



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
JOURNAL OF BOROMARAJONANI COLLEGE OF NURSING, SURIN

ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2569)

VOL. 16 NO. 2 MAY - AUGUST 2026

ราชวดีสาร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์



ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin

ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569

Volume 16 Number 2 May-August 2026

<https://tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/index>

ISSN 2985-2900 (online)

ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์เป็นวารสารวิชาการและการวิจัย ของวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

จุดมุ่งหมายของวารสาร

1. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ทางด้านการพยาบาล การสาธารณสุข การแพทย์ การศึกษาสุขภาพ และองค์ความรู้ที่มีความหลากหลาย ทั้งทางด้านวิชาการเทคโนโลยีสมัยใหม่ และผลงานการวิจัยให้แก่ พยาบาล อาจารย์ บุคลากรสาธารณสุข นักวิชาการ นักศึกษา และผู้สนใจทั่วไป
2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ทางด้านการพยาบาล การสาธารณสุข การแพทย์ การศึกษาสุขภาพ และองค์ความรู้ที่มีความหลากหลาย ให้แก่แหล่งฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาด้านสุขภาพทั้งในและนอกวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
3. เพื่อส่งเสริม สร้างสรรค์ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการสำหรับบุคลากรสุขภาพและผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งเป็นเวทีแลกเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ของพยาบาลและนักการศึกษา
4. เพื่อเสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา และองค์กรสุขภาพทั่วประเทศ

ขอบเขต:

ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ มีนโยบายรับตีพิมพ์บทความด้านการพยาบาล การสาธารณสุข การแพทย์ การศึกษาสุขภาพ และองค์ความรู้ที่มีความหลากหลาย เพื่อเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย ทางการพยาบาลและสุขภาพที่มีคุณภาพในระดับประเทศ แก่บุคลากรทางการพยาบาล สุขภาพ และผู้สนใจ

กำหนดการออกวารสาร

กำหนดออก ปีละ 3 ฉบับ (ตั้งแต่ 1 มกราคม 2569 เป็นต้นไป) ดังนี้

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน

ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นหน่วยงานที่ไม่แสวงหาผลกำไรซึ่งเปิดโอกาสรับตีพิมพ์ให้กับต้นฉบับที่มีคุณภาพ เพื่อการเผยแพร่สู่สาธารณชน อัตราค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความในราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ดังนี้

1. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความภาษาไทย สำหรับบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นเงิน 4,000 บาท/เรื่อง
2. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความภาษาอังกฤษ สำหรับบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นเงิน 6,000 บาท/เรื่อง
3. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความภาษาไทย สำหรับบุคคลภายนอก เป็นเงิน 5,000 บาท/เรื่อง
4. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความภาษาอังกฤษ สำหรับบุคคลภายนอก เป็นเงิน 8,000 บาท/เรื่อง

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความดังกล่าวเป็นค่าใช้จ่ายในกระบวนการตรวจสอบบทความ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และกระบวนการบริหาร ขั้นตอนการชำระเงินมีดังนี้:

1. เมื่อส่งบทความแล้ว กระบวนการคัดกรองครั้งแรกของวารสารจะดำเนินการโดยทีมบรรณาธิการ หากเอกสารที่ส่งมาไม่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดกรอง บทความจะถูกปฏิเสธผ่านทางระบบ **ในขั้นตอนคัดกรองนี้ ผู้ส่งบทความยังไม่ต้องชำระเงินและสามารถขอคำอธิบายเพิ่มเติมสำหรับการปฏิเสธการพิจารณาการยอมรับการตีพิมพ์ได้**

2. เมื่อบทความผ่านการคัดกรองครั้งแรกแล้วให้ผู้แต่งดำเนินการชำระค่าธรรมเนียม

3. โปรดทราบว่าบทความที่ส่งเข้ามาสามารถถูกปฏิเสธได้ในภายหลัง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคำแนะนำในการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและการตัดสินใจขั้นสุดท้ายของทีมบรรณาธิการวารสาร **ทั้งนี้ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์เมื่อชำระเงินไม่สามารถขอคืนได้** หากบทความผ่านการพิจารณาแล้วว่าไม่พร้อมที่จะได้รับการตีพิมพ์

หมายเหตุ: ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ไม่มีนโยบายในการรับตีพิมพ์บทความแบบเร่งด่วน

การชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

ธนาคารกรุงไทย **ชื่อบัญชี :** ราชาวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์โดยน.ส.ธิดารัตน์ คณิงเพียร และนายธวัชชัย ยืนยาวและน.ส.สุณิสสา สำเร็จดี **บัญชีเลขที่:** 310-3-46001-5

การเผยแพร่วารสาร : ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เผยแพร่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์เท่านั้น ผู้อ่านสามารถติดตามอ่านราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ได้ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ติดตามอ่านวารสารที่เว็บไซต์ <https://tcithaijo.org/index.php/bcnsurin/index>

สำนักงาน : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ กองบรรณาธิการราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ งานวิจัยและบริการวิชาการ เลขที่ 320 ถนนหลักเมือง ตำบลในเมือง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ 32000 โทรศัพท์ 0-4451-4422 โทรสาร 0-4451-1737; E-mail: journalrachawadee@gmail.com

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

เจ้าของ : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ผกาทิพย์ สิงห์คำ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิตรา เศลวัตนะกุล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ

ศาสตราจารย์ ดร.นพวรรณ เปี้ยชื่อ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล

รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บรรณาธิการ

ดร.ธิดารัตน์ คณิงเพียร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

บรรณาธิการผู้ช่วย

อาจารย์ธวัชชัย ยืนยาว

ดร.วรรณพร บุญเปล่ง

อาจารย์กุศลมาล แสนบุญมา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

กองบรรณาธิการ

นาวาอากาศเอกหญิงผู้ช่วยศาสตราจารย์

ดร.วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์

รองศาสตราจารย์ ดร.แสงทอง อีระทองคำ

ข้าราชการบำนาญ

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล

รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ ชูนวน

รองศาสตราจารย์ ดร.จันทร์ทิรา เจริญนัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัจฉริยา ปทุมวัน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล

รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริมาลย์ นิละไพจิตร

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล

รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต

รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีัญญา จุฬาริ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล สิงห์ดง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติภูมิ ภิญโย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คมวัฒน์ รุ่งเรือง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ

ดร.พัชรี ใจการุณ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติ)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

กองบรรณาธิการ (ต่อ)

ดร.สาตี แฮมิลตัน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แจ่มจันทร์ เทศสิงห์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มาสริน ศุกลปักษ์

ดร.สุริยา ฟองเกิด

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรินยา พลสิงห์ชาญ

ดร.วรรณถ พรหมศวร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุตม์ชฎาน์ อินทเรือง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์กร ชัยวงศ์

ดร.นพดล พิมพ์จันทร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จงกิจ วงษ์พินิจ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปณวัตร สันประโคน

ฝ่ายจัดการ

นางสาวสุณิสา สำเร็จดี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์

(ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติ)

คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านภาษาอังกฤษ)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

(ผู้ทรงคุณวุฒิด้านภาษาอังกฤษ)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วารสารได้รับการรับรองเป็นวารสารกลุ่มที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2572

บทความและรายงานวิจัยในราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
เป็นความคิดเห็นของผู้เขียนมิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมีใช้ความรับผิดชอบของคณะผู้จัดทำ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณากลับกรองบทความ
ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569 ISSN 2985-2900 (online)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	สังกัด
1	ผศ.ดร.สมจิตต์ เวียงเพิ่ม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
2	ดร.เกษราภรณ์ เคนบุปผา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
3	ดร.ธิดา มุลาลินท์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
4	ผศ.ดร.สุจรรยา โลหาชีวะ	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
5	ผศ.ดร.นิศากร โพธิมาศ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
6	ผศ.ดร.มาสริน ศุกลปักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
7	ดร.วรรณภ พรหมศวร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
8	ดร.ไวยพร พรหมวงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
9	ดร.ดวงมน ทรัพย์สินเสรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
10	ผศ.ดร.ผาณิต หลีเจริญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
11	ผศ.ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์	คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
12	ร้อยเอก ดร.กิตติพงษ์ พลทิพย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
13	ดร.สกวรัตน์ แดงมันฮับ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์
14	รศ.ดร.ศรีญญา จุฬารี	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
15	ดร.ณัฐธิดา เพชรประไพ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
16	ผศ.ดร.ศรินยา พลสิงห์ชาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
17	รศ.ดร.ปณวัตร สันประโคน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
18	ดร.รุจิระชัย เมืองแก้ว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
19	ผศ.ดร.ณรงค์กร ชัยวงศ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณากลั่นกรองบทความ
ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ (ต่อ)

ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569 ISSN 2985-2900 (online)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	สังกัด
20	ผศ.ดร.สุพิตรรา	เศลวันทะกุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี
21	ผศ.ดร.ณิชาภัทร	มณีพันธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
22	ผศ.ดร.สุมาลี	เลิศมัลลิกาพร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
23	ผศ.ดร.กิตติภูมิ	ภิญโญ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
24	ผศ.ดร.วิญญูทัตญญ	บุญทัน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
25	ดร.นพดล	พิมพ์จันทร์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์
26	รศ.ดร.ซัจฉะณงค์	แพรวขาว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
27	ผศ.ดร.ประทุมมา	ฤทธิ์โพธิ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
28	ผศ.ดร.เนติยา	แจ่มทิม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
29	ผศ.ดร.สาคร	อินโพลี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

วารสารได้รับการรับรองเป็นวารสารกลุ่มที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2572

บทความและรายงานวิจัยในราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
เป็นความคิดเห็นของผู้เขียนมิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมิใช่ความรับผิดชอบของคณะผู้จัดทำ

สารจากบรรณาธิการ

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรินทร์ ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2569 ฉบับนี้ นำเสนอ บทความวิจัยจำนวน 12 บทความ ครอบคลุมองค์ความรู้ด้านการพยาบาลและสุขภาพ เช่น การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ผลของโปรแกรมวิถีทัศน์แบบส่งเสริมแรงจูงใจต่อทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติกวัยเรียน ปัญหา ความต้องการและการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร การพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กูย การรับรู้อุปสรรคและความต้องการด้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดต่อเนืองที่บ้าน ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตลอดจนการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ นอกจากนี้ยังมีผลงานวิจัยด้านการพัฒนาการเรียนรู้ทางการพยาบาล ซึ่งองค์ความรู้จากบทความเหล่านี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล การจัดบริการสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของประชาชนได้

กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการประเมินผลงานและให้ข้อเสนอแนะทางวิชาการอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพบทความ รวมทั้งขอขอบคุณนักวิจัย นักวิชาการ และผู้เขียนบทความทุกท่านที่ให้ความไว้วางใจส่งผลงานมาตีพิมพ์เผยแพร่ในราชวดีสาร กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ราชวดีสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้อ่าน และเป็นอีกหนึ่งเวทีสำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเผยแพร่องค์ความรู้ทางวิชาการด้านการพยาบาลและสุขภาพ ท้ายสุดนี้ขอเชิญชวนคณาจารย์ นักวิจัย บุคลากรทางการแพทย์และสุขภาพ และผู้สนใจ ร่วมส่งผลงานวิจัยและบทความวิชาการด้านการพยาบาล การสาธารณสุข การแพทย์ การศึกษาสุขภาพ และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมเผยแพร่และแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ที่มีคุณภาพ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาวิชาชีพและระบบสุขภาพของประเทศ แล้วพบกันใหม่ในราชวดีสารฉบับหน้าค่ะ

ดร.ธิดารัตน์ คณึงเพียร

บรรณาธิการ

สารบัญ

	หน้า
บทความวิจัย	
● การประเมินผลกระทบของผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยง (SMI-V) ในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ภรณ์ ศรีกังพาน และพัชรี ศรีกุดา	1
● ปัญหา ความต้องการ และภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ณรรจพร สิงห์สวัสดิ์, บังอร เผื่อน้อย และทัศนีย์ เกริกกุลธร	22
● การพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง โรงพยาบาลสุรินทร์ พุ่มพวง ทะเรรัมย์ และอรนุช ประดับทอง	40
● พฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อรอุมา คำวิวัฒน์, ปิยนันท์ ดอนแถลง และมณฑนา สังคมกำแพง	60
● ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กุ่ม กฤษฎา รัตนมงคลกูร, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม และปรีศนา อัครชนพล	75
● แนวทางการบริหารจัดการเพื่อพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด พรฤดี นิธิรัตน์, มธุรดา บรรจงการ, ราตรี อร่ามศิลป์, ชนิษฐา เมฆกมล, เพ็ญภา พิสัยพันธุ์, ธัสมน นามวงศ์, จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์, ปราณีต จงพັນนิมิตร และปรานอม โอสาร	93
● ประสิทธิภาพของการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้น ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ศุภวรรณ ชิมทอง, วันเพ็ญ แก้วปาน, ปาหนัน พิทยภิบาล และกุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ	108
● การรับรู้อุปสรรคและความต้องการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ แบบเปิดต่อเนืองที่บ้าน: บริบทโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง สืบทระกูล ตันตลานกุล, สุพัตรา เมืองก้อน และสุริยา พองเกิด	125
● การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วย โรคแพ้ภูมิตัวรับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลน่าน เยาวเรศศรี เชื้อจันชนลาภ, วิภารัตน์ ผิวอ่อน, กาญจนา สาใจ และกฤตพัทธ์ ผีภน	140
● ผลของโปรแกรมวิถีชีวิตแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคมต่อทักษะทางสังคม ในเด็กออทิสติกวัยเรียน ธีรนาฏ จันคง และสุดาพร สถิตยยุทธการ	158

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
● การพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน : กรณีศึกษาตำบลกลันตา จังหวัดบุรีรัมย์ ณรงค์กร ชัยวงศ์, ณิชภัทร มณีพันธ์, ศิริเพ็ญ อำไพพิศ, สุมาลา สว่างจิต และธำปณีนัฐ ศิริเฉลิมพงศ์	176
● ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จิราภรณ์ สุพลมาตย์, ธนัยรัตน์ ชัยศิริภูวดล และแสงดาว เส่าปัน	194
คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ	212

การประเมินผลระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยง (SMI-V) ในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

ภรณ์ ศรีกังพาน, พย.บ.*

พัชรี ศรีฤดา, ส.ด.**

Received: September 19, 2025

Revised: May 25, 2026

Accepted: August 20, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ใช้กรอบแนวคิด แบบจำลองชิปปี้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 143 คน ประกอบด้วย ผู้ดูแล 24 คน ผู้นำระดับตำบล 108 คน และผู้นำระดับอำเภอ 11 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ระหว่าง 0.67–1.00 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านผลผลิต และความพึงพอใจต่อระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเท่ากับ 0.91, 0.85, 0.96, 0.88, 0.97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิเคราะห์เนื้อหาและการตรวจสอบสามเส้า

ผลการวิจัยพบว่า ด้านบริบท ($M = 3.83$, $SD = 0.53$) ด้านกระบวนการ ($M = 3.67$, $SD = 1.03$) และด้านผลผลิต ($M = 3.71$, $SD = 0.97$) อยู่ในระดับดี ส่วนด้านปัจจัยนำเข้าอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.44$, $SD = 1.06$) ระบบการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ที่มีความจำเป็น ขาดบุคลากรเฉพาะทาง งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ แม้ระบบการดูแลในโรงพยาบาลจะชัดเจนและมีเครื่องมือพร้อม แต่ระบบจัดการก่อนเกิดเหตุและการติดตามหลังจำหน่ายในชุมชน ยังขาดความต่อเนื่องและการมีส่วนร่วม ส่งผลให้อัตราการกำเริบและกลับเป็นซ้ำยังสูง ข้อเสนอแนะ การนำผลการวิจัยและแนวปฏิบัติที่ดี จากพื้นที่ต้นแบบ “บ้านใหม่โมเดล” ซึ่งเน้นการบูรณาการภาคีเครือข่ายชุมชนร่วมกับระบบสาธารณสุข มาขยายผลและบรรจุในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและยาเสพติดระดับอำเภอ เพื่อจัดตั้งระบบเฝ้าระวังและการติดตามเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การประเมินผลระบบ ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยง แบบจำลองชิปปี้

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: phatcharee.s@nrru.ac.th

Evaluating the Caring System for Substance-Induced Psychosis with High Risk to Violence in Communities, Nakhon Ratchasima Province

Poranee Srikongpan, B.N.S.*

Phatcharee Srikuta, Dr.P.H.**

Abstract

This evaluation research aims to assess the psychiatric and substance abuse care system for high-risk groups prone to violence in the community of Nakhon Ratchasima Province. The study employs the SIP model framework. The sample consists of 143 stakeholders, including 24 caregivers, 108 sub-district leaders, and 11 district leaders. Research instruments include questionnaires, in-depth interviews, and focus group discussions, with content validity (IOC) ranging from 0.67 to 1.00 and reliability scores for the productivity and satisfaction questionnaires regarding the psychiatric and substance abuse care system in the community being 0.91, 0.85, 0.96, 0.88, and 0.97, respectively. Quantitative data were analyzed using statistics such as frequency, percentage, mean, and standard deviation, while qualitative data were analyzed through content analysis and triangulation.

Research results found that in the context aspect ($M = 3.83$, $SD = 0.53$) process aspect ($M = 3.67$, $SD = 1.03$) and the output aspect ($M = 3.71$, $SD = 0.97$) are at a good level, while the input factors are at a moderate level ($M = 3.44$, $SD = 1.06$). The patient care system in the area is necessary but lacks specialized personnel, budget, and equipment. Although the hospital care system is clear and equipped, the pre-incident management and post-discharge follow-up system in the community lack continuity and participation, resulting in a high rate of relapse and recurrence. Recommendation: Utilize research findings and best practices from the "BANMAI Model" prototype area, which emphasizes the integration of community network partners with the public health system, to expand and incorporate into the district-level mental health and substance abuse service development plan. This aims to establish a continuous proactive monitoring and follow-up system.

Keywords: Evaluating the caring system, Substance-induce psychosis with high risk to violence (SMI-V), CIPP model

* Master of Public Health Student, Faculty of Public Health, Nakhonratchasima Rajabhat University

** Assistant Professor Doctor, Faculty of Public Health, Nakhonratchasima Rajabhat University; Corresponding Author E-mail: phatcharee.s@nrnu.ac.th

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตยังคงเป็นประเด็นสำคัญทางสาธารณสุขทั้งในระดับโลกและประเทศไทย เนื่องจากส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต เศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงของประเทศ สถานการณ์ปัจจุบันสะท้อนแนวโน้มการใช้สารเสพติดที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับความซับซ้อนจากปัญหาสุขภาพจิตร่วม (dual diagnosis) ซึ่งส่งผลให้ภาระของระบบบริการสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น (มานพ คณะโต และคณะ, 2562; สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [สสส.], 2566)

ในระบบบริการสุขภาพ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) เป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรม ร่วมกับความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง และเป็นระบบตามมาตรฐานทางคลินิก (กรมสุขภาพจิต, 2566) หลักฐานระดับประเทศชี้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อความรุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสัมพันธ์กับการเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงในชุมชนที่เพิ่มสูงขึ้นในช่วงหลายปีที่ผ่านมา (กรมสุขภาพจิต, 2566) นอกจากนี้การใช้สารเสพติดยังมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน (วรวรรณ จุฑา และคณะ, 2566)

ในบริบทพื้นที่อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา มีประชากรประมาณ 95,796 คน ครอบคลุม 12 ตำบล 153 หมู่บ้าน เป็นพื้นที่ที่ยังคงเผชิญปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาลครบุรีช่วงปี พ.ศ. 2561–2566 พบผู้ป่วยโรคจิตจากแอลกอฮอล์ (F10) และความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด (F11–F19) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น รวมถึงผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว สอดคล้องกับแนวโน้มระดับประเทศที่แสดงให้เห็นว่าผู้ใช้สารเสพติดมีอัตราการเข้ารับบริการทางจิตเวชเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กรมสุขภาพจิต, 2563) โรงพยาบาลครบุรีร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ได้พัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดกลุ่มเสี่ยง (SMI-V) ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2561 โดยครอบคลุมการคัดกรอง การเฝ้าระวัง การส่งต่อ การรักษา และการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย ภายใต้ความร่วมมือของโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัวผู้ดูแล ปัจจุบันมีผู้ป่วย SMI-V สะสมจำนวน 95 ราย อย่างไรก็ตามแม้ระบบดังกล่าวดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่องมากกว่า 5 ปีแต่ยังไม่เคยมีการประเมินผลเชิงระบบอย่างเป็นรูปธรรมในบริบทพื้นที่

จากการทบทวนวรรณกรรมพบข้อจำกัดสำคัญของระบบ ได้แก่ ความล่าช้าในการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่ก่อความรุนแรงในชุมชน ความไม่ต่อเนื่องของการดูแล (continuity of care) ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากรเฉพาะทาง การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (relapse) และความเปราะบางของการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้เกิดการกำเริบของอาการและเหตุการณ์ความรุนแรงซ้ำในชุมชน (กำทร ดานา, 2564; สุภาพร จันทน์สาม, 2565; สมถวิล แพรขาว และธิดารัตน์ ห้วยทราย, 2565) แม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาจะมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติดในหลายบริบท แต่ส่วนใหญ่เป็นการพัฒนาเชิงรูปแบบหรือประเมินผลเพียงบางมิติ ทำให้ยังขาดการประเมินระบบแบบองค์รวมที่เชื่อมโยงบริบท กระบวนการ และผลลัพธ์ภายใต้กรอบ CIPP Model

ดังนั้นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับระบบ (system-level evidence) ที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างบริบท กระบวนการ และผลลัพธ์ของระบบบริการ SMI-V ในบริบทชุมชนยังมีข้อจำกัด การศึกษาวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดกลุ่มเสี่ยง (SMI-V) ในชุมชน อำเภอครบุรี

จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้กรอบแนวคิด CIPP Model ของ Stufflebeam (1971) ครอบคลุมการประเมินด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต เพื่อระบุจุดแข็ง ข้อจำกัดของระบบ และพัฒนาแนวทางการปรับปรุงบริการ โดยเฉพาะการเสริมความต่อเนื่องของการดูแล การเพิ่มประสิทธิภาพการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และการพัฒนาการดูแลในระยะอาการสงบ (remission phase) เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ลดการกำเริบของโรค ลดความเสี่ยงต่อความรุนแรงซ้ำ และสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติดระดับอำเภออย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยง (SMI-V) ในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต

ภาพ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (evaluation research) โดยประเมินผลระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชน อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 โดยใช้รูปแบบการวิจัยประเมินผลตามกรอบแนวคิดแบบจำลอง CIPP Model (Stufflebeam, 1971) ดำเนินการวิจัยใน 12 ตำบลในอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครราชสีมา ดำเนินการศึกษา เดือนพฤษภาคม 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องในพื้นที่การศึกษา 12 ตำบล รวม 143 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มตัวแทนครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 24 คน (การสัมภาษณ์เชิงลึกและตอบแบบสอบถาม) 2) กลุ่มผู้นำระดับตำบล ได้แก่ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน แกนนำชุมชน/องค์การบริหาร ส่วนตำบล/เทศบาล อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 108 คน (สนทนากลุ่มและตอบแบบสอบถาม) 3) กลุ่มผู้นำระดับอำเภอ ได้แก่ นายอำเภอบรรพตพิสัยหรือผู้แทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ผู้กำกับสถานีตำรวจภูธรอำเภอ ปลัดอำเภอฝ่ายความมั่นคง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ บุคลากรสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลบรรพตพิสัย ได้แก่ แพทย์ ตัวแทนพยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตวิทยา เจ้าหน้าที่กู้ชีพกู้ภัย จำนวน 11 คน (การสัมภาษณ์เชิงลึกและตอบแบบสอบถาม)

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ขนาดกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณกำหนดจากความเหมาะสมของพื้นที่และการครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนในอำเภอบรรพตพิสัย โดยเริ่มจากกลุ่มผู้นำระดับตำบล กำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละพื้นที่เป็นผู้คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย โดยเป็นกลุ่มผู้นำระดับตำบลที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชน จากนั้นใช้วิธีเลือกจากการบอกต่อแนะนำไปยังกลุ่มตัวแทนครอบครัวผู้ป่วยในพื้นที่ ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วย SMI-V ในเวชระเบียนของโรงพยาบาลบรรพตพิสัยอย่างน้อย 1 ปี ได้รับการวินิจฉัยตามรหัส ICD 10 รหัสโรคได้แก่ F20.xx , F30.xx – F39.xx ร่วมกับ F10.xx – F19.xx ส่วนกลุ่มผู้นำระดับอำเภอหน่วยงานต้นสังกัดเป็นผู้คัดเลือก จนกว่าจะได้ข้อมูลที่อิ่มตัว การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้หลักการความอิ่มตัวของข้อมูลสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพโดยอ้างอิงแนวคิดของ Guest et al. (2006) ที่ระบุว่า การสัมภาษณ์เชิงลึก 12-15 รายการเพียงพอต่อการได้ข้อมูลอิ่มตัวในกลุ่มที่มีความเป็นเนื้อเดียวกัน สำหรับกลุ่มผู้นำระดับตำบล 108 คน กำหนดจากจำนวนตำบล 12 แห่ง โดยแต่ละตำบลมีตัวแทน 8-10 คนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นผู้ปฏิบัติงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับการจัดการระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ในพื้นที่อำเภอบรรพตพิสัย
2. มีการรับรู้สติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ
3. แสดงความจำนงค์ในการศึกษาครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และได้มีการลงนามใน "ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย"

เกณฑ์การคัดออก

ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลภายใต้กรอบแนวคิดการประเมินแบบ CIPP Model ของ Stufflebeam (1971) ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท (context evaluation) ด้านปัจจัยนำเข้า (input evaluation) ด้านกระบวนการ (process evaluation) และด้านผลผลิต (product evaluation) โดยใช้เป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นและออกแบบข้อคำถามทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ครอบคลุมการประเมินระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชนอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้เครื่องมือวิจัยได้รับการพัฒนาบนฐานกรอบแนวคิดทางทฤษฎี (theoretical framework-based instrument development) เพื่อให้ข้อคำถามสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และองค์ประกอบของการประเมินตามกรอบ CIPP Model ประกอบด้วยเครื่องมือดังต่อไปนี้

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview guideline)

ใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างแบบปลายเปิด (semi-structured interview) สำหรับการสัมภาษณ์รายบุคคล แบ่งออกเป็น 2 ชุด ได้แก่

1.1 แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มตัวแทนครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย

