



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
Chiangrai Provincial Public Health Office

วารสาร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
Journal of Chiang Rai Provincial Health Office



ISSN 3056-9206

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1/2569 (มกราคม - เมษายน 2569)
VOLUME 3 ISSUE 1 JANUARY - APRIL 2026



วารสารสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย

ชื่อหนังสือ วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
เจ้าของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
ISSN 3056-9206 (Online)
พิมพ์ที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
ปีที่พิมพ์ พ.ศ. 2569

>>วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย: JOURNAL OF CHIANG RAI PROVINCIAL HEALTH OFFICE
ปีที่ 3 ฉบับที่ 1/2569 (มกราคม – เมษายน 2569)



ความเป็นมา

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย จัดทำขึ้นเพื่อเป็นช่องทางในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการของบุคลากรสาธารณสุข โดยเริ่มจัดทำขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2567 ภายใต้การดำเนินงานของกลุ่มงานวิชาการและพัฒนาบุคลากร มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการผลิตและแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ด้านวิชาการ งานวิจัย และนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขในทุกมิติ ทั้งนี้ วารสารมีแนวทางในการพัฒนาอย่างเป็นระบบ โดยมุ่งยกระดับมาตรฐานการบริหารจัดการวารสารและคุณภาพของบทความให้สอดคล้องกับเกณฑ์ของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index Centre: TCI) เพื่อเตรียมความพร้อมในการสมัครเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 ในอนาคตอันใกล้

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย (Journal of Chiang Rai Provincial Health Office) จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ บทความวิจัย (Research Article) บทความวิชาการ (Academic Article) บทความปริทัศน์ (Literature Review Article) และการวิจัยแบบกรณีศึกษา (Case Study Research) ตลอดจนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรครักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ การแพทย์ฉุกเฉินและคุ้มครองผู้บริโภค ระบบสุขภาพและการประเมินผลโครงการด้านสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายด้านสุขภาพ บทความวิชาการทางด้านการแพทย์ โดยทุกบทความได้รับการประเมิน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จากภายในและภายนอกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายวารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย มีกำหนดตีพิมพ์ ปีละ 3 ฉบับ เพื่อเผยแพร่ผลงานการวิจัย แลกเปลี่ยนแนวคิดองค์ความรู้ด้านการวิจัยของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ออกสู่สาธารณะ

วัตถุประสงค์การจัดทำวารสาร

1. เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิชาการ และผลงาน วิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข
2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ผลงานวิชาการ และผลงานวิจัยของนักวิชาการ บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข
3. เพื่อเสริมสร้างคุณภาพงานวิจัยของสำนักวิชาการ สาธารณสุขและองค์กรด้านสุขภาพทุกระดับ
4. เพื่อจัดให้มีวารสารวิชาการทางการแพทย์และ สาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

กำหนดการตีพิมพ์

วารสารราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ

กำหนดออก

ฉบับที่ 1 มกราคม –เมษายน (Volume 1: January - April)

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม –สิงหาคม (Volume 2: May - August)

ฉบับที่ 3 กันยายน –ธันวาคม (Volume 3: September - December)

บรรณาธิการ

นายแพทย์เอกชัย คำลือ

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

รองบรรณาธิการ

ดร.สำราญ เชื้อเมืองพาน

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

นายอนุรักษ์ ศรีใจ

นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ

กองบรรณาธิการภายใน “วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย”

นายแพทย์คงศักดิ์ ชัยชนะ

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

นายณรงค์ ลือชา

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ)

นายสยามราชย์ พุเจริญกุลยา

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

นางรัตนา รัชตพิสิฐกร

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

เภสัชกรเกียรติชัย สุภามณี

เภสัชกรชำนาญการพิเศษ

เภสัชกรจิตติมา วุฒิอิน

เภสัชกรชำนาญการพิเศษ

ทันตแพทย์หญิงรุจิรา แสนดี

ทันตแพทย์ชำนาญการ

นายหฤสิทธิ์ เหมืองหม้อ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ดร.อนุพงษ์ พูลพร

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

นายกฤษดา ปาสาลี

นักสาธารณสุขชำนาญการ

บรรณาธิการภายนอก “วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย”

นางขจีรัตน์ บุญวิวัฒนาการ

ผู้ทรงคุณวุฒิ

นางสาวณีย์ เปลียนพานิช

ผู้ทรงคุณวุฒิ

รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ สักวาระนนี

อาจารย์ประจำคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทรพล มากมี	อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์	อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมรรัตน์ โพธิ์อ่ำ	อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิษณุรักษ์ กันทวิ	อาจารย์ประจำสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภมรศรี อินทร์ชน	อาจารย์ประจำสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิลาสินี วงษ์นุช	อาจารย์ประจำสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา ปินตาคำ	อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ วินยางค์กุล	อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พินัญญิณีย์ จิตคำ	อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ เงินทอง	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
นายอภิชาติ ใจใหม่	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
นางสาวดุขฎิ ก้อนอาทร	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
รองศาสตราจารย์ ดร.ทวีวรรณ ศรีสุขคำ	อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประจวบ แหลมหลัก	อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
ดร.อมรรัตน์ อนุวัฒน์นนทเขตต์	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน

ดร.พงศ์พิชญ์ บุญตา

วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

นายแพทย์ธวัชชัย ใจคำวัง

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร

ดร.นายแพทย์ศิริศักดิ์ นันทะ

นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สาย

แพทย์หญิงเยาวลักษณ์ จริยพงศ์ไพบูลย์

รองผู้อำนวยการฝ่ายผลิตบุคลากรทางการแพทย์

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ผู้จัดการวารสาร

นางสาวจิราภรณ์ แสงสุวรรณ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

นางสาววรรณิดา เชื้อสุริยา

นักทรัพยากรบุคคล

ประเภทของบทความ

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย (Journal of Chiang Rai Provincial Health Office) รับผิดชอบบทความ 4 ประเภท (section) ดังนี้

1. บทความวิจัย (Original Article) หมายถึง บทความที่เขียนจาก รายงานวิจัย รายงานผลการศึกษาค้นคว้า วิจัย หรือวิทยานิพนธ์ จากข้อมูลเชิงประจักษ์ของผู้วิจัย โดยสรุปย่อกระบวนการวิจัย ของงานวิจัยนั้นๆ ให้มีความกระชับและสั้น อยู่ในรูปแบบของบทความ ตามโครงสร้างองค์ประกอบของบทความวิจัย โดยมีความยาวบทความ 12 หน้ากระดาษ A4

2. บทความวิชาการ (Academic Article) หมายถึง บทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้ ทบทวนวรรณกรรมในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่อง เรียบเรียงเนื้อหาขึ้นใหม่ เพื่ออธิบาย วิเคราะห์ข้อมูลจากเนื้อหา หรือเสนอแนะองค์ความรู้ทางวิชาการ นวัตกรรม ผลงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม โดยมีความยาวบทความ 12 หน้ากระดาษ A4

3. บทความปริทัศน์ (Literature Review Article) หมายถึง บทความที่มีการผสมผสานแนวคิด และผลการวิจัยหลายๆงานวิจัย โดยผู้เขียนจะสังเคราะห์แนวคิดเหล่านี้ ตลอดจนสังเคราะห์ผลการวิจัยจากงานวิจัยต่างๆ เพื่อประมวลเป็นข้อโต้แย้งในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยวัตถุประสงค์ของการเขียนบทความปริทัศน์ คือ เป็นการสรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ความรู้ทั้งทางกว้างและทางลึกอย่างทันสมัยจากผลงานวิจัยอื่นๆ หรือผลงานวิชาการอื่นๆจนถึงปัจจุบัน เพื่อเป็นการทบทวนการก้าวหน้าทางวิชาการของเรื่องนั้นๆ โดยให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป

4. การวิจัยแบบกรณีศึกษา (Case Study Research) หมายถึง ระเบียบวิธีวิจัยรูปแบบหนึ่งที่ใช้ในการแสวงหาความรู้ความจริงเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับกรณีหรือระบบใดๆที่มีขอบเขตเฉพาะเจาะจง ช่วงเวลานั้นๆ เน้นทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันอย่างละเอียดเจาะลึก (In-depth Study) และเป็นองค์รวม โดยนักวิจัยจะต้องเข้าไปศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามในสภาพแวดล้อมจริงมิได้มีการควบคุมตัวแปรใดๆ และนำความรู้ความจริงที่ได้มาวิเคราะห์และตีความหมาย เพื่อให้ได้คำตอบครอบคลุมสถานการณ์ที่เป็นอยู่ อันนำไปสู่การค้นหาแนวทางพัฒนาและแก้ไขปัญหาต่อไป

ส่วนประกอบของบทความ

ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

ชื่อผู้เขียน (Authors)

- ชื่อผู้เขียน (ทุกคน) ภาษาไทย-ภาษาอังกฤษ ชื่อวุฒิการศึกษา ขนาด 14 point ตัวธรรมดา จัดชิดขวา ใต้ชื่อเรื่อง
- สังกัดหน่วยงานหรือมหาวิทยาลัย ผู้เขียน ภาษาไทย-ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวธรรมดา จัดชิดซ้าย ทำยบทศด้อย
- E-mail address ของผู้พิมพ์ประสานงาน (Corresponding author) ทำยบทศด้อย ต่อจากสังกัดหน่วยงานหรือมหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อบทคัดย่อ และ abstract ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบความยาวภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ

คำสำคัญ (Keyword)

- ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ ขนาด 16 point โดยจะต้องไม่เป็นชื่อเดียวกันกับชื่อเรื่อง

บทนำ (Introduction)

- บรรยายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

- ประกอบไปด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง, เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย, การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ, วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล, การวิเคราะห์ข้อมูล, สถิติที่ใช้ในการวิจัย, การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย (Result)

- อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วสรุปตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

- การเขียนอภิปรายผล ในประเด็นหลักที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมแสดงเหตุผลสนับสนุนผลการวิจัย
- สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

- เป็นข้อความที่กล่าวถึงผลงานและแสดงความขอบคุณบุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือให้ความช่วยเหลือต่างๆ

การเขียนเอกสารอ้างอิง (Reference)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
- การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง (In-Text citation) ใช้ตัวเลขอารบิกแทนลำดับเอกสารที่อ้างอิง โดยใส่ตัวเลข เหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง โดยไม่มีวงเล็บ หากต้องการอ้างอิงเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีกครั้ง ให้ใส่หมายเลขเดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก
- การอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ (Reference citation) เรียงตัวเลขตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไป จนครบทุกลำดับที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา
- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับเอกสารอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- ,)

- Wang R-H, Hsu H-Y, Lin S-Y, Cheng C-P, Lee S-L. Risk behaviors among early adolescents: risk and protective factors. Journal of Advanced Nursing. 2010; 66(2): 313-23.

กรณีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- ,) และตามด้วย et al.

- Lister-Sharp D, Chapman S, Stewart-Brown S, et al. Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. 1999. In: Database of Abstracts of Reviews

of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]. York (UK): Centre for Reviews and Dissemination (UK); 1995-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK67984>

บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author)

- World Health Organization Cancer. An overview on CALR and CSF3 R mutations and a proposal for revision of WHO diagnostic criteria. Ann Oncol. 2013; 24: 13-17.

หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบุคคล

- Atienzo EE, Campero L, Estrada F, Rouse C and Walker D. Interventions involving parents in order to impact adolescent sexual behavior. Salud publica de Mexico. 2011; 53(2): 160-171.

หนังสือที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization)

- World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. Adolescent health and development: a WHO regional framework 2001-2004. Philippines: Manila; 2004.

เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

- JSPS-NRCT Core University Exchange System on Pharmaceutical Sciences, National Research Council of Thailand. Advance in research on pharmacologically active substances from natural sources; 1992 Dec 3-5, Holiday Garden Hotel, Chiang Mai. Chiang Mai: The University; 1992.

เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

- Cha E-S. Predictors of sexual behavior among Korean college students: Testing the theory of planned behavior [Thesis of Ph.D.]. United States - Pennsylvania: University of Pittsburgh; 2005.

บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

- Centers of Disease Control and Prevention. Sexual Risk Behavior: HIV, STD, & Teen Pregnancy Prevention. Adolescent and School Health. [Internet]. 2012 [Cited 2019 June 10]; Available from: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/sexualbehaviors/index.htm>.

สารจากบรรณาธิการ

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย จัดทำขึ้นเพื่อเป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถ่ายทอดองค์ความรู้ ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพที่เกิดจากประสบการณ์และการปฏิบัติงานจริงของบุคลากรสาธารณสุข

ในโอกาสนี้ ซึ่งตรงกับช่วงเทศกาลสงกรานต์ อันเป็น “วันขึ้นปีใหม่ไทย” ที่เปี่ยมด้วยคุณค่าทางวัฒนธรรม และความผูกพันของครอบครัว กองบรรณาธิการขอถือโอกาสอำนวยการให้ท่านผู้อ่านและบุคลากรสาธารณสุขทุกท่านประสบแต่ความสุข สุขภาพแข็งแรง และมีพลังใจในการปฏิบัติงานเพื่อประชาชนอย่างต่อเนื่องตลอดปี

วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 ฉบับนี้ นำเสนอผลงานวิจัยที่สะท้อนถึงความหลากหลายและความลึกซึ้งของการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่ บทความในฉบับครอบคลุมงานวิจัยด้านการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงภาวะเมตาบอลิกซินโดรม การพัฒนาบริการเภสัชกรรมทางไกล เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาในยุคดิจิทัล การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อลดการขาดนัด ตลอดจนกระบวนการบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) และการศึกษาความชุกของภาวะพัฒนาการทางภาษาล่าช้าในเด็กเล็ก บทความทุกชิ้นเป็นผลงานที่เกิดจากความมุ่งมั่นของบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความพยายามในการนำองค์ความรู้ไปใช้แก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนอย่างแท้จริง

กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้เขียนบทความทุกท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิที่ร่วมประเมินบทความ ตลอดจนทุกภาคส่วน ที่มีส่วนสนับสนุนการจัดทำวารสารฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และขอเชิญชวนบุคลากรสาธารณสุขทุกท่านร่วมส่งผลงานวิจัยและวิชาการในฉบับต่อ ๆ ไป

นายแพทย์เอกชัย คำลือ

บรรณาธิการ “วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย”

30 เมษายน 2569

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ (ORIGINAL ARTICLES)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อ ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย โดย สุจิตรา ณ น่าน, วิไลลักษณ์ ฐิ์ทำนอง	1
การศึกษาเปรียบเทียบบริการเภสัชกรรมทางไกลผ่านไลน์บนระบบเว็บแอปพลิเคชันการจัดส่งยา ถึงบ้านกับรับยาที่โรงพยาบาล โดย ธวัชชัย อยู่คง	17
การพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย โดย วงศ์ผกา พรหมสูตร, กุหลาบ พันธุ์ประยูร	33
กระบวนการและผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) กรณีศึกษาอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน โดย มงคล ลัคนาเลิศ, อิดารัตน์ ประพันธ์, ลุติดา ไชยสีต๊ะ, ณัฐดนัย จิตอารีย์, จีรศักดิ์ คำเรือง	48
ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าของเด็กอายุ 18-30 เดือน ในอำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย โดย กฤษดา พลทรัพย์	64

**ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อ
ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย**

สุจิตรา ณ น่าน* วิไลลักษณ์ ฐิ์ทำนอง*

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 ราย วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2568 ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และแบบบันทึกผลการตรวจภาวะเมตาบอลิกซินโดรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Independent t-test และ Multiple logistic regression

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (64.47 ± 7.17 เทียบกับ 56.37 ± 10.06 , $p < 0.05$) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดีมาก (≥ 64 คะแนน, 56.29%) และมีโอกาสมากกว่ากลุ่มควบคุม 3.72 เท่า (95%CI 1.13, 12.23) ในการมีระดับความรู้ที่ดีมาก อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในค่าความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด และไตรกลีเซอไรด์หลังการทดลองระหว่างกลุ่ม ($P > 0.05$)

สรุปได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพในการเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพในระยะสั้น อย่างไรก็ตาม ควรมีการติดตามผลระยะยาวเพิ่มเติมเพื่อประเมินผลทางคลินิกที่ครอบคลุม

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ, ความรู้ด้านสุขภาพ, ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

*โรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

Corresponding Author: Sujittra Nanan E-mail: sujittra.nanan@gmail.com

Received: 23 April 2025 Revised: 28 December 2025 Accepted: 11 March 2026

The Effects of a Health Literacy Promotion Program on Health Outcomes in Individuals at Risk for Metabolic Syndrome: A Study of Outpatients at Phaya Mengrai Hospital, Chiang Rai Province

The Effects of a Health Literacy Promotion Program on Health Outcomes
in Individuals at Risk for Metabolic Syndrome: A Study of Outpatients at
Phaya Mengrai Hospital, Chiang Rai Province

Sujittra Nanan*, Wilailak Ruthamnong*

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the effectiveness of a health literacy promotion program on health outcomes among individuals at risk for metabolic syndrome. This quasi-experimental study had an experimental group and a control group, each consisting of 35 participants. Data were collected both before and after the intervention, between November 2024 and March 2025, at the Outpatient Department of Phaya Mengrai Hospital in Chiang Rai. Instruments included a demographic questionnaire, a health literacy assessment tool, and a metabolic syndrome clinical monitoring form. Data analysis used independent t-tests and multiple logistic regression.

Results showed that the experimental group had significantly higher post-intervention mean health literacy scores than the control group (64.47 ± 7.17 vs. 56.37 ± 10.06 , $p < 0.05$). A majority (56.2%) of participants in the experimental group achieved a high health literacy level (≥ 64 points) and were 3.72 times (95% CI: 1.13–12.23) more likely to reach that level than the control group. However, there were no statistically significant differences in post-intervention clinical indicators—including blood pressure, fasting blood glucose, and triglyceride levels—between groups ($p > 0.05$).

In conclusion, the program effectively enhanced short-term health literacy but did not produce significant clinical outcome changes within the study period. Therefore, long-term follow-up is recommended to comprehensively evaluate clinical impact.

Keywords: Health promotion program, Health literacy, Metabolic syndrome

*Phaya Mengrai Hospital, Chiang Rai Province

Corresponding Author: Sujittra Nanan E-mail: sujittra.nanan@gmail.com

Received: 23 April 2025 Revised: 28 December 2025 Accepted: 11 March 2026

บทนำ

ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมหรือโรคอ้วนลงพุง เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่มีความผิดปกติด้านการเผาผลาญพลังงาน จัดเป็นภัยเงียบใกล้ตัว¹ เนื่องจากไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจนแต่จะนำไปสู่กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งเกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมีหลายหลัก เช่น WHO 1999, NCEP ATP III 2001 และ American College of Endocrinology (ACE) 2002 เป็นต้น² สำหรับในประเทศไทยนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคอ้วนลงพุงตามนิยามของสหพันธ์เบาหวานโลก ปี ค.ศ. 2005³ ซึ่งต้องเป็นผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุงทุกราย (เส้นรอบเอว ≥ 90 ซม. ในผู้ชายหรือ ≥ 80 ซม. ในผู้หญิง) ร่วมกับความผิดปกติอย่างน้อย 2 ข้อ จาก 4 ข้อ ได้แก่ ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ≥ 150 มก./ดล., ระดับไขมัน HDL ≤ 40 มก./ดล. ในผู้ชาย หรือ ≤ 50 มก./ดล. ในผู้หญิง, ความดันโลหิต $\geq 130/85$ มม.ปรอท หรือได้รับยาลดความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ≥ 100 มก./ดล.⁴

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญทั่วโลก โดยข้อมูลปี พ.ศ. 2566 ระบุว่าร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมดเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมากกว่าร้อยละ 80 เกิดขึ้นในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มภาระโรคที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁵ สำหรับประเทศไทย รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2566 ของกรมควบคุมโรค ระบุว่า อัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจาก NCDs (อายุ 30–69 ปี) อยู่ที่ร้อยละ 16.1 และประมาณร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศเกิดจาก NCDs ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลกและสะท้อนภาระด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน⁶ จากสถิติเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลกและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ความชุก

ของการป่วยและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) รายงานในปี พ.ศ. 2564 ว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจคิดเป็นมูลค่ามากกว่า 1.2 ล้านล้านบาทต่อปี รวมถึงความสูญเสียจากภาวะเมตาบอลิกซินโดรมซึ่งเพิ่มขึ้นตามแนวโน้มความชุกของโรคอ้วนและปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพของประชากรไทย⁷ ทั้งนี้ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าไปสู่การเกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งจะไม่มีอาการหรืออาการแสดงใดๆ และไม่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยที่มีภาวะนี้จึงมักไม่ตระหนักถึงความสำคัญ ทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการที่เหมาะสม¹

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าโปรแกรมส่วนใหญ่ที่มุ่งเน้นการป้องกันภาวะเมตาบอลิกซินโดรม มักให้ความสำคัญกับการให้ความรู้เชิงข้อมูลทั่วไปหรือเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการลดน้ำหนัก แต่ยังขาดการพัฒนาศักยภาพของบุคคลในด้านความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการตัดสินใจและการจัดการสุขภาพด้วยตนเองอย่างยั่งยืน ความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงช่วยให้บุคคลเข้าใจข้อมูลสุขภาพเท่านั้น แต่ยังส่งเสริมให้สามารถประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล เข้าถึงบริการได้เหมาะสมและปรับใช้ความรู้ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ การขาดการบูรณาการแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพในกระบวนการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรม และในโรงพยาบาลชุมชน ยังมีข้อจำกัดด้านเวลา บุคลากร และทรัพยากรในการจัดกิจกรรมแบบเผชิญหน้า การประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น

กลุ่มสื่อสังคมออนไลน์ จึงเป็นแนวทางใหม่ที่เหมาะสมกับบริบทของงานผู้ป่วยนอก สามารถช่วยให้ผู้รับบริการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องได้สะดวกและต่อเนื่อง โดยไม่กระทบต่อการะงานของบุคลากรทางสุขภาพ

จากรายงานสรุปโครงการรณรงค์ตรวจสุขภาพประจำปีเนื่องในวันสำคัญ ของงานโรงพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพญาเม็งราย ปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่า กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 23.33, 23.48 และ 23.91 ตามลำดับ⁸ สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่ยังคงมีอยู่ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง แม้จะมีการให้คำแนะนำด้านสุขภาพโดยบุคลากรทางการแพทย์แล้วก็ตาม นอกจากนี้ ยังไม่พบการวิจัยที่ออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยอิงหลักความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในพื้นที่ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรม งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย โดยโปรแกรมนี้นี้ถูกพัฒนามาจากแนวคิดการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่มีองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพพื้นฐานของบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ⁹ ที่มีการใช้กลุ่มไลน์เพื่อให้สมาชิกสามารถเข้าถึงข้อมูล อ่านข้อความ ดูคลิปวิดีโอ และรูปภาพได้อย่างสะดวกและทันเวลา โปรแกรมนี้มีระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ ซึ่งเป็นระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการเปลี่ยนพฤติกรรมและการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก ทำให้สามารถประเมินผลของโปรแกรมได้อย่างเป็นรูปธรรมและน่าเชื่อถือ ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นประโยชน์ต่อผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของผลลัพธ์สุขภาพทางคลินิก

ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และค่าไขมันในเลือด ที่เป็นตัวชี้วัดสำคัญของภาวะเมตาบอลิกซินโดรม และเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ที่ทันสมัยให้ข้อมูลได้ครบถ้วน และสะดวกในการตอบคำถาม ติดตามความก้าวหน้าของผู้รับบริการได้แบบเรียลไทม์ผ่านระบบออนไลน์ และผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผ่านสื่อที่เข้าใจง่ายสามารถทบทวนข้อมูลย้อนหลัง แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม ช่วยเสริมแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ระหว่างกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพกับกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้มีรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental design) ที่มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ใหญ่ที่มีอายุ 20-59 ปีที่มีความผิดปกติของภาวะเมตาบอลิกซินโดรม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ใหญ่ที่มีอายุ 20-59 ปี ที่มีความเสี่ยงหรือความผิดปกติของภาวะเมตาบอลิกซินโดรม จากการคำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้ ทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยที่ศึกษาผลโปรแกรมการดูแลตนเองผ่านเครือข่ายสังคมต่อความรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

ของกลุ่มเสี่ยงภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ซึ่งมีขนาดอิทธิพล Cohen's เท่ากับ 0.189 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ 0.80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 27 ราย¹² และเพื่อป้องกันการสูญหายของผู้เข้าร่วมวิจัยจึงปรับขนาดตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จะได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 35 ราย

เกณฑ์คัดเลือกเข้าร่วมวิจัย ดังนี้ 1) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี 2) เป็นกลุ่มเสี่ยงภาวะเมตาบอลิกซินโดรมตามนิยามของสหพันธ์เบาหวานโลก⁴ ที่มีความผิดปกติอย่างน้อย 2 ข้อ จาก 4 ข้อ ได้แก่ระดับไตรกลีเซอไรด์ ≥ 150 มก./ดล., ระดับไขมัน HDL ≤ 40 มก./ดล. ในผู้ชาย หรือ ≤ 50 มก./ดล. ในผู้หญิง, ความดันโลหิต $\geq 130/85$ มม.ปรอท และระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ≥ 100 มก./ดล. 3) อยู่ภายใต้แผนการรักษาของแพทย์ที่ให้ควบคุมอาหารหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีการนัดติดตามเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ รวมถึงการตรวจค่าน้ำตาลในเลือด ค่าไขมันในเลือด หรือค่าความดันโลหิตสูง 4) มีโทรศัพท์มือถือแบบ Smartphone และยินดีสมัครเป็นสมาชิกในกลุ่มไลน์ของโครงการ 5) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี 6) ยินดีเข้าร่วมโครงการ โดยลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมในงานวิจัยด้วยความสมัครใจ และ 7) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมและติดตามผลตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งแบ่งผู้เข้าร่วมวิจัยออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพครบทั้ง 8 กิจกรรม ตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ พร้อมทั้งได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวตามแผนพบเรื่องการเปลี่ยนพฤติกรรมและอาหาร (Therapeutic lifestyle changes) สำหรับภาวะเมตาบอลิกซินโดรมและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ โดยได้รับคำแนะนำในวันก่อนเริ่มการทดลอง

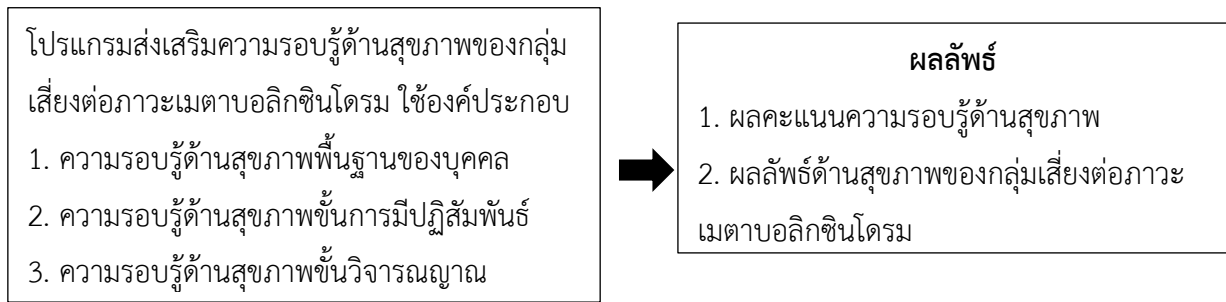
กลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับเพียงคำแนะนำ

การปฏิบัติตัวตามแผนพบเรื่องการเปลี่ยนพฤติกรรมและอาหาร (Therapeutic lifestyle changes) สำหรับภาวะเมตาบอลิกซินโดรมและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ โดยได้รับคำแนะนำในวันก่อนเริ่มการทดลองและไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้กรอบแนวคิด การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ตามแนวคิดและหลักการเรื่องการแบ่งระดับการพัฒนาของ Don Nutbeam ซึ่งจำแนกความรู้ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ความรู้ด้านสุขภาพพื้นฐานของบุคคล (Functional Health literacy) ระดับที่ 2 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction Health literacy) และระดับที่ 3 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Health literacy) โดยกำหนดขอบเขตของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ^{10,11} ดังนี้

1. เข้าถึง (access/obtain) กำหนดให้เป็นความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ 2. เข้าใจ (understand) กำหนดให้ เป็นความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน 3. ประเมิน (process/appraise) กำหนดให้ เป็นความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ 4. นำข้อมูลไปใช้ (apply/use) กำหนดให้ เป็นความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงของภาวะเมตาบอลิกซินโดรม มีความรู้ด้านสุขภาพและสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้นได้ ซึ่งผลลัพธ์ด้านสุขภาพประกอบด้วย ระดับความรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นกิจกรรมภายในกลุ่มไลน์ที่สามารถให้สมาชิกในกลุ่มเข้าถึงข้อมูลอย่างสะดวกและทันเวลาสามารถอ่านข้อความ ดูคลิปวิดีโอ รูปภาพได้ทันทีโดยมีทั้งหมด 8 กิจกรรม ระยะเวลา 12 สัปดาห์ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ

1. การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพพื้นฐานของบุคคล (Functional Health literacy) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 วิดีโอให้ความรู้เรื่องความรู้สุขภาพ ระยะเวลา 4 นาที จำนวน 1 ครั้ง กิจกรรมที่ 2 ภาพอินโฟกราฟิกความรู้ด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อวันละ 1 ภาพ และกิจกรรมที่ 3 การมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมโปรแกรมการตั้งคำถาม วันละ 1 ภาพ

2. การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction Health literacy) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2-4 ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 4 วิดีโอให้ความรู้เรื่อง “กลุ่มอาการของภาวะเมตาบอลิกซินโดรม” กิจกรรมที่ 5 วิดีโอให้ความรู้เรื่อง “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ” กิจกรรมที่ 6 ภาพอินโฟกราฟิก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน

30 ภาพ ส่งเข้ากลุ่มไลน์วันละ 1 ภาพ และกิจกรรมที่ 7 การมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมโปรแกรมโดยการตั้งคำถาม “ใครเสี่ยงอะไรบ้าง”

3. การเพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพวิจารณ์ญาณ (Critical Health literacy) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 5-12 ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 8 การมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมโปรแกรม เพื่อเข้าใจขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและประเมินความพร้อม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกซินโดรม ที่พัฒนามาจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคติดต่อและโรคเรื้อรังที่สำคัญของประชาชนวัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กองสุខศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข 13 ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินต้นแบบมาดัดแปลงและปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งปรับเปลี่ยนคำถามและตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมสุขภาพ และมาตรการป้องกันที่เกี่ยวข้องกับโรคเมตาบอลิกซินโดรมโดยเฉพาะ ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย 6 ข้อ ความรู้ด้านสุขภาพ 16 ข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 16-80 คะแนน ความรู้ด้านสุขภาพแปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ น้อยกว่า 48 คะแนน หมายถึง ระดับไม่เพียงพอ 48-63.99 หมายถึง

ระดับปานกลาง มากกว่าหรือเท่ากับ 64 คะแนน หมายถึงระดับดีมาก และแบบบันทึกผลการตรวจภาวะเมตาบอลิกซินโดรม 4 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างเอง ประกอบด้วย ค่าความดันโลหิต ค่าน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ค่าไตรกลีเซอไรด์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของโปรแกรมฯ และแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกซินโดรม ได้ผ่านการทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ที่ประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งได้ค่า Scale-level content validity index (S-CVI) เท่ากับ 1.00 และทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.83

วิธีรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตรวบรวมข้อมูลโรงพยาบาลพญาเม็งราย พร้อมทั้งโครงร่างวิจัยและเครื่องมือการวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการวิจัย ขออนุมัติรวบรวมข้อมูลและขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย การเก็บรักษาความลับ และการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการลงนามในแบบขอความยินยอมการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจะนัดหมายผู้ป่วยเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ 3. ผู้วิจัยดำเนินการประเมินให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้รอบด้านสุขภาพ และบันทึกผลการตรวจภาวะเมตาบอลิกซินโดรมก่อนเริ่มการทดลอง จากนั้นทำการสุ่มเข้ากลุ่มโดยไม่ใช้ความน่าจะเป็น (Non-probability

sampling) โดยใช้วิธีสุ่มสลับวันเข้าร่วมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งจะสุ่มสลับวันดำเนินการโดยกำหนดให้ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มารับบริการในวันจันทร์ พุธ และศุกร์ จัดให้อยู่ในกลุ่มทดลอง ส่วนผู้ที่มารับบริการในวันอังคาร และพฤหัสบดี จัดให้อยู่ในกลุ่มควบคุม วิธี การนี้ช่วยป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่มศึกษา

4. ให้ความรู้ คำแนะนำการปฏิบัติตัวตามแผนพบ ในเรื่องการเปลี่ยนพฤติกรรมและอาหาร (Therapeutic lifestyle changes) สำหรับภาวะเมตาบอลิกซินโดรมและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังไม่ติดต่อออกใบนัดติดตามอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในวันก่อนเริ่มการทดลอง

5. ดำเนิน 8 กิจกรรม ตามรายละเอียดของโปรแกรมฯ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ เฉพาะในกลุ่มทดลอง

6. ประเมินผลความรู้รอบด้านสุขภาพและผลการตรวจภาวะเมตาบอลิกซินโดรมหลังครบ 12 สัปดาห์

7. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล บันทึกข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อรายงานผลการศึกษาต่อไปการวิเคราะห์ครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัยนำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และค่าร้อยละการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติ Chi-square test ความรู้รอบด้านสุขภาพและผลการตรวจภาวะเมตาบอลิกซินโดรมโดยใช้สถิติ Independent t-test การวิเคราะห์ผลของโปรแกรมฯ ที่ส่งผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ดีที่มีลักษณะข้อมูลแบบเชิงกลุ่มโดยใช้สถิติ multiple logistic regression เพื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยเพศ อายุ และระดับความรู้ด้านสุขภาพก่อนทดลอง ทุกการทดสอบกำหนดเป็นแบบสองทาง (two-tailed test) และระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($\alpha=0.05$)

การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขการรับรอง CRPPHO No. 126/2567 ลงวันที่ 8 พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 35 ราย พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงร้อยละ 74.3 และเพศชายร้อยละ 25.7 ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 74.3 สถานภาพเป็นคู่ร้อยละ 65.7 ระดับการศึกษาสูงสุดเป็นมัธยมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 54.3 ประกอบอาชีพใช้แรงงานร้อยละ 22.9 เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคประจำตัวใดๆ ร้อยละ 31.4 ขณะที่ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงร้อยละ 45.7 และเพศชายร้อยละ 54.3 ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 51.4 สถานภาพเป็นคู่ร้อยละ 60.0 ระดับการศึกษาสูงสุดเป็นมัธยมศึกษาขึ้นไปร้อยละ 34.3 ประกอบอาชีพค้าขาย/ทำธุรกิจ ร้อยละ 48.6 เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคประจำตัวใดๆ ร้อยละ 31.4 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างสองกลุ่มพบว่า ปัจจัยเพศและอายุมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P < 0.05$) ดังตารางที่ 1

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองและควบคุมมีความแตกต่างกันในเพศและอายุ ($P < 0.05$) ซึ่งอาจเป็น confounding factor ผลการวิเคราะห์

ความรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองพบว่า คะแนนความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (64.47 ± 7.17 และ 56.37 ± 10.06 ตามลำดับ, $P < 0.001$) เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบทั้ง 4 พบว่า คะแนนความรู้ด้านสุขภาพองค์ประกอบทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (16.56 ± 2.11 และ 15.0 ± 2.72 ตามลำดับ, $P = 0.014$) คะแนนความรู้ด้านสุขภาพองค์ประกอบการเข้าใจข้อมูลสุขภาพหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (16.16 ± 2.00 และ 14.87 ± 2.98 ตามลำดับ, $P = 0.049$) คะแนนความรู้ด้านสุขภาพองค์ประกอบการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (15.38 ± 2.60 และ 13.27 ± 3.09 ตามลำดับ, $P = 0.005$) คะแนนความรู้ด้านสุขภาพองค์ประกอบการใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (16.38 ± 2.34 และ 13.23 ± 2.73 ตามลำดับ, $P < 0.001$) อย่างไรก็ตาม ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถติดตามผลได้ 8 ราย หลังการทดลอง ประกอบด้วย 3 ราย จากกลุ่มทดลอง และ 5 ราย จากกลุ่มควบคุม ทำให้ขนาดตัวอย่างเหลือ 32 ราย ในกลุ่มทดลอง และ 30 ราย ในกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=35)	กลุ่มควบคุม (n=35)	P-value
เพศ, n(%)			
ชาย	9 (25.7)	19 (54.3)	0.015*
หญิง	26 (74.3)	16 (45.7)	
อายุ, n(%)			
20-29 ปี	2 (5.7)	10 (28.6)	0.045*
30-39 ปี	2 (5.7)	4 (11.4)	
40-49 ปี	26 (74.3)	18 (51.4)	
50-59 ปี	5 (14.3)	3 (8.6)	
สถานสมรส, n(%)			
โสด	8 (22.9)	8 (22.9)	0.836
คู่	23 (65.7)	21 (60.0)	
หม้าย/หย่า	4 (11.4)	6 (17.1)	
ระดับการศึกษาสูงสุด, n(%)			
ประถมศึกษา	3 (8.6)	5 (14.3)	0.385
มัธยมศึกษาขึ้นไป	19 (54.3)	12 (34.3)	
ปวช./อนุปริญญา/ปวส.	5 (14.3)	10 (28.6)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	6 (17.1)	7 (20.0)	
อื่นๆ	2 (5.7)	1 (2.9)	
อาชีพหลักในชีวิตประจำวัน, n(%)			
ใช้แรง เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน รับจ้างทั่วไป	10 (28.6)	4 (11.4)	0.112
เป็นต้น			
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	8 (22.9)	17 (48.6)	
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	6 (17.1)	8 (22.9)	
พนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชน	7 (20.0)	4 (11.4)	
อยู่บ้านไม่ได้มีอาชีพเป็นแม่บ้าน/ทำงานบ้าน	4 (11.4)	2 (5.7)	
เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคประจำตัวใดๆ, n(%)	11 (31.4)	11 (31.4)	1.000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P<0.05)

ตารางที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลอง

	กลุ่มทดลอง (n=32)	กลุ่มควบคุม (n=30)	Mean difference (95%CI)	P-value
องค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึง ข้อมูลและบริการสุขภาพ	16.56±2.11	15.0±2.72	1.56 (0.33, 2.79)	0.014*
องค์ประกอบที่ 2 การเข้าใจข้อมูล สุขภาพ	16.16±2.00	14.87±2.98	1.29 (0.01, 2.57)	0.049*
องค์ประกอบที่ 3 การประเมินข้อมูล และบริการด้านสุขภาพ	15.38±2.60	13.27±3.09	2.11 (0.66, 3.56)	0.005*
องค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูล และบริการสุขภาพ	16.38±2.34	13.23±2.73	3.14 (1.85, 4.43)	<0.001*
ความรอบรู้สุขภาพโดยรวม	64.47±7.17	56.37±10.06	8.10 (3.69, 12.52)	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P<0.05)

ผลการวิเคราะห์ตามระดับความรู้ด้านสุขภาพหลังทดลองพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังทดลองของผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 56.2 และระดับปานกลาง ร้อยละ 43.8 ตามลำดับ ขณะที่ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 50.0 ระดับดีมาก ร้อยละ 26.7 และระดับไม่ดีพอร้อยละ 23.3 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ด้วย Multiple logistic regression

ที่มีการควบคุมอิทธิพลของปัจจัยเพศ อายุ ระดับความรู้ด้านสุขภาพก่อนทดลอง พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P=0.031) โดยผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองอยู่ในระดับดีมาก มากเป็น 3.72 เท่า (95%CI 1.13, 12.23) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลอง

	กลุ่มทดลอง (n=32)	กลุ่มควบคุม (n=30)	Adjusted OR (95%ci)	P-value
ระดับดีมาก (64 คะแนนขึ้นไป)	18 (56.2)	8 (26.7)	3.72 (1.13, 12.23)	0.031*
ระดับปานกลาง (48-63 คะแนน)	14 (43.8)	15 (50.0)	กลุ่มอ้างอิง	
ระดับไม่ดีพอ (<48 คะแนน)	0 (0.0)	7 (23.3)		

วิเคราะห์ข้อมูลโดย Multiple logistic regression ควบคุมอิทธิพลของปัจจัยเพศ อายุ ระดับความรู้ด้านสุขภาพก่อนทดลอง

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P<0.05)

หมายเหตุ: เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในระดับไม่ดีพอมีค่าเท่ากับ 0 จึงนำระดับปานกลางและไม่ดีพอรวมกันเป็นกลุ่มอ้างอิง

ผลการตรวจภาวะเมตาบอลิกซินโดรม พบว่า ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกหลังทดลองของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมในทางสถิติ (137.25 ± 11.11 และ 134.05 ± 7.49 มม.ปรอท ตามลำดับ, $P=0.252$) ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังทดลองของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมในทางสถิติ (84.54 ± 9.78 และ 79.86 ± 6.58 ตามลำดับ, $P=0.061$)

ค่าน้ำตาลในเลือดหลังทดลองของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมในทางสถิติ (109.57 ± 17.49 และ 110.06 ± 19.93 มก./ดล. ตามลำดับ, $P=0.944$) และค่าไตรกลีเซอไรด์หลังทดลองของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมในทางสถิติ (207.13 ± 80.99 และ 195.23 ± 64.08 ตามลำดับ, $P=0.528$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการตรวจภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Mean difference (95%CI)	P-value
ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (มม.ปรอท)	(n=28)	(n=22)		
ก่อนทดลอง	144.96 ± 10.24	146.09 ± 5.99	-1.13 (-6.08, 3.82)	0.649
หลังทดลอง	$137.25 \pm 11.11^*$	$134.05 \pm 7.49^*$	3.20 (-2.35, 8.76)	0.252
ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)	(n=28)	(n=22)		
ก่อนทดลอง	86.39 ± 7.94	86.0 ± 5.66	0.39 (-3.63, 4.42)	0.845
หลังทดลอง	$84.54 \pm 9.78^*$	$79.86 \pm 6.58^*$	4.67 (-0.21, 9.56)	0.061
ค่าน้ำตาลในเลือด (มก./ดล.)	(n=14)	(n=17)		
ก่อนทดลอง	117.14 ± 23.59	116.53 ± 5.31	0.61 (-16.12, 17.34)	0.941
หลังทดลอง	$109.57 \pm 17.49^*$	$110.06 \pm 19.93^*$	-0.49 (-14.42, 13.45)	0.944
ค่าไตรกลีเซอไรด์ (มก./ดล.)	(n=31)	(n=30)		
ก่อนทดลอง	252.97 ± 80.23	258.7 ± 132.61	-5.73 (-61.68, 50.21)	0.838
หลังทดลอง	$207.13 \pm 80.99^*$	$195.23 \pm 64.08^*$	11.90 (-25.60, 49.39)	0.528

* ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P < 0.05$)

สรุปและอภิปรายผล

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าผลต่างเฉลี่ยเท่ากับ 8.10 คะแนน โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 56.2) ขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.0) ซึ่งเข้าร่วม

วิจัยกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ หลังการทดลองอยู่ในระดับดีมาก มากเป็น 3.72 เท่า (95%CI 1.13, 12.23) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มทดลองได้รับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์

ซึ่งออกแบบตามแนวคิดของ Don Nutbeam โดยเน้นการพัฒนาองค์ประกอบทั้ง 3 ระดับของความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรู้พื้นฐาน การมีปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจรรย์ญาณ⁹ ผ่านสื่อการเรียนรู้ที่หลากหลาย เช่น การให้ความรู้ผ่านวิดีโอคลิป ภาพอินโฟกราฟิก การตั้งคำถาม และการมีส่วนร่วมในกลุ่มไลน์ ซึ่งเอื้อต่อการเรียนรู้และกระตุ้นการตระหนักรู้ในเรื่องสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ลักษณะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพช่วยให้ผู้เข้าร่วมสามารถเข้าถึงข้อมูลได้สะดวก รวดเร็ว และสามารถทบทวนเนื้อหาได้ตามต้องการ ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้แบบมีปฏิสัมพันธ์และต่อเนื่อง ซึ่งมีส่วนสำคัญในการพัฒนาระดับความรู้ด้านสุขภาพให้เพิ่มสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับกิจกรรมดังกล่าว สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติ การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ที่เป็โรคเรื้อรังในชุมชนพบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติ การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ที่เป็โรคเรื้อรังในชุมชนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติ การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴ และสอดคล้องกับการศึกษา แบบแผนการดำเนินชีวิตตามความรู้ด้านสุขภาพสำหรับ ประชากรวัยทำงานที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม อำเภอละมั่ง จังหวัดชุมพร ที่พบว่า ประชากรวัยทำงานที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมีความรู้ด้านสุขภาพในด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าใจสุขภาพ ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ

และภาพรวมสูงขึ้นหลังได้รับโปรแกรมแบบแผนการดำเนินชีวิตตามความรู้ด้านสุขภาพ¹⁵

หลักฐานจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นตามมา การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะรู้เท่าทันสุขภาพกับกลุ่มอาการเมตาบอลิก หรือคุณลักษณะด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ในประชากรญี่ปุ่นที่อาศัยอยู่ในชุมชนพบว่าผู้ที่ มีความรู้ด้านสุขภาพสูงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (OR 2.08 [95%CI 1.33,3.23]) และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (OR 0.67 [95%CI 0.48, 0.95])¹⁶ สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงทดลอง RCTในเรื่อง ความรู้ด้านสุขภาพและการแทรกแซงที่ เน้นการออกกำลังกายต่อผลการตรวจวัดทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชาวจีน พบว่าการเข้าร่วมโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพช่วยลดระดับ HbA1C หลังติดตามผล 12 เดือน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากบุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพสูงมักมีการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง การตัดสินใจและปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม และมีความร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์ได้ดีขึ้น¹⁷

ผลการตรวจภาวะเมตาบอลิกซินโดรม หลังการทดลองพบว่า ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโต ค่าน้ำตาลในเลือด และค่าไตรกลีเซอไรด์ของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมในทางสถิติ (P>0.05) อาจเนื่องจากระยะเวลาในการติดตามผลภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพียง 12 สัปดาห์ซึ่งอาจสั้นเกินไปสำหรับการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด และระดับไตรกลีเซอไรด์ที่มักต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและใช้เวลาในระยะยาว เนื่องจากผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ระดับความดันโลหิต

ระดับไตรกลีเซอไรด์ และระดับน้ำตาลในเลือด ตามหลักฐานทางวิทยาศาสตร์และแนวทางปฏิบัติทางคลินิกมักต้องใช้เวลามากกว่า 3 เดือนจึงจะสามารถเห็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความหมายทางสถิติและทางคลินิก¹⁸ นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในกระบวนการเริ่มต้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ ซึ่งอาจยังไม่ส่งผลชัดเจนต่อค่าทางคลินิก อีกทั้งยังมีปัจจัยแทรกซ้อนที่ไม่สามารถควบคุมได้ทั้งหมด เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาตามแผนการรักษา เป็นต้น นอกจากนี้ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำด้านพฤติกรรมสุขภาพเบื้องต้นในรูปแบบแผ่นพับเรื่อง “การเปลี่ยนพฤติกรรมและอาหาร (Therapeutic lifestyle changes)” ในช่วงก่อนการทดลอง เช่นเดียวกันจึงอาจส่งผลให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ลดลงในทั้งสองกลุ่ม รวมทั้งความแตกต่างของลักษณะพื้นฐานระหว่างกลุ่ม โดยเฉพาะเพศและอายุที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความหลากหลายของผลลัพธ์ทางคลินิก จึงควรมีการควบคุมตัวแปรเหล่านี้ในการวิจัยครั้งต่อไปเพื่อความแม่นยำยิ่งขึ้น ผลการวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และเส้นรอบเอวของผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิก ที่พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตัวเองของแนวคิด Kanfer and Gaelic สำหรับภาวะเมตาบอลิก จำนวน 10 กิจกรรมระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีค่าความดันโลหิตและค่าน้ำตาลในเลือดลดลง แต่เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่ามีเพียงค่าความดันโลหิตที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ค่าน้ำตาลในเลือดไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม¹⁹ และสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติที่พบว่าระดับไตรกลีเซอไรด์และเอชดีแอลของผู้ป่วยที่มีไขมันในเลือดผิดปกติหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับไขมันในเลือด 12 สัปดาห์ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมในทางสถิติแต่ค่าคอเลสเตอรอลรวมและแอลดีแอลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁰

ดังนั้นแม้ว่าโปรแกรมจะช่วยเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่การแสดงผลการตรวจภาวะเมตาบอลิกซินโดรมที่ชัดเจนจำเป็นต้องมีการติดตามผลในระยะยาว อย่างไรก็ตาม โปรแกรมนี้มีข้อจำกัดที่สำคัญคือการออกแบบกิจกรรมเฉพาะแบบออนไลน์ ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้เข้าร่วมที่ไม่คุ้นชินกับเทคโนโลยีหรือมีข้อจำกัดในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต ทำให้การมีส่วนร่วมและการรับข้อมูลไม่เต็มที่ นอกจากนี้การขาดกิจกรรมแบบ face-to-face หรือการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมกลุ่ม อาจเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากการปฏิสัมพันธ์แบบเผชิญหน้าและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันมักช่วยสร้างแรงจูงใจและการยึดมั่นต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมได้มากกว่า อีกทั้งช่วงอายุที่แตกต่างกันอาจส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรม การปรับปรุงโปรแกรมในอนาคตอาจต้องมีการจัดการในรูปแบบอื่นร่วมด้วย เช่น การให้คำปรึกษาเชิงลึกด้านโภชนาการ โปรแกรมการออกกำลังกายเฉพาะกลุ่มหรือการจัดการกับโรคประจำตัวอย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืนมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ควรมีการออกแบบโปรแกรมแบบบูรณาการร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น พยาบาล นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด เพื่อเสริมสร้างความต่อเนื่องและประสิทธิภาพของการดูแลสุขภาพ

ในกลุ่มเสี่ยงอย่างรอบด้าน อีกทั้งควรมีการประเมินหลายช่วง
ติดตามผล และใช้ตัวชี้วัดที่หลากหลายทั้งด้านพฤติกรรม
สุขภาพจิต และผลทางคลินิก เพื่อให้สามารถประเมิน
ประสิทธิผลของโปรแกรมได้อย่างครอบคลุมและลึกซึ้งมาก
ยิ่งขึ้นในการวิจัยครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่ม
งานการพยาบาล และบุคลากรในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล
พญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย ที่สนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้
ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนา
เครื่องมือ และขอขอบคุณกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิก
ซินโดรมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานสาธารณสุขหรือสถานบริการ
ด้านสุขภาพควรนำโปรแกรมการส่งเสริมความรู้
ด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรค
ไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเมตาบอลิก
ซินโดรม เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพตนเองและ
ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคในระยะยาว
2. ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและ
การเข้าถึงสื่อ เช่น แอปพลิเคชันไลน์ (LINE) วิดีโอคลิป และ
ภาพอินโฟกราฟิก ในการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ
เนื่องจากเป็นช่องทางที่เข้าถึงง่าย สะดวก และส่งผลเชิงบวก
ต่อการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย
3. บุคลากรทางการแพทย์ควรบูรณาการกิจกรรม
การให้ความรู้ในลักษณะกลุ่มย่อยร่วมกับการติดตามโดย
ผู้เชี่ยวชาญ เช่น พยาบาล นักโภชนาการ หรือเภสัชกร
เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนให้เกิดความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลลัพธ์
ด้านสุขภาพหลังการทดลอง เพื่อประเมินประสิทธิผล
ของโปรแกรมต่อการเปลี่ยนแปลงของค่าความดันโลหิต
น้ำตาลในเลือด และไขมันในเลือด ได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น
2. ควรเพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างและควบคุมตัวแปร
แทรกซ้อนอย่างเป็นระบบ เช่น ทักษะการใช้สมาร์ตโฟน และ
ระยะเวลาของโรค เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในผลลัพธ์
ของการวิจัย และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับประชากร
กลุ่มอื่นได้อย่างเหมาะสม
3. ควรเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการส่งเสริม
ความรู้ด้านสุขภาพกับรูปแบบอื่น ๆ ของการให้ความรู้
เช่น การให้คำปรึกษารายบุคคล การเรียนรู้ผ่าน
แพลตฟอร์มออนไลน์ หรือการอบรมแบบเข้มข้น
เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพในบริบทที่แตกต่างกัน
ที่มีรูปแบบการวิจัยแบบการทดลองแบบสุ่ม
ที่มีการควบคุมหรือการวิจัยแบบผสมผสาน

เอกสารอ้างอิง

1. พิมพ์วิรา ละล้า, อภิชาติ ใจใหม่, กฤตพัทธ์ ผักฝน. ภาวะ
อ้วนลงพุงในผู้สูงอายุ: ผลกระทบและบทบาทพยาบาล.
วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ 2565; 23(2):13-27.
2. Kassi E, Pervanidou P, Kaltsas G, Chrousos G.
Metabolic syndrome: definitions and controversies.
BMC Med 2011; 5(9):48.
3. กรมอนามัย. แนวทางการป้องกันและควบคุมน้ำหนักเกิน
และโรคอ้วนในผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
4. International Diabetes Federation. The IDF consensus
worldwide definition of the metabolic syndrome
[Internet]. Brussels: IDF; 2006 [cited 2025 Jan 1].
Available from: <https://idf.org/e-library/consensus-worldwide-definition-of-the-metabolic-syndrome.pdf>

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อ
ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

5. World Health Organization. Noncommunicable diseases. [Internet]. 2024 [Cited 2024 Sep 21]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
6. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
7. International Health Policy Program (IHPP). Thailand burden of disease and economic impact of NCDs 2021–2022. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2021.
8. งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพญาเม็งราย. รายงานสรุปโครงการรณรงค์ตรวจสุขภาพประจำปีเนื่องในวันสำคัญ. เชียงราย: โรงพยาบาลพญาเม็งราย; 2566.
9. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century. Health Promotion International 2000; 15(3): 259-67.
10. Pelikan JM. The evolving concept of the health literate health care organization [Internet]. Tartu: National Institute for Health Development; 2014 [cited 2024 Sep 21]. p. 22–28. Available from : [https://www.tai.ee/](https://www.tai.ee/sites/default/files/images/eventlist/events/19-11-14_TEH_15_Pelikan.pdf)
11. มนต์ทิพา เทพเทียมทัศน์. แบบแผนการดำเนินชีวิตตามความรู้ด้านสุขภาพสำหรับ ประชากรวัยทำงานที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม อำเภอละแม จังหวัดชุมพร. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี 2566; 6(1):145-156.
12. Yokokawa H, Fukuda H, Yuasa M, Sanada H, Hisaoka T, Naito T. Association between health literacy and metabolic syndrome or healthy lifestyle characteristics among community-dwelling Japanese people. Diabetol Metab Syndr 2016; 24;8:30.
13. Wang L, Fang H, Xia Q, Liu X, Chen Y, Zhou P, et al. Health literacy and exercise-focused interventions on clinical measurements in Chinese diabetes patients: A cluster randomized controlled trial. EClinicalMedicine 2019; 19:17:100211.
14. จิรวรรณ ศรีทองพิมพ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ที่เป็้นโรคเรื้อรังในชุมชน. [วิทยานิพนธ์ พยาบาลมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2565.
15. สุวรรณบุรี. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อและโรคเรื้อรังที่สำคัญของประชาชนวัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2567 กันยายน 21]; เข้าถึงจาก: https://skko.moph.go.th/dward/document_file/health_behavior/common_form_upload_file/20211211152825_935904112.pdf
16. จิรวรรณ ศรีทองพิมพ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ที่เป็้นโรคเรื้อรังในชุมชน. [วิทยานิพนธ์ พยาบาลมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2565.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อ
ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย

- 18.Suwankruhasn N, Pothiban L, Panuthai S, Boonchuang P. Effects of a Self-management Support Program for Thai People Diagnosed with Metabolic Syndrome. Pacific Rim Int J Nur Res 2013; 17(4):371-83.
19. ธัญรัตน์ บุญล้ำ, วารีย์ กังใจ, นัยนา พิพัฒน์วณิชชา. การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และเส้นรอบเอวของผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2566; 31(1):1-16.
20. วริษา กันบัวลา, ณชนก เอียดสุย, อาภรณ์ ดีนาน. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2566; 29(3):1-14. [cited 2024 Sep 21]. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/>

การศึกษาเปรียบเทียบบริการเภสัชกรรมทางไกลผ่านไลน์บนระบบเว็บแอปพลิเคชัน

การจัดส่งยาถึงบ้านกับรับยาที่โรงพยาบาล

ธวัชชัย อยู่คง*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เพื่อศึกษาผลการเปรียบเทียบระบบการจัดส่งยาถึงบ้านร่วมกับการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลกับการรับยาที่โรงพยาบาลจากเภสัชกรโดยตรง การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลแม่สายครอบคลุม 3 ตำบล คือ เวียงพางคำ แม่สายและโป่งผา โดยใช้แบบแผนการทดลองแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ได้รับยาที่โรงพยาบาล 2) กลุ่มรับยาที่บ้านและได้รับบริการเภสัชกรรมทางไกล ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลไปข้างหน้าระหว่างวันที่ 11 พฤศจิกายน 2567 – 31 สิงหาคม 2568 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ส่วนสถิติเชิงอนุมานใช้ Mann-whitney U test และ Chi square test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า มีผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มละ 72 ราย รวมทั้งหมด 144 ราย ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปความร่วมมือในการใช้ยาและระดับความสำคัญในภาพรวมทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$, $p = 0.442$ และ $p = 0.139$ ตามลำดับ) กลุ่มรับยาที่บ้านและได้รับบริการเภสัชกรรมทางไกลพบความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาน้อยกว่าแต่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ ความเข้าใจในการใช้ยา และวิธีปฏิบัติตัวสูงกว่ากลุ่มรับยาที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.041$, $p < 0.001$ และ $p = 0.009$ ตามลำดับ)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาระบบการจัดส่งยาถึงบ้านร่วมกับการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลทำให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและความปลอดภัยต่อผู้ป่วยสูงกว่าการรับยาที่โรงพยาบาล ได้แก่ การลดความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา ลดความแออัดในโรงพยาบาลลงได้แม้เพียงเล็กน้อย ทั้งนี้สามารถเป็นแนวทางในการขยายและปรับปรุงระบบการให้บริการเภสัชกรรมในอนาคต

คำสำคัญ: บริการเภสัชกรรมทางไกล, การจัดส่งยาถึงบ้าน, ระบบรับยาที่โรงพยาบาล

*โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

Corresponding Author: Thawatchai Yukhong E-mail: thawatchai.rx@gmail.com

Received: 8 October 2025 Revised: 24 January 2026 Accepted: 18 March 2026

A comparative study of telepharmacy services by using LINE application receiving drug delivery via health rider and in-hospital drug dispensing

Thawatchai Yukhong*

ABSTRACT

This study aimed to compare the outcomes between a drug delivery method via health riders combined with tele pharmacy services and in-hospital dispensing. A quasi-experimental study among non-communicable disease patients receiving services at Mae Sai Hospital, covering three sub-districts: Wiang Pang Kham, Mae Sai, and Pong Pha. Participants were divided into two groups: (1) received medications directly at the hospital group, and (2) received drug delivery methods via health riders combined with telepharmacy services group. Data were prospectively collected between November 11, 2024, and August 31, 2025. Descriptive statistics were used to analyze baseline characteristics. Mann-Whitney U test and Chi square test were used for inferential statistics, with a statistical significance level of 0.05.

A total of 144 participants were included, 72 in each group. Baseline characteristics, medication adherence, and overall importance scores were not significantly different ($p > 0.05$, $p = 0.442$, $p = 0.139$, respectively). The home-delivery group showed fewer dispensing errors and reported higher satisfaction, better understanding of medication use, and improved self-care behaviors ($p = 0.041$, $p < 0.001$, $p = 0.009$, respectively).

These findings suggest that implementing home delivery together with pharmacist follow-up through tele pharmacy can enhance patient safety, service efficiency, and overall satisfaction compared with in-hospital dispensing. It also helps minimize medication errors and slightly alleviate hospital congestion. This could serve for expansion and improvement of pharmacy services in the future.

