

ตาราง 2 สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและการป้องกันโรคของพระสงฆ์ (n = 886)

ประเด็นสถานการณ์	ร้อยละ
อาพาธด้วยโควิด 19	34.26
ได้รับการรักษานอนพักในโรงพยาบาลเนื่องจากโควิด 19	28.72
เสียชีวิตหรือพิการ	0.00
เป็นผู้สูงอายุ	24.72
โรคประจำตัว: โรคความดันโลหิตสูง	16.54
โรคประจำตัว: โรคเบาหวาน	13.25

ประเด็นสถานการณ์	ร้อยละ
มีประวัติพลัดตกหกล้มใน 1 ปี	22.42
ดัชนีมวลกาย (BMI) เกินเกณฑ์ (≥ 23 กก./ม.²)	22.65
รอบเอวเกิน 36 นิ้ว (ประมาณ 91 ซม.)	25.62
ความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มม.ปรอทขึ้นไป	13.64
ระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วขณะอดอาหาร ≥ 126 มก./ดล.	3.65
สายตาสั้น	14.03
สายตายาว	5.42

2. ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์เพื่อการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

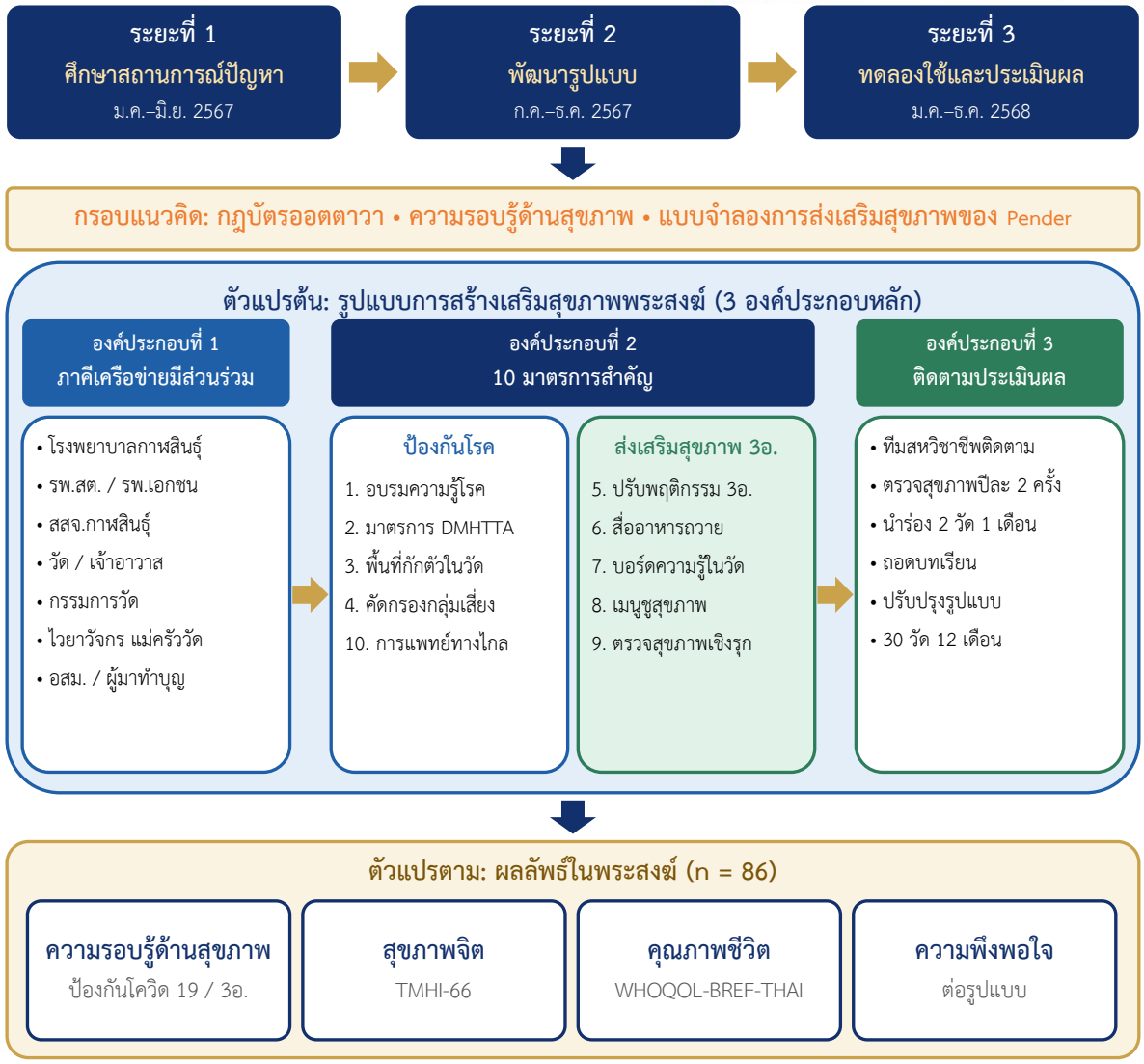
2.1 มาตรการสำคัญของรูปแบบ ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ทบทวนวรรณกรรม และประชุมหาทางออกร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ ผู้แทนพระสงฆ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ไวยาวัจกร แม่ครัววัด และกรรมการวัด รวม 30 คน ประชุม 3 ครั้ง หาฉันทามติด้วยการอภิปรายกลุ่มและการลงมติร่วมกัน และผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้รูปแบบที่ประกอบด้วย 10 มาตรการสำคัญ ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 มาตรการสำคัญของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์เพื่อการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

ข้อ	กิจกรรม/เนื้อหา	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลา	เหตุผลทางวิชาการ
1	อบรมให้ความรู้เรื่องโควิด 19 และมาตรการเฝ้าระวังป้องกันการติดเชื้อแก่พระสงฆ์และประชาชนที่มาทำบุญที่วัด	สื่อการสอน (PowerPoint) คู่มือความรู้	2 ชั่วโมง	เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานและระดับปฏิสัมพันธ์ ตามแนวคิดของ Nutbeam[5]
2	จัดทำแนวทางเฝ้าระวังและป้องกันโรคตามมาตรการ DMHTTA จัดการสิ่งแวดล้อมในวัด ทำความสะอาดอุปกรณ์และบริเวณประกอบศาสนกิจทุกวัน	แนวทางปฏิบัติ น้ำยาทำความสะอาด	ทุกวัน	สร้างสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา[4]
3	กำหนดพื้นที่ในการกักตัวภายในวัดให้เหมาะสม ตามบริบท	แบบประเมินพื้นที่ ผังวัด	1 วัน ต่อวัด	แยกผู้ป่วยออกจากผู้อื่น ลดการแพร่เชื้อภายในวัด
4	ตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโควิด 19 ที่มาทำบุญที่วัด	แบบคัดกรอง เครื่องวัดอุณหภูมิ ชุดตรวจ ATK	ทุกวัน ที่มีกิจกรรม	ค้นหาผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยงเชิงรุกตั้งแต่ระยะแรก
5	กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์เรื่อง 3อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และการพักผ่อนที่เพียงพอ	แผนการสอน สมุดบันทึกสุขภาพ	3 ชั่วโมง	ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ของ Pender[11]

ข้อ	กิจกรรม/เนื้อหา	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลา	เหตุผลทางวิชาการ
6	ประชาสัมพันธ์ทางเสียงตามสาย หอกระจายข่าว แผ่นพับ คลิปวิดีโอ และเพจโรงพยาบาล เรื่องอาหารถวายเพื่อสุขภาพ หลีกเลี่ยงรสหวาน มัน เค็ม	เสียงตามสาย แผ่นพับ คลิปวิดีโอ เพจโรงพยาบาล	ต่อเนื่อง ตลอดโครงการ	สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ญาติโยม ผู้ถวายภัตตาหาร[6]
7	จัดทำบอร์ดโปสเตอร์ เรื่องอาหารสุขภาพและโรคเรื้อรังภายในวัด	บอร์ดโปสเตอร์	ตลอด โครงการ	กระตุ้นเตือนและเสริมความรู้อย่างต่อเนื่องในสิ่งแวดล้อมของวัด
8	อบรมเมนูชูสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ห่างไกลโรคเรื้อรัง	คู่มือเมนูสุขภาพ การสาธิตประกอบอาหาร	3 ชั่วโมง	พัฒนาทักษะแม่ครัววัดและไวยาวัจกรในการจัดเตรียมอาหารถวาย
9	ทีมสหวิชาชีพออกตรวจสุขภาพพระสงฆ์เชิงรุกแบบบูรณาการ	เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัด เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว	ปีละ 2 ครั้ง	คัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคติดเชื้อ
10	บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ผ่านวิดีโอคอล ซักถามอาการ และจัดส่งยาโดยเจ้าหน้าที่และ อสม.	สมาร์ตโฟน วิดีโอคอล	ตามนัด หรือเมื่อมีอาการ	เพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดการเดินทางและการสัมผัสใกล้ชิด

2.2 กระบวนการพัฒนาและองค์ประกอบของรูปแบบ ภาคีเครือข่ายร่วมผลักดันกิจกรรมและนำรูปแบบไปทดลองใช้ในวัดนำร่อง 2 แห่ง ผู้เข้าร่วม 30 คน เป็นเวลา 1 เดือน จากนั้นประเมินผลและปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง โดยปรับระยะเวลาการอบรมให้สอดคล้องกับกิจวัตรของพระสงฆ์ และปรับสื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น รูปแบบมีองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน ได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ได้แก่ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ รพ.สต. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด วัด และ อสม. (2) มาตรการ 10 ข้อ ที่ครอบคลุมการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. และ (3) การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์เพื่อการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

3. ผลการทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ

3.1 ผลการดำเนินการตามรูปแบบ วัดที่เข้าร่วมทั้ง 30 วัดดำเนินการครบทั้ง 10 มาตรการ พระสงฆ์เข้าร่วมการอบรมร้อยละ 93.02 (80 จาก 86 รูป) มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงผู้มาทำบุญรวม 2,450 ครั้ง ให้บริการการแพทย์ทางไกลแก่พระสงฆ์ 124 ครั้ง ผลตรวจสุขภาพหลังดำเนินการพบดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ร้อยละ 19.77 รอบเอวเกินร้อยละ 22.09 และความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มม.ปรอท ร้อยละ 11.63 ส่วนพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจระหว่างดำเนินการมี 5 รูป (ร้อยละ 5.81)

3.2 การเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พระสงฆ์ 86 รูปตอบแบบสอบถามครบทั้ง 2 ครั้ง ไม่มีผู้สูญหาย พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบทั้ง 4 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และยังคงมีนัยสำคัญหลังปรับด้วยวิธี Bonferroni โดยมีขนาดอิทธิพลระดับเล็กถึงปานกลาง (Cohen's d_z = 0.38–0.68) ดังแสดงในตาราง 4 ส่วนความพึงพอใจต่อรูปแบบซึ่งวัดหลังการใช้รูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ย 18.78±8.35 คะแนน (เต็ม 25 คะแนน)

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ (n = 86)

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	ก่อน		หลัง		$\bar{d}$	95% CI	t	Cohen's dz	p-value
		$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.					
ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโควิด 19	65	35.42	22.77	52.72	28.45	17.30	10.95–23.65	5.42	0.58	<.001*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องอาหาร อารมณ์ และการออกกำลังกาย	65	32.44	14.76	53.44	13.26	21.00	14.34–27.66	6.27	0.68	<.001*
สุขภาพจิต (TMHI-66)	264	152.23	88.34	180.32	92.84	28.09	12.45–43.73	3.57	0.38	<.001*
คุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI)	130	90.22	52.44	125.26	56.32	35.04	15.79–54.29	3.62	0.39	<.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