1.2 แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มผู้นำระดับอำเภอ

แบบสัมภาษณ์ทั้ง 2 ชุด พัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิด CIPP Model โดยกำหนดประเด็นคำถามให้ครอบคลุมองค์ประกอบของการประเมินทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การประเมินด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต เพื่อสะท้อนสภาพปัญหา ความจำเป็น ทรัพยากร กระบวนการดำเนินงาน และผลลัพธ์ของระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และส่วนที่ 2 ข้อมูลการประเมินระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยแบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มตัวแทนครอบครัวหรือผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ และแบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มผู้นำระดับอำเภอ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ ครอบคลุม 5 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) สถานการณ์และความจำเป็นของการจัดการระบบจิตเวชฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 2) การจัดการดูแลและการนำส่งผู้ป่วยในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล 3) การดูแลรักษาในโรงพยาบาล ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และระบบส่งต่อผู้ป่วย 4) การดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายและการดูแลในชุมชน และ 5) ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

ทั้งนี้ประเด็นคำถามดังกล่าวได้รับการออกแบบให้เชื่อมโยงกับองค์ประกอบของ CIPP Model โดยประเด็นด้านสถานการณ์และความจำเป็นของระบบสอดคล้องกับการประเมินด้านบริบท (context) ประเด็นด้านทรัพยากร บุคลากร และการสนับสนุนระบบสอดคล้องกับการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (input) ส่วนกระบวนการดูแล การส่งต่อ และการติดตามต่อเนื่องสอดคล้องกับการประเมินด้านกระบวนการ (process) ขณะที่ผลลัพธ์ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะสะท้อนการประเมินด้านผลผลิต (product)

2. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (focus group discussion guideline)

ใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้นำระดับตำบล ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แกนนำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ แนวคำถามประกอบด้วย 13 ข้อ ครอบคลุม 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) สถานการณ์การดูแลและการจัดการระบบจิตเวชฉุกเฉินในพื้นที่ 2) การดูแลและการนำส่งผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล 3) ระบบการดูแลรักษาและการส่งต่อผู้ป่วย 4) การดูแลต่อเนื่องในชุมชนหลังจำหน่าย และ 5) ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน โดยแนวคำถามทั้งหมดได้รับการพัฒนาภายใต้กรอบแนวคิด CIPP Model

เช่นเดียวกับแบบสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ข้อมูลที่ได้สามารถสะท้อนการประเมินระบบทั้งด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตได้อย่างครอบคลุมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3. แบบสอบถามประเมินผลระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

ใช้สำหรับเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตัวแทนครอบครัวหรือผู้ดูแล กลุ่มผู้นำระดับตำบล และกลุ่มผู้นำระดับอำเภอ จำนวน 28 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 การประเมินผลระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ครอบคลุมการประเมิน 4 ด้านตามกรอบ CIPP Model ได้แก่ 1) การประเมินด้านบริบท 2) การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า 3) การประเมินด้านกระบวนการ และ 4) การประเมินด้านผลผลิต ข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตามแนวคิดของลิเคิร์ท (Likert Scale) (Best & Kahn, 1993) โดยกำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน คือ เห็นด้วยน้อยที่สุดถึงเห็นด้วยมากที่สุด จากนั้นคำนวณค่าเฉลี่ยคะแนนเพื่อสรุประดับความคิดเห็นโดยรวม และแปลผลออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1.00-2.33 คะแนน หมายถึง ระดับควรปรับปรุง 2.34-3.66 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง 3.67-5.00 คะแนน หมายถึง ระดับดี

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชน จำนวน 24 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตามแนวคิดของลิเคิร์ท โดยกำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน คือ พึงพอใจน้อยที่สุด ถึง พึงพอใจมากที่สุด และแปลผลคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับควรปรับปรุง ระดับปานกลาง และระดับดี ทั้งนี้ ความพึงพอใจถือเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินด้านผลผลิต (product evaluation)

4. แบบบันทึกภาคสนาม (field note) ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกปลายเปิดสำหรับบันทึกข้อมูลภาคสนามจากการสังเกต การสนทนากลุ่ม บริบทแวดล้อม และประเด็นสำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างการเก็บข้อมูล เพื่อใช้ประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) เครื่องมือวิจัยซึ่งเป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยทางสาธารณสุข 1 ท่าน จิตแพทย์ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด 1 ท่าน โดยตรวจสอบความถูกต้องและความสอดคล้องของเนื้อหา จากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขและคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือแต่ละฉบับ โดยมีคะแนนค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC ของเครื่องมือแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางการการสนทนากลุ่มและความพึงพอใจ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 โดยเกณฑ์ในการพิจารณาค่า IOC มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5

2. ค่าความเชื่อมั่น (reliability) นำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีบริบทใกล้เคียงกับอำเภอครบุรี คือ ผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด 30 คน พื้นที่อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค โดยมีค่าความเที่ยงด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลผลิตและความพึงพอใจต่อระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เท่ากับ 0.91, 0.85, 0.96, 0.88, 0.97 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าไม่น้อยกว่า 0.7 สามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ภายใต้กรอบแนวคิดการประเมินแบบ CIPP Model ของ Stufflebeam (1971) ดำเนินการในพื้นที่อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา ระหว่าง

เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตวิจัยผ่านหนังสือราชการจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา และประสานงานกับโรงพยาบาลครบุรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย รวมทั้งดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผ่านผู้ประสานงานในพื้นที่ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขและผู้นำชุมชน ทั้งนี้การนัดหมายผู้เข้าร่วมวิจัยดำเนินการล่วงหน้าตามความเหมาะสมของบริบทพื้นที่ การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัยเพียงผู้เดียวในทุกขั้นตอน ทั้งนี้ผู้วิจัยทำหน้าที่ทั้งผู้เก็บข้อมูลและผู้บันทึกภาคสนาม โดยคงบทบาทเชิงเป็นกลาง (neutral role) เพื่อลดอคติจากการตีความข้อมูลระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวโดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ และลงนามแสดงความยินยอมก่อนเข้าร่วมการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) โดยมีกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้นำระดับตำบล 2) กลุ่มตัวแทนครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด 3) กลุ่มผู้นำระดับอำเภอ

การสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้นำระดับตำบลดำเนินการตำบลละ 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 60–90 นาที ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือสถานที่ประชุมในชุมชนที่เหมาะสม ส่วนการสัมภาษณ์เชิงลึกดำเนินการกับตัวแทนครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย อย่างน้อยตำบลละ 2 ราย ใช้เวลาประมาณ 30–60 นาทีต่อราย ณ สถานที่ที่เป็นส่วนตัวและเอื้อต่อการเปิดเผยข้อมูล สำหรับกลุ่มผู้นำระดับอำเภอดำเนินการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 30–60 นาทีต่อราย ณ สถานที่ปฏิบัติงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการจนกว่าจะถึงจุดอิ่มตัวของข้อมูล (data saturation) โดยพิจารณาจากการไม่ปรากฏข้อมูลใหม่เพิ่มเติมอย่างต่อเนื่องในการสัมภาษณ์หรือการสนทนากลุ่มอย่างน้อย 2–3 ครั้ง สุดท้าย (Guest et al., 2006) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (data triangulation) ระหว่างการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และบันทึกภาคสนาม รวมทั้งใช้การตรวจสอบย้อนกลับ (audit trail) จากบันทึกการถอดเทปและรหัสข้อมูลที่จัดเก็บแยกจากข้อมูลระบุตัวตน ผู้วิจัยถอดเทปแบบคำต่อคำและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยตนเอง ใช้รหัสแทนผู้ให้ข้อมูล (de-identification coding) เพื่อรักษาความลับและลดความเสี่ยงในการระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัยตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การนำเสนอผลใช้รหัส เช่น “ผู้นำระดับอำเภอคนที่ 1”

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

ประกอบด้วยข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิ ดำเนินการภายใต้กรอบแนวคิด CIPP Model เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยในแต่ละด้านอย่างเป็นระบบ

1) ข้อมูลทุติยภูมิ เก็บรวบรวมจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดกลุ่มเสี่ยง (SMI-V) ของโรงพยาบาลครบุรี ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมถึงรายงานสถานการณ์ เอกสารนโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และเอกสารระบบบริการที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ประกอบการประเมินด้านบริบท (context evaluation) เพื่ออธิบายความสอดคล้องของนโยบาย สถานการณ์ปัญหา และความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยง (SMI-V) ในพื้นที่ศึกษา รวมทั้งใช้ประกอบการประเมินด้านผลผลิต (product evaluation) ได้แก่ อัตราการกลับมามีอาการกำเริบก่อนความรุนแรง (relapse rate) อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 120 วัน (readmission rate) และผลการติดตามบำบัดรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วย เพื่อสะท้อนผลการดำเนินงานของระบบดูแลผู้ป่วยในระดับอำเภอ

2) ข้อมูลปฐมภูมิ เก็บรวบรวมจากแบบสอบถามประเมินระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ซึ่งเก็บจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้นำระดับตำบล กลุ่มตัวแทนครอบครัวหรือผู้ดูแล และกลุ่มผู้นำระดับอำเภอ โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกับการลงพื้นที่ภาคสนามของการวิจัย เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และความครบถ้วนของข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การป้องกันการถูกตีตราในกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัว และขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ก่อนทำการเก็บข้อมูล เลขที่ HE-086-2567 รับรองเมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม 2567 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลและรายละเอียดการวิจัย โดยข้อมูลที่ได้เป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาหรือถอนตัวจากการศึกษาได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบต่อใดๆ เปิดโอกาสให้ซักถามแสดงความจำนงค์ในการให้ข้อมูลในการศึกษาด้วยความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วยข้อมูลปฐมภูมิจากแบบสอบถาม และข้อมูลทุติยภูมิจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ รวมถึงรายงานสถิติ และตัวชี้วัดของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ข้อมูลทุติยภูมิถูกกำหนดไว้ตั้งแต่ขั้นตอนการออกแบบการวิจัยและเป็นส่วนหนึ่งของแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลภายใต้กรอบแนวคิด CIPP Model โดยดำเนินการเก็บรวบรวมกับข้อมูลปฐมภูมิผ่านแบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิ (document extraction form) ซึ่งใช้สกัดข้อมูลจากเวชระเบียนและเอกสารระบบบริการ การวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะข้อมูลและระดับการดำเนินงานของระบบบริการ ภายใต้การวิจัยประเมินผล (evaluation research) ตามกรอบ CIPP Model ซึ่งมุ่งเน้นการอธิบายบริบท กระบวนการ และผลลัพธ์มากกว่าการทดสอบสมมติฐาน สำหรับตัวชี้วัดเชิงระบบ เช่น relapse และ remission ใช้นิยามตามมาตรฐานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และคำนวณเป็นอัตราอุบัติการณ์ (incidence rate) หรือเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด เพื่อสะท้อนผลการดำเนินงานของระบบบริการอย่างเป็นระบบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) โดยถอดเทปแบบคำต่อคำ และตรวจสอบความถูกต้องก่อนเข้าสู่การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ดำเนินการ coding และจัดหมวดหมู่ข้อมูลตามกรอบแนวคิด CIPP Model เพื่ออธิบายความหมายเชิงลึกของปรากฏการณ์ในระบบบริการ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา ใช้วิธีตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (data triangulation) ตามแนวคิดของ Denzin (1970) โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล ช่วงเวลา และบริบทพื้นที่ เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องหรือความแตกต่างของข้อมูล จากนั้นจึงสังเคราะห์เป็นประเด็นเชิงพรรณนา (descriptive thematic synthesis) และนำผลไปสนับสนุนการตีความข้อมูลเชิงปริมาณในรูปแบบการบูรณาการผล (integrated mixed-methods interpretation) ภายใต้กรอบ CIPP Model เพื่อให้การประเมินระบบมีความครบถ้วนในทุกมิติ

ผลการวิจัย

1. ผลการประเมินบริบท

1.1 บริบททั่วไปของพื้นที่ อำเภอครบุรีตั้งอยู่ทางทิศใต้ของจังหวัดนครราชสีมาห่างจากตัวจังหวัด 58 กิโลเมตร พื้นที่ 1,784 ตารางกิโลเมตรหรือประมาณ 1,115,000 ไร่ แบ่งการปกครอง 12 ตำบล ประกอบด้วย ตำบลแะ ตำบลบ้านใหม่ ตำบลเฉลียง ตำบลโคกกระชาย ตำบลครบุรี ตำบลจระเข้หิน ตำบลอรพิมพ์ ตำบลมาบตะโกเอน ตำบลลำเพียก ตำบลสระวานพระยา ตำบลตะแบกบานและตำบลครบุรีใต้

1.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูล

1.2.1 กลุ่มผู้นำระดับอำเภอ จำนวน 11 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 72.70 อายุเฉลี่ย 44.36 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 45.50 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 30-40 ปี ร้อยละ 36.40 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 63.60 ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ค่าเฉลี่ย 11.09 ปี แบ่งกลุ่มประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ที่ 5-10 ปี ร้อยละ 45.50

1.2.2 กลุ่มผู้นำระดับตำบล จำนวน 108 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.80 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 50.57 ปี อยู่ในกลุ่มอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 42.60 ผู้นำระดับตำบลส่วนใหญ่ปฏิบัติงานตำแหน่ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 38.00 กำนันผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 16.60 ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านหรือ อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน ร้อยละ 15.70 พยาบาลวิชาชีพหรือนักวิชาการสาธารณสุขหรือ เจ้าพนักงานสาธารณสุข ร้อยละ 12.10 เจ้าหน้าที่เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 7.50 หัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 6.50 ผู้บริหารเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 1.90 แพทย์ประจำตำบล ร้อยละ 0.90 และตำรวจสายตรวจประจำตำบล ร้อยละ 0.90

1.2.3 กลุ่มตัวแทนครอบครัวหรือผู้ดูแล จำนวน 24 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.70 อายุผู้ดูแลเฉลี่ยเท่ากับ 56.96 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 41.70 อายุของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลเฉลี่ยเท่ากับ 34.83 ปี ต่ำสุด 21 ปี สูงสุด 55 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 41.70 ชนิดของการใช้สารเสพติดหลักของผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ยาบ้า ร้อยละ 45.80 ใช้สารเสพติดมากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 41.70 กัญชา ร้อยละ 4.20 กระท่อม ร้อยละ 4.20 และสุรา ร้อยละ 4.20 การดูแลผู้ป่วย (นับตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเจ็บป่วย) ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 7.92 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 21 ปี การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 37.50 ระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.30 อาชีพของผู้ดูแลส่วนใหญ่เกษตรกร ร้อยละ 54.20 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดามารดา ร้อยละ 66.70

ตารางที่ 1

ผลประเมินระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยง (SMI-V) ในชุมชน อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต

ด้านการประเมิน	รวมทุกกลุ่ม (n=143) Mean ± SD	กลุ่มผู้นำระดับอำเภอ (n=11) Mean ± SD	กลุ่มผู้นำระดับตำบล (n=108) Mean ± SD	กลุ่มผู้ดูแลและญาติ (n=24) Mean ± SD
ด้านบริบท (Context)	3.83 ± 0.53 (ดี)	4.00 ± 0.41 (ดี)	3.82 ± 0.52 (ดี)	3.77 ± 0.61 (ดี)
ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)	3.44 ± 1.06 (ปานกลาง)	3.38 ± 0.80 (ปานกลาง)	3.45 ± 1.03 (ปานกลาง)	3.42 ± 1.23 (ปานกลาง)
ด้านกระบวนการ (Process)	3.67 ± 1.03 (ดี)	3.67 ± 0.96 (ดี)	3.68 ± 0.97 (ดี)	3.61 ± 1.19 (ดี)
ด้านผลผลิต (Product)	3.71 ± 0.97 (ดี)	3.53 ± 1.04 (ปานกลาง)	3.60 ± 0.93 (ปานกลาง)	4.29 ± 0.89 (ดี)

หมายเหตุ: การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งระดับ ดังนี้ 1.00-2.33 = ปรับปรุง, 2.34-3.66 = ปานกลาง, 3.67-5.00 = ดี

1.3 ผลการประเมินบริบท พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M = 3.83, SD = 0.53$) คะแนนสูงสุดคือความจำเป็นในการจัดตั้งเครือข่ายจิตเวชฉุกเฉินให้มีกระบวนการการทำงานที่เหมาะสมเป็นขั้นตอนและแนวทางปฏิบัติชัดเจนในทิศทางเดียวกัน ($M = 4.03, SD = 0.93$) คะแนนต่ำสุด คือระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชนมีการดำเนินงานครอบคลุมทุกพื้นที่อำเภอครบุรีและสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่พบในปัจจุบัน ($M = 3.62, SD = 1.01$) รายด้าน พบว่า ความสอดคล้องตามนโยบายด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชนของจังหวัดนครราชสีมาอยู่ในระดับดี ($M = 3.86, SD = 0.97$) ความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในสถานบริการสุขภาพอยู่ในระดับดี ($M = 4.03, SD = 0.93$) ความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงระดับชุมชนอยู่ในระดับดี ($M = 3.74, SD = 0.99$) เมื่อแยกตามกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มผู้นำระดับอำเภออยู่ในระดับดี ($M = 4.00, SD = 0.41$) กลุ่มผู้นำระดับตำบลอยู่ในระดับดี ($M = 3.82, SD = 0.52$) และกลุ่มครอบครัวหรือผู้ดูแลอยู่ในระดับดี ($M = 3.77, SD = 0.61$) และผลการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม พบว่า

1.3.1 การประเมินความสอดคล้องตามนโยบายด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชนของจังหวัดนครราชสีมา พบว่า นโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยงานด้านสุขภาพจิตมีทิศทางที่ชัดเจนและสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านการป้องกัน บำบัดรักษา และดูแลต่อเนื่อง เพื่อลดอาการทางจิตกำเริบ การก่อความรุนแรง และการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายชุมชนในการเฝ้าระวังและติดตามดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลทั้งระดับตำบลและอำเภอให้ข้อมูลว่า “แม้นโยบายจะมีความชัดเจนในด้านแนวทางและเป้าหมาย แต่เมื่อถ่ายทอดสู่ระดับพื้นที่ยังพบข้อจำกัดด้านการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ส่งผลให้การดำเนินงานไม่ทั่วถึงและขาดความต่อเนื่อง” โดยข้อจำกัดดังกล่าวเกี่ยวข้องกับความแตกต่างของแต่ละพื้นที่ ทั้งด้านจำนวนและศักยภาพของบุคลากร งบประมาณสนับสนุน ความพร้อมของภาคีเครือข่าย ลักษณะภูมิศาสตร์ที่ทำให้เข้าถึงผู้ป่วยได้ยาก ตลอดจนความร่วมมือของครอบครัวและชุมชนในการติดตามดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้การดำเนินงานในบางพื้นที่ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า แม้นโยบายระดับจังหวัดจะมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ แต่การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติยังจำเป็นต้องคำนึงถึงความแตกต่างของบริบทในแต่ละชุมชน ดังนั้นจึงควรสนับสนุนกลไกการดำเนินงานระดับพื้นที่ให้สามารถประยุกต์ใช้แนวทางตามนโยบายได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของตนเอง รวมทั้งเสริมสร้างศักยภาพของภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงเกิดประสิทธิภาพ ความต่อเนื่อง และความยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

1.3.2 ความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในสถานบริการสุขภาพ พบว่า บุคลากรในสถานบริการสุขภาพระดับอำเภอและระดับตำบลตระหนักถึงความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วย ในชุมชน สถานบริการสุขภาพเป็นหน่วยงานแรกที่ได้รับมือและมีข้อจำกัด เช่น บุคลากรไม่เพียงพอ ขาดการอบรมจิตเวชฉุกเฉินและไม่มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภาระงานมากไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง การติดตามอาการผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นภาระของเจ้าหน้าที่ไม่กี่คนและขาดระบบสนับสนุนทางจิตสังคมในพื้นที่ เช่น กลุ่มช่วยเหลือผู้ดูแลหรือเครือข่ายฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในชุมชน จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบบริการให้สามารถรองรับผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

1.3.3 ความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในระดับชุมชนพบว่า ชุมชนตระหนักถึงปัญหาที่เกิดจากผู้ป่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน

สร้างความหวาดกลัวและความเครียด ตีตราผู้ป่วย ผู้ดูแลหรือครอบครัวขาดทักษะในการดูแล ไม่มีระบบสนับสนุนจากภายนอก เป็นโรคเรื้อรังซึ่งภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสูง บำบัดรักษาไม่ต่อเนื่องและกลับมาเสพยาเสพติดซ้ำ ผู้นำระดับชุมชนเห็นว่ามี ความจำเป็นในการสร้างระบบดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องให้สอดคล้องกับบริบทชุมชน มีการจัดอบรมให้ความรู้กับผู้ดูแล ครอบครัว อสม. และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงมีทีมจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน เสนอให้มีระบบการประสานงานที่ชัดเจนต่อเนื่องระหว่าง รพ.สต. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายภาคประชาชน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและลดภาระให้ผู้ดูแลและครอบครัว

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพระหว่างระดับสถานบริการสุขภาพ และระดับชุมชน พบทั้งความเหมือนและความแตกต่างที่สำคัญ โดยความเหมือนกันสะท้อนว่า ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงมีความซับซ้อนสูง มีความเสี่ยงต่อการกำเริบของอาการและการใช้สารเสพติดซ้ำ อีกทั้งระบบการดูแลยังขาดความต่อเนื่อง (continuity of care) และขาดการสนับสนุนเชิงระบบที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลให้การดูแลต้องอาศัยการประสานงานหลายภาคส่วนร่วมกัน อย่างไรก็ตามความแตกต่างพบว่า ระดับสถานบริการสุขภาพเน้นข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของระบบบริการ ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง การไม่มีแนวทางปฏิบัติมาตรฐานด้านจิตเวชฉุกเฉิน ภาระงานที่สูง และข้อจำกัดด้านการติดตามหลังจำหน่าย ขณะที่ระดับชุมชนเน้นมิติทางสังคมและครอบครัว ได้แก่ การขาดทักษะของผู้ดูแล การตีตราทางสังคม (stigma) การขาดเครือข่ายสนับสนุน และภาระการดูแลที่ตกอยู่กับครอบครัวเป็นหลัก ดังนั้นผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าปัญหาดังกล่าวมีลักษณะเป็นปัญหาหลายระดับ (multi-level problem) ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาระบบการดูแลแบบบูรณาการทั้งในระดับบริการสุขภาพและระดับชุมชนควบคู่กันเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและลดความเสี่ยงของการกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำอย่างยั่งยืน

2. ผลการประเมินปัจจัยนำเข้า

ผลการประเมินพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.44$, $SD = 1.06$) คะแนนสูงสุดคือบุคลากรผู้ปฏิบัติงานจิตเวชและยาเสพติดในพื้นที่ที่มีความพร้อมในการคัดกรอง การดูแล เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย การเฝ้าระวังเหตุจิตเวชฉุกเฉินเบื้องต้น การจำกัดพฤติกรรมและสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาล เช่น โรงพยาบาลครบุรี โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา และโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบำบัดฟื้นฟูสภาพได้อย่างเหมาะสมตามมาตรฐานแนวทางปฏิบัติ ($M = 3.85$, $SD = 0.97$) ค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุดในเรื่องมีการสนับสนุนและจัดสรรทรัพยากร วัสดุ อุปกรณ์ ยานพาหนะ ยาหรือเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น ไม้ง่าม ชุดตรวจหาสารเสพติดปัสสาวะ อุปกรณ์ระงับเหตุ ปืนไฟฟ้า โล่ เป็นต้น เพียงพอต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ($M = 3.24$, $SD = 1.22$) แยกรายด้าน พบว่า ด้านการจัดการมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากที่สุด ($M = 3.68$, $SD = 1.01$) ด้านบุคลากร ($M = 3.56$, $SD = 0.98$) ด้านวัสดุอุปกรณ์ ($M = 3.24$, $SD = 1.22$) และด้านงบประมาณ ($M = 2.90$, $SD = 1.15$) วิเคราะห์ข้อมูลแยกตามกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มผู้นำระดับอำเภออยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.38$, $SD = 0.80$) กลุ่มผู้นำระดับตำบลอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.45$, $SD = 1.03$) และกลุ่มครอบครัวหรือผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.42$, $SD = 1.23$) ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม พบว่า

2.1 ด้านบุคลากร การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดระดับตำบลมีข้อจำกัดด้านกำลังคน โดยพึ่งพาบุคลากรจาก รพ.สต. อสม. และผู้นำชุมชน ซึ่งมีภาระงานสูง ขณะที่ยังขาดบุคลากรเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชฉุกเฉิน ส่งผลให้สมรรถนะและความมั่นใจในการปฏิบัติงานไม่เพียงพอ อีกทั้งการดำเนินงานยังขาดมาตรฐานทางวิชาชีพ มักอาศัยประสบการณ์มากกว่าคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติ ส่งผลต่อคุณภาพและความต่อเนื่องในการดูแล โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่อความรุนแรงที่ต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพเฉพาะทาง

นอกจากนี้การเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญยังมีข้อจำกัด ทำให้ต้องพึ่งพาโรงพยาบาลแม่ข่าย ส่งผลให้การตอบสนองในภาวะฉุกเฉินอาจล่าช้า จึงควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่องผ่านการอบรมด้านการประเมินอาการทางจิต การสื่อสารเชิงบวก การลดอคติ และการทำงานเป็นทีม ควบคู่กับการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน เพื่อลดความซ้ำซ้อน ทั้งนี้ ควรมีการสร้างแรงจูงใจ เช่น ค่าตอบแทน ความก้าวหน้าในวิชาชีพ และการยกย่องเชิดชู เพื่อเสริมสร้างขวัญกำลังใจและความยั่งยืนในการปฏิบัติงาน

