

วารสาร
แนวโน้มทางการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569

ISSN 3088-1943 (Online)
Trends in Nursing and Health Science Journal
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทบรรณาธิการ

เรียนพี่น้องพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และผู้อ่านทุกท่าน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้จัดทำวารสารแนวโน้มทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Trends in Nursing and Health Science Journal) ขึ้น โดยฉบับนี้เป็นปีที่ 2 ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน 2569) ประกอบด้วยบทความวิชาการจำนวน 1 เรื่อง คือ กลยุทธ์ในการสร้างความเข้มแข็งให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ทุรกันดาร และบทความวิจัยที่เผยแพร่จำนวน 5 เรื่อง ประกอบด้วย 1) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 2) การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคลเพื่อลดความทุกข์ใจและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช 3) ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพต่อสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 4) การพัฒนาโปรแกรมการจัดการภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และ 5) การพัฒนารูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งทุกเรื่องเต็มเปี่ยมไปด้วยสาระความรู้ด้านสุขภาพและการดูแลที่ทันสมัย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มีความภาคภูมิใจในความสามารถของพี่น้องพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกท่าน จึงขอเรียนเชิญทุกท่านส่งผลงานมาเผยแพร่ ร่วมติดตามอ่านวารสาร และนำองค์ความรู้ไปพัฒนาต่อเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งของวิชาชีพต่อไป

ขอขอบคุณกองบรรณาธิการทุกท่านที่ทำงานอย่างเข้มแข็ง และขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะในการปรับแก้ต้นฉบับจนเกิดความสมบูรณ์

ผศ.ดร.นงเยาว์ มีเทียน

บรรณาธิการ

TNHSJ
วารสารแนวโน้มทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม 2569 - เมษายน 2569

สารบัญ

หน้า

บทบรรณาธิการ

บทความวิชาการ

กลยุทธ์ในการสร้างความเข้มแข็งให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ทุรกันดาร 1 - 13

บทความวิจัย

กลยุทธ์ในการสร้างความเข้มแข็งให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ทุรกันดาร 16- 29

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพต่อสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 30 - 47

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 48 - 63

การพัฒนารูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 64 - 81

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 82 - 97

TNHSJ
Trends in Nursing and Health Science Journal
Volume 2 Number 1 January - April 2026

Contents

Page

Editorial

Research Articles

Strategies for Strengthening Village Health Volunteers in Advancing Health Promotion Activities in Remote and Underserved Areas 1 - 13

Research Articles

Strategies for Strengthening Village Health Volunteers in Advancing Health Promotion Activities in Remote and Underserved Areas 16 - 29

Effects of a Health Literacy Promotion Program on Pulmonary Function in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease 30 - 47

Development and evaluation of a hyperkalemia management program for patients on hemodialysis 48 - 63

Developing a model for assessing and promoting early childhood development through community participation 64 - 81

Development of a Care Model for Type 2 Diabetes in Diabetes Clinic, Patients Kaeng Leang Chan Health Promotion Hospital, Mueang District, Mahasarakham Province 82 - 97

บทความวิชาการ

กลยุทธ์ในการสร้างความเข้มแข็งให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ทุรกันดาร

Strategies for Strengthening Village Health Volunteers in Advancing Health Promotion Activities in Remote and Underserved Areas

ศุภกฤต จึงพิภานิชกุล[1*] โฆษิต ฉันทนารุ่งภักดิ์[2] จักริน ฉันทนารุ่งภักดิ์[2] สุธาทิพย์ ฉันทนารุ่งภักดิ์[2]
[1]สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
[2]นักวิชาการอิสระ บางรัก กรุงเทพมหานคร
Supphakrit Chuengphipanichchakul[1*] Kosit Chantanarungpak[2] Jakkarin Chantanarungpak[2]
Suthathip Chantanarungpak[2]
[1]Department of Elderly Health Department of Health Ministry of Public Health
[2] Independent academic, Bang Rak, Bangkok

(Received: December 30, 2025; Revised: February 11, 2026; Accepted: February 14, 2026)

บทคัดย่อ

บทความเรื่อง กลยุทธ์ในการสร้างความเข้มแข็งให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ทุรกันดาร มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายบทบาท ความสำคัญ และการทำงานเชิงกลยุทธ์ในการพัฒนา อสม. ให้มีศักยภาพในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในบริบทพื้นที่ ที่มีข้อจำกัดด้านภูมิศาสตร์ สังคม วัฒนธรรม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเน้นว่า อสม. เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงระบบบริการสาธารณสุขกับชุมชน เนื่องจากมีความใกล้ชิดประชาชนและเข้าใจบริบทของพื้นที่อย่างลึกซึ้ง กลยุทธ์ในการสร้างความเข้มแข็งให้กับ อสม. ที่นำเสนอในบทความ ประกอบด้วย 1) การยกระดับศักยภาพและความรู้ 2) การสร้างเสริมพลังอำนาจ 3) การชี้แนะสนับสนุน 4) การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล 5) การบริหารจัดการเครือข่ายและการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสุขภาพชุมชน 6) การสร้างความมั่นคงและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม. และ 7) บทบาทเชิงรุกของ อสม. ในบริบทสถานการณ์ปัจจุบัน โดยสรุป บทความชี้ให้เห็นว่าการพัฒนา อสม. อย่างเป็นระบบและรอบด้าน จะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และสนับสนุนความยั่งยืนของระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่ทุรกันดารได้อย่างมีประสิทธิผล

คำสำคัญ: “กลยุทธ์ในการสร้างความเข้มแข็งให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน”, “งานส่งเสริมสุขภาพ”, “พื้นที่ทุรกันดาร”

Abstract

The article entitled “Strategies for Strengthening Village Health Volunteers (VHVs) in Advancing Health Promotion in Remote Areas” aims to describe the roles, significance, and strategic approaches for developing the capacity of Village Health Volunteers (VHVs) to effectively implement health promotion activities in geographically remote settings

characterized by constraints related to geography, social structures, culture, and access to health services. The article underscores that VHVs function as a crucial mechanism linking the public health service system with the community, owing to their close relationships with local residents and their in-depth understanding of the community context. The strategies proposed for strengthening VHVs include 1) enhancing capacity and knowledge, 2) fostering empowerment, 3) providing systematic supervision and support, 4) applying digital technology, 5) managing networks and promoting community participation in health activities, 6) strengthening job security and motivation among VHVs, and 7) promoting the proactive roles of VHVs in the contemporary context. In conclusion, the article posits that systematic and comprehensive development of VHVs can enhance community resilience, improve the effectiveness of health promotion initiatives, and support the long-term sustainability of the primary health care system in remote areas.

Keywords: “Strategies for Strengthening Village Health Volunteers”, “Health Promotion”, “Remote and Underserved Areas”

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: supphakrit888@gmail.com)

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้มีการขยายตัวทั้งสังคมเมือง และสังคมชนบท การขยายตัวเหล่านี้ยังตามมาด้วยการพัฒนาระบบต่าง ๆ หนึ่งในระบบที่มีความสำคัญต่อประชาชนคือ ระบบบริการสาธารณสุขที่มีเป้าหมายในการให้ประชาชนทุกกลุ่มได้รับการตอบสนองในบริการด้านสุขภาพอย่างเป็นธรรม[1] สะท้อนได้จากการที่ WHO ได้กำหนดคำว่า ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social determinants of health: SDH) ซึ่งเป็นคำที่ให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อม และระบบที่เป็นตัวกำหนดเงื่อนไขในชีวิต อาทิ นโยบายต่างๆ จากรัฐบาล ระเบียบบรรทัดฐานในสังคมตั้งแต่บุคคลนั้นเกิดไปตลอดช่วงชีวิต เป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล[2] อันเป็นแนวคิดที่สะท้อนว่าปัญหาสุขภาพไม่ได้เป็นผลมาจากปัจเจกบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่มาจากปัจจัยองค์รวมรอบตัวของบุคคลนั้น สิ่งนี้แสดงให้เห็นว่าสภาพสังคมสามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพของประชาชน ทั้งนี้ในพื้นที่ประเทศไทยยังมีประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ทุรกันดาร เช่น พื้นที่ชายแดน หรือพื้นที่สูง ซึ่งมีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ที่บริการด้านสาธารณสุขไม่ครอบคลุม และประชาชนยังเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ยาก ซึ่งปัญหาเกิดได้จากหลายปัจจัย อาทิ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพทางสังคม ทุนทางสังคม ทุนมนุษย์ โดยบุคคลที่มีเชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรม ที่แตกต่างกับเจ้าหน้าที่ย่อมสร้างอุปสรรคในการเข้าถึงการรักษา เฉกเช่นเดียวกันทุนทรัพย์ที่แตกต่างกันย่อมทำให้การเข้าถึงการรักษาไม่เท่าเทียมกัน ส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่ทุรกันดารเลือกที่จะอดทนต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น 2) ปัจจัยเชิงระบบจากระบบประกันสุขภาพที่มีถึงสามรูปแบบ คือ ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งทั้งสามระบบมีความแตกต่างกัน ทำให้การให้บริการของสถานพยาบาลมีความแตกต่างกันตามเงื่อนไขของแต่ละสิทธิ ทำให้การรักษามีคุณภาพที่แตกต่างกันไปทั้งในเรื่องของทางเลือกของวิธีการรักษา คุณภาพยา เป็นต้น 3) ปัญหาเชิงโครงสร้างของระบบบริหารงานด้าน

สาธารณสุขของไทย ที่แม้ว่าประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ในแง่ของประสิทธิผลนั้นยังมีข้อที่ต้องปรับปรุงไม่ว่าจะเป็นปัญหาการกระจายตัวของหน่วยงานที่ให้บริการ[3] หรือในบางพื้นที่หน่วยบริการไม่สามารถให้บริการที่ครอบคลุมแก่ประชาชนได้ ส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่ทุรกันดารต้องใช้ทรัพยากรเป็นอย่างมากในการเข้าถึงการบริการสาธารณสุข[4]

จากปัจจัยปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น เมื่อเกิดความเจ็บป่วย ประชาชนในพื้นที่ทุรกันดารจึงเน้นไปที่การพึ่งพาตนเองในการรักษาอาการเจ็บป่วย เช่น การทานสมุนไพรตามความรู้ท้องถิ่น การหายาที่ได้รับบริจาคหรือมูลนิธินำมาให้มารับประทานเอง ด้วยวิธีการรักษาแบบพึ่งพาตนเองส่งผลให้การรักษาไม่เกิดประสิทธิภาพ ความเจ็บป่วยที่ไม่ถูกรักษาอย่างถูกวิธีถูกสะสมเป็นภาวะเรื้อรัง เมื่ออาการหนักขึ้นประกอบกับระยะทางที่ไกลจากหน่วยบริการสุขภาพส่งผลให้การรักษาทำได้ไม่ทันท่วงที นอกจากนี้สำหรับบุคคลที่ไม่ได้มีสัญชาติไทย หรือแรงงานข้ามชาติที่นายจ้างไม่ได้ขึ้นทะเบียน ก็จะไม่ได้รับสิทธิ์ทางประกันใด ๆ เนื่องจากโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ครอบคลุมเฉพาะประชาชนชาวไทย ดังนั้นบุคคลกลุ่มนี้ต้องออกค่าใช้จ่ายเองทุกครั้งหากต้องการเข้าถึงบริการสาธารณสุข หรือกรณีที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้ ทางหน่วยบริการสุขภาพต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้[5]

การแก้ไขปัญหาส่วนหนึ่ง คือการเน้นให้ประชาชนได้แสดงบทบาทในการดูแลตนเองเพื่อลดโอกาสในการเกิดโรคและภาวะไม่พึงประสงค์ ซึ่งบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มดังกล่าวที่สำคัญคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กระทรวงสาธารณสุขได้มีการดำเนินงานด้าน อสม. มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 ซึ่งในปัจจุบันพบว่าประเทศไทย ได้มีจำนวน อสม. ทั้งสิ้น 1,075,163 คน[6] ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานที่สำคัญในการเป็นผู้นำด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นตัวกลางที่เชื่อมโยงงานบริการสาธารณสุขสู่ชุมชน ในการทำหน้าที่ “แจ้งข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นแบบอย่างที่ดี” โดยเน้นการดูแลสุขภาพเชิงรุกในชุมชน เช่น การเฝ้าระวังโรค ให้ความรู้เรื่องสุขภาพ เช่น ด้านอาหาร ด้านอารมณ์ และด้านการออกกำลังกาย ส่งเสริมการใช้ยาและบริการสาธารณสุข และดูแลกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง[7] ทั้งนี้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและป้องกันปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ส่งผลต่อการนำนโยบายหรือแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพสู่ชุมชน พร้อมทั้งเป็นต้นแบบด้านพฤติกรรมสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการจัดตั้งชมรมหรือเครือข่ายสุขภาพ ส่งผลต่อการพัฒนา และการส่งเสริมความเข้มแข็งด้านสุขภาพในชุมชน นอกจากจะทำหน้าที่ดังที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว อสม. ยังต้องเป็นบุคคลที่ประชาชนในพื้นที่ให้ความไว้วางใจในการปรึกษาปัญหาทางด้านสุขภาพภายใต้ข้อจำกัด ด้านภาษา วัฒนธรรมและความเชื่อ ทั้งนี้ยังมีความเสี่ยงต่อการติดโรคจากการดำเนินงานที่เกิดขึ้นในพื้นที่ทุรกันดาร ดังนั้น การสร้างความเข้มแข็งให้กับ อสม. จึงเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการดำเนินงานและประสิทธิภาพการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพกับประชาชนในพื้นที่ทุรกันดารอย่างต่อเนื่อง

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. (Village Health Volunteer)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือที่รับทราบกันโดยทั่วไปด้วยคำว่า “อสม.” เป็นบุคคลที่มีจิตอาสาและความสมัครใจในการทำงานด้านสุขภาพเพื่อสังคม โดยได้รับการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการเข้ารับการอบรม และการสั่งสมประสบการณ์จากการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ อสม. ยังถูกคาดหวังให้มีบทบาทสำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change

Agent) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ทำหน้าที่สื่อสารข่าวสารด้านสาธารณสุข ให้คำแนะนำ และเผยแพร่ความรู้เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมด้วยจิตอาสาและความเสียสละ ด้วยเหตุนี้อสม. จึงได้รับการยอมรับจากสังคมและได้รับการยกระดับบทบาทเป็น “อสม. หมอประจำบ้าน” มีหน้าที่สำคัญในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ ส่งเสริมสุขภาพ และแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชน ทั้งโรคเรื้อรังและโรคอุบัติใหม่ ตลอดจนสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน รวมถึงการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีด้านการแพทย์และการสื่อสาร เช่น ระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) และแอปพลิเคชันด้านสุขภาพ[8]

ลักษณะของบทบาทของ อสม. สามารถแบ่งได้ 2 ประเภทคือ บทบาทตามอุดมคติ (Ideal roles) บทบาทที่ถูกกำหนดโดยการอบรม คำแนะนำสั่งสอน หน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย และบทบาทที่เป็นจริง (Actual roles) คือ บทบาทที่ถูกกำหนดโดยผู้ที่ดำรงตำแหน่งทางสังคมที่นำเอาบทบาทตามอุดมคติมาแปลความเพื่อให้ปฏิบัติตามหน้าที่นั้น ซึ่งอาจมีความใกล้เคียงหรือแตกต่างกับบทบาทตามอุดมคติ[9] จากการพิจารณาเปรียบเทียบบทบาททั้งสองส่วนของ อสม. พบข้อแตกต่างสำคัญคือ รูปแบบของการปฏิบัติงาน และการพัฒนาตนเอง สำหรับรูปแบบของการปฏิบัติงาน บทบาทของ อสม. ถูกคาดหวังให้ปฏิบัติงานแบบเชิงรุก ในการเป็นแกนนำด้านสุขภาพ หรือ "ผู้นำการเปลี่ยนแปลง" (Change Agent) ที่ช่วยปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน[10] แต่รูปแบบการทำงานยังเป็นการทำงานในรูปแบบเชิงรับ คือ รับ-ส่งข่าวสารหรือบันทึกข้อมูลตามคำสั่งของหน่วยงาน ส่วนด้านการพัฒนาตนเองนั้น อสม.ถูกคาดหวังให้มีการเรียนรู้พัฒนาทักษะใหม่อย่างสม่ำเสมอโดยเฉพาะความรู้ในเรื่องเทคโนโลยี และความรู้เรื่องสุขภาพ สอดคล้องไปกับทิศทางจากกระทรวงสาธารณสุขที่มีการพัฒนาสมาร์ท อสม. (Smart Osm) ประกอบกับร่างพระราชบัญญัติอาสาสมัครสาธารณสุขหมอประจำบ้านและหมอประจำหมู่บ้าน” ที่กำหนดให้ อสม. ต้องใช้ระบบ Telemedicine ในการรายงานข้อมูลได้[11] นอกจากนี้ อสม. ยังไม่เชี่ยวชาญการติดตามดูแลสุขอนามัยของกลุ่มเปราะบางอย่างผู้สูงอายุและกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) มากพอที่จะลดอัตราการเจ็บป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม ข้อแตกต่างระหว่างบทบาทตามอุดมคติ และบทบาทที่เป็นจริงจะเป็นตัวกำหนดกลยุทธ์ในการสร้างความเข้มแข็งให้กับ อสม. เพื่อสร้างความยั่งยืน และมีประสิทธิภาพในการดำเนินงานอันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ทุรกันดาร

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการแสดงบทบาทมี 4 ประการ 1) บทบาทที่สังคมคาดหวัง หมายถึง แบบแผนของพฤติกรรมที่สังคมกำหนดและคาดหวังให้บุคคลปฏิบัติให้สอดคล้องกับสถานภาพหรือบทบาททางสังคมที่บุคคลนั้นดำรงอยู่ 2) การรับรู้และความเข้าใจในบทบาท หมายถึง กระบวนการที่บุคคลตระหนักรู้และเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง โดยมีความสอดคล้องกับบรรทัดฐาน ค่านิยม และความต้องการของสังคม 3) การยอมรับบทบาทของบุคคล หมายถึง ภาวะที่บุคคลเห็นคุณค่าและความสำคัญของบทบาทที่ตนต้องปฏิบัติ ยอมรับบทบาทนั้นเป็นส่วนหนึ่งของตนเอง และสามารถปฏิบัติบทบาทได้โดยก่อให้เกิดความขัดแย้งกับความคาดหวังของสังคมน้อยที่สุด และ 4) การปฏิบัติตามบทบาท หมายถึง การแสดงพฤติกรรมตามบทบาทที่กำหนด[9] จากองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการแสดงบทบาท เมื่อพิจารณาควบคู่กับความแตกต่างของบทบาทตามอุดมคติ และบทบาทที่เป็นจริงของ อสม. ในเรื่องของรูปแบบของการปฏิบัติงาน และการพัฒนาตนเองที่ได้ระบุไว้ในวรรคก่อนหน้า พบว่าสาเหตุเกิดจากการที่ อสม. มีการรับรู้และความเข้าใจในบทบาทของตนเองคลาดเคลื่อนไปจากบทบาทที่สังคมคาดหวัง ที่มองว่าการทำงาน อสม. เป็นเสมือนงานสนับสนุนช่วยเหลือ

มากกว่าการทำงานในลักษณะของการเป็นผู้นำ ส่งผลให้การยอมรับบทบาทและการปฏิบัติตามบทบาทคลาดเคลื่อนตามไปด้วย กลยุทธ์ในการสร้างความเข้มแข็งให้กับ อสม. ที่นำเสนอจะเป็นส่วนหนึ่งในการปรับความเข้าใจในบทบาทของ อสม. ให้สอดคล้องไปกับบทบาทที่สังคมคาดหวัง

กลยุทธ์ในการสร้างความเข้มแข็งให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ทุรกันดาร ถือเป็นกระบวนการสำคัญในการเสริมสร้างสมรรถนะและความสมบูรณ์ของสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากอิทธิพลของปัจจัยกำหนดสุขภาพในหลายมิติ ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยพื้นฐานทางสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ดังนั้น การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ทุรกันดารจึงมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความผาสุกของประชาชน และนำไปสู่การพัฒนาสังคมสุขภาพอย่างยั่งยืนในบริบทดังกล่าว กลยุทธ์ในการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ อสม.ในฐานะแกนนำด้านสุขภาพของชุมชน จึงเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมความยั่งยืนของระบบสุขภาพในพื้นที่ทุรกันดาร โดยมีแนวทางการดำเนินงานดังต่อไปนี้

1. การยกระดับศักยภาพและความรู้ (Capacity Building)

การพัฒนาศักยภาพ อสม. สู่บทบาท “ผู้ช่วยสาธารณสุข” เป็นนโยบายสำคัญของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) ที่มุ่งยกระดับขีดความสามารถของ อสม. ให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ โดยตั้งเป้าผลิต อสม. ผู้ช่วยสาธารณสุขจำนวน 75,668 คนในปีแรก และขยายเป็น 300,000 คนภายในระยะเวลา 4 ปี หรือเฉลี่ยหมู่บ้านละ 4 คน ควบคู่กับการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะเฉพาะด้าน โดยเฉพาะการเสริมสร้างความเชี่ยวชาญด้านการป้องกัน และการควบคุม NCDs เพื่อให้ อสม. สามารถทำหน้าที่เป็น “นักจัดการสุขภาพ” ในการคัดกรอง เฝ้าระวัง และติดตามกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมถึงให้คำแนะนำด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย นอกจากนี้ ยังมุ่งพัฒนาทักษะ อสม. ยุคใหม่ให้มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เพื่อรองรับการเปลี่ยนผ่านสู่สังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพและยั่งยืน[12] แนวทางปฏิบัติในการยกระดับศักยภาพและความรู้ของ อสม. มีหลากหลาย 1) การจัดหลักสูตรอบรมที่เนื้อหาการอบรมมุ่งเน้นไปยังสิ่งที่นำไปปฏิบัติได้จริง ๆ และเข้ากับบริบทของโรคจำเพาะของพื้นที่นั้น ๆ อาทิ การส่งเสริมสุขอนามัยเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรค ความรู้เกี่ยวกับยาสามัญประจำบ้านต่าง ๆ แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ศูนย์บริการสุขภาพของแต่ละพื้นที่ เป็นต้น 2) การประชาสัมพันธ์โรคระบาดหรือโรคที่ต้องเฝ้าระวังจากหน่วยงานโดยใช้สื่อเทคโนโลยีเพื่อความรวดเร็วและความประหยัด เช่น อีเมล กลุ่มไลน์ เป็นต้น สิ่งนี้จะช่วยให้ อสม. สามารถรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคใหม่ๆ และทราบแนวทางเพื่อการเฝ้าระวังได้ทันท่วงที[13] 3) การเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ[14] โดยหาแหล่งข้อมูลสุขภาพที่เข้าถึงง่าย และเขียนคำบรรยายที่ประชาชนทั่วไป หรือ อสม. สามารถเข้าใจได้ ซึ่งปัจจุบันมีสื่อทางเว็บไซต์ต่าง ๆ ของโรงพยาบาลที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกัน โดยสามารถค้นหาจากการระบุชื่อโรคผ่าน Search Engine เช่น Google ทั้งนี้หน่วยงานต้องให้ความรู้แก่ อสม. ในเรื่องของการคัดกรองและประเมินความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลควบคู่ไปด้วย การยกระดับศักยภาพและความรู้ของ อสม. เคยมีการนำมาประยุกต์ใช้ในงานวิชาการของ ศรีงามลักษณ์ ศรีปวริศร ในปี 2565 หัวข้อ “การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อส่งเสริมสุขภาพชุมชน: มุมมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้เกี่ยวข้อง” ที่ลงพื้นที่ชุมชนใน 5 จังหวัด (อุบลราชธานี เพชรบุรี

ศรีสะเกษ บุรีรัมย์ และชัยภูมิ) ในช่วงปี 2550–2564 และสรุปรวมรวมเรื่องราวจากประสบการณ์และการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า การเรียนรู้ของ อสม. ขาดความต่อเนื่อง และไม่ครอบคลุมที่จะสามารถให้คำแนะนำแก่ครัวเรือนที่รับผิดชอบได้ จึงควรจะต้องมีการเสริมความรู้ในส่วนของความรู้สุขภาพเพื่อให้ความรู้ดังกล่าวเปลี่ยนผ่านไปเป็นคำแนะนำในการแก้ปัญหาของประชาชนในชุมชน ซึ่งหลังจากที่ อสม. ได้รับการอบรมความรู้ที่สอดคล้องกับปัญหาทางสุขภาพในชุมชน อสม. จะมีความมั่นใจ และความเชื่อว่าสิ่งที่ได้ปฏิบัติเป็นไปอย่างถูกต้อง[13]

2. การสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment)

การสร้างเสริมพลังอำนาจ เป็นเทคนิคในการบริหารทรัพยากรบุคคล[15] ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการปลูกฝังทัศนคติเชิงบวก ส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองว่ามีความสามารถในการปฏิบัติได้จริงและเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ[13] หลักการดังกล่าวถูกนำมาประยุกต์กับการดูแล และการส่งเสริมสุขภาพที่เรียกรวมกันว่า “การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ” เมื่อ อสม. ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างเหมาะสมจะช่วยดึงศักยภาพที่มีอยู่เพื่อควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อตนเองและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ[16] หลักสำคัญในการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพแก่ อสม. มีดังต่อไปนี้ 1) ให้อิสระในการทำงาน 2) มอบหมายงานที่บุคคลนั้นอยากทำ 3) สนับสนุนทรัพยากรอย่างเหมาะสม 4) ความสมดุลของชีวิตและการทำงาน 5) ให้ความเคารพแก่ทุกคนอย่างเท่าเทียม และ 6) แสดงความคิดเห็นหรือวิจารณ์อย่างสร้างสรรค์[15]

แนวทางในการสร้างเสริมพลังอำนาจสามารถประยุกต์ได้จากหลากหลายเทคนิค อาทิ 1) เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC for Participatory Planning) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก คือ การสร้างความรู้ (Appreciation) การสร้างแนวทางการพัฒนา(Influence) และการสร้างแนวทางการปฏิบัติ (Control)[17] 2) เทคนิคการคิดเชิงนวัตกรรมแบบแผนภาพเพชรคู่ (Double Diamond Diagram) ที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ ค้นหา (Discover) นิยาม (Define) พัฒนา (Develop) และส่งมอบ (Deliver)[18] ทั้งสองเทคนิคนี้มีหลักสำคัญที่สอดคล้องไปกับหลักสำคัญของสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพในการให้อิสระต่อการแสดงความคิดเห็น การเคารพต่อความคิดเห็นของทุกฝ่าย และแนวทางการปฏิบัติมาจากการระดมความคิดเห็นของทุกฝ่ายร่วมกัน สิ่งนี้จะช่วยในการลดความขัดแย้งเมื่อนำแผนไปปฏิบัติ เทคนิคที่กล่าวมาได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้จริงกับ อสม. และได้ผลลัพธ์เป็นบวก เช่น งานวิจัยของ วัชรากร โคตรพันธ์ ในปี 2566 หัวข้อ “การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 : กรณีศึกษาบ้านเทพประทับ ตำบลนาจิ้ว อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย” ที่มีการใช้เทคนิค AIC กับ อสม. เพื่อป้องกันและควบคุมโรค COVID-19[19]

3. การชี้แนะสนับสนุน (Advocate)

การชี้แนะและสนับสนุนการดำเนินงานของ อสม. ควรครอบคลุมทั้งมิติด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ด้านชีวภาพ และด้านสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการจัดโครงการหรือการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ควบคู่กับการเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. ให้สามารถทำหน้าที่เป็นนักจัดการสุขภาพในระดับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ อสม. ควรได้รับการพัฒนาความรู้ และทักษะตามหลัก 3อ 2ส ได้แก่ อาหาร อารมณ์ การออกกำลังกาย การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา รวมถึงการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังสำคัญ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจ[12] เพื่อให้สามารถเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาและสนับสนุนประชาชนให้มีสุขภาพที่ดี ส่งผลให้ชุมชน

มีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง อีกทั้งยังส่งเสริมให้ อสม. มีส่วนร่วมในการจัดการและควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ทุรกันดาร นอกเหนือจากความรู้ในเรื่องสุขภาพทั่วไปแล้ว สิ่งหนึ่งที่ อสม. ควรได้รับการสนับสนุนศักยภาพเพิ่มเติมคือ การเข้าใจในกลุ่มเปราะบาง โดยเฉพาะกับผู้สูงอายุจากการที่ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุแบบสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ตั้งแต่ปี 2567 ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพและระบบเศรษฐกิจของประเทศ จากภาวะเสื่อมทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุที่ก่อให้เกิดปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือบางรายมีภาวะติดเตียง การสนับสนุนการยกระดับ อสม. ให้สามารถส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจะช่วยลดภาระจากปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมได้ในอีกทางหนึ่ง[20]

4. การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

การเสริมสร้างศักยภาพ อสม. โดยการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในระดับชุมชน เป็นกลไกสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพและความทันสมัยของระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในบริบทของพื้นที่ทุรกันดาร โดยแนวคิด Smart VHV มุ่งส่งเสริมให้ อสม. ประจำหมู่บ้านใช้แอปพลิเคชัน “Smart Osm” เป็นเครื่องมือในการรายงานข้อมูลด้านสุขภาพ การคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขอย่างรวดเร็วและเป็นปัจจุบัน[21] ซึ่งช่วยสนับสนุนการตัดสินใจเชิงระบบและการเฝ้าระวังสุขภาพในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การพัฒนาทักษะด้าน Telemedicine ให้แก่ อสม. ยังเป็นแนวทางสำคัญในการเชื่อมโยงผู้ป่วยในชุมชนกับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ผ่านระบบบริการสุขภาพทางไกล ช่วยลดข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ เพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และเสริมสร้างคุณภาพการบริการด้านสุขภาพในระดับปฐมภูมิอย่างครอบคลุมและเท่าเทียม เพิ่มเครือข่ายสังคมออนไลน์เฉพาะกลุ่มที่ใช้ในกลุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อสื่อสารข้อมูล ภาพ เสียง วิดีโอ ข้อความ และพิกัดแผนที่ระหว่างสมาชิกในกลุ่มผ่านรูปแบบการแจ้งข่าวสารและการสนทนา ทำให้สมาชิกในเครือข่ายสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารและเหตุการณ์ความเคลื่อนไหวด้านสาธารณสุขและภัยสุขภาพภายในชุมชนได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ฉับไว ถูกต้อง แม่นยำและประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ของตัวเอง ทั้งนี้การประยุกต์ใช้ Telemedicine ได้มีผลการศึกษาในชนบทของอินเดียที่พบว่าเป็นวิธีที่รวดเร็ว และต้นทุนถูกที่สุดที่ช่วยลดความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพ[22]

รูปแบบเสริมศักยภาพด้านเทคโนโลยีดิจิทัลให้กับ อสม. พบว่ามีรูปแบบในการเสริมสร้างเทคโนโลยีดิจิทัลที่จะเป็นแนวทางในการทำงานในยุคปัจจุบันโดยเฉพาะในถิ่นทุรกันดาร ดังนี้ 1) การยกระดับทักษะเทคโนโลยีดิจิทัล และความมั่นใจในการใช้งาน โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการอันเป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการพัฒนาศักยภาพดิจิทัลของกลุ่ม อสม. ซึ่งเป็นกลุ่มที่ยังไม่คุ้นเคยกับเทคโนโลยีมาก่อน การเปลี่ยนแปลงนี้สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura และทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (1984) โดยที่อสม. ได้รับการฝึกอบรมโดยมีผู้สอนเป็นต้นแบบ และมีการฝึกปฏิบัติจริง ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมอบรมเกิดกระบวนการสังเกต สร้างความเข้าใจใหม่ ฝึกใช้จริง และนำไปปฏิบัติจนเกิดเป็นประสบการณ์ตรงและความชำนาญ ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญที่นำไปสู่การเพิ่มความมั่นใจในตนเอง และความสามารถในการแก้ไขปัญหาทางเทคนิคเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง[23] 2) กระตุ้นการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัลอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน และ 3) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสนอแนะการปรับปรุงเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อยกระดับการใช้งานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นเป้าหมายหลักคือ การ

