



วารสารเทคโนโลยีทางการแพทย์และสหเวชศาสตร์

Journal of Medical Technology and Allied Health Sciences

JMAS

ปีที่ 1 ฉบับที่ 3
Vol. 1 No.3

กันยายน - ธันวาคม 2568
September - December 2025





วัตถุประสงค์

เพื่อจัดให้มีแหล่งเผยแพร่ข้อมูลทางวิชาการสำหรับนักวิจัยในรูปแบบบทความวิจัยและบทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาศาสตร์เทคโนโลยี นวัตกรรมสุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข และสาขาที่เกี่ยวข้อง

นโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์ : วารสารฯ มีนโยบายรับตีพิมพ์บทความที่มีคุณภาพในด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาศาสตร์เทคโนโลยี นวัตกรรมสุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข และสาขาที่เกี่ยวข้อง โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ อาจารย์ นักศึกษา และนักวิจัย ทั้งในและนอกสถาบัน

กระบวนการพิจารณาบทความ : บทความทุกบทความผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ท่าน แบบผู้ทรงคุณวุฒิและผู้นิพนธ์ไม่ทราบชื่อกันและกัน (Double-blind review) และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารที่เป็นวรรณกรรมของผู้นิพนธ์ บรรณาธิการหรือวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

ประเภทของบทความ : บทความวิจัย และบทความวิชาการ

ภาษาที่รับตีพิมพ์ : ภาษาไทย, ภาษาอังกฤษ

กำหนดออก : วารสารตีพิมพ์ 3 ฉบับต่อปี ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

เจ้าของวารสาร : วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก

ค่าธรรมเนียม : ไม่มีค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์ (ยกเว้นค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ในปี 2568-2570)

สำนักงาน

สำนักงานวารสารเทคโนโลยีทางการแพทย์และสหเวชศาสตร์

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก

เลขที่ 56 หมู่ 1 ตำบลราษฎร์นิยม อำเภอลำไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี 11150

โทรศัพท์ 02-150-1203-8 ต่อ 1306 โทรสาร 02-150-1201

E-mail : jmas@kmpht.ac.th

Website: <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/JMAS>

ISSN: 3088-2206 (Online)



ที่ปรึกษาวารสาร

ผศ.ดร.ภญ.เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล

ผู้อำนวยการ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก

บรรณาธิการ

ดร.วันนิศา รักษาผาตย์

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.ศิริรัตน์ ทองรอด

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก

กองบรรณาธิการ

ผศ.ดร.อิศรา ศิริมณีรัตน์	คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
ผศ.ดร.ทนพญ.ศรีจันทร์ พลับจั่น	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
ผศ.ดร.ลัคนา อภิปัญญาโสภณ	คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ดร.วรัญญา อรุโณทยานันท์	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก

กองจัดการวารสาร

ดร.ศิริรัตน์ ทองรอด	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก
อ.พรชัย แซ่มตา	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก
อ.อัญชลี อ่ำประสิทธิ์	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก
น.ส.อริศรา หะยีเด	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก
น.ส.สิรินภา จันประเสริฐ	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก



บทบรรณาธิการ

วารสารเทคโนโลยีทางการแพทย์และสหเวชศาสตร์ (Journal of Medical Technology and Allied Health Sciences; JMAS) ฉบับนี้ เป็นฉบับประจำปี ที่ 1 ฉบับที่ 3 ปี พ.ศ. 2568 เนื้อหาของบทความที่มีการเผยแพร่ มีเนื้อหาสาระที่เกี่ยวกับการวิจัยในระบบบริการสุขภาพ โดยบทความวิจัยประกอบด้วยงานวิจัยด้านการดูแลมารดาหลังคลอด ได้แก่ ผลของการนวดกระตุ้นเต้านมต่อการไหลของน้ำนมในหญิงหลังคลอด : การศึกษาย้อนหลัง และการบูรณาการการพยาบาลร่วมกับการนวดประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา นอกจากนี้ยังมีการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงาน PDCA งานห้องคลอด โรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี รวมถึงการศึกษาเปรียบเทียบผลการตรวจวัดปริมาณ HbA1c โดยใช้หลอดเก็บเลือด Lithium Heparin กับ K3EDTA ด้วยเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติ HPLC Analyzer Premier Hb9210 และฉบับนี้ยังมีบทความวิชาการด้านเวชระเบียน ซึ่งเป็นวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในระบบบริการสุขภาพ โดยเป็นบทความที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาการจัดการศึกษาด้านเวชระเบียนในประเทศไทย ซึ่งมีข้อมูลที่น่าสนใจ สำหรับนักวิชาการและผู้สนใจทั่วไปได้ศึกษาเรียนรู้เพิ่มเติม

กองบรรณาธิการวารสารเทคโนโลยีทางการแพทย์และสหเวชศาสตร์ ขอขอบคุณผู้สนับสนุน ผู้ทรงคุณวุฒิ และที่ปรึกษาทุกท่าน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้่านทุกท่านที่สนใจ

ดร.วันนิกา รักษาamatย์

บรรณาธิการ



สารบัญ

บทบรรณาธิการ

บทบรรณาธิการ

วันนิศา รักษาผาตย์

บทความวิจัย (Research Article)

e3310 การเปรียบเทียบผลการตรวจวัดปริมาณ HbA1c โดยใช้หลอดเก็บเลือด Lithium Heparin กับ K3EDTA ด้วยเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติ HPLC Analyzer Premier Hb9210

A Comparative Study of HbA1c Measurements Using Lithium Heparin and K3EDTA Blood Collection Tubes Analyzed by HPLC Premier Hb9210

วีระยุทธ บุปผามาศ, พัฒนพงศ์ ชูส่งแสง

e3573 การพัฒนารูปแบบการมอบหมายงาน PDCA งานห้องคลอด โรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

The development of a work assignment PDCA model for the delivery room at Sainoi Hospital, Sai Noi District, Nonthaburi Province

อชิษฐา มณีรัตน์

e3617 การบูรณาการการพยาบาลร่วมกับการนวดประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดา หลังคลอด โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Integrating Nursing Care with Herbal Massage to Promote Milk Flow in Postpartum Mothers at Sena Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

สุภลักษณ์ เนตรทิพย์, สุวรรษา โพธิ์แพงพุ่ม, รัตวรา วงษ์จิว

e3991 ผลของการนวดกระตุ้นเต้านมต่อการไหลของน้ำนมในหญิงหลังคลอด : การศึกษาย้อนหลัง

The Effect of Breast Stimulation Massage on Breast Milk Flow in Postpartum Women: A Retrospective Study

สุชีรา ไพรี, กัลย์จิรัตน์ อินทผลัญ

บทความวิชาการ (Academic Article)

e3997 การพัฒนาการจัดการศึกษาด้านเวชระเบียนในประเทศไทย

The Development of Medical Record Education in Thailand

สิริอร บัวระพา



คำแนะนำการส่งบทความ

ในขั้นตอนการส่งบทความ ผู้แต่งต้องตรวจสอบและปฏิบัติตามข้อกำหนดรายการตรวจสอบการส่งทุกข้อ ดังต่อไปนี้ และบทความอาจถูกส่งคืนให้กับผู้แต่งกรณีที่ไมปฏิบัติตามข้อกำหนดทั้งหมด

- บทความต้องยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น (หากมีกรุณาอธิบายในข้อความถึงบรรณาธิการ)
- บทความต้องได้รับการยินยอมให้ตีพิมพ์จากผู้ร่วมวิจัยทุกคน หากเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือปริญญาบัตรต้องผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย
- บทความเตรียมในรูปแบบของไฟล์ Microsoft Word
- บทความเตรียมตามข้อกำหนด ทั้งในด้านของรูปแบบและการเขียนเอกสารอ้างอิง มีการให้ URL ที่เข้าถึงได้ สำหรับเอกสารที่อ้างอิงจากอินเทอร์เน็ต ตามคำแนะนำสำหรับผู้แต่ง (Author Guidelines)
- บทความจะผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการวารสาร ที่มีผู้ประเมินบทความ (Peer - review) ตรวจสอบเนื้อหาบทความ เพื่อลงตีพิมพ์จำนวนอย่างน้อย 2 ท่าน ต่อบทความ จึงจะได้รับการตีพิมพ์ (หากต้องการให้ผู้ประเมินบทความ จำนวน 3 ท่าน โปรดแจ้งแก่บรรณาธิการ)
- วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสม
- บทความที่ประสงค์ให้ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่ จะต้องผ่านการแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ประเมินหรือกองบรรณาธิการก่อน โดยหากไม่แก้ไขจะถือสิทธิ์ว่าบทความนั้นยังไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการใด ๆ ทั้งสิ้น
- วารสารฯ ยกเว้นค่าธรรมเนียมในปี 2568-2570



การเตรียมต้นฉบับ

วารสารได้กำหนดรูปแบบการเขียนบทความที่จะลงในวารสาร ดังนี้

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 16 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm ด้านซ้าย 3.17 cm ด้านขวา 2.54 cm จำนวน 18 หน้า (รวมรายการอ้างอิง) และรายการ อ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทย (ในหน้าบทคัดย่อภาษาไทย) และภาษาอังกฤษ (ในหน้าบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract)) พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้ตรงกลางขนาดอักษร 18
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทย (ในหน้าบทคัดย่อภาษาไทย) และภาษาอังกฤษ (ในหน้าบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract)) ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 16 อยู่ใต้ชื่อเรื่องให้ระบุ ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้พิมพ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่ม e-mail ในบรรทัดถัดมา
4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 500 คำ ต่อบทคัดย่อ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 –5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ตัวหนา ขนาดอักษร 16
7. การใช้ตัวเลขคำย่อและวงเล็บ ควรใช้เลขอารบิกทั้งหมด ใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
8. บทความ ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

8.1 บทความวิจัย (Research Article) ประกอบด้วย

- 1) บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- 2) บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)/Abstract
- 3) บทนำ (Introduction)
- 4) วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)
- 5) สมมติฐานวิจัย (Research Hypothesis) (ถ้ามี)
- 6) กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)
- 7) ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)
- 8) ประชากร (Population) และกลุ่มตัวอย่าง (Sample)
- 9) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research Instruments)
- 10) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย (Validation of Instruments)



- 11) การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)
- 12) การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)
- 13) จริยธรรมการวิจัย (Research Ethics) (ถ้ามี)
- 14) ผลการวิจัย (Results)
- 15) อภิปรายผลการวิจัยและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)
- 16) ข้อเสนอแนะในการวิจัย (Suggestion) (ถ้ามี)
- 17) References

8.2 บทความวิชาการ (Academic Article) ประกอบด้วย

- 1) บทคัดย่อ (Abstract)
- 2) บทนำ (Introduction)
- 3) เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่อการนำเสนอตามลำดับ
- 4) สรุป (Conclusion)
- 5) ข้อเสนอแนะ (Suggestion) (ถ้ามี)
- 6) References

วิธีการอ้างอิงนั้นให้ปฏิบัติตามที่วารสารกำหนด ตามแบบแผนของ American Psychological Association – APA Style 7th (Seventh edition) และใช้อ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด โดยใส่ Link ของแหล่งอ้างอิงนั้นด้วย

ตัวอย่างการอ้างอิงจากวารสาร

Wonganunt, B., Samana, R. & Lauprasert, P. (2014). Effect of French marigold (*Tagetes patula* Linn.) against head lice (*Pediculus humanus capitis*). *KKU Journal for Public Health Research*, 7(3), 28-33. ใส่ link..... (in Thai)

Sayorwan, W. & Rumruay, V. (2017). Chemical compositions of fingered citron peel (*Citrus medica* L. var. *sarcodactylis*) and its effect on the autonomic nervous system. *Journal of Health Research*, 31(4), 307-313. ใส่ link.....หรือ DOI

ตัวอย่างการอ้างอิงจากหนังสือ

Hall, E. J. & Giaccia, A. J. (2019). *Radiobiology for the radiologist* (8th ed.). Wolters Kluwer.

ตัวอย่างการอ้างอิงจากบทความหรือบทในอิเล็กทรอนิกส์ (URL)

Black, L., & Jackson, V. (2005). Families of African origin: An overview. In M. McGoldrick, J.



Giordano, & N. Garcia-Preto (Eds.), *Ethnicity and family therapy* (3rd ed., pp.77-86).

Guilford press. <https://bit.ly/2SFJASC>

การเขียนอ้างอิงแบบแทรกในเนื้อหา (In-Text Citation)

- ใช้ระบบนาม – ปี (Author – Date Citation System) โดยเขียนระบุไว้ในวงเล็บ ระบุเฉพาะชื่อผู้แต่ง ปีพิมพ์ และเลขหน้าที่ย่างถึง (ถ้าต้องระบุ) ทั้งนี้สามารถเขียนแทรกไว้ในตำแหน่งที่เหมาะสม โดยอาจเขียนแทรกไว้หน้าข้อความหรือท้ายข้อความที่นำมาอ้างอิงในเนื้อหาก็ได้

- ทุกรายการที่อ้างอิงไว้ในเนื้อหา จะต้องมีการละเอียดในบรรณานุกรมท้ายเล่ม ซึ่งข้อมูลของทั้ง 2 แห่งนี้จะต้องเป็นชื่อของผู้แต่งและปีพิมพ์ที่ถูกต้องตรงกัน

การเปรียบเทียบผลการตรวจวัดปริมาณ HbA1c โดยใช้หลอดเก็บเลือด Lithium Heparin กับ K₃EDTA ด้วยเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติ HPLC Analyzer Premier Hb9210

วีระยุทธ บุปผามาศ¹ และพัฒนพงศ์ ชูส่งแสง^{2*}

¹หน่วยเคมีคลินิก โรงพยาบาลสตูล อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ประเทศไทย 91000

²สาขาวิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ประเทศไทย 90110

*ผู้รับผิดชอบบทความ E-mail: cphattanapong@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการใช้หลอดเก็บเลือดหลอดเลือดเดียว สำหรับการตรวจ HbA1c และ Glucose ในเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ของ โรงพยาบาลสตูล เพื่อลดต้นทุนและความไม่สะดวกของผู้ป่วย ปัจจุบันใช้หลอดเก็บเลือด Lithium Heparin (LH) สำหรับตรวจ Glucose ส่วนหลอดเก็บเลือด K₃EDTA สำหรับตรวจ HbA1c วิธีการศึกษา โดยเปรียบเทียบผลการตรวจ HbA1c จากหลอดเก็บเลือด LH และหลอดเก็บเลือด K₃EDTA โดยใช้เครื่อง HPLC Analyzer Premier Hb9210 วิเคราะห์ตัวอย่างเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่เหลือจากงานประจำ จำนวน 400 ตัวอย่าง (ช่วงค่า HbA1c: 4.1 – 18.5%) ผลการศึกษาพบว่า ค่าผลการตรวจวัดปริมาณ HbA1c จากหลอดเก็บเลือด LH และหลอดเก็บเลือด K₃EDTA มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p = 0.000$) แต่พบค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (Mean = 7.66, S.D. = 2.17 และ Mean = 7.64, S.D. = 2.17 ตามลำดับ) การวิเคราะห์ Bland-Altman และความแตกต่างของค่า Allowable Total Error (ATE) ($\pm 8\%$) พบว่าค่าความแตกต่างอยู่ในช่วงเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 99.5 การวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ด้วย Linear Regression พบว่ามีความสัมพันธ์กันสูง ($r = 0.998$) ผลการศึกษานี้ สรุปได้ว่า หลอดเก็บเลือด LH สามารถใช้แทนหลอดเก็บเลือด K₃EDTA ในการตรวจ HbA1c ได้ ซึ่งช่วยเพิ่มความ สะดวก ลดการเจาะเลือดซ้ำซ้อน และลดต้นทุนของโรงพยาบาล

คำสำคัญ : หลอดเก็บเลือด, หลอดเก็บเลือด K₃EDTA, หลอดเก็บเลือด Lithium Heparin, ฮีโมโกลบินเอวันซี, โครมาโทกราฟีของเหลวสมรรถนะสูง

A Comparative Study of HbA1c Measurements Using Lithium Heparin and K₃EDTA Blood Collection Tubes Analyzed by HPLC Premier Hb9210

Weerayut Bubpamas¹ and Phattanapong Choosongsang^{2*}

¹Clinical Chemistry unit, Satun Hospital, Mueang Satun District, Satun Province, Thailand 91000

²Department of Pathology, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla Province, Thailand 90110

*Corresponding author E-mail: cphattanapong@gmail.com

Abstract

This study aimed to assess the feasibility of using a single blood collection tube for both HbA1c and glucose testing in Satun Hospital's NCDs care network to reduce costs and patient discomfort. Currently, Lithium heparin (LH) blood collection tubes are used for glucose, while K₃EDTA blood collection tubes are used for HbA1c. The study compared HbA1c results from LH and K₃EDTA blood collection tubes using the HPLC Analyzer Premier Hb9210. A total of 400 leftover routine blood samples from patients with diabetes (HbA1c range: 4.1–18.5%) were analyzed using the HPLC Analyzer Premier Hb9210. Results showed a statistically significant difference in HbA1c values between LH and K₃EDTA blood collection tubes ($p = 0.000$), although the means were similar (Mean = 7.66, S.D. = 2.17 and Mean = 7.64, S.D. = 2.17, respectively). Bland-Altman analysis and Allowable Total Error (ATE) ($\pm 8\%$) revealed that 99.5% of values fell within acceptable limits. A strong correlation was observed using linear regression analysis ($r = 0.998$). The findings suggest that LH blood collection tubes can be reliably used for HbA1c testing, potentially eliminating the need for multiple blood draws and reducing hospital costs.

Keywords: Blood collection tube, K₃EDTA blood collection tube, Lithium Heparin blood collection tube, HbA1c, HPLC

บทนำ (Introduction)

โรงพยาบาลสตูลเป็นผู้ให้บริการผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Disease, NCDs) ทั้งยังให้บริการผู้ป่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสตูล ซึ่งจะมีการเจาะเก็บเลือดของผู้ป่วยมาทำการตรวจวินิจฉัยโรคและตรวจติดตามอาการ หลอดเลือดที่ใช้ในการจัดเก็บเลือดปัจจุบัน คือหลอดชนิดลิเทียมเฮปาริน (Lithium Heparin, LH) ใช้ตรวจการทดสอบทางเคมีคลินิกทั่วไป และระดับน้ำตาลกลูโคส และใช้หลอดชนิดไตรโปแตสเซียมเอทิลีนไดเอมีนเตตราอะซิเตต (Tripotassium Ethylenediamine tetraacetate, K_3EDTA) ในการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ซึ่งเป็นการตรวจติดตามผู้ป่วยเบาหวาน โดยแพทย์ใช้ติดตามระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดในช่วง 2 - 3 เดือนที่ผ่านมา หากผู้ป่วยไม่ได้ควบคุมโรคและดูแลสุขภาพอย่างถูกต้อง จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนได้ (Pongrua & Teerajetgul, 2021; Choosongsang et al., 2023) การเจาะเลือดติดตามผลเบาหวานทุก 3 - 6 เดือน ระดับของ HbA1c มีความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับน้ำตาลในเลือด โดยพบว่าระดับของ HbA1c จะเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น 35 mg/dL (2 mmol/L) (Rohlfing et al., 2002) หลักการตรวจ HbA1c ที่ใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบันมี 5 หลักการ ได้แก่ 1) หลักการ Immunoassay และ 2) หลักการ Enzymatic Assay ข้อดีคือ เป็นวิธีการที่ง่าย สะดวก เหมาะกับห้องปฏิบัติการขนาดเล็ก (Weykamp, 2013) ข้อจำกัดคือ ไม่สามารถแยก Hemoglobin Variants ได้ 3) หลักการ Boronate Affinity ข้อดีคือ มีความจำเพาะต่อ Glycated Hemoglobin (Gupta et al., 2017) ข้อจำกัดคือ การบำรุงรักษาต้องอาศัยผู้ที่มีความชำนาญ (Weykamp, 2013) 4) หลักการ Capillary Electrophoresis (CE) ข้อดีคือ สามารถแยก Hemoglobin Variants ได้ มีความทนทานต่อระดับ HbF ที่สูง (National Glycohemoglobin Standardization Program, 2024) ข้อจำกัดคือ ต้องมีความชำนาญในการอ่านผล และไม่สามารถรายงานผลกลุ่ม HbH Disease, Beta⁰-Thalassemia/HbE และพาหะชนิด Homozygous HbE ได้ (Choosongsang et al., 2023) และ 5) หลักการ Ion Exchange HPLC ข้อดีคือ สามารถแยก Hemoglobin Variants ได้บางชนิด ความแม่นยำสูงและเป็นมาตรฐานอ้างอิง (Weykamp, 2013) ข้อจำกัดคือ Hemoglobin Variants บางชนิดรบกวนการอ่านผล ทำให้ค่าคลาดเคลื่อน (Li et al., 2018)

ทั้งนี้หลักการในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีแนวคิดว่าหากผลการวิจัยพบความสัมพันธ์กันระหว่างค่าที่ตรวจวิเคราะห์ HbA1c จากหลอดเก็บเลือด LH และหลอดเก็บเลือด K_3EDTA ด้วยเทคนิค High Performance Liquid Chromatography (HPLC) โดยใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติ HPLC Analyzer Premier Hb9210 ที่สามารถใช้หลอดเก็บเลือด LH ในการตรวจทั้ง HbA1c น้ำตาลกลูโคส และตรวจวิเคราะห์ทางเคมีคลินิกทั่วไปได้ในหลอดเดียวกัน จะเป็นประโยชน์โดยสามารถช่วยให้ห้องปฏิบัติการบรรลุ

วัตถุประสงค์การพัฒนาเทคนิคหรือวิธีการที่มีความรวดเร็วในการตรวจวิเคราะห์ได้เร็วขึ้น ลดต้นทุนการซื้อหลอดเก็บเลือด และช่วยแก้ปัญหาหระยาวยาว ในกรณีที่เจ้าหน้าที่เจาะเลือดในโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีเจาะเลือดใส่ในหลอด K_3EDTA ทำให้ไม่ต้องเจาะเลือดผู้ป่วยซ้ำ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความกดดันและผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการ อีกทั้งเสี่ยงประมาณในการขนส่งตัวอย่างตรวจมาที่โรงพยาบาลสตูลซ้ำซ้อน และยังถือเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการบริการของห้องปฏิบัติการ

วัตถุประสงค์วิจัย (Objectives)

เพื่อเปรียบเทียบปริมาณ HbA1c จากตัวอย่างเลือดในหลอดเก็บเลือด LH และหลอดเก็บเลือด K_3EDTA ด้วยวิธี HPLC ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โรงพยาบาลสตูล

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)



ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองและเปรียบเทียบ (Experimental and Comparative Study) เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

ตัวอย่างเลือดจากผู้ป่วยโรคเบาหวานรายเดียวกันที่เจาะใส่ในหลอดเก็บเลือด LH ที่มีรายการตรวจทางเคมีคลินิก และหลอดเก็บเลือด K₃EDTA มีรายการส่งตรวจ HbA1c โดยคำนวณตัวอย่างจากความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างตัวอย่าง 2 กลุ่ม (Difference Between Two Independent Means) (MedCalc Software Ltd, 2025) จำนวน 400 ตัวอย่าง โดยแยกวิเคราะห์ข้อมูลตามระดับการควบคุมโรคเบาหวานเป็น 2 กลุ่ม คือ ควบคุมโรคไม่ดี HbA1c > ร้อยละ 7.0 จำนวน 221 ตัวอย่าง และควบคุมโรคดี $\leq$ ร้อยละ 7.0 จำนวน 179 ตัวอย่าง (American Diabetes Association, 2025; Sriwimol et al., 2022)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research Instruments)

1. เครื่อง HPLC Analyzer Premier Hb9210 ที่ใช้หลักการของ HPLC ตามมาตรฐาน IFCC และ NGSP ในการแยกและวิเคราะห์ปริมาณ HbA1c โดยอาศัยการแยกชนิดของฮีโมโกลบินตามคุณสมบัติทางเคมี
2. หลอดเก็บเลือดชนิด LH ที่มี Lithium Heparin เป็นสารกันเลือดแข็ง ยี่ห้อ Innomed ที่สามารถตรวจ Glucose กับการทดสอบสารเคมีอื่นๆ ทางเคมีคลินิก (Moonla et al., 2025)
3. หลอดเก็บเลือดชนิด K₃EDTA ที่มี K₃EDTA เป็นสารกันเลือดแข็ง ยี่ห้อ Meditube
4. เครื่องปั่นเหวี่ยงตกตะกอนยี่ห้อ Kokusan H-19

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย (Validation of Instruments)

การควบคุมคุณภาพเครื่อง HPLC Analyzer Premier Hb9210 สำหรับตรวจ HbA1c โดยสารทดสอบควบคุมคุณภาพภายใน (Internal Control Material) 2 ระดับของบริษัท Trinity Biotech ผลิตเมื่อวันที่ 07 สิงหาคม 2567 หมดอายุ วันที่ 31 สิงหาคม 2568 ระดับปกติ Control 1 Lot 15211 และระดับผิดปกติ Control 2 Lot 15212 ค่าที่ได้ต้องอยู่ในช่วงเกณฑ์ที่กำหนด และค่า Coefficient of Variation (%CV) ต้องน้อยกว่า 1 ใน 3 ของ Allowable Total Error (ATE) ของการทดสอบ HbA1c (8%) (Westgard, 2025) พบว่าค่า %CV สารควบคุมคุณภาพ Control 1 Lot 15211 เฉลี่ยเท่ากับ 0.52 สารควบคุมคุณภาพ Control 2 Lot 15212 เท่ากับ 0.49 น้อยกว่าร้อยละ 2.67 ($ATE = 8, ATE/3 = 2.67$) ค่าของสารควบคุมคุณภาพมีความแม่นยำดีทั้ง 2 ระดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

นำหลอดเก็บเลือด LH ไปปั่นด้วยเครื่องปั่นเหวี่ยงตกตะกอน ที่ความเร็วรอบ 3,500 รอบ/นาที นาน 5 นาที แล้วตรวจวิเคราะห์ทางเคมีคลินิกตามปกติ หลังจากตรวจวิเคราะห์แล้วนำหลอดเก็บเลือดมา ปิดจุกและทำการผสมให้เข้ากันก่อนนำไปตรวจหาปริมาณ HbA1c ส่วนหลอดเก็บเลือด K₃EDTA ไม่ต้อง นำไปปั่นเหวี่ยง จากนั้นนำหลอดทั้งสองชนิดมาตรวจหาปริมาณ HbA1c ภายในระยะเวลา 3 ชั่วโมง หลังจากเจาะเลือด บันทึกข้อมูลของผลการตรวจวัดค่า HbA1c จากหลอดเก็บเลือด LH และ K₃EDTA

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลทั้งหมดโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test และเปรียบเทียบ ความแตกต่างผลของการตรวจ HbA1c ด้วยหลอดเก็บเลือด LH และหลอดเก็บเลือด K₃EDTA ใช้การ ทดสอบทางสถิติ paired t-test (Normal Distribution), Mann-Whitney U test (Non Normal Distribution) และค่าความแตกต่างทางคลินิกไม่เกิน Allowable Total Error (HbA1c = 8%) (Westgard, 2025) และความแตกต่างเพื่อดูความสอดคล้อง Bland-Altman Analysis และหาค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Linear Regression Analysis (r) โดยมีเกณฑ์ที่ CLSI EP09-A2 กำหนดไว้ ($r \geq 0.975$ หรือ $r^2 \geq 0.95$) (Clinical and Laboratory Standards Institute, 2018)

จริยธรรมการวิจัย (Research Ethics)

ในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดสตูล รหัสจริยธรรมเลขที่ ET-ST 30/2567 อนุมัติวันที่ 21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