2.2 ด้านงบประมาณ ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานในระดับตำบลและชุมชนยังเผชิญข้อจำกัดด้านงบประมาณอย่างชัดเจน โดยงบประมาณไม่ได้ถูกจัดสรรเฉพาะสำหรับงานด้านสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวช แต่กระจายจากงบประมาณงานส่งเสริมสุขภาพ งานควบคุมโรค หรือกองทุนฉุกเฉิน ส่งผลให้ไม่เพียงพอต่อกิจกรรมที่จำเป็น เช่น การเยี่ยมบ้าน การติดตามอาการ และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน นอกจากนี้กระบวนการของงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีข้อจำกัดด้านระเบียบ ขั้นตอน และข้อกำหนดทางวิชาการ โดยเฉพาะการขาดรหัสงบประมาณเฉพาะ ขาดข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุนความจำเป็นเร่งด่วน และการขาดแผนบูรณาการร่วมระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ส่งผลให้บางกรณีไม่สามารถเบิกจ่ายได้ทันเวลา หรือไม่สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่อย่างแท้จริง ผู้ให้ข้อมูลเสนอว่า “ควรมีการกำหนดกรอบงบประมาณเฉพาะด้านสุขภาพจิตและสารเสพติดในระดับพื้นที่อย่างชัดเจน” ทั้งจากระดับจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พร้อมพัฒนาแผนงานเชิงหลักฐาน (evidence-based plan) เพื่อประกอบการจัดสรรงบประมาณ ส่งเสริมความร่วมมือเชิงนโยบายระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและอปท. เพื่อให้การสนับสนุนงบประมาณมีความยืดหยุ่น เหมาะสม ตอบสนองต่อปัญหาจิตเวชและยาเสพติดในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2.3 ด้านวัสดุอุปกรณ์ ผลการศึกษาพบว่า ระบบบริการระดับชุมชนยังมีข้อจำกัดด้านวัสดุอุปกรณ์ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ขาดแคลนอุปกรณ์และเครื่องมือเฉพาะทางสำหรับการประเมินอาการทางจิตและการดูแลเบื้องต้นในภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช ส่งผลให้ศักยภาพในการจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงยังไม่เพียงพอ ผู้ปฏิบัติงานสะท้อนว่า “อุปกรณ์ที่มีอยู่ไม่สามารถรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ” ผู้ให้ข้อมูลระดับอำเภอเสนอว่า “ควรมีการจัดสรรงบประมาณเฉพาะสำหรับการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น พร้อมกำหนดแนวทางมาตรฐานกลางในการคัดเลือกอุปกรณ์และเทคโนโลยีสารสนเทศที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งส่งเสริมการบูรณาการทรัพยากรร่วมระหว่างโรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายภาคประชาชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรและความยั่งยืนของระบบบริการในระดับพื้นที่” สะท้อนความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ให้มีความเพียงพอได้มาตรฐาน และสอดคล้องกับบริบทของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในระดับชุมชน เพื่อยกระดับคุณภาพการบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

2.4 ด้านการจัดการ ในระดับพื้นที่ยังขาดความเป็นระบบและขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน แม้จะมีการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน แต่ขาดโครงสร้างการบริหารจัดการที่ชัดเจนส่งผลให้การทำงานร่วมกันยังเป็นลักษณะเฉพาะกิจ ขึ้นอยู่กับบุคคลหรือสถานการณ์มากกว่าจะเป็นระบบที่มีแผนงานและบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ การจัดการกรณีฉุกเฉิน เช่น ผู้ป่วยคึกคั่งก้าวร้าว ขาดแผนรับมือ การตอบสนองเหตุล่าช้า หรือเกิดความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของทั้งผู้ป่วย ประชาชนและผู้ปฏิบัติงาน การจัดการข้อมูลไม่เป็นระบบเดียวกัน บางพื้นที่ไม่มีการจัดเก็บประวัติหรือการวางแผนดูแลต่อเนื่อง ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ให้ข้อมูลเสนอว่า “ควรมีการกำหนดนโยบายการจัดการในระดับพื้นที่อย่างชัดเจนโดยเฉพาะการแต่งตั้งทีมจิตเวชฉุกเฉินระดับตำบล กำหนดแผนดำเนินงานประจำปี มีระบบรายงานผลที่ชัดเจนและเชื่อมโยงข้อมูลกันระหว่างหน่วยงานโดยการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้

พัฒนาแผนเผชิญเหตุจิตเวชฉุกเฉินร่วมกับชุมชนและมีระบบข้อมูลการดูแลผู้ป่วย มีผู้รับผิดชอบฐานข้อมูลหลัก และสามารถดึงข้อมูลมาใช้เป็นปัจจุบันได้” เพื่อให้สามารถดูแลติดตามผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงการก่อเหตุซ้ำในชุมชน

3. ผลการประเมินกระบวนการ

ผลการประเมิน พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M = 3.67, SD = 1.03$) มีค่าเฉลี่ยคะแนนมากที่สุดเรื่องมีระบบการขอคำปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง/จิตแพทย์ เมื่อผู้ป่วยมีปัญหายุ่งยากซับซ้อน อาการทางจิตก้าวร้าวรุนแรง มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลปลายทางอย่างเหมาะสมเมื่อเกินศักยภาพในการดูแลรักษา ($M = 3.98, SD = 0.92$) ค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุดในเรื่องกระบวนการค้นหา คัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ค้นหาคัดกรอง ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดและผู้มีอาการทางจิตเวชจากการใช้ยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงเพื่อเข้ารับการรักษาดังแต่ระยะแรกเริ่มที่มีอาการเจ็บป่วย ($M = 3.30, SD = 1.28$) ผลการประเมินรายขั้นตอน พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉินจนไปถึงการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลปลายทางที่เหมาะสม มีค่าเฉลี่ยคะแนนมากที่สุด ($M = 3.76, SD = 0.97$) รองลงมาคือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงหลังการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ($M = 3.59, SD = 1.09$) และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงและนำส่งผู้ป่วยช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล ($M = 3.55, SD = 1.05$) ตามลำดับ เมื่อแยกตามกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มผู้นำระดับอำเภอผลการประเมินอยู่ในระดับดี ($M = 3.67, SD = 0.96$) กลุ่มผู้นำระดับตำบลผลการประเมินอยู่ในระดับดี ($M = 3.68, SD = 0.97$) และกลุ่มครอบครัวหรือผู้ดูแลผลการประเมินอยู่ในระดับดี ($M = 3.61, SD = 1.19$) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม พบว่า

3.1 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงและนำส่งผู้ป่วยช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดในระยะก่อนถึงโรงพยาบาลยังเป็นช่วงที่มีความเปราะบางของระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากยังขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นระบบและชัดเจนในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชและพฤติกรรมก้าวร้าวจากการใช้สารเสพติด ผู้ป่วยจำนวนมากถูกนำส่งเมื่ออาการรุนแรงแล้ว ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการเข้าถึงบริการรักษาและเพิ่มความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ในหลายพื้นที่ยังไม่มีแนวทางมาตรฐานหรือคู่มือในการประเมินอาการเบื้องต้น การประสานงาน และการส่งต่อผู้ป่วยในระยะ pre-hospital การดำเนินงานจึงขึ้นอยู่กับดุลยพินิจและประสบการณ์ของบุคลากรในพื้นที่ ซึ่งยังมีข้อจำกัดด้านองค์ความรู้ทางสุขภาพจิต ส่งผลให้บางกรณีมีการจัดการที่ไม่เหมาะสม เช่น การควบคุมตัวหรือใช้ความรุนแรงในการระงับเหตุ แม้บางพื้นที่จะมีการจัดตั้งทีมจิตเวชฉุกเฉินและการซักซ้อมการส่งต่อร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ และขาดกลไกสนับสนุนอย่างเป็นระบบ ทั้งด้านงบประมาณ ยานพาหนะ และทรัพยากรสนับสนุน รวมถึงข้อจำกัดด้านการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนถึงโรงพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรม โดยเสริมสร้างศักยภาพครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชนในการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น พัฒนาทีมจิตเวชฉุกเฉินที่มีความพร้อมด้านทรัพยากร และจัดระบบการประสานงานและการส่งต่อที่มีความต่อเนื่องระหว่างชุมชนและสถานบริการสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล ลดความเสี่ยงต่อความรุนแรง และยกระดับความปลอดภัยของระบบบริการโดยรวม

3.2 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาล (In-hospital care) ระบบการแพทย์ฉุกเฉินจนไปถึงการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลปลายทางที่เหมาะสม การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดในโรงพยาบาลมีระบบบริการที่เป็นโครงสร้างชัดเจน ครอบคลุมตั้งแต่การรับผู้ป่วยฉุกเฉิน การดูแลรักษาในโรงพยาบาล และการส่งต่อไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพเหมาะสม ระบบการแพทย์ฉุกเฉินสามารถ

รองรับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้ในระดับหนึ่ง โดยมีการประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงของพฤติกรรมก้าวร้าว ด้วยเครื่องมือมาตรฐาน เช่น Over Aggression Scale (OAS) ร่วมกับการประเมินสภาพจิตเบื้องต้น อย่างไรก็ตามยังพบข้อจำกัดด้านความพร้อมของอุปกรณ์ สมรรถนะบุคลากร และความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ในสถานการณ์ฉุกเฉิน การดูแลในโรงพยาบาลประกอบด้วย การรักษาทางการแพทย์ การใช้ยา การประเมิน สุขภาพจิต และการดำเนินงานแบบสหวิชาชีพพร้อมกัน แม้ในโรงพยาบาลชุมชนไม่มีจิตแพทย์ประจำสามารถใช้ระบบปรึกษาทางไกลและการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ตามเครือข่ายบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตามยังพบข้อจำกัดด้านศักยภาพเตียงผู้ป่วย ขาดหอผู้ป่วยเฉพาะทางจิตเวชและสารเสพติด และข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลหลัก การส่งต่อผู้ป่วยยังเผชิญข้อจำกัดด้านความล่าช้าในการสื่อสารข้อมูล ความไม่เพียงพอของบุคลากร และทรัพยากรในการนำส่ง ส่งผลต่อประสิทธิภาพของระบบส่งต่อโดยรวม ผู้ให้ข้อมูลเสนอว่า “ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชและสารเสพติด การใช้เครื่องมือประเมิน มาตรฐาน และพัฒนาระบบส่งต่อที่รวดเร็ว ปลอดภัยและได้มาตรฐาน เสริมสร้างระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ และการสนับสนุนทรัพยากรที่เหมาะสม” เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล ลดความเสี่ยง และป้องกันการเกิดเหตุซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

3.3 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงหลังการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (post-treatment care) การดูแลผู้ป่วยหลังการจำหน่ายยังสะท้อนการขาดระบบที่เป็นรูปธรรมและต่อเนื่องของการดูแลในระยะยาว โดยยังไม่ปรากฏโครงสร้างการบริการที่เป็นมาตรฐานรองรับการดูแลหลังจำหน่ายอย่างชัดเจนในระดับพื้นที่ ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่สะท้อนว่า “แม้จะมีการวางแผนร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลกับ ผู้ดูแลก่อนจำหน่าย แต่เมื่อผู้ป่วยกลับเข้าสู่ชุมชน การติดตามและการฟื้นฟูในระยะยาวไม่เป็นไปตามแผน เนื่องจากครอบครัวขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยและไม่มีระบบสนับสนุนจากชุมชน” ขณะที่เจ้าหน้าที่ระดับ ตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นกลไกหลักในการติดตามผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า “การติดตามหลังจำหน่ายมักดำเนินการเฉพาะรายที่มีประวัติความรุนแรงหรือได้รับการแจ้งเตือนจากชุมชน การเยี่ยมบ้านในหลายพื้นที่ยังไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากภาระงานของเจ้าหน้าที่สูง ขาดงบประมาณสนับสนุน และไม่มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างเป็นระบบ” นอกจากนี้ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนว่า ครอบครัวผู้ดูแลเผชิญภาวะเครียดและความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตไม่คงที่ ประกอบกับการขาดแหล่งให้คำปรึกษาและแนวทางจัดการภาวะจิตเวชฉุกเฉิน ส่งผลให้บางครอบครัวเลือกปล่อยให้ผู้ป่วย อยู่ตามลำพัง และมีแนวโน้มกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำโดยไม่เข้าสู่ระบบการติดตาม ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุรุนแรงในชุมชน และเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสุขภาพจิตและการกลับคืนสู่สังคมอย่างเหมาะสม แม้ว่าบางพื้นที่จะมีการจัดตั้ง “ทีมจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน” แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกตำบล อีกทั้งยังขาดฐานข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบันและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นข้อจำกัดสำคัญของการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลเสนอว่า “ควรพัฒนาระบบความต่อเนื่องของการดูแล (continuity of care system) ที่เชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม เน้นการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน กำหนดบทบาทเครือข่ายระดับพื้นที่ชัดเจน สนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณที่เพียงพอ ตลอดจนการเสริม ศักยภาพครอบครัวและชุมชน” เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ลดการกำเริบของอาการทางจิต ลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และส่งเสริมความยั่งยืนของผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาว

4. ผลการประเมินผลผลิต

ผลการประเมินจากข้อมูลทุติยภูมิ ข้อมูลผลการดำเนินงานตามเป้าหมายและตัวชี้วัดของหน่วยงานระดับอำเภอคือโรงพยาบาลครบุรี ที่สอดคล้องกับการดำเนินงานของสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบว่า บรรลุเป้าหมาย 2 ตัวชี้วัดจาก 3 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 66.67 และไม่บรรลุเป้าหมาย 1 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 33.33 มีรายละเอียด ดังนี้

4.1 ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายและตัวชี้วัดของหน่วยงานระดับอำเภอ จำนวน 3 ตัวชี้วัด

1) ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงมีอาการกำเริบก่อความรุนแรง (relapse rate) เป้าหมาย < ร้อยละ 10 ผลการดำเนินงานร้อยละ 50.68 เมื่อเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ 2564-2566 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 4.35 ร้อยละ 13.33 และร้อยละ 50.68

2) ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงกลับไปรักษาซ้ำที่โรงพยาบาลจิตเวชหรือโรงพยาบาลครบุรีภายใน 120 วัน เป้าหมาย < ร้อยละ 10 ผลการดำเนินงานร้อยละ 10.96 เมื่อเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ 2564-2566 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 4.35, 13.33 และ 10.96

3) ร้อยละผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงประเมินบำบัดรักษาและติดตามต่อเนื่อง 1 ปี เป้าหมาย ร้อยละ 60 ผลการดำเนินงานร้อยละ 95.90 เมื่อเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ 2564-2566 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 74.19, 82.22 และ 95.90 เมื่อนำข้อมูลตัวชี้วัดมาวิเคราะห์ในภาพรวมการดำเนินงานสามารถมองได้ทั้ง “ผลลัพธ์เชิงตัวชี้วัด” และ “ความสัมพันธ์ของระบบบริการฯ” การติดตามต่อเนื่องมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นชัดเจน แสดงให้เห็นว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนเห็นถึงความสำคัญในการติดตามทำให้ระบบบริการสามารถเข้าถึงและติดตามผู้ป่วยได้ดีขึ้น แต่ยังคงพบ relapse rate แนวโน้มเพิ่มขึ้น ปัญหาจึงอาจไม่ได้อยู่ที่การเข้าถึงบริการแต่เป็น “คุณภาพหรือประสิทธิผลของการรักษา” เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังหรือสมองติดยา บางรายมีโรคร่วมทางจิตเวชส่งผลให้ต้องใช้ระยะเวลาการรักษานานและมีภาระในการดูแลสูง ประกอบกับปัจจัยทางครอบครัว สังคมและพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การกลับเข้าสู่สภาพแวดล้อมเดิม เสพสารเสพติดซ้ำ/ใช้สารอื่นทดแทน ขาดการเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้สารเสพติดระยะยาว รับประทานยาและรักษาไม่ต่อเนื่อง อาจเป็นปัจจัยหลักหรือปัจจัยกระตุ้นทำให้อาการกำเริบรุนแรงซ้ำได้

4.2 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.62$, $SD = 1.03$) ค่าเฉลี่ยคะแนนมากที่สุดเรื่องความพึงพอใจต่อระบบการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาล ($M = 3.99$, $SD = 0.91$) ค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุดเรื่องได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพียงพอต่อการปฏิบัติงานจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ($M = 3.06$, $SD = 1.19$) วิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้รับบริการไม่พึงพอใจในระบบบำบัด เนื่องจากคิดว่าใช้ระยะเวลานานในการบำบัด สถานที่ให้บริการแคบและอาจใช้เวลาในการรอคอยนาน ผู้ให้บริการไม่พึงพอใจด้านงบประมาณซึ่งยังไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน และผลการวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจแยกตามกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มผู้นำระดับอำเภออยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.59$, $SD = 0.81$) กลุ่มผู้นำระดับตำบลอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.60$, $SD = 0.97$) และกลุ่มครอบครัวหรือผู้ดูแลอยู่ในระดับดี ($M = 3.75$, $SD = 1.25$)

4.3 ผลการประเมินผลผลิต พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M = 3.71$, $SD = 0.97$) ค่าเฉลี่ยคะแนนมากที่สุดในเรื่องระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงในชุมชนหรือแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจนตั้งแต่ระดับชุมชนถึงโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการทางการแพทย์ได้รวดเร็วและเพิ่มมากขึ้น ลดความเสี่ยงต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล ชุมชนและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ($M = 3.87$, $SD = 0.98$) ค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุดเรื่องผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาตามมาตรฐาน มีอาการกำเริบ

ก่อนความรุนแรงลดลง ($M = 3.56$, $SD = 1.11$) เมื่อแยกตามกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มผู้นำระดับอำเภอผลอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.53$, $SD = 1.04$) กลุ่มผู้นำระดับตำบลผลอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.60$, $SD = 0.93$) และกลุ่มครอบครัวหรือผู้ดูแลมีผลอยู่ในระดับดี ($M = 4.29$, $SD = 0.89$) ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มสะท้อนว่า แม้ระบบการดูแลในพื้นที่จะมีการพัฒนาเพิ่มขึ้นทั้งด้านการประสานงาน การวางแผนร่วมกับครอบครัว และเครือข่ายสุขภาพพระระดับตำบล แต่ผลลัพธ์โดยรวมยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เนื่องจากการดูแลยังขาดความต่อเนื่องและการส่งต่อข้อมูล ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายมีอาการกำเริบ ความรุนแรง หรือกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีประวัติพฤติกรรมรุนแรง ทั้งนี้การขาดระบบติดตามหลังจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดเหตุซ้ำ ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า “หากไม่มีการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุรุนแรงซ้ำ” อย่างไรก็ตามอัตราการรักษาต่อเนื่องมีแนวโน้มดีในกลุ่มที่ครอบครัวให้ความร่วมมือสูง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มี รพ.สต. เข้มแข็งและระบบเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้และได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง ขณะที่โรงพยาบาลมีบทบาทในการให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวในการจัดการพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล ด้านความพึงพอใจต่อระบบบริการ พบว่าอยู่ในระดับปานกลางถึงดี โดยสูงในพื้นที่ที่มีเครือข่ายชุมชนเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วย ขณะที่พื้นที่ที่ขาดการสนับสนุนมีความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากครอบครัวรับรู้การดูแลโดยไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ โดยสรุปภาพรวมการประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยง (SMI-V) ในจังหวัดนครราชสีมา มีความเข้มแข็งด้านนโยบายและบริบท แต่ยังมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร การประสานงาน และระบบติดตามต่อเนื่อง ส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านการป้องกันการกำเริบและการใช้สารเสพติดซ้ำยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ดังนั้นควรพัฒนาการบูรณาการทรัพยากรและการจัดการรายกรณีเชิงรุกในระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ได้อภิปรายผลโดยจำแนกตามวัตถุประสงค์ ดังนี้ การประเมินบริบท การประเมินปัจจัยนำเข้า การประเมินกระบวนการ และการประเมินผลผลิต ดังนี้

ผลการประเมินบริบท พบว่า บริบทโดยรวมอยู่ในระดับดี เนื่องจากทุกภาคส่วนมีความตระหนักต่อความซับซ้อนของปัญหาผู้ป่วย SMI-V และมีนโยบายระดับจังหวัดที่ชัดเจนในการป้องกันและบำบัดรักษาเพื่อลดการเสพยา อย่างไรก็ตาม การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติยังพบข้อจำกัดเรื่องความทั่วถึง โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลที่การเข้าถึงบริการยังยากลำบาก ประกอบกับปัจจัยทางสังคม เช่น การตีตราผู้ป่วยและทัศนคติเชิงลบของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ วชิรดิolk (2565) ที่ระบุว่า การที่ผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตเข้าไม่ถึงระบบการรักษาที่เหมาะสมเกิดจากหลายปัจจัย ทั้งด้านกฎหมาย นโยบาย ทักษะของบุคลากร และระบบบริการที่ไม่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะโรค รวมถึงการขาดความรู้เรื่องสัญญาณเตือนและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของญาติและชุมชน ดังนั้นการพัฒนาแผนการดำเนินงานในระดับพื้นที่จึงต้องมุ่งเน้นการลดอคติควบคู่ไปกับการออกแบบระบบบริการที่สอดคล้องกับบริบททางภูมิศาสตร์และวัฒนธรรมเพื่อประสิทธิภาพที่ยั่งยืน

ผลการประเมินปัจจัยนำเข้า พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง และเป็นส่วนที่ควรเร่งพัฒนา เนื่องจากยังขาดแคลนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ระงับเหตุ และชุดตรวจสารเสพติดที่ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานจริง อีกทั้งยังประสบปัญหาขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางที่มีทักษะด้านจิตเวชฉุกเฉินในระดับตำบล ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานขาดความมั่นใจและมีภาระงานล้นมือ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ วรียา จันทรขำ (2559) ที่เน้น

ความสำคัญของการสร้างทีมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการคัดกรองและการบำบัดฟื้นฟูสุขภาพจิตตามบริบทของชุมชน ดังนั้นการสร้างกลไกการบริหารจัดการที่ชัดเจนผ่านทีมสหวิชาชีพและการสนับสนุนทรัพยากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย จะช่วยให้เจ้าหน้าที่ทำงานได้อย่างเต็มศักยภาพ ครอบครัวและผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ ลดภาระการดูแล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้ตามศักยภาพ

ผลการประเมินกระบวนการ พบว่า อยู่ในระดับดี โดยระบบการดูแลในโรงพยาบาลมีความชัดเจนและมีเครื่องมือสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ แต่ยังคงมีช่องว่างสำคัญในระยะก่อนเกิดเหตุ (pre-treatment) และหลังจำหน่าย (post-treatment) ที่ขาดความชัดเจนและการมีส่วนร่วมจากชุมชนอย่างแท้จริง โดยเฉพาะแผนรับมือในระดับพื้นที่ การติดตามเยี่ยมบ้านไม่ต่อเนื่อง และการทำงานขึ้นอยู่กับประสบการณ์ส่วนบุคคลมากกว่าระบบที่มีโครงสร้างถาวร แม้จะมีการใช้โมเดลในการดูแลผู้ป่วยในบางพื้นที่ เช่น ระบบ 2ย1ส (ยา ญาติ สารเสพติด) และสัญญาณเตือน 5 ธงแดง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ สุภาพร จันทรสาม (2565) ที่ระบุว่า การสร้างระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อต้องอาศัยการวิเคราะห์ปัญหาและการสื่อสารที่เชื่อมโยงทุกระดับตั้งแต่ชุมชนจนถึงโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับมงคล ศิริเทพทวี และคณะ (2561) และพรทิพย์ วชิรติลก และคณะ (2564) ที่ยืนยันว่าระบบการดูแลต่อเนื่องและการแพทย์ฉุกเฉินจิตเวชแบบบูรณาการ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้รวดเร็วขึ้น ลดอัตราการเกิดอาการกำเริบซ้ำและสร้างความปลอดภัยให้แก่ทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่อย่างมีนัยสำคัญ

ผลการประเมินผลผลิต พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับดี โดยโดดเด่นในด้านการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว แต่ยังมีประเด็นท้าทายสำคัญ คือ อัตราการกลับเป็นซ้ำ (relapse rate) ที่สูงถึงร้อยละ 50.68 และอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ (readmission rate) ร้อยละ 10.96 ซึ่งเกินค่าเป้าหมาย สะท้อนถึงปัญหาด้านประสิทธิผลของการรักษาและความไม่พร้อมของครอบครัวในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ หทัยกาญจน์ เสียงเพราะ (2563) และวรรณณ จุฑา และคณะ (2566) ที่ระบุว่า การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงนี้จำเป็นต้องมีระบบติดตามเชิงรุกและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนอย่างเป็นระบบเพื่อลดการกำเริบก่อนความรุนแรงและเสพยาเสพติดซ้ำ แม้กลุ่มตัวอย่างจะมีความพึงพอใจต่อระบบบริการในโรงพยาบาลระดับมาก ($M = 3.99$) แต่กลับมีความพึงพอใจต่อการสนับสนุนงบประมาณในระดับต่ำสุด ($M = 3.06$) เนื่องด้วยทรัพยากรและบุคลากรที่ไม่เพียงพอ ดังนั้นข้อเสนอแนะสำคัญคือการพัฒนา "ประสิทธิภาพการดูแล" (care efficiency) ทั้งในเชิงผลลัพธ์ กระบวนการ และทรัพยากร โดยเน้นการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน การใช้หลัก 2ย1ส (ยา/ญาติ/สารเสพติด) และโปรแกรมป้องกันการเสพยาซ้ำ (relapse prevention) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชติยา แก้วสมบัติ และคณะ (2567) และองค์การอนามัยโลก (WHO) ที่ย้ำถึงความสำคัญของการเสริมพลังครอบครัวและชุมชน (community-based care) เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในระยะยาวอย่างยั่งยืน

ข้อค้นพบจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผลการศึกษาพบแนวปฏิบัติที่ดี (best practice) พื้นที่ตำบลบ้านใหม่ คือ “บ้านใหม่โมเดล” ซึ่งเป็นรูปแบบการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงสูงในชุมชน เน้นกลไกชุมชนในบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายชุมชน แนวปฏิบัติสำคัญประกอบด้วยการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนและผู้ดูแลในการเฝ้าระวังและจัดการภาวะฉุกเฉิน มีระบบเฝ้าระวังเชิงรุก (early warning system) จัดตั้งทีมจิตเวชฉุกเฉินระดับตำบลเพื่อสนับสนุนการตอบสนองเหตุเร่งด่วนและระบบส่งต่อไร้รอยต่อ (referral system) ซึ่งส่งผลให้การติดตามผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดความเสี่ยงการกำเริบของอาการทางจิต การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และลด stigma ในชุมชน นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบการขยายผลไปยังพื้นที่ตำบลลำเพ็ญผ่าน “โครงการ

อบรมผู้นำเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในหมู่บ้านชุมชนตำบลลำเพ็ญ ” ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 3 และได้รับการพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดเชิงระบบ (conceptual framework) สำหรับการดูแลผู้ป่วยโดยบูรณาการกลไกชุมชน ระบบบริการ และความต่อเนื่องของการดูแล เพื่อมุ่งลดการกำเริบซ้ำและการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ เชื่อมโยงกับการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบลพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการภายใต้กรอบประเด็น 4+1+1 (สุขภาพจิตและยาเสพติด)