อภิปรายผล

ผลการศึกษาสถานการณ์พบพระสงฆ์อาพาธด้วยโควิด 19 ร้อยละ 34.26 ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับวิถีปฏิบัติที่ต้องเดินทางไปตามกิจนิมนต์และมีปฏิสัมพันธ์ใกล้ชิดกับญาติโยมและพระร่วมวัด นอกจากนี้ยังพบโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 16.54 โรคเบาหวานร้อยละ 13.25 ดัชนีมวลกายเกินร้อยละ 22.65 และรอบเอวเกินร้อยละ 25.62 ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการถวายภัตตาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม และการขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความชุกของโรคเบาหวานที่พบใกล้เคียงกับการศึกษาในพระสงฆ์อายุ 35 ปีขึ้นไปในจังหวัดจันทบุรี (ร้อยละ 10.83)[3] แม้นิยามและวิธีวัดอาจแตกต่างกัน ทั้งนี้ หลักฐานจากการศึกษาอื่นชี้ว่าโรคเรื้อรังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคติดเชื้อ[12] จึงควรดำเนินการป้องกันโรคติดเชื้อควบคู่กับการสร้างเสริมสุขภาพ

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ได้มาจากกระบวนการทบทวนปัญหา ทบทวนวรรณกรรม และประชุมหาทางออกร่วมกันจนได้ 10 มาตรการสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวาที่เน้นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน[4] และแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เน้นการเข้าถึง เข้าใจ และนำข้อมูลไปใช้ดูแลสุขภาพตนเอง[5,6] เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของมัฏฐวรรณ ลี้ยุทธานนท์ และคณะ[7] ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญคือการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย รวมทั้งเป็นไปตามทิศทางของธรรมนูญว่าด้วยสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ[8]

ผลการใช้รูปแบบพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับเล็กถึงปานกลาง (Cohen's dz = 0.38–0.68) ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานร่วมกันของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ และความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่ต่อเนื่องมาจากช่วงการระบาดของโควิด 19 ผลนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของมัฏฐวรรณ ลี้ยุทธานนท์ และคณะ[7] และการศึกษาเดิมของผู้วิจัยในพื้นที่เดียวกัน[10] รูปแบบนี้อาจนำไปปรับใช้ในการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำอื่น เช่น ไข้หวัดใหญ่ ไข้เลือดออก และโรคหัด

ข้อจำกัดของการวิจัย ได้แก่ 1) เป็นแบบแผนกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผลหรือควบคุมอิทธิพลของปัจจัยภายนอก การเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ และผลจากการทดสอบซ้ำได้ 2) ระยะประเมินผลอยู่ในช่วงหลังการระบาดใหญ่ของโควิด 19 3) ไม่ได้วัดผลลัพธ์ด้านการเกิดโรคหรือพฤติกรรมป้องกันโรค 4) คะแนนเป็นการรายงานด้วยตนเอง 5) ข้อมูลของพระสงฆ์ซ้อนอยู่ภายในวัด และ 6) ดำเนินการเฉพาะในอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ได้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์เพื่อการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักและ 10 มาตรการสำคัญ จากการวิเคราะห์สถานการณ์พบพระสงฆ์อาพาธด้วยโควิด 19 ร้อยละ 34.26 และมีภาวะเสี่ยงด้านโรคเรื้อรัง หลังใช้รูปแบบ คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งเป็นผลเบื้องต้นจากแบบแผนกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ 1) หน่วยบริการสาธารณสุขที่จะนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียง ควรปรับมาตรการให้สอดคล้องกับวิถีชุมชนและภาระงานของบุคลากร และดำเนินการอย่างน้อย 12 เดือน 2) ควรขยายกิจกรรมสู่ประชาชนที่ถวายภัตตาหารและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง 3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอาจใช้ผลการศึกษาประกอบการวางแผนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ตามธรรมนูญว่าด้วยสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เช่น การวิจัยกึ่งทดลองที่จัดกลุ่มระดับวัด (cluster quasi-experimental design) ในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียง ติดตามผลระยะยาว ใช้ผลลัพธ์ด้านการเกิดโรคหรือพฤติกรรมป้องกันโรค และทดสอบรูปแบบกับโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำชนิดอื่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณพระสงฆ์ ไวยาวัจกร แม่ครัววัด กรรมการวัด อสม. และผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เครือข่ายคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทีมสหวิชาชีพทุกท่านที่สนับสนุนการดำเนินงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Morens DM, Folkers GK, Fauci AS. The challenge of emerging and re-emerging infectious diseases. Nature. 2004;430(6996):242-9.
2. World Health Organization. WHO COVID-19 dashboard [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2026 [cited 2026 Mar 15]. Available from: https://data.who.int/dashboards/covid19
3. Kuramasuwan B, Howteerakul N, Suwannapong N, Rawdaree P. Diabetes, impaired fasting glucose, daily life activities, food and beverage consumption among Buddhist monks in Chanthaburi Province, Thailand. Int J Diabetes Dev Ctries. 2013;33(1):23-8.

4. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. Geneva: World Health Organization; 1986.
5. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000;15(3):259-67.
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. Leeyutthanont M, Uraiwan P, Kaewsakulthong J, Saetew P. Development of health education model for monks. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima. 2019;25(2):104-17. (in Thai)
8. National Health Commission Office. The National Health Charter for Buddhist Monks, first edition, B.E. 2560. Nonthaburi: National Health Commission Office; 2017. (in Thai)
9. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. The action research planner: doing critical participatory action research. Singapore: Springer; 2014.
10. Wichaiyo S, Chaisongkram S, Noenchat A. Development of a health promotion model for Buddhist monks in the post-COVID-19 situation, Mueang District, Kalasin Province. J Environ Educ Med Health. 2023;8(4):624-9. (in Thai)
11. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 7th ed. Boston: Pearson; 2015.
12. Guan WJ, Liang WH, Zhao Y, Liang HR, Chen ZS, Li YM, et al. Comorbidity and its impact on 1590 patients with COVID-19 in China: a nationwide analysis. Eur Respir J. 2020;55(5):2000547.

Thai Health Sciences Frontiers
วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า

บทความวิจัย | RESEARCH ARTICLE

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในช่วงฤดูหนาวที่มีโรคทางเดินหายใจระบาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of an Elderly Care Model during Winter Respiratory Disease Outbreaks in Yang Talat District, Kalasin Province

ประสิทธิชัย กัลยาสนธิ[1*]

Prasittichai Kanlayasonti[1*]

1 รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

*ผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding author)

☐ **รับบทความ:** 10 มีนาคม 2569 ✓ **แก้ไขบทความ:** 20 มีนาคม 2569 ☑ **ตอบรับบทความ:** 31 มีนาคม 2569

การอ้างอิง (Citation): ประสิทธิชัย กัลยาสนธิ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในช่วงฤดูหนาวที่มีโรคทางเดินหายใจระบาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า. 2569;1(1):57-69.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา พัฒนารูปแบบ และทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในช่วงฤดูหนาวที่มีโรคทางเดินหายใจระบาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม 2567–กุมภาพันธ์ 2568 ระยะประเมินผลใช้แบบแผนกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่าง 45 คน ได้แก่ ผู้สูงอายุ ภาคีเครือข่าย และญาติผู้ดูแล กลุ่มละ 15 คน จาก 15 ตำบล เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวคำถามสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินพฤติกรรม และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.11) อายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 44.44) ปัญหาที่พบ ได้แก่ ความกังวลเรื่องโรคเรื้อรัง การขาดทักษะและความมั่นใจในการดูแล ความรู้เรื่องอาหาร และโรคติดเชื้อทางเดินหายใจช่วงอากาศหนาว รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 7 มาตรการ ได้แก่ การเฝ้าระวังโรคอันตราย การอบรมมาตรการป้องกันแบบครอบจักรวาล (UP-DMHTA) การสนับสนุนวัคซีน การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ระบบปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม หลังใช้รูปแบบ คะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 6.52±2.41 เป็น 8.01±1.56 ($t = 3.52$, $p = 0.001$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 7.73±3.76 เป็น 9.92±1.76 ($t = 4.53$, $p < 0.001$) และความพึงพอใจเฉลี่ย 13.33±3.18 คะแนน ควรทดสอบรูปแบบเพิ่มเติมโดยใช้ภาคีเครือข่ายชุมชนและญาติผู้ดูแลเป็นกลไกหลัก ร่วมกับแบบแผนที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ฤดูหนาว, โรคทางเดินหายใจ

Abstract

This research and development study aimed to analyze the situation, develop, and implement an elderly care model during winter respiratory disease outbreaks in Yang Talat District, Kalasin Province, from December 2024 to February 2025. The evaluation phase used a one-group pretest–posttest design. The sample consisted of 45 participants: 15 older adults, 15 network partners, and 15 family caregivers from 15 sub-districts. The instruments were focus group guidelines, semi-structured interviews, a knowledge test, a behavior assessment, and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and content analysis.

Most participants were female (71.11%), and the largest age group was 60 years or over (44.44%). The problems identified were concerns about chronic diseases, lack of caregiving skills and confidence, limited knowledge of nutrition, and respiratory infections during cold weather. The developed model comprised seven measures: surveillance of dangerous diseases, universal prevention (UP-DMHTA) training, vaccination support, an elderly-friendly community environment, a specialist consultation system, community health literacy, and holistic elderly care. After implementation, the mean knowledge score increased from 6.52±2.41 to 8.01±1.56 ($t = 3.52$, $p = 0.001$), the mean behavior score increased from 7.73±3.76 to 9.92±1.76 ($t = 4.53$, $p < 0.001$), and satisfaction averaged 13.33±3.18. The model should be tested further with community networks and family caregivers as the key mechanism, using comparison-group designs.

Keywords: Older adults, Winter season, Respiratory diseases

บทนำ

โรคติดเชื้อทางเดินหายใจเป็นภัยสุขภาพสำคัญของผู้สูงอายุทั่วโลก โดยมีการประมาณว่าไข้หวัดใหญ่ฤดูกาลเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตจากสาเหตุทางเดินหายใจปีละ 291,000–646,000 ราย[1] และประมาณสองในสามของการเสียชีวิตจากไข้หวัดใหญ่ฤดูกาลเกิดในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป[2] สำหรับประเทศไทย ปัจจุบันก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ข้อมูล ณ เดือนมิถุนายน 2566 จากจำนวนประชากรทั้งสิ้น 66.05 ล้านคน มีผู้สูงอายุ 12.76 ล้านคน หรือร้อยละ 19.31[3] และผลการสำรวจประชากรสูงอายุ พ.ศ. 2567 พบผู้สูงอายุ 14.03 ล้านคน หรือร้อยละ 20.0 ของประชากรทั้งประเทศ[4] ผู้สูงอายุในไทยแบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 97.6 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 1.3 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 1.1[4] ข้อมูลในเดือนกรกฎาคม 2565 พบการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ทำให้ผู้สูงอายุติดเชื้อ 199,694 ราย และเสียชีวิต 14,589 ราย แม้การได้รับวัคซีนในกลุ่มผู้สูงอายุจะมีมากถึงร้อยละ 74.21 กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายสร้างผู้ดูแล (Caregiver) โดย 1 คน สามารถดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้มากถึง 7 คน และพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้ครบทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านสิ่งแวดล้อม ด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและดูแลตนเองได้ในชุมชน[5]