เปิดโอกาสให้ อสม. ได้แบ่งปันความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัล พร้อมรวบรวมข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลในอนาคต[24]

5. การบริหารจัดการเครือข่ายและการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชน

การบริหารจัดการเครือข่ายด้านสุขภาพและการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะในพื้นที่ทุรกันดาร กลไก “3 หมอ” เป็นแนวทางการบูรณาการการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบระหว่างหมอคนที่ 1 ได้แก่ อสม. หมอคนที่ 2 ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหมอคนที่ 3 ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และสอดคล้องกับบริบทของชุมชน นอกจากนี้ การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน โดยการสร้างความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีบทบาทสำคัญในการจัดทำแผนสุขภาพระดับตำบลที่ตั้งอยู่บนฐานของปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของพื้นที่อย่างแท้จริง ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดทิศทางการพัฒนาสุขภาพชุมชนที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และเอื้อต่อความยั่งยืนของระบบสุขภาพในระยะยาว ข้อดีของกลไก 3 หมอ คือประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายและทั่วถึง ได้รับการดูแลใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ลดการเดินทาง ลดความแออัดของโรงพยาบาลใหญ่ ประกอบกับ อสม. เป็นผู้ที่รู้จักบริบทพื้นที่ ทำให้สามารถดูแลได้ตรงกับปัญหาจริง เน้นการป้องกันโรค (Prevention) มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้คนเจ็บป่วยน้อยลง ส่วนข้อจำกัดคือ อสม. มีพื้นฐานเทคโนโลยีดิจิทัลที่แตกต่างกัน ทำให้ยากต่อการนำระบบมาใช้จริง ภาระงานของ อสม. เพิ่มมากขึ้น การเชื่อมโยงของข้อมูลไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

การดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) เป็นระบบบริการทางการแพทย์ที่ให้ผู้ป่วยพักรักษาตัวที่บ้าน แต่ได้มาตรฐานเทียบเท่าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล (IPD) โดยมีทีมแพทย์พยาบาลดูแลร่วมกับ อสม. ซึ่งทำหน้าที่เป็น "หมอคนที่ 1" ติดตามอาการ ส่งข้อมูล และประสานงาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ[25] ข้อดีของ Home Ward 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านผู้ป่วย ทำให้ฟื้นฟูร่างกายได้เร็วขึ้นในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ลดความเครียดและภาวะสับสน (Delirium) และที่สำคัญคือ ลดความเสี่ยงการติดเชื้อในโรงพยาบาล 2) ด้านครอบครัว ลดภาระค่าเดินทาง และเวลาในการเฝ้าไข้ ช่วยให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล และวางแผนการรักษาร่วมกับทีมแพทย์ได้ง่ายขึ้น และ 3) ด้านโรงพยาบาล ช่วยในการบริหารจัดการเตียงผู้ป่วยให้เหลือเพียงพอสำหรับผู้ป่วยวิกฤต และใช้ระบบ A-MED Home Ward เพื่อติดตามอาการแบบ Real-time ซึ่งมีประสิทธิภาพเทียบเท่าการนอนโรงพยาบาล ส่วนข้อจำกัดสำคัญคือความจำเป็นต้องมีญาติหรือผู้ดูแล (Caregiver) ที่มีความพร้อมและทักษะจำกัดเฉพาะโรคหรือภาวะที่ไม่รุนแรงมาก สภาพบ้านต้องเอื้ออำนวยต่อการรักษา อุปกรณ์ทางการแพทย์อาจไม่ครบครันเท่าในโรงพยาบาล และความเสี่ยงในการติดตามอาการผู้ป่วยไม่ต่อเนื่องหากระบบการสื่อสารหรือการเดินทางของทีมแพทย์มีปัญหา

การบริหารจัดการเครือข่ายและการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชน โดย อสม. เป็นบุคคลสำคัญในระบบบริการสุขภาพชุมชน ซึ่งความสำคัญของภารกิจในงานส่งเสริมสุขภาพคือกลไกการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนซึ่งมีกลยุทธ์สำคัญ คือ กลยุทธ์ในการดำเนินการต้องใช้ความหลากหลายเพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพให้มีประสิทธิภาพจึงต้องดำเนินการโดยอาศัย 3 กลยุทธ์เป็นตัวหลัก

1. ชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่า ควรจะทำอะไรและทำอย่างไร
2. ชุมชนจะต้องให้ความร่วมมือในการดำเนินการตามการตัดสินใจนั้น

3. ชุมชนพึงได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วมนั้น[26]

6. การสร้างความมั่นคงและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Welfare & Motivation)

การสร้างความมั่นคงและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม. เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความต่อเนื่องและประสิทธิภาพของการดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชนในระยะยาว ปัจจุบัน อสม. อยู่ในภายใต้ “ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554” (ระเบียบกระทรวงฯ) ทั้งนี้ด้วยแนวคิดที่ต้องการส่งเสริมความชัดเจนในบทบาทของ อสม. เพื่อบรรเทาภาระของบุคลากรทางการแพทย์ และให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพได้อย่างรวดเร็วมากขึ้น จึงได้มีการผลักดัน “ร่างพระราชบัญญัติอาสาสมัครสาธารณสุขหมอประจำบ้านและหมอประจำหมู่บ้าน ”(ร่าง พ.ร.บ.) โดยร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความมั่นคงในการปฏิบัติหน้าที่ของอสม. โดยการกำหนดสถานภาพของ อสม. ให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยร่าง พ.ร.บ.ข้อที่ 24 และ 25 ได้มีการกำหนดสถานะและเงื่อนไขของการเป็น อสม.ที่ต้องผ่านการฝึกอบรมตามมาตรฐานที่กำหนด และสามารถใช้งานระบบ Telemedicine ได้ โดยจะมีการให้ประกาศนียบัตรรับรองสถานะ รวมถึงข้อที่ 29 (11) ที่ระบุการกำหนดวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 4 ปี ซึ่งในระเบียบกระทรวงฯ ไม่มีกำหนดสถานะเหล่านี้ไว้ ทั้งนี้ในด้านสิทธิประโยชน์ที่ อสม. พึงจะได้รับที่ระบุในร่าง พ.ร.บ. อาทิ สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล สิทธิรับเงินป่วยการ สิทธิการได้รับการประกาศเกียรติคุณ และสิทธิการรับโควตาการศึกษา ไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากระเบียบกระทรวงฯ[10,11]

จากการพิจารณาในเรื่องของสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลของ อสม. แล้ว สิทธิประโยชน์ดังกล่าวยังครอบคลุมแค่เพียง อสม. แต่ไม่ครอบคลุมถึงบุคคลในครอบครัวของ อสม. หากในอนาคตสามารถทำให้ครอบคลุมไปยังบุคคลในครอบครัวของ อสม. สิ่งนี้จะเป็นหนึ่งในเครื่องมือเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและนำไปสู่ความเข้มแข็งและความยั่งยืนของระบบสุขภาพชุมชนในระยะยาว ทั้งนี้ต้องมีการพิจารณางบประมาณอย่างเหมาะสมจากทางภาครัฐบาล

7. บทบาทเชิงรุกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในบริบทสถานการณ์ปัจจุบัน

ในสถานการณ์ด้านสังคม และสุขภาพที่มีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น อสม. มีบทบาทเชิงรุกที่สำคัญในการสนับสนุนการจัดการปัญหาสุขภาพของชุมชน เฝ้าระวังภัยสุขภาพในเชิงรุก ผ่านการดำเนินกิจกรรมป้องกันและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น การมีส่วนร่วมในการจัดตั้งด่านชุมชนเพื่อรณรงค์การป้องกันอุบัติเหตุจากการดื่มแล้วขับ รวมถึงการเฝ้าระวัง และการติดตามสถานการณ์โรคติดต่อที่เกิดขึ้นตามฤดูกาล ซึ่งช่วยเสริมสร้างความปลอดภัยด้านสุขภาพของประชาชน และเพิ่มความเข้มแข็งให้กับระบบการเฝ้าระวังโรคในระดับชุมชนอย่างยั่งยืน เป็นสื่อกลางในการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและสร้างความมั่นใจแก่ประชาชนในชุมชน ซึ่งจุดเด่นของการดำเนินงานในบทบาทเชิงรุกของ อสม. ที่ผ่านมาคือ การเข้าถึงกลุ่มประชาชนในระดับพื้นที่ เข้าใจบริบท เป็นผู้นำด้านการเปลี่ยนแปลงสุขภาพภาคประชาชน และดูแลกลุ่มเปราะบาง (ผู้สูงอายุ และผู้พิการ) โดยใช้แอปฯ "สมาร์ท อสม." รายงานผลทันที ชูจุดเด่น "แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี"[9] สร้างสุขภาพเชิงรุกและพัฒนาชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่าย อย่างไรก็ตามข้อจำกัดหรือปัญหาคือ ไม่มีเวลาเพียงพอในการปฏิบัติหน้าที่จากสภาพทางสังคมเพราะมีภาระทางครอบครัวและจำเป็นต้องออกไปประกอบอาชีพนอกหมู่บ้านเกี่ยวกับการทำมาหากิน ส่งผลให้ไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมทุกครั้งได้

ปัญหาเพื่อนร่วมงานไม่ค่อยให้ความร่วมมือเท่าที่ควร และระบบการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ล่าช้า เป็นต้น ทั้งนี้แนวทางที่ช่วยให้ อสม. มีบทบาทเชิงรุกที่เข้ากับยุคสมัยได้ดีขึ้นคือ 1) การส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก เป็นส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้การปฏิบัติงานแบบเชิงรุกเพื่อสร้างสุขภาพประชาชนในท้องถิ่นและชุมชน โดยเน้นการดูแลไปที่กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนพิการ และกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง 2) สร้างระบบความร่วมมือ ในการทำงานกันเป็นทีมร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน โดยใช้แผนสุขภาพในการแก้ไขปัญหาทั้งผ่านเวทีชุมชนหรือทำข้อตกลงในการจัดการสุขภาพชุมชนร่วมกัน และ 3) พัฒนาบทบาทของประชาชน โดยมีอาสาสมัครแกนนำในการทำงานโดยดึงประชาชนในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมทั้งร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน และร่วมดำเนินงาน เพื่อร่วมกันทำแผนสุขภาพตำบล และขับเคลื่อนร่วมกับ รพ.สต. เพื่อให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น

บทสรุป

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ทุรกันดาร ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านภูมิศาสตร์ การคมนาคม สังคม วัฒนธรรม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ระบบบริการสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องพึ่งพา อสม. ในฐานะกลไกหลักในการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการสุขภาพกับประชาชนในชุมชน เนื่องจาก อสม. มีความใกล้ชิดกับประชาชน เข้าใจบริบทพื้นที่และสามารถดำเนินงานเชิงรุกได้อย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมท้องถิ่น กลยุทธ์ในการสร้างความเข้มแข็งให้กับ อสม. จะต้องใช้การผสมผสานทั้งการสร้างแรงจูงใจภายใน ผ่านการยกระดับศักยภาพและความรู้ การสร้างเสริมพลังอำนาจ และการชี้แนะสนับสนุน เพื่อให้ อสม. เกิดความมั่นใจ ความภาคภูมิใจ ในขณะเดียวกันก็ต้องเสริมในเรื่องของปัจจัยภายนอก เช่น การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล การบริหารจัดการภาคีเครือข่ายสุขภาพ รวมทั้งการปรับปรุงข้อกำหนดในเรื่องสถานภาพและสิทธิประโยชน์ เมื่อมีการบูรณาการกลยุทธ์ร่วมกัน จะนำไปสู่การเพิ่มของประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของ อสม. โดยสรุป การสร้างความเข้มแข็งให้กับ อสม. ในพื้นที่ทุรกันดาร จำเป็นต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบ รอบด้าน และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ กลยุทธ์ดังกล่าวจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพ เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และสนับสนุนความยั่งยืนของระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิผล

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Public Health, Thailand. ระบบบริการสุขภาพ [Internet]. Nonthaburi: Department of Health Service Support, Ministry of Public Health; 2016 [cited 2026 Feb 9]. Available from: https://hss.moph.go.th/fileupload_doc_slider/2016-12-08--465.pdf
2. World Health Organization. Social determinants of health. Available from: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health
3. Mongkhonsuebsakul W. Thailand's Access to Healthcare Services: The reflection and inequality of Vulnerable Group. SAU Journal of Social Sciences and Humanities. 2022; 6(1): 55-69. (in Thai)

4. Sirinath S, Chayakittithaworn C. ความเหลื่อมล้ำสุขภาพ: “หมอ– เครื่องมือแพทย์” กระจุกตัวในเมืองใหญ่ [Internet]. Thai PBS Policy Watch; 21 ก.ย. 2568 [cited 2026 Feb 9]. Available from: https://policywatch.thaipbs.or.th/article/life-188
5. Tritrungthreekoon J. Ploblems of Inequality to Access Health Care Program Legal Rights of the New Normal Community: A Case Study of Pongsamee Community Maewin District Amphur Maewang Chiangmai. Political Science and Social Science Journal. 2025; 9(1): 211-231. (in Thai)
6. Hfocus.org. “รมว.สมศักดิ์” จ่อผลักดัน พ.ร.บ.อสม. เพื่อพัฒนาศักยภาพให้ดูแลประชาชน. Hfocus.org [Internet]. 19 May 2024 [cited 2026 Feb 9]. Available from: https://www.hfocus.org/content/2024/05/30546
7. Rasiri S., Intarakumhang Na Rachasima S., Rasiri T. The role of thai public health volunteers. Journal of Health Research and Development, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office. 2025; 11(2): 80-97. (in Thai)
8. Hormniam N., Marangsee S., Jira-on D. The Effects of A Potential Development Program for The Village Health Volunteers Caring for Housebound and Bedridden Patients in Chumhed Sub-district, Mueang District, Buriram Province, Thailand. Udonthani Hospital Medical Journal. 2022; 30(3): 460-470. (in Thai)
9. Surasuk J. Health Literacy and Roles of Village Health Volunteers in Preventing of COVID-19 in Community. Journal of Health Science and Community Public Health. 2024; 7(1): 145-156. (in Thai)
10. Royal Gazette. Regulation of the Ministry of Public Health on Village Health Volunteers B.E. 2554 (2011) [Internet]. Charoen Sin District: Nong Pan Subdistrict Administrative Organization; 2011 [cited 2026 Feb 9]. Available from: https://www.obtnongpan.go.th/index/load_data/?doc=9957
11. National Assembly of Thailand. Draft Act on Village and Home Health Volunteers [Internet]. Bangkok: National Assembly of Thailand; 2020 [cited 2026 Feb 9]. Available from: https://www.parliament.go.th/section77/manage/files/file_20200501222122_1_32.pdf
12. Chanpanit P., Wongmanee W., Judabood N.. Strengthening the Community: Role of Village Health Volunteer. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(3): 23-30. (in Thai)
13. Sripawarisorn S. Potential development of Village health volunteers for Community health promotion: perceived by Village health volunteers and stakeholder. Chalermkarnchana Academic Journal. 2022; 9(2): 95-104. (in Thai)

14. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, Thailand. Strategies for Enhancing Health Literacy and Health Behavior [Internet]. Bangkok: Department of Health Service Support, Ministry of Public Health; 2018 [cited 2026 Feb 9]. Available from: https://hed.hss.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/06/กลยุทธ์การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ.pdf
15. Changsalak C. 8 Psychological Techniques for Empowering Your Team to Handle Work Challenges [Internet]. iSTRONG Mental Health; 4 Aug 2022 [updated 30 Apr 2025; cited 2026 Feb 9]. Available from: https://www.istrong.co/single-post/work-empowerment
16. Poomsanguan K. Health Empowerment: Nurses' Important Role. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(3): 86-90. (in Thai)
17. Chunrum K., Chaichana B., Chaosuansreechroen K.. Self-care of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: Development of Model Integration with AIC Technique (Sukhirin Hospital). The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2016; 3(3): 179-193. (in Thai)
18. Chuengphipanichchakul S., Chantanarungpak K.. Reducing Waiting Time in Outpatient Department of Psychiatric Hospital using The Double Diamond Diagram Framework: A Hypothetical Case of Systematic Proposal. The Primary Health Care Journal (Northern Edition). 2025; 35(3): 1-13. (in Thai)
19. Kotpan W. Developing Potential of Village Health Volunteer for Coronavirus – 2019 Prevention and Control in Ban Thephprathap Moo 9 Nangiw Sub-District Sangkhom District, Nongkhai Province. The Office of Disease Prevention and Control 8 Udon Thani Journal. 2023; 1(3): 53-66. (in Thai)
20. Bunprom P., Bhumkittipich P.. Factors Associated Participation in Health Promoting for Elderly of Village Health Volunteers at Nong Phawa Village, Bangbut Sub-district, Ban Khai District, Rayong Province. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2024; 32(4): 26-38. (in Thai)
21. Hfocus.org. Good Examples of Village Health Volunteers (VHVs) in the 4.0 Era: How Technology Is Being Applied [Internet]. Bangkok: Hfocus Health System Insight; 14 Dec 2019 [cited 2026 Feb 9]. Available from: https://www.hfocus.org/content/2019/12/18173
22. Jumlongnark W. Promoting Sustainable livelihood of people in Rural Thailand: Case study Net Pracharat Project. Journal of Humanities and Social Sciences Mahamakut Buddhist University Isan Campus. 2025; 6(2): 13-25. (in Thai)
23. Chaiken P. Developing Digital Competency to Enhance the Efficiency of the "Smart OSM." Application Utilization among Village Health Volunteers in Fao Rai District, Nong

Khai Province. Journal of Nongkhai Hospital. 2024; (1): Available from: https://nkhospital.moph.go.th/doc/journal/20251124032037.pdf (in Thai)

24. Kraiwong P. Effectiveness of The Smart-OSM Application Development Model for Village Health Volunteers in Klaeng District Rayong Province. Journal Of Department Of Health Service Support. 2025; 21(1): 73-82. (in Thai)
25. Department of Medical Services, Ministry of Public Health, Thailand. Guidelines and Standards for Hospital-Level Home Care (Home ward) [Internet]. Bangkok: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; Jul 2022 [cited 2026 Feb 9]. Available from: https://www.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Publication/Attach/25650805113031AM_homeward.pdf
26. Rasiri T., Songthap A.. Health Promotion for the Elderly: Guidelines for Strong Partnership and Dynamic Network Participation in the 21st Century. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2018; 5(1): 315-328. (in Thai)

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคลเพื่อลดความทุกข์ใจและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช

Development of an Individualized Supportive Care Model to Reduce Psychological Distress and Enhance Quality of Life in Patients with Gynecologic Cancer

วิริยา ศิลา, สุรเชฏฐ์ กุคำใส, นภัสวริน พูลสวัสดิ์
Wiriya Sila, Surachet Kukumsai, Napatwarin Phoonsawat
โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี
Chaoprayayommarat Hospital, Suphanburi Province

(Received: January 7, 2026; Revised: February 27, 2026; Accepted: March 3, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช การดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช 53 ราย ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบโดยใช้ผลการศึกษาระยะที่ 1 ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 10 ราย และระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบโดยใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวในผู้ป่วย 30 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน แบบประเมินความทุกข์ใจ และแบบประเมินคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านจิตใจและด้านระบบสุขภาพและข้อมูลในระดับสูง มีความทุกข์ใจอยู่ในระดับปานกลาง และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินเฉพาะราย การวิเคราะห์และวางแผนรายบุคคล การปฏิบัติการพยาบาลแบบสนับสนุน และการติดตามประเมินผล ภายหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยมีความทุกข์ใจลดลง และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการศึกษาสะท้อนว่ารูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคลช่วยลดความทุกข์ใจและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความเหมาะสมต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในงานพยาบาลคลินิก

คำสำคัญ : “มะเร็งนรีเวช”, “การดูแลแบบสนับสนุน”, “ความต้องการเฉพาะบุคคล”, “ความทุกข์ใจ”, “คุณภาพชีวิต”

***ผู้ให้การติดต่อ** (Corresponding e-mail:pinoko.a@hotmail.com)

Abstract

This research and development study aimed to examine the existing situation, develop an individualized supportive care model, and evaluate its effectiveness among patients with gynecologic cancer. The study was conducted in three phases. Phase 1 investigated the current situation among 53 patients with gynecologic cancer. Phase 2 involved model development based on Phase 1 findings and in-depth interviews with 10 relevant stakeholders. Phase 3 evaluated the model's effectiveness using a one-group quasi-experimental design with 30 patients. Research instruments included a supportive care needs questionnaire, a psychological distress assessment, and a quality-of-life questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The results indicated that patients had high supportive care needs, particularly in the psychological, health system, and information domains. Psychological distress was at a moderate level, while overall quality of life was high. The developed model comprised four components: individual assessment, individualized analysis and planning, supportive nursing interventions, and follow-up evaluation. Following implementation, patients demonstrated a statistically significant reduction in psychological distress and a significant improvement in overall quality of life ($p < .05$).

These findings suggest that the individualized supportive care model is effective in reducing psychological distress and enhancing quality of life among patients with gynecologic cancer and is appropriate for application in clinical nursing practice.

Keywords: “Gynecologic Cancer”,“Supportive care”, “Individualized needs”, “Psychological distress”, “Quality of life”

บทนำ

มะเร็งนรีเวช (Gynecologic Cancer) เป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญของสตรีทั่วโลก และเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในอันดับต้น ๆ โดยเฉพาะมะเร็งปากมดลูก มะเร็งรังไข่ และมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก[1] สำหรับประเทศไทย มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในผู้หญิง โดยมีอัตราการเกิดใหม่ประมาณ 15,000 รายต่อปี[2] การรักษามะเร็งนรีเวชประกอบด้วยกระบวนการที่ซับซ้อน เช่น การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด และการฉายรังสี ซึ่งล้วนก่อให้เกิดผลข้างเคียงทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้า และข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน[3] นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความทุกข์ใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว[4,5] ความทุกข์ใจในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชสามารถเกิดจากหลายปัจจัยที่เชื่อมโยงและส่งผลกระทบต่อกัน ได้แก่ ผลข้างเคียงจากการรักษาที่รุนแรง เช่น อาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน และผมร่วง ซึ่งส่งผลต่อภาพลักษณ์และความมั่นใจในตนเอง การ

เปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวและสังคม ความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาและภาระทางการเงิน รวมถึงความไม่แน่นอนเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคและอนาคต จากการศึกษาของ Li และคณะ[6] พบว่าความทุกข์ทางจิตใจในผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชมักมีแนวโน้มเพิ่มสูงในช่วงแรกของการวินิจฉัยและการรักษา แต่จะค่อยๆ ลดลงเมื่อเวลาผ่านไป อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายยังคงมีระดับความทุกข์ทางจิตใจที่สูงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อการฟื้นตัวและคุณภาพชีวิตในระยะยาว และจากการศึกษาความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช พบว่า มีความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองหลายด้าน ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความทุกข์ใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[7] ในประเทศไทยมีการศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก พบว่าความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองในภาพรวมของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกทุกระยะและทุกวิธีการรักษาสูงที่สุด ได้แก่ ด้านอารมณ์ และสัมพันธภาพ[8]

แนวคิดการดูแลแบบสนับสนุน (supportive care) จึงถูกพัฒนาขึ้นเพื่อมุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านการสนับสนุนทางสังคม และด้านสัมพันธภาพทางเพศ[9, 10] จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การตอบสนองความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนอย่างเหมาะสม สามารถช่วยลดความทุกข์ทางจิตใจและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชได้[11] อย่างไรก็ตาม จากสถานการณ์การดูแลในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบว่าการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การรักษาทางการแพทย์เป็นหลัก ขณะที่การประเมินความต้องการเฉพาะบุคคลและการจัดการความทุกข์ใจยังไม่เป็นระบบและขาดรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน

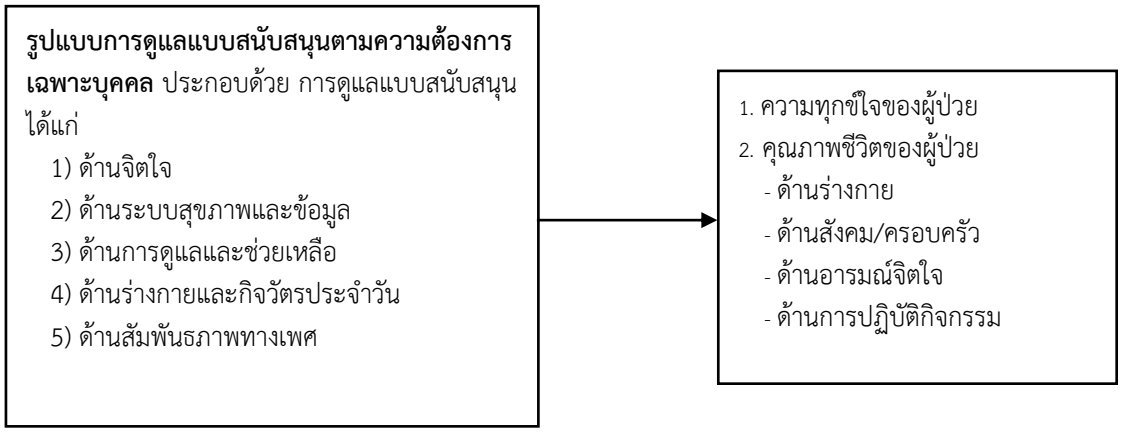
โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช เป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิในจังหวัดสุพรรณบุรีที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลและรักษาผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชรายใหม่ระหว่างปี 2565-2567 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วย 107, 92 และ 77 รายตามลำดับ[12] การดูแลส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การประเมินภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย แต่ยังขาดการประเมินความต้องการในด้านอื่นๆ เช่น ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม จากบริบทดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคล ที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนที่เฉพาะเจาะจงกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อช่วยลดความทุกข์ใจ ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และยกระดับคุณภาพการพยาบาลให้มีความครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ความทุกข์ใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชในระหว่างการรักษา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคลเพื่อลดความทุกข์ใจและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคลเพื่อลดความทุกข์ใจและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน (supportive care needs) ที่พัฒนาโดย Boyes และคณะ[10] ประกอบด้วยการประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านจิตใจ 2) ด้านระบบสุขภาพและข้อมูล 3) ด้านการดูแลและช่วยเหลือ 4) ด้านร่างกายและกิจวัตรประจำวัน และ 5) ด้านสัมพันธภาพทางเพศ นำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนที่มุ่งเน้นการตอบสนองตามความต้องการเฉพาะบุคคลเพื่อลดความทุกข์ใจและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช



กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีขั้นตอนดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ความทุกข์ใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชในระหว่างการรักษา เป็นการวิจัยเชิงพรรณา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งนรีเวช ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ให้ยาเคมีบำบัดหรือการผ่าตัดร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช ปี 2567 จำนวน 77 ราย กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม n4Study (Finite population mean) อ้างอิงค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากงานวิจัยของนิตยา สุนทรานนท์ และคณะ[13] ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 48 ราย ปรับเพิ่มร้อยละ 10 จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 53 ราย คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย

เกณฑ์คัดเข้า 1) เป็นผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ 2) อยู่ระหว่างการรักษาด้วยการผ่าตัด หรือการให้ยาเคมีบำบัด หรือการรักษาร่วมกัน 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์คัดออก 1) ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน 2) มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

2) แบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน (SCNS-SF34) โดย Boyes และคณะ[10] แปลโดย สุพันธ์ อุ่นใจ และบุษบา สมใจวงษ์[14]

3) แบบสอบถามความทุกข์ใจ (Distress Thermometer) โดย Roth และคณะ[15] แปลโดย ภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ และสาวิตรี เจติยานุวัตร[16]

4) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (FACT-G Thai version) โดย Cella และคณะ[17] แปลโดย วรชัย รัตนธราธร และคณะ[18]

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.67-1.00 จากนั้นนำแบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน แบบสอบถามความทุกข์ใจ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย คำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94, 0.88 และ 0.81 ตามลำดับ อยู่ในระดับดีถึงดีมาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย เพื่อขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร จากนั้นดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วน โดยผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคล มีดังนี้

1) การออกแบบโครงสร้างรูปแบบ ผู้วิจัยนำผลการศึกษาจากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์เพื่อระบุปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย โดยออกแบบกิจกรรมให้สามารถปรับให้เหมาะสมกับความต้องการรายบุคคล

2) การประเมินรูปแบบโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในระยะนี้ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช จำนวน 5 คน และผู้รอดชีวิตจากมะเร็งนรีเวช จำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้น 10 คน

3) การปรับปรุงรูปแบบ ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์และปรับปรุงรูปแบบให้มีความเหมาะสม ใช้งานได้จริง สามารถประยุกต์ใช้ตามความต้องการเฉพาะบุคคลของผู้ป่วยแต่ละราย

ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคล โดยการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งนรีเวช ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ให้ยาเคมีบำบัด หรือการผ่าตัดร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรม n4Study (2 dependent population means) จากงานวิจัยของ Li & Zhang[19] ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 ราย ปรับเพิ่มร้อยละ 10 จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย

เกณฑ์คัดเข้า 1) เป็นผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัด 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และสามารถให้ข้อมูลได้ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา

เกณฑ์คัดออก 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามแผนการศึกษา 2) มีการแพร่กระจายของโรคเข้าสู่อวัยวะสำคัญในระยะรุนแรง

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน 3) แบบสอบถามความทุกข์ใจ และ 4) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแล้วในระยะที่ 1 ของการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคล ครอบคลุมการดูแล 5 ด้าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด โดยเข้าพบผู้ป่วยในวันนัดหมายเพื่อเตรียมพร้อมก่อนการผ่าตัดหรือการให้ยาเคมีบำบัดครั้งแรก เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ระยะก่อนการทดลอง: ผู้วิจัยประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วย โดยใช้แบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช เพื่อนำข้อมูลไปวางแผนการดูแล พร้อมทั้งประเมินระดับความทุกข์ใจ (ด้วย Distress Thermometer) และคุณภาพชีวิต (ด้วย FACT-G)

ระยะการทดลอง: ดำเนินการให้การพยาบาลตามรูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคลที่พัฒนาขึ้น

ระยะหลังการทดลอง: ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลซ้ำเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านความทุกข์ใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภายหลังจากการให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 4 สิ้นสุดลง

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความทุกข์ใจและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการได้รับรูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนโดยตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro–Wilk พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช หมายเลข YM007/2568 ลงวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2568 ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัยทุกคน และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 6 เดือน ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 สถานการณ์ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ความทุกข์ใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช ผลการศึกษามีดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 52.60 ปี (S.D. = 8.70) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 67.9) และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 37.7) ในด้านข้อมูลความเจ็บป่วย พบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด (ร้อยละ 39.6) รองลงมาคือมะเร็งรังไข่และมะเร็งเยื่อบุโพรง

มดลูก ในสัดส่วนเท่ากัน (ร้อยละ 30.2) ระยะของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ I–II (ร้อยละ 58.5) และได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัดมากที่สุด (ร้อยละ 52.8)

2. ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยด้านที่มีความต้องการสูงสุดคือ ด้านจิตใจ ($\bar{X}$ = 3.95, S.D. = 0.62) รองลงมาคือ ด้านระบบสุขภาพและข้อมูล ($\bar{X}$= 3.82, S.D. = 0.58) และด้านร่างกายและชีวิตประจำวัน ($\bar{X}$ = 3.64, S.D. = 0.55) ตามลำดับ ส่วนด้านสัมพันธภาพทางเพศมีความต้องการต่ำที่สุด ($\bar{X}$= 2.98, S.D. = 0.71) ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลด้านจิตใจและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาเป็นลำดับแรก