ผลการศึกษา (Results)

1. ผลการเปรียบเทียบปริมาณ HbA1c จากตัวอย่างเลือดในหลอดเก็บเลือด LH และหลอดเก็บเลือด K₃EDTA ด้วยวิธี HPLC

ตัวอย่างทั้งหมด 400 ตัวอย่าง มีช่วงค่าที่ทำการศึกษานี้ต่ำสุดร้อยละ 4.1 สูงสุดร้อยละ 18.5 โดยแยกเป็น 2 กลุ่มของการควบคุมเบาหวานคือควบคุมไม่ดี HbA1c > ร้อยละ 7.0 จำนวน 221 ตัวอย่าง และควบคุมดี $\leq$ ร้อยละ 7.0 จำนวน 179 ตัวอย่าง ผลการตรวจปริมาณ HbA1c จากหลอดเก็บเลือด LH และหลอดเก็บเลือด K₃EDTA กลุ่มควบคุมโรคไม่ดีพบค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.98 และ 8.95 ตามลำดับ (Mean = 8.98, S.D. = 2.13 และ Mean = 8.95, S.D. = 2.15 ตามลำดับ) กลุ่มควบคุมโรคดีพบค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.06 และ 6.03 ตามลำดับ (Mean = 6.06, S.D. = 0.42 และ Mean = 6.03, S.D. = 0.42 ตามลำดับ) (ตาราง

ที่ 1) เมื่อนำมาทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test ของตัวอย่างทั้งหมด และกลุ่มควบคุมโรคไม่ดี มีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ ($p = 0.000$) แต่ตัวอย่างกลุ่มควบคุมโรคดี มีการกระจายตัวแบบปกติ ($p = 0.062$) เมื่อวิเคราะห์ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างหลอดเก็บเลือด LH และหลอดเก็บเลือด K₃EDTA เมื่อทดสอบทางสถิติของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดและกลุ่มควบคุมโรคไม่ดี มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.000$) และกลุ่มควบคุมโรคดี ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ($p = 0.497$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่า HbA1c ของหลอดเก็บเลือด LH และหลอดเก็บเลือด K₃EDTA

Parameter	HbA1c (%)					
	ทั้งหมด (n = 400)		กลุ่มควบคุมโรคไม่ดี (n = 221)		กลุ่มควบคุมโรคดี (n = 179)	
			LH	K ₃ EDTA	LH	K ₃ EDTA
Mean	7.66	7.64	8.98	8.95	6.06	6.03
SD	2.17	2.17	2.13	2.15	0.42	0.42
Min	4.1	5.0	7.1	7.1	4.9	5.0
Max	18.5	18.5	18.5	18.5	7.0	6.9
Kolmogorov-Smirnov test (p - value)	0.000		0.000		0.062	
Mann-Whitney U test (p - value)	0.000		0.000		-	
paired t-test (p - value)	-		-		0.497	

2. การวิเคราะห์ค่าความแตกต่างของค่า HbA1c ระหว่างหลอดเก็บเลือด LH และหลอดเก็บเลือด K₃EDTA

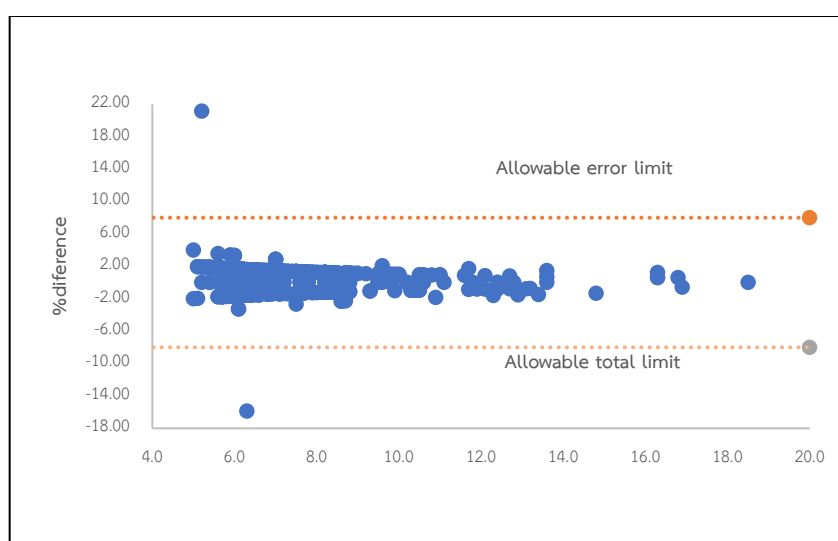
2.1 วิเคราะห์ค่าความแตกต่างทางคลินิกโดยใช้เกณฑ์ค่าไม่เกิน Allowable Total Error ของการทดสอบคือไม่เกิน $\pm$ ร้อยละ 8 โดยจำกัดค่าของความสอดคล้อง (Limit of Agreement) ที่ร้อยละ 95 พบความแตกต่างของทั้งหมดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.45 (Mean = 0.45, S.D. = 1.88) และพบว่า 398 ตัวอย่าง จาก 400 ตัวอย่าง มีความแตกต่างอยู่ในช่วง $\pm$ 8 % คิดเป็นร้อยละ 99.5 มี 2 ค่า ในกลุ่มควบคุมโรคดี เกินร้อยละ 8 เกิน Allowable Total Error ที่กำหนดคิดเป็นร้อยละ 0.5 (ตารางที่ 2 และภาพที่ 1)

ตารางที่ 2 ค่าร้อยละของความแตกต่างของค่า HbA1c ระหว่างหลอดเก็บเลือด LH และ K₃EDTA

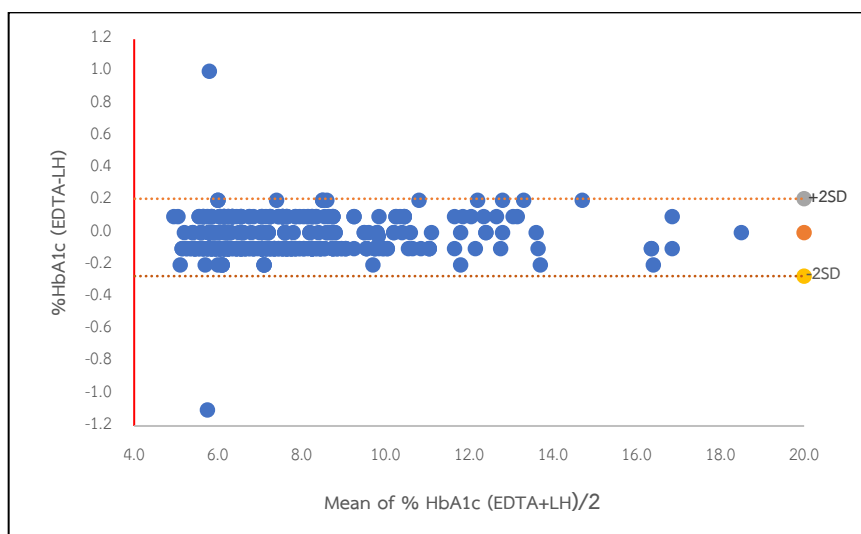
Parameter	ร้อยละความแตกต่าง*		
	ทั้งหมด (n = 400)	กลุ่มควบคุมโรคไม่ดี (n = 221)	กลุ่มควบคุมโรคดี (n = 179)
Mean	0.45	0.35	0.55
S.D.	1.88	1.15	2.49
Min	-15.87	-2.67	-15.87
Max	21.15	2.86	21.15

*% Difference = {(HbA1c of LH - % HbA1c of K₃EDTA) / % HbA1c of K₃EDTA} X 100

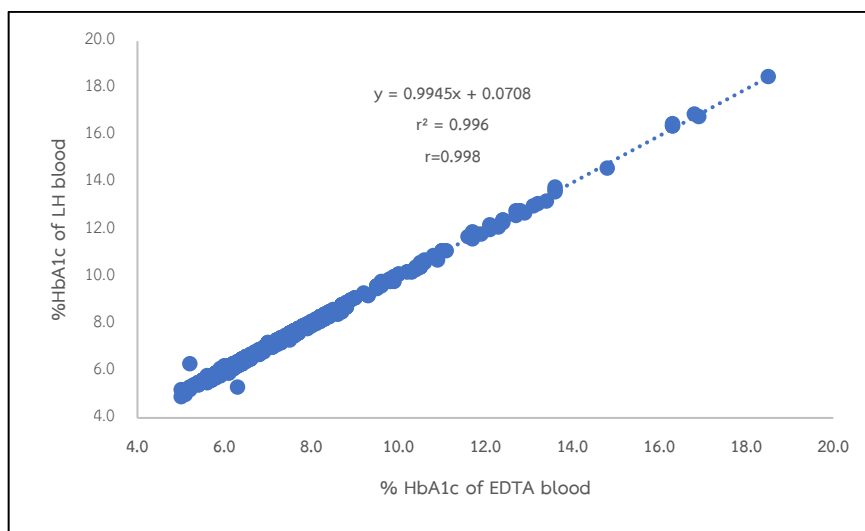
2.2 วิเคราะห์ความแตกต่างเพื่อดูความสอดคล้องโดยใช้ Bland-Altman Analysis โดยจำกัดค่าของความสอดคล้อง (Limit of Agreement) ที่ร้อยละ 95 พบว่า 398 ตัวอย่าง จาก 400 ตัวอย่าง มีความแตกต่างอยู่ในช่วง ± 2 S.D. คิดเป็นร้อยละ 99.5 พบตัวอย่างเกิน 2 ตัวอย่าง เป็นช่วงค่าที่ควบคุมโรคดีทั้ง 2 ค่า คิดเป็นร้อยละ 0.5 และกลุ่มควบคุมโรคไม่ดีค่าอยู่ในช่วง ± 2 S.D. ทั้งหมด (ภาพที่ 2) สำหรับผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์และสมการถดถอยโดย Linear Regression พบตัวอย่างทั้งหมดมีความสัมพันธ์กันสูง ($r = 0.998$) สมการถดถอยเท่ากับ $y = 0.9945x + 0.0708$ (ภาพที่ 3) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์แยกตามกลุ่มควบคุมโรคไม่ดีและกลุ่มควบคุมโรคดี ระหว่างหลอดเลือดทั้งสองชนิดมีความสัมพันธ์กันสูงทั้ง 2 กลุ่ม ($r = 0.998$ และ $r = 0.941$) สมการถดถอยเท่ากับ $y = 0.9932x + 0.0881$ และ $y = 0.9309x + 0.4478$ ตามลำดับ (ภาพที่ 4-5)



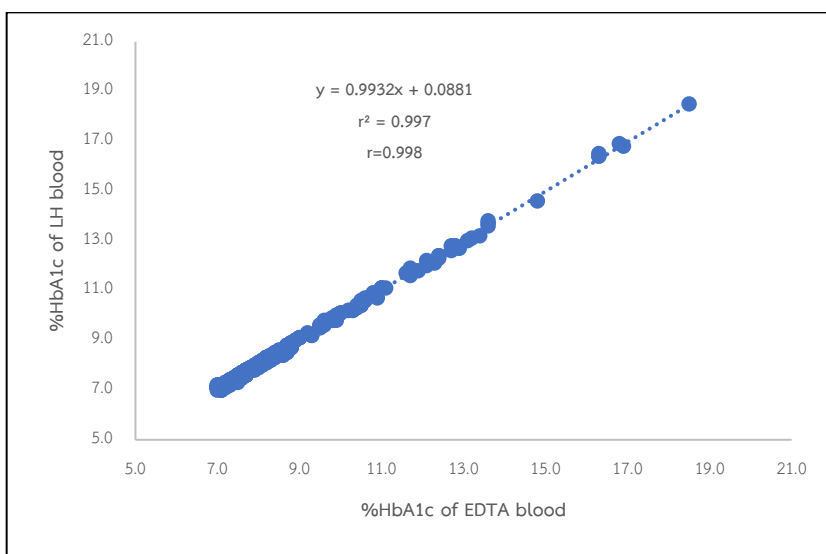
ภาพที่ 1 ค่าร้อยละของความแตกต่าง (% Difference) ของ HbA1c ระหว่างหลอดเก็บเลือด LH และหลอดเก็บเลือด K₃EDTA (n = 400)



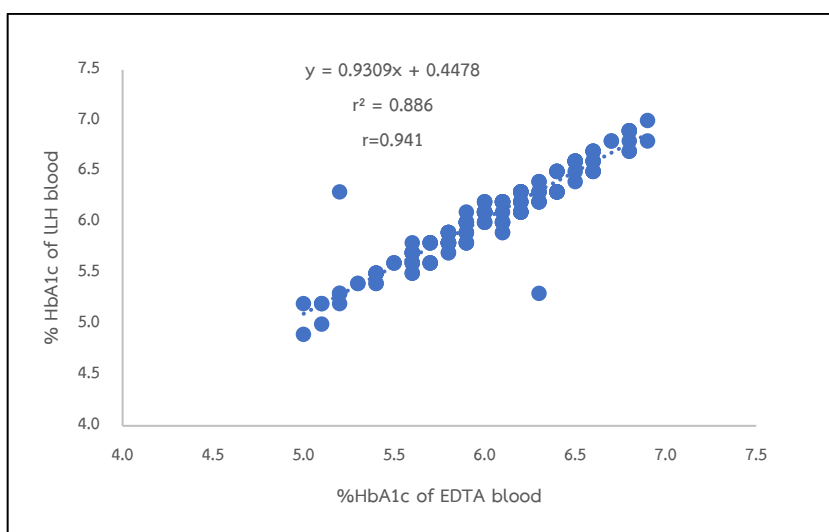
ภาพที่ 2 ความแตกต่างแบบ Bland-Altman Plot ของค่า HbA1c ระหว่างหลอดเก็บเลือด LH และหลอดเก็บเลือด K₃EDTA (n = 400)



ภาพที่ 3 กราฟแสดงความสัมพันธ์ของค่า HbA1c ระหว่างหลอดเก็บเลือด LH และหลอดเก็บเลือด K₃EDTA (n = 400)



ภาพที่ 4 กราฟแสดงความสัมพันธ์ของค่า HbA1c ระหว่างหลอดเก็บเลือด LH และหลอดเก็บเลือด K₃EDTA (กลุ่มควบคุมโรคไม่ตี, n = 221)



ภาพที่ 5 กราฟแสดงความสัมพันธ์ของค่า HbA1c ระหว่างหลอดเก็บเลือด LH และหลอดเก็บเลือด K₃EDTA (กลุ่มควบคุมโรคตี, n = 179)

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสตูล เพื่อเปรียบเทียบผลการตรวจ HbA1c จากระหว่างหลอดเก็บเลือด LH และหลอดเก็บเลือด K₃EDTA เมื่อทดสอบความแตกต่างกันทางสถิติ พบความแตกต่างกันทางสถิติในตัวอย่างทั้งหมดและกลุ่มควบคุมโรคตี แต่กลุ่มควบคุมโรคไม่ตี ไม่พบความแตกต่างกัน เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างโดยใช้ Bland-Altman Analysis มีค่าอยู่ในช่วงเกณฑ์

ร้อยละ 99.5 ความแตกต่างทางคลินิกอยู่ในเกณฑ์ยอมรับ (Allowable Total Error) ของ CLIA 2025 (Westgard, 2025) คือ $\pm$ ร้อยละ 8 ค่าอยู่ในช่วงเกณฑ์ร้อยละ 99.5 และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ Linear Regression พบตัวอย่างทั้งหมด 400 ตัวอย่าง มีความสัมพันธ์สูง ($r = 0.998$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pongrua and Teerajet (2021) ศึกษาเปรียบเทียบระดับ HbA1c ในหลอดเก็บเลือด EDTA และ LH ตรวจวัดโดยวิธี Boronate Affinity Chromatography พบค่าที่ได้ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ค่าอยู่ในช่วงเกณฑ์ร้อยละ 96.7 เมื่อใช้ Bland-Altman Analysis และมีความสัมพันธ์สูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chakraborty et al. (2014) ได้ศึกษาเปรียบเทียบระดับ HbA1c ในหลอดเก็บเลือด EDTA กับหลอดเก็บเลือด NaF ด้วยหลักการ HPLC พบว่า ค่าที่ได้มีความสัมพันธ์กันสูง สามารถใช้หลอด NaF แทนกันได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Boonlert et al. (2010) ได้ศึกษาเปรียบเทียบระดับ HbA1c ในหลอดเก็บเลือด EDTA กับหลอดเก็บเลือด LH และ NaF ด้วยหลักการ Turbidimetric Inhibition Immunoassay (TINIA) และหลักการ HPLC พบว่าค่าที่ได้ไม่แตกต่างกันทางสถิติ และมีความสัมพันธ์สูงทั้ง 2 หลักการ สามารถตรวจค่า HbA1c กับหลอดเก็บเลือด LH และ NaF ได้เช่นเดียวกัน

งานวิจัยที่ศึกษาทั้งชนิดของหลอดเก็บเลือดและระยะเวลาการจัดเก็บเลือด ได้แก่การศึกษาของ Allison and Stephen (2019) ได้ศึกษาเปรียบเทียบระดับ HbA1c ในหลอดเก็บเลือด EDTA กับ LH และ NaF ตรวจวัดโดยวิธี Boronate Affinity Chromatography จำนวนตัวอย่าง 30 ตัวอย่าง พบว่าค่าที่ได้ไม่แตกต่างกันทางสถิติ และสามารถเก็บไว้ได้นาน 3 วัน เมื่อจัดเก็บที่อุณหภูมิ 4 °C และการศึกษาของ Sarmah and Sharma (2013) ได้ศึกษาเปรียบเทียบ HbA1c ในหลอดเก็บเลือด EDTA กับ LH, Na-Citrate และ NaF ด้วยหลักการ HPLC จำนวน 50 ตัวอย่าง พบว่าค่าที่ได้ไม่แตกต่างกันทางสถิติและสามารถเก็บไว้ได้นาน 7 วัน เมื่อจัดเก็บที่อุณหภูมิ 2-8 °C ซึ่งการจัดเก็บก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งของการตรวจวัดค่า HbA1c นอกจากนี้การศึกษาของ Koga et al. (2020) ได้เปรียบเทียบการตรวจวิเคราะห์ HbA1c ระหว่างตรวจทันทีและตรวจซ้ำอีกครั้งหลังจากทิ้งไว้ 1 วัน ระหว่างการใช้หลักการ HPLC กับ Enzymatic Assay พบว่าผลการตรวจทันทีไม่แตกต่างกันทั้ง 2 หลักการ แต่หลังจากทิ้งไว้มาตรวจซ้ำอีก 1 วัน พบว่าหลักการ Enzymatic Assay ค่า HbA1c ต่ำกว่าหลักการ HPLC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเกิดจากการแตกของเม็ดเลือดแดง

จากการศึกษาที่ได้กล่าวมาข้างต้น สามารถใช้หลอดเก็บเลือดชนิด NaF หรือ LH ทดแทนได้ในกรณีไม่ได้เจาะเลือดใส่หลอดเก็บเลือด EDTA ผู้ป่วยเจาะเลือดยาก ปริมาณน้อยไม่เพียงพอ และก่อนนำไปเข้าเครื่องตรวจควร Mix แบบ Invert เพื่อให้สิ่งส่งตรวจเป็น Whole Blood ช่วยให้ผู้รับบริการลดความเสี่ยงของขั้นตอนและเวลาในการเจาะเลือดซ้ำ จากข้อมูลของ National Glycohemoglobin

Standardization (NGSP, 2024) การตรวจวิเคราะห์ HbA1c แต่ละหลักการมีข้อจำกัดและการรบกวนของ Hb ผิดปกติแต่ละชนิดแตกต่างกันขึ้นกับชนิดและปริมาณ ห้องปฏิบัติการควรคำนึงถึงข้อจำกัดของการตรวจวัดในแต่ละหลักการและรายงานผลแจ้งแพทย์เพื่อให้สามารถนำผลการตรวจวิเคราะห์ HbA1c มาวินิจฉัยและตรวจติดตามได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ และมีประสิทธิภาพ และจากการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่าสามารถใช้หลอดเก็บเลือด LH ตรวจวิเคราะห์ HbA1c ด้วยหลักการ HPLC ได้

References

- Allison, F. I., & Stephen, D. U. (2019). Effect of different anti-coagulants on the accuracy of glycated hemoglobin results. *Asian Journal of Medicine and Health*, 16(4), 1–5.
<https://doi.org/10.9734/ajmah/2019/v16i430152>
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2025). Standards of care in diabetes—2025. *Diabetes Care*, 48(Suppl. 1), S1–S200.
<https://doi.org/10.2337/dc25-SINT>
- Boonlert, W., Narakantha, P., Onseng, S., Yamphochai, S., Nuanmuang, N., & Moophrasit, K. (2010). Hemoglobin A1c levels obtained from EDTA, lithium heparin, lithium heparin plus glyceraldehydes, and sodium fluoride blood samples. *Songklanagarind Medical Journal*, 28(3), 107–116.
<https://medinfo.psu.ac.th/smj2/28-3/08-content-e.pdf> (In Thai)
- Chakraborty, S., Ghosh, S. S., Das, A., Sawant, P., & Kallner, A. (2014). Can EDTA, EDTA-fluoride, and buffered citrate tubes be used for measurement of HbA1c on the Bio-Rad D10? *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*, 52(12), 1698–1702.
<https://doi.org/10.1515/cclm-2014-0644>
- Choosongsang, P., Muenniam, B., Choosongsang, P., Petkliang, W., & Sriwimol, W. (2023). Frequency of hemoglobinopathies reported with HbA1c results in diabetic patients in Songklanagarind Hospital. *Journal of the Medical Technologist Association of Thailand*, 51(1), 8434–8442. <https://fliphtml5.com/bookcase/lvoga> (In Thai)
- Clinical and Laboratory Standards Institute. (2018). Measurement procedure comparison and bias estimation using patient samples (3rd ed., CLSI guideline EP09c). Clinical and Laboratory Standards Institute.

<https://clsi.org/standards/products/method-evaluation/documents/ep09/>

Koga, M., Okumiya, T., & Ishibashi, M. (2020). Sample transport and/or storage can cause falsely low HbA1c levels in blood cells measured by enzymatic assay. *Diabetology International*, 11, 155–157. <https://doi.org/10.1007/s13340-019-00416-7>

MedCalc Software Ltd. (2025). *Sample size calculation: Comparison of two means*. MedCalc Statistical Software.

<https://www.medcalc.org/manual/sample-size-comparison-of-means.php>

Moonla, K., Wiriyaprasit, R., Apiratmateekul, N., Tran, N. K., & Treebuphachatsakul, W. (2025). Novel blood collection tubes improve sample preservation in a multicenter study in Thailand. *Diagnostics*, 15(18), 2398.

<https://doi.org/10.3390/diagnostics15182398>

National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP). (2024). *HbA1c assay interferences*. <http://ngsp.org/interf.asp>

Pongruea, P., & Teerajetgul, Y. (2021). Versus lithium-heparinized blood determined by boronate affinity chromatography method. *Journal of Medical Technology Association of Thailand*, 49(3), 7963–7974. <https://fliphtml5.com/bookcase/lvoga> (In Thai)

Rohlfing, C. L., England, J. D., Wiedmeyer, H., Tennill, A., Little, R. R., & Goldstein, D. E. (2002). Defining the relationship between plasma glucose and HbA1c: Analysis of glucose profiles and HbA1c in the diabetes control and complications trial. *Diabetes Care*, 25(2), 275–278. <https://doi.org/10.2337/diacare.25.2.275>

Gupta, S., Chauhan, N., & Jain, U. (2017). Laboratory diagnosis of HbA1c: A review. *Journal of Nanomedicine Research*, 5(4), 1–6. <https://medcraveonline.com/JNMR/JNMR-05-00120.pdf>

Sarmah, D., & Sharma, B. (2013). A comparative evaluation of HbA1c measurement in different anticoagulant vials and its stability on storage. *International Journal of Current Research and Review*, 5(11), 80–86. https://ijcrr.com/uploads/1322_pdf.pdf



Sriwimol, W., Choosongsang, P., Choosongsang, P., Petkliang, W., & Treerut, P. (2022).

Associations between HbA1c-derived estimated average glucose and fasting plasma glucose in patients with normal and abnormal hemoglobin patterns.

Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation, 82(3), 192–198.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35175156/>

Westgard, J. (2025). *2025 CLIA acceptance limits for proficiency testing*. Westgard QC.

<https://westgard.com/clia-a-quality/quality-requirements/2024-clia-requirements.html>

Weykamp, C. (2013). HbA1c: A review of analytical and clinical aspects. *Annals of*

Laboratory Medicine, 33(6), 393-400. <https://doi.org/10.3343/alm.2013.33.6.393>.

การพัฒนารูปแบบการมอบหมายงาน PDCA งานห้องคลอด โรงพยาบาลไทรน้อย

อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

อชิษฐา มณีรัตน์

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลไทรน้อย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ประเทศไทย 11150

ผู้รับผิดชอบบทความ E-mail: namning6777@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการมอบหมายงานที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบท 2) ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังนำรูปแบบไปใช้ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรห้องคลอด จำนวน 12 คน และผู้รับบริการ จำนวน 39 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก รูปแบบการมอบหมายงาน และแบบประเมินความพึงพอใจ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ($\text{IOC} > 0.5$ ทุกข้อ) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า การมอบหมายงานยังขาดระบบที่ชัดเจน ไม่มีการระบุหน้าที่และผู้รับผิดชอบแน่นอน ใช้วิธีสั่งงานในรูปแบบปากเปล่า ส่งผลให้เกิดความสับสน ข้ำซ้อน ขาดความต่อเนื่องในการดูแล และลดความเชื่อมั่นในทีม พยาบาลส่วนใหญ่เสนอให้มีระบบที่ชัดเจน โดยใช้รูปแบบ PDCA กำหนดบทบาทรายบุคคล ผู้ป่วย หรือทีม พร้อมแต่งตั้งผู้ควบคุมงานในแต่ละเวร โดยมีการมอบหมายงานเป็นการพยาบาลเจ้าของใช้ เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องและคุณภาพ ผลการประเมินระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อรูปแบบ PDCA ในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด ($\text{Mean} = 4.88, \text{S.D.} = 0.10$) โดยด้านการพยาบาลได้คะแนนสูงสุด ($\text{Mean} = 4.95, \text{S.D.} = 0.03$) รองลงมาคือ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ($\text{Mean} = 4.93, \text{S.D.} = 0.03$) และด้านประสิทธิภาพการดูแล ($\text{Mean} = 4.92, \text{S.D.} = 0.04$) ตามลำดับ ดังนั้น รูปแบบการมอบหมายงานแบบ PDCA ที่มีระบบและมีความชัดเจนช่วยยกระดับคุณภาพการพยาบาลในห้องคลอดและสร้างความพึงพอใจสูงสุดแก่ผู้รับบริการได้มากขึ้น

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, การมอบหมายงาน, งานห้องคลอด, โรงพยาบาลไทรน้อย



The development of a work assignment PDCA model for the delivery room at Sainoi Hospital, Sai Noi District, Nonthaburi Province

Athichaya Maneerat

Division of Nursing, Sai Noi Hospital, Sai Noi District, Nonthaburi, Thailand 11150

Corresponding author E-mail: namning6777@gmail.com

Abstract

This study employed a Research and Development (R&D) approach with three objectives: (1) to develop an appropriate delegation model tailored to the needs of service recipients and the unit's context; and (2) to evaluate service recipients' satisfaction after implementing the model. The sample consisted of 12 healthcare personnel and 39 service recipients. Research instruments included in-depth interview questions, a newly developed delegation model, and a satisfaction assessment form. Content validity was verified by three experts (All items demonstrated acceptable content validity, with IOC > 0.5). Data were analyzed using content analysis and descriptive statistics. Findings revealed that the existing delegation system lacked clarity, explicit role assignments, and designated responsibilities. Verbal delegation led to confusion, task duplication, discontinuity of care, reduced team trust, and diminished quality. Nurses suggested adopting a systematic approach with clearly assigned roles per individual, per patient, or by team, appointing shift supervisors, and applying the "Primary Nursing" concept to improve continuity and effectiveness based on the PDCA. The proposed model emphasizes clear task distribution, leadership oversight, and monitoring for safe, high-quality care. Satisfaction results indicated the overall level was highest (Mean = 4.88, S.D. = 0.10). Nursing services scored highest (Mean = 4.95, S.D. = 0.03), followed by convenience and facilities (Mean = 4.93, S.D. = 0.03), and efficiency of patient care (Mean = 4.92, S.D. = 0.04). The study concludes that PDCA structured, well-defined delegation model enhances both care quality and patient satisfaction in the labor and delivery unit.

