



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
Phrae Provincial Public Health Office

วารสาร

สาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา

Journal of Phrae Public Health for Development

ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2567



ISSN 2774-096X (Online)

วารสารสาธารณสุขเพื่อการพัฒนา
Journal of Phrae Public Health for Development



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
Phrae Provincial Public Health Office

วารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา
Journal of Phrae Public Health for Development
ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2567

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมและเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการด้านการแพทย์ สาธารณสุข และการคุ้มครองผู้บริโภค รวมถึงผลงานนวัตกรรมด้านการสาธารณสุข ให้มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน ก่อให้เกิดองค์ความรู้อันเป็นประโยชน์ต่อการเสริมสร้าง คุณภาพงานวิจัยและองค์กรด้านสุขภาพ

คณะที่ปรึกษา

นพ.วีระศักดิ์ ดำรงพงษ์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่
นพ.รุ่งกิจ ปิงใจ	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่
ภก.ประเสริฐ กิตติประภัสร์	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่
ภก.เด่น ปัญญานันท์	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่
นายศราวุธ นันทวรรณ	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่

บรรณาธิการ

ดร.นิธิฐพนธ์ แสงด้วง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

รองบรรณาธิการ

ดร.ภก.หทัยพร อินทยศ โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่
 พว.กรรณิการ์ ชัยนันท์ โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่

กองบรรณาธิการ

ภญ.ศุภรัชต์ แห่งพิษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
 นายอเนก จินดาชัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
 นายเมธี กองลี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
 นายชนะศักดิ์ ศิริวัจโนดม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
 นายทวีศักดิ์ โทะทองชีว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
 นายนิธิ แนนเล็ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
 นางสาวชรินทร์รัตน์ รัตนอุปพันธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
 พว.จินนารสเข้ม โรงพยาบาลร้องกวาง จังหวัดแพร่
 นายปิยวัฒน์ หนองโกมล โรงพยาบาลสอง จังหวัดแพร่

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

ดร.ปิยะ บุษบา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
 ผศ.ดร.ภก.เทพิน จันทรมหเสถียร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 ผศ.ดร.ปิ่นนเรศ กาศอุดม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
 ดร.เสาวภา เต็ดขาด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
 ดร.ศิวพร ละม้ายนิล มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
 พว.พรธิดา ชื่นบาน โรงพยาบาลแพร่
 ดร.สรารุณี ตรีศรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
 ดร.เสาวลักษณ์ เดชะ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 อาจารย์เอกราช วงศ์ชายะ มหาวิทยาลัยพะเยา
 นพ.จิรายุทธ์ พุทธิรักษา โรงพยาบาลสอง
 ดร.รสสุคนธ์ แก้วป่องปก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
 รศ.ดร.จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บรรณาธิการแถลง

วารสารสาธารณสุขแพระเพื่อการพัฒนา ปี พ.ศ. 2567 ฉบับนี้เป็นพื้นที่แห่งการเรียนรู้ ที่ดำเนินมาอย่างต่อเนื่องเป็นปีที่ 4 ฉบับที่ 2 (เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม) ในการเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านการแพทย์ สาธารณสุข และการคุ้มครองผู้บริโภค รวมทั้งผลงานนวัตกรรมด้านการสาธารณสุขที่ก่อให้เกิดองค์ความรู้อันเป็นประโยชน์แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในรูปแบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (E-journal) ซึ่งในฉบับนี้มีบทความวิจัย ทั้งหมด 5 เรื่อง ได้แก่ (1) ผลของการพัฒนาระบบบริบาลเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการแก่ผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ (2) การพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้เสพ ผู้ใช้ยาเสพติดโดยรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในจังหวัดแพร่ (3) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แผนกกระดูกและข้อ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน (4) ผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลน่าน (5) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาพฤติกรรมการใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัลในการสนับสนุน การจัดการด้านสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดแพร่

กองบรรณาธิการขอขอบคุณเจ้าของบทความทุกท่านที่ให้ความเชื่อมั่นและไว้วางใจส่งบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสาธารณสุขแพระเพื่อการพัฒนา และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการประเมินบทความทั้งภายในและภายนอกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาผลงาน เพื่อการปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ทางวิชาการยิ่งขึ้น รวมทั้งขอเชิญชวนทุกท่านอ่านบทความทางวารสารออนไลน์ www.thaidj.org/index.php/jpphd และสามารถส่งบทความเพื่อเข้ารับการพิจารณาเผยแพร่ทางเว็บไซต์ดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ กองบรรณาธิการจะมุ่งมั่นพัฒนาวารสารสาธารณสุขแพระเพื่อการพัฒนาให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ และได้รับการรับรองคุณภาพที่สูงขึ้น ต่อไป

ดร.นิพัทธ์พงษ์ แสงสว่าง

บรรณาธิการ

ธันวาคม 2567

สารบัญ

	หน้า
บทความวิจัย	
ผลของการพัฒนาระบบบริหารเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการแก่ผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ <i>ณภัทร อินทจักร์</i>	1
การพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้เสพ ผู้ใช้ยาเสพติดโดยรูปแบบการบำบัดฟื้นฟู โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในจังหวัดแพร่ <i>ปกรณ์ วชิรกุล</i>	19
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเอง ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ห้องตรวจกระดูกและข้อ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน <i>จุฑามาศ อุตระลัก</i>	36
ผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลน่าน <i>ภัทรวิชญ์ พรหมรักษ์</i>	53
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาพฤติกรรมการใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัลในการสนับสนุน การจัดบริการด้านสุขภาพ ของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดแพร่ <i>วัชรพงษ์ วัชรินทร์ และ นิธิฐพนธ์ แสงดั่ง</i>	70
หลักเกณฑ์การเขียนต้นฉบับลงพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา	84

Contents

	Page
Research Articles	
The Effects of Developing an Integrated Home Pharmaceutical Care system for Elderly Community-Dwelling Individuals with Type 2 Diabetes mellitus and Depression San Sai District, Chiang Mai Province <i>Napat Inthachak</i>	1
The development of a Community Based Treatment and Care for drug use in Phrae <i>Pakorn Wachirukgul</i>	19
The Effect of the Self-Efficacy Programs on Knowledge and Self-Care Behavior Patients with Osteoarthritis of Orthopedic Examination Room, Outpatient Department, Lamphun Hospital <i>Jutamas Uttarasak</i>	36
Outcomes of Rehabilitation in the Intermediate Phase for Stroke Patients at Nan Hospital <i>Pattarawit Promrak</i>	53
Factors Affected on Developing of Digital Identity Usage Behavior to Support Public Health Service Delivery for Public Health Personnel in Phrae Province. <i>Watcharaphong Watcharin and Niphitphon Seangdoun</i>	70
Criteria for writing manuscripts for publication in the Journal of Phrae Public Health for Development	84

The Effects of Developing an Integrated Home Pharmaceutical Care system for Elderly Community-Dwelling Individuals with Type 2 Diabetes mellitus and Depression San Sai District, Chiang Mai Province¹

Napat Inthachak²

Received: 4 October 2024

Accepted: 20 December 2024

Abstract

This quasi-experimental research aims to 1) compare the level of depression in elderly patients with Type 2 diabetes and comorbid depression before and after receiving the integrated home-based pharmaceutical care; 2) compare plasma glucose levels between the experimental and control groups of elderly patients with Type 2 diabetes and comorbid depression in the community. The sample consisted of 24 elderly outpatients diagnosed with Type 2 diabetes and comorbid depression at San Sai Hospital, Chiang Mai Province. The sample was divided into experimental and control groups, each consisting of 12 participants. Data collection tools included the 9Q Depression Assessment Questionnaire, an adherence assessment for antidepressant medications in patients with mental health conditions, a medication adherence questionnaire for diabetes and comorbid conditions from San Sai Hospital, and a plasma glucose level recording form. Data were analyzed using descriptive statistics, compare the equality of two independent population groups with a test of the mean, and analyze the comparison of the means between two groups of samples, both independent and dependent.

The research findings revealed that elderly patients with type 2 diabetes and comorbid depression, after receiving integrated home pharmaceutical care. The experimental group demonstrated a statistically significant reduction in depression severity and plasma glucose levels compared to the control group ($p < 0.05$). ($t = 6.76$ and 2.21 respectively)

Keywords: Elderly patients with type 2 diabetes, Depression, Integrated home pharmaceutical care system

¹ Academic Article

² Pharmacist, Pharmaceutical care Department, Sansai Hospital, E-mail : nintha4289 @gmail.com

ผลของการพัฒนาระบบบริหารเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการแก่ผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่¹

ณภัทร อินทจักร²

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังได้รับการบริหารเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการ 2) เพื่อเปรียบเทียบระดับกลูโคสในพลาสมาของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ถูกวินิจฉัยร่วมกับโรคซึมเศร้าที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 24 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 12 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาเบาหวานและโรคร่วมของโรงพยาบาลสันทราย และแบบบันทึกผลระดับกลูโคสในพลาสมา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบความเท่าเทียมของกลุ่มตัวอย่างด้วยการทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มอิสระต่อกัน และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน และไม่เป็นอิสระจากกัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้า หลังได้รับการบริหารเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และค่าระดับกลูโคสในพลาสมาลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 6.76$ และ 2.21 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคซึมเศร้า ระบบบริหารเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการ

¹ บทความวิชาการ

² เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสันทราย อีเมล nintha4289@gmail.com



บทนำ

แนวโน้มประชากรโลกมุ่งเข้าสู่สังคมสูงอายุ โดยสมบูรณ์ (Age Society) จากข้อมูลขององค์การสหประชาชาติ ปี ค.ศ. 2017 ประชากรโลกที่อายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 962 ล้านคน และคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2050 จะมีประชากรโลกผู้สูงอายุถึงกว่า 2.1 พันล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี ค.ศ. 2017 ถึงกว่าร้อยละ 116.20 ถือเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุที่โลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยมากขึ้น (UNWPP, 2017) ซึ่งประเทศไทย ณ สิ้นปี พ.ศ.2565 มีผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี ถึง 12,658,210 คน คิดเป็นร้อยละ 19.21 ของประชากรทั้งหมด 66,090,475 คน (กองกิจการผู้สูงอายุ, 2565) การที่สังคมผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นนี้ ส่งผลต่อการดูแลในหลายๆ ด้าน โดยเฉพาะสุขภาพจิต พบว่าผู้สูงอายุมักมีอัตราการเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 72.30 ทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงมากขึ้น (วลัยพร นันทศุภวัฒน์ และคณะ, 2552) ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุไว้ใน Provisional agenda item ในปี พ.ศ. 2554 ว่าในปี พ.ศ. 2573 โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุหลักของภาระโรคที่ต้องพึ่งพิง และจากฐานข้อมูลกลางกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี 2556 ผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้ามีจำนวน 4,295 ราย และในปี 2559 - 2560 มีจำนวนเพิ่มขึ้น 58,592 ราย และ 259,476 รายตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบข้อมูลในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีอัตราเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุปกติร้อยละ 20 (ปิตติคุณ เสดตะปุระ และ ณัฐธกุล ไชยสงคราม, 2564) โดยเฉพาะโรคเบาหวานมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา โรคทั้งสองนี้มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วย

โรคซึมเศร้ามักมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคเบาหวานในอนาคต โดยผู้ป่วยซึมเศร้ามักมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นร้อยละ 60.00 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ใช่โรค ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้านั้นจะขาดการใส่ใจในด้านสุขภาพของตนเอง บางรายกินอาหารได้น้อย บางรายกินมากเกินไปและไม่ควบคุมอาหาร ขาดการออกกำลังกาย อีกทั้งยังรักษาโรคซึมเศร้าบางชนิดมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้ ในทางกลับกันผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 20.00-30.00 ทั้งนี้สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้จากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานที่ยาวนาน เพื่อย่อยรู้สึกไร้ค่า เกิดภาวะที่ต้องพึ่งพิงคนในครอบครัวและสังคมมากขึ้น ส่งผลในด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยลดลง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ทำให้ระดับกลูโคสในพลาสมาไม่ดี เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่มากขึ้น (ปาจารย์ศรีมยุรา, 2564) หากผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้รับการดูแลจนสามารถลดภาวะซึมเศร้าวลงได้จะส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมาดูแลตนเอง และสามารถควบคุมระดับกลูโคสในพลาสมา ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้ (ชลวิภา สุลักษณ์านุรักษ์ และคณะ, 2559) การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีการตั้งนี้ การช่วยเหลือด้านจิตใจเบื้องต้น (Supportive Care) การรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy) การรักษาด้วยจิตบำบัด (Psychotherapy) การประเมินคลินิกต่อเนื่อง (Ongoing Clinical Assessment) การรักษาภาวะซึมเศร้าวรุนแรงหรือเป็นโรคซึมเศร้าที่ยากจัดการ (Treatments for severe depression)



(สาวิตรี วิษณุโยธิน และ นชพร อธิธิวิศวกุล, 2553) ซึ่งการรักษาด้วยยานั้นเป็นส่วนสำคัญในการบำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและควรทำควบคู่กับการรักษาอาการทางจิตและสังคม หลักการดูแลจึงเน้นไปที่การปรับปรุงสภาพจิตใจ ส่งเสริมสุขภาพ และการเสริมสร้างทักษะในการจัดการสุขภาพ ซึ่งการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจสามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กุศลสิน กัณหา และ นิศากร แก้วพิลา, 2558) มุ่งเน้นที่การเข้าใจตัวเองและเพิ่มแรงจูงใจในการรักษาอย่างต่อเนื่องได้รับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในชุมชนได้ (เพชรธยา แป้นวงษา และ คณษ, 2563)

อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 19.04 ของประชากรทั้งหมด (ข้อมูล HDC, 2566) และข้อมูลคัดกรองภาวะซึมเศร้าของโรงพยาบาลสันทราย ในปีงบประมาณ 2564 – 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 3,457 ราย 3,792 ราย และ 3,846 รายตามลำดับ พบว่ามีภาวะซึมเศร้า จำนวน 59 ราย 83 ราย และ 165 รายตามลำดับ ซึ่งในปีงบประมาณ 2565 พบผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีภาวะแทรกซ้อนฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 2 ราย จากสาเหตุดังกล่าวพบว่า การเข้าถึงระบบบริการเภสัชกรรมยังไม่มี ความครอบคลุม เมื่อทบทวนการใช้ยาในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ พบว่าส่วนใหญ่มีการใช้ยาอย่างน้อย 5 รายการ (polypharmacy) ซึ่งเป็นยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลสันทราย และโรงพยาบาลอื่น

ที่ส่งต่อไปรับการรักษาภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะเบาหวานขึ้นตา โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และบางส่วนซื้อยามารับประทานเอง ซึ่งเป็นปัญหาการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม (Inappropriate medication use) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาทางเภสัชบำบัด (Drug Therapy problems) รวมถึงการไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication non adherence) หรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction) นำไปสู่การรักษาที่ไม่ได้ประสิทธิผล (ธนกฤต มงคลชัยภักดิ์, 2557)

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาระบบบริการทางเภสัชกรรมที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน เพื่อให้ได้รับการบริการเภสัชกรรมที่ครอบคลุมผู้ป่วยการเข้าถึงยาที่เหมาะสม มีการติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด โดยการใช้แนวคิด Five Interacting Dimensions of Adherence ของ WHO (Adult Meducation, 2564) และค้นหาความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วย (Health Needs) วิเคราะห์ปัญหาทางเภสัชบำบัดให้สอดคล้องกับตัวผู้ป่วยเฉพาะรายแก้ไขปัญหาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งประยุกต์ทฤษฎีเสริมแรงจูงใจ มาใช้สร้างความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน โดยมีเป้าหมายให้เภสัชกรสามารถจัดการปัญหาทางเภสัชบำบัดที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชนเฉพาะรายบุคคลได้อย่างเหมาะสม ถูกต้องปลอดภัยร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้

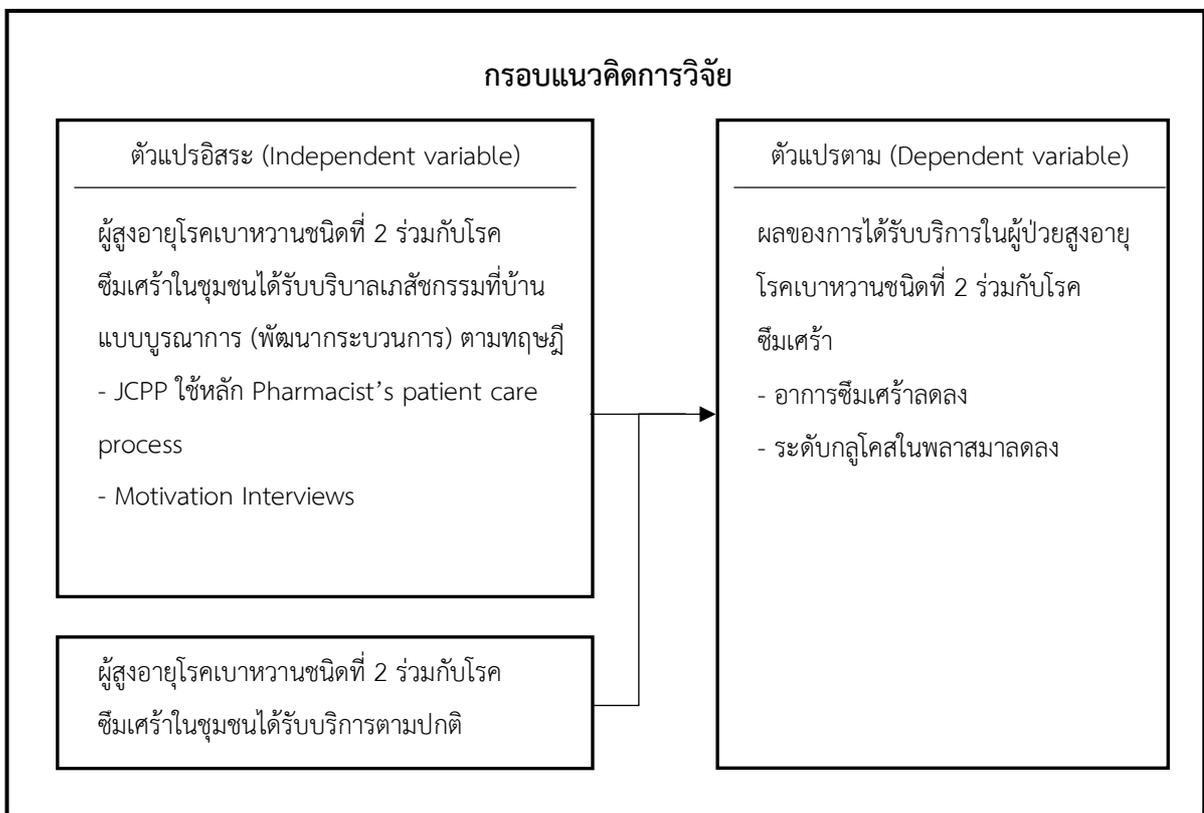


วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ ก่อนและหลังได้รับการบริหารเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับกลูโคสในพลาสมาของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังจากได้รับการบริหารเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการ (กลุ่มทดลอง) ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชนมีภาวะซึมเศร้ามลดลง เมื่อเทียบกับก่อนได้รับการบริหาร
2. ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชนในกลุ่มทดลองสามารถควบคุมระดับกลูโคสในพลาสมาได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (Two Group Pretest-Posttest Design) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่

10 พฤศจิกายน 2566 ถึงวันที่ 10 พฤษภาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น



โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับเป็นโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสันทราย อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 10 พฤศจิกายน 2566 ถึงวันที่ 10 พฤษภาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับเป็นโรคซึมเศร้า โดยแพทย์จากโรงพยาบาลสันทราย คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power Version 3.1.9.7 กำหนดขนาดอิทธิพล 0.76 ค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 และอำนาจทดสอบ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลแบบ 2 กลุ่มเปรียบเทียบ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 8 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลประมาณ ร้อยละ 50.00 การวิจัยครั้งนี้จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 12 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการบริบาลเภสัชกรรมที่บ้าน จำนวน 3 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติ

เกณฑ์คัดเข้า ต้องเป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพศชายหรือหญิงเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน ที่เข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลสันทราย มีความสามารถในการสื่อสารด้านภาษาไทย ด้านการฟัง พูด อ่าน เขียน ได้อย่างเข้าใจ สามารถประกอบชีวิตประจำวันด้วยตนเองได้ และให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

เกณฑ์คัดออก ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน ที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานหรือมีอาการทางจิตระดับรุนแรง

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก BMI สิทธิการรักษา

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านโรค ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาที่เป็นโรคซึมเศร้า ภาวะโรคร่วม ข้อมูลด้านยา จำนวนยาที่ได้รับ

2. แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9Q (พัฒนาเป็นภาษากลางโดย ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (Kongsuk et al., 2010) ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (คะแนน = 0) มีบางวันไม่บ่อย (คะแนน = 1) มีค่อนข้างบ่อย (คะแนน = 2) มีเกือบทุกวัน (คะแนน = 3) มีค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 27 คะแนน โดยแปลผลระดับคะแนน ดังนี้ 0 - 6 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า 7 - 12 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย 13 - 18 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง มากกว่า 18 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

3. แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาซึมเศร้า สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต (Psychiatric Medication Adherence Rating Scale: PMARS เป็นวัดระดับแบบสองตัวเลือก (ใช่-ไม่ใช่) จำนวน 10 ข้อคำถาม โดยแปลผลระดับคะแนน ดังนี้ มากกว่าหรือเท่ากับ 8 หมายถึง



ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยา น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 หมายถึง ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน) (กรมสุขภาพจิต, 2562)

4. แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาเบาหวานและโรคร่วมของโรงพยาบาลสันทราย (SMAQ-1 คือ Sansai Medication Adherence Questionnaire-1) ทั้งหมด 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคยเลย (คะแนน = 1) มีบางวันไม่บ่อย (คะแนน = 2) มีค่อนข้างบ่อย (คะแนน = 3) มีเกือบทุกวัน (คะแนน = 4) ทุกวัน (คะแนน = 5) โดยแปลผลระดับคะแนน ดังนี้ น้อยกว่า 21 คะแนน หมายถึง ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา 22 - 24 คะแนน หมายถึง ให้ความร่วมมือในการใช้ยาในระดับน้อย 25 - 27 คะแนน หมายถึง ให้ความร่วมมือในการใช้ยาในระดับปานกลาง 28 - 31 คะแนน หมายถึง ให้ความร่วมมือในการใช้ยาในระดับดี มากกว่า 32 คะแนน หมายถึง ให้ความร่วมมือในการใช้ยาระดับดีมากโดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน

5. แบบบันทึกผลระดับกลูโคสในพาสมา

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ระบบบริหารเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการแก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน ประกอบด้วยกระบวนการ 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 Collect โดยรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลและการเยี่ยมผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 Assess ประเมินยาและวินิจฉัยปัญหาทางเภสัชบำบัด

ขั้นตอนที่ 3 Plan โดยการจัดทำ Care plan กำหนดเป้าหมายโดยลดอาการซึมเศร้า และควบคุมระดับกลูโคสในพาสมาได้

ขั้นตอนที่ 4 Implement โดยกระบวนการ SIMPLE

S : Simplify the Regimen
(การปรับแผนการรักษา)

I : Impart Knowledge
(การถ่ายทอดความรู้)

M : Modify Patient Beliefs and Human Behavior
(ปรับความเชื่อและพฤติกรรม)

P : Provide Communication and Trust
(การสื่อสารและสร้างความเชื่อ)

L : Leave the Bias
(ต้องไม่มีความลำเอียง หรือตามใจผู้ป่วยมากจนเกินไป มุ่งหาความสมดุล)

E : Evaluate Adherence
(ประเมินการให้ความร่วมมือในการใช้ยา)

ขั้นตอนที่ 5 Follow-up: Monitor & Evaluate โดยการติดตามเยี่ยมบ้านทั้งหมด 3 ครั้ง ร่วมกับแพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
การตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำกระบวนการของระบบบริหารเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการแก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้า ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย อดีตเภสัชกรระดับเชี่ยวชาญ 1 ท่าน อาจารย์เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญสาขาทางจิตเวช คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 1 ท่าน และ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลสันทราย 1 ท่าน ผู้วิจัยได้รวบรวมความคิดเห็นของ



ผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา CVI = 0.95 ซึ่งค่าค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้ คือ 0.80 ขึ้นไป (อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาเบาหวานและโรคร่วมของโรงพยาบาลสันทราย (Sansai Medication Adherence Questionnaire 1: SMAQ-1) เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ประจำคลินิกโรคเรื้อรังไม่ติดต่อแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ และได้นำแบบสอบถามไปทดสอบกับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Alpha-Coefficient Cronbach) เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ รวมถึงหนังสือ วารสารงานวิจัย วิทยานิพนธ์ และเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยในครั้งนี้
2. ผู้วิจัยขออนุมัติดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันทราย
3. ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
4. ผู้วิจัยประสานหัวหน้างานเภสัชกรรม หัวหน้างานพยาบาลผู้ป่วยนอก หัวหน้างานพยาบาลคลินิกจิตเวช หัวหน้างานศูนย์สุขภาพชุมชน แพทย์และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์

กระบวนการ และสอบถามความสมัครใจการทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยวิจัย

5. ผู้วิจัยนัดพบผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน และดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการลงเยี่ยมบ้าน ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาวิจัย ระยะเวลา พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย

6. นำข้อมูลข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ค่าการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) วิเคราะห์เปรียบเทียบความเท่าเทียมของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มอิสระต่อกัน (Fisher's exact test) วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน ด้วย Independent T-Test และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระจากกัน ด้วย Paired T-Test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เลขที่โครงการวิจัย CM 72/2566 รับรองวันที่ 7 พฤศจิกายน 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป : กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.30 มีอายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 41.70 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา



ร้อยละ 91.70 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 58.30 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 50.00 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 75.00 ระยะเวลาการเป็นเบาหวานอยู่ในช่วง 11 - 15 ปี ร้อยละ 66.70 และเป็นโรคซึมเศร้าอยู่ในช่วง 1 - 5 ปี ร้อยละ 41.60 มีโรคร่วม 3 - 5 โรค ร้อยละ 83.40 และได้รับการรักษา 5 - 10 รายการ ร้อยละ 58.30

กลุ่มควบคุม ทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 60-65 ปี ร้อยละ 50.00 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.70 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.00 ไม่ได้ทำงาน

ร้อยละ 75.00 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 66.70 ระยะเวลาการเป็นเบาหวานอยู่ในช่วง 11 - 15 ปี ร้อยละ 50.00 และเป็นโรคซึมเศร้าอยู่ในช่วง 1 - 5 ปี ร้อยละ 50.00 มีโรคร่วม 3 - 5 โรค ร้อยละ 91.70 และได้รับการรักษา 5 - 10 รายการ ร้อยละ 75.00 เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มโดยการทดสอบด้วยสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability test) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 24)

ลักษณะ	กลุ่มทดลอง (n = 12)	กลุ่มควบคุม (n = 12)	p-value
เพศ			0.48 ¹
ชาย	2 (16.7)	0 (0.0)	
หญิง	10 (83.3)	12 (100.0)	
อายุ (ปี)			0.66 ¹
60 - 65	4 (33.3)	6 (50.0)	
66 - 70	3 (25.0)	1 (8.3)	
> 70	5 (41.7)	5 (41.7)	
การศึกษา			0.39 ¹
ประถมศึกษา	11 (91.7)	8 (66.7)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	1 (8.3)	2 (16.7)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	0 (0.0)	1 (8.3)	
อนุปริญญา	0 (0.0)	1 (8.3)	
สถานภาพสมรส			0.83 ¹
โสด	3 (25.0)	1 (8.3)	
สมรส	7 (58.3)	9 (75.0)	
ม่าย/หย่า/แยก	2 (16.7)	2 (16.7)	



ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 24) (ต่อ)

ลักษณะ	กลุ่มทดลอง (n = 12)	กลุ่มควบคุม (n = 12)	p-value
อาชีพ			0.13 ¹
เกษตรกร	4 (33.30)	0 (0.00)	
รับจ้าง	2 (16.70)	3 (25.00)	
ไม่ได้ทำงาน /อื่น ๆ	6 (50.00)	9 (75.00)	
รายได้ต่อเดือน (บาท)			0.64 ¹
< 5,000	9 (75.00)	8 (66.70)	
ระหว่าง 5,001 - 10,000	3 (25.00)	2 (16.70)	
≥10,000	0 (0.00)	2 (16.70)	
น้ำหนัก (กิโลกรัม) (ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	54.77 ± 6.86	59.39 ± 12.03	0.26 ²
BMI (ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	23.34 ± 3.07	25.80 ± 4.81	0.15 ²
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน (ปี)			0.86 ¹
1 - 5	1 (8.30)	2 (16.70)	
6 - 10	2 (16.70)	2 (16.70)	
11 - 15	8 (66.70)	6 (50.00)	
≥ 16	1 (8.30)	2 (16.70)	
ระยะเวลาที่เป็นซึมเศร้า (ปี)			1.00 ¹
1 - 5	5 (41.60)	6 (50.00)	
6 - 10	3 (25.00)	4 (33.40)	
11 - 15	2 (16.70)	1 (8.30)	
≥ 16	2 (16.70)	1 (8.30)	
จำนวนการวินิจฉัย (โรคที่เป็น)			
1 - 2	1 (8.30)	0 (0.00)	1.00 ¹
3 - 5	10 (83.40)	11 (91.70)	
≥6	1 (8.30)	1 (8.30)	



ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 24) (ต่อ)

ลักษณะ	กลุ่มทดลอง (n = 12)	กลุ่มควบคุม (n = 12)	p-value
จำนวนรายการยา (รายการ)			0.67 ¹
< 5	0 (0.0)	0 (0.00)	
5 – 10	7 (58.30)	9 (75.00)	
≥ 11	5 (41.70)	3 (25.00)	

หมายเหตุ ¹Fisher's exact test, ²Independent T-test

2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ก่อนและหลังได้รับการบริหารเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการ พบว่า ผู้สูงอายุ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มทดลองหลังได้รับการบริหารเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการ มีอาการซึมเศร้าในระดับที่น้อยมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับบริหารเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการ (n = 24)

ผลลัพธ์ค่า 9Q	จำนวนผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน (ร้อยละ)					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	กลุ่มทดลอง (n=12)	กลุ่มควบคุม (n=12)	p-value	กลุ่มทดลอง (n=12)	กลุ่มควบคุม (n=12)	p-value
< 7 (ไม่มีอาการซึมเศร้า)	0 (0.00)	0 (0.00)	0.50	2 (16.70)	0 (0.00)	0.00*
7 - 12 (มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย)	0 (0.00)	1 (8.30)		8 (66.60)	1 (8.40)	
13 - 18 (มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง)	4 (33.30)	6 (50.00)		2 (16.70)	4 (33.30)	



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับบริการเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการ (n = 24) (ต่อ)

ผลลัพธ์ค่า 9Q	จำนวนผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน (ร้อยละ)					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	กลุ่มทดลอง (n=12)	กลุ่มควบคุม (n=12)	p-value	กลุ่มทดลอง (n=12)	กลุ่มควบคุม (n=12)	p-value
> 18 (มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง)	3 (25.00)	3 (25.00)		0 (0.00)	4 (33.30)	
> 7 + 8Q (มีอาการซึมเศร้าและมีความคิดอยากตาย)	5 (41.70)	2 (16.70)		0 (0.00)	3 (25.00)	

หมายเหตุ Fisher's Exact test , * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชนอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มทดลองหลังได้รับการบริการเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการ มีค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินของอาการซึมเศร่าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการประเมิน 9Q เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินของอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบริการเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการลดลงมากกว่าของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รายละเอียดตามตารางที่ 3



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการประเมิน 9Q เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลอง (n = 24)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 12)		กลุ่มทดลอง (n = 12)		t-test	p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
คะแนนประเมินอาการซึมเศร้า 9Q หลังการทดลอง (n = 12)	15.67	2.50	8.42	2.75	6.76	<0.00*