จังหวัดกาฬสินธุ์มีผู้สูงอายุ 215,621 คน มีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมจากหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุขทั้ง 18 อำเภอ แต่ยังพบปัญหาผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในชีวิตประจำวัน ขาดการบูรณาการทุกภาคส่วน และขาดการพัฒนารูปแบบและแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ดูแลที่ปฏิบัติจริงในพื้นที่[6] ในช่วงฤดูหนาว ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยรุนแรงจากโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ โดยในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่สะสม 668,027 ราย เสียชีวิต 51 ราย และผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต[7] จังหวัดกาฬสินธุ์มีรายงานผู้เสียชีวิตจากไข้หวัดใหญ่ 1 ราย ในปี พ.ศ. 2567[8] และในสัปดาห์ที่ 19–25 มกราคม 2568 ทั่วประเทศมีผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ 7,819 ราย ปอดอักเสบ 3,884 ราย และโควิด 19 จำนวน 779 ราย[9] สำหรับอำเภอยางตลาดมีผู้สูงอายุ 22,709 คน คิดเป็นร้อยละ 20.46 เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60–69 ปี) ร้อยละ 58.20 ตอนกลาง (70–79 ปี) ร้อยละ 31.23 และตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 10.57 (ข้อมูลปี พ.ศ. 2567) ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเปราะบางทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่ต้องดูแลและเฝ้าระวังเป็นพิเศษ[10] โดยเฉพาะในช่วงเดือนธันวาคมถึงกุมภาพันธ์ที่อากาศหนาวเย็นและมีโรคทางเดินหายใจระบาด ซึ่งเป็นช่วงที่มีผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่และปอดอักเสบในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ขณะที่การได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุในพื้นที่ยังไม่ครอบคลุมทั่วถึง

การศึกษาที่ผ่านมาในพื้นที่ใกล้เคียงชี้ว่า การดูแลผู้สูงอายุควรใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 จังหวัดขอนแก่น[11] การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี[12] ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ[13] และการพัฒนารูปแบบโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดมหาสารคาม[14] อย่างไรก็ตาม ยังขาดการศึกษาที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะในช่วงฤดูหนาวที่มีโรคทางเดินหายใจหลายชนิดระบาดพร้อมกัน (research gap) ภายใต้บริบทวัฒนธรรมอีสานและกลไกภาคีเครือข่ายของอำเภอยางตลาด

ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมอีสาน โดยอาศัยครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย ให้มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคทางเดินหายใจในช่วงฤดูหนาวได้อย่างยั่งยืน ผลการวิจัยคาดว่าจะได้รูปแบบที่หน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายนำไปใช้ลดการเจ็บป่วยรุนแรงและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุได้

กรอบแนวคิดการวิจัย ประยุกต์แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยชุมชนเป็นฐาน และมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เป็นฐานในการพัฒนา 7 มาตรการ ซึ่งคาดว่าจะส่งผลต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในช่วงฤดูหนาวที่มีโรคทางเดินหายใจระบาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในช่วงฤดูหนาวที่มีโรคทางเดินหายใจระบาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

3. เพื่อทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในช่วงฤดูหนาวที่มีโรคทางเดินหายใจระบาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งผลด้านกระบวนการ และผลลัพธ์ด้านความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และความพึงพอใจ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการในพื้นที่อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนธันวาคม 2567–กุมภาพันธ์ 2568 รวม 3 เดือน แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหา (ธันวาคม 2567) ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ (ปลายเดือนธันวาคม 2567–ต้นเดือนมกราคม 2568) และระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ (มกราคม–กุมภาพันธ์ 2568) โดยโปรแกรมกิจกรรมทดลองใช้ต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ ระยะที่ 3 ใช้แบบแผนกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (one-group pretest–posttest design) มีรายละเอียดดังนี้

ประชากร

กลุ่มภาคีเครือข่ายที่ดำเนินงานผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นหน่วยงานรัฐและภาคเอกชน จำนวน 624 คน ผู้สูงอายุ จำนวน 22,709 คน และญาติผู้ดูแล จำนวน 750 คน ที่อาศัยในพื้นที่อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ในช่วงธันวาคม 2567–กุมภาพันธ์ 2568

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลัง (Paired t-test) โดยกำหนดค่า $Z\alpha$ = 1.96 (Type I error ร้อยละ 5 ความเชื่อมั่นร้อยละ 95) และ $Z\beta$ = 0.84 (Type II error ร้อยละ 20 อำนาจการทดสอบร้อยละ 80) กำหนดส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง (σd) เท่ากับ 2.87 และผลต่างที่คาดหวัง (Δ) เท่ากับ 1.20 คะแนน ได้ขนาดตัวอย่าง 44.85 คน จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 45 คน ประกอบด้วยผู้สูงอายุ ภาคีเครือข่าย และญาติผู้ดูแล กลุ่มละ 15 คน คัดเลือกจากตัวแทน 15 ตำบล ตำบลละ 3 คน โดยสุ่มแบบแบ่งชั้นตามตำบลและกลุ่ม (ตำบลละ 1 คนต่อกลุ่ม) ด้วยการจับฉลากจากรายชื่อผู้ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า เลือกจากครัวเรือนละ 1 คน หากไม่ครบจึงสุ่มในครัวเรือนถัดไปจนครบตามจำนวน โดยไม่มีผู้ปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถูกแทนที่

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่สื่อสารภาษาไทยได้ 2) ภาคีเครือข่าย ได้แก่ หน่วยงานรัฐ ผู้นำชุมชน หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 3) ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีประสบการณ์ดูแลมากกว่า 3 ปี 4) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา และ 5) ญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายมีอายุ 18 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Discontinuation Criteria) ได้แก่ 1) เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80 ของกิจกรรมทั้งหมด และ 2) ขอถอนตัวจากการวิจัย โดยรายงานจำนวนผู้ยุติการเข้าร่วมในผลการศึกษา

เครื่องมือวิจัย

ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ 7 มาตรการ (ตาราง 2) และคู่มือการดำเนินงาน ส่วนกระบวนการกลุ่ม การประชาคม และการถอดบทเรียนเป็นวิธีดำเนินการในระยะที่ 1–2 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 2.1) แนวคำถามสนทนากลุ่มปลายเปิด 8

ข้อ 2.2) แบบทดสอบความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ชนิดเลือกตอบถูก–ผิด 15 ข้อ 2.3) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มาตรประมาณค่า 5 ระดับ 14 ข้อ ช่วงคะแนน 14–70 คะแนน คิดคะแนนจากผลรวมของคะแนนรายข้อ (อาหาร การนอนหลับ การออกกำลังกาย การขับถ่าย การป้องกันอุบัติเหตุ สุขอนามัย และการปรับตัวต่อความเครียด) และ 2.4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ มาตรประมาณค่า 5 ระดับ 8 ข้อ ช่วงคะแนน 8–40 คะแนน วัดหลังใช้รูปแบบ โดยปรับเนื้อหาให้ครอบคลุมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในฤดูหนาว ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC ของแนวคำถามสนทนากลุ่ม เท่ากับ 0.78 ของร่างรูปแบบ เท่ากับ 0.82 และของเครื่องมือประเมินผลโดยรวม เท่ากับ 0.88 ทดสอบความเที่ยงกับผู้สูงอายุ ญาติผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายในอำเภอข้างเคียง รวม 30 คน กลุ่มละ 10 คน ได้ค่าความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้ (KR-20) 0.84 ค่า Cronbach's alpha ของแบบประเมินพฤติกรรม 0.82 และแบบประเมินความพึงพอใจ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ **1** ศึกษาสถานการณ์ปัญหา (ธันวาคม **2567)** เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างในผู้สูงอายุ ภาคีเครือข่ายและผู้นำชุมชน และญาติผู้ดูแล จำนวน 45 คน จากตัวแทน 15 ตำบล แบ่งการสนทนากลุ่มเป็น 3 กลุ่มตามประเภทผู้ให้ข้อมูล กลุ่มละ 15 คน ดำเนินการโดยผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรม บันทึกเสียงร่วมกับการจดบันทึกภาคสนาม เก็บข้อมูลจนข้อมูลอิ่มตัว และตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล ด้วยแนวคำถาม 8 ข้อ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการสร้างรูปแบบ โดยร่างรูปแบบเริ่มต้นประกอบด้วย 4 กิจกรรม

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ (ปลายเดือนธันวาคม 2567–ต้นเดือนมกราคม 2568) ยกร่างรูปแบบจากข้อมูลระยะที่ 1 ร่วมกับการวิเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ส่งผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.82) ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และพัฒนาเครื่องมือประเมินผล

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ (มกราคม–กุมภาพันธ์ 2568) จัดอบรมตามกิจกรรมของรูปแบบ ครั้งละ 4 ชั่วโมง ช่วงบ่าย จำนวน 3 ครั้ง ภายใน 4 สัปดาห์ ทดสอบความรู้และประเมินพฤติกรรมก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ให้ผู้ดูแลออกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านใน 15 ตำบล รวม 150 ราย ประเมินความรู้และพฤติกรรมซ้ำ และประเมินความพึงพอใจเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 โดยผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรม ติดตามประเมินผลทุกสัปดาห์ และสรุปผลถอดบทเรียนเมื่อสิ้นสุดการศึกษา (กุมภาพันธ์ 2568)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลด้วยโปรแกรม R เวอร์ชัน 4.4.1 ผ่าน RStudio 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สำหรับข้อมูลเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา 2) สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลังใช้รูปแบบ แยกรายกลุ่ม (ผู้สูงอายุ ญาติผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย) และรวมทั้งหมด หลังตรวจสอบการแจกแจงของผลต่างด้วย Shapiro–Wilk test (หากไม่เป็นโค้งปกติใช้ Wilcoxon signed-rank test) รายงานผลต่างเฉลี่ย ($\bar{d}$) 95% CI และ Cohen's dz แปลผลระดับคะแนนตามเกณฑ์ของ Bloom สำหรับความรู้ และเกณฑ์ของ Best สำหรับพฤติกรรมและความพึงพอใจ ส่วนความพึงพอใจรายงานด้วยสถิติเชิงพรรณนา กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และ 3) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ ความเป็นส่วนตัว (privacy) การรักษาความลับ (confidentiality) และการยินยอมพร้อมใจ (informed consent) ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับคำชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการ ทั้งนี้ ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้บริหารระดับจังหวัดไม่ได้เป็นผู้ซักชวนหรือเก็บข้อมูลโดยตรง เพื่อป้องกันการบีบบังคับทางอ้อม

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุ

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 71.11 เป็นผู้สูงอายุ ภาคีเครือข่าย และญาติผู้ดูแล กลุ่มละ 15 คนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 33.33 กลุ่มอายุที่มากที่สุดคือ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 44.44 รองลงมา 21–25 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 15.56 และ 31–35 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 8.89 ตามลำดับ สถานภาพสมรสโสดมากที่สุด จำนวน 18 คน (ร้อยละ 40.00) รองลงมาคือแต่งงาน/อาศัยอยู่ด้วยกัน 12 คน (ร้อยละ 26.67) และอื่น ๆ (หย่า/แยกกันอยู่/ไม่ระบุ) 10 คน (ร้อยละ 22.22) ระดับการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 48.89 รองลงมา ไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 22.22 และมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 11.11 ตามลำดับ ดังแสดงตาราง 1

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 45)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	28.89
หญิง	32	71.11
กลุ่มตัวอย่าง		
ผู้สูงอายุ	15	33.33
ญาติผู้ดูแล	15	33.33
ภาคีเครือข่าย	15	33.33
อายุ (ปี)		
18–20 ปี	2	4.44
21–25 ปี	7	15.56
26–30 ปี	3	6.67
31–35 ปี	4	8.89