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษานี้ดำเนินการในพื้นที่อำเภอศรีบุญเรืองเพียงแห่งเดียว ผลการวิจัยอาจไม่สามารถนำไปอ้างอิงกับพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกันได้โดยตรง
2. กลุ่มตัวแทนครอบครัวผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาคือกลุ่มที่ยินยอมให้ข้อมูล อาจไม่ครอบคลุมครอบครัวที่ปฏิเสธการมีส่วนร่วมหรือมีประสบการณ์เชิงลบกับระบบบริการ
3. การเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียว (cross-sectional) ทำให้ไม่สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของระบบตามเวลาได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านบริบท ควรขับเคลื่อนนโยบายผ่านกลไก พชอ. และ พชต. อย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการงานป้องกัน บำบัด และปราบปรามยาเสพติด และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนตามแนวทาง “ประชารัฐ” เพื่อให้เกิดความร่วมมือและความยั่งยืน
2. ด้านปัจจัยนำเข้า ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการประเมินและการสื่อสารเชิงบวก จัดสรรงบประมาณร่วมระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและ อปท. พร้อมจัดตั้งทีมสหวิชาชีพระดับตำบลและพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยที่เชื่อมโยงและเข้าถึงได้
3. ด้านกระบวนการ ควรพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย SMI-V แบบไร้รอยต่อ ตั้งแต่การเฝ้าระวัง การประเมินอาการ การส่งต่อฉุกเฉิน การดูแลหลังจำหน่าย และการติดตามต่อเนื่อง โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการติดตามและเชื่อมโยงข้อมูล พร้อมนำ “บ้านใหม่โมเดล” ซึ่งเป็น best practice ไปขยายผลสู่เครือข่ายระดับอำเภอและ 11 ตำบลที่เหลือของอำเภอศรีบุญเรือง เพื่อพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยและพัฒนา (R&D) หรือวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพครอบครัวและเครือข่ายชุมชนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง SMI-V ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ โดยบูรณาการสมรรถนะผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของชุมชน ความเข้มแข็งของเครือข่าย และความต่อเนื่องของการดูแล ควบคู่กับการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาปัจจัยและข้อจำกัดของระบบบริการ รวมทั้งศึกษาการขยายผลไปยังพื้นที่อื่น เพื่อประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความยั่งยืนของรูปแบบในระบบบริการปฐมภูมิต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต. (2563). แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (acute care) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข (ระดับ A, S, M1 และ M2) ฉบับทดลองใช้. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11. <https://www.mhc11.go.th/manuals/4669/>
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต. (2566). มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง: *Standard operating procedures (SOPs) severe mental illness high risk to violence (V-Care)*. คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. <https://dmh-elibrary.org/items/show/1394>
- กำทร ดานา. (2564). การพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30*(3), 406–414.
- ชติยา แก้วสมบัติ, อิศรา ขุนพิลึก, ชินกร สุจิณจล, และอัญชลี วิจิตรปัญญา. (2567). การวิเคราะห์บริบทของปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง: การศึกษาแบบผสมผสานวิธีในหลายระดับ. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 17*(3), 157–171.
- พรทิพย์ วชรติลล. (2565). ผู้ป่วยฉุกเฉินจิตคลุ้มคลั่งกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการในพื้นที่. *วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย, 2*(1), 77–89.
- พรทิพย์ วชรติลล, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, ชีระ ศิริสมุต, และอัญชลี เนื่องอุดม. (2564). การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในประเทศไทย. *วารสารระบบวิจัยสาธารณสุข, 17*(2), 264–278
- มานพ คณะโต, กนิษฐา ไทยกกล้า, สาวิตรี อัมมวงค์กรชัย, จิตรลดา อารีย์สันติชัย, ศยามล เจริญรัตน์, พูนรัตน์ ลีตติกุล, เกียรติกร พึ่งเชื้อ, และรังสิยา วงศ์อุปปา. (2562). รายงานผลการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทยปี พ.ศ. 2562. จรลสนิทวงศ์การพิมพ์.
- มงคล ศิริเทพทวิ, พิษญา วัฒนการุณ, จำเนียร สุรวรางกูร, ขนิษฐา ชุ่มสุข, จุฑามณี ดุษฎีประเสริฐ, และปรียา สิริ วิฑูรชาติ. การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงในสถานบริการระดับปฐมภูมิกับระบบบริการปกติ. *รามาริบดีเวชสาร, 41*(2), 25–35.
- เยาวดี วิบูลย์ศรี. (2556). *การประเมินโครงการ แนวคิดและแนวปฏิบัติ*. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรวรรณ จุฑา, นพพร ตันติรังสี, และกมลลักษณ์ มากคล้าย. (2566). ระบาดวิทยาของกลุ่มความผิดปกติการควบคุมตนเองในคนไทย: การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี พ.ศ. 2556. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 31*(2), 92–105.
- วริยา จันทรขำ. (2559). การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน : บทบาทพยาบาลจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 30*(3), 1–9.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2566). *สุขภาพคนไทย ปี 2566 : คำสัญญาของไทย “คอป” (COP: Conference of Parties) กับการรับมือ “โลกรวน”*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. <https://dol.thaihealth.or.th/Media/Index/c05a4f14-a7f0-ed11-80ff-00155d1aab6e>
- สมถวิล แพรขาว, และธิดารัตน์ ห้วยทราย. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 25*(1), 34–42.

- สุภาพร จันทร์สาม. (2565). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบไร้รอยต่อเขตบริการจังหวัดยโสธร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(ฉบับเพิ่มเติม 1), S74-S84.
- หวาน ศรีเรือนทอง, และคณะ. (2560). การประเมินโครงการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(2), 362-371.
- หทัยกาญจน์ เสียงเพระ. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 36(2), 413-426.
- เอกชัย พลหนองคุณ. (2565). การประเมินโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารวิจัยและพัฒนา นวัตกรรมทางสุขภาพ*, 3(1), 203-216.
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (1993). *Research in education (7th ed.)*. Allyn and Bacon.
- Denzin, N. K. (1970). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. Aldine.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59-82.
- Stufflebeam, D. L. (1971). The relevance of the CIPP evaluation model for educational accountability. *Journal of Research and Development in Education*, 5, 19-25.

ปัญหา ความต้องการ และการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ณรรจพร สิงห์สวัสดิ์, พย.ม.*

บังอร เผ่าน้อย, พร.ด.**

ทัศนีย์ เกริกกุลธร, พย.ด.***

Received: December 19, 2025

Revised: July 19, 2026

Accepted: August 21, 2026

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีแนวโน้มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเผชิญภาระและผลกระทบหลายด้าน จึงจำเป็นต้องศึกษาข้อมูลที่สะท้อนภาระ ปัญหา และความต้องการของผู้ดูแลอย่างแท้จริง การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาระ ปัญหา และความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานแบบคู่ขนาน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงธันวาคม พ.ศ. 2567 ผู้ให้ข้อมูลหลัก คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ดูแลหลักจำนวน 15 คน ที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและเข้ารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินภาระการดูแล ฉบับย่อ 12 ข้อ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถามกึ่งโครงสร้างในหัวข้อปัญหา/อุปสรรคและความต้องการในการดูแล ค่าความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และค่าความเชื่อมั่นเครื่องมือของแบบประเมิน ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟา ได้ค่า 0.88 วิเคราะห์ข้อมูล เชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยพบว่า ภาระการดูแลของผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ($M = 0.78$, $SD = 0.71$) โดยเฉพาะในด้านผลกระทบต่อชีวิต อย่างไรก็ตามผู้ดูแลบางรายรายงานว่ามีความรู้สึกผิด ความวิตกกังวล และความเครียดจากการดูแลต่อเนื่องโดยไม่มีผู้ช่วยเหลือ ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ปัญหาสำคัญที่ผู้ดูแลเผชิญ ได้แก่ ปัญหาด้านอารมณ์ เวลา เศรษฐกิจ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความต้องการของผู้ดูแลครอบคลุม 5 มิติหลัก ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว บริการสุขภาพ สุขภาพของผู้ดูแล เศรษฐกิจ และการประสานงานบริการ ข้อค้นพบสะท้อนถึงความสำคัญของการสนับสนุนผู้ดูแลในฐานะผู้ได้รับผลกระทบร่วมจากโรคสมองเสื่อม ข้อเสนอแนะ ควรมีแนวทางดูแลแบบองค์รวมต่อเนื่องเพื่อเสริมพลังและลดภาระของผู้ดูแลในระยะยาว

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแล ภาระการดูแล ความต้องการ ผู้สูงอายุ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสระบุรี

**อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก;

ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: bangon@bcns.ac.th

***อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Problems, Needs, and Burden of Care for Caregivers of Elderly People with Dementia

Nutjaporn Singsawat, M.S.N.*

Bang-on Phaonoi, Ph.D.**

Tassanee Krirkgulthorn, D.N.S.***

Abstract

Thailand has a growing trend of elderly people with dementia, resulting in caregivers facing burdens and various impacts, making it necessary to study data that reflects the burdens, problems, and needs of caregivers. Truly, this research aims to study the burdens, problems, and needs of caregivers for elderly individuals with dementia by using a mixed-methods approach in a parallel design, collecting data from June to December. Prof. In 2024, the primary informants were specifically selected, consisting of 15 primary caregivers who care for dementia patients and utilize services at the elderly clinic. The research instruments included a 12-item short version of the caregiver burden assessment, in-depth interviews based on semi-structured questions focusing on issues/obstacles and care needs, content validity assessed by three experts, and the reliability of the assessment tool measured by the Cronbach's alpha coefficient, which was 0.88. The data were analyzed quantitatively using descriptive statistics and qualitatively through content analysis.

The research findings revealed that the caregiving burden of most caregivers was at a low level ($M = 0.78$, $SD = 0.71$), particularly in terms of impact to life. However, some caregivers reported feelings of guilt, anxiety, and stress from continuous caregiving without assistance. Qualitative data revealed that the main issues caregivers face include emotional, time, economic, and healthcare access problems. The needs of caregivers encompass five main dimensions: Support from family, healthcare services, caregiver health, economy, and service coordination. The findings reflect the importance of supporting caregivers as they are also affected by dementia. Recommendation: There should be a continuous holistic care approach to empower and reduce the burden on caregivers in the long term.

Keywords: Dementia, Caregivers, Caregiver burden, Needs, Older adults

*Registered nurse, Geriatric clinic, Saraburi Hospital

**Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute;
Corresponding Author E-mail: bangon@bcns.ac.th

***Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (complete aged society) จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2567 มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 20.20 (14.16 ล้านคน) (กลุ่มสถิติสุขภาพและภาวะทางสังคม กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2568; ปราโมทย์ ประสาทกุล และภุชิต ประคองสาย, 2566) การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุได้นำมาซึ่งภาวะพึ่งพิงและโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับความเสื่อมของระบบประสาท หนึ่งในปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในกลุ่มนี้คือ ภาวะสมองเสื่อม (dementia) จากค่าพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์มีแนวโน้มสูงขึ้น (รัชนี้ หาญสมสกุล และวัฒนา ชยธวัช, 2567) อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของประชากรอายุ 60-79 ปี พ.ศ. 2567 เท่ากับ 177.16 (ความชุกเท่ากับ 0.35) และข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 เท่ากับ 116.92 (ความชุกเท่ากับ 0.43) (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข, 2568ก, 2568ข) และมีอัตราผู้ป่วยในต่อประชากร 100,000 คน ระหว่างพ.ศ. 2566 ถึง 2567 เฉพาะการวินิจฉัยโรคหลักเพิ่มขึ้นจาก 2.80 เป็น 3.85 และเมื่อรวมทุกการวินิจฉัยโรคเพิ่มขึ้นจาก 131.03 เป็น 151.12 (กลุ่มบริหารจัดการข้อมูลขนาดใหญ่ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2566, 2567)

ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่สมองเสื่อมถอยด้านความรู้คิดและสติปัญญา โดยมีสาเหตุหลักจากโรคอัลไซเมอร์ โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะทางระบบประสาทอื่น ๆ เช่น โรคพาร์กินสัน เนื้องอกในสมอง และภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง ทั้งด้านความสามารถในการสื่อสาร การคิดวิเคราะห์ และการดูแลตนเอง เมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะรุนแรง ผู้ป่วยมักมีความผิดปกติด้านพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน ระบบบริการสุขภาพ และเศรษฐกิจของประเทศ (ชัชวาล วงศ์สารี, 2560, 2561)

จากลักษณะของภาวะสมองเสื่อมซึ่งต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินชีวิตและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบทั้งการดูแลกิจวัตรประจำวัน การจัดการพฤติกรรมและอารมณ์ การดูแลด้านยา การพาผู้ป่วยเข้ารับบริการสุขภาพ ตลอดจนการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลในระยะยาว ภาระดังกล่าวอาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าทางร่างกาย ความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกโดดเดี่ยว รวมถึงข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพ และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ขาดผู้ช่วยเหลือหรือระบบสนับสนุนที่เหมาะสม (World Health Organization [WHO], 2020, 2026) การศึกษาของ Connors et al. (2020) ระบุว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมร้อยละ 47.40 รายงานว่าตนมีภาระการดูแลระดับสูงเมื่อดูแลผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพสมองเสื่อมถอยอย่างรุนแรง และร้อยละ 56.80 รู้สึกว่าภาระเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเมื่อเวลาผ่านไป หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ หลักฐานทั้งในประเทศและต่างประเทศสะท้อนสอดคล้องกันว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มผู้ดูแลของผู้ป่วยอื่น ๆ (ดุจปรารณา พิศาลสารกิจและคณะ, 2563; ภาวดี เหมทานนท์ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ, 2562; Shin & Kim, 2022)

แม้จะมีงานวิจัยที่กล่าวถึงภาระและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในระดับภาพรวม แต่ผู้ดูแลยังมีความต้องการความรู้และการสนับสนุนเพิ่มเติม โดยเฉพาะความต้องการที่ครอบคลุมหลายมิติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินของโรค การจัดการบริการทางสุขภาพที่เหมาะสม การจัดการปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเอง การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม ตลอดจนความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและการแบ่งเบาภาระจากสมาชิกครอบครัวหรือชุมชน งานศึกษาของ Campione and Zebrak (2020) พบว่าร้อยละ 22 ของผู้ดูแลยังไม่ได้รับความช่วยเหลือตามที่ต้องการ ซึ่งอาจส่งผลต่อการรับรู้ภาระและความสามารถในการดูแลในระยะยาว นอกจากภาระการดูแลที่สามารถ

ประเมินในเชิงปริมาณแล้ว ผู้ดูแลแต่ละรายยังมีประสบการณ์และการรับรู้ต่อการดูแลที่แตกต่างกันตามระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแล จำนวนสมาชิกในครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมของครอบครัวและชุมชน ตลอดจนการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ดังนั้น การประเมินด้วยแบบสอบถามหรือเครื่องมือมาตรฐานเพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถสะท้อนความรู้สึก ความหมาย ประสบการณ์ ปัญหา และความต้องการที่แท้จริงของผู้ดูแลได้อย่างครอบคลุม โดยเฉพาะปัญหาหรือความต้องการที่ผู้ดูแลอาจไม่สามารถถ่ายทอดผ่านตัวเลือกของแบบสอบถามได้ (Mongklam et al., 2025)

การทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญ เนื่องจากความต้องการของผู้ดูแลไม่ได้จำกัดเฉพาะความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ แต่ยังรวมถึงความต้องการผู้ช่วยเหลือ การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว การสนับสนุนทางอารมณ์ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การประสานงานระหว่างครอบครัวกับบุคลากรสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจ รวมถึงความต้องการให้ระบบบริการมีความยืดหยุ่น และสอดคล้องกับบริบทชีวิตจริงของผู้ดูแล การรับฟังเสียงของผู้ดูแลโดยตรงจึงเป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยให้บุคลากรสุขภาพเข้าใจปัญหาและความต้องการที่ซ่อนอยู่ และสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปออกแบบบริการที่ตอบสนองต่อผู้ดูแลและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

ในบริบทของประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่เขตเมืองของจังหวัดสระบุรี โรงพยาบาลสระบุรีได้จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565-2567 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่ต้องรับภาระดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยแต่เพียงผู้เดียว ไม่มีผู้ช่วยเหลือหมุนเวียน ข้อมูลจากการสังเกตในคลินิกดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงอุปสรรคสำคัญในการให้บริการและการตอบสนองความต้องการของผู้ดูแล ทั้งด้านการดูแล การขาดผู้ช่วยเหลือ การจัดการกับพฤติกรรมและอาการของผู้ป่วย ตลอดจนการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์จากระบบบริการสุขภาพ

อย่างไรก็ตามข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่สามารถอธิบายได้อย่างลึกซึ้งว่า ผู้ดูแลประสบปัญหาอะไรในชีวิตประจำวัน มีวิธีจัดการกับภาระการดูแลอย่างไร สิ่งใดเป็นปัจจัยที่ช่วยให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง และผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสุขภาพในรูปแบบใด รวมถึงมีความต้องการหรือปัญหาใดที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง การทำความเข้าใจประเด็นเหล่านี้จากมุมมองและประสบการณ์ตรงของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ (Wangpitipanit et al., 2025)

ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) รูปแบบคู่ขนาน (convergent parallel design) เพื่อศึกษาปัญหา ความต้องการ และภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมุ่งทำความเข้าใจประสบการณ์ มุมมอง ความรู้สึก และความหมายของการเป็นผู้ดูแล ตลอดจนปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนในการดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ และการศึกษาเชิงปริมาณด้วย ทั้งนี้ผลการศึกษจะช่วยสะท้อนเสียงและประสบการณ์ของผู้ดูแลอย่างรอบด้าน และนำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ที่สอดคล้องกับบริบทเชิงพื้นที่ ตลอดจนใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการออกแบบแนวทางการสนับสนุนผู้ดูแล พัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และกำหนดแนวทางการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ต่อเนื่อง และยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

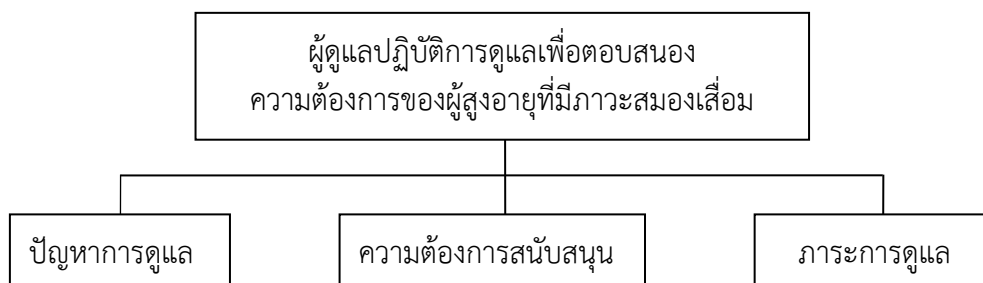
1. ศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม
2. ศึกษาปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม
3. ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดภาระการดูแล (caregiver burden) ของ Zarit เป็นฐานในการทำความเข้าใจผลกระทบที่เกิดจากการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นภาวะที่มีความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลจึงต้องทำหน้าที่ตอบสนองความต้องการดังกล่าว ทั้งการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การจัดการพฤติกรรมและอารมณ์ การดูแลความปลอดภัย และการพาเข้ารับบริการสุขภาพ การทำหน้าที่ดูแลดังกล่าวอาจทำให้ผู้ดูแลเผชิญปัญหาในการดูแล และเกิดความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว บุคลากร และบริการสุขภาพ ตลอดจนแหล่งสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง ขณะเดียวกันผู้ดูแลอาจรับรู้ภาระการดูแลอันเป็นผลกระทบจากบทบาทการดูแล ซึ่งครอบคลุมภาระการดูแล 3 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบต่อชีวิต ความเครียด และความรู้สึกล่อลวงบทบาทการดูแล (Zarit et al., 1986) ส่วนปัญหาและความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแล กำหนดจากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาจากประสบการณ์ของผู้ดูแล ดังนั้น ตัวแปรของการวิจัยครั้งนี้จึงประกอบด้วย ปัญหาในการดูแล ความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแล และภาระการดูแล เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ของผู้ดูแลและนำไปใช้พัฒนาการสนับสนุนที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ดูแล ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) รูปแบบคู่ขนาน (convergent parallel design) ซึ่งดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567 ณ ชุมชนในเขตตำบลปากเพรียว อ. เมือง จ. สระบุรี

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

คัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากรายชื่อเป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมและมารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสระบุรี ในช่วงปีพ.ศ. 2565–2567 จำนวน 15 คน คิดเป็นประมาณร้อยละ 50 ของประชากรผู้ดูแลทั้งหมดในช่วงเวลาดังกล่าว ตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม และอยู่ในความดูแลต่อเนื่องที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสระบุรี 2) สื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ เกณฑ์คัดออก ผู้ดูแลมีปัญหาการได้ยินหรือบกพร่องทางการสื่อสาร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย (นับตั้งแต่เริ่มมีอาการสมองเสื่อม)

2. แบบประเมินภาระการดูแลผู้ป่วย (Zarit Burden Interview: ZBI) ฉบับภาษาไทย 12 ข้อ และมี 3 องค์ประกอบคือ ผลกระทบ (ข้อ 1, 7-10) ความเครียด (ข้อ 2-6) และความรู้สึกลำบากใจ/ภาระเชิงสัมพันธ์ภาพ (ข้อ 11-12) คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 0-4 คะแนนเต็ม ซึ่ง 0 หมายถึงไม่มีภาระเลย และ 4 หมายถึงมีภาระอย่างมาก แบบประเมินนี้เคยผ่านการทดสอบความเที่ยง (reliability) กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช สมองเสื่อม และลมชัก)

3. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย 1) การสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ประกอบด้วยคำถามปลายเปิด 2 ข้อ คือ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมสร้างปัญหา/ส่งผลกระทบต่อท่านอย่างไรบ้าง? และท่านพบอุปสรรคในการพาผู้สูงอายุไปใช้บริการทางการแพทย์หรือไม่อย่างไร? และ 2) แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีคำถามปลายเปิด 3 ข้อ ได้แก่ ท่านต้องการให้คลินิกผู้สูงอายุหรือหน่วยบริการสุขภาพช่วยเหลืออย่างไรในการดูแลผู้ป่วย? ท่านต้องการความช่วยเหลืออะไรในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม? และ ท่านต้องการความช่วยเหลือในด้านการดูแลสุขภาพของตัวท่านเองอย่างไร? รวมถึงการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้รับการตรวจสอบความเหมาะสม ความชัดเจน และความครอบคลุมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง สำหรับแบบประเมินภาระการดูแลผู้ป่วย Zarit Burden Interview (ZBI) ฉบับภาษาไทย จำนวน 12 ข้อ ซึ่งได้รับการแปลและตรวจสอบความตรง โดย อรพรรณ ศิลปะกิจ และคณะ (2558) ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 ซึ่งอยู่ในระดับดีและเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในการวิจัย ส่วนแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมประเด็นปัญหา อุปสรรค และความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน พิจารณาความครอบคลุม ความเหมาะสม ความชัดเจนของภาษา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นนำไปทดลองสัมภาษณ์กับผู้ดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินความเข้าใจและความชัดเจนของข้อคำถาม ก่อนปรับปรุงเป็นฉบับสมบูรณ์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสระบุรี (ec022/2567) และผู้วิจัยดำเนินการวิจัยด้วยการเคารพอำนาจอธิปไตย ยึดถือประโยชน์ และปฏิบัติต่ออาสาสมัครอย่างเป็นธรรม ผู้วิจัยอธิบายเหตุผล วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงของการเข้าร่วมวิจัย และให้โอกาสให้การเลือกตัดสินใจหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบต่ออาสาสมัคร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากคลินิกผู้สูงอายุ เมื่อพบผู้ดูแลที่ตรงตามเกณฑ์คัดเลือก ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของงานวิจัย พร้อมทั้งตอบข้อซักถามของผู้ดูแลให้เข้าใจเป็นอย่างดี จากนั้นจึงขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยให้ผู้ดูแลลงนามในแบบฟอร์มยินยอม (informed consent) เมื่อตกลงเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนได้รับการนัดหมายเพื่อเก็บข้อมูลตามความสะดวกที่บ้าน โดยผู้วิจัยเริ่มจากให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินภาระการดูแล (ZBI-12 ฉบับไทย) จากนั้นจึงทำการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถามกึ่งโครงสร้างในหัวข้อปัญหา/อุปสรรคและความต้องการในการดูแล ผู้วิจัยได้บันทึกเสียง (เทปบันทึก) และจดบันทึกการสนทนาตลอดการสัมภาษณ์ เมื่อสิ้นสุดการสนทนา ผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญให้ผู้ให้ข้อมูลฟังเพื่อยืนยันความถูกต้องตามความเข้าใจของผู้วิจัย (member checking) การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 30–45 นาทีต่อราย และดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพต่อไปจนข้อมูลเริ่มซ้ำกันหรือไม่ปรากฏประเด็นใหม่เพิ่มเติม (ข้อมูลอิ่มตัว) ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างรวม 15 รายตามที่วางแผนไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบบันทึกทั่วไปและแบบประเมินภาระผู้ดูแล ได้วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติสำหรับข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์เชิงลึกได้ทำการถอดไฟล์เสียงคำสัมภาษณ์ทั้งหมดเป็นข้อมูลข้อความ จากนั้นวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยอ่านทบทวนข้อมูลหลายรอบเพื่อทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ แล้วทำการจำแนกโค้ด (coding) ประเด็นสำคัญที่ปรากฏ อุปมาประเด็นที่คล้ายกันเป็นหมวดหมู่ย่อย และตีความเชื่อมโยงหมวดหมู่เหล่านั้นเพื่อสรุปหัวข้อหลัก (theme) ที่สะท้อนถึงปัญหา อุปสรรคและความต้องการของผู้ดูแลตามข้อมูลให้ผู้ดูแลให้ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยแต่ละข้อ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์โดยให้ผู้ร่วมวิจัยและผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบกระบวนการและผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ (peer debriefing)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมจำนวน 15 คน มีอายุระหว่าง 23–90 ปี (อายุเฉลี่ย 59.87 ปี, $SD = 14.71$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (11 คน) อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางถึงผู้สูงอายุตอนต้น สถานภาพสมรสของผู้ดูแลส่วนมากคือสมรสและอยู่กับคู่สมรส (8 คน) รองลงมาคือหม้าย/คู่สมรสเสียชีวิต (4 คน) และโสด (3 คน) ระดับการศึกษาของผู้ดูแลมีความหลากหลาย ตั้งแต่ไม่ได้เรียนหนังสือ (2 คน) ประถมศึกษา (2 คน) มัธยมศึกษา (5 คน) จนถึงปริญญาตรี (6 คน) รายได้ส่วนตัวของผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยประมาณ 18,040 บาทต่อเดือน โดยมีรายได้ต่ำสุด 3,000 บาทและสูงสุด 50,000 บาทต่อเดือน อย่างไรก็ตามเมื่อสอบถามความเพียงพอของรายได้ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ (10 คน) ระบุว่ารายได้เพียงพอกับรายจ่ายในการครองชีพ มีเพียง 5 คนที่รู้สึกว่ารำไรได้ไม่เพียงพอ ผู้ดูแลเกือบทุกรายเป็นญาติของผู้ป่วย (14 คน) ส่วนใหญ่เป็นลูกหลานของผู้ป่วย เช่น บุตรหรือหลานแท้ ๆ ของผู้สูงอายุ 10 คน มีเพียง 1 คนที่เป็นผู้ดูแลที่จ้างมาไม่ใช่ญาติ ความสัมพันธ์เชิงเครือญาติที่ใกล้ชิดนี้สะท้อนว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความผูกพันกับผู้ป่วยในฐานะสมาชิกครอบครัว ระยะเวลาที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ที่ 4–7 ปีในกรณีส่วนใหญ่ซึ่งสอดคล้องกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นสมองเสื่อม