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับกลูโคสในพลาสมาของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ร่วมกับโรค ซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มทดลองหลังได้รับการบริหารเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการ มีค่าเฉลี่ยระดับกลูโคสในพลาสมาลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับกลูโคสในพลาสมาของกลุ่มตัวอย่างหลังการได้รับบริหารเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการ (n = 24)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 12)		กลุ่มทดลอง (n = 12)		t-test	p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
คะแนนค่าเฉลี่ยระดับกลูโคสในพลาสมาหลังการทดลอง (n = 12)	137.08	32.65	134.45	33.45	2.21	0.04*

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลของการพัฒนาระบบบริหารเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการแก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2567

ทำให้ทราบถึงสภาพปัญหาการให้บริหารเภสัชกรรมในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน และจุดอ่อนของระบบการดูแลผู้ป่วยที่แยกส่วน ควรปรับปรุงจากการตั้งรับในการให้บริการเป็นเชิงรุกมากขึ้นโดยบูรณาการ



ในการดูแลที่เชื่อมโยงทั้งด้านกายและจิตใจของผู้ป่วยเพื่อช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การจัดการที่เชื่อมโยงกันระหว่างโรคทางกายและภาวะทางจิต โดยเภสัชกรผ่านการเยี่ยมบ้านบูรณาการร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้มีความเข้าใจและตั้งเป้าหมายการรักษาในทิศทางเดียวกัน ค้นหาปัญหาจากการรักษาด้วยยา (Drug Therapy- Problems) และความต้องการทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน (Health needs) เพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ รวมทั้งป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ที่มีโอกาสจะเกิดขึ้น การลดการสรรหายาผลิตภัณฑ์ที่ไม่จำเป็น หรืออาจจะส่งผลต่ออาการแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ต่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชนได้ การตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพและผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน โดยการสื่อสาร ประสานความร่วมมือ และการบันทึกทางเภสัชกรรม ภายใต้การทำงานเป็นทีม ทั้งทีมเภสัชกรเองและสหวิชาชีพ ในระดับโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพชุมชน จัดระบบการจัดการด้านบริหารเภสัชกรรมลงสู่ชุมชนสามารถวิเคราะห์ถึงปัจจัยความสำเร็จของการวิจัยได้ดังนี้

1. การจัดการปัญหาทางเภสัชบำบัดได้ช่วยให้ผู้ป่วยลดภาวะซึมเศร้า พร้อมทั้งควบคุมระดับกลูโคสในพลาสมาได้ดีขึ้น พร้อมทั้งได้รับยาอย่างเหมาะสม ปลอดภัย

2. เกิดความร่วมมือของทีมนสหวิชาชีพ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการปรับปรุงการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน และทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. เกิดการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระหว่างโรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรชุมชนช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ทันทั่วถึง

5. ระบบการบริหารเภสัชกรรมที่บูรณาการทำให้การดูแลในชุมชนมีประสิทธิภาพและเน้นการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าจากชุมชนในขั้นต้นได้

6. การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในเชิงวิชาการ พบว่าผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังทั้งทางกายร่วมกับทางจิต โดยการสร้างระบบการดูแลที่มีลักษณะบูรณาการที่ครอบคลุมทั้งภาวะทางกายและจิตใจ ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

7. การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในเชิงปฏิบัติการ สามารถทำได้โดยการฝึกอบรมทีมนสหวิชาชีพให้มีทักษะการสื่อสารและการทำงานร่วมกัน เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและซึมเศร้าอย่างบูรณาการ โดยเน้นการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการรักษาและควบคุมโรคเสริมแรงจูงใจจากการใช้ทฤษฎี Motivation Interview เพิ่มการสร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลที่เข้าใจง่าย



และการร่วมตัดสินใจในการรักษา (Patient-centered care) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการรักษาเป็นส่วนหนึ่งที่ต้องรับผิดชอบร่วมกัน การสร้างเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง และการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอปรับปรุงการบริการและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้ ใช้ระยะเวลาในการศึกษาค่อนข้างสั้น ควรมีการศึกษาในระยะยาวเพื่อประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการบริหารเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการต่อความยั่งยืนของผลลัพธ์และการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาวและการวิจัยนี้ใช้เครื่องมือประเมินระยะค่อนข้างสั้น ควรมีการติดตามและประเมินผลในระยะยาว เช่น การตรวจสอบค่า HbA1c มีการวัดระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของกระบวนการบริหารในระยะยาวต่อไป ควรมีการเปรียบเทียบรูปแบบการบริหารอื่น ๆ เช่น การให้คำปรึกษาก่อน – หลังพบแพทย์ ในคลินิกผู้ป่วยนอก หรือการใช้ Tele-pharmacy เพื่อตรวจสอบความแตกต่างและประสิทธิภาพด้านอื่น ๆ ด้วย

การนำไปขยายผลและการวิเคราะห์ต้นทุน ซึ่งการขยายกลุ่มทดลองอาจต้องปรับกระบวนการให้เหมาะสมและคุ้มค่าจริง ๆ การศึกษาความคุ้มค่าและต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยในการประเมินความเป็นไปได้ในการขยายการทดลองไปยังกลุ่มใหญ่ขึ้น อีกทั้ง ควรมีการ

ขยายการศึกษาวิจัยไปยังผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคหัวใจ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและประสิทธิภาพของระบบบริหารเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการในกลุ่มโรคอื่น ด้วยเช่นกัน

การขยายการใช้ในบุคลากรทางการแพทย์นั้นควรพิจารณาการขยายการใช้แนวทางการบริหารนี้ให้กับทีมเภสัชกรและทีมสหวิชาชีพเครือข่ายชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และ ควรมีการศึกษาถอดบทเรียนในเชิงคุณภาพเกี่ยวกับกระบวนการทำงาน การรับรู้ของเภสัชกร ทีมสหวิชาชีพ และทีมเครือข่ายชุมชน เพื่อใช้ข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการดูแลและขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นพ.วรวิทย์ โฆวัชรกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสนทราย ผู้อนุมัติและสนับสนุน โครงการ, ภก.สมพงษ์ คำสาร อดีตเภสัชกรเชี่ยวชาญ ที่ปรึกษาตลอดโครงการวิจัย, พญ.ชนกพร บัวชุม แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, นพ.ปกป้อง เชื้อสุวรรณ แพทย์ที่ปรึกษาด้านงานจิตเวช ทีมเภสัชกร และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างสูงที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ และคณาจารย์จากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รศ.ดร.ภญ.พัชร์วิภา สุวรรณพรหม และ ผศ.ดร.ภญ.เรวดี เจริญร่วมจิต ผู้ร่วมวิจัย อีกทั้งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี



เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. *สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565*. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
<https://www.dop.go.th/th/know/15/926>.
- กุศลสิน กัณหา, และ นิสากกร แก้วพิลา (2558). ผลการให้คำแนะนำแบบสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*. 9(1), 29-36
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและชมรมเภสัชกรจิตเวช (2562). *คู่มือแนวทางการดำเนินงานการกระจายผู้ป่วยจิตเวชรับยาที่ร้านขายยา สำหรับสถาบัน / โรงพยาบาลจิตเวช ในสังกัดกรมสุขภาพจิตและโรงพยาบาลแม่ข่าย*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครราชสีมา: โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์.
- จุลารักษ์ เทพกลาง. (2562). การพัฒนาระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุในหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 6(1), 70 – 77.
- ชลวิภา สุกข์ขณานุรักษ์, วิโรดม ใจสนุก, และเบญจา มุกตพันธ์. (2559). ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าและความเครียดกับระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน ของโรงพยาบาลน้ำพองจังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 31(1), 34-46.
- ธนภุต มงคลชัยภักดี. (2557). *ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ณ โรงพยาบาลตำรวจ* [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 5. ยูเอเอ็นไอ อินเทอร์เน็ต.
- อาจารย์ ธรรมยุรา. (2564). การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ในศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. *Journal of Primary Care and Family Medicine*, 4(1), 11-21.
- ปิติคุณ เสตะปุระ, และ ณัฐธกุล ไชยสงคราม. (2564). *ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย*. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(3), 1070-1084.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต. *แนวทางการระดับมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. 2563-2564*. *คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต*, 1-2.
- วลัยพร นันทศุภวัฒน์, จิระภา ศิริวัฒน์เมธานนท์, และพร้อมจิตร ท่อนบุญเหิม. (2552). *สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ*. *วารสารสมาคม*



- พยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 27(1), 27-32.
- สาวิตรี วิษณุโยธิน และ นชพร อธิธิวิศกุล. (2553). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, 16(1), 5-22.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. บริษัทศรีเมืองการพิมพ์.
- อัญชกรณั คำสาร. (2566). การพัฒนาระบบงานเภสัชสนเทศเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพงานระบบยา โรงพยาบาลลำพูน ปี 2558-2562. วารสารคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ, 3(1), 4 – 19.
- Cipolle, R. J., Strand, L. M., Morley, P. C. (2012). *Pharmaceutical Care Practice: The Patient Centered Approach to Medication Management Service*. <https://accesspharmacy.mhmedical.com/book.aspx?bookID=491>.
- DiPiro J.T., Yee G.C., Posey L.M., Haines S.T., Nolin T.D., Ellingrod V., (2020). *Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach*. 11th Edition . New York. McGraw-Hill Education, 3570-3667.
- Karen Whalen, & Hardin H. C. (Eds.). (2018). *Medication Therapy Management: A Comprehensive Approach* (2nd ed.). McGraw-Hill Education. <https://accesspharmacy.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2319§ionid=180046276>.
- The American Society on Aging and the American Society of Consultant Pharmacists Foundation. Adult Medication: improving medication adherence in older adults. http://adultmedication.com/downloads/Adult_Medication.pdf.
- Joint Commission of Pharmacy Practitioners. *Pharmacist' Patient Care Process*. (2014). <https://jcphp.net/wp-content/uploads/2016/03/Patient-Care-Process-with-supporting-organizations.pdf>.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2017). *World Population Prospects: The 2017 Revision*, DVD Edition



World Health Organization. (2003).

*Adherence to long-term
therapies: evidence for action.*

[http://www.who.int/chronic_conds/
itions/adherencereport/en/](http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en/).

World Health Organization. (2016). *Global*

Report on diabetes.

[http://www.who.int/newsroom
/fact-sheets/detail/diabetes.](http://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/diabetes)

The development of a Community Based Treatment and Care for drug use in Phrae¹

Pakorn Wachirukgul²

Received: 28 November 2024

Accepted: 20 December 2024

Abstract

This participatory action research aimed to develop and study the effects of a Community Based Treatment (CBTx) for drug use in Phrae province, Thailand, and to examine factors associated with drug treatment under the community-participated rehabilitation approach. The study involved 512 participants, with data collected through questionnaires, focus group discussions, and the national narcotics treatment and rehabilitation data system. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, and correlation coefficient.

The results revealed that the community-participated treatment model for drug users consisted of six steps: 1) establishment of community working group, 2) assessment and identification of drug users for voluntary treatment program participation, 3) screening, diagnosis evaluation, and treatment planning, 4) group therapy activities, 5) follow-up care by health teams and community leaders, and 6) treatment outcome evaluation. Factors significantly associated with treatment effectiveness under the community-participated rehabilitation model at the 0.05 level ($P < 0.00$) were: 1) alignment with community needs, 2) strong community leaders, 3) shift in community members' perspectives, 4) target group coverage, and 5) multi-sectoral collaboration.

Keywords: drug use, Community Base Treatment and Care

¹ Academic Article

² Public Health Technical Officer, Professional Level, Phrae Provincial Public, E-mail : pkjob53@hotmail.com

การพัฒนาารูปแบบการบำบัดผู้เสพ ผู้ใช้ยาเสพติดโดยรูปแบบการบำบัดฟื้นฟู โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในจังหวัดแพร่¹

ปกรณ์ วชิรกุล²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการบำบัดผู้เสพ ผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในจังหวัดแพร่ และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การบำบัดผู้ใช้ ผู้เสพสารเสพติด ภายใต้การใช้รูปแบบการบำบัดผู้ใช้ ผู้เสพสารเสพติดโดยรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 512 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม ร่วมกับการใช้รายงานระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการบำบัดผู้เสพ ผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนมีขั้นตอนแนวทางการบำบัด ได้แก่ 1) การจัดตั้งคณะทำงานของชุมชน 2) การประเมินและค้นหาผู้เสพ ผู้ใช้สารเสพติดเพื่อเข้าร่วมโครงการบำบัดโดยสมัครใจ 3) การตรวจคัดกรองการประเมินการวินิจฉัยและการวางแผนการรักษา 4) การบำบัดผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติดด้วยกิจกรรมกลุ่มบำบัด และ 5) การติดตามดูแลช่วยเหลือโดยทีมสุขภาพ และแกนนำชุมชน 6) การประเมินผลการบำบัด ผลหลังดำเนินการบำบัด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบำบัดผู้ใช้ ผู้เสพสารเสพติด ภายใต้การใช้รูปแบบการบำบัดผู้ใช้ ผู้เสพสารเสพติดโดยรูปแบบ การบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P < 0.00$) คือ 1) สอดคล้องกับความต้องการของคนในชุมชน 2) ความเข้มแข็งของผู้นำชุมชน 3) การปรับเปลี่ยนมุมมองวิธีคิดของคนในชุมชน 4) ความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และ 5) ความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

คำสำคัญ: ผู้เสพ ผู้ใช้ยาเสพติด การบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

¹ บทความวิชาการ

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ อีเมล pkjob53@hotmail.com



บทนำ

ปัญหา ยาเสพติด เป็นปัญหาสำคัญในระดับนานาชาติ รายงานสถานการณ์ United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) พบว่า ในปี ค.ศ. 2017 ผู้ใช้สารเสพติดทั่วโลกประมาณ 271 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.50 ของประชากรโลก ยาเสพติดที่ใช้มากที่สุด คือ กัญชา 188 ล้านคน รองลงมาคือ ผีนและอนุพันธ์ของฝิ่น 53 ล้านคน กลุ่มแอมเฟตามีน 29 ล้านคน เฮโรอีน 21 ล้านคน ยาเสพติดที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ ยาเสพติดประเภท สารสังเคราะห์กลุ่ม ATS โดยเฉพาะเมทแอมเฟตามีน โดยพบว่าทวีปเอเชียตะวันออกและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เป็นตลาดเมทแอมเฟตามีนที่ใหญ่ที่สุดในโลก (World Drug Report, 2019)

สถานการณ์ในประเทศไทย พบว่า กลุ่มผู้เสพยาเสพติดส่วนใหญ่ร้อยละ 23.70 มีอายุระหว่าง 20-24 ปี และเป็นกลุ่มผู้ใช้แรงงานและรับจ้าง ยาเสพติดที่มีการใช้มากที่สุด คือ ยาบ้า ร้อยละ 76.30 พื้นที่ภาคเหนือเป็นพื้นที่หลักในการนำเข้ายาเสพติดและพื้นที่ภาคตะวันตก ภาคกลาง ปริมณฑล และกรุงเทพมหานคร เป็นพื้นที่ลำเลียงรับส่ง แหล่งเก็บพักยาเสพติด (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2563 - 2565) ซึ่งจะเห็นว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดภายในประเทศส่งผลกระทบต่อด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 มีการสูญเสียเงินไปกับการซื้อยาเสพติดคิดเป็น 625 ล้านบาทต่อวัน และสูญเสียไปกับการบำบัดฟื้นฟู และช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ปีละไม่ต่ำกว่า 2,000 ล้านบาท รวมมูลค่าการสูญเสียทางเศรษฐกิจกว่า 5 แสนล้านบาทต่อปี

ด้านสุขภาพพบปัญหาการสูญเสียสุขภาพจากการเสพยาเสพติด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพบปัญหาทางร่างกายและจิตใจ ด้านสังคมพบปัญหา ยาเสพติด สร้างความเดือดร้อนให้แก่ชุมชนอาชญากรรม ความไม่ปลอดภัยต่อทรัพย์สินในชุมชน เป็นต้น (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปราม ยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป.)

ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด กำหนดให้ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นเลขานุการของคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ขับเคลื่อนนโยบาย และยุทธศาสตร์เกี่ยวกับการป้องกันยาเสพติด การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและพฤติกรรมของผู้ติดยาเสพติด ในส่วนของรูปแบบการบำบัดรักษา การติดยาเสพติด มีหลายวิธีการที่นำมาใช้บำบัดรักษา ได้แก่ การบำบัดรักษาโดยการใช้อาการบำบัดทางจิตสังคมและการบำบัดทางชุมชน การบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) การสัมภาษณ์ และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing / Motivational Enhancement therapy) การบำบัดครอบครัว (Family therapy) การเสริมแรงจากชุมชน (Community reinforcement approach) ชุมชนบำบัด (Therapeutic community) การบำบัดในชุมชน (Community-based treatment) เป็นต้น (รัศมน กัลยาศิริ, 2561)

เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหา ยาเสพติด อย่างเร่งด่วน บรรลุผลอย่างเป็นรูปธรรม กระทรวงสาธารณสุข มีข้อสั่งการเพื่อขับเคลื่อน



นโยบายเร่งด่วนในการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 โดยให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเตรียมความพร้อม เพื่อรองรับการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดอย่างครอบคลุมและทันทั่วทั้งที่ ทั้งนี้ได้กำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขทุกจังหวัด เร่งรัด สนับสนุน ร่วมการดำเนินงานบูรณาการหน่วยงานในพื้นที่เพื่อบำบัดรักษา ฟื้นฟู และติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and Rehabilitation, CBTx) ให้ครอบคลุมทุกตำบล มีการปรับเปลี่ยนจากการรับรักษาตัวแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลมาเป็นรูปแบบการบำบัดผู้ติดยาเสพติดโดยใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟู โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and Care, CBTx) เพราะมีหลักฐานจากเอกสารอ้างอิงจากทั่วโลกระบุว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชนมีอัตราการเข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาล หรือห้องฉุกเฉินหรือประวัติทางอาชญากรรมลดลงอย่างเห็นได้ชัด (United Nation Office on Drug Crime; UNODC, 2014) โดยความหมายตามนิยามของ UNODC ได้ อธิบายการดำเนินการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ ต้องตั้งอยู่ในชุมชน มีการเสริมสร้างอำนาจของชุมชนโดยการระดมทรัพยากรของชุมชน และการมีส่วนร่วม ด้วยการดำเนินชีวิตวิถีทางจิตวิทยาและสังคมศาสตร์ เป็นรูปแบบศูนย์รักษาผู้ป่วยนอกโดยมีการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง มีการบริการแบบบูรณาการการรักษาฟื้นฟูเข้าสู่การบริการทางสังคมและสุขภาพในชุมชน โดยมี

หลักการสำคัญอยู่ 9 ประการในการรักษาผู้ติดยาเสพติด ตามที่ระบุไว้ในเอกสารของสำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) และองค์การอนามัยโลก (WHO) ประจำปี 2008 กล่าวถึง “หลักการของการรักษาผู้ติดยาเสพติด” โดยมีข้อเสนอแนะในการเพิ่มการรักษาที่มีคุณภาพที่ละเล็กทีละน้อย ดังนี้ 1) การหาการให้บริการรักษาได้ง่ายๆ และการเข้าถึงการบริการรักษา (Availability and Accessibility of Dependence Treatment) 2) การตรวจคัดกรอง การประเมิน การวินิจฉัยและการวางแผนการรักษา (Screening, Assessment, Diagnosis and Treatment Planning) 3) การรักษาผู้ติดยาเสพติดจากแหล่งฐานข้อมูลที่ได้รับแจ้ง (Evidence-Informed Dependence Treatment) 4) การรักษาผู้ติดยาเสพติด สิทธิมนุษยชน และศักดิ์ศรีของผู้ป่วย (Dependence Treatment, Human Rights and Patient Dignity) 5) กลุ่มเป้าหมายกลุ่มย่อย (Targeting Special Subgroups) 6) การรักษาพฤติกรรมการติดยาเสพติดและระบบความยุติธรรมทางอาญา (Dependence Treatment and the Criminal Justice System) 7) การมีส่วนร่วมของชุมชน การมีส่วนร่วมและการปฐมนิเทศผู้ป่วย (Community Involvement, Participation and Patient Orientation) 8) การให้บริการรักษาผู้ติดยาโดยวิธีปรับปรุงคุณภาพของการบริการผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ (Clinical Governance of Dependence Treatment Services) และ 9) ระบบการรักษารับการพัฒนา นโยบาย การวางแผนเชิงกลยุทธ์ และ



การประสานงาน (Treatment Systems: Policy Development, Strategic Planning and Co-ordination of Services) จากหลักการดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นจะต้องอาศัยคนในชุมชนมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการของการบำบัดตั้งแต่คัดกรอง ค้นหา และให้คำปรึกษา (UNODC, 2008) พื้นที่จังหวัดแพร่ได้เริ่มดำเนินกิจกรรมในเดือน เมษายน พ.ศ. 2566 ในขณะนั้นเริ่มมีการจัดประชุมทำความเข้าใจในการดำเนินงาน และดำเนินงานในพื้นที่นำร่อง 8 แห่งครอบคลุมทุกอำเภอ สถิติผู้ใช้ผู้เสพยาเสพติดใน 8 อำเภอของจังหวัดแพร่ ปี พ.ศ. 2566 เท่ากับ 1,662 คน ดังนั้นเพื่อให้จังหวัดแพร่ได้มีรูปแบบการบำบัดรักษาผู้เสพ ผู้ใช้สารเสพติดโดยรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เชื่อมโยงทั้งด้านผู้ป่วยยาเสพติด ครอบครัว ชุมชน อันจะทำให้สามารถนำเสนอรูปแบบใหม่ในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและส่งผลให้การดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สามารถค้นหาผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่ ชุมชนให้มีความครอบคลุมและเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดด้วยความสมัครใจ ลดปัญหายุติการบำบัดหรือกลับไปเสพซ้ำ “แบบใกล้บ้านใกล้ใจ เข้าถึง ฟังได้ ไม่ตีตรา” และนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบบริการให้สามารถรองรับความต้องการในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดได้อย่างเหมาะสมเป็นรูปธรรม และมุ่งสู่ผลสำเร็จตามเป้าหมายของการดำเนินงานจึงมีความจำเป็นที่ต้องค้นหา

กระบวนการและปัจจัยที่จะส่งผลต่อการบำบัดรักษาผู้ใช้ ผู้เสพสารเสพติด อันจะนำไปสู่การมีรูปแบบในการดำเนินงานที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้เสพ ผู้ใช้สารเสพติดโดยรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในจังหวัดแพร่
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบำบัดผู้เสพ ผู้ใช้สารเสพติดโดยรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในจังหวัดแพร่
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบำบัดผู้เสพ ผู้เสพสารเสพติดภายใต้การใช้รูปแบบการบำบัดผู้เสพ ผู้ใช้สารเสพติดโดยรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในจังหวัดแพร่

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยอาศัยวิธีการเก็บข้อมูลแบบผสานวิธี คือ เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดำเนินการตามวงจรการวิจัย 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นวางแผน (plan) ขั้นลงมือปฏิบัติ (action) ขั้นสังเกตการณ์ (Obser) และขั้นสะท้อนผล (reflect) โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

การศึกษาระยะที่ 1 ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อศึกษาสถานการณ์ ประเมินสภาพปัญหา การใช้สารเสพติดในชุมชนในพื้นที่ทั้ง 8 อำเภอ จากข้อมูล



หุติยภูมิ แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด แนวทาง และการป้องกัน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้เสพ ผู้ใช้สารเสพติดโดยรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในจังหวัดแพร่ โดยการศึกษาขั้นตอน กระบวนการและวิธีการบำบัดผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติดโดยใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่ทั้ง 8 อำเภอ และใช้รูปแบบกับกลุ่มเป้าหมาย

การศึกษาระยะที่ 3 ศึกษาผลการใช้รูปแบบการบำบัดรักษาผู้เสพ ผู้ใช้สารเสพติดโดยรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในจังหวัดแพร่ โดยการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 8 อำเภอ

การศึกษาระยะที่ 4 ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานบำบัดผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติดโดยรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดแพร่ โดยการตอบแบบสอบถาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาระยะที่ 1 ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นเอกสารเกี่ยวกับสถานการณ์ ประเมินสภาพปัญหา การใช้สารเสพติดในชุมชนในพื้นที่ทั้ง 8 อำเภอ จากข้อมูลหุติยภูมิ แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด แนวทางและการป้องกัน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้เสพ ผู้ใช้สารเสพติดโดยรูปแบบการ

บำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ 8 อำเภอ ผู้ให้ข้อมูลคือ

กลุ่มที่ 1 กลุ่มบุคลากรทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการบำบัด ประชากร ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่งานบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของโรงพยาบาล 2) เจ้าหน้าที่ตำรวจ 3) เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง จำนวนกลุ่มละ 8 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มแกนนำชุมชนและแกนนำด้านสุขภาพ ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกับผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในรูปการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ 1) ผู้ใหญ่บ้าน 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวนกลุ่มละ 8 คน ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

กลุ่มที่ 3 กลุ่มญาติผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในรูปการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 8 คน ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

กลุ่มที่ 4 กลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในรูปการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 8 คน

การศึกษาระยะที่ 3 ศึกษาผลการใช้รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติดโดยรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในจังหวัดแพร่ ในพื้นที่ 8 อำเภอ ผู้ให้ข้อมูล คือ

กลุ่มที่ 1 กลุ่มบุคลากรทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการบำบัด ประชากร ได้แก่



1) เจ้าหน้าที่งานบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของโรงพยาบาล 2) เจ้าหน้าที่ตำรวจ 3) เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง จำนวนกลุ่มละ 8 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มแกนนำชุมชนและแกนนำด้านสุขภาพ ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกับผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในรูปการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ 1) ผู้ใหญ่บ้าน 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวนกลุ่มละ 8 คน ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

กลุ่มที่ 3 กลุ่มญาติผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในรูปการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 8 คน ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

กลุ่มที่ 4 กลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในรูปการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 8 คน ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

การศึกษาระยะที่ 4 ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานบำบัดผู้เสพยา ผู้ใช้ยาเสพติดโดยรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดแพร่ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนทั่วไปที่อาศัยอยู่ประจำถิ่น 6 เดือน ในชุมชนเดียวกับผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในรูปการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งนี้จำนวนกลุ่มตัวอย่างสามารถเป็นตัวแทนที่จะทำให้เกิดความเข้าใจในเรื่องที่สนใจศึกษา กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยตาราง

สำเร็จรูปของ Taro Yamane ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 400 คน

เกณฑ์คัดเข้า

1. กลุ่มบุคลากรทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดแพร่

2. กลุ่มแกนนำชุมชนหรือแกนนำด้านสุขภาพที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกับผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในรูปการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดแพร่

3. กลุ่มญาติผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในรูปการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดแพร่

4. กลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในรูปการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดแพร่

5. ประชาชนทั่วไปที่อาศัยอยู่ประจำถิ่น 6 เดือน ในชุมชนเดียวกับผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในรูปการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

เกณฑ์คัดออก

1. มีปัญหาในการสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยไม่ได้

2. ไม่ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ

1. แนวทางการสนทนากลุ่ม (Guideline for Focus Group Discussion)



2. แบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติดโดยรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในจังหวัดแพร่ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึงมากที่สุด (6 คะแนน) จำนวน 31 ข้อคำถาม ที่มีการออกแบบจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานบำบัดผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติดโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แนวทางการสนทนากลุ่ม ร่วมออกแบบและขอคำแนะนำร่วมกับผู้เชี่ยวชาญการทำงานในชุมชนรวมถึงผู้เชี่ยวชาญการบำบัดสารเสพติด เพื่อในการสนทนากลุ่มตัวแทน ในขั้นตอนการออกแบบรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. แบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติดโดยรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในจังหวัดแพร่ที่มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง ครอบคลุมของเนื้อหา และนิยามพฤติกรรมที่ต้องการศึกษา จากนั้นนำมาแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ การหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา พร้อมทั้งนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่น

(Reliability) โดยการนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เพื่อหาคุณภาพของแบบสอบถาม โดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบัก (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า ความเชื่อมั่น 0.87

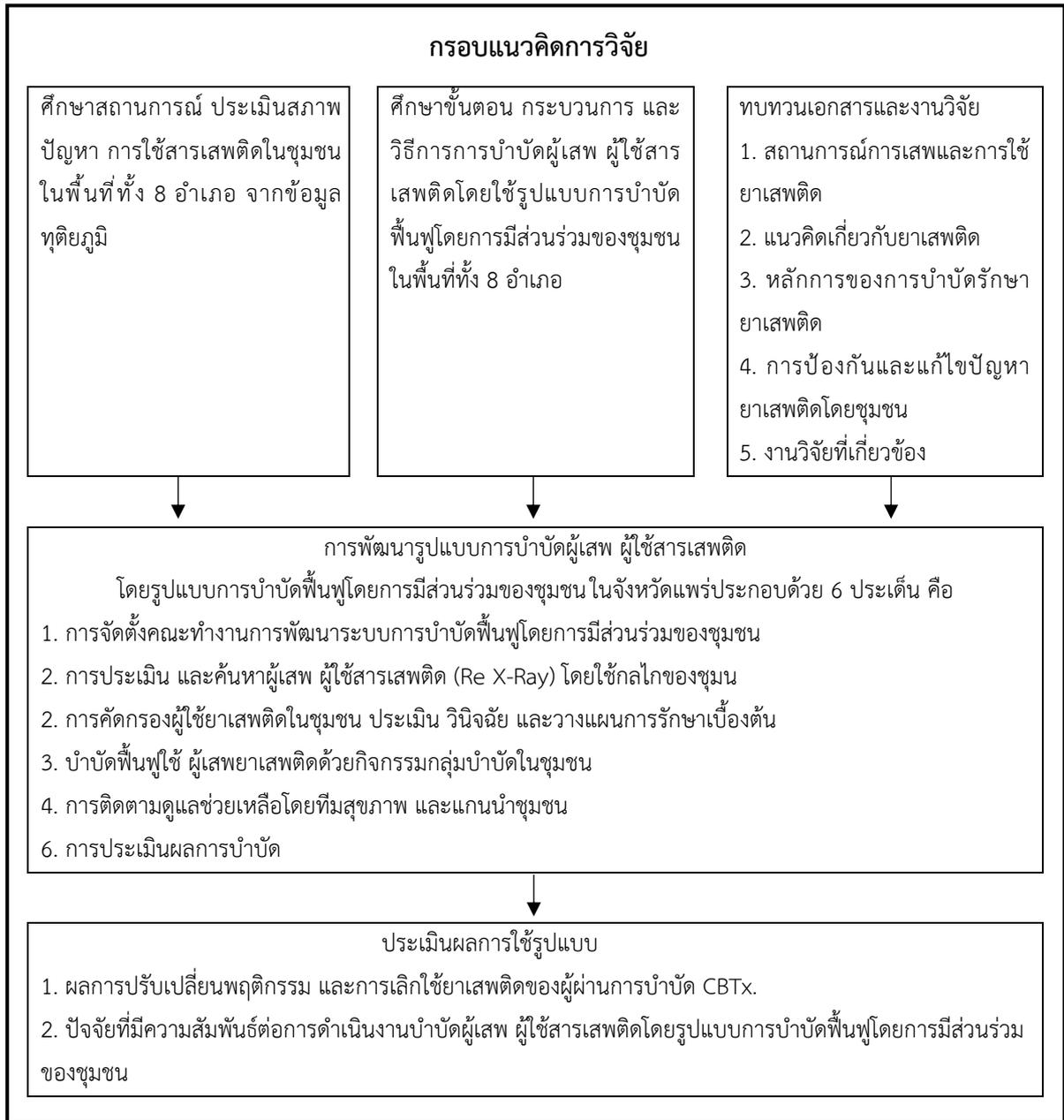
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับการวิจัยโดยมีการสอบถามความสมัครใจในการใช้ข้อมูลและผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลการขออนุญาตจดรายละเอียดและบันทึกเสียงขณะสนทนากลุ่ม รวมไปถึงระยะเวลาและสถานที่ที่ใช้ ขณะสนทนากลุ่มผู้ร่วมสนทนา มีสิทธิ์ตอบหรือไม่ตอบคำถามของผู้วิจัยได้และที่สำคัญผู้วิจัยจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ที่เป็นผลเสียต่อผู้ให้ข้อมูลใน การวิจัยและผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมข้อมูลทั้งหมดจะไม่มีการนำไปใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองได้จะถูกลบไปใช้เพื่อใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล/สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยมีการจัดระเบียบข้อมูล จัดกลุ่ม จัดประเภท และวิเคราะห์ หาข้อสรุป