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
36–40 ปี	4	8.89
41–45 ปี	2	4.44
46–50 ปี	2	4.44
51–59 ปี	1	2.22
60 ปีขึ้นไป	20	44.44
สถานภาพสมรส		
โสด	18	40.00
แต่งงาน/อาศัยอยู่ด้วยกัน	12	26.67
หม้าย	5	11.11
อื่น ๆ (หย่า/แยกกันอยู่/ไม่ระบุ)	10	22.22
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	10	22.22
ประถมศึกษา	4	8.89
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	11.11
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	4	8.89
ปริญญาตรี	22	48.89

1.2 สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุ จากการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ของผู้สูงอายุ ภาคีเครือข่ายชุมชน และญาติผู้ดูแล พบว่า ผู้ให้ข้อมูลในอำเภอยางตลาดมีความกังวลเกี่ยวกับการดูแลโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด คิดว่าตนเองขาดทักษะและขาดความมั่นใจในการดูแล ชุมชนอยากได้การสนับสนุนจากรัฐและทีมดูแลที่เป็นวิชาชีพ ต้องการความรู้เรื่องอาหาร และมีความกังวลใจเรื่องโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในช่วงฤดูหนาว เช่น ไข้หวัดใหญ่ และปอดอักเสบ รวมถึงโควิด 19 ตลอดจนการป้องกันความหนาวเย็นและการเข้าถึงวัคซีนของผู้สูงอายุ สรุปเป็นประเด็นหลักได้ 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ความกังวลต่อโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ซึ่งพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ 2) การขาดทักษะและความมั่นใจในการดูแล ซึ่งพบมากในกลุ่มญาติผู้ดูแล 3) ความต้องการการสนับสนุนจากภาครัฐและทีมสหวิชาชีพ ซึ่งพบมากในกลุ่มภาคีเครือข่าย และ 4) ความกังวลต่อโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในฤดูหนาวและการเข้าถึงวัคซีน ซึ่งพบในทุกกลุ่ม

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

2.1 กระบวนการพัฒนารูปแบบ ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบตามกระบวนการออกแบบกิจกรรม กำหนดประเด็นการพัฒนารูปแบบร่วมกัน นำไปทดลองใช้ และประเมินผล โดยร่างรูปแบบเริ่มต้นประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) เฝ้าระวังผู้สูงอายุจากโรคอันตราย 2) สร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เหมาะกับผู้สูงอายุ 3) เพิ่มระบบการดูแลผู้สูงอายุ ระบบคำปรึกษาแพทย์ และ 4) ส่งเสริมให้ อสม. ผู้ดูแล และคนในชุมชนดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม หลังการตรวจสอบโดย

ผู้เชี่ยวชาญและการถอดบทเรียน ได้ปรับเป็น 7 มาตรการก่อนนำไปทดลองใช้ในระยะที่ 3 ดังแสดงในตาราง 2 และภาพ 1

ตาราง 2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในช่วงฤดูหนาวที่มีโรคทางเดินหายใจระบาด (7 มาตรการ)

สัปดาห์ที่	กิจกรรม/เนื้อหา	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลา	เหตุผลทางวิชาการ
1–4	1) เฝ้าระวังผู้สูงอายุจากโรคอันตราย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจหลอดเลือด พลัดตกหกล้ม และโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (ไข้หวัดใหญ่ ปอดอักเสบ โควิด 19)	แบบคัดกรองความเสี่ยง ปรอทวัดไข้ เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว	เยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่อง 4 สัปดาห์	ผู้สูงอายุมีภูมิคุ้มกันเสื่อมและมีโรคร่วม การเฝ้าระวังเชิงรุกช่วยให้พบอาการผิดปกติและส่งต่อได้เร็ว
1	2) อบรมมาตรการป้องกันแบบครอบจักรวาล (Universal Prevention) ร่วมกับ D-M-H-T-A (UP-DMHTA) ผู้สูงอายุสวมหน้ากากตลอดเวลา ในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และญาติภายในบ้านผู้สูงอายุ (เว้นระยะห่าง สวมหน้ากาก ล้างมือ ตรวจคัดกรอง ใช้แอปพลิเคชัน)	คู่มือ สื่อวิดีโอ หน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์	4 ชั่วโมง (ช่วงบ่าย)	โรคทางเดินหายใจแพร่ผ่านละอองฝอย มาตรการป้องกันแบบครอบคลุม (Universal Prevention) ช่วยลดการแพร่เชื้อในครัวเรือน
2	3) สนับสนุนให้ผู้สูงอายุฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่และโควิด 19	ทะเบียนผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ใบนัดฉีดวัคซีน	ตลอดโครงการ	วัคซีนช่วยลดความรุนแรงและการเสียชีวิตในผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัวซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง
2–3	4) สร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เหมาะกับผู้สูงอายุตามมาตรฐาน COVID Free Setting บนแพลตฟอร์ม Thai Stop Covid Plus ของกรมอนามัย และจัดบ้านให้อบอุ่น ระบายอากาศ ลดฝุ่น	แบบตรวจสอบสิ่งแวดล้อม (checklist)	4 ชั่วโมง (ช่วงบ่าย)	สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการพลัดตกหกล้ม

สัปดาห์ที่	กิจกรรม/เนื้อหา	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลา	เหตุผลทางวิชาการ
3	5) เพิ่มระบบการดูแลผู้สูงอายุ ระบบคำปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเมื่อมีผู้ป่วยสูงอายุติดเชื้อทางเดินหายใจหรือโควิด 19 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยางตลาด	ช่องทางปรึกษา (โทรศัพท์/กลุ่มไลน์) แนวทางการส่งต่อ	ตลอดโครงการ	การเข้าถึงคำปรึกษาแพทย์และการส่งต่อที่รวดเร็วช่วยลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน
3–4	6) สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มประชาชนทั่วไป เรื่องโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในฤดูหนาวและโควิด 19 ให้ผ่านตามมาตรการ Universal Prevention มากกว่าร้อยละ 80	สื่อประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย การประชาคม	4 ชั่วโมง (ช่วงบ่าย)	ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้ประชาชนตัดสินใจและปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคได้ถูกต้อง
4	7) ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ อสม. ผู้ดูแล และคนในชุมชน ดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย	คู่มือการดูแลแบบองค์รวม แบบติดตามรายสัปดาห์	ต่อเนื่อง และถอดบทเรียนเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4	การดูแลกาย จิตใจ และสังคมควบคู่กัน ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดภาวะซึมเศร้า

2.2 ผลการตรวจสอบรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านให้ความเห็นว่ารูปแบบมีเนื้อหาและภาษาที่เข้าใจง่าย เป็นประโยชน์ และนำไปใช้ได้จริง โดยร่างรูปแบบมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.82 ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่ารูปแบบอาจนำไปใช้ในอำเภอที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ การใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง การสนับสนุนจากนายอำเภอและผู้นำชุมชน และกลไกญาติและผู้ดูแลในชุมชน



ภาพ 1 แผนผังรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในช่วงฤดูหนาวที่มีโรคทางเดินหายใจระบาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

3.1 ผลการดำเนินการตามรูปแบบ ผู้ดูแลออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุใน 15 ตำบล รวม 150 ราย ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 80.00 มีการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง 12 ครั้ง และไม่มีผู้ยุติการเข้าร่วมการวิจัย

3.2 ความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หลังทดลองใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 6.52±2.41 เป็น 8.01±1.56 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 3.52, p = 0.001) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 7.73±3.76 เป็น 9.92±1.76 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.53, p <0.001) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรม ก่อนและหลังใช้รูปแบบ (Paired t-test, n = 45)

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อน		หลัง		ระดับ	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
		$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.					
1. ความรู้ (คะแนนเต็ม 15)	ทั้งหมด (n = 45)	6.52	2.41	8.01	1.56	ปานกลาง/มาก	1.49	0.64–2.34	3.52	0.001*
2. พฤติกรรม (คะแนนเต็ม 70)	ทั้งหมด (n = 45)	7.73	3.76	9.92	1.76†	น้อย/มาก	2.19†	1.22–3.16†	4.53	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

†ค่า $\bar{d}$ และ 95% CI คำนวณจากค่าสถิติ t ที่รายงาน

3.3 ความพึงพอใจต่อรูปแบบ หลังใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ 13.33±3.18 คะแนน (ระดับปานกลาง)

อภิปรายผล

สถานการณ์ปัญหา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด มีความกังวลใจในการดูแลเรื่องโรคเรื้อรังและกังวลเพราะรักษาไม่หายขาด คิดว่าตนเองขาดทักษะและขาดความมั่นใจในการดูแล ชุมชนอยากได้การสนับสนุนจากรัฐและทีมดูแลที่เป็นวิชาชีพ ต้องการความรู้เรื่องอาหาร และกังวลเรื่องโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในช่วงฤดูหนาวและโควิด 19 ทั้งนี้เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นปัญหาของผู้สูงวัย ทำให้ร่างกายไม่สุขสบาย นำไปสู่ความพิการ ต้องไปพบแพทย์เป็นประจำ และเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากไข้หวัดใหญ่[2,7] ในขณะที่ผู้ดูแลและคนในชุมชนกังวลใจและขาดทักษะในการดูแล คิดว่าตนเองไม่มืออาชีพ ภาครัฐจึงควรสนับสนุนให้มีการอบรมอย่างเข้มข้นเป็นประจำ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจแก่ผู้ดูแลและคนในชุมชนควบคู่กันไป เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของวรวุฒิ ชมภูพาน และคณะ ที่ศึกษาผลของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลแบบวิถีชีวิตใหม่ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในเขตจังหวัดขอนแก่น[11]

การพัฒนารูปแบบ ผู้วิจัยกำหนดกิจกรรมเริ่มต้น 4 กิจกรรม ซึ่งยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ ยังไม่ใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง และยังอาศัยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก ซึ่งคล้ายกับข้อค้นพบของสุวิมล รัตน์ รอบรู้เจน[12] เมื่อปรับปรุงเป็น 7 มาตรการ โดยเพิ่มมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในฤดูหนาว ได้แก่ การอบรมมาตรการ UP-DMHTA การสนับสนุนวัคซีน และการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ รูปแบบดังกล่าวอาจนำไปใช้ในอำเภอที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้ เนื่องจากใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ประกอบกับนายอำเภอและผู้นำชุมชนที่เข้มแข็งช่วยผลักดันมาตรการ อีกทั้งกลไกญาติและผู้ดูแลในชุมชนที่มีสายสัมพันธ์ยึดโยงกันทั้งครอบครัวและชุมชน ช่วยสนับสนุนการดำเนินงาน สอดคล้องกับการศึกษาของทิพยาภา ดาหาร และเจทสริยา ดาวราช ที่พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดมหาสารคาม[14]

การทดลองใช้รูปแบบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาที่อาศัยผู้นำชุมชน อสม. และภาคีเครือข่ายจากคนในชุมชนเอง อย่างไรก็ตาม แบบแผนกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผลได้ ส่วนความพึงพอใจหลังใช้รูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังอาจมีความเครียดสะสม จึงควรพิจารณาการดูแลสุขภาพจิตควบคู่ไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติวงค์ สำสวด ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ[13] ทั้งนี้ การวิจัยนี้มีข้อจำกัด คือ ระยะเวลาติดตามเพียง 3 เดือนในช่วงฤดูหนาวหนึ่งฤดูกาล กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก จำนวน 45 คน และไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงยังไม่อาจสรุปผลเชิงสาเหตุหรือขยายผลไปยังพื้นที่อื่นได้อย่างเต็มที่ และไม่ได้ประเมินอุบัติการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจโดยตรง นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมชุดเดียวกันมีส่วนร่วมทั้งการวิเคราะห์ปัญหา การพัฒนา และการประเมินผล การรวมผลของสามกลุ่มที่มีบทบาทต่างกันอาจบดบัง