3. ปัญหาความทุกข์ใจ พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ใจเท่ากับ 4.68 (S.D. = 1.94) ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 50.94) มีความทุกข์ใจอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนน 4-6) ปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจ 5 อันดับแรก ได้แก่ ความรู้สึกอ่อนเพลีย/อ่อนล้า (ร้อยละ 79.25) ความกังวลใจ (ร้อยละ 73.58) ปัญหาการนอนหลับ (ร้อยละ 58.49) ความปวด (ร้อยละ 52.83) และปัญหาด้านการเงิน/ค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 45.28) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาทางกายและจิตใจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อระดับความทุกข์ใจของผู้ป่วยในระยะการรักษา

4. คุณภาพชีวิต พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 65.21, S.D. = 6.43) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านสังคม/ครอบครัว ($\bar{X}$= 18.51, S.D. = 3.80) และด้านอารมณ์จิตใจ ($\bar{X}$= 2.75) อย่างไรก็ตาม ด้านร่างกาย ($\bar{X}$= 16.79, S.D. = 3.16) และด้านการปฏิบัติกิจกรรม ($\bar{X}$= 14.70, S.D. = 3.55) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบทางกายที่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยยังคงต้องเผชิญในชีวิตประจำวัน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคล จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรทางสุขภาพและผู้รอดชีวิตจากมะเร็งนรีเวช ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคล ซึ่งมีลักษณะยืดหยุ่นและมุ่งตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะรายของผู้ป่วย โดยรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยกระบวนการดูแล 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินเฉพาะราย (Individual Assessment): ประเมินก่อนรับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 1 โดยใช้เครื่องมือ 3 ชนิด ได้แก่ แบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน (SCNS-SF34), ปรอทวัดความทุกข์ใจ (Distress Thermometer), และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (FACT-G)

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์และวางแผน (Analyze & Plan): โดยใช้คะแนนจากแบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน เพื่อระบุปัญหาและความต้องการเฉพาะบุคคลของผู้ป่วยแต่ละราย สำหรับนำมาวิเคราะห์และวางแผนการพยาบาล มุ่งเน้นแก้ไขปัญหาที่ผู้ป่วยระบุความต้องการช่วยเหลือในระดับปานกลางถึงสูง

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการพยาบาลแบบสนับสนุน (Action): ดำเนินกิจกรรมการพยาบาลแบบสนับสนุนตามแผนการดูแลรายบุคคล ครอบคลุมการดูแล 5 ด้านตามกรอบแนวคิดความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ได้แก่

1. ด้านระบบสุขภาพและข้อมูล: ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาผ่านสื่อที่เข้าใจง่าย พร้อมแจ้งช่องทางการติดต่อเพื่อขอคำปรึกษา

2. ด้านจิตใจ: เน้นการรับฟังอย่างตั้งใจ การให้กำลังใจ และการสอนเทคนิคการผ่อนคลาย รวมถึงการส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีระดับความทุกข์ใจสูง

3. ด้านร่างกายและกิจวัตรประจำวัน: ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการผลข้างเคียงจากการรักษา การดูแลด้านโภชนาการ และการออกกำลังกายที่เหมาะสม

4. ด้านการดูแลและการสนับสนุน: ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติและผู้ดูแล รวมถึงการสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

5. ด้านสัมพันธภาพทางเพศ: ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลในบรรยากาศที่เป็นส่วนตัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและการปรับตัวด้านสัมพันธภาพ

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามและประเมินผล (Evaluate): ติดตามอาการทางโทรศัพท์ และประเมินความทุกข์ใจและคุณภาพชีวิตหลังสิ้นสุดการให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 4

ระยะที่ 3 ผลของรูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคล มีดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด และประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ในด้านข้อมูลการเจ็บป่วย พบว่าได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด รองลงมาคือ มะเร็งรังไข่และมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก สำหรับระยะของโรค ส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ I–II และได้รับวิธีการรักษาแบบผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัดมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี) ($\bar{X}$ = 53.10, S.D. = 8.50, Min=38, Max=68)		
สถานภาพสมรส		
- โสด	4	13.33
- คู่	20	66.67
- หม้าย/หย่า/แยก	6	20.00
ระดับการศึกษา		
- ประถมศึกษา	10	33.33
- มัธยมศึกษา	11	36.67
- ปริญญาตรี	9	30.00
อาชีพ		
- เกษตรกร	11	36.67
- รับจ้างทั่วไป	8	26.67
- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	16.66
- อื่น ๆ/ไม่ประกอบอาชีพ	6	20.00
ชนิดของมะเร็ง		
- มะเร็งปากมดลูก	12	40.00
- มะเร็งรังไข่	9	30.00
- มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก	9	30.00

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะของโรค		
- ระยะ I–II	18	60.00
- ระยะ III–IV	12	40.00
วิธีการรักษา		
- ผ่าตัดร่วมเคมีบำบัด	16	53.33
- เคมีบำบัดอย่างเดียว	14	46.67

2. ความทุกข์ใจของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคล ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง (P < .05) (ตารางที่ 2) สะท้อนให้เห็นว่าระดับความเครียดของผู้ป่วยลดลงจากระดับที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาทางจิตใจไปสู่ระดับที่ต่ำลง เมื่อพิจารณาปัญหาความทุกข์ใจรายข้อ (ผู้ป่วยสามารถระบุได้มากกว่า 1 ปัญหา) พบว่า ก่อนการทดลอง ปัญหาความทุกข์ใจที่ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช 5 อันดับแรก คือ 1) ความรู้สึกเพลีย/อ่อนล้า 2) ความกังวลใจ 3) ปัญหาการนอนหลับ 4) คลื่นไส้/การรับประทานอาหาร และ 5) ความปวด ภายหลังการทดลอง พบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีปัญหาความทุกข์ใจลดลงในทุกด้านอย่างชัดเจน โดยด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นมากที่สุดคือ ความกังวลใจ ซึ่งลดลงจากร้อยละ 73.33 เหลือเพียงร้อยละ 33.33 รองลงมาคือ ความรู้สึกเพลีย/อ่อนล้า ลดลงเหลือร้อยละ 46.7 และปัญหาการนอนหลับ ลดลงเหลือร้อยละ 30.00 (ตารางที่ 3) ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงผลของรูปแบบการดูแลในการช่วยบรรเทาความทุกข์ใจที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ใจของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชก่อนและหลังทดลอง (n = 30)

ช่วงเวลา	$\bar{x}$	S.D.	t	*p*-value
ก่อนทดลอง	5.60	1.77	2.28	0.030
หลังทดลอง	4.97	2.34		

P < .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของปัญหาความทุกข์ใจ 5 อันดับแรกของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชก่อนและหลังทดลอง (n=30)

ปัญหา	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ความรู้สึกอ่อนเพลีย/อ่อนล้า	24	80.00	14	46.67
2. ความกังวลใจ	22	73.33	10	33.33
3. ปัญหาการนอนหลับ	18	60.00	9	30.00
4. คลื่นไส้/การรับประทานอาหาร	15	50.00	7	23.33
5. ความปวด	14	46.67	8	26.67

3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช หลังการทดลองผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง (p < .05) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า

คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกมิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านสังคมและครอบครัว ด้านอารมณ์จิตใจ และด้านการปฏิบัติกิจกรรม ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4 การเพิ่มขึ้นของคะแนนคุณภาพชีวิตดังกล่าวสะท้อนถึงความสามารถของผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวัน การจัดการกับผลข้างเคียงจากการรักษา การปรับตัวทางอารมณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคมที่ดีขึ้น ภายหลังได้รับการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคล

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชก่อนและหลังทดลอง (n = 30)

คุณภาพชีวิต	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	*p*-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ด้านร่างกาย	16.13	3.36	19.27	4.96	-3.621	.001
ด้านสังคม/ครอบครัว	18.97	3.07	20.80	4.87	-2.318	.028
ด้านอารมณ์จิตใจ	14.80	3.41	16.90	4.60	-3.448	.002
ด้านการปฏิบัติกิจกรรม	13.90	3.33	15.57	4.93	-2.130	.042
คุณภาพชีวิตโดยรวม	63.80	6.71	72.53	8.96	-7.488	.000

P < .05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวมในระดับสูง โดยต้องการด้านจิตใจสูงที่สุด รองลงมาคือ ด้านระบบสุขภาพและข้อมูล ผู้ป่วยมีความทุกข์ใจในระดับปานกลาง โดยปัญหาที่พบบ่อยที่สุดคือ ความรู้สึกอ่อนเพลีย และความกังวลใจ ส่วนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง แต่ด้านร่างกายและการปฏิบัติกิจกรรมยังอยู่ในระดับปานกลาง

ระยะที่ 2 ได้รูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคลที่มีลักษณะยืดหยุ่นและจำเพาะต่อบุคคล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินเฉพาะราย 2) การวิเคราะห์และวางแผน 3) การปฏิบัติการพยาบาล (ครอบคลุม 5 ด้าน) และ 4) การติดตามและประเมินผล

ระยะที่ 3 ภายหลังการใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .030$) และมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาในระยะแรกพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีความต้องการด้านจิตใจสูงที่สุด รองลงมาคือ ด้านระบบสุขภาพและข้อมูล ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชในบริบทปัจจุบันยังมุ่งเน้นการรักษาทางกายเป็นหลัก ขณะที่การดูแลด้านจิตสังคมและการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบยังไม่เพียงพอต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Afiyanti และคณะ[20] ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชมีความต้องการด้านอารมณ์และข้อมูลในระดับสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Götz และคณะ[21] ที่พบว่าปัญหาสำคัญในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ อาการปวด นอนไม่หลับ ความกังวล และอ่อนเพลีย เช่นเดียวกับการศึกษาของนิตยา สุนทรานนท์ และคณะ[13] ที่พบว่าปัญหาทางกายเป็นสาเหตุของความทุกข์ใจมากที่สุดในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด สำหรับคุณภาพชีวิต แม้ภาพรวมจะอยู่ในระดับสูงจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี แต่ใน

รายด้านพบว่าด้านร่างกายและด้านการปฏิบัติกิจกรรมยังอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Tekbas และคณะ[22] ที่พบว่าผลกระทบจากเคมีบำบัดทำให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายและการเข้าสังคมลดลง ผลดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของการดูแลแบบสนับสนุนที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมควบคู่ไปกับการรักษาทางการแพทย์

2. รูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคลที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ มีจุดเด่นคือ การใช้กระบวนการประเมินความต้องการแบบรายบุคคลเป็นฐานของการวางแผนการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิด Supportive Care Needs และแนวคิดการดูแลแบบเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การประเมินอย่างเป็นระบบช่วยให้พยาบาลสามารถระบุปัญหาที่แท้จริงและจัดลำดับความสำคัญของการดูแลได้อย่างเหมาะสม รูปแบบดังกล่าวยังสะท้อนแนวคิด Individualized care ที่เน้นความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของรัตติยา รัตนเนตร[23] ที่ระบุว่าการดูแลรายบุคคลช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยและการรักษาได้ดีกว่าการดูแลแบบทั่วไป และช่วยให้ผู้ป่วยก้าวผ่านวิกฤตการรักษาได้ดีกว่าการดูแลแบบปกติ

3. ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคล มีดังนี้

3.1 การลดความทุกข์ใจ ภายหลังการใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05) โดยเฉพาะปัญหาความกังวลใจที่ลดลงจากร้อยละ 73.33 เหลือร้อยละ 33.33 และความรู้สึกอ่อนเพลียลดลงจากร้อยละ 80.00 เหลือร้อยละ 46.67 ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนถึงประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลในการช่วยบรรเทาความทุกข์ใจของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชในระหว่างการรักษา การลดลงของความทุกข์ใจอาจอธิบายได้จากกลไกของรูปแบบการดูแลที่เน้นการประเมินความต้องการเป็นรายบุคคลอย่างเป็นระบบ ร่วมกับการสื่อสารและการให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับโรคและการรักษา ช่วยลดความไม่แน่นอนและความวิตกกังวลของผู้ป่วย นอกจากนี้ การติดตามอย่างต่อเนื่องและการรับฟังอย่างตั้งใจจากพยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการเสริมความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจและความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Lin และคณะ[24] ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและการให้ข้อมูลที่ชัดเจนเป็นปัจจัยปกป้องที่ช่วยลดความทุกข์ใจในผู้ป่วยที่รับเคมีบำบัด ด้านคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) โดยเฉพาะด้านร่างกายและด้านอารมณ์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Klafke และคณะ[25] ที่พบว่าการพยาบาลแบบสนับสนุนและการดูแลแบบบูรณาการช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชได้อย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของพยาบาลในการจัดการความทุกข์ใจของผู้ป่วยมะเร็งในระหว่างการรักษา

3.2 คุณภาพชีวิต ภายหลังการได้รับรูปแบบฯ ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านร่างกายและด้านอารมณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นไม่ได้มุ่งเพียงลดอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา แต่ยังช่วยเสริมศักยภาพของผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันและการปรับตัวทางอารมณ์ในระหว่างการรักษา การเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตอาจอธิบายได้จากลักษณะของรูปแบบการดูแลที่เน้นการตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยแต่ละราย (individualized care) ภายใต้แนวคิดการดูแลแบบเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมีการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการอาการข้างเคียง การฝึกเทคนิคผ่อนคลาย และการรับฟังอย่างตั้งใจจากพยาบาล ซึ่ง

ช่วยลดความกังวล เสริมความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง และเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Klafke และคณะ[25] ที่พบว่าการพยาบาลแบบสนับสนุนและการดูแลแบบบูรณาการช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชได้อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Tekbas[22] ซึ่งระบุว่าแม้การรักษาด้วยเคมีบำบัดจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย แต่การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยรักษาระดับคุณภาพชีวิตที่ดีไว้ได้ในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษานี้ใช้การออกแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว ซึ่งมีข้อจำกัดด้านความตรงภายใน (internal validity) และอาจจำกัดความสามารถในการสรุปความเป็นเหตุเป็นผลของผลการวิจัย โดยการเปลี่ยนแปลงของความทุกข์ใจและคุณภาพชีวิตอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นนอกเหนือจากรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น เช่น การปรับตัวของผู้ป่วยตามระยะเวลาการรักษา เหตุการณ์หรือการสนับสนุนอื่นที่เกิดขึ้นระหว่างการศึกษา รวมถึงผลจากการตอบแบบประเมินซ้ำ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้พยายามลดผลกระทบของปัจจัยดังกล่าวโดยกำหนดช่วงเวลาการเก็บข้อมูลที่ชัดเจน ใช้เครื่องมือมาตรฐานชุดเดียวกันตลอดการศึกษา และดำเนินการแทรกแซงโดยผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบหลัก

2. การดำเนินการวิจัยในหน่วยเคมีบำบัดของสถานพยาบาลเพียงแห่งเดียว อาจจำกัดการนำผลการศึกษาไปอ้างอิงหรือประยุกต์ใช้กับบริบทหรือกลุ่มผู้ป่วยอื่น

3. การติดตามผลในระยะสั้นอาจยังไม่สะท้อนความยั่งยืนของผลลัพธ์จากรูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนที่พัฒนาขึ้นในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล: ควรนำรูปแบบการดูแลไปใช้ในหน่วยเคมีบำบัดและคลินิกมะเร็งนรีเวช เพื่อให้พยาบาลประเมินความต้องการและความทุกข์ใจอย่างเป็นระบบ และใช้ผลการประเมินในการจัดลำดับความสำคัญและวางแผนการพยาบาลรายบุคคลได้ตรงกับปัญหาของผู้ป่วย

2. ด้านนโยบายและระบบบริการ: ควรบรรจุรูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนเป็นแนวปฏิบัติมาตรฐาน (CPG) และส่งเสริมการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อยกระดับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมอย่างต่อเนื่อง

3. ด้านการวิจัยในอนาคต: ควรมีการศึกษาที่มีกลุ่มควบคุม การติดตามผลในระยะยาว และการพัฒนาเครื่องมือหรือสื่อดิจิทัล เพื่อยืนยันความยั่งยืนของผลลัพธ์และเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cancer [Internet]. 2023 [cited 2024 Sep 25]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer
2. Department of Medical Services. Cancer statistics in Thailand [Internet]. 2023 [cited 2024 Sep 30]. Available from: https://www.dms.go.th (in Thai)
3. Gernier F, Gompel A, Rousset-Jablonski C, Kalbacher E, Floquet A, Berton-Rigaud D, Tredan O, Alexandre J, Follana P, Zannetti A, Dohollou N. Menopausal symptoms in

epithelial ovarian cancer survivors: a GINECO VIVROVAIRE2 study. Gynecologic Oncology. 2021; 163(3): 598-604.
4. Kroenke K. Improvements in Pain or Physical Function and Changes in Depression and Anxiety Symptoms. JAMA Network Open. 2023; 6(6): e2320474.
5. Warren N, Melrose DM, Brooker JE, Burney S. Psychosocial distress in women diagnosed with gynecological cancer. Journal of health psychology. 2018; 23(7): 893-904.
6. Li F, Xu J, He Y, Zhang S. Trajectory of psychological distress and influencing factors in patients with gynecological cancers: a longitudinal study. Frontiers in Oncology. 2024 Nov 22; 14: 1380916.
7. Beesley VL, Alemayehu C, Webb PM. A systematic literature review of the prevalence of and risk factors for supportive care needs among women with gynecological cancer and their caregivers. Supportive Care in Cancer. 201; 26(3): 701-10.
8. Chokla D, Somjaivong B. Supportive care needs among cervical cancer survivors in Srinagarind Hospital. J Nurs Health Care. 2018; 36(3): 79-88.
9. Bonevski B, Sanson‐Fisher R, Girgis A, Burton L, Cook P, Boyes A, Supportive Care Review Group. Evaluation of an instrument to assess the needs of patients with cancer. Cancer. 2000; 88(1): 217-25.
10. Boyes A, Girgis A, Lecathelinais C. Brief assessment of adult cancer patients' perceived needs: development and validation of the 34‐item Supportive Care Needs Survey (SCNS‐SF34). Journal of evaluation in clinical practice. 2009; 15(4): 602-6.
11. Afiyanti Y, Milanti NA, Putri NR. Supportive care needs in predicting the quality of life among gynecological cancer patients. Canadian Oncology Nursing Journal. 2018 Feb 1; 28(1): 22.
12. Chaophrayayommarat Hospital. Annual report 2024. (in Thai)
13. Suntranon N, Namvongprom A, Pakdevong N. Distress and quality of life of advanced cancer patients receiving chemotherapy. Songklanagarind J Nurs. 2020; 40(1): 58-70. (in Thai)
14. Unjai S, Somjaivong B. Translation and reliability of the supportive care needs survey Thai version in cervical cancer patients. J Nurs Sci Health. 2016; 39(3): 119-26. (in Thai)
15. Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, Peabody E, Scher HI, Holland JC. Rapid Screening for Psychologic Distress in Men with Prostate Carcinoma A Pilot Study. Cancer 1998; 82: 1904-8.

16. Laurujisawat P, Jetiyanuvat S. Validity of the Thai version of the Distress Thermometer. J Psychiatr Assoc Thailand. 2013; 58(3): 257-70. (In Thai)
17. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, et al. The functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of the general measure. J Clin Oncol. 1993; 11(3): 570-79.
18. Ratanatharathorn V, Sirilerttrakul S, Jirajarus M, Silpakit C, Maneechavakajorn J, Sailamai P, Sirisinha T. Quality of life, Functional Assessment of Cancer Therapy-General. Journal of the Medical Association of Thailand= Chotmaihet Thangphaet. 2001; 84(10): 1430-42.
19. Li G, Zhang X. The effect of supportive and educational nursing care on quality of life and HE4 gene expression in patients with ovarian cancer. Cellular and Molecular Biology. 2022; 68(5): 16-23.
20. Afiyanti Y, Milanti NA, Putri NR. Supportive care needs in predicting the quality of life among gynecological cancer patients. Canadian Oncology Nursing Journal. 2018; 28(1): 22-29.
21. Götz A, Kröner A, Jenewein J, Spirig R. Evaluation of distress management in inpatients with cancer by means of the distress thermometer: A mixed methods approach. Palliative & Supportive Care. 2024; 22(4): 734-41.
22. Tekbaş S, Şahin NH, Sayın NC. The effect of treatment on quality of life, symptoms, and social life in gynecologic cancer patients. Clinical Nursing Research. 2022; 31(6): 1063-71.
23. Rattananet R, Utriyaprasit K, Sindhu S, Chuthapisith S. The effect of nurse navigator program on emotional distress and impact of health literacy in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. J Nurs Sci. 2021; 40(4): 78-94. (in Thai)
24. Lin C, Zhang F, Yang F, Lin Y, Tian T, Shi K, Li M, Li X. Factors influencing self-regulatory fatigue in patients undergoing chemotherapy for gynecologic cancer: a cross-sectional study. Frontiers in Psychiatry. 2024; 15: 1273151.
25. Klafke N, Mahler C, von Hagens C, Uhlmann L, Bentner M, Schneeweiss A, Mueller A, Szecsenyi J, Joos S. The effects of an integrated supportive care intervention on quality of life outcomes in outpatients with breast and gynecologic cancer undergoing chemotherapy: Results from a randomized controlled trial. Cancer medicin

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพต่อสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Effects of a Health Literacy Promotion Program on Pulmonary Function in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

ฉันทนา วิมลจิตต์
Chantana Wimonchit
โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร
Phoprathapchang Hospital, Phichit Province

(Received: November 2, 2025; Revised: February 27, 2026; Accepted: March 3, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน โดยสุ่มเข้ากลุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้น กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.94 และค่าความเชื่อมั่น 0.93 และแบบบันทึกข้อมูลสมรรถภาพปอด ได้แก่ ค่า FEV1/FVC ค่า 6MWD และค่า mMRC

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าสมรรถภาพปอด (FEV1/FVC) ค่าระยะทางที่เดินไกลได้ใน 6 นาที (6MWD) เพิ่มขึ้น และค่าคะแนนภาวะหายใจลำบาก (mMRC) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เมื่อเทียบกับก่อนทดลองและกับกลุ่มควบคุม ดังนั้น โปรแกรมนี้สามารถเพิ่มสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ จึงควรบูรณาการเข้ากับการดูแลในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของสถานบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการควบคุมอาการของโรคและลดภาระทางสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย

คำสำคัญ: “โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพ”, “สมรรถภาพปอด”, “ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง”

***ผู้ให้การติดต่อ** (Corresponding e-mail: chantanaja65@gmail.com)

Abstract

This quasi-experimental study examined the effects of a health literacy promotion program on pulmonary rehabilitation among patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) at Pho Prathap Chang Hospital, Phichit Province. The participants were 50 patients with COPD receiving treatment at the hospital’s COPD clinic. They were randomly assigned, using simple random sampling without replacement, into an experimental group and a

control group of 25 participants each. The experimental group participated to a health literacy promotion program developed, while the control group received routine nursing care. Research instruments included a Health Literacy Assessment Scale, with a content validity index of 0.94 and a reliability coefficient of 0.93, and a clinical data record form measuring pulmonary function indicators: FEV1/FVC ratio, 6-minute walking distance (6MWD), and the modified Medical Research Council dyspnea scale (mMRC).

The results showed that the experimental group had significantly higher mean FEV1/FVC ratios and 6MWD, and lower mMRC scores after the intervention compared with both the pre-intervention and the control groups ($p < .01$). These results indicate that the health literacy promotion program is effective in improving pulmonary function and dyspnea among patients with COPD. Therefore, the program should be integrated into COPD clinic services within healthcare facilities to improve symptom control and reduce the overall health burden on patients.

Keywords: "promoting health literacy program", "pulmonary rehabilitation", "chronic obstructive pulmonary disease patients"

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อคุณภาพชีวิตและสมรรถภาพการทำงานของผู้ป่วย โดยองค์การอนามัยโลกและ Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) รายงานว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของโลก รองจากโรคหัวใจและมะเร็ง โดยมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 3 ล้านคนต่อปี[1,2] ในประเทศไทย พบผู้ป่วยสะสมมากกว่า 700,000 ราย และเสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 20,000 ราย จัดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 5 ของประเทศ[3] โรคนี้พบมากในผู้สูงอายุ ผู้สูบบุหรี่ และผู้ที่สัมผัสกับฝุ่นละอองหรือสารเคมีในระยะยาว โดยแนวโน้มของการเกิดโรคเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงภาระโรคที่ส่งผลทั้งต่อบุคคล ครอบครัว ระบบสาธารณสุขระดับโลก และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและภาระต่อระบบบริการสุขภาพทั่วโลก[4]

ข้อมูลจากเขตสุขภาพที่ 3 ปี 2567 พบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุ 40 ปีขึ้นไปจำนวน 12,233 ราย มีอัตราการกำเริบ 134.51 ต่อประชากร 100 คน ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกิน 110 ต่อ 100 คน จังหวัดพิจิตรมีอัตราการกำเริบ 127.10 ต่อ 100 คน5 สำหรับโรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง ระหว่างปี 2565-2567 พบว่า ผู้ป่วยมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน เฉลี่ยร้อยละ 20 และภาวะหายใจล้มเหลวเฉลี่ยร้อยละ 9.27 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ ปัญหาที่สำคัญคือ ผู้ป่วยจำนวนมากยังขาดความรู้ในการดูแลตนเอง ใช้ยาพ่นไม่ถูกวิธี ไม่ต่อเนื่องในการฟื้นฟูสมรรถภาพการหายใจ และมีความกลัวการออกกำลังกาย ส่งผลให้เกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันและต้องเข้ารับการรักษาซ้ำอย่างต่อเนื่อง[5,6] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (Pulmonary Rehabilitation) เป็นมาตรการสำคัญที่ได้รับการสนับสนุนโดยคำแนะนำสากลในการดูแลผู้ป่วย COPD โดยมีองค์ประกอบรวมถึงการออกกำลังกายแบบแอโรบิก การฝึกเทคนิคการหายใจ และการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งผลการศึกษาระบบอย่างเช่น Meta-Analysis พบว่าการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ช่วยเพิ่มระยะทางที่เดินไกลได้ใน 6 นาที (6 Minute Walk Distance: 6MWD) และลดระดับของอาการหอบเหนื่อย (mMRC) เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาปกติ อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์จากการบำบัดต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางปอดโดยตรง เช่น สมรรถภาพปอด (FEV1/FVC) ยังไม่ชัดเจนว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากพยาธิสภาพของ COPD เป็นแบบถาวร และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างปอดหลังการฝึกอาจมีขอบเขตจำกัด4 หนึ่งในปัญหาที่พบในผู้ป่วย COPD หลายรายคือ การเข้าร่วมโปรแกรมไม่ต่อเนื่อง การปฏิบัติท่าฝึกไม่ถูกต้อง และการใช้ยาพ่นผิดวิธี ซึ่งมีผลทำให้ผลลัพธ์ของสมรรถภาพปอดในชีวิตจริงไม่สอดคล้องกับหลักการฝึกที่ออกแบบไว้ การศึกษาระบบพบว่า อุปสรรคเหล่านี้มักเกี่ยวข้องกับการเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้สุขภาพ (Health Literacy)[7] กล่าวคือ เป็นความสามารถของบุคคลในการค้นหา ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม[8,9] ประกอบด้วย 6 ทักษะหลัก ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (2) ความเข้าใจข้อมูล (3) การสื่อสาร (4) การจัดการตนเอง (5) การตัดสินใจ และ (6) การรู้เท่าทัน อนึ่ง งานวิจัยหลายฉบับบ่งชี้ว่าผู้ป่วย COPD ที่มีระดับความรอบรู้สุขภาพต่ำ มักมีอาการรุนแรงกว่า มีระดับอาการหอบเหนื่อยสูงกว่าและมีผลลัพธ์ทางคลินิกต่ำกว่า เช่น คะแนนภาวะหายใจลำบาก (mMRC) ที่สูงขึ้น[10] และมีอัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาลมากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีความรอบรู้สุขภาพสูงกว่า จากบทเรียนงานวิจัยด้านความรอบรู้สุขภาพในโรคเรื้อรังในประเทศ ส่วนใหญ่มุ่งเน้นในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งพบว่าการพัฒนาความรอบรู้สุขภาพสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกได้ดีขึ้น หากแต่ในกลุ่มผู้ป่วย COPD ยังมีงานวิจัยที่จำกัดและมักไม่มีการบูรณาการความรอบรู้สุขภาพเข้าไปในโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยตรงที่เพียงพอ[11,12] ทั้งนี้ หากมีการพัฒนาทักษะเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วย COPD สามารถวิเคราะห์ เลือกใช้ และปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพได้ถูกต้อง ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มสมรรถภาพปอด ลดอัตราการกำเริบ และยกระดับคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน[13]

โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตรได้ดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามแนวทาง GOLD Guideline 2024 และแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข โดยจัดบริการคลินิกเฉพาะโรค คลินิกอดบุหรี่ และการติดตามเยี่ยมบ้านผ่านระบบ THAI COC ซึ่งพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการประสานและให้การดูแลต่อเนื่อง[14] อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายและปัญหาการขาดความรู้ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการเสริมกลยุทธ์การดูแล ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วย COPD จึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนา “โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพต่อสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” ที่บูรณาการ 6 ทักษะหลักเข้ากับกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เพื่อเสริมสร้างความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ และขีดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง อันจะนำไปสู่การลดอัตราการกำเริบเฉียบพลัน เพิ่มสมรรถภาพปอด ยกระดับคุณภาพชีวิต และเสริมสร้างสุขภาวะที่ยั่งยืนทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และระบบบริการสุขภาพโดยรวม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพต่อสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง จ. พิจิตร

คำถามการวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพส่งผลต่อสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง จ. พิจิตร ได้หรือไม่ อย่างไร

2. หลังจากที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพแล้ว มีผลของค่าสมรรถภาพปอดเป็นอย่างไร

2. หลังจากที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพแล้ว มีผลของค่าระยะทางที่เดินไกลได้ใน 6 นาที เป็นอย่างไร

3. หลังจากที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพแล้ว มีผลของค่าคะแนนภาวะหายใจลำบากเป็นอย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