Keywords: Model Development, Work Delegation, Labor and Delivery Unit, Sainoi Hospital

บทนำ (Introduction)

โรงพยาบาลไทรน้อย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อลดความเสี่ยงและเพิ่มความปลอดภัยในการบริการแก่ผู้ป่วย ตามนโยบายยุทธศาสตร์ของฝ่ายการพยาบาลที่มุ่งยกระดับมาตรฐานคุณภาพการพยาบาล ซึ่งการมอบหมายงานพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงและเพิ่มความปลอดภัยให้ผู้ป่วย สร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้มารับและญาติ งานห้องคลอดเป็นหน่วยงานหนึ่งในความดูแลของกลุ่มการพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่ให้บริการพยาบาลแก่ผู้คลอดในระยะก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด การดูแลจึงมุ่งเน้นการรักษาแบบประคับประคองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้มารดาและบุตรผ่านพ้นภาวะวิกฤต และสามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว รวมถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Kanto, 2022)

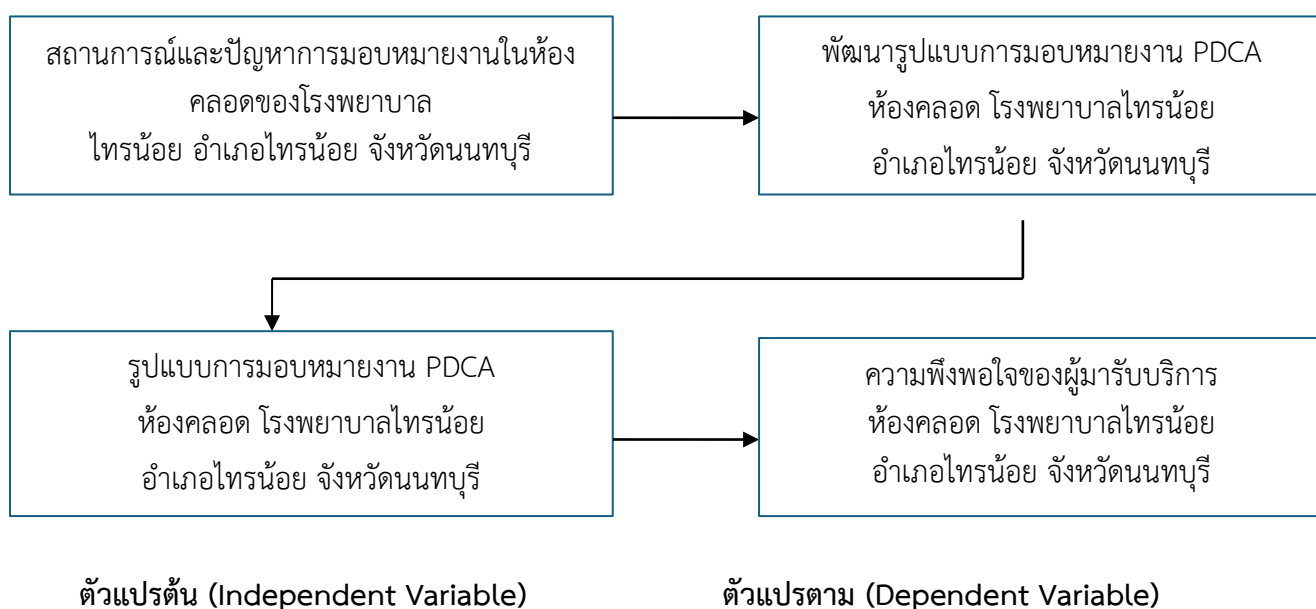
การคลอดแม้ว่าจะไม่ใช่ภาวะเจ็บป่วยโดยตรง แต่สภาพของมารดาที่อยู่ในระยะคลอดและทารกแรกเกิดนั้นถือว่าอยู่ในภาวะวิกฤต ผู้ป่วยเองต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน เช่น ความเจ็บปวดหรือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น (Nakrangsu, 2024) รวมถึงการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ขั้นสูงที่หลากหลายและซับซ้อน พยาบาลจึงจำเป็นต้องให้การดูแลที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้คลอดและครอบครัวได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับภาวะสุขภาพ และให้การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ (Cheewakasemsook, 2021) การดูแลผู้คลอดต้องดำเนินการตลอด 24 ชั่วโมง โดยใช้ศักยภาพของบุคลากรห้องคลอด เพื่อให้ผู้คลอดได้รับบริการที่ปลอดภัย (The Nurses' Association of Thailand, 2024)

สำหรับรูปแบบการมอบหมายงาน (Job Delegation Model) จะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนและปฏิบัติตามแผนการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การตกเลือดหลังคลอด การขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดหรือภาวะทารกในครรภ์เครียด (Damrongkosit, 2023) ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ หากมีการมอบหมายงานที่ไม่มีประสิทธิภาพ การมอบหมายงานที่ดีจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มคุณภาพการพยาบาลให้ผู้คลอดได้รับการดูแลที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ (Wancha et al., 2024) การจัดกำลังพยาบาลให้เหมาะสมและการใช้รูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพจึงสำคัญในการเพิ่มคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Senorrit, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wongpimoln et al. (2021) ที่พบว่า การมอบหมายงานตามหน้าที่ในห้องคลอดอาจสร้างอุปสรรคต่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้คลอด จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาและปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการมอบหมายงานข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างานห้องคลอด โรงพยาบาลไทรน้อย มีความสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการมอบหมายงานเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาการให้บริการที่ห้องคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการมอบหมายงานในห้องคลอดของโรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการและบริบทของงานห้องคลอดโรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี
3. เพื่อวัดระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการห้องคลอดโรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี หลังจากมีการนำรูปแบบการมอบหมายงานงานห้องคลอดมาปรับใช้

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

การศึกษาวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงาน งานห้องคลอด โรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

ประชากรในการวิจัยนี้ ได้แก่ 1) บุคลากรที่ปฏิบัติงานในงานห้องคลอด โรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี จำนวน 12 คน และ 2) ผู้มารับบริการห้องคลอด โรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2568 ถึง 30 มิถุนายน 2568 จำนวน 39 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

1) บุคลากรทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในงานห้องคลอด โรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี จำนวน 12 คน ที่มีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ ต้องเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป เคยมีส่วนร่วมในการจัดการหรือวางแผนการมอบหมายงานในห้องคลอด ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและสามารถให้ข้อมูลได้ตลอดการศึกษาวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือ บุคลากรที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ระหว่างการเก็บข้อมูลหรือมีภาวะทางสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย

2) ผู้มารับบริการห้องคลอดโรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ผ่านตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวนทั้งสิ้น 39 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ เป็นผู้รับบริการทั้งหมดที่เข้ารับการรักษายาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2568 ถึง 30 มิถุนายน 2568 อายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้อย่างชัดเจน ยินดีและให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือ เป็นผู้รับบริการที่มีภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research Instruments)

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยมีเครื่องมือการวิจัยดังนี้

1. **ข้อคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth interview)** เป็นคำถามปลายเปิดในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถตอบคำถามได้อย่างเสรี เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการมอบหมายงาน งานห้องคลอด โรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี โดยศึกษาถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการคัดกรองและสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานห้องคลอด โรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี จำนวน 12 คน

2. **รูปแบบการมอบหมายงาน งานห้องคลอด โรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี** พัฒนาขึ้นจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการมอบหมายงาน งานห้องคลอด โรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

3. แบบประเมินความพึงพอใจ เป็นแบบประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อการใช้รูปแบบการมอบหมายงาน งานห้องคลอด โรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี แบ่งเป็น 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา สถานการณ์ตั้งครรภ์ ช่วงเวลาที่ให้บริการห้องคลอด (เวลาที่เข้ารับการรักษา)

ตอนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อการใช้รูปแบบการมอบหมายงาน งานห้องคลอด โรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านให้บริการพยาบาลในห้องคลอด จำนวน 5 ข้อ ด้านความต่อเนื่องในการดูแล จำนวน 3 ข้อ ด้านความสะอาดและสิ่งอำนวยความสะดวกในห้องคลอด จำนวน 3 ข้อ และด้านประสิทธิภาพการดูแล จำนวน 5 ข้อ รวม 16 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Validation of Instrument)

การหาค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validation) ข้อคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อการใช้รูปแบบการมอบหมายงาน งานห้องคลอด โรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ผ่านการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ท่าน โดยตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำผลการพิจารณาถึงความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิไปคำนวณหาค่า Index of Item Objective Congruence (IOC) ระหว่างข้อคำถามรายข้อ ผลตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา พบว่า 1) ข้อคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกมีค่า IOC เท่ากับ 1 และ 2) แบบประเมินความพึงพอใจ มีค่า IOC เท่ากับ 1 ซึ่งมีค่าเกิน 0.5 ทุกข้อ จึงสามารถนำเครื่องมือวิจัยไปใช้เก็บข้อมูลได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นตอนการเตรียมการและการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา

ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์สถานการณ์และปัญหาการมอบหมายงานในห้องคลอดของโรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ที่เป็นอยู่ ณ ปัจจุบัน และความต้องการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานในห้องคลอดของโรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ร่วมกับการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 ขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบการมอบหมายงาน

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์มาเรียบเรียง จัดหมวดหมู่ วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการพัฒนาารูปแบบการมอบหมายงาน งานห้องคลอดของโรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี และนำข้อมูลจากการวิเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มา กำหนดขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบเป็นไปตามวงจรเดมมิง (Deming Cycle: PDCA) และออกแบบรูปแบบ ฉบับร่างเพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเหมาะสมก่อนนำไปทดลองใช้

ระยะที่ 3 ขั้นตอนการนำไปใช้

นำรูปแบบการมอบหมายงาน งานห้องคลอดของโรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ที่พัฒนาและปรับปรุงให้มีคุณภาพผ่านเกณฑ์การประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ ใน การดำเนินงาน ระยะเวลา 3 สัปดาห์

ระยะที่ 4 ขั้นตอนการประเมินผล

นำแบบประเมินความพึงพอใจให้ผู้มารับบริการประเมินหลังทดลองใช้รูปแบบการ มอบหมายงาน งานห้องคลอด ของโรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) ที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อวิเคราะห์ สถานการณ์และปัญหาการมอบหมายงาน งานห้องคลอด โรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัด นนทบุรี
2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการหาค่าความถี่และร้อยละ
3. วิเคราะห์ระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อการใช้รูปแบบการมอบหมายงาน งานห้องคลอด โรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (Research Ethics)

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เอกสารรับรองเลขที่ 82/2567 วันที่รับรอง 19 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยในครั้งนี้ไม่มีการเปิดเผย ให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย (Results)

1. ผลการศึกษาขั้นเตรียมการและการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการมอบหมายงาน งานห้องคลอด โรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

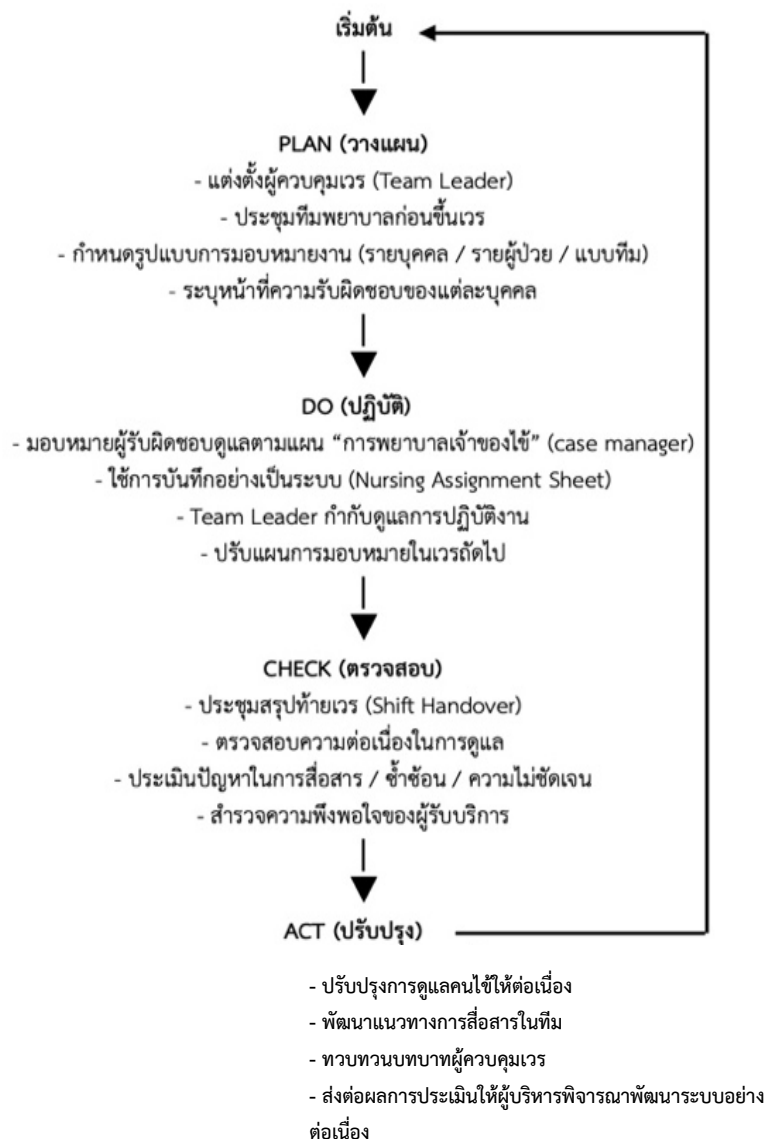
ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี พบว่า การมอบหมายงานในห้องคลอดโรงพยาบาลไทรน้อย ยังขาดระบบที่ชัดเจน ไม่มีการแบ่งหน้าที่หรือระบุผู้รับผิดชอบอย่างแน่นอน ใช้วิธีสั่งงานในรูปแบบของการพูดปากเปล่า อิงระบบอาวุโส ขาดผู้นำในการควบคุมงาน ส่งผลให้เกิดความสับสน ซ้ำซ้อน ขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย และเกิดปัญหาด้านความไว้วางใจในทีมงาน รวมถึงส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เสนอว่าควรมีการมอบหมายงานแบบมีระบบ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่รายบุคคล รายคนไข้ หรือแบบทีม พร้อมแต่งตั้งผู้ควบคุมงานในแต่ละเวรเพื่อประสานงานและติดตามผลการทำงาน ควรใช้แนวทาง "เจ้าของคนไข้" ซึ่งเหมาะกับบริบทที่มีผู้ป่วยไม่มาก ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ ดังนั้น แนวทางการมอบหมายงานที่เหมาะสมควรเน้นความชัดเจน มีผู้นำกำกับ แบ่งหน้าที่ชัดเจน และมีระบบติดตามเพื่อให้การพยาบาลในห้องคลอดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า ยังไม่มีรูปแบบการมอบหมายงานที่ชัดเจนของห้องคลอด โรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ดังนั้นจึงมีความต้องการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงาน งานห้องคลอด โรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ที่เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานที่ดีขึ้น ปลอดภัยและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างที่สุด

2. ผลการศึกษาขั้นการพัฒนารูปแบบการมอบหมายงาน

การพัฒนารูปแบบการมอบหมายงานครั้งนี้ อ้างอิงข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี จำนวน 12 คน ร่วมกับการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยขั้นตอนการพัฒนารูปแบบเป็นไปตามวงจรเดมมิง (Deming Cycle: PDCA) ได้แก่ ขั้นตอนการวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Do) การตรวจสอบ (Check) และการปรับปรุง (Act) ดังแสดงในแผนผังรูปแบบการมอบหมายงานห้องคลอดโรงพยาบาลไทรน้อย (ภาพที่ 2)

3. ผลการศึกษาขั้นตอนการนำไปใช้

ขั้นตอนนี้เป็นการนำรูปแบบการมอบหมายงานแบบ PDCA ของงานห้องคลอด โรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ไปทดลองใช้กับการปฏิบัติงานจริงของงานห้องคลอด เพื่อให้บริการผู้มารับบริการ งานห้องคลอด โรงพยาบาลไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ระยะเวลา 3 สัปดาห์



ภาพที่ 2 รูปแบบการมอบหมายงาน งานห้องคลอด โรงพยาบาลไทรน้อย
อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

4. ผลการศึกษาขั้นตอนการประเมินผล

เมื่อวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อการใช้รูปแบบการมอบหมายงาน PDCA งานห้องคลอด โรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี หลังจากนำรูปแบบการมอบหมายงาน ที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับการปฏิบัติงานจริงของงานห้องคลอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 20 ปี ร้อยละ 58.97 ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 64.10 ส่วนสถานการณ์การ ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นการคลอดครั้งที่สองขึ้นไป ร้อยละ 69.27 และช่วงเวลาใช้บริการห้องคลอด (เวลาที่เข้า รับการรักษา) มากที่สุด คือช่วงเวรบ่าย เวลา 16.31–00.31 น. ร้อยละ 41.03 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 39)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
น้อยกว่า 20 ปี	7	17.95
20 – 29 ปี	23	58.98
30 - 39 ปี	8	20.51
40 ปีขึ้นไป	1	2.56
รวม	39	100.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	13	33.34
มัธยมศึกษา/ปวช.	25	64.10
อนุปริญญา/ปวส.	1	2.56
ปริญญาตรีขึ้นไป	0	0.00
รวม	39	100.00
สถานการณ์ตั้งครรภ์		
คลอดครั้งแรก	12	30.77
คลอดครั้งที่สองขึ้นไป	27	69.23
รวม	39	100.00
ช่วงเวลาที่ใช้บริการห้องคลอด (เวลาที่เข้ารับการรักษา)		
เวรเช้า 08.30–16.30 น.	12	30.77
เวรบ่าย 16.31–00.31 น.	16	41.03
เวรดึก 00.32–08.29 น.	11	28.20
รวม	39	100.00

สำหรับผลประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อการใช้รูปแบบการมอบหมายงาน
งานห้องคลอด โรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี พบว่า ความพึงพอใจภาพรวมอยู่ใน
ระดับมากที่สุด (Mean = 4.88, S.D. = 0.10) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านให้บริการพยาบาล
ในห้องคลอดอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.95, SD = 0.03) รองลงมาด้านความสะอาดและสิ่งอำนวยความสะดวก
ในห้องคลอดในระดับมากที่สุด (Mean = 4.93, SD = 0.03) ด้านประสิทธิภาพการดูแล
ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.92, S.D. = 0.04) ตามลำดับ และด้านความต่อเนื่องในการดูแลมีค่าเฉลี่ย
น้อยที่สุด อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.72, S.D. = 0.09) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการ
ต่อการใช้รูปแบบการมอบหมายงานงานห้องคลอด โรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี
จำแนกเป็นรายด้านและภาพรวม (n = 39)

รายละเอียดการประเมิน	ความพึงพอใจ		
	Mean	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
ด้านให้บริการพยาบาลในห้องคลอด			
1. ตอบสนองความต้องการ และตอบข้อสงสัยแก่ท่านและญาติด้วยความเต็มใจ	4.90	0.37	มากที่สุด
2. ท่านได้รับความช่วยเหลือทันทีเมื่อต้องการ	4.97	0.16	มากที่สุด
3. ท่านได้รับความสนใจจากพยาบาลระหว่างการดูแลก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด อย่างเหมาะสม	4.97	0.16	มากที่สุด
4. ท่านได้รับการติดตามอาการและให้คำแนะนำที่ชัดเจน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหลังคลอด	4.95	0.22	มากที่สุด
5. เจ้าหน้าที่แสดงถึงความให้เกียรติต่อท่าน และท่านได้รับความ เสมอภาคในการให้บริการ	4.95	0.22	มากที่สุด
รวม	4.95	0.03	มากที่สุด
ด้านความต่อเนื่องในการดูแล			
6. ท่านรู้สึกว่าการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาล	4.79	0.46	มากที่สุด
7. ท่านเห็นความชัดเจนในการสื่อสารและส่งต่อข้อมูลระหว่าง ทีมพยาบาล	4.62	0.49	มากที่สุด
8. ท่านเห็นว่ามีการจัดการที่เป็นระบบ ในการมอบหมายงาน ระหว่างทีมพยาบาล	4.74	0.46	มากที่สุด
รวม	4.72	0.09	มากที่สุด

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการ
ต่อการใช้รูปแบบการมอบหมายงานงานห้องคลอด โรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี
จำแนกเป็นรายด้านและภาพรวม (n = 39) (ต่อ)

รายละเอียดการประเมิน	ความพึงพอใจ		
	Mean	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกในห้องคลอด			
9. ความสะดวกสบายของห้องคลอดและการเข้าถึงบริการ พยาบาลได้ง่าย	4.95	0.22	มากที่สุด
10. การดูแลสภาพแวดล้อมที่สะอาด ปลอดภัย และเป็นส่วนตัว	4.90	0.37	มากที่สุด
11. ความสะดวกในการรับข้อมูลและการให้คำปรึกษาด้านการ ดูแลทารกแรกเกิด	4.95	0.22	มากที่สุด
รวม	4.93	0.03	มากที่สุด
ด้านประสิทธิภาพการดูแล			
12. ท่านได้รับข้อมูล คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อให้สามารถ ดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม	4.95	0.22	มากที่สุด
13. เจ้าหน้าที่มีความรู้และความสามารถในการปฏิบัติการ พยาบาลอย่างเหมาะสม	4.90	0.37	มากที่สุด
14. ท่านรู้สึกมั่นใจในความเชี่ยวชาญและความเอาใจใส่ของ เจ้าหน้าที่อย่างเหมาะสม	4.90	0.37	มากที่สุด
15. ท่านได้รับการอธิบายขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติ ก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด	4.97	0.16	มากที่สุด
16. เจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ท่านซักถาม และ/หรือมีส่วนร่วมใน การตัดสินใจในการรักษา	4.87	0.39	มากที่สุด
รวม	4.92	0.04	มากที่สุด
รวมทั้งสิ้น	4.88	0.10	มากที่สุด

การอภิปรายผลการวิจัย (Discussion)

การพัฒนาารูปแบบการมอบหมายงาน งานห้องคลอด โรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย
จังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. การมอบหมายงานในห้องคลอดของโรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี
พบว่ายังขาดระบบที่มีความชัดเจนในการมอบหมายงาน โดยปัจจุบันมีลักษณะการสั่งงานในรูปแบบ

พูดปากเปล่าและอิงระบบอาวุโสเป็นหลัก ส่งผลให้เกิดปัญหาหลายด้าน อาทิ ความสับสนในการปฏิบัติงาน ความซ้ำซ้อนของบทบาทหน้าที่ และการขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่าผลกระทบต่อนักเรียนในทีมงานและคุณภาพของการพยาบาลโดยรวม การมอบหมายงานที่ไม่มีระบบชัดเจนมักทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการสื่อสาร และส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย พยาบาลส่วนใหญ่เสนอให้มีการพัฒนาระบบการมอบหมายงานที่มีความชัดเจน โดยอาจใช้แนวทางการมอบหมายแบบรายบุคคล รายผู้ป่วย หรือแบบทีม ร่วมกับการแต่งตั้งหัวหน้าหรือผู้ควบคุมงานในแต่ละเวร ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Kelly (2017) ที่กล่าวถึง Team Nursing ว่าเป็นระบบที่สนับสนุนการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยแบ่งบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจนภายใต้ผู้นำทีม ส่งผลให้เกิดความเป็นเอกภาพในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอให้ใช้แนวคิด “พยาบาลเจ้าของคนไข้” หรือ Primary Nursing เน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลผู้รับผิดชอบคนใดคนหนึ่งตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการดูแล แนวคิดนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Eka (2024) ที่ศึกษาการใช้ระบบเจ้าของคนไข้ในหอผู้ป่วย และพบว่ารูปแบบนี้ช่วยลดความสับสน เพิ่มความรับผิดชอบของพยาบาล และสร้างความพึงพอใจทั้งในตัวพยาบาลเองและผู้ป่วย การมอบหมายงานที่ชัดเจนจึงไม่เพียงแต่เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของพยาบาลเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ป่วยในระบบสุขภาพโดยรวม แนวทางนี้ยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับหอผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีลักษณะงานคล้ายกัน เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลและยกระดับการพยาบาลให้เป็นระบบมืออาชีพมากยิ่งขึ้น

2. รูปแบบการมอบหมายงานในห้องคลอดของโรงพยาบาลไทรน้อย ได้ใช้วงจรเดมมิง (Deming Cycle) (Deming, 1986) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา ซึ่งเป็นแนวทางที่มุ่งเน้นการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง พบว่าในขั้นตอนการวางแผน (Plan) ได้กำหนดโครงสร้างและหน้าที่ของทีมอย่างชัดเจน รวมถึงแนวคิด “เจ้าของคนไข้” เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแล ขั้นตอนลงมือทำ (Do) มีการทดลองใช้ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ 3 คน เพื่อทดสอบความเหมาะสมของรูปแบบเบื้องต้น ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มพยาบาลในห้องคลอดทั้งหมด ขั้นตอนตรวจสอบ (Check) และปรับปรุง (Act) มีการประเมินผลการใช้รูปแบบผ่านแบบสอบถามและการสังเกตโดยผู้วิจัยและหัวหน้าหอผู้ป่วย ผลจากการใช้รูปแบบดังกล่าว พบว่า พยาบาลมีความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองมากขึ้น การประสานงานในทีมดีขึ้น และเกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการรับบริการมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Trakultip P (2025) ที่พบว่า การใช้วงจรเดมมิง ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการตรวจสอบรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของห้องคลอด และสามารถนำไปประยุกต์ใช้จริงได้ ซึ่งสอดคล้องกับ Deming (1986) ที่กล่าวว่าการปรับปรุง

คุณภาพการใช้งจร PDCA ที่มีการวางแผน ทดลอง ตรวจสอบ และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง การทดลองใช้กับกลุ่มพยาบาลจริงพบว่า รูปแบบการมอบหมายงานที่ชัดเจนช่วยลดภาระงานซ้ำซ้อน เพิ่มความไว้วางใจในทีม และส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตรงกับงานวิจัยที่ระบุว่าการแบ่งบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจนและการมีผู้นำทีม ส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพของทีมพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย ดังนั้น รูปแบบการมอบหมายงานที่พัฒนาขึ้นโดยใช้งจรเดมมิงจึงถือเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองต่อปัญหาที่พบ และยกระดับคุณภาพการพยาบาลในห้องคลอดได้อย่างเป็นรูปธรรม (Alsadaan et al., 2023)

3. ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ พบว่า ด้านการให้บริการพยาบาลในห้องคลอด (Mean = 4.95, S.D. = 0.03) ระดับความพึงพอใจมากที่สุดนี้สะท้อนว่าผู้รับบริการรับรู้ถึงความเป็นมืออาชีพของพยาบาลและความราบรื่นในการให้บริการ ตรงกับงานวิจัยในประเทศไทยที่กล่าวว่า “การมีแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ชัดเจนช่วยเสริมความมั่นใจของผู้ป่วยระหว่างการคลอด” (Krabilmat & Wattanaruangkowit, 2023) ด้านความสะอาดและสิ่งอำนวยความสะดวก (Mean = 4.93, S.D. = 0.03) ระดับความพึงพอใจมากที่สุด บ่งชี้ว่าห้องคลอดมีการจัดอุปกรณ์และบรรยากาศที่อำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับงานที่พบว่าการจัดระบบบริการพยาบาลช่วยเสริมประสบการณ์เชิงบวกในการดูแลมารดา (Promtat & Wongwatthanakarn, 2019) ด้านความต่อเนื่องในการดูแล (Mean = 4.72, S.D. = 0.09) แม้ว่าด้านนี้จะมีความเครียดต่ำสุด แต่ยังอยู่ในระดับสูง ส่งผลให้ผู้ใช้บริการรับรู้ถึงการดูแลอย่างสม่ำเสมอ โดยตรวจพบช่องว่างในเรื่องการติดต่อระหว่างเวรและการส่งต่อข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ชี้ว่าการดูแลต่อเนื่องต้องการระบบประสานและสื่อสารที่ชัดเจน (Kaewkullaya et al., 2023)

สรุปผลการวิจัย (Conclusion)

รูปแบบการมอบหมายงานในห้องคลอดของโรงพยาบาลไทรน้อยโดยขั้นตอนการ วางแผน (Plan) ได้กำหนดโครงสร้างและหน้าที่ของทีมงานอย่างชัดเจน มีการมอบงานให้พยาบาลเป็น“เจ้าของคนใช้” เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแล ขั้นตอนลงมือทำ (Do) มีการทดลองใช้ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเพื่อทดสอบความเหมาะสมของรูปแบบเบื้องต้นก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มพยาบาลในห้องคลอดทั้งหมด ขั้นตอนตรวจสอบ (Check) และปรับปรุง (Act) มีการประเมินผลการใช้รูปแบบผ่านแบบสอบถามและการสังเกตโดยผู้วิจัยและหัวหน้าหอผู้ป่วย ผลจากการใช้รูปแบบดังกล่าว พบว่า พยาบาลมีความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองมากขึ้น การประสานงานในทีมดีขึ้น และเกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการรับบริการมากขึ้น ดังนั้น รูปแบบการมอบหมายงานแบบ PDCA ที่พัฒนาขึ้นนี้ มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในการมอบหมายในหัตถ์ของโรงพยาบาลไทรน้อย อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

References

- Alsadaan, N., Salameh, B., Abdelkader, F. A., Reshia, E., Alruwaili, R. F., Alruwaili, M., Awad Ali, S. A., Alruwaili, A. N., Hefnawy, G. R., Alshammari, M. S. S., Alrumayh, A. G. R., Alruwaili, A. O., & Jones, L. K. (2023). Impact of Nurse Leaders Behaviors on Nursing Staff Performance: A Systematic Review of Literature. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 60, 00469580231178528. <https://doi.org/10.1177/00469580231178528>
- Cheewakasemsook, A. (2021). Health Assessment to Quality Nursing Diagnosis: Principles, Issues and Resolutions. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 22(1), 38–46. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/245356/168561> (in Thai)
- Damrongkosit, J. (2023). Development of a new functional work assignment model to enhance workflow efficiency and reduce complexity. Retrieved December 16, 2024, from https://www.rama.mahidol.ac.th/km/qc/cqi-276?utm_. (in Thai)
- Deming, W. E. (1986). Out of the crisis. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology.
- Eka, P. (2024). The Effects of Primary Nursing System in Inpatient Unit, Faktha Hospital. *Journal of Academic Research for Primary Health Care and Public Health Development*, 2(1), 154–166. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/AJHSD/article/view/2688/1934> (in Thai)
- Kaewkullaya, K., Thueankaew, T., & Songsri, C. (2023). Development of a continuity of care guideline for dependent patients from hospital to home at Fort Prachak Silapakhom Hospital. *Nursing, Health, and Education Journal*, 6(1), 55–64. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/article/view/261541/179255> (in Thai)
- Kanto, L. (2022). Nursing care of postpartum hemorrhage with shock: Case study. *Singburi Hospital Journal*, 29(1), 1–12. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/249665?utm> (in Thai)

- Kelly, P. (2017). *Nursing leadership and management* (3rd ed). The United States of America: Cengage Learning.
- http://www.mchip.net/browse/u31BEH/244390/nursing_leadership_management_3rd-ed.pdf.
- Krabilmat, P., & Wattanaruangkowit, D. (2023). Effectiveness use of Clinical Nursing Practice Guideline (CNPg) for pregnant women with preterm labor in Yasothon Hospital. *Research and Development Health System Journal*, 16(3), 292–303.
- <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/266428/182283> (in Thai)
- Nakrangsu, C. (2024). *Results of pain management in the first stage of laborTha Uthen Hospital Nakhon Phanom Province. Journal of Environmental and Community Health*, 29(1), 73–90. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/3507/2541> (in Thai)
- Promtat, P., & Wongwatthanakarn, J. (2019). Relationship Between Expectation and Perception in Quality of Services in Maternity Ward, Bamrasnaradura Infectious Disease Institute (BIDI). *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*, 13(1), 23–34.
- <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bamrasjournal/article/view/186388/130980> (in Thai)
- Senorit, N. (2021). *A Development of Care Model for Women During Labor Stageto Prevent Birth Asphyxia at Phonesawan Hospital, Nakhonphanom Province. Nakhonphanom Hospital Journal*, 8(1), 84–93 https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nkpjournal_9/article/view/252888/170627 (in Thai)
- The Nurses’ Association of Thailand. (2024). Academic conference on “Nursing management transformation: FTE, nursing service fees, and ICD-10 activity codes.” Retrieved December 16, 2024, from <https://www.thainurse.org/wordpress/?p=12693>. (in Thai)
- Trakultip, P., Cheenduang, W., Pongpanit, N., Mailoungkard, M., & Ratchatawan, C. (2025). Development of a Value-Based Maternal and Child Health Care System in Health Region 2. *NU Journal of Nursing and Health Sciences*, 19(2), 207–222.



<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/NurseNu/article/view/274666/188197>

(in Thai)

Wancha, W., Sudcha, C., & Sawatdiphol, B. (2024). Development of a Clinical Nursing Practice Guideline to Prevent Postpartum Hemorrhage in the first 2 hours postpartum at Labor Room, Chaturaphakpiman hospital. *Journal of Research and Health Innovative Development*, 5(Supplement 1), 275–286.

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jrhi/article/view/269553/181457> (in Thai)

Wongpimoln, B., Sutthiprapa, P., Waroros, W., & Phemphul, C. (2021). Nursing Assignment Model in General Medical Wards, Roi - Et Hospital. *Journal of Research and Health Innovative Development*, 2(1), 135–142. [https://he01.tci-](https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jrhi/article/view/252518/170516)

[thaijo.org/index.php/jrhi/article/view/252518/170516](https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jrhi/article/view/252518/170516) (in Thai)

การบูรณาการการพยาบาลร่วมกับการนวดประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนม ในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

สุกัลลักษณ์ เนตรทิพวัลย์*, สุวรรษา โพธิ์แพงพุ่ม, รัตวรา วงษ์จิ๋ว

กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเสนา อำเภอสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประเทศไทย 13110

*ผู้รับผิดชอบบทความ : sunny.sirimangalo@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการนวดประคบสมุนไพร ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลและการดูแลมารดาหลังคลอดช่วยให้มารดาหลังคลอดมีน้ำนมไหลเพิ่มขึ้น การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดที่พักฟื้นในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตั้งแต่วันที่ 2 มีนาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ 0.05 และอำนาจการทดสอบที่ 0.95 ได้จำนวน 28 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ด้วยการจับฉลากคัดแยกกลุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเทคนิคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้ความรู้ 6 ทำอุ้มให้นมลูก ทำนวดเต้านมด้วยตนเอง และอาหารและสมุนไพรบำรุงน้ำนม และประเมินลักษณะหัวนมและเต้านมของมารดา การไหลของน้ำนม ประเมินสุขภาพ การดูนม และภาวะล้นติดใน จำนวน 14 ราย กับกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการนวดประคบสมุนไพรที่เต้านมข้างละ 15 นาที โดยแพทย์แผนไทยประยุกต์เป็นผู้ทำหัตถการ ภายใน 48 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 14 ราย การวิจัยครั้งนี้วัดปริมาณน้ำนมด้วยการประเมินการไหลของน้ำนมแบ่งออกเป็น 2 ระดับคือ น้ำนมไหลน้อย (0-2 คะแนน) และน้ำนมไหลมาก (3-4 คะแนน) ผลการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างปริมาณการไหลของน้ำนม มารดาหลังคลอดกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดประคบสมุนไพร พบว่า ภายใน 2 ชั่วโมงแรกกับ 8 ชั่วโมงและ 24 ชั่วโมงหลังคลอด มีปริมาณน้ำนมไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดประคบสมุนไพร 48 ชั่วโมงหลังคลอด มีน้ำนมไหลเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\chi^2 = 15.555, p < 0.001$). การวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าการนวดประคบสมุนไพรเป็นแนวทางที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในการดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำนม สนับสนุนนโยบายการส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมแม่ และเพิ่มศักยภาพการบริการสุขภาพผ่านการบูรณาการการแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย

คำสำคัญ : การนวดเต้านม, การนวดประคบสมุนไพร, การไหลของน้ำนม, มารดาหลังคลอด

Integrating Nursing Care with Herbal Massage to Promote Milk Flow in Postpartum Mothers at Sena Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

Supralug Nettiawan*, Suwatsa Phopangpum, Ratwara Wongjiw

Thai Traditional and Alternative Medicine Section, Sena Hospital,

Sena District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province, Thailand 13110

*Corresponding author: sunny.sirimangkalo@gmail.com

Abstract

This study aimed to compare breast milk flow among postpartum mothers between a group receiving routine nursing care and an experimental group receiving routine nursing care combined with herbal compress massage. The findings are expected to enhance postpartum nursing care by increasing breast milk flow. A quasi-experimental two-group pretest-posttest design was conducted. The sample consisted of postpartum mothers admitted to the inpatient ward of Sena Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province, from March 2 to July 31, 2024. The sample size was calculated using G*Power software with a significance level of 0.05 and a statistical power of 0.95, resulting in 28 participants. Using simple random sampling, participants were assigned to a control group ($n = 14$) receiving routine nursing care, including breastfeeding education, guidance on six breastfeeding positions, self-breast massage, dietary and herbal recommendations, and assessment of maternal and infant breastfeeding-related conditions; and an experimental group ($n = 14$) receiving routine nursing care combined with herbal compress massage applied to each breast for 15 minutes by an applied Thai traditional medicine practitioner within 48 hours postpartum. Breast milk flow was assessed using a scoring system categorized as low (0–2 points) and high (3–4 points). The results revealed no significant differences in breast milk flow between the two groups at 2, 8, and 24 hours postpartum. However, at 48 hours postpartum, the experimental group demonstrated significantly greater breast milk flow than the control group ($\chi^2 = 15.555, p < 0.001$). This study indicates that herbal compress massage is a practical and feasible approach for postpartum care to enhance breast milk flow, support breastfeeding promotion policies, and strengthen healthcare service capacity through the integration of modern medicine and Thai traditional medicine.

Keywords: Breast Massage, Herbal Compress Massage, Breast Milk Flow, Postpartum Mothers

บทนำ (Introduction)

น้ำนมมารดาเมืองค์ประกอบที่เสริมสร้างภูมิคุ้มกันเหมาะสมที่สุดสำหรับทารก ในนมแม่มีโปรตีนย่อยง่าย ลดภาระการทำงานของลำไส้ มีน้ำเพียงพอช่วยให้ขับถ่ายสม่ำเสมอ และมีโอลิโกแซคคาไรด์ที่เป็นพรีไบโอติกส์ ส่งเสริมจุลินทรีย์ที่ดีในลำไส้ ทำให้ระบบย่อยอาหารและการขับถ่ายทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การได้กินนมมารดาตั้งแต่แรกเกิดจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ทำให้ทารกเติบโตได้สมบูรณ์แข็งแรง (Ke-sapan et al., 2022) จากสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยปี 2562 พบว่า อัตราการเลี้ยงทารกด้วยน้ำนมมารดาเพียงอย่างเดียว 6 เดือนแรก ยังไม่ถึงเป้าหมายร้อยละ 50 ที่ทั่วโลกกำหนดไว้ (Department of Health, 2023) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ทำให้น้ำนมมาช้าและมีน้อย คือ ทารกดูดช้า ดูดไม่บ่อย ดูดไม่ถูกวิธี ดูดไม่มีประสิทธิภาพ และผลกระทบด้านอารมณ์ของมารดา เช่น เครียด วิตกกังวล พักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลให้การหลั่งออกซิโทซิน (Oxytocin) ลดลง (Haengchaowanich et al., 2012) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวอาจนำไปความล่าช้าในการหลั่งน้ำนมและการตัดสินใจเลือกใช้นมผสมในการเลี้ยงดูทารกต่อไป (Khotsang et al. 2016) ดังนั้นปัญหาน้ำนมไหลช้า หรือมาน้อยหลังคลอด จึงเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้มารดาไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงทารกด้วยน้ำนมตนเอง

ปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการกระตุ้นการไหลของน้ำนม ได้แก่ นวด ประคบ อาหารกระตุ้นน้ำนม หรือนวดเต้านมด้วยผ้าชุบน้ำอุ่นเป็นวิธีที่ช่วยให้น้ำนมหลั่งภายใน 6 ชั่วโมงหลังคลอด และมีปริมาณเพียงพอภายใน 48 ชั่วโมงหลังคลอด ดีกว่าวิธีการนวดเต้านมธรรมดา (Anukoolprasert et al., 2007) ซึ่งการนวดและประคบเต้านมมีผลทำให้การไหลของน้ำนมไหลดีและไหลเร็วกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Chanetiyoung et al., 2018) เนื่องจากการนวดและประคบเต้านมจะช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ช่วยให้นมไหลผ่านท่อน้ำนม ส่งผลต่อกลไกการกระตุ้นการหลั่งของน้ำนมให้มาเร็วขึ้น โดยการประคบร้อนบริเวณเต้านมช่วยให้หลอดเลือดขยายตัว เพิ่มอุณหภูมิและการไหลเวียนเลือดในเนื้อเยื่อระดับผิว ซึ่งความร้อนสามารถแทรกซึมลงไปได้ประมาณ 1 เซนติเมตร ส่งผลให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดคลายตัว และเพิ่มการซึมผ่านของฮอโมนโพรแลคตินไปยังเซลล์สร้างน้ำนม (Lactocyte) ช่วยกระตุ้นการสร้างน้ำนมให้เกิดขึ้นได้รวดเร็วและเพิ่มปริมาณน้ำนม (Aongsakul, 2021) อีกทั้งการนวดเต้านมตั้งแต่ระยะแรกจะช่วยกระตุ้นการทำงานของฮอโมนโพรแลคตินและออกซิโทซิน ลดความตึงตัวของเนื้อเยื่อ เพิ่มการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลืองบริเวณเต้านม เพิ่มความยืดหยุ่นของฐานเต้านมและกล้ามเนื้อทรวงอก รวมทั้งกระตุ้นรีเฟล็กซ์การไหลของน้ำนม และเกิดความผ่อนคลาย ระดับฮอโมนความเครียดลดลง ส่งผลให้กระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนมมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น (Jirapaet & Jirapaet, 2020; Nuampa et al., 2020)

จากสถิติมารดาหลังคลอดที่เข้าพักในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปี พ.ศ. 2564 – 2566 พบอัตราเลี้ยงทารกด้วยน้ำนมมารดาอย่างเดียว คือร้อยละ 20, 23 และ 28 ตามลำดับ

แต่ยังไม่ถึงเป้าหมายตามที่กำหนด และปัจจุบันโรงพยาบาลเสนาได้มีการบูรณาการดูแลมารดาหลังคลอด ในหอผู้ป่วยในร่วมกัน ได้แก่ การนัดประคบสมุนไพรมารดาหลังคลอดที่เต้านมคัด ซึ่งจากผลการให้บริการ หัตถการแพทย์แผนไทยร่วมกับการดูแลพยาบาลตามปกติ คือ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเทคนิค ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ด้วยเทคนิค 3 ดุด ได้แก่ 1) ดูดเร็ว 2) ดูดบ่อย และ 3) ดูดถูกวิธี ให้ความรู้ 6 ท่าอุ้ม ให้นมลูก ท่าหวดเต้านมด้วยตนเอง และอาหารและสมุนไพรบำรุงน้ำนม และประเมินลักษณะหัวนมและ เต้านมของมารดา การไหลของน้ำนม ประเมินสุขภาพ การดูนม และภาวะล้นติดในทารก ซึ่งเป็นการส่งเสริม ให้เลี้ยงทารกด้วยน้ำนมมารดาโดยการบูรณาการศาสตร์แพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับการแพทย์แผนไทย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาการให้บริการหัตถการแผนไทยร่วมกับการดูแลพยาบาลตามปกติ โดยเปรียบเทียบ การไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติร่วมกับการนัดประคบสมุนไพร ซึ่งผลของการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลและ การดูแลมารดาหลังคลอดช่วยให้มารดาหลังคลอดมีน้ำนมไหลเพิ่มขึ้น ลดอุบัติการณ์เต้านมคัดตึง การเกิดฝี หรืออุบัติการณ์จากทารกได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ และเพิ่มสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกอันจะส่งผลดี ต่อสุขภาพพัฒนาการที่ดีของทารกต่อไป

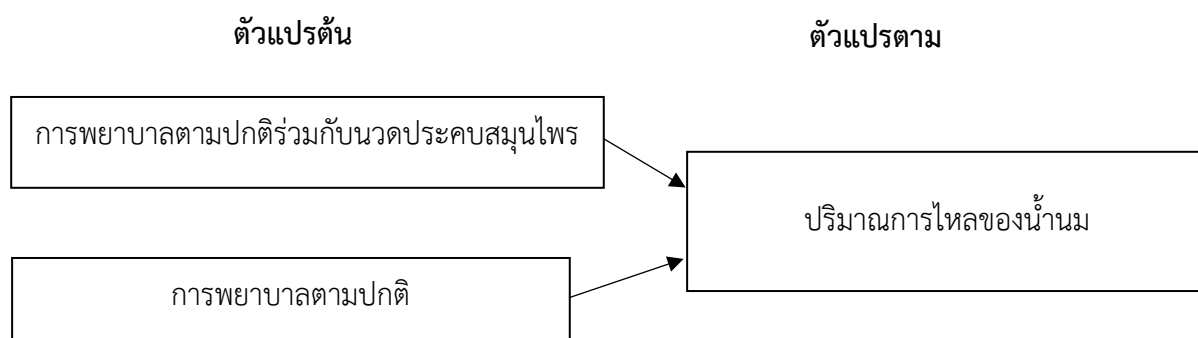
วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

เพื่อเปรียบเทียบการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับการนัดประคบสมุนไพรกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย (Research Hypothesis)

การไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการนัดประคบสมุนไพรมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)



ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design) เพื่อเปรียบเทียบการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับนวดประคบสมุนไพร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

ประชากร คือ มารดาหลังคลอดทั้งหมดที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลเสนา กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดที่คลอดบุตรและพักฟื้นในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเสนา ตั้งแต่วันที่ 2 มีนาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2567

ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณตามหลักการเรื่องอำนาจการทดสอบ (Power of Test) ด้วยโปรแกรม G*power 3.1 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ 0.05 และอำนาจการทดสอบที่ 0.95 (Chanetiyong et al., 2018) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 28 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม จับฉลากคัดแยกกลุ่มอย่างง่าย คือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 14 ราย กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการนวดและประคบสมุนไพรที่เต้านมข้างละ 15 นาที จำนวน 14 ราย วัดปริมาณน้ำนมด้วยการประเมินการไหลของน้ำนมและแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ กลุ่มน้ำนมไหลน้อย (0-2 คะแนน) และกลุ่มน้ำนมไหลมาก (3-4 คะแนน)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) พูดคุย สื่อสารภาษาไทยได้ 2) คลอดด้วยวิธีธรรมชาติ 3) ตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 และ 2 4) อายุ 18 – 35 ปี 5) ไม่มีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถให้บุตรได้ เช่น โรคเอดส์ 6) ทารกแรกคลอดมีสุขภาพแข็งแรง ดูนมได้ปกติ

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์หลังคลอด เช่น ภาวะตกเลือด ความดันโลหิตสูง 2) เป็นโรคผิวหนังหรือมีรอยโรคที่เต้านม 3) แพ้ลูกประคบสมุนไพร 4) ไม่สะดวกเข้าร่วมการวิจัยหรือขอถอนตัวระหว่างการศึกษา 5) ทารกมีภาวะล้นติตรระดับ Moderate – Severe 6) ทารกไม่สามารถอยู่กับมารดาได้ครบ 48 ชั่วโมง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research Instruments)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบประเมินการไหลของน้ำนม เป็นแบบสอบถามปลายปิด ประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ประวัติแพ้ยา/แพ้อาหาร จำนวนครรภ์ ลักษณะหัวนม และสุขภาพทารก เป็นลักษณะเลือกตอบและเขียนตอบ

ตอนที่ 2 แบบประเมินคะแนนการไหลของน้ำนม ดัดแปลงมาจาก Trinapakoon et al. (2010) โดยวัดคะแนนการไหลของน้ำนม เป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน 0 น้ำนมไม่ไหล	หมายถึง เมื่อบีบน้ำนมแล้ว ไม่มีน้ำนมไหลออกมา
ระดับคะแนน 1 น้ำนมไหลน้อย	หมายถึง เมื่อบีบน้ำนมแล้วมีน้ำนมไหลซึมออกมา แต่ไม่เป็นหยด
ระดับคะแนน 2 น้ำนมเริ่มไหล	หมายถึง เมื่อบีบน้ำนมแล้วมีน้ำใสๆ ไหลออกมา 1-2 หยด
ระดับคะแนน 3 น้ำนมไหลแล้ว	หมายถึง เมื่อบีบน้ำนมแล้ว มีน้ำนมไหล 2 หยดขึ้นไป แต่น้ำนมไม่พุ่งและน้ำนมไหลดี
ระดับคะแนน 4 น้ำนมไหลดี	หมายถึง มีน้ำนมไหลพุ่ง

2. แผ่นพับให้คำแนะนำเกี่ยวกับเทคนิคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ด้วยเทคนิค 3 จุด ได้แก่ 1) ดูดเร็ว 2) ดูดบ่อย และ 3) ดูดถูกวิธี ให้ความรู้ 6 ท่าอุ้มให้นมลูก ทำนวดเต้านมด้วยตนเอง และอาหารและสมุนไพรบำรุงน้ำนม

3. ลูกประคบ มีส่วนประกอบของสมุนไพร ประกอบด้วย ไพล 80 กรัม ใบมะขาม 40 กรัม และ ผิวมะกรูด ขมิ้นชัน เกลืออย่างละ 20 กรัม (ผลิตและจำหน่ายโดยบริษัท ไทย เอฟ ดี จำกัด ที่อยู่ 78/9 หมู่ที่ 1 ตำบลมหาสวัสดิ์ อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี) ก่อนนำไปใช้ทำการนึ่งลูกประคบสมุนไพรในหม้อน้ำไฟฟ้า ที่อุณหภูมิ 100 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 15 นาที จากนั้นพักทิ้งไว้จนลูกประคบสมุนไพรมีอุณหภูมิลดลงเหลือ ประมาณ 40-45 องศาเซลเซียส จึงนำผ้าขนหนูขนาด ขนาด 15 x 30 นิ้ว มาห่อลูกประคบสมุนไพรก่อนนำไปใช้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย (Validation of Instruments)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกนมแม่ 1 ท่าน และสูติแพทย์ 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้ได้ค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .80 และทดสอบหาความเที่ยง (Reliability) ของแบบ ประเมินการไหลของน้ำนม ระหว่างผู้สังเกตซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 คน (Interrater reliability) ได้ ค่าเท่ากับ .90

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการดูแลหลังคลอดตามปกติที่เป็นมาตรฐานของโรงพยาบาลเสนา มีการสร้างสัมพันธภาพ โดยการพูดคุยกับมารดาหลังคลอด ชี้แจงและขอความยินยอมก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

1. ประเมินการไหลของน้ำนม ครั้งที่ 1 แรกרב (ภายใน 2 ชั่วโมง) โดยใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้วางห่างจากหัวนมประมาณ 1 นิ้ว จากนั้นบีบนิ้วทั้งสองเข้าหากัน ทำ 3 ครั้งที่เต้านมแต่ละข้าง ซึ่งเป็นข้างที่ลูกไม่ได้ดูดหรือดูดเสร็จแล้วในระยะเวลาไม่เกิน 30 นาที สังเกตและบันทึกคะแนนการไหลของน้ำนมของเต้านมแต่ละข้างที่ปรากฏคะแนนมากที่สุด และบันทึกวันที่ เวลาที่ประเมิน และชื่อพยาบาลผู้ประเมิน ซึ่งมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เป็นผู้ทำการประเมิน

2. ให้การพยาบาลตามปกติแก่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยพยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับเทคนิคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ด้วยเทคนิค 3 ดูด ได้แก่ 1) ดูดเร็ว 2) ดูดบ่อย และ 3) ดูดถูกวิธี ให้ความรู้ 6 ท่าอุ้มให้นมลูก ทำนวดเต้านมด้วยตนเอง และอาหารและสมุนไพรบำรุงน้ำนม และประเมินลักษณะหัวนมและเต้านมของมารดา การไหลของน้ำนม ประเมินสุขภาพ การดูนม และภาวะล้นติดในทารก

3. ประเมินการไหลของน้ำนม ครั้งที่ 2 (ภายใน 8 ชั่วโมง) ด้วยวิธีการเช่นเดียวกับครั้งที่ 1 ในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

4. ประเมินการไหลของน้ำนม ครั้งที่ 3 (ภายใน 24 ชั่วโมง) ด้วยวิธีการเช่นเดียวกับครั้งที่ 1 ในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

5. ทำหัตถการแพทย์แผนไทย โดยนวดประคบสมุนไพรที่เต้านมของกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลปกติร่วมกับการนวดประคบสมุนไพร ข้างละ 15 นาที รวมเวลาที่ใช้ทั้งหมด 30 นาทีต่อครั้ง โดยแพทย์แผนไทยประยุกต์ โดยมีขั้นตอนการนวดประคบเต้านมดังนี้

5.1 ให้มารดาหลังคลอดอยู่ในท่าเตรียมโดยให้มารดาหลังคลอดนอนหงาย

5.2 ใช้ปลายฝ่ามือนวกรอบเต้านมข้างละ 2 นาที

5.3 ใช้นิ้วโป้งและนิ้วชี้ ถ่างวนรอบลานนม ข้างละ 2 นาที

5.4 ใช้นิ้วโป้งและนิ้วชี้คลึงและป้อนรอบหัวนมเบา ๆ ข้างละ 2 นาที

5.5 ใช้นิ้วโป้งและนิ้วชี้บีบเบา ๆ ถี่ ๆ เป็นจังหวะที่หัวนม ข้างละ 2 นาที

5.6 ประคบสมุนไพร ข้างละ 7 นาที โดยทดสอบความร้อนที่ท้องแขนก่อนเริ่มประคบ หากรู้สึกร้อนให้ห่อผ้าขนหนูอีก 1 ผืน

6. ประเมินการไหลของน้ำนม ครั้งที่ 4 (ภายใน 48 ชั่วโมง) ด้วยวิธีการเช่นเดียวกับครั้งที่ 1 ในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

7. นำผลประเมินการไหลของน้ำนมมาจัดกลุ่ม เป็นกลุ่มน้ำนมไหลน้อย (0-2 คะแนน) และกลุ่มน้ำนมไหลมาก (3-4 คะแนน) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยทดสอบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติที่แบบอิสระ (Independent t-test) สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย (Research Ethics)