ตารางที่ 1

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนการดูแลของผู้ดูแล (n =15)

คำถาม	Min	Max	M	SD	ภาระการดูแล*
ด้านผลกระทบ (ข้อ1, 7-10)	0.00	2.20	0.52	0.71	น้อย
1. คุณรู้สึกว่ามีเวลาสำหรับตัวคุณเองเลย	0.00	2.00	0.53	0.92	น้อย
เพราะต้องใช้เวลาคูแลญาติของคุณหรือไม่					
7. คุณรู้สึกว่าคุณไม่มีความเป็นส่วนตัว	0.00	3.00	0.53	0.92	น้อย
อย่างที่คุนอนอยากได้เพราะญาติของคุณหรือไม่					
8. คุณรู้สึกว่ากรดูแลญาติทำให้ชีวิตทางสังคมมีปัญหา	0.00	2.00	0.27	0.70	น้อย
9. คุณรู้สึกว่าคุณสูญเสียการควบคุมชีวิตของคุณเองตั้งแต่ญาติของคุณป่วยหรือไม่	0.00	2.00	0.53	0.92	น้อย
10. คุณรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะทำอย่างไรกับผู้ป่วยหรือไม่	0.00	3.00	0.73	1.10	น้อย
ความเครียด (ข้อ2-6)	0.00	3.00	0.89	0.84	น้อย
2. คุณรู้สึกเครียดเพราะต้องดูแลญาติของคุณ	0.00	3.00	1.13	1.06	น้อย
ในขณะที่ยังต้องรับผิดชอบครอบครัวและงานด้วยหรือไม่					
3. คุณรู้สึกโกรธเมื่ออยู่กับญาติของคุณหรือไม่	0.00	2.00	0.67	0.90	น้อย
4. คุณรู้สึกว่าญาติของคุณทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างคุณกับสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวและเพื่อน ๆ ขณะนี้เป็นไปในทางลบหรือไม่	0.00	3.00	0.53	1.06	น้อย
5. คุณรู้สึกเหนื่อยล้าเมื่อต้องอยู่ใกล้กับญาติของคุณหรือไม่	0.00	4.00	1.00	1.13	น้อย
6. คุณรู้สึกเป็นทุกข์กับสุขภาพเพราะการดูแลญาติของคุณหรือไม่	0.00	4.00	1.13	1.30	น้อย
ความรู้สึกเอาใจใส่ (ข้อ 11,12)	0.00	3.00	1.13	1.19	น้อย
11. คุณรู้สึกว่าคุณควรจะทำอะไรมากยิ่งขึ้นเพื่อญาติของคุณหรือไม่	0.00	3.00	1.07	1.22	น้อย
12. คุณรู้สึกว่าคุณควรจะทำหน้าที่ดูแลญาติของคุณได้ดีกว่านี้หรือไม่	0.00	4.00	1.20	1.42	น้อย
ภาระการดูแลโดยรวม	0.08	2.67	0.78	0.71	น้อย

หมายเหตุ * 0-1.33 ระดับน้อย 1.34 - 2.67 ระดับปานกลาง 2.68-4.00 ระดับมาก

คะแนนภาระการดูแลสูงที่สุดคือ มิติความรู้สึกเอาใจใส่ ($M = 1.13$, $SD = 1.19$) รองลงมาคือ มิติความเครียด ($M = 0.89$, $SD = 0.84$) และมิติผลกระทบต่อชีวิตผู้ดูแล ($M = 0.52$, $SD = 0.71$) ตามลำดับ และภาระการดูแลโดยรวมเฉลี่ยของผู้ดูแลอยู่ในระดับน้อย

ภาระการดูแล

ภาระการดูแลเฉลี่ยของผู้ดูแลอยู่ในระดับน้อย กล่าวคือ ผู้ดูแล “แทบไม่รู้สึกเป็นภาระ” ($M = 0.78$, $SD = 0.71$) เมื่อพิจารณารายด้านตามมิติของภาระการดูแล พบว่า มิติที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาระสูงที่สุดคือ มิติความรู้สึกเอาใจใส่/ภาระเชิงสัมพันธ์ภาพ ($M = 1.13$, $SD = 1.19$) รองลงมาคือ มิติความเครียด ($M = 0.89$, $SD = 0.84$) และ มิติผลกระทบต่อชีวิตผู้ดูแล ($M = 0.52$, $SD = 0.71$) ตามลำดับ กล่าวคือ ผู้ดูแลมีคะแนนด้านความรู้สึกต่อบทบาทผู้ดูแลสูงกว่าด้านอื่น ๆ โดยเฉพาะความรู้สึกว่าตนเองควรเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยให้ดี

ยิ่งขึ้นหรือรู้สึกผิดหากดูแลได้ไม่เต็มที่ ขณะที่ด้านผลกระทบต่อชีวิตตนเอง (เช่น การเสียเวลาส่วนตัวหรือสังคม) มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด แสดงว่าผู้ดูแลส่วนมากยอมรับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเพราะการดูแลได้พอสมควร สำหรับการวิเคราะห์รายข้อ พบว่าผู้ดูแลรู้สึกว่ามีภาระมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ “รู้สึกว่าการทำหน้าที่ดูแลญาติของคุณได้ดีกว่านี้” ($M = 1.20, SD = 1.42$) “รู้สึกเป็นทุกข์กับสุขภาพของตนเองเพราะการดูแลญาติ” ($M = 1.13, SD = 1.30$) และ “รู้สึกเครียดเพราะต้องดูแลญาติไปพร้อมกับรับผิดชอบครอบครัวและงานของตนเอง” ($M = 1.13, SD = 1.06$) ข้อมูลทั้งสามประการสะท้อนว่าผู้ดูแลมีความกังวลใจเกี่ยวกับบทบาทและความสามารถในการดูแล เช่น รู้สึกผิดหรือเสียใจที่อาจดูแลได้ไม่ดีพอ และมีความเครียดเมื่อต้องแบ่งเวลาระหว่างการดูแลผู้ป่วยกับภาระหน้าที่อื่น ส่วนมากไม่ได้รู้สึกโกรธผู้ป่วย ($M = 0.67, SD = 0.90$) หรือไม่ได้รู้สึกว่าชีวิตทางสังคมมีปัญหามากนัก ($M = 0.27, SD = 0.70$) เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับคะแนนมิติผลกระทบและมิติความเครียดที่ค่อนข้างต่ำ ดังตารางที่ 1

ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม

ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมต้องเผชิญความท้าทายในหลายมิติเมื่อดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1. ปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแล หนึ่งในปัญหาสำคัญคือความตึงเครียดทางอารมณ์ที่เกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมที่คาดเดาได้ยากหรือต่อต้านการดูแล เช่น ไม่ยอมทำตามคำแนะนำ หงุดหงิดง่าย หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ดูแลหลายคนยอมรับว่าพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลให้ตนเกิดความเครียด โกรธ หรือหงุดหงิดใจขณะดูแล ดังคำกล่าวของผู้ดูแลรายหนึ่งที่กล่าวว่า: “หงุดหงิดที่พ่อไม่ทำตามทีบอก... พ่อชอบไปทำสวนตากแดด พ่อไม่ชอบอยู่บ้านและไม่ชอบคนเยอะ” (CG1) ผู้ให้ข้อมูลรายนี้รู้สึกหงุดหงิดใจเมื่อผู้ป่วย (บิดาของตน) ไม่เชื่อฟังคำแนะนำและชอบออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านกลางแดด ซึ่งสร้างความกังวลใจแก่ผู้ดูแล นอกจากนี้ผู้ดูแลบางคนระบุว่าตนมีความกดดันทางอารมณ์จนบางครั้งแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาโดยไม่ตั้งใจ ยอมรับว่า “เครียด หงุดหงิด และตีผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยไม่ยอมใส่แอมเพิร์ส” (CG3) สถานการณ์นี้แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลรู้สึกตึงเครียดมากจนขาดความอดทนและลงมือทำโทษผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการสวมใส่อุปกรณ์ช่วยเหลือ (แอมเพิร์ส) ในบางกรณี ผู้ดูแลยังมีความวิตกกังวลตลอดเวลาว่าผู้ป่วยจะเกิดอันตราย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยชอบเดินออกนอกบ้าน ดังผู้ดูแลรายหนึ่งกล่าวว่า: “เวลาออกนอกบ้าน กลัวผู้ป่วยหกล้ม กลัวหลงทาง” (CG9) สะท้อนถึงความกังวลใจเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ติดตามตัวผู้ดูแลไปทุกที่ ความเครียดสะสมและความวิตกกังวลเหล่านี้ล้วนเป็นภาระทางใจที่ผู้ดูแลต้องแบกรับในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

2. ปัญหาด้านร่างกายของผู้ดูแล การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมต้องใช้พลังงานและเวลาอย่างมาก ผู้ดูแลหลายคนประสบปัญหาสุขภาพกายตนเองเนื่องจากความเหนื่อยล้าและการต้องดูแลอย่างต่อเนื่องยาวนาน ผู้ดูแลบางรายมีโรคประจำตัวของตนเองอยู่แล้ว เมื่อมาทำหน้าที่ผู้ดูแลยิ่งทำให้สุขภาพทรุดโทรมลง ตัวอย่างเช่น ผู้ดูแลรายหนึ่ง กล่าวถึงสภาพร่างกายตนเองว่า: “ร่างกายเหนื่อย แต่ต้องอดทน เพราะผู้ดูแลมีสุขภาพไม่ดี เป็นโรคภูมิแพ้ ความดันโลหิตสูง” (CG3) ผู้ให้ข้อมูลรายนี้แม้จะมีโรคประจำตัว (ภูมิแพ้และความดันโลหิตสูง) แต่ก็ต้องฝืนทนทำหน้าที่ผู้ดูแลต่อไปโดยไม่ได้พักมากนัก นอกจากนี้ผู้ดูแลบางคนรายงานปัญหาสุขภาพเรื้อรังหรือการบาดเจ็บจากการตรากตรำทำงานและดูแลผู้ป่วย เช่น อาการปวดข้อเข่าหรือปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการยกผู้ป่วยหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแลรายหนึ่ง: “ปวดเข่าหลังจากมาเลี้ยงหลาน และต้องดูแลผู้ป่วย” (CG2) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลรายนี้ต้องแบกรับบทบาทดูแลทั้งเด็กเล็ก (หลาน) และผู้สูงอายุสมองเสื่อมไปพร้อมกัน จนส่งผลต่อสุขภาพข้อต่อเข่าของตนเอง

3. ปัญหาด้านเวลาและภาระหน้าที่ การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องอาศัยเวลามากและใส่ใจอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลหลายคนรายงานว่าตนแทบไม่มีเวลาส่วนตัวหรือเวลาพักผ่อนเลย เนื่องจากต้องทุ่มเทเวลาให้กับการดูแลและภาระงานบ้านตลอดทั้งวัน ดังคำกล่าวว่า “ไม่มีเวลาส่วนตัว...ต้องดูแลทุกคนในบ้าน” (CG4)

ข้อความนี้สะท้อนว่าผู้ดูแลบางคนไม่ได้ดูแลแค่ผู้ป่วยสมองเสื่อม แต่ยังมีภาระดูแลสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ และงานบ้านทั้งหมด ซึ่งทำให้ไม่มีเวลาทำกิจกรรมเพื่อความผ่อนคลายส่วนตัว การขาดเวลาส่วนตัวนี้เป็นปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในระยะยาว

4. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ภาระค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมถือเป็นอีกอุปสรรคหนึ่งที่ผู้ดูแลต้องแบกรับ หลายครอบครัวมีรายได้จำกัดและต้องพึ่งพิงรายได้ของผู้ดูแลเพียงคนเดียว หรือต้องพึ่งเงินช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย ผู้ดูแลหมายเลข CG2 เปิดเผยถึงปัญหานี้ว่า: “เงินไม่พอใช้ สามมีทำงานคนเดียว และได้เงินช่วยเหลือจากหลาน 3,000 บาท” (CG2) กรณีนี้ผู้ดูแลเองไม่มีรายได้ ส่วนสามมีเป็นผู้หารายได้หลัก และยังต้องอาศัยเงินช่วยเหลือจากหลานจำนวนเล็กน้อย ซึ่งยังคงไม่เพียงพอต่อรายจ่าย การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม เช่น ค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ค่ายา ค่าอาหารเฉพาะโรค และค่าเดินทางไปโรงพยาบาล หากครอบครัวใดมีฐานะยากจน ปัญหาการเงินย่อมสร้างความเครียดให้ผู้ดูแลมากขึ้นนอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดก็เป็นอุปสรรคสำคัญ ผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ไกลโรงพยาบาลต้องเสียค่าเดินทางสูง ดังเช่นคำให้สัมภาษณ์ “มีอุปสรรคค่าใช้จ่ายในการเดินทาง 20 กิโลเมตร ต้องจ้างมอเตอร์ไซด์” (CG10) การต้องเหมารถมอเตอร์ไซด์หรือพาหนะอื่น ๆ ทุกครั้งที่ไปโรงพยาบาลถือเป็นค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมที่หลีกเลี่ยงไม่ได้สำหรับครอบครัวที่ไม่มีรถยนต์ส่วนตัว ปัญหาด้านเศรษฐกิจจึงเป็นภาระที่ซ้อนทับกับภาระด้านอื่น ๆ ของผู้ดูแล

5. ปัญหาด้านสังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัวและการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอาจตึงเครียดในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ผู้ป่วยบางรายมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อคนใกล้ชิด เช่น ด่าว่า โยนข้าวของ หรือนอนไม่หลับกลางคืน ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแลซึ่งเป็นภรรยาว่า “เขามักมีอาการฉุนเฉียว ด่าทอ ขว้างปาข้าวของ กลางคืนไม่นอน... ถ้าทำผิดจะด่า” (CG3) พฤติกรรมเหล่านี้ทำให้บรรยากาศในบ้านตึงเครียด และผู้ดูแลต้องคอยระมัดระวังทั้งสุขภาพกายและใจของตนเองและผู้ป่วยตลอดเวลา นอกจากนี้ผู้ดูแลบางคนยังรู้สึกว่าการสนับสนุนจากญาติหรือคนใกล้ชิด ญาติพี่น้องบางคนอาจไม่ได้เข้ามาช่วยแบ่งเบาภาระเลยปล่อยให้ผู้ดูแลหลักต้องรับผิดชอบตามลำพัง ดังคำบอกเล่าทั้งน้ำตาว่า: “ไม่มีใครช่วย...ไม่มีญาติช่วยแบ่งเบาภาระ” (CG3) ภาวะที่ผู้ดูแลรู้สึกโดดเดี่ยวเช่นนี้ยิ่งเพิ่มความเครียดและภาระใจให้หนักขึ้น

6. ปัญหาการเข้าถึงบริการการแพทย์ ผู้ดูแลบางคนประสบปัญหาในการพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล เช่น ไม่มีคนช่วยพาผู้ป่วย ทำให้ต้องหิ้วผู้ป่วยไว้บ้านหรือพาไปคนเดียวลำบาก หรือเมื่อต้องไปโรงพยาบาลก็ต้องรอคิวนานจนผู้สูงอายุเกิดความทุกข์ทรมาน ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าถึงประสบการณ์ว่า: “ไปหาหมอใช้เวลาครึ่งวัน และผู้สูงอายุนั่งนานจนปวดหลัง” (CG4) นั่นคือในวันที่พาผู้ป่วยไปรอตรวจ ผู้ป่วยต้องนั่งรอนานมากจนเกิดอาการปวดเมื่อยจากการนั่งเก้าอี้นาน ๆ และผู้ดูแลอีกรายหนึ่งระบุถึงอุปสรรคอีกด้านว่า “ไม่มีคนพาไปหาหมอ... ต้องเลี้ยงหลาน และไม่มีญาติช่วย” (CG2) กรณีนี้ผู้ดูแลติดภาระต้องดูแลหลานเล็กด้วย จึงไม่สามารถออกจากบ้านพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลได้ และไม่มีญาติคนอื่นมาช่วยเหลือ สถานการณ์เช่นนี้ทำให้บางครั้งผู้ป่วยอาจพลาดการนัดตรวจหรือไม่ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง อุปสรรคเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

เมื่อพิจารณาภาพรวม ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องแบกรับปัญหาและภาระหลายด้านไปพร้อม ๆ กัน ทั้งภาระทางกาย ใจ เวลา เศรษฐกิจ และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ หากขาดการช่วยเหลือสนับสนุน ผู้ดูแลอาจเกิดความเครียดสะสมและเหนื่อยล้าจนส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเอง

ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ดูแล

นอกจากปัญหาที่ผู้ดูแลเผชิญแล้ว งานวิจัยนี้ยังได้สอบถามผู้ดูแลถึงความต้องการหรือสิ่งสนับสนุนที่อยากได้รับเพื่อช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปได้ดีขึ้น จากการวิเคราะห์คำสัมภาษณ์พบว่า ความต้องการของผู้ดูแลครอบคลุมหลายมิติ ดังนี้

1. ความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้ดูแลหลายคนระบุว่า การได้รับความร่วมมือช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ เป็นสิ่งสำคัญมากในการแบ่งเบาภาระ ตัวอย่างเช่น ผู้ดูแลบางคนต้องการให้ลูกหลานคนอื่น ๆ ของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบ้าง ไม่ให้ภาระตกอยู่กับตนคนเดียวเสมอไป ผู้ดูแลรายหนึ่ง กล่าวอย่างตรงไปตรงมาว่า: “อยากให้ลูกคนอื่นมาให้เห็นบ้าง” (CG3) ซึ่งสะท้อนความต้องการให้พี่น้องคนอื่น ๆ มาเยี่ยมและช่วยดูแลแม่ของตนบ้างเป็นครั้งคราว อย่างไรก็ตามผู้ดูแลบางรายรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นความรับผิดชอบของตนและครอบครัวอยู่แล้ว และไม่ต้องการให้คนนอกครอบครัวมาช่วย เช่นเดียวกับผู้ดูแลอีกรายหนึ่งกล่าวอย่างภาคภูมิใจว่า “ไม่ต้องการผู้ดูแลอื่นมาช่วย...เพราะพี่น้องทุกคนช่วยเหลืออยู่แล้ว” (CG1) แสดงให้เห็นว่าครอบครัวนี้มีการแบ่งหน้าที่ช่วยกันดูแลอยู่แล้วและผู้ดูแลหลักไม่ยากโยนภาระให้คนอื่นเพิ่มเติม ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าผู้ดูแลไม่ต้องการความช่วยเหลือเลย แต่หมายถึงผู้ดูแลบางคนต้องการพึ่งพาเครือญาติมากกว่าที่จะให้คนนอกครอบครัวเข้ามาดูแลแทน

2. ความต้องการการสนับสนุนจากบริการสุขภาพ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความต้องการเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะบริการที่เข้าถึงได้ง่ายในชุมชน ผู้ดูแลหลายคนต้องการให้มี บริการเยี่ยมบ้านและกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม เนื่องจากการพาผู้ป่วยออกนอกบ้านเป็นเรื่องยาก ตัวอย่างความเห็นจากผู้ดูแล: “อยากให้ไปเยี่ยมบ้าน จัดฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน” (CG2) และ “อยากให้มาเยี่ยมบ้านบ่อย ๆ” (CG13) สะท้อนความหวังที่จะได้รับบริการเชิงรุกถึงบ้าน นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ก็เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลเรียกร้องหลายคนรู้สึก ว่าหากตนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมและพฤติกรรมของผู้ป่วยมากขึ้น จะช่วยให้รับมือได้ดีขึ้น เช่น ผู้ดูแลหมายเลข CG3 ระบุว่า: “อยากให้รู้พฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อให้รับได้และปรับตัวได้” (CG3) ซึ่งหมายถึงต้องการการอบรมหรือคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับลักษณะอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อเตรียมพร้อมและปรับตัวในการดูแลได้อย่างเหมาะสม อีกประเด็นหนึ่งที่ผู้ดูแลหลายคนกล่าวถึงคือ การปรับปรุงระบบการเดินทางและบริการใกล้บ้าน ผู้ดูแลต้องการให้มีบริการรถรับ-ส่งผู้ป่วยมาพบแพทย์หรือการจัดให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาใกล้บ้านเพื่อลดภาระการเดินทาง หนึ่งในคำแนะนำที่ชัดเจนคือ “อยากให้มียุทธศาสตร์รับส่งมาพบแพทย์” (CG4) เนื่องจากการเดินทางไปโรงพยาบาลที่ไกลและต้องนั่งรอนานเป็นภาระใหญ่สำหรับทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล หากมีบริการด้านการเดินทางหรือคลินิกเคลื่อนที่ที่จะช่วยบรรเทาปัญหานี้ได้

3. ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ดูแล ผู้ดูแลตระหนักดีว่าสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนมีผลโดยตรงต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย หลายคนที่มีปัญหาสุขภาพของตนเองต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมเพื่อให้ตนยังคงทำหน้าที่ดูแลต่อไปได้ ในกลุ่มผู้ดูแลที่สุขภาพยังแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรงส่วนใหญ่กล่าวว่าไม่ต้องการความช่วยเหลืออะไรเป็นพิเศษในด้านสุขภาพของตน เพราะยังดูแลตัวเองได้ดี แต่ในกลุ่มผู้ดูแลที่เริ่มมีสุขภาพหรือรู้สึกเหนื่อยล้ามาก มีความต้องการหลัก 2 ประการคือ 1) ให้ญาติพี่น้องช่วยแบ่งเบาภาระ หรือต้องการคำปรึกษาทางการแพทย์เพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ตัวอย่างผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้สูงอายุรายหนึ่งมีอาการเหนื่อยล้ามาก ได้กล่าวอย่างหมดกำลังใจว่า “เหนื่อย...อยากเลิกดูแลและวางแผนขายบ้านเพื่อนำผู้ป่วยไปอยู่สถานสงเคราะห์” (CG3) คำพูดนี้สะท้อนภาวะหมดไฟ (burnout) ของผู้ดูแลรายนี้ที่รู้สึกว่าการดูแลตนเองไม่อาจแบกรับภาระต่อไปไหว และเริ่มคิดที่จะยุติบทบาทด้วยการหาที่อยู่ใหม่

ให้ผู้ป่วยในสถานสงเคราะห์ ซึ่งถือเป็นทางเลือกสุดท้ายที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่อยากจะเลือก เว้นแต่ว่าจะถึงจุดวิกฤตจริง ๆ และ 2) ต้องการ เวลาในการผ่อนคลายและพักผ่อน จากหน้าที่บ้าง ผู้ดูแลบางคนเสนอว่าหากมีบริการหรือกิจกรรมให้ผู้ดูแลได้มีเวลาพัก เช่น การจัดให้ผู้ป่วยเข้าโปรแกรมดูแลช่วงสั้น (day care หรือ respite care) เพื่อให้ผู้ดูแลได้หยุดพักเป็นครั้งคราว ก็จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพกายใจของผู้ดูแลอย่างมาก

4. ความต้องการด้านการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ: ดังที่กล่าวในส่วนปัญหาว่าผู้ดูแลหลายคนประสบปัญหาทางการเงิน ความต้องการความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจจึงถูกกล่าวถึงโดยผู้ดูแลหลายราย ความช่วยเหลือที่ต้องการรวมถึงเงินช่วยเหลือค่าใช้จ่ายประจำเดือน เงินช่วยเดินทางไปโรงพยาบาล หรืออุปกรณ์จำเป็นในการดูแล ผู้ดูแลหมายเลข CG2 ที่เคยระบุว่า “เงินไม่พอใช้” ได้ย้ำความต้องการว่า: “อยากได้รับเงินช่วยเหลือเพิ่มเติม” (CG2) ซึ่งชี้ว่าครอบครัวของเธอต้องการสวัสดิการหรือเงินสนับสนุนจากรัฐ/หน่วยงานเพื่อแบ่งเบาค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย

5. ความต้องการด้านการจัดการทั่วไปและการประสานงาน ผู้ดูแลต้องการให้มีการประสานงานที่ดีระหว่างผู้ดูแล ครอบครัว และเจ้าหน้าที่หรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดความซับซ้อนในการดูแล ตัวอย่างหนึ่งคือ ผู้ดูแลบางคนรู้สึกว่าตนไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยเชื่อฟังคำแนะนำหรือปฏิบัติตามสิ่งที่ควรทำได้ จึงต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์ช่วยสื่อสารกับผู้ป่วยในบางเรื่อง ผู้ดูแลรายหนึ่งเสนอความคิดว่า “อยากให้เจ้าหน้าที่อธิบายให้พอฟังว่าอะไรทำได้และทำไม่ได้ เพราะตัวเองบอกแล้วพอไม่เชื่อ” (CG1) กรณีนี้ผู้ดูแลอยากให้แพทย์หรือพยาบาลช่วยพูดกับผู้ป่วย (บิดาของเธอ) ถึงข้อห้ามหรือคำแนะนำในการปฏิบัติตัว เนื่องจากผู้ป่วยมักไม่เชื่อฟังคำของลูกตนเอง แต่หากเป็นคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยอาจยอมรับมากกว่า

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า ความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมครอบคลุมทั้งมิติครอบครัว บริการสุขภาพ สุขภาพของผู้ดูแลเอง เศรษฐกิจ และการจัดการ/ประสานงาน การสนับสนุนที่ตอบโจทย์ความต้องการเหล่านี้จะช่วยลดภาระและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลให้ดียิ่งขึ้น รวมถึงช่วยให้พวกเขาสามารถดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนมากขึ้น

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนสถานการณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในบริบทของชุมชนเมืองจังหวัดสระบุรี ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงวัยกลางคนถึงสูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในหลายประเทศที่แสดงภาระการดูแลอยู่ในความรับผิดชอบของผู้หญิง ไม่ว่าจะเป็นบทบาทของบุตรสาว ภรรยา หรือสะใภ้ของผู้ป่วย เนื่องจากบทบาททางสังคมและวัฒนธรรมที่ผู้หญิงทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลคนในครอบครัวมากกว่าผู้ชาย อีกทั้งการที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วย เช่น ลูกแท้ ๆ สะท้อนค่านิยมแบบไทยที่ลูกหลานมีหน้าที่ดูแลบุพการีตามความกตัญญู สอดคล้องกับสถิติสหรัฐอเมริการะบุว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมประมาณสองในสามเป็นผู้หญิงและผู้ดูแลจำนวนหนึ่งเป็นบุตรสาว (Alzheimer’s Association, 2023)