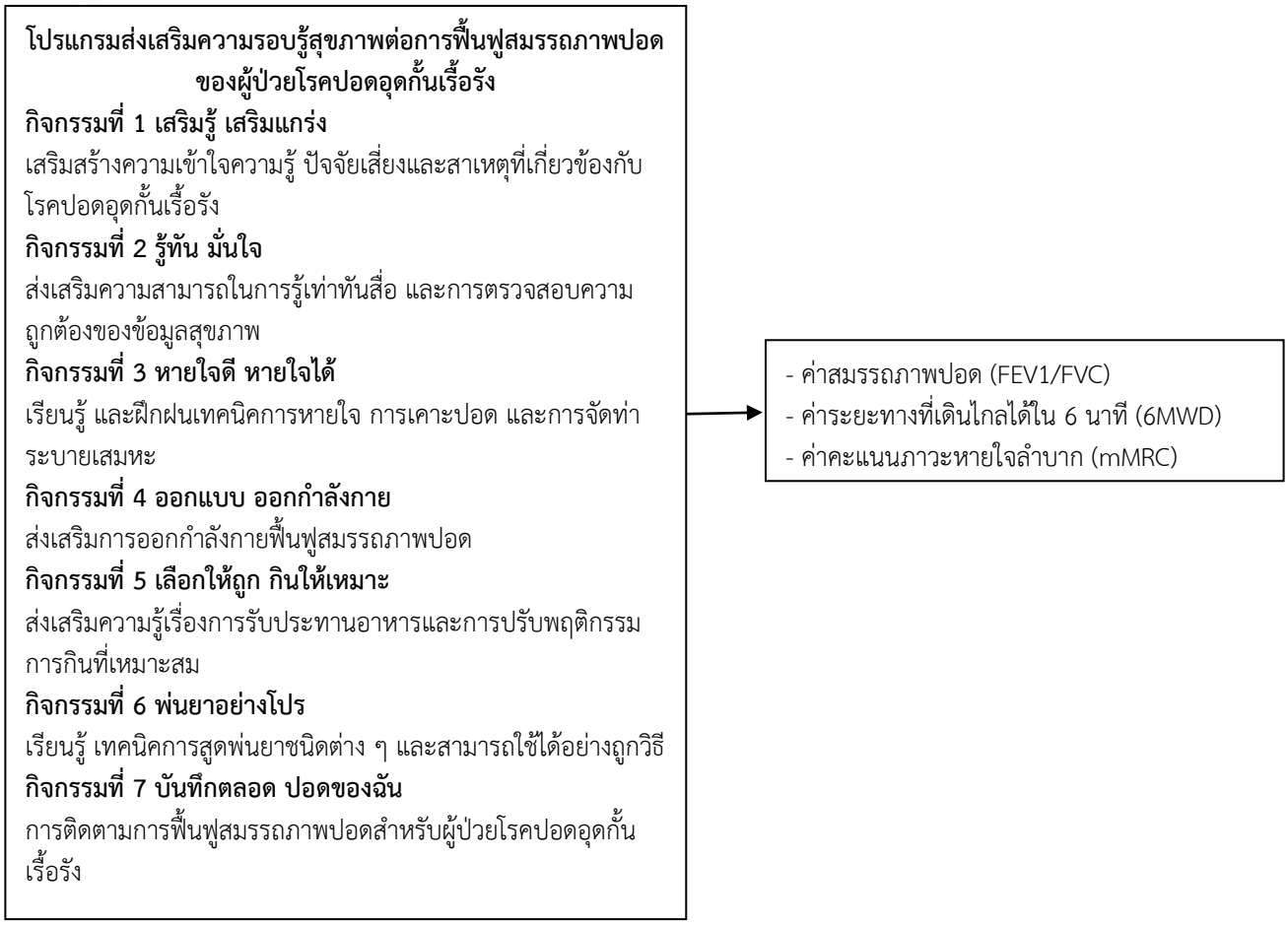
1. ค่าสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ค่าระยะทางที่เดินไกลได้ใน 6 นาทีของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. ค่าคะแนนภาวะหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพลดลงขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดเรื่องความรอบรู้สุขภาพ (Health Literacy) ของ Nutbeam[9] อธิบายว่าเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยการเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ ซึ่งในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความรอบรู้สุขภาพที่ดีมีบทบาทสำคัญต่อความสามารถในการจัดการตนเอง เช่น การใช้ยาถูกต้อง การออกกำลังกายตามแผน และการเฝ้าระวังอาการ ซึ่งส่งผลให้สมรรถภาพปอดดีขึ้นจากการทำงานของปอด (FEV1/FVC) มีความทนทานในการออกกำลังกายจากการเดินไกลในเวลา 6 นาที (6MWD) และมีอาการหายใจลำบาก (mMRC) ลดลง[7,8,10] ดังนั้น การนำแนวคิดความรอบรู้สุขภาพมาประยุกต์ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพ จึงเป็นกลยุทธ์เชิงรุกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะยาว โดยโปรแกรมฯประกอบด้วย ชุดกิจกรรม 7 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมเสริมรู้ เสริมแกร่ง กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมรู้ทัน มั่นใจ กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมหายใจดี หายใจได้ กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมออกแบบออกกำลังกาย กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมเลือกให้ถูก กินให้เหมาะ กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมพ่นยาอย่างโปร และกิจกรรมที่ 7 กิจกรรมบันทึกตลอด ปอดของฉัน ดังแสดงกรอบแนวคิดในการวิจัยในภาพที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Design) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม[15] กำหนดให้กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพ ส่วนกลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง จ. พิจิตร ตั้งแต่เดือนมกราคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2568

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและ/หรือมีโรคอื่นร่วม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง จ. พิจิตร ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป โดยมีภาวะหายใจลำบาก (mMRC) เท่ากับ 1 และยินยอมสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ประสงค์ที่จะเข้าร่วมการทดลองต่อไปหรือมีเหตุใดที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการทดลองต่อไปได้ หรือไม่สามารถปฏิบัติตามวิธีการทดลองตามแผนที่กำหนดหรือไม่ครบตามแผนการทดลองที่กำหนดไว้ อย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งหมด และ ระหว่างการทดลองมีอาการเจ็บป่วย หรือความเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพเกิดขึ้นไม่เข้าร่วมการทดลองหรือขอถอนออกจากการทดลองได้

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power Analysis ในการทดสอบการประมาณค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย 2 กลุ่มด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.2[16] โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of Size) เท่ากับ 0.95 และขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากการศึกษาที่ใกล้เคียงกันในอดีตของมะยุเรีย รุ่งเจริญอารีจิตต์[17] ได้ค่าอิทธิพลเท่ากับ 1.10 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ เพื่อแสดงถึงผลที่เกิดขึ้นจากการทดลองสูง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 38 คน เพื่อป้องการสูญหายของข้อมูล (Drop out) จึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 30 คิดเป็นจำนวน 12 คน รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 50 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 25 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย แบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีข้อคำถาม 13 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการสูบและการเลิกบุหรี่ ประวัติการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประวัติการ Admit การขาดนัด การขาดยา โรคประจำตัว และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List)

ตอนที่ 2 แบบวัดความรอบรู้สุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดความรอบรู้สุขภาพ (Health Literacy) ของ Nutbeam[9] มีข้อคำถาม 42 ข้อ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 1) ด้านความรู้ ความเข้าใจ มีข้อคำถาม 13 ข้อ 2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ มีข้อคำถาม 6 ข้อ 3) ด้านการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ มีข้อคำถาม 6 ข้อ 4) ด้านการจัดการตนเอง มีข้อคำถาม 5 ข้อ 5) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ มีข้อคำถาม 5 ข้อ และ 6) ด้านการตัดสินใจ มีข้อคำถาม 7 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง/เป็นประจำ และแปลผลค่าเฉลี่ยรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80) ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20) และระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00)

ตอนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย

1) ค่าสมรรถภาพปอด FEV1/FVC เป็นการตรวจสอบสมรรถภาพปอดโดยพิจารณาอัตราส่วนของปริมาตรอากาศที่สามารถหายใจออกได้ใน 1 วินาที (FEV1) กับปริมาตรอากาศสูงสุดที่สามารถหายใจออกได้เร็วและแรงจนหมดปอด (FVC) กำหนดให้สมรรถภาพปอดปกติมีอัตราส่วน FEV1/FVC จะอยู่ระหว่างร้อยละ 70-80[18]

2) ค่าระยะทางที่เดินไกลได้ใน 6 นาที (6MWD) เป็นการทดสอบเพื่อประเมินสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยด้วยการเดินไกลเป็นเวลา 6 นาที และผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลวิชาชีพบันทึกผลการเดินไกลในเวลา 6 นาที กำหนดให้คนปกติมีค่าเฉลี่ยประมาณ 536-560 เมตร[19]

3) ค่าคะแนนภาวะหายใจลำบาก (mMRC) เป็นค่ามาตรฐานเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก (mMRC Dyspnea Scale)[20] กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ คือ 0 หมายถึง รู้สึกเหนื่อย

หอบขณะออกกำลังกายหนัก 1 หมายถึง หายใจหอบเมื่อเดินอย่างเร่งรีบบนพื้นราบหรือเมื่อเดินขึ้นที่สูงชัน 2 หมายถึง เดินบนพื้นราบได้ช้ากว่าคนในวัยเดียวกัน 3 หมายถึง ต้องหยุดเพื่อหายใจ หลังจากเดินได้ 100 เมตร หรือหลังจากเดินได้สักพักบนพื้นราบ และ 4 หมายถึง หายใจหอบมากเกินกว่าที่จะออกจากบ้านหรือหอบมากขณะแต่งตัวหรือเปลี่ยนเครื่องแต่งตัว

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการจัดกิจกรรมผ่านกระบวนการพลวัตรกลุ่ม (Group Dynamic) โดยแลกเปลี่ยนและส่งผ่านข้อมูลจากผู้ป่วยเป็นหลัก เพื่อเพิ่มความรอบรู้สุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านการสื่อสาร ด้านการจัดการตนเอง ด้านการตัดสินใจ และด้านการรู้เท่าทันสื่อ ร่วมกับข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น อาการ ความเสี่ยง อาหาร การออกกำลังกาย ประกอบด้วย ชุดกิจกรรมทั้งหมด 7 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมเสริมรู้ เสริมแกร่ง กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมรู้ทัน มั่นใจ กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมหายใจดี หายใจได้ กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมออกแบบ ออกกำลังกาย กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมเลือกให้ถูก กินให้เหมาะ กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมพ่นยาอย่างโปร และกิจกรรมที่ 7 กิจกรรมบันทึกตลอด ปอดของฉัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพต่อสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไปสอบถามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา

2. การวิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบวัดความรอบรู้สุขภาพไปทดลองเก็บข้อมูล (Try-out) กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างมารับบริการ ณ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Alpha) มีค่าเท่ากับ 0.93

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร โดยได้รับใบรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 18/2568 ณ วันที่ 20 พฤษภาคม 2568 ซึ่งผู้วิจัยได้ชี้แจงหัวข้อวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น รวมทั้งแจ้งกลุ่มตัวอย่างให้ทราบว่ามีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ตามความสมัครใจ มีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องระบุเหตุผล เมื่อถอนตัวออกจากโครงการวิจัย ข้อมูลจะไม่ถูกนำไปใช้ในการวิเคราะห์และไม่ถูกนำเสนอที่ใด รวมทั้งทำลายข้อมูลทั้งหมดทันที ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเผยแพร่ชื่อของกลุ่มตัวอย่าง และนำข้อมูลไปใช้ในการวิเคราะห์ อภิปรายหรือเผยแพร่ผ่านการนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

วิธีดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการทดลองระหว่างเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2568 ดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานและทำหนังสือขออนุญาตไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตรในการดำเนินการและเก็บข้อมูลการวิจัย

1.2 ประสานงานกับเจ้าหน้าที่เวชสถิติและพยาบาลวิชาชีพคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อขอข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1.3 ผู้วิจัยติดต่อขอพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย เพื่อคัดกรองตามเกณฑ์คัดเข้าและเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง 5 วัน เพื่อสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรอบรู้สุขภาพ และแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก เพื่อจะนำไปสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนจะนัดหมายวัน เวลา และสถานที่กับกลุ่มทดลองในการเข้าร่วมการวิจัยต่อไป

2. ระยะทดลอง

2.1 ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน ณ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง และแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม กลุ่มละ 7-8 คน เพื่อเข้ากิจกรรมตามโปรแกรมพร้อมกัน โดยกำหนดให้จัดกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60-120 นาที ภายในกรอบเวลา 12 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่	กิจกรรม	ทักษะความรอบรู้สุขภาพ	การดำเนินกิจกรรม
1	กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมเสริมรู้เสริมแกร่ง	ความรู้เกี่ยวกับโรค, การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ, การจัดการตนเอง	ปฐมนิเทศ ให้ความรู้เรื่อง COPD สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และคำศัพท์ทางการแพทย์ พร้อมฝึกค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งที่เชื่อถือได้
	กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมรู้ทันมั่นใจ	การเข้าถึงข้อมูล, การรู้เท่าทันสื่อ	ฝึกประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพจากสื่อและอินเทอร์เน็ต
2	กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมหายใจดี หายใจได้	การสื่อสาร, การจัดการตนเอง	ฝึกเทคนิคการหายใจ (Pursed-Lip, Diaphragmatic Breathing) การเคาะปอด และการจัดท่าระบายเสมหะ พร้อมสาธิตและรับคำแนะนำรายบุคคล
	กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมออกแบบ ออกกำลังกาย	การสื่อสาร, การจัดการตนเอง, การตัดสินใจ	เรียนรู้รูปแบบการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วย COPD และร่วมวางแผนการออกกำลังกายเฉพาะบุคคล
	กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมเลือกให้ถูก กินให้เหมาะ	การจัดการตนเอง, การตัดสินใจ	เรียนรู้หลักโภชนาการที่เหมาะสม ฝึกเลือกเมนูอาหารที่เหมาะกับผู้ป่วย COPD
3	ทบทวนกิจกรรมที่ 3-5	การจัดการตนเอง	ทบทวนเทคนิคการหายใจ การออกกำลังกายและโภชนาการ พร้อมแก้ไขข้อบกพร่อง
4	กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมพ่นยาอย่างโปร	ความรู้เกี่ยวกับโรค, การสื่อสาร	ฝึกเทคนิคการใช้ยาพ่นและอุปกรณ์ช่วยสูดยาอย่างถูกต้อง โดยสาธิตและประเมินรายบุคคล
	กิจกรรมที่ 7 กิจกรรมบันทึกตลอด ปอดของฉัน	การจัดการตนเอง	บันทึกการฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและอาการผ่านการติดตามต่อเนื่อง

2.2 สำหรับกลุ่มควบคุมให้เข้ารับการพยาบาลตามปกติ

2.3 เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมของกลุ่มทดลองตามโปรแกรมที่กำหนดและกลุ่มควบคุมด้วยการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยนำแบบวัดความรอบรู้สุขภาพ และแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มอีกครั้ง

3. ระยะหลังการทดลอง

3.1 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วน และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ค่าความถี่และร้อยละ

2. การเปรียบเทียบสมรรถภาพปอดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลองของค่าสมรรถภาพปอด (FEV1/FVC) และค่าระยะทางที่เดินไกลได้ใน 6 นาที (6MWD) โดยใช้สถิตินอนพาราเมตริก (Nonparametric Statistics) เนื่องจากลักษณะข้อมูลแบบไม่ต่อเนื่อง (Discrete Data) กับขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็ก และไม่คำนึงถึงการแจกแจงข้อมูลอิสระ (Distribution Free Statistics) รวมถึงลักษณะการกระจายข้อมูลแบบปกติ (Normality Distribution) ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test และค่าคะแนนภาวะหายใจลำบาก (mMRC) ด้วยสถิติ McNemar Test

3. การเปรียบเทียบสมรรถภาพปอดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลองของค่าสมรรถภาพปอด (FEV1/FVC) ค่าระยะทางที่เดินไกลได้ใน 6 นาที (6MWD) และค่าคะแนนภาวะหายใจลำบาก (mMRC) โดยใช้สถิตินอนพาราเมตริก ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ปรากฏว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 88.00) มีอายุระหว่าง 61-68 ปี (ร้อยละ 40.00) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 64.00) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 84.00) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 72.00) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 600-3,500 บาท (ร้อยละ 92.00) สูบบุหรี่จำนวน 6-10 มวนต่อวัน (ร้อยละ 44.00) ปัจจุบันได้เลิกสูบหรี่แล้ว (ร้อยละ 60.00) สำหรับระยะเวลาการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาแล้ว 1-7 ปี (ร้อยละ 68.00) มีประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ร้อยละ 76.00) โดยขาดนัด/ไม่พบแพทย์ตามนัดเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 60.00) แต่ไม่เคยขาดยา/ไม่รับประทานยา (ร้อยละ 64.00) และมีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย (ร้อยละ 72.00) โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษา/พบแพทย์ครั้งละ 151-300 บาท (ร้อยละ 44.00)

ส่วนกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 88.00) มีอายุระหว่าง 61-68 ปี (ร้อยละ 40.00) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 72.00) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 84.00) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 44.00) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 600-3,500 บาท (ร้อยละ 92.00) สูบบุหรี่จำนวน 6-10 มวนต่อวัน (ร้อยละ 40.00) ปัจจุบันได้เลิกสูบบุหรี่แล้ว (ร้อยละ 64.00) สำหรับระยะเวลาการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาแล้ว 1-7 ปี (ร้อยละ 64.00) มีประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ร้อยละ 72.00) โดยไม่เคยขาดนัด/พบแพทย์เลย (ร้อยละ 52.00) และไม่เคยขาดยา/รับประทานยา (ร้อยละ

48.00) และมีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย (ร้อยละ 72.00) โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษา/พบแทพย์ครั้งละ 151 - 300 บาท (ร้อยละ 36.00)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

รายการ		กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	23	92.00	22	88.00
	หญิง	2	8.00	3	12.00
อายุ	45-52 ปี	0	0.00	2	8.00
	53-60 ปี	2	8.00	3	12.00
	61-68 ปี	6	24.00	10	40.00
	69-76 ปี	10	40.00	8	32.00
	77-84 ปี	7	28.00	2	8.00
สถานภาพ	โสด	1	4.00	4	16.00
	สมรส	16	64.00	18	72.00
	หม้าย	8	32.00	3	12.00
การศึกษา	ไม่ได้เรียน	0	0.00	1	4.00
	ประถมศึกษา	21	84.00	21	84.00
	มัธยมศึกษา	2	8.00	2	8.00
	อนุปริญญา	1	4.00	1	4.00
	ปริญญาตรี	1	4.00	0	0.00
อาชีพ	รับจ้าง	0	0.00	3	12.00
	เกษตรกรรม	4	16.00	11	44.00
	ข้าราชการ	0	0.00	2	8.00
	ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	1	4.00	0	0.00
	ว่างงาน	18	72.00	8	32.00
	อื่น ๆ	2	8.00	1	4.00
รายได้ต่อเดือน	600-3,500 บาท	23	92.00	23	92.00
	3,501-6,400 บาท	2	8.00	1	4.00
	6,401-9,300 บาท	0	0.00	0	0.00
	9,301-12,200 บาท	0	0.00	0	0.00
	12,201-15,100 บาท	0	0.00	1	4.00
จำนวนการสูบบุหรี่ต่อวัน	1-5 มวน	4	16.00	3	12.00
	6-10 มวน	11	44.00	10	40.00
	11-15 มวน	5	20.00	4	16.00
	16-20 มวน	5	20.00	7	28.00
	21-25 มวน	0	0.00	1	4.00
การเลิกสูบบุหรี่	เลิกสูบบุหรี่แล้ว	15	60.00	16	64.00
	ยังไม่เลิกสูบบุหรี่	10	40.00	9	36.00

รายการ		กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเป็นโรคปอดอุดกลั้น	1-7 ปี	17	68.00	16	64.00
	8-14 ปี	3	12.00	5	20.00
	15-21 ปี	4	16.00	2	8.00
	22-28 ปี	1	4.00	0	0.00
	29-35 ปีก	0	0.00	2	8.00
การนอนเพื่อรักษาอาการโรคปอดอุดกลั้นที่โรงพยาบาล	เคยนอน	19	76.00	18	72.00
	ยังไม่เคยนอน	6	24.00	7	28.00
การขาดนัด/ไม่พบแพทย์ตามนัด	บ่อยครั้ง	2	8.00	2	8.00
	นาน ๆ ครั้ง	15	60.00	10	40.00
	ไม่เลย	8	32.00	13	52.00
การขาดยา/ไม่รับประทานยาที่แพทย์สั่ง	บ่อยครั้ง	0	0.00	2	8.00
	นาน ๆ ครั้ง	9	36.00	11	44.00
	ไม่เลย	16	64.00	12	48.00
โรคระจำตัวอื่นร่วมด้วย	มี	18	72.00	18	72.00
	ไม่มี	7	28.00	7	28.00
ค่าใช้จ่ายในการรักษา/พบแทพย์	1-150 บาท/ครั้ง	7	28.00	8	32.00
	151-300 บาท/ครั้ง	11	44.00	9	36.00
	301-450 บาท/ครั้ง	3	12.00	1	4.00
	451-600 บาท/ครั้ง	3	12.00	6	24.00
	601-750 บาท/ครั้ง	1	4.00	1	4.00

2. การเปรียบเทียบสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลองของค่าสมรรถภาพปอด (FEV1/FVC) และค่าระยะทางที่เดินไกลได้ใน 6 นาที (6MWD) ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test และค่าคะแนนภาวะหายใจลำบาก (mMRC) ด้วยสถิติ McNemar Test

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าสมรรถภาพปอด (FEV1/FVC) และค่าระยะทางที่เดินไกลได้ใน 6 นาที (6MWD) ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายในกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

รายการ	กลุ่มทดลอง		n	Mean Rank	Sum of Ranks	*Z*	*p*
FEV1/FVC	ก่อนการทดลอง	Negative RanksTest	7	10.93	76.50	-2.314*	.021
	หลังการทดลอง	Positive Ranks	18	13.81	248.50		
		Test	0				
6MWD	ก่อนการทดลอง	Negative Ranks	3	4.33	13.00	-3.923**	.000
		Test					
	หลังการทดลอง	Positive Ranks	21	13.67	287.00		
		Test	1				

*$p < .05$, **$p < .01$

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าสมรรถภาพปอด (FEV1/FVC) และค่าระยะทางที่เดินไกลได้ใน 6 นาที (6MWD) ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายในกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพ ปรากฏว่า ค่าสมรรถภาพปอด (FEV1/FVC) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Z=-2.314, p=.021) และค่าระยะทางที่เดินไกลได้ใน 6 นาที (6MWD) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Z=-3.923, p=.000) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ได้กำหนดไว้

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนภาวะหายใจลำบาก (mMRC) ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายในกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง	ค่าคะแนนภาวะหายใจลำบาก (mMRC)		*p*
	คะแนน 0 จำนวน (ร้อยละ)	คะแนน 1 จำนวน (ร้อยละ)	
ก่อนการทดลอง	2 (8.00)	23 (92.00)	.008**
หลังการทดลอง	10 (40.00)	15 (60.00)	

** $p < .01$

ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนภาวะหายใจลำบาก (mMRC) ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายในกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพ ปรากฏว่า ผู้ป่วยมีค่าคะแนนภาวะหายใจลำบาก (mMRC) ลดลงและมีจำนวนเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมจาก 2 (ร้อยละ 8.00) เป็น 10 (ร้อยละ 40.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p=.008) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ได้กำหนดไว้

3. การเปรียบเทียบสมรรถภาพปอดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลองของค่าสมรรถภาพปอด FEV1/FVC ค่าระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาที (6 MWD) และค่าคะแนนภาวะหายใจลำบาก (mMRC) ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าสมรรถภาพปอด (FEV1/FVC) ค่าระยะทางที่เดินไกลได้ใน 6 นาที (6MWD) และค่าคะแนนภาวะหายใจลำบาก (mMRC) ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง

ค่าสมรรถภาพปอด	ก่อนทดลอง	n	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	*Z*	p
FEV1/FVC	กลุ่มทดลอง	25	23.64	591.00	266.000	-0.902	.367
	กลุ่มควบคุม	25	27.36	684.00			
6MWD	กลุ่มทดลอง	25	28.96	724.00	266.000	-1.712	.087
	กลุ่มควบคุม	25	22.04	551.00			
mMRC	กลุ่มทดลอง	25	26.00	650.00	300.000	-0.590	.556
	กลุ่มควบคุม	25	25.00	625.00			

ตารางที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าสมรรถภาพปอด (FEV1/FVC) และค่าระยะทางที่เดินไกลได้ใน 6 นาที (6MWD) และค่าคะแนนภาวะหายใจลำบาก (mMRC) ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพกับกลุ่มควบคุม ปรากฏว่า ค่าสมรรถภาพปอด

(FEV1/FVC) (Z=-0.902, p=.367) ค่าระยะทางที่เดินไกลได้ใน 6 นาที (6MWT) (Z=-1.712, p=.087) และค่าคะแนนภาวะหายใจลำบาก (mMRC) (Z=-0.590, p=.556) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบค่าสมรรถภาพปอด (FEV1/FVC) ค่าระยะทางที่เดินไกลได้ใน 6 นาที (6MWD) และค่าคะแนนภาวะหายใจลำบาก (mMRC) ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ค่าสมรรถภาพปอด	หลังทดลอง	n	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	*Z*	p
FEV1/FVC	กลุ่มทดลอง	25	31.28	782.00	168.000	-2.804**	.005
	กลุ่มควบคุม	25	19.72	493.00			
6MWD	กลุ่มทดลอง	25	29.64	741.00	209.000	-2.019*	.044
	กลุ่มควบคุม	25	21.36	534.00			
mMRC	กลุ่มทดลอง	25	22.00	550.00	225.000	-2.234*	.025
	กลุ่มควบคุม	25	29.00	725.00			

*$p < .05$, **$p < .01$

ตารางที่ 5 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าสมรรถภาพปอด (FEV1/FVC) ค่าระยะทางที่เดินไกลได้ใน 6 นาที (6MWD) และค่าคะแนนภาวะหายใจลำบาก (mMRC) ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพกับกลุ่มควบคุม ปรากฏว่า ค่าสมรรถภาพปอด (FEV1/FVC) (Z=-2.804, p=.005) ค่าระยะทางที่เดินไกลได้ใน 6 นาที (6MWT) (Z=-2.019, p=.044) และค่าคะแนนภาวะหายใจลำบาก (mMRC) (Z=-2.234, p=.025) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพต่อสมรรถภาพปอดมีค่าสมรรถภาพปอด (FEV1/FVC) ค่าระยะทางที่เดินไกลได้ใน 6 นาที (6MWD) เพิ่มขึ้น พร้อมกับค่าคะแนนภาวะหายใจลำบาก (mMRC) ลดลงมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการพยาบาลตามปกติได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่มุ่งเสริมสร้างความเข้าใจและทักษะการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพนี้มีความตรงเชิงเนื้อหา ย่อมมั่นใจได้ว่ามีกิจกรรมที่ครอบคลุมองค์ประกอบของความรอบรู้สุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการปลดล็อกศักยภาพของผู้ป่วย

การเพิ่มขึ้นของค่าสมรรถภาพปอด (FEV1/FVC) และค่าระยะทางที่เดินไกลได้ใน 6 นาที (6MWD) หลังผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพ สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของกระบวนการเรียนรู้เชิงรุกผ่านกิจกรรมกลุ่มที่หลากหลาย เช่น การบรรยายเชิงปฏิบัติการ การสาธิต และการมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยกิจกรรมเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้น

เรื้อรัง การใช้ยาอย่างถูกวิธี การฝึกหายใจ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้จริงในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพที่มีชุดกิจกรรมหลากหลาย เช่น กิจกรรม "พ่นยาอย่างโปร" ที่มุ่งเน้นความรอบรู้สุขภาพระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy) หรือกิจกรรม "รู้ทันมั่นใจ" ที่มุ่งเน้นความรอบรู้สุขภาพระดับวิจารณญาณ (Critical Health Literacy) ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้เพียงแต่รับรู้ข้อมูล แต่ยังถูกกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถ (Motivation and Competence) ในการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน9 และยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura[21] เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ที่ระบุว่าเมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง จะเกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพและปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์นี้ยังสอดคล้องกับ Sorensen et al.[22] และ Paasche-Orlow and Wolf[23] ที่ได้แสดงทัศนะว่าความรอบรู้สุขภาพมีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติตามแผนการรักษา และผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาว เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Shahi et al.[24] ที่ยืนยันว่าโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพสามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการโรคและลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้จริง

ผลการวิจัยยังแสดงให้เห็นถึงสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพทั้งค่าสมรรถภาพปอด (FEV1/FVC) ค่าระยะทางที่เดินไกลได้ใน 6 นาที (6MWD) ที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่ค่าคะแนนภาวะหายใจลำบาก (mMRC) ลดลง อธิบายได้จากการที่โปรแกรมนี้มุ่งเน้นการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Adult Learning Theory) ซึ่งให้ความสำคัญกับประสบการณ์ตรงและแรงจูงใจภายในของผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยผู้ป่วยได้รับโอกาสในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและสะท้อนการเรียนรู้ ทำให้เกิดความตระหนักรู้และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปรับพฤติกรรมได้จริง[21] อีกทั้ง การจัดกิจกรรมกลุ่มยังส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน ซึ่งมีผลให้เกิดการเรียนรู้ร่วมและการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ในขณะที่สรรถภาพปอดจากค่า FEV1/FVC ที่เพิ่มขึ้นนี้ อาจเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยมีความรอบรู้สุขภาพที่สูงขึ้น ส่งผลให้มีการจัดการตนเองที่ดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกิจกรรม “พ่นยาอย่างโปร" และ "หายใจดี หายใจได้" ที่สอนเทคนิคการหายใจแบบ Pursed-lip การออกกำลังกายตามคำแนะนำ การรับประทานอาหาร การใช้ยา และการสังเกตอาการผิดปกติ ทำให้การไหลเวียนอากาศในปอดมีประสิทธิภาพมากขึ้น และลดภาวะหลอดลมหดเกร็งเฉียบพลัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zhou, Chen, and Liang[25] ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่เน้นการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกหายใจและออกกำลังกาย สามารถปรับปรุงสมรรถภาพปอดและลดอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ และงานวิจัยของ Salim et al.[26] ที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยาพ่นที่ถูกต้องเป็นผลมาจากการมีความรอบรู้สุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) ที่ดี ซึ่งช่วยลดการกำเริบของโรคและคงไว้ซึ่งสมรรถภาพปอดที่ดีที่สุดเท่าที่ภาวะโรคจะอำนวย

อีกทั้งยังเป็นไปตามแนวทางของ Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease1 ที่แนะนำให้การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับที่ Lorig and Holman[27] ได้แสดงทัศนะว่าสิ่งสำคัญในการจัดการกับโรคเรื้อรังนั้น

คือการสร้างความรู้ความเข้าใจ และทักษะที่เพียงพอตามกรอบเรื่องความรอบรู้สุขภาพในการจัดการตนเอง โดยต้องเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการสุขภาพเช่นกัน เป็นไปตามที่หนูกาญจน์ แผงเมืองคุก, อิ่น วงษ์เคน และคณรัตน์ เดโฟเซซ์[28] ที่ได้พัฒนาแนวทางปฏิบัติการบริการพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลน้ำโสมของ พบว่า การที่พยาบาลสามารถพัฒนาความรู้และส่งเสริมการปฏิบัติตนที่ดีขึ้นให้แก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่งผลให้สถานะสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้นด้วย ซึ่งจะช่วยป้องกันและลดอาการกำเริบและการเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โดยสรุปแล้วผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพสามารถยกระดับความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย COPD ให้ดีขึ้น ส่งผลโดยตรงต่อการเพิ่มสมรรถภาพปอดและลดอาการหายใจลำบากอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ โปรแกรมดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือหน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ ได้อย่างเหมาะสม เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และอาจขยายผลสู่ประชาชนทั่วไปในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพของระบบทางเดินหายใจในระยะยาว

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ความเป็นตัวแทนของประชากรและการสรุปอ้างอิง (Generalizability) การวิจัยนี้ดำเนินการที่โรงพยาบาลโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร เฉพาะกลุ่มเพียงแห่งเดียวและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายที่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ซึ่งผลการวิจัยจึงอาจมีข้อจำกัดในการนำไปสรุปอ้างอิงถึงผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในบริบทที่แตกต่างออกไป เช่น ในเขตเมืองใหญ่หรือกลุ่มผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางสถานะทางสังคมและระดับการศึกษาที่สูงกว่านี้

2. ระยะเวลาในการติดตามผลมีกรอบระยะเวลาดำเนินการเพียง 12 สัปดาห์ และวัดผลทันทีหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ทำให้อาจยังไม่สามารถยืนยันถึงความยั่งยืน (Sustainability) ของระดับความรอบรู้สุขภาพและสมรรถภาพปอดที่เพิ่มขึ้นได้ในระยะยาว รวมถึงอาจยังไม่สามารถประเมินผลกระทบต่ออัตราการกำเริบเฉียบพลันหรืออัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำที่จะเกิดขึ้นหลังจากนี้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เชิงนโยบายและการบริการสุขภาพ

1. ควรนำโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปบูรณาการใช้ประโยชน์ในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลทั่วไป เพื่อใช้เป็นแนวทางการพยาบาลเชิงรุกในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง

เชิงปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ เช่น เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข เกี่ยวกับการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพนี้อย่างเป็นระบบ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารสุขภาพและสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำโปรแกรมไปศึกษากับป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะยาวร่วมกับการวัดซ้ำเพื่อวัดผลความยั่งยืนที่เกิดจากการใช้โปรแกรมนี้

2. ควรนำโปรแกรมไปศึกษาในบริบทอื่น ๆ นอกเหนือจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น โรงพยาบาลทุติยภูมิ และโรงพยาบาลตติยภูมิ เพื่อขยายผลการศึกษาและนำโปรแกรมไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในวงกว้าง

3. อาจพัฒนาโปรแกรมนี้ในรูปแบบแอปพลิเคชั่นไลน์ผ่านสมาร์ตโฟน เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งสามารถกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการรักษาโรค รวมถึงการตรวจติดตามของพยาบาลและแพทย์

เอกสารอ้างอิง

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Geneva: GOLD,2023.
2. Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage. Thai COPD Guideline 2022. Bangkok: Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage, 2022.
3. HISO.ThaiHealthStat. [Cited 2025 April 2] Available from: https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma=1&pf=01818101&tp=12_6
4. Zhang H., Hu D., Xu Y., Wu L., & Lou L. Effect of pulmonary rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Ann Med. 2022; 54(1), 262-273
5. MIS. CD-NCD Data 2025. [Cited 2025 March 11] Available from: https://www.ppho.go.th/mis-new/index.php?menu=5.9
6. Srinual P., Kompayak J., & Buajaroen H. Effects of Pulmonary Rehabilitation Program To Prevent Exacerbation in Patient With Chronic Obstructive Pulmonary Disease In Community. Journal of The Royal Thai Army Nurses, 2019; 20(2), 351-359. (in Thai)
7. Qin H. et al. Barriers and facilitators to pulmonary rehabilitation in COPD: a mixed-methods systematic review. BMC Pulm Med. 2025; 25(1), 314.
8. Pongkiew P., Narin R., & Tuanrat W. Effects of a Family Empowerment Program on Pulmonary Rehabilitation Practices for Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease at Home. Lanna Public Health Journal, 2023; 19(1), 89-101. (in Thai)
9. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine, 2008; 67(12), 2072-2078.
10. Azkan T.D., Bhattacharya S., Demirci H., & Yildiz T. Health Literacy and Health Outcomes in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients: An Explorative Study. Front Public Health, 2022; 10, 846768.