ความแตกต่างรายกลุ่ม และคะแนนหลังการทดลองอาจได้รับผลจากการทดสอบซ้ำ

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด มีความกังวลเรื่องโรคเรื้อรัง การขาดทักษะและความมั่นใจในการดูแล ความรู้เรื่องอาหาร และโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในฤดูหนาว รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 7 มาตรการ ได้แก่ 1) เฝ้าระวังโรคอันตราย 2) อบรมมาตรการ UP-DMHTA 3) สนับสนุนวัคซีน 4) สร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เหมาะสม 5) ระบบคำปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง 6) สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ 7) ส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวม หลังทดลองใช้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ($t = 3.52$, $p = 0.001$) และพฤติกรรม ($t = 4.53$, $p < 0.001$) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความพึงพอใจหลังใช้รูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เป็นผลเบื้องต้นจากแบบแผนกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ อาจนำรูปแบบ 7 มาตรการไปทดสอบใช้ในอำเภอที่มีบริบทใกล้เคียงกัน โดยสนับสนุนการอบรมคนในชุมชนและญาติผู้ดูแลควบคู่กันเพื่อเสริมสร้างทักษะและความมั่นใจ ใช้ภาคีเครือข่ายชุมชนและญาติผู้ดูแลเป็นกลไกสำคัญ เพิ่มการดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และควรเริ่มดำเนินมาตรการก่อนเข้าฤดูหนาว ประมาณเดือนตุลาคม–พฤศจิกายน โดยเฉพาะการให้วัคซีนและการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ขยายขนาดตัวอย่างและระยะเวลาติดตามตลอดฤดูกาล และประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น อัตราการเจ็บป่วย การนอนโรงพยาบาลด้วยโรคทางเดินหายใจ และความคุ้มค่าของรูปแบบ รวมทั้งแยกวิเคราะห์ผลรายกลุ่ม และใช้กลุ่มตัวอย่างประเมินผลที่ไม่ได้ร่วมพัฒนารูปแบบ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ นายอำเภอยางตลาด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอยางตลาด ภาคีเครือข่าย ผู้นำชุมชน และ อสม. ที่เอื้อเฟื้อให้เก็บข้อมูลในพื้นที่ และขอขอบคุณประชาชนและผู้สูงอายุอำเภอยางตลาดที่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่มและให้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน

เอกสารอ้างอิง

1. Iuliano AD, Roguski KM, Chang HH, Muscatello DJ, Palekar R, Tempia S, et al. Estimates of global seasonal influenza-associated respiratory mortality: a modelling study. Lancet. 2018;391(10127):1285-300.
2. Paget J, Spreeuwenberg P, Charu V, Taylor RJ, Iuliano AD, Bresee J, et al. Global mortality associated with seasonal influenza epidemics: new burden estimates and predictors from the GLaMOR Project. J Glob Health. 2019;9(2):020421.

3. Department of Health, Ministry of Public Health. Situation of the elderly population in Thailand [Internet]. Nonthaburi: Department of Health; 2023 [cited 2025 Feb 15]. Available from: https://eh.anamai.moph.go.th/th/cms-of-23/download/?did=214511&id=109527 (in Thai)

4. National Statistical Office. The 2024 survey of the older persons in Thailand [Internet]. Bangkok: National Statistical Office; 2024 [cited 2025 Feb 15]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241003145311_94190.pdf (in Thai)

5. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly 2015. Bangkok: Amarin Printing & Publishing; 2015. (in Thai)

6. Kalasin Provincial Public Health Office. Annual report. Kalasin: Kalasin Provincial Public Health Office; 2021. (in Thai)

7. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. DDC reports rising influenza situation and recommends vaccination [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2025 [cited 2025 Feb 15]. Available from: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=50441&deptcode=brc&news_views=4494 (in Thai)

8. PPTV HD36. Influenza situation 2024: 51 deaths, mostly influenza A [Internet]. Bangkok: PPTV HD36; 2025 [cited 2025 Feb 15]. Available from: https://www.pptvhd36.com/health/news/6503 (in Thai)

9. JS100. Influenza cases in Thailand, 19–25 January 2025 [Internet]. Bangkok: JS100; 2025 [cited 2025 Feb 15]. Available from: https://www.js100.com/en/site/news/view/148202 (in Thai)

10. Yang Talat District Health Office. Summary report of focus group discussions for the development of elderly care. Kalasin: Yang Talat District Health Office; 2021. (in Thai)

11. Chomphuphan W, Chomphuphan W, Sridaket S, Kechit T, Ungpinitpong W, Srikongpli W. Effects of health care for older adults with new-normal anxiety during the COVID-19 pandemic in Khon Kaen Province. Journal of Health Science Research. 2021;15(1):81-92. (in Thai)

12. Robrujen S. Development of a health care model for older adults for caregivers in Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. Princess of Naradhiwas University Journal. 2017;9(3):57-70. (in Thai)

13. Samsuad K. Factors affecting quality of life of older adults in the eastern provinces. Community Research Journal. 2017;11(2):21-37. (in Thai)

14. Daharn T, Daoraj J. Development of a community-participation health care model for older adults, Nong Lek Subdistrict, Kosum Phisai District, Maha Sarakham Province. Maha Sarakham Provincial Public Health Office Academic Journal. 2017;2(3):42-52. (in Thai)

Thai Health Sciences Frontiers
วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า

บทความวิจัย | RESEARCH ARTICLE

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of a Care System for Patients with Communicable Respiratory Diseases in the Inpatient Department, Namon Hospital, Kalasin Province

สวิท วรพันธ์[1*]

Sawit Worapan[1*]

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

*ผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding author)

☐ **รับบทความ:** 1 มกราคม 2569 ✓**แก้ไขบทความ:** 20 มกราคม 2569 ☑ **ตอบรับบทความ:** 5 กุมภาพันธ์ 2569

การอ้างอิง (Citation): สวิท วรพันธ์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า. 2569;1(1):70–82.

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจในหอผู้ป่วยใน และประเมินผลของระบบต่อความรู้และการปฏิบัติของบุคลากรดำเนินการที่หอผู้ป่วยใน ระหว่างเดือนมกราคม 2567 ถึงธันวาคม 2568 กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย กลุ่มทดลอง 29 คน (โรงพยาบาลนามน) และกลุ่มควบคุม 29 คน (โรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียง 1 แห่ง) รวม 58 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและจับคู่ตามตำแหน่งและประสบการณ์ เครื่องมือวิจัย ได้แก่ ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจและโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะบุคลากร 8 สัปดาห์ แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินการปฏิบัติ และแบบประเมินการสาธิตการสวมใส่และถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) (KR-20 = 0.81, Cronbach's alpha = 0.86) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test, Independent t-test, Chi-square test และ ANCOVA

หลังใช้ระบบ กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 17.62±1.55 คะแนน เพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง (11.45±2.18 คะแนน; $t = 16.38$, $p < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม (12.14±2.27 คะแนน; $t = 10.74$, $p < 0.001$) คะแนนการปฏิบัติของกลุ่มทดลองเท่ากับ 45.07±3.02 คะแนน สูงกว่ากลุ่มควบคุม (34.83±4.51 คะแนน; $t = 10.16$, $p < 0.001$) กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติระดับดีร้อยละ 96.55 เทียบกับร้อยละ 20.69 ในกลุ่มควบคุม ($\chi^2 = 34.40$, $p < 0.001$) และผ่านเกณฑ์การสาธิตการสวมใส่และถอด PPE ร้อยละ 93.10 เทียบกับร้อยละ 55.17 ($\chi^2 = 10.88$, $p = 0.001$) สรุปได้ว่าหลังใช้ระบบ ความรู้และการปฏิบัติของบุคลากรกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ระบบนี้อาจนำไปใช้อย่างต่อเนื่องและทดสอบเพิ่มเติมในโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียง โดยประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยร่วมด้วย

คำสำคัญ: โรคติดต่อทางเดินหายใจ, หอผู้ป่วยใน, การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

Abstract

This research and development study, using a two-group pretest–posttest design in the evaluation phase, aimed to examine the situation, develop a care system for patients with communicable respiratory diseases in the inpatient department, and evaluate its effects on the knowledge and practice of healthcare personnel. The study was conducted at Namon Hospital, Kalasin Province, from January 2024 to December 2025. The sample consisted of healthcare personnel caring for patients, 29 in the experimental group and 29 in the control group (58 in total) from Namon Hospital and one neighboring community hospital, respectively, selected by purposive sampling and matched by position and work experience. The research instruments were the care system for patients with communicable respiratory diseases with an 8-week competency development program, a knowledge test, a practice assessment, and a personal protective equipment (PPE) donning and doffing demonstration checklist (KR-20 = 0.81, Cronbach's alpha = 0.86). Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, independent t-test, chi-square test, and ANCOVA.

After implementation, the experimental group had a mean knowledge score of 17.62±1.55, significantly higher than at baseline (11.45±2.18; t = 16.38, p <0.001) and higher than the control group (12.14±2.27; t = 10.74, p <0.001). The mean practice score of the experimental group was 45.07±3.02, higher than that of the control group (34.83±4.51; t = 10.16, p <0.001). Good practice was found in 96.55% of the experimental group compared with 20.69% of the control group (χ^2 = 34.40, p <0.001), and the PPE demonstration pass rates were 93.10% and 55.17%, respectively (χ^2 = 10.88, p = 0.001). Thus, knowledge and practice scores of the experimental group were higher than those of the control group after implementation. The system may be used continuously and tested further in community hospitals with similar contexts, including patient outcomes.

Keywords: Communicable respiratory diseases, Inpatient department

บทนำ

โรคติดต่อทางเดินหายใจเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก ทั้งโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ไข้หวัดใหญ่ และโรคปอดอักเสบ ผู้ป่วยมีอาการไข้ ไอ หายใจลำบาก และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงถึงเสียชีวิต ข้อมูล ณ เดือนเมษายน 2565 การระบาดของ COVID-19 ทำให้ทั่วโลกมีผู้ป่วยสะสม 511,536,014 ราย รักษาหายแล้ว 464,778,834 ราย และเสียชีวิต 6,253,427 ราย ส่วนประเทศไทยมีผู้ป่วยสะสม 4,262,909 ราย รักษาหายแล้ว 4,092,878 ราย และเสียชีวิต 28,617 ราย[1] แม้ความรุนแรงของ COVID-19 ลดลง แต่โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างที่ไม่ใช่ COVID-19 ยังเป็นภาระโรคสำคัญ โดยอัตราตายทั่วโลกลดลงจาก 56.5 เป็น 32.9 ต่อประชากรแสนคนระหว่าง ค.ศ. 1990–2019 และเชื้อ *Streptococcus pneumoniae* เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดการป่วยและเสียชีวิตมากที่สุด[2] โดยในปี ค.ศ. 2021 มีผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวทั่วโลกประมาณ 2.18 ล้านราย (27.7 ต่อประชากรแสนคน)[2]

สำหรับประเทศไทย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม–24 กุมภาพันธ์ 2568 พบผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่สะสม 131,826 ราย เสียชีวิต 12 ราย และกรมควบคุมโรคคาดการณ์ว่าทั้งปี 2568 จะมีผู้ป่วยประมาณ 903,446 ราย[3]