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และได้รับอนุมัติตามเอกสารรับรองเลขที่ อย.0033.202.2/009 เมื่อวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ.2567

ผลการวิจัย (Results)

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบคำอธิบาย โดยเรียงลำดับหัวข้อการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ประวัติแพ้ยา/แพ้อาหาร จำนวนครรภ์ ลักษณะห้วนนม และสุขภาพทารก พบว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 14 คน อายุเฉลี่ย 23 ปี เป็นมารดาครรภ์แรก จำนวน 10 ราย เป็นมารดาครรภ์สองจำนวน 4 ราย มีห้วนนมปกติ 13 ราย มีห้วนนมสั้น 1 ราย และ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการนวดประคบสมุนไพร มีอายุเฉลี่ย 24 ปี เป็นมารดาครรภ์แรก จำนวน 10 ราย เป็นมารดาครรภ์สองจำนวน 4 ราย มีห้วนนมปกติ 12 ราย มีห้วนนมสั้น 2 ราย

2. การไหลของน้ำนมของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการศึกษา พบว่า ภายใน 2 ชั่วโมงแรกกับ 8 ชั่วโมงและ 24 ชั่วโมง กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการนวดประคบสมุนไพร มีการไหลของน้ำนมไม่แตกต่างกัน โดยทั้ง 28 คน อยู่ในกลุ่มน้ำมน้อย (0-2 คะแนน) แต่ภายใน 48 ชั่วโมง พบว่า กลุ่มที่ได้รับการนวดประคบสมุนไพรมีการไหลของน้ำนมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยอยู่ในกลุ่มน้ำนมมากจำนวน 10 คน (3-4 คะแนน) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\chi^2 = 15.555, p < 0.001$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการไหลของน้ำนมมารดาระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับนวดประคบสมุนไพร

การไหลของน้ำนม	กลุ่มที่ได้รับการ	กลุ่มที่ได้รับการ	χ^2	p - value	
	พยาบาลตามปกติ (n = 14)	พยาบาลตามปกติ			รวมกับนวดประคบ
		สมุนไพร (n = 14)			
2 ชั่วโมงแรก					
กลุ่มน้ำมน้อย (0-2 คะแนน)	14	14	-		
กลุ่มน้ำนมมาก (3-4 คะแนน)	0	0			
8 ชั่วโมง					
กลุ่มน้ำมน้อย (0-2 คะแนน)	14	14	-		
กลุ่มน้ำนมมาก (3-4 คะแนน)	0	0			
24 ชั่วโมง					
กลุ่มน้ำมน้อย (0-2 คะแนน)	14	14	-		
กลุ่มน้ำนมมาก (3-4 คะแนน)	0	0			
48 ชั่วโมง			15.555		
กลุ่มน้ำมน้อย (0-2 คะแนน)	14	4	(Fisher's	< 0.001*	
กลุ่มน้ำนมมาก (3-4 คะแนน)	0	10	exact)		

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

จากการศึกษาการบูรณาการการพยาบาลตามปกติร่วมกับการนวดประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการนวดประคบสมุนไพร มีการไหลของน้ำนมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่ 48 ชั่วโมง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การนวดประคบสมุนไพรมีบทบาทในการส่งเสริมกลไกการหลั่งน้ำนม โดยเฉพาะในระยะหลังคลอดระยะแรก ซึ่งเป็นช่วงที่มารดามักเผชิญกับปัญหาน้ำนมไหลช้าและเต้านมคัดตึง ทั้งนี้มีงานวิจัยที่กล่าวว่าการประคบด้วยสมุนไพรโดยการประคบร้อนเป็นวิธีหนึ่งในการลดการคัดตึงเต้านมซึ่งจะส่งผลต่อระบบไหลเวียนของโลหิตและต่อมน้ำนมทำให้ หลอดเลือดเกิดการขยายตัวและเกิดการไหลเวียนโลหิตเพิ่มขึ้นส่งผลให้ช่วยลดอาการปวด บวมและการอักเสบของเต้านมได้ และยังช่วยกระตุ้นการไหลของน้ำนมได้มากขึ้นด้วย ส่งผลทำให้มารดาหลังคลอดรู้สึกสุขสบายเต้านมและไม่คัดตึงเต้านมด้วย (Tantinatrakun et al., 2021) ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาเรื่อง ผลการนวดและประคบเต้านมเพื่อเปรียบเทียบการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดและประคบเต้านมในช่วงเวลาที่ 6, 12, 18 และ 30 ชั่วโมง ที่ผลการศึกษาพบว่าปริมาณน้ำนมกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chanetiyoung et al., 2018) แม้งานวิจัยนี้จะประเมินการไหลของน้ำนมในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน แต่ผลลัพธ์ที่สอดคล้องกันสะท้อนให้เห็นว่า การนวดและประคบเต้านมมีผลต่อการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเริ่มต้นหลังคลอดจนถึง 48 ชั่วโมง

จากรายงานการศึกษาเรื่อง การนวดและการประคบเต้านมเพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า โดยการนวดเต้านมมีวิธีการที่หลากหลาย แต่ทุกวิธีต้องนวดที่หัวนม ลานนม เต้านม และบริเวณใต้รักแร้ ส่วนการประคบมีวิธีการที่หลากหลาย ใช้ความร้อนที่ 38-40 องศาเซลเซียส และประคบนาน 15-20 นาที ส่วนการนวดรวมกับการประคบส่วนใหญ่จะเป็นการนวดเต้านมก่อนแล้วจึงประคบเต้านม ซึ่งทุกวิธีพบว่าสามารถเพิ่มปริมาณการไหลของน้ำนมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Ke-sapan et al., 2022) ทั้งนี้การนวดเต้านมตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอดจะช่วยกระตุ้นการทำงานของฮอร์โมนโพรแลคตินและออกซิโทซิน ที่ช่วยลดความคัดตึงเต้านม เพิ่มการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลืองบริเวณเต้านม เพิ่มความยืดหยุ่นของฐานเต้านมและกล้ามเนื้อทรวงอก รวมทั้งกระตุ้นรีเฟล็กซ์การไหลของน้ำนม และเกิดความผ่อนคลาย ระดับฮอร์โมนความเครียดลดลง ส่งผลให้กระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนมมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น (Jirapaet & Jirapaet, 2020; Nuampa et al., 2020) ดังนั้นทั้งการกระตุ้นบริเวณเต้านมและหัวนมจากการนวดร่วมกับสมุนไพรและความร้อน สามารถส่งผลต่อการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซิน ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการบีบตัวของท่อเต้านม (Milk ejection reflex) ทำให้น้ำนมไหลออกได้ดีขึ้น

สรุปผลจากการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการบูรณาการพยาบาลตามปกติในมารดาหลังคลอดรวมกับการนวดประคบสมุนไพร สามารถกระตุ้นการไหลของน้ำนมมารดาหลังคลอดภายใน 48 ชั่วโมงให้ไหลเพิ่มขึ้นได้แตกต่างจากการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวที่น้ำนมไหลล่าช้ากว่า 48 ชั่วโมง เป็นการส่งเสริมให้มารดาน้ำนมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จตั้งแต่อยู่ในระหว่างการพักฟื้น สอดคล้องกับนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมแม่และยังเพิ่มศักยภาพการบริการ ที่บูรณาการแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยเข้าร่วมกัน และการนวดประคบสมุนไพรเป็นหัตถการที่ไม่ซับซ้อน ใช้ทรัพยากรในท้องถิ่น และสามารถดำเนินการโดยพยาบาลได้จริงในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

ข้อเสนอแนะ (Suggestions)

ควรนำแนวทางการนวดประคบสมุนไพรเต้านมรวมกับการพยาบาลตามปกติมาใช้ดูแลมารดาหลังคลอด ในระหว่างพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน และติดตามเป็นพี่เลี้ยงเสริมพลังใจให้คำปรึกษาแก่มารดา

หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผ่านแอปพลิเคชัน “Line@นมแม่สิ...แน่จริง” รวมถึงขยายผลส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยน้ำนมมารดาในรายที่คลอดจากหน่วยบริการอื่นๆที่อาศัยอยู่ในชุมชน และนำองค์ความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติไปเผยแพร่ เพื่อให้หน่วยงานอื่นนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลมารดาหลังคลอดและทารก อันจะเป็นการช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้นโยบายการเลี้ยงทารกด้วยน้ำนมมารดาของกระทรวงสาธารณสุขประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืนอีกต่อไป

References

- Anukulprasert, P. (2007). *A comparison between regular breast massage and warm cloth compress massage on postpartum milk secretion stimulation*. Sakon Nakhon: Somdej Phra Yuparat Sawang Daen Din Hospital. (in Thai)
- Aongsakul, A. (2021). The Effectiveness of a Donut Hot Gel Compress on First-Time Lactation after Birth in Postpartum Women. *Journal of Health Sciences and Pedagogy*, 1(1), 1-15. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JHSP/article/view/247739> (in Thai)
- Chanetiyoung, A. (2018). The effects of breast massage and hot compress on stimulating of milk flow in postpartum mothers at Phusing Hospital, Srisaket Province. *Journal of Traditional Thai Medical Research*, 4(1), 41–52. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ttm/article/view/254036> (in Thai)
- Department of Health. (2023). *Department of Health supports exclusive breastfeeding for 6 months to build a sustainable “breastfeeding society.”* Retrieved January 10, 2024, from <https://www.hfocus.org/content/2023/08/28125> (in Thai)
- Haengchaonich, Y. (2012). *Anatomy and physiological basis of breastfeeding*. Thai Breastfeeding Center Foundation. Retrieved from <https://shorturl.asia/1qOaB> (in Thai)
- Jirapaet, V., & Jirapaet, K. (2020). *Strategies for Successful Breastfeeding*: Thammada Press. (in Thai)
- Kesaphan, K., Lephon, C., Ketkaew, J., Haoharn, C., Phongphet, J., Chiamrum, C., Linla, T., Suwanna, P., & Chueman, W. (2023). Breast Massage and Breast Compression to Stimulate Milk Flow in Postpartum Mothers: A Systematic Review. *Journal of Research Innovation and Evidence Based in Healthcare*, 1(2), 1-14. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/PBRI/article/view/532> (in Thai)

- Kotsang, K., Saengin, S., & Chueahom, A. (2017). Effects of a lactation stimulation program on the onset of milk flow, time to full lactation, and perceived breastfeeding self-efficacy among mothers after cesarean section. *Journal of the Faculty of Nursing, Burapha University*, 24(1), 13–26. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/87573> (in Thai)
- Medical Statistics Unit, Sena Hospital. (2024). *Inpatient data*. Sena Hospital. (in Thai)
- Nuampa, S., Tangsuksan, P., Jitima, V., & Nguycharoen, G. (2020). Breast massage for breastfeeding promotion and problem solving: Evidence-based nursing practice. *Nursing Science Journal of Thailand*, 38(3), 4-21. <https://repository.li.mahidol.ac.th/server/api/core/bitstreams/be5fd373-7afb-48d9-95e3-8fae30d2646f/content> (in Thai)
- Trainapakul, C., Chaiyawattana, M., Kanavitoon, W., Tiumtaogerd, R., Naka, S., Mitrniyodom, W., & Panlap, S. (2010). Effect of milk ejection performance of postpartum mother after breasts massage and compression with mini hot bag and herbal compress. *Nursing and Education*, 3(3), 75-91. (in Thai)
- Tantinatrakun, S., Cheunarrom, K., Kiatsangworn, M., Srisiri, N., & Maliwan, V. (2021). *Herbal compresses for the breast after giving birth*. *Journal of MCU Nakhondhat*, 8(12), 180–190. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JMND/article/download/257656/172090/943656> (in Thai)

ผลของการนวดกระตุ้นเต้านมต่อการไหลของน้ำนมในหญิงหลังคลอด : การศึกษาย้อนหลัง

สุชีรา ไพรี* และกัลย์จิรัตน์ อินทผลัญ

กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ประเทศไทย 15000

*ผู้รับผิดชอบบทความ E-mail: cheerachari@gmail.com

บทคัดย่อ

น้ำนมไม่ไหลหรือไหลน้อยเป็นปัญหาสำคัญในหญิงหลังคลอดที่ส่งผลต่อโภชนาการและภูมิคุ้มกันของทารก หญิงหลังคลอดจึงควรได้รับการกระตุ้นการไหลของน้ำนมอย่างถูกวิธีเพื่อให้มีน้ำนมเพียงพอ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการนวดกระตุ้นเต้านมต่อ (1) ความคัดตึงเต้านม (2) การไหลของน้ำนม และ (3) ความเจ็บปวดเต้านม ในหญิงหลังคลอดที่มาใช้บริการนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนมหลังคลอดโดยแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงจากหญิงหลังคลอดที่มีข้อมูลการประเมินก่อนและหลังการนวดครบทั้ง 3 ด้าน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 243 ราย จากประชากรทั้งหมดที่มารับบริการในช่วงเวลาดังกล่าว ข้อมูลที่รวบรวมประกอบด้วย อายุ สิทธิการรักษา ความคัดตึงเต้านม การไหลของน้ำนม และความเจ็บปวดเต้านม ซึ่งบันทึกอยู่ในระบบข้อมูลบริการหญิงหลังคลอดของโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างก่อนและหลังการนวดด้วยสถิติ paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า หลังการนวดกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยความคัดตึงเต้านมลดลงจาก 1.52 เป็น 1.12 ($p < 0.05$) ซึ่งสะท้อนว่าการนวดสามารถลดความคัดตึงเต้านมได้ ด้านการไหลของน้ำนม พบว่าหลังการนวดหญิงหลังคลอดมีการไหลของน้ำนมที่ดีขึ้น โดยค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 2.00 เป็น 3.00 ($p < 0.05$) ด้านความเจ็บปวดเต้านม หลังการนวดพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) ไม่มีอาการเจ็บปวดเต้านม ค่าเฉลี่ยลดลงจาก 0.25 เหลือ 0.00 ($p < 0.05$) สรุปได้ว่า การนวดกระตุ้นเต้านมโดยแพทย์แผนไทยมีประสิทธิภาพในการลดความคัดตึงเต้านม เพิ่มการไหลของน้ำนม และลดความเจ็บปวดเต้านมในหญิงหลังคลอดได้ จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพในบริบทบริการสุขภาพหญิงหลังคลอด

คำสำคัญ : การนวดกระตุ้นเต้านม, ความคัดตึงเต้านม, การไหลของน้ำนม, ความเจ็บปวดเต้านม, หญิงหลังคลอด



The Effect of Breast Stimulation Massage on Breast Milk Flow in Postpartum Women: A Retrospective Study

Sucheera Pairee* and Kanjirat Inthaphalan

Division of Thai Traditional & Alternative Medicine, King Narai Hospital, Lop Buri, Thailand 15000

*Corresponding author E-mail: cheerachari@gmail.com

Abstract

Insufficient breast milk flow is a common postpartum problem affecting infant nutrition and immunity. Appropriate breast stimulation is therefore essential to promote adequate milk production. This retrospective descriptive study examined the effects of traditional Thai breast stimulation massage on (1) breast engorgement, (2) milk flow, and (3) breast pain among postpartum women receiving care at King Narai Hospital, Lopburi Province, from October to December 2024. Using purposive sampling, 243 women with complete pre- and post-massage assessment data were included. Data regarding age, healthcare scheme, breast engorgement, milk flow, and breast pain were retrieved from postpartum care records. Data were analyzed using descriptive statistics—frequency, percentage, mean, and standard deviation—and differences before and after the massage were tested using paired t-test at a significance level of 0.05. The results showed that after the massage, the mean engorgement score decreased from 1.52 to 1.12 ($p < 0.05$). This indicating a significant reduction in breast engorgement. Regarding milk flow, demonstrating a marked improvement in milk flow. The mean score increased from 2.00 to 3.00 ($p < 0.05$). For breast pain, after the massage, all participants (100%) reported no breast pain. The mean pain score decreased from 0.25 to 0.00 ($p < 0.05$). In conclusion, traditional Thai breast stimulation massage effectively reduces breast engorgement, enhances milk flow, and relieves breast pain in postpartum women, supporting its integration into postpartum breastfeeding care.

Keywords: Breast stimulation massage, Breast engorgement, Breast milk flow, Breast pain, Postpartum women

บทนำ (Introduction)

น้ำนมแม่ไหลหรือไหลน้อยในหญิงหลังคลอดนั้นถือเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญ เนื่องจากนมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก อีกทั้งยังช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต้านต่อเชื้อโรค ลดโอกาสการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตของทารก (Watcharaphao et al., 2022) หญิงหลังคลอดต้องได้รับการกระตุ้นการบีบเก็บน้ำนมอย่างถูกวิธี เพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำนมและให้นมให้นมเพียงพอกับความต้องการของทารก (Thongtae et al., 2024) ในปี พ.ศ. 2559 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดแนวทางการให้อาหารทารกไว้ว่า ควรได้รับนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรก เนื่องจากย่อยง่าย มีภูมิคุ้มกันเหมาะสม (Department of Health, 2016) ขณะที่ให้นมลูกนั้นจะสามารถถ่ายทอดความรักความผูกพันที่แม่มีต่อทารก ทำให้ทารกพัฒนาความมั่นใจ ความไว้วางใจต่อผู้อื่น ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาบุคลิกภาพและสภาวะจิตสังคมไปในทางที่ดีขึ้น (Department of Health, 2025)

ปัญหาหญิงหลังคลอดน้ำนมไม่ไหลหรือมีน้ำนมไม่เพียงพอสำหรับทารก อาจพบในระยะ 1-2 วันแรกหลังคลอด หรือในระยะหลังจำหน่าย สาเหตุอาจเกิดจากการขาดการดูดกระตุ้นโดยทารกหรือดูดไม่ถูกวิธี ดูดไม่บ่อยและไม่สม่ำเสมอทั้งกลางวันและกลางคืน พบว่าร้อยละ 90 ของการไม่ได้รับการดูดกระตุ้น คือ หญิงหลังคลอดขาดความรู้และทักษะในการให้นมลูกและขาดการติดตามช่วยเหลือ (Nawawongkhampa, 2013) จากการศึกษาของ Ahluwalia et al. (2005) สัมภาษณ์หญิงหลังคลอดที่ไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 1,300 คน พบว่ามีหญิงหลังคลอดที่เริ่มให้นมแม่ แต่หยุดก่อน 1 เดือนหลังคลอด จำนวน 885 คน สาเหตุหนึ่งที่ทำให้หญิงหลังคลอด ร้อยละ 28.1 หยุดให้นมแม่ เมื่อทารกอายุน้อยกว่า 1 สัปดาห์ และร้อยละ 38.8 หยุดให้นมแม่เมื่อทารกอายุระหว่าง 1-4 สัปดาห์ คือการที่หญิงหลังคลอดรู้สึกว่ามีน้ำมน้อย ไม่เพียงพอสำหรับการเลี้ยงลูก

โดยทั่วไปมีการพยาบาลมาตรฐานเพื่อแก้ไขปัญหาการให้นมแม่เบื้องต้นในหญิงหลังคลอด ได้แก่ การตรวจสอบท่าให้นม เพิ่มความถี่ในการให้นมทั้งสองข้าง ให้ลูกดูดนมจนหมดเต้า และหากทารกง่วงหรือดูดไม่แรงพอ ให้เปลี่ยนเต้านมเพื่อให้นมต่อ รวมถึงดูแลให้มารดาพักผ่อน รับประทานอาหารและน้ำเพียงพอ นอกจากนี้การนวดเต้านมเพื่อช่วยกระตุ้น Let-down reflex และการประคบน้ำอุ่นช่วยให้หลอดเลือดบริเวณเต้านมขยายตัว เพิ่มปริมาณน้ำนม และส่งเสริมการไหลของน้ำนม ซึ่งช่วยให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย (Chanetiyoung, 2018; Charoenrueangdet et al., 2013)

ทั้งนี้การดูแลหญิงหลังคลอดของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี มีการบูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทยเข้ากับการดูแลหลังคลอด ซึ่งมีการนวดเต้านมกระตุ้นการไหลของ

น้ำนมในหญิงหลังคลอด ลดอาการคัดตึง ลดความเจ็บปวด และช่วยให้แม่รู้สึกผ่อนคลาย อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาผลของการนวดเต้านมกระตุ้นการไหลของน้ำนมอย่างเป็นรูปธรรม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการนวดกระตุ้นเต้านมต่อความคัดตึงเต้านม การไหลของน้ำนม และความเจ็บปวดเต้านม โดยศึกษาย้อนหลังในหญิงหลังคลอดที่มารับบริการนวดเต้านมกระตุ้นการไหลของน้ำนมระหว่างเดือน ตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 เพื่อนำข้อมูลมาเป็นแนวทางพัฒนางานการแพทย์แผนไทยเพื่อการดูแลหญิงหลังคลอด ให้เกิดความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

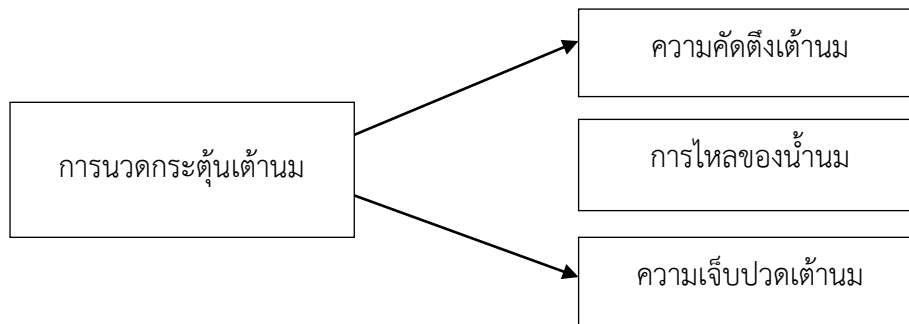
1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความคัดตึงเต้านมของหญิงหลังคลอดก่อนและหลังได้รับการนวดกระตุ้นเต้านม
2. เพื่อเปรียบเทียบการไหลของน้ำนมของหญิงหลังคลอดก่อนและหลังได้รับการนวดกระตุ้นเต้านม
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดเต้านมของหญิงหลังคลอดก่อนและหลังได้รับการนวดกระตุ้นเต้านม

สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis)

1. ระดับความคัดตึงเต้านมของหญิงหลังคลอดหลังได้รับการนวดกระตุ้นเต้านมลดลง
2. การไหลของน้ำนมของหญิงหลังคลอดหลังได้รับการนวดกระตุ้นเต้านมดีขึ้น
3. ระดับความเจ็บปวดเต้านมของหญิงหลังคลอดหลังได้รับการนวดกระตุ้นเต้านมลดลง

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)

การวิจัยนี้ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับผลของการนวดกระตุ้นเต้านมต่อความคัดตึงเต้านม การไหลของน้ำนม และความเจ็บปวดเต้านม ในหญิงหลังคลอดโดยแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากระบบบันทึกข้อมูลการให้บริการหญิงหลังคลอดที่มารับบริการนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนมหลังคลอด ณ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ระหว่างเดือนตุลาคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ข้อมูลประกอบด้วย อายุ สิทธิการรักษา ความคัดตึงเต้านม การไหลของน้ำนม และความเจ็บปวดเต้านม ซึ่งกำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

การวิจัยนี้มีรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ หญิงหลังคลอดที่มารับบริการนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนมโดยแพทย์แผนไทย ณ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้การคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power โดยเลือกใช้สถิติทดสอบ t-test สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มเดียวก่อนและหลังการได้รับการนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนม (Difference between two dependent means) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 ทั้งนี้ กำหนดค่า Effect size เท่ากับ 0.2 อ้างอิงตามแนวทางของ Cohen (1988) ที่จัดอยู่ในระดับขนาดอิทธิพลเล็ก (small effect size) เหมาะสมกับการศึกษาทางคลินิกที่คาดหวังการเปลี่ยนแปลงของสภาพเต้านมและการไหลของน้ำนมในระดับเล็กแต่มีความหมายทางคลินิก จากการคำนวณพบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 199 ราย จากนั้นผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยคัดเลือกหญิงหลังคลอดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 243 ราย ซึ่งมากกว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่คำนวณไว้ ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความเพียงพอและเพิ่มความเชื่อมั่นในการวิเคราะห์ผลทางสถิติ

เกณฑ์คัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่ หญิงหลังคลอดที่มีผลการประเมินก่อน-หลังนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนมหลังคลอด ครบทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วย (1) ความคัดตึงเต้านม (2) การไหลของน้ำนม และ (3) ความเจ็บปวดเต้านม การวิจัยในครั้งนี้ไม่ได้กำหนดช่วงอายุของหญิงหลังคลอด เนื่องจากการเก็บข้อมูลย้อนหลัง จึงมุ่งเน้นไปที่วัตถุประสงค์หลักในการศึกษาผลของการนวดกระตุ้นเต้านมต่อการไหลของน้ำนมในหญิงหลังคลอด ด้านความคัดตึงเต้านม การไหลของน้ำนม และความเจ็บปวดเต้านม

เท่านั้น ทั้งนี้ด้านมของหญิงหลังคลอดอาจมีความเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงอายุ แต่ความแตกต่างหลักอาจไม่ได้มาจากอายุโดยตรง แต่มาจากปัจจัยส่วนบุคคล เช่น การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน การให้นมบุตร กรรมพันธุ์ และลักษณะร่างกายเดิม ซึ่งส่งผลให้ขนาดและรูปร่างของเต้านมเปลี่ยนแปลงไป และอาจแตกต่างกันในแต่ละบุคคลหลังการให้นมบุตร ส่วนเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ หญิงหลังคลอดที่มารับบริการนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนมหลังคลอดโดยแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ที่มีผลการประเมินไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research Instruments)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบบันทึกข้อมูลการประเมินผลการนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนมหลังคลอด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีเนื้อหา 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ และสิทธิการรักษา

ส่วนที่ 2 การประเมินผลการนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนมหลังคลอด ประกอบด้วย ความคัดตึงเต้านม การไหลของน้ำนม และความเจ็บปวดเต้านม ก่อนและหลังการนวด

2.1 เกณฑ์การประเมินความคัดตึงเต้านม

แบบวัดระดับคัดตึงเต้านม Six-point breast engorgement scale โดยแบ่งระดับอาการคัดตึงเต้านมเป็น 6 ระดับ (Nootara et al., 2022) ได้แก่ คะแนน 1 หมายถึง เต้านมนุ่ม ไม่มีการเปลี่ยนแปลง คะแนน 2 หมายถึง เต้านม เปลี่ยนแปลงเล็กน้อย คะแนน 3 หมายถึง เต้านมคัดตึง กดไม่เจ็บ คะแนน 4 หมายถึง เต้านมคัดตึง กดเจ็บเล็กน้อย คะแนน 5 หมายถึง เต้านมคัดตึง กดเจ็บ และคะแนน 6 หมายถึง เต้านมคัดตึง กดเจ็บมาก

2.2 เกณฑ์การประเมินการไหลของน้ำนม

การประเมินการไหลของน้ำนม ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้วางห่างจากหัวนมประมาณ 1 นิ้ว แล้วกดปลายนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ เข้าหาผนังหน้าอก และบีบนิ้วทั้งสองเข้าหากันประเมินการไหล ของน้ำนมหลังจากมารดานวดเต้านมเสร็จประมาณ 30 นาทีของการประเมินในแต่ละครั้ง (Masae et al., 2019) โดยแบ่งระดับการไหลของน้ำนมเป็น 5 ระดับ ได้แก่ คะแนน 0 ไม่ไหล หมายถึง บีบน้ำนมแล้วน้ำนมไม่ไหลออกมา คะแนน 1 ไหลน้อย หมายถึง บีบน้ำนมแล้วมีน้ำนมไหลซึมออกมา ไม่เป็นหยด คะแนน 2 เริ่มไหล หมายถึง บีบน้ำนมแล้วมีน้ำนมใส ๆ หรือเหลืองใส ออกมา 1-2 หยด คะแนน 3 ไหลแล้ว หมายถึง บีบน้ำนมแล้วมีน้ำนมใส ๆ หรือเหลืองใสไหลออกมามากกว่า 2 หยด แต่ไม่พุ่ง และคะแนน 4 ไหลดี หมายถึง บีบน้ำนมแล้วพุ่งมากกว่า 5 หยด