ภาระการดูแลโดยรวมของผู้ดูแลอยู่ในระดับน้อย ($M = 0.78$, $SD = 0.71$) สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ปวีริศา ศรีฉนวน และคณะ (2566) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ พบว่า ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจอยู่ในระดับน้อยเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลในสังคมไทยยังรับมือกับสถานการณ์การดูแลได้ โดยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งเป็นเกราะป้องกันความเครียดของผู้ดูแล ดังจะเห็นได้จากการสัมภาษณ์ที่พบว่าผู้ดูแลที่มีเครือข่ายช่วยเหลือมีรายงานว่าตนไม่ค่อยรู้สึกเป็นภาระ ดังคำกล่าวของผู้ดูแลรายหนึ่ง (CG1) ที่ให้คะแนนภาระการดูแลต่ำกล่าวว่า “พี่น้องช่วยกันดูแลอยู่แล้ว ไม่รู้สึกเครียดหรือว่าเป็นภาระ และไม่ต้องการให้คนอื่นมาดูแล รู้สึกภูมิใจที่ได้ดูแลแม่” เช่นเดียวกับข้อค้นพบของ ภาวดี เหมทานนท์

และกิตติพร เนาว์สุวรรณ (2562) ที่ค้นพบว่าผู้ดูแลที่มีมุมมองเชิงบวกหรือได้รับการช่วยเหลือจะรับรู้ภาระลดลงเมื่อเทียบกับผู้ที่ต้องดูแลตามลำพัง

แต่อย่างไรก็ตามผลงานวิจัยนี้ยังค้นพบในอีกมุมหนึ่งคือ ผู้ดูแลบางคนรู้สึกว่าตนเองมีภาระการดูแลบางข้ออยู่ในระดับสูง (ให้คะแนนเต็ม 4 คะแนน) เช่น ด้านความเครียด “รู้สึกเหนื่อยล้าเมื่อต้องอยู่ใกล้กับญาติของคุณ” (ข้อที่ 5) และ “รู้สึกเป็นทุกข์กับสุขภาพเพราะการดูแลญาติของคุณ” (ข้อ 6) ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัวเป็นความเครียดสะสมจนถึงกับเกิดความคิดอยากยุติการดูแล ดังกรณีผู้ดูแลรายหนึ่ง (CG3) คิดที่จะส่งผู้ป่วยเข้าสถานสงเคราะห์เพราะตนเหนื่อยล้ามากเนื่องจากไม่มีใครช่วยแบ่งเบาภาระ รู้สึกโดดเดี่ยว และเครียดมากติดต่อกันมานานหลายปี สอดคล้องกับผลงานวิจัยในผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการสนับสนุนใด ๆ ระดับภาระการดูแลมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 3 ปี (Connors et al., 2020) ดังนั้นการให้บริการช่วยเหลือหรือช่วงเวลาผ่อนคลายแก่ผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาระสะสมจนเกินขีดความสามารถของผู้ดูแล

นอกจากนี้ยังมีข้อค้นพบที่น่าสนใจจากงานวิจัยนี้ในประเด็นด้านการดูแลเอาใจใส่ ที่ผู้ดูแลให้คะแนนในระดับสูงสุดเช่นกันคือ ข้อ 12 “คุณรู้สึกว่าคุณควรจะทำหน้าที่ดูแลญาติของคุณได้ดีกว่านี้หรือไม่” ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความรู้สึกอยากพัฒนาคุณภาพการดูแลของตนเองให้ดียิ่งขึ้น แม้ว่าจะท้อแท้และมีความตั้งใจในการดูแลอยู่แล้วก็ตาม ความรู้สึกดังกล่าวอาจเป็นทั้ง แรงจูงใจเชิงบวกในการดูแล และในขณะเดียวกันก็สะท้อนถึง ความไม่มั่นใจหรือการรับรู้ว่ายังขาดความรู้ ทักษะ หรือแนวทางที่เหมาะสม ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงไปตามระยะของโรค งานวิจัยของ Anantapong et al. (2025) สนับสนุนข้อค้นพบดังกล่าว โดยพบว่าความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมยังอยู่ในระดับปานกลางและมีช่องว่างในประเด็นสำคัญ เช่น การจัดการพฤติกรรมผู้ป่วย และพบว่า การดำเนินแนวปฏิบัติด้านการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในโรงพยาบาลยังขาดความสม่ำเสมอ สะท้อนว่าความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการเสริมสร้างประสบการณ์การดูแลที่ดี ภายใต้บริบททางวัฒนธรรมที่ผู้ดูแลแบกรับบทบาทหลักไว้กับตนเอง ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขจึงควรมีบทบาทเชิงรุกในการจัดการอบรมการให้คำปรึกษา และการติดตามสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นเนื้อหาที่สอดคล้องกับปัญหาจริงในชีวิตประจำวัน เช่น การจัดการพฤติกรรมผู้ป่วย การดูแลด้านอารมณ์ การสื่อสาร และการดูแลตนเองของผู้ดูแล ทั้งนี้จะช่วยเสริมพลัง (empowerment) ให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ ลดความรู้สึกผิดหรือไม่เพียงพอ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ดูแลและผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะยาว

ในส่วนความต้องการของผู้ดูแล ผลการศึกษาค้นพบว่าผู้ดูแลรายงานความต้องการของตนเองครอบคลุม 5 มิติหลัก ได้แก่ ครอบครัว บริการสุขภาพ สุขภาพของผู้ดูแล เศรษฐกิจ และการจัดการประสานงาน ปัจจัยเหล่านี้ล้วนสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ภูษณิศา ยังอยู่ และคณะ (2560) คือ ผู้ดูแลต้องการสนับสนุนความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือมีผู้ช่วยดูแลเพิ่มเติม เพื่อแบ่งเบาภาระในบ้าน เครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แบ่งปันข้อมูล เพื่อช่วยลดความเครียดและความโดดเดี่ยวทางสังคม ช่องทางพิเศษเฉพาะดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และหน่วยบริการเคลื่อนที่หรือการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สะดวกเดินทาง รวมทั้งต้องการข้อมูลหรือการจัดอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ผลการวิจัยนี้พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมยังมีความต้องการการสนับสนุนหลายด้านทั้งการสนับสนุนทางใจและเวลาพักผ่อน การช่วยเหลือทางกายภาพ เช่น คนช่วยดูแลหรือบริการเยี่ยมบ้าน รวมถึงการสนับสนุนด้านทรัพยากร ซึ่งสะท้อนความต้องการด้านปัจจัยสนับสนุนเชิงปฏิบัติ (instrumental support) อย่างชัดเจน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ดูแลที่รู้สึกว่าตนเอง “ไม่มีใครช่วย” หรือ “ไม่มีใครเห็นใจ” ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความทุกข์ใจ

และประสบการณ์การดูแลในเชิงลบสูง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Campione and Zebrak (2020) ที่รายงานว่า ผู้ดูแลซึ่งไม่ได้เข้าถึงการบริการให้ความรู้ พักผ่อนน้อย และรู้สึกว่าการดูแลไม่ได้รับการเห็นคุณค่าจากผู้ป่วย มีแนวโน้มที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองไม่ได้รับการตอบสนองตามต้องการ (unmet need) สูงกว่า และมีความไม่พึงพอใจและทุกใจจากบทบาทการดูแลมากขึ้น ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความตั้งใจและทุ่มเทให้การดูแล แต่หากขาดการสนับสนุนที่เพียงพอทั้งในเชิงรูปธรรมและเชิงอารมณ์ จะนำไปสู่ประสบการณ์การดูแลที่ตึงเครียด ดังนั้นการสนับสนุนผู้ดูแลควรให้ความสำคัญกับการจัดบริการช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม เช่น บริการพักผ่อนหรือการช่วยเหลือในการดูแลและการสนับสนุนทางสังคมและจิตใจ เช่น การรับฟัง การยอมรับ และการให้คุณค่าเพื่อตอบสนองให้ตรงตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ดูแล

สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการดูแลของการศึกษานี้ โดยเฉพาะอุปสรรคในการเข้ารับบริการ เช่น ความไม่สะดวกในการเดินทางและการรอรับบริการเป็นเวลานาน สอดคล้องกับรายงานของภูษิตา ยังอยู่ และคณะ (2560) ที่ผู้ดูแลมีอุปสรรคสำคัญเกี่ยวกับโรงพยาบาลใกล้เคียงไม่มีการตรวจรักษาภาวะสมองเสื่อม ระบบการบริการ และความยากลำบากในการเดินทาง ในบริบทของพื้นที่การศึกษาครั้งนี้ แม้จะเป็นพื้นที่ในเขตเมืองแต่ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีอุปสรรคของการเข้ารับบริการจากการเดินทางไกลและระยะเวลาการรอคอยเพื่อเข้ารับบริการ ดังนั้นการพัฒนาบริการเชิงรุกด้วยการเยี่ยมบ้านหรือการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพในชุมชนจะช่วยลดภาระด้านเวลาและการเดินทางได้ ทั้งนี้งานวิจัยต่างประเทศของ Connors et al. (2020) สนับสนุนว่า ในการดูแลระยะยาว (long term care) ภาระของผู้ดูแลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านและไม่ได้รับการบริการช่วยเหลือที่บ้าน (home care) ในขณะที่ผู้ดูแลที่ได้รับการบริการที่บ้านหรือผู้ดูแลของผู้ป่วยที่พักอาศัยอยู่ในสถานบริการ (residential care) ภาระการดูแลไม่เปลี่ยนแปลง

ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนว่า แม้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมโดยรวมรับรู้ภาระการดูแลอยู่ในระดับน้อยจากแรงหนุนของครอบครัวและค่านิยมการดูแลบุพการี แต่ยังมีผู้ดูแลบางรายเผชิญภาระสูงเฉพาะด้าน เช่น ความเหนื่อยล้า ความเครียด สุขภาพทรุดโทรม และการขาดเวลาส่วนตัว โดยเฉพาะในกลุ่มที่ดูแลลำพัง จนเสี่ยงภาวะสะสมเกินขีดความสามารถ ภาพดังกล่าวสอดคล้องกับการที่ผู้ดูแลรายงานความต้องการสนับสนุนหลายมิติ โดยเด่นที่การช่วยเหลือเชิงรูปธรรม ได้แก่ คนช่วยดูแล เวลาพักผ่อน บริการเยี่ยมบ้าน/บริการเฉพาะทาง และการอบรม ให้คำปรึกษาเรื่องการจัดการพฤติกรรม การสื่อสาร และการดูแลอารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยเพิ่มความมั่นใจและลดความรู้สึกว่า “ทำได้ไม่ดีพอ” อย่างไรก็ตามความต้องการเหล่านี้ถูกซ้ำเติมด้วยอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ เช่น การเดินทางไม่สะดวก การรอคิวนาน และระบบบริการที่ไม่เอื้อในบางพื้นที่ ทำให้ผู้ดูแลเสียทรัพยากรและเพิ่มความตึงเครียด ดังนั้นการพัฒนาบริการเชิงรุกและต่อเนื่องที่ผสมผสานการช่วยเหลือจริงในชีวิตประจำวันกับการสนับสนุนทางใจและการประสานงานจึงเป็นกลไกสำคัญในการลดภาระและยกระดับคุณภาพชีวิตทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางปฏิบัติเพื่อสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมดังต่อไปนี้

1. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล ภาครัฐและหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ควรมีมาตรการส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมากขึ้น เช่น การให้คำปรึกษาครอบครัว การจัดกิจกรรมกลุ่มครอบครัวผู้ดูแล เป็นต้น เพื่อกระจายภาระไม่ให้ตกอยู่ที่ผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว การสนับสนุนจากครอบครัวจะช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวของผู้ดูแลและเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย

2. พัฒนาบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชน กระทรวงสาธารณสุขควรพิจารณาขยายบริการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบเชิงรุกถึงชุมชน เช่น จัดตั้งทีมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยเฉพาะ (memory clinic mobile team) ที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล นักกายภาพ นักสังคมสงเคราะห์) เพื่อออกเยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษาการดูแล และติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องถึงที่บ้าน นอกจากนี้ ควรจัดให้มีคลินิกผู้สูงอายุหรือคลินิกสมองเสื่อมกระจายตามโรงพยาบาลชุมชนหรือสถานบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าถึงบริการได้ใกล้บ้าน ลดความจำเป็นต้องเดินทางไกลมารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลใหญ่

3. จัดบริการผ่อนพักและสนับสนุนการดูแลระยะสั้น ควรพัฒนาบริการ “การผ่อนพักผู้ดูแล” (respite care) เช่น ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุชั่วคราวกลางวัน (day care center) สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม หรือบริการจัดส่งผู้ดูแลอาสาช่วยดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นครั้งคราว เพื่อให้ผู้ดูแลหลักมีโอกาสได้พักผ่อนหรือทำธุระส่วนตัว ลดความเหนื่อยล้าสะสมและป้องกันภาวะหมดไฟในผู้ดูแล บริการนี้ควรมีค่าใช้จ่ายที่ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงได้ (อาจได้รับการสนับสนุนบางส่วนจากรัฐหรือองค์กรการกุศล)

4. สนับสนุนด้านการเงินและสวัสดิการแก่ผู้ดูแล ภาครัฐควรพิจารณาจัดสรรสวัสดิการหรือเงินช่วยเหลือสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น เบี้ยผู้ดูแลรายเดือน หรือกองทุนสนับสนุนค่าเดินทางพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดจากบทบาทผู้ดูแล นอกจากนี้อาจพิจารณามาตรการจูงใจนายจ้างให้บุคคลที่ทำงานนอกบ้านสามารถปรับเวลาทำงาน (flexible hours) หรือทำงานจากบ้านบางวันได้ เพื่อดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความสมดุลระหว่างการทำงานและการใช้ชีวิต (work-life balance) สำหรับสังคมผู้สูงอายุ

5. จัดอบรมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ควรมีโครงการฝึกอบรมผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน เนื้อหาอบรมควรครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม การรับมือกับพฤติกรรมและอารมณ์ที่ยากลำบากของผู้ป่วย การดูแลเรื่องอาหาร โภชนาการ การป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน การใช้ยาอย่างถูกต้อง ตลอดจนการดูแลสุขภาพจิตใจของผู้ดูแลเอง การอบรมนี้จะช่วยเพิ่มพูนศักยภาพของผู้ดูแลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ลดความวิตกกังวลและความไม่แน่ใจในการจัดการสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยลดภาระทางใจของผู้ดูแลอีกทางหนึ่ง

6. สร้างกลุ่มเครือข่ายผู้ดูแลเพื่อการแบ่งปันประสบการณ์ แนะนำให้หน่วยงานสาธารณสุขระดับพื้นที่หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดตั้ง “ชมรมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม” หรือกลุ่มสนับสนุน (support group) สำหรับผู้ดูแลในชุมชนเดียวกัน เพื่อให้ผู้ดูแลได้พบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน กลุ่มดังกล่าวสามารถดำเนินกิจกรรมร่วมกัน เช่น จัดประชุมทุกเดือน เชิญวิทยากรให้ความรู้หรือจัดกิจกรรมคลายเครียด สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกว่ามันไม่ได้เผชิญปัญหาตามลำพัง มีเครือข่ายสังคมที่เข้าใจและพร้อมช่วยเหลือ

7. การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เสนอให้มีการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข (โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมแบบองค์รวม ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลอาจจัดให้มีผู้จัดการรายกรณี (case manager) ทำหน้าที่ประสานระหว่างทีมแพทย์กับครอบครัวผู้ป่วยเพื่อติดตามความก้าวหน้าการรักษา ให้คำปรึกษา และแนะนำช่องทางความช่วยเหลือต่าง ๆ แก่ผู้ดูแล ขณะเดียวกัน องค์กรท้องถิ่นอาจช่วยสนับสนุนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อสม.) หรืออาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) เข้าช่วยเหลือครอบครัวที่มีผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชนอย่างต่อเนื่อง การประสานหลายฝ่ายเช่นนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลได้รับการดูแลต่อเนื่องและครอบคลุมทุกด้านมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยต่อเนื่องเกี่ยวกับประสิทธิผลของมาตรการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่นำเสนอข้างต้น เช่น ประเมินผลของการเยี่ยมบ้านหรือศูนย์พ่อนักผู้ดูแลต่อระดับภาระและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ตลอดจนศึกษาปัจจัยเชิงลึกอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อภาระของผู้ดูแลในบริบทสังคมไทย เช่น บทบาทของความรู้ทางศาสนา ความเชื่อทางวัฒนธรรม หรือบทบาทของเทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันสำหรับผู้ดูแล เพื่อหาแนวทางใหม่ ๆ ในการช่วยเหลือผู้ดูแลอย่างเหมาะสม

โดยสรุป การสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมควรกระทำในลักษณะองค์รวม ครอบคลุมทั้งการให้ความรู้ การสนับสนุนทางสังคมและจิตใจ การบรรเทาภาระทางกายและเศรษฐกิจ ตลอดจนการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพให้เข้าถึงง่ายสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายที่มองเห็นคุณค่าของผู้ดูแลในฐานะฟันเฟืองหนึ่งของระบบการดูแลผู้สูงอายุ จะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบคุณอาสาสมัครวิจัยที่ได้เข้าร่วมวิจัย และโรงพยาบาลสระบุรีที่ได้อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย รวมถึงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข, ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2568ก). *ตารางแสดง อัตราผู้ป่วยรายใหม่ และความชุกของภาวะสมองเสื่อม (F00.xx หรือ G30.xx, F01.xx-F03.xx, G31.1) ปี พ.ศ. 2567.* ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข.

<https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/hqu2chfi6d2oyqbm4vudk>

กระทรวงสาธารณสุข, ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2568ข). *ตารางแสดง อัตราผู้ป่วยรายใหม่ และความชุกของภาวะสมองเสื่อม (F00.xx หรือ G30.xx, F01.xx-F03.xx, G31.1) ปี พ.ศ. 2568.* ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข.

<https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/hqu2chfi6d2oyqbm4vudk>

กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, กลุ่มบริหารจัดการข้อมูลขนาดใหญ่. (2566). *สรุปรายงานการเจ็บป่วย ปี 2565.* กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/11/ill_2023_full_07112567.pdf

กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, กลุ่มบริหารจัดการข้อมูลขนาดใหญ่. (2567). *สรุปรายงานการเจ็บป่วย ปี 2566.* กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2025/08/ill_2024_full_18082568.pdf

ชัชวาล วงศ์สารี. (2560). ผลกระทบการเกิดภาวะสมองเสื่อมต่อผู้สูงอายุในประเทศไทย.

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 23(4), 680-689.

- ชัชวาล วงศ์สารี. (2561). สถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย: ประเด็นและแนวโน้ม การดูแลทางการแพทย์. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 12(1), 47-58.
- ดุษฎีพร วิชากร, ปิณฑิรา สิริทิพากร, และวิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล. (2563). ผลของโปรแกรมการอบรม ผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(2), 63-72.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล, และภูษิต ประคองสาย. (2566). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรมกิจการ ผู้สูงอายุ. https://www.dop.go.th/download/statistics/th1738230377-2563_0.pdf
- ปวีณา ศรีฉนวน, อรรณพ หนูแก้ว, และวินิภาญจน์ คงสุวรรณ. (2666). ปัจจัยทำนายของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ สมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ. ใน มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, *การพัฒนา งานวิจัยและนวัตกรรมเพื่อชุมชนที่ยั่งยืน รายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการและนำเสนอ ผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 10 และระดับนานาชาติ ครั้งที่ 8* (น. 319-331). มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. https://idcneu.com/neunic2023/file_article/hs/neunic2023-hs-03.pdf
- ภาวดี เหมทานนท์, และกิตติพร เนาว์สุวรรณ. (2562). ปัจจัยที่ทำนายความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย สมองเสื่อมที่บ้าน. *วารสารมหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 6(9), 4409-4424.
- ภูษิตา ยังอยู่, สุภัทรา จันทร์คำ, วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล, ปิณฑิรา สิริทิพากร, ดุษฎีพร วิชากร, พิศาลสารกิจ, นภาพร เฟื่องสอน, และสุทิดา ปิตัญญ. (2560). ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลในการดูแล ผู้ป่วยสมองเสื่อม. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 16(2-3), 57-69.
- รัชณี หาญสมสกุล, และวัฒนา ชยธวัช. (2567). การพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยในด้วยโรคสมองเสื่อมและ โรคอัลไซเมอร์ในประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 10(4), 74-85.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ, กองสถิติสังคม, กลุ่มสถิติสุขภาพและภาวะทางสังคม. (2568). *การสำรวจประชากร ผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf
- อรรณพ ศิลปกิจ, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ, และรสสุคนธ์ ชมชื่น. (2558). คุณสมบัตินทางจิตวิทยาของแบบประเมิน ภาระการดูแล Zarit ในผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 23(1), 12-24.
- Anantapong, K., Wongpakaran, N., Setthawatcharawanich, S., Aphisitphinyo, S., Sirimaharaj, N., Rattanabannakit, C., Paholpak, P., Jiraphan, A., Wiwattanaworaset, P., Aunjitsakul, W., Buathong, N., Paholpak, P., Supanimitamorn, K., Thana-udom, K., Pariwatcharakul, P., Wongpakaran, T., & Wang, H. (2025). Family carers' knowledge and practices in dementia care for hospitalised older adults: A multi-centre cross-sectional study in Thailand. *Frontiers in Medicine*, 12, 1710146. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1710146>
- Alzheimer's Association. (2023, December, 18). *2023 Alzheimer's disease facts and figures report: At a glance statistics*. <https://www.alz.org/getmedia/d6a072cf-ee7b-4b10-a4c6-068f4afc54db/facts-and-figures-2023-at-a-glance-stats-fact-sheet.pdf>

- Campione, J. R., & Zebrak, K. A. (2020). Predictors of unmet need among informal caregivers. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 75(10), 2181–2192. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbz165>
- Connors, M. H., Seeher, K., Teixeira-Pinto, A., Woodward, M., Ames, D., & Brodaty, H. (2020). Dementia and caregiver burden: A three-year longitudinal study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(2), 250-258. <https://doi.org/10.1002/gps.5244>
- Mongklam, P., Kraithaworn, P., & Piyatrakul, S. (2025). Exploring dementia care for community-dwelling older adults in Thailand: A qualitative descriptive study. *Belitung Nursing Journal*, 11(4), 459–467. <https://doi.org/10.33546/bnj.3835>
- Shin, J. H., & Kim, J. H. (2022). Family caregivers of people with dementia associate with poor health-related quality of life: A nationwide population-based study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 16252. <https://doi.org/10.3390/ijerph192316252>
- Zarit, S. H., Todd, P. A., & Zarit, J. M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. *The Gerontologist*, 26(3), 260-266. <https://doi.org/10.1093/geront/26.3.260>
- Wangpitipanit, S., Kittipimpanon, K., & Chankollawee, N. (2025). Perceived Problems and Needs of the Family Caregivers Who Caregiving of Dependent Older Persons in an Urban Community: A Qualitative Descriptive Study. *Clinical interventions in aging*, 20, 2457–2466. <https://doi.org/10.2147/CIA.S454136>
- World Health Organization. (2020, June 25). *Dementia: Information for caregivers*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/dementia-information-for-caregivers>
- World Health Organization. (2026, July 3). *Dementia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

การพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง โรงพยาบาลสุรินทร์

พุ่มพวง ทะเรรัมย์, พย.บ.*

อรนุช ประดับทอง, พย.ม.**

Received: January 18, 2026

Revised: July 18, 2026

Accepted: August 22, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง โรงพยาบาลสุรินทร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมต่อความรู้ ความพึงพอใจ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลของผู้ป่วย และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ โดยการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง จำนวน 8 คน และพยาบาลวิชาชีพ 8 คน เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มและวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมและทดสอบคุณภาพกับ กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก จำนวน 8 คน จากนั้นนำผลมาปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสม ระยะที่ 3 ศึกษาผลของ โปรแกรม โดยการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยผ่าตัด มะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง 30 คน และพยาบาลวิชาชีพ 18 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาล แบบสอบถามความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน แบบสัมภาษณ์ กึ่งโครงสร้าง และโปรแกรมให้ความรู้ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ระหว่าง 0.83–0.93 วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์เนื้อหา และ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมประกอบด้วย 9 ชั้น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนให้ความรู้ ระยะให้ความรู้ ด้วยสื่อผสมหลายรูปแบบ ระยะฝึกทักษะ และประเมินผล ภายหลังการใช้โปรแกรม ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก และ ความพึงพอใจของพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช และพบ ภาวะแทรกซ้อนแขนบวม 2 ราย สรุปโปรแกรมสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โปรแกรมให้ความรู้ มะเร็งเต้านม การผ่าตัดด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุรินทร์

** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก;

ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: oranute@bcsurin.ac.th

The Development of Educational Breast Cancer Surgery Preprograms for Modified Radical Mastectomy Patients at Surin Hospital

Pumpoung Tararum, B.N.S.*
Oranute Pradubthong, M.N.S.**

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate an educational program for patients undergoing modified radical mastectomy (MRM) at Surin Hospital. The program was designed to improve patients' knowledge, satisfaction, anxiety, postoperative complications, and professional nurses' satisfaction. The study consisted of three phases. Phase 1 employed qualitative methods to explore problems and needs through focus group discussions with 8 patients and 8 professional nurses. Phase 2 involved developing the educational program and pilot testing it with eight patients, followed by program refinement. Phase 3 used a one-group pretest–posttest quasi-experimental design to evaluate the program among 30 patients undergoing MRM and 18 professional nurses. The research instruments included a demographic questionnaire, a knowledge test, patient and nurse satisfaction questionnaires, the Thai version of the Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS), a postoperative complication record form, a semi-structured Interview guide, and an educational program. Instrument reliability coefficients ranged from 0.83 to 0.93. Data were analyzed using descriptive statistics, content analysis, and paired t-test.