11. Puente-Maestu L. et al. Health literacy and health outcomes in chronic obstructive pulmonary disease. Respir Med, 2016; 115, 78-82.
12. Limrermsakul S., Saneha C., Wattanakitkrileart D., & Buranasupkajorn P. Effects of a Health Literacy Development Program on Self-care Behaviors in Elderly with Type 2 Diabetes Mellitus. Nursing Science Journal of Thailand, 2021; 40(1): 84-98. (in Thai)
13. Donchai J., Panuthai S., & Tamdee D. Effect of PITS-based Education to Enhance Health Literacy on Self-Management Among Older Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Nursing Journal CMU, 2024; 51(1): 98-113. (in Thai)
14. Sutthiviriwan S. Nursing challenges in caring for patients with chronic obstructive pulmonary disease: the next normal. J Nurs Sci Health, 2024; 47(3): 15-25. (in Thai)
15. Edmonds WA, Kennedy TD. An Applied Reference Guide to Research Designs: Quantitative, Qualitative, and Mixed Methods. California: SAGE, 2017.
16. Wiratchai N. estimation of sample size. 2012. [cited 2025 June 28]. Retrieved from https://lllskill.com/web/files/GPower.pdf (in Thai)
17. Rungcharoenareejit M. The Effect of the Health Literacy Program on Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus Patients, Ban Haeng Tai Health Promoting Hospital, Ngao District, Lampang Province. Primary Health Care Journal (Northern Edition), 2024; 34(2): 46-53. (in Thai)
18. Mathew H., Thanabadu S., & Trivedy, C. Get Through MCEM Part B: Data Interpretation Questions. Florida: CRC Press, 2017.
19. Poh H., Eastwood P.R., Cecins N.M., Ho K.T., & Jenkins S.C. Six-minute walk distance in healthy Singaporean adults cannot be predicted using reference equations derived from Caucasian populations. Respirology, 2006; 11: 211-216.
20. Mahler D.A., & Wells C.K. Evaluation of clinical methods for rating dyspnea. Chest, 1988; 93: 580-586.
21. Bandura, A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W. H. Freeman, 1997.
22. Sørensen K. et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 2012; 12(80): 1-13.
23. Paasche-Orlow M.K., & Wolf M.S. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. American Journal of Health Behavior, 2007; 31(Suppl 1); S19-S26.
24. Shahi M.H.P. et al. Effects of Pulmonary Rehabilitation Program on Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Journal of Modern Rehabilitation, 2022; 16(1): 23-30.
25. Zhou Y., Chen R., & Liang Z. Effects of health education combined with exercise training on pulmonary function and quality of life in patients with COPD. International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 2021; 16: 1503-1512.
26. Salim et al. Health literacy levels and its determinants among people with asthma in

Malaysian primary healthcare settings: a cross sectional study. BMC Public Health, 2021; 21: 1186, 2-11.

27. Lorig K.R., & Holman H.R. Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. Annals of Behavioral Medicine, 2003; 26(1): 1-7.
28. Panmuangkook N., Wongken Y., & Defossez K. The Development of Nursing Service Practice Guidelines to Promote Self-Management of Patients with COPD Clinic. Journal of Environmental and Community Health, 2024; 9(2): 98-108. (in Thai)

บทความวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

Development and evaluation of a hyperkalemia management program for patients on hemodialysis

ยุวดี สีสงค์[1], กชณากาญ ดวงมาตย์พล[2], พิมพ์วลัญช์ ศรีสาร[2], เต็มฤทัย แสนสุธา[3] และเตือนใจ ภูสระแก้ว[2]

Yuwadee Seesong[1*], Kachanakan Duangmartpol[2], Pimvalanch Sreesarn[2], Temruthai Sansuta[3] and Thuanjai Poosakaew[2]

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ[1*], พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ[2] สังกัดหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลมหาสารคาม, พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ[3], วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก.

Registered Nurse[1*], Professional Level[2]. Hemodialysis Department Mahasarakham Hospital, Registered Nurse, Senior Professional Level[3], Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Thailand.

(Received: January 20, 2026; Revised: March 5, 2026; Accepted: March 10, 2026)

บทคัดย่อ

บทนำ: การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมการจัดการภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลมหาสารคาม การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ดำเนินการผ่านกระบวนการสองวงรอบ ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล โดยแบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ได้แก่ (1) การวิเคราะห์สถานการณ์ (2) การพัฒนาโปรแกรม และ (3) การประเมินผลโปรแกรม การศึกษาดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 ในระยะที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดอย่างน้อย 1 ปี และผู้ป่วยฟอกเลือดประจำจำนวน 72 คน เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาเบื้องต้น ระยะที่ 2 ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันพัฒนาโปรแกรมโดยใช้กรอบแนวคิด Health Belief Model (HBM) และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 49 คน ที่มีระดับโพแทสเซียมในเลือด ≥ 6.0 mEq/L อย่างน้อย 1 ครั้ง ภายในระยะเวลา 3 เดือนก่อนเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมโพแทสเซียม และการตรวจระดับโพแทสเซียมในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบค่าทีแบบกลุ่มตัวอย่างสัมพันธ์ (paired t-test)

ผลการวิจัย: ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 พบว่าผู้ป่วยมีระดับความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการควบคุมโพแทสเซียมอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ โดยเฉพาะด้านการรับรู้อุปสรรคและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ในระยะที่ 2 โปรแกรมได้รับการพัฒนาและปรับปรุงผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการจำนวน 2 วงรอบ จนได้รูปแบบกิจกรรมที่เป็นระบบ ประกอบด้วย การให้สุข

ศึกษาแบบกลุ่ม การให้คำปรึกษารายบุคคล การใช้สื่อมัลติมีเดีย และระบบติดตามผลที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย ในระยะที่ 3 ภายหลังการดำเนินโปรแกรม พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการควบคุมโพแทสเซียมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระดับโพแทสเซียมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุป: โปรแกรมการจัดการภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงที่พัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิด Health Belief Model และกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการสองวงรอบ สามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและลดระดับโพแทสเซียมในเลือดของผู้ป่วยฟอกเลือดได้อย่างมีประสิทธิผล ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการบูรณาการทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สามารถนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทจริงของหน่วยไตเทียม และสนับสนุนการจัดการภาวะอิเล็กโทรไลต์ในระบบบริการฟอกเลือดได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: “ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง”, “การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม”, “การวิจัยเชิงปฏิบัติการ”, “แบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพ”

***ผู้ให้การติดต่อ** (Corresponding e-mail: ae2yuwadee@gmail.com)

Abstract

Introduction: This study aimed to develop and evaluate a hyperkalemia management program for patients undergoing hemodialysis at the Hemodialysis Unit of Mahasarakham Hospital. This action research, based on Kemmis and McTaggart’s framework, was conducted through two cycles of Plan–Act–Observe–Reflect and comprised three phases: (1) situation analysis, (2) program development, and (3) program evaluation. In Phase 1, key informants included registered nurses with at least one year of hemodialysis experience and 72 maintenance hemodialysis patients to explore baseline conditions. In Phase 2, a multidisciplinary team collaboratively developed the program guided by the Health Belief Model (HBM) and implemented it among 49 patients with a serum potassium level ≥ 6.0 mEq/L at least once within the previous three months. Research instruments included a knowledge test, a health belief questionnaire, a behavioral assessment, and serum potassium measurements. Data were analyzed using descriptive statistics and a paired t-test.

Results: Phase 1 revealed that patients had moderate-to-low levels of knowledge, health beliefs, and potassium-control behaviors, particularly regarding perceived barriers and self-efficacy. In Phase 2, the program was refined through two action cycles into a structured intervention consisting of group health education, individualized counseling, multimedia materials, and a systematic follow-up mechanism tailored to patients’ contexts. In Phase 3, following implementation, patients demonstrated significant improvements in knowledge,

health beliefs, and potassium-control behaviors ($p < .001$), while mean serum potassium levels significantly decreased ($p < .001$).

Conclusion: The hyperkalemia management program, developed using the Health Belief Model and a two-cycle action research process, effectively improved health behaviors and reduced serum potassium levels among patients on hemodialysis. The program met the study objectives and appears appropriate for implementation in hemodialysis settings. This study highlights the value of integrating behavioral theory with iterative action research to produce context-specific interventions for electrolyte management in routine hemodialysis care.

Keywords: “hyperkalemia”, “hemodialysis”, “action research”, “Health Belief Model”

บทนำ

ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง (Hyperkalemia) หมายถึงภาวะที่ระดับโพแทสเซียมในเลือดมากกว่า 5.5 mEq/L ซึ่งเป็นความผิดปกติทางอิเล็กโทรไลต์ที่มีความสำคัญทางคลินิก โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD) ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เนื่องจากไตสูญเสียความสามารถในการขับโพแทสเซียมส่วนเกินออกจากร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดการคั่งสะสมระหว่างรอบการฟอกเลือด (interdialytic period)[1,2] โรคไตวายเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก โดยรายงาน Global Burden of Disease ระบุว่าอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตจากโรคไตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา[1] สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยรายงานว่าในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตกว่า 80,000 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 7–10 ต่อปี[2] ในกลุ่มผู้ป่วยฟอกเลือด ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงพบได้ร้อยละ 10–20 และระดับโพแทสเซียม ≥5.5–6.0 mEq/L มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจหยุดเต้น และการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[3,5] สาเหตุสำคัญในผู้ป่วยฟอกเลือด ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง การไม่จำกัดน้ำและเกลือแร่ตามแผนการรักษา การฟอกเลือดไม่เพียงพอ และภาวะกรดเมตาบอลิก[3,4] นอกจากนี้ยังมีปัจจัยร่วม เช่น โรคร่วม เบาหวาน การใช้ยากลุ่ม ACEIs/ARBs และภาวะทุพโภชนาการ[5,6] ภาวะดังกล่าวส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาฉุกเฉินบ่อยครั้ง เพิ่มภาระค่าใช้จ่าย และลดคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน[5] จึงสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการจัดการภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มนี้

จากการทบทวนวรรณกรรม แนวทางการจัดการภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงในผู้ป่วยฟอกเลือดประกอบด้วย 3 แนวทางหลัก ได้แก่ 1) การปรับความเพียงพอของการฟอกเลือด เช่น การปรับ dialysate potassium concentration และเพิ่มประสิทธิภาพการกำจัดโพแทสเซียม[7] 2) การใช้ยาจับโพแทสเซียม เช่น sodium polystyrene sulfonate, patiromer หรือ sodium zirconium cyclosilicate[4,6] และ 3) การปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการควบคุมอาหารและการดูแลตนเอง[8,9] อย่างไรก็ตาม หลักฐานจำนวนมากชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมมีบทบาทสำคัญที่สุดในการเกิดภาวะซ้ำ โดยเฉพาะการเลือก

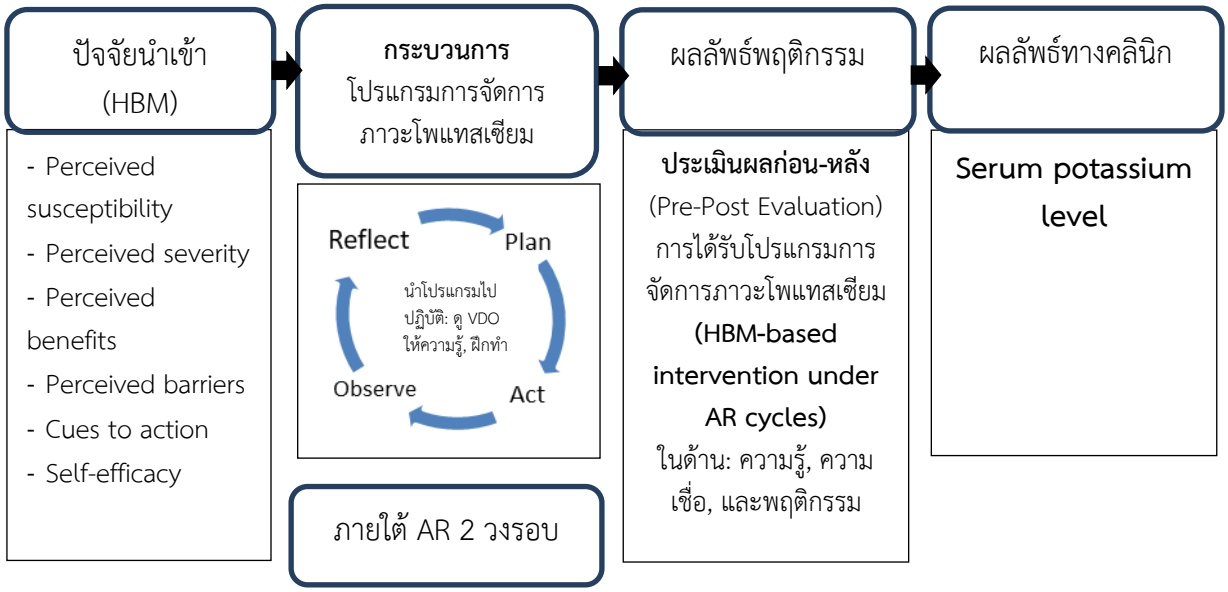
รับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมสูงและการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำทางโภชนาการ[8] การให้ความรู้แบบบรรยายเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน จำเป็นต้องอาศัยกรอบแนวคิดทางทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและความเชื่อมั่นในการปฏิบัติ Health Belief Model (HBM) ซึ่งพัฒนาโดย Rosenstock และได้รับการขยายความโดย Champion และ Skinner อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดจากการรับรู้ความเสี่ยง (perceived susceptibility) ความรุนแรง (perceived severity) ประโยชน์ (perceived benefits) อุปสรรค (perceived barriers) สิ่งกระตุ้นให้ปฏิบัติ (cues to action) และความเชื่อมั่นในตนเอง (self-efficacy)[7,10] งานวิจัยในผู้ป่วยโรคไตพบว่า โปรแกรมที่พัฒนาบนพื้นฐาน HBM สามารถเพิ่มพฤติกรรมการจำกัดอาหารและลดระดับโพแทสเซียมได้อย่างมีนัยสำคัญ[8,9] อย่างไรก็ตาม รูปแบบโปรแกรมยังแตกต่างกันตามบริบทบริการ และส่วนใหญ่เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมากกว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เน้นการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพและผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

แม้ว่าจะมีหลักฐานสนับสนุนการใช้กรอบ HBM ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ แต่ยังพบช่องว่างสำคัญ ได้แก่ 1) งานวิจัยส่วนใหญ่ดำเนินการในต่างประเทศซึ่งมีบริบทวัฒนธรรมและรูปแบบอาหารแตกต่างจากประเทศไทย[8,9] 2) งานวิจัยในประเทศไทยเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมจัดการภาวะโพแทสเซียมสูงโดยใช้กรอบทฤษฎีอย่างเป็นระบบยังมีจำกัด และ 3) ขาดการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาโปรแกรมให้สอดคล้องกับบริบทจริงของหน่วยบริการ ในหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลมหาสารคาม จากการทบทวนข้อมูลคุณภาพบริการปี พ.ศ. 2566–2568 พบอัตราผู้ป่วยที่มีระดับโพแทสเซียม >5.5 mEq/L ร้อยละ 8.86 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์คุณภาพที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 5 สะท้อนว่าการให้สุขศึกษาแบบเดิมยังไม่สามารถลดปัญหาได้อย่างมีประสิทธิผล ปัจจัยที่พบ ได้แก่ ความหลากหลายของระดับความรู้ผู้ป่วย ความเชื่อด้านอาหารพื้นถิ่น และความต่อเนื่องในการติดตามประเมินผล ดังนั้น การใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart (1988) ซึ่งประกอบด้วยวงจรการวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observation) และการสะท้อนผล (reflection) อย่างต่อเนื่อง[11] จึงเหมาะสมต่อการพัฒนาโปรแกรมในบริบทนี้ เนื่องจากเปิดโอกาสให้พยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา ออกแบบกิจกรรม ทดลองใช้ และปรับปรุงโปรแกรมเป็นวงรอบ จนได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทหน่วยไตเทียมระดับตติยภูมิในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การพัฒนาโปรแกรมดังกล่าวจึงไม่เพียงมุ่งลดระดับโพแทสเซียมในเลือด แต่ยังมุ่งสร้างองค์ความรู้เชิงกระบวนการเกี่ยวกับการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดผ่านกระบวนการ AR ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการอื่นได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลมหาสารคาม

กรอบแนวคิดการวิจัย: แผนผังการดำเนินงานสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวัง



ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988)[11] ดำเนินการตามวงจรการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล อย่างเป็นระบบ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะพัฒนาและดำเนินโปรแกรม และระยะประเมินผล โดยใช้รูปแบบการประเมินก่อน–หลังการพัฒนา (pre–post comparison) ควบคู่กับการประเมินกระบวนการเพื่อสะท้อนผลและปรับปรุงโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง

ดำเนินการในหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ถึงกันยายน 2568 รวม 10 เดือน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 2) ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 3 เดือน และมีระดับโพแทสเซียมในเลือด >5.5 mEq/L อย่างน้อย 1 ครั้งในช่วง 3 เดือนก่อนเข้าร่วมวิจัย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตัวแปรอิสระคือ โปรแกรมการจัดการภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงที่พัฒนาขึ้น ส่วนตัวแปรตาม ได้แก่ ระดับโพแทสเซียมในเลือด ความถี่ของภาวะโพแทสเซียมสูง พฤติกรรมการควบคุมอาหาร ความรู้และการปฏิบัติของพยาบาล รวมทั้งความพึงพอใจต่อโปรแกรม โดยประเมินทั้งผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์ทางการพยาบาลในบริบทจริงของหน่วยบริการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988)[11] ซึ่งดำเนินการตามวงจรการวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observation) และการสะท้อนผล (reflection) โดยดำเนินการ 2 วงรอบ เพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมการจัดการภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดำเนินการ

ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 ณ หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลมหาสารคาม การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การพัฒนาโปรแกรม และ 3) การประเมินผล

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์

ผู้ให้ข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. พยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยไตเทียม ที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยฟอกเลือด ≥1 ปี

2. ผู้ป่วยฟอกเลือดประจำหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 72 คน มีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ ≥ 18 ปี 2) ได้รับการฟอกเลือดอย่างต่อเนื่อง ≥ 3 เดือน 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ (อ่าน ฟัง และตอบแบบสอบถามได้) และมีเกณฑ์คัดออกคือ 1) มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต 2) มีความบกพร่องด้านการรับรู้ที่รุนแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและบริบทของหน่วยไตเทียม เพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ภายใต้กรอบแนวคิดการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางคลินิกที่สัมพันธ์กับภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงในผู้ป่วยฟอกเลือด ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1) ข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ฯลฯ) จำนวน 12 ข้อ

2) ข้อมูลทางคลินิก (ระยะเวลาฟอกเลือด สาเหตุของไตวาย โรคร่วม) จำนวน 15 รายการ

3) ข้อมูลเฉพาะด้านโพแทสเซียม ได้แก่ ระดับ Serum Potassium และการใช้ยา Kalimate

ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ ไม่มีการให้คะแนน เครื่องมือนี้ใช้เพื่ออธิบายลักษณะกลุ่มตัวอย่างและใช้เป็นตัวแปรควบคุม (covariates) ในการวิเคราะห์ผล

2. แบบทดสอบความรู้เรื่องภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง

แบบทดสอบความรู้ พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวทางการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือด ภายใต้กรอบความรู้ทางคลินิกเกี่ยวกับ hyperkalemia ประกอบด้วยข้อคำถามแบบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความหมายและระดับอันตราย 2) อาการและภาวะแทรกซ้อน 3) อาหารที่มีโพแทสเซียมสูง/ต่ำ และ 4) แนวทางการควบคุมและการฟอกเลือด

การให้คะแนน: ตอบถูก = 1 คะแนน, ตอบผิด = 0 คะแนน คะแนนรวม 0–20 คะแนน

การแปลผล: 16–20 คะแนน = ความรู้ดีมาก, 12–15 คะแนน = ความรู้ดี, 8–11 คะแนน = ปานกลาง, น้อยกว่า 8 คะแนน = ควรปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพ: ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI ≥0.80) และทดสอบความเชื่อมั่นด้วย KR-20 ≥0.70

3. แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพตามกรอบ Health Belief Model (HBM)

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิด HBM[7,8] ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค สิ่งกระตุ้นการปฏิบัติ และความเชื่อมั่นในตนเอง รวม 24 ข้อ (ด้านละ 4 ข้อ)

ลักษณะคำตอบ: เป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ช่วงคะแนน: คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 24–120 คะแนน โดยคะแนนที่สูงขึ้นสะท้อนถึงระดับความเชื่อด้านสุขภาพที่เหมาะสมต่อการควบคุมภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงมากขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพ: ตรวจสอบ CVI โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และทดสอบ reliability (Cronbach's alpha ≥0.70)

การวิเคราะห์ข้อมูล: วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรม (Program Development Phase) ดำเนินการภายใต้วงจร Action Research จำนวน 2 รอบ

ผู้ร่วมวิจัย: ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพในหน่วยไตเทียม ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ และผู้วิจัย

การพัฒนาโปรแกรม: โปรแกรมการจัดการภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงพัฒนาภายใต้กรอบแนวคิด Health Belief Model และกระบวนการ Action Research (PAOR) โดยใช้ข้อมูลจากระยะที่ 1 เป็นฐานในการออกแบบกิจกรรม ประกอบด้วย 1) การให้สุขศึกษารายกลุ่ม 2) การให้คำปรึกษารายบุคคล 3) การใช้สื่อแผ่นพับและวิดีโอ และ 4) การติดตามและเสริมแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

1. โปรแกรมการจัดการภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิด Health Belief Model (HBM) โดยครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค สิ่งกระตุ้นให้ลงมือทำ และความเชื่อมั่นในตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพ: ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์โรคไต ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลไตเทียม และผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิจัยเชิงพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้แบบประเมินความสอดคล้อง 4 ระดับ พบว่าค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (I-CVI) อยู่ระหว่าง 0.80–1.00 และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารวม (S-CVI/Ave) เท่ากับ 0.96

2. แบบบันทึก Observation & Reflection Logbook ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิด Action Research ใช้บันทึกการสังเกตและการสะท้อนผลหลังดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง เพื่อใช้ปรับปรุงโปรแกรมในวงรอบถัดไป

การวิเคราะห์ข้อมูล: วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ระยะที่ 3 การประเมินผล

กลุ่มตัวอย่าง: เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ในผู้ป่วยฟอกเลือดที่มีระดับโพแทสเซียมในเลือด ≥ 6.0 mEq/L อย่างน้อย 1 ครั้งในช่วง 3 เดือนก่อนเข้าร่วม จำนวน 49 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: ใช้เครื่องมือชุดเดียวกับระยะที่ 1 ได้แก่ 1) แบบทดสอบความรู้ 2) แบบประเมินความเชื่อ HBM 3) แบบประเมินพฤติกรรม และ 4) ผลตรวจ serum potassium

การวิเคราะห์ข้อมูล: วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา สถิติ paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ดำเนินการผ่านเกณฑ์พิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์จากคณะกรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในคน โรงพยาบาลมหาสารคาม MSKH_REC 68-01-101 ลงวันที่ 14 มีนาคม 2568 และกลุ่มตัวอย่าง ตกลงให้ความร่วมมือและลงชื่อในใบยินยอมแล้วผู้ศึกษาจึงจะทำการเก็บข้อมูล

ผลการศึกษา

แบ่งเป็น 3 ระยะตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การพัฒนาโปรแกรม และ 3) การประเมินผล ดังนี้

ผลการศึกษาระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ในผู้ป่วยฟอกเลือด จำนวน 72 คน แสดงข้อมูลทั่วไป ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไป สถานการณ์ระดับโพแทสเซียมในเลือด และค่าพื้นฐานด้านความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยฟอกเลือด (N = 72)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	40	55.56
หญิง	32	44.44
อายุ		
น้อยกว่า 30 ปี	0	0
31 – 40 ปี	1	1.39
41 - 50 ปี	13	18.06
51 – 60 ปี	14	19.44
มากกว่า 60 ปี	44	61.11
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ค่าต่ำสุด–ค่าสูงสุด) 62.54 ± 12.20 (38 – 86)		
สถานะภาพ		
สมรส	66	91.67
โสด	6	8.33
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	24	33.33
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	5.56
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	12	16.67
อนุปริญญา/ ปวส.	5	6.94

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ปริญญาตรี	20	27.78
สูงกว่าระดับปริญญาตรี	7	9.72
อาชีพ		
ไม่มี	28	38.89
ทำนา	5	6.94
ธุรกิจส่วนตัว	4	5.56
ราชการ	33	45.83
ราชการบำนาญ	2	2.78
รายได้ของผู้ป่วย (บาท/เดือน)		
<10,000บาท	36	50.00
10,001 – 30,000 บาท	2	2.78
30,001 – 50,000 บาท	19	26.39
> 50,000 บาท	15	20.83
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 31,088.89 ± 24,238.62 (8,000.00-86,000.00)		
สิทธิการรักษา		
UC: สปสช.	8	11.11
ประกันสังคม	2	2.78
จ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	46	63.89
จ่ายตรงส่วนท้องถิ่น (อปท.)	12	16.11
รัฐวิสาหกิจ / เบิกต้นสังกัด	4	5.56
วิธีการรักษาบำบัดทดแทนไตครั้งแรก		
Hemodialysis	67	93.06
Peritoneal Dialysis	4	6.94
ระยะเวลาที่รับการบำบัดรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ปี)		
< 3 ปี	31	43.05
3 ปี 1 เดือน – 5 ปี	21	29.71
5 ปี 1 เดือน – 10ปี	17	23.61
>10 ปี	3	4.17
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด)4.22 ± 3.19 (1 – 19)		
Vascular Access		
AVF/AVG	67	93.06
Permanent catheter	5	6.94

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุของไตวายเรื้อรัง		
DM	25	30.56
HT	22	30.56
Gout	8	11.11
Unknow	10	13.89
HIV	2	2.78
Other	5	11.11
ชนิดของโรคร่วม Co morbid		
มีโรคร่วม	42	58.33
ไม่มีโรคร่วม	30	41.67
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
ผู้ป่วยที่มี K^+ ≥ 6.0 mEq/L อย่างน้อย 1 ครั้ง	49	68.06
ได้รับยา Kalimate	26	36.11
Serum potassium ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.88 ± 0.60(6.8 – 3.5)		
คะแนนความรู้ (รวม)ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.82 ± 0.50(8 – 17)		
คะแนนพฤติกรรมควบคุมโพแทสเซียมค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 27.36 ± 0.66 (16 – 32)		

จากตารางที่ 1 ประชากรเป็นผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 72 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.56 ของประชากรทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 62.54 ปี (SD = 12.20) ช่วงอายุระหว่าง 38–86 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 61.11 รองลงมาคือช่วงอายุ 51–60 ปี และ 41–50 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.44 และ 18.06 ตามลำดับส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 91.67 และมีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 27.78 ด้านอาชีพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพรับราชการมากที่สุด จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 45.83 และไม่มีอาชีพ จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 38.89 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 31,088.89 บาท (SD = 24,238.62) ช่วงรายได้ตั้งแต่ 8,000–86,000 บาทส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาแบบจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 63.89 รองลงมาคือ สิทธิจ่ายตรงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 16.11 สำหรับวิธีการบำบัดทดแทนไตครั้งแรก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตั้งแต่เริ่มต้น จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 93.06 และมีระยะเวลาการฟอกเลือดเฉลี่ย 4.22 ปี (SD = 3.19) ช่วงระยะเวลา 1–19 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 43.05 มีระยะเวลาการฟอกเลือดน้อยกว่า 3 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้เส้นเลือดชนิด AVF/AVG จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 93.06 สาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังที่พบบ่อย ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 30.56 เท่ากัน และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 58.33

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 68.06 เคยมีระดับโพแทสเซียมในเลือดตั้งแต่ 6.0 mEq/L ขึ้นไปอย่างน้อย 1 ครั้ง และมีผู้ป่วยได้รับยา Kalimate จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 36.11 โดยระดับ serum potassium เฉลี่ยเท่ากับ 5.88 mEq/L (SD = 0.60) ช่วงค่า 3.5–6.8 mEq/L ในด้านค่าพื้นฐานด้านความรู้และพฤติกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงเฉลี่ยเท่ากับ 10.82 คะแนน (SD = 0.50) จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน และมีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโพแทสเซียมในเลือดเฉลี่ยเท่ากับ 27.36 คะแนน (SD = 0.66) จากคะแนนเต็ม 60 คะแนน

การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา จากการสังเกตและสะท้อนผลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่าการควบคุมภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบช่องว่างสำคัญทั้งในระดับความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และระบบสนับสนุนพฤติกรรม ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาการควบคุมโพแทสเซียมไม่ได้เกิดจากการขาดความรู้เพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลจากปัจจัยเชิงพฤติกรรมและการรับรู้หลายมิติที่เชื่อมโยงกัน โดยผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีโพแทสเซียมสูงอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง แม้ว่าหน่วยบริการจะมีการให้สุขศึกษาเป็นระยะแล้วก็ตาม ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวได้สะท้อนช่องว่างระหว่างการให้ข้อมูล กับการทำความเข้าใจที่นำไปสู่การปฏิบัติจริง ที่สอดคล้องกับแนวคิดของ Health Belief Model ที่ชี้ว่าความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หากไม่เชื่อมโยงกับการรับรู้ความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาสื่อสุขศึกษาที่อิงบริบทอาหารจริงของผู้ป่วย เพื่อลดช่องว่างระหว่างความรู้เชิงทฤษฎีกับการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