2. ข้อมูลในเชิงปริมาณ ได้แก่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป



ผลการวิจัย

ผลการศึกษาระยะที่ 1 ศึกษาและรวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติดในสถานพยาบาลของรัฐจากระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ในปีงบประมาณ 2566 พบว่าจังหวัดแพร่มีผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจในสถานพยาบาลยาเสพติด จำนวน 1,953 คน ซึ่งจากการติดตามพบว่ามีมารับ

การบำบัดซ้ำ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี จากข้อมูลพบว่า สารเสพติดที่แพร่ระบาดในพื้นที่อันดับแรกเป็นยาบ้า รองลงมาเป็นกัญชา ซึ่งการแพร่ระบาดของยาเสพติดในจังหวัดแพร่มีการกระจายทั่วทุกพื้นที่ พบมากที่สุดพื้นที่ของอำเภอเมือง รองลงมาคืออำเภอสูงเม่นด้านอัตราการจ่ายของเจ้าหน้าที่ให้บริการด้านการบำบัดรักษา พบว่าเจ้าหน้าที่ที่ให้การบำบัดรักษาในโรงพยาบาลชุมชนมีเพียงแห่งละ 1 คน



ซึ่งไม่เพียงพอกับจำนวนผู้เข้ารับการรักษาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกันมีการเริ่มดำเนินงานรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและให้ประชาชนในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น โดยมีผู้เข้าบำบัดจำนวน 213 คน และมีผู้ผ่านการบำบัดทั้งหมด 209 คน มีอัตราการหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน (remission rate) ร้อยละ 91.80

ผลการศึกษาในระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติดโดยใช้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดแพร่ โดยศึกษา ทั้ง 8 อำเภอ อาศัยกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้รูปแบบการประชุมกลุ่ม (Focus group) และการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยการจัดกลุ่มข้อมูล (Categories) เนื้อหาที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ทำการเชื่อมโยงเนื้อหาแต่ละส่วนเข้าด้วยกันเพื่อหาข้อสรุป (proposition) ทั้งในภาพรวมและส่วนย่อยของข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นจากตัวแทนผู้มีส่วนร่วมทุกอำเภอที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการบำบัดรักษา ยาเสพติด โดยรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคประชาชนที่ทำให้การดำเนินงานบำบัดรักษา ยาเสพติด ดำเนินงานขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมในพื้นที่ จากการประชุมทำให้ทราบรูปแบบการบำบัด โดยสรุปจากการดำเนินกระบวนการวิจัยในขั้นตอนที่ 2 มีขั้นตอน กระบวนการ และวิธีการบำบัดรักษา ผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติดโดยรูปแบบการบำบัดฟื้นฟู โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

1. ชุมชนจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าส่วนใหญ่การจัดตั้งคณะกรรมการดังกล่าว

เกิดจากความเห็นพ้องร่วมกัน ของคนในชุมชน ที่จะต้องเร่งดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติด เนื่องจากส่งผลกระทบต่อชุมชน และนำไปสู่ปัญหาอื่น ๆ เช่น ปัญหาด้านครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ เป็นต้น จึงได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการประกอบด้วยผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จิตอาสาในชุมชน โดยมีหน้าที่ 1) สำรวจและค้นหาผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติด และคัดกรองการใช้ยาเสพติด 2) ร่วมดำเนินกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟู โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 3) ประสานการดำเนินงานกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และ 4) ติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดอย่างต่อเนื่อง โดยแต่ละชุมชนมีจุดแข็งคือมีการวางระบบการปกครองชัดเจนเป็นหมู่บ้านเข้มแข็ง ผู้นำชุมชนให้ความสำคัญ ดำเนินการตามแนวทางชุมชนยั่งยืน โดยปกคลุมจุดเสี่ยงในชุมชน และบางส่วนเป็นหมู่บ้านกองทุนแม่ของแผ่นดิน ที่มีการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดมาอย่างต่อเนื่องเดิมอยู่แล้ว

2. การประเมินและค้นหาผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติด โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า การที่จะให้ผู้ป่วยยาเสพติดที่อยู่ในชุมชนยอมรับ และเข้าร่วมการบำบัดการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น จะต้องมีการค้นหาและคัดกรองผู้ที่เข้าบำบัดโดยคนในชุมชนเองเพราะเป็นคนใกล้ชิด ค้นเคย บางครั้งเป็นญาติกัน กระบวนการค้นหาและชักชวนเข้าร่วมบำบัด จึงเป็นกระบวนการที่สำคัญเพื่อลดความขัดแย้ง ข้อกล่าวหา และสืบหาผู้เกี่ยวข้อง เพื่อมาชักชวนหรือโน้มน้าวให้เข้าร่วมโครงการบำบัดโดยสมัครใจ

3. การคัดกรอง การวินิจฉัยอาการและ



การวางแผนการรักษาเบื้องต้น โดยการใช้แบบ
คัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติด
เพื่อรับการบำบัดรักษาของกระทรวงสาธารณสุข
(บคก.กสร.) V2 พบว่าเนื่องจากระดับของผู้ใช้
ผู้เสพยาเสพติดแตกต่างกัน ดังนั้นจำเป็นที่จะต้อง
มีการประเมิน คัดกรองผู้สมัครใจเข้าบำบัด
เบื้องต้นโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ร่วมกับ
การให้ข้อมูลพฤติกรรม โดยคณะทำงานหรือ
อาสาสมัครในชุมชน และจะต้องเคารพสิทธิ
มนุษยชน ถือว่าผู้ใช้ยา ผู้เสพยาเสพติด
เป็น “ผู้ป่วย” เพื่อทำความเข้าใจกับคนในชุมชน
ให้ยอมรับและให้กำลังใจผู้เข้าบำบัดให้สามารถ
ผ่านกระบวนการและเลิกใช้สารเสพติด
ทำให้ชุมชนสามารถเตรียมทรัพยากรทั้งคน
เงิน ระยะเวลาการบำบัด ได้เหมาะสม และหากมี
เจ้าหน้าที่ จากภายนอกเข้ามาช่วยเหลือ
จะสามารถประสานงานร่วมกับคนในชุมชนในการ
ดูแลผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม

4. การบำบัดผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติดด้วย
กิจกรรมกลุ่มบำบัดในชุมชน สรุปรกระบวนการ
บำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ
การใช้รูปแบบกิจกรรมกลุ่มบำบัดในชุมชน
โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครชุมชนและ
แกนนำหมู่บ้าน ที่ผ่านการอบรมกระบวนการ
บำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
หมู่ละ 15 คน มีศูนย์คัดกรองที่จัดตั้งขึ้นมาดูแล
มีการประชุมคณะทำงานทุกเดือน ชุมชนสามารถ
มีส่วนร่วมในการบำบัดกำหนด และจัดกิจกรรม
อื่นๆ เสริมตามบริบทของชุมชน เช่น กิจกรรมปลูก
ผัก กิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมการบำเพ็ญ
ประโยชน์ เป็นต้น โดยในกระบวนการกิจกรรม
กลุ่มบำบัดได้กำหนด 4 ครั้ง ครั้งที่ 1 โรคสมอง
ติดยา ครั้งที่ 2 หยุดวงจรการใช้ยาเสพติด

(ตัวกระตุ้นและหยุดวงจรการใช้ยาเสพติด)
ครั้งที่ 3 หยุดวงจรการใช้ยาเสพติด (ตารางกำหนด
กิจกรรมประจำวันสำคัญหรือไม่) ครั้งที่ 4
การดูแลตนเองและการสร้างความไว้วางใจ
ในครอบครัว โดยสิ่งสำคัญในกิจกรรมกลุ่มบำบัด
เป็นกระบวนการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้
สร้างแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด การเสริมแรง
สร้างความตระหนัก การประเมินปัญหาและแก้ไข
ปัญหา การตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน และการมีส่วน
ร่วมของครอบครัว ชุมชนในการดูแล

5. การติดตามดูแลช่วยเหลือโดยทีม
สุขภาพ และแกนนำชุมชน พบว่าส่วนใหญ่ทั้ง
8 แห่ง มีกระบวนการในการติดตามพฤติกรรมและ
ความก้าวหน้าหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมที่ชุมชน
วางไว้ในขั้นตอนที่ 4 ตามบริบทแต่ละแห่งจนครบ
กระบวนการบำบัด 3 – 6 เดือน โดยอาศัยการ
ติดตามจากคณะทำงานในชุมชนเอง ด้วยการ
สอบถามโดยใช้วิธีแบบไม่เป็นทางการและอาจจะ
เรียกได้ว่าเป็นขั้นการติดตามดูแล (After-Care)
โดยเป็นการติดตามดูแลผู้ที่ผ่านกระบวนการบำบัด
ฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้
คำแนะนำปรึกษา ให้กำลังใจ ทั้งนี้เพื่อมิให้หวน
กลับไปเสพยาซ้ำอีก จะมีการเยี่ยมเยียน การใช้
แบบสอบถาม หรือรวมไปถึงการตรวจปัสสาวะ
หาสารเสพติด

6. การประเมินผลการบำบัด พบว่า
ทุกชุมชนที่เข้าร่วมให้ข้อมูลว่าจะเป็นขั้นตอน
สุดท้ายในการดำเนินงาน เพื่อประเมินผลผู้ป่วย
แต่ละรายหลังการบำบัด เพื่อประกาศให้ชุมชนทราบ
เพื่อลดมลทินทางสังคมและมอบใบเกียรติบัตร
เมื่อสามารถหยุดการใช้ยาได้ 3-6 เดือน เพื่อเป็น
กำลังใจไม่ให้นำกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ



สรุป ในขั้นตอนที่ 2 ของการวิจัยทำให้เราทราบกระบวนการสำคัญจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญของแต่ละชุมชน กระบวนการดำเนินงานบำบัดผู้ใช้ผู้เสพยาเสพติดโดยกระบวนการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดแพร่ มีการดำเนินงานเริ่มจากผู้ประสานงานของฝ่ายสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดแพร่โดยประชุมหัวหน้าส่วนนำโดยผู้ว่าราชการจังหวัด นายอำเภอ ผู้นำท้องถิ่น และชุมชนที่มีความพร้อมด้านการบริหารจัดการและสนใจเข้าร่วม จากนั้นกำหนดดำเนินการโดยประสานผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดระดับอำเภอทั้งฝ่ายปกครอง สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดให้ความรู้ อบรมแกนนำอาสาสมัคร/จิตอาสา ตัวแทนทุกหมู่บ้าน ในการบำบัดผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติดรูปแบบกิจกรรมกลุ่มบำบัด การให้คำแนะนำแบบสั้น BRIEF ADVICE (BA) จากนั้นแต่ละอำเภอคัดเลือกชุมชนนำร่องบางพื้นที่ใช้ชุมชนที่ผ่านการจัดโครงการชุมชนยั่งยืน หรือบางพื้นที่เลือกชุมชนที่เป็นกองทุนแม่ของแผ่นดิน ดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินการค้นหากลุ่มผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติดในชุมชนที่อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ โดยคัดกรองเฉพาะกลุ่มคนที่เป็นผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติด โดยการใช้แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษาของกระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 จะดำเนินการบำบัดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครในชุมชนโดยใช้หลักการบำบัดด้วยกิจกรรมกลุ่มบำบัดในชุมชนควบคู่กับการให้คำแนะนำแบบสั้น (BA: Brief Advice) และติดตามต่อเนื่องโดยรูปแบบไม่เป็นการ และสุดท้ายมีติดตามผลการบำบัดให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษาระยะที่ 3 ศึกษาผลของรูปแบบการบำบัดผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติดโดยรูปแบบบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดแพร่ จากกระบวนการวิจัยในขั้นตอนที่ 2 ทำให้ได้รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดแพร่ โดยมีรายละเอียดและผลการนำขั้นตอนของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในพื้นที่จังหวัดแพร่ ประกอบด้วยแนวทาง 6 ขั้นตอน คือ

1. ชุมชนจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยพบว่าคณะกรรมการในชุมชนที่จัดตั้งขึ้นมีการประชุม และแสดงความคิดเห็น กำหนดแบ่งบทบาทหน้าที่เพื่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นแกนนำที่มีอยู่เดิมแล้ว นอกจากนี้ได้กำหนดสถานที่เป็นศูนย์กลางในการนัดหมายอาสาสมัครและผู้เข้ารับการบำบัดมาร่วมกิจกรรม ปัญหาที่พบในขั้นตอนนี้คือขาดความมั่นใจในการนำผู้ป่วยยาเสพติดมาบำบัดเองในชุมชน จึงไม่ต้องการให้ใช้สถานที่ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการบำบัด แต่ในขั้นตอนนี้ใช้มติประชาคมอาศัยความร่วมมือและชี้แจงกระบวนการคัดกรองผู้ที่ จะนำมาบำบัดจึงแก้ปัญหาในขั้นตอนนี้ได้

2. ประเมินและค้นหาผู้เสพยาเสพติด โดยพบว่ามีการดำเนินการ ในรูปแบบคณะกรรมการ บูรณาการ ประกอบด้วยตำรวจ ปกครอง และคณะกรรมการในชุมชน ทำการค้นหาผู้มีพฤติกรรมเสพยาเสพติดในชุมชน และจัดทำบัญชีรายชื่อนำเข้าสู่เวทีประชาคมเพื่อประเมิน และแจ้งผลให้ผู้มีรายชื่อทราบ ในขั้นตอนนี้มีการใช้วิธีการตรวจสอบสวาทะหาสารเสพติดในรายที่ไม่ยอมรับหรือปฏิเสธ โดยชุมชนมีส่วนร่วมใช้กระบวนการพูดคุยทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัว ชักชวน



อย่างไม่เป็นทางการในการเข้ารับการบำบัดรักษาตามขั้นตอน

3. การตรวจคัดกรอง การประเมิน การวินิจฉัยและการวางแผนการรักษาเบื้องต้นโดยพบว่า การคัดกรองใช้แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษาของกระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ. V.2) จำแนกเป็นผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติด โดยพบผู้ใช้ ผู้เสพ จำนวน 145 คน ยินยอมเข้ารับการบำบัดรูปแบบบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 80 คน ขณะทำงานในชุมชนมีการวางแผนการรักษา ร่วมกับเจ้าหน้าที่เพื่อทำความเข้าใจและมีการทำข้อตกลงร่วมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยร่วมกำหนด วัน เวลา ของผู้ป่วยกับผู้ให้การบำบัด

4. การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติด ด้วยกิจกรรมกลุ่มบำบัดในชุมชนจำนวน 4 ครั้ง ระยะเวลา 1 เดือน ควบคู่กับการให้คำแนะนำแบบสั้น (BA : Brief Advice) โดยพบว่ามีผู้เข้าบำบัดจำนวน 80 คน บำบัดครบจำนวน 69 คน (ร้อยละ 86.25) บำบัดไม่ครบเนื่องจากย้ายที่อยู่ไปทำงานนอกพื้นที่จังหวัด จำนวน 11 คน (ร้อยละ 13.75) ในขั้นตอนนี้ ชุมชนเห็นความสำคัญ และเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมการบำบัด ได้ร่วมรับทราบปัญหาของ ผู้เข้าบำบัด ตลอดจนร่วมจัดกิจกรรมทางเลือกสอดแทรก เช่น กิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ เพื่อพัฒนาทักษะและส่งเสริมศักยภาพ ของผู้เข้าบำบัด

5. การติดตามดูแลช่วยเหลือโดยทีมสุขภาพ และแกนนำชุมชน โดยพบว่ามี การติดตาม ทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งเป็นกระบวนการติดตามโดยคณะทำงานซึ่งเป็นสมาชิกในชุมชน โดยเฉพาะรูปแบบไม่เป็นทางการ

พบว่าได้ผลดี เนื่องจากทุกคนในชุมชนรู้จักประวัติ และพฤติกรรมกันอยู่แล้ว การติดตามจึงทำได้ง่าย และสามารถทำได้ต่อเนื่อง รวมถึงลดความขัดแย้งจากคนภายนอกที่จะเกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนจากการติดตามผู้ผ่านการบำบัดจำนวน 69 คน มีอัตราหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน 64 คน (ร้อยละ 92.70)

6. การประเมินผลหลังการบำบัด โดยพบว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญเมื่อนำไปประยุกต์ใช้จริง ผู้เข้าบำบัดร้อยละ 100.00 ต้องการมีหลักฐานหรือกระบวนการที่ทำให้คนในชุมชนมองเขาว่ากลับใจเป็นคนดี เลิกยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดแล้ว ตลอดจนมีความเกี่ยวข้องกับหน้าที่การทำงานในสังคม ชุมชน ผู้ผ่านการบำบัดจึงมองว่าทุกคนควรได้รับโอกาสและการการยอมรับสามารถกลับตัวกลับใจ

ผลการศึกษาระยะที่ 4 ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานรูปแบบการบำบัดผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติดโดยรูปแบบบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดแพร่ มีผลการศึกษา ดังนี้

ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย จากการวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมทั้งหมด 400 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.50 อายุโดยเฉลี่ย 41.26 ปี (SD=8.62 min=21 max=65) หน้าที่/ความสัมพันธ์ในกระบวนการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ส่วนใหญ่เป็นประชาชน ร้อยละ 32.30 รองลงมา เป็นอาสาสมัคร ผู้นำชุมชน ญาติ ผู้ผ่านการบำบัด เจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 31.00, 20.80, 8.00 และ 5.80 ตามลำดับ สถานะภาพสมรสส่วนใหญ่ร้อยละ 71.50 มีสถานะสมรส/คู่ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.80



จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา รองลงมาเป็นประถมศึกษา ร้อยละ 34.80 และระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 13.30 ด้านอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลักคือชาวนาร้อยละ 36.80 รองลงมาเป็นลูกจ้าง/รับจ้าง 21.00 ชาวสวนร้อยละ 19.00 และรับราชการ ร้อยละ 16.30 รายได้ต่อเดือนมีรายได้ต่ำกว่า 9,000 บาท มากกว่าร้อยละ 56.10 จำนวนสมาชิกในครอบครัว โดยเฉลี่ย คือ 3.80 คน (SD=1.46, min=1, max=8)

ภายหลังการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เห็นว่าผู้เสพยาเสพติดมีการเปลี่ยนแปลง ในระดับดีถึงระดับมากที่สุด ร้อยละ 58.30 และเห็นว่าไม่เปลี่ยนแปลงเลย 6.50 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ร้อยละ 37.30 เห็นว่ามีการเปลี่ยนแปลงของปัญหาเสพยาเสพติดในชุมชน ในระดับดี โดยให้คะแนนการเปลี่ยนแปลงในระดับดีถึงระดับมากที่สุด ร้อยละ 75.00 และเห็นว่าไม่เปลี่ยนแปลงเลย ร้อยละ 4.50

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบำบัดรักษาผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติดโดย

รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดแพร่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ที่ผ่านกระบวนการบำบัดโดยชุมชนมีส่วนร่วม คือ 1) ความสอดคล้องกับความต้องการของคนในชุมชน ($r = 0.27$) 2) ความเข้มแข็งของผู้นำชุมชน ($r = 0.24$) 3) การปรับเปลี่ยนมุมมองวิธีคิดของคนในชุมชน ($r = 0.18$) 4) ความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ($r = 0.16$) และ 5) ความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ($r = 0.15$)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดในชุมชน คือ 1) ความสอดคล้องกับความต้องการของคนในชุมชน ($r = 0.25$) 2) ความเข้มแข็งของผู้นำชุมชน ($r = 0.21$) 3) การปรับเปลี่ยนมุมมองวิธีคิดของคนในชุมชน ($r = 0.19$) 4) ความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ($r = 0.13$) และ 5) ความสอดคล้องกับนโยบายประเทศ ($r = 0.17$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.00$) รายละเอียดตามตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบำบัดรักษาผู้ใช้
ผู้เสพยาเสพติดโดยรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ผู้ผ่านการบำบัดรักษาในรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และการเปลี่ยนแปลงของ
สถานการณ์ยาเสพติดในชุมชน

	การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้ผ่านการบำบัด (CP)	การเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ยาเสพติด (CS)	ความเข้มแข็งของผู้นำชุมชน (strong)	สอดคล้องนโยบายประเทศ (corre)	ความร่วมมือจากทุกภาคส่วน (stak)	การปรับเปลี่ยนมุมมองวิธีคิดของคนในชุมชน (chang)	ครอบคลุมเป้าหมาย (cover)	สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน (need)
CP	1.00							
CS	0.36	1.00						
strong	0.24*	0.21*	1.00					
corre	0.39	0.13*	0.43	1.00				
stak	0.15*	0.37	0.45	0.45	1.00			
chang	0.18*	0.19*	0.42	0.39	0.37	1.00		
cover	0.16*	0.17*	0.47	0.45	0.48	0.45	1.00	
need	0.27*	0.25*	0.43	0.38	0.36	0.44	0.40	1.00

หมายเหตุ *มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.00

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยการพัฒนาารูปแบบการบำบัดผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติดโดยรูปแบบกระบวนการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในจังหวัดแพร่ พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ได้เข้ามาขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติดให้ได้รับการค้นหา ประเมิน คัดกรอง และนำเข้าสู่การบำบัดรักษาด้วยกระบวนการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยชุมชนเข้ามามีบทบาทร่วมดูแลกันเองด้วยการให้คำปรึกษา จัดทำกิจกรรมทางเลือกมาเสริมให้อาสาสมัคร ผู้นำชุมชนและผู้เข้ารับการบำบัด ได้ใกล้ชิดเรียนรู้ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาาร่วมกัน และค้นพบว่าพื้นที่ที่ ผู้นำชุมชนเข้มแข็งและประชาชน

ความพร้อม และเปลี่ยนแนวคิดมุมมอง ไม่มองผู้ป่วยยาเสพติดเป็นปัญหา แต่พร้อมจะช่วยเหลือให้โอกาสเขากลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างปกติในสังคม จะทำให้การดำเนินงานมีโอกาสประสบความสำเร็จได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสิริพร ญาณจินดา และ มานพ คณะโต. (2558) ที่พบว่า การดำเนินกิจกรรมการบำบัดผู้เสพยาเสพติดจะยั่งยืนได้จะต้องมีการกำหนดมาตรการลดมลทินทางสังคม และเพิ่มการยอมรับของชุมชน และยังสอดคล้องกับแนวคิดการบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชนของ United Nations Office on Drugs and Crime : UNODC (2014) การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในองค์กรท้องถิ่น สมาชิกในชุมชนและประชากร



กลุ่มเป้าหมายอย่างเข้มข้น สามารถสร้างเครือข่ายแบบบูรณาการในการบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชนในรูปแบบของการเสริมสร้างพลังในตนเองและยังสอดคล้องกับงานวิจัยของบพิธ สนั่นเอื้อ (2560) การได้รับแรงเสริมจากครอบครัว ความคาดหวังที่จะได้รับโอกาสจากสังคม เจ้าหน้าที่ผู้ให้การบำบัดที่กระตุ้นและให้กำลังใจระหว่างทำกิจกรรม เพื่อนที่เข้าร่วมกิจกรรมบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดพบว่า มีส่วนที่ทำให้อยู่ครบกระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยมีส่วนร่วมของชุมชน ในจังหวัดแพร่ และทำให้ผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติดมีความต้องการเข้ารับการรักษาและสามารถเลิกเสพยาเสพติดได้ คือ การที่มีผู้นำเข้มแข็ง ครอบครัวชุมชนยอมรับผู้ป่วยให้การสนับสนุนทุกขั้นตอน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นุชนาถ แก้วมาตร และคณะ (2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการเลิกสารเสพติดของเยาวชนที่ใช้สารเสพติด ผลการวิจัยพบว่าร้อยละ 39.22 ของเยาวชนมีความตั้งใจในการเลิกสารเสพติดอยู่ในระดับค่อนข้างสูงและปัจจัยที่สามารถทำนายความตั้งใจในการเลิกสารเสพติด ได้แก่ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม

ข้อเสนอแนะ

1. การนำรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูโดยมีส่วนร่วมของชุมชน ไปใช้ในบริบทอื่น ๆ ต้องคำนึงถึงการสร้างความตระหนักร่วม การสร้างและเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้อง การค้นหาพื้นที่เป้าหมายเป็นชุมชนที่ค่อนข้างมีความพร้อมที่จะมีส่วนร่วมการสร้างให้ชุมชนเกิดกระบวนการเรียนรู้ การสร้างศักยภาพชุมชนอย่างต่อเนื่อง ด้วยทีมวิชาชีพด้าน

สุขภาพ ตลอดจนการเสริมพลังและมีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการแนะนำการใช้ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่จะมีการดำเนินการจัดกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อไป

3. กำหนดนโยบายในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการเสริมพลังให้คนในชุมชนมีความมั่นใจในการดำเนินงานและขยายผลกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

นุชนาถ แก้วมาตร และคณะ (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการเลิกสารเสพติดของเยาวชนที่ใช้สารเสพติด. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 11(1), 133-141.

บพิธ สนั่นเอื้อ. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการอยู่ครบกระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดกรณีศึกษา: ผู้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบบังคับบำบัดด้วยโปรแกรมจิตสังคมบำบัดประยุกต์โรงพยาบาลบุ่งคล้า จังหวัดบึงกาฬ [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2564]; แหล่งข้อมูล: URL: https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/require/files/postdoc/20171016143_538.pdf

รัศมน กัลยาศิริ. (2561). *การเสพติดและผลแทรกซ้อนทางจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.) แผน
ยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาและ
ฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ประจำปี
งบประมาณ พ.ศ. 2564-2566 และ
แผนปฏิบัติการประจำปี 2565.
กรุงเทพมหานคร: องค์การทหารผ่าน
ศึก.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปราม

ยาเสพติด. กระทรวงยุติธรรม.
แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและ
ปราบปรามยาเสพติด พ.ศ.2563-2565.
สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2566 จาก
เว็บไซต์ [https:// www.oncb.go.th](https://www.oncb.go.th)
สิริพร ญาณจินดา และมานพ คณะโต. (2558).
ประสิทธิผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟู
สมรรถภาพ ผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่
ตำบลนาแหม อำเภอมือทอง จังหวัดเลย.

วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน

มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ปีที่ 3 ฉบับที่ 3
กรกฎาคม – กันยายน 2558, หน้า
343-356.

United Nations Office on Drugs and Crime
[UNODC]. Community Based
Treatment and Care
Information Brief for Southeast
Asia. [n.p.]; 2014.

UNODC (2008). Principles of Drug
Dependence Treatment, 3, 1-31.

World Drug Report. 2019 Methodology
Report Research and Trend
Analysis Branch UNODC, Vienna;
[https://wdr.unodc.org/wdr2019/p
relaunch/WDR-2019-
Methodology-FINAL.pdf](https://wdr.unodc.org/wdr2019/p
relaunch/WDR-2019-
Methodology-FINAL.pdf)

The Effect of the Self-Efficacy Programs on Knowledge and Self-Care Behavior Patients with Osteoarthritis of Orthopedic Examination Room, Outpatient Department, Lamphun Hospital¹

Jutamas Uttarasak²

Received: 9 September 2024

Accepted: 20 December 2024

Abstract

Osteoarthritis is a common health problem and affects the quality of life of patients. This research is a quasi-experimental study that aimed to compare self-care knowledge and behavior in patients with osteoarthritis of the knee before and after receiving the self-efficacy programs. The sample group is patients with osteoarthritis of knee who came to receive treatment at the Orthopedic Department, Lamphun Hospital from April to June 2024 with 85 people. The tools used in the research include self-efficacy programs. It is based on Bandura's concept of self-efficacy perception theory (Bandura, 1997). The tools used to collect the data included a personal data recording form, a Modified WOMAC Scale, a knowledge assessment, and an assessment of the self-care behavior of patients with osteoarthritis of the knee. The data were analyzed with descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviations, and inferential statistics including; paired samples t-test. The results of the study showed that after receiving a self-efficacy program patients have a high level of knowledge about osteoarthritis of the knee and behavior statistically significant at the level of 0.05. The self-care behavior in the areas of daily living, treatment, and use of medications, nutrition, exercise, and mental health improved statistically significantly at the level of 0.05. Therefore, the self-efficacy program effectively strengthens knowledge and self-care behaviors in patients with osteoarthritis of the knee.