The educational program consisted of nine steps implemented in three phases: pre-education, multimedia education, and skills practice with evaluation. Following the intervention, patients demonstrated significantly higher knowledge scores than before participation ($p < .001$). Patient satisfaction was at a high level, while professional nurses' satisfaction was at the highest level. Most patients had no symptoms of anxiety or depression after the intervention, and only two patients developed postoperative lymphedema. The findings indicate that the educational program effectively improved patients' knowledge, enhanced satisfaction among patients and nurses, promoted psychological well-being, and reduced preventable postoperative complications. The program may serve as an evidence-based nursing intervention to improve the quality of postoperative care for patients undergoing modified radical mastectomy

Keywords: Educational program, Breast cancer, Modified radical mastectomy

* Professional Nurse, Surin Hospital

** Instructor, Boromarajonani college of nursing, Surin, Faculty of nursing, Praboromrajanok institute;

Corresponding Author E-mail: oranute@bcnsurin.ac.th

บทนำ

โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในโลก โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 2.26 ล้านคนต่อปี และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 0.68 ล้านคนต่อปี นับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งในอันดับต้น ๆ ของโลก นอกจากนี้ยังสามารถพบโรคมะเร็งเต้านมได้ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย ประเทศที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ออสเตรเลียและสหรัฐอเมริกา สำหรับประเทศไทยมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับหนึ่งในสตรีไทย คิดเป็นร้อยละ 26.4 ของโรคมะเร็งทั้งหมดในสตรีไทย (นิภา ใจสมคม และบังอร หนูบรรจง, 2566; สุกาญจนา จุลโนนยาง, 2566) การรักษาโรคมะเร็งเต้านมในปัจจุบันเป็นการรักษาแบบผสมผสานหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด ฮอร์โมนบำบัด และการรักษาแบบมุ่งเป้า โดยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก การผ่าตัดถือเป็นวิธีการรักษาหลัก ซึ่งมีหลายรูปแบบ หนึ่งในวิธีที่ใช้บ่อยคือการผ่าตัดเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง (Modified Radical Mastectomy: MRM) เป็นการผ่าตัดเอาเต้านมทั้งหมดรวมทั้งการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออก ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะใส่สายระบายสุญญากาศ (radivac drain) และสามารถกลับบ้านได้ภายใน 48-72 ชั่วโมง โดยไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัด (ธวัช อิงศิริรัตน์ และสิทธิ เชาวชื่น, 2563)

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี MRM มักเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ข้อไหล่ติด แขนบวม แผลผ่าตัดมีเลือดออก แผลติดเชื้อ การเกิดของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัด อาการชาแขน และภาวะแผลเนื้องอกตาย โดยพบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 1-80 ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว แม้ไม่เป็นอันตรายต่อชีวิตโดยตรง แต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสมรรถภาพ ระยะเวลาอนโรพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (พาสนา บุญยะมาน, 2560)

นอกจากผลกระทบด้านร่างกายแล้ว การสูญเสียเต้านมยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและสังคมอย่างมาก เนื่องจากเต้านมเป็นสัญลักษณ์ของความเป็นหญิง ผู้ป่วยจำนวนมากจึงเกิดความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ ขาดความมั่นใจ วิดกกังวล เครียด ซึมเศร้า รวมทั้งเกิดความกลัวต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหรือการเสียชีวิต ซึ่งส่งผลต่อการปรับตัว การฟื้นฟูสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในระยะยาว (มลฤดี เกษเพชร และคณะ, 2563) โดยเฉพาะในระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมักมีความไม่แน่นอนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การดูแลสายระบาย การบริหารข้อไหล่ และการสังเกตอาการผิดปกติ หากขาดความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติตน อาจก่อให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา และเพิ่มโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

การให้ความรู้และการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ทั้งในด้านการดูแลแผลผ่าตัด การดูแลสายระบาย การบริหารข้อไหล่ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการสาธิตและการฝึกปฏิบัติ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลตนเองสูงกว่าการใช้สื่อแผ่นพับเพียงอย่างเดียว อีกทั้งยังช่วยเพิ่มความมั่นใจ ลดความวิตกกังวล และส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อาภา ศรีสร้อย และอมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล, 2563; ประวีณา อัสวพลไพศาล และศศิธร แก้วกล้า, 2563)

การศึกษาครั้งนี้พัฒนาขึ้นบนพื้นฐานของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's self-care deficit nursing theory) ซึ่งอธิบายว่า ผู้ป่วยจะสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อได้รับการสนับสนุนด้านความรู้ ทักษะ และคำแนะนำที่เหมาะสมจากพยาบาล โดยเฉพาะระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative nursing system) ที่มุ่งเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วย

ให้สามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัว อีกทั้งยังสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (adult learning theory) ของ Knowles et al. (2015) ที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ การลงมือปฏิบัติ และการใช้สื่อที่สามารถทบทวนได้ด้วยตนเอง จึงเหมาะสมกับผู้ป่วยที่ต้องเรียนรู้การดูแลตนเองภายในระยะเวลาจำกัดก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากแนวคิดดังกล่าว โปรแกรมให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้นจึงมุ่งเน้นการถ่ายทอดความรู้ผ่านสื่อดิจิทัล การสาธิต การฝึกปฏิบัติ และการทบทวนความรู้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง สามารถปฏิบัติการดูแลแผล การดูแลสายระบาย และการบริหารข้อไหล่ได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ลดความไม่แน่นอนเกี่ยวกับการรักษา ลดระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัด ขณะเดียวกันการมีแนวทางการสอนที่เป็นมาตรฐานและสื่อการเรียนรู้ที่ทันสมัย ยังช่วยให้พยาบาลสามารถให้ข้อมูลได้อย่างครบถ้วน สม่ำเสมอ และมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลต่อความพึงพอใจของทั้งผู้ป่วยและบุคลากรผู้ให้บริการ

ในด้านผลลัพธ์ทางคลินิก ผู้ป่วยที่มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง จะสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ดีขึ้น ทั้งการติดเชื้อของแผล การเกิดเลือดออก ของเหลวคั่งใต้แผล ผ่าตัด ข้อไหล่ติด แขนบวม รวมถึงการกลับมารักษารักษาซ้ำภายในระยะเวลาอันสั้น ซึ่งล้วนเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมด้านที่สำคัญ

หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสุรินทร์ ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM อย่างต่อเนื่อง โดยในช่วงปี พ.ศ. 2564-2566 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้น และยังพบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด รวมถึงอัตราการกลับมารักษารักษาซ้ำภายใน 28 วัน โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ แผลติดเชื้อ เลือดออก และแผลเนื้องาย (สถิติเวชระเบียน โรงพยาบาลสุรินทร์, 2567)

จากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย พบว่า รูปแบบการให้ความรู้ยังไม่เป็นระบบ สื่อการสอนบางส่วนยังไม่เป็นสื่อดิจิทัล ขาดความทันสมัย และไม่สามารถทบทวนได้ภายหลังจำหน่าย ประกอบกับภาระงานของพยาบาลที่สูง ส่งผลให้การสอนและการสาธิตแก่ผู้ป่วยและญาติไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะการบริหารข้อไหล่ การดูแลสายระบาย และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านจึงขาดความรู้ ความเข้าใจ และความมั่นใจในการดูแลตนเอง ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล ความไม่มั่นใจในการฟื้นตัว ความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลลดลง และเพิ่มโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ (พาสนา บุญยะมาน, 2560; อนุชา ไทยวงศ์ และคณะ, 2560)

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถือนรากแบบดัดแปลง โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ และแนวคิดการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ของ Knowles et al. (2015) เป็นกรอบในการออกแบบโปรแกรม เพื่อพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ที่เป็นมาตรฐาน ทันสมัย และเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย คาดว่าจะช่วยเพิ่มความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากรทางการพยาบาล ลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัด ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ และยกระดับคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาลสุรินทร์ อันจะนำไปสู่การฟื้นตัวที่รวดเร็ว คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง โรงพยาบาลสุรินทร์
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง โรงพยาบาลสุรินทร์ ต่อความรู้ ความพึงพอใจของผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วย และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

สมมติฐานของการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมความรู้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลงผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนรับโปรแกรม
2. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับมากขึ้นไป
3. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีระดับความวิตกกังวลและซึมเศร้าในระดับน้อยหรือไม่พบความผิดปกติทางจิตใจ
4. ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดลดลงก่อนการพัฒนาโปรแกรม
5. พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้โปรแกรมมีคะแนนความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับมากขึ้นไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง โรงพยาบาลสุรินทร์ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร งานวิจัย และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการออกแบบวิจัย เป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม ด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง ระยะที่ 3 ศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง โรงพยาบาลสุรินทร์ ดังแสดงกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยมีขั้นตอนและรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีถอนรากแบบตัดแปลง

ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบตัดแปลง

ระยะที่ 3 ศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง โรงพยาบาลสุรินทร์

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง

รูปแบบการวิจัย

1) การศึกษาเอกสารและการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง โรงพยาบาลสุรินทร์

2) การวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยการใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured Interview guide)

ผู้ให้ข้อมูล แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

1) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง เพศหญิงที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงอาคาร 9 ชั้น 2 โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 8 คน

2) กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง อาคาร 9 ชั้น 2 โรงพยาบาลสุรินทร์ มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 2 ปี โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 8 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 บัญชีส่วนบุคคล ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ศาสนา 5) อาชีพ 6) วันเดือนปี ที่วินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมครั้งแรก 7) ระยะของโรค 8) ประวัติสุขภาพ ได้แก่ ประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม การได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนต่อเนื่อง ประวัติสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ โรคอ้วนหรือ BMI มากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 12 ปี การมีบุตรผู้ที่ตั้งครรภ์แรกเมื่อมีอายุมากกว่า 30 ปี การไม่มีบุตร การใช้ยาคุมกำเนิด การขาดการออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 9) ผู้ป่วยมีโรคหรือไม่ โรคอะไร และระบุ 10) ผู้ป่วยเคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมก่อนการวินิจฉัยหรือไม่ 11) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างสำหรับพยาบาล ที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ด้วยวิธี IOC (Index of Item-Objective Congruence) ได้ค่า 0.73 แบ่งออกเป็น 7 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม ดังนี้

1) คุณเคยพบปัญหาหรืออุปสรรคใดในการให้ความรู้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง (MRM) หรือไม่ ปัญหาที่พบเป็นอย่างไร

2) คุณให้ความรู้เรื่องใดแก่ผู้ป่วยที่ผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง เช่น การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด การดูแลแผล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การห้ามเจาะเลือดแขนข้างที่ผ่าตัด การออกกำลังกายแขน การสังเกตอาการผิดปกติ เป็นต้น

3) คุณใช้วิธีการใดในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เช่น พูดคุยแบบตัวต่อตัว แจกแผ่นพับ ให้ดูวิดีโอหรือกลุ่มสุขศึกษา เป็นต้น

4) มีการใช้สื่อหรือเทคโนโลยีใดช่วยในการสื่อสารหรือไม่

5) คุณเคยพบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง (MRM) หรือไม่ ถ้าพบผู้ป่วยมีอาการอย่างไร

6) คุณคิดว่าอะไรที่ควรได้รับการปรับปรุงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

7) พยาบาลควรได้รับการสนับสนุนหรือพัฒนาในด้านใดเพิ่มเติม

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างสำหรับผู้ป่วย ที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ด้วยวิธี IOC (Index of Item-Objective Congruence) ได้ค่า 0.92 แบ่งออกเป็น 3 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม ดังนี้

1) คุณเคยพบปัญหาหรืออุปสรรคใดจากการได้รับความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง (MRM) จากพยาบาลหรือไม่ ปัญหาที่พบเป็นอย่างไร

2) อยากให้พยาบาลให้ความรู้เรื่องใดแก่ผู้ป่วยที่ผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลงบ้าง อย่างไร เช่น การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด การดูแลแผล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การห้ามเจาะเลือดแขนข้างที่ผ่าตัด การออกกำลังกายแขน การสังเกตอาการผิดปกติ เป็นต้น

3) อยากให้พยาบาลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่ผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลงด้วยวิธีการสอนอย่างไรบ้าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำเนื้อหาจากการสนทนากลุ่มที่ได้บันทึกมาทำการถอดความทั้งที่เป็นคำพูด กิริยา และท่าทีของผู้ให้สัมภาษณ์ในขณะทำการสัมภาษณ์ นำมาจัดระบบด้วยการแจกแจงด้วยการตีความและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูล เพื่อนำมาสังเคราะห์และจัดกลุ่มข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ พบว่า บริบทและทรัพยากรยังไม่เอื้อต่อการให้ความรู้ ผู้ป่วยเข้าถึงสื่อได้น้อย ทำให้การเรียนรู้ไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ต้องใช้สื่อที่เข้าใจง่าย เห็นภาพชัด ลดการพึ่งการอ่านและความจำ ภาระงานพยาบาลสูงและการสื่อสารจำกัด ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจการดูแลตนเองไม่ครบถ้วน ขาดระบบติดตามหลังจำหน่าย ส่งผลต่อการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำเป็นต้องพัฒนาโปรแกรม R&D ที่ใช้สื่อดิจิทัล เช่น วิดีโอ, QR Code เป็นต้น ควบคู่การเสริมทักษะพยาบาล ทั้งด้านการสื่อสารและการดูแลภาพลักษณ์ผู้ป่วย

ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง ดำเนินการวิจัยดังนี้

1) นำผลการสังเคราะห์ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากเอกสาร งานวิจัยเกี่ยวข้องและข้อมูลจากการวิเคราะห์เนื้อหาในขั้นตอนที่ 1 มาประกอบนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรม

2) จัดทำร่างโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลงตามหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวปฏิบัติที่ดี

3) นำร่างโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง เสนอผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งเต้านม ได้แก่ ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งเต้านม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน

4) นำร่างโปรแกรมการให้ความรู้ไปทดสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยแบ่งเป็น การทดลองแบบหนึ่งต่อหนึ่ง (one-to-one testing) จำนวน 3 คน การทดลองกับกลุ่มขนาดเล็ก (small group testing) จำนวน 5 คน และนำไปปรับปรุงพัฒนา จากนั้นนำมาปรับปรุงพัฒนาและนำไปทดลองใช้จริง ในระยะที่ 3

ระยะที่ 3 ศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง โรงพยาบาลสุรินทร์

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

1) ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เพศหญิง อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาหอย่อมผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง อาคาร 9 ชั้น 2 โรงพยาบาลสุรินทร์ ระหว่างเดือนมิถุนายน 2567- มิถุนายน 2568 จำนวน 55 คน

2) ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพประจำหอย่อมผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง อาคาร 9 ชั้น 2 โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 18 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดย

1) กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการที่หอย่อมผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง อาคาร 9 ชั้น 2 โรงพยาบาลสุรินทร์ ในเดือนมิถุนายน 2567 - มิถุนายน 2568 จำนวน 30 คน โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก

1.1) เป็นผู้ป่วยหญิงที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง (modified radical mastectomy) คือ การผ่าตัดเต้านมรวมกับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ หรือผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล หรือทั้งสองวิธีร่วมกัน

1.2) ผู้ป่วยและญาติยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

1.3) ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่สามารถสื่อสารเข้าใจ

เกณฑ์การคัดออก

1.1) ผู้ป่วยและญาติไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

1.2) ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลไม่สามารถสื่อสารได้

2) กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจงเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่หอย่อมผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง อาคาร 9 ชั้น 2 โรงพยาบาลสุรินทร์ มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปี

เกณฑ์การคัดเลือก

2.1) มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 2 ปี

2.2) ยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

2.3) สามารถสื่อสารเข้าใจ

เกณฑ์การคัดออก

2.1) ไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2.2) ย้ายออกจากหน่วยงาน

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลเบื้องต้นของโปรแกรมให้ความรู้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง ดังนั้น การกำหนดขนาดตัวอย่างจึงพิจารณาทั้งหลักการทางสถิติและแนวคิดของการวิจัยและพัฒนา

ในระหว่างการประเมินผลของโปรแกรม ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1.9.7 สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม (matched pairs/paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (statistical power; $1-\beta$) เท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพล (effect size; Cohen's d) เท่ากับ 0.60 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ถึงค่อนข้างสูง อ้างอิงจากผลการศึกษามาก่อนซึ่งพบว่าโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการใช้สื่อวีดิทัศน์ สามารถเพิ่มความรู้และทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญ (อาภา ศรีสร้อย และ อมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล, 2563; ประวีณา อัสวพลไพศาล, 2563) จากการคำนวณได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 26 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการการศึกษา (attrition) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ตามข้อเสนอแนะของ Polit & Beck (2021) ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 30 คน

นอกจากนี้การกำหนดขนาดตัวอย่างดังกล่าวยังสอดคล้องกับแนวคิดของการวิจัยและพัฒนา (research and development) ซึ่งมุ่งเน้นการทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลเบื้องต้นของนวัตกรรมในกลุ่มเป้าหมายจริงก่อนการนำไปใช้ในวงกว้าง โดย Richey & Klein (2007) อธิบายว่า ในระยะทดลองใช้ภาคสนาม (field testing) ของงานวิจัยและพัฒนา สามารถใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กถึงปานกลาง เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ ความเหมาะสม การยอมรับ และผลลัพธ์เบื้องต้นของนวัตกรรม ก่อนขยายผลสู่การศึกษาที่มีขนาดใหญ่และมีการควบคุมตัวแปรมากขึ้น ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จึงมีความเหมาะสมทั้งในเชิงสถิติและเชิงระเบียบวิธีสำหรับการประเมินผลเบื้องต้นของโปรแกรมให้ความรู้ในการศึกษาครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมให้ความรู้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง (modified radical mastectomy) หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสุรินทร์ ซึ่งได้จากระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติในขั้นตอนของการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย

1.1 สื่อวีดิทัศน์เรื่องคำแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง (modified radical mastectomy) หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสุรินทร์ ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นโดยการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารวิชาการ บทความวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด การดูแลแผล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การห้ามเจาะเลือดแขนข้างที่ผ่าตัด การออกกำลังกายแขน การสังเกตอาการผิดปกติ นำเสนอระยะเวลา 12 นาที

1.2 แฟ้มการสอนและแผ่นพับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด

1.3 โปสเตอร์ ประกอบด้วย อาการโรคมะเร็งเต้านม การรักษาโรคมะเร็งเต้านม ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดโรคมะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การวัดองศาแขน การบริหารไหล่ 4 ท่า การดูแลสายระบาย การสังเกตอาการผิดปกติหลังผ่าตัดโรคมะเร็งเต้านม

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ระยะของมะเร็ง ประวัติกรรมพันธุ์โรคมะเร็ง การเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง

2.2 แบบสอบถามเพื่อการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลจากการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง ได้แก่

2.2.1 แบบบันทึกข้อมูลภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง โดยมีการประเมินว่ามีความผิดปกติ ได้แก่ เลือดออกผิดปกติ (bleeding) โดยการสังเกต บันทึกลี และปริมาณสารคัดหลั่ง เลือด หรือน้ำเหลืองคั่งใต้แผล (hematoma) เนื้อตาย (necrosis) การติดเชื้อ (infection) โดยการประเมินบาดแผล ลักษณะสี ของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัด (seroma) การประเมินแขนบวม โดยวัดความต่างของวงแขนทั้ง 2 ข้าง แบ่งออกเป็น ≥ 2 เซนติเมตร และ ≤ 1.9 เซนติเมตร แขนบวมน้ำเหลือง (lymphedema) โดยวัดความต่างของวงแขนทั้ง 2 ข้าง แบ่งออกเป็น ≥ 2 เซนติเมตร และ ≤ 1.9 เซนติเมตรและประเมินข้อไหล่ติด โดยใช้แบบประเมินการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ใช้ Thai Arthrometric Navigator Scale (TAN Scale) (อนุสิทธิบัตรเลขที่ 8050) พัฒนาโดยทีมทางคลินิกด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

2.2.2 แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยต่อโปรแกรมให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง โรงพยาบาลสุรินทร์ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 11 ข้อ มีรูปแบบมาตรวัดระดับ (Likert scale) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความพึงพอใจในระดับ น้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน) ในระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ในระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน)

2.2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อโปรแกรมให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง โรงพยาบาลสุรินทร์ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความพึงพอใจในระดับ น้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน) ในระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ในระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน)

2.2.4 แบบสอบถามความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale, Thai version: Thai HADS) เป็นแบบสอบถามความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของ Zigmond and Snaith แปลเป็นภาษาไทยโดย Nilchaikovit et al. (1996) มีข้อคำถาม 14 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) มีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน แบ่งเป็นคำถามวัดความวิตกกังวล 7 ข้อ (ข้อเลขคี่) และเป็นคำถามวัดอาการซึมเศร้า 7 ข้อ (ข้อเลขคู่) การแปลผลใช้คะแนนรวมของความวิตกกังวลและคะแนนรวมของอาการซึมเศร้า ซึ่งคะแนน 0-7 เป็นกลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช คะแนน 8-10 เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าสูง แต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน และคะแนน 11-21 เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช โดยเครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient สำหรับอาการวิตกกังวลเท่ากับ 0.78 และสำหรับอาการซึมเศร้าเท่ากับ 0.72 การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือทั้ง 2 ชุด เนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่นิยมใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลกในกลุ่มประชากรผู้ป่วยมะเร็ง รวมทั้งมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับดี

2.2.5 แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 11 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบถูกผิด (true-false) โดยมีข้อที่ถูกจำนวน 11 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ มี 2 ระดับ คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน โดยครอบคลุมหัวข้อสำคัญ เช่น การดูแลแผล การจัดการสายระบาย การบริหารไหล่อากาศผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เป็นต้น ผู้วิจัยแบ่งระดับคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1956) กล่าวคือ คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 มีความรู้ระดับสูง คะแนนร้อยละ 60-70 มีความรู้ระดับปานกลาง และคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 มีความรู้ระดับต่ำ

2.2.6 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อวิดีโอและสื่อการสอนการให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง โรงพยาบาลสุรินทร์ แบบประเมินความพึงพอใจจัดทำในรูปแบบมาตรวัดระดับ (Likert scale) จำนวน 12 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน) ในระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ในระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน)

การตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วย แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการวิจัย แบบทดสอบความรู้ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งเต้านม 3 ท่าน ได้แก่ ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งเต้านม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน และหาค่าความตรงของเนื้อหาด้วยวิธี IOC (Index of Item-Objective Congruence) ได้ค่า 0.73, 0.84, 0.92 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย

นำแบบประเมินความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วย แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับพยาบาลวิชาชีพ แบบทดสอบความรู้ ไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า 0.83, 0.94 หาค่าความเชื่อมั่นของความรู้ KR 20 ได้ค่า = 0.83

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสุรินทร์ เลขที่ 51/2567 ลงวันที่ 17 มิถุนายน พ.ศ. 2567 โดยมีระยะเวลาการรับรองถึงวันที่ 16 มิถุนายน พ.ศ. 2568 ก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้ขอความยินยอมจากผู้ป่วยหรือญาติ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมอธิบายให้เข้าใจอย่างชัดเจนก่อนลงนามยินยอม ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้อย่างอิสระโดยไม่กระทบต่อสิทธิในการรับบริการรักษาพยาบาลและในการทำงาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เมื่อผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยของโรงพยาบาลสุรินทร์ ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขออนุมัติหนังสือขออนุญาตพื้นที่ในการทำวิจัย โดยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการติดต่อประสานงานในพื้นที่

2. ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้ และผลประโยชน์ที่จะได้รับต่อบุคคล ชุมชน และหอผู้ป่วย ตลอดจนอธิบายขั้นตอนการวิจัย วิธีการใช้เครื่องมือทุกชุดในการเก็บข้อมูลและแนวทางปฏิบัติในทางเดียวกัน เพื่อทราบบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาโปรแกรม การให้ความรู้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลงในการป้องกัน การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

3. ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยในครั้งนี้และประโยชน์ที่จะได้รับต่อบุคคล ชุมชน และหน่วยงาน ตลอดจนอธิบายขั้นตอนการวิจัย และให้อิสระในการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อนิติการรักษาใด ๆ

4. ดำเนินการวิจัยและพัฒนาตามกระบวนการวิจัย 3 ระยะ

5. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม

6. เมื่อเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

3. วิเคราะห์ความพึงพอใจ ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้ โดยใช้ pair t-test โดยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นข้อมูลมีการแจกแจงปกติ

ผลการวิจัย

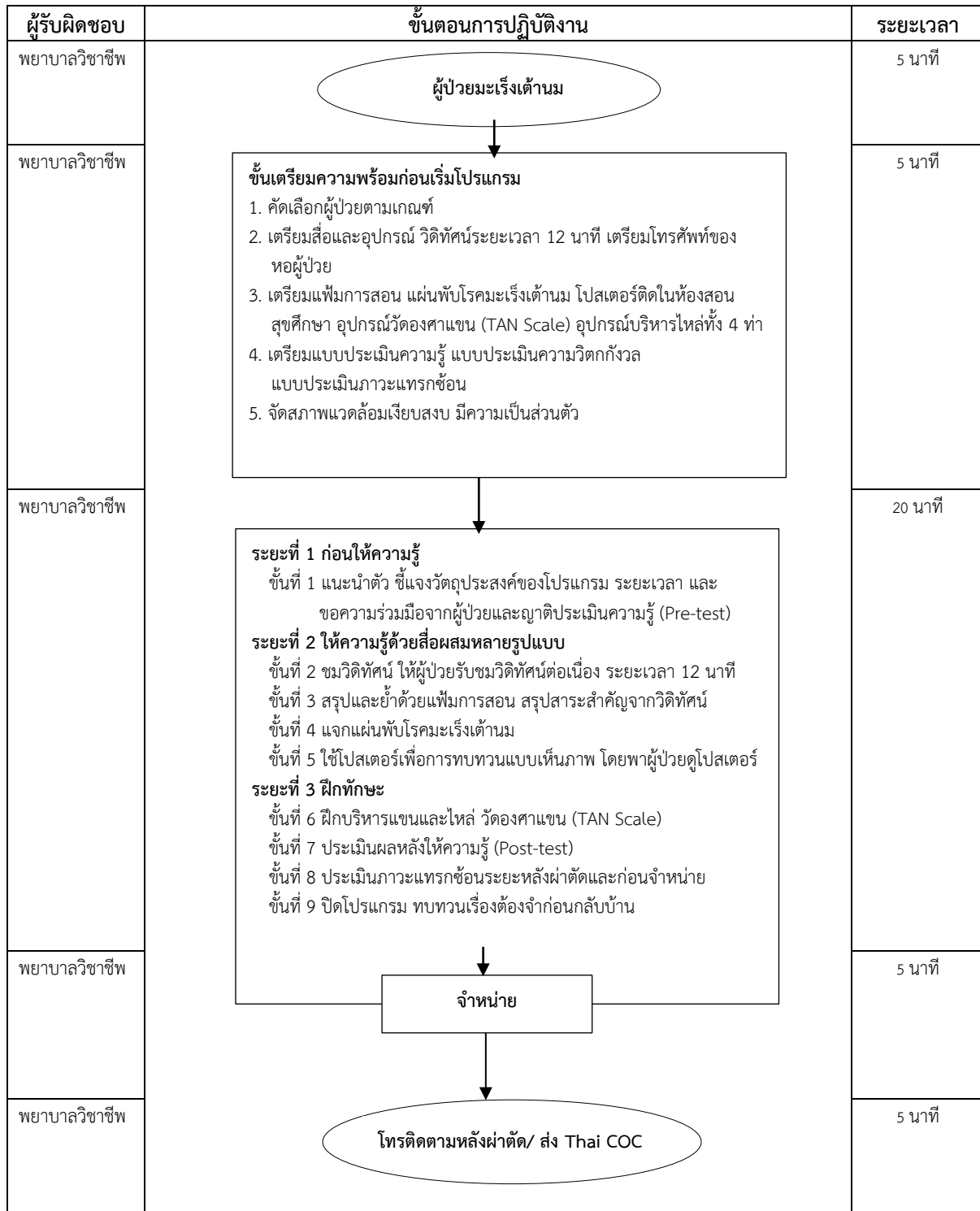
1.ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 อายุ ระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.33 รองลงมาคือ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.34 อายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 20 และ 70-79 คิดเป็นร้อยละ 13.33 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 63.3 รองลงมาคือ โสด คิดเป็นร้อยละ 20 และหม้าย คิดเป็นร้อยละ 16.7 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 76.66 รองลงมาคือรับราชการ คิดเป็นร้อยละ 10 ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 6.67 และอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 6.67 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ต่ำกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 83.33 รองลงมาคือ 20,001 บาท ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 10 และ 10,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 6.67 การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาคือมัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 30 และปริญญาตรีหรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 10 ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคมะเร็ง มีประวัติ คิดเป็นร้อยละ 30 ไม่มีประวัติ คิดเป็นร้อยละ 70 ประวัติครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ไม่มีประวัติ คิดเป็นร้อยละ 86.67 มีประวัติ คิดเป็นร้อยละ 13.33