ในการประเมินความเชื่อด้านสุขภาพพบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมอาหารอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะความไม่แน่ใจในการเลือกอาหารที่เหมาะสมและข้อจำกัดจากบริบทสังคมและครอบครัว ประเด็นนี้สะท้อนองค์ประกอบ perceived barriers ใน HBM ซึ่งเป็นตัวทำนายสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างตรงจุด การให้ความรู้เพิ่มเติมเพียงอย่างเดียวอาจไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน ผู้วิจัยจึงปรับโปรแกรมให้เน้นการให้ทางเลือกอาหารที่ปฏิบัติได้จริง (practical food choices) และการฝึกทักษะการตัดสินใจในสถานการณ์จริง เพื่อมุ่งลดอุปสรรคเชิงพฤติกรรมโดยตรง และในประเด็นด้านความเชื่อมั่นในตนเอง (self-efficacy) ของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งเป็นข้อจำกัดสำคัญต่อการคงพฤติกรรมการควบคุมอาหารในระยะยาว ภายใต้กรอบ Social Cognitive และ HBM ซึ่ง self-efficacy ถือเป็นกลไกหลักที่เชื่อมการรับรู้ไปสู่การลงมือปฏิบัติ ผลการศึกษานี้บ่งชี้ว่ารูปแบบการให้สุขศึกษาเดิมอาจยังไม่เพียงพอในการเสริมพลังให้ผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงเพิ่มการให้คำปรึกษารายบุคคลและการโค้ชเชิงพฤติกรรม เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย รวมทั้งผลของการบันทึกการสังเกตในระยะที่ 1 ยังพบว่าระบบติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วยยังขาดความต่อเนื่องและการเสริมแรงเชิงระบบ ซึ่งอาจทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่ยั่งยืนในระยะยาวสะท้อนช่องว่างในระดับระบบบริการ (system-level gap) มากกว่าระดับตัวบุคคล ผู้วิจัยจึงพัฒนากลไกการติดตามและการเสริมแรงอย่างเป็นระบบภายในหน่วยไตเทียม เพื่อสนับสนุนให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษาระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรม

จากข้อมูลในระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงภายใต้กรอบแนวคิด Health Belief Model และกระบวนการ Action Research (PAOR) โดยโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมหลัก ได้แก่ การให้สุขศึกษารายกลุ่ม การให้คำปรึกษารายบุคคล การใช้สื่อแผ่นพับและวิดีโอประกอบการเรียนรู้ และการติดตามเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง

ภายหลังการดำเนินงานในวงรอบที่ 1 จากการสังเกตและสะท้อนผล พบว่าผู้ป่วยยังคงมีข้อจำกัดในการเลือกอาหารที่เหมาะสมในสถานการณ์จริง โดยเฉพาะในบริบทครอบครัวและสังคม ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงโปรแกรมในวงรอบที่ 2 โดยเพิ่มการโค้ชรายบุคคล การยกตัวอย่างเมนูอาหารในชีวิตประจำวัน และการเน้นทักษะการตัดสินใจเลือกอาหาร เพื่อให้โปรแกรมมีความสอดคล้องกับบริบทผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

ผลการศึกษาระยะที่ 3: การประเมินผล

เป็นผลการประเมินในผู้ป่วยจำนวน 49 คน พบการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้านดังตารางที่ 3 และ ตารางที่ 4

ตารางที่ 3 แสดงการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ด้านความรู้ ความเชื่อ พฤติกรรม และระดับโพแทสเซียมในเลือดก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรมในแต่ละวงรอบ (n = 49)

ตัวแปร	ก่อนดำเนินโปรแกรม (Pre)		หลังวงรอบที่ 1 (Post Cycle 1)		หลังวงรอบที่ 2 (Post Cycle 2)		t	df	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
ความรู้เกี่ยวกับภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง (คะแนน)	11.00	2.49	18.06	0.80	19.24	0.75	22.60	48	<.001
ความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM รวม)	85.82	8.25	107.86	6.55	112.47	2.54	23.17	48	<.001
พฤติกรรมการควบคุมโพแทสเซียมในเลือด	26.67	4.65	44.57	2.37	54.71	1.27	42.42	48	<.001
ระดับโพแทสเซียมในเลือด (mEq/L)	6.19	0.22	5.94	0.21	5.79	0.19	12.40	48	<.001

จากตารางที่ 3 แสดงการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการควบคุมโพแทสเซียมในเลือด และระดับโพแทสเซียมในเลือดของผู้ป่วยฟอกเลือด จำนวน 49 คน ก่อนการดำเนินโปรแกรม หลังสิ้นสุดวงรอบที่ 1 และหลังสิ้นสุดวงรอบที่ 2 พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 11.00 (SD = 2.49) ก่อนดำเนินโปรแกรม เป็น 18.06 (SD = 0.80) หลังวงรอบที่ 1 และ 19.24 (SD = 0.75) หลังวงรอบที่ 2 โดยเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรมพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 22.60$, $p < .001$)

ในส่วนของความเชื่อด้านสุขภาพตามกรอบแนวคิด Health Belief Model พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 85.82 (SD = 8.25) ก่อนดำเนินโปรแกรม เป็น 107.86 (SD = 6.55) หลังวงรอบที่ 1 และ 112.47 (SD = 2.54) หลังวงรอบที่ 2 โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 23.17$, $p < .001$)

เช่นเดียวกับพฤติกรรมการควบคุมโพแทสเซียมในเลือด ซึ่งเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 26.67 (SD = 4.65) ก่อนดำเนินโปรแกรม เป็น 44.57 (SD = 2.37) หลังวงรอบที่ 1 และ 54.71 (SD = 1.27) หลังวงรอบที่ 2 โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 42.42$, $p < .001$)

สำหรับผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่าระดับโพแทสเซียมในเลือดเฉลี่ยลดลงจาก 6.19 mEq/L (SD = 0.22) ก่อนการดำเนินโปรแกรม เป็น 5.94 mEq/L (SD = 0.21) หลังวงรอบที่ 1 และ 5.79 mEq/L (SD = 0.19) หลังวงรอบที่ 2 โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.40$, $p < .001$)

ตารางที่ 4 ผลการสะท้อนเชิงกระบวนการตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR)

วงรอบ	สิ่งที่สังเกตพบ (Observe)	การสะท้อนผล (Reflect)	การปรับปรุงกิจกรรม
Cycle 1	ผู้ป่วยยังมีข้อจำกัดในการเลือกอาหาร	อุปสรรคและความมั่นใจยังต่ำ	ปรับสื่อและเพิ่มการให้คำปรึกษา
Cycle 2	ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น	ความร่วมมือเพิ่มขึ้น	พัฒนาแนวทางดูแลต่อเนื่อง

จากตารางที่ 4 แสดงผลการสะท้อนเชิงกระบวนการตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) จำนวน 2 วงรอบ พบว่า ในวงรอบที่ 1 (Cycle 1) จากการสังเกตพบว่าผู้ป่วยยังมีข้อจำกัดในการเลือกอาหารที่เหมาะสมต่อการควบคุมโพแทสเซียมในเลือด การสะท้อนผลการดำเนินงานพบอุปสรรคในการปฏิบัติและระดับความมั่นใจของผู้ป่วยยังอยู่ในระดับต่ำ ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงกิจกรรมโดยปรับสื่อการให้ความรู้และเพิ่มการให้คำปรึกษารายบุคคล

ในวงรอบที่ 2 (Cycle 2) จากการสังเกตพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น การสะท้อนผลพบว่าความร่วมมือของผู้ป่วยในการเข้าร่วมกิจกรรมและการปฏิบัติตามคำแนะนำเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการปรับกิจกรรมไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนการควบคุมโพแทสเซียมในเลือดของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า ในระยะการวิเคราะห์สถานการณ์ ผู้ป่วยฟอกเลือดในหน่วยไตเทียมยังคงมีพฤติกรรมการควบคุมโพแทสเซียมอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างต่ำ ซึ่งชี้ให้เห็นช่องว่างสำคัญของการจัดการตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เมื่อพิจารณาร่วมกับระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงที่อยู่ในระดับต่ำ จึงอาจอธิบายได้ว่าข้อจำกัดด้านความรู้ยังคงเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ระบุว่าความรู้เป็นองค์ประกอบตั้งต้นของการตัดสินใจด้านสุขภาพ[12] และในการวิเคราะห์ผลการศึกษาภายใต้กรอบแนวคิด Health Belief Model (HBM) แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการควบคุมโพแทสเซียมของผู้ป่วยไม่ได้ขึ้นกับระดับความรู้เพียงมิติเดียว หากแต่เกี่ยวข้องกับกลไกการรับรู้ด้านสุขภาพหลายองค์ประกอบ โดยเฉพาะการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงที่ยังไม่เด่นชัดในผู้ป่วยบางราย ประกอบกับการรับรู้อุปสรรคที่อยู่ในระดับค่อนข้างสูง และระดับความเชื่อมั่นในตนเองที่ยังไม่เพียงพอ ปัจจัยดังกล่าว

ล้วนมีบทบาทสำคัญต่อการกำหนดพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยฟอกเลือด[13] ข้อค้นพบนี้จึงชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มนี้

การพัฒนาโปรแกรมภายใต้กรอบแนวคิด Health Belief Model (HBM) ในการศึกษานี้มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนองค์ประกอบการรับรู้ด้านสุขภาพทั้งหกมิติอย่างเป็นระบบ โดยกิจกรรมสุขศึกษารายกลุ่มร่วมกับสื่อมัลติมีเดียมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มพูนความรู้และเสริมการรับรู้ความเสี่ยง ขณะที่การให้คำปรึกษารายบุคคลช่วยลดการรับรู้อุปสรรคและเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ส่วนระบบติดตามอย่างต่อเนื่องทำหน้าที่เป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติ (cues to action) อย่างสม่ำเสมอ แนวทางการแทรกแซงที่ออกแบบบนพื้นฐาน HBM และเน้นการเสริมพลังผู้ป่วยได้รับการรายงานว่าสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ป่วยฟอกเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ[14] และภายหลังการนำโปรแกรมไปใช้ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบ 2 วงรอบ พบว่าผู้ป่วยมีระดับความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ควบคู่กับการปรับพฤติกรรมการควบคุมโพแทสเซียมที่ดีขึ้น และระดับโพแทสเซียมในเลือดที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนลำดับการเปลี่ยนแปลงจากการปรับการรับรู้ (cognitive change) ไปสู่การปรับพฤติกรรม (behavioral change) และนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcome) ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิด HBM และหลักฐานเชิงประจักษ์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง[14]

นอกจากนี้ การบูรณาการกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ช่วยให้โปรแกรมสามารถปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตามวงรอบ PAOR และตอบสนองต่อข้อจำกัดของผู้ป่วยในบริบทจริงของหน่วยไตเทียมได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้การนำไปใช้มีความเป็นไปได้สูงและก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมมากขึ้นและเกิดองค์ความรู้ใหม่จากการศึกษา คือ การยืนยันเชิงประจักษ์ว่าการบูรณาการกรอบ Health Belief Model ร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบ 2 วงรอบ สามารถปรับเปลี่ยนกลไกการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยฟอกเลือดได้อย่างเป็นระบบ และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมโพแทสเซียมควบคู่กับการปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกในบริบทบริการจริง

โดยสรุป โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมทั้งในเชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติ สามารถใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการภาวะ hyperkalemia ในผู้ป่วยฟอกเลือด และมีศักยภาพในการขยายผลสู่หน่วยไตเทียมอื่นที่มีบริบทใกล้เคียง

ข้อจำกัดการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ดำเนินการในหน่วยไตเทียมแห่งเดียว ทำให้ผลการศึกษาอาจสะท้อนบริบทเฉพาะของพื้นที่และกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงและไม่มีการสุ่มกลุ่มเปรียบเทียบ อาจจำกัดความสามารถในการอ้างอิงผลไปยังประชากรผู้ป่วยฟอกเลือดในบริบทอื่น นอกจากนี้ ระยะเวลาการติดตามผลอยู่ในช่วงสั้น จึงยังไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ระยะยาวของการควบคุมระดับโพแทสเซียมในเลือดได้อย่างชัดเจน อีกทั้งข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพได้จากการรายงานตนเองของผู้ป่วย ซึ่งอาจมีอคติจากการตอบแบบสอบถาม (response bias)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ ควรนำโปรแกรมการจัดการภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในหน่วยไตเทียมอื่น โดยปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและทรัพยากรของแต่ละพื้นที่ พร้อมทั้งส่งเสริมการติดตามอย่างต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะเชิงการวิจัยการศึกษาครั้งต่อไป ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมหลายหน่วยบริการ หรือใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองหรือการทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมถึงควรศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวด้านการควบคุมอิเล็กโตรไลต์ ภาวะแทรกซ้อน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยฟอกเลือด นอกจากนี้ อาจพัฒนาและทดสอบสื่อดิจิทัลหรือระบบติดตามพฤติกรรมเพื่อเสริมประสิทธิภาพของโปรแกรมในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Kovesdy CP, Matsushita K, Sang Y, Brunskill NJ, Carrero JJ, Chodick G, et al. Serum potassium and adverse outcomes across the range of kidney function: A CKD Prognosis Consortium meta-analysis. Eur Heart J. 2021; 42(16): 1535–45. doi:10.1093/eurheartj/ehab038
2. Palmer BF, Carrero JJ, Clegg DJ, Colbert GB, Emmett M, Fishbane S, et al. Clinical management of hyperkalemia. Mayo Clin Proc. 2019; 94(10): 2316–37. doi:10.1016/j.mayocp.2019.05.030
3. Weir MR, Esposito C, Tuite P. Management of hyperkalemia in patients with chronic kidney disease: A focus on patiromer. Expert Opin Drug Metab Toxicol. 2020; 16(7): 913–23. doi:10.1080/17425255.2020.1804365
4. Karavetian M, de Vries N, Rizk R, Elzein H. Dietary educational interventions for management of hyperkalemia in hemodialysis patients: A systematic review. J Ren Nutr. 2022; 32(1): 20–31. doi:10.1053/j.jrn.2021.04.006
5. Zulpaite R, Miglinas M, Tutkuviene J, Vaiciuniene R, Ciumbaraite D, Girdvainiene I, et al. Factors associated with health-related quality of life and self-management in maintenance hemodialysis patients. J Clin Med. 2023; 12(10): 3745. doi:10.3390/jcm12113745
6. Saengthong K. Development of a nutrition manual for hemodialysis patients using the Health Belief Model (HBM) [research project]. Nakhon Ratchasima: Nakhon Ratchasima Hospital; 2020. [In Thai]
7. Intarachai T. Development of a follow-up model for chronic hemodialysis patients using the Health Belief Model [master's thesis]. Pathum Thani: Thammasat University; 2018. [In Thai]

8. Srisuk P. Effect of a motivation enhancement program based on the Health Belief Model on dietary control among kidney disease patients. J Nurs Sci. 2017; 35(3): 45–58. [In Thai]
9. Chantrabutr W. Effect of a dietary behavior promotion program in hemodialysis patients using the Health Belief Model [master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2018. [In Thai]
10. Cupisti A, Kalantar-Zadeh K. Management of natural and added dietary potassium burden in kidney disease. Semin Nephrol. 2020; 40(6): 526–37. doi:10.1016/j.semnephrol.2020.09.006
11. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
12. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior: Theory, research, and practice. 5th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2015.
13. Hafezieh A, Dehghan M, Taebi M, Iranmanesh S. Self-management, self-efficacy and knowledge among patients under haemodialysis: A case in Iran. J Res Nurs. 2020; 25(2): 128–38. doi:10.1177/1744987120904770
14. Lin CC, Wu CC, Anderson RM, Chang CS, Chang SC, Hwang SJ, Chen HC. The effectiveness of a self-management program based on the health belief model for patients with chronic kidney disease: A randomized controlled trial. Patient Educ Couns. 2020; 103(3): 623–31. doi:10.1016/j.pec.2019.09.018

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

Developing a model for assessing and promoting early childhood development through community participation

ยศวดี จำนงนิตย์
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน
Yossawadee Chamnongnit
Professional Nurse, Kaeng Leung Chan Subdistrict Health Promotion Hospital

(Received: February 12, 2026; Revised: March 23, 2026; Accepted: March 30, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ระหว่างพฤศจิกายน 2568 ถึงมกราคม 2569 มี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 สำรวจสถานการณ์การประเมินและส่งเสริมพัฒนา ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย ครูผู้ดูแล ผู้ปกครอง อาสาสมัครและพยาบาล รวม 20 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่ม ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผลการปฏิบัติ และระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบ ศึกษาในผู้ดูแลเด็กปฐมวัย จำนวน 40 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยใช้ G*Power กำหนดความเชื่อมั่นที่ 0.05 และขนาดอิทธิพลของสิ่งที่ต้องการศึกษา เท่ากับ 0.80 เครื่องมือที่ใช้ 1) แบบทดสอบความรู้ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กและ2) แบบสอบถามการปฏิบัติตนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า 1) มีความต้องการให้ส่งเสริมทักษะการประเมินพัฒนาการ และการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) รูปแบบกิจกรรมที่เกิดขึ้นยึดหลัก Happy 4D ได้แก่ (1) Happy (2) Diet (3) Development and Play (4) Dental และ (5) Disease และ 3) ผลการใช้รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้น พบว่า ความรู้และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยหลังพัฒนากลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.05) สามารถสรุปได้ว่าการจัดรูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยยึดหลักกิจกรรม Happy 4D ช่วยส่งเสริมให้เด็กได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตามวัยที่เหมาะสม

คำสำคัญ : การประเมินพัฒนาการเด็ก, พัฒนาการเด็กปฐมวัย, เด็กปฐมวัย

***ผู้ให้การติดต่อ** (Corresponding e-mail: airy9877@gmail.com)

ABSTRACT

Action research study conducted between November 2025 and January 2026. There are three phases: Phase 1 involves surveying the assessment and developmental promotion situation. Informants include 20 individuals: teachers, caregivers, volunteers, and nurses. Data

was collected through in-depth interviews and focus group discussions. Phase 2, model development, consists of four steps: planning, implementation, observation, and reflection and phase 3 involved evaluating the effectiveness of the model through a study of 40 early childhood caregivers. A purposive sampling method was used, employing G*Power with a confidence level of 0.05 and an effect size of 0.80. The tools used were: 1) a knowledge test on assessing and promoting child development, and 2) a questionnaire on practices for promoting early childhood development. Qualitative data were analyzed using content analysis, and knowledge and behavior before and after the use of the model were compared using a paired t-test.

The study found that 1) there is a need to promote developmental assessment skills and community involvement. 2) Happy 4D activity model includes (1) Happy (2) Diet (3) Development and Play (4) Dental and (5) Disease. 3) The results of using the developed service model showed that knowledge and promotion of early childhood development in the sample group increased significantly (P-value<0.05). In conclusion, the assessment and developmental promotion model for early childhood education, based on the Happy 4D activities, helps children receive age-appropriate developmental support.

Keyword: Child development assessment, Early childhood development, early childhood

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พัฒนาการเด็กในช่วงปฐมวัย เป็นช่วงที่สำคัญมากสำหรับเด็ก เพราะเด็กในช่วงวัยนี้เป็นช่วงเวลาแห่งการเรียนรู้ เด็กจะเรียนรู้และจดจำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว หากผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กส่งเสริมพัฒนาการอย่างเหมาะสมก็จะช่วยให้เด็กเติบโตมีพัฒนาการที่ดีขึ้น พัฒนาการของเด็ก ประกอบไปด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม[1] ซึ่งพัฒนาการทั้ง 4 ด้านนี้ควรพัฒนาควบคู่กันไป เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัย แต่ทั้งนี้เด็กแต่ละคนก็มีพัฒนาการที่แตกต่างกัน จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่า ร้อยละ 15 - 20 ของเด็กทั่วโลก มีพัฒนาการที่ผิดปกติ ได้แก่ ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา สมาธิสั้น และความบกพร่องทางการเรียนรู้ และจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี กว่า 1 ใน 4 มี ปัญหาพัฒนาการล่าช้า ระดับปานกลางถึงรุนแรง ด้านการเคลื่อนไหว ภาษา ความฉลาด ด้านสังคมและการปรับตัว การคัดกรองพัฒนาการเด็ก การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จะช่วยให้เด็กได้รับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการตั้งแต่เริ่มต้นและต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอในทุกช่วงวัย เมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นก็จะสามารถค้นพบและแก้ไขได้ทันท่วงที[2,3]

สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยในไทย ปี 2562 – 2567 มีแนวโน้มการดำเนินงานทั้งในการคัดกรองพัฒนาการ และการติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าภายใน 30 วัน ลดลงอย่างเห็นได้ชัด จากข้อมูลระบบการกำกับติดตามสถานการณ์การดำเนินงานตัวชี้วัดสำคัญต่าง ๆ ผ่านระบบฐานข้อมูลกลางของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) ในส่วนของการดำเนินงานด้านเด็กปฐมวัยได้กำหนดให้มี

การคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย ช่วง อายุ 9, 18, 30, 42, และ 60 เดือน ด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual : DSPM) และนำเข้าข้อมูลการคัดกรองเข้ามาใน ระบบ HDC โดย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์[4] รายงานข้อมูล HDC ที่กรมอนามัยนำมาดำเนินการติดตามสถานการณ์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มเด็กทั่วไป และกลุ่มเด็กติดตามและเฝ้าระวัง โดยมีตัวชี้วัดหลัก ได้แก่ ร้อยละเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย และ ตัวชี้วัดสนับสนุน ได้แก่ ร้อยละของเด็ก 0 - 5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละของเด็ก 0 - 5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยพัฒนาการล่าช้าที่ได้รับการประเมินซ้ำ 30 วัน ร้อยละของเด็ก 0 - 5 ปี ที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตามพัฒนาการ ร้อยละของเด็ก 0 - 5 ปี ได้รับการติดตามและกระตุ้นด้วยโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ภายใน 30 วัน มีพัฒนาการสมวัย และร้อยละของเด็ก 0 - 5 ปี[5] โดยมีสถานการณ์การดำเนินงาน ปี พ.ศ. 2567 ดังนี้ 1) ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน มีพัฒนาการสมวัย (สมวัยครั้งแรก) ร้อยละ 79 2) ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 21 3) ร้อยละของเด็กกลุ่มขาดออกซิเจนแรกเกิด อายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการล่าช้า (สมวัยครั้งแรก) ร้อยละ 19.8 และ 4) ร้อยละของเด็กกลุ่มแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 21.7 เมื่อจำแนกพัฒนาการรายด้าน พบว่า พัฒนาการเด็กล่าช้าสูงสุด ด้านการใช้ภาษา (Expressive Language: EL) ร้อยละ 72.3 รองลงมาคือด้านการเข้าภาษา (Receptive Language: RL) ร้อยละ 58.9 และเมื่อเปรียบเทียบตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 - 2567 พบว่า พัฒนาการไม่สมวัยด้านภาษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งเกิดจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดู แม้ว่า กรมอนามัย จะได้ผลักดันนโยบายการเฝ้าระวังและคัดกรองพัฒนาการเด็กในสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกแห่ง รวมถึงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานที่กำหนด[6,7] เพื่อให้เด็กได้รับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเริ่มต้น แต่ในทางปฏิบัติยังพบ ช่องว่างของการดำเนินงาน ที่สามารถนำไปพัฒนาเป็นโปรแกรมหรือรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ ได้แก่ การเข้าถึงการคัดกรองพัฒนาการยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่ม เด็กบางส่วนไม่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการตามช่วงวัยอย่างครบถ้วน โดยเฉพาะเด็กในพื้นที่ชนบท เด็กที่ไม่ได้อยู่ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย หรือเด็กที่ผู้ปกครองไม่พามารับบริการตามนัด

ปัญหาพัฒนาการเด็กถือเป็นปัญหาที่ยังมีช่องว่างที่ไม่ได้ถูกให้ความสำคัญ ได้แก่ การเข้าถึงการคัดกรองพัฒนาการยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่ม ความต่อเนื่องของการติดตามเด็กที่พบความเสี่ยงยังไม่เพียงพอ และการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคส่วนยังไม่เต็มประสิทธิภาพ ทั้งที่เป็นปัญหาสำคัญและเป็นจุดเริ่มต้นของพัฒนาการของชีวิต โดยพบว่า การพัฒนาเด็กปฐมวัยหรือเด็กวัย 0-8 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่สมองกำลังมีการพัฒนาการในช่วง 3,000 วัน ที่ครอบคลุมถึงพัฒนาการทางร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจและการเคลื่อนไหว ซึ่งหลักฐานทางวิทยาศาสตร์และประสาทวิทยาจากการวิจัยชี้ว่า เด็กที่ไม่ได้รับการแก้ไขพัฒนาการที่ผิดปกติตั้งแต่แรกจะเป็นภาระต่อสังคมในระยะยาวต่อไปด้วย[8] ทั้งนี้สถานการณ์ระดับสุขภาวะการเรียนรู้และพัฒนาการของเด็กปฐมวัยในไทยยังคงเป็นปัญหาอยู่มาก การเฝ้าระวังมุ่งติดตามกลุ่มเด็กที่ไม่เข้าระบบการคัดกรองโดยขับเคลื่อนร่วมกับศูนย์อนามัย เพื่อรายงานประเด็นการสูญหายหรือหลุดจากระบบการดูแล ทำให้เด็กไม่เข้าสู่ระบบโดยเน้นความครอบคลุมในการคัดกรอง และการติดตามเด็กสงสัยล่าช้า

พบว่า กลุ่มเด็กที่มารดาเข้าร่วมโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด เด็กเข้าสู่ระบบการคัดกรองมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ สอดคล้องกับสภาพปัญหาในการเข้าถึงองค์ความรู้ สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติจึงได้พัฒนา E-learning DSPM ภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติให้บุคลากรสาธารณสุข และครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย พัฒนาตนเองและทบทวนองค์ความรู้จากการติดตามพบว่า มีการเฝ้าระวังและประเมินผลแบบออนไลน์และส่งคลิปเข้ากลุ่มไลน์อาสาสมัครในพื้นที่และรายงานให้หน่วยบริการทราบ[9] และพัฒนาระบบติดตามและกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้รูปแบบ Home Program และ Program Line Notify และNurse Care Manager เพื่อติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าเข้าสู่ระบบการกระตุ้นพัฒนาการเพิ่มขึ้น จากระบบคลังข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข (HDC) รายงานอนามัยแม่และเด็ก ผลการดำเนินการการคัดกรองพัฒนาการเด็กตามกลุ่มอายุของประเทศภาพรวม เป้าหมาย 1,741,152 คน คัดกรอง 1,169,963 คน (ร้อยละ 67.19)[10] แม้มีวิธีการต่าง ๆแต่ยังพบปัญหาการเข้าถึงการคัดกรองพัฒนาการยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่ม ความต่อเนื่องของการติดตามเด็กที่พบความเสี่ยงยังไม่เพียงพอ และการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคส่วนยังไม่เต็มประสิทธิภาพ

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกระบวนการที่สมาชิกในชุมชนได้แสดงทัศนะ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล ในกิจกรรมต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความเป็นอยู่ของตนเองและชุมชน เพื่อตอบสนองความต้องการร่วมกัน สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างชุมชนกับหน่วยงาน และนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ยั่งยืน โดยมีรูปแบบที่หลากหลายตั้งแต่การปรึกษาหารือ การรับผลประโยชน์ ไปจนถึงการร่วมลงทุน ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย[11] โดยชุมชนสามารถมีส่วนร่วมได้หลายรูปแบบ ทั้งการสนับสนุนการจัดกิจกรรม การให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง การทำงานร่วมกับโรงเรียนและหน่วยงานท้องถิ่น การเป็นเครือข่ายในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การให้ทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวก รวมถึงการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของเด็ก เพื่อให้เด็กได้รับการส่งเสริมพัฒนาการอย่างรอบด้านและเต็มศักยภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรส่วนท้องถิ่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน ควรมีนโยบายและกำหนดมาตรการร่วมกัน เพื่อผลักดันให้มีการขับเคลื่อนนโยบายและดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตลอดจนควรพัฒนาศักยภาพองค์ความรู้ทันสมัยให้กับครูผู้ดูแลเด็ก[12,13] แต่การทำงานร่วมกันระหว่างสถานบริการสุขภาพ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และครอบครัว ยังมีข้อจำกัด ทำให้การดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กยังไม่เชื่อมโยงกันอย่างต่อเนื่อง

ผลจากการถ่ายโอน รพ.สต. ซึ่งมีภารกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งผลให้การดำเนินงานขับเคลื่อนพัฒนาการเด็กปฐมวัย และการเข้าถึงการคัดกรองพัฒนาการของเด็กปฐมวัยลดลง และจากการสุ่มสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทุก ๆ 3 ปี พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัยมีแนวโน้มลดลง (ปี 2565 ร้อยละ 76.78 ปี 2567 ร้อยละ 53.1) การขับเคลื่อนงานด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) เน้นการเข้าถึงบริการให้เด็กได้รับโอกาสในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการ โดยผลักดันให้มีการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านการใช้มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ซึ่งจะช่วยให้เด็กได้รับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการตั้งแต่เริ่มต้นและต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอในทุกช่วงวัย สถานการณ์ปัญหาในพื้นที่รับผิดชอบตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2566 – 2568 มีเด็กปฐมวัย (0 – 5 ปี) จำนวน 168, 182 และ 194 คน ตามลำดับ พบปัญหาเด็กมีภาวะทุพโภชนาการ จำนวน 5, 8 และ 10 คน ตามลำดับ เด็กอ้วน จำนวน 18, 25 และ 32 คน ตามลำดับ พัฒนาการล่าช้าด้านการใช้ภาษา/การสื่อสาร จำนวน 3, 4 และ 2 คน ตามลำดับ

ร่วมกับปัญหาผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ บิดา มารดาส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงานมีความจำเป็นต้องไปทำงานต่างจังหวัดผู้สูงอายุจึงต้องดูแล แม้ว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจานมีการขับเคลื่อนงานด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยเน้นการเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการและผลักดันให้มีการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กผ่านมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เพื่อให้เด็กได้รับการส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเริ่มต้น แต่ในทางปฏิบัติยังพบข้อจำกัดในการขับเคลื่อนงานหลายประการ ได้แก่ การเข้าถึงบริการยังไม่ครอบคลุมเด็กบางส่วนไม่ได้อยู่ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย หรือไม่ได้เข้ารับบริการคัดกรองพัฒนาการตามช่วงวัย ทำให้การเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่ม และการมีส่วนร่วมของครอบครัวยังไม่เข้มแข็งผู้ปกครองบางส่วนยังขาดความรู้และทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้าน ทำให้การกระตุ้นพัฒนาการไม่เกิดความต่อเนื่อง

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและพัฒนารูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาและการพัฒนาที่ได้นำมาเป็นรูปแบบและแนวทางในการปฏิบัติงานในมิติใหม่ ที่ส่งเสริมให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการที่มีความเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของคนในชุมชน เด็กปฐมวัยได้รับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เด็กปฐมวัยในพื้นที่มีพัฒนาการที่สมวัยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์สภาพปัญหาในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในชุมชน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

2) เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในชุมชน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

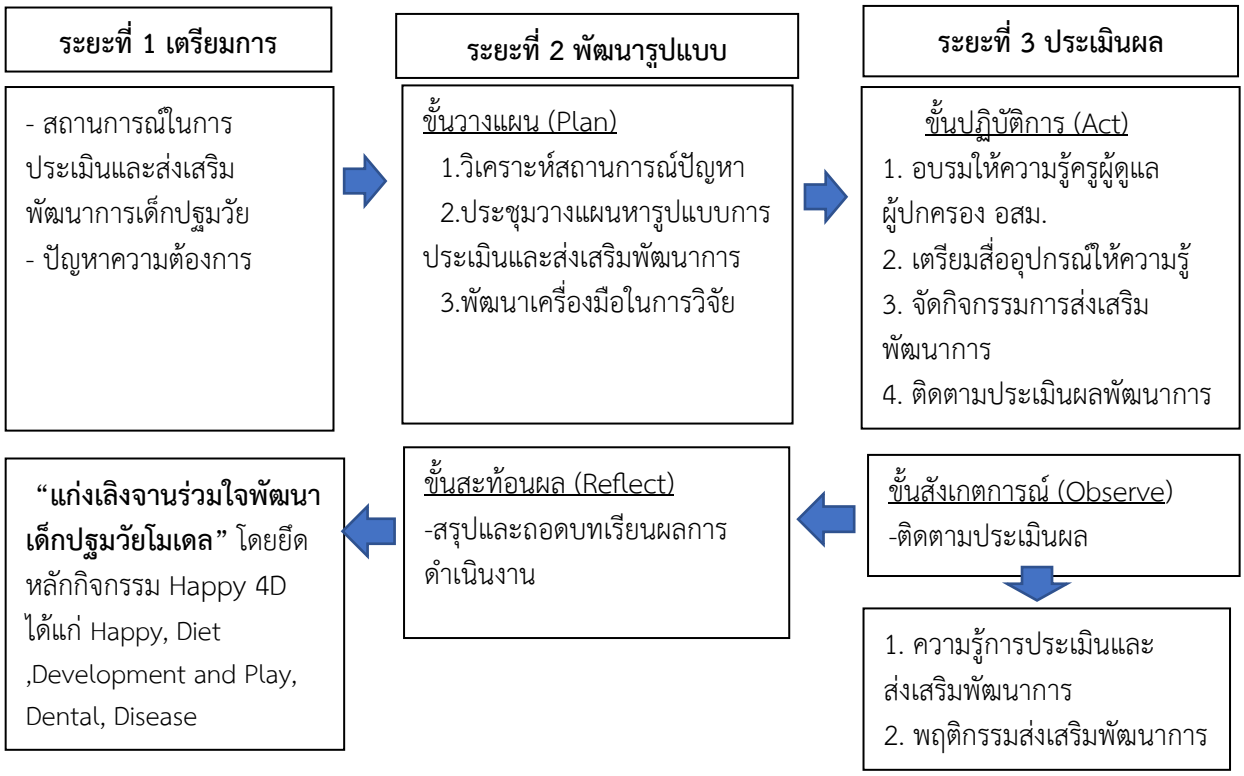
3) เพื่อประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในชุมชน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนารูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2568 ถึง มกราคม 2569