Keywords: Osteoarthritis of Knee, Self-Efficacy Programs, Knowledge, Self-Care Behaviors

¹ Academic Article

² Registered Nurse, Lamphun Hospital, Lamphun Province, E-mail: jutamasuttarasak@gmail.com

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเอง ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ห้องตรวจกระดูกและข้อ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน¹

จุฑามาศ อุตรัสัก²

บทคัดย่อ

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และพฤติกรรมดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจกระดูกและข้อ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของแบนดูรา เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม แบบประเมินความรู้ และแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่า Paired Samples t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและการปฏิบัติตนเพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมที่ดีและถูกต้องเพิ่มขึ้น และรายด้านทั้งด้านการใช้ชีวิตประจำวัน ด้านการรักษาและเฝ้าระวัง ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย และด้านจิตใจ ดีขึ้นทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ช่วยเสริมสร้างความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้ พฤติกรรมดูแลตนเอง

¹ บทความวิชาการ

² พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน อีเมล jutamasuttarasak@gmail.com



บทนำ

โรคกระดูกและข้อเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากอุบัติการณ์ของโรคที่เพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกระบุว่า ในปี พ.ศ. 2567 มีผู้ป่วยกระดูกและข้อ จำนวนมากกว่า 500 ล้านคน (WHO, 2024) โดยเฉพาะโรคข้อเข่าเสื่อม (osteoarthritis of knee) ที่เป็นสาเหตุอันดับสี่ของโรคนับตามจำนวนปีที่มีชีวิตอยู่กับความพิการ (Rivet Amico, 2020) ซึ่งในรายงานของมูลนิธิโรคกระดูกพรุนนานาชาติ ได้ระบุถึงจำนวนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทั่วโลก มีจำนวน 2,700 คนต่อประชากร 100,000 คน (International Osteoporosis Foundation, 2024) คณะผู้เชี่ยวชาญโรคข้อขององค์การอนามัยโลก ประเมินการณ์ว่ามีประชากรโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมกว่าร้อยละ 10.00 และยืนยันว่าอุบัติการณ์เริ่มพบในประชาชนทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปี ในจำนวนนี้กว่า ร้อยละ 50.00 เป็นกลุ่มผู้มีอายุมากกว่า 65 ปี (WHO, 2024) ในประเทศไทย จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมและข้อมูลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่เข้ารับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในช่วงปี พ.ศ. 2563 – 2566 พบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับบริการรักษาในหน่วยบริการเพิ่มขึ้น จาก 245,720 ราย เป็น 282,200 ราย เฉลี่ยเพิ่มขึ้นปีละ 8,500 ราย ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อเข่าเสื่อม พบว่า มีจำนวนเพิ่มขึ้น จาก 9,520 รายในปี 2563 เป็น 13,014 รายในปี 2566 คิดเป็นอัตราเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 24.00 ต่อปี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2567) ทั้งนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจากการที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งประชากรผู้สูงอายุจะเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศ ซึ่งวัยสูงอายุเป็นวัยแห่ง

ความเสื่อมของร่างกาย และจากการศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาปวดข้อเข่าถึงร้อยละ 43.90 อาการปวดเข้ามาจากโรคข้อเข่าเสื่อม (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) และโรคข้อเข่าเสื่อมยังมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากการที่ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมากในปัจจุบัน ซึ่งในปี 2566 ประเทศไทยพบผู้ป่วยมากกว่า 6 ล้านคน ผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปพบได้ถึงร้อยละ 50.00 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการเสื่อมสภาพของร่างกาย การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เช่น ใช้เข่ามากเกินไป ยืนเป็นเวลานานๆ หรือการนั่งผิดท่า เป็นต้น (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567)

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่มีการสึกกร่อนของกระดูกอ่อน (articular cartilage) และเนื้อเยื่อรอบ ๆ ข้อ พยาธิสภาพของโรคข้อเข่าเสื่อมจึงดำเนินไปอย่างช้า และเพิ่มความรุนแรงของโรคตามเวลาที่ผ่านไป อาการทางคลินิก ได้แก่ อาการปวดข้อ ข้อฝืด แข็ง กล้ามเนื้อรอบข้อเข่าอ่อนแรง โครงสร้างของข้อเปลี่ยนแปลง ข้อฝืดรูปจนทำให้ไม่สามารถเดินได้ตามปกติ (Hawker, 2018) ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา มีคุณภาพชีวิตลดลง (จันทราภรณ์ คำก่อง, นพวรรณ เปี้ยชื้อ และกมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์, 2560) ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น เป็นภาระแก่บุคคลในครอบครัว การรับรู้ความสามารถและคุณค่าในตนเองลดลง ทำให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Aparicio et al., 2019) การชะลอความเสื่อมและความรุนแรงของโรคทำได้โดยการมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการลดความรุนแรงของโรคให้ถูกต้องทั้งการทรงตัว ท่าการเคลื่อนไหวร่างกาย การออกกำลังกาย



การควบคุมน้ำหนัก และการรับประทานอาหาร
ขณะเดียวกันจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมยังขาดความรู้ในการดูแล
ตนเอง ขาดความเข้าใจเรื่องโรคหรือเข้าใจไม่ถูกต้อง
เช่น เชื่อว่าการออกกำลังกายจะทำให้อาการของ
ข้อเข่าเสื่อมกำเริบ มีอาการปวด และผิวข้อเสื่อมมาก
ขึ้น จึงงดเว้นการออกกำลังกาย และยังมีอิริยาบถหรือ
การทรงท่าที่ไม่ถูกต้อง (สุภาพ อารีเอื้อ และนภาพรณ
ปิยขจรโรจน์, 2556; บุญเรียง พิศมัย, 2557) ตลอดจน
พบว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีแนวโน้มการทำ
กิจกรรมทางกายลดลงตามระดับความรุนแรงของโรค
ทั้งระยะเวลา ความถี่ และความหนัก (Bitar et al.,
2020) เนื่องจากความปวดมากขึ้น ความแข็งแรง
ลดลงจากการไม่ออกกำลังกาย และการรับรู้สมรรถนะ
แห่งตนลดลง (Spinoso et al., 2018) ทั้งการขาด
ความรู้ ข้อมูลสนับสนุนที่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วย
ละเลยการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ตลอดจนผู้ป่วยไม่มี
ความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง มั่นใจในการจัดการ
ความปวด การเคลื่อนไหวร่างกาย และการทำกิจวัตร
ประจำวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคที่
เพิ่มขึ้น และยังนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ลดลง
(Degerstedt et al., 2020)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy)
ของ Bandura (1997) เป็นความเชื่อมั่นความสามารถ
ของตนในการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย
ที่คาดหวัง และผลลัพธ์นั้น ส่งผลดีต่อสุขภาพ มีแหล่ง
สนับสนุน 4 แหล่ง ได้แก่ การใช้คำพูดชักจูง การได้เห็น
ตัวแบบสัญลักษณ์ หรือประสบการณ์ของผู้อื่น
ประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือกระทำ และ
สภาวะด้านร่างกาย และอารมณ์ โดยผู้ที่มีความมั่นใจ
ในความสามารถของตนเองจะทำให้ปรับตัวและ
จัดการกับอาการข้อเข่าเสื่อมได้เหมาะสม เช่น
ออกกำลังกาย ควบคุมอาหาร ใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ

เป็นต้น สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย ทำกิจกรรมต่าง ๆ
ในชีวิตประจำวันได้มากขึ้น และมีพฤติกรรมดูแล
ตนเองถูกต้องเหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรม
พบว่า มีงานวิจัยที่นำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
(self-efficacy) ของ Bandura (1977) ประยุกต์ใช้ในการ
การสร้างกิจกรรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วย
โรคข้อเข่าเสื่อม และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ได้แก่
ช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า (ไซติกา สารระปัญญา
และปชาณัฐ นันไทยทวีกุล, 2562; จิตติพร ส่งสังข์
และคณะ, 2563) เพิ่มทักษะความรู้เกี่ยวกับโรค และ
พฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง
เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการทำกิจกรรมทางกาย
ลดความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม และเพิ่มคุณภาพชีวิต
(สิรภาพ โตเสม และคณะ, 2563; นริگانต์ กลั่นกำเนิด,
2565)

จากสถิติเวชระเบียน ห้องตรวจผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลลำพูน พบว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม
ที่เข้ารับบริการ ห้องตรวจกระดูกและข้อ
โรงพยาบาลลำพูน มีจำนวนมากอย่างต่อเนื่อง
ดังข้อมูลในปี พ.ศ. 2564 – 2566 พบว่า มีผู้ป่วย
ข้อเข่าเสื่อม จำนวน 4,936 ราย, 5,134 ราย และ
5,142 ราย ตามลำดับ ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่า
เสื่อมส่วนใหญ่มักจะกลับมารับการรักษาซ้ำ 5 – 6
ครั้งต่อราย (ห้องตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน,
2566) เนื่องจากมีอาการทุกข์ทรมานจากความปวด
เนื่องด้วยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมไม่ดีขึ้น
ถึงแม้จะได้รับการฉีดยาบรรเทาปวดหรือได้รับยา
กลับไปรับประทานที่บ้านแล้ว สาเหตุพบว่าผู้สูงอายุ
ยังมีพฤติกรรมไม่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวเพื่อลด
ความรุนแรงของโรค แม้จะได้รับคำแนะนำจาก
บุคลากรทางการแพทย์แล้ว แต่ยังไม่สามารถนำ
คำแนะนำที่ได้ไปปฏิบัติให้ถูกต้องได้ เนื่องจาก
ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ



ไม่สามารถจดจำข้อมูลจำนวนมากได้ครบถ้วน ในระยะเวลาอันสั้น เมื่อขาดข้อมูล ความรู้ ผู้สูงอายุ จึงมีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง ทั้งในเรื่องการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร อีกทั้งโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นโรคที่รักษาไม่หาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ประกอบกับวัยสูงอายุที่มีความเสื่อมทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยจึงขาดความมั่นใจในการดูแลตนเอง และทำให้ละเลยการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง โรคจึงรุนแรงเพิ่มขึ้นและ ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน ไม่สุขสบายจากความปวดด้วยอาการของโรค

จากปัญหาข้างต้น และการทบทวนงานวิจัยพบว่า การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้ถูกต้องเหมาะสม เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ด้วยการส่งเสริมจากแหล่งสนับสนุนด้าน ข้อมูล 4 แหล่ง ได้แก่ การชักจูงด้วยคำพูด การได้เห็นแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น ประสบการณ์ ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง และการกระตุ้นทางด้าน

ร่างกายและอารมณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะของโรคข้อเข่าเสื่อม การปฏิบัติตน เพิ่มความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ตระหนักถึงความสำคัญการปฏิบัติตน ที่ถูกต้องซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและการปฏิบัติตนในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) อาศัยข้อมูลจาก 4 แหล่ง ในการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ดังกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

- 1) การเตรียมความพร้อมของสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ เพื่อให้ความรู้เรื่อง การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยชี้ให้เห็นผลดีและประโยชน์ของการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและการฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า เป็นต้น
- 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ แรงจูงใจ เกิดความเชื่อมั่น โดยใช้คู่มือเรื่อง การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
- 3) การประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง (เพื่อสร้างความเชื่อมั่นว่า ผู้ป่วยสามารถดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
- 4) การใช้คำพูดชักจูง เป็นการโน้มน้าวให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ และเห็นถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการติดตามเยี่ยมผ่านโทรศัพท์ และเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามสิ่งที่สงสัยเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน กำหนดระยะเวลาการวิจัยไว้ 6 เดือน ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือน กรกฎาคม 2567

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมารับบริการที่ห้องตรวจกระดูกและข้อ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน จำนวน 5,134 คน (ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม 2566)

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างได้ดำเนินการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจกระดูกและข้อ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน ในช่วงเดือน เมษายน ถึงเดือน มิถุนายน 2567 การคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*power version 3.1.9.7 ทำการทดสอบแบบ 2 ทาง ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 กำหนด effect size เป็นขนาดเล็ก 0.30 และค่า Power เท่ากับร้อยละ 1.64 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง รวมเป็น 85 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม



ครั้งแรก 2) มีภูมิสำเนาอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน 3) ไม่เคยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 4) ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินหรือการมองเห็น สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้ 5) สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้สะดวก และ 6) มีความยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีอาการของโรครุนแรงขึ้นหรือมีความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บที่ข้อเข่า เช่น กระดูกหัก ผู้ป่วยที่มีอาการปวด บวม แดง ร้อน ที่บริเวณข้อเข่า และ 2) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ 6 สัปดาห์

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997)

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพ ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา โรคประจำตัวอื่น นอกจากโรคข้อเข่าเสื่อม ระยะเวลาที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้ดูแลหลัก การรักษาทางเลือก การซื้อยามารับประทานเอง การได้รับอุบัติเหตุ/พลัดตกหกล้มที่ส่งผลกระทบต่อการเล่น การใช้อุปกรณ์พยาง
2. แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Modified WOMAC Scale) ฉบับภาษาไทย ราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย (2559) ประกอบด้วยคำถาม 3 หมวด คือ หมวดระดับความปวด (5 ข้อ) หมวดระดับอาการข้อฝืด (2 ข้อ) และหมวดระดับความสามารถในการทำงานข้อ (16 ข้อ) มาตรฐานวัด

ในแต่ละข้อคำถามมีลักษณะเป็น visual analogue scale ที่ให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายในคะแนนที่ตรงกับอาการที่เป็นอยู่ โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 ซึ่ง แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่ปวด/ไม่มีอาการนั้นๆ เลย (0 คะแนน) ปวด/มีอาการนั้นๆ ระดับเล็กน้อย (1-3 คะแนน) ปวด/มีอาการนั้นๆ ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) ปวด/มีอาการนั้นๆ ระดับมาก (7-9 คะแนน) และปวด/มีอาการนั้นๆ ระดับมากที่สุด (10 คะแนน)

3. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ใช้/ถูกต้อง และไม่ใช้/ไม่ถูกต้อง จำนวน 21 ข้อ โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน กำหนดช่วงระดับความรู้ ออกเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมของ บุขพร วิรุณพันธ์ และวราทิพย์ แก่นสาร (2561) ได้แก่ มีความรู้ในระดับต่ำ/น้อย (0-7 คะแนน) มีความรู้ในระดับปานกลาง (8-14 คะแนน) และมีความรู้ในระดับสูง/มาก (15-21 คะแนน)

4. แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ด้านการใช้ชีวิตประจำวัน ด้านการติดตามการรักษาและใช้ยา ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย และด้านจิตใจ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ (rating scale) ตามเกณฑ์การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมของ บุญเรียง พิสมัย (2557) ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน), ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (1 คะแนน), ปฏิบัติ



บ่อยครั้ง (2 คะแนน) และปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน)

การดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของ เครื่องที่ใช้ในการวิจัย ได้ตรวจสอบค่าดัชนี ความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence) กับผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ศัลยกรรมกระดูกและข้อ 1 ท่าน และ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 2 ท่าน ผลการ ประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องของโปรแกรม ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 แบบประเมินความรู้ ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.96 และ แบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.98 ตามลำดับ

นอกจากนี้ ได้ทดสอบความเชื่อมั่น ของประเมินความรู้ โดยคำนวณจากสูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.91 และแบบประเมิน พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยคำนวณจากสูตรของครอนบาช (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.94

กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ ระยะเวลาเตรียมการทดลอง และ ระยะเวลาทดลอง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเวลาเตรียมการทดลอง
ดำเนินการในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือน มีนาคม 2567 โดยผู้วิจัยทบทวนบริบทปัญหา แนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การให้ความรู้ และส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เตรียมเครื่องมือการวิจัย นำเสนอโครงการวิจัย เสนอต่อคณะกรรมการวิจัย ในมนุษย โรงพยาบาลลำพูน เพื่อขอรับการ

พิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัย ภายหลังจาก การพิจารณาจริยธรรมเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล สถานที่ในการ ดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนดำเนินการทดลอง
ดำเนินการในช่วงเดือน เมษายน ถึงเดือน มิถุนายน 2567 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มารับ การตรวจรักษา ที่ห้องตรวจกระดูกและข้อ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน แนะนำตัว กับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากงานวิจัย ขั้นตอนการ ดำเนินการวิจัยเพื่อการพิทักษ์สิทธิของกลุ่ม ตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยมีระยะเวลาเข้าร่วมโปรแกรม 6 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมรายบุคคลที่บ้าน ใช้ระยะเวลา 20-30 นาที โดยก่อนทำกิจกรรมให้ ผู้ป่วยทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูล สุขภาพและการรักษา ประเมินระดับความรุนแรง ของโรคข้อเข่าเสื่อม แบบประเมินความรู้ และ พฤติกรรมดูแลตนเอง (Pre-test) หลังจากนั้น ผู้วิจัยให้โปรแกรม โดยให้ความรู้ เรื่องการปฏิบัติ ตนของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม หลังจากนั้นจัดให้ ผู้ป่วยได้มีการเรียนรู้ โดยเห็นตัวแบบหรือ ประสบการณ์ของผู้อื่นจากคู่มือการปฏิบัติตน ให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม และกระตุ้นให้พูด ระบายความรู้สึกภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม ช่วยแก้ปัญหา ให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยมี พฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และ ต่อเนื่องที่บ้าน



สัปดาห์ที่ 2 – 4 กิจกรรมการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อกระตุ้นเตือน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 10 - 15 นาที โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามตรวจเยี่ยม สอบถามอาการทั่วไป พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่บ้าน ทบทวนความรู้ สอบถามปัญหาและอุปสรรคที่พบ พุดคุยชักจูงให้กำลังใจ โน้มน้าวให้เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้านให้ถูกต้องเหมาะสม และกล่าวชื่นชมผู้ป่วย ที่สามารถปฏิบัติตนในการดูแลตนเองที่บ้านได้ประสบผลสำเร็จ

สัปดาห์ที่ 5 – 6 กิจกรรมเยี่ยมบ้าน เพื่อสร้างความต่อเนื่องของการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองที่บ้าน ใช้ระยะเวลา 20-30 นาที โดยผู้วิจัยเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน ในเรื่อง ที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติได้ไม่ดี หรือมีข้อจำกัดในการปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง กล่าวชื่นชมผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติตนในการดูแลตนเองที่บ้านได้ประสบผลสำเร็จ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้ไปถ่ายทอดให้ผู้ดูแลบุคคลในครอบครัว หรือชุมชนต่อไป เพื่อให้เกิดประโยชน์ในวงกว้างต่อไป หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยประเมินความรู้ และพฤติกรรมดูแลตนเอง (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการบรรยายข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรุนแรงของโรค ความรู้ และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่า Paired t-test ในการ

เปรียบเทียบความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลลำพูน เลขที่ 028/2567 วันที่อนุมัติ 7 กุมภาพันธ์ 2567 และผู้วิจัยได้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยการปฏิเสธนี้จะไม่ส่งผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.50 มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 83.50 หรือเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุอยู่ที่ 64.09 ± 4.11 ปี ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร²) อ้วนมาก (> 30) ร้อยละ 34.10 โดยเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของดัชนีมวลกายอยู่ที่ 24.43 ± 3.12 (กิโลกรัม/เมตร²) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.30 มีโรคประจำตัวอื่นนอกจากโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 77.60 มีผู้ดูแลหลักเป็นบุตรหลาน ร้อยละ 74.10 เคยได้รับการรักษาทางเลือก (นวดสมุนไพร ผิงเข็ม) ร้อยละ 80.00 เคยซื้อยามารับประทานเอง ร้อยละ 71.80 ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุ/พลัดตกหกล้ม ที่ส่งผลกระทบต่อการเดินทางมาก่อน ร้อยละ 91.80 และไม่ใช้อุปกรณ์พยุงเดิน ร้อยละ 71.80 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 85)

ข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	14	16.50
หญิง	71	83.50
อายุ (ปี)		
mean ± SD	64.09 ± 4.11	
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²)		
mean ± SD	24.43 ± 3.12	
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	47	55.30
มัธยมศึกษา	17	20.00
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	16	18.80
ปริญญาตรี	5	5.90
โรคประจำตัวอื่นนอกจากโรคข้อเข่าเสื่อม		
มี	66	77.60
ไม่มี	19	22.40
ผู้ดูแลหลัก		
คู่สมรส	22	25.90
บุตร หลาน	63	74.10
การรักษาทางเลือก		
ไม่มี	17	20.00
มี (นวด สมุนไพร ฝังเข็ม)	68	80.00
การซื้อยามารับประทานเอง		
ไม่เคย	24	28.20
เคย	61	71.80
การได้รับอุบัติเหตุ/พลัดตก หกล้ม ที่ส่งผลกระทบต่อการเล่น		
ไม่เคย	78	91.80
เคย	7	8.20
การใช้อุปกรณ์พยุงเดิน		
ไม่ใช้	61	71.80
ใช้	24	28.20



2. ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม พิจารณาจากคะแนน Modified WOMAC Scale ใน 3 หมวด ได้แก่ ระดับความปวด อาการข้อฝืด ข้อยึด และความสามารถในการใช้งานของข้อ พบว่า 1) ระดับความปวด กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีคะแนนความปวดทุกกิจกรรมในระดับปานกลาง โดยกิจกรรมที่คะแนนปวดลำดับแรกคือ ขณะยืนลงน้ำหนัก (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.55 ± 2.33) รองลงมาคือ ปวดขณะเดิน (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.29 ± 1.77) ปวดขณะขึ้นลงบันได (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.01 ± 2.45) เป็นต้น 2) ระดับอาการข้อฝืด ข้อยึด พบว่าทุกกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ข้อฝืดช่วงเช้า ขณะตื่นนอน (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.84 ± 2.56) ข้อฝืดขณะ

เปลี่ยนอิริยาบถระหว่างวัน (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 45.67 ± 2.89) ตามลำดับ และ 3) ระดับความสามารถในการใช้งานของข้อ พบว่า ในกิจกรรมการทำงานบ้านหนักๆ (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.24 ± 3.38) และการก้มตัว (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.03 ± 3.80) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการใช้งานของข้อในระดับมาก นอกจากนี้มีคะแนนความสามารถในการใช้งานของข้อในระดับปานกลาง ในกิจกรรมดังต่อไปนี้ เช่น การลุกยืนจากท่านั่ง (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.52 ± 2.01) รองลงมาคือ การขึ้น-ลงรถยนต์ (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.42 ± 2.89) การขึ้นบันได (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.74 ± 1.85) เป็นต้น ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 85)

เกณฑ์การประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม	mean \pm SD	แปลผล
ระดับความปวด		
1. ปวดขณะเดิน	5.29 ± 1.77	ปานกลาง
2. ปวดขณะขึ้นลงบันได	5.01 ± 2.45	ปานกลาง
3. ปวดข้อตอนกลางคืน	4.43 ± 2.18	ปานกลาง
4. ปวดข้อขณะลุกนั่ง	4.94 ± 2.45	ปานกลาง
5. ปวดข้อขณะยืนลงน้ำหนัก	6.55 ± 2.33	ปานกลาง
ระดับอาการข้อฝืด, ข้อยึด		
1. ข้อฝืดช่วงเช้า ขณะตื่นนอน	5.84 ± 2.56	ปานกลาง
2. ข้อฝืดขณะเปลี่ยนอิริยาบถระหว่างวัน	5.67 ± 2.89	ปานกลาง
ระดับความสามารถในการใช้งานข้อ		
1. การลงบันได	5.69 ± 2.16	ปานกลาง
2. การขึ้นบันได	5.74 ± 1.85	ปานกลาง
3. การลุกยืนจากท่านั่ง	6.52 ± 2.01	ปานกลาง
4. การยืน	5.43 ± 2.47	ปานกลาง
5. การก้มตัว	7.03 ± 3.80	มาก
6. การเดินบนพื้นราบ	5.11 ± 2.00	ปานกลาง



ตารางที่ 2 ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 85) (ต่อ)

เกณฑ์การประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม	mean ± SD	แปลผล
ระดับความสามารถในการใช้งานข้อ		
7. การขึ้น-ลงรถยนต์	6.42 ± 2.89	ปานกลาง
8. การไปซื้อของนอกบ้านหรือการไปจ่ายตลาด	5.52 ± 2.33	ปานกลาง
9. การใส่กางเกง	5.05 ± 2.22	ปานกลาง
10. การลุกจากเตียง	5.18 ± 1.93	ปานกลาง
11. การใส่-ถอดกางเกง	5.52 ± 3.00	ปานกลาง
12. การนั่งส้วม	5.25 ± 2.03	ปานกลาง
13. การนั่ง	5.35 ± 2.04	ปานกลาง
14. การอาบน้ำ	5.68 ± 2.73	ปานกลาง
15. การทำงานบ้านเบาๆ	4.12 ± 3.01	ปานกลาง
16. การทำงานบ้านหนักๆ	7.24 ± 3.38	มาก

3. ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและการปฏิบัติตนในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน จากผลวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ Paired Samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า ค่า mean difference (t) = -18.66 และค่า P < 0.00 ซึ่งเมื่อเทียบกับค่าระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 มีค่าน้อยกว่า แสดงว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและ

การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการได้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่ มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.85 ± 2.61) และหลังได้รับโปรแกรมมีความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.87 ± 1.89) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (n = 85)

คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม	N	mean	SD	t	P-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	85	11.85	2.61	-18.66	0.00*
หลังได้รับโปรแกรม	85	17.87	1.89		

หมายเหตุ *P < 0.05



4. พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน จากผลการวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ Paired Samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่าในภาพรวมผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (mean difference (t) = -18.43, P < 0.00) โดยหลังการใช้โปรแกรมผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งด้านการใช้ชีวิตประจำวัน ด้านการรักษาและใช้ยา ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย และด้านจิตใจ ดีขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (n = 85)

พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม		mean	SD	t	P-value
ด้านการใช้ชีวิตประจำวัน	ก่อนได้รับโปรแกรม	1.53	0.32	-16.20	0.00*
	หลังได้รับโปรแกรม	2.66	0.30		
ด้านการรักษาและใช้ยา	ก่อนได้รับโปรแกรม	2.00	0.34	-11.58	0.00*
	หลังได้รับโปรแกรม	2.72	0.32		
ด้านโภชนาการ	ก่อนได้รับโปรแกรม	1.43	0.28	-13.54	0.00*
	หลังได้รับโปรแกรม	2.45	0.30		
ด้านการออกกำลังกาย	ก่อนได้รับโปรแกรม	1.28	0.37	-14.00	0.00*
	หลังได้รับโปรแกรม	2.95	0.33		
ด้านจิตใจ	ก่อนได้รับโปรแกรม	1.40	0.28	-10.51	0.00*
	หลังได้รับโปรแกรม	2.25	0.34		
ภาพรวม	ก่อนได้รับโปรแกรม	1.60	0.26	-18.43	0.00*
	หลังได้รับโปรแกรม	2.62	0.25		

หมายเหตุ *P < 0.05

อภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ห้องตรวจกระดูกและข้อ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ทั้งในด้านความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม

และการปฏิบัติตนในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ค้นพบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและการปฏิบัติตนเพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องด้วยโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนี้ ให้ความสำคัญกับการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม



การได้รับคู่มือเรื่อง การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม การสนับสนุนให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเห็นถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการติดตามเยี่ยมผ่านโทรศัพท์ และเยี่ยมบ้านให้กำลังใจและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามสิ่งที่สงสัยเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การปฏิบัติตนที่เหมาะสม ดังนั้นการได้รับข้อมูลข่าวสารจากทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและครบแหล่งข้อมูลทั้ง 4 ตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองของแบนดูรา จึงส่งผลให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้าร่วมโปรแกรมนี้มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและการปฏิบัติตนเพิ่มสูงขึ้นอยู่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดวงกมล สีมันตะ, กุ้เกียรติ หุดปอ และประเสริฐ ประสมรัักษ์ (2561) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดร่วมกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ต่อการชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้โปรแกรมในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะด้วยการออกกำลังกายด้วยยางยืดร่วมกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ มีระดับความรู้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.00$) และผลการศึกษาของ นาทยา รัักษ์สุจริต (2566) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการฟื้นฟูสภาพข้อเข่าของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม พบว่าคะแนนความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และคะแนนประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.00$)

ผลลัพธ์ในด้านพฤติกรรมดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีและถูกต้องเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพฤติกรรมด้านการใช้ชีวิตรประจำวัน ด้านการรักษาและใช้ยา ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย และด้านจิตใจ ดีขึ้นทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องด้วยการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการติดตามพฤติกรรมสุขภาพ หรือการปฏิบัติตนของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และต่อเนื่อง โดยดำเนินกิจกรรมกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ทั้งการให้ความรู้ การติดตามเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำ คำปรึกษาในกรณีที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ รวมถึงการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้ซักถาม และกระตุ้นให้พูดระบายความรู้สึกภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม ช่วยแก้ปัญหา ให้ความช่วยเหลือ ทำให้บุคคลรู้สึกคลายความวิตกกังวล เป็นการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม จะทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองและการแสดงออกถึงความรู้ และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้อย่างถูกต้อง และต่อเนื่องที่บ้าน ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมครบแผนการดำเนินงาน จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดวงกมล สีมันตะ, กุ้เกียรติ หุดปอ และประเสริฐ ประสมรัักษ์ (2561) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดร่วมกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ต่อการชะลอโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ พบว่าหลังการใช้โปรแกรมในกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับ



โปรแกรมมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.00$) ผลการศึกษาของบุษพร วิรุณพันธ์ และวราทิพย์ แก่นสาร (2561) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมพบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่ากลุ่มควบคุม และก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และการศึกษาของ จิตราภรณ์ โพธิ์อ่อน, จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และอรพินท์ สีขาว (2564) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถนำโปรแกรมนี้ ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม หรือในกลุ่มเสี่ยงที่เป็นผู้สูงอายุ ได้มีความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับภาวะของโรค และการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง ทั้งในด้านการใช้ชีวิตประจำวัน ด้านการรักษาและใช้ยา ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย และด้านจิตใจ ได้ที่บ้านอย่างถูกต้อง และเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในระยะยาวและมีการติดตามเป็นระยะ ๆ เพื่อความต่อเนื่องและผลของการคงอยู่ของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมตามโปรแกรม และควรมีการศึกษาตัวแปรอื่น ๆ เช่น น้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย ที่มีอิทธิพลต่อความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรม หรือรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่สอดคล้องเหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน. (2566). *สถิติเวชระเบียนโรงพยาบาลลำพูน*. (เอกสารอัดสำเนา)
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). *สถานการณ์สังคมผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- จิตราภรณ์ โพธิ์อ่อน, จริยาวัตร คมพยัคฆ์, อรพินท์ สีขาว. (2564). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ, *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 13(1), 393-405.
- จันทราภรณ์ คำก่อง, นพวรรณ เปี้ยชื่อ และกมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์. (2560). ผลของโปรแกรมควบคุม น้ำหนัก โดยการใช้การสนับสนุนของกลุ่มและชุมชนต่อภาวะ



- โภชนาการ และอาการปวดเข่าของผู้สูงอายุ
น้ำหนักเกินที่มีอาการปวดเข่า. *วารสาร
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,*
29(3), 8-18.
- ดวงกมล สีมั่นตะ, กัญเกียรติ ทุดปอ และประเสริฐ
ประสมรักษ์. (2561). ผลของโปรแกรม
การออกกำลังกายด้วยยางยืดร่วมกับการ
ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อการชะลอ
โรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ. *วารสาร
การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ,* 36(2),
41-48.
- นัตยา รักษ์สุจริต. (2566). *ประสิทธิผลของ
โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่ง
ตนต่อการฟื้นฟูสภาพข้อเข่าของผู้ป่วย ที่
ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม.*
รายงานการวิจัย โรงพยาบาลนพรัตนราช
ธานี.
- บุษพร วิรุณพันธ์ และวราทิพย์ แก่นสาร. (2561).
ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการ
จัดการตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการ
โรคข้อเข่าเสื่อม. *วารสารวิจัย
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณ
ภูมิ,* 1(2), 128-137.
- บุญเรียง พิสมย์. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อ
พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็น
โรคข้อเข่าเสื่อม. *วารสารสาธารณสุข
ศาสตร์,* 42(2), 54 – 67.
- ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย.
(2559). *แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข
โรคข้อเข่าเสื่อม พ.ศ. 2559.* กรุงเทพฯ:
ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่ง
ประเทศไทย.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข. (2564).
*โครงการวิจัยการสำรวจและศึกษาภาวะ
สุขภาพผู้สูงอายุ 4 ภาค ของไทย.*
กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์ การเกษตร
แห่งประเทศไทย.
- สุภาพ อารีเอื้อ และนภาพรณ ปิยขจรโรจน์.
(2556). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการให้
ข้อมูลและการออกกำลังกายที่บ้าน
สำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. *วารสาร
สภาการพยาบาล,* 23(3), 72- 84.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2567).
*สปสข. ออกแนวปฏิบัติผ้าข้อเข่าเสื่อม
กระจายอำนาจให้ เขตช่วยผู้ป่วยเข้าถึง
การรักษา. สืบค้นเมื่อวันที่ 20
พฤษภาคม 2567.*
[https://www.nhso.go.th/frontend/
NewsInformationDetail.aspx?newsid=MjA0OQ=](https://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=MjA0OQ=)
- สิริภาพ โตเสม, ธีรนุช ห่านิรติศัย, ธงชัย สุนทรภา,
บวรลักษณ์ ทองทวี. (2563). ผลของ
โปรแกรมการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย
ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการ
ปฏิบัติกิจกรรมทางกายความรุนแรงของ
อาการข้อเข่าเสื่อม และการทรงตัวในผู้
ที่มีข้อเข่าเสื่อม. *รามาวุธสาร,* 26(2),
172-187.
- Bitar, S., Omorou, A. Y., Van Hoyer, A.,
Guillemin, F. & Rat, A.-C. (2020).
Five-year Evolution Patterns of
Physical Activity and Sedentary
Behavior in Patients with Lower-
limb Osteoarthritis and Their



- Sociodemographic and Clinical Correlates. *The Journal of Rheumatology*, 47(12), 1807-1811.
- Bandura, A. (1997). *Self – efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and company.
- Degerstedt, A., Alinaghizadeh, H., Thorstensson, C. A. & Olsson, C. B. (2020). High self-efficacy - a predictor of reduced pain and higher levels of physical activity among patients with osteoarthritis: an observational study. *BMC Musculoskelet Disord*, 21(1), 380-393.
- Hawker, G. A. (2018). The Challenge of Pain for Patients with OA. *HSS J*, 28(1), 42-44.
- International Osteoporosis Foundation, (2024). *IOF Compendium of Osteoporosis*. Retrieved 10 December 2024. <https://www.osteoporosis.foundation/sites/iofbonehealth/files/2024-01/IOF-Compendium-of-Osteoporosis-web-V02.pdf>
- Rivet Amico, K. (2020). A situated-Information Motivation Behavioral Skills Model of Care Initiation and Maintenance (SIMB-CIM): an IMB model based approach to understanding and intervening in engagement in care for chronic medical conditions. *J Health Psychol*, 26(7), 1071-1081.
- Spinoso, D. H., Bellei, N. C., Marques, N. R. & Navega, M. T. (2018). Quadriceps muscle weakness influences the gait pattern in women with knee osteoarthritis. *Advances in Rheumatology*, 58(1), 26-35.
- WHO. (2024). *World Osteoporosis Day*. Retrieved 10 December 2024. <https://www.who.int/westernpacific/articles/item/simple-ways-to-prevent-osteoporosis>

Outcomes of Rehabilitation in the Intermediate Phase for Stroke Patients at Nan Hospital¹

Pattarawit Promrak²

Received: 4 November 2024

Accepted: 20 December 2024

Abstract

The objectives of this study are to: 1) study the functional gain of stroke patients following receiving intermediate care services (IMC), using the Barthel Index (BI) to track changes (Δ BI); 2) evaluate the efficiency of intermediate care services (Δ BI / total IMC); and 3) identify factors influencing access to intermediate care services at Nan Hospital. This was a retrospective cohort study, with the population consisting of stroke patients who received acute phase care at Nan Hospital between October 1, 2022, and September 30, 2023, totaling 811 patients. A sample of 240 patients was selected through purposive sampling method, in accordance with inclusion and exclusion criteria. The research instrument included a general and clinical data record form and the Barthel index, a high reliability ($\kappa = 0.88$) and validity tool for assessing activities of daily living. Data was analyzed using descriptive statistics and multivariable logistic regression analysis.