Keywords: Telepharmacy, A drug delivery via health rider, In-hospital dispensing system

*Mae sai Hospital, Chiang Rai Province

Corresponding Author: Thawatchai Yukhong E-mail: thawatchai.rx@gmail.com

Received: 8 October 2025 Revised: 24 January 2026 Accepted: 18 March 2026

บทนำ

ปัจจุบันโรงพยาบาลหลายแห่งมีการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาความแออัดจากผู้รับบริการที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและมีแนวโน้มที่จะยืดเยื้อต่อไป ซึ่งจากข้อมูลผู้ป่วยนอกที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2564-2566 มีจำนวน 210,538,449 242,785,708 และ 264,981,907 ครั้ง ตามลำดับ¹ ส่วนโรงพยาบาลแม่สาย จากสถิติปี พ.ศ. 2565-2567 มีจำนวน 369,014 295,074 และ 312,018 ครั้ง ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases; NCD) จำนวน 45,572 39,536 และ 34,577 ครั้ง ตามลำดับ ซึ่งในจำนวนความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของประชาชนรายใหม่ในอำเภอแม่สายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะในโรคเรื้อรัง 6 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง โรคถุงลมโป่งพองและโรคหอบหืด ส่งผลกระทบต่อระบบการให้บริการโดยเฉพาะด้านยาเกิดข้อร้องเรียนเรื่องการบริการล่าช้าเฉลี่ย 5-8 ครั้งต่อปี² เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าวนั้น สถานพยาบาลจึงได้มีการปรับรูปแบบการให้บริการทางยา เช่น จัดส่งยาที่บ้านผ่านอาสาสมัคร ให้บริการส่งยาผ่านทางไปรษณีย์ การส่งยาโดยเจ้าหน้าที่ การรับยาแบบ Drive thru เป็นต้น³ จากระบบการส่งยามอบยาที่หลากหลายรูปแบบนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำการใช้ยาอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสม และสอดคล้องกับโรคที่เทียบเท่ากับการรับยาโดยเภสัชกรที่โรงพยาบาล รูปแบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele pharmacy) จึงถือว่าเป็นแนวทางหนึ่งที่เภสัชกรต้องดำเนินการหลังจากผู้ป่วยได้รับยาหรือกลับถึงบ้านเรียบร้อยแล้ว

การให้บริการเภสัชกรรมทางไกลเป็นรูปแบบการให้คำปรึกษาด้านยา การค้นหาป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา การติดตามผลการใช้ยา และการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับยา ซึ่งจะมีรูปแบบการสื่อสารกับ

ผู้รับบริการโดยใช้ระบบเทคโนโลยีการสื่อสารทางไกล โดยมีขอบเขตและลักษณะบริการของเภสัชกรรมทางไกลจะมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ตามบริบทของระบบสุขภาพและทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยกิจกรรมที่สามารถให้บริการโดยใช้ระบบเภสัชกรรมทางไกล ได้แก่ การตรวจสอบการอนุมัติขั้นตอนการจัดส่ง และการจ่ายยาของเจ้าหน้าที่ได้รับมอบหมายจากภาพวิดีโอ การให้คำแนะนำการใช้ยาให้ผู้ป่วยผ่านวิดีโอคอล การใช้ text message ในการเตือนความจำผู้ป่วยในการใช้ยาและการส่งภาพถ่ายใบสั่งยา⁴ จากการทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศพบว่าการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลสามารถเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ห่างไกล ที่ขาดเภสัชกรช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการทางเภสัชกรรมได้อย่างทั่วถึง สามารถลดอัตราการเกิดความผิดพลาดในการจ่ายยาและตรวจพบแก้ไขปัญหาก่อนที่จะจ่ายยาให้กับผู้ป่วยได้ดีขึ้น⁵ ด้านความร่วมมือในการใช้ยามีการวิจัยการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลเทียบกับการให้บริการปกติในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านการส่งข้อความหรือทางโทรศัพท์ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ให้บริการเภสัชกรรมทางไกลมีค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 4.7 (95%CI, 3.0%-6.4%) แต่ผลลัพธ์ทางคลินิกไม่มีความแตกต่างกัน⁶ ส่วนการศึกษาในประเทศไทยมีการวิจัยโดยใช้รูปแบบของเภสัชกรรมทางไกลผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ (Line) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือผ่านทาง video conference ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งต่างก็ให้ผลการศึกษาที่สอดคล้องกันทั้งในด้านความร่วมมือการใช้ยาที่เพิ่มขึ้น ลดปัญหาการใช้ยาที่บ้านและผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ^{7,8}

ระบบ LINE Official Account (Line OA) เป็นบัญชี LINE สำหรับธุรกิจที่มีเครื่องมือและฟีเจอร์พิเศษช่วยให้ธุรกิจสื่อสารกับลูกค้าได้โดยตรง ทั้งการส่งข้อความ โปรโมชัน สร้างแคมเปญทางด้านตลาด การสร้างฐานข้อมูลลูกค้า นอกจากนี้ยังสามารถ

การศึกษาเปรียบเทียบบริการเภสัชกรรมทางไกลผ่านไลน์บนระบบเว็บแอปพลิเคชัน การจัดส่งยาถึงบ้านกับรับยาที่โรงพยาบาล ใช้งานได้ทั้งการตอบแชทลูกค้าแบบ 1 ต่อ 1 การบรอดแคสต์ข้อความไปยังผู้ติดตามจำนวนมาก การสร้างเมนู Rich Menu และใช้วิเคราะห์ข้อมูลสถิติ ซึ่งระบบ Line OA ที่ชื่อว่า “หมอพร้อม” เป็นระบบที่พัฒนาขึ้นโดยกระทรวงสาธารณสุข มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 เพื่อใช้เป็นศูนย์กลางทางด้านสุขภาพดิจิทัลของประชาชนผ่านแพลตฟอร์มไลน์ ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มที่ได้รับความนิยม และเข้าถึงได้ง่ายในประเทศไทยที่มีผู้ใช้งานมากกว่า 16 ล้านคน⁹ ปัจจุบันสามารถใช้เป็นช่องทางหนึ่งในการทางติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและประชาชนทั้งการให้บริการ นัดหมาย-แจ้งเตือนออนไลน์ ออกใบรับรองแพทย์ดิจิทัลเพื่อสิทธิการรักษา และการโทรหาผู้ป่วยผ่านวิดีโอคอลผ่านช่องทางดังกล่าว ในปัจจุบันระบบการส่งมอบยาของโรงพยาบาลแม่สายมี 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) การส่งมอบยาโดยเภสัชกรภายในโรงพยาบาล 2) ระบบ Health Rider คือ การจัดส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยโดยบุคลากรสาธารณสุข เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือบุคลากรโรงพยาบาล เป็นส่วนหนึ่งของนโยบาย “ยกระดับ 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ของกระทรวงสาธารณสุขเพื่ออำนวยความสะดวกสบาย ลดความแออัดลดระยะเวลาในการรอคอย และลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง โดยผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำการใช้ยาจากเภสัชกรทางไกลผ่านระบบหมอพร้อมหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับยาหรือกลับถึงบ้าน ซึ่งได้เริ่มดำเนินการเดือนตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2567 จนถึงปัจจุบัน การที่โรงพยาบาลแม่สายมี 2 รูปแบบในการส่งมอบยา และจากการทบทวนวรรณกรรมหรืองานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นวัดผลลัพธ์ก่อน และหลังการพัฒนาระบบเภสัชกรรมทางไกล ส่วนในด้านการ

ประเมินเภสัชกรรมทางไกลของการจัดส่งยาถึงบ้านผ่านระบบ Health Rider เปรียบเทียบกับการรับยาที่โรงพยาบาลโดยตรงกับเภสัชกรในประเทศไทยยังมีการศึกษาวิจัยค่อนข้างจำกัด ดังนั้น ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะศึกษาผลลัพธ์ของการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลผ่านไลน์บนระบบเว็บแอปพลิเคชันการจัดส่งยาถึงบ้านเปรียบเทียบกับการส่งมอบยาโดยเภสัชกรที่โรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง โรคถุงลมโป่งพองและโรคหอบหืด ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จะนำไปวิเคราะห์และพัฒนาระบบการรับยาทั้ง 2 รูปแบบ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และช่วยลดระยะเวลาในการรอคอยในงานบริการผู้ป่วยนอกทั้งยังเป็นแนวทางในการปรับปรุงระบบการให้บริการเภสัชกรรมรองรับการแพทย์วิถีใหม่ให้มีความสะดวกรวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสมได้มาตรฐานตามข้อกำหนดของวิชาชีพและเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลเปรียบเทียบระบบการจัดส่งยาถึงบ้านผ่านทางระบบ Health rider ร่วมกับการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลกับการรับยาที่โรงพยาบาลจากเภสัชกรโดยตรง ซึ่งประเด็นในการเปรียบเทียบมีดังนี้

1. ด้านความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา
2. ด้านความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย
3. ด้านระดับความสำคัญ ความพึงพอใจ

ความเข้าใจในการใช้ยาและวิธีการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ใช้แบบแผนการทดลองแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

การศึกษาเปรียบเทียบบริการเภสัชกรรมทางไกลผ่านไลน์บนระบบเว็บแอปพลิเคชัน การจัดส่งยาถึงบ้านกับรับยาที่โรงพยาบาล

1) กลุ่มที่ได้รับยาที่โรงพยาบาล 2) กลุ่มที่รับยาที่บ้านผ่านระบบ Health rider และได้รับบริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele pharmacy) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลไปข้างหน้า (Prospective data collection) ระหว่างวันที่ 11 พฤศจิกายน 2567 – 31 สิงหาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย ในช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1) อายุมากกว่า 20 ปี มีสัญชาติไทย ไม่จำกัดศาสนา สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ อ่านออกเขียนได้ ไม่จำกัดเพศในเขตพื้นที่ 3 ตำบล คือ เวียงพางคำ แม่สายและโป่งผา

2) ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยรักษาตัวและได้รับยาที่โรงพยาบาลแม่สายไม่น้อยกว่า 1 ครั้ง ด้วยภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 6 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง โรคถุงลมโป่งพอง และโรคหอบหืด รวมถึงสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

3) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการจัดส่งยาถึงบ้านผ่านระบบ Health rider จะต้องมียาที่มือถือหรืออุปกรณ์ที่มีอินเทอร์เน็ตหรือ Wifi และมี Application หมอพร้อมหรือ Line และมียาเดิมเหลืออย่างน้อย 3 วัน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) พบโรคแทรกซ้อนและภาวะที่ต้องดูแลโดยแพทย์อย่างใกล้ชิดและมีรายการยาที่ต้องใช้ทันที

2) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อได้ ผู้ป่วยมีความประสงค์ยุติการเข้าร่วมการวิจัย หรือย้ายไปรับการรักษาต่อยังสถานพยาบาลอื่นๆ และผู้ป่วยเสียชีวิตในระหว่างวิจัย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 คำนวณกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการวิจัยนี้เปรียบเทียบความต่างของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดความผิดพลาดชนิดที่ 1 (type I error) ระดับนัยสำคัญ (Significance level; α error probability) ที่ระดับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power of test; $1-\beta$) เท่ากับ 0.80 ส่วนขนาดอิทธิพลของตัวแปรอิสระที่มีต่อตัวแปรตาม (effect size) อ้างอิงจากการศึกษาเปรียบเทียบระบบบริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลกับที่ร้านยาคุณภาพที่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในกลุ่มที่ได้รับการจัดส่งยาและกลุ่มที่ได้รับยาในระบบปกติเท่ากับ 12.43 และ 9.14 ตามลำดับ¹⁰ เมื่อแทนค่าในโปรแกรม G*Power จะได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 59 ราย ซึ่งอาจสูญหายผู้วิจัยจึงได้ปรับเพิ่มอีกร้อยละ 20 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 72 ราย รวมได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 144 ราย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้หลักของความน่าจะเป็น (Non-probability sampling) ซึ่งจะมีวิธีการในการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า ซึ่งให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 โรคทุกรายที่เข้าเกณฑ์การคัดเข้าหรือคัดออกดังกล่าวนี้จะสามารถเป็นประชากรที่มีโอกาสในการถูกเลือกเท่ากัน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา โดยได้ดัดแปลงอ้างอิงมาจากระบบยาของสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลการทบทวนตัวชี้วัดของระบบยานานาชาติและประเทศไทย¹¹ ซึ่งงานวิจัยในครั้งนี้จะเก็บข้อมูล

การศึกษาเปรียบเทียบบริการเภสัชกรรมทางไกลผ่านไลน์บนระบบเว็บแอปพลิเคชัน การจัดส่งยาถึงบ้านกับรับยาที่โรงพยาบาล ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาของเภสัชกร (dispensing error) ได้แก่ 1) จ่ายยาผิดชนิด/รูปแบบ 2) จ่ายยาผิดขนาด/ความแรง 3) จ่ายยาผิดจำนวน/ผิดวิธีใช้ยา 4) จ่ายยาไม่ครบ/เกินรายการ 5) อื่นๆ ส่วนการแปลผลคือ ร้อยละจำนวนครั้งของการเกิดความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาของเภสัชกร

2. แบบประเมินข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษา ชนิดของโรคประจำตัว จำนวนรายการยาที่ได้รับ 2) แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Morisky medication adherence scale: MMAS-8)¹² มี 8 ข้อคำถาม เกณฑ์การให้คะแนนมี 3 ระดับ คือ คะแนนน้อยกว่า 6 หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 6-7 หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 8 หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับสูง

3. แบบสอบถามระดับความสำคัญ ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการเภสัชกรรม 4 ด้าน ด้านละ 4 ข้อ ได้แก่ ด้านความสะดวกสบายในการรับยา ด้านการให้บริการจากเภสัชกร ด้านข้อมูลยาที่ผู้ป่วยได้รับและด้านคุณภาพการบริการเภสัชกรรม โดยดัดแปลงอ้างอิงมาจากระบบยาของสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล การทบทวนตัวชี้วัดของระบบยานานาชาติและประเทศไทย¹¹

4. แบบสอบถามความเข้าใจในการใช้ยาและวิธีการปฏิบัติตัวมีจำนวน จำนวน 10 ข้อ โดยประเมินความเข้าใจในการใช้ยาหลังจากได้รับคำแนะนำของเภสัชกร การจัดเก็บยาได้อย่างถูกต้อง และความรู้ด้านยาต่างๆ เช่น ข้อบ่งชี้ของยา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา ข้อควรระวังหรือวิธีปฏิบัติตัวต่างๆ เป็นต้น โดยดัดแปลงอ้างอิงมาจากระบบยาของ

สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล การทบทวนตัวชี้วัดของระบบยานานาชาติ และประเทศไทย¹¹ ซึ่งแบบสอบถามข้อ 3-4 เป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) มี 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เกณฑ์แบ่งระดับโดยนำคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดหารด้วยสาม แบ่งค่าเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือข้อ 1-4 ในเชิงเนื้อหา (Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ อายุรแพทย์ 1 ท่าน เภสัชกรชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน ซึ่งจะได้ค่า Content validity index (CVI) = 0.78-1 หลังจากปรับแก้ไขข้อคำถามตามข้อเสนอแนะ เครื่องมือจะถูกรวบรวมคุณภาพความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำเครื่องมือข้อ 2-4 ไปทดสอบกับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย เพื่อหาระดับของความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's reliability coefficient alpha) ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.94, 0.91 และ 0.89 ตามลำดับ

วิธีรวบรวมข้อมูล

1. คัดเลือกตัวอย่างกลุ่มไม่ได้รับยาที่โรงพยาบาลและกลุ่มรับยาที่บ้านผ่านระบบ Health rider ตามเกณฑ์คัดเข้าการวิจัย และเกณฑ์คัดออกจากการวิจัยพร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยครั้งนี้แก่กลุ่มตัวอย่างตามเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้รับการวิจัย (Information sheet for research participant) และให้กลุ่มตัวอย่างยินยอม

การศึกษาเปรียบเทียบบริการเภสัชกรรมทางไกลผ่านไลน์บนระบบเว็บแอปพลิเคชัน การจัดส่งยาถึงบ้านกับรับยาที่โรงพยาบาล การเข้าร่วมงานวิจัยในเอกสารแสดงความยินยอม เข้าร่วมในโครงการวิจัย

2. ระบบการจัดการด้านยา แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) กลุ่มรับยาที่โรงพยาบาล กระบวนการในการจัดส่งมอบยาผู้ป่วยจะรอรับยาจากห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแม่สาย และให้บริการเภสัชกรรม โดยเภสัชกรในโรงพยาบาลแม่สายโดยตรง 2) กลุ่มรับยา ที่บ้านผ่านระบบ Health rider โดยมีบุคลากรโรงพยาบาลแม่สาย เป็นหน่วยเคลื่อนที่เร็วของกระทรวงสาธารณสุขในการนำส่งยาให้กับผู้ป่วยที่บ้าน โดยที่จะจัดส่งยาภายในวันที่ผู้ป่วยลงทะเบียนแจ้งความประสงค์ขอรับยาที่บ้านผ่านทาง Health rider พร้อมทั้งได้รับบริการเภสัชกรรมทางไกล โดยผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมได้วิดีโอคอลทางไลน์

3. ครั้งที่ 1 วันที่ 0 (baseline) เก็บข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม โดยกลุ่มรับยาที่โรงพยาบาล ผู้วิจัยจะโทรศัพท์สัมภาษณ์ ผู้ป่วยหลังจากได้รับยา และคำแนะนำการใช้ยาจากเภสัชกร โดยจะทวนสอบข้อมูลยาที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา ส่วนกลุ่มรับยาที่บ้านผ่านระบบ Health rider ผู้วิจัยจะให้บริการเภสัชกรรมทางไกลโดยการประยุกต์ใช้แอปพลิเคชัน Line Official Account เป็นช่องทางหลักในการติดตามให้คำปรึกษาและประเมินผลพร้อมกับทวนสอบข้อมูลยาที่ ผู้ป่วยได้รับเพื่อเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา

4. ครั้งที่ 2 วันที่แพทย์นัด (Follow up) หลังจาก ที่ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับบริการทางเภสัชกรรมผ่านทางช่องทางที่ผู้ป่วยเลือกแล้ว ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลการรับบริการของผู้ป่วยโดยสัมภาษณ์ความคิดเห็นในด้านความร่วมมือในการใช้ยา ด้านระดับความสำคัญความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังจากรับบริการเภสัชกรรมและการประเมินความเข้าใจในการใช้ยาและวิธีปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

5. นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมทั้ง 2 กลุ่ม ประเมินผลเปรียบเทียบด้านความคลาดเคลื่อนทางยา ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ระดับความสำคัญ ความพึงพอใจ ความเข้าใจในการใช้ยา และวิธีการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยต่อรูปแบบบริการเภสัชกรรมทางไกลผ่านทางไลน์บนระบบเว็บแอปพลิเคชันการจัดส่งยาถึงบ้านกับการรับยาที่โรงพยาบาลแม่สาย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive analytics) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Statistics Package for Social Sciences (SPSS) โดยการทดสอบของสถิติ Mann-Whitney U test และ Chi square test ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยในครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขเลขที่รับรอง CRPPHO 102/2567 ลงวันที่ 8 พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป การวิจัยนี้มีผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 144 ราย แบ่งเป็นกลุ่มรับยาที่โรงพยาบาลและกลุ่มรับยาที่บ้านผ่านระบบ Health rider กลุ่มละ 72 ราย ข้อมูลทั่วไปพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในด้านโรคประจำตัว ($p = 0.12$) ส่วนในด้าน เพศ อายุ สิทธิการรักษา การแพทย์และจำนวนรายการยาที่ได้รับไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีข้อมูลพื้นฐานหรือคุณลักษณะใกล้เคียงกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	กลุ่มรับยาที่โรงพยาบาล (N = 72)	กลุ่มรับยาที่บ้านผ่านระบบ Health rider (N = 72)	
เพศ			0.607 ^a
ชาย	29 (40.28)	26 (36.11)	
หญิง	43 (59.72)	46 (63.89)	
อายุ			0.665 ^b
21-30 ปี	1 (1.39)	0	
31-40 ปี	4 (5.56)	1 (1.39)	
41-50 ปี	10 (13.89)	7 (9.72)	
51-60 ปี	11 (15.28)	25 (34.72)	
61 ปีขึ้นไป	46 (63.89)	39 (54.17)	
สิทธิการรักษา			0.312 ^a
โครงการ 30 บาท/ผู้สูงอายุ	69 (95.83)	71 (98.61)	
ข้าราชการ/จ่ายตรง	3 (4.17)	1 (1.39)	
โรคประจำตัว			
โรคความดันโลหิตสูง	32 (44.44)	45 (62.50)	0.045 ^a
โรคเบาหวาน	30 (41.67)	25 (34.72)	0.493 ^a
โรคเก๊าท์	5 (6.94)	0	0.058 ^a
โรคไทรอยด์	2 (2.78)	1 (1.39)	1.00 ^a
อื่นๆ	3 (4.17)	1 (1.39)	0.620 ^a
ประวัติการแพ้ยา			0.731 ^a
แพ้	4 (5.56)	5 (6.94)	
ไม่แพ้	68 (94.44)	68 (93.06)	
จำนวนรายการยาที่ได้รับ			0.114 ^b
≤ 5 รายการ	37 (51.39)	30 (41.67)	
6-10 รายการ	27 (37.50)	26 (36.11)	
11 รายการขึ้นไป	8 (11.11)	16 (22.22)	

หมายเหตุ: a = Chi square test, b = Mann-whitney U test

การศึกษาเปรียบเทียบบริการเภสัชกรรมทางไกลผ่านไลน์บนระบบเว็บแอปพลิเคชัน การจัดส่งยาถึงบ้านกับรับยาที่โรงพยาบาล

2. ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา การเกิด ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา กลุ่มรับยาที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นการจ่ายยาผิดจำนวนร้อยละ 93.75 รองลงมา คือการจ่ายยาไม่ครบตามรายการยาที่แพทย์สั่ง ร้อยละ 6.25 ส่วนกลุ่มรับยาที่บ้านผ่านระบบ Health rider ส่วนใหญ่ ยังคงเป็นการจ่ายยาผิดจำนวน ร้อยละ 71.44 รองลงมาคือ จ่ายยาไม่ครบรายการที่แพทย์สั่งและจ่ายยา ผิดวิธีใช้พบเท่ากันร้อยละ 14.28 โดยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่พบ ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผิดชนิด/รูปแบบและ จ่ายยาผิดขนาด/ความแรง และเมื่อเปรียบเทียบ ความคลาดเคลื่อนของการจ่ายยาในภาพรวม พบว่า กลุ่มรับยาที่บ้านผ่านระบบ Health rider พบความคลาด เกลื่อนในการจ่ายยาน้อยกว่ากลุ่มรับยาที่โรงพยาบาล อย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.041$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (Dispensing error)

ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (Dispensing error)	จำนวนความคลาดเคลื่อน (ร้อยละ)		p -value ^a
	กลุ่มรับยาที่ โรงพยาบาล	กลุ่มรับยาที่บ้านผ่าน ระบบ Health rider	
จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยา (ครั้ง)	16	7	0.041
จ่ายยาผิดจำนวน	15 (93.75)	5 (71.44)	
จ่ายยาไม่ครบรายการที่สั่ง	1 (6.25)	1 (14.28)	
จ่ายยาผิดวิธีใช้	0	1 (14.28)	
รวม	16 (100.00)	7 (100.00)	

หมายเหตุ: a = Chi square test

3. ความร่วมมือในการทานยา การประเมิน ความร่วมมือในการใช้ยาตามแบบ MMAS-8 ในกลุ่มที่ ได้รับบริการแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับบริการเภสัชกรรมทางไกล มีความร่วมมือในการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ($p=0.936$) มีค่ามัธยฐานระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบริการ ตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการบริการเภสัชกรรมทางไกล 6.8 ± 2.25 และ 7.0 ± 2 ($p=0.442$) ตามลำดับดังแสดง ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความร่วมมือในการใช้ยา

ระดับความร่วมมือในการใช้ยา	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		p -value
	กลุ่มรับยาที่ โรงพยาบาล	กลุ่มรับยาที่บ้านผ่าน ระบบ Health rider	
ความร่วมมือในการใช้ยาดำ (คะแนน < 6)	19 (26.39)	15 (20.83)	0.936 ^a
ความร่วมมือในการใช้ยาปานกลาง (คะแนน = 6-7)	30 (41.67)	37 (51.39)	
ความร่วมมือในการใช้ยาสูง (คะแนน = 8)	23 (31.94)	20 (27.78)	
มัธยฐาน $\pm$ พิสัยระหว่างควอไทล์	6.80 ± 2.25	7.00 ± 2.00	0.442 ^b

หมายเหตุ: a = Chi square test, b= Mann-whitney U test

การศึกษาเปรียบเทียบบริการเภสัชกรรมทางไกลผ่านไลน์บนระบบเว็บแอปพลิเคชัน การจัดส่งยาถึงบ้านกับรับยาที่โรงพยาบาล

4. ความพึงพอใจ ระดับความสำคัญ ความเข้าใจในการใช้ยาและวิธีปฏิบัติตัว ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทุกด้านของผู้ป่วยกลุ่มรับยาที่บ้านผ่านระบบ Health rider สูงกว่ากลุ่มที่รับยาจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อย่างไรก็ตามความพึงพอใจของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงเกินกว่า 4 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ยกเว้นในด้านความสะดวกสบายในการรับยาของกลุ่มรับยาที่โรงพยาบาลที่มีระดับความพึงพอใจปานกลางและมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการสอบถามการให้ความสำคัญต่อประเด็นต่างๆ ในระบบการให้บริการ

เภสัชกรรม พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มรับยาที่บ้านผ่านระบบ Health rider มีคะแนนเฉลี่ยในด้านการให้บริการจากเภสัชกรเพียงด้านเดียวเท่านั้นที่สูงกว่ากลุ่มที่รับยาจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้กลุ่มรับยาที่บ้านผ่านระบบ Health rider มีความเข้าใจในการใช้ยาและวิธีปฏิบัติตัว (4.33 ± 0.41) มากกว่ากลุ่มรับยาที่โรงพยาบาล (4.17 ± 0.39) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.009$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจ ระดับความสำคัญ ความเข้าใจในการใช้ยาและวิธีปฏิบัติตัว

หัวข้อ	คะแนนเฉลี่ย $\pm$ SD		p-value ^a
	กลุ่มรับยาที่โรงพยาบาล	กลุ่มรับยาที่บ้านผ่านระบบ	
	Health rider		
ความพึงพอใจ ^b			
ความสะดวกสบายในการรับยา	2.83 $\pm$ 0.57	4.76 $\pm$ 0.48	< 0.001
การให้บริการจากเภสัชกร	4.06 $\pm$ 0.69	4.16 $\pm$ 0.25	0.189
ข้อมูลของยาที่ได้รับ	4.25 $\pm$ 0.38	4.35 $\pm$ 0.31	0.182
คุณภาพบริการเภสัชกรรม	4.15 $\pm$ 0.29	4.24 $\pm$ 0.18	0.086
รวม	3.82 $\pm$ 0.48	4.38 $\pm$ 0.31	< 0.001
ระดับความสำคัญ ^b			
ความสะดวกสบายในการรับยา	4.73 $\pm$ 0.48	4.86 $\pm$ 0.61	0.184
การให้บริการจากเภสัชกร	4.12 $\pm$ 0.51	4.43 $\pm$ 0.26	< 0.001
ข้อมูลของยาที่ได้รับ	4.59 $\pm$ 0.52	4.74 $\pm$ 0.43	0.175
คุณภาพบริการเภสัชกรรม	4.61 $\pm$ 0.47	4.49 $\pm$ 0.54	0.137
รวม	4.51 $\pm$ 0.50	4.63 $\pm$ 0.46	0.139
ความเข้าใจในการใช้ยาและวิธีปฏิบัติตัว ^b	4.17 $\pm$ 0.39	4.33 $\pm$ 0.41	0.009

หมายเหตุ: a = Mann-whitney U test

b = ค่าเฉลี่ย (Mean; M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation; SD)

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการส่งมอบยา รูปแบบการส่งมอบยา โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย มี 2 รูปแบบ คือ 1) การส่งมอบยาโดยเภสัชกรภายในโรงพยาบาล 2) ระบบ Health Rider จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า กลุ่มได้รับบริการเภสัชกรรมทางไกลผ่านไลน์บนระบบ แอปพลิเคชันการจัดส่งยาถึงบ้านพบความคลาดเคลื่อนของการจ่ายยาน้อยกว่าแต่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ ความเข้าใจในการใช้ยาและวิธีปฏิบัติตัวสูงกว่ากลุ่มรับยาที่โรงพยาบาลจากเภสัชกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.041$, $p < 0.001$ และ $p = 0.009$ ตามลำดับ)

จากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้อยู่ครบตามระยะเวลาที่ศึกษาและไม่มีผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงแผนการรักษา ซึ่งถือเป็นข้อดีสำหรับการศึกษานี้ที่ตัวแปรบวกลบไม่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มจะมีความแตกต่างกันในเรื่องของสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยในแต่ละโรคเรื้อรัง แต่การวิจัยในครั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุไม่ได้ทำงาน ใช้สิทธิบัตรทอง มีจำนวนโรคประจำตัวหรือโรคร่วม ประวัติการแพ้ยา และจำนวนรายการยาที่ได้รับ ซึ่งถือว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่างมีความใกล้เคียงเคียงกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเปรียบเทียบระบบบริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลกับที่ร้านยาคุณภาพพระบุไว้ว่า ในการคัดเลือกกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองจะพิจารณาปัจจัยต่างๆ เช่น เพศ อายุ ข้อมูลทางเวชกรรม รูปแบบหรือจำนวนรายการยาที่ได้รับให้ใกล้เคียงกันหรือไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ รวมถึงการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ส่วนใหญ่พบได้มากในผู้สูงอายุและมีแนวโน้มในการใช้ยาหลายชนิด มีโอกาสที่จะเกิดปัญหาจากการใช้ยา

สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ดังนั้น คุณลักษณะของผู้ป่วยที่จะเลือกใช้ระบบบริการเติมยา (Drug refilled) แบบส่งยาทางไปรษณีย์ หรือการจัดส่งยาถึงบ้านในประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่จึงมักจะเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ¹³ ส่วนการให้บริการเภสัชกรรมผ่านระบบ Health rider สามารถลดความแออัดในโรงพยาบาลแม่สายได้เพียงเล็กน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีการจำกัดสิทธิ์ในการให้บริการจัดส่งยาฟรีเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มบัตรทองและกลุ่มสิทธิที่เท่านั้น ผู้ป่วยมีที่อยู่ในรัศมีไม่เกิน 15 กิโลเมตรจากโรงพยาบาล (ครอบคลุมแค่ 3 ตำบลจากทั้งหมด 11 ตำบลในอำเภอแม่สาย) และผู้ป่วยหลายรายมีรายการยาที่ไม่สามารถจัดส่งได้ เช่น ยาที่ต้องแช่เย็น ยาเสพติดหรือรายการที่ต้องใช้ทันที เป็นต้น ซึ่งในอนาคตหากต้องการเพิ่มขีดความสามารถในการลดความแออัดในโรงพยาบาล จึงควรที่จะขยายสิทธิ์และเพิ่มพื้นที่ของการให้บริการ รวมถึงเพิ่มช่องทางการให้บริการทางเภสัชกรรม

ด้านความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา กลุ่มรับยาที่โรงพยาบาลพบความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาสูงกว่ากลุ่มรับยาที่บ้านผ่านระบบ Health rider อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (16 และ 7 ครั้ง: $p = 0.041$) โดยกลุ่มรับยาที่โรงพยาบาลพบความคลาดเคลื่อนในช่วงเวลา 11.00-12.00 น. มากถึง 14 ครั้ง ซึ่งเวลาในช่วงนี้มีผู้รับบริการเป็นจำนวนมาก และเป็นช่วงที่เภสัชกรเกิดอาการเหนื่อยล้าส่งผลกระทบโดยตรงต่อความคลาดเคลื่อนได้ จึงควรพัฒนาโปรแกรมการคัดกรองใบสั่งยาเพื่อลดภาระเภสัชกร และหมุนเวียนเภสัชกรในช่วงเวลาเร่งด่วนเพื่อลดความกดดันส่วนกลุ่มรับยาที่บ้านผ่านระบบ Health rider จะจัดส่งยาหลังเวลา 16.00 น. เนื่องจาก Health rider เป็นบุคลากรในโรงพยาบาลแม่สาย จึงทำให้เภสัชกร verify ความถูกต้องของใบสั่งยาช่วง 15.00 น. จากนั้นผู้ช่วยเภสัชกรจัดยา และเภสัชกรทวนสอบ

การศึกษาเปรียบเทียบบริการเภสัชกรรมทางไกลผ่านไลน์บนระบบเว็บแอปพลิเคชัน การจัดส่งยาถึงบ้านกับรับยาที่โรงพยาบาล ความถูกต้องซ้ำก่อนส่งไปที่ห้องแพ็คยา ก่อนส่งต่อให้กับ Health rider ทำให้มีเวลาในการจัดยาและทวนสอบเพิ่มมากขึ้นจึงเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาน้อยลง สอดคล้องกับบทความปริทัศน์รูปแบบกิจกรรมและผลลัพธ์การให้บริการเภสัชกรรมทางไกลที่สรุปไว้ว่า ระบบของการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลจะสามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาและความสูญเสียด้านการเงินที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนทางยาได้¹⁴ รวมถึงการประเมินบริการเภสัชกรรมทางไกลในบริบทของ COVID-19 และสมาคมเภสัชกรสุขภาพแห่งอเมริกา (American Society of Health-System Pharmacists) ได้ระบุว่า เภสัชกรรมทางไกลซึ่งเป็นแนวคิดใหม่ที่มีมาถึงการให้บริการด้านเภสัชกรรมช่วยให้เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญสามารถให้บริการด้านสุขภาพ เช่น ตรวจสอบยา การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและการตรวจสอบใบสั่งยาแก่ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล ร้านขายยา เป็นต้น ซึ่งรูปแบบของการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลสามารถเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ลดอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ง่าย ในพื้นที่ห่างไกลและชนบท ลดปัญหาการขาดแคลนเภสัชกรสามารถเพิ่มจำนวนและรูปแบบการดูแลช่วยเหลือโดยเภสัชกรและประหยัดเวลาได้^{15,16} ดังนั้นจึงได้นำรูปแบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลมาขยายผลในคลินิกโรคติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรคที่ต้องดูแลเพิ่มเติมพิเศษเป็นการลดความแออัดในโรงพยาบาลแม่สาย ส่วนผู้ป่วยกลุ่มรับยาที่โรงพยาบาลอาจมีการกำหนดเกณฑ์ในผู้ป่วยบางรายที่จะเพิ่มระบบการโทรศัพท์ติดตามผลหลังจากผู้ป่วยรับยากลับบ้านเพื่อเป็นการทวนสอบด้านยาซ้ำและเป็นการดักจับความคลาดเคลื่อนในการจ่ายเชิงรุกได้เพิ่มขึ้น