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) และประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของของชฎาภรณ์ชื่นตา และคณะ[14] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร (2561) ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

การออกแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อการพัฒนารูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งช่วยให้การประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชนแบบเชิงรุกและเหมาะสมกับบริบทมากขึ้น มีวิธีการดำเนินการวิจัยประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ สถานการณ์ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

โดยศึกษาปัญหา สถานการณ์ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยในพื้นที่ตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ในกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชนโดยใช้ระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 20 คน ประกอบด้วย 1) ครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย จำนวน 3 คน ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กปฐมวัย จำนวน 10 คน อสม. จำนวน 5 คน และ 2) บุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ พยาบาล จำนวน 1 คน และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 1 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก เครื่องมือที่ใช้คือแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

จากการทบทวนวรรณกรรมมีข้อคำถามหลัก 6 ข้อดังนี้ 1) สถานการณ์เด็กปฐมวัยปัญหาที่พบเป็นอย่างไร 2) การส่งเสริมพัฒนาการที่ผ่านมาเป็นอย่างไร 3) ปัญหาและอุปสรรคในการประเมินและการส่งเสริม

พัฒนาการเป็นอย่างไร 4) แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเป็นอย่างไร 5) ปัจจัยสนับสนุนและข้อเสนอแนะในการดำเนินการมีอะไรบ้าง และ 6) การออกแบบรูปแบบการประเมินและการส่งเสริมพัฒนาการควรเป็นอย่างไร การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลเด็ก 2 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลเด็ก 1 คน ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนตามความเหมาะสมและความชัดเจนของภาษา

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ปัญหาและความต้องการการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการ และการพัฒนารูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

พัฒนารูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย ครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย จำนวน 3 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 3 คน อสม. จำนวน 5 คน พยาบาล จำนวน 2 คน และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 1 คน ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart[15] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผลการปฏิบัติ ดังนี้

ขั้นวางแผน (Planning) ประกอบด้วย 1) ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเพื่อสะท้อนและกรอบพัฒนารูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการ และ2) ประชุมวางแผนหารูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการในการดูแลเด็กปฐมวัยในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน ยกร่างรูปแบบผ่านการสนทนากลุ่มเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม

ขั้นปฏิบัติการ (Action) ผู้วิจัยทำการประชุมทีมผู้ที่เกี่ยวข้อง จากนั้นดำเนินการตามรูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการ ประกอบด้วย Happy (การสร้างสุขในเด็กปฐมวัย) D1: Diet (อาหารและการเจริญเติบโต) D2: Development and Play (พัฒนาการและการเล่น) D3: Dental (ทันตกรรม/สุขภาพช่องปากและฟัน) D4: Disease (การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยและปลอดโรค)

ขั้นสังเกต (Observation) ผู้วิจัยทำการสังเกตการณ์ เพื่อรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานในระหว่างการดำเนินงานในแต่ละช่วงเวลาของกิจกรรมการให้บริการ

ขั้นสะท้อนผลข้อมูลและปรับปรุง (Reflection) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตการณ์ในขั้นตอนที่ 3 มาวิเคราะห์ สรุปประเด็นปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ เพื่อทบทวนสถานการณ์และปรับแต่งกระบวนโดยจัดประชุมกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องวิเคราะห์ปัญหาข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้น เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน นำข้อมูลไปปรับกิจกรรมรูปแบบการบริการ

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง เป็นการศึกษาผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีอายุ 0- 5 ปี ซึ่งมีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์และพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน โดยกำหนดลักษณะของประชากร ดังนี้ ประชากร ได้แก่ 1) ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีอายุ 0- 5 ปี ซึ่งมีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์และพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 2) เพศหญิงและเพศชาย 3) มีระดับความรู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารตอบคำถามได้ และ 4) มีความยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้สูตรคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยกึ่งทดลองที่เป็นอิสระต่อกันสำหรับงานวิจัยกึ่งทดลอง การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยใช้โปรแกรม G*Power ใช้ Test family เลือก Mean: Difference between two independent means (Two groups) เลือกการทดสอบทางเดียว กำหนดอำนาจทดสอบ (power of test) ที่ 0.80 กำหนดความเชื่อมั่นที่ 0.05 และขนาดอิทธิพลของสิ่งที่ต้องการศึกษา (effect size)[16] เท่ากับ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 36 คน และทดแทนการคัดออกในอัตราร้อยละ 10 คิดเป็น 4-5 คน จึงได้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 40 คน สำหรับเกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือผู้ที่มีข้อจำกัดในการมองเห็นและการได้ยิน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 รูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน “แก่งเลิงจานร่วมใจพัฒนาเด็กปฐมวัยโมเดล” ประกอบด้วย Happy 4D แนวทางการส่งเสริมเด็กปฐมวัย 4 ด้าน ดังนี้

Happy (การสร้างสุขในเด็กปฐมวัย) การประเมินการสร้างกิจกรรมและการจัดประสบการณ์การเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของ เด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน เป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญในการช่วยสร้างความสุขให้เกิดขึ้นในเด็กปฐมวัย

D1: Diet (อาหารและการเจริญเติบโต): การประเมินอาหารและการเจริญเติบโตและการส่งเสริมให้เด็กมีโภชนาการที่ดี มีการเจริญเติบโตตามวัย โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน

D2: Development and Play (พัฒนาการและการเล่น) การประเมินพัฒนาการและการเล่นและสนับสนุนการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กในทุกด้าน รวมถึงการเล่นที่เหมาะสมกับวัย โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน

D3: Dental (ทันตกรรม/สุขภาพช่องปากและฟัน) การประเมินสุขภาพช่องปากและการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันของเด็ก โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน

D4: Disease (การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยและปลอดโรค) การประเมินภาวะสุขภาพและการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ป้องกันและควบคุมโรคต่าง ๆ ในเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้สามารถแบ่งตามกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2.1 กลุ่มตัวอย่างในผู้ดูแลเด็กปฐมวัย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่ง ระยะเวลาในการดูแลเด็ก

2) แบบทดสอบความรู้ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก พัฒนาโดย ชฎาภรณ์ ชื่นตา และคณะ (2561)[14] ซึ่งได้ผ่านการนำเครื่องมือ มาตรวจสอบความตรงในเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและการวิจัย 3 ท่าน เพื่อดูความชัดเจน ความถูกต้องเหมาะสมตามหลักวิชาการ และภาษาที่ใช้วัดได้ตามสิ่งที่ต้องการวัดตามเนื้อหาหรือวัตถุประสงค์ แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญหาค่าความสอดคล้องด้วยดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence : IOC) ซึ่งใช้ข้อคำถามที่มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.6-1.0 และปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับประชากรที่ศึกษาในกลุ่มมารดาหรือบิดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่บ้าน จำนวน 30 คน นำข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยมาวิเคราะห์ความเชื่อถือได้ของมาตรวัด (ความสอดคล้องกันของผลที่ได้จากการวัดแต่ละครั้ง) ด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Method) วิธีของคูเดอร์ – ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson Method) แบบประเมินมีค่าความเชื่อถือได้ (Reliability) = .702 เป็นแบบสอบถามที่ใช้แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยกิจกรรม “กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน” ในการสร้างข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย มีจำนวน 18 ข้อ กำหนดระดับความรู้โดยมีคะแนนจากการวัด ร้อยละ 80 ขึ้นไป มีความรู้ระดับมาก มีคะแนนจากการวัดร้อยละ 60 – 79 มีความรู้ระดับปานกลาง มีคะแนนจากการวัดน้อยกว่าร้อยละ 60 มีความรู้ระดับน้อย

3) แบบสอบถามการปฏิบัติตนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พัฒนาโดย ชฎาภรณ์ ชื่นตา และคณะ (2561)[14] ซึ่งได้ผ่านการนำเครื่องมือ มาตรวจสอบความตรงในเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและการวิจัย 3 ท่าน เพื่อดูความชัดเจน ความถูกต้องเหมาะสมตามหลักวิชาการ และภาษาที่ใช้วัดได้ตามสิ่งที่ต้องการวัดตามเนื้อหาหรือวัตถุประสงค์ แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญหาค่าความสอดคล้องด้วยดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence : IOC) ซึ่งใช้ข้อคำถามที่มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.6-1.0 และปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 25 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ใช้แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยใช้แนวทางกิจกรรม “กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน” ในการสร้าง ข้อคำถามเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย มีจำนวน 25 ข้อ โดยให้ผู้ตอบ ตอบตรงข้อคำถามว่า ข้อความที่ถามผู้ตอบได้ดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างไร ตามคำตอบที่ได้ปฏิบัติ คือไม่เคย บางครั้ง เป็นประจำ (ไม่เคย = ไม่เคยทำสิ่งนั้นเลยหรือทำ

น้อยมาก, บางครั้ง = ทำสิ่งนั้นเท่าๆ กับไม่ได้ทำสิ่งนั้น, เป็นประจำ = ทำสิ่งนั้นทุกครั้งหรือเกือบทุกครั้ง) กำหนดระดับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยมีคะแนนจากการวัด ร้อยละ 80 ขึ้นไป มีการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับดี มีคะแนนจากการวัด ร้อยละ 60 – 79 มีการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับพอใช้ มีคะแนนจากการวัดน้อยกว่าร้อยละ 60 มีการส่งเสริมพัฒนาการเด็กระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่พัฒนาโดย ชฎาภรณ์ ชื่นตา และคณะ (2561)[14] ไปหาความเชื่อมั่นโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็ก บิดา มารดา ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายแล้วนำข้อมูลมาตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 5/2569 ออกให้วันที่ 12 พฤศจิกายน 2568 ผู้วิจัยได้ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยขอความร่วมมือและชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้รับทราบอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ศึกษาปัญหา สถานการณ์ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยในพื้นที่ตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ในกลุ่มผู้ดูแลเด็ก ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2) การสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยจัดให้มีการสนทนากลุ่ม พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ประเด็นแนวทาง การสนทนา มีการบันทึกเทปในการสนทนา โดยแจ้งให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนารับทราบ และขออนุญาตบันทึกเทป แล้วนำมาสรุปประเด็นที่ได้จากการสนทนาโดยผู้ช่วยนักวิจัย

3) การพัฒนารูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการสนทนากลุ่ม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประเด็น แนวทางการสนทนา แล้วนำมาสรุปประเด็นที่ได้จากการสนทนาโดยผู้ช่วยนักวิจัย นำมาออกแบบรูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

4) การประเมินผลการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยสอบถามความรู้ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กปฐมวัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ปัญหา และความต้องการการดูแลของครอบครัวและเด็กปฐมวัย และการสนทนากลุ่มการพัฒนารูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

2) เปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลังการใช้รูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน โดยก่อนการเปรียบเทียบทำการตรวจสอบข้อมูลด้วยการทดสอบ Kolmogorov Smirnov เมื่อพบว่ามีการกระจายเป็นโค้งปกติ จึงสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาวิจัย

1. สถานการณ์ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยในพื้นที่ตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาและความต้องการจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง สามารถสรุปได้ ดังนี้

1. ด้านการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย

1) ต้องการเพิ่มทักษะในการใช้เครื่องมือประเมินพัฒนาการเนื่องจากไม่ได้รับการอบรมเชิงลึกด้านการประเมินพัฒนาการ เกิดการตีความผลประเมินแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของครู และผู้ปกครองไม่ได้อยู่กับบุตรส่วนใหญ่เป็นตา ยายเป็นผู้ดูแลเด็กเป็นหลัก

2) การนำใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ประเมิน ข้อมูลประเมินไม่ถูกใช้ให้เกิดประโยชน์เนื่องจากผู้ดูแลเด็กประเมินแล้วเก็บข้อมูลไว้ไม่ได้นำมาวิเคราะห์พัฒนาการและวางแผนในการพัฒนาการ หรือบางครั้งมีความล่าช้าในการแก้ไขปัญหา เมื่อเด็กถูกประเมินแล้วพบความผิดปกติไม่ได้แก้ไขปัญหาได้ทันที

2. ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

1) ต้องการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนา เช่น จัดพื้นที่ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน อยากให้เพื่อนบ้านหรือชุมชนมีส่วนร่วมในการเล่นและทำกิจกรรมร่วมกับเด็ก เช่น ในช่วงเทศกาลสำคัญ ปีใหม่ สงกรานต์

2) ครอบครัวยังขาดการสนับสนุนด้านความรู้ ผู้ดูแลหลักโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ปู่ ย่า ตา ยาย ไม่ทราบวิธีส่งเสริมพัฒนาการอย่างเหมาะสม เช่น การเล่นกับเด็ก การอ่าน การตั้งคำถามกระตุ้นความคิด เป็นต้น ได้ส่งเสริมพัฒนาการตามประสบการณ์ที่ผ่านมา

3) ผู้ดูแลหลักที่เป็นพ่อ แม่ ไม่มีเวลาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เนื่องจากต้องเร่งรีบทำงานและบางครอบครัวเป็นครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว

2. การพัฒนารูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

1) ระยะเตรียมการผู้วิจัยได้การศึกษาสถานการณ์ปัญหาการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยทบทวนวรรณกรรมแนวคิดทฤษฎีและตำราเอกสารวิชาการ

2) ระยะดำเนินการ ประชุมวางแผนหารูปแบบการประเมินและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย (1) การวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของปัญหารวมทั้งรูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ควรจะเป็นหรือเหมาะสม (2) การคิดวิธีการหรือกิจกรรมรูปแบบการประเมิน และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ควรจะเป็นหรือเหมาะสม (3) การแบ่งความรับผิดชอบและจัดทำแผนปฏิบัติแยกเป็นกิจกรรมที่ทำได้เอง กิจกรรมที่ต้องรับการส่งเสริมขอสนับสนุนจากหน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ โดยได้รูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ฉบับร่างที่เรียกว่า “แก่งเลิงจานร่วมใจพัฒนาเด็กปฐมวัยโมเดล” โดยยึดหลักกิจกรรม Happy 4D ได้แก่ 1) Happy การสร้างสุข 2) Diet 3) Development and Play 4) Dental และ 5) Disease

3) ระยะประเมินผล สรุปผลการดำเนินงาน รูปแบบที่เกิดขึ้นคือ “แก่งเลิงจานร่วมใจพัฒนาเด็กปฐมวัยโมเดล” โดยยึดหลักกิจกรรม Happy 4D ได้แก่ 1) Happy การสร้างสุข 2) Diet (อาหารและการ

เจริญเติบโต) 3) Development and Play (พัฒนาการและการเล่น) 4) Dental (ทันตกรรม/สุขภาพช่องปากและฟัน) และ 5) Disease (การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยและปลอดโรค)

3. ผลรูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 90.00 มีอายุระหว่าง 30 – 40 ปี จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 57.50 เป็นมารดา จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 85.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มัธยมศึกษา จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 45.00 ดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (n = 40 คน)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	4	10.00
หญิง	36	90.00
อายุ ($\overline{X}$ = 32.80, SD = 6.76)		
< 30 ปี	14	35.00
30-40 ปี	23	57.50
> 40 ปี	3	7.50
สถานภาพสมรส		
คู่	38	95.50
หย่า/ร้าง	2	5.00
ความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัย		
บิดา	3	7.50
มารดา	34	85.00
ปู่ ย่า ตา ยาย	3	7.50
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา	18	45.00
อนุปริญญา	19	47.50
ปริญญาตรี	3	7.50
รายได้ต่อเดือน ($\overline{X}$ = 17750, SD = 6597.39)		
น้อยกว่า 10,000 บาท	12	30.00
10,000 – 20,000 บาท	24	60.00
20,000 – 30,000 บาท	4	10.00

ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	3	7.50
เกษตรกร	6	15.00
รับจ้าง	15	37.50
ค้าขาย	15	37.50
รับราชการ	1	2.50
จำนวนเด็กปฐมวัยที่เคยดูแล		
1 คน	24	60.00
2 คน	9	22.50
3 คน	6	15.00
4 คน	1	2.50

ตารางที่ 3.2 เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความรู้ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ก่อนและหลังการพัฒนา

ความรู้ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการ	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ	df	Paired t-test	P-value*
ก่อนทดลอง	13.85	1.88	ปานกลาง	39	-15.30	.001
หลังทดลอง	16.82	1.21	มาก			

* P-value<0.05

จากการศึกษาความรู้ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กระหว่างกลุ่มผู้ดูแลเด็กก่อนเข้ารับบริการของรูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กสูงกว่าก่อนพัฒนา โดยก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ยความรู้ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เท่ากับ 13.85 (S.D = 1.88) และหลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยความรู้ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เท่ากับ 16.82 (S.D = 1.21) ตามลำดับ

คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ในระยะก่อนและหลังการพัฒนาของกลุ่มผู้ดูแลเด็กผู้วิจัยได้ตรวจสอบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ของทั้งระยะก่อนและหลังการทดลองด้วยการทดสอบ Kolmogorov Smirnov test พบว่ามีการกระจายเป็นโค้งปกติและเมื่อทดสอบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ด้วย Paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ภายหลังได้รับรูปแบบการให้บริการสูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=-15.30) ดังตาราง 3.2

ตารางที่ 3.3 เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังการพัฒนา

การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ	df	Paired t-test	P-value*
ก่อนทดลอง	41.00	2.98	ดี	39	-13.23	.001
หลังทดลอง	44.37	2.13	ดี			

* P-value<0.05

จากการศึกษาการปฏิบัติตนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ระหว่างกลุ่มผู้ดูแลเด็กก่อนเข้ารับบริการของรูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสูงกว่าก่อนพัฒนา โดยก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เท่ากับ 41.00 (S.D = 2.98) และหลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เท่ากับ 44.37 (S.D = 2.13) ตามลำดับ

คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในระยะก่อนและหลังการพัฒนาของกลุ่มผู้ดูแลเด็ก ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของทั้งระยะก่อนและหลังการทดลองด้วยการทดสอบ Kolmogorov Smirnov test พบว่ามีการกระจายเป็นโค้งปกติและเมื่อทดสอบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้วย Paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ภายหลังได้รับรูปแบบการให้บริการสูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=-13.23) ดังตาราง 3.3

อภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยในพื้นที่ตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

จากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการจากที่พบว่าด้านการประเมินพัฒนาการนั้นมีความต้องการเพิ่มทักษะในการใช้เครื่องมือประเมินพัฒนาการ ต้องการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาและครอบครัวยังขาดการสนับสนุนด้านความรู้ ผู้ดูแลหลักโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ปู่ ย่า ตา ยาย ไม่ทราบวิธีส่งเสริมพัฒนาการอย่างเหมาะสม เช่น การเล่นกับเด็ก การอ่าน การตั้งคำถามกระตุ้นความคิด เป็นต้น ได้ส่งเสริมพัฒนาการตามประสบการณ์ที่ผ่านมาและผู้ดูแลหลักที่เป็นพ่อ แม่ ไม่มีเวลาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเนื่องจากบริบทของชุมชนที่ต้องเร่งรีบทำงาน และบางครอบครัวเป็นครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวทำให้ผู้ดูแลหลักคือผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษากาญฉัฐ จุฑาณิชญาณ์ (2568)[17] ที่ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้พัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก พบว่าการมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความเข้าใจและมีทักษะในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ถูกต้อง มีความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น นำไปสู่การลงมือปฏิบัติประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในสถานการณ์จริง มีความตระหนักต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย และสนใจที่จะ

ประเมินพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง จากความสำคัญดังกล่าวควรมีการจัดหลักสูตรอบรมให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพแก่ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก และผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนให้มีศักยภาพในการมีส่วนร่วมในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กร่วมกันและจะสามารถป้องกันเฝ้าระวังปัญหาเกี่ยวกับเด็กปฐมวัยร่วมกันต่อไปได้

2. ภายหลังการเข้าร่วมตามรูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากความสำคัญของปัญหาการเข้าถึงการคัดกรองพัฒนาการยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่ม ความต่อเนื่องของการติดตามเด็กที่พบความเสี่ยงยังไม่เพียงพอ และการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคส่วนยังไม่เต็มประสิทธิภาพ จึงได้พัฒนารูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการขึ้นเพื่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนสามารถประเมินและส่งเสริมพัฒนาการครอบคลุมทุกมิติ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการพัฒนาตามรูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนการพัฒนาฯ โดยก่อนการพัฒนาฯ มีค่าเฉลี่ยความรู้ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เท่ากับ 13.85 (S.D = 1.88) และหลังการพัฒนาฯ มีค่าเฉลี่ยความรู้ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เท่ากับ 16.82 (S.D = 1.21) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของวัชราภรณ์ บัวทอง (2568)[9] ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กต่อความรู้และทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองโรงพยาบาลท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานีเพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ และทักษะการประเมินการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมผู้ปกครองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะการประเมินการส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลังสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .01$) จากความสำคัญดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าความรู้ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กมีความสำคัญกับกลุ่มผู้ดูแลเด็กในชุมชนการให้ความรู้แก่บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชนจะช่วยให้ผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครองได้รับการช่วยเหลือจากชุมชนร่วมด้วย โดยเฉพาะประเด็นในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการ ได้แก่ การสร้างสุข อาหารและการเจริญเติบโต พัฒนาการและการเล่น สุขภาพช่องปากและฟัน และการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยและปลอดโรค

จากการศึกษาการปฏิบัติตนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ระหว่างกลุ่มผู้ดูแลเด็กก่อนเข้ารับบริการของรูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสูงกว่าก่อนพัฒนา โดยก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เท่ากับ 41.00 (S.D = 2.98) และหลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เท่ากับ 44.37 (S.D = 2.13) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันต์ทา พิลุน และ วิศรุดา ตีเมืองซ้าย (2565)[3] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผลการศึกษาพบว่า ระยะเตรียมการ พบปัญหาขาดแนวทางการปฏิบัติงานระบบส่งต่อและการติดตามเด็ก รวมถึงผู้ดูแลเด็กขาดทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ระยะดำเนินการมีกิจกรรมสำคัญ 8 กิจกรรม ได้แก่ สำรวจสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา/จุดอ่อน ประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อจัดทำแนวทางการทำงาน อบรมเพิ่มศักยภาพการดูแลเด็กให้กับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ครูศูนย์เด็กเล็ก และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ดำเนินงานร่วมกับคณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กเก่งดีมีสุขภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) นิเทศงานหน่วยบริการปฐมภูมิและศูนย์เด็กเล็กโดยทีมพี่เลี้ยงจากคลินิกพัฒนาการเด็กและทีมการสนเทศติดตามกระตุ้นพัฒนาการเด็กในชุมชน เฝ้าระวังติดตามเด็กอย่างต่อเนื่อง และประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้คุณภาพการบริการของคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็ก จากความสอดคล้องและความสำคัญดังกล่าว สามารถอธิบายได้ว่าการปฏิบัติตนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสามารถช่วยกันดูแลส่งเสริมพัฒนาการเด็กจากหลายองค์กร ทั้งภาคประชาชน ภาครัฐ ดังนั้นควรมีการส่งเสริมการปฏิบัติตนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้แก่บุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชนร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบไปใช้

1. สามารถนำการพัฒนารูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับความต้องการของการพัฒนาส่งเสริมเด็กปฐมวัยในชุมชนที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน เช่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมการให้บริการด้านอื่น ๆ นอกเหนือจากการส่งเสริมพัฒนาการ เนื่องจากเด็กปฐมวัยอาจมีปัญหาอื่น ๆ เช่น พัฒนาแนวปฏิบัติ พัฒนานวัตกรรม วิจัยเปรียบเทียบต่างพื้นที่ วิจัยในระยะยาว เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการการการช่วยเหลือดูแลส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในประเด็นปัญหาสุขภาพอื่นเพื่อสามารถให้การดูแลได้ตามปัญหาและความต้องการ

เอกสารอ้างอิง

1. Pangern, C., Pissamorn, C., and Unyaphan, S. The Effects of early childhood surveillance and promotion development training program on knowledge and skills to promote early childhood development among childcare teachers in child development centers. Journal of Nursing and Health Research. 2025, 26(2), e277875. [In thai]
2. Praneedpalaruk, U., and Pongpatrakant, P. Current Conditions and Improvement Guidelines for Early Childhood Education Management in Schools under the Phitsanulok Primary Educational Service Area Office 3. Journal of Setthawit. 2025, 5(2), 1181-1194. [In thai]
3. Pilun, S., and Teemueangsa, W. Promotion model development of suspected delayed development children 0-5 years. In primary care units, Mueang district Mahasarakham province. Mahasarakham Hospital Journal. 2022, 19(3), 207 – 219. [In thai]

4. Potipatsa, G. Promoting Situation of Pre–school Child Development at the Child Care Center, Nong Sung Sub–district, Muang District, Udonthani. Journal of Sakon Nakhon Hospital. 2019, 22(2), 25 – 37. [In thai]
5. Phimalai, P., and Leumongkol, K. The effective of the Early Childhood Development Promotion by the Child and Family Development Team in Mueang Chaiyaphum District. Chaiyaphum Medical Journal. 2024, 43(Supplement), 35 – 45. [In thai]
6. Boonjeam, S. The Effectiveness of Early Childhood Developmental Assessment Program. Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health. 2022, 46(4), 112 – 125. [In thai]
7. Phichachan, N., Sornlom, K., and Juthamanee, S. Factors Associated with Early Childhood Development; A Systematic Review. Singburi Hospital Journal. 2023, 31(3), 128 – 142. [In thai]
8. Patombovorntat, R. The Factors Related to Caregivers to take the Early Childhood for Screening of Child Development. Master of Public Health. Chai Mai University. 2021.
9. Buathong, W. Effects of the child development promotion program on parents' knowledge and skills in promoting child development Tha Chang Hospital Surat Thani Provinc. 2025. 2(1), 1 – 11. https://srth.moph.go.th/home/research.php.
10. Office of the National Economic and Social Development Council. Workshop “The Next Steps in Closing the Gaps in Early Childhood Development to Strengthen Thai Human Capital”. 2025. https://www.nesdc.go.th/shr-08092568/?utm_source=chatgpt.com
11. Urharmnuay, M., Intharangkun Na Ayutthaya, A., Thipsungwan, K., Boongla, P., Kummee, S., and Narkrow, K. The Effects of Early Childhood Development Promotion Program on knowledge and Promotion Behaviors on Child Development of Parents and Caregivers in Mueang District, Lampang Province. APHEIT Journal of Nursing and Health. 2021, 3(1), 48 – 63. [In thai]
12. Kaewmanee, S., Thongrit, C., and Langji, M. The Development of an Assessment and Promotion Model for Early Childhood Development with Participation from People in the Community in the Covid-19 Situation in the Responsible area of Jebilang Health Promotion Hospital, Mueang District, Satun Province. Journal of Council of Community Public. 2024, 3(2), 72-84. [In thai]
13. Jundaboot, W., Yoosook, W., and Semrum, W. Development Guideline For Promotion Of Pre-schoolers in Child Development Center, Sewichian Municipal District, Numyuen District, Ubon Ratchathani Province. 2018. Journal of Educational Research, Faculty of Education, Srinakharinwirot University. 2018, 13(1), 208 – 219.

14. Cheanta, C., et al. Research project on the development of integrated early childhood development monitoring and promotion. Yasothon: Yasothon Provincial Public Health Office. 2018.
15. Kemmis and McTaggart. Provide the following definition of 'action research', which emphasises its participatory, collaborative and self-reflective nature and firmly locates it as a form of social action orientated towards improvement. 1998.
16. Perugini, M., et al. A Practical Primer To Power Analysis for Simple Experimental Designs. 2018. International Review of Social Psychology, 31(1): 20, 1–23, DOI: https://doi.org/10.5334/irsp.181
17. Chuthanichaya. K. The study of the effectiveness of early childhood development learning promotion programs with participation of parents, caregivers and teacher of childcare center, Tha Uthen Hospital, Tha Uthen District, Nakhon Phanom Province. 2025. Journal of Nakhonphanom Provincial Health Office, 3(1), e271806. [In tha

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

Development of a Care Model for Type 2 Diabetes in Diabetes Clinic, Patients Kaeng Leang Chan Health Promotion Hospital, Mueang District, Mahasarakham Province

นิติญา พลเสนา
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน
Nitaya Ponsena
Professional Nurse, Kaeng Leung Chan Subdistrict Health Promotion Hospital
(Received: February 15, 2026; Revised: March 4, 2026; Accepted: April 21, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการวิจัยตามแนวคิดของ Community Health Improvement Process (CHIP) Model ระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงมกราคม 2569 มี 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย อาสาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 คน และผู้นำชุมชน จำนวน 5 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้คือ แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม 2) พัฒนารูปแบบ “DM Care Model ชุมชนแก่งเลิงจานร่วมใจ ห่วงใยผู้ป่วยเบาหวาน” ผู้ร่วมพัฒนาประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์จำนวน 5 คน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 20 คน และผู้นำชุมชน จำนวน 17 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประชุมระดมสมอง เพื่อกำหนดกลยุทธ์การทำงาน ผู้รับผิดชอบ และกิจกรรมการดูแล และ 3) ประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลและขาดความรู้ในการประเมินสุขภาพและติดตามอาการภายหลังเกิดภาวะแทรกซ้อน รูปแบบการดูแล ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง ได้แก่ การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร และการประเมินผล พบว่า ภายหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคเบาหวานและพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.36$, $p < .001$ และ $t = 10.32$, $p < .001$) ตามลำดับ

ดังนั้น รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พัฒนาขึ้น มีศักยภาพในการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง จึงควรนำไปปรับใช้ในสถานพยาบาลระดับชุมชน และประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: “ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2”, “รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2”, “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล”

***ผู้ให้การติดต่อ** (Corresponding e-mail: nitiya3933@gmail.com)

ABSTRACT

This action research aimed to develop a care model for patients with type 2 diabetes mellitus at Kaeng Loeng Chan Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Maha Sarakham Province. The study was conducted based on the Community Health Improvement Process (CHIP) Model from October 2025 to January 2026 and consisted of three phases. Phase 1 involved a situational analysis of diabetes care problems. Key informants included five village health volunteers and five community leaders. Data were collected through in-depth interviews and focus group discussions using interview and discussion guidelines. Phase 2 focused on developing the “DM Care Model: Kaeng Loeng Chan Community United in Caring for Diabetes Patients.” Participants in this phase included five healthcare professionals, 20 stakeholders involved in diabetes care, and 17 community leaders. Data were gathered through brainstorming sessions to define strategies, responsibilities, and care activities. Phase 3 involved evaluating the developed model by implementing it with 30 patients with diabetes. Data collection tools included a diabetes knowledge test and a self-care behavior assessment. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistics were analyzed using the paired t-test.