ข้อมูล ณ ต้นเดือนพฤษภาคม 2565 จังหวัดกาฬสินธุ์พบผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 สะสม 75,453 ราย รักษาหายแล้ว 69,011 ราย และเสียชีวิต 194 ราย[4] อำเภอนามนพบผู้ป่วยยืนยัน 219 ราย กระจายในตำบลหนองบัว นามน สงเปลือย หลักเหลี่ยม และยอดแกง โรงพยาบาลนามนเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงที่รับผู้ป่วยทุกโรคตลอด 24 ชั่วโมง ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2564 ถึงพฤษภาคม 2565 มีผู้ป่วย COVID-19 เข้ารับการรักษา 515 ราย เสียชีวิต 4 ราย หอผู้ป่วยในจึงจัดหอผู้ป่วยแยกโรคแบบรวมกลุ่ม (Cohort ward) ในปี 2564–2565 ต่อมาในปี 2566 มีผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจ (ไข้หวัดใหญ่ ปอดอักเสบ COVID-19 และวัณโรคปอด) นอนรักษาในหอผู้ป่วยใน 312 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.40 ของผู้ป่วยในทั้งหมด (1,458 ราย) ปัญหาที่พบ ได้แก่ บุคลากรมีจำนวนจำกัด พื้นที่ให้บริการอยู่ใกล้ตึกผู้ป่วยทั่วไปทำให้แยกโรคยาก อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลอาจไม่เพียงพอ และไม่สามารถทราบระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยก่อนการตรวจ ทำให้บุคลากรเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทั้งนี้ ในปี 2566 พบบุคลากรหอผู้ป่วยในติดเชื้อทางเดินหายใจจากการปฏิบัติงาน 4 ราย และผลการประเมินการปฏิบัติตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของหอผู้ป่วยอยู่ที่ร้อยละ 66.50 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายร้อยละ 80

การดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจในหอผู้ป่วยในต้องอาศัยการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ได้แก่ การระวังป้องกันมาตรฐาน การระวังป้องกันการสัมผัส ละอองฝอย และทางอากาศ ร่วมกับการจัดห้องแยก[5,6] การประเมินสัญญาณเตือนการทรุดลงด้วย National Early Warning Score 2 (NEWS2)[7] และการสื่อสารส่งต่อข้อมูลด้วย SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation)[8] ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพบริการของ Donabedian ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์[9] ในการพัฒนาระบบ ร่วมกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Isolation) ของกรมการแพทย์[10] ฉบับปรับปรุงวันที่ 4 มกราคม 2565 ซึ่งผู้วิจัยปรับใช้ให้สอดคล้องกับการที่โควิด-19 เปลี่ยนเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่เน้นคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจหรือการดูแลผู้ป่วย COVID-19 เป็นหลัก ยังมีการศึกษาน้อยที่พัฒนาระบบครอบคลุมโรคติดต่อทางเดินหายใจหลายชนิดในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ซึ่งเป็นช่องว่างขององค์ความรู้ เช่น การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของโรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและเน้นการคัดแยกความรุนแรงด้วย SIRS Criteria และ SOS score โดยไม่ได้ครอบคลุมการดูแลในหอผู้ป่วยใน[11]

เมื่อสถานการณ์การระบาดลดความรุนแรงลงและควบคุมได้ จึงเป็นโอกาสในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจในหอผู้ป่วยในให้ชัดเจนและยั่งยืน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง มีคุณภาพ ส่งต่อได้รวดเร็ว และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปยังบุคลากร ผู้ป่วยรายอื่น ญาติ และผู้มาติดต่อ ผลการศึกษาคาดว่าจะเป็นต้นแบบให้โรงพยาบาลชุมชนอื่นนำไปประยุกต์ใช้

กรอบแนวคิดการวิจัย ประยุกต์กรอบคุณภาพบริการของ Donabedian โดยด้านโครงสร้าง ได้แก่ การจัดพื้นที่แยกโรคและอุปกรณ์ป้องกัน ด้านกระบวนการ ได้แก่ ระบบ 6 องค์ประกอบและโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะบุคลากร 8 สัปดาห์ และด้านผลลัพธ์ ได้แก่ ความรู้และการปฏิบัติของบุคลากร ดังแสดงในภาพ 1

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยและแผนผังโมเดลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจในหอผู้ป่วยใน



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนามน
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนามน
3. เพื่อประเมินผลของระบบที่พัฒนาขึ้นต่อความรู้และการปฏิบัติของบุคลากร โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้ระบบ และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

วิธีการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยระยะประเมินผลใช้แบบแผนกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest–posttest design) ดำเนินการที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนมกราคม 2567 ถึงธันวาคม 2568 แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา (มกราคม–มีนาคม 2567) โดยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจและรายงานอุบัติการณ์ปี 2566 สนทนากลุ่มบุคลากรหอผู้ป่วยใน 12 คน และสัมภาษณ์ผู้บริหารทางการพยาบาล 2 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 2 พัฒนาระบบและตรวจสอบคุณภาพ (เมษายน–กันยายน 2567) โดยทีมสหวิชาชีพ 9 คน ได้แก่ แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ 1 คน เภสัชกร 1 คน และนักเทคนิคการแพทย์ 1 คน ดำเนินการตามวงจร PDCA 2 รอบ ระยะที่ 3 ทดลองใช้ระบบ โดยบุคลากรกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ 8 สัปดาห์ (ตุลาคม–พฤศจิกายน 2567) วัดผลหลังโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 9 (ธันวาคม 2567) และใช้ระบบต่อเนื่องถึงกันยายน 2568 และระยะที่ 4 ประเมินผลและสรุปผล (ตุลาคม–ธันวาคม 2568) มีรายละเอียดดังนี้

ประชากร

บุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 36 คน และบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงที่มีบริบทใกล้เคียงในจังหวัดกาฬสินธุ์ 1 แห่ง จำนวน 38 คน ในปี พ.ศ. 2567 โดยเลือกโรงพยาบาลกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์ได้แก่ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงในจังหวัดเดียวกัน มีจำนวนบุคลากรและลักษณะผู้ป่วยใกล้เคียงกัน ยังไม่มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจที่เป็นรูปแบบเฉพาะ และตั้งอยู่ห่างจากโรงพยาบาลนามนประมาณ 45 กิโลเมตร โดยไม่มีการหมุนเวียนบุคลากรร่วมกัน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของการแทรกแซง

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power กำหนดการทดสอบ Independent t-test แบบสองทาง ขนาดอิทธิพล (effect size) 0.80 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ตามเกณฑ์ของ Cohen[12] ระดับนัยสำคัญ 0.05 และอำนาจการทดสอบ 0.80 ได้กลุ่มละ 26 คน เพิ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย ได้กลุ่มละ 29 คน รวม 58 คน[13] คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) กลุ่มทดลองคือบุคลากรหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนามน และกลุ่มควบคุมคือบุคลากรของโรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียง โดยจับคู่ระดับกลุ่ม (frequency matching) ตามสัดส่วนตำแหน่งและช่วงประสบการณ์การทำงาน ทั้งนี้ จากประชากร 36 คนในกลุ่มทดลอง มีผู้ไม่เข้าเกณฑ์คัดเข้า 4 คน (ปฏิบัติงานน้อยกว่า 6 เดือน) และไม่ยินยอมเข้าร่วม 3 คน จึงได้กลุ่มตัวอย่าง 29 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) เป็นพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานช่วยเหลือคนไข้ หรือผู้ปฏิบัติงานที่ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยใน 2) ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

บุคลากรที่มีแผนลาศึกษาต่อหรือย้ายหน่วยงานในช่วงการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Discontinuation Criteria) ได้แก่ 1) ลาศึกษาต่อ ลาป่วย หรือย้ายหน่วยงานระหว่างการวิจัย 2) กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ

80 ของกิจกรรมทั้งหมด และ 3) ขอถอนตัวจากการวิจัย โดยรายงานจำนวนผู้ยุติการเข้าร่วมในผลการศึกษา

เครื่องมือวิจัย

ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจในหอผู้ป่วยใน ซึ่งประกอบด้วยการคัดกรองและแยกผู้ป่วย แนวปฏิบัติการพยาบาล การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การเฝ้าระวังอาการและการส่งต่อ การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ และการติดตามประเมินผล พร้อมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะบุคลากร 8 สัปดาห์ 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (2) แบบทดสอบความรู้ 20 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน (3) แบบประเมินการปฏิบัติ 10 ข้อ ประเมินโดยการสังเกตของผู้ประเมิน มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวม 10–50 คะแนน โดยคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 (40 คะแนน) ขึ้นไปถือว่าปฏิบัติระดับดี และ (4) แบบประเมินการสาธิตการสวมใส่และถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ผลการประเมินผ่าน/ไม่ผ่าน เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC 0.67–1.00 และดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.92 (S-CVI/Ave) ทดลองใช้กับบุคลากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่า Kuder–Richardson 20 (KR-20) ของแบบทดสอบความรู้ เท่ากับ 0.81 และค่า Cronbach's alpha ของแบบประเมินการปฏิบัติ เท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยและอนุญาตจากผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอม จากนั้นเก็บข้อมูลก่อนทดลอง (สัปดาห์ที่ 0) ด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินการปฏิบัติ กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมตามระบบที่พัฒนา ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการปฏิบัติงานตามปกติและได้รับคู่มือและการอบรมตามโปรแกรมหลังสิ้นสุดการศึกษา จากนั้นเก็บข้อมูลหลังทดลอง (สัปดาห์ที่ 9) ด้วยเครื่องมือชุดเดิมและแบบประเมินการสาธิต PPE โดยผู้ประเมินที่เป็นพยาบาลควบคุมการติดเชื้อซึ่งผ่านการชี้แจงเกณฑ์และไม่ทราบกลุ่มของผู้ถูกประเมิน ทั้งนี้ ผู้ประเมินไม่ได้เป็นพี่เลี้ยงในสัปดาห์ที่ 7 และแบบประเมินใช้รหัสแทนชื่อผู้ถูกประเมิน แต่เนื่องจากสองกลุ่มอยู่คนละโรงพยาบาล จึงไม่สามารถปกปิดกลุ่มได้อย่างสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มด้วย Paired t-test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Independent t-test และวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยปรับคะแนนก่อนทดลอง รายงานผลต่างเฉลี่ย 95% CI และขนาดอิทธิพล (Cohen's d) หลังตรวจสอบการแจกแจงปกติและความเท่ากันของความแปรปรวน (Levene's test) และเปรียบเทียบตัวแปรเชิงหมวดหมู่ด้วย Chi-square test (Pearson) หรือ Fisher's exact test เมื่อความถี่คาดหวังน้อยกว่า 5 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ปฏิบัติตามหลักการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 105/2566 ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2566 และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และประโยชน์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความสมัครใจ เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ นำเสนอผลในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจในหอผู้ป่วยใน

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 29 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 89.66 และ 86.21 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ย 38.62±7.45 ปี และ 37.90±8.12 ปี เป็นพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 41.38 และ 44.83 มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 11.24±6.38 ปี และ 10.76±6.91 ปี ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) โดยเพศ (Fisher's exact test, $p = 1.000$) อายุ ($t = 0.35$, $p = 0.726$) สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ ($\chi^2 = 0.07$, $p = 0.791$) และประสบการณ์การทำงาน ($t = 0.27$, $p = 0.784$) ไม่แตกต่างกัน และไม่มีผู้ยุติการเข้าร่วมการวิจัย

1.2 สถานการณ์และปัญหาในหอผู้ป่วยใน ข้อมูลผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจของหอผู้ป่วยในเป็นไปตามที่กล่าวในบทนำ จากการวิเคราะห์สถานการณ์ พบปัญหาสำคัญ 5 ประการ จากการทบทวนเวชระเบียน รายงานอุบัติการณ์ และการสนทนากลุ่มบุคลากร 12 คน วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา คือ 1) ไม่สามารถทราบระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยล่วงหน้าขณะคัดกรอง 2) อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลอาจไม่เพียงพอ 3) บุคลากรมีจำนวนจำกัดในบางวัน 4) พื้นที่ให้บริการอยู่ใกล้ตึกผู้ป่วยทั่วไป ทำให้แยกโรคได้ยาก และ 5) ผู้ป่วยและญาติขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับการแพร่ระบาดจากคนสู่คน

2. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจในหอผู้ป่วยใน

2.1 ระบบที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพดำเนินงานตามวงจร PDCA ได้แก่ ประชุมชี้แจงและหาความเสี่ยง จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาล จัดอบรมบุคลากร วิเคราะห์สาเหตุและแก้ไข ประเมินผล และทบทวนเพื่อพัฒนาต่อ จำนวน 2 รอบ โดยทีมสหวิชาชีพ 9 คน รอบที่ 1 จัดทำแนวปฏิบัติและผังการแยกผู้ป่วย รอบที่ 2 ปรับแบบคัดกรอง เพิ่มแบบตรวจสอบการสวมใส่และถอด PPE และปรับเกณฑ์การรายงานแพทย์ตามคะแนน NEWS2 ได้ระบบที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ (1) การคัดกรองและแยกผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงและกลุ่มสีอาการ (เขียว เหลือง แดง) โดยจัดห้องแยกหรือโซน Cohort ward (2) แนวปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย (3) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ได้แก่ การใช้ PPE ตามระดับความเสี่ยง จุดล้างมือและห้องน้ำผู้ป่วยแยกจากบุคลากร (4) การเฝ้าระวังอาการทรุดลงด้วย NEWS2 และการส่งต่อด้วย SBAR (5) การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ การวางแผนจำหน่ายและการดูแลที่บ้าน (Home Isolation) และ (6) การบันทึกทะเบียนผู้ป่วยและติดตามประเมินผล (ภาพ 1) โดยมีโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะบุคลากร 8 สัปดาห์ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 กิจกรรมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะบุคลากรตามระบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจในหอผู้ป่วยใน

สัปดาห์ที่	กิจกรรม/เนื้อหา	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลา	เหตุผลทางวิชาการ
1	ชี้แจงโปรแกรม ทดสอบก่อนทดลอง และให้ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเดินหายใจ (COVID-19 ไข้หวัดใหญ่ ปอดอักเสบ) การติดต่อ อาการ และการรักษา	สไลด์ประกอบการบรรยาย แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินการปฏิบัติ	90 นาที	การวัดพื้นฐานก่อนทดลองใช้เปรียบเทียบผล และการเชื่อมโยงความรู้กับประสบการณ์เดิมของผู้ปฏิบัติงาน
2	การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ได้แก่ การล้างมือ การสวมใส่และถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ฝึกสาธิตและสถานการณ์จำลอง	PPE ชุดจริง แบบตรวจสอบการสวมใส่และถอด PPE	120 นาที	การระวังป้องกันมาตรฐาน การสัมผัสละอองฝอย และทางอากาศ ช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อ[5,6]
3	การคัดกรองและแยกผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงและกลุ่มสีอาการ การใช้ห้องแยกและโซน Cohort ward และการจัดทำทะเบียนผู้ป่วย	แผนผังขั้นตอนการรับผู้ป่วย ป้ายแสดงโซน แบบทะเบียนผู้ป่วย	90 นาที	การแยกผู้ป่วยตามความเสี่ยงตั้งแต่แรกรับช่วยลดโอกาสสัมผัสเชื้อของบุคลากรและผู้ป่วยรายอื่น[5,6]
4	แนวปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย การเฝ้าระวังอาการด้วย NEWS2 และการดูแลการให้ออกซิเจน	แนวปฏิบัติการพยาบาล แบบบันทึก NEWS2	120 นาที	NEWS2 ช่วยให้ตรวจพบสัญญาณการทรุดลงของผู้ป่วยได้เร็วและตัดสินใจส่งต่อได้ทันเวลา[7]
5	การส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงด้วย SBAR ฝึกจากกรณีศึกษา	แบบฟอร์ม SBAR กรณีศึกษา	90 นาที	การสื่อสารที่เป็นแบบแผนช่วยให้ส่งต่อข้อมูลครบถ้วนและรวดเร็ว[8]
6	การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ การวางแผนจำหน่ายและการดูแลที่บ้าน (Home Isolation)	แผ่นพับให้ความรู้ แนวทาง Home Isolation	90 นาที	ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ลดการแพร่เชื้อสู่ครอบครัวและชุมชน[10]

สัปดาห์ที่	กิจกรรม/เนื้อหา	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลา	เหตุผลทางวิชาการ
7	ฝึกปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วยโดยมีพี่เลี้ยง (Coaching) พร้อมสังเกตการปฏิบัติและให้ข้อมูลป้อนกลับ	แบบตรวจสอบการปฏิบัติ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อเป็นพี่เลี้ยง	240 นาที	การเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงและข้อมูลป้อนกลับช่วยยกระดับกระบวนการดูแล[9]
8	ทบทวนหลังปฏิบัติ (After action review) สรุปบทเรียน ทดสอบหลังทดลอง และประเมินการสาธิต PPE	แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินการปฏิบัติ แบบประเมินการสาธิต PPE	120 นาที	ประเมินผลลัพธ์ของระบบและทบทวนเพื่อพัฒนาต่อเนื่องตามวงจร PDCA[9]

2.2 ผลการตรวจสอบคุณภาพของระบบ ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (แพทย์ 1 ท่าน พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน) ตรวจสอบความเหมาะสมของระบบ ได้ค่า IOC 0.67–1.00 พร้อมข้อเสนอแนะให้ปรับแผนผังการแยกผู้ป่วยและเพิ่มแบบตรวจสอบการสวมใส่ PPE ผู้วิจัยปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และทดลองใช้นำร่องกับผู้ป่วย 10 ราย เป็นเวลา 2 สัปดาห์ (กรกฎาคม–สิงหาคม 2567) ก่อนนำไปใช้จริง ผลการทดลองนำร่องพบว่าบุคลากรใช้แบบคัดกรองและแบบบันทึก NEWS2 ได้ครบถ้วนร้อยละ 90 ไม่พบการแพร่กระจายเชื้อในหอผู้ป่วย และได้ปรับลดความซ้ำซ้อนของแบบบันทึกและเพิ่มป้ายแสดงโซนให้ชัดเจนขึ้น

3. ผลของระบบต่อความรู้และการปฏิบัติของบุคลากร

3.1 การเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มจาก 11.45±2.18 เป็น 17.62±1.55 คะแนน และคะแนนการปฏิบัติเฉลี่ยเพิ่มจาก 33.24±4.71 เป็น 45.07±3.02 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.077$ และ 0.243 ตามลำดับ) โดยกลุ่มทดลองมีผลต่างเฉลี่ยของความรู้ 6.17 คะแนน (95% CI 5.40–6.94) และการปฏิบัติ 11.83 คะแนน (95% CI 10.19–13.47) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติ ก่อน–หลังได้รับระบบ จำแนกตามกลุ่ม

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อน		หลัง		ระดับ	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
		$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.					
ความรู้ (คะแนนเต็ม 20)	ทดลอง	11.45	2.18	17.62	1.55	ดี	6.17	5.40–6.94	16.38	<0.001*
ความรู้ (คะแนนเต็ม 20)	ควบคุม	11.28	2.34	12.14	2.27	ปานกลาง	0.86	−0.10–1.82	1.83	0.077
การปฏิบัติ (คะแนนเต็ม 50)	ทดลอง	33.24	4.71	45.07	3.02	ดี	11.83	10.19–13.47	14.81	<0.001*
การปฏิบัติ (คะแนนเต็ม 50)	ควบคุม	33.69	4.88	34.83	4.51	ปานกลาง	1.14	−0.82–3.10	1.19	0.243

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.2 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง คะแนนความรู้และการปฏิบัติของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p = 0.776 และ 0.722 ตามลำดับ) หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.001) โดยหลังทดลองคะแนนความรู้ต่างกัน 5.48 คะแนน (95% CI 4.46–6.50; Cohen's d = 2.82) และการปฏิบัติต่างกัน 10.24 คะแนน (95% CI 8.22–12.26; d = 2.67) และเมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมโดยปรับคะแนนก่อนทดลอง กลุ่มทดลองยังมีคะแนนความรู้ (adjusted mean difference 5.41, 95% CI 4.50–6.33; F(1,55) = 140.88, p <0.001, partial η^2 = 0.72) และการปฏิบัติ (adjusted mean difference 10.40, 95% CI 8.60–12.21; F(1,55) = 133.25, p <0.001, partial η^2 = 0.71) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		ระดับ	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.					
ความรู้ ก่อน (คะแนนเต็ม 20)	11.45	2.18	11.28	2.34	ต่ำ/ต่ำ	0.17	−1.02–1.36	0.29	0.776
ความรู้ หลัง (คะแนนเต็ม 20)	17.62	1.55	12.14	2.27	ดี/ปานกลาง	5.48	4.46–6.50	10.74	<0.001*
การปฏิบัติ ก่อน (คะแนนเต็ม 50)	33.24	4.71	33.69	4.88	ปานกลาง/ปานกลาง	−0.45	−2.97–2.07	−0.36	0.722
การปฏิบัติ หลัง (คะแนนเต็ม 50)	45.07	3.02	34.83	4.51	ดี/ปานกลาง	10.24	8.22–12.26	10.16	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.3 การปฏิบัติระดับดีและผลการสาธิตการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล หลังทดลอง กลุ่มทดลองปฏิบัติระดับดีร้อยละ 96.55 สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ร้อยละ 20.69 (χ^2 = 34.40, p <0.001) และผ่านเกณฑ์การสาธิต PPE ร้อยละ 93.10 เทียบกับร้อยละ 55.17 (χ^2 = 10.88, p = 0.001) ดังแสดงในตาราง 4 ในช่วงติดตาม 10 เดือน (ธันวาคม 2567–กันยายน 2568) ไม่พบการติดเชื้อทางเดินหายใจจากการปฏิบัติงานในบุคลากรกลุ่มทดลอง ขณะที่กลุ่มควบคุมพบ 3 ราย (ร้อยละ 10.34) ซึ่งไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Fisher's exact test, p = 0.237) ทั้งนี้ นิยามการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน คือ บุคลากรที่มีผลตรวจยืนยันการติดเชื้อทางเดินหายใจภายใน 14 วันหลังสัมผัสผู้ป่วยติดเชื้อขณะปฏิบัติงาน โดยไม่มีประวัติสัมผัสผู้ติดเชื้อนอกงาน เฝ้าระวังจากรายงานของงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและงานอาชีวอนามัยของทั้งสองโรงพยาบาล

ตาราง 4 เปรียบเทียบการปฏิบัติระดับดีและผลการสาธิต PPE หลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร/สถานะ	กลุ่มทดลอง n (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม n (ร้อยละ)	χ^2	p-value
การปฏิบัติโดยรวมหลังทดลอง: ระดับดี (≥40 คะแนน)	28 (96.55)	6 (20.69)	34.40	<0.001*
ระดับปานกลางหรือต่ำ (<40 คะแนน)	1 (3.45)	23 (79.31)		

ตัวแปร/สถานะ	กลุ่มทดลอง n (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม n (ร้อยละ)	χ^2	p-value
การสาธิตการสวมใส่และถอด PPE: ผ่านเกณฑ์	27 (93.10)	16 (55.17)	10.88	0.001*
ไม่ผ่านเกณฑ์	2 (6.90)	13 (44.83)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