ด้านความร่วมมือในการใช้ยา การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมิน MMAS-8 พบว่า การให้บริการเภสัชกรรมทางไกลจะช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

ได้ในระดับที่เทียบเท่ากับการให้บริการทางเภสัชกรรมที่โรงพยาบาล (7.00 ± 2.00 ; 6.80 ± 2.25 , $p = 0.442$) สอดคล้องกับการศึกษาบริการเภสัชกรรมทางไกลผ่านการสนทนาทางโทรศัพท์ระหว่างผู้ป่วยและเภสัชกร (Patient and pharmacist telephonic encounters; PARTE) พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มผู้รับบริการทางไกลไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับรับยาที่โรงพยาบาล (6.4 ± 6.0 ; 5.9 ± 5.0 , $p = 0.67$)¹⁷ แต่ตรงกันข้ามกับในหลายๆ การศึกษาที่ทำการวิจัยการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การดูแลตามปกติหรือการแทรกแซงแบบหลายองค์ประกอบโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงพฤติกรรมทางโทรศัพท์โดยเภสัชกร การส่งข้อความ การจ่ายยาผ่านทางระบบ video conference แอปพลิเคชัน การจัดยาใส่กล่องและการส่งรายงานความคืบหน้าทางไปรษณีย์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การทำ remote counseling telepharmacy มีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือโรคต่างๆ สามารถควบคุมโรคได้ดียิ่งขึ้น มีประสิทธิภาพช่วยพัฒนาผลลัพธ์ทางคลินิก การลดผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา และสามารถช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น^{6,8} อย่างไรก็ตาม ด้านความถี่ในการติดตามผล บริบททางด้านประชากรศาสตร์และโรคเรื้อรังที่ศึกษาตามแต่ละพื้นที่ซึ่งทำให้ผลการศึกษาที่ได้มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้การแก้ไขปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาทั้งการส่งมอบยาโดยเภสัชกรภายในโรงพยาบาล และการส่งยาผ่านทางระบบ Health Rider อาจมีการแจกปฏิทินเวลาในการรับประทานยา แนะนำให้ผู้ป่วยตั้งเวลาแจ้งเตือนในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยหรือการออกแบบแอปพลิเคชันสำหรับการเตือนผู้ป่วยเมื่อถึงเวลารับประทานยา โดยที่สามารถใช้งานร่วมกับ QR code ของโรงพยาบาลแม่สาย

การศึกษาเปรียบเทียบบริการเภสัชกรรมทางไกลผ่านไลน์บนระบบเว็บแอปพลิเคชัน การจัดส่งยาถึงบ้านกับรับยาที่โรงพยาบาล

ด้านความพึงพอใจ ระดับความสำคัญ ความเข้าใจในการใช้ยาและวิธีปฏิบัติตัว การวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการรับยาที่บ้านผ่านระบบ Health rider ในระดับสูงกว่าการรับยาที่โรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เนื่องจากความสะดวกสบายในการรับยา ประหยัดเวลา ลดค่าใช้จ่ายในการมาโรงพยาบาล รวมถึงตามเกณฑ์ กำหนดให้ผู้ป่วยกลุ่มรับยาผ่าน Health rider ต้องได้รับยาภายใน 24 ชั่วโมงซึ่งอาจส่งผลเชิงบวกต่อการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการทั้งสองกลุ่มนี้ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจรวมของผู้ป่วยต่อ ผู้ให้บริการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)¹⁸⁻²⁰ แต่ตรงข้ามกับผลการศึกษาของ สมาคมศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งสโปเคน (Community Health Association of Spokane; CHAS) หรือ เรียกว่าโครงการ Telepharmacy at CHAS ที่พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการรักษาที่โรงพยาบาลได้รับการให้คำปรึกษาด้านยาและส่งมอบยาจากเภสัชกร โดยตรงที่โรงพยาบาลในระดับมากที่สุดร้อยละ 66 ขณะที่ remote counseling telepharmacy อยู่ที่ ร้อยละ 55.6 ($p < 0.01$) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจกับการพบเภสัชกรแบบซึ่งหน้ามากกว่า²¹ ดังนั้น อาจจะต้องมีการประเมินระดับความพึงพอใจเพิ่มเติมโดยใช้การวิจัยในเชิงคุณภาพเพื่อให้เห็นภาพที่กว้างขึ้นเพื่อนำมาพัฒนาต่อยอดได้ จากการสอบถาม การให้ความสำคัญต่อประเด็นต่างๆ ในระบบการ ให้บริการเภสัชกรรม การวิจัยในครั้งนี้พบว่า ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านการ ให้บริการจากเภสัชกรเพียงด้านเดียวเท่านั้น ($p < 0.001$) ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าบทบาทเภสัชกร มีผลต่อความเชื่อมั่นในการให้บริการสอดคล้องกับ

ผลการศึกษาที่โรงพยาบาลอุดรธานีในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า มีระดับความพึงพอใจในด้านความน่าเชื่อถือ ของระบบการให้บริการ ความมั่นใจในตัวผู้ให้บริการ และความเป็นรูปธรรมของการบริการที่สัมผัสได้ถึง ร้อยละ 98²² ส่วนด้านความเข้าใจในการใช้ยาและการปฏิบัติตัวกลุ่มรับยาที่บ้านผ่านทางระบบ Health rider สูงกว่ากลุ่มรับยาที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.009$) ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอึดอัดที่เภสัชกรได้สอบถามโดยตรงถึง การรับประทานยาอย่างเคร่งครัดหรือเข้มงวด เพื่อค้นหาปัญหาที่เกิดจากยาซึ่งเป็นเหตุผลด้าน ความรู้สึก โดยแตกต่างจากผลการศึกษาจัดส่งยาทาง Health Rider และไปรษณีย์ร่วมกับการให้บริการ เภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาล วชิระภูเก็ต พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านความสะดวกสบายต่อการรับยา ($p < 0.001$) ส่วนด้านความเข้าใจในการใช้ยาและการปฏิบัติตัวไม่มี พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)¹⁸ ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ใช้แบบประเมิน MMAS-8 ที่แสดงถึงความร่วมมือในการใช้ยาเพียง อย่างเดียว แต่ความเข้าใจในการใช้ยาที่เป็นเฉพาะโรค อาจเป็นจุดอ่อนของการวิจัยนี้ จึงอาจเป็นสาเหตุทำให้ ได้ผลการศึกษาที่แตกต่างกัน

ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการจัดส่งยาถึง บ้านผ่านระบบ Health rider ร่วมกับการให้บริการ เภสัชกรรมทางไกลสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย ทำให้เกิด ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและความปลอดภัยต่อผู้ป่วย สูงกว่าการรับยาที่โรงพยาบาล ได้แก่ การลดความ คลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา ลดความแออัด ในโรงพยาบาลลงได้แม้เพียงเล็กน้อย ทั้งนี้สามารถเป็น

การศึกษาเปรียบเทียบบริการเภสัชกรรมทางไกลผ่านไลน์บนระบบเว็บแอปพลิเคชัน การจัดส่งยาถึงบ้านกับรับยาที่โรงพยาบาล
แนวทางในการขยายและปรับปรุงระบบการให้บริการ
เภสัชกรรมในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่
สาย จังหวัดเชียงราย ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและในการ
สนับสนุนการวิจัยและนายนักชิต เสาร์ทอง หัวหน้ากลุ่มงาน
เภสัชกรรม ที่ให้คำแนะนำปรึกษาและผู้รับบริการที่เข้าร่วม
การศึกษาจนทำให้งานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ข้อเสนอแนะ

1. แบบประเมิน MMAS-8 เป็นแบบที่สั้นกระชับ
แต่ยังไม่เหมาะสมที่ใช้สำหรับการการศึกษานี้ หรือ
การประเมินผลทางโทรศัพท์เพราะแสดงให้เห็นเพียงความ
ร่วมมือในการใช้ยาเท่านั้นและเป็นแบบประเมินทั่วไป
ไม่ได้จำเพาะต่อโรคใดโรคหนึ่ง รวมถึงข้อคำถามบางข้อ
อาจไม่เหมาะสม เช่น ข้อที่ 8 เป็นคำถามแบบให้เลือกตอบ
1 ตัวเลือกจาก 5 ตัวเลือก ซึ่งแต่ละตัวเลือกมีเนื้อหายาว
ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรทำการสร้างแบบสอบถาม
ให้มีความจำเพาะกับโรคหรือการทบทวนวรรณกรรม
เพื่อให้ได้แบบประเมินที่มีความเหมาะสมในงานวิจัยและ
ให้เกิดผลการวิจัยที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากยิ่งขึ้น

2. ด้านความพึงพอใจของการวิจัยในครั้งนี้
เนื่องจากการศึกษานี้มีระยะเวลาของโครงการ Health
rider ยังไม่นานมากนักผู้ป่วยอาจจะยังมีประสบการณ์
ในการใช้บริการน้อยจึงไม่พบปัญหามากนัก การได้รับ
การจัดส่งยาถึงบ้านโดย Health rider รูปแบบใหม่
ในระยะแรก อาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจระดับสูง
กว่ารับยาที่โรงพยาบาล ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาติดตาม
ผลเพิ่มเติมติดตามในระยะยาวมากยิ่งขึ้น

3. การวิจัยในครั้งนี้ ขาดการศึกษาหรือ
การวิเคราะห์ด้านเศรษฐศาสตร์ ซึ่งมีผลกระทบต่อ
การตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการในระยะยาวหรือ
กรณีมีการขยายกลุ่มสิทธิ์ ซึ่งการศึกษาในอนาคตควร

เปรียบเทียบผลลัพธ์และความคุ้มค่าของการพัฒนาระบบ
Telepharmacy กับโรงพยาบาลอื่นๆ ในรูปแบบ
Randomized control trial (RCT) เพื่อให้เกิดการส่งเสริม
ให้ดำเนินโครงการนี้ต่อไปอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข. สรุปรายงานอาการป่วย ปี พ.ศ. 2567
[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 6 ก.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก:
<https://spd.moph.go.th/illness-report/>
2. Patient care team (PCT) Maesai hospital.
Outpatient statistics for non-communicable
diseases (NCD) Maesai hospital Report. Patient
Safety Goal Policy. Statistical report 2021 – 2023.
3. ชวนชม ธนานิธิตต์, ศุจิรัตน์ ถาดี, สุพิชฌาย์ อังกาบ
สุวรรณ, เหมยเสียน พงศ์วิไลรัตน์, อธิพล ทิพย์พยอม.
การสำรวจความต้องการช่องทางการเติมยาของผู้ป่วย
โรคเรื้อรัง. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2562;11(3):504-14.
4. สภาเภสัชกรรม. ประกาศของสภาเภสัชกรรม
ที่ 56/2563 เรื่อง การกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการ
ให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy). (ลงวันที่ 2
มิถุนายน 2563). 2563.
5. Casey MM, Sorensen TD, Elias W, Knudson A, Gregg W.
Current practices and state regulations regarding
telepharmacy in rural hospitals. American Journal of
Health-System Pharmacy. 2010;67(13):1085-92.
6. Choudhry NK, Isaac T, Lauffenburger JC, Lee M,
Vachon A, Iliadis TL, et al. Effect of a remotely
delivered tailored multicomponent approach to
enhance medication taking for patients with
hyperlipidemia, hypertension, and diabetes, The
STIC2IT cluster randomized clinical trial. JAMA
Intern Med. 2018;78(9):1182-9.

การศึกษาเปรียบเทียบบริการเภสัชกรรมทางไกลผ่านไลน์บนระบบเว็บแอปพลิเคชัน การจัดส่งยาถึงบ้านกับรับยาที่โรงพยาบาล

7. สุภาพร สุปิ่นธรรม. ผลของการส่งเสริมการใช้ยา ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับบริการผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกล โรงพยาบาลป่าซาง. เภสัชกรรมคลินิก 2566;29(1):51-64
8. สุดเฉลี่ย จันทูทิน. ผลของการพัฒนาเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแขง ตำบลนาเวียง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดยโสธร. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 6 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://yasothon:moph.go.th/ssjyasothon/FrontEnd/report_AcademicWork_Read.php?racd_id=29&racdf_id=35
9. กระทรวงสาธารณสุข. Line official Account [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 4 ก.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://page.line.me/475ptmfj?liff.referrer=https%3A%2F%2Fmohprompt.moph.go.th%2F>
10. ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตอำนวย, วิชัย สันติมาลีวรกุล. การศึกษาเปรียบเทียบระบบบริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลกับที่ร้านยาคุณภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2550;1(3-4):249-61.
11. วรณัน วิทยาพิภพสกุล, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. การทบทวนตัวชี้วัดของระบบยานานาชาติ และในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2564;15(1):23-35.
12. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens (Greenwich). 2008;10(5):348-54.
13. Ma J, Wang L. Characteristics of mail-order pharmacy users: results from the medical expenditures panel survey. J Pharm Pract. 2020;33(3):293-8.
14. กฤษฎี วัฒนธรรม, ชีรพล ทิพย์พะยอม, อัลจนา เฟื่องจันทร์. รูปแบบกิจกรรมและผลลัพธ์การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล: บทความปริทัศน์. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2564;17(3):1-15.
15. Poudel A, Nissen LM. Telepharmacy: a pharmacist's perspective on the clinical benefits and challenges. Integr Pharm Res Pract. 2016;5:75-82. doi:10.2147/IPRP.S101685. Erratum in: Integr Pharm Res Pract. 2016;5:83. doi:10.2147/IPRP.S126682.
16. Cleri-Hutcherson NE. How pharmacists can find telehealth opportunities. [Internet]. Santa Monica: GoodRx, Inc.; 2021. [cited 2026 Jan 17]. Available from <https://www.goodrx.com/hcp-articles/pharmacists/telehealth-Opportunities-for-pharmacists?srsId=AfmBOoqw gNXbBPgiEQLPw1T1Izt27rFiaqTTMHkChx6SKFV DZ0tjAdZ>
17. Young HN, Havican N, Griesbach S, Thorpe JM, Chewning BA, Sorkness CA. Patient and pharmacist telephonic encounters (PARTE) in an underserved rural patient population with asthma: results of a pilot study. Telemed J e Health. 2012;18(6):427-33.
18. วรภา วราชนกุล. ผลของการจัดส่งยาทาง Health Rider และไปรษณีย์ร่วมกับการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2568;17(4):1010-29.
19. จุฬารัตน์ ฮาดวิเศษ, สุรศักดิ์ ไชยสงค์, กาญจนภรณ์ ตาราไต, เพียงสวรรค์ ศรีมงคล, รมะตะวัน กาลพัฒน์, พลิชฐ์

- การศึกษาเปรียบเทียบบริการเภสัชกรรมทางไกลผ่านไลน์บนระบบเว็บแอปพลิเคชัน การจัดส่งยาถึงบ้านกับรับยาที่โรงพยาบาล
พัฒนา. การประเมินผลการดำเนิน “โครงการนำร่องให้
ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อ ลดความแออัดในโรงพยาบาล
มหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม”. วารสารเภสัชกรรม
ไทย. 2565;14(3):604-17.
20. นพสิทธิ ชันดี. การลดแออัดและลดระยะเวลารอ
คอยในงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์. วารสาร
โรงพยาบาลนครพิงค์. 2566;14(2):194-209.
21. Clifton GD, Byer H, Heaton K, Haberman DJ, Gill
H. Provision of pharmacy services to underserved
populations via remote dispensing two-way
videoconferencing. Am J health-Syst Pharm.
2003;60(24):2577-82.
22. ปรียา ยุคันตวนิชชัย. ความร่วมมือในการใช้ยาของ
ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับยาทางไปรษณีย์ของโรงพยาบาล
อุดรธานี. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
มหาสารคาม. 2564;5(10):99-114.

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน

โรงพยาบาลเวียงเชียงราย จังหวัดเชียงราย

วงศ์ผกา พรหมสูตร* กุหลาบ พันธุ์ประยูร*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลเวียงเชียงราย จังหวัดเชียงราย โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันการขาดนัดบำบัดฯ ก่อนและหลัง การพัฒนารูปแบบ

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน รวม 25 คน ได้แก่ ผู้ให้บริการบำบัดยาเสพติด 3 คน ผู้ดูแลในครอบครัว 10 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 6 คน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) 3 คน และเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง 3 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 วงจร รวมระยะเวลา 20 สัปดาห์ ประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผน, การปฏิบัติการ, การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แนวทางการพัฒนารูปแบบ แบบสอบถาม แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบบันทึกข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที สำหรับเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลัง การดำเนินการ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบ ภาศิเครือข่ายมีการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง ผ่านระบบการติดตามผู้ป่วยเชิงรุกโดยชุมชน อัตราการขาดนัดบำบัดลดลงอย่างชัดเจน ผู้ป่วยกลับมารับการบำบัดครบตามนัดมากขึ้น และมีการรายงานผลผ่านระบบไลน์กลุ่มภาศิเครือข่ายทุกราย พบว่าความรู้ ทักษะ และการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นหลังการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบร้อยละ 80.80 ปัจจัยสำเร็จสำคัญคือการมีส่วนร่วมของภาศิเครือข่ายในทุกระดับ ทั้งจากโรงพยาบาล ฝ่ายปกครอง ผู้นำชุมชน อสม. และครอบครัวผู้ป่วย ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบติดตามผู้เข้ารับการรักษาในระดับโรงพยาบาลชุมชนและระดับอำเภอ โดยบูรณาการความร่วมมือของหน่วยบริการและภาศิเครือข่าย รูปแบบที่พัฒนาขึ้นควรนำไปประยุกต์ใช้ตามบริบทพื้นที่ และควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาวเพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบดังกล่าว

คำสำคัญ: เมทแอมเฟตามีน, การขาดนัดบำบัด, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, การมีส่วนร่วมของชุมชน

*โรงพยาบาลเวียงเชียงราย จังหวัดเชียงราย

Corresponding Author: Wongpaka Promsoot E-mail: noina_wp@hotmail.com

Received: 13 October 2025 Revised: 12 March 2026 Accepted: 29 March 2026

Development of a Model for Preventing Missed Appointments among Methamphetamine Addicts at Wiang Chiang Rung Hospital, Chiang Rai Province

Wongpaka Promsoot* Kularp Phunprayoon*

ABSTRACT

This participatory action research aimed to develop a model for preventing missed treatment appointments among methamphetamine users at Wiang Chiang Rung Hospital, Chiang Rai Province. The study compared mean scores of knowledge, attitudes, and participation in preventing missed appointments before and after model development. The participants comprised 25 stakeholders involved in appointment adherence, selected through purposive sampling, including three substance abuse treatment providers, ten family caregivers, six subdistrict health-promoting hospital staff, three village health volunteers, and three local administrative officers.

The research was conducted over two action research cycles spanning 20 weeks, following the stages of planning, action, observation, and reflection. Research instruments included a model development guideline, questionnaires, satisfaction assessment forms, and focus group discussion records, all of which were validated for quality. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and paired t-tests to compare pre- and post-intervention mean scores, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results indicated that after implementation of the developed model, network partners demonstrated continuous participation through a proactive, community-based patient follow-up system. The rate of missed treatment appointments markedly decreased, and patients attended scheduled treatments more consistently. All cases were monitored and reported through a LINE-based network communication system. Knowledge, attitudes, and participation among participants significantly increased after model development ($p < 0.05$), and overall satisfaction with the model was high (80.80%). Key success factors included multi-level collaboration among hospital staff, local administrative authorities, community leaders, village health volunteers, and patients' families. The findings suggest that this model can serve as a guideline for strengthening treatment follow-up systems at the community hospital and district levels through integrated collaboration among service providers and community networks. Long-term follow-up studies are recommended to further confirm the effectiveness of the model.

Keywords: Health promotion program, Health literacy, Metabolic syndrome

* Wiang Chiang Rung Hospital, Chiang Rai Province

Corresponding Author: Wongpaka Promsoot E-mail: noina_wp@hotmail.com

Received: 13 October 2025 Revised: 12 March 2026 Accepted: 29 March 2026

บทนำ

ยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน(Methamphetamine) เป็นปัญหาสำคัญระดับชาติที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจ สังคม และระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขพบว่ายาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนเป็นยาเสพติดที่มีการใช้กันมากที่สุดในประเทศ โดยคิดเป็นร้อยละ 75 ของยาเสพติดผิดกฎหมายทั้งหมดที่ถูกจับกุม¹ ปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนในระบบสมัครใจ (Voluntary System) เป็นการที่ผู้เสพยาเสพติดขอเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งของรัฐหรือเอกชนด้วยความสมัครใจ ผ่านขั้นตอนบำบัด 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมการ (Pre-Admission) 2) การถอนพิษยา (Detoxification) 3) การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) และ 4) การติดตามดูแล (After-Care) ซึ่งเป็นการให้การปรึกษา การให้คำแนะนำ การสร้างกำลังใจ การป้องกันการเสพยา² รายงานจากฐานข้อมูล บสศ. ปีงบประมาณ 2567 พบว่า มีผู้เข้ารับการรักษาโดยสมัครใจ จำนวน 189,427 คน และเป็นผู้ที่บำบัดรักษารายใหม่ จำนวน 31,247 คน ร้อยละของผู้ที่อยู่ในระบบการบำบัดรักษาอยู่ที่ ร้อยละ 55 อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ถึงจำนวนผู้กลับมาเสพยาทั้งประเทศพบว่ามีจำนวนถึง 47,123 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 24.88 ของจำนวนผู้เข้ารับการรักษาทั้งหมด รวมถึงร้อยละของผู้เสพยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีพฤติกรรมรุนแรง (SMI-V) ภาพรวมของทั้งประเทศ มากถึงร้อยละ 90³

การดำเนินงานของโรงพยาบาลเวียงเชียงราย จังหวัดเชียงราย ที่ผ่านมามีตั้งแต่ปี 2565-2567 มีจำนวนผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน เข้ารับการรักษาโดยสมัครใจ จำนวน 69 คน, 31 คน และ 29 คนตามลำดับ ผลการดำเนินงานพบว่า จำนวนผู้ที่เข้ารับการรักษาครบตามโปรแกรมมีจำนวน 44 คน (ร้อยละ 63.77), 18 คน

(ร้อยละ 58.06) และ 25 คน (ร้อยละ 86.21) ตามลำดับ จำนวนผู้ที่กลับไปเสพยาซ้ำมีจำนวน 18 คน (ร้อยละ 40.10), 3 คน (ร้อยละ 16.67) และ 4 คน (ร้อยละ 16.00) จากสถานการณ์จะเห็นได้ว่า แนวโน้มของผู้ที่เข้ารับการรักษาครบตามโปรแกรมเพิ่มขึ้นและแนวโน้มของผู้ที่กลับไปเสพยาซ้ำลดลง อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ การขาดนัดบำบัดจากการเข้าร่วมโปรแกรมบำบัด พบว่าในปี 2565-2567 มีจำนวนผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนที่ขาดนัด จำนวน 25 คน (ร้อยละ 36.23), 12 คน (ร้อยละ 38.70) และ 11 คน (ร้อยละ 44.00) จะเห็นได้ว่าแนวโน้มของการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลเวียงเชียงราย จังหวัดเชียงราย มีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น⁴ ปัญหาสำคัญดังกล่าวหากไม่ได้รับการวางแผนและแก้ไข อาจนำไปสู่การบำบัดไม่ครบตามโปรแกรม ซึ่งจะทำให้ผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนออกนอกระบบ การบำบัดรักษา จนนำไปสู่ปัญหาการเสพยาซ้ำได้ในอนาคต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการแก้ปัญหาดังกล่าว สามารถทำได้โดยการพัฒนาารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนจากการมีส่วนร่วมของคนในครอบครัวและสังคม⁵ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยปฏิบัติการ (action research) ตามแนวคิดของเคมมิส และแมคแท็กการท์ โดยเริ่มจากขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation) และขั้นตอนที่ 4 สะท้อน (Reflection) ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนในระยะหลังการพัฒนาอยู่ในระดับมากทุกด้านและเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก

นอกจากนี้พบว่ากลุ่มผู้เสพยาเสพติดมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเข้ารับการรักษาตามโปรแกรมทั้งหมด (ร้อยละ 100)⁶

จากหลักการและเหตุผลที่กล่าวมา ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด ทั้งในระดับโรงพยาบาลและชุมชน โดยมุ่งเน้นการบูรณาการการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยให้กลับคืนสู่สภาพชีวิตที่สามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงได้ศึกษา “การพัฒนาแบบแผนการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย” ขึ้น เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนได้เข้ารับการบำบัดรักษาตามโปรแกรม ลดจำนวนผู้ที่กลับเสพยาซ้ำ เพิ่มจำนวนผู้เลิกการเสพยาได้สำเร็จ รวมถึงการสร้างระบบสนับสนุนในชุมชนซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้กับกลุ่มเป้าหมายและลดปัญหาเสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน ในอำเภอเวียงเชียงรุ้ง ได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันการขาดนัดบำบัดของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ได้แก่ ผู้ให้บริการบำบัดยาเสพติด, ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้เสพยาเสพติด, เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล, อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ และเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง ก่อนและหลังการพัฒนาแบบแผนการป้องกันการขาดนัดบำบัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ต่อรูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย เพื่อประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัดต่ออัตราการขาดนัดบำบัดของ ผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน หลังการพัฒนาแบบ

กรอบแนวคิดวิจัย

ตัวแปรต้น : รูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ที่ผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ท (Kemmis & McTaggart) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน จำนวน 2 วงรอบ ได้แก่ วงรอบที่ 1 1) การวางแผน (plan) 2) ปฏิบัติการ (action) 3) สังเกตการณ์ (observation) และ 4) สะท้อนผลการปฏิบัติการ (reflection) และวงรอบที่ 2 1) การวางแผน (Re-plan) 2) ปฏิบัติการ (action) 3) สังเกตการณ์ (observation) และ 4) สะท้อนผล การปฏิบัติการ (reflection) ระยะเวลา 20 สัปดาห์

ตัวแปรตาม : ความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วมในการป้องกันการขาดนัดบำบัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน และความพึงพอใจต่อการพัฒนาแบบ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research:

การพัฒนาารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลเวียงเชียงราย จังหวัดเชียงราย

PAR) แบบผสมผสานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed-method PAR) โดยเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนมิถุนายน - เดือนกันยายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ที่เกี่ยวข้องและมีส่วนร่วมกับการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลเวียงเชียงราย จังหวัดเชียงราย ประกอบด้วย ผู้ให้บริการบำบัดยาเสพติด ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้เสพยาเสพติด เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.)ในพื้นที่ เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง ผู้นำชุมชน และบุคคลหรือองค์กรภาคีเครือข่ายอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) จำนวนทั้งสิ้น 25 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยใช้ดุลยพินิจของผู้วิจัย เพื่อให้ได้ผู้ที่มีประสบการณ์ตรง และสามารถให้ข้อมูลเชิงลึกที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยมีสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างตามบทบาทหน้าที่จนข้อมูลเกิดความอิ่มตัว (Data saturation) ได้แก่ ผู้ให้บริการบำบัดยาเสพติด 3 คน ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้เสพยาเสพติด 10 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 คน อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ 3 คน และเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง 3 คน ซึ่งครอบคลุมทั้งระดับสถานบริการ ครอบครัว และชุมชน อันเอื้อต่อการสะท้อนปัญหา กระบวนการดำเนินงาน และการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดบำบัดได้อย่างรอบด้าน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) มีความสามารถในการสื่อสารทั้งการพูดและเขียนได้อย่างเข้าใจ 2) สามารถเป็นตัวแทนในการให้ข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา และเสนอแนวทางแก้ไขได้อย่างเหมาะสม 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และ 4) กลุ่มเป้าหมายที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการ

สาธารณสุข อสม. และเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองต้องปฏิบัติงานในพื้นที่มากกว่า 1 ปีขึ้นไป และเกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สะดวกใจให้ข้อมูล หรือไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ศึกษา ได้แก่ แนวทางการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลเวียงเชียงราย จังหวัดเชียงราย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ด (Kemmis & McTaggart)⁶ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน จำนวน 2 วงรอบ ได้แก่ วงรอบที่ 1: 1) การวางแผน (plan) 2) ปฏิบัติการ (action) 3) สังเกตการณ์ (observation) และ 4) สะท้อนผลการปฏิบัติการ (reflection) และวงรอบที่ 2 : 1) การวางแผน (Re-plan) 2) ปฏิบัติการ (action) 3) สังเกตการณ์ (observation) และ 4) สะท้อนผลการปฏิบัติการ (reflection) ระยะเวลา 20 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1. แบบสอบถาม ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน จำนวน 14 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบถูก-ผิด โดยเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบได้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมที่สูงหมายถึงมีความรู้ในระดับสูง, ทศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันการขาดนัดบำบัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน จำนวน 7 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามวิธีของ Likert Scale โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้: 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 4 = เห็นด้วย, 3 = เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยพอๆ กัน, 2 = ไม่เห็นด้วย, 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลใช้ค่าเฉลี่ยคะแนน โดยค่าเฉลี่ยสูงหมายถึงมีทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันการขาดนัด

บำบัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการวางแผนและตัดสินใจ ด้านการปฏิบัติงานตามแผน ด้านการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และด้านการติดตามและประเมินผล จำนวน 11 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้: 5 = มากที่สุด, 4 = มาก, 3 = ปานกลาง, 2 = น้อย, 1 = น้อยที่สุด การแปลผลใช้ค่าเฉลี่ยคะแนน โดยค่าเฉลี่ยสูงหมายถึงมีระดับการมีส่วนร่วมมาก และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบฯ จำนวน 8 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ (มากที่สุด ถึง น้อยที่สุด) การแปลผลคะแนนเฉลี่ยที่สูงแสดงถึงความพึงพอใจในระดับมาก และ 2. แบบบันทึกข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกการสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group Discussion) 2) แบบบันทึกการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย 3) แบบติดตามการดำเนินงาน และ 4) แบบทบทวนหลังปฏิบัติงาน (After Action Review : AAR) ซึ่งใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการสนับสนุนขั้นตอน การสะท้อนผล การปฏิบัติการ (Reflection) ของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายร่วมกันทบทวนว่าเป้าหมายคืออะไร สิ่งที่เกิดขึ้นจริงเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ มีสิ่งใดที่เกินความคาดหวังหรือเป็นปัญหาอุปสรรคเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และวางแผนพัฒนาหรือปรับปรุงการทำงาน (Re-plan) ในวงรอบถัดไปให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คุณวุฒิปริญญาเอก 1 ท่าน ปริญญาโท 1 ท่านและพยาบาลเฉพาะ

ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชระดับชำนาญการพิเศษอีก 1 ท่าน และ นำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ จากนั้นนำมาคำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index : IOC) อยู่ที่ 0.6-1 และคำนวณหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา ดังนี้ เครื่องมือที่ใช้ศึกษา เท่ากับ 0.92 แบบสอบถามข้อมูล เท่ากับ 0.96 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบฯ เท่ากับ 1 และแบบบันทึกข้อมูล เท่ากับ 1 และการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำไปเก็บข้อมูลนำร่องกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันจำนวน 10 รายและนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นในส่วน of แบบประเมินความรู้ เกี่ยวกับยาเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน ใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน KR-20 (Kuder-Richardson) เท่ากับ 0.77 และการตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในส่วนของทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันการขาดนัดบำบัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน เท่ากับ 0.86 การมีส่วนร่วมในการป้องกันการขาดนัดบำบัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน เท่ากับ 0.93 และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบฯ เท่ากับ 0.96

วิธีรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามแนวทางการพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ดังนี้

วงจรรอบที่ 1 ขั้นตอนการวางแผน (plan) ในสัปดาห์ที่ 1 ได้รวบรวมข้อมูลสถานการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้น ได้แก่ สถานการณ์การบำบัดยาเสพติดในพื้นที่สถิติการขาดนัดบำบัดยาเสพติด และปัจจัยที่มีผลต่อ

การพัฒนาแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลเวียงเชียงราย จังหวัดเชียงราย

การขาดนัด จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาวางแผนการดำเนินงานในขั้นต่อไป จากนั้นจัดประชุมวางแผนการดำเนินงาน โดยมีกิจกรรมการดำเนินการ ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลก่อนการดำเนินการ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทักษะ และ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จากนั้นนำเสนอข้อมูล สถิติการขาดนัดบำบัดยาเสพติดและปัจจัยที่มีผลต่อการขาดนัด การให้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน การส่งเสริมทัศนคติ ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน และกระบวนการบำบัดผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนของโรงพยาบาลเวียงเชียงราย และการสนทนากลุ่มโดยมีประเด็นการสนทนา ได้แก่ รูปแบบการป้องกันการขาดนัดที่ผ่านมาวิธีการแก้ปัญหาที่ผ่านมา มีอะไรบ้าง ปัญหาอุปสรรค การดำเนินงานที่ผ่านมาพบเหตุการณ์การดำเนินงานที่ผ่านมาหน่วยงาน/บุคคลใดที่ท่านคิดว่าควรมาช่วย/สนับสนุน ความคาดหวังต่อการพัฒนารูปแบบฯ ปัจจัยในการดำเนินการวางแผนการดำเนินงาน และข้อตกลงในการดำเนินงาน จากนั้นทางผู้วิจัยจะรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มนำมาสังเคราะห์และจัดทำแผนการดำเนินงานและข้อตกลงในการดำเนินงาน ขั้นตอนการปฏิบัติการ (action) สัปดาห์ที่ 2-5 จัดเวทีบันทึกข้อตกลงความร่วมมือและลงนามร่วมกันโดยภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ตัวแทนจากสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง ผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชน แล้วดำเนินการตามแผนที่ได้วางไว้ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (observation) สัปดาห์ที่ 2-5 ติดตามการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 2 โดยติดตามการมีส่วนร่วมจากการดำเนินงาน และจำนวนครั้งของการเข้ารับการบำบัด และ ขั้นตอนสะท้อนผลการปฏิบัติการ (reflection) สัปดาห์ที่ 6 จัดประชุมสะท้อนผลการดำเนินงาน โดยการบันทึกและติดตามกระบวนการและผลการปฏิบัติงานตามที่วางแผนไว้ตลอดจนการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัย

อุปสรรคการพัฒนา รวมทั้งประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ โดยอาศัยการทบทวนหลังปฏิบัติงาน (After Action Review : AAR) วงจรรอบที่ 2 ขั้นตอนการวางแผน (Re-plan) สัปดาห์ที่ 7 นำข้อมูลที่ได้จากการประชุมสะท้อนผลการดำเนินงานนำมาสังเคราะห์เพื่อจัดทำเป็นรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลเวียงเชียงราย จังหวัดเชียงราย ขั้นตอนปฏิบัติการ (action) สัปดาห์ที่ 8-19 โดยนำแผนรูปแบบฯ ที่ได้รับการปรับปรุงไปปฏิบัติ ขั้นตอนสังเกตการณ์ (observation) สัปดาห์ที่ 8-19 ติดตามการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 2 โดยติดตามการมีส่วนร่วมจากการดำเนินงาน และจำนวนครั้งของการเข้ารับการบำบัด และขั้นตอนสะท้อนผลการปฏิบัติการ (reflection) และสรุปผลการดำเนินงาน สัปดาห์ที่ 20 โดยจัดเวทีสรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียนการดำเนินงาน โดยสรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียนตลอดจนการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการพัฒนา รวมทั้งประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ โดยอาศัยการทบทวนหลังปฏิบัติงาน (After Action Review : AAR) และรวบรวมข้อมูลหลังการดำเนินการ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบฯ จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากการดำเนินงานมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อนำไปเผยแพร่ต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การจัดการข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการสังเคราะห์เชิงคุณภาพ (Qualitative Synthesis) โดยเริ่มจากการ จำแนกเนื้อหาทั้งหมดออกเป็น ส่วนย่อยๆ หรือ องค์ประกอบต่างๆ เพื่อพิจารณาและทำความเข้าใจแต่ละส่วนอย่างละเอียด

จากนั้นนำมาสังเคราะห์เนื้อหาสาระ เฉพาะส่วนที่เป็นข้อค้นพบของรายงานการวิจัย โดยใช้วิธีการสังเคราะห์ด้วยวิธีการบรรยายนำเสนอบทสรุปรวมลักษณะภาพรวมที่ช่วยให้เข้าใจการวิจัยเชิงระบบได้ดีขึ้นผ่านกระบวนการที่ได้เห็นมุมมองและการตัดสินใจของผู้ที่มีส่วนร่วม เพื่อที่จะสรุปทิศทาง แนวโน้มหรือข้อเสนอที่ควรจะเป็นและเหมาะสมกับบริบทของการศึกษา และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน ทักษะการมีส่วนร่วมในการป้องกันการขาดนัดบำบัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน การมีส่วนร่วมในการป้องกันการขาดนัดบำบัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน และความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบฯ และสถิติทดสอบ ได้แก่ สถิติ paired t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันการขาดนัดบำบัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลเวียงเชียงราย จังหวัดเชียงราย ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ

การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขการรับรอง CRPPHO 085/2568 ลงวันที่ 29 พฤษภาคม 2568

ผลการวิจัย

1.ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ วงจรรอบที่ 1 ขั้นตอนการวางแผน (plan) ในสัปดาห์ที่ 1 : ผู้วิจัยและทีมงานได้รวบรวมข้อมูลสถานการณ์การบำบัดผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลเวียงเชียงราย พบว่าอัตราการขาดนัดบำบัดของผู้เสพยาเสพติด

กลุ่มเมทแอมเฟตามีนมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยมีปัจจัยสำคัญได้แก่ ปัญหาด้านทัศนคติของผู้ป่วย ความกลัวการถูกตีตรา ความไม่เข้าใจในกระบวนการบำบัด และการขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน จากนั้นได้มีการจัดประชุมวางแผนร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ผู้ให้บริการบำบัดยาเสพติด จำนวน 3 คน ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้เสพยาเสพติด จำนวน 10 คน เจ้าหน้าที่จากรพ.สต. จำนวน 6 คน อสม.ในพื้นที่ จำนวน 3 คน เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง จำนวน 3 คน รวม 25 คน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 13 คน (ร้อยละ 52) อายุ 20 -30 ปี จำนวน 1 คน อายุ 31-40 ปี จำนวน 6 คน อายุ 41-50 ปี และอายุ 51-60 ปี อย่างละ 9 คน ส่วนมีสถานภาพสมรส จำนวน 19 คน ที่เหลือเป็นสภาพโสด ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 2 คน ประถมศึกษาจำนวน 9 คน มัธยมศึกษา จำนวน 3 คน และปริญญาตรี จำนวน 11 คน เป็นข้าราชการ จำนวน 12 คน เกษตรกรรม จำนวน 8 คน และรับจ้าง จำนวน 5 คน รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่มากกว่า 10,000 บาท ต่อเดือน จำนวน 13 คน และส่วนที่เหลือน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน จากการสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group Discussion) พบประเด็นที่น่าสนใจ คือ 1) รูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติด กลุ่มเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลเวียงเชียงราย จังหวัดเชียงราย(เดิม) เป็นรูปแบบที่ทางโรงพยาบาลจะเป็นผู้นัดและติดตามผู้ป่วยเอง 2) วิธีการแก้ปัญหาเบื้องต้น ได้แก่ การติดต่อประสานงานทาง รพ.สต. ช่วยติดตามให้แต่แล้วยังไม่มีระบบติดตามการขาดนัด เป็นเพียงแค่การประสานงานระหว่างหน่วยงานและผู้ป่วยเท่านั้น 3) บทบาทของชุมชนและภาคีเครือข่ายความร่วมมือยังไม่ชัดเจนและเข้มแข็ง ข้อเสนอเบื้องต้นในการป้องกันการขาดนัดที่ได้จากการสนทนากลุ่ม คือ

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลเวียงเชียงราย จังหวัดเชียงราย

1) การติดตามผ่าน อสม. ในพื้นที่ 2) การประสานญาติของผู้เสพยาเสพติด และ 3) การให้ฝ่ายปกครองและผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตาม โดยที่จะนำไปสู่ข้อตกลงที่ทำงานกันอย่างเป็นรูปธรรม ขั้นตอนการปฏิบัติการ (action) สัปดาห์ที่ 2 - 5 : จัดเวทีบันทึกข้อตกลงความร่วมมือและลงนามร่วมกันโดยภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินงานตามแผน ที่วางไว้ โดยลงนามในเวทีประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้านประจำเดือนที่มีนายอำเภอเวียงเชียงรายเป็นประธาน ซึ่งในข้อตกลงมีการแบ่งบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน ได้แก่ 1) อสม. ติดตามผู้ป่วยในชุมชนและแจ้งเตือนวันนัด 2) ผู้นำชุมชน สนับสนุนการติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด และ 3) ฝ่ายปกครอง ให้ความร่วมมือในกรณีผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการเข้ารับบำบัด ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (observation) สัปดาห์ที่ 2 - 5 : ผู้วิจัยติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานพบว่า อสม. มีบทบาทช่วยติดตามผู้ป่วยผ่านการแจ้งญาติในเขตรับผิดชอบ ผู้นำชุมชนช่วยติดตามโดยการไปแจ้งผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน และฝ่ายปกครอง ช่วยประสานงานกับทางโรงพยาบาล ผลลัพธ์ที่สำคัญในขั้นตอนนี้ คือ ผู้ป่วยกลับมารับการบำบัดมากขึ้นแต่ยังไม่ครบทุกคน จำนวนผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดนัด อุปสรรคที่พบ ได้แก่ อสม. บางรายรู้สึกกลัว หรือไม่มั่นใจในการเข้าพบผู้ป่วยยาเสพติดโดยตรง ซึ่งทำให้เข้าถึงผู้ป่วยได้ ไม่ครบถ้วน ผู้ป่วยบางคนไม่อยู่บ้าน ในเวลาที่ติดตาม หรือไม่สามารถติดต่อได้ ขั้นตอนสะท้อนผลการปฏิบัติการ (reflection) สัปดาห์ที่ 6 : ได้จัดประชุมสะท้อนผลการดำเนินงานโดยใช้กระบวนการ After Action Review (AAR) เพื่อทบทวนผลการดำเนินงานในวงจรรอบที่ 1 พบว่ารูปแบบการติดตามผู้ป่วยผ่านภาคีเครือข่ายสามารถช่วยให้ผู้ป่วยบางส่วนกลับมารับการบำบัดได้เพิ่มขึ้น แต่ยังมีพบปัญหาเชิงกระบวนการที่เป็นอุปสรรคต่อประสิทธิภาพของการป้องกันการขาดนัดอย่าง

ครอบคลุม ได้แก่ 1) ความไม่ชัดเจนของระบบและขั้นตอนการติดตามผู้ป่วย โดยการติดตามในระยะแรกยังเป็นลักษณะต่างคนต่างทำ ขึ้นกับความสมัครใจและความเข้าใจของภาคีเครือข่ายแต่ละฝ่าย ไม่มีแนวทางหรือขั้นตอนปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลให้การติดตามผู้ป่วยไม่ต่อเนื่องและไม่ครอบคลุมทุกคน 2) บทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่ายยังไม่ชัดเจนเพียงพอ แม้จะมีการระบุให้ อสม. ผู้นำชุมชน และฝ่ายปกครองเข้ามา มีส่วนร่วม แต่ในทางปฏิบัติยังขาดความชัดเจนว่าใครเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการติดตามผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้เกิดช่องว่างในการติดตาม โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยไม่อยู่บ้านหรือหลีกเลี่ยงการติดต่อ 3) ความพร้อมและความมั่นใจของผู้ปฏิบัติงาน พบว่า อสม. บางรายมีความกังวลและไม่มั่นใจในการเข้าพบผู้เสพยาเสพติดโดยตรง เนื่องจากเกรงด้านความปลอดภัยและการยอมรับ จากผู้ป่วย ส่งผลให้ไม่สามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้ครบถ้วนตามแผนที่วางไว้ และ 4) การขาดระบบรายงานผลและการสื่อสารที่เป็นทางการที่ยังไม่มีช่องทางการรายงานที่ชัดเจนและเป็นระบบ ทำให้ผู้วิจัยและทีมงานไม่สามารถติดตามความก้าวหน้า ปัญหาและผลการติดตามผู้ป่วยแบบทันเวลา ส่งผลต่อการปรับแก้ปัญหาได้ไม่ทัน่วงที ซึ่งสรุปได้ว่า ปัญหาหลักในวงจรรอบที่ 1 เป็นปัญหาเชิงกระบวนการด้านการจัดระบบ การติดตามและการประสานงานระหว่างภาคีเครือข่าย มากกว่าปัญหาด้านความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งข้อค้นพบนี้ นำไปสู่การปรับปรุงแนวทางในวงจรรอบที่ 2 โดยมุ่งเน้นการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน การติดตามเชิงรุกอย่างเป็นระบบ และการจัดให้มีระบบรายงานผลที่ต่อเนื่องและตรวจสอบได้ทันเวลา

วงจรรอบที่ 2 ขั้นตอนการวางแผน (Re-plan) สัปดาห์ที่ 7 : ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการสะท้อนผลในวงจรรอบที่ 1 ซึ่งพบว่า การติดตามผู้ป่วยยังขาดความเป็นระบบ บทบาทของภาคีเครือข่ายไม่ชัดเจน และ

การรายงานผลยังไม่ต่อเนื่องมาสังเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานให้เป็นรูปธรรมโดยพัฒนาเป็น “รูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง” ที่แตกต่างจากกระบวนการเดิมที่ให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและ อสม. เป็นผู้ติดตามหลักแบบไม่เป็นทางการปรับเป็นการกำหนดให้ผู้นำชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการติดตามผู้ป่วยในพื้นที่ โดยมีการกำหนดขั้นตอนการติดตามที่ชัดเจน ได้แก่ 1) การเข้าพบผู้ป่วยและครอบครัว 2) การให้ผู้ป่วยลงชื่อรับทราบการติดตามทุกครั้ง และ 3) การรายงานผลผ่านช่องทางไลน์กลุ่มของภาคีเครือข่าย เพื่อให้การติดตาม มีหลักฐาน ตรวจสอบได้ และลดช่องว่างที่เกิดขึ้น ในกระบวนการเดิม (วงจรรอบที่ 1) ขั้นตอนการปฏิบัติการ (Action) สัปดาห์ที่ 8-19 ผู้วิจัยได้ติดตามการดำเนินงานตามรูปแบบที่ปรับปรุงใหม่อย่างใกล้ชิดพบว่า ในช่วงแรกของการดำเนินงานยังคงมีอุปสรรคบ้าง เช่น ผู้ป่วยบางรายหลีกเลี่ยง การเข้าพบหรือไม่อยู่บ้าน ในเวลาที่ติดตามผู้นำชุมชนและ อสม. บางรายมีภาระงานประจำ ทำให้ไม่สามารถติดตามได้ตามเวลาที่กำหนด ผู้วิจัยจึงได้ประสานแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยปรับวิธีการติดตามให้ยืดหยุ่นมากขึ้น เช่น การติดตามผ่านครอบครัว ก่อนการนัดหมายล่วงหน้า และการใช้การสื่อสารแบบสร้างแรงจูงใจแทนการบังคับ รวมถึงการแบ่งบทบาทการติดตามร่วมกันระหว่างผู้นำชุมชน อสม. และฝ่ายปกครองในกรณีผู้ป่วยเข้าถึงยาก ส่งผลให้การติดตามมีความต่อเนื่องและครอบคลุมมากขึ้นกว่าเดิม ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (Observation) สัปดาห์ที่ 8-19 พบว่า รูปแบบที่ปรับปรุงใหม่สามารถแก้ไขข้อจำกัดจากวงจรรอบที่ 1 ได้อย่างชัดเจน การมีระบบรายงานผลผ่านไลน์กลุ่มของภาคีเครือข่ายช่วยให้ผู้วิจัยสามารถติดตามความก้าวหน้าและปัญหาได้แบบทันเวลา เมื่อพบผู้ป่วยมีแนวโน้มจะขาดนัด

สามารถแจ้งเตือนและร่วมกันวางแผนแก้ไขได้ทันที ส่งผลให้อัตราการเข้ารับการบำบัดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับการติดตามครบถ้วนร้อยละ 100 และไม่พบผู้ที่ขาดนัดการบำบัดในช่วงการดำเนินงานของวงจรรอบที่ 2 แสดงให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนจากกระบวนการติดตามแบบเดิมในวงจรรอบที่ 1 นำไปสู่การติดตามเชิงรุก ที่มีโครงสร้างและความรับผิดชอบชัดเจน ที่มีส่วนสำคัญ ทำให้การป้องกันการขาดนัดบำบัดมีประสิทธิภาพมากขึ้น ขั้นตอนสะท้อนผลการปฏิบัติการ (reflection) และสรุปผลการดำเนินงาน สัปดาห์ที่ 20 ผู้วิจัยได้จัดเวทีถอดบทเรียนและสรุปผลการดำเนินงานโดยใช้กระบวนการ AAR พบว่า รูปแบบการดำเนินงานที่บูรณาการภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนมีประสิทธิภาพในการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย ปัจจัยสนับสนุนสำคัญ ได้แก่ การมีภาวะผู้นำของผู้นำชุมชน ความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ อสม. เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแรงสนับสนุนจากครอบครัวผู้ป่วย อุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยบางรายที่ยังขาดแรงจูงใจ และภาระงานของอสม. และผู้นำชุมชนที่อาจกระทบต่อการติดตาม

2.ผลลัพธ์ที่ได้จากการพัฒนารูปแบบ

ผลลัพธ์โดยรวมพบว่า หลังการพัฒนารูปแบบความรู้, ทักษะในการป้องกันการขาดนัดบำบัด และการมีส่วนร่วมในการป้องกันการขาดนัดบำบัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน (ดังตารางที่ 1) ความพึงพอใจโดยรวมต่อแนวทางในการนำไปปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมอยู่ที่ร้อยละ 80.80 (ดังตารางที่ 2) และผลลัพธ์การขาดนัดบำบัดของ ผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนลดลง

การพัฒนาแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลเวียงเชียงราย จังหวัดเชียงราย จาก 12 ครั้ง เป็น 0 ครั้ง หลังการพัฒนาแบบ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และ การมีส่วนร่วม ในการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลเวียงเชียงราย จังหวัดเชียงราย ก่อนและหลังการพัฒนาแบบ

รายการ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t-score	p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.		
ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน	12.36	±1.60	13.40	±0.82	-4.44	<0.001*
ทักษะ	28.60	±3.73	30.12	±2.47	-3.92	0.001*
การมีส่วนร่วมในการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน						
- ด้านการวางแผนและตัดสินใจ	6.72	±1.46	7.72	±0.89	-4.47	<0.001*
- ด้านการปฏิบัติตามแผน	18.84	±2.44	20.04	±1.51	-4.90	<0.001*
- ด้านการมีส่วนร่วมรับ	7.32	±1.49	8.00	±0.76	-2.72	0.012*
ผลประโยชน์						
- ด้านการติดตามและประเมินผล	7.00	±1.32	7.88	±0.97	-4.18	<0.001*

* p-value <0.05

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ต่อรูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลเวียงเชียงราย จังหวัดเชียงราย

ข้อคำถาม	คะแนนเฉลี่ย	ร้อยละ
1. รูปแบบมีความชัดเจนนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม	4.08	81.60
2. รูปแบบมีความสะดวกในการใช้ติดตามผลการขาดนัด	4.04	80.80
3. ระบบ/วิธีการแจ้งเตือนในการเข้ารับบำบัด มีประสิทธิภาพ	4.12	82.40
4. ความเหมาะสมของช่องทางการสื่อสารและการประสานงานกับเจ้าหน้าที่	4.08	81.16
5. ความพึงพอใจต่อระยะเวลาหรือตารางกิจกรรมในการดำเนินงาน	4.04	80.80
6. ความพึงพอใจต่อการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคลากร / ผู้รับผิดชอบงาน	4.00	80.00
7. การมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการบำบัด	3.80	76.00
8. ความพึงพอใจโดยรวมต่อแนวทางในการนำไปปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม	4.04	80.80

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P<0.05)

Development of a Model for Preventing Missed Appointments among Methamphetamine Addicts
at Wiang Chiang Rung Hospital, Chiang Rai Province

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์การขาดนัดบำบัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน สัปดาห์ที่ 1-20

การดำเนินงาน	จำนวนผู้เข้ารับ การบำบัด (คน)	จำนวนการขาดนัด (ครั้ง)	หมายเหตุ
สัปดาห์ที่ 1-4 *	41	12	บำบัดไม่สำเร็จ 1 คน เนื่องจากถูกดำเนินคดี
สัปดาห์ที่ 5-8 **	40	9	
สัปดาห์ที่ 9-12	41	5	เข้าระบบเพิ่ม 1 คน
สัปดาห์ที่ 13-16	38	2	บำบัดไม่สำเร็จ 3 คน เนื่องจากถูกดำเนินคดี
สัปดาห์ที่ 17-20	38	0	

*ดำเนินการรอบที่ 1 สัปดาห์ที่ 1-6, **ดำเนินการรอบที่ 2 สัปดาห์ที่ 7-2

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนา รูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย โดยใช้แนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ท (Kemmis & McTaggart)⁶ 4 ขั้นตอน ระยะเวลาดำเนินการ 20 สัปดาห์ พบว่าความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน ทักษะในการป้องกันการขาดนัดบำบัด และการมีส่วนร่วมในการป้องกันการขาดนัดบำบัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001-0.012$) ความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในภาพรวมอยู่ที่ร้อยละ 80.80 และผลลัพธ์การขาดนัดบำบัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนลดลง จาก 12 ครั้ง เป็น 0 ครั้ง ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนถึง การบูรณาการความร่วมมือระหว่าง อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง และครอบครัวของผู้เสพยาเสพติด ส่งผลต่อการขาดนัดบำบัดยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนที่ลดลง ปัจจัยเอื้อที่สำคัญ คือ บริบทเชิงโครงสร้างและสังคม

ของพื้นที่อำเภอเวียงเชียงรุ้ง ที่มีลักษณะเป็นชุมชน กึ่งชนบทที่มีความสัมพันธ์ทางสังคมแบบพึ่งพาอาศัย เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และแกนนำ อสม. มีบทบาทเชิงสังคมที่ได้รับ การยอมรับและมีบทบาทหน้าที่ใน การประสานงานและติดตามกลุ่มเป้าหมาย เมื่อถูกกำหนดให้เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการติดตามผู้เสพยาเสพติด จึงช่วยลดแรงต้าน ความหวาดระแวง และความรู้สึกถูกตีตราของผู้ป่วย ส่งผลให้ การเข้าถึงผู้ป่วยและครอบครัวเป็นไปได้ง่ายและต่อเนื่องมากขึ้น ประกอบกับโครงสร้างการทำงานของภาคีเครือข่ายในพื้นที่เวียงเชียงรุ้งมีลักษณะเป็น เครือข่ายที่หน่วยงาน สาธารณสุข ฝ่ายปกครอง และชุมชน มีการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดอยู่เดิม ทำให้การพัฒนาแบบที่เกิดขึ้นสามารถต่อยอดจากกลไก ที่มีอยู่แล้ว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการมีส่วนร่วมการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการบริหารงาน⁵ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในกระบวนการดูแลสุขภาพ การสร้างเครือข่ายความร่วมมือดังกล่าวทำให้เกิดความรับผิดชอบร่วมกัน (Shared

การพัฒนาารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย Responsibility) และช่วยให้ผู้เสพยาเสพติดรู้สึกได้รับการสนับสนุน จากสังคม เห็นได้จากคะแนนการมีส่วนร่วมที่เพิ่มขึ้น ในด้านการวางแผนและตัดสินใจ (เพิ่มขึ้นจาก 6.72 คะแนนเป็น 7.72 คะแนน), ด้านการปฏิบัติตามแผน (เพิ่มขึ้นจาก 18.84 คะแนนเป็น 20.04 คะแนน) ด้านการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ (เพิ่มขึ้นจาก 7.32 คะแนนเป็น 8.00 คะแนน) และด้านการติดตามและประเมินผล (เพิ่มขึ้นจาก 7.00 คะแนนเป็น 7.88 คะแนน) ซึ่งมีผลต่อการลดความรู้สึกถูกตีตราและเพิ่มแรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้เสพยาที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนจะมีอัตราการกลับไปเสพยาซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม เนื่องมาจากได้รับความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ ครอบครัวและชุมชนนำมาซึ่งความร่วมมือในการวางแผน ในการดูแล กำกับและติดตามยาเสพติดในชุมชน ทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดสามารถบำบัดและติดตามครบตามเกณฑ์ได้ เป็นผลให้ผู้เข้ารับการบำบัดหยุดใช้ยาเสพติด⁷ ในการพัฒนารูปแบบ ในครั้งนี้ได้เน้นระบบการติดตามเชิงรุก (Active Follow-up) ผ่านช่องทางออนไลน์ ได้แก่ ไลน์กลุ่ม ภาควิทยา เครือข่าย การทำหน้าที่ ของผู้นำชุมชน และการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่กับครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยให้ การติดตามผู้เสพยาเสพติดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อัตราการขาดนัดลดลง จนเหลือศูนย์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และการติดตาม ที่เป็นระบบ ในการติดตามผู้ป่วยเสพยาเสพติด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ สามารถติดตามผู้ป่วยตลอดจนจบกระบวนการบำบัดรักษา ยังส่งผลดีทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดขาดสารเสพติด และลดอัตราการกลับไปเสพยาซ้ำได้⁸ ทั้งนี้ในส่วนของการพัฒนารูปแบบยังสามารถช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน ทัศนคติในการป้องกันการขาดนัดบำบัดฯ และระดับ

ความพึงพอใจในการดำเนินงานที่มาก ทำให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งผู้ให้บริการ บุคลากรด้านสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในชุมชนได้ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหา และแนวทางแก้ไข ส่งผลให้เกิดความเข้าใจร่วมกันและตระหนักถึงบทบาทของตน ในการดูแลผู้เสพยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งกระบวนการนี้ยังช่วยเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบำบัดยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เน้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงและการสะท้อนผลร่วมกัน จึงทำให้ผู้เข้าร่วมเกิดทัศนคติที่ดีและพร้อมนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงในการดำเนินงาน รวมถึงระดับความพึงพอใจที่เพิ่มขึ้นของภาคีเครือข่าย สะท้อนถึงคุณภาพองค์ประกอบที่สำคัญ โดยเฉพาะความชัดเจนของรูปแบบที่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ความสะดวกในการใช้เพื่อติดตามผลการขาดนัด และประสิทธิภาพของระบบหรือวิธีการแจ้งเตือน การเข้ารับบำบัด ซึ่งช่วยให้การติดตามเป็นไปอย่างต่อเนื่องและทันต่อสถานการณ์ นอกจากนี้ ความเหมาะสมของช่องทางการสื่อสารและการประสานงานกับเจ้าหน้าที่และการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคลากรผู้รับผิดชอบงาน ยังมีส่วนสำคัญในการลดอุปสรรคในการปฏิบัติงานและเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการกับชุมชน ขณะเดียวกัน ความพึงพอใจต่อระยะเวลาหรือตารางกิจกรรมในการดำเนินงาน และระดับการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการบำบัด แสดงให้เห็นว่ารูปแบบมีความสอดคล้องกับบริบทการทำงานและวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย ส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องและความรู้สึกเป็นเจ้าของกระบวนการบำบัด ซึ่งภาพรวมแสดงให้เห็นว่ารูปแบบมีความเหมาะสม ทั้งในเชิงโครงสร้างและกระบวนการในทางปฏิบัติ กระบวนการพัฒนาดังกล่าวเปิดโอกาสให้ภาคีได้มีบทบาทสำคัญในการออกแบบกิจกรรมและแนวทางปฏิบัติ ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและความร่วมมือที่ยั่งยืน⁹ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า

การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของชุมชนมีผลต่อความพึงพอใจและความต่อเนื่องในการบำบัดยาเสพติดและเข้ารับการบำบัดครบตามโปรแกรมทั้งหมด^{6,9} อย่างไรก็ตามการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและการติดตามผู้ใช้สารเสพติดยังคงมีข้อจำกัด ขึ้นอยู่กับระดับการมีส่วนร่วม ความพร้อม และภาระงานของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยผลลัพธ์อาจไม่เกิดขึ้นในลักษณะเดียวกันในพื้นที่ที่โครงสร้างชุมชนที่แตกต่างกัน จึงจำเป็นต้องมีการปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทก่อนการนำไปใช้หรือขยายผล โดยสรุปการพัฒนา รูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนที่โรงพยาบาลเวียงเชียงราย จังหวัดเชียงราย แสดงถึงผลลัพธ์ที่ชัดเจนทั้งในด้านการเพิ่มความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วมของชุมชน และการลดการขาดนัดอย่างมีนัยสำคัญ รูปแบบดังกล่าวสามารถเป็นต้นแบบในการพัฒนา “ระบบการติดตามและป้องกันการขาดนัด” ซึ่งจะส่งผลให้ผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนได้เข้าร่วมการบำบัดครบตามโปรแกรม ลดจำนวนผู้ที่กลับเสพยาซ้ำ เพิ่มจำนวนผู้เลิกการเสพยาได้สำเร็จ เพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับกลุ่มเป้าหมายและลดปัญหาเสพยาติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีนในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือจากคุณ ภาณี เครือข่ายในอำเภอเวียงเชียงราย อันได้แก่ เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่รพ.สต. รวมถึง ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้เสพยาเสพติด ที่ช่วยให้การวิจัยครั้งนี้ ประสบผลสำเร็จ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในเรื่องคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้การศึกษานี้เป็นไปด้วยดี

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำผลการศึกษานี้ไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายในระดับโรงพยาบาลชุมชนและระดับอำเภอ ให้มีระบบติดตามผู้เข้ารับการบำบัดที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐาน โดยบูรณาการบทบาทของหน่วยบริการภาคีชุมชน และฝ่ายปกครอง พร้อมกลไกการสื่อสารการแจ้งเตือน และการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดนัดในระบบเดิมที่ขาดความเชื่อมโยง

2. ในด้านการปฏิบัติควรนำรูปแบบการป้องกันการขาดนัดที่พัฒนาขึ้น ไปประยุกต์ใช้กับบริบทของพื้นที่ โดยเน้นความชัดเจนของขั้นตอนความสะดวกรวดเร็วในการใช้งาน การสนับสนุนจากบุคลากร และการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการบำบัด เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องและประสิทธิภาพของการดูแลติดตาม

3. ในด้านวิชาการควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาได้ต่อความต่อเนื่องของการบำบัด และอัตราการกลับมาใช้ยาเสพติดซ้ำในอนาคต และควรทำการวิจัยในกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของแนวทางที่พัฒนาให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Kalayaser R, Prasartpornsirichoke P. Determinants for methamphetamine abstinence of short-term and long-term inpatient treatments for methamphetamine use. Chulalongkorn Med J. 2020 Apr;64(2):167–72.
2. กรมสุขภาพจิต, บุญแสง ว, บรรณธิการ. คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา/สารเสพติด ที่มีอาการทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวช. นนทบุรี: บริษัท ดินาคู มีเดีย พลัส จำกัด; 2564.
3. สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ส.ช. สถานการณ์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

- การพัฒนาารูปแบบการป้องกันการขาดน้ดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 8 เมษายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://ncmc.moph.go.th/home/index/dash>
- 4.โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง. รายงานผลการดำเนินงาน กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด. เชียงราย: กลุ่มงาน จิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง; 2567. ผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน. วารสารวิชาการ สาธารณสุขชุมชน. 2567 ธ.ค.;10(4):19–32.
- 7.ผ่องพรรณ คำน้อย. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัด พื้นฟูผู้เสพยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางในการกลับไป เสพซ้ำของผู้เข้ารับการรักษาบำบัดยาเสพติด. วารสารนวัตกรรม สุขภาพและความปลอดภัย. 2568;2(1):E-2719.
- 8.เสาวลักษณ์ บุญยรัตน์. การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษา และติดตามผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐานร่วมกับ
- 5.อนุกุล ศิริจันทร์. การมีส่วนร่วมของประชาชนใน การบริหารงาน. วารสารรอยแก่นสารสถาบันวิชาการ. 2562;4(1):18–31.
- 6.อานนท์ ถุงแก้วหงส์, จตุพร เหลืองอุบล, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดน้ดของ การประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรมในชุมชนบ้านน้ำเขียว อำเภอสบ้าย้อย จังหวัดสงขลา. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(4):238–47.
- 9.ชฎากาญจน์ ชาลีรัตน์, ยอดชาย สุวรรณวงษ์. การพัฒนา รูปแบบการบำบัดรักษาพื้นฟูด้วยแนวคิดการเรียนรู้จาก ประสบการณ์และพลังภาคีเครือข่ายสำหรับผู้เสพยาเสพติด ระบบสมัครใจในจังหวัดสระบุรี. วารสารสาธารณสุขและ สุขภาพศึกษา. 2565;2(1):49–67.

กระบวนการและผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx)

กรณีศึกษาอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน

มงคล ลักขณาเลศ*, ธิติรัตน์ ประพันธ์*, ลุติดา ไชยสิทธิ์*, ญัฐดนัย จิตอารีย์*, จิรศักดิ์ คำเรือง*

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดและบทบาทของครอบครัว และภาคีเครือข่าย (2) ศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) และ (3) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพของผลลัพธ์การบำบัดภายหลังครบโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่างคือสมาชิกครอบครัวและผู้ใช้สารเสพติดที่เข้าร่วมกระบวนการบำบัด ระหว่างเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2567 ที่ได้รับการติดตามในระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพ 12 เดือนหลังบำบัดครบโปรแกรม และผู้เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้ายาและสารเสพติดเพื่อการบำบัดรักษา กระบวนการมาตรฐานสุขแบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพของผลลัพธ์การบำบัดภายหลังครบโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Pearson Chi-Square และ Fisher's Exact Test

ผลการวิจัยพบว่า วิธีการบำบัดเดิม (Matrix program) ยังพบปัญหาอาการทางจิตเวช การสูญเสียรายได้ และค่าใช้จ่ายในการรักษา ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ระบบสุขภาพและสังคม กระบวนการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางที่พัฒนาขึ้นมี 3 ขั้นตอนหลัก จำนวน 8 ครั้ง ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยการสนับสนุนของชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ และองค์กรภาครัฐในพื้นที่ กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้า 59 ราย ผู้ใช้สารเสพติดทุกรายมีผลการรักษาครบตามเกณฑ์ (ร้อยละ 100) สามารถหยุดหรือเลิกได้ร้อยละ 83 และกลับไปเสพซ้ำร้อยละ 17 ผู้ใช้สารเสพติดและสมาชิกครอบครัวมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดทุกข้อ ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพของผลลัพธ์การบำบัดภายหลังครบโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: กระบวนการ, ผลลัพธ์, การบำบัด, ชุมชนเป็นศูนย์กลาง, CBTx

*โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน

Corresponding Author: Mongkol Lakkhanaloet E-mail: Eiaw.si116@gmail.com

Received: 11 December 2025 Revised: 18 March 2026 Accepted: 29 March 2026

The Process and Outcome of Community Based Treatment and Rehabilitation (CBTx)
for Addiction Patients: Case study in Tha wang pha District, NAN Province

The Process and Outcome of Community Based Treatment and Rehabilitation (CBTx)
for Addiction Patients: Case study in Tha wang pha District, NAN Province

Mongkol Lakkhanaloet^{*}, Tidarat Praphan^{*}, Lulida Chaisitib^{*}
, Nattadai Jitaree^{*}, Jeerasak Khamruang^{*}

ABSTRACT

This research and development aims to (1) develop a treatment and rehabilitation model for Addiction Patients and the role of families as well as civil society (2) study the effectiveness of Community-Based Treatment (CBTx) for Addiction Patients and (3) analyze factors related to the Quality of Treatment Outcomes Following Program Completion.

The sample consisted of family members and Addiction Patients who participated in the treatment process from June 1 to August 31, 2024, and were followed up during 12-month post-treatment rehabilitation period. The research instruments included the Ministry of Public Health's screening and referral form for Addiction Patients using drugs and narcotics for treatment, a satisfaction questionnaire regarding the treatment system for Addiction Patients and family members, and a questionnaire on factors associated with completing the full treatment criteria. Data were analyzed using analytic inductive conclusions, descriptive statistics, Pearson Chi-Square and Fisher's Exact Test

The research findings revealed that the existing treatment method for drug users, the Matrix program, was unable to effectively resolve the problems. The Community-Based Treatment (CBTx) process for Addiction Patients consisted of 3 main steps over 8 sessions across 12 weeks, with the support of the Community, Health service units, and Local government organizations. The sample group met the inclusion criteria with 59 cases, Complete treatment rate (100.00 %), Remission rate (83.00 %), and relapse (17.00 %). Addiction Patients and family members had the highest level of satisfaction on all items. The analysis revealed no statistically significant relationship between any factors and treatment outcome quality after program completion at the .05 significance level.

Keywords: Process, Outcome, Treatment, Community-Based, CBTx

^{*}Tha Wang Pha Hospital, Nan Province

Corresponding Author: Mongkol Lakkhanaloet E-mail: Eiaw.si116@gmail.com

Received: 11 December 2025 Revised: 18 March 2026 Accepted: 29 March 2026

กระบวนการและผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) กรณีศึกษาอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน

บทนำ

ในปี 2566 มีผู้ใช้สารเสพติดทั่วโลก 316 ล้านคน (ร้อยละ 6 ของประชากรอายุ 15-64 ปี) เพิ่มจากร้อยละ 5.2 ในปี 2556 กัญชามีผู้ใช้สูงสุด (244 ล้านคน) รองลงมาคือ ฟีน แอมเฟตามีน โคเคน และยาอี ในปี 2564 แต่มีเพียง 1 ใน 12 ของผู้ใช้สารเสพติดที่ได้รับการบำบัดในปี 2566¹ การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and Rehabilitation: CBTx) หมายถึง รูปแบบการรักษาในเชิงบูรณาการโดยเฉพาะต่อผู้ใช้สารเสพติดและติดยาในชุมชนเพื่อให้เกิดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การรักษาในระยะเริ่มต้น ถึงการรักษาแบบการถอนพิษยาและสร้างความเสถียรภาพ จนถึง การติดตามผลการรักษาและการคืนผู้ใช้สารเสพติดสู่สังคม มีลักษณะสำคัญคือ 1) ตั้งอยู่ในชุมชน 2) การเสริมสร้างอำนาจของชุมชน : การระดมทรัพยากรของชุมชนและการมีส่วนร่วม 3) วิธีการด้านชีววิทยา จิตวิทยาและสังคมศาสตร์ 4) เป็นศูนย์รักษาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล 5) การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง 6) การบริการแบบบูรณาการการรักษาฟื้นฟูเข้าสู่การบริการทางสังคมและสุขภาพในชุมชน²

ในปี 2567 นายกรัฐมนตรี นายเศรษฐา ทวีสิน สั่งการแก้ไขปัญหายาเสพติดเร่งด่วน (ปราบปรามรักษาฟื้นฟู ดูแล) โดยมอบหมายให้ผู้ว่าราชการจังหวัดรับผิดชอบบูรณาการงาน และให้สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) เป็นเสาหลักกำหนดเป้าหมายและมาตรการ แนวทางดำเนินการประกอบด้วย 1) X-ray พื้นที่ด้วยการตรวจปัสสาวะกลุ่มเสี่ยงอายุ 16 ปีขึ้นไปทุกหมู่บ้าน 2) แยกผู้เสพเข้ารับการบำบัด และจับกุมผู้ค้า 3) กระทรวงสาธารณสุขสุขภาพบำบัดรักษาตามระดับ

ความรุนแรง จัดหาสถานที่ที่เพียงพอ และส่งคืนชุมชนเมื่อพร้อม 4) ฝึกอบรมและหางานให้ผู้ผ่านการบำบัด และ 5) ป้องกันผู้เสพยาใหม่โดยการปลูกฝังค่านิยมให้เด็กและเยาวชนต้องไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด กำหนดให้จังหวัดน่านและร้อยเอ็ดเป็นพื้นที่ต้นแบบเริ่มที่อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่านภายใต้โครงการ (ท่าวังผาโมเดล) เพื่อขยายผลทั่วประเทศต่อไป³

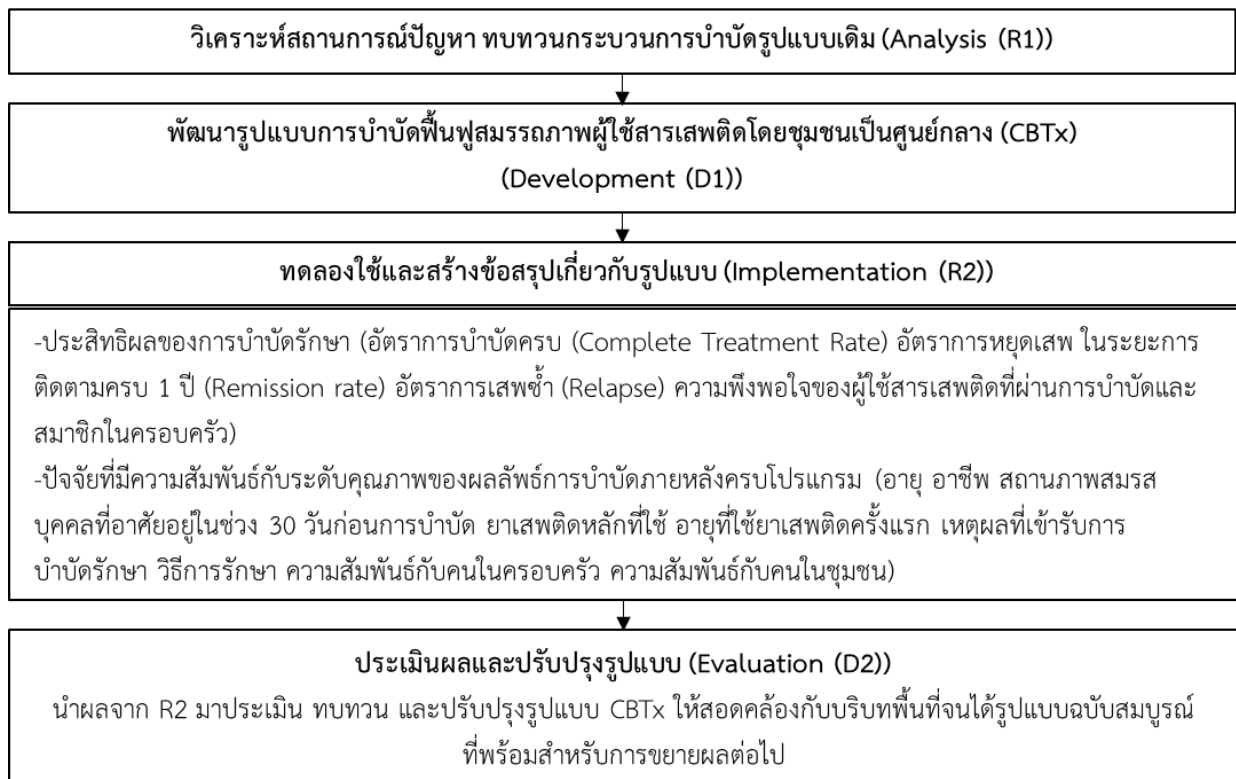
อำเภอท่าวังผา เป็นอำเภอหนึ่งที่มีรอยต่อกับจังหวัดใกล้เคียงซึ่งมีสถานการณ์ยาเสพติดรุนแรง ในระหว่างปี 2563-2567 วิธีการบำบัดเดิมด้วย Matrix program ยังพบผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากสถานการณ์และแนวโน้มของปัญหา ประกอบกับคุณค่าของกระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) ที่ถือเป็นทางออกของการแก้ไขปัญหายาอย่างยั่งยืน จากบริบทดังกล่าว จึงเกิดความสนใจศึกษารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติด โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง รวมถึงการวิเคราะห์บทบาทของภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน และสถาบันครอบครัวในการสนับสนุนกระบวนการบำบัด ตลอดจนศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพของผลลัพธ์การบำบัดภายหลังครบโปรแกรม เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงปฏิบัติการและนโยบายต่อไป ซึ่งในที่นี้ใช้คำว่า ผู้ใช้สารเสพติด แทนผู้ป่วยยาเสพติดทุกประเภท

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) พัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติด บทบาทของครอบครัวตลอดจนภาคีเครือข่าย
- 2) ศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx)
- 3) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพของผลลัพธ์การบำบัดภายหลังครบโปรแกรม

กระบวนการและผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) กรณีศึกษาอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน

กรอบแนวคิดวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ดำเนินการในพื้นที่ อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน จำนวน 10 ตำบล 91 หมู่บ้าน ระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 – กรกฎาคม 2568 แบ่งกระบวนการวิจัยออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 R1 (Analysis) ศึกษาสภาพปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาในกระบวนการบำบัดผู้ที่ใช้สารเสพติดตามระบบ Matrix ที่ดำเนินการอยู่เดิมโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนารูปแบบในขั้นตอนถัดไป

ขั้นตอนที่ 2 D1 (Development) นำผลจาก R1 มาออกแบบและพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) ผ่านการประชุมผู้เชี่ยวชาญการสนทนากลุ่ม และการตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 3 R2 (Implementation) นำร่างรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) ไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ One Group Posttest Design และเก็บข้อมูลด้านอัตราการบำบัดครบ (Complete Treatment Rate) อัตราการหยุดเสพในระยะติดตาม 1 ปี (Remission Rate) อัตราการเสพยาซ้ำ (Relapse Rate) ความพึงพอใจของผู้ผ่านการบำบัดและสมาชิกครอบครัว และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพผลลัพธ์การบำบัดภายหลังครบโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 4 D2 (Evaluation) นำผลจาก R2 มาประเมิน ทบทวน และปรับปรุงรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) ให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่จนได้รูปแบบฉบับสมบูรณ์ที่พร้อมสำหรับการขยายผลต่อไป

กระบวนการและผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) กรณีศึกษาอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดในอำเภอท่าวังผา อายุ 12-65 ปี จำนวน 22,736 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกครอบครัวและผู้ที่ใช้สารเสพติดที่เข้าร่วมการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) ระหว่างเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2567 และติดตามผล 12 เดือนหลังบำบัดคัดเลือกรูปแบบเฉพาะเจาะจงกับผู้ที่มีคุณลักษณะตรงตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) เป็นผู้ใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ใช้ผู้เสพ ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอท่าวังผามากกว่า 1 ปี จำแนกกลุ่มโดยใช้แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ที่ใช้สารเสพติดที่เข้ายาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระบวนการสาธารณสุข (แบบ V.2) น้อยกว่า 10 คะแนน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ (1) ผู้ใช้สารเสพติดที่ถูกส่งต่อไปบำบัดที่สถานพยาบาลหรือสถานบำบัดอื่น หรือเปลี่ยนระบบการบำบัด (2) ผู้ที่มีโรคทางกายร้ายแรงหรือมีอาการทางจิตระหว่างให้การบำบัด (3) ผู้ที่มีปัญหาในการสื่อสาร (4) ขอลาออกระหว่างการวิจัยหรือไม่ยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย ถูกดำเนินคดี เสียชีวิต หรือไม่สามารถติดตามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) โดยพัฒนาจากหลักการดำเนินงานการบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ⁴ และแนวทางการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วม⁵

2. แบบสอบถามประสิทธิผลของการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) กรณีศึกษาอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน ประยุกต์จาก

แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมกระบวนการบำบัดของผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน⁶ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) ของผู้ใช้สารเสพติดที่ผ่านการบำบัดและสมาชิกในครอบครัว⁷ ซึ่งใช้แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) แต่ละข้อแบ่งเป็น 5 ระดับ⁸

3. แบบสอบถามประสิทธิผลของการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) กรณีศึกษาอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน

1) ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากตำราเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2) ใช้ข้อมูลที่ได้ศึกษา มารวบรวมและประมวลเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาและสร้างเครื่องมือ

3) การหาความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ประกอบด้วยนายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกบำบัดรักษาผู้ที่ใช้สารเสพติดโรงพยาบาลชุมชน 1 ท่าน แล้วทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของท่านผู้ทรงคุณวุฒิ โดยได้ค่าเฉลี่ย Content Validity Index: CVI ที่เท่ากับ 0.85

4) การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) ในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดในพื้นที่อำเภอใกล้เคียง ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับพื้นที่วิจัยและไม่ได้ถูกกำหนดให้เป็นประชากรในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 34 คน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาหาความเชื่อมั่น ของแบบสอบถาม สำหรับแบบสอบถามที่มีมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's

กระบวนการและผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) กรณีศึกษาอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน

coefficient alpha) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้ผลการวิเคราะห์เท่ากับ 0.93 5) นำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่วิจัยต่อไป

วิธีการรวบรวมข้อมูล

1. ประสานขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลกับนายอำเภอท่าวังผาในฐานะผู้อำนวยการศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ศป.ปส.) อำเภอเมื่อได้รับอนุญาตจึงดำเนินการเก็บข้อมูล
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บข้อมูล องค์ประกอบของแบบสอบถาม การรักษาความลับ และการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล จากนั้นจึงตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของแบบสอบถามทันที
3. เก็บข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) โดยใช้เทคนิค 4 วิธี ได้แก่ (1) การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (2) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (3) การสนทนากลุ่ม (4) การจดบันทึก เก็บข้อมูลกับแหล่งข้อมูลหลักจนข้อมูลมีความอิ่มตัว
4. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติและเขียนรายงานโดยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ใช้ความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ประสิทธิภาพของการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) ประกอบด้วย อัตราการบำบัดครบ (Complete treatment rate) สรุปผลการบำบัดด้วยอัตราการหยุดเสพ ในระยะการติดตามครบ 1 ปี (Remission rate) และ อัตราการเสพติดซ้ำ (Relapse) ใช้ความถี่ ร้อยละ ความพึงพอใจของผู้ใช้สารเสพติดและสมาชิกในครอบครัว ใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพของผลลัพธ์

การบำบัดภายหลังครบโปรแกรมของผู้ที่ใช้สารเสพติด ใช้ความถี่ ร้อยละ Pearson Chi-Square และ Fisher's Exact Test

การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน เรื่อง กระบวนการและผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) กรณีศึกษาอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน รหัส NAN REC 67-75 เมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ทบทวนกระบวนการบำบัดรูปแบบเดิม อำเภอท่าวังผาพบปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลผู้รับบริการบำบัดด้วยระบบ Matrix ในโรงพยาบาลท่าวังผา ปี 2563-2567 มีจำนวน 211, 146, 151, 130 และ 152 ราย ตามลำดับ พบอัตราการเสพติดซ้ำสูงถึงร้อยละ 17.31, 2.74, 35.40, 47.76 และ 43.93 ตามลำดับ สะท้อนว่าการบำบัดด้วยวิธีเดิมยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ผลกระทบที่พบครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคจิตจากสารเสพติด ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การสูญเสียรายได้และค่าใช้จ่ายการรักษา และด้านสังคม ได้แก่ ความขัดแย้ง ความรุนแรงในครอบครัว และพฤติกรรมผิดกฎหมาย ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสพติดซ้ำประกอบด้วยภาวะสมองติดยา สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการเสพติด และการเข้าถึงยาเสพติดได้ง่าย ประกอบกับการขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการคัดกรอง ฟื้นฟู ติดตาม และป้องกันการเสพติด ในปี 2567 จังหวัดน่านจึงกำหนดให้อเภอท่าวังผาเป็นพื้นที่นำร่องโครงการจังหวัดสีขาว (มิถุนายน-สิงหาคม 2567) โดยนำรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) มาใช้ผ่านการบูรณาการ 5 หน่วยงานภาคี ได้แก่

กระบวนการและผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) กรณีศึกษาอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน ฝ่ายปกครอง ตำรวจกองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายในราชอาณาจักร (กอ.รมน.) สาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่ใช้สารเสพติด โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) (ท่าวังผา โมเดล) มีทั้งหมด 3 ขั้นตอนหลัก ตลอดระยะเวลาการบำบัดในชุมชน 3 เดือน คือ ขั้นเตรียมการ ประกอบด้วยกิจกรรมการจัดทำคำสั่ง พัฒนาศักยภาพทีมงาน และชักชวนการปฏิบัติการ ขั้นปฏิบัติการ ประกอบด้วยกิจกรรมการประชุมเตรียมความพร้อมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การเตรียมชุมชนเพื่อสนับสนุนการค้นหาและคัดกรองเชิงรุก การประสานงานชุมชนและบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในขั้นตอนนี้มีการลงประชามติรับโครงการการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือร่วมกับชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย และการค้นหาคัดกรองผู้ที่ใช้สารเสพติดในชุมชนทุกหลังคาเรือน โดยกลุ่มสีเขียวจะได้รับการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) การคัดกรองและส่งต่อผู้ที่ใช้สารเสพติด ประกอบด้วย

(1) ขั้นเตรียมสู่การบำบัด-คัดกรองสุขภาพกายจิตใจและจำแนกประเภท

(2) ขึ้นบำบัดในชุมชน 8 ครั้ง ผ่านกระบวนการสร้างความตระหนัก สร้างแรงจูงใจ พัฒนาทักษะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และป้องกันการเสพยา

(3) ตรวจปัสสาวะทุกครั้งและให้คำปรึกษารายบุคคล ขึ้นสร้างความยั่งยืน ประกอบด้วยกิจกรรมสร้างพลังชุมชนเข้มแข็งโดยติดตามต่อเนื่องทุก 1-2 สัปดาห์ ตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะทุกครั้ง หากผิดเงื่อนไข (ขาดนัด 3 ครั้งหรือปัสสาวะบวก 3 ครั้ง) จะส่งบำบัดในระบบ Matrix โรงพยาบาลชุมชน ค่ายมณฑลทหารบกที่ 38 หรือมินิธัญญารักษ์ หากไม่ผิดเงื่อนไข ให้บำบัดในชุมชนจนครบ โดยองค์กรภาคีเครือข่ายต่าง ๆ

มีบทบาทให้คำปรึกษา สนับสนุนการศึกษาฝึกอาชีพ และสร้างโอกาสหารายได้ การรักษาแบบบูรณาการและฟื้นฟูสภาพร่วมกับครอบครัวและชุมชนจนครบ 3 เดือน ประเมินผลจากอัตราการบำบัดครบ (Complete treatment rate) อัตราการหยุดเสพยาในระยะติดตามครบ 1 ปี (Remission rate) และอัตราการเสพยาซ้ำ (Relapse) สุดท้ายคือการจำหน่ายออกจากระบบและคืนคนดีสู่สังคม โดยนำข้อมูลย้อนกลับไปออกแบบระบบใหม่ (Re-thinking) ในวงรอบถัดไป ดังภาพที่ 2

3. บทบาทของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในการบำบัดผู้ที่ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง

1) ชุมชน ประกอบด้วยผู้นำชุมชน สมาชิกครอบครัว เครือญาติ และอสม. มีบทบาทเฝ้าระวัง ป้องกัน ค้นหาคัดกรอง ประเมินปัญหา สร้างเจตคติและการมีส่วนร่วม เยี่ยมบ้านให้คำแนะนำ ประสาน ส่งต่อไปยังหน่วยบริการสาธารณสุข และดูแลต่อเนื่องหลังผ่านการบำบัด

2) หน่วยบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลเฉพาะทางยาเสพติดและสุขภาพจิตที่ทำงานเชื่อมโยงเป็นระบบ มีบทบาทตรวจคัดกรอง ประเมินปัญหา ให้การบำบัดรักษาส่งต่อผู้ป่วยอาการรุนแรง ประสานส่งกลับชุมชนเพื่อดูแลต่อเนื่อง สนับสนุนข้อมูลความรู้ ให้คำปรึกษา เพิ่มศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และจัดการภาวะฉุกเฉินด้านยาเสพติดและจิตเวช

3) องค์กรภาครัฐในพื้นที่ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานปกครอง ทหาร ตำรวจ สถานศึกษา องค์กรพัฒนาสังคม ภาคเอกชน วัด มูลนิธิ กองทุน ชมรมต่าง ๆ (กองทุนแม่ของแผ่นดิน กลุ่มเกษตรกร ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมแม่บ้าน) และหน่วยงานในชุมชน มีบทบาทให้คำปรึกษา สนับสนุนการศึกษา ฝึกอาชีพและทักษะ สร้างโอกาสหารายได้สนับสนุนทุน จัดหาที่อยู่อาศัย และ

กระบวนการและผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) กรณีศึกษาอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน
 สิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดอย่างรอบด้านโดยดำเนินงานด้วยความเท่าเทียม เมตตา ยอมรับให้โอกาส และมีเป้าหมายให้ผู้ใช้สารเสพติดใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างเท่าเทียม

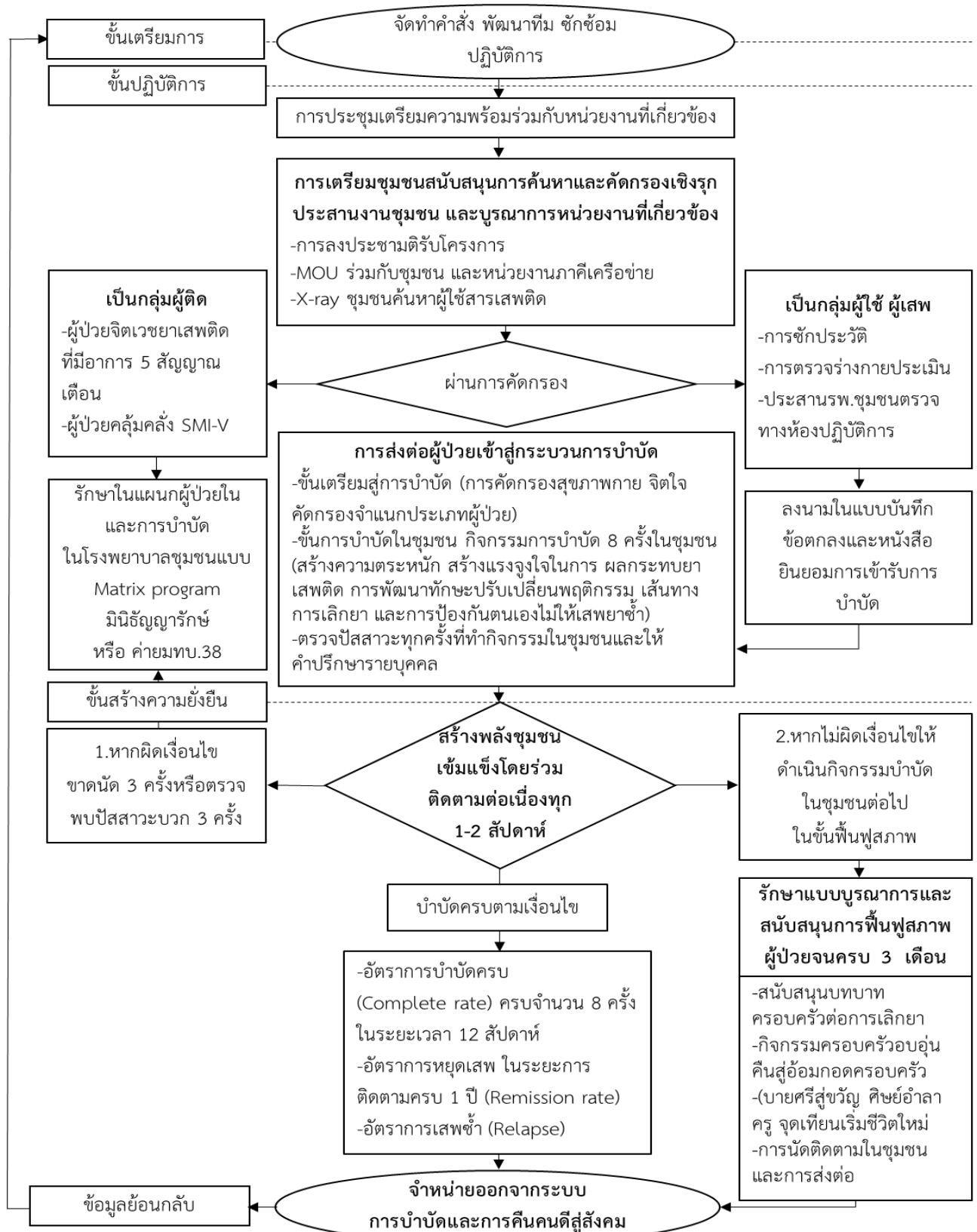
4. ผลการดำเนินงานของอำเภอต้นแบบสีขาว
 อำเภอท่าวังผาดำเนินการคัดกรองทั้งหมด 22,736 คน (ร้อยละ 99.78) พบผลปัสสาวะบวก 225 คน (อัตราการพบผู้เสพยาร้อยละ 0.99) เป็นกลุ่มสีเขียวได้รับการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) จำนวน 181 คน (บำบัดครบ 179 คน เสียชีวิต 1 คน ถูกส่งบำบัดนอกจังหวัด 1 คน) เมื่อครบ 1 ปีมีผู้ที่เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) ที่บำบัดครบมีคุณลักษณะตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 59 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 98.30) มีฐานอายุ 39 ปี (Max 66 ปี, Min 15 ปี) มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 47.50) สถานภาพโสด (ร้อยละ 50.80) อาศัยอยู่กับบิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตร (ร้อยละ 86.40) ยาเสพติดหลักคือยาบ้า (ร้อยละ 98.30) อายุที่ใช้ครั้งแรก 21-35 ปี (ร้อยละ 37.30) สมัครใจเข้ารับการบำบัด (ร้อยละ 89.80) ส่วนใหญ่ไม่มีวิธีการรักษาที่จำเพาะ (ร้อยละ 83.10) ผลการรักษาพบว่า ผู้ใช้สารเสพติดทุกรายมีผลการรักษาครบตามเกณฑ์ (ร้อยละ 100.00) สามารถอยู่ร่วมกันในครอบครัวได้ (ร้อยละ 81.40) และอยู่ร่วมกันในชุมชนได้ (ร้อยละ 78.00) สามารถหยุดหรือเลิกได้ 49 คน (ร้อยละ 83.00) และกลับไปเสพยาซ้ำ (Relapse) 10 คน (ร้อยละ 17.00) ดังตารางที่ 1