A total of 91 patients completed the rehabilitation program. The result revealed that the average function gain was 5.81 ± 4.12 points, and the average rehabilitation efficiency was 3.07 ± 2.97 points per rehabilitation session. Access to services was negatively impacted by increasing age and residing outside of Muang Nan District.

Keywords: Intermediate care, stroke rehabilitation, accessibility to rehabilitation

¹ Academic Article

² Medical Doctor, Professional Level, Physical Medicine and Rehabilitation department, Nan Hospital,
E-mail: ohm.rehab@gmail.com

ผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลน่าน¹

ภัทรวิชญ์ พรหมรักษ์²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษาสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้นหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) โดยใช้การประเมิน Barthel Index (BI) เป็นตัวติดตามการเปลี่ยนแปลง (Δ BI) 2. ศึกษาประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง (Δ BI / total IMC) และ 3. ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางที่โรงพยาบาลน่าน การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective Cohort Study) ประชากรคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในระยะเฉียบพลันที่โรงพยาบาลน่าน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566 จำนวน 811 ราย กลุ่มตัวอย่าง 240 ราย ถูกเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้าคัดออก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย และ แบบประเมิน Barthel index เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่มีความน่าเชื่อถือสูง ($K = 0.88$) และมีความเที่ยงตรงสูง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกเชิงพหุ

มีผู้ป่วยจำนวน 91 ราย ที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างครบถ้วน ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยการเพิ่มขึ้นของสมรรถภาพอยู่ที่ 5.81 ± 4.12 คะแนน และมีประสิทธิภาพการฟื้นฟูเฉลี่ยอยู่ที่ 3.07 ± 2.97 คะแนนต่อครั้งของการฟื้นฟู การเข้าถึงบริการถูกจำกัดจากปัจจัยด้านอายุที่เพิ่มขึ้นและการอยู่อาศัยนอกเขตอำเภอเมืองน่าน

คำสำคัญ: การดูแลระยะกลาง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การเข้าถึงการฟื้นฟู

¹ บทความวิชาการ

² นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลน่าน อีเมล ohm.rehab@gmail.com



บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุอันดับสองของการเสียชีวิตในผู้ใหญ่ทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2562 ทั่วโลกพบมีผู้ป่วย 12.20 ล้านคน เสียชีวิต 6.55 ล้านคน และมีแนวโน้มที่จะมีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น (Feigin et al, 2019) ส่วนประเทศไทย จากข้อมูลสถิติด้านสุขภาพของสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2566) พบว่าในปี พ.ศ. 2565 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 37,802 ราย คิดเป็นอัตราการตาย 58.00 ต่อแสนประชากร

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตมักมีผลกระทบที่คงเหลืออยู่ มีผลให้เกิดความบกพร่องทางสมรรถภาพทางกาย การรับรู้และสื่อความหมาย ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง ส่งผลกระทบต่อศักยภาพในการทำงานและการประกอบอาชีพของผู้ป่วยและครอบครัว จากการวิจัย พบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพในเวลาที่เหมาะสมต่อเนื่อง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองเพิ่มขึ้น ลดภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Kuptniratsaikul et al, 2009) ปัจจุบันมีการบรรจุนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) จากกระทรวงสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยระยะกลาง ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤตและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความบกพร่องทางร่างกายและมีข้อจำกัดในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน มุ่งหวังให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพภายในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือนหลังเกิดโรค เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาดำเนินชีวิตประจำวัน ช่วยเหลือตัวเองได้ตามศักยภาพสูงสุดของตน (The Ministry of

Public Health, 2019) ลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพและทั้งสามารถกลับสู่สังคมได้ โดยมุ่งเน้นในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง และผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก

เมื่อเข้าสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจะทำการประเมินผู้ป่วยแต่ละราย โดยพิจารณาความบกพร่องและความสูญเสียที่เกิดขึ้น ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด พยาบาลฟื้นฟูสภาพ ช่างกายอุปกรณ์ เป็นต้น เพื่อวางแผนการบำบัดฟื้นฟูที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ยังให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกรูปแบบการรักษา เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างต่อเนื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางมีความสำคัญยิ่ง เนื่องจากในช่วง 6 เดือนแรกหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นช่วงระยะเวลาทองที่มีการฟื้นฟูของระบบประสาทได้ดีที่สุด (Golden period) หากพ้นระยะ 6 เดือนแล้ว และผู้ป่วยยังคงมีความบกพร่องหรือความพิการหลงเหลืออยู่ การดูแลจะเปลี่ยนจากการดูแลผู้ป่วยระยะกลางไปสู่การดูแลระยะยาว (Long term care)

สำหรับจังหวัดน่าน ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2561 แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องอัตราการครองเตียงสูงในโรงพยาบาลน่าน จึงปรับระบบการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง เป็นแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลชุมชนที่มีศักยภาพ (Less intensive rehab program) และการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก (Outpatient rehab program) ทั้งที่โรงพยาบาลน่าน และโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน



รวมถึงการให้บริการในชุมชนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Community/Outreach service) ปัจจุบันหลังจากที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาผ่านพ้นช่วงระยะวิกฤตและถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับการนัดติดตามอาการกับอายุรแพทย์ ร่วมกับการตรวจประเมินความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลน่าน แบบผู้ป่วยนอก เพื่อให้การรักษาและวางแผนบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องโดยสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุข แนะนำให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอกอย่างน้อย 24 ครั้งภายใน 6 เดือน (The Ministry of Public Health, 2019) อย่างไรก็ตาม การเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลน่านด้วยจำนวนครั้งที่กำหนด อาจมีข้อจำกัดหลายประการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางได้อย่างเต็มที่ โดยข้อจำกัดเหล่านี้อาจเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น สภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ข้อจำกัดเรื่องสิทธิการรักษาหรือเศรษฐกิจฐานะในครอบครัว ระยะทางในการเดินทาง รวมถึงข้อจำกัดในด้านการให้บริการจากโรงพยาบาล หรือข้อจำกัดเรื่องระบบบริการสุขภาพภายในจังหวัด ซึ่งทั้งหมดนี้อาจมีผลกระทบต่อผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางได้ ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างครอบคลุม เพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางได้อย่างเต็มศักยภาพและบรรลุผลลัพธ์ที่ดีที่สุดของผู้ป่วย

ทั้งนี้ ตั้งแต่เริ่มดำเนินการมาจนถึงปัจจุบัน ยังไม่ได้มีการศึกษาผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่อย่างใด ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โดยศึกษาสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง โดยการใช้การประเมิน Barthel Index เป็นตัวติดตามการเปลี่ยนแปลง ศึกษาประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางที่โรงพยาบาลน่าน เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางของโรงพยาบาลน่านให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ด้านสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย (Functional gain) คำนวณจากผลต่างระหว่างคะแนน Barthel index (BI) ขณะเริ่มเข้ากระบวนการฟื้นฟูระยะกลาง จนถึงคะแนนสูงสุดหลังเสร็จสิ้นการฟื้นฟูระยะกลาง (ΔBI)
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation efficiency) คำนวณจากของอัตราส่วนระหว่างสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้นต่อจำนวนครั้งทั้งหมดที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ($\Delta BI / \text{total IMC}$)
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลน่าน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาแบบติดตาม ชนิดเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective cohort study) โดยดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มิถุนายน - เดือน ตุลาคม 2567



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน่านในระยะเฉียบพลัน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566 (ปีงบประมาณ 2565) จำนวนรวมทั้งสิ้น 811 คน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าเกณฑ์การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข คือ 1. มีคะแนน BI แรกรับน้อยกว่า 15 คะแนน หรือ 2. มีคะแนน BI แรกรับมากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนนแต่ยังมีความบกพร่องชนิดต่าง ๆ ร่วมกันอย่างน้อย 2 ระบบ ขนาดกลุ่มตัวอย่างคิดจากการคำนวณ two dependent means โดยใช้สูตรข้างอิง (Thadanipon & Rattanasiri, 2021)

$$n = \left[\frac{(z_{\alpha/2} + z_{\beta})\sigma}{\Delta} \right]^2$$

กำหนดให้ $\alpha = 0.05$, $\beta = 0.95$, $\Delta =$ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย อ้างอิงจากการศึกษาของรัชณี ทองเสถี (2563) เท่ากับ 9.32, $\sigma =$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อ้างอิงจากการศึกษาของรัชณี ทองเสถี (2563) เท่ากับ 4.65 คำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ควรศึกษาในการวิจัยได้ทั้งสิ้นอย่างน้อย 6 ราย ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้าคัดออก

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน่านในระยะเฉียบพลัน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566
2. ได้รับการประเมินคะแนน Barthel index (BI) เมื่อแรกรับในระยะเฉียบพลัน (BI on

admission - BI_{AD}) ก่อนจำหน่ายจากระยะเฉียบพลัน (BI at discharge - BI_S) และได้รับการประเมิน Barthel index ระหว่างติดตามอาการต่อเนื่องที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองจนกระทั่งถูกจำหน่ายจากการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง กล่าวคือ เมื่อคะแนน BI เต็ม 20 หรือเมื่อครบ 6 เดือนหลังเริ่มโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง

3. มีคะแนน BI แรกรับน้อยกว่า 15 คะแนน หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนนแต่ยังมีความบกพร่องชนิดต่าง ๆ เช่น มีปัญหาการกลืน การสื่อสาร การเคลื่อนไหว บกพร่องเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระจากระบบประสาท หรือบกพร่องด้านการรับรู้และความคิดเข้าใจ ร่วมกันอย่างน้อย 2 ระบบ

4. มีระยะเวลาตั้งแต่พ้นระยะวิกฤตจากการเกิดโรคจนถึงเวลาที่เข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางไม่เกิน 6 เดือน

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีข้อมูลไม่ครบ หรือ ติดตามข้อมูลไม่ได้
2. ผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการรักษาระยะเฉียบพลัน
3. ผู้ป่วยที่ญาติต้องการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนที่มีการบันทึกไว้ขณะทำการรักษา ประกอบด้วย



1.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ที่อยู่ สหิ
การรักษายาบาล ปัจจัยเสี่ยง

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
ได้แก่ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง
ตามระดับของ National Institutes of Health
Stroke Scale (NIHSS) ความบกพร่องร่วม คะแนน
Barthel index โรคร่วม ภาวะแทรกซ้อน และ
การเข้ารับบริการเวชกรรมฟื้นฟูในระยะเฉียบพลัน
แบบผู้ป่วยใน

1.3 ข้อมูลการเข้ารับบริการเวชกรรมฟื้นฟู
ระยะกลาง ได้แก่ จำนวนครั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก คะแนน Barthel index
ในช่วงเวลาต่าง ๆ ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลา
ที่สิ้นสุดการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง และความ
บกพร่องร่วมและความพิการเมื่อสิ้นสุดการฟื้นฟู
สมรรถภาพระยะกลาง

2. แบบประเมิน Barthel index (BI)
เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตร
ประจำวันพื้นฐาน 10 ด้านแบบมาตราอันดับ
(Ordinal scale) แต่ละด้านมีคะแนนรวมสูงสุด 1-3
คะแนน มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-20 คะแนน โดยแบ่ง
ระดับการสูญเสียความสามารถเป็น 5 ระดับ คือ
ระดับรุนแรงมาก (BI 0-4), ระดับรุนแรง (BI 5-9),
ระดับปานกลาง (BI 10-14), ระดับน้อย (BI 15-19)
และระดับช่วยเหลือตัวเองได้ (BI 20)
(D'Olhaberriague et al, 1996; Mahoney & Barthel,
1965; Wade & Collin, 1988) โดยคะแนน BI
จะถูกบันทึกโดยพยาบาลแผนกอายุรกรรม
โรคหลอดเลือดสมองที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแล

และประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยคะแนน BI
จะถูกนำมาใช้ในการคำนวณดังนี้

2.1 สมรรถภาพที่เพิ่มขึ้น (Functional
gain) คำนวณจาก ผลต่างระหว่างคะแนน BI
ขณะเริ่มเข้ากระบวนการฟื้นฟูระยะกลาง (ใช้ค่า
คะแนน BI ขณะเริ่มเข้ากระบวนการฟื้นฟูระยะ
กลางเป็นค่าเดียวกับกับค่าคะแนน BI ก่อนจำหน่าย
จากระยะเฉียบพลัน; BI_S) จนถึงคะแนนสูงสุด
หลังเสร็จสิ้นการฟื้นฟูระยะกลาง (BI_{END})
(Kuptniratsaikul et al, 2016; Pattanasuwanna
& Kuptniratsaikul, 2017; Pattanasuwanna,
2019): $\Delta BI = BI_{END} - BI_S$

2.2 ประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสมรรถภาพ
(Rehabilitation efficiency) คำนวณจากอัตราส่วน
ระหว่างสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้นต่อจำนวนครั้งทั้งหมด
ที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางโดยทีม
สหสาขาวิชาชีพ: $\Delta BI / \text{total IMC}$ (Kuptniratsaikul
et al, 2016; Pattanasuwanna, 2019)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูล
ทางคลินิกของผู้ป่วย ผู้วิจัยจะตรวจสอบความ
ครบถ้วนของเวชระเบียนผู้ป่วยทุกราย กรณีที่ข้อมูล
ไม่ครบถ้วนหรือลงข้อมูลผิดพลาด จะไม่ถูกนำมา
วิเคราะห์

2. แบบประเมิน Barthel index เป็นแบบ
ประเมินที่ใช้ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตร
ประจำวันที่ใช้กันทั่วไปอย่างแพร่หลาย สามารถ
ประเมินได้ง่าย มีความน่าเชื่อถือ (reliability) สูง
โดยมีค่า K values เท่ากับ 0.88 อีกทั้งยังมี



ความเที่ยงตรง (validity) สูงและใช้ติดตามการเปลี่ยนแปลงได้ดี (D'Olhaberriague et al, 1996; Wade & Hower, 1987)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สืบค้นข้อมูลจากระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศของโรงพยาบาล (ProDOC) ด้วยการสืบค้นจากรหัสโรคหลัก (โรคหลอดเลือดสมอง ICD10: I60-69)

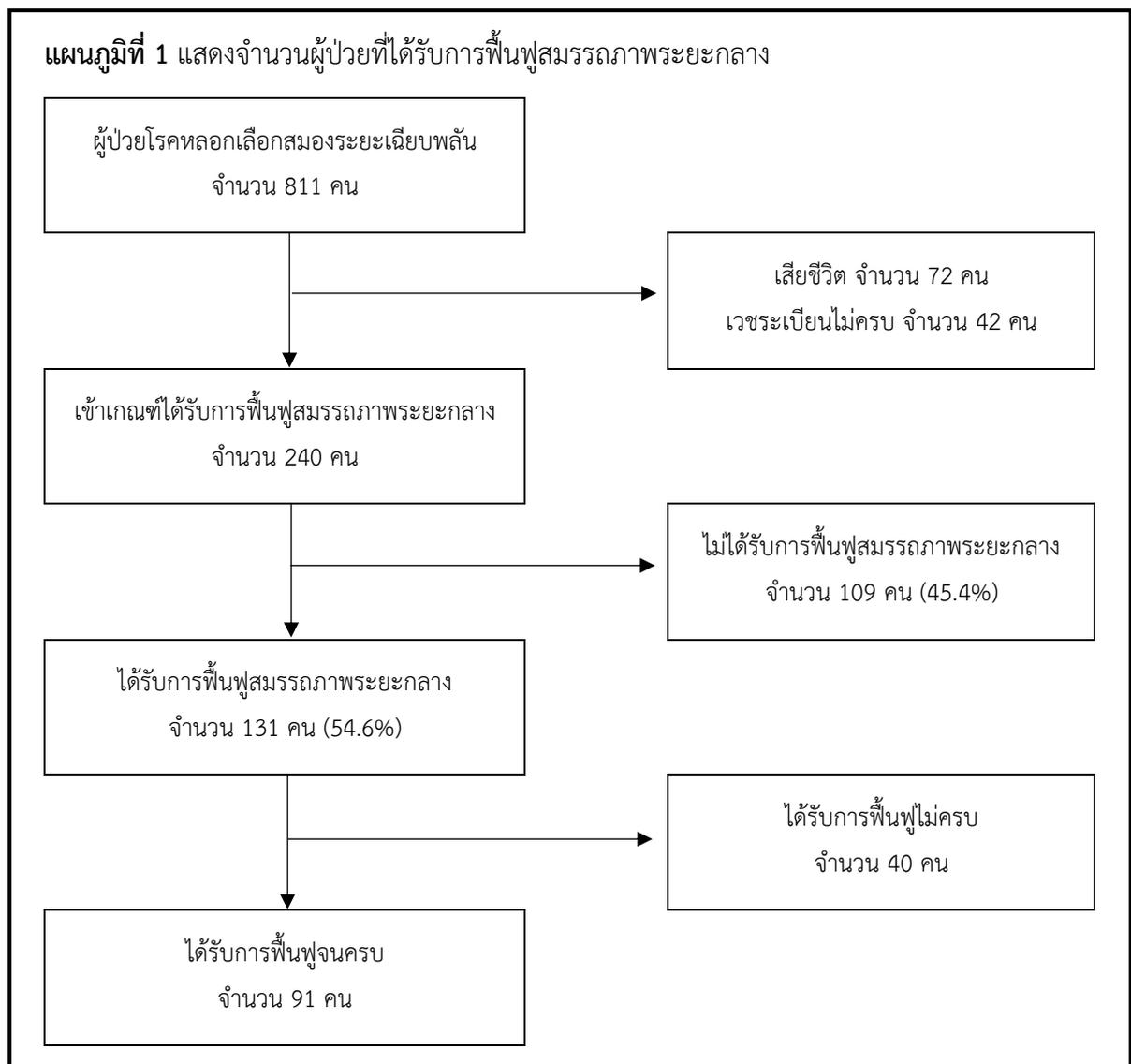
2. เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย

3. วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยมีการคำนวณและวิเคราะห์ผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพดังนี้

3.1. สมรรถภาพที่เพิ่มขึ้น (Functional gain)

3.2 ประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation efficiency)

3.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง





การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์สถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป
2. ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการรายงานข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) ความบกพร่องร่วม คะแนนสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้น ประสิทธิภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยนำเสนอข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นความถี่ และร้อยละต่อจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด และข้อมูลเชิงปริมาณเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ใช้ multivariable logistic regression analysis เพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการได้เข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง ทั้งนี้ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน เอกสารรับรองเลขที่ Nan Hos. REC No.028/2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย

มีผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่เข้าเกณฑ์ควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566 ที่โรงพยาบาลน่านจำนวนรวมทั้งสิ้น 240 คน จากจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาระยะเฉียบพลันที่โรงพยาบาลน่าน ในช่วงเวลาดังกล่าว จำนวน 811 คน แบ่งเป็นผู้ที่เข้าเกณฑ์จากคะแนน Barthel index < 15 จำนวน 230 คน และผู้ที่เข้าเกณฑ์จากคะแนน Barthel index ≥ 15 ร่วมกับมี multiple impairment 2 ด้าน จำนวน 10 คน

ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง อยู่ในช่วงอายุ 31-99 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 66.70 ปี โดยพบสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะสมองขาดเลือด จำนวน 141 คน (ร้อยละ 71.20) และจากภาวะเลือดออกในสมอง จำนวน 69 คน (ร้อยละ 28.80) เป็นเพศชาย 139 คน (ร้อยละ 57.90) เพศหญิง 101 คน (ร้อยละ 38.90) เมื่อพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า สถานที่เกิดอาการอยู่ในเขตอำเภอเมือง 52 คน (ร้อยละ 21.70) ต่างอำเภอ 187 คน (ร้อยละ 77.90) และต่างจังหวัด 1 คน (ร้อยละ 0.40) มีโรคประจำตัวอยู่เดิม 197 คน (ร้อยละ 82.10) โดยพบโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 71.30 เบาหวานร้อยละ 51.00 ไขมันในเลือดสูงร้อยละ 88.00 และหัวใจเต้นผิดจังหวะร้อยละ 49.00 ทั้งนี้ มีผู้ป่วยมีประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน 54 คน (ร้อยละ 22.50) เป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 75 คน (ร้อยละ 31.30) ได้แก่ สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 20.40 และร้อยละ 30.00 ตามลำดับระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลช่วงระยะเฉียบพลันเฉลี่ย 7.10 ± 6.50 วัน เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนอนโรงพยาบาล 57 คน (ร้อยละ 23.80) ได้แก่ มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ 23 คน (ร้อยละ 9.60) ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ 20 คน (ร้อยละ 8.30) มีภาวะหายใจล้มเหลว 17 คน (ร้อยละ 7.10) ภาวะเพื่อสับสน 17 คน (ร้อยละ 7.10) ติดเชื้อในกระแสเลือด 10 คน (ร้อยละ 4.20) แผลกดทับ 2 คน (ร้อยละ 0.80) และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 1 คน (ร้อยละ 0.40)

เมื่อพิจารณาความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้คะแนน NIHSS ในวันที่จำหน่าย



ผู้ป่วย พบว่ามีผู้ป่วยที่อยู่ในระดับ mild impairment (1-4) 75 คน moderate impairment (5-15) 140 คน Moderate-severe (16-20) 16 คน และ severe impairment (21-42) คิดเป็น ร้อยละ 31.30, 58.30, 6.70, และ 3.80 ตามลำดับ ความบกพร่องร่วมที่พบขณะจำหน่ายผู้ป่วยจาก โรงพยาบาล พบว่ามีความบกพร่องด้านการกลืน

100 คน (ร้อยละ 41.70) บกพร่องด้านการสื่อสาร 177 คน (ร้อยละ 73.80) บกพร่องด้านการ เคลื่อนไหว 235 คน (ร้อยละ 97.90) บกพร่อง ด้านการรับรู้และความคิดเข้าใจ 31 คน (ร้อยละ 12.90) โดยไม่มีผู้ป่วยที่มีความบกพร่อง เรื่องการขับถ่าย/ขับปัสสาวะบกพร่องจากระบบ ประสาท (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่เข้าเกณฑ์ควรได้รับการฟื้นฟูระยะกลาง (n = 240)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	139	57.90
หญิง	101	42.10
อายุ (ปี)		
mean ± SD	66.70 ± 13.40	
ที่อยู่		
ในเขตอำเภอเมือง	52	21.70
นอกเขตอำเภอเมือง	188	78.30
ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS)		
Minor (1-4)	75	31.30
Moderate (5-15)	140	58.30
Moderate-severe (16-20)	16	6.70
Severe (21-42)	9	3.80
ความบกพร่องร่วม		
Swallowing problem	100	41.70
Communication problem	177	73.80
Mobility problem	235	97.90
Cognitive and perception problem	31	12.90
Bowel and bladder problem	0	0.00
โรคร่วม		
HT	171	71.30
DM	51	21.30



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่เข้าเกณฑ์ควรได้รับการฟื้นฟูระยะกลาง (n = 240) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
โรคร่วม		
DLP	88	36.70
AF	49	20.40
Old CVA	54	22.50
ปัจจัยเสี่ยง		
สูบบุหรี่	49	20.40
ดื่มแอลกอฮอล์	67	30.00

ข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพ

จากผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางจำนวน 240 คน หลังจำหน่ายออกจากระยะเฉียบพลันมีผู้ป่วยที่มาติดตามอาการหลังจำหน่ายที่คลินิกหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลน่านและเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางจำนวน 131 คน (ร้อยละ 54.60) ได้รับการดูแลบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก

เฉลี่ย 2.80 ± 2.70 ครั้ง ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่องจนคะแนน BI ครบ 20 หรือครบ 6 เดือนมีจำนวน 91 คน (ร้อยละ 69.50) ระยะเวลาในเข้ารับการฟื้นฟูจนสิ้นสุดการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางเฉลี่ย 4.40 ± 2.20 เดือน และมีผู้ป่วยที่คะแนน BI เต็ม 20 ก่อน 6 เดือนจำนวน 35 คน (ร้อยละ 38.50)

ตารางที่ 2 สมรรถภาพที่เปลี่ยนแปลงหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางครบถ้วน (n = 240)

ข้อมูล	mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	df	t	p-value
BI ขณะเริ่มเข้าสู่การฟื้นฟูระยะกลาง (BI _S)	9.68	3.57	0.51	90	13.47*	< 0.01
BI หลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางครบถ้วน (BI _{END})	15.49	4.84	0.37			

หมายเหตุ * Significant level at p-value < 0.05



เมื่อพิจารณาคะแนน BI พบว่า คะแนน BI แรกรับในระยะเฉียบพลัน (BIAD) เฉลี่ย เท่ากับ 6.67 ± 3.26 คะแนน ขณะที่คะแนน BI เมื่อเริ่มเข้าสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง (BIS) เฉลี่ย เท่ากับ 9.68 ± 3.57 คะแนน และคะแนน BI หลังสิ้นสุดการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง (BIEND) เฉลี่ย เท่ากับ 15.49 ± 4.84 คะแนน (ตารางที่ 2) เมื่อพิจารณาคะแนนผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพพบว่า มีค่าสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้นหลังครบการฟื้นฟูระยะกลาง (Δ BI) เฉลี่ย เท่ากับ 5.81 ± 4.12 คะแนน และค่าประสิทธิภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉลี่ย เท่ากับ 3.07 ± 2.97 คะแนนต่อครั้ง

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางด้วย multivariable logistic regression analysis โดยควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจเกี่ยวข้องทั้งหมด (Exploratory modelling strategy) ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิภาค โรครประจำตัว ระดับการสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความบกพร่องร่วม พบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบต่อการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะ

กลางอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น และการมีที่อยู่อาศัยนอกเขตอำเภอเมืองน่าน โดยมี odds ratio เป็น 0.97 และ 0.46 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ในระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางมีผู้ป่วยที่เข้ารับการฟื้นฟูระยะกลางไม่ครบถ้วนจำนวน 40 คน (ร้อยละ 30.50) โดยมีระยะรักษาฟื้นฟูระยะกลางเฉลี่ยเท่ากับ 3.40 ± 1.30 เดือน สาเหตุของการฟื้นฟูระยะกลางไม่ครบถ้วนเกิดจากการขาดการติดตามการรักษาที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง 11 คน มาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองแต่ไม่ได้มาตามนัดพบแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 20 คน ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ 1 คน เสียชีวิต 4 คน ถูกส่งต่อเพื่อรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน 3 คนและโรงพยาบาลนอกจังหวัด 1 คน ทั้งนี้ มีรายงานภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างการฟื้นฟูระยะกลางจำนวน 18 คน (ร้อยละ 13.80) แบ่งเป็น เกิดแผลกดทับ 11 คน หกล้ม 2 คน ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 2 คน ปอดติดเชื้อ 1 คน ข้อติด 1 คน

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง (n = 240)

ปัจจัย	B	SE	p-value	OR	95%CI
เพศหญิง	-0.06	0.27	0.83	0.94	0.53-1.65
อายุที่เพิ่มขึ้น (ปี)	-0.03	0.01	0.00*	0.97	0.94-0.99
อาศัยนอกเขตอำเภอเมืองน่าน	-0.79	0.16	0.02*	0.46	0.23-0.90
มีโรครประจำตัว	-0.45	0.26	0.26	0.64	0.29-1.40
สูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระดับน้อย	-0.09	0.20	0.68	0.91	0.59-1.41
Swallowing problem	-0.49	0.24	0.21	0.62	0.29-1.31



ตารางที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง (n = 240) (ต่อ)

ปัจจัย	B	SE	p-value	OR	95%CI
Communication problem	0.49	0.57	0.162	1.63	0.82-3.24
Mobility problem	-0.46	0.63	0.641	0.63	0.09-4.41
Cognitive and perception problem	0.05	0.49	0.919	1.05	0.42-2.61
Constant	4.19	104.10	0.008	65.84	
Nagelkerke R Square = 0.07					

หมายเหตุ * Significant level at p-value < 0.05, derived from logistic regression analysis

บทวิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางต่อเนื่อง ส่วนใหญ่มีสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มมากขึ้น โดยค่า BI ขณะเริ่มเข้าสู่การฟื้นฟูระยะกลาง (BIS) อยู่ที่ 9.68 ± 3.57 คะแนน และคะแนนหลังได้รับการฟื้นฟูจนครบ (BIEND) เพิ่มขึ้นเป็น 15.49 ± 4.84 คะแนน โดยมีค่าสมรรถภาพที่เพิ่มขึ้น (ΔBI) เฉลี่ย 5.81 ± 4.12 คะแนน มีค่าประสิทธิภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉลี่ย 3.07 ± 2.97 คะแนนต่อครั้ง ทั้งนี้ พบว่าการมีอายุที่เพิ่มขึ้นและการอาศัยนอกเขตอำเภอเมืองน่านเป็นปัจจัยเชิงลบที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง

ผลการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางอย่างครบถ้วนจะมีการเพิ่มขึ้นของคะแนน BI เฉลี่ย 5.81 ± 4.12 คะแนน (เพิ่มขึ้นจาก 9.68 ± 3.57 เป็น 15.49 ± 4.84 คะแนน) สอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบพหุสถาบันในโรงพยาบาล 14 แห่งในประเทศไทย (Kuptniratsaikul et al., 2016) รวมถึงการศึกษา

ของรัชณี ทองเสก (2563) ณ โรงพยาบาลท่าศาลา และการศึกษาของ Yanyong (2023) ณ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ซึ่งต่างก็พบคะแนน ΔBI เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ แต่ละการศึกษามีจำนวน คะแนน ΔBI ที่เพิ่มขึ้นแตกต่างกัน โดยพบ คะแนน BI เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 4.10 ± 3.50 , 9.32 ± 4.65 และ 4.77 ± 2.26 คะแนนตามลำดับ และมีคะแนนหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็น 11.70 ± 5.50 , 16.60 ± 0.70 และ 15.77 ± 3.19 คะแนนตามลำดับ ความแตกต่างของคะแนน BI ที่เพิ่มขึ้นและคะแนน BI หลังการฟื้นฟูสมรรถภาพระหว่างการศึกษานี้และการศึกษาที่กล่าวถึงข้างต้นอาจเป็นผลจากความแตกต่างหลาย ๆ ประเด็น กล่าวคือ แต่ละการศึกษามีจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ที่ต่างกัน ทำให้มีความแตกต่างของคะแนน BI ตั้งแต่เริ่มต้นคือ 7.60 ± 4.70 (Kuptniratsaikul et al, 2016), 7.43 ± 0.67 (รัชณี ทองเสก, 2563) และ 11.00 ± 3.58 (Yanyong, 2023) คะแนนตามลำดับ รวมไปถึงรูปแบบการฝึกที่ต่างกัน กล่าวคือ การศึกษาของ Kuptniratsaikul et al. (2016) ที่พบคะแนน BI หลังการฟื้นฟูสมรรถภาพน้อยกว่า



มีการฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยใน มีระยะวันนอนเฉลี่ยเพียง 27.90 ± 17.30 วัน ซึ่งค่าสมรรถภาพอาจเพิ่มสูงขึ้นกว่านี้หากมีการติดตามต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ขณะที่การศึกษาของรัชณีทองเสถี (2563) ที่พบคะแนน BI หลังการฝึกสูงกว่า มีการวิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังและผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองร่วมด้วย และมีจำนวนครั้งของการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอกอยู่ที่ 7.70 ± 6.93 มากกว่าการศึกษานี้ที่มีค่าเฉลี่ย 2.80 ± 2.70 ครั้ง ซึ่งการฝึกจำนวนครั้งที่มากกว่าอาจส่งผลโดยตรงให้คะแนน BI หลังการฟื้นฟูสูงขึ้น (Pattanasuwanna, 2019) เนื่องจากมีการศึกษาที่พบว่าการฝึกกายภาพบำบัด 10-15 ชั่วโมง/ราย จะสามารถเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ดังนั้นหากการศึกษานี้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยจำนวนชั่วโมงที่มากขึ้น อาจจะทำให้ผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพสูงขึ้นได้ (วาริสาทรัพย์ประดิษฐ์ และคณะ, 2565)

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพจนสิ้นสุดระยะกลางของการศึกษานี้ มีระยะเวลาเฉลี่ย 4.40 ± 2.20 เดือน พบว่าใกล้เคียงกับการศึกษาของรัชณีทองเสถี (2563) ที่มีระยะเวลาเฉลี่ย 4.41 ± 1.80 เดือน แต่การศึกษานี้มีประสิทธิภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation efficiency) อยู่ที่ 3.07 ± 2.97 คะแนน/ครั้ง ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของ Kuptniratsaikul et al. (2016) และรัชณีทองเสถี (2563) ที่มีค่า 0.23 ± 0.31 และ 0.41 ± 0.26 ตามลำดับ ผลลัพธ์ที่แตกต่างกันอาจเนื่องมาจากจำนวนครั้งการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพของการศึกษานี้ที่มีจำนวนน้อยกว่า เนื่องจากการศึกษาแรกเป็นการศึกษาแบบผู้ป่วยในที่สามารถฝึกได้จำนวนครั้งมากแม้จะใช้

ระยะเวลาสั้น และการศึกษาที่สองผู้ป่วยสามารถเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพได้จำนวนครั้งมากกว่าการศึกษานี้ อีกทั้งการศึกษานี้มีข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพจนครบถ้วนเพียงร้อยละ 69.50 ของผู้ที่ได้เข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางทั้งหมด และมีผู้ป่วยถึงร้อยละ 16.00 ที่มีคะแนน BI เต็ม 20 ตั้งแต่ครั้งแรกที่มาติดตามอาการ จึงอาจทำให้ค่าเฉลี่ย ΔBI ต่อครั้งในการฝึกสูงกว่าสองการศึกษาข้างต้น

ความบกพร่องที่พบขณะจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลหลังการรักษาระยะเฉียบพลัน มีการบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวและการสื่อสารถึงร้อยละ 97.90 และ 73.80 ตามลำดับ ซึ่งผลลัพธ์สูงกว่าการศึกษาที่เคยมีการศึกษามาก่อน (Lawrence et al, 2001) เป็นผลเนื่องจากการศึกษานี้เป็นศึกษาเฉพาะผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีคะแนน BI < 15 หรือกลุ่มที่ตรวจพบความบกพร่องมากกว่า 1 ระบบ ซึ่งต่างกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ศึกษาอุบัติการณ์ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองทุกราย มีข้อสังเกตว่า ถึงแม้จะมีการบันทึกข้อมูลเหล่านี้ในเวชระเบียนแต่ยังมีปัญหาผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเนื่องจากมีความบกพร่องมากกว่า 1 ระบบ แต่ไม่ถูกส่งต่อมาพบแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากแพทย์เจ้าของไข้ไม่ได้บันทึกความบกพร่องนั้นว่าเป็นปัญหาอย่างชัดเจน ทำให้มีการตกหล่นเรื่องข้อมูลในวันที่มาติดตามนัดที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองและไม่ถูกส่งต่อมาพบแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พบว่ามีผู้ป่วยถึงร้อยละ 13.50 ที่ไม่ได้พบแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูด้วยสาเหตุนี้

ผลการศึกษานี้ พบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 13.80 ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง พบว่าต่ำกว่าเล็กน้อย



เมื่อเทียบกับการศึกษาของรัชณี ทองเสถียร (2563) และ Pattanasuwanna (2019) ที่มีภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 14.70 และ 20.10 ตามลำดับ ทั้งนี้คาดว่าอาจเกิดจากโรคประจำตัวหรือการดูแลจากผู้ดูแลที่ไม่เหมือนกัน อาจมีผู้ป่วยที่ติดตามภาวะแทรกซ้อนไม่ได้ หรือได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลอื่น ทำให้ข้อมูลที่ได้มีน้อยกว่าความเป็นจริง ในด้านการเข้าถึงระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง พบว่า ยังมีผู้ป่วยที่ไม่มีโอกาสได้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางถึงร้อยละ 45.40 และขาดนัดระหว่างได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางร้อยละ 8.40 รวมถึงจำนวนครั้งของการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางของโรงพยาบาลน่านยังทำได้น้อยกว่าการศึกษาอื่นที่กล่าวถึงข้างต้น แสดงถึงการมีข้อจำกัดเรื่องการเข้าถึงบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง อาจเกิดจากบริบทของบริการทางสาธารณสุขที่มีข้อจำกัด เช่น จำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาล จำนวนนักกายภาพบำบัด การขาดการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลน่าน และโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย ระยะห่างระหว่างโรงพยาบาลน่านและภูมิภาคอื่นๆของผู้ป่วย เป็นต้น สัมพันธ์กับผลการศึกษานี้ที่พบว่า การมีที่อยู่อาศัยนอกเขตอำเภอเมืองน่านเป็นปัจจัยเชิงลบที่ส่งผลต่อการเข้าถึงการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ของรัชชวรรณ สุขเสถียร (2557) แต่ไม่พบว่า ความบกพร่องร่วมส่งผลต่อการเข้ารับการฟื้นฟูระยะกลาง ต่างจากการศึกษาของรัชชวรรณ สุขเสถียร (2557) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการศึกษาของรัชชวรรณ สุขเสถียร (2557) นั้นเป็นการศึกษาเฉพาะการเข้าถึงบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในเท่านั้น นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังพบว่า การมี

อายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการเข้าถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางลดลง ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ จะมีความเสี่ยงในการเกิดกลุ่มอาการที่เกิดจากการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (Immobilization Syndrome) มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (Coletta & Murphy, 1992) โดยกลุ่มอาการดังกล่าว อาจส่งผลให้เกิดการถดถอยของสภาพร่างกายได้เร็ว เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย และภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวอาจก่อให้เกิดความลำบากในการเข้าถึงการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นผลให้ผู้ผู้ป่วยไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเต็มศักยภาพในช่วงระยะเวลาทอง (Golden period) ซึ่งควรอยู่ภายในระยะเวลา 6 เดือนหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากเป็นการศึกษาชนิดเก็บข้อมูลย้อนหลัง ทำให้ข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วน และไม่สามารถติดตามผลการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยนอกเขตอำเภอเมืองได้ รวมถึงขนาดกลุ่มตัวอย่างยังไม่เพียงพอในการวิเคราะห์แยกผลลัพธ์แต่ละกลุ่มการสูญเสียความสามารถ นอกจากนี้ยังมีการติดตามผลลัพธ์เพียงแค่คะแนน BI เป็นหลัก ซึ่งบ่งบอกเพียงความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่ยังขาดการติดตามข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น กำลั้งกล้ามเนื้อ Brunstrom recovery อาการกล้ามเนื้อหดเกร็ง นอกจากนี้ ยังควรเพิ่มรายละเอียดข้อมูลความบกพร่องแต่ละด้านที่ซึ่งสามารถแจกแจงความรุนแรงลงได้อีกหลายระดับ เช่น ความรุนแรงของการพูดไม่ชัด การเคลื่อนไหว เป็นต้น รวมถึงข้อมูลในมิติอื่น เช่น มิติทางด้านสังคม จิตใจ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล อย่างไรก็ตาม



ผลการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล วางแผนการสร้างระบบติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าเกณฑ์การได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง และการสร้างระบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษาต่อไปในอนาคต เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าถึงและผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางในจังหวัดน่านสมบูรณ์มากขึ้น จึงควรมีการศึกษาวิจัยแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้าต่อไปในอนาคต

สรุป

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลน่านที่ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางจนครบถ้วน มีสมรรถภาพในการใช้ชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการได้รับการฟื้นฟูอย่างมีนัยสำคัญ ความสามารถในการเข้าถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางยังมีข้อจำกัด โดยการมีอายุที่เพิ่มขึ้นและการมีที่อยู่อาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเมืองน่านเป็นปัจจัยเชิงลบที่ส่งผลกระทบต่อเข้าถึงบริการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.ดร.นพ.สินธิป พัฒนาคูหา อาจารย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำหรับคำปรึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

รัชณี ทองเสถี. (2563). ผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางของผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าศาลาจังหวัดนครศรีธรรมราช. *นครศรีธรรมราชเวชสาร*, 4(1), 1-9.

รัชวรรณ สุขเสถียร. (2557). การเข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลลัพธ์. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 24(2), 37-43.

วาริสา ทรัพย์ประดิษฐ์, ขวัญประชา เขียงไชยสกุลไทย, นำพร สามิภักดิ์, & ชัชวลัย สนธิกุล. (2565). จำนวนชั่วโมงกายภาพบำบัดที่ส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน. *วารสารกายภาพบำบัด*, 44(1), 1-1.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). ข้อมูลตัวชี้วัดสังคม https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=3511&filename=PageSocial

Coletta, E. M., & Murphy, J. B. (1992). The complications of immobility in the elderly stroke patient. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 5(4), 389-397.

D'Olhaberriague, L., Litvan, I., Mitsias, P., & Mansbach, H. H. (1996). A reappraisal of reliability and validity studies in stroke. *Stroke*, 27(12), 2331-2336. <https://doi.org/10.1161/01.STR.27.12.2331>

Feigin VL, Stark BA, Johnson CO, Roth GA, Bisignano C, Abady GG,



- Abbasifard M, Abbasi-Kangevari M, Abd-Allah F, Abedi V, Abualhasan A. (2021). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Neurology*, 20(10), 795–820. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00260-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00260-0)
- Kuptniratsaikul, V., Kovindha, A., Dajpratham, P., & Piravej, K. (2009). Main outcomes of stroke rehabilitation: A multi-center study in Thailand. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41, 54–58. <https://doi.org/10.2340/16501977-0272>
- Kuptniratsaikul V, Wattanapan P, Wathanadilokul U, Sukonthamarn K, Lukkanapichonchut P, Ingkasuthi K, Massakulpan P, Klaphajone J, Suethanapornkul S, Tunwattanapong P, Laksanakorn W. (2016). The effectiveness and efficacy of inpatient rehabilitation services in Thailand: A prospective multicenter study. *Rehabilitation Process and Outcome*, 5, 13–18. <https://doi.org/10.1177/2235042X16660703>
- Lawrence, E. S., Coshall, C., Dundas, R., Stewart, J., Rudd, A. G., & Howard, R. (2001). Estimates of the prevalence of acute stroke impairments and disability in a multiethnic population. *Stroke*, 32(6), 1279–1284. <https://doi.org/10.1161/01.STR.32.6.1279>
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index: A simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Maryland State Medical Journal*.
- Pattanasuwanna, P., & Kuptniratsaikul, V. (2017). Inpatient rehabilitation outcomes in patients with stroke at Thailand’s largest tertiary referral center: A 5-year retrospective study. *Journal of Science Research Studies*, 4(8), 208–216.
- Pattanasuwanna, P. (2019). Outcomes of intermediate phase post-stroke inpatient rehabilitation in community hospitals. *ASEAN Journal of Rehabilitation Medicine*, 29(1), 8–13.



- Thadanipon, K., & Rattanasiri, S. (2021, September 22). Sample size estimation I. College of Public Health Sciences, Mahidol University.
<https://www.rama.mahidol.ac.th/ceb/sites/default/files/public/pdf/ACADEMIC/2021/Epi/RACE625/11.%20Sample%20size%20estimation%20I%202021-09-22.pdf>
- The Ministry of Public Health. (2019). Guideline for intermediate care.
<http://www.snmri.go.th/wp-content/uploads/2021/01/10-Guideline-for-Intermediate-Care.pdf>
- Wade, D. T., & Collin, C. (1988). The Barthel ADL Index: A standard measure of physical disability? *International Disability Studies*, 10(2), 64–67.
<https://doi.org/10.3109/09638288809164105>
- Wade, D. T., & Hower, R. L. (1987). Functional abilities after stroke: Measurement, natural history and prognosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 50(2), 177-182.
- Yanyong, K. (2023). Cost-effectiveness of intensive intermediate care rehabilitation for stroke patients in Nopparat Rajathanee Hospital: A retrospective observational study. *ASEAN Journal of Rehabilitation Medicine*, 33(3), 149–153.

Factors Affected on Developing of Digital Identity Usage Behavior to Support Public Health Service Delivery for Public Health Personnel in Phrae Province.¹

Watcharaphong Watcharin²
Niphitphon Seangdoung³

Received: 3 December 2024

Accepted: 20 December 2024

Abstract

This study aimed to 1) examine the level of digital identity usage behavior in supporting health services and 2) investigate the factors influencing digital identity usage behavior in supporting health services among public health personnel in Phrae Province. The sample consisted of 151 public health personnel working in general hospital, community hospital, and tambon health promoting hospital, selected through systematic random sampling. Data was collected using a Likert-scale questionnaire with a reliability coefficient ranging from 0.78 to 0.87. Data analysis was conducted using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The results showed that 1) The overall digital identity usage behavior in supporting health services was at a moderate level ($M = 2.33$, $SD = 0.85$). 2) The factors significantly influencing the development of digital identity usage behavior in supporting health services (Y) at the 0.05 level were: policy support ($X1$), cybersecurity awareness ($X2$), perceived benefits ($X3$), perceived ease of use ($X4$), system trust ($X5$), and behavioral intention ($X6$), with coefficients of influence of 0.44, 0.39, 0.35, 0.25, 0.21, and 0.20 respectively. These six variables collectively explained 28.00% of the variance in digital identity usage behavior. The predictive equation based on raw scores is as follows:

Digital identity usage behavior in supporting health services = $(-3.41) + 0.21(X1) + 0.20(X3) + 0.25(X4) + 0.35(X5) + 0.40(X6) + 0.45(X7)$.

Keywords: digital identity, health services, public health personnel

¹ Academic Article

² Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Phrae Provincial Public Health Office,
E-mail: bonsi238@gmail.com

³ Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Phrae Provincial Public Health Office,
E-mail: nvanness@hotmail.com

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาพฤติกรรมการใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัลในการสนับสนุน การจัดบริการด้านสุขภาพ ของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดแพร่¹

วัชรพงษ์ วัชรินทร์²

นิพัทธ์พงษ์ แสงสว่าง³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับพฤติกรรมการใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัลในการสนับสนุนการบริการด้านสุขภาพ และ2) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัลในการสนับสนุนการบริการด้านสุขภาพ ของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดแพร่ กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 151 คน โดยทำการสุ่มด้วยการสุ่มอย่างเป็นระบบ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า ที่มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.78-0.87 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัลในการสนับสนุนการบริการด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.33$, S.D. = 0.85) และ2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาพฤติกรรมใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัลในการสนับสนุนการบริการด้านสุขภาพ (Y) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การสนับสนุนเชิงนโยบาย (X_1), ความตระหนักรู้ด้านความปลอดภัยไซเบอร์ (X_3) การรับรู้ประโยชน์ (X_4) การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน (X_5) ความเชื่อมั่นต่อระบบ (X_6) และความตั้งใจใช้งาน (X_7) มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.21, 0.20, 0.25, 0.35, 0.40, และ 0.45 ตามลำดับ ตัวแปรทั้ง 6 สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัลได้ร้อยละ 28.00 และมีสมการทำนายจากคะแนนดิบ ดังนี้

$$\text{พฤติกรรมใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัลในการสนับสนุนการบริการด้านสุขภาพ} = (-3.41) + 0.21 (X_1) + 0.20 (X_3) + 0.25 (X_4) + 0.35 (X_5) + 0.40 (X_6) + 0.45 (X_7)$$

คำสำคัญ: อัตลักษณ์ทางดิจิทัล บริการสุขภาพ บุคลากรสาธารณสุข

¹ บทความวิชาการ

² นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ อีเมล bonsi238@gmail.com

³ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ อีเมล nvanness@hotmail.com



บทนำ

ในยุคที่เทคโนโลยีดิจิทัลมีบทบาทสำคัญในชีวิตประจำวัน การพัฒนาระบบสาธารณสุขด้วยการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยเหลือเป็นเรื่องจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของ อัตลักษณ์ทางดิจิทัล (Digital Identity) ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการใช้ในการยืนยันตัวตนของผู้รับบริการตั้งแต่การนัดหมายเข้ารับบริการ การสืบค้นประวัติสุขภาพ การยืนยันการเข้ารับบริการ การขอรับยา การขอรับใบรับรองแพทย์ เพื่อให้ทราบว่าเป็นบุคคลคนนั้นจริงหรือไม่สามารถช่วยให้การให้บริการสาธารณสุขมีความรวดเร็ว ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพมากขึ้น (สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์, 2566; มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2564; ธนาкарไทยพาณิชย์, 2566) ระบบอัตลักษณ์ทางดิจิทัลทำหน้าที่เป็นเครื่องมือยืนยันตัวตนที่สามารถใช้ได้ทั้งในสถานพยาบาลและในแพลตฟอร์มการให้บริการสุขภาพทางไกล (Telehealth) ซึ่งในหลายประเทศทั่วโลกได้มีการนำอัตลักษณ์ทางดิจิทัลมาใช้เพื่อลดความซับซ้อนในการจัดการข้อมูล ลดความผิดพลาดในการให้บริการ และเพิ่มความปลอดภัยของข้อมูล ผู้ป่วยให้มากขึ้น งานวิจัยหลายฉบับ อาทิเช่น งานวิจัยของ Clark และคณะ (2018) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า อัตลักษณ์ทางดิจิทัล มีส่วนช่วยในการปรับปรุงระบบสาธารณสุข ทำให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถยืนยันตัวตนของผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำ รวดเร็ว และลดความผิดพลาดในการรักษาที่อาจเกิดจากการใช้งานข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนหรือไม่ตรงกัน นอกจากนี้ อัตลักษณ์ดิจิทัลยังมีบทบาทสำคัญในการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกรณีที่มีการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นความลับ ซึ่งอาจเกิดความเสี่ยงในการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยหากไม่มีมาตรการป้องกัน

ที่เพียงพอ ประเทศไทยได้เริ่มพัฒนาและส่งเสริมการใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัลในภาคสาธารณสุข โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ ภาคเอกชน และกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างปลอดภัยและสะดวกสบายมากขึ้น เช่น การใช้แพลตฟอร์ม "หมอพร้อม" ที่เปิดตัวในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อใช้ในการติดตามการฉีดวัคซีน การนัดหมายแพทย์ การจัดเก็บและแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ รวมถึงการใช้ QR code และเทคโนโลยีไบโอเมตริกซ์ เช่น ลายนิ้วมือและการจดจำใบหน้า ในการยืนยันตัวตนของผู้ป่วย ทำให้บุคลากรสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย รวดเร็ว และลดความเสี่ยงในการเข้าถึงข้อมูลโดยไม่ได้รับอนุญาต อย่างไรก็ตาม การนำอัตลักษณ์ทางดิจิทัลมาใช้ในระบบสาธารณสุขในประเทศไทยยังต้องเผชิญกับความท้าทายหลายประการ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลและพื้นที่ชนบท

จังหวัดแพร่ มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลและบริการอินเทอร์เน็ต เนื่องจากภูมิประเทศที่เป็นภูเขาและมีพื้นที่ป่าไม้ ทำให้การเดินทางเข้าถึงสถานพยาบาลมีความลำบาก และโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยีในบางพื้นที่ยังไม่สามารถรองรับการใช้งานได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้ จังหวัดแพร่ยังเป็นพื้นที่ที่มีประชากรสูงวัยจำนวนมาก ซึ่งกลุ่มประชากรนี้มักต้องการการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ทำให้การพัฒนา ระบบอัตลักษณ์ทางดิจิทัลที่ตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุและสามารถใช้งานได้ในพื้นที่ห่างไกลนั้นเป็นสิ่งจำเป็น การวิจัยโดย Helms และคณะ (2024) แสดงให้เห็นว่า การใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัลในการสนับสนุนการจัดการบริการ



ด้านสุขภาพสามารถเพิ่มความปลอดภัยในการ
จัดเก็บข้อมูลและลดความเสี่ยงจากการละเมิดสิทธิ
ของผู้ป่วย อัตลักษณ์ทางดิจิทัลยังช่วยให้การยืนยัน
ตัวตนของผู้ป่วยมีมาตรฐานและน่าเชื่อถือ ส่งผลให้
บุคลากรสาธารณสุขสามารถทำงานได้อย่างราบรื่น
ไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับการจัดการข้อมูลส่วนตัวของ
ผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการ
ให้บริการสุขภาพ โดยเฉพาะในสถานการณ์
ที่เร่งด่วนหรือฉุกเฉิน เช่น การให้บริการทางไกล
ที่ต้องมีการยืนยันตัวตนและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ
ของผู้ป่วยในพื้นที่ อัตลักษณ์ทางดิจิทัลสามารถลด
เวลาในการให้บริการและช่วยให้บุคลากรสามารถ
ปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็วและถูกต้องมากขึ้น

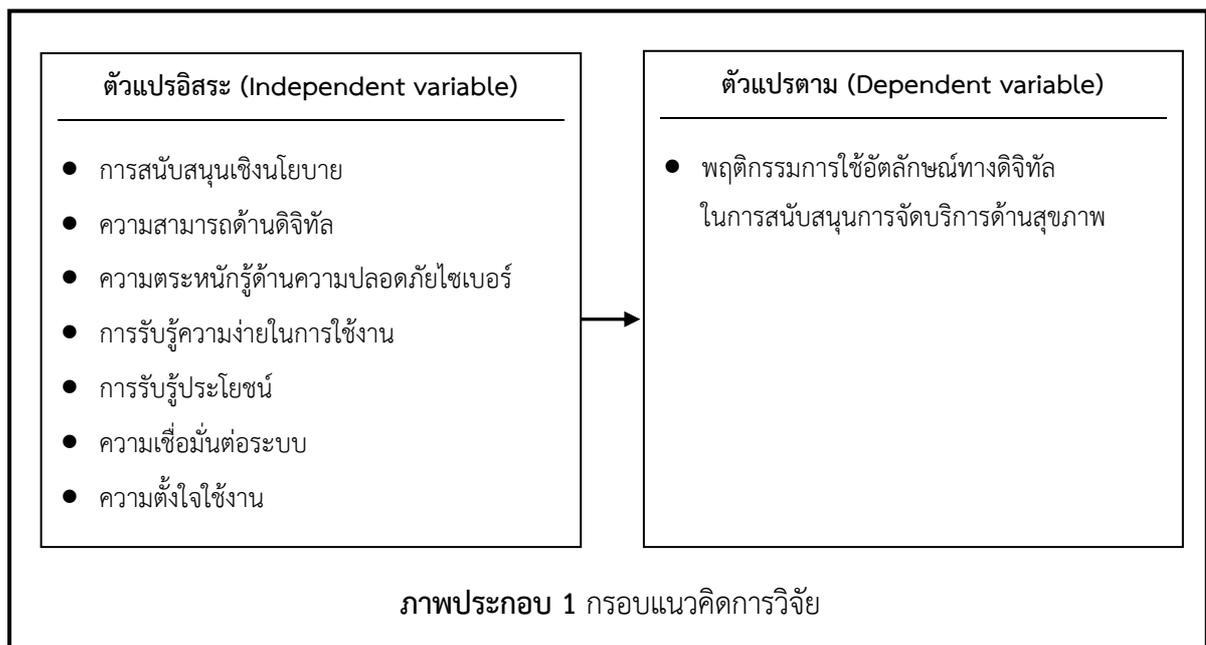
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัลในการสนับสนุนการจัดบริการด้านสุขภาพ ของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดแพร่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัลในการสนับสนุน

การจัดบริการด้านสุขภาพ ของบุคลากรสาธารณสุข
ในพื้นที่จังหวัดแพร่

กรอบแนวคิดการวิจัย

ทฤษฎีที่ใช้เพื่ออธิบายพฤติกรรมการใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัล ในการสนับสนุนการจัดบริการด้านสุขภาพ คือทฤษฎีรวมการยอมรับและการใช้เทคโนโลยี (Unified Theory of Acceptance and Use of Technology : UTAUT) ของ Viswanath Venkatesh และคณะ (2003) ซึ่งบ่งชี้ว่ามนุษย์ยอมรับการใช้เทคโนโลยี (Use Behavior) มากหรือน้อยจะขึ้นกับอิทธิพลของการให้การสนับสนุนด้านทรัพยากร และความช่วยเหลือด้านการให้คำแนะนำการใช้เทคโนโลยีนั้น (Facilitating Condition) และอิทธิพลผ่านพฤติกรรมแสดงถึงความตั้งใจที่จะนำเทคโนโลยีไปใช้ (Behavior Intention) โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีดังกล่าวเพื่อกำหนดตัวแปรอิสระที่เป็นปัจจัยสนับสนุนการใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัลในการสนับสนุนการจัดบริการด้านสุขภาพ ร่วมกับการศึกษาจากเอกสาร และงานวิจัยที่ผ่านมา รายละเอียดแสดงตามภาพประกอบที่ 1





วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation Research) โดยทำการศึกษาระหว่าง เดือน สิงหาคม - ธันวาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: กลุ่มประชากร ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พื้นที่จังหวัดแพร่ ที่สมัครเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขจำนวนทั้งสิ้น 1,504 คน (ข้อมูลจากเว็บไซต์ <https://provider.id.th/home> ณ 30 มิถุนายน 2567)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สมัครเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขในระบบสุขภาพดิจิทัลของกระทรวงสาธารณสุข (Provider Identity) โดยผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มประชากรโดยใช้เกณฑ์ในการประมาณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากร ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีประชากร 1,504 คน จึงใช้เกณฑ์จำนวนประชากรหลักพัน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (บุญชุม ศรีสะอาด, 2535 : 38) ดังนั้น จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 151 คน ผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systemic Random Sampling)

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือ: เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม จำนวน 1 ฉบับ โดยแบ่งออกเป็น 6 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ

การศึกษา เป็นต้นตอนที่ 2-7 เป็นการสอบถามเกี่ยวกับตัวแปรต่างๆในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1) แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัลในการสนับสนุนการจัดบริการด้านสุขภาพ ลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง มากที่สุด (5 คะแนน) จำนวน 15 ข้อคำถาม มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.64-0.79 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.73

การแปลผลระดับพฤติกรรมการใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัลในการสนับสนุนการจัดบริการด้านสุขภาพ พิจารณาจากเกณฑ์การประเมินระดับตามแนวคิดของ Best (1981) โดยแบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับสูง หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนรวมเฉลี่ย ตั้งแต่ 3.34-5.00 คะแนน

ระดับปานกลาง หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.68-3.33 คะแนน

ระดับต่ำ หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.00-1.67 คะแนน

2) แบบสอบถามการสนับสนุนเชิงนโยบาย ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง มากที่สุด (5 คะแนน) จำนวน 3 ข้อคำถาม มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.68-0.87 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.79

3) แบบสอบถามความสามารถด้านดิจิทัล ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง มากที่สุด (5 คะแนน) จำนวน 4 ข้อคำถาม มีค่าอำนาจ



จำแนกรายชื่อ อยู่ระหว่าง 0.61-0.81 และมีค่า
ความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.75

6) แบบสอบถามความตระหนักรู้ด้านความ
ปลอดภัยไซเบอร์ ลักษณะของแบบสอบถามเป็น
แบบลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตร
ประมาณค่า 5 ระดับ จากน้อยที่สุด (1 คะแนน)
ถึง มากที่สุด (5 คะแนน) จำนวน 3 ข้อคำถาม
มีค่าอำนาจจำแนกรายชื่อ อยู่ระหว่าง 0.68-0.79
และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.76

7) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์
การใช้งาน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบ
ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า
5 ระดับ จากน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง มากที่สุด
(5 คะแนน) จำนวน 3 ข้อคำถาม มีค่าอำนาจ
จำแนกรายชื่อ อยู่ระหว่าง 0.69-0.77 และมีค่า
ความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.73

8) แบบสอบถามการรับรู้ความง่ายในการ
ใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัล ลักษณะของแบบสอบถาม
เป็นแบบลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตร
ประมาณค่า 5 ระดับ จากน้อยที่สุด (1 คะแนน)
ถึง มากที่สุด (5 คะแนน) จำนวน 3 ข้อคำถาม
มีค่าอำนาจจำแนกรายชื่อ อยู่ระหว่าง 0.67-0.78
และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.72

9) แบบสอบถามความเชื่อมั่นต่อระบบ
ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบลักษณะ
แบบสอบถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ
จากน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง มากที่สุด
(5 คะแนน) จำนวน 3 ข้อคำถาม มีค่าอำนาจ
จำแนกรายชื่อ อยู่ระหว่าง 0.62-0.84 และมีค่า
ความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.72

10) แบบสอบถามความตั้งใจที่จะใช้
อัตลักษณ์ทางดิจิทัลในการสนับสนุนการจัดบริการ
ด้านสุขภาพ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบ

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า
5 ระดับ จากน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง มากที่สุด
(5 คะแนน) จำนวน 3 ข้อคำถาม มีค่าอำนาจ
จำแนกรายชื่อ อยู่ระหว่าง 0.70-0.81 และมีค่า
ความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.77

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ ข้อมูลด้วย
โปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น
2 ตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นด้วย
สถิติบรรยาย เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
ลักษณะของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา คุณลักษณะ
ส่วนบุคคล การยอมรับเทคโนโลยี และระดับของ
พฤติกรรมการใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัล ได้แก่
ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ
ค่าความสัมพันธ์รายตัวแปร และ 2) ทำการ
วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้
อัตลักษณ์ทางดิจิทัล โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์
ถดถอยแบบพหุคูณ แบบ Enter Selection

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล
โดยการสอบถาม การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์
ได้คำนึงถึงศักดิ์ศรีและคุณค่า รวมถึงผลกระทบ
ที่อาจจะเกิดขึ้น ดังนั้น ในการกระบวนการเก็บ
รวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจึงคำนึงถึงความยินยอมของ
ผู้ให้ข้อมูล โดยขอความยินยอมในการเข้าร่วมงาน
วิจัยและตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบาย
รายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอน
ต่าง ๆ ของการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูลที่เป็น
ความลับ รวมถึงการนำเสนอผลการวิเคราะห์
ข้อมูลในลักษณะของภาพรวมโดยไม่ระบุตัวตน
ของผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัย
ส่งโครงร่างวิจัยเข้ารับการพิจารณาด้านจริยธรรม



การวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เมื่อผ่านการ
อนุมัติ ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง
แนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้ผู้เข้าร่วม
การวิจัยทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย
พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือใน
การรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่าง
สามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะ
ไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการ
บริการใด ๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการ
วิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหาย
แก่กลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัย โดยผู้วิจัยเสนอ
การวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ใน
การศึกษาเท่านั้น เลขที่ EC PPH No. 050/2567
ลงวันที่ 1 สิงหาคม 2567 (Ethics Committee)

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่
ตอบแบบสอบถาม ทั้งหมด 151 คน พบว่า
เป็นเพศบุคลากรหญิง ร้อยละ 73.5 บุคลากรชาย
ร้อยละ 26.50 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
ชุมชน ร้อยละ 80.10 รองลงมาคือ ปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 8.30 และปฏิบัติงาน
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 8.60
เมื่อจำแนกตามสายวิชาชีพพบว่าส่วนใหญ่เป็นสาย
งานพยาบาล ร้อยละ 43.00 รองลงมาคือสายงาน
อื่น ๆ ร้อยละ 27.20 สายงานเภสัชกร ร้อยละ
9.30 สายงานแพทย์/ทันตแพทย์ ร้อยละ 7.90
สายงานเทคนิคการแพทย์ ร้อยละ 6.00 สายงาน
แพทย์แผนไทย ร้อยละ 4.00 และสายงาน
กายภาพบำบัด ร้อยละ 2.60 ส่วนใหญ่มีอายุ