2.3 เกณฑ์การประเมินความเจ็บปวดเต้านม

เครื่องมือวัดความเจ็บปวดเต้านมเป็นแบบ Numerical rating scale (NRS) (Nootara et al., 2022) โดยใช้มาตราวัดแบบตัวเลขต่อเนื่องกัน จาก 0 – 10 คะแนน ได้แก่ คะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย คะแนน 1-3 หมายถึง ปวดเล็กน้อย คะแนน 4-7 หมายถึง ปวดปานกลาง และ คะแนน 8-10 หมายถึง ปวดรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย (Validation of Instruments)

แบบบันทึกข้อมูลผ่านการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัย การพยาบาล และการแพทย์แผนไทย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา และให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence; IOC) พบว่าแบบบันทึกข้อมูลมีค่ามากกว่า 0.5 ทุกข้อ จึงนำมาใช้เก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

- 1) ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชและขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เพื่อดำเนินการวิจัย
- 2) เมื่อได้รับการอนุญาต ผู้วิจัยประสานงานเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนมหลังคลอดโดยแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567 จากระบบข้อมูลของกลุ่มงานฯ โดยคัดเลือกข้อมูลที่สมบูรณ์เพื่อนำมาศึกษาวิจัย
- 3) นำข้อมูลที่คัดเลือกได้ มาจัดเรียงข้อมูลเป็นหมวดหมู่ บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลของโปรแกรม Excel ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อประเมินความคัดติงเต้านม การไหลของน้ำนม และความเจ็บปวดเต้านม โดยใช้สถิติพรรณนาด้วยการหาค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentile) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และทดสอบความแตกต่างก่อนและหลังการนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนมหลังคลอดด้วยสถิติ paired t-test

จริยธรรมการวิจัย (Research Ethics)

ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เลขที่รับรอง KNH 06/2568 เมื่อวันที่ 14 มกราคม 2568 โดยดำเนินการเก็บรักษาความลับของข้อมูลรายบุคคล และนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย (Results)

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาวิจัยพบว่ามีข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก และมีความครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 243 ราย ซึ่งนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ผลการวิจัย โดยผลการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ พบว่า อายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20 - 34 ปี จำนวน 179 คน (ร้อยละ 73.66) และสิทธิการรักษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสังคม จำนวน 101 คน (ร้อยละ 41.56) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 243)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
- 15 - 19 ปี	35	14.40
- 20 - 34 ปี	179	73.66
- 35 ปี ขึ้นไป	29	11.94
Min = 15, Max = 45, Mean = 26.47, S.D. = 6.10		
สิทธิการรักษา		
- ประกันสังคม	101	41.56
- บัตรทองนอกเขต	36	14.81
- บัตรทองในเขต	83	34.16
- ชำระเงินเอง	9	3.70
- เบิกจ่ายตรง	7	2.90
- บัตรทอง	4	1.64
- เบิกต้นสังกัด	2	0.82
- ต่างดาว	1	0.41

2. ผลการประเมินผลการนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนมหลังคลอด

การประเมินผลความคัดตึงเต้านม การไหลของน้ำนม และความเจ็บปวดเต้านม ก่อนและหลังการนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนมหลังคลอด ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 243 คน พบผลการวิจัยดังนี้

2.1 ความคัดตึงเต้านม

กลุ่มตัวอย่างมีความคัดตึงเต้านม ก่อนการนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนมหลังคลอด ส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับ 1 คะแนน (เต้านมนุ่ม ไม่มีการเปลี่ยนแปลง) จำนวน 189 คน (ร้อยละ 77.78) รองลงมา คือ ระดับ 3 คะแนน (เต้านมคัดตึง กดไม่เจ็บ) จำนวน 25 คน (ร้อยละ 10.30) ระดับ 4 คะแนน (เต้านมคัดตึง กดเจ็บเล็กน้อย) จำนวน 11 คน (ร้อยละ 4.52) ระดับ 2 คะแนน (เต้านมเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย) จำนวน 10 คน (ร้อยละ 4.11) ระดับ 5 คะแนน (เต้านมคัดตึง กดเจ็บ) จำนวน 7 คน (ร้อยละ 2.88) และระดับ 6 คะแนน (เต้านมคัดตึง กดเจ็บมาก) จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.41) ตามลำดับ หลังจากได้รับการนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนมหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคัดตึงเต้านม อยู่ที่ระดับ 1 คะแนน (เต้านมนุ่ม ไม่มีการเปลี่ยนแปลง) จำนวน 219 คน (ร้อยละ 90.12) รองลงมา คือ ระดับ 2 คะแนน (เต้านมเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย) 19 คน (ร้อยละ 7.82) และระดับ 3 คะแนน (เต้านมคัดตึง กดไม่เจ็บ) จำนวน 5 คน (ร้อยละ 2.06) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความคัดตึงเต้านมก่อนและหลังการนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนมหลังคลอด (n = 243)

ระดับความคัดตึงเต้านม	ก่อนการนวดเต้านม		หลังการนวดเต้านม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- เต้านมนุ่ม ไม่มีการเปลี่ยนแปลง (คะแนน 1)	189	77.78	219	90.12
- เต้านม เปลี่ยนแปลงเล็กน้อย (คะแนน 2)	10	4.11	19	7.82
- เต้านมคัดตึง กดไม่เจ็บ (คะแนน 3)	25	10.30	5	2.06
- เต้านมคัดตึง กดเจ็บเล็กน้อย (คะแนน 4)	11	4.52	0	0.00
- เต้านมคัดตึง กดเจ็บ (คะแนน 5)	7	2.88	0	0.00
- เต้านมคัดตึง กดเจ็บมาก (คะแนน 6)	1	0.41	0	0.00
Mean $\pm$ S.D.	1.52 $\pm$ 1.08		1.12 $\pm$ 0.38	

2.2 การไหลของน้ำนม

ก่อนการนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนมหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการไหลของน้ำนม อยู่ที่ระดับ 3 คะแนน (ปับน้ำนมแล้วมีน้ำนมใส่ หรือเหลือใสไหลออกมามากกว่า 2 หยด แต่ไม่พุ่ง)

จำนวน 98 คน (ร้อยละ 40.33) รองลงมา คือ ระดับ 2 คะแนน (บีบน้ำนมแล้วมีน้ำนมใสๆ หรือเหลืองใส ออกมา 1-2 หยด) จำนวน 73 คน (ร้อยละ 30.04) ระดับ 1 คะแนน (บีบน้ำนมแล้วมีน้ำนมไหลซึมออกมา ไม่เป็นหยด) จำนวน 39 คน (ร้อยละ 16.04) ระดับ 0 คะแนน (บีบน้ำนมแล้วน้ำนมไม่ไหลออกมา) จำนวน 31 คน (ร้อยละ 12.76) และระดับ 4 คะแนน (บีบน้ำนมแล้วพุ่งมากกว่า 5 หยด) จำนวน 2 คน (ร้อยละ 0.83) ตามลำดับ หลังจากได้รับการนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนมหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการไหลของน้ำนม อยู่ที่ระดับ 4 คะแนน (บีบน้ำนมแล้วพุ่งมากกว่า 5 หยด) จำนวน 101 คน (ร้อยละ 41.58) รองลงมา คือ ระดับ 3 คะแนน (บีบน้ำนมแล้วมีน้ำนมใสๆ หรือเหลืองไหล ออกมามากกว่า 2 หยด แต่ไม่พุ่ง) จำนวน 72 คน (ร้อยละ 29.62) ระดับ 2 คะแนน (บีบน้ำนมแล้วมีน้ำนมใสๆ หรือเหลืองใส ออกมา 1-2 หยด) จำนวน 38 คน (ร้อยละ 15.63) และระดับ 1 คะแนน (บีบน้ำนมแล้วมีน้ำนม ไหลซึมออกมา ไม่เป็นหยด) จำนวน 32 คน (ร้อยละ 13.17) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการไหลของน้ำนม ก่อนและหลังการนวด เต้านมกระตุ้นน้ำนมหลังคลอด (n = 243)

ระดับการไหลของน้ำนม	ก่อนการนวดเต้านม		หลังการนวดเต้านม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- บีบน้ำนมแล้วน้ำนมไม่ไหลออกมา (คะแนน 0)	31	12.76	0	0.00
- บีบน้ำนมแล้วมีน้ำนมไหลซึมออกมา ไม่เป็นหยด (คะแนน 1)	39	16.04	32	13.17
- บีบน้ำนมแล้วมีน้ำนมใสๆ หรือเหลืองใส ออกมา 1-2 หยด (คะแนน 2)	73	30.04	38	15.63
- บีบน้ำนมแล้วมีน้ำนมใสๆ หรือเหลืองใสไหล ออกมามากกว่า 2 หยด แต่ไม่พุ่ง (คะแนน 3)	98	40.33	72	29.62
- บีบน้ำนมแล้วพุ่งมากกว่า 5 หยด (คะแนน 4)	2	0.83	101	41.58
Mean $\pm$ S.D.	2.00 $\pm$ 1.06		3.00 $\pm$ 1.05	

2.3 ความเจ็บปวดเต้านม

ก่อนการนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนมหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเจ็บปวด เต้านม เท่ากับ 0 คะแนน (ไม่ปวดเลย) จำนวน 226 คน (ร้อยละ 93.00) รองลงมา คือ 3 คะแนน (ปวดเล็กน้อย) จำนวน 7 คน (ร้อยละ 2.89) และ 1 คะแนน (ปวดเล็กน้อย) จำนวน 4 คน (ร้อยละ 1.65) ตามลำดับ หลังจากได้รับการนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนมหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 243 คน (ร้อยละ 100.00) มีความเจ็บปวดเต้านม อยู่ที่ 0 คะแนน (ไม่ปวดเลย) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเจ็บปวดเต้านม ก่อนและหลังการนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนมหลังคลอด (n = 243)

ระดับคะแนน	ก่อนการนวดเต้านม		หลังการนวดเต้านม		ระดับความเจ็บปวดเต้านม
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
คะแนน 0	226	93.00	243	100.00	ไม่ปวดเลย
คะแนน 1	4	1.65	0	0.00	ปวดเล็กน้อย
คะแนน 2	1	0.41	0	0.00	ปวดเล็กน้อย
คะแนน 3	7	2.89	0	0.00	ปวดเล็กน้อย
คะแนน 4	1	0.41	0	0.00	ปวดปานกลาง
คะแนน 5	0	0.00	0	0.00	ปวดปานกลาง
คะแนน 6	1	0.41	0	0.00	ปวดปานกลาง
คะแนน 7	1	0.41	0	0.00	ปวดปานกลาง
คะแนน 8	2	0.82	0	0.00	ปวดรุนแรง
คะแนน 9	0	0.00	0	0.00	ปวดรุนแรง
คะแนน 10	0	0.00	0	0.00	ปวดรุนแรง
Mean $\pm$ S.D.	0.25 $\pm$ 1.09		0 $\pm$ 0.00		

เมื่อทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความคัดตึงเต้านม การไหลของน้ำนม และความเจ็บปวดเต้านม ก่อนและหลังการนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนมหลังคลอดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 243 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของความคัดตึงเต้านมก่อนการนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนมหลังคลอด เท่ากับ 1.52 (Mean = 1.52, S.D. = 1.08) ส่วนค่าเฉลี่ยของความคัดตึงเต้านมหลังการนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนมหลังคลอด เท่ากับ 1.12 (Mean = 1.12, S.D. = 0.38) ค่าเฉลี่ยการไหลของน้ำนมก่อนการนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนมหลังคลอด เท่ากับ 2.00 (Mean = 2.00, S.D. = 1.06) ส่วนค่าเฉลี่ยการไหลของน้ำนมหลังการนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนมหลังคลอด เท่ากับ 3.00 (Mean = 3.00, S.D. = 1.05) และพบว่าค่าเฉลี่ยของความเจ็บปวดเต้านมก่อนการนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนมหลังคลอด เท่ากับ 0.25 (Mean = 0.25, S.D. = 1.09) ส่วนค่าเฉลี่ยของความเจ็บปวดเต้านมหลังการนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนมหลังคลอด เท่ากับ 0.00 (Mean = 0.00, S.D. = 0.00) เมื่อนำมาเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของความเจ็บปวดเต้านมก่อนและหลังการนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนมหลังคลอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบสถิติ paired t-test ของความคัดตึงเต้านม การไหลของน้ำนม และความเจ็บปวดเต้านม ก่อนและหลังการนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนมหลังคลอด (n = 243)

ระดับความคัดตึงเต้านม	ก่อนการนวดเต้านม		หลังการนวดเต้านม		t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ความคัดตึงเต้านม	1.52	1.08	1.12	0.38	6.874	242	5.254
การไหลของน้ำนม	2.00	1.06	3.00	1.05	-60.157	242	1.502
ความเจ็บปวดเต้านม	0.25	1.09	0.00	0.00	3.546	242	0.000*

* $p < 0.05$

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคัดตึงเต้านมลดลงหลังได้รับการนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนม โดยจำนวนผู้ที่มึเต้านมนุ่มและไม่มีการเปลี่ยนแปลง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 77.78 เป็นร้อยละ 90.12 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการนวดเต้านมมีประสิทธิภาพในการช่วยลดความคัดตึงของเต้านมได้ และหลังจากได้รับการนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนม หญิงหลังคลอดมีระดับการไหลของน้ำนมเพิ่มขึ้น จากเดิมที่ส่วนใหญ่มีน้ำนมไหลในระดับปานกลาง (ระดับ 2-3 คะแนน) กลายเป็นส่วนใหญ่มีน้ำนมพุ่งมากกว่า 5 หยด (ระดับ 4 คะแนน) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการนวดเต้านมมีผลเชิงบวกต่อกระบวนการหลังและระบายน้ำนมอย่างชัดเจน กลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่มีอาการปวดเต้านมก่อนได้รับการนวดกระตุ้นน้ำนม ยังพบว่าหลังการนวดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีอาการปวดเลย

แม้ผลการทดสอบความแตกต่างทางสถิติจะพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแค่เพียงเรื่องของความปวดเต้านมหลังการนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนมลดลง ($p < 0.05$) แต่ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Munsittikul et al. (2022) ที่รายงานว่า การนวดเต้านมแบบบูรณาการสามารถลดระดับความคัดตึงและช่วยให้ท่อน้ำนมเปิดได้ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลทั่วไป ส่งผลให้มารดา มีความเจ็บปวดลดลงและน้ำนมไหลดีขึ้น นอกจากนี้ Anderson et al. (2019) ยังรายงานว่า การนวดเต้านมเชิงบำบัด (Therapeutic breast massage) ช่วยเพิ่มการระบายน้ำนม ลดภาวะเต้านมคัดตึง และลดความเสี่ยงของการเกิดท่อน้ำนมอุดตัน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของความเจ็บปวดในหญิงหลังคลอด ผลลัพธ์นี้ยังสอดคล้องกับแนวทางของ Zakarija-Grković and Stewart (2020) ที่ระบุว่า การกระตุ้นเต้านมด้วยมือหรือการนวดเบา ๆ หลังการให้นม ช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดและน้ำเหลืองในเนื้อเต้านม ซึ่งส่งผลให้การระบายน้ำนมมีประสิทธิภาพและลดการคั่งค้างของน้ำนมภายในถุงน้ำนม

ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการนวดด้านมกระตุ้นน้ำนมเป็นวิธีที่มีความปลอดภัย ไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดเพิ่มเติมในหญิงหลังคลอด ผลที่ไม่พบความเจ็บปวดหลังการนวดอาจอธิบายได้จากลักษณะของเทคนิคการนวดที่เน้นการกระตุ้นอย่างอ่อนโยนตามแนวทางมาตรฐาน ไม่ใช่แรงกดมากเกินไป การนวดเต้านมที่ทำอย่างถูกวิธีช่วยส่งเสริมการไหลเวียนของเลือด กระตุ้นการหลั่งออกซิโตซิน และส่งเสริมการไหลของน้ำนมโดยไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดหรือบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อเต้านม การนวดเต้านมโดยใช้เทคนิคที่ถูกต้องไม่เพียงแต่ไม่เพิ่มระดับความเจ็บปวด แต่ยังมีแนวโน้มช่วยลดความรู้สึกไม่สบายหรืออาการตึงบริเวณเต้านมได้ด้วย นอกจากนี้การนวดเต้านมยังช่วยให้เกิดการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลืองที่ดีขึ้น ลดการคั่งของน้ำนมและบวม ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการปวดเต้านมหลังคลอด (Nuampa et al., 2020; Nettiawan, 2021) ในด้านความเจ็บปวด ผลการศึกษานี้พบว่าการนวดเต้านมมีแนวโน้มช่วยลดระดับความเจ็บปวดเต้านมที่เกิดจากความคัดตึงได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lin et al. (2023) ที่พบว่าการทำกายภาพบำบัดร่วมกับการนวดเต้านมช่วยลดคะแนนความเจ็บปวดอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม อีกทั้งยังช่วยให้การผลิตน้ำนมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงสัปดาห์แรกหลังคลอด

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนมหลังคลอดมีประสิทธิผลต่อสภาพเต้านมของมารดาในหลายด้าน ได้แก่ ลดความคัดตึงเต้านม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคัดตึงลดลงอย่างชัดเจน หลังได้รับการนวดกระตุ้นน้ำนม โดยจากเดิมที่พบระดับคัดตึงเต้านมในหลายระดับกลายเป็นส่วนใหญ่มีเต้านมนุ่มไม่คัดตึง ทั้งยังเพิ่มการไหลของน้ำนม โดยก่อนการนวดกระตุ้นเต้านมหญิงหลังคลอดส่วนใหญ่มีน้ำนมไหลเพียงเล็กน้อย แต่หลังการนวดพบว่าร้อยละ 41.58 มีการไหลของน้ำนมในระดับสูงสุด (พุงมากกว่า 5 หยด) แสดงถึงการกระตุ้นกลไกการหลั่งน้ำนมได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังช่วยลดหรือไม่เพิ่มความเจ็บปวด โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีอาการปวดเต้านมหลังการนวดสะท้อนถึงความปลอดภัยของวิธีการนี้ และความเหมาะสมในการนำไปใช้จริงในสถานบริการสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ที่พบอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น การได้รับคำแนะนำด้านการให้นมบุตร การดูแลตนเองหลังคลอด และพฤติกรรมการให้นมของมารดา ซึ่งเป็นการดูแลตามแนวปฏิบัติมาตรฐานที่กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับในลักษณะเดียวกัน ปัจจัยดังกล่าวอาจมีส่วนช่วยเสริมให้การไหลของน้ำนมดีขึ้นและลดความไม่สบายบริเวณเต้านม อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้พยายามควบคุมปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการคัดตึงเต้านม การไหลของน้ำนม และความเจ็บปวดเต้านม ให้มีความใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการนวดเต้านมรูปแบบอื่น ไม่ได้รับการประคบสมุนไพร หรือการใช้สมุนไพรและอาหารเสริมน้ำนมเพิ่มเติมนอกจากการดูแลตามมาตรฐานของสถานบริการ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับคำแนะนำด้านการให้นมบุตรและการดูแลตนเองหลังคลอดในลักษณะเดียวกัน

เพื่อป้องกันอิทธิพลของปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อผลลัพธ์ของการศึกษา เพื่อให้ผลที่เกิดขึ้นสะท้อนผลของการนวดเต้านมกระตุ้นน้ำนมเป็นหลัก

ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดทางการแพทย์แผนไทย ซึ่งให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูสมดุลธาตุในช่วงหลังคลอด เชื่อว่าการนวดเป็นวิธีการปรับสมดุลธาตุที่สำคัญ ช่วยให้เลือดและน้ำเหลืองไหลเวียนดีขึ้น กระตุ้นการทำงานของต่อมน้ำนม และเปิดเส้นน้ำนมให้ไหลได้สะดวกขึ้น (Disakorn et al., 2024; Kricha et al., 2024) โดยเฉพาะธาตุลมและธาตุน้ำที่เกี่ยวข้องกับระบบไหลเวียนและการสร้างน้ำนม ตามคัมภีร์เวชศึกษากล่าวว่าสมุฏฐานการเกิดอาการเต้านมคัดคือ พิกัดเสมหะ (ธาตุน้ำ) กำเริบร่วมกับพิกัดวาตะ (ธาตุลม) หย่อนเมื่อไม่มีแรงขับเคลื่อนให้น้ำนมไหลออกมา เกิดการคั่งของน้ำนมในเต้านมและทำให้มีอาการปวดขึ้น (Prince of Songkla University, 2017) ในอดีตเมื่อหญิงหลังคลอดมีอาการเต้านมคัด หมอตำแยจะใช้นวดไทยตามทฤษฎีแพทย์แผนไทย กล่าวถึงเส้นประธานสิบที่เกี่ยวข้องกับการไหลเวียนโลหิตรอบๆ เต้านมคือ เส้นสหัสรังษีผ่านหัวนมซ้าย และเส้นทวารีผ่านหัวนมขวา หลังจากนั้นใช้ลูกประคบสมุนไพรที่มีสรรพคุณคลายกล้ามเนื้อมาประคบเพื่อช่วยลดอาการคัดเต้านม (Thianthongdee & Sitthithanyakit, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของสุภลักษณ์ เนตรทิพย์ ที่ศึกษาผลของการนวดน้ำมันและประคบสมุนไพรในหญิงหลังคลอดที่มีภาวะเต้านมคัด ณ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเสนา อำเภอสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะคัดตึงเล็กน้อยเต้านมเริ่มตึงกดนุ่ม ไม่พบบวมแดงร้อน ไม่มีไข้ ปิบน้ำนมออก หลังจากได้รับการรักษาและทำการประเมินอาการคัดเต้านม พบว่า ส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการปวดอยู่ในระดับรุนแรง (Severe pain) หลังจากที่ได้รับการรักษา พบว่ามีอาการปวดลดลงอยู่ที่ระดับน้อย (Mild pain) แสดงให้เห็นว่าการนวดน้ำมันและประคบสมุนไพรในหญิงหลังคลอดที่มีภาวะเต้านมคัด สามารถลดระดับการคัดเต้านมและลดระดับอาการเจ็บปวดในหญิงหลังคลอดได้ (Nettipawan, 2021) นอกจากนี้ การนวดเต้านมยังมีบทบาทสำคัญในด้านการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก เนื่องจากการที่มารดามีน้ำนมเพียงพอและไหลอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ทารกดูดนมได้ง่าย ส่งผลต่อภาวะโภชนาการที่เหมาะสม ลดโอกาสการหยุดให้นมก่อนเวลาอันควร ทั้งยังช่วยลดภาวะแทรกซ้อน เช่น เต้านมอักเสบ หรือต่อมน้ำนมอุดตัน ซึ่งเป็นปัญหาพบบ่อยในช่วงหลังคลอด (Ahn et al., 2021)

ดังนั้น ผลการวิจัยนี้ยืนยันว่า การนวดเต้านมตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยเป็นวิธีที่ปลอดภัย ได้ผลจริง และเหมาะสมอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมสุขภาพหญิงหลังคลอด สามารถนำไปบูรณาการในงานบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะในคลินิกแม่และเด็ก หรือคลินิกการแพทย์แผนไทย เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการให้นมบุตรได้อย่างยั่งยืน ยิ่งไปกว่านั้นหากมีการนำ

การแพทย์แผนไทยมาใช้ดูแลสุขภาพของมารดาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ หรือดูแลแบบบูรณาการร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ครอบคลุม ทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ (Somsap, 2023) อันจะส่งผลให้ธาตุทั้ง 4 ได้แก่ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม และธาตุไฟในร่างกายที่เปลี่ยนแปลงอย่างเสถียรไม่ได้ในระยะตั้งครรภ์ ทั้งการมีน้ำหนักร่างกายเพิ่มขึ้น อาการบวมตามมือและเท้า เหงื่อออกมาก และปัสสาวะบ่อย พะอืดพะอม หาวเรอ คลื่นไส้อาเจียน แน่น อึดอัดท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ ที่การแพทย์แผนไทยเรียกว่า แพ้ท้อง ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ หน้ามืด และเป็นลมง่าย มีจิตอารมณ์ที่เกิดความตื่นเต้น ตีใจ วิตกกังวล กลัว หัวใจทำงานเพิ่ม โดยเต้นเร็วและแรง ทำให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปอย่างสมดุล ด้วยการปรับธาตุทั้ง 4 ในร่างกาย โดยใช้คำสอนที่อิงพระพุทธศาสนาหรือการเจริญสติ การนวดไทย การประคบด้วยสมุนไพรไทย การใช้อาหารและยาสมุนไพร การบริหารร่างกาย เช่น ท่าฤๅษีดัดตน (Kricha et al., 2024) ซึ่งการดูแลทั้งหมดจะครอบคลุมทั้งร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณสตรีตั้งครรภ์ ให้สตรีตั้งครรภ์ดำรงชีวิตอย่างสมดุลและมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดจากองค์ความรู้ของทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย

ข้อเสนอแนะในการวิจัย (Suggestions)

1. นำข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ไปวางแผนการประเมินผลการดูแลหญิงหลังคลอดด้วยการนวดกระตุ้นการไหลของน้ำนมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ลดปัญหาการเกิดภาวะน้ำนมไม่ไหลหรือไหลน้อยในหญิงหลังคลอด
2. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำศาสตร์ทางการแพทย์แผนไทยมาพัฒนาการดูแลหญิงหลังคลอด ให้เกิดความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป
3. นำข้อมูลไปเป็นแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการของทารกผ่านการดำเนินงานทางการแพทย์แผนไทย กระตุ้นการถ่ายทอดความรักความผูกพันที่แม่มีต่อทารก เสริมสร้างภูมิคุ้มกันต้านต่อเชื้อโรคลดโอกาสการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตของทารก

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณงานห้องคลอด และกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ผู้บริหาร และบุคลากรทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานวิจัยนี้ให้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (References)

- Anderson, L., Kynoch, K., Kildea, S., & Lee, N. (2019). Effectiveness of breast massage for the treatment of women with breastfeeding problems: A systematic review. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 17(8), 1668–1694. <https://doi.org/10.11124/JBISIRIR-2017-003932>
- Ahluwalia, I. B., Morrow, B., & Hsia, J. (2005). Why do women stop breastfeeding? findings from the pregnancy risk assessment and monitoring system. *Pediatrics*, 116(6), 1408–1412. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0013>
- Ahn, S., Kim, J., & Cho, J. (2011). Effects of breast massage on breast pain, breast-milk sodium, and newborn suckling in early postpartum mothers. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 41(4), 451–459. <https://doi.org/10.4040/jkan.2011.41.4.451>
- Chanetiyoung, A. (2018). The effects of breast massage and hot compress on stimulating of milk flow in postpartum mothers at Phusing Hospital, Srisaket Province. *Journal of Traditional Thai Medical Research*, 4(1), 41–52. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ttm/article/view/254036> (in Thai)
- Charoenrueangdet, K., Anuchitchanchai, J., Promchote, N., & Sunthornwiset. (2013). The effectiveness of breast massage and breast compression using a baby diaper moistened with warm water in stimulating fast breast milk flow among postpartum mothers during the first two hours after delivery. *Uttaradit Hospital Medical Journal*, 28(3), 24–36. <http://110-170-189-210.static.asianet.co.th/articles/2143> (in Thai)
- Department of Health. (2022). *Protection, promotion, and support of breastfeeding*. https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2565-F/IDC1_7/opdc_2565_IDC1-17_18.pdf (in Thai)
- Department of Health. (2025, February 26). *Breast milk is beneficial: The Department of Health recommends that infants from birth to six months be exclusively breastfed*. <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/26022568/> (in Thai)