5. ความพึงพอใจของผู้ใช้สารเสพติดที่ผ่านการบำบัดและสมาชิกครอบครัวผู้ใช้สารเสพติด พบว่าผู้ใช้สารเสพติดที่ผ่านการบำบัดมีความพึงพอใจระดับมากที่สุดทุกข้อ โดยความพึงพอใจต่อเนื้อหาในการทำกิจกรรมบำบัดมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ =4.59 S.D.=0.646) รองลงมาคือ ความพึงพอใจต่อกระบวนการ/ขั้นตอนการจัด

กิจกรรมบำบัด ($\bar{X}$ =4.58 S.D.=0.622) ความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตก่อนกับหลังการบำบัด ($\bar{X}$ =4.56 S.D.=0.595) ความพึงพอใจต่อสถานที่ในการทำกิจกรรมบำบัด ($\bar{X}$ =4.54 S.D.=0.625) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ใช้สารเสพติดที่ผ่านการบำบัดมีความพึงพอใจระดับมากที่สุดทุกข้อ โดยความพึงพอใจต่อการเลิกยาหลังการบำบัดมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ =4.75 S.D.=0.512) รองลงมาคือความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตก่อนกับหลังการบำบัด ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.61 S.D.=0.558) ความพึงพอใจ ต่อความถี่ในการนัดหมายทำกิจกรรมบำบัด ($\bar{X}$ =4.47 S.D.=0.653) ตามลำดับ

6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การฟื้นฟูในการศึกษานี้ มุ่งเน้นการเปรียบเทียบคุณภาพของผลลัพธ์การบำบัด โดยเฉพาะการคงอยู่ของการหยุดเสพยาและการกลับคืนสู่สังคม จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดกับผลลัพธ์การบำบัด ด้วยการคงอยู่ของการหยุดเสพยาและการกลับคืนสู่สังคม โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test เนื่องจากมีค่าความถี่คาดหวังต่ำกว่า 5 มากกว่าร้อยละ 20 ผลการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยทั้ง 10 ด้านที่ศึกษา ได้แก่ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส บุคคลที่อาศัยร่วมในช่วง 30 วันก่อนการบำบัด ยาเสพติดหลักที่ใช้ยาที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก เหตุผลในการเข้ารับการบำบัด วิธีการรักษา ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว และความสัมพันธ์กับบุคคลในชุมชน ไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพของผลลัพธ์การบำบัดภายหลังครบโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p -value ตั้งแต่ .133 ถึง .879) ดังแสดงในตารางที่ 2

กระบวนการและผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) กรณีศึกษาอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน



ภาพที่ 2 กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน

กระบวนการและผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) กรณีศึกษาอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ใช้สารเสพติดที่เข้าร่วมกิจกรรม (n= 59 คน)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	58	98.30
หญิง	1	1.70
ช่วงอายุ (Max 66 ปี, Min 15 ปี, Median 39 ปี)		
≤24 ปี	4	6.80
25 – 34 ปี	13	22.00
35 – 44 ปี	24	40.70
45 – 54 ปี	8	13.55
≥55 ปีขึ้นไป	10	16.95
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	7	11.90
รับจ้าง	28	47.50
เกษตรกร	19	32.20
ค้าขาย	4	6.80
ทหารเกณฑ์	1	1.70
สถานภาพสมรส		
โสด	30	50.80
คู่	23	39.00
หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่	6	10.20
บุคคลที่อาศัยในช่วง 30 วันก่อนการบำบัด		
อยู่คนเดียว	5	8.50
อยู่กับบิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตร	51	86.40
อยู่กับญาติที่มีไข้บิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตร	3	5.10
ยาเสพติดหลักที่ใช้		
ยาบ้า	58	98.30
ไอซ์	1	1.70
อายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก		
ต่ำกว่า 15 ปี	4	6.80
16-20 ปี	21	35.60
21-35 ปี	22	37.30
36-60 ปี	12	20.30

กระบวนการและผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) กรณีศึกษาอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สมัครใจ	53	89.80
มาตรการทางสังคม	3	5.10
การดำเนินการตามกฎหมาย	3	5.10
วิธีการรักษา		
ไม่มี	49	83.00
การรักษาแบบประคับประคอง	9	15.30
รักษาอาการจิตเวช	1	1.70
ผลการบำบัดรักษาเมื่อครบ 12 สัปดาห์		
ครบตามเกณฑ์	59	100.00
ไม่ครบตามเกณฑ์	0	0.00
สรุปผลการบำบัดและติดตามเมื่อครบ 1 ปี		
หยุดได้ เลิกได้	49	83.00
เสพยา (Relapse)	10	17.00

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการผลลัพธ์การบำบัด (n= 59 คน)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	ผลลัพธ์การฟื้นฟູ		Fisher’s Exact Test
	หยุดเสพในระยะ	เสพซ้ำ	
	การติดตามครบ 1 ปี (Remission)	(Relapse)	
อายุ			
≤24 ปี	3 (3.30)	1 (0.70)	0.491
25 – 34 ปี	11 (10.80)	2 (2.20)	
35 – 44 ปี	21 (19.90)	3 (4.10)	
45 – 54 ปี	5 (6.60)	3 (1.40)	
≥55 ปีขึ้นไป	9 (8.30)	1 (1.70)	
อาชีพ			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6 (5.80)	1 (1.20)	0.874
รับจ้าง	24 (23.30)	4 (4.70)	
เกษตรกร	15 (15.80)	4 (3.20)	
ค้าขาย	3 (3.30)	1 (0.70)	
ทหารเกณฑ์	1 (0.80)	0	

คุณลักษณะส่วนบุคคล	ผลลัพธ์การฟื้นฟู		Fisher's Exact Test
	หยุดเสพในระยะ การติดตามครบ 1 ปี (Remission)	เสปซ้ำ (Relapse)	
สถานภาพสมรส			
โสด	24 (24.90)	6 (5.10)	0.879
คู่	20 (19.10)	3 (3.90)	
หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่	5 (5.00)	1 (1.0)	
บุคคลที่อาศัยในช่วง 30 วันก่อนการบำบัด			
อยู่คนเดียว	3 (4.20)	2 (0.80)	0.257
อยู่กับบิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตร	3 (2.50)	0	
อยู่กับญาติที่มีใช้บิดา มารดา คู่สมรส บุตร	43 (42.40)	8 (8.60)	
ยาเสพติดหลักที่ใช้			
ยาบ้า	49 (48.20)	9 (9.80)	0.169
ไอซ์	0 (0.80)	1 (0.20)	
อายุที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก			
ต่ำกว่า 15 ปี	3 (3.30)	1 (0.70)	0.133
16-20 ปี	15 (17.40)	6 (3.60)	
21-35 ปี	21 (18.30)	1 (3.70)	
36-60 ปี	10 (10.00)	2 (2.00)	
เหตุผลที่เข้ารับการบำบัดรักษา			
สมัครใจ	45 (44.00)	8 (9.00)	0.139
มาตรการทางสังคม	1 (2.50)	2 (0.50)	
การดำเนินการตามกฎหมาย	3 (2.50)	0 (0.50)	
วิธีการรักษา			
ไม่มี	40 (40.70)	9 (8.30)	0.088
การรักษาแบบประคับประคอง	9 (7.50)	0 (1.50)	
รักษาอาการจิตเวช	0 (0.80)	1 (0.20)	
ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว			
ไม่มีญาติ	1 (0.80)	0 (0.20)	0.341
ไม่ยอมรับ	0 (0.80)	1 (0.20)	
ยอมรับ/ช่วยเหลือ	8 (7.50)	1 (1.50)	
อยู่ร่วมกันได้	40 (39.90)	8 (8.10)	

คุณลักษณะส่วนบุคคล	ผลลัพธ์การฟื้นฟู		Fisher's Exact Test
	หยุดเสพในระยะ การติดตามครบ 1 ปี (Remission)	เสพยาซ้ำ (Relapse)	
ความสัมพันธ์กับคนในชุมชน			
ไม่ยอมรับ	0 (0.80)	1 (0.20)	0.133
ยอมรับ/ช่วยเหลือ	11 (10.00)	1 (2.00)	
อยู่ร่วมกันได้	38 (38.20)	8 (7.80)	

สรุปและอภิปรายผล

1. สรุปผลการวิจัย กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) หรือท่าวังผา โมเดล ดำเนินการต่อเนื่อง 3 เดือน แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ จัดทำคำสั่งพัฒนาศักยภาพทีมงาน และซักซ้อมการปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) และดำเนินการค้นหาคัดกรองผู้ใช้สารเสพติดเชิงรุกทุกหลังคาเรือน โดยกลุ่มสืบทอดเข้ารับการบำบัดในระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx)

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสร้างความยั่งยืน ติดตามต่อเนื่องทุก 1-2 สัปดาห์ พร้อมตรวจปัสสาวะทุกครั้ง หากผิดเงื่อนไข (ขาดนัดหรือปัสสาวะบวกอย่างละ 3 ครั้ง) ส่งต่อเข้าระบบ Matrix ณ โรงพยาบาลชุมชน ค่ายมนกหวีดทหารบกที่ 38 หรือมิโนธิญญารักษ์ หากไม่ผิดเงื่อนไข ดำเนินการบำบัดในชุมชนจนครบกำหนด

บทบาทของครอบครัวตลอดจนภาคีเครือข่าย คือ

1) ชุมชน ประกอบด้วยผู้นำชุมชน สมาชิกครอบครัว เครือญาติ และ อสม. มีบทบาทเฝ้าระวัง ค้นหาคัดกรองเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำ ประสานส่งต่อหน่วยบริการสาธารณสุข และดูแลต่อเนื่องหลังผ่านการบำบัด

2) หน่วยบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านยาเสพติดและสุขภาพจิต มีบทบาทตรวจคัดกรอง ประเมินปัญหา บำบัดรักษา ส่งต่อผู้ป่วยอาการรุนแรง ประสานส่งกลับชุมชน เพิ่มศักยภาพ อสม. และร่วมจัดการภาวะฉุกเฉินด้านยาเสพติดและจิตเวช

3) องค์กรภาครัฐและภาคีในพื้นที่ ได้แก่ อบต. หน่วยงานปกครอง ทหาร ตำรวจ สถานศึกษา องค์กรพัฒนาสังคม ภาคเอกชน วัด มูลนิธิ และกองทุนต่าง ๆ มีบทบาทให้คำปรึกษา สนับสนุนการศึกษาและฝึกอาชีพ สร้างโอกาสหารายได้ จัดหาทุนและที่อยู่อาศัย เพื่อฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดอย่างรอบด้าน

การศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้า 59 รายทุกรายมีผลการรักษาครบตามเกณฑ์ (ร้อยละ 100.00) สามารถหยุดหรือเลิกได้ จำนวน 49 คน (ร้อยละ 83.00) กลับไปเสพยาซ้ำ (Relapse) จำนวน 10 คน (ร้อยละ 17.00) วิธีการบำบัดดังกล่าวสามารถสร้างความพึงพอใจให้กับทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว

กระบวนการและผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) กรณีศึกษาอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน

ปัจจัยด้านอายุ อาชีพ สถานภาพสมรส บุคคลที่อาศัยร่วมในช่วง 30 วันก่อนการบำบัด ยาเสพติดหลักที่ใช้ยาที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก เหตุผลในการเข้ารับการบำบัด วิธีการรักษา ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว และความสัมพันธ์กับบุคคลในชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพของผลลัพธ์การบำบัด ภายหลังครบโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. อภิปรายผลการวิจัย

1) กระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) มี 3 ขั้นตอนหลัก ตลอดระยะเวลา 3 เดือน (8 ครั้ง 12 สัปดาห์) คือ ขั้นเตรียมการ, ขั้นปฏิบัติการ, ขั้นสร้างความยั่งยืน สะท้อนให้เห็นว่า การบำบัดที่มีประสิทธิภาพในบริบทชุมชนต้องอาศัยทั้งการเตรียมระบบ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และกลไกติดตามต่อเนื่อง ความสำเร็จของโมเดลนี้เกิดจากการที่ชุมชนเป็นผู้ริเริ่ม และขับเคลื่อนเอง (ระเบิดจากข้างใน) ทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการ ไม่ใช่ผู้รับบริการเพียงฝ่ายเดียว^{9, 10, 11}

2) ผู้เข้ารับการบำบัดผ่านเกณฑ์ครบทุกราย (ร้อยละ 100) โดยหยุดหรือเลิกเสพยาได้ 49 ราย (ร้อยละ 83) และกลับไปเสพยา 10 ราย (ร้อยละ 17) ผู้ผ่านการบำบัดมีความพึงพอใจระดับมากที่สุดทุกด้าน แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการบำบัดในชุมชนที่มีระบบติดตามใกล้ชิดและสภาพแวดล้อมทางสังคมเป็นปัจจัยเกื้อหนุน สามารถสร้างแรงจูงใจภายในให้ผู้รับบริการได้อย่างมีนัยสำคัญ ส่วนผู้ที่กลับไปเสพยาซ้ำร้อยละ 17 สะท้อนข้อจำกัดของการบำบัดระยะสั้นที่ยังไม่สามารถเอาชนะภาวะสมองติดยาและแรงกดดันทางสังคมได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนามาตรการดูแลต่อเนื่องหลังครบกำหนดบำบัด สอดคล้องกับการศึกษาในบราซิลที่พบว่าผู้เข้าร่วม

การบำบัดแบบพักอาศัยนานกว่า 90 วันมีโอกาสฟื้นฟูทางสังคมสูงขึ้นถึง 9 เท่า¹² รวมถึงการศึกษาในกานาที่ยืนยันว่าแรงจูงใจและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการบำบัด¹³ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยหลักที่ทำให้กลับไปเสพยาซ้ำยังคงเป็นภาวะสมองติดยาและสิ่งแวดล้อมทางสังคม

3) การวิเคราะห์ด้วย Fisher's Exact Test พบว่า ปัจจัย 10 ด้าน ได้แก่ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย ชนิดสารเสพติด อายุที่เริ่มใช้ เหตุผลในการบำบัด วิธีการรักษา และความสัมพันธ์ในครอบครัว/ชุมชน ไม่มีปัจจัยใดมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .133-.879$) ซึ่งอาจเป็นผลจากการที่ผู้เข้าร่วมทุกรายผ่านการบำบัดครบตามเกณฑ์ ทำให้ความแปรปรวนของตัวแปรตามต่ำมาก

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านผู้บริหารระดับจังหวัด ท่านหัวหน้าส่วนราชการ ทั้งในและนอกพื้นที่อำเภอท่าวังผา ทุกภาคส่วน ตลอดจนคณะทำงานกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด โรงพยาบาลท่าวังผา ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คณะเจ้าหน้าที่ ตลอดจนผู้นำชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้าน และอสม. ทุกท่าน ที่สนับสนุนการดำเนินงานอย่างดียิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1) ควรสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายภาครัฐ ครอบครัวยุ และชุมชน ในการติดตามช่วยเหลือผู้ใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่องตลอด 1 ปีหลังการบำบัดเพื่อป้องกัน การทำผิดเงื่อนไขและเสริมแรงจูงใจในการเลิกยา

กระบวนการและผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) กรณีศึกษาอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน

2) ควรติดตามอัตราการหยุดเสพยาในระยะเวลา 2-3 ปีหลังการบำบัด เพื่อพัฒนากลไกป้องกันการเสพยาซ้ำในชุมชน 3) ควรจัดการสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการหยุดเสพยา ลดการเข้าถึงยาเสพติด และส่งต่อผู้ที่มีภาวะสมองติดยา เข้าสู่ระบบบำบัด Matrix เป็นรายกรณี

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรสนับสนุนการขยายผลรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) สู่อำเภออื่น โดยเพิ่มขีดความสามารถของภาครัฐและชุมชนในการติดตามผู้ที่ใช้สารเสพติด ส่งเสริมอาชีพและการศึกษา พร้อมพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่ใช้สารเสพติดกับครอบครัวและชุมชนเพื่อสร้างชุมชนเข้มแข็งอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเชิงการศึกษาวิจัย ควรศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำผิดเงื่อนไขระหว่างกระบวนการบำบัด โดยใช้รูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) เพื่อพัฒนาระบบช่วยเหลือผู้ที่ใช้สารเสพติดในกระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่ใช้สารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. UNODC world drug report 2025: Global instability compounding social, economic and security costs of the world drug problem [Internet]. Vienna: UNODC; 2025 Jun 26 [cited 2025 Oct 23]. Available from: https://www.unodc.org/unodc/press/releases/2025/June/unodc-world-drug-report-2025_-global-instability-compounding-social-economic-and-security-costs-of-the-world-drug-problem.html
2. United Nations Office on Drugs and Crime. Community-based treatment for drug users: briefing note for Southeast Asia region

[Internet]. Bangkok: UNODC Regional Office for Southeast Asia and the Pacific; 2014 May 18 [cited 2025 Oct 23]. Thai. Available from: <https://www.unodc.org/roseap/uploads/archive/documents/cbt/cbt-brief-TH.pdf>

3. ทำเนียบรัฐบาล. นโยบายแก้ไขปัญหายาเสพติด (ปราบปราม รักษา ฟื้นฟู ดูแล) [Internet]. Bangkok: Government House; 2024 [เข้าถึงเมื่อ 3 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/85317>

4. กระทรวงสาธารณสุข. การดำเนินงานเพื่อการบำบัดดูแลผู้ที่ยาเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ที่ใช้ยาเสพติดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.

5. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่ใช้สารเสพติดโดยมีส่วนร่วมของชุมชนและแนวปฏิบัติที่ดี. นนทบุรี: เดอะกราฟิก ชีสเต็มส์; 2562.

6. ชลอวัฒน์ อินปา และพิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการรักษาตามเกณฑ์ของผู้ใช้ยาเสพติดในจังหวัดตาก. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2563;17(2):91-100.

7. อัมพร สีลากุล และคณะ. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีน ด้วยคุณธรรม “รักเหนือรัก” (สารานุกรมธรรม 6) ระดับศีล 5. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2556;27(3):30-43.

8. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Arch Psychol. 1932;22(140):1-55.

9. ราศรี อาษาจิตร. การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ที่ใช้สารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน : กรณีศึกษา

กระบวนการและผลลัพธ์ของการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) กรณีศึกษาอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน
ชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอป่าต้ว จังหวัดยโสธร. วารสารวิจัย
และพัฒนาระบบสุขภาพ. 2566;16(2): 244-257.

10.ประพัทธ์ ธรรมวงศา. การพัฒนารูปแบบการบำบัด
ฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอ
กุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดขอนแก่น. 2567;6(1):1-14.

11.วรินทร์ ทิพย์คำ. บทบาทของคณะกรรมการหมู่บ้าน
กับการมีส่วนร่วมในการบำบัดผู้ติดยาเสพติดโดย
การมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx): กรณีศึกษา อำเภอ
เดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี. [ม.ป.ท.]:
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2564.

12.Lindsay KEO, Wood SF, Abraham SA, et al.
Experiences of residents in a therapeutic
community model of substance use disorder
treatment in a mental hospital in Ghana. BMC
Psychiatry. 2024;24:704. doi: 10.1186/s12888-024-
06179-z.

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าของเด็กอายุ 18-30 เดือน ในอำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย

ผลความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้า ของเด็กอายุ 18-30 เดือน ในอำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย

กฤษฎา พลทรัพย์*

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าของเด็กอายุ 18-30 เดือน ในอำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย

มีผู้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยทั้งสิ้น 243 ราย ที่ไม่มีโรคประจำตัวเกี่ยวข้องกับภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้า ซึ่งเข้ามารับการตรวจรักษาโรคทั่วไปที่โรงพยาบาลฟานหรือตรวจติดตามพัฒนาการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือเข้ารับการศึกษาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในอำเภอฟาน จากนั้นคัดกรองด้วยเครื่องมือ Ramathibodi Language Development Questionnaire (RLDQ) มีผู้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยที่ผลการคัดกรองเข้าข่ายภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าจำนวน 22 ราย (ร้อยละ 9.10) แล้วจึงหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้า ได้แก่ การมีพื้นอารมณ์ปรับตัวช้าหรือเลี้ยงยากและการมีระยะเวลาที่ใช้อยู่เพิ่มขึ้นทุก 1 ชั่วโมงต่อวัน

ควรนำผลการศึกษาวิจัยที่ได้ไปประยุกต์ใช้จริงในบริบท โดยการเฝ้าระวังปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ดังกล่าวข้างต้น รณรงค์ลดการใช้อยู่ในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 2 ปี รวมทั้งสนับสนุนกิจกรรมกระตุ้นภาษาในครอบครัวและชุมชน อีกทั้งควรมีการพัฒนาหลักสูตรอบรมผู้ปกครองและครูของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเรื่องของการสังเกตและเฝ้าติดตามพัฒนาการทางด้านภาษา

คำสำคัญ: พัฒนาการทางด้านภาษา, เด็กปฐมวัย, ความล่าช้า, ความชุก, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

*โรงพยาบาลฟาน จังหวัดเชียงราย

Corresponding Author: Krisada Palasab E-mail: dna_magic@hotmail.com

Received: 7 September 2025 Revised: 23 January 2026 Accepted: 29 March 2026

Prevalence and associated factor of delayed language development of 18-30-month-old children in Phan District, Chiang Rai Province

Krisada Palasab*

ABSTRACT

This was an analytical cross-sectional study aimed to determine the prevalence and associated factor of delayed language development among children aged 18-30-month-old in Phan District, Chiang Rai Province.

A total of 243 children without underlying conditions related to delayed language development were recruited from Phan hospital, sub-district health promotion hospitals, and local childcare centers. Language development was assessed using the Ramathibodi Language Development Questionnaire (RLDQ). Of these, 22 (9.10%) were classified as having delayed language development. Logistic regression analysis revealed that children with a difficult or slow-to-warm-up temperament and each additional hour of screen time per day was associated with increased risk.

The findings of this study should be applied by monitoring the associated factors. This includes advocating for the reduction of screen exposure among children under 2 year-old, promoting language-stimulating activities within families and communities, and developing training program for parents and teachers in early childhood development centers to observation and monitoring of children's language development.

Keywords: Language development, Preschool child, Delay, Prevalence, Associated factor

*Phan Hospital, Chiang Rai Province

Corresponding Author: Krisada Palasab E-mail: dna_magic@hotmail.com

Received: 7 September 2025 Revised: 23 January 2026 Accepted: 29 March 2026

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าของเด็กอายุ 18-30 เดือน ในอำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย

บทนำ

กระบวนการกำกับดูแลสุขภาพเด็ก (Child health supervision) นอกเหนือจากการดูแลรักษา คือ การติดตามการเจริญเติบโตและพัฒนาการ¹ ซึ่งการติดตามพัฒนาการต้องเริ่มต้นตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งเข้าสู่วัยรุ่น โดยพัฒนาการในเด็ก แบ่งออกเป็น 4 ด้านใหญ่ๆ ได้แก่ พัฒนาการทางด้านร่างกาย พัฒนาการทางด้านสติปัญญา พัฒนาการทางด้านอารมณ์และพัฒนาการทางด้านสังคม² ซึ่งพัฒนาการทางด้านภาษา เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการทางด้านสติปัญญา³ สามารถแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ การรับรู้และเข้าใจภาษา และการแสดงออกทางภาษา⁴ พัฒนาการทางด้านภาษา มีความสำคัญต่อการสื่อสาร การเข้าสังคมและการอยู่ร่วมกับผู้อื่น⁵ หากเด็กมีพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้า จะส่งผลเสียต่อการเรียนรู้ด้านอื่นๆ ทำให้อารมณ์หงุดหงิดง่ายและอาจจะมีผลกระทบต่อการเข้าสังคม ดังนั้นเราจึงจำเป็นต้องติดตามพัฒนาการทางด้านภาษาอย่างใกล้ชิด ประเมินด้วยเครื่องมือที่มีความสะดวกรวดเร็วและครอบคลุม เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสม

พัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้า เป็นปัญหาที่พบได้ทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากการศึกษาวิจัยของ Amal Othman ในปี 2564⁶ พบว่า ในเด็กอายุ 2-5 ปี มีพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าประมาณร้อยละ 5-12 ขณะที่ในประเทศไทยเคยมี การศึกษาวิจัยของ Namfon Rithipukdee and Kiatkamjom Kusol ในปี 2565 ในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าร้อยละ 40.90 มีพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้า⁷ ซึ่งต่างจากการศึกษาวิจัยในอดีตของ Sinikka Hannus ในปี 2532 ที่พบว่า มีความชุกของพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าเพียงร้อยละ 2.50¹⁴

จากข้อมูลของสำนักงานสถิติ จังหวัดเชียงราย ในปี พ.ศ. 2565 อำเภอฟานจังหวัดเชียงรายมีประชากรเด็กประมาณ 12,883 คน โดยเป็นประชากรในช่วงอายุ 0-4 ปี จำนวน 3,410 คน⁸ ที่ต้องอาศัยการติดตามพัฒนาการ

อย่างใกล้ชิดซึ่งปัจจุบันการประเมินทางด้านการพัฒนาการอาศัยเครื่องมือ DSPM ของกระทรวงสาธารณสุขโดยพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่เนื่องจากจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอประกอบกับในการคัดกรองพัฒนาการจะต้องอาศัยความละเอียดและระยะเวลาในการประเมิน ทำให้ปัจจุบันสามารถคัดกรองประชากรที่มีพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าได้น้อยกว่าความเป็นจริง ซึ่งในกรณีนี้ตรวจพบว่า เด็กที่มีภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าจะมีการส่งเด็กกระตุ้นพัฒนาการทางด้านภาษาตาม TIDA4⁹ และส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลพนา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอมีขนาด 145 เตียง ปัจจุบันยังไม่เคยมีการเก็บข้อมูล เรื่องจำนวนของผู้ป่วยเด็กที่มีพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้ารวมทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปีที่มีพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้ามาใช้บริการทางด้านสุขภาพอื่นๆ โดยไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้ามาก่อน

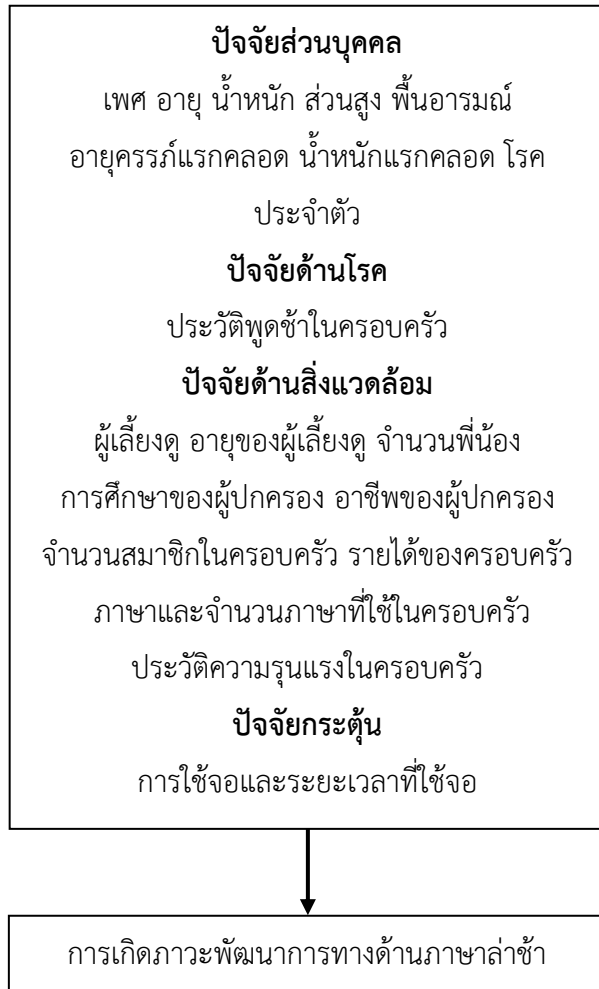
จากการศึกษาวิจัยโดยการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) เรื่องการคัดกรองพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี¹⁰ พบว่ายังไม่มีเครื่องมือใดที่เป็นมาตรฐานเฉพาะทางด้านการประเมินพัฒนาการทางด้านภาษา ในประเทศไทยได้มีการสร้างเครื่องมือ Ramathibodi Language Development Questionnaire (RLDQ)¹¹ โดยแพทย์หญิงจริยา จุฑาทิสสิทธิ์ ที่ได้มีการทดสอบความไวและความแม่นยำในเด็กอายุ 18-30 เดือนแล้ว ผู้วิจัยจึงสนใจนำแบบประเมิน RLDQ ของโรงพยาบาลรามธิบดีมาใช้ในการคัดกรองเด็กที่มีภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้ารายใหม่เพื่อนำมาให้การรักษาที่เหมาะสม ช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดผลเสียจากภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้า รวมทั้งอาจเป็นแนวทางการพัฒนาการตรวจประเมินพัฒนาการทางด้านภาษาในอำเภอฟาน จังหวัดเชียงรายต่อไปในอนาคต

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าของเด็กอายุ 18-30 เดือน ในอำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าของเด็กอายุ 18-30 เดือน ในอำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

คำจำกัดความ

1. พื้นอารมณ์ (Temperament) หมายถึง ลักษณะของอารมณ์และพฤติกรรมที่เด็กแต่ละคนแสดงออกในรูปแบบเฉพาะตัวเพื่อตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม เป็นลักษณะที่มีมาตั้งแต่เกิดและติดตัวเด็กไปจนโต โดยไม่ค่อยเปลี่ยนแปลง¹⁶

2. วิธีวัดพื้นอารมณ์ อาศัยองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ระดับการเคลื่อนไหวในการทำกิจกรรมต่างๆ

ความสม่ำเสมอของกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ปฏิกริยาตอบสนองเมื่อพบสิ่งแปลกใหม่ และลักษณะของอารมณ์ทั่วไป¹⁶

3. ประเภทของพื้นอารมณ์¹³

- 1) เลี้ยงง่าย หมายถึง อารมณ์ดี กินนอนและขับถ่ายเป็นเวลา
- 2) เลี้ยงยาก หมายถึง อารมณ์หงุดหงิดง่าย กินนอนและขับถ่ายไม่เป็นเวลา
- 3) ปรับตัวช้า หมายถึง ชี้อาย กังวลเมื่อต้องไปเจอสถานการณ์หรือสถานที่ใหม่
- 4) ผสมกัน หมายถึง มีลักษณะของอารมณ์และพฤติกรรมที่หลากหลายประเภทผสมกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการศึกษาวิจัยเป็นการศึกษาวิจัยแบบ Analytical study โดยมีการเก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ประเมินพื้นอารมณ์โดยอาศัยองค์ประกอบตามคำจำกัดความโดยการสอบถามจากผู้ปกครองและใช้แบบประเมิน Ramathibodi Language Development Questionnaire (RLDQ)¹¹ ซึ่งเป็นแบบสอบถามปลายปิดให้เลือกคำตอบ “ใช่หรือไม่ใช่” จำนวน 10 ข้อที่ให้ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินเด็ก โดยผลคะแนนที่น้อยกว่า 8 แปลว่า เข้าข่ายมีภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 4 เมษายน 2568 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่จะศึกษา ประกอบด้วยเด็กชายและเด็กหญิง อายุระหว่าง 18 - 30 เดือนในอำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

เด็กที่เข้าร่วมโครงการ

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าของเด็กอายุ 18-30 เดือน ในอำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย

1) เด็กชายและหญิงอายุ 18-30 เดือน ที่เข้ามารับการตรวจรักษาโรคทั่วไปที่แผนกผู้ป่วยนอก กุมารเวชกรรมโรงพยาบาลฟาน หรือตรวจติดตาม พัฒนาการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอฟาน หรือเข้ารับการศึกษาศูนย์พัฒนาเด็ก เล็กห้วยม่ม/ม่วงคำ อำเภอฟานจังหวัดเชียงราย

2) มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย

3) มองเห็นและได้ยินชัดเจน

ผู้ปกครองของเด็กที่เข้าร่วมโครงการ

1) เป็นคนไทย เข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ ยินยอมให้ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม รวมทั้ง การเข้าถึงข้อมูลจากเวชระเบียนและสมุดบันทึก สุขภาพแม่และเด็ก

2) อายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์

3) ดูแลเลี้ยงดูเด็กเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

เกณฑ์การคัดเลือกรออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1) เด็กที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ พัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้า

2) มีโรคทางพันธุกรรม หรือ โรคที่ส่งผลต่อ พัฒนาการทางด้านภาษา เช่น Down syndrome, Mental retardation, Autistic spectrum disorder, etc.