The results showed that patients had difficulties in controlling blood glucose levels and lacked knowledge in health assessment and follow-up after complications. The developed care model included health education on the disease and treatment, as well as the promotion of self-care behaviors such as exercise, dietary control, and evaluation. After implementation, the mean scores of diabetes knowledge and self-care behaviors were significantly higher than before the intervention ($t = 7.36$, $p < .001$ and $t = 10.32$, $p < .001$, respectively).

In conclusion, the developed care model for patients with type 2 diabetes mellitus has the potential to enhance knowledge and promote self-care behaviors. It should be applied in community healthcare settings and further adapted for other chronic diseases.

Keyword: “Type 2 diabetes mellitus”, “diabetes care model”, “subdistrict health promoting hospital”

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable disease : NCDs) สาเหตุเกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอหรือร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง[1] ซึ่งการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ส่งผลให้อวัยวะเสื่อมสมรรถภาพและทำงานล้มเหลว เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตา ไต หลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง รวมถึงเป็นแผลง่ายหายยาก ชาปลายมือปลายเท้า ซึ่งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน จำเป็นต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดี[2] ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระดับปานกลาง ร้อยละ 60 [3] นอกจากนี้ การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.67 โดยเฉพาะด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งยังไม่เหมาะสมเพียงพอในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด[4]

สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคนและคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุก ๆ 5 วินาที จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี[5] ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานที่สำคัญ ได้แก่ โรคจอตาประสาทเสื่อม โรคไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด แผลเรื้อรัง ถูกตัดขา และตัดนิ้ว เป็นต้น จะเห็นว่าความเจ็บป่วยเหล่านี้ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย มีภาวะเจ็บป่วย จนเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆตามมา ด้านจิตใจส่งผลให้ผู้ป่วยเครียด วิตกกังวล ด้านสังคมส่งผลให้ผู้ป่วยถอยห่างจากสังคม เข้าร่วมกิจกรรมสังคมลดลง และด้านเศรษฐกิจส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ขาดรายได้ เป็นต้น[6]

พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเองในการบรรลุซึ่งสุขภาวะอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายจิตใจและสังคม บุคคลแต่ละคนมีความสามารถในการปรับตัว และมีศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงได้ เนื่องจากมนุษย์มีความสามารถ ในการมีความรู้ ควบคุมตนเอง การตัดสินใจ และสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น การส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความสมบูรณ์และบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม[7] ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแต่ละบุคคลได้โดยตรง

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลนี้ หมายถึงการมีพฤติกรรมใหม่ที่จะเป็นพลัง และทักษะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือพฤติกรรมให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตนั้น เป็นผลมาจากปัจจัยที่สำคัญ 2 ด้าน คือ 1) ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต ซึ่งมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกที่สามารถฝึกฝนด้วยการให้ความรู้ การฝึกทักษะการส่งเสริมต้นแบบเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการจูงใจและเป็นแกนสำคัญสำหรับบุคลากรสุขภาพ ที่จะนำไปเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย[8,9] ดังนั้นพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดระดับน้ำตาลในเลือด จะต้องอาศัยความสามารถในด้านความรู้ การควบคุมตนเอง การตัดสินใจ และความสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานพบว่ามีหลากกลายรูปแบบ เช่น การส่งเสริม 3อ 2ส ที่ประกอบด้วยการบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และความเครียด การงดสูบบุหรี่ และการลดการดื่มแอลกอฮอล์ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินการ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นต้น จะเห็นได้ว่า การที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ต้องอาศัยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อช่วยเสริมแรงและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมที่เหมาะสม[10,11]

จากบริบทพื้นที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคามที่ผ่านมา ในปี พ.ศ. 2566-2568 มีผู้ป่วยมารับบริการ จำนวน 512, 543 และ 571 ราย ตามลำดับ พบปัญหาภาวะแทรกซ้อนขณะเจ็บป่วย ได้แก่ อ้วนลงพุง จำนวน 384, 339 และ 394 คน ตามลำดับ มีแผลที่เท้า จำนวน 3, 10 และ 15 ราย ตามลำดับ ไตวายเรื้อรัง จำนวน 92, 87 และ 93 ราย ตามลำดับ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ จำนวน 4, 4 และ 6 ราย ตามลำดับ และเกิดปฏิกิริยาจากยา จำนวน 2, 3 และ 4 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ชอบรับประทานข้าวเหนียว ซื้ออาหารสำเร็จรูป รับประทานผลไม้ตามฤดูกาลโดยไม่จำกัดปริมาณ ไม่มาตามนัด และหยุดรับประทานยาเอง จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กรอบแนวคิด Community Health Improvement Process (CHIP) Model ในการวิจัยเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุด และเพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสมต่อไป

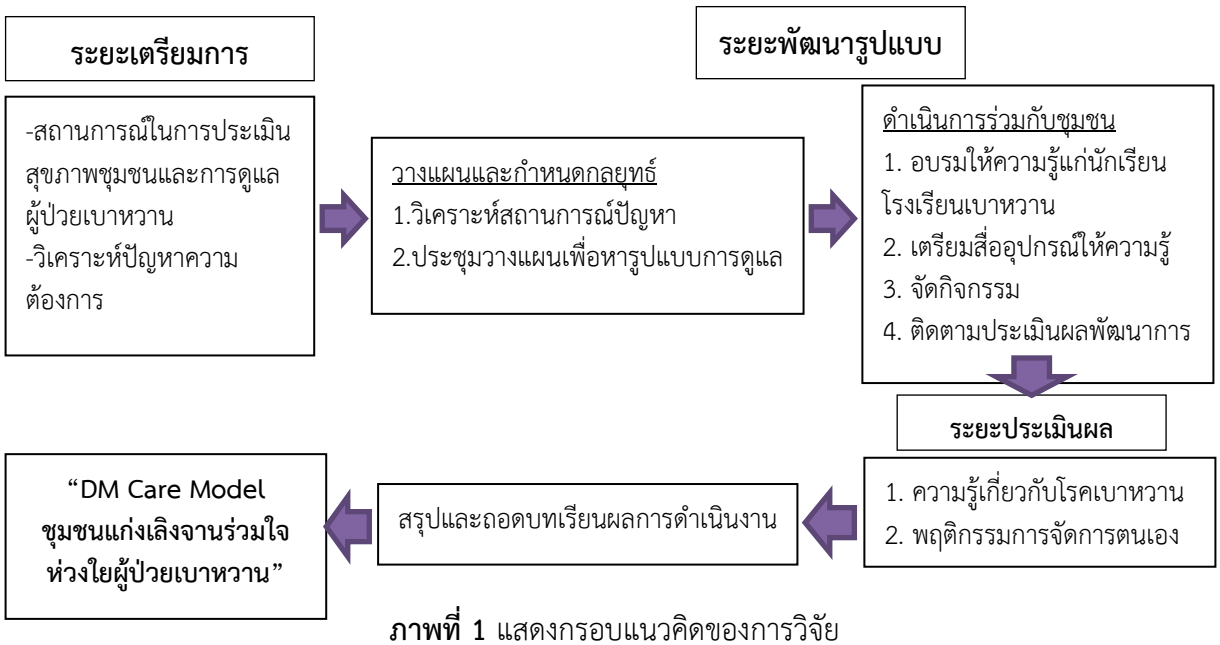
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์สภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด Community Health Improvement Process (CHIP) Model[12] ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย

รูปแบบและวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) พื้นที่วิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากการที่มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานในอันดับสูงตามหลักการจัดความรุนแรงของโรคเรื้อรัง ประกอบกับชุมชนดังกล่าวอยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความพร้อมในการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2568 เสร็จสิ้นเดือนมกราคม 2569

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์สภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ศึกษาสถานการณ์จากประสบการณ์ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้ระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 10 คน อสม. จำนวน 5 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 5 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่มด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้คือ แนวทางการสนทนากลุ่มปัญหาและความต้องการการดูแลของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามหลัก 6 ข้อดังนี้ 1) สถานการณ์

โรคเบาหวานและปัญหาที่พบ 2) การจัดการโรคเบาหวานที่ผ่านมา 3) ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการโรคเบาหวาน 4) แนวทางการจัดการโรคเบาหวาน 5) ปัจจัยสนับสนุนและข้อเสนอแนะในการดำเนินการ และ 6) การออกแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการนำข้อมูลปัญหาความต้องการจากการสนทนากลุ่มมาทำการออกแบบ มีการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนตามความเหมาะสมและความชัดเจนของภาษา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มถึงปัญหาและความต้องการการดูแลของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวาน และการสนทนากลุ่มเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

พัฒนารูปแบบดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาล จำนวน 1 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน แพทย์แผนไทย จำนวน 1 คน และเจ้าหน้าที่รพ.สต. จำนวน 1 คน โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามกรอบแนวคิดของ Community Health Improvement Process (CHIP) Model ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุปัญหาเบาหวานและผลกระทบ ด้วยการประชุมระดมสมอง โดยผู้ร่วมประชุม ประกอบด้วย ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ จำนวน 20 คน และแบ่งเป็นการสนทนากลุ่ม 2 กลุ่มย่อย

ขั้นตอนที่ 2 รวบรวมแหล่งทรัพยากรในและนอกชุมชน เกิดจากการร่วมกันระดมความคิดแสวงหาแหล่งสนับสนุนทั้งที่เป็นองค์ความรู้ ทรัพยากรในชุมชนและนอกชุมชน ทำให้เกิดการขยายแนวร่วมมากขึ้น เช่น อปท. ผู้นำชุมชน ทั้ง 17 หมู่บ้าน ปราชญ์ชาวบ้าน พระ ครู ผู้อาวุโส ในชุมชน เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดยุทธศาสตร์การทำงาน เป็นการระดมสมองภายใต้ประเด็น 1) ท่านอยากให้คนในชุมชนเป็นอย่างไรเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และ 2) ทำอย่างไรฝันจะเป็นจริง

ขั้นตอนที่ 4 กำหนดผู้รับผิดชอบงานโดยเป็นตัวแทนทุกหมู่บ้าน และทดลองรูปแบบในการพัฒนาขึ้นใน 1 ชุมชน โดยเลือกชุมชนที่มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากและมีกลุ่มเสี่ยงมาก และเป็นชุมชนที่ให้ความร่วมมือ

ขั้นตอนที่ 5 การทดลองใช้รูปแบบ โดยมีการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล การประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ทำการกำกับติดตามประเมินผลและปรับปรุงการดำเนินรูปแบบ โดยใช้แนวทางการประเมินแบบมีส่วนร่วมของตัวแทนชุมชนมาร่วมให้ข้อมูลและวิเคราะห์

การวิจัยระยะนี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง เป็นการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานอายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งมีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์และพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม คำนวณหาขนาดตัวอย่าง (sample size) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of Size) เท่ากับ 0.95 และขนาดอิทธิพล (Effect Size) ได้จำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ในช่วงเดือนธันวาคม 2568 ถึง มกราคม 2569

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากแพทย์ 3) ค่า HbA1c น้อยกว่า 9 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และให้ข้อมูลด้วยตนเองได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ที่ไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมตามนัดหมายได้อย่างต่อเนื่อง 2) ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ และ 3) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของเบาหวาน เช่น ไตวายระยะสุดท้าย ตาบอด แผลเบาหวานรุนแรง หรือโรคหัวใจระยะท้าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม “DM Care Model ชุมชนแก่งเลิงจานร่วมใจ ห่วงใยผู้ป่วยเบาหวาน”

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้สามารถแบ่งตามกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับ อายุ สถานภาพ อาชีพ การศึกษา รายได้น้ำหนัก ส่วนสูง ค่า BMI ค่า HbA1C โรคประจำตัวอื่น ๆ ชนิดของโรคเบาหวาน ระยะเวลาที่เริ่มตรวจพบภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และการรักษาโรคเบาหวาน

2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นการบันทึกความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวานของผู้ป่วย จำนวน 15 ข้อ โดยมีคำตอบแบ่งเป็น 3 ข้อ คือ ใช่ ไม่ใช่และไม่ทราบ คะแนนเต็ม 15 คะแนน เกณฑ์การประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ผู้ศึกษาได้แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ส่วนโดยพิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งระดับอิงเกณฑ์ที่ประยุกต์จากแนวคิดของบลูม[13] ซึ่งแบ่งระดับได้ดังนี้ ระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (11-15 คะแนน) ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 (6-10 คะแนน) และระดับต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-5 คะแนน) แล้วนำเครื่องมือมาตรวจสอบความตรงในเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 3 ท่าน เพื่อดูความชัดเจน ความถูกต้องเหมาะสมตามหลักวิชาการ และภาษาที่ใช้วัดได้ตามสิ่งที่ต้องการวัดตามเนื้อหาหรือวัตถุประสงค์ และนำข้อมูลที่ได้จากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าความสอดคล้องด้วยดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence: IOC) ซึ่งใช้ข้อคำถามที่มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.6-1.0 และปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับประชากรที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 30 คน นำข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมาวิเคราะห์ความเชื่อถือได้ของมาตรวัด (ความสอดคล้องกันของผลที่ได้จากการวัดแต่ละ

ครั้ง) โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Method) วิธีของคูเดอร์ – ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson Method) ค่าเท่ากับ 0.84

3) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของดวงรัตน์ หาญพุฒ และคณะ (2566)[10] ซึ่งดัดแปลงมาจากงานวิจัยของสุปรียา เสียงดัง[14] จำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วย การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการรับประทานยา จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 2 ข้อ 4) ด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 4 ข้อ และ 5) ด้านการดูแลรักษาต่อเนื่อง จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ ตามรูปแบบของ Likert's scale ได้แก่ ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติน้อย และปฏิบัติน้อยที่สุด เกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถามที่แสดงถึงพฤติกรรมดีที่สุดจนถึงน้อยที่สุด ให้คะแนน 5, 4, 3, 2, 1 คะแนน ตามลำดับ แปลผลคะแนนเป็น 5 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก และค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งค่าความตรงในเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 3 ท่าน ได้ CVI เท่ากับ .70 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 3/2569 ออกให้วันที่ 7 พฤศจิกายน 2568 ผู้วิจัยได้ขออนุญาติกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยขอความร่วมมือและชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้รับทราบอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้แก่ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect for Persons) ให้สิทธิและศักดิ์ศรี โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ และความเสี่ยงของการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมทราบอย่างชัดเจนก่อนเข้าร่วม 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) คำนึงถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น และ 3) หลักความยุติธรรม (Justice) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยไม่เลือกปฏิบัติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ปัญหา และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการสนทนากลุ่มการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ จากแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และระดับความรู้

เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paried t-test

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์โรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน

1) ด้านการจัดการอาการเมื่อไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในบริบทพื้นที่อีสานมักรับประทานข้าวเหนียวเป็นหลัก มีผลไม้ตามฤดูกาลที่มักจะมีจำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยต้องรับประทานมาก และผู้ป่วยบางรายต้องประกอบอาชีพค้าขายอาหารที่รับประทานส่วนใหญ่มาจากร้านตนเอง

2) ด้านการประเมินสุขภาพตนเองและติดตามอาการภายหลังเกิดภาวะแทรกซ้อน จากปัญหาที่ผู้ป่วยมักเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการเปลี่ยนแปลงหลังปรับเปลี่ยนยา

3) ด้านระบบการดูแลที่ครบวงจร ภายหลังจากการเข้ารับบริการที่คลินิก พบว่ามีการดูแลช่วยเหลือเป็นอย่างดีแต่ยังต้องรับบริการต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาจากอาการน้ำตาลต่ำ เช่น ใจสั่น หิว บ่อยหลังปรับยา จึงต้องการการบริการที่ต่อเนื่อง การติดตามอาการและความรู้ในการแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

4) ด้านการเข้าถึงบริการที่สะดวก รวดเร็ว อยากให้มีระบบการดูแลที่สามารถเข้าถึงบริการรวดเร็วสะดวกต่อการเข้ารับบริการ หรือให้ส่งต่อการรักษาที่เหมาะสม

5) ด้านการควบคุมระดับน้ำตาลที่ไม่ต้องพึ่งยา เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานเบื่อการรับประทานยาอยากหยุดยาเอง แต่กลัวเกิดอันตรายจากการหยุดยาเอง

ตาราง 1 สรุปสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ

Theme	Sub-theme
1. การจัดการอาการเมื่อไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้	1.1 รูปแบบการบริโภคอาหารตามวิถีชีวิตของคนอีสาน
	1.2 การรับประทานผลไม้ตามฤดูกาลในปริมาณมาก
	1.3 ข้อจำกัดด้านอาชีพที่เกี่ยวข้องกับอาหาร
2. การประเมินสุขภาพตนเองและการติดตามอาการภายหลังเกิดภาวะแทรกซ้อน	2.1 การสังเกตอาการผิดปกติจากระดับน้ำตาลในเลือด
	2.2 การติดตามอาการหลังการปรับเปลี่ยนยา
	2.3 ความกังวลต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน
3. ความต้องการระบบการดูแลสุขภาพที่ครบวงจรและต่อเนื่อง	3.1 ประสบการณ์การได้รับการดูแลจากคลินิกเบาหวาน
	3.2 ความจำเป็นในการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องหลังปรับยา
	3.3 ความต้องการความรู้ในการจัดการภาวะน้ำตาลต่ำ
4. การเข้าถึงบริการสุขภาพที่สะดวกและรวดเร็ว	4.1 ความต้องการระบบบริการที่เข้าถึงได้ง่ายและรวดเร็ว
	4.2 ความสะดวกในการเข้ารับบริการหรือการนัดหมาย
	4.3 การส่งต่อการรักษาที่เหมาะสมเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพ
5. ความต้องการควบคุมระดับน้ำตาลโดยไม่พึ่งพาการใช้ยา	5.1 ความเบื่อหน่ายต่อการรับประทานยาเป็นเวลานาน
	5.2 ความต้องการลดหรือหยุดยา
	5.3 ความกังวลเกี่ยวกับอันตรายจากการหยุดยาเอง

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม มี 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยได้ศึกษาสถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับจากแนวคิดทฤษฎีและตำราเอกสารวิชาการ

2) ระยะดำเนินการ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) วิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุปัญหาเบาหวานและผลกระทบ ด้วยการประชุมระดมสมอง โดยผู้ร่วมประชุมประกอบด้วย ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ 2) รวบรวมแหล่งทรัพยากรในและนอกชุมชน เกิดจากการร่วมกันระดมความคิดแสวงหาแหล่งสนับสนุนทั้งที่เป็นองค์ความรู้ ทรัพยากรในชุมชน และนอกชุมชน ทำให้เกิดการขยายแนวร่วมมากขึ้น เช่น อปท. ผู้นำชุมชน ทั้ง 17 หมู่บ้าน ปราชญ์ชาวบ้าน พระ ครู ผู้อาวุโส ในชุมชน เป็นต้น 3) กำหนดยุทธศาสตร์การทำงาน 4) กำหนดผู้รับผิดชอบงาน โดยเป็นตัวแทนทุกหมู่บ้านและทดลองรูปแบบในการพัฒนาขึ้นใน 1 ชุมชน โดยเลือกชุมชนที่มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากและมีกลุ่มเสี่ยงมาก และเป็นชุมชนที่ให้ความร่วมมือ และ 5) การทดลองใช้รูปแบบ ดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

3) ระยะประเมินผล เป็นการสรุปผลการดำเนินงาน โดยรูปแบบที่เกิดขึ้นคือ “DM Care Model ชุมชนแก่งเลิงจานร่วมใจ ห่วงใยผู้ป่วยเบาหวาน” โดยยึดหลักกิจกรรม THEMAN ประกอบด้วย

1. Thai traditional medicine มีการดูแลด้วยแผนไทยโดยมีกิจกรรม ดังนี้ 1) ให้ความรู้และส่งเสริมการเลือกใช้สมุนไพรไทยกับการรักษาโรคเบาหวาน 2) เรียนรู้อันตรายจากการใช้สมุนไพรที่ไม่เหมาะสม และ 3) การใช้ศาสตร์ด้านการแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพ

2. Habit ส่งเสริมการสร้างนิสัย มีกิจกรรม ดังนี้ 1) การตั้งเป้าหมาย DM: Remission ของแต่ละบุคคล 2) การงดอาหารเป็นช่วง หรือ IF ร่วมกับให้ความรู้ประโยชน์ ข้อห้ามและข้อพึงระวังของการทำ IF 3) คาถาควบคุมเบาหวาน “คุมน้ำตาลหลังอาหารได้ เท่ากับควบคุมน้ำตาลสะสมได้” “คุมน้ำตาลสะสมได้ เท่ากับคุมเบาหวานได้”

3. Exercise มีกิจกรรม ดังนี้ 1) ให้ความรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย 2) Exercise Snacking ออกกำลังกายด้วยท่าง่ายๆ และ 3) Twish Jumps หมุนสะโพกตามจังหวะเพลง

4. Mood มีกิจกรรม ดังนี้ 1) สมาธิกับสุขภาวะ ภาวนาผาสุก 2) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสร้างแรงจูงใจสู่เป้าหมาย และ 3) การสร้างแรงจูงใจและเทคนิคการพิชิตเป้าหมาย

5. Assessment มีกิจกรรม ดังนี้ 1) ทำการประเมินภาวะสุขภาพ ด้วยเครื่อง Body composition 2) ประเมินผลลัพธ์: ผลจากเครื่อง Body Composition และ 3) ประเมินผลการเรียนจากค่าน้ำตาลสะสม HbA1C

6. Nutrition มีกิจกรรม ดังนี้ 1) ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ระบบเผาผลาญและการดื้ออินซูลิน อาหารพร่องแป้งหรือโลว์คาร์บ 2) อาหารและสารอาหาร 3) ฉลาดรู้ ฉลาดเลือก ผลิตภัณฑ์ 4) ไตรกลีเซอร์ไรด์และคลอเรสเตอรอล 5) ไขมันเลวที่แท้จริง และ 6) สนธนา “อาหารต้นทาง กับ อาหารแปรรูป”

3. ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.30 ส่วนใหญ่มีอายุ ≥ 61 ปี ปี จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 มีค่าดัชนีมวลกายส่วนใหญ่ระหว่าง 25.00 – 29.90 จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นมัธยม จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.30 ระยะเวลาการเป็นเบาหวานมากกว่า 5 ปี จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 ค่าน้ำตาลสะสม HbA1C ส่วนใหญ่มีค่าอยู่ระหว่าง 6.01 - 7.00 จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.33 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (n = 30 คน)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	37.70
หญิง	19	63.30
อายุ ($\overline{X}$ 59.67, SD = 6.47)		
≤ 60 ปี	12	40.00
≥ 61 ปี	18	60.00
ดัชนีมวลกาย ($\overline{X}$ 24.78, SD = 4.15)		
< 18.50	2	6.67
18.50-22.90	6	20.00
23.00-24.90	9	30.00
25.00-29.90	10	33.33
> 30	3	10.00
การศึกษา		
ประถมศึกษา	3	10.00
มัธยมศึกษา	19	63.30
อนุปริญญา	8	26.70
อาชีพ		
รับจ้าง	21	70.00
เกษตกร	7	23.30
รับราชการ	2	6.70
สิทธิการรักษา		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	28	93.30
ข้าราชการ	2	6.70

ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์		
เคยดื่ม	12	40.00
ไม่เคยดื่ม	18	60.00
ประวัติการสูบบุหรี่		
เคยสูบ	5	16.70
ไม่เคยสูบ	25	83.30
ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน		
น้อยกว่า 5 ปี	12	40.00
มากกว่า 5 ปี	18	60.00
($\overline{X}$ 4.63, SD = .85)		
ค่าน้ำตาลสะสม HbA1C ($\overline{X}$ = 6.82, SD = .77)		
<6	4	13.33
6.01 - 7.00	13	43.33
7.01 - 8.00	12	40.00
> 8.01	1	3.34

3.2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

จากการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภายหลังได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ($\overline{X}$ = 14.03, S.D = 0.66) มากกว่าก่อนได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($\overline{X}$ =12.36, S.D = 1.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 10.32, p < .001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการทดลอง (n = 30 คน)

ความรู้โรคเบาหวาน	ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\overline{X}$)	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	12.36	1.03	สูง	29	10.32*	.001**
หลังการทดลอง	14.03	0.66	สูง			

* Paired t-test, ** p-value < 0.05

3.3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภายหลังได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ($\overline{X}$ = 4.21, S.D = 0.21) มากกว่าก่อนได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($\overline{X}$ =4.06, S.D =0.18) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 7.36, p < .001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการทดลอง (n = 30 คน)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\overline{X}$)	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	4.06	0.18	ปานกลาง	29	7.36*	.001**
หลังการทดลอง	4.21	0.21	ปานกลาง			

* Paired t-test, ** p-value < 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

จากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบปัญหาการจัดการอาการเมื่อไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ การประเมินสุขภาพตนเองและติดตามอาการภายหลังเกิดภาวะแทรกซ้อน อยากให้มีระบบการดูแลที่สามารถเข้าถึงบริการรวดเร็ว สะดวกต่อการเข้ารับบริการ หรือให้ส่งต่อการรักษาที่เหมาะสม และการควบคุมระดับน้ำตาลที่ไม่ต้องพึ่งยา เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานเบื่อการรับประทานยาอยากหยุดยาเอง แต่กลัวเกิดอันตรายจากการหยุดยาเอง จากสถานการณ์ปัญหาและความต้องการสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนยังมีปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การขาดความมั่นใจในการดูแลตนเอง และมีความต้องการการให้บริการที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายให้บริการที่ครอบคลุมกับปัญหาความต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาของธีราภรณ์ บุญล้อม และคณะ (2568)[14] ได้ศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าพฤติกรรมการดูแลในชีวิตประจำวันประกอบด้วย 2 ประเด็นหลัก คือ การกำกับตนเองในด้านต่าง ๆ และการจัดการอาการที่ผิดปกติ และพบสิ่งที่สนับสนุนในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ประกอบด้วย มุมมองในการให้ความหมายของโรคเบาหวาน แรงจูงใจ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน และการเข้าถึงข้อมูลการดูแลตนเองจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย

2. ภายหลังการเข้าร่วมตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ที่พัฒนาขึ้น พบว่า

จากการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มากกว่าก่อนได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมยุรี เที่ยงสกุล และสมคิด ปานประเสริฐ (2562)[15] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โดยรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น คือ การตรวจรักษาโดยแพทย์แล้วให้ความรู้ ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ให้คำแนะนำในการปฏิบัติในการดูแลตนเอง และมีการติดตามทางโทรศัพท์โดยเจ้าหน้าที่ ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการดูแลตนเอง มากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้

พัฒนาขึ้น จะเห็นได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องมีการให้ความรู้ร่วมด้วยถึงจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและจะสามารถมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นต่อไป ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจึงต้องมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานร่วมด้วย

นอกจากนั้น จากการศึกษายังพบว่า ภายหลังได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าก่อนได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรรณี ศรีภักดี (2567)[16] ซึ่งได้มีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนเบาหวานวิทยาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กิจกรรมในการดูแลประกอบด้วย 1) การให้ความรู้และจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรโรงเรียนเบาหวานวิทยา 12 สัปดาห์ 2) ติดตามผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน 3) ดำเนินการรวบรวมข้อมูล การประเมินด้านสุขภาพ ผลการตรวจ HbA1c ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 4) ประเมินผลการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ ซึ่งภายหลังจบหลักสูตรการอบรมผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการหยุดยาหรือเบาหวานหายหรือสงบลงได้คิดเป็นร้อยละ 16.66 ได้รับการปรับลดยาร้อยละ 83.34 มีค่า HbA1c ดีขึ้นร้อยละ 91.66 และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย จะเห็นได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่จัดในรูปแบบการอบรมให้ความรู้และปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองร่วมกับการสร้างการมีส่วนร่วมของสังคม สามารถตอบสนองกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเบาหวาน ช่วยให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้นและมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงได้ ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในรูปแบบหลักสูตรการอบรมเพื่อให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเพื่อปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบไปใช้

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้แนวคิด Community Health Improvement Process (CHIP) Model เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการบริการที่มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยอื่น ๆ ในชุมชนที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งเลิงจาน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ในด้านการบริการตรวจรักษา การประเมินความเสี่ยง/ภาวะแทรกซ้อน การประเมินอาการเปลี่ยนแปลง และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง การติดตามเยี่ยม ควรส่งเสริมให้มีการประยุกต์ใช้ความรู้ที่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในการส่งเสริมการให้บริการด้านอื่น ๆ นอกเหนือจากการส่งเสริมการออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ ส่งเสริมความรู้ในการควบคุมอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานอาจมีภาวะแทรกซ้อนหลายระบบได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Diabetes. 2024. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes?utm_source=chatgpt.com.
2. Buakaew, P., Rukbanglaem, C., and Nawsuwan, K. Case Management Outcomes on Knowledge, Behaviors, and Glycated Hemoglobin level among Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes, Pakphayun Hospital, Phatthalung Province. Journal of Public Health and Innovation. 2024;4(1), 89 – 101. (in Thai)
3. Wannawong, P. Assessment of Knowledge Level and Self Care Behaviors Among Diabetes Patients in Sam Phong, Si Songkhram Nakhon Phanom Province. Journal of Liberal Art of Rajamangala University of Technology Suvarnabhumi. 2024;6(2), 345 -357. (in Thai)
4. Tongrod, P., Bosittipichet, T., and Leesri, T. Diabetes Mellitus Health Book Intervention and Impact on Glycemic Control and Health Literacy in Poor-Control Diabetes Patients. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2024;18(2), 829 – 838. (in Thai)
5. Eknithiset R, Somrongthong R. Effectiveness of a diabetes mellitus pictorial diary handbook program for middle-aged and elderly type 2 diabetes mellitus patients: a quasi-experimental study at Taladnoi Primary Care Unit, Saraburi, Thailand. J Multidiscip Healthc. 2017; 21(10), 327-334. Available from: doi: 10.2147/JMDH.S138815.
6. Wiratgate, P. Factor associated with access to dental services among diabetes mellitus patients at Namon Hospital, Kalasin province, fiscal year 2023. Research and Development Health System Journal. 2023; 17(1), 98 – 112.
7. Pender, N.J., Murdaugh., C.L., & Parsons, M. A. Health promotion in nursing practice(5ed.). New Jersey: Upper Saddle River. 2006. Available from: https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2325175
8. Umakorn, J., Supaporn, V. & Sawitree, S. Effect of health-promoting program on self-care behaviors of diabetic patients. Journal of Public Health Nursing. 2021; 35(2), 94-97. (in Thai)
9. Thangkratok, P., Vararuk, A., Silawan, T., & Piaseu, N. Role of nurses in implementing chronic care model in subdistrict health promoting hospital. Science, Engineering and Health Studies. 2019; 154-159.
10. Hanpu, D., and Rahothan, N. Self-Care Behaviors of Type 2 Diabetes Patients at Danchang Hospital. Journal of Health and Nursing, Ubon Ratchathani University. 2023; 2(2), 126 – 138. (in Thai)

11. Jane. S., Durch, Linda, A., Bailey, and Michael, A. Improving Health in the Community: A Role for Performance Monitoring. This PDF is available from the National Academies Press. 1997. Available from: http://www.nap.edu/catalog/5298.html
12. Bloom, B. S. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain. New York: David McKay. 1970. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.3102/00346543051004441
13. Siangdung, S. Self - Care Behaviors of Patients with Uncontrolled DM. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2018;4(1), 191 – 204. (in Thai)
14. Boonlom, T., and Charoennukul, A. The Experiences of Self-Care in Patients with Controlled Type 2 Diabetes. Journal of Health and Nursing Education. 2025; 31(1), 33 – 53. (in Thai)
15. Theingsakul, M., and Panpraser, S. Development of a Diabetes Mellitus Care Model at Somdet Phra Phutthaloetla Hospital. Journal of Health Science. 2019 28(4), 1 – 15. (in Thai)
16. Sripakdee, P. Diabetes Witthaya School Operating Development Model by Community Participation, Wang Sai Subdistrict Health Promoting Hospital, Pak Chong District, Nakhon Ratchasima Province. Journal of Medical and Public Health, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office. 2024; 4(1), 187 – 200. (in Thai)