- Disakorn, S., Summart, U., Songthamwat, S., & Songthamwat, M. (2024). Effects of the therapeutic breast massage on the milk ejection of postpartum mothers: A randomized controlled trial. *KKU Journal for Public Health Research*, 17(2), 1–10. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/268795> (in Thai)
- Kricha, S., Chiangthong, A., Thianthongdee, P., Nilpetch, W., Apichariyatham, T., & Jernsirisakpong, P. (Eds.). (2024). *Guideline manual for maternal and infant health care using Thai Traditional Medicine: Pre-pregnancy, pregnancy, labor, and postpartum periods*. The Institute of Thai Traditional Medicine, Department of Thai Traditional and Alternative Medicine. <https://shorturl.asia/2G59o> (in Thai)
- Lin, K. Y., Shao, W., Tsai, Y. J., Yang, J. F., & Wu, M. H. (2023). Physical therapy intervention for breast symptoms in lactating women: A randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 792. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06114-2>
- Masae, M., Kala, S., & Chatchawet, W. (2019). Effect of self-breast massage program on milk ejection of first-time mothers. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 11(3), 1-14. <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/134150> (in Thai)
- Munsittikul, N., Tantaobharse, S., Siripattanapipong, P., Wutthigate, P., Ngercham, S., & Yangthara, B. (2022). Integrated breast massage versus traditional breast massage for treatment of plugged milk duct in lactating women: A randomized controlled trial. *International Breastfeeding Journal*, 17(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s13006-022-00485-6>
- Nawawongkhampa, T. (2013). *Results of the comparison of breast massage to stimulate milk flow sensitivity performed by husbands, nursing staff, and postpartum women themselves, as well as the reduction of stress levels among postpartum women*. Uttaradit Hospital. <https://mednacea.ict.mahidol.ac.th/project/2556000019> (in Thai)
- Nettipawan, S. (2021). The effect of oil massage and herbal compress in the mother after the birth of breast-feeding hospital clinics in Sena Hospital, Sena district, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. *PTU Journal of Science and Technology*, 2(2), 56–70. <https://ph01.tci-thaijo.org/index.php/PTUJST/article/view/245304> (in Thai)

- Nootara, K., Panthong, S., & Wongtao, C. (2022). Postpartum mothers: The effectiveness of a Thai herbal compress with nano fabrics on breast engorgement and milk ejection. *Journal of Nursing and Education*, 15(4), 57-68. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/article/view/256590/174996> (in Thai)
- Nuampa, S., Tangsuksan, P., Jitima, V., & Nguycharoen, G. (2020). Breast massage for breastfeeding promotion and problem solving: Evidence-based nursing practice. *Nursing Science Journal of Thailand*, 38(3), 4-21. <https://repository.li.mahidol.ac.th/server/api/core/bitstreams/be5fd373-7afb-48d9-95e3-8fae30d2646f/content> (in Thai)
- Prince of Songkla University, Faculty of Traditional Thai Medicine. *Breast engorgement in Thai Traditional Medicine practice guidelines* (3rd ed.). Prince of Songkla University.
- Somsap, Y. (2023). Thai traditional medicine: Application for caring pregnant women. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 17(2), 507-520. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/261446/179353> (in Thai)
- Thianthongdee, P., & Sitthithanyakit, K. (Eds.). (2017). *Textbook of Thai Midwifery Wisdom*. Department of Thai Traditional and Alternative Medicine. (in Thai)
- Thongtae, W., Chaiwongsa, K., & Chansawang, P. Development of Clinical Nursing Practice Guidelines to Promote Milk Flowin Postpartum Mothers, Sawangdaendin Crown Prince Hospital. *Nursing, Health, and Education Journal*, 7(1), 64-75. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/article/view/267351/183373> (in Thai)
- Watcharaphao, N., Chokdee, P., Chukwan, S., & Kukjit, W. (2022). The comparison of lactation induction efficacy between manual breast pumps and electric breast pumps in isolated postpartum mothers after labor the tertiary care Uttaradit Hospital. *Health Science Clinical Research*, 37(1), 58-70. <https://doi.org/10.1016/hscr.v37i1.256897> (in Thai)
- Zakarija-Grković, I., & Stewart, F. (2020). Treatments for breast engorgement during lactation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(9), CD006946. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006946.pub4>

การพัฒนาการจัดการศึกษาด้านเวชระเบียนในประเทศไทย

สิริอร บัวระพา

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย 11150

ผู้รับผิดชอบบทความ E-mail: sirior@kmpht.ac.th

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทบทวนพัฒนาการของการจัดการศึกษาด้านเวชระเบียนในประเทศไทย และสะท้อนแนวโน้มการพัฒนาหลักสูตรในอนาคต โดยนำเสนอภาพรวมของการเปลี่ยนแปลงด้านการจัดการศึกษาเวชระเบียนในประเทศไทยตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันที่มีพัฒนาการมาเป็นลำดับ สอดคล้องกับพัฒนาการของงานเวชระเบียนของประเทศไทย แผนการผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุข และคุณภาพการศึกษาในระดับอุดมศึกษา การผลิตบุคลากรด้านเวชระเบียนในประเทศไทยเริ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2515 โดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จัดทำหลักสูตรขึ้นเพื่อให้สำนักงานข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) รับรอง และเปิดการเรียนการสอนครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2518 ที่โรงเรียนเวชสถิติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ต่อมาในปี พ.ศ. 2534 มีการเปิดหลักสูตรระดับปริญญาตรีด้านเวชระเบียนครั้งแรก ชื่อหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน (หลักสูตรต่อเนื่อง) มหาวิทยาลัยมหิดล และในปี พ.ศ. 2555 มีการเปิดหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน (สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยบูรพา) เป็นหลักสูตรแรกของกระทรวงสาธารณสุข จัดการศึกษาโดยวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก สถาบันพระบรมราชชนก ในปีเดียวกันมหาวิทยาลัยมหิดลได้ปรับปรุงหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน เป็นหลักสูตรปริญญาตรี 4 ปี ปัจจุบันประเทศไทยมีหลักสูตรผลิตบุคลากรด้านเวชระเบียนรวมทั้งสิ้น 4 หลักสูตร ประกอบด้วย หลักสูตรปริญญาตรี 3 หลักสูตร ได้แก่ หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน ของสถาบันพระบรมราชชนก และของมหาวิทยาลัยมหิดล และหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการเวชระเบียนและเวชสถิติโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ และหลักสูตรต่ำกว่าปริญญาตรี 1 หลักสูตร ได้แก่ หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาเวชระเบียน สถาบันพระบรมราชชนก บทความชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างองค์กรระบบบริการสุขภาพ โรคอุบัติใหม่ และการปฏิวัติดิจิทัล ส่งผลต่อบทบาทและความคาดหวังต่อบุคลากรด้านเวชระเบียน ดังนั้น การพัฒนาหลักสูตรในอนาคตควรมุ่งเน้นการเสริมสร้างสมรรถนะด้านระบบงานเวชระเบียน ความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุข การเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ การให้รหัสทางการแพทย์ การบริหารจัดการข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ เพื่อให้ระบบงานเวชระเบียนมีคุณภาพได้มาตรฐาน และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของหน่วยบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : เวชระเบียน, เวชสถิติ, การจัดการศึกษาด้านเวชระเบียน



The Development of Medical Record Education in Thailand

Siriorn Buarapa

Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology,
Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromaratchanok Institute, Thailand 11150

Corresponding author E-mail: siriorn@kmpht.ac.th

Abstract

This article reviews the development of medical record education management in Thailand and reflects future trends in curriculum development. It outlines changes in medical record education from the past to the present, consistent with the development of medical record practices, national health workforce planning, and higher education quality. Medical record education in Thailand began in 1972, when the Department of Medical Services, Ministry of Public Health, developed a curriculum accredited by the Office of the Civil Service Commission. The first program was initiated in 1975 at the School of Medical Statistics, National Cancer Institute. In 1991, the first bachelor's degree program in medical records was established at Mahidol University. In 2012, the Bachelor of Public Health Program in Medical Records was introduced as the first program under the Ministry of Public Health and administered by the Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology, Praboromarajchanok Institute. In the same year, Mahidol University revised its curriculum into a four-year bachelor's degree program. Currently, Thailand offers four programs in medical records: three bachelor's degree programs at Praboromarajchanok Institute, Mahidol University, and Huachiew Chalermprakiet University, and one sub-bachelor's degree program, the Higher Vocational Certificate in Medical Records at Praboromarajchanok Institute. The article indicates that changes in organizational structures, health service systems, emerging diseases, and digital transformation have influenced the roles and expectations of medical record personnel. Therefore, future curriculum development should focus on strengthening competencies in medical record systems, medical and public health knowledge, medical reimbursement, medical coding, data management, and data analysis to ensure standardized and effective services.

Keywords: Medical Record, Medical Statistic, Medical Record Education

บทนำ (Introduction)

เวชระเบียน (Medical Record) เป็นสาขาหนึ่งทางด้านสาธารณสุขและการแพทย์ โดยความหมายแล้วหมายถึงระเบียนทางการแพทย์ต่างๆ ที่มีการบันทึกในทางการแพทย์ถือเป็นเวชระเบียนทั้งหมด งานที่ติดตามมาหลังจากมีการบันทึกจึงเป็นงานที่สำคัญอย่างยิ่งในระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะการติดตามการรักษา มาตรฐานและประสิทธิภาพการรักษา สามารถดูได้จากเวชระเบียนทั้งสิ้น ด้วยความสำคัญในลักษณะนี้เวชระเบียนจึงเป็นหัวใจของงานทางการแพทย์โดยปริยาย (Mahidol University, 2019) งานเวชระเบียนถือเป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านข้อมูลเป็นหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลทางด้านการแพทย์เพื่อใช้ในการวินิจฉัยและวางแผนการรักษา (Stanfield, Cross, & Hui, 2011) อีกทั้งเป็นจุดเริ่มของการให้บริการในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ เพราะงานเวชระเบียนจะต้องเก็บรวบรวมข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้มารับบริการทุกราย นอกจากนี้ยังถือเป็นหน่วยงานที่เป็นหัวใจสำคัญในการให้บริการแก่ผู้มารับบริการ เนื่องจากผู้มารับบริการในสถานบริการสุขภาพทุกรายจะต้องผ่านหน่วยงานเวชระเบียนเป็นลำดับแรก การแบ่งงานเวชระเบียนนั้นสามารถแบ่งตามหน้าที่สำคัญประกอบไปด้วยงานเวชระเบียน งานเวชสถิติ งานให้รหัสโรค และงานคอมพิวเตอร์ด้านเวชระเบียน (Youthao, 2017) โดยปัจจุบันได้มีการนำระบบดิจิทัลมาใช้ในระบบสุขภาพและระบบงานของโรงพยาบาล ระบบงานเวชระเบียนจึงมีการปรับเปลี่ยนเป็นระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Records: EMR) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย การบริหาร การวิจัย การปรับปรุงคุณภาพ และการเบิกจ่ายของหน่วยบริการ ดังนั้นผู้ปฏิบัติงานจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับคุณภาพของข้อมูลที่อยู่ใน EMR เพื่อหลีกเลี่ยงการตีความที่คลาดเคลื่อน (Garba & Harande, 2018)

เพื่อส่งเสริมการผลิตบุคลากรด้านเวชระเบียนให้มีคุณภาพตามมาตรฐานการจัดการเรียนการสอน ก้าวทันการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี และตอบสนองต่อความต้องการของหน่วยบริการด้านสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาจึงกำหนดวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทบทวนพัฒนาการของการศึกษาด้านเวชระเบียนในประเทศไทย วิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างการพัฒนาการศึกษาด้านเวชระเบียนกับบริบทของระบบบริการสุขภาพ แผนการผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุข และการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี และสะท้อนแนวโน้มและเสนอแนวทางการพัฒนาหลักสูตรด้านเวชระเบียนในอนาคต โดยศึกษาค้นคว้าเอกสาร (Document Analysis) ทบทวนเชิงประวัติศาสตร์และเชิงนโยบาย (Historical and Policy Review) ซึ่งกำหนด ขอบเขตการศึกษา กำหนดขอบเขตเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของการจัดการศึกษาด้านเวชระเบียนในประเทศไทย ครอบคลุมช่วงเวลาตั้งแต่เริ่มมีการผลิตบุคลากรด้านเวชระเบียน รวบรวมข้อมูลจากเอกสารและแหล่งข้อมูลทุติยภูมิที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หลักสูตรและเอกสารทางการศึกษาด้านเวชระเบียนเอกสารนโยบาย แผนการผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุข งานวิจัย บทความวิชาการ

หนังสือ และรายงานที่เกี่ยวข้อง เอกสารจากหน่วยงานที่จัดการเรียนการสอนด้านเวชระเบียนและหน่วยงานด้านสาธารณสุขจนถึงสถานการณ์ปัจจุบัน รวมถึงแนวโน้มการพัฒนาหลักสูตรในอนาคต แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อเรียบเรียงลำดับพัฒนาการของการจัดการศึกษาด้านเวชระเบียน วิเคราะห์ความเปลี่ยนแปลงตามบริบทของระบบบริการสุขภาพ และสังเคราะห์ประเด็นสำคัญที่สะท้อนถึงแนวโน้มและทิศทางการพัฒนาหลักสูตรในอนาคต สรุปเนื้อหาการศึกษาในเชิงพรรณนา พร้อมทั้งนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสะท้อนแก่สถาบันที่จัดการเรียนการสอนด้านเวชระเบียนในการพัฒนาหลักสูตรให้มีคุณภาพและสอดคล้องกับความต้องการของหน่วยบริการด้านสาธารณสุขต่อไป

เนื้อเรื่อง (Content)

เวชระเบียน มีความหมายตาม พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน ว่า "เวชระเบียน" มาจากคำสองคำ คือ เวช มาจากภาษาบาลี เวชช แปลว่า หมอรักษาโรค" และระเบียน แปลว่า ทะเบียน แบบ ซึ่งทะเบียน แปลว่า บัญชีจัดลักษณะจำนวนคน จำนวนสัตว์ หรือจำนวนสิ่งของตลอดจนการงานต่าง ๆ ที่รัฐบาลตั้งไว้เป็นหลักฐานเกี่ยวกับประชาชนพลเมือง ทั้งนี้ในประเทศไทยคำว่า เวชระเบียน (Medical Record) ถือกำเนิดที่คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล บัญญัติคำโดยนายแพทย์ศิริพัฒน์ วัฒนเกษตร อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ชุมชน และผู้เชี่ยวชาญงานด้านสถิติ ซึ่งได้รับทุนจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ (The Rockefeller Foundation) ไปศึกษาเพิ่มเติมทางเวชสถิติและระบาดวิทยา ให้แปลคำว่า "Medical Record" เป็น "เวชระเบียน" ตามพจนานุกรมคำว่า Medical" ตรงกับศัพท์ภาษาบาลีว่า "เวช" แปลว่า "แพทย์" ส่วนคำว่า "Record" ตรงกับศัพท์ภาษาเขมรว่า "ทะเบียน" แปลว่าบันทึก เมื่อรวมกันเป็นเวชทะเบียน แล้วออกเสียงไม่สะดวก จึงใช้คำว่า "เวชระเบียน" ซึ่งมีความหมายเช่นเดียวกันคือ "บันทึกของแพทย์" ซึ่งเป็นที่รับรองให้ใช้โดยคณะกรรมการของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่ พ.ศ. 2511 และเอ็ดนา เค ฮัฟฟ์แมน (Edna K. Huffman) เป็นผู้บริหารงานทะเบียน เป็นบุคคลแรกที่ศึกษาเกี่ยวกับเวชระเบียนและเป็นประธานคนที่ 7 ของสมาคมเวชระเบียนของอเมริกา ซึ่งท่านเป็นบุคคลที่อุทิศเพื่อการศึกษาเกี่ยวกับเวชระเบียนอย่างแท้จริง ได้ให้ความหมายว่า เวชระเบียน (Medical Record) เป็นเอกสารบันทึกสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลที่เขียนขึ้นตามลำดับเหตุการณ์ในการวินิจฉัย การรักษา และเหตุผลในการรักษา อีกนัยหนึ่งเวชระเบียนต้องมีข้อมูลอย่างเพียงพอ เป็นไปตามหลักวิทยาศาสตร์ และถูกต้องตามกฎหมาย

ทั้งนี้จึงสรุปความหมายของคำว่าเวชระเบียนได้ว่า หมายถึงบันทึกข้อมูลการรักษา การดูแล สุขภาพ ของผู้มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปทางประชากร ข้อมูล

ทางกฎหมาย ข้อมูลการเจ็บป่วยทั้งอดีตและปัจจุบัน ข้อมูลทางคลินิก การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัย การดูแลและการให้การรักษายาบาลที่กระทำต่อผู้ป่วย ที่บันทึกโดยทีมสุขภาพที่ดูแล รักษา ผู้มารับบริการ และข้อมูลทางการเงิน (Kruasuwan, 2016) เนื่องจากเวชระเบียนมีจำนวนเพิ่มขึ้น อย่างมากตามจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการ ก่อให้เกิดปัญหาด้านการบริหารจัดการเอกสารเวชระเบียน ที่มีพื้นที่ไม่เพียงพอต่อปริมาณเอกสารเวชระเบียน ในขณะเดียวกันก็ยากต่อการจัดเก็บและค้นหา ที่สำคัญคือก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการสูญหายของเวชระเบียนตามมา ในปัจจุบันโรงพยาบาลหลายแห่งจึงนำระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ (Deelert & Deelert, 2022) ดังนั้นการผลิตบุคลากรด้านเวชระเบียน เพื่อตอบสนองความต้องการของหน่วยบริการ ภายใต้กระแสของการปฏิวัติทางดิจิทัลและเทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

การจัดการศึกษาด้านเวชระเบียนในประเทศไทยมีมาเป็นลำดับกว่าครึ่งศตวรรษ โดยเริ่มเมื่อปี พ.ศ. 2515 กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำหลักสูตรขึ้น เพื่อให้สำนักงานข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) รับรอง เมื่อปี พ.ศ. 2515 และเปิดการเรียนการสอนครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2518 โดยนายแพทย์สมชาย สมบูรณ์เจริญ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ร่วมกับแพทย์หญิงสมพร เอกรัตน์ จากคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช เป็นผู้ริเริ่ม โดยได้รับมติรับรองระเบียบการและหลักสูตรวิชาเวชสถิติ ของกรมการแพทย์ จาก ก.พ. และกระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศใช้ระเบียบการและหลักสูตรวิชาเวชสถิติ ตั้งแต่วันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2516 ได้เปิดหลักสูตรระดับประกาศนียบัตร ชื่อว่า หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชา เวชสถิติ (Certificate Program in medical Record Science) โดยมีจำนวนหน่วยกิตรวมตลอดหลักสูตร 88 หน่วยกิต มีโครงสร้างหลักสูตร ประกอบด้วย หมวดวิชาพื้นฐานทั่วไป 14.5 หน่วยกิต (กลุ่มวิชาสังคมศาสตร์ 3 หน่วยกิต กลุ่มวิชามนุษยศาสตร์ 2 หน่วยกิต กลุ่มวิชาภาษา 3 หน่วยกิต) หมวดวิชาพื้นฐานวิชาชีพ 15.5 หน่วยกิต หมวดวิชาชีพ 53 หน่วยกิต และหมวดวิชาเลือก 5 หน่วยกิต มีนายแพทย์สมชาย สมบูรณ์เจริญ เป็นผู้อำนวยการโรงเรียนเวชสถิติ แพทย์หญิงเย็นจิต ทองสมบูรณ์ เป็นรองผู้อำนวยการโรงเรียนเวชสถิติ และอาจารย์พูนสุข พูนศักดิ์วรสาร เป็นอาจารย์ผู้ดูแลการจัดการเรียนการสอน (Kruasuwan, 2016)

ปี พ.ศ. 2530 ได้มีการเปลี่ยนแปลงการรับสมัครและสอบคัดเลือก โดยใช้ข้อสอบของกระทรวงสาธารณสุขและเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน โรงเรียนเวชสถิติจึงได้ขออนุมัติเปลี่ยนแปลงคุณสมบัติของผู้สมัครและเปลี่ยนระบบการศึกษาเป็นระบบหน่วยกิต คณะอนุกรรมการโรงเรียนเวชสถิติ และคณะกรรมการที่ปรึกษาจึงได้มีมติให้ทำการประเมินผลหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชสถิติเพื่อนำผลมาปรับปรุงการเรียนการสอน โดยคำสั่งกรมการแพทย์ ที่ 36/2530 เรื่องแต่งตั้งคณะอนุกรรมการโรงเรียนเวชสถิติ ให้มีหน้าที่และความรับผิดชอบในการวางแผนงานดำเนินการและประเมินผลการให้การศึกษา

และฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เวชสถิติ โดยมีรายนามคณะกรรมการโรงเรียนเวชสถิติ ได้แก่ นายแพทย์สมชาย สมบูรณ์เจริญ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และผู้อำนวยการโรงเรียนเวชสถิติ ประธาน อนุกรรมการ และมีอนุกรรมการ อีก 9 คน ประกอบด้วย แพทย์หญิงสมพร เอกรัตน์ แพทย์หญิงเยาวรัตน์ ประปักษ์ขาม แพทย์หญิงศิวาลัย ธนภัทร นางสาวเอื้องฟ้า ชุนวงศ์ นางกฤษณา ศรีวรรณวิวัฒน์ นางสาว ศิณีนารถ สนธิพงษ์ หัวหน้าฝ่ายประมวลสถิติและรายงาน นายดลชาติ ตันติวานิช เป็นอนุกรรมการและ เลขานุการ และนางสาวจริย์ สอ้ง อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ (National Cancer Institute, 1987) ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2530 ได้มีการพัฒนาหลักสูตรวิชาเวชสถิติ เป็นหลักสูตรประกาศนียบัตร วิชาเวชสถิติ (Certificate Program in Medical Record Science) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2530 ชื่อประกาศนียบัตรวิชาเวชสถิติ (Certificate in Medical Record Science) ชื่อย่อว่า ป. (เวชสถิติ) (Cert. Medical Record Science) หน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จัดการศึกษาโดย โรงเรียนเวชสถิติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ มีอาจารย์จริย์ สอ้ง เป็นหัวหน้าหลักสูตร และมี จำนวนหน่วยกิตรวมตลอดหลักสูตร 83 หน่วยกิต โดยการจัดการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชสถิติ ที่โรงเรียนเวชสถิติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้สิ้นสุดลงในปี พ.ศ. 2536 เมื่อกระทรวงสาธารณสุข มีพระราชบัญญัติปรับปรุง กระทรวง ทบวง กรม ฉบับที่ 7 พ.ศ. 2535 มีการจัดตั้งสถาบันพัฒนา กำลังคนด้านสาธารณสุข และมีประกาศของกระทรวงสาธารณสุข ลงวันที่ 24 กรกฎาคม 2536 เรื่อง โอนกิจการทรัพย์สิน หนี้ ข้าราชการ ลูกจ้าง และเงินงบประมาณบางส่วนราชการในกระทรวงสาธารณสุข ไปเป็นของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (Kruasuwan, 2016)

สืบเนื่องจากการจัดตั้งสถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขนั้น จึงมีการจัดตั้งวิทยาลัย เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขขึ้น เพื่อรับผิดชอบดูแลและการจัดการเรียนการสอนหลักสูตร ต่าง ๆ วิทยาลัยฯ ได้รับโอนย้ายกิจการ อำนาจหน้าที่ ของโรงเรียนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งหมด 10 แห่ง (10 หลักสูตร) ได้แก่ โรงเรียนเวชสถิติ โรงเรียนพนักงานเภสัชกรรม โรงเรียนพนักงาน วิทยาศาสตร์การแพทย์ สาขาวิชาพยาธิวิทยา โรงเรียนเวชสถิติ โรงเรียนผู้ช่วยทันตแพทย์ โรงเรียน พนักงานทันตกรรม โรงเรียนพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ สาขาวิชาโลหิตวิทยาและธนาคารเลือด โรงเรียนเซลล์วิทยา โรงเรียนรังสีการแพทย์ และโรงเรียนเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยในช่วง ปีพ.ศ. 2537-2541 วิทยาลัยฯ ได้ขอใช้สถานที่ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ยศเส กรุงเทพมหานคร เป็นสถานที่ตั้ง และประสานความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยรามคำแหงในการจัดการเรียนการสอนวิชา พื้นฐานทางด้านการศึกษาทั่วไปและวิทยาศาสตร์พื้นฐาน โดยจัดเป็นโครงการความร่วมมือระหว่าง กระทรวงสาธารณสุขกับมหาวิทยาลัยรามคำแหง เป็นระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ปีการศึกษา 2539 - 2541 ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2539 วิทยาลัยฯ ได้รับชื่อพระราชทานชื่อภาษาไทยต่อท้ายจากชื่อเดิมจากพระบาทสมเด็จพระ

พระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ (รัชกาล ที่ 9) เป็นวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก และให้ประทับสัญลักษณ์งานฉลองสิริราชสมบัติครบ 50 ปี ที่ป้ายชื่อวิทยาลัย เมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2539 ต่อมาวิทยาลัยได้รับพระราชทานชื่อภาษาอังกฤษ เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2542 (Kanchanaphishek Institute of Medical and Public Health Technology, 2025a)

ปี พ.ศ. 2534 มีหลักสูตรระดับปริญญาตรีด้านเวชระเบียน เกิดขึ้นครั้งแรกในประเทศไทย โดย อาจารย์ดลชาติ ตันตวานิช ผู้ซึ่งสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีด้านเวชระเบียนเป็นท่านแรกของประเทศไทย และเป็นผู้รับผิดชอบการจัดการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชสถิติในขณะนั้น ได้ผลักดันให้มีการเปิดหลักสูตรระดับปริญญาตรีด้านเวชระเบียนขึ้นในประเทศไทย แต่ด้วยกระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถประสาทปริญญาบัตรได้ จำเป็นต้องไปขอเป็นสถาบันสมทบกับมหาวิทยาลัย จึงได้ไปหารือและขอความร่วมมือกับหลายแห่ง ทั้งนี้ ดร.วราภรณ์ เอี้ยวสกุล รพ.รามาริบัติ ได้แนะนำให้ไปประสานที่โครงการการศึกษาต่อเนื่อง มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมี ดร.ณรงค์ เทียนสงค์ เป็นผู้อำนวยการ ขณะนั้น ท่านแนะนำให้ไปประสานภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมี นายแพทย์เทพพนม เมืองแมน เป็นคณบดีในขณะนั้น ระหว่างนั้นได้มีการประสานกับคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง และคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และท้ายที่สุด ศาสตราจารย์ บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ ผู้อำนวยการ โครงการการศึกษาต่อเนื่องมหาวิทยาลัยมหิดล ในขณะนั้น เห็นชอบและยินดียินดีรับผิดชอบหลักสูตร จึงได้เปิดหลักสูตรระดับปริญญาตรี หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน (หลักสูตรต่อเนื่อง) เป็นหลักสูตรแรกของประเทศไทย เปิดสอนครั้งแรกในปีการศึกษา 2534 (Kruasuwan, 2016) มีรองศาสตราจารย์ ดร. นฤนันท์ สุริยมนี ร่วมกับ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นักรบ ระวีการณ เป็นผู้รับผิดชอบการจัดการเรียนการสอนให้กับนักศึกษา โดยรับผู้สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพเวชสถิติเข้าศึกษา ต่อมาในปี พ.ศ. 2550 ได้มีการปรับปรุงหลักสูตร เนื่องจากหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน (หลักสูตรต่อเนื่อง) ได้ปรับเปลี่ยนการพิจารณาคุณสมบัติการรับนักศึกษาเข้าศึกษาต่อให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันมากยิ่งขึ้น และย้ายมาอยู่สังกัดภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (Youthao, 2013)