อภิปรายผล

ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ปัญหาที่พบในหอผู้ป่วยใน ได้แก่ การคัดกรองที่ไม่ทราบระดับความเสี่ยงล่วงหน้า อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลไม่เพียงพอ บุคลากรจำนวนจำกัด และพื้นที่ที่อยู่ใกล้ตึกผู้ป่วยทั่วไปทำให้แยกโรคยาก ซึ่งสะท้อนบริบทของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงที่รับผู้ป่วยทุกโรคในพื้นที่เดียวกัน การวิเคราะห์ปัญหาแบบครอบคลุมโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ตามกรอบของ Donabedian จึงเหมาะสมต่อการพัฒนาระบบ[9] และสอดคล้องกับหลักการแยกผู้ป่วยและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่แนะนำในระดับสากล[5,6]

ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ระบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ที่เชื่อมโยงตั้งแต่การคัดกรองและแยกผู้ป่วย แนวปฏิบัติการพยาบาล การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การเฝ้าระวังอาการด้วย NEWS2 และการส่งต่อด้วย SBAR ไปจนถึงการให้ความรู้และการวางแผนจำหน่าย[6,7,8] ระบบสร้างจากการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพตามวงจร PDCA และปรับให้เหมาะกับทรัพยากรจำกัดของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ (IOC 0.67–1.00) และการทดลองนำร่องก่อนนำไปใช้จริง ซึ่งอาจช่วยให้บุคลากรยอมรับและนำไปปฏิบัติได้

ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 หลังใช้ระบบ กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และการปฏิบัติสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจอธิบายได้จากโปรแกรมที่ผสมผสานการบรรยาย การสาธิต สถานการณ์จำลอง และการฝึกปฏิบัติจริงโดยมีพี่เลี้ยงพร้อมข้อมูลป้อนกลับ ทำให้บุคลากรเข้าใจและปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อได้ถูกต้องยิ่งขึ้น[5,6] ผลการสาธิต PPE สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Cochrane ที่พบว่าการฝึกแบบเผชิญหน้า การจำลองสถานการณ์ และการฝึกด้วยวิดีโอ ช่วยลดความผิดพลาดในการถอด PPE มากกว่าการให้เอกสารหรือการบรรยายเพียงอย่างเดียว[14] และสอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ที่พบว่าหลังใช้รูปแบบการพยาบาลซึ่งประกอบด้วยการพัฒนาความรู้และสมรรถนะ แนวปฏิบัติการพยาบาล และการนิเทศติดตาม พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[15] อย่างไรก็ตาม ขนาดอิทธิพลที่สูงมาก (Cohen's d มากกว่า 2.5) อาจได้รับผลจากเพดานคะแนนของแบบทดสอบความรู้ การใช้แบบทดสอบชุดเดิมภายใน 9 สัปดาห์ และความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาล จึงควรตีความด้วยความระมัดระวัง

ข้อจำกัดของการวิจัยคือ ไม่ได้สุ่มกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุมมาจากต่างโรงพยาบาลจึงอาจมีตัวแปรแทรกซ้อนที่ควบคุมไม่ได้ทั้งหมด จำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่มาก และผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยยังไม่ได้วิเคราะห์เชิงอนุมาน นอกจากนี้ มีหน่วยทดลองเพียง 1 โรงพยาบาลต่อกลุ่ม ผลของระบบจึงอาจปะปนกับความแตกต่างระหว่าง

โรงพยาบาล การปกปิดกลุ่มต่อผู้ประเมินทำได้จำกัด และไม่ได้วัดความรู้และการปฏิบัติซ้ำในระยะติดตาม

สรุปผลการวิจัย

ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนามน ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การคัดกรองและแยกผู้ป่วย แนวปฏิบัติการพยาบาล การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การเฝ้าระวังอาการและการส่งต่อ การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ และการติดตามประเมินผล หลังใช้ระบบ กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และการปฏิบัติเพิ่มขึ้นและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยปฏิบัติระดับดีร้อยละ 96.55 เทียบกับร้อยละ 20.69 และผ่านเกณฑ์การสาธิต PPE ร้อยละ 93.10 เทียบกับร้อยละ 55.17

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ หอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนอาจนำระบบ 6 องค์ประกอบและโปรแกรม 8 สัปดาห์ไปใช้ โดยเน้นการฝึกสาธิตการสวมใส่และถอด PPE และการฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยโดยมีพี่เลี้ยง นอกจากนี้ ควรจัดสถานที่แยกกักตัวและแยกอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์วัดสัญญาณชีพ ให้บุคลากรเข้ารับการอบรมทบทวนอย่างสม่ำเสมอ และติดตามข่าวสารจากกรมควบคุมโรคและกระทรวงสาธารณสุขเพื่อปรับแนวทางให้ทันสถานการณ์

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย เช่น ความพึงพอใจ ระยะเวลาในการส่งต่อ ระยะเวลานอนโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิต ใช้รูปแบบการวิจัยที่มีการสุ่มติดตามผลระยะยาว และขยายผลในโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่ง รวมทั้งใช้แบบแผนที่เหมาะกับการแทรกแซงระดับหน่วยงาน เช่น การวิจัยแบบสุ่มกลุ่ม (cluster randomized trial) ในหลายโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลนามน ทีมสหวิชาชีพและบุคลากรหอผู้ป่วยในที่ให้ความร่วมมือ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและระบบ และกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุน

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Disease Control, Ministry of Public Health (TH). COVID-19 situation in Thailand [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2022 [cited 2022 Apr 28]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/faq_more.php (in Thai)

2. GBD 2021 Lower Respiratory Infections and Antimicrobial Resistance Collaborators. Global, regional, and national incidence and mortality burden of non-COVID-19 lower respiratory infections and aetiologies, 1990–2021: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet Infect Dis. 2024;24(9):974-1002.

3. Department of Disease Control, Ministry of Public Health (TH). Influenza situation: Department of Disease Control reports rising cases and recommends vaccination [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2025 Feb 25 [cited 2025 Dec 15]. Available from: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=50441&deptcode=brc&news_views=3957 (in Thai)

4. Kalasin Provincial COVID-19 Emergency Operations Center. COVID-19 situation in Kalasin Province [Internet]. Kalasin: Kalasin Provincial Public Health Office; 2022 [cited 2022 May 1]. Available from: http://appksn.moph.go.th/ics/web/ (in Thai)

5. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in health care settings. Am J Infect Control. 2007;35(10 Suppl 2):S65-164.

6. World Health Organization. Infection prevention and control during health care when coronavirus disease (COVID-19) is suspected or confirmed: interim guidance, 12 July 2021. Geneva: World Health Organization; 2021. Report No.: WHO/2019-nCoV/IPC/2021.1.

7. Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS) 2: standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party. London: Royal College of Physicians; 2017.

8. Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2006;32(3):167-75.

9. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-8.

10. Department of Medical Services, Ministry of Public Health (TH). Practice guideline for healthcare personnel on advising patients and providing COVID-19 Home Isolation services (revised edition) [Internet]. Nonthaburi: Department of Medical Services; 2022 Jan 4 [cited 2022 Apr 28]. Available from: https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=160.pdf (in Thai)

11. Wannala S, Pakkasinang T, Phochaila K. Development of a respiratory infection patient care system in the Emergency and Forensic Nursing Department, Pho Chai Hospital, Roi Et Province. J Res Health Inno Dev. 2025;6(2):346-60. (in Thai)

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

13. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):175-91.

14. Verbeek JH, Rajamaki B, Ijaz S, Sauni R, Toomey E, Blackwood B, et al. Personal protective equipment for preventing highly infectious diseases due to exposure to contaminated body fluids in healthcare staff. Cochrane Database Syst Rev. 2020;4(4):CD011621.

15. Kruawan R. Development of nursing model for prevention of antimicrobial resistance transmission at Phonthong Hospital, Roi Et Province. J Res Health Inno Dev. 2026;7(Suppl 1):141-52. (in Thai)

Thai Health Sciences Frontiers
วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า (THSF)

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1
มกราคม – เมษายน 2569

เชิญชวนส่งบทความ

CALL FOR PAPERS

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า ยินดีรับบทความวิชาการและบทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพทุกสาขาวิชาชีพ ที่เชื่อมโยงองค์ความรู้สู่การปฏิบัติจริงในระดับคลินิก โรงพยาบาลชุมชน และระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ บทความต้องไม่เคยตีพิมพ์และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น

ขอบเขตของวารสาร SCOPE

- การพยาบาล
- การแพทย์
- เภสัชกรรม
- กายภาพบำบัด
- สาธารณสุขชุมชน
- การดูแลสุขภาพปฐมภูมิ
- การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย
- งานวิจัยและพัฒนา (R&D)
- นวัตกรรมสู่การปฏิบัติจริงทางคลินิก

ประเภทบทความ ARTICLE TYPES

01 บทความวิจัยต้นฉบับ
Original Research Article

02 บทความวิชาการ
Academic Article

03 บทความปริทัศน์
Review Article

04 รายงานผู้ป่วย
Case Report

ความยาวไม่เกิน 15 หน้า A4 รวมตาราง ภาพ และเอกสารอ้างอิง

รอบการเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ (ราย 4 เดือน) PUBLICATION SCHEDULE

ม.ค. – เม.ย.	พ.ค. – ส.ค.	ก.ย. – ธ.ค.
Jan – Apr	May – Aug	Sep – Dec

ขั้นตอนการส่งบทความ SUBMISSION PROCESS

01 ส่งต้นฉบับ
ส่งไฟล์ Word ตามแม่แบบ พร้อมแบบฟอร์มส่งบทความทาง E-mail

02 พิจารณาเบื้องต้น
ตรวจความสอดคล้องกับขอบเขตวารสาร แล้วส่งเข้าระบบ ThaiJO

03 Peer review
ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านขึ้นไป แบบ double-blind

04 ตอบรับ เผยแพร่
ชำระค่าธรรมเนียม และเผยแพร่แบบ Open Access

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ APC

ภาษาไทย **4,500 บาท**

ภาษาอังกฤษ **6,500 บาท**

เรียกเก็บหลังตอบรับบทความเท่านั้น

จริยธรรมการวิจัย

RESEARCH ETHICS

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ ต้องแนบสำเนาหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (COA) ของโครงการ

ติดต่อวารสาร

CONTACT

E-mail: keydatacorp@gmail.com
โทร. 064-314-6622
Key Data Company Limited

THAI HEALTH SCIENCES FRONTIERS

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า

HEALTH SCIENCES RESEARCH & INNOVATION

วารสารวิชาการแบบ open access ที่เชื่อมโยงองค์ความรู้สู่การปฏิบัติจริงในระดับคลินิก โรงพยาบาลชุมชน และระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างเครือข่ายวิชาการ ของบุคลากรวิชาชีพสุขภาพทุกสาขาในประเทศไทย

A double-blind peer-reviewed, open-access journal for health sciences research and innovation in Thailand.

3+	OA	3	TH|EN
Double-blind	Open Access	Triannual	Bilingual
ผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 ท่าน	อ่านได้ฟรีทุกบทความ	ปีละ 3 ฉบับ ราย 4 เดือน	ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ขอบเขตของวารสาร | SCOPE

- การพยาบาล
- การแพทย์
- เภสัชกรรม
- กายภาพบำบัด
- สาธารณสุขชุมชน
- การดูแลสุขภาพปฐมภูมิ
- การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย
- งานวิจัยและพัฒนา (R&D)
- นวัตกรรมสู่การปฏิบัติจริงทางคลินิก

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569 | Vol. 1 No. 1 January–April 2026

ผู้จัดพิมพ์ บริษัทคีย์ดาต้า จำกัด

PUBLISHER: KEY DATA COMPANY LIMITED

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

ThaiJO: he05.tci-thaijo.org/index.php/THSF

ISSN 3088-4020 (Online)

ISSN 3088-4020

9 773088 402004