3) มีปัญหาทางการมองเห็นหรือการได้ยิน

4) มีพัฒนาการด้านอื่น นอกเหนือจาก ด้านภาษาผิดปกติ

เกณฑ์การหยุดจากโครงการ (Discontinuation criteria)

1) เด็กและผู้ปกครองไม่สะดวกในการเข้าร่วม การศึกษาวิจัยนี้อีกต่อไป

2) มีผู้ได้รับผลกระทบจากการศึกษาวิจัยนี้

การคำนวณขนาดตัวอย่างประชากร จากการ ศึกษาวิจัยของ Beverly Anne Collisson และคณะใน ปี 2559 พบว่าเด็กอายุ 24-30 เดือน มีความชุกของ พัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าร้อยละ 12.60¹⁵

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร Infinite population proportion เนื่องจากไม่ทราบจำนวน ประชากร

$$n = z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

กำหนดให้ Proportion (p) = 0.126 Error (d) = 0.05 ระดับความเชื่อมั่น 95%, α = 0.05 Estimated number of events and sample sizes: N = 170

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย เอกสารข้อมูล คำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการศึกษาร่วมกับแบบบันทึก ข้อมูลผู้เข้าร่วมการศึกษาร่วม (Case record form) และ แบบสอบถามเพื่อคัดกรองภาวะพัฒนาการทางด้านภาษา ล่าช้าของโรงพยาบาลรามธิบดี Ramathibodi Language Development Questionnaire (RLDQ)¹¹ ข้อมูลถูกรวบรวม โดยใช้ Case record form และบันทึกลงในโปรแกรม Excel เพื่อการวิเคราะห์

วิธีรวบรวมข้อมูล

โดยรวบรวมข้อมูลแยกเป็นหมวดหมู่ ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง พื้นอารมณ์ อายุครรภ์แรกคลอด น้ำหนักแรกคลอด และโรคประจำตัว

2. ปัจจัยด้านตัวโรค ได้แก่ ประวัติพูดช้า ในครอบครัว

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ผู้เลี้ยงดู อายุของ ผู้เลี้ยงดู จำนวนพี่น้อง การศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของ ผู้ปกครอง จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัว ภาษาและจำนวนภาษาที่ใช้ในครอบครัวและประวัติ ความรุนแรงในครอบครัว

4. ปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ การใช้จอ และ ระยะเวลาที่ใช้จอ

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าของเด็กอายุ 18-30 เดือน ในอำเภอบ้าน จังหวัดเชียงราย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนและร้อยละ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Chi-square และ T-test นำปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ มาคำนวณแบบ Logistic regression เพื่อหา Adjusted odds ratio, 95% Confidence interval และคำนวณค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.05$

การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดจะถูกวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (SPSS) และกำหนดช่วงความเชื่อมั่นในการทดสอบมากกว่าร้อยละ 95

การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย หมายเลขการรับรอง CRPPHO 044/2568 ลงวันที่ 4 เมษายน 2568

โครงการศึกษาวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามเพื่อคัดกรองภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าของโรงพยาบาลรามธิบดี Ramathibodi Language Development Questionnaire (RLDQ)¹¹ จึงได้มีการขออนุญาตแพทย์หญิงจรรยา จุฑาภิสิทธิ์ อาจารย์ประจำสาขาพัฒนาการและพฤติกรรม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี เจ้าของลิขสิทธิ์

เมื่อได้รับการรับรองโครงการศึกษาวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้ศึกษาวิจัยได้ทำการขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยผู้มีอำนาจอนุมัติ (Authorized person) ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและนายกองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยม้ง/ม่วงคำ

ผลการวิจัย

ผู้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยทั้งหมด 243 ราย มีอายุเฉลี่ย 1.99 ± 0.38 ปี ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 52.70 มีน้ำหนักเฉลี่ย 12.26 ± 2.60 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 84.92 ± 8.59 เซนติเมตร อายุครรภ์แรกคลอดเฉลี่ย 38.29 ± 1.54 สัปดาห์ ส่วนใหญ่เป็นอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 85.60 น้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย $3,008.96 \pm 473.46$ กรัม ส่วนใหญ่มีน้ำหนักแรกคลอดตั้งแต่ 2,500 กรัม ขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 89.70 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 94.70 ส่วนมากเป็นบุตรลำดับ ที่ 1 ร้อยละ 57.20 พันธุ์กรรมส่วนใหญ่เป็นแบบเลี้ยงง่าย ร้อยละ 73.70 ส่วนใหญ่มีประวัติไข้จ้อ ร้อยละ 60.90 ระยะเวลาการใช้จ้อต่อวันเฉลี่ย 0.77 ± 0.94 ชั่วโมง มีพ่อแม่เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก ร้อยละ 70.00 อายุเฉลี่ยของผู้เลี้ยงดู 38.92 ± 13.67 ปี ส่วนใหญ่ใช้เฉพาะภาษาไทยในการเลี้ยงดู ร้อยละ 88.10 ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 5 คน ร้อยละ 30.00 ส่วนใหญ่ผู้ปกครองมีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 73.70 ผู้ปกครองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพลูกจ้าง ร้อยละ 56.00 ผู้เลี้ยงดูช่วงกลางวันส่วนใหญ่เป็นปู่ย่าตายาย ร้อยละ 53.10 ส่วนใหญ่รายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 39.09 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติพุดซ้ำในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 94.70 และส่วนใหญ่ไม่มีประวัติความรุนแรงในครอบครัว ร้อยละ 97.90 ดังแสดงในตารางที่ 1

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าของเด็กอายุ 18-30 เดือน ในอำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษาวิจัย

ข้อมูล	จำนวน (N=243)
อายุ (ปี)	1.99 ± 0.38
เพศ	
หญิง	115 (47.30%)
ชาย	128 (52.70%)
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	12.26 ± 2.60
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	84.92 ± 8.59
อายุครรภ์แรกคลอด (สัปดาห์)	38.29 ± 1.54
≥37	208 (85.60%)
<37	30 (12.30%)
ไม่ระบุ	5 (2.10%)
น้ำหนักแรกคลอด (กรัม)	3,008.96 ± 473.46
≥2,500	218 (89.70%)
<2,500	24 (9.90%)
ไม่ระบุ	1 (0.40%)
มีโรคประจำตัว	
มี	13 (5.30%)
ไม่มี	230 (94.70%)
ลำดับบุตร	
1	139 (57.20%)
2	80 (32.90%)
≥3	24 (9.90%)
พันธุกรรม	
ปรับตัวช้า	3 (1.20%)
ผสมกัน	52 (21.40%)
เลี้ยงง่าย	179 (73.70%)
เลี้ยงยาก	9 (3.70%)
มีการใช้จอ	
มี	148 (60.90%)
ไม่มี	95 (39.10%)
ระยะเวลาที่ใช้จอต่อวัน (ชั่วโมง)	0.77 ± 0.94

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าของเด็กอายุ 18-30 เดือน ในอำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย

ข้อมูล	จำนวน (N=243)
ผู้เลี้ยงดูหลัก	
พ่อแม่	170 (70.00%)
ปู่ย่า ตายาย	73 (30.00%)
อายุผู้เลี้ยงดู (ปี)	38.92 ± 13.67
ภาษาที่ใช้	
ไทย	214 (88.10%)
ผสม	29 (11.90%)
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	
2-3	53 (21.80%)
4	59 (24.30%)
5	73 (30.00%)
≥6	58 (23.90%)
การศึกษาของผู้ปกครอง	
ต่ำกว่าปริญญาตรี	179 (73.70%)
ปริญญาตรี	62 (25.50%)
สูงกว่าปริญญาตรี	2 (0.80%)
อาชีพของผู้ปกครอง	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	24 (9.90%)
พนักงาน ลูกจ้าง	136 (56.00%)
ภาคเกษตรกรรม	29 (11.90%)
ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	42 (17.30%)
ข้าราชการ	12 (4.90%)
ผู้เลี้ยงดูช่วงกลางวัน	
ปู่ย่า ตายาย	129 (53.10%)
พี่เลี้ยง	14 (5.80%)
พ่อแม่	100 (41.10%)
รายได้ต่อเดือน (บาท)	
น้อยกว่า 5,000	31 (12.76%)
5,000-10,000	95 (39.09%)
มากกว่า 10,000-20,000	76 (31.28%)
มากกว่า 20,000	41 (16.87%)

ข้อมูล	จำนวน (N=243)
ประวัติความรุนแรงในครอบครัว	
มี	5 (2.10%)
ไม่มี	238 (97.90%)

ผู้เข้าร่วมการศึกษามีทั้งหมดจำนวน 243 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ผลการคัดกรอง RLDQ เป็นบวก หรือเข้าข่ายพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าจำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.10 และ กลุ่มที่ผลการคัดกรอง RLDQ เป็นลบ หรือไม่เข้าข่ายพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าจำนวน 221 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.90

กลุ่มที่ผลการคัดกรอง RLDQ เป็นบวก อายุเฉลี่ย 1.94 ± 0.44 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.20 น้ำหนักเฉลี่ย 12.47 ± 2.48 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 84.81 ± 8.05 เซนติเมตร อายุครรภ์แรกคลอดเฉลี่ย 38.67 ± 1.51 สัปดาห์ ส่วนใหญ่เป็นอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป ร้อยละ 77.30 น้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย $3,024.23 \pm 397.13$ กรัม ส่วนใหญ่มีน้ำหนักแรกคลอดตั้งแต่ 2,500 กรัมขึ้นไป ร้อยละ 86.40 ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนมากเป็นบุตรลำดับที่ 1 ร้อยละ 68.20 มีประวัติใช้จอ ร้อยละ 72.70 มีพ่อแม่เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก ร้อยละ 63.60 อายุเฉลี่ยของผู้เลี้ยงดู 36.77 ± 14.89 ปี ส่วนใหญ่ใช้เฉพาะภาษาไทยในการเลี้ยงดู ร้อยละ 86.40 ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 5 คนขึ้นไป ร้อยละ 72.72 ส่วนใหญ่ผู้ปกครองมีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 86.40 ผู้ปกครองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพลูกจ้าง ร้อยละ 68.20 ผู้เลี้ยงดูช่วงกลางวันเป็น ปู่ย่า ตายายหรือพ่อแม่ ส่วนใหญ่รายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 50.00 มีประวัติพุดชาในครอบครัว ร้อยละ 13.60 และมีประวัติ ความรุนแรงในครอบครัว ร้อยละ 4.50 ซึ่งเมื่อพิจารณาข้อมูลดังกล่าวเปรียบเทียบกับ

กับกลุ่มที่ผลการคัดกรอง RLDQ เป็นลบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีลักษณะดังกล่าวที่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อทำการเปรียบเทียบพื้่นอารมณ์พบว่ากลุ่ม RLDQ เป็นบวกมีพื้่นอารมณ์ปรับตัวช้า ร้อยละ 9.10 ผสมกัน ร้อยละ 31.80 เลี้ ยงง่ายร้อยละ 50.00 และเลี้ ยงยาก ร้อยละ 9.10 ซึ่งแตกต่างจากกลุ่ม RLDQ เป็นลบ ซึ่งมีพื้่นอารมณ์ปรับตัวช้า ร้อยละ 0.45 ผสมกัน ร้อยละ 20.36 เลี้ ยงง่ายร้อยละ 76.02 และเลี้ ยงยาก ร้อยละ 3.17 อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.001) และ เมื่อทำการเปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้จอเฉลี่ยพบว่ากลุ่ม RLDQ เป็นบวกมีระยะเวลาที่ใช้จอต่ัววันเฉลี่ย 1.46 ± 1.62 ชั่วโมง ซึ่งแตกต่างจากกลุ่ม RLDQ เป็นลบซึ่งมีระยะเวลาที่ใช้จอเฉลี่ย 0.7 ± 0.81 ชั่วโมง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.039) นอกจากนี้เมื่อทำการเปรียบเทียบอาชีพของผู้ปกครองพบว่า กลุ่ม RLDQ เป็นบวก ผู้ปกครองไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 22.70 และเป็นลูกจ้าง ร้อยละ 68.20 แตกต่างจากกลุ่ม RLDQ เป็นลบซึ่งมีผู้ปกครองไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 8.60 และเป็นลูกจ้าง ร้อยละ 54.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.046) ดังแสดงในตารางที่ 2

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะพัฒนาการทางภาษาล่าช้าในเด็กอายุ 18-30 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) ได้แก่ พื้่นอารมณ์ ระยะเวลาที่ใช้จอต่ัววัน และอาชีพของผู้ปกครอง

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าของเด็กอายุ 18-30 เดือน ในอำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าของเด็กอายุ 18-30 เดือนในอำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย

ข้อมูล	RLDQ Positive (N=22)	RLDQ Negative (N=221)	P-value
อายุ (ปี)	1.94 ± 0.44	2.00 ± 0.37	0.461
เพศ			0.127
หญิง	7 (31.80%)	108 (48.90%)	
ชาย	15 (68.20%)	113 (51.10%)	
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	12.47 ± 2.48	12.23 ± 2.61	0.687
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	84.81 ± 8.05	84.93 ± 8.66	0.953
อายุครรภ์แรกคลอด (สัปดาห์)	38.67 ± 1.51	38.26 ± 1.54	0.253
≥37	17 (77.30%)	191 (86.40%)	0.736
<37	3 (13.60%)	27 (12.20%)	
ไม่ระบุ	2 (9.10%)	3 (1.40%)	
น้ำหนักแรกคลอด (กรัม)	3,024.23 ± 397.13	3,007.43 ± 481.18	0.874
≥2,500	19 (86.40%)	199 (90.00%)	0.540
<2,500	3 (13.60%)	21 (9.50%)	
ไม่ระบุ	0 (0.00%)	1 (0.50%)	
โรคประจำตัว			0.242
มี	0 (0.00%)	13 (5.90%)	
ไม่มี	22 (100.00%)	208 (94.10%)	
ลำดับบุตร			0.234
1	15 (68.20%)	124 (56.10%)	
2	7 (31.80%)	73 (33.00%)	
≥3	0 (0.00%)	24 (10.90%)	
พันธุกรรม			0.001*
ปรับตัวช้า	2 (9.10%)	1 (0.45%)	
ผสมกัน	7 (31.80%)	45 (20.36%)	
เลี้ยงง่าย	11 (50.00%)	168 (76.02%)	
เลี้ยงยาก	2 (9.10%)	7 (3.17%)	
การใช้จอ			0.233
มี	16 (72.70%)	132 (59.70%)	
ไม่มี	6 (27.30%)	89 (40.30%)	
ระยะเวลาที่ใช้จอต่อวัน (ชั่วโมง)	1.46 ± 1.62	0.7 ± 0.81	0.039*

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าของเด็กอายุ 18-30 เดือน ในอำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย

ข้อมูล	RLDQ Positive (N=22)	RLDQ Negative (N=221)	P-value
ผู้เลี้ยงดูหลัก			0.498
พ่อแม่	14 (63.60%)	156 (70.60%)	
ปู่ย่า ตายาย	8 (36.40%)	65 (29.40%)	
อายุผู้เลี้ยงดู (ปี)	36.77 ± 14.89	39.14 ± 13.56	0.440
ภาษาที่ใช้			0.796
ไทย	19 (86.40%)	195 (88.20%)	
ผสม	3 (13.60%)	26 (11.80%)	
จำนวนสมาชิกในครอบครัว			0.226
2-3	4 (18.18%)	49 (22.20%)	
4	2 (9.10%)	57 (25.80%)	
5	8 (36.36%)	65 (29.40%)	
≥6	8 (36.36%)	50 (22.60%)	
การศึกษาของผู้ปกครอง			0.356
ต่ำกว่าปริญญาตรี	19 (86.40%)	160 (72.40%)	
ปริญญาตรี	3 (13.60%)	59 (26.70%)	
สูงกว่าปริญญาตรี	0 (0.00%)	2 (0.90%)	
อาชีพของผู้ปกครอง			0.046*
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5 (22.70%)	19 (8.60%)	
พนักงาน ลูกจ้าง	15 (68.20%)	121 (54.80%)	
ภาคเกษตรกรรม	0 (0.00%)	29 (13.10%)	
ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	2 (9.10%)	40 (18.10%)	
ข้าราชการ	0 (0.00%)	12 (5.40%)	
ผู้เลี้ยงดูช่วงกลางวัน			0.387
ปู่ย่า ตายาย	11 (50.00%)	118 (53.40%)	
พี่เลี้ยง	0 (0.00%)	14 (6.30%)	
พ่อแม่	11 (50.00%)	89 (40.30%)	
รายได้ (บาท)			0.436
น้อยกว่า 5,000	4 (18.20%)	27 (12.22%)	
5,000-10,000	11 (50.00%)	84 (38.01%)	
มากกว่า 10,000-20,000	5 (22.70%)	71 (32.12%)	
มากกว่า 20,000	2 (9.10%)	39 (17.65%)	

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าของเด็กอายุ 18-30 เดือน ในอำเภอบ้าน จังหวัดเชียงราย

ข้อมูล	RLDQ Positive (N=22)	RLDQ Negative (N=221)	P-value
ประวัติหูตื้อในครอบครัว			0.07
มี	3 (13.60%)	10 (4.50%)	
ไม่มี	19 (86.40%)	90 (95.50%)	
ประวัติความรุนแรงในครอบครัว			0.389
มี	1 (4.50%)	4 (1.80%)	
ไม่มี	21 (95.50%)	217 (98.20%)	

Values are presented as mean $\pm$ standard deviation for continuous variables, and N (%) for categorical variables. P-values were calculated using the independent t-test for continuous variables, and the Chi-square test or Fisher's exact test for categorical variables. *Statistical significance was defined as P-value < 0.05

เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลแบบหาปัจจัยที่สำคัญร่วมกัน โดยควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่น จะมีปัจจัยที่ยังคงเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าของเด็กอายุ 18-30 เดือน ในอำเภอบ้าน จังหวัดเชียงรายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งหมด 2 ปัจจัย ได้แก่ พื้นอารมณ์และระยะเวลาที่ใช้จอต่อวัน โดยผู้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยที่มีพื้นอารมณ์ปรับตัวช้าหรือเลี้ยงยากมี Adjusted OR 5.76 (95%CI 1.26-26.23) และระยะเวลาที่ใช้จอเพิ่มขึ้นทุก 1 ชั่วโมงต่อวันมี Adjusted OR 1.76 (95% CI 1.17-2.65) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ Univariable และ Multivariable logistic regression เพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าของเด็กอายุ 18-30 เดือนในอำเภอบ้าน จังหวัดเชียงราย

Variables	Univariate		Multivariate	
	OR (95%CI)	P-value	Adjusted OR (95%CI)	P-value
พื้นอารมณ์				
ปรับตัวช้า+เลี้ยงยาก	7.64 (1.99 - 29.35)	0.003*	5.76 (1.26 - 26.23)	0.024*
ผสมกัน	2.38 (0.87 - 6.48)	0.091	2.06 (0.72 - 5.93)	0.179
เลี้ยงง่าย	Reference	1	Reference	1
ระยะเวลาที่ใช้จอต่อวัน (ชั่วโมง)	1.92 (1.31 - 2.81)	0.001*	1.76 (1.17 - 2.65)	0.006*
อาชีพของผู้ปกครอง				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3.13 (1.04 - 9.42)	0.043*	3.17 (0.96 - 10.45)	0.058
ประกอบอาชีพ	Reference	1	Reference	1
มีประวัติหูตื้อในครอบครัว	3.33 (0.84 - 13.15)	0.086	2.92 (0.67- 12.81)	0.155

ตัวแปรที่เข้าควบคุม (Adjusted variable by): พื้นอารมณ์ ระยะเวลาที่ใช้จอต่อวัน อาชีพของผู้ปกครองและประวัติหูตื้อในครอบครัว

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าของเด็กอายุ 18-30 เดือน ในอำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาวิจัยพบว่า ความชุกของภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าของเด็กอายุ 18-30 เดือน ในอำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย มีร้อยละ 9.10 เมื่อเทียบกับการศึกษาวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกาปี 2564 ที่พบว่า ในเด็กอายุ 2-5 ปี มีพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าประมาณร้อยละ 5-12⁶ ซึ่งมีความชุกที่ใกล้เคียงกัน แต่แตกต่างจากการศึกษาวิจัยในจังหวัดนครศรีธรรมราช ประเทศไทยปี 2565 ที่ศึกษาในเด็กอายุ 24-60 เดือน พบว่ามีความชุกของพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้า ร้อยละ 40.90⁷ อาจจะมีเนื่องมาจากทำการศึกษาวิจัยในช่วงอายุที่แตกต่างกัน การศึกษาในระดับที่แตกต่างกัน คือ การศึกษาในระดับอำเภอและระดับจังหวัด รวมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา อีกทั้งวัฒนธรรมและภาษาที่ใช้ในท้องถิ่นมีความแตกต่างกัน

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ของภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้า จากการศึกษาวิจัยในจังหวัดนครศรีธรรมราช ประเทศไทยปี 2565 ได้แก่ การมีพื้นอารมณ์ที่เป็น moderate to difficult⁷ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยนี้ที่พบว่า พื้นอารมณ์ โดยเฉพาะพื้นอารมณ์ปรับตัวช้าและพื้นอารมณ์เลี้ยงยาก จะเพิ่มความเสี่ยงของภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเมื่อนำไปวิเคราะห์ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ โดยควบคุมปัจจัยต่างๆให้คงที่ พบว่าพื้นอารมณ์ปรับตัวช้าและเลี้ยงยากเพิ่มความเสี่ยงของภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้า 5.76 เท่า เมื่อเทียบกับพื้นอารมณ์เลี้ยงง่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้จากการศึกษาวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกาปี 2564 พบว่าในเด็กอายุ 2-5 ปี ที่มีพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้า มีปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ เพศชาย การคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักแรกคลอดน้อย⁸ ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยนี้ สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ จากผลการศึกษาวิจัยนี้ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูงและ การมีโรคประจำตัว

ที่ไม่เพิ่มความเสี่ยงของภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยครอบครัวและปัจจัยสิ่งแวดล้อม จากการศึกษาวิจัยพบทวนอย่างเป็นระบบในประเทศสหรัฐอเมริกาปี 2567 พบว่าการมีประวัติครอบครัวมีพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้า การศึกษาของพ่อแม่ที่ต่ำกว่าระดับปริญญาตรีและครอบครัว มีฐานะไม่ดีเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้า¹⁰ ซึ่งตรงข้ามกับผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่าปัจจัยดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมอื่นๆ จากผลการศึกษาวิจัยนี้ ได้แก่ ผู้เลี้ยงดู อายุของผู้เลี้ยงดู จำนวนพี่น้อง การศึกษาของผู้ปกครอง จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัว ภาษาและจำนวนภาษาที่ใช้ในครอบครัว รวมทั้งประวัติ ความรุนแรงในครอบครัว ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกาปี 2564 ที่พบว่า ในเด็กอายุ 2-5 ปี ที่มีพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้า มีปัจจัยเสี่ยงได้แก่ การมีครอบครัวขนาดใหญ่และปัญหาความรุนแรงในครอบครัว⁶

ปัจจัยกระตุ้นจากการใช้จอและระยะเวลาที่ใช้มีผลการศึกษาวิจัยหลายอันที่บ่งชี้ว่ามีผลในการเพิ่มความเสี่ยงของภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้า เช่น การศึกษาวิจัยในจังหวัดนครศรีธรรมราช ประเทศไทยปี 2565 พบว่ามีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ระยะเวลาที่ใช้จอมากกว่าวันละ 2 ชั่วโมง⁷ และการศึกษาวิจัยในประเทศฟินแลนด์ปี 2565 เรื่อง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ใช้จอของเด็กปฐมวัย (ทั้งที่ใช้คนเดียวและดูร่วมกับผู้ปกครอง) ระยะเวลาที่มารดาใช้จอและพัฒนาการทางด้านภาษาของเด็ก พบว่าระยะเวลาที่เด็กใช้จอคนเดียวนานขึ้นและเด็กที่มารดา

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าของเด็กอายุ 18-30 เดือน ในอำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย ใช้เวลานานขึ้นมีทักษะทางภาษาที่แย่งลง ในขณะที่ การดูหน้าจอร์่วมกับมารดาอาจมีความสัมพันธ์ทางบวก กับทักษะด้านคำศัพท์และภาษาทั่วไป¹² ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่าระยะเวลาที่ใช้จอเพิ่มขึ้น ทุก 1 ชั่วโมงต่อวัน เมื่อนำไปวิเคราะห์ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ โดยควบคุมปัจจัยต่างๆให้คงที่ จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิด ภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้า 1.76 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ของภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าของเด็ก อายุ 18-30 เดือน ในอำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ พันธะสัมพันธ์ตัวซ้ำและเลี้ยง ยากและระยะเวลาที่ใช้จอเพิ่มขึ้นทุก 1 ชั่วโมงต่อวัน

ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัยนี้ได้แก่ การเก็บข้อมูล เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ตอบโดยผู้ปกครอง ซึ่งอาจจะมีผู้ปกครองบางส่วนไม่เข้าใจคำถาม หรือตอบแบบสอบถาม โดยไม่ตรงกับความเป็นจริง นอกจากนี้รูปแบบการศึกษาวิจัย เป็น Cross-sectional study อาจทำให้ไม่สามารถสรุป เชิงเหตุผลว่าปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยง อีกทั้งการเก็บข้อมูลทำเพียงช่วงเวลาเดียว (3 เดือน) ทำให้อาจไม่สามารถสะท้อนความเปลี่ยนแปลงระยะยาวได้

ควรนำผลการศึกษาวิจัยที่ได้ไปประยุกต์ใช้จริง ในบริบท โดยนำแบบประเมิน RLDQ ไปพัฒนาแนวทางการ คัดกรองพัฒนาการทางด้านภาษาในเด็กอายุ 18-30 เดือน ทั้งคลินิกเด็กสุขภาพดีของโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของอำเภอฟานและ โรงพยาบาลฟาน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งได้แก่ เด็กที่มีพันธะสัมพันธ์ตัวซ้ำหรือเลี้ยงยาก มีระยะเวลา ที่ใช้จอานาน รวมทั้งรณรงค์ลดการใช้จอในเด็กเล็กอายุ น้อยกว่า 2 ปี ตามคำแนะนำของ WHO และ AAP สนับสนุนกิจกรรมกระตุ้นภาษาในครอบครัวและชุมชน เช่น การอ่านนิทาน การเล่นบทบาทสมมติและการเล่นนิทาน ในครอบครัว เป็นต้น อีกทั้งควรมีการพัฒนาหลักสูตรอบรม

ผู้ปกครองและครู ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในเรื่อง ของการสังเกตและเฝ้าติดตามพัฒนาการทางด้านภาษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงอัมพวัน ศรีครุฑ ธานนท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฟาน ที่กรุณาให้โอกาส และสนับสนุนให้ทำการการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงจริยา จุฑาภิสิทธิ์ อาจารย์ประจำสาขาพัฒนาการและพฤติกรรม ภาควิชา กุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี เจ้าของลิขสิทธิ์ Ramathibodi Language Development Questionnaire (RLDQ) ที่ กรุณาอนุญาตให้นำแบบสอบถาม RLDQ มาใช้ประกอบการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ม่วงคำและตำบลห้วยงัม ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของอำเภอฟานและ เจ้าหน้าที่แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลฟานที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งต่อไป อาจต้องเพิ่ม การตรวจสอบความเข้าใจในภาษาของผู้ตอบแบบสอบถาม และเพิ่มระยะเวลาในการเก็บข้อมูลให้มากขึ้น เพื่อการเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษาวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- 1.แพทย์หญิงรวิวรรณ รุ่งไพวัลย์. Child health supervision I. ใน: เอกสารประกอบการประชุม The 13th Ramathibodi Annual Review in Pediatrics 2019.
- 2.นายแพทย์ทวีศักดิ์ ลีรัตนเรขา. พัฒนาการเด็ก (Child Development) [Internet]. [เข้าถึงเมื่อ 3 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://th.rajanukul.go.th/preview-5038.html>
- 3.ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ด็อกเตอร์วราลี โกศัย. สมองกับ พัฒนาการทางภาษาสำหรับเด็กปฐมวัย [Internet]. [เข้าถึงเมื่อ 27 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก:

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของภาวะพัฒนาการทางด้านภาษาล่าช้าของเด็กอายุ 18-30 เดือน ในอำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย

<http://blog.bru.ac.th/2020/03/19/สมองกับพัฒนาการทางภาษา/>

4.เบญจพร ปัญญา. เด็กไม่พูดหรือเด็กพูดช้า. ใน: มาโนช หล่อตระกูล, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2544. หน้า 1-6.

5.พญ.เสาวนีย์ พิชัยรักษพร. พัฒนาการทางภาษาและคำแนะนำสำหรับเด็กที่มีพัฒนาการทางภาษาล่าช้า [Internet]. [เข้าถึงเมื่อ 27 พ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/พัฒนาการทางภาษาล่าช้า>

6.Othman A. Child developmental delays and disorders: Speech and language delay. Am Fam Physician. 2021;104(4):406-14.

7.Rithipukdee N, Kusol K. Factors associated with the suspected delay in the language development of early childhood in Southern Thailand. Children. 2022;9:662.

8.สำนักงานสถิติจังหวัดเชียงราย. รายงานสถิติจังหวัด พ.ศ. 2566 [Internet]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 29 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://chiangrai.nso.go.th/reports-publications/provincial-statistics-report/chiang-rai-province-statistical-report.html>

9.อัมพร เบญจพลพิทักษ์, สมัย ศิริทองถาวร, นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช, บรรณาธิการ. คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.

10.Feltner C, et al. Screening for speech and language delay and disorders in children 5 years or younger: Evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 2024;331(4):335-50.

11.Chuthapisith J, Wantanakorn P, Roongpraiwan R. Ramathibodi Language Development Questionnaire: A newly developed screening tool for detection of delayed language development in children aged 18-30 months. J Med Assoc Thai. 2015;98(8):748-55.

12.Mustonen R, Torppa R, Stolt S. Screen time of preschool-aged children and their mothers, and children's language development. Children. 2022;9:1577.

13.Feigelman S. Developmental and behavioral theories. In: Kliegman RM, St Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, Wilson KM, editors. Nelson textbook of pediatrics. 21st ed. Philadelphia: Elsevier; 2020. p. 1075-1092.

14.Hannus S, Kaupilla T, Launonen K. Increasing prevalence of specific language impairment (SLI) in primary healthcare of a Finnish town, 1989-99. Int J Lang Commun Disord. 2009;44(1):79-97.

15.Collisson BA, Graham SA, Preston JL, Rose MS, McDonald S, Tough S. Risk and protective factors for late talking: An epidemiologic investigation. J Pediatr. 2016;172:168-74.

16.นภัทร สิทธาโนมัย. ปัญหาพฤติกรรมที่พบบ่อยในเด็กเล็ก. ใน: วิฐารณ บุญสิทธิ, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่นในเวชปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564. หน้า 38.