ปี พ.ศ. 2537 วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้พัฒนาหลักสูตรด้านเวชระเบียน เป็นหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชระเบียน (เวชสถิติ) เพื่อให้สอดคล้องกับหลักสูตรระดับปริญญาตรีด้านเวชระเบียน (วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน มหาวิทยาลัยมหิดล) โดยมีจำนวนหน่วยกิตตลอดหลักสูตร 90 หน่วยกิต (Kanchanaphishek Institute of Medical and Public Health Technology, 1994) ในปี พ.ศ. 2547 มีการพัฒนาหลักสูตร เป็นหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชระเบียน

จำนวนหน่วยกิตตลอดหลักสูตร 85 หน่วยกิต โครงสร้างหลักสูตร ประกอบด้วย หมวดวิชาการศึกษาทั่วไป 22 หน่วยกิต หมวดวิชาเฉพาะ 57 หน่วยกิต และหมวดวิชาเลือกเสรี 6 หน่วยกิต (Praboromarajchanok Institute, 2004) และต่อมา ปี พ.ศ. 2556 ได้พัฒนาหลักสูตรเป็นหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาเวชระเบียน จำนวนหน่วยกิตตลอดหลักสูตร 85 หน่วยกิต มีโครงสร้างหลักสูตรแตกต่างจากเดิม โดยประกอบด้วยหมวดวิชาทักษะชีวิต จำนวน 21 หน่วยกิต หมวดวิชาทักษะวิชาชีพ 58 หน่วยกิต และหมวดวิชาเลือกเสรี จำนวน 6 หน่วยกิต ทั้งนี้มีหน่วยกิตกลุ่มรายวิชาปรับพื้นฐานวิชาชีพ 15 หน่วยกิต ซึ่งหน่วยกิตของรายวิชาปรับพื้นฐานวิชาชีพไม่นำไปคิดเป็นหน่วยกิตรวมของหลักสูตร (Praboromarajchanok Institute, 2013)

ปี พ.ศ. 2555 วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก สถาบันพระบรมราชชนก ชื่อย่อ วทก. เปิดหลักสูตรด้านเวชระเบียนในระดับปริญญาตรี หลักสูตรแรกของกระทรวงสาธารณสุข ชื่อหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน เป็นหลักสูตรใหม่ ปี พ.ศ. 2554 เปิดรับนักศึกษาครั้งแรกในปีการศึกษา 2555 โดยเป็นสถาบันสมทบของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ตั้งอยู่ที่อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี โดยการนำของอาจารย์บังอร ดวงรัตน์ ผู้อำนวยการวิทยาลัยฯ อาจารย์ชัยวัฒน์ พันธุ์ศรีมี รองผู้อำนวยการวิทยาลัยฯ และได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ตันวัฒนกุล คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ในขณะนั้น (Kruasuwan, 2016) โดยมีจำนวนหน่วยกิตตลอดหลักสูตร 140 หน่วยกิต และโครงสร้างหลักสูตร ประกอบด้วย หมวดวิชาการศึกษาทั่วไป 30 หน่วยกิต หมวดวิชาเฉพาะ 104 หน่วยกิต และหมวดวิชาเลือกเสรี 6 หน่วยกิต (Praboromarajchanok Institute, 2011) ในช่วงเวลาเดียวกันนี้ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ปรับปรุงหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน ตามคำสั่งของกระทรวงศึกษาธิการที่ไม่อนุญาตให้มีการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่อง 2 ปี โดยเริ่มรับนักศึกษา ในปี พ.ศ. 2555 (Youthao, 2013) นอกจากนี้ ยังมีหลักสูตรที่มีลักษณะใกล้เคียงกันคือ หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสารสนเทศการแพทย์ หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2556 เปิดสอนที่วิทยาลัยเทคโนโลยีสารสนเทศมหาวิทยาลัยรังสิต และในปีการศึกษา 2556 มหาวิทยาลัยมหิดลได้เปิดหลักสูตรการจัดการมหาบัณฑิต สาขาการจัดการเวชสารสนเทศ (Kruasuwan, 2016)

ปี พ.ศ. 2560 วทก. ได้ปรับปรุงหลักสูตรเป็นหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560) สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยบูรพา เนื่องจากพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 ได้กำหนดให้วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนเป็นวิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์และสิ่งแวดล้อมต่อชุมชน ซึ่งสาขาวิชาเวชระเบียนไม่ได้เป็นสาขาย่อยตามพระราชบัญญัติวิชาชีพ

การสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 โดยมีจำนวนหน่วยกิตรวมตลอดหลักสูตร 139 หน่วยกิต และโครงสร้างหลักสูตร ประกอบด้วย หมวดวิชาศึกษาทั่วไป 30 หน่วยกิต หมวดวิชาเฉพาะ 103 หน่วยกิต แบ่งเป็น หมวดพื้นฐานวิชาชีพ 39 หน่วยกิต และหมวดวิชาชีพเวชระเบียน 64 หน่วยกิต และหมวดวิชาเลือกเสรี 6 หน่วยกิต โดย วทก. ได้ใช้หลักสูตรนี้เปิดการเรียนการสอนตั้งแต่ปีการศึกษา 2561 จนถึงปีการศึกษา 2563 (Praboromarajchanok Institute, 2018a) ในเวลาเดียวกันได้ปรับปรุงหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง เป็นหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาเวชระเบียน (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2561) มีจำนวนหน่วยกิตรวมตลอดหลักสูตร 85 หน่วยกิต และโครงสร้างหลักสูตร ประกอบด้วย หมวดวิชาทักษะชีวิต 21 หน่วยกิต หมวดวิชาทักษะวิชาชีพ 58 หน่วยกิต หมวดวิชาเลือกเสรี 6 หน่วยกิต (Praboromarajchanok Institute, 2018b) ต่อมาในปี พ.ศ. 2564 สถาบันพระบรมราชชนก มีระเบียบสถาบันพระบรมราชชนก ว่าด้วยการจัดการศึกษาระดับปริญญาตรีของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562 วทก. จึงปรับปรุงหลักสูตรเป็นหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน ของสถาบันพระบรมราชชนก (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2564) โดยมีจำนวนหน่วยกิตรวมตลอดหลักสูตร 135 หน่วยกิต และโครงสร้างหลักสูตร ประกอบด้วย หมวดวิชาศึกษาทั่วไป 30 หน่วยกิต หมวดวิชาเฉพาะ 99 หน่วยกิต แบ่งเป็น หมวดพื้นฐานวิชาชีพ 38 หน่วยกิต หมวดวิชาชีพเวชระเบียน 61 หน่วยกิต และหมวดวิชาเลือกเสรีไม่น้อยกว่า 6 หน่วยกิต (Praboromarajchanok Institute, 2021a)

ในปีการศึกษา 2565 สถาบันพระบรมราชชนกออกประกาศ เรื่อง การรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรระดับปริญญาตรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีการศึกษา 2565 โดยการเทียบโอนผลการเรียน ตามประกาศของสถาบันพระบรมราชชนก เรื่องการเทียบโอนผลการเรียนการเทียบโอนรายวิชา และการเทียบโอนผลการเรียนรู้ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี พ.ศ. 2564 รับผู้สำเร็จการศึกษาในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงหรือเทียบเท่า หรืออนุปริญญาทุกสาขา หรือปริญญาตรีทุกสาขา เข้าศึกษา ซึ่งหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน วทก. ใช้หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2564 ในการจัดการเรียนการสอน โดยจัดการเรียนการสอนและการฝึกปฏิบัติงานทั้งในและนอกเวลาราชการ ซึ่งมีศิษย์เก่าและผู้ปฏิบัติงานด้านเวชระเบียนในโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศ เข้าศึกษาในปีการศึกษา 2565 และ 2566 Praboromarajchanok Institute, 2021b) ปี พ.ศ. 2565 วทก. ได้ปรับปรุงหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาเวชระเบียน เป็นหลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2565 โดยมีจำนวนหน่วยกิตตลอดหลักสูตร 85 หน่วยกิต และมีโครงสร้างหลักสูตร ประกอบด้วย หมวดวิชาสมรรถนะแกนกลาง 21 หน่วยกิต หมวดวิชาสมรรถนะวิชาชีพ 58 หน่วยกิต และหมวดวิชาเลือกเสรี 6 หน่วยกิต (Kanchanapisek College of Medical Technology and Public Health, 2022)

นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2565 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ซึ่งเป็นมหาวิทยาลัยเอกชน จัดการศึกษาด้านเวชระเบียนขึ้นอีกแห่งหนึ่ง โดยคณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม ได้จัดการศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการเวชระเบียนและเวชสถิติโรงพยาบาล (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2565) เป็นหลักสูตรทางวิชาการ มีระยะเวลาศึกษา 4 ปี ซึ่งมีโครงสร้างหลักสูตร ประกอบด้วย หมวดวิชาศึกษาทั่วไป จำนวน 30 หน่วยกิต (วิชาบังคับ 22 หน่วยกิต และวิชาเลือก 8 หน่วยกิต) วิชาเฉพาะ 90 หน่วยกิต และวิชาเลือกเสรี 6 หน่วยกิต (Huachiew Chalermprakiet University, 2024)

จากการจัดการศึกษาด้านเวชระเบียนในประเทศไทยที่ดำเนินการมาแล้วกว่าครึ่งศตวรรษ โดยเริ่มขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2515 โดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำหลักสูตรขึ้นเพื่อให้ ก.พ.รับรอง และเปิดการเรียนการสอนครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2518 ในหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชสถิติ เปิดสอนที่ โรงเรียนเวชสถิติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ ต่อมาปี พ.ศ. 2534 มีการจัดการเรียนการสอน ด้านเวชระเบียนในระดับปริญญาตรีครั้งแรกในประเทศไทย ชื่อหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชา เวชระเบียน (หลักสูตรต่อเนื่อง) จัดการเรียนการสอนโดยโครงการศึกษาต่อเนื่อง คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และในปี พ.ศ. 2555 ได้เปิดหลักสูตรปริญญาตรีด้านเวชระเบียนเป็น ครั้งแรกของกระทรวงสาธารณสุข ชื่อหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน (สถาบัน สมทบมหาวิทยาลัยบูรพา) เปิดสอนที่วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก สถาบันพระบรมราชชนก และในปีเดียวกันมหาวิทยาลัยมหิดล ได้ปรับปรุงหลักสูตรเป็นหลักสูตรปริญญา ตรี 4 ปี ชื่อหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน จัดการเรียนการสอนโดยคณะสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ต่อมาในปี พ.ศ. 2560 หลักสูตรปริญญาตรีด้านเวชระเบียนของ สถาบันพระบรมราชชนก ได้ปรับปรุงหลักสูตรเป็นหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน และใช้ชื่อหลักสูตรนี้มาจนถึงปัจจุบัน นอกจากนี้ยังมีหลักสูตรที่มีลักษณะใกล้เคียงกันคือ หลักสูตรวิทยาศา สตรบัณฑิต สาขาวิชาสารสนเทศการแพทย์ หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2556 และในปัจจุบันได้มีหลักสูตร ในมหาวิทยาลัยเอกชนเกิดขึ้น ชื่อหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการเวชระเบียนและ เวชสถิติโรงพยาบาล ซึ่งจัดการศึกษาโดยคณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียว เฉลิมพระเกียรติ ทั้งนี้ถือเป็นการตอบสนองความต้องการบุคลากรด้านเวชระเบียนของหน่วยบริการ สาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชนได้ โดยสถานการณ์ในปัจจุบันมีสถาบันการศึกษาที่จัดการเรียนการสอน ด้านเวชระเบียนในประเทศไทยจำนวน 3 สถาบัน ได้แก่ สถาบันพระบรมราชชนก มหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ดังข้อมูลที่คุณผู้ศึกษารวบรวมและเรียบเรียงข้อมูลการ จัดการศึกษาด้านเวชระเบียนของหลักสูตรต่าง ๆ ที่เปิดการเรียนการสอนอยู่ในปัจจุบันไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 หลักสูตรที่มีการจัดการเรียนการสอนด้านเวชระเบียนของมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ในประเทศไทยในปัจจุบัน

รายการ	สถาบันพระบรมราชชนก		มหาวิทยาลัยมหิดล	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ชื่อหลักสูตร (เต็ม)	ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง พุทธศักราช 2565 (ปรับปรุง พ.ศ. 2565)	วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2564)	วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2565)	หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการเวชระเบียนและเวชสถิติ โรงพยาบาล (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2565)
ชื่อปริญญาและสาขาวิชา - ชื่อเต็ม (ภาษาไทย)	ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาเวชระเบียน	วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน	วิทยาศาสตร์บัณฑิต (เวชระเบียน)	วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาการจัดการเวชระเบียนและเวชสถิติ โรงพยาบาล
- ชื่อย่อ (ภาษาไทย)	ปวส.วช.	วท.บ. (เวชระเบียน)	วท.บ. (เวชระเบียน)	วท.บ. (การจัดการเวชระเบียนและเวชสถิติโรงพยาบาล)
- ชื่อเต็ม (ภาษาอังกฤษ)	Diploma of Medical Record	Bachelor of Science Program in Medical Record	Bachelor of Science (Medical Record)	Bachelor of Science (Hospital Medical Records and Medical Statistics Management)
- ชื่อย่อ (ภาษาอังกฤษ)	Dip. Of Med. Rec.	B.Sc. (Medical Record)	B.Sc. (Medical Record)	B.Sc. (Hospital Medical Records and Medical Statistics Management)
วุฒิที่ได้รับหลังสำเร็จการศึกษา	ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
ประเภทหลักสูตร	ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	ปริญญาตรีทางวิชาการ	ปริญญาตรีทางวิชาการ	ปริญญาตรีทางวิชาการ
ระยะเวลาการศึกษา	2 ปี	4 ปี	4 ปี	4 ปี

ตารางที่ 1 หลักสูตรที่มีการจัดการเรียนการสอนด้านเวชระเบียนของมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ในประเทศไทยในปัจจุบัน (ต่อ)

รายการ	สถาบันพระบรมราชชนก		มหาวิทยาลัยมหิดล	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
จำนวนหน่วยกิตตลอดหลักสูตร	85 หน่วยกิต	135 หน่วยกิต	131 หน่วยกิต	126 หน่วยกิต
ปรัชญาของหลักสูตร	-	เชี่ยวชาญด้านเวชระเบียน ชื่อสัตย์ รับผิดชอบ มีมนุษยสัมพันธ์ บริการ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สร้างสรรค์ นวัตกรรม ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เรียนรู้ ตลอดชีวิต	นักศึกษาเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ จัดการเรียนการสอน เน้น ความสำคัญของ กระบวนการเรียนรู้ ของผู้เรียน เปิดโอกาสให้ผู้เรียน ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง แสดง ความรู้และสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism) โดยให้ผู้เรียนลง มือปฏิบัติจริง ค้นหาความรู้อย่าง ลึกซึ้งด้วยตนเอง และเน้นผลลัพธ์ การเรียนรู้ที่คาดหวัง (Expected Learning Outcomes)	หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชา การจัดการเวชระเบียนและเวชสถิติ โรงพยาบาล มุ่งสร้างนักเวชระเบียน และเวชสถิติให้มีความรู้ความเชี่ยวชาญ ควบคู่กับคุณธรรมจริยธรรมและ จรรยาบรรณวิชาชีพ ประยุกต์ใช้ความรู้ ด้านเวชระเบียน เวชสถิติ สถิติ วิทยาศาสตรการแพทย์และสาธารณสุข เทคโนโลยีสารสนเทศ และศาสตร์ที่ เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนางานเวชระเบียน และเวชสถิติ
วัตถุประสงค์ของหลักสูตร	1) มีความรู้ ความเข้าใจในหลักการ และบริหารจัดการด้านเวชระเบียน อย่างเป็นระบบ	1) เข้าใจหลักการจัดระบบงาน เวชระเบียนและการบริหารจัดการ งานเวชระเบียน การให้รหัสทางการ แพทย์และการตรวจสอบคุณภาพการ ให้รหัสทางการแพทย์ การจัดทำสถิติ	1) มีความรู้ความสามารถในการ ทำงานเวชระเบียน การให้รหัสโรค และรหัสหัตถการทางการแพทย์ ให้รหัสทางการแพทย์ในระบบกลุ่ม วินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic	1) สามารถปฏิบัติงานและบริหาร จัดการงานด้านเวชระเบียนและเวชสถิติ โดยประยุกต์ความรู้ด้านเวชระเบียน สถิติ วิทยาศาสตร์ การแพทย์และ สาธารณสุข และศาสตร์อื่น ๆ ที่

ตารางที่ 1 หลักสูตรที่มีการจัดการเรียนการสอนด้านเวชระเบียนของมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ในประเทศไทยในปัจจุบัน (ต่อ)

รายการ	สถาบันพระบรมราชชนก		มหาวิทยาลัยมหิดล	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
วัตถุประสงค์ของหลักสูตร (ต่อ)	2) มีทักษะในการปฏิบัติงานด้านเวชระเบียนที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน 2.1) จัดระบบการให้บริการงานเวชระเบียน 2.2) ให้รหัสทางการแพทย์ได้ถูกต้อง ครบถ้วนตามมาตรฐาน 2.3) จัดทำข้อมูลเวชระเบียนตามระบบชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ 2.4) วิเคราะห์ และ จัดทำสารสนเทศด้านสุขภาพ 2.5) ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในงานเวชระเบียน การให้รหัสทางการแพทย์ การชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ และการจัดทำสารสนเทศด้านสุขภาพ	รายงาน วิเคราะห์ข้อมูล พร้อมการนำเสนอข้อมูลสุขภาพเพื่อการตัดสินใจ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในงานเวชระเบียน 2) บริหารจัดการงานเวชระเบียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้รหัสทางการแพทย์และตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสทางการแพทย์อย่างถูกต้องตามหลักสากล และจัดทำสถิติรายงาน นำเสนอข้อมูลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วนและทันเวลา 3) มีทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการพัฒนางานวัตรกรรมและวิจัยเพื่อพัฒนางานเวชระเบียน 4) แสดงออกถึงความรับผิดชอบ ต่อตนเองและสังคม มีภาวะผู้นำ	Related Groups) ประเมินคุณภาพรหัสทางการแพทย์และเวชระเบียนคอมพิวเตอร์ เทคโนโลยีสารสนเทศ สถิติรายงาน และจัดการระบบงานเวชระเบียนในโรงพยาบาลรัฐบาล และเอกชนได้ 2) วิเคราะห์ วิจัย นำเสนอข้อมูลทางการแพทย์และสาธารณสุขด้วยเทคโนโลยี สารสนเทศ และสถิติที่เหมาะสม 3) แสดงความตระหนักในการรับผิดชอบต่อสังคม เคารพผู้อื่น พัฒนาตนเอง ปฏิบัติ ตนอย่างมีคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณในการประกอบอาชีพเวชระเบียน 4) แสดงความตระหนักในคุณค่าของ	เกี่ยวข้องกับด้านเวชระเบียนและเวชสถิติ 2) สามารถวิเคราะห์ และประยุกต์ความรู้ทางด้านเวชระเบียนและเวชสถิติ เพื่อปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) สามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการบริหารจัดการด้านเวชระเบียนและเวชสถิติ วิเคราะห์และประมวลข้อมูลด้านเวชระเบียนและเวชสถิติ 4) มีทักษะการให้รหัสโรค รหัสหัตถการ และการผ่าตัด และการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

ตารางที่ 1 หลักสูตรที่มีการจัดการเรียนการสอนด้านเวชระเบียนของมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ในประเทศไทยในปัจจุบัน (ต่อ)

รายการ	สถาบันพระบรมราชชนก		มหาวิทยาลัยมหิดล	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
วัตถุประสงค์ของหลักสูตร (ต่อ)	3) มีคุณธรรม จริยธรรม ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานวิชาชีพเวชระเบียน และจิตสำนึกในการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มีความภาคภูมิใจในวิชาชีพ	มีมนุษยสัมพันธ์ ทำงานเป็นทีม บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และมีจรรยาบรรณในวิชาชีพ	การเป็นผู้กำกับตนเองให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต 5) มีทักษะในการสื่อสาร มีมนุษยสัมพันธ์ ภาวะผู้นำ และทำงานร่วมกับบุคลากรสหวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ	
	4) มีมนุษยสัมพันธ์ และทำงานเป็นทีมร่วมกับผู้อื่นในบทบาทของผู้นำและผู้ร่วมงาน			
	5) มีความรู้ความสามารถในการใช้ภาษาเพื่อการสื่อสารในการปฏิบัติงานวิชาชีพเวชระเบียนมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์เชิงนวัตกรรม คิดอย่างเป็นระบบ ใฝ่รู้ พัฒนาตนเอง พัฒนางานและสังคมอย่างต่อเนื่อง			
สถานที่จัดการเรียนการสอน	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ



ตารางที่ 1 หลักสูตรที่มีการจัดการเรียนการสอนด้านเวชระเบียนของมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ในประเทศไทยในปัจจุบัน (ต่อ)

รายการ	สถาบันพระบรมราชชนก		มหาวิทยาลัยมหิดล	มหาวิทยาลัยหัวเฉียว เฉลิมพระเกียรติ
สถานที่จัดการเรียนการสอน (ต่อ)	คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวช ศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข	คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวช ศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข		
เป็นองค์กรรัฐ/เอกชน	รัฐ	รัฐ	รัฐ	เอกชน

สรุป (Conclusion)

การจัดการศึกษาด้านเวชระเบียนในประเทศไทยมีพัฒนาการต่อเนื่องยาวนานกว่าครึ่งศตวรรษ ควบคู่กับการพัฒนาระบบงานเวชระเบียน โดยเริ่มจากการจัดการศึกษาในระดับประกาศนียบัตร เพื่อรองรับภารกิจของหน่วยบริการสุขภาพ ก่อนพัฒนาสู่การจัดการศึกษาในระดับอุดมศึกษาทั้งระดับปริญญาตรีและต่ำกว่าปริญญาตรี การพัฒนาหลักสูตรเป็นไปตามบริบทของระบบบริการสุขภาพ โครงสร้างองค์กรด้านสาธารณสุข แผนการผลิตกำลังคน และการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี โดยเฉพาะการนำระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในหน่วยบริการสุขภาพอย่างแพร่หลาย ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าบทบาทและความคาดหวังต่อบุคลากรด้านเวชระเบียนมีความซับซ้อนมากขึ้น ครอบคลุมสมรรถนะด้านระบบงานเวชระเบียน ความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุข การเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ การให้รหัสทางการแพทย์ การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูลด้านเวชระเบียนและข้อมูลสุขภาพ ซึ่งเป็นสมรรถนะสำคัญต่อการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ดังนั้น การจัดการศึกษาด้านเวชระเบียนจึงควรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ระบบงานเวชระเบียนมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของหน่วยบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย หน่วยงานที่กำหนดนโยบายด้านการผลิตกำลังคนควรกำหนดกรอบสมรรถนะหลักของบุคลากรด้านเวชระเบียนในระดับประเทศ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรให้มีมาตรฐานเดียวกัน พร้อมทั้งส่งเสริมความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา หน่วยบริการสุขภาพ และหน่วยงานกำกับระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้การจัดการศึกษาสอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพ และสนับสนุนการพัฒนาหลักสูตรที่สามารถปรับตัวได้ตามการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีดิจิทัล ระบบสารสนเทศสุขภาพ และระบบการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ในเชิงปฏิบัติ สถาบันการศึกษาควรพัฒนาหลักสูตรโดยมุ่งเน้นการจัดการเรียนการสอนบนฐานสมรรถนะ (Competency-Based Curriculum) ครอบคลุมระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ การให้รหัสทางการแพทย์ การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ และความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ควบคู่กับการเพิ่มการเรียนรู้จากสถานการณ์จริงและการฝึกปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพ รวมถึงการทบทวนและปรับปรุงหลักสูตรอย่างต่อเนื่องโดยใช้ข้อมูลย้อนกลับจากผู้ใช้บัณฑิต ทั้งนี้ ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงประจักษ์เกี่ยวกับสมรรถนะที่หน่วยบริการสุขภาพคาดหวังและผลลัพธ์ของบัณฑิต เพื่อนำไปใช้ในการยกระดับการจัดการศึกษาด้านเวชระเบียนให้มีคุณภาพและยั่งยืนต่อไป

References

- Deelert, P. & Deelert, J. (2022). Leadership with Medical Records Management in the Digital Age. *Journal of Management Science Review*, 24(2), 147-155.
<https://so03.tci-thaijo.org/index.php/msaru/article/view/260950/174859> (in Thai)
- Garba, K. D. & Harande, Y.I. (2018). Significance and Challenges of Medical Records: A Systematic literature review. *ISST Journal of Advances In Librarianship*, 9(1), 26-31.
<https://www.scribd.com/document/666813618/IJALIBVol-9No-1June-2018CRC4KabiruDanladiGarba>
- Huachiew Chalermprakiet University, Faculty of Public and Environmental Health. (2024, June 12). *Medical record and hospital health statistics management program*.
<https://pb.hcu.ac.th/?p=3191> (in Thai)
- Kanchanaphishek Institute of Medical and Public Health Technology. (1994). *Medical record program (medical statistics)* (Rev. 1994). College. (in Thai)
- Kanchanaphishek Institute of Medical and Public Health Technology. (2022). *Diploma of science program in medical record* (Rev. 2022). College. (in Thai)
- Kanchanaphishek Institute of Medical and Public Health Technology. (2025). *College history*. <https://www.kmpht.ac.th/แนะนำวิทยาลัยฯ/> (in Thai)
- Kruasuwan, N. (2016). *Development administration of medical record in Thailand* [Doctoral dissertation, Silpakorn University]. DSpace at Silpakorn University.
<https://shorturl.asia/pKHwt> (in Thai)
- Mahidol University, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Medical Records Section. (2019, December 16). *Medical records*.
<https://www.rama.mahidol.ac.th/medicalrecord/th/aboutus> (in Thai)
- National Cancer Institute, Vejchasathiti School. (1987). *Evaluation of the medical statistics curriculum*. Vejchasathiti School. (in Thai)
- Praboromarajchanok Institute. (2004). *Diploma of science program in medical record* (Rev. 2004). Institute. (in Thai)
- Praboromarajchanok Institute. (2011). *Bachelor of public health program in medical records: New Curriculum 2011*. Institute. (in Thai)

- Praboromarajchanok Institute. (2013). *Diploma of science program in medical record* (Rev. 2013). Institute. (in Thai)
- Praboromarajchanok Institute. (2018a). *Diploma of science program in medical record* (Rev. 2004). Institute. Institute. (in Thai)
- Praboromarajchanok Institute. (2018b). *Diploma of science program in medical record* (Rev. 2004). Institute. (in Thai)
- Praboromarajchanok Institute. (2021a). *Diploma of science program in medical record* (Rev. 2021). Institute. (in Thai)
- Praboromarajchanok Institute. (2021b). Praboromarajchanok institute announcement: admission and selection of individuals for undergraduate programs, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, academic year 2022 (Announcement dated June 17, 2022) (in Thai)
- Praboromarajchanok Institute. (2025). *Praboromarajchanok Institute strategic development plan 2025-2027*. Institute. (in Thai)
- Stanfield, P. S., Cross, N. & Hui, H. (2011). *Introduction to the Health professions* (6th ed). California: Jones & Bartlett Publishers.
- Youthao, S. (2013). *Medical record science*. Misterkopy. (in Thai)
- Youthao, S. (2017). *Medical record administration*. Chulalongkorn University Press. (in Thai)