2. โปรแกรมให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง โรงพยาบาล สุรินทร์

ภาพ 2

โปรแกรมให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง



3. ผลของโปรแกรมให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง

3.1 ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลงที่พัฒนาขึ้น ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ($t = -7.709$, $p = .000$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง ด้วยค่าสถิติ t-test ($n = 30$)

รายการ	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	p
	M	SD	M	SD		
ระดับความรู้	10.13	0.62	10.95	0.18	-7.709	.000*

$p < .001$

3.2 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง

ความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง พบว่า คุณภาพการบริการพยาบาลในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.20$, $SD = 0.40$) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ท่านได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน และท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.23$, $SD = 0.43$; $M = 4.23$, $SD = 0.43$) รองลงมาคือ ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการบริหารไหล่ในการป้องกันข้อไหล่ติด และท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลขดระบาย ($M = 4.20$, $SD = 0.40$; $M = 4.20$, $SD = 0.40$) และค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือท่านมีโอกาสดูแลสุขภาพแสดงความรู้สึกหรือความกังวลใจกับพยาบาล ($M = 4.03$, $SD = 0.18$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโปรแกรมให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง ($N = 30$)

ความพึงพอใจ	M	SD	ระดับ
1. การให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม	4.10	0.40	ระดับมาก
2. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมตัวผ่าตัด	4.13	0.43	ระดับมาก
3. พยาบาลให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว	4.06	0.25	ระดับมาก
4. พยาบาลดูแลเอาใจใส่อย่างมีน้ำใจและให้กำลังใจ	4.10	0.30	ระดับมาก
5. ท่านมีโอกาสดูแลสุขภาพแสดงความรู้สึกหรือความกังวลใจกับพยาบาล	4.03	0.18	ระดับมาก
6. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	4.10	0.30	ระดับมาก
7. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการบริหารไหล่ในการป้องกันข้อไหล่ติด	4.20	0.40	ระดับมาก
8. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลขดระบาย	4.20	0.40	ระดับมาก
9. ท่านได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน	4.23	0.43	ระดับมาก
10. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์	4.23	0.43	ระดับมาก
11. คุณภาพการบริการพยาบาลในภาพรวม	4.20	0.40	ระดับมาก

4. ระดับความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลงภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ภายหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 96.67 ($n=29$) รองลงมาคือมีอาการความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้าสูงแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 3.33 ($n=1$) ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3

แสดงระดับความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง ($N=30$)

ระดับความวิตกกังวล	คะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กลุ่มไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช	0-7	29	96.67
กลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้าสูง แต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน	8-10	1	3.33
กลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้าในระดับผิดปกติทางจิตเวช	11-21	0	0.00
รวม		30	100.00

5. ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง ที่เข้าร่วมโปรแกรม

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง พบว่า เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการทำการผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง จำนวน 2 ราย โดยมีภาวะแขนบวม คิดเป็นร้อยละ 6.67 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลงที่เข้าร่วมโปรแกรม

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	จำนวน	ร้อยละ
1. bleeding	0	0
2. hematoma	0	0
3. infection	0	0
4. necrosis	0	0
5. แขนบวม	2	6.67
6. ข้อไหล่ติด	0	0

6. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อโปรแกรมให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง

ความพึงพอใจของพยาบาลต่อโปรแกรมให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.57$, $SD = 0.44$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ด้านประโยชน์ต่อหน่วยงาน และมีความทันสมัย มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.66$, $SD = 0.48$; $M = 4.66$, $SD = 0.48$) รองลงมาคือ ลดภาระงาน ($M = 4.61$, $SD = 0.50$) และค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ความสามารถในการนำไปปฏิบัติได้ ($M = 4.38$, $SD = 0.50$) ดังแสดงตารางที่ 5

ตารางที่ 5

ความพึงพอใจของพยาบาลต่อโปรแกรมให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง (N=18)

ข้อความวัดความพึงพอใจ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
1. ความสามารถในการนำไปปฏิบัติได้	4.38	0.50	ระดับมาก
2. ความสะดวกในการนำไปใช้	4.44	0.51	ระดับมาก
3. ประโยชน์ต่อหน่วยงาน	4.66	0.48	ระดับมากที่สุด
4. ลดภาระงาน	4.61	0.50	ระดับมากที่สุด
5. มีความทันสมัย	4.66	0.48	ระดับมากที่สุด
ความพึงพอใจในภาพรวม	4.57	0.44	ระดับมากที่สุด

อภิปรายผล

1. โปรแกรมให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง ประกอบด้วย ให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลงนี้ มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบ เนื่องจากออกแบบให้ครอบคลุมทั้งด้าน ความรู้ ทักษะ และสภาวะทางจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการฟื้นฟูหลังการผ่าตัดประการแรก โปรแกรมช่วยเพิ่มระดับความรู้ของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ โดยใช้สื่อผสมหลายรูปแบบ ได้แก่ วิดีทัศน์ แฟ้มการสอน แผ่นพับ และโปสเตอร์ ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ข้อมูลผ่านทั้งการมองเห็น การฟัง และการลงมือปฏิบัติจริง ส่งผลให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนและจดจำได้ดี สอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (adult learning theory) ที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์และการมีส่วนร่วมของผู้เรียน

2. ผลของโปรแกรมให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง

2.1 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลงที่พัฒนาขึ้น ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความรู้ของผู้ป่วยอย่างชัดเจน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Koinberg et al. (2006) และ McCorkle et al. (2011) ที่พบว่า โปรแกรมให้ความรู้ก่อนและหลังผ่าตัดที่ใช้สื่อหลากหลายรูปแบบ เช่น การสอนแบบเผชิญหน้า สื่อภาพ และเอกสารประกอบ ช่วยเพิ่มความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้การที่โปรแกรมในงานวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยการดูวิดีโอ การให้คู่มือ และการฝึกปฏิบัติจริงยังสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (adult learning theory) ซึ่งเน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ การมีส่วนร่วม และการนำความรู้ไปใช้ได้ทันที ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจดจำและประยุกต์ใช้ความรู้ได้ดีขึ้น (Knowles et al., 2015)

2.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง พบว่า คุณภาพการบริการพยาบาลในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.20$, $SD = 0.40$) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ท่านได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน และท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.23$, $SD = 0.43$; $M = 4.23$, $SD = 0.43$) จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้านการได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sheehy et al. (2018) ที่รายงานว่า การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและต่อเนื่องหลังผ่าตัดช่วยเพิ่มความพึงพอใจและความมั่นใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญ การที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับคำแนะนำเมื่อกลับบ้าน สะท้อนว่าผู้ป่วยมะเร็ง

ด้านนี้ยังคงมีความกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเองในระยะฟื้นฟู ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Fallowfield et al. (2002) ที่ชี้ว่า การให้ข้อมูลที่เหมาะสมและเข้าใจง่ายเป็นปัจจัยสำคัญต่อการรับรู้คุณภาพการดูแลและประสบการณ์เชิงบวกของผู้ป่วย

2.3 ภายหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 96.67 ($n=29$) รองลงมาคือ มีอาการความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้าสูงแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 3.33 ($n=1$) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Stanton et al. (2015) ที่พบว่า โปรแกรมให้ความรู้และการสนับสนุนทางจิตใจสามารถลดระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้ผลลัพธ์ดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติ และการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ช่วยลดความไม่แน่นอนและความกลัวของผู้ป่วย ส่งเสริมความรู้สึกรับผิดชอบตนเองและพลังอำนาจ (empowerment) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมและการดูแลด้านสุขภาพจิตควบคู่กับสุขภาพกาย

2.4 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง พบว่า เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการทำการผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง จำนวน 2 ราย โดยมีภาวะแขนบวม คิดเป็นร้อยละ 6.67 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ De Groef et al. (2015) และ McNeely et al. (2010) ที่รายงานว่า การให้ความรู้และการฝึกบริหารแขนและไหล่อย่างถูกต้องตั้งแต่ระยะแรกหลังผ่าตัด มีส่วนช่วยลดการเกิดภาวะแขนบวมและจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ แสดงให้เห็นว่า การบูรณาการการฝึกปฏิบัติร่วมกับการให้ความรู้ในโปรแกรมนี้นับเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย

2.5 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อโปรแกรมให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลง พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.57$, $SD = 0.44$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ด้านประโยชน์ต่อหน่วยงาน และมีความทันสมัย มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.66$, $SD = 0.48$; $M = 4.66$, $SD = 0.48$) จากผลการวิจัย พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะด้านประโยชน์ต่อหน่วยงานและความทันสมัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Titler et al. (2009) ที่ระบุว่า โปรแกรมการพยาบาลที่มีโครงสร้างชัดเจน ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และสามารถนำไปใช้ได้จริง จะช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ให้บริการและส่งเสริมการนำไปใช้ในทางปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผลดังกล่าวสะท้อนว่า โปรแกรมให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่พัฒนาขึ้นมีศักยภาพในการเป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานของหน่วยงาน และสามารถขยายผลสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในระดับองค์กรได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมให้ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมด้วยวิธีถอนรากแบบดัดแปลงไปใช้เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม เพื่อยกระดับคุณภาพการพยาบาลอย่างเป็นระบบ
2. ควรบูรณาการโปรแกรมเข้ากับกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยเน้นการให้ความรู้การฝึกบริหารแขนและไหล่ และการสังเกตอาการผิดปกติ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมในระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
2. ควรขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างและบริบทการศึกษา เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- ธวัช อิงศิริโรรัตน์, และสิทธิ เชาว์ชื่น. (2563). การศึกษาเปรียบเทียบผลการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน หลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านมวิธี Modified Radical Mastectomy โดยการใส่สายระบาย 2 วิธี. *วารสารกรมการแพทย์*, 45(2), 66-73.
- นิภา ใจสมคม, และบังอร หนูบรรจง. (2566). ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการ ผ่าตัด จังหวัดชุมพร. *วารสารมหาจุฬานาคทรรณ*, 10(2), 435-451.
- ประวีณา อัสวพลไพศาล, และศศิธร แก้วกล้า. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสอนสาธิตในผู้ป่วยผ่าตัด มะเร็งเต้านมเพื่อลดการเกิดท่อน้ำนมอุดตันและข้อไหล่ติดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 28(1), 68-80.
- พาศนา บุญยะมาน. (2560). ผลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบถอนรากชนิดดัดแปลง พร้อมขอตรวจสุขภาพต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสงขลา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 7(1), 95-103.
- มลฤดี เกษเพชร, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, และประกาศิต จิรปภา. (2563). โปรแกรมพัฒนาคุณภาพการดูแล กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อาคารศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาล และการผดุงครรภ์ไทย*, 7(2), 41-56.
- สถิติเวชะเปียน โรงพยาบาลสุรินทร์. (2567). หน่วยเวชระเบียน โรงพยาบาลสุรินทร์.
- สุกาญจนา จุลโนนยาง. (2566). การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด แบบเอนม์อาร์เอ็ม โรงพยาบาลสกลนคร. *วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัย นครพนม*, 1(2), 13-24.
- อนุชา ไทวงค์, นฤมล เอนกวิทย์, วิรัตน์ดา สาระโกศ, นัธววัฒน์ อูราแก้ว, นฤมล จิตสวา, น้ำฝน แฝ้วพลสง, เบญจวรรณ จันท์, มาลินี ปฏิทันโต, ลักขณา รัตนพลแสน, และสุนิสา มาแก้ว. (2560). ชุดนวัตกรรม ส่งเสริมการบริหารแขนและไหล่หลังการผ่าตัดเต้านม: จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การสร้างนวัตกรรม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 14(3), 114-124.
- อาภา ศรีสร้อย, และอมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล. (2565). การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของสื่อแผ่นพับกับ วิดีทัศน์ต่อการสอนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 28(2), 203-211.
- Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of Education Objectives : The classification of education goal*. Longman.
- De Groef, A., Van Kampen, M., Dieltjens, E., Christiaens, M. R., Neven, P., Geraerts, I., & Devoogdt, N. (2015). Effectiveness of postoperative physical therapy for upper-limb impairments after breast cancer treatment: a systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(6), 1140–1153.
<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2015.01.006>
- Fallowfield, L. J., Jenkins, V. A., & Beveridge, H. A. (2002). Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliative Medicine*, 16(4), 297–303.
<https://doi.org/10.1191/0269216302pm575oa>

- Knowles, M. S., Holton, E. F., & Swanson, R. A. (2015). *The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development (8th ed.)*. Routledge.
- Koinberg, I., Langius-Eklöf, A., Holmberg, L., & Fridlund, B. (2006). The usefulness of a multidisciplinary educational programme after breast cancer surgery: A prospective and comparative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 10(4), 273-282.
- McCorkle, R., Ercolano, E., Lazenby, M., Schulman-Green, D., Schilling, L. S., Lorig, K., & Wagner, E. H. (2011). Self-management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 61(1), 50-62.
<https://doi.org/10.3322/caac.20093>
- McNeely, M. L., Campbell, K., Ospina, M., Rowe, B. H., Dabbs, K., Klassen, T. P., Mackey, J., & Courneya, K. (2010). Exercise interventions for upper-limb dysfunction due to breast cancer treatment. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010(6), CD005211. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005211.pub2>
- Nilchaikovit, T., Lortrakul, M., & Phisansuthideth, U. (1996). Development of Thai version of hospital anxiety and depression scale in cancer patients. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 41(1), 18-30.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice (6th ed.)*. Mosby.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (11th ed.)*. Wolters Kluwer.
- Richey, R. C., & Klein, J. D. (2007). *Design and development research: Methods, strategies, and issues*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Sheehy, E. M., Lehane, E., Quinn, E., Livingstone, V., Redmond, H. P., & Corrigan, M. A. (2018). Information needs of patients with breast cancer at years one, three, and five after diagnosis. *Clinical Breast Cancer*, 18(6), e1269-e1275.
<https://doi.org/10.1016/j.clbc.2018.06.007>
- Stanton, A. L., Rowland, J. H., & Ganz, P. A. (2015). Life after diagnosis and treatment of cancer in adulthood: Contributions from psychosocial oncology research. *The American Psychologist*, 70(2), 159-174. <https://doi.org/10.1037/a0037875>
- Titler, M. G., Everett, L. Q., & Adams, S. (2007). Implications for implementation science. *Nursing Research*, 56(4 Suppl), S53-S59.
<https://doi.org/10.1097/01.NNR.0000280636.78901.7f>

พฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร
ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์

อรอุมา คำวิวัฒน์, พย.ม.*

ปิยนันท์ ดอนแสง, พย.บ.*

มณฑนา สังคมกำแหง, พย.ม.**

Received: November 17, 2025

Revised: May 25, 2026

Accepted: August 23, 2026

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มาติดตามการรักษาที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก จำนวน 97 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม พ.ศ. 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพได้เท่ากับ 0.76 และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้เท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวรโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 3.30, SD = 0.62$) คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 3.63, SD = 0.29$) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการสอนและสื่อการเรียนรู้ที่เฉพาะเจาะจง โดยเน้นทักษะการตรวจนับชีพจรและการสังเกตอาการผิดปกติ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวรได้อย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ พฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพชีวิต ภาวะเปราะบาง โรคร่วม

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น;

ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: smanth@kku.ac.th

Health Behaviors and Health-Related Quality of Life in Older Thai Adults with Permanent Pacemakers Implementation at Queen Sirikit Heart Center of the Northeast

Onuma Khamwipat, M.S.N.*

Piyanan Donthalang, B.N.S.*

Manthana Sangkomkamhang, M.S.N.**

Abstract

This study aims to examine health behaviors and health-related quality of life in elderly patients who have received permanent pacemakers at the Queen Sirikit Heart Center of the Northeast. The sample group consists of elderly individuals aged 60 and above who attended follow-up treatments at the outpatient nursing department, totaling 97 people. The sample was specifically selected based on predetermined criteria from February to May. Prof. In 2025, data were collected using questionnaires and interviews, which were tested on a sample group with similar characteristics to the target group. Reliability was measured using Cronbach's alpha, with the health behavior assessment scoring 0.76 and the health-related quality of life interview scoring 0.86. Data were analyzed using Spearman's rank correlation coefficient, with a statistical significance level set at 0.05.

The results showed that the average health behavior score of elderly individuals with permanent pacemakers was at the highest level ($M = 3.30$, $SD = 0.62$), and the average overall health-related quality of life score was also at the highest level ($M = 3.63$, $SD = 0.29$). The analysis of the relationship between health behavior and health-related quality of life revealed a statistically significant positive correlation at the 0.05 level. This research can serve as a guideline for developing specific teaching models and learning media, focusing on skills such as pulse counting and observing abnormal symptoms, to enhance self-care efficiency and the quality of life for elderly individuals with permanent pacemakers in a concrete manner.

Keywords: Older Thai adults, Pacemaker implantation, Health behaviors, Health-related quality of life, Frailty, Comorbidities

* Registered nurse, professional level, Queen Sirikit Heart Center of the Northeast

** Registered nurse, professional level, Queen Sirikit Heart Center of the Northeast;
Corresponding Author E-mail: smanth@kku.ac.th

บทนำ

โรคหัวใจเต้นช้ามากในผู้สูงอายุ สาเหตุเกิดจากความเสื่อมของเซลล์จุกำเนิด และการส่งกระแสไฟฟ้าในหัวใจห้องบนผิดปกติ มีการขัดขวางทางเดินของการส่งกระแสไฟฟ้าจากหัวใจห้องบนลงสู่ห้องล่าง หัวใจจึงบีบตัวไม่ประสานกัน การส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจึงทำได้ไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุจึงมีอาการหน้ามืด วิงเวียน เป็นลม หรือหมดสติ อาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาที่ทันเวลาที่การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร (permanent pacemaker) เป็นวิธีการรักษาหัวใจเต้นช้ามากที่มีประสิทธิภาพและมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป มากถึงร้อยละ 80 ของจำนวนผู้ที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจถาวรทั้งหมด (Glikson et al., 2022) สถิติการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจทั่วโลกพบมีประมาณ 1.7 ล้านเครื่องทั่วโลก และมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในทวีปยุโรปและประเทศที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี (Flinders University, 2023) และในประเทศไทยมีรายงานการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร ในปี พ.ศ. 2560-2563 พบจำนวนผู้ป่วย 2,306, 3,863, 3,827 และ 4,509 คน ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยที่ใส่เครื่องใหม่มีจำนวน 1,862, 3,301, 2,802 และ 3,498 คน ตามลำดับ (Asia Pacific Heart Rhythm Society [APHRs], 2021) จากข้อมูลพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจนั้น สามารถทำได้ในศูนย์โรคหัวใจ และโรงพยาบาลที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเท่านั้น และการรักษาจึงยังมีข้อจำกัดในบางพื้นที่ โดยศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ ได้นำบริการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะทั้งชนิดเต้นช้าและเร็ว มีสถิติการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร ปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 215, 233 และ 258 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนที่สูงขึ้นทุกปี ในจำนวนนี้พบว่า เป็นผู้สูงอายุจำนวน 179, 190 และ 202 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 83.26, 81.55 และ 78.29 ตามลำดับ (ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ [ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ], 2567)

เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวรเป็นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ฝังเข้าไปในร่างกายของผู้ป่วย โดยการใส่สายสื่อ (lead) เข้าทางหลอดเลือดดำบริเวณใต้ไหปลาร้า (subclavian vein) ตัวเครื่องทำจากโลหะผสมที่เป็นวัสดุนำไฟฟ้าได้สูง และป้องกันการยึดติดของเกล็ดเลือด ทำหน้าที่ส่งกระแสไฟฟ้าเทียมในห้องหัวใจ สร้างสัญญาณไฟฟ้าทดแทนหรือควบคุมหน้าที่กระตุ้นหัวใจ ทำให้ระบบการนำไฟฟ้าของหัวใจทำหน้าที่ได้ตามปกติ สามารถช่วยป้องกันการเสียชีวิตได้ (วิศิธา ดั่งสกุล, 2559) ข้อบ่งชี้การรักษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นช้ามากชนิด first degree AV block, second degree AV block, third degree AV block กระแสไฟฟ้าหัวใจถูกปิดกั้นตั้งแต่ระดับต่ำกว่า AV node, SA node dysfunction เป็นการเต้นผิดจังหวะของหัวใจหลายรูปแบบ เช่น มีความผิดปกติของจุดกำเนิดไฟฟ้าทำให้หัวใจเต้นเร็วและช้าสลับกัน (tachy-bradycardia syndrome) ผู้ป่วยจะมีอัตราการเต้นของหัวใจช้ากว่า 40 ครั้งต่อนาที หรือจุดกำเนิดไฟฟ้าหยุดปล่อยกระแสไฟฟ้านานเกิน 3 วินาที และเกิดจากความไม่สมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมหัวใจและระบบหลอดเลือด เกิดภาวะหัวใจเต้นเร็วตามด้วยหัวใจเต้นช้าและหมดสติ (Glikson et al., 2022) เป้าหมายการดูแลรักษาคือการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลังการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร แบ่งได้ 2 ระยะ ดังนี้ ระยะแรกหลังการใส่ ได้แก่ เกิดลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด (pneumothorax) เกิดสายสื่อหักหรือเลื่อนหลุดจากตำแหน่งที่วาง การติดเชื้อ (infection) บริเวณผิวหนังที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ เกิดการยึดติดของข้อไหล่ข้างที่ผ่าตัดใส่เครื่อง เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบอันตรายชนิดต่าง ๆ และการไหลเวียนของเลือดไม่ดีทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจไปเลี้ยงร่างกายได้ไม่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ ใจสั่น แน่นหน้าอก และภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว อาจเกิดเนื้อตายหรือแผลทะลุบริเวณที่ใส่ และเกิดกลุ่มอาการจากการอุดตันของหลอดเลือดดำซูปรีเวนาคาวา (superior vena cava) (ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี

และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2562; จริญญา หงส์กาญจนกุล, 2566) ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้บางรายเกิดจาก พฤติกรรมสุขภาพและการดำเนินชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล กลัว เครียด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ไม่มั่นใจในการทำงานของ เครื่องกระตุ้นหัวใจ จึงเกิดความยากลำบากในการใช้ชีวิต อีกทั้งต้องพึ่งพาบุตรหลานหรือผู้ดูแลในการมา ติดตามการรักษา และมีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง บางคนรู้สึกเป็นภาระกับครอบครัว (วิศรา ด้วงสกุล และ ทศนา ชูวรรณะปรณ์, 2561) จำนวนอุบัติการณ์ที่พบในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปีพ.ศ. 2565-2566 มีเฉลี่ย 15 รายต่อปี โดยพบสายสื่อหักและเกิดเลื่อนหลุดจากตำแหน่งที่วางมากที่สุด เฉลี่ยร้อยละ 30.10 และพบการติดขัดตำแหน่งแปลที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ เฉลี่ยร้อยละ 27.30 (ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ, 2567) ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความปลอดภัย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่ จะตามมา เนื่องจากต้องอาศัยกลไกการทำงานของเครื่องกระตุ้นหัวใจไปตลอดชีวิต (ปริยาภรณ์ พฤษหิรัญ, 2565) และในผู้สูงอายุที่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ก็จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา (วิศรา ด้วงสกุล, 2559) ผู้สูงอายุไทยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจมักมีภาวะเปราะบาง (frailty) สูงขึ้นจากโรคร่วมหลายโรคและ ข้อจำกัดในกิจกรรมทางกาย การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ปรับตัวและ รักษาคุณภาพชีวิตได้ดี ซึ่งยังเป็นช่องว่างที่งานวิจัยในบริบทไทยยังศึกษาน้อย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาข้อมูลในด้านพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับการ รักษาใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่พบ อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนมากที่สุด และเป็นกลุ่มวัยที่มีข้อจำกัดด้านกิจกรรม ความสามารถ และปัจจัยด้าน โรคร่วมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยในบริบทของงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ที่ติดตามดูแล ผู้ป่วยเมื่อมาติดตามการรักษาตามนัดภายหลังใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐาน สำคัญให้พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ นำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลและสร้าง โปรแกรมสุขศึกษาที่เฉพาะเจาะจงกับบริบทของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร
2. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใส่ เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร

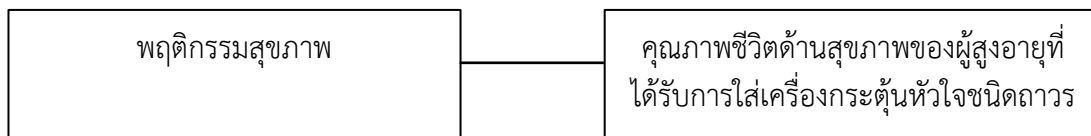
กรอบแนวคิดการวิจัย

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลตนเอง และการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวสามารถส่งผลต่อภาวะสุขภาพทั้งในทางบวก และทางลบ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพของ ตนเอง ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม (รุจิกาญจน์ สานนท์