ระหว่าง 45 – 59 ปี ร้อยละ 38.40 รองลงมาอายุ
อยู่ระหว่าง 35 – 44 ปี ร้อยละ 33.10 อายุอยู่
ระหว่าง 25 - 34 ปี ร้อยละ 25.20 อายุอยู่ระหว่าง
15 – 26 ปี ร้อยละ 3.30 มีระดับการศึกษา
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า มากที่สุดร้อยละ 60.30
รองลงมามีการศึกษามัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า
ร้อยละ 21.90 และระดับการศึกษาสูงกว่า
ปริญญาตรี ร้อยละ 17.90

ตอนที่ 2 ระดับของพฤติกรรมการใช้
อัตลักษณ์ทางดิจิทัลในการสนับสนุนการจัดบริการ
ด้านสุขภาพ ของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า
พฤติกรรมการใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัลในการ
สนับสนุนการจัดบริการด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ใน
ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.33$, S.D. = 0.85) เมื่อ
พิจารณารายด้านพบว่า ใช้ในการสนับสนุนการ
จัดบริการสุขภาพในการสืบค้นประวัติการรักษา
อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.67$, S.D. = 1.03)
ใช้ในการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพในการนัด
หมาย/จองคิว อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.36$,
S.D. = 0.98) ใช้ในการสนับสนุนการจัดบริการ
สุขภาพในการให้คำปรึกษา อยู่ในระดับปานกลาง
($\bar{X} = 2.34$, S.D. = 0.98) ใช้ในการสนับสนุนการ
จัดบริการสุขภาพในการเข้าถึงประวัติการรับยา
อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.15$, S.D. = 1.06)
และใช้ในการสนับสนุนบริการการแพทย์ทางไกล
อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.12$, S.D. = 0.97)
รายละเอียดแสดงตามตารางที่ 1



ตารางที่ 1 พฤติกรรมการใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัลในการสนับสนุนการจัดบริการด้านสุขภาพ
ของบุคลากรสาธารณสุข (n = 151)

พฤติกรรมการใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัล	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
บุคลากรใช้สืบค้นประวัติการรักษา	2.67	1.03	ปานกลาง
บุคลากรใช้สนับสนุนบริการนัดหมาย/จองคิว	2.36	0.98	ปานกลาง
บุคลากรใช้สนับสนุนบริการให้คำปรึกษา	2.34	0.98	ปานกลาง
บุคลากรใช้เข้าถึงประวัติการรับยา	2.15	1.06	ปานกลาง
บุคลากรใช้สนับสนุนบริการการแพทย์ทางไกล	2.12	0.97	ปานกลาง
พฤติกรรมการใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัล โดยรวม	2.33	0.85	ปานกลาง

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ และตัวแปรพฤติกรรมการใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัลในการสนับสนุนการจัดบริการด้านสุขภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะร่วมเส้นตรง (Multicollinearity) ของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณหรือไม่ โดยพบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัลในการสนับสนุนการจัดบริการด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ ตัวแปรการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน ตัวแปรความเชื่อมั่นต่อระบบ และตัวแปรความตั้งใจใช้งาน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.20, 0.37, 0.30 และ -0.13 ตามลำดับ ส่วนตัวแปรการสนับสนุนเชิงนโยบาย ตัวแปรความสามารถด้านดิจิทัล และตัวแปรความตระหนักรู้ด้านความปลอดภัยไซเบอร์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้อัตลักษณ์ทาง

ดิจิทัลในการสนับสนุนการจัดบริการด้านสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนาย โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรนั้นไม่ควรมีค่าสูงกว่า 0.85 ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะร่วมเส้นตรง (Kline, 2005) พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทุกค่ามีค่าต่ำกว่า 0.85 โดยคู่ตัวแปรทำนายมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากที่สุด คือ คู่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความเชื่อมั่นต่อระบบและตัวแปรความตั้งใจใช้งาน ($r = -0.83$) ส่วนคู่ตัวแปรทำนายมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์น้อยที่สุด คือ คู่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน และตัวแปรความเชื่อมั่นต่อระบบ ($r = 0.11$) ผลการทดสอบเกี่ยวกับปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงดังกล่าว จึงมีความเหมาะสมที่จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณต่อไป รายละเอียดแสดงตามตารางที่



ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัย

ตัวแปร	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇	X ₈
การสนับสนุนเชิงนโยบาย (X ₁)	1.00							
ความสามารถด้านดิจิทัล (X ₂)	-0.67*	1.00						
ความตระหนักรู้ด้านความปลอดภัยไซเบอร์ (X ₃)	0.18*	-0.26*	1.00					
การรับรู้ประโยชน์ (X ₄)	-0.63*	0.68*	-0.20*	1.00				
การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน (X ₅)	-0.22*	0.30*	-0.48*	0.40*	1.00			
ความเชื่อมั่นต่อระบบ (X ₆)	-0.49*	0.65*	-0.11	0.72*	0.48*	1.00		
ความตั้งใจใช้งาน (X ₇)	0.39*	-0.66*	0.24*	-0.73*	-0.43*	-0.83*	1.00	
พฤติกรรมการใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัลฯ (X ₈)	0.03	-0.06	0.11	0.20 *	0.37*	0.30*	-0.13*	1.00

หมายเหตุ *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตอนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัลในการสนับสนุนการจัดบริการด้านสุขภาพ ของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า ตัวแปรการสนับสนุนเชิงนโยบาย ตัวแปรความตระหนักรู้ด้านความปลอดภัยไซเบอร์ ตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ ตัวแปรการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน ตัวแปรความเชื่อมั่นต่อระบบ และ ตัวแปรความตั้งใจใช้งาน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัลในการสนับสนุนการจัดบริการด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลคะแนนมาตรฐาน เท่ากับ 0.31, 0.27, 0.26, 0.45, 0.39 และ 0.42 ตามลำดับ) โดยทั้ง

6 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัล ได้ร้อยละ 28.00 รายละเอียด แสดงตามตาราง 3 โดยมีสมการทำนาย ดังนี้

1) สมการคำนวณจากคะแนนดิบ

$$\text{พฤติกรรมการใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัล} = (-3.41) + 0.21 (X_1) + 0.20 (X_3) + 0.25 (X_4) + 0.35 (X_5) + 0.40 (X_6) + 0.45 (X_7)$$

2) สมการคำนวณจากคะแนนมาตรฐาน

$$\text{พฤติกรรมการใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัล} = (-3.41) + 0.31 (X_1) + 0.27 (X_3) + 0.26 (X_4) + 0.45 (X_5) + 0.39 (X_6) + 0.42 (X_7)$$



ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ แบบ Enter Selection

ตัวแปรต้น	ค่าสัมประสิทธิ์ คะแนนดิบ		ค่าสัมประสิทธิ์ คะแนน มาตรฐาน (Beta)	ค่าสถิติที่ (t)	ระดับ นัยสำคัญ (p-value)
	B	SE			
(ค่าคงที่)	-3.41	1.11		-3.05	0.00
การสนับสนุนเชิงนโยบาย (X ₁)	0.21	0.07	0.31	2.95*	0.00
ความสามารถด้านดิจิทัล (X ₂)	0.06	0.12	0.06	0.53	0.60
ความตระหนักรู้ด้านความปลอดภัยไซเบอร์ (X ₃)	0.20	0.06	0.27	3.18*	0.00
การรับรู้ประโยชน์ (X ₄)	0.25	0.12	0.26	2.14*	0.03
การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน (X ₅)	0.35	0.07	0.45	4.82*	0.00
ความเชื่อมั่นต่อระบบ (X ₆)	0.40	0.15	0.39	2.64*	0.01
ความตั้งใจใช้งาน (X ₇)	0.44	0.15	0.42	2.87*	0.01
r = 0.56, r ² = 0.32, Adjust r ² = 0.28, F = 9.43, p-value = 0.00					

หมายเหตุ* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

งานวิจัยนี้จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบอัตลักษณ์ทางดิจิทัลในระบบสาธารณสุขของจังหวัดแพร่ และพื้นที่ห่างไกลอื่น ๆ ในประเทศไทย ผลการวิจัยจะสามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบและนโยบายที่เหมาะสมเพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และครอบคลุม โดยเฉพาะในยุคดิจิทัลที่การยืนยันตัวตนและการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาระบบสาธารณสุขให้ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง ซึ่งจากการศึกษาและวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัลในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข โดยการอ้างอิงจากงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนผลการศึกษาในแง่มุมที่เกี่ยวข้อง ในการอภิปรายนี้จะอธิบายและวิเคราะห์ในประเด็นสำคัญที่พบใน

ผลการวิจัย ได้แก่ ปัจจัยการยอมรับเทคโนโลยี ปัจจัยสนับสนุนเชิงนโยบาย คุณลักษณะส่วนบุคคล และทัศนคติต่อเทคโนโลยี รวมถึงทักษะด้านดิจิทัลและความตระหนักรู้ด้านความปลอดภัยไซเบอร์ พร้อมทั้งยกตัวอย่างประกอบจากสถานการณ์และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ปัจจัยการยอมรับเทคโนโลยี (การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน ความเชื่อมั่นต่อระบบ และความตั้งใจใช้งาน) จากการศึกษาพบว่า การยอมรับเทคโนโลยีมีอิทธิพลอย่างมากต่อการใช้อัตลักษณ์ดิจิทัลของบุคลากรสาธารณสุข งานวิจัยของ Clark และคณะ (2018) สนับสนุนแนวคิดนี้โดยระบุว่า การนำอัตลักษณ์ดิจิทัลเข้ามาใช้ในระบบสาธารณสุขสามารถเพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยในกระบวนการทำงานต่าง ๆ เช่น การยืนยันตัวตนที่รวดเร็วและแม่นยำของผู้ป่วย ลดโอกาสความผิดพลาดจากข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนหรือไม่ตรงกัน



นอกจากนี้ งานวิจัยนี้ยังชี้ให้เห็นว่า เมื่อบุคลากรทางการแพทย์มีการยอมรับในเทคโนโลยีดังกล่าว บุคลากรทางการแพทย์มีแนวโน้มที่จะใช้อัตลักษณ์ดิจิทัลเพื่อการทำงานต่าง ๆ ได้อย่างราบรื่นมากขึ้น ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือในช่วงการระบาดของ COVID-19 ที่ระบบดิจิทัลได้รับการนำมาใช้ในการติดตามและการดูแลผู้ป่วย เช่น การใช้แอปพลิเคชันในการติดตามประวัติการฉีดวัคซีน และการนัดหมายการเข้ารับบริการทางการแพทย์ออนไลน์ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้สูงอายุ งานวิจัยของ Smith (2022) ยังกล่าวถึงการเพิ่มความมั่นใจในระบบสุขภาพของผู้รับบริการผ่านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ซึ่งส่งผลให้ประชาชนมีความไว้วางใจและเปิดรับบริการสาธารณสุขผ่านระบบดิจิทัลมากยิ่งขึ้น

2. ปัจจัยสนับสนุนจากองค์กรและนโยบาย: ปัจจัยสนับสนุนเชิงนโยบายถือเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้อัตลักษณ์ดิจิทัลในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งงานวิจัยของ Mantas และคณะ (2022) ได้สนับสนุนว่าการมีนโยบายและการสนับสนุนจากภาครัฐและองค์กรเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นและการยอมรับในเทคโนโลยีดิจิทัล งานวิจัยนี้ยังระบุว่า การให้การฝึกอบรมที่เหมาะสมเกี่ยวกับการใช้งานระบบและการยืนยันตัวตนทางดิจิทัลมีส่วนช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขมีความมั่นใจและสามารถใช้งานเทคโนโลยีได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นในประเทศไทย เราจะเห็นได้ว่ารัฐบาลเริ่มให้การสนับสนุนการใช้อัตลักษณ์ดิจิทัลมากขึ้น เช่น การพัฒนาแอปพลิเคชัน “หมอพร้อม” ซึ่งถูกใช้เป็นช่องทางในการจัดการข้อมูลการฉีดวัคซีนและการนัดหมายในการรักษา แอปพลิเคชันนี้ได้รับ

การสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข และได้นำมาใช้ทั่วประเทศ ซึ่งการสนับสนุนในเชิงนโยบายเช่นนี้ทำให้บุคลากรสาธารณสุขมีโอกาสได้ใช้งานอัตลักษณ์ดิจิทัลอย่างแพร่หลายมากขึ้น ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบริการและสร้างความสะดวกให้กับผู้ป่วย

3. คุณลักษณะส่วนบุคคลและทัศนคติต่อเทคโนโลยี: คุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ และระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการใช้อัตลักษณ์ดิจิทัลของบุคลากร โดยผลการศึกษาพบว่า บุคลากรที่อายุน้อยกว่าและมีระดับการศึกษาสูงมักมีแนวโน้มที่จะยอมรับและใช้งานอัตลักษณ์ดิจิทัลมากกว่า งานวิจัยของ Helms และคณะ (2024) ชี้ให้เห็นว่า บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถและความคุ้นเคยกับเทคโนโลยีมีแนวโน้มที่จะรับเทคโนโลยีใหม่ได้เร็วกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในเอกสารที่พบว่า บุคลากรที่มีการศึกษาและประสบการณ์ที่ทันสมัยมีความสามารถและความมั่นใจในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมากกว่าบุคลากรที่ขาดประสบการณ์ด้านนี้ ตัวอย่างเช่น บุคลากรที่อายุน้อยและมีทักษะด้านดิจิทัลมักจะใช้ระบบ HIS (Hospital Information System) และการยืนยันตัวตนแบบดิจิทัลได้อย่างมีประสิทธิภาพ พวกเขาสามารถเข้าถึงข้อมูลประวัติการรักษาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง ซึ่งทำให้การให้คำปรึกษาและการดูแลรักษามีความแม่นยำและปลอดภัยมากขึ้น นอกจากนี้ บุคลากรที่มีประสบการณ์ในด้านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลยังมีแนวโน้มที่จะใช้ระบบยืนยันตัวตนทางดิจิทัลอย่างเต็มที่มากกว่าบุคลากรที่ขาดประสบการณ์

4. ความตระหนักรู้ด้านความปลอดภัยไซเบอร์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญในการใช้งานอัตลักษณ์



ดิจิทัลในระบบสาธารณสุข เนื่องจากระบบเหล่านี้เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย การที่บุคลากรสาธารณสุขมีทักษะและความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยไซเบอร์จะช่วยลดความเสี่ยงในการละเมิดสิทธิและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย งานวิจัยของ Smith (2022) สนับสนุนว่าการใช้ระบบดิจิทัลที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนด้านความปลอดภัยในระดับสูง เนื่องจากการละเมิดข้อมูลสามารถส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของผู้ป่วยที่มีต่อระบบสุขภาพได้ ตัวอย่างเช่น การใช้ระบบการยืนยันตัวตนผ่านเทคโนโลยีไบโอเมตริกซ์ (เช่น ลายนิ้วมือหรือการจดจำใบหน้า) เป็นการยืนยันตัวตนที่ปลอดภัยและลดความซับซ้อนในการใช้ระบบ อย่างไรก็ตาม การใช้ระบบดังกล่าวยังต้องคำนึงถึงความปลอดภัยในการเก็บรักษาข้อมูล หากไม่มีการจัดการและการป้องกันที่ดีเพียงพอ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการยืนยันตัวตนสามารถถูกนำไปใช้ในทางที่ผิดได้ บุคลากรที่มีความเข้าใจในความเสี่ยนี้จึงมักจะให้ความสำคัญในการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลมากขึ้น

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การยอมรับและการใช้อัตลักษณ์ดิจิทัลในระบบสาธารณสุขของบุคลากรในจังหวัดแพร่ยังคงมีความท้าทายในหลายด้าน แต่ด้วยความง่ายในการใช้งาน การสร้างความมั่นใจต่อระบบ การฝึกอบรมที่เหมาะสม และการส่งเสริมให้บุคลากรตระหนักถึงความปลอดภัยของข้อมูล จะช่วยเพิ่มการยอมรับและการใช้งานอัตลักษณ์ดิจิทัลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการสนับสนุนการใช้งานตัวตนทางดิจิทัลสำหรับบุคลากรสาธารณสุขผ่านระบบโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ การมีโครงสร้างพื้นฐานที่ทันสมัยและเสถียรช่วยลดความยุ่งยากในการยืนยันตัวตนและเพิ่มความรวดเร็วในการให้บริการ นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มความปลอดภัยในการจัดการข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย

2. ควรมีการจัดทำระเบียบและข้อกำหนดกระบวนการยืนยันตัวตนทางดิจิทัลในระบบสาธารณสุข การมีกรอบกฎหมายที่ชัดเจนจะช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่นและลดความสับสนในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ยังช่วยให้บุคลากรมีความมั่นใจในการใช้งานและสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. บูรณาการกระบวนการทำงานเพื่อสนับสนุนการใช้งานตัวตนทางดิจิทัล การทำงานร่วมกันให้เกิดการจัดบริการเชิงรุกให้กับประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยงาน และเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน นอกจากนี้ยังช่วยให้การให้บริการเป็นไปอย่างต่อเนื่องและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างเต็มที่

4. ควรพัฒนาศักยภาพของผู้ใช้งานเพื่อสนับสนุนการใช้งานตัวตนทางดิจิทัลในระบบสาธารณสุข การฝึกอบรมและเพิ่มทักษะด้านเทคโนโลยีให้กับบุคลากรจะช่วยให้การใช้งานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและลดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ใช้งานและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ



เอกสารอ้างอิง

ขจิตวารณ เรื่องรัตนอัมพร และรอง

ศาสตราจารย์ปิยะนุช โปตะวงษ์.
(2562). ความรับผิดชอบทางละเมิดของ
แพทย์: ศึกษากรณีการรักษาด้วยวิธีโทร
เวชกรรม. *วารสารนิติศาสตร์*, 48(2),
245-267.

ชฎานิศวรร กุรัตนมณีพร, เกื้อ วงศ์บุญสิน และ
Geral J. Kost. (2565). นวัตกรรมใน
การดูแลสุขภาพ. *วารสารการแพทย์
และสาธารณสุข*, 52(4), 78-95.

ธนพร ทองจุด. (2564). การศึกษาปัจจัยของการ
ตรวจรักษาด้วยโทรเวชกรรมที่มีผลต่อ
ทัศนคติและความตั้งใจเลือกใช้บริการ
โทรเวชกรรมของผู้รับบริการ
โรงพยาบาลรามาริบัติ. *วารสาร
การแพทย์และเทคโนโลยีสารสนเทศ*,
36(3), 112-128.

สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์.
(2566). อัตลักษณ์ทางดิจิทัล. สืบค้น
เมื่อ 30 มิถุนายน 2567 จาก
[https://www.etda.or.th/th/regulat
or/DigitalID/knowledge.aspx](https://www.etda.or.th/th/regulator/DigitalID/knowledge.aspx)

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. (2564). ชีวิตวิถีใหม่
และความฉลาดทางดิจิทัล. สืบค้นเมื่อ
30 มิถุนายน 2564 จาก
[https://learningdq-
dc.ku.ac.th/course/?c=7&l=2](https://learningdq-
dc.ku.ac.th/course/?c=7&l=2)

ธนาคารไทยพาณิชย์. (2566). ความหมายของ
Digital ID. ใน SCB Tech X. สืบค้น
วันที่ 30 มิถุนายน 2566, จาก
[https://scbtechx.io/th/blogs/prod
uct/what-is-digital-id/](https://scbtechx.io/th/blogs/prod
uct/what-is-digital-id/)

Best, J. (1981) *Research in Education*. 4thed.
London: Prentice-Hall International.

Clark, A. และคณะ (2018). Digital identity in
public health systems: A
comprehensive review. *Journal
of Medical Innovation*, 45(3), 112-
129.

Helms, T. และคณะ (2024). Determinants of
Dutch public health
professionals' intention to use
digital contact tracing support
tools. *Health Technology
Assessment*, 28(1), 45-62.

Kline, R. B. (2005) *Principles and Practices of
Structural Equation Modeling*.
2thed. New York: Guilford Press.

Mantas, J., Gardner, J., & Helander, A.
(Eds.). (2022). Using an extended
technology acceptance model to
evaluate digital health services.
*Studies in health technology
informatics*, 192, 207-212.

Smith, J. (2022). Digitization and public
trust in health systems during the
COVID pandemic. *Advances in
Health System Management* (pp.
177-187). Routledge.
[https://doi.org/10.4324/97810032
66525-16](https://doi.org/10.4324/97810032
66525-16)

Tobi, S. N. M., Masrom, M., Kassim, E. S., &
Wah, Y. B. (2018). Psychological
Influence and Intention to Use
Web Based Health Information



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาพฤติกรรมการใช้อัตลักษณ์ทางดิจิทัลในการสนับสนุน
การจัดบริการด้านสุขภาพ ของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดแพร่

Service. International Journal of
Healthcare and Information
Systems, 12(2), 1-13.

หลักเกณฑ์การเขียนต้นฉบับลงพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา

เวลาเผยแพร่ เป็นวารสารวิชาการอิเล็กทรอนิกส์ที่เผยแพร่เป็นประจำทุกปี ๆ ละ 2 ฉบับ โดยตีพิมพ์ในเดือนมิถุนายนและธันวาคมของทุกปี เพื่อการเผยแพร่ฟรี ไม่มีการจำหน่าย

สถานที่ติดต่อ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทร. 0-54511-145 ต่อ 102 หรือ Email : hrphrae.ejournal@gmail.com

เจ้าของวารสาร เป็นวารสารวิชาการอิเล็กทรอนิกส์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

มาตรฐานวารสาร

บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา ทุกบทความต้องผ่านผู้อ่านหรือผู้ประเมินบทความ (Reviewer) ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ทำงานวิจัยในสาขาอย่างน้อย 2 คน ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิภายในและภายนอก โดยผู้อ่านและผู้เขียนไม่ทราบชื่อซึ่งกันและกัน (Double-blind review) และเป็นวารสารที่ออกตรงเวลาต่อเนื่อง

บทความที่จะลงตีพิมพ์ในวารสาร

1. เป็นบทความในกลุ่มสาขาการแพทย์ สาธารณสุข และการคุ้มครองผู้บริโภค ที่เน้นการวิจัยในเชิงสหวิทยาการและต้องเป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดๆ มาก่อน มิฉะนั้นถือว่าผิดจรรยาบรรณ
2. รับบทความวิจัย (Research Articles) เป็นหลัก และรับบทความวิชาการ (Articles) บทความปริทรรศน์ (Review Articles) และรายงานผู้ป่วย (Cases Study) บ้าง
3. ต้นฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้จะต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ประเมินและให้การยอมรับ อย่างน้อย 2 คน
4. ผู้เขียนต้องยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กองบรรณาธิการวารสารกำหนด และผู้เขียนต้องยินยอมให้บรรณาธิการ แก้ไขความสมบูรณ์ของบทความได้ในขั้นตอนสุดท้ายก่อนเผยแพร่

การเตรียมต้นฉบับ

1. ความยาวของบทความ ตั้งแต่ 3,000 – 8,000 คำ (นับรวมรูปภาพ ตาราง เอกสารอ้างอิง และภาคผนวก) โดยจัดพิมพ์ในหน้ากระดาษขนาด A4
2. ระยะขอบกระดาษ กำหนด ดังนี้
Top 2.75 cm. | Bottom 2.30 cm. | Left or inside 2.50 cm. | Right or outside 2.00 cm
3. บทคัดย่อ (Abstract) ความยาวระหว่าง 300 คำ สำหรับภาษาอังกฤษ 300 คำ สำหรับภาษาไทย และคำสำคัญ (Keywords) 3-5 คำ (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

4. ชื่อเรื่องบทความภาษาอังกฤษ ใช้รูปแบบตัวอักษร Times New Roman ขนาดอักษร 14 pt. (ตัวหนา) จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ
5. ชื่อผู้เขียนทุกคน (ภาษาอังกฤษ) ใช้รูปแบบตัวอักษร Times New Roman ขนาดอักษร 12 pt. (ตัวอักษรปกติ) จัดชิดขวาหน้ากระดาษ
6. เนื้อหาบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ใช้รูปแบบตัวอักษร Times New Roman ขนาดตัวอักษร 12 pt. (ตัวอักษรปกติ) จัดชิดขวา พิมพ์ 1 คอลัมน์
7. คำสำคัญภาษาอังกฤษ ใช้รูปแบบตัวอักษร Times New Roman ขนาดตัวอักษร 12 pt. (ตัวอักษรปกติ) คั่นด้วยเครื่องหมาย , ระหว่างคำ และวรรค 1 เคาะระหว่างคำ
8. ชื่อตำแหน่งและสังกัดหน่วยงานหรือมหาวิทยาลัยของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ใช้ระบบ footnote รูปแบบตัวอักษร Time New Roman ขนาดตัวอักษร 10 pt. (ตัวอักษรปกติ)
9. ชื่อเรื่องบทความภาษาไทย ใช้รูปแบบตัวอักษร TH Sarabun New ขนาดตัวอักษร 18 pt. (ตัวหนา) จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ
10. ชื่อผู้เขียนทุกคน (ภาษาไทย) ใช้รูปแบบตัวอักษร TH Sarabun New ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวอักษรปกติ) จัดชิดขวาหน้ากระดาษ
11. เนื้อหาบทคัดย่อภาษาไทย ใช้รูปแบบตัวอักษร TH Sarabun New ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวอักษรปกติ) จัดชิดซ้าย พิมพ์ 1 คอลัมน์
12. คำสำคัญภาษาไทย ใช้รูปแบบตัวอักษร TH Sarabun New ขนาดอักษร 16 pt. (ตัวอักษรปกติ) และวรรค 2 เคาะระหว่างคำ
13. ชื่อตำแหน่งและสังกัดหน่วยงานหรือมหาวิทยาลัยของผู้เขียนภาษาไทย ใช้ระบบ footnote รูปแบบตัวอักษร TH Sarabun New ขนาดตัวอักษร 12 pt. (ตัวอักษรปกติ)

เนื้อหาบทความ

เนื้อหาบทความ ใช้รูปแบบตัวอักษร TH Sarabun New ทั้งหมด

1. ชื่อหัวเรื่อง ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวหนา) จัดชิดซ้าย ไม่ใส่เลขลำดับที่
2. เนื้อหาบทความ พิมพ์ 2 คอลัมน์ ให้ชิดขอบซ้ายขวา ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวอักษรปกติ)
3. เนื้อหาบทความ ย่อหน้า 1 cm.
4. ชื่อตาราง ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวหนา) ให้ระบุไว้เหนือตารางจัดชิดซ้าย ได้ตารางให้บอกแหล่งที่มาหรือหมายเหตุ (ถ้ามี) จัดชิดซ้าย ส่วนรายละเอียดตัวอักษรในตาราง ผู้เขียนอาจปรับขนาดให้เหมาะสมกับหน้าบทความในกรณีของตารางผู้เขียนอาจจัดทำเป็นภาพ แต่ต้องดำเนินการตามหลักเกณฑ์ในข้อที่ 7
5. ชื่อภาพประกอบ ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวหนา) ให้ระบุไว้ใต้ภาพประกอบ จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษใต้ภาพประกอบให้บอกแหล่งที่มาจัดชิดซ้าย
6. ถ้ามีภาพประกอบ แผนภูมิ ตาราง หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ต้องมีหมายเลขกำกับในบทความ อ้างอิงแหล่งที่มาของข้อมูลให้ถูกต้อง ชัดเจน และไม่ละเมิดลิขสิทธิ์ของผู้อื่น

7. การจัดทำภาพประกอบ หรือจัดทำตารางด้วยการใช้ภาพ ให้ใช้รูปภาพขาว-ดำ ที่มีความคมชัด โดยกำหนดให้ไฟล์ที่เป็นรูปภาพ แผนภูมิ หรือตาราง มีความละเอียดขั้นต่ำตั้งแต่ 300 DPI ขึ้นไป โดยอาจปรับให้รูปภาพ แผนภูมิ ตารางประกอบ มีขนาดพอดีและเหมาะสมกับหน้าบทความ

8. ชื่อเอกสารอ้างอิง ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวหนา) จัดชิดซ้าย

9. เนื้อหาเอกสารอ้างอิง ขนาดตัวอักษร 16 pt. พิมพ์ 2 คอลัมน์ จัดชิดซ้าย

ส่วนประกอบของบทความ

1. ชื่อเรื่อง (title) ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่ใช่คำย่อ

2. ชื่อผู้นิพนธ์บทความ (authors and co-authors) ใช้ชื่อและนามสกุลเต็มทั้งชื่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ สำหรับภาษาอังกฤษใช้อักษรตัวพิมพ์ใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของชื่อตัวและนามสกุล ไม่ระบุตำแหน่ง และตำแหน่งทางวิชาการไว้ขีดขวาหน้ากระดาษต่อจาก ชื่อเรื่อง หาก ถ้ามีผู้นิพนธ์หลายคน ให้ใช้หมายเลข 1 หรือ 2 กำกับไว้ท้ายชื่อตามจำนวนผู้นิพนธ์

3. สังกัดผู้นิพนธ์บทความ (affiliation) ใส่ชื่อหน่วยงานที่สังกัดทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเรียงลำดับตั้งแต่หน่วยงานระดับต้นไปจนถึงหน่วยงานหลักต่อจากชื่อผู้นิพนธ์บทความ และใส่สถานะของผู้นิพนธ์ โดยระบุตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) ที่เชิงอรรถของหน้าแรก กรณีเป็นนักศึกษาให้ระบุระดับการศึกษา ชื่อหลักสูตร สาขาวิชา และสถาบันการศึกษา

4. บทคัดย่อ (abstract) บทคัดย่อภาษาไทย ความยาวไม่เกิน 500 คำ และภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 300 คำ จัดเป็น 1 คอลัมน์ โดยให้ลำดับบทคัดย่อภาษาอังกฤษขึ้นก่อนตามด้วยบทคัดย่อภาษาไทย

5. คำสำคัญ (keyword) ให้เขียนทั้งคำสำคัญภาษาไทยและภาษาอังกฤษ แต่ละชุดไม่เกิน 5 คำ โดยให้ระบุไว้ท้ายบทคัดย่อของแต่ละภาษา

6. เนื้อหาในบทความ (main texts)

6.1 บทความวิจัย (research articles) ประกอบด้วย

6.1.1 บทนำ (introduction) นำเสนอภูมิหลังหลังความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัยรวมทั้งเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเหตุผลของการทำวิจัย

6.1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย (objectives) นำเสนอจุดมุ่งหมายที่ต้องการศึกษาค้นคว้าแสวงหาคำตอบในการวิจัย

6.1.3 สมมุติฐานการวิจัย (hypothesis) (ถ้ามี) เป็นการนำเสนอคำตอบที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าอย่างสมเหตุสมผลต่อปัญหาที่ศึกษา ระบุความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

6.1.4 วิธีดำเนินการวิจัย (research methodology) นำเสนอแบบแผนการวิจัย เช่น การสำรวจ ศึกษาเอกสาร การทดลอง เป็นต้น

6.1.5 ประชากร (population) นำเสนอคุณลักษณะ และจำนวนให้ครอบคลุม
ตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด

6.1.6 กลุ่มตัวอย่าง (sample) นำเสนอหลักเกณฑ์การกำหนด จำนวนตัวอย่าง
การสุ่มตัวอย่าง

6.1.7 เครื่องมือการวิจัย (research instrument) นำเสนอวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
และระยะเวลาการรวบรวมข้อมูล

6.1.8 การเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection) นำเสนอวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
และระยะเวลาการรวบรวมข้อมูล

6.1.9 การวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis) นำเสนอวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้
ในการวิเคราะห์ข้อมูล

6.1.10 ผลการวิจัย (results) นำเสนอรายงานผลการวิจัยจากการวิเคราะห์หรือ
สังเคราะห์ในการวิจัยอย่างชัดเจนและตรงประเด็น โดยยึดแนวทางตามวัตถุประสงค์การวิจัย ควรอธิบาย
ผลการวิจัยด้วยคำบรรยายเป็นหลัก ถ้ามีตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวเลขมากให้นำเสนอเป็นรูปภาพตาราง แผนภูมิ
และกราฟ แทรกในเนื้อหาพร้อมอธิบายผลการวิจัยให้ได้สาระครบถ้วนอย่างสั้นๆ กระชับ

6.1.11 สรุปผลการวิจัย (conclusion) เป็นการสรุปเฉพาะประเด็นสำคัญที่เกิดจากการทำวิจัย

6.1.12 การอภิปรายผลการวิจัย (discussion) เป็นการนำเสนอความเห็นที่เห็นว่าผลการวิจัย
สอดคล้องหรือแตกต่างจากวัตถุประสงค์ สมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้อย่างไร เป็นเพราะเหตุผลใด มีหลักฐาน
ทางทฤษฎีหรือผลงานวิจัยอะไรที่มาสสนับสนุน

6.1.13 ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ (suggestion) นำเสนอให้เห็นว่าสามารถ
นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์อะไรได้บ้าง ตลอดจนข้อเสนอแนะให้ผู้ที่จะทำวิจัยครั้งต่อไปในลักษณะเดียวกัน
ทราบว่าควรจะศึกษาในประเด็นปัญหาหรือ ตัวแปรอะไร จึงจะทำให้ได้ผลการวิจัยหรือข้อสรุปที่สมบูรณ์

6.2 บทความวิชาการ (academic article) ประกอบด้วย

6.2.1 บทนำ (introduction) กล่าวถึงความน่าสนใจของเรื่องที่น่าเสนอ ก่อนเข้าสู่เนื้อเรื่อง

6.2.2 เนื้อเรื่อง (body) นำเสนอให้เห็นถึงปรากฏการณ์ หรือองค์ความรู้ใหม่
ที่เกิดขึ้นในวงวิชาการ ที่เหมาะสมกับสภาพการณ์ปัจจุบัน แสดงให้เห็นความเชื่อมโยงของเหตุที่นำไปสู่ผล
(causal relationship) การอ้างอิงข้อมูลต่างๆ และเหตุผลที่พิสูจน์ได้ทางวิชาการ ซึ่งได้จากการศึกษาค้นคว้า
และจากประสบการณ์ของ ผู้นิพนธ์บทความ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้อ่าน

6.2.3 สรุป (conclusion) สรุปประเด็นสำคัญ จากเนื้อเรื่องให้สั้น กระชับได้เนื้อหา
สาระครบถ้วนของบทความ บอกผลลัพธ์ว่าสิ่งที่กล่าวมามีความสำคัญอย่างไร สามารถนำไปใช้ประโยชน์อะไรได้บ้าง
หรือจะทำให้เกิดอะไรต่อไป

7. เอกสารอ้างอิง (reference) ให้ระบุเฉพาะเอกสารที่ผู้นิพนธ์บทความได้นำมาอ้างอิง
ในบทความอย่างครบถ้วน

การอ้างอิงในเนื้อหา

เพื่อบอกแหล่งที่มาของข้อความนั้น ให้ใช้วิธีการอ้างอิงแบบนาม-ปี โดยระบุชื่อผู้เขียน ปีพิมพ์ไว้ข้างหน้าหรือข้างหลังข้อความที่ต้องการอ้างอิง เช่น สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2546) ... หรือ ... (Newman & Cullen, 2007) หรือ ... (ดวงเดือน พันธุนาวิน และคณะ, 2544)

การเขียนเอกสารอ้างอิง

ให้รวบรวมเอกสารที่ใช้อ้างอิงไว้ท้ายบทความ เรียงตามลำดับตัวอักษร โดยใช้รูปแบบการเขียนอ้างอิงตามระบบ APA 7th Edition ดังนี้

การอ้างอิงในเนื้อหา (In-Text Citation)

1. การอ้างอิงในเนื้อหาใช้ระบบนาม-ปี โดยมีรูปแบบการเขียน ดังนี้

1.1 ผู้แต่ง 1 คน

ไทย	ชื่อ/สกุล/(ปี) หรือ (ชื่อ/สกุล,/ปี)
อังกฤษ	สกุล/(ปี) หรือ (สกุล,/ปี)

เครื่องหมาย / หมายถึง วันวรรค 1 ระยะ

ตัวอย่าง

นิพิฐพนธ์ แสงดวง (2562) ได้ทำวิจัยเรื่อง...

...การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค ความรุนแรง ของโรค ประโยชน์ที่จะได้รับ และอุปสรรคที่เกิดจากการแสดงพฤติกรรมทั้งหมดจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (สุรีย์ กาญจนวงศ์, 2555)

Fragmented, uncoordinated care is the third highest driver of U.S. healthcare costs (Scheppach, 2014).

1.2 ผู้แต่ง 2 คน

ไทย	ชื่อ/สกุล/และ/ชื่อ/สกุล/(ปี) หรือ (ชื่อ/สกุล/และ/ชื่อ/สกุล,/ปี)
อังกฤษ	สกุล/and/สกุล/(ปี) หรือ (สกุล/&/สกุล,/ปี)

ตัวอย่าง

อมรรัตน์ ภิรมย์ชม และ อนงค์ หาญสกุล (2555) พบว่า...

...โดยใช้แนวคิดของ Katz and Kahn (1978) เนื่องจาก...

...การยอมรับภาวะเป็ยบ (ดู Patton & Wang, 2012, สำหรับรายละเอียดเพิ่มเติม)

1.3 ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป*

ไทย	ชื่อ/สกุล/และคณะ/(ปี) หรือ (ชื่อ/สกุล/และคณะ,/ปี)
อังกฤษ	สกุล/et al./ (ปี) หรือ (สกุล/et al.,/ปี)

ตัวอย่าง

นิธิมา สุ่มประดิษฐ์ และคณะ (2558) กล่าวถึง...

...ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต (เช่น ได้รับการสนับสนุนทางสังคม; Eker et al., 2000)

*กรณีที่มีผู้เขียนตั้งแต่ 3 คน ขึ้นไป ให้ใส่เฉพาะสกุลของผู้แต่งคนแรก แล้วตามด้วย et al. ตั้งแต่ครั้งแรก

2. การอ้างอิงมากกว่าสองแหล่งข้อมูลให้เขียนเรียงตามลำดับอักษร ดังนี้

...สอดคล้องกับผลการศึกษาของมานะ นาคำ (2549) และ สีลาภรณ์ บัวสาย (2548)...

...หรือถึงแก่ชีวิต (เพิ่มพูน แพนศรี, 2551; ศรีวรรณ มีคุณ, 2548

...การวัดที่มีตัวแปรแฝงหลายตัว (Embretson & Reise, 2000; Marvelde et al., 2006)

3. การอ้างอิงจากข้อมูลจากแหล่งข้อมูลระดับทุติยภูมิ

3.1 การอ้างอิงหน้าข้อความ

งานของผู้เขียน (1) ถูกอ้างอิงในงานของผู้เขียน (2)

ไทย ชื่อ¹/สกุล¹/ปี,/อ้างถึงใน/ชื่อ²/สกุล²,/ปี).....

อังกฤษ สกุล¹/ปี,/as cited in/สกุล²,/ปี).....

ตัวอย่าง

Arnett (2000, as cited in Claiborne & Drewery, 2010) suggeststhere is an emerging adult stage in the lifespan of humans, covering young people between the ages of 18 and 25 years.

3.2 การอ้างอิงท้ายข้อความ

งานของผู้เขียน (1) ถูกอ้างอิงในงานของผู้เขียน (2)

ไทย ...(ชื่อ¹/สกุล,¹/ปี/อ้างถึงใน/ชื่อ²/สกุล²,/ปี)...

อังกฤษ ...(สกุล,¹/ปี/as cited in/สกุล²,/ปี)...

ตัวอย่าง

...สิ่งเหล่านี้อาจก่อให้เกิดความไม่แน่ใจ และเกิดปัญหาในการสร้างอัตลักษณ์ เพราะขาดผู้แนะนำแนวทางที่ถูกต้องและมีความสับสนในการรับรู้อัตลักษณ์ตนเอง (สมร ทองดี อ้างถึงใน สุภัชฉาน ศรีเยี่ยม, 2554)...

... (Snow, 2006 as cited in Goldstein et al., 2013) ...

การเขียนรายการอ้างอิง (References)

หนังสือในรูปแบบเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มีเลข DOI

1) ผู้แต่ง 1 คน

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่).**/สำนักพิมพ์.*** /URL (ถ้ามี)
อังกฤษ	สกุล./อักษรย่อชื่อ./ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

สุภางค์ จันทวานิช. (2556). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 21). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Best, J. (1981) *Research in Education* (4th ed). Prentice-Hall International.

2) ผู้แต่ง 2 คน

ไทย	ชื่อ/สกุล/และชื่อ/สกุล./(ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)
อังกฤษ	สกุล./อักษรย่อชื่อ./&สกุล./ชื่อ./ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์.////URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

ศศิลักษณ์ ขยันกิจ และ บุษบง ต้นติววงศ์. (2559). *การประเมินอย่างไร้ครวญต่อเด็กปฐมวัย: แนวคิดและการปฏิบัติเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้*. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ไพบรมา อิศรเสนา ณ อยุธยา และ ชูจิต ตรีรัตนพันธ์. (2560). *การคิดเชิงออกแบบ: เรียนรู้ด้วยการลงมือทำ*. ศูนย์สร้างสรรค์งานออกแบบ (TCDC). <http://resource.tcdc.or.th/ebook/Design.Thinking.Learning.by.Doing.pdf>

Svendsen, S., & Løber, L. (2020). *The big picture/Academic writing: The one-hour guide* (3rd digital ed.). Hans Reitzel Forlag. [https://hansreitzel.dk/soeg/the-big-picture-\(i-bog\)-i-bog-53615-9788741280615](https://hansreitzel.dk/soeg/the-big-picture-(i-bog)-i-bog-53615-9788741280615)

* กรณีไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.)

** กรณีพิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องระบุครั้งที่พิมพ์

*** กรณีไม่ปรากฏเมืองหรือสำนักพิมพ์ ให้ใส่ (ม.ป.ท.) หรือ

3) ผู้แต่ง 3–20 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน

ไทย ชื่อ¹/สกุล¹,/ชื่อ²/สกุล²,/ชื่อ³/สกุล³,/ชื่อ⁴/สกุล⁴,/ชื่อ⁵/สกุล⁵,/ชื่อ⁶/สกุล⁶,/และ/ชื่อ⁷/
 /////สกุล⁷./(ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)

อังกฤษ สกุล¹,/อักษรย่อชื่อ¹./สกุล²,/อักษรย่อชื่อ²./สกุล³,/อักษรย่อชื่อ³./สกุล⁴,/
 /////อักษรย่อชื่อ⁴./สกุล⁵,/อักษรย่อชื่อ⁵./สกุล⁶,/อักษรย่อชื่อ⁶./&/สกุล⁷,/
 /////อักษรย่อชื่อ⁷./(ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

อารีวรรณ กลั่นกลิ่น, สุธีรา เอี่ยมสุภาชิต, นัยนา อภิวัฒน์พร, สุธาสินี สุโขวัฒน์กิจ, และ งามเนตร เอี่ยมนาคะ. (บก.). (2556). *เอกสารความรู้ผู้ดำเนินการสปาเพื่อสุขภาพ*. สำนักงานส่งเสริมธุรกิจบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ชุมชนุสสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, G. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2014). *Multivariate Data Analysis* (7th ed). Prentice-Hall.

4) ผู้แต่ง 21 คน ขึ้นไป ให้ใส่ชื่อและสกุลของผู้แต่งคนที่ 1–19 ตามด้วยเครื่องหมาย , . . . ก่อนชื่อคนสุดท้าย

ไทย ชื่อ¹/สกุล¹,/ชื่อ²/สกุล²,/ชื่อ³/สกุล³,/ชื่อ⁴/สกุล⁴,/ชื่อ⁵/สกุล⁵,/ชื่อ⁶/สกุล⁶,/ชื่อ⁷/สกุล⁷,/
 /////ชื่อ⁸/สกุล⁸,/ชื่อ⁹/สกุล⁹,/ชื่อ¹⁰/สกุล¹⁰,/ชื่อ¹¹/สกุล¹¹,/ชื่อ¹²/สกุล¹²,/ชื่อ¹³/สกุล¹³,/
 /////ชื่อ¹⁴/สกุล¹⁴,/ชื่อ¹⁵/สกุล¹⁵,/ชื่อ¹⁶/สกุล¹⁶,/ชื่อ¹⁷/สกุล¹⁷,/ชื่อ¹⁸/สกุล¹⁸,/
 /////ชื่อ¹⁹/สกุล¹⁹,/././ชื่อคนสุดท้าย/สกุลคนสุดท้าย./ (ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/
 /////สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)

อังกฤษ สกุล¹,/อักษรย่อชื่อ¹./สกุล²,/อักษรย่อชื่อ²./สกุล³,/อักษรย่อชื่อ³./สกุล⁴,/
 /////อักษรย่อชื่อ⁴./สกุล⁵,/อักษรย่อชื่อ⁵./สกุล⁶,/อักษรย่อชื่อ⁶./
 /////สกุล⁷,/อักษรย่อชื่อ⁷./สกุล⁸,/อักษรย่อชื่อ⁸./สกุล⁹,/อักษรย่อชื่อ⁹./
 /////สกุล¹⁰,/อักษรย่อชื่อ¹⁰./สกุล¹¹,/อักษรย่อชื่อ¹¹./สกุล¹²,/อักษรย่อชื่อ¹²./
 /////สกุล¹³,/อักษรย่อชื่อ¹³./สกุล¹⁴,/อักษรย่อชื่อ¹⁴./สกุล¹⁵,/อักษรย่อชื่อ¹⁵./
 /////สกุล¹⁶,/อักษรย่อชื่อ¹⁶./สกุล¹⁷,/อักษรย่อชื่อ¹⁷./สกุล¹⁸,/อักษรย่อชื่อ¹⁸./
 /////สกุล¹⁹,/อักษรย่อชื่อ¹⁹./././สกุลคนสุดท้าย/อักษรย่อชื่อคนสุดท้าย./ (ปีพิมพ์)/
 /////ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

Gilbert, J. R., Smith, J. D., Johnson, R. S., Anderson, A., Plath, S., Martin, G., Sorenson, K., Jones, R., Adams, T., Rothbaum, Z., Esty, K., Gibbs, M., Taultson, B., Christner, G., Paulson, L., Tolo, K., Jacobson, W. L., Robinson, R. A., Maurer, O., . . . White, N. (2014). *Choosing a title* (2nd ed.). Unnamed Publishing.

หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI

ไทย ชื่อ/สกุล./(ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/สำนักพิมพ์./https://doi.org/เลข DOI
อังกฤษ สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/สำนักพิมพ์./
/////////https://doi.org/เลข DOI

* กรณีหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีการเผยแพร่ทั้งแบบรูปเล่มและแบบดิจิทัล ให้ระบุชื่อสำนักพิมพ์ตามแบบรูปเล่ม

ตัวอย่าง

Jackson, L. M. (2019). *The psychology of prejudice: From attitudes to social action* (2nd ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000168-000>

บทในหนังสือ

ไทย ชื่อ/สกุล./(ปีพิมพ์)/ชื่อบทหรือชื่อบทความ./ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บ.ก.)/ชื่อหนังสือ/
/////////(น./เลขหน้า)/สำนักพิมพ์.
อังกฤษ สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีพิมพ์)/ชื่อบทหรือชื่อบทความ./In/ชื่อบรรณาธิการ/
/////////(Ed. หรือ Eds.)/ชื่อหนังสือ/(pp./เลขหน้า)/สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2540). การวิจัยอนาคตแบบ EDRF. ใน ทิศนา แคมมณี และ สร้อยสน สกลรักษ์ (บ.ก.), *แบบแผนและเครื่องมือการวิจัยทางการศึกษา* (น. 1-18). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Bornstein, M. H., Hahn, C. S., Suwalsky, J. T. D., & Haynes, O. M. (2003). Socioeconomic status, parenting, and child development: The Hollingshead four-factor index of social status and the socioeconomic index of occupations. In M. H. Bornstein & H. B. Robert (Eds.), *Monographs in parenting series. socioeconomic status, parenting, and child development* (pp. 29–82). Lawrence Erlbaum Associates.

บทความในวารสารแบบรูปเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มีเลข DOI

ไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีพิมพ์)/ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/เลขหน้า.
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ/(ปีพิมพ์)/ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/ // // // // เลขหน้า.

ตัวอย่าง

พรทิพย์ หนูพระอินทร์, ชญานิศ ลือวานิช และ ประพรศรี นรินทร์รักษ์. (2556). การรับรู้สุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏ ภูเก็ต*, 9(1), 63-87.

Jacobson, D.E. (1986). Types and Timing of Social Support. *Journal Health Social Behavior*, 27(63), 250-264.

Sillick, T. J., & Schutte, N. S. (2006). Emotional intelligence and self-esteem mediate between perceived early parental love and adult happiness. *E-Journal of Applied Psychology*, 2(2), 38–48. <http://ojs.lib.swinedu.au/index.php/ejap>

บทความในวารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI

ไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีพิมพ์)/ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/ // // // // เลขหน้า./https://doi.org/เลข DOI
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ/(ปีพิมพ์)/ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/ // // // // เลขหน้า./https://doi.org/เลข DOI

ธัญนาฏ ญาณพิบูลย์, สุจินดา โพธิ์ไพฑูรย์, และ นิตติพงษ์ ส่งศรีโรจน์ (2563). ความสามารถในการใช้ความรู้และนวัตกรรมกับประเด็นที่โดดเด่นขององค์กรใหม่ในธุรกิจภาคการเกษตร. *จุฬาลงกรณ์ธุรกิจปริทัศน์*, 42(2), 54–72. <https://doi.org/10.14456/cbsr.2020.3>

Herbst-Damm, K. L., & Kulik, J. A. (2005). Volunteer support, marital status, and the survival times of terminally ill patients. *Health Psychology*, 24, 225–229. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.2.225>

* กรณีที่เลข DOI แบบที่ใช้เดิมยาวและซับซ้อน ผู้เขียนสามารถเลือกใช้ DOI แบบสั้นหรือแบบยาวก็ได้

บทความในวารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีหมายเลขบทความหรือ eLocator

ไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีพิมพ์)/ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./เลขของปีที่(เลขของฉบับที่)/ /////บทความ/เลขที่บทความ./URL (ถ้ามี)
อังกฤษ	สกุล./อักษรย่อชื่อ/(ปีพิมพ์)/ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./เลขของปีที่(เลขของฉบับที่)/ /////Article/เลขที่บทความ./URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

นาวรรณ นิชโรจน์ และ ศศิลักษณ์ ขยันกิจ. (2563). บทบาทครูอนุบาลในการส่งเสริมกรอบ คติยึดติดเติบโตในโรงเรียนประไพพิศ (นามสมมติ). *วารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา*, 15(2), บทความ OJED1502032. <https://so01.tci-thaijo.org/index.php/OJED/article/view/243480>

Burin, D., Kilteni, K., Rabuffetti, M., & Pia, L. (2019). Body ownership increases the interference between observed and executed movements. *PLOS ONE*, 14(1), Article e0209899. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209899>

วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญาโท

(Doctoral dissertation / Master's thesis)

1) วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญาโทที่ไม่ได้ตีพิมพ์

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/[วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์ /////หรือ วิทยานิพนธ์ปริญญาโทไม่ได้ตีพิมพ์]./ชื่อมหาวิทยาลัย.
อังกฤษ	สกุล./อักษรย่อชื่อ./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/[Unpublished doctoral /////dissertation หรือ Unpublished master's thesis]./ชื่อมหาวิทยาลัย.

ตัวอย่าง

รณชัย ศิลากร. (2547). ผลของโครงการปฏิบัติสมาธิเบื้องต้นตามทฤษฎีของมาสโลว์
[วิทยานิพนธ์ปริญญาโทไม่ได้ตีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Jung, M. S. (2014). A structural equation model on core competence of nursing
students [Unpublished doctoral dissertation]. Choong-Ang University.

2) วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญาโทจากเว็บไซต์
(ไม่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์)

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/[วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต หรือ /////วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, ชื่อมหาวิทยาลัย]./ชื่อเว็บไซต์./URL
อังกฤษ	สกุล./อักษรย่อชื่อ./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/[Doctoral dissertation หรือ /////Master's thesis, ชื่อมหาวิทยาลัย]./ชื่อเว็บไซต์./URL

ตัวอย่าง

ปิยะ บุษกา. (2561). การพัฒนารูปแบบเชิงสาเหตุ และประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริม
คุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ของนิสิตระดับ
ปริญญาตรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
ประยุกต์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ]. ปริญญาโทสถาบันวิจัยพฤติกรรม
ศาสตร์. <http://bsris.swu.ac.th/thesis/53199120066RB8992555f.pdf>

Ata, A. (2015). *Factoreffecting teacher-child communication skill & self-efficacy beliefs: An investigation on preschool teachers* [Master's thesis, Middle East Technical University]. Middle East Technical University Library.
<http://etd.lib.metu.edu.tr/upload/12619101/index.pdf>

3) วิทยานิพนธ์ปริญญาโทและวิทยานิพนธ์ปริญญาเอก จากฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์

ไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อวิทยานิพนธ์/(หมายเลข UMI หรือ เลขลำดับอื่น ๆ)/ /////[วิทยานิพนธ์ปริญญาโทหรือวิทยานิพนธ์ปริญญาเอก] /////[ชื่อมหาวิทยาลัย]./ชื่อฐานข้อมูล.
อังกฤษ	สกุล,อักษรย่อชื่อ/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อวิทยานิพนธ์/(หมายเลข UMI หรือ /////เลขลำดับอื่น ๆ)/[Doctoral dissertation หรือ Master's thesis, /////[ชื่อมหาวิทยาลัย]./ชื่อฐานข้อมูล.

ตัวอย่าง

McNiel, D. S. (2006). *Meaning through narrative: A personal narrative discussing growing up with an alcoholic mother* (UMI No. 1434728) [Master's thesis, California State University–Long Beach]. ProQuest Dissertations and Theses database.

รายงาน

1) รายงานที่จัดทำโดยหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรอื่น

ไทย	ชื่อหน่วยงาน/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อเรื่อง./สำนักพิมพ์./URL(ถ้ามี)
อังกฤษ	ชื่อหน่วยงาน/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อเรื่อง./สำนักพิมพ์./URL(ถ้ามี)

ตัวอย่าง

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. (2561). *รายงานประจำปี 2561*. 21 เซ็นจูรี.
https://www.ocsc.go.th/sites/default/files/document/ocsc_annual_report_2561.pdf

National Cancer Institute. (2019). *Taking time: Support for people with cancer* (NIH Publication No. 18-2059). U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://www.cancer.gov/publications/patient-education/takingtime.pdf>

2) รายงานที่จัดทำโดยผู้เขียนรายบุคคลสังกัดหน่วยงานรัฐหรือองค์กรอื่น

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อเรื่อง./สำนักพิมพ์./URL(ถ้ามี)
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อเรื่อง./สำนักพิมพ์./URL(ถ้ามี)

ตัวอย่าง

สุมาลี ตังคณานุรักษ์, อรทัย วิมลโนธ, และ เกรียงไกร นະจร. (2559). *การวิจัยและพัฒนา รูปแบบเพื่อการพัฒนาความรับผิดชอบ การควบคุมและควมมีวินัยของนักเรียนชั้น ประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 โรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฝ่ายประถม. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*

Lipsey, M. W., Farran, D. C., & Hofer, K. G. (2015). *A randomized control trial of a statewide voluntary prekindergarten program on children's skills and behaviors through third grade.* Vanderbilt University, Peabody Research Institute.

เอกสารประกอบการประชุม/การประชุมวิชาการ ที่ไม่มี proceeding (Symposium)

ไทย	ชื่อ/สกุล./(วันที่,เดือน,ปี)./ชื่อเรื่องที่น่าสนใจ./ใน/ชื่อ/(ประธาน),/ชื่อหัวข้อการประชุม/ [Symposium]./ชื่อการประชุม,/สถานที่ประชุม.
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปี,/เดือน,/วันที่)./ชื่อเรื่องที่น่าสนใจ./In/อักษรชื่อย่อ./สกุล/(Chair), [Symposium]./ชื่อการประชุม,/สถานที่ประชุม.

ตัวอย่าง

De Boer, D., & LaFavor, T. (2018, April 26–29). The art and significance of successfully identifying resilient individuals: A person-focused approach. In A. M. Schmidt & A. Kryvanos (Chairs), *Perspectives on resilience: Conceptualization, measurement, and enhancement* [Symposium]. Western Psychological Association 98th Annual Convention, Portland, OR, United States.

การนำเสนองานวิจัยหรือการนำเสนอโปสเตอร์ (Paper/Poster Presentation)

ไทย	ชื่อ/สกุล./ (ปี,/วัน/เดือน)./ชื่อ paper หรือ poster/[Paper หรือ Poster /////presentation]./ชื่อการประชุม,/สถานที่.
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./ (ปี,/เดือน,/วันที่)./ชื่อ paper หรือ poster/[Paper หรือ Poster /////presentation]./ชื่อการประชุม,/สถานที่.

ตัวอย่าง

การนำเสนองานวิจัย

นิตา ไพรณาริ. (2554, มีนาคม). *การจัดการวิสาหกิจชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์* [Paper presentation], การประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยกรุงเทพ, กรุงเทพฯ, ประเทศไทย.

Khayankij, S. (2016, July). *Mandalas as a tool to enhance self-awareness for early childhood student teachers* [Paper presentation]. Pacific Early Childhood Education Research Association, Bangkok, Thailand.

การนำเสนอโปสเตอร์

Haldrup, S., Lapolla, A., & Gundgaard, J. (2017, November 4–8). *Cost-effectiveness of switching to insulin degludec (ideg) in real-world clinical practice in Italy* [Poster presentation]. International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) 20th Annual European Congress, Glasgow, Scotland.

รายงานการประชุมเชิงวิชาการที่มี proceeding

1) ในรูปแบบรูปเล่มหนังสือ

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปี)./ชื่อบทความ./ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บ.ก.),/ชื่อหัวข้อการประชุม./ /////ชื่อการประชุม/(น./เลขหน้า)/ฐานข้อมูล.
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปี)./ชื่อเรื่อง./In/ชื่อบรรณาธิการ/(Ed. หรือ Eds.),/ /////ชื่อหัวข้อการประชุม./ชื่อการประชุม/(pp./เลขหน้า)/ฐานข้อมูล.
* กรณีมีเลข DOI หรือ URL ให้เติมต่อท้ายจากฐานข้อมูล ตัวอย่าง ชื่อฐานข้อมูล./https://doi.org/xxxx	

ตัวอย่าง

พัชรภา ตันติชูเวช. (2553). การศึกษาทั่วไปกับคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ในประเทศ มาเลเซีย และสิงคโปร์ ศึกษาโดยเปรียบเทียบกับประเทศไทย. ใน ศิริชัย กาญจนวาสี (บ.ก.), การขับเคลื่อนคุณภาพการศึกษาไทย. การประชุมวิชาการและเผยแพร่ ผลงานวิจัยระดับชาติ (น. 97–102). คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Katz, I., Gabayan, K., & Aghajan, H. (2007). A multi-touch surface using multiple cameras. In J. Blanc-Talon, W. Philips, D. Popescu, & P. Scheunders (Eds.), *Lecture notes in computer science: Vol. 4678. Advanced concepts for intelligent vision systems* (pp. 97–108). Springer-Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-540-74607-2_9

2) ในรูปแบบวารสาร

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปี)./ชื่อเรื่อง:/ชื่อเรื่องย่อ./ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/ /////เลขหน้า./URL
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปี)./ชื่อเรื่อง:/ชื่อเรื่องย่อ./ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/ /////เลขหน้า./URL
* กรณีมีเลข DOI หรือ URL ให้เติมต่อท้ายจากฐานข้อมูล ตัวอย่าง ชื่อฐานข้อมูล./https://doi.org/xxxx	

ตัวอย่าง

Chaudhuri, S., & Biswas, A. (2017). External terms-of-trade and labor market imperfections in developing countries: Theory and evidence. *Proceedings of the Academy of Economics and Economic Education*, 20(1), 11–16.

[https://search-proquest-com.elibrary.jcu.edu.au/docview/1928612180?
accountid=16285](https://search-proquest-com.elibrary.jcu.edu.au/docview/1928612180?accountid=16285)

เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์ (เอกสารประกอบการเรียน)

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปี)./ชื่อเอกสาร/[เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์]/คณะ,มหาวิทยาลัย.
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปี)./ชื่อเอกสาร/[Unpublished manuscript]/คณะ, /////มหาวิทยาลัย.

ตัวอย่าง

อัญญาณี บุญชื้อ. (2556). การส่งเสริมพัฒนาการทางอารมณ์และสังคมสำหรับเด็กปฐมวัย [เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์]. ภาควิชาหลักสูตรและการสอน คณะครุศาสตร์, จฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Blackwell, E., & Conrod, P. J. (2003). *A five-dimensional measure of drinking motives* [Unpublished manuscript]. Department of Psychology, University of British Columbia.

เว็บไซต์

ไทย	ชื่อ/สกุลผู้เขียน./(ปี,/วัน/เดือนที่เผยแพร่)./ชื่อบทความ./ชื่อเว็บไซต์./URL
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อผู้เขียน./(ปี,/เดือน/วันที่เผยแพร่)./ชื่อบทความ./ชื่อเว็บไซต์./URL

- * กรณีที่ไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.)
- * กรณีที่มีปรากฏเฉพาะ พ.ศ. หรือ ค.ศ. ให้ใส่แค่ (ปี) เท่านั้น
- * กรณีชื่อผู้เขียนและชื่อเว็บไซต์เป็นชื่อเดียวกัน ให้ตัดชื่อเว็บไซต์ออก

ตัวอย่าง

มูลนิธิวิจัยนสาธาณสุขไทย. (2563, 1 มีนาคม). *เจาะลึกระบบสุขภาพไทยป่วยเบาหวาน*.

<http://www.hfocus.org/content/2019/11/18031>

International Diabetes Federation. (2021, December 9). *Diabetes fact and figure*. <http://www.idf.org/about-diabetes/facts-figures>

สารสนเทศที่ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง

1) สารสนเทศที่เป็นส่วนหนึ่งของงานอื่น (บทในหนังสือ/บทความในวารสาร/สารานุกรม)

ไทย ชื่อเรื่อง/(ปี,/วัน/เดือนที่เผยแพร่)/ชื่อแหล่งข้อมูล./URL

อังกฤษ ชื่อเรื่อง/(ปี,/เดือน/วันที่เผยแพร่)/ชื่อแหล่งข้อมูล./URL

* กรณีที่ไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.)

* กรณีที่มีปรากฏเฉพาะ พ.ศ. หรือ ค.ศ. ให้ใส่แค่ (ปี) เท่านั้น

ตัวอย่าง

ก้าวต่อไปของสถาบันอุดมศึกษาไทยในตลาดอาเซียน. (2554). *อนุสารอุดมศึกษา*, 37(400), 9–12. http://www.mua.go.th/prweb/pr_web/udom_mua/data/400.pdf
เกษตรกรรม. (2563, 4 มิถุนายน). ใน *วิกิพีเดีย*. <https://th.wikipedia.org/w/index.php?title=เกษตรกรรม&oldid=8891799>

2) สารสนเทศที่ไม่เป็นส่วนหนึ่งของงานอื่น (หนังสือ/รายงาน/เว็บไซต์)

ไทย ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/(ปี,/วัน/เดือนที่เผยแพร่)/ชื่อแหล่งข้อมูล./URL

อังกฤษ ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/(ปี,/เดือน/วันที่เผยแพร่)/ชื่อแหล่งข้อมูล./URL

ตัวอย่าง

Merriam-Webster's collegiate dictionary (11th ed.). (2003). Merriam-Webster.
ไขข้อข้องใจ การบ้านยังจำเป็นสำหรับเด็กยุคใหม่หรือไม่? (2562, 21 สิงหาคม). ครูบ้านนอก
ดอทคอม. <https://www.kroobannok.com/87248>





สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
Phrae Provincial Public Health Office



วารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

25 ถนนบ้านใหม่ ต.โนนเวียง อ.เมือง จ.แพร่ 54000
โทร. 0 5451 1143, 0 5451 1145 Fax: 0 5452 3313
<https://thaidj.org/index.php/jpphd>
<http://www.pro.moph.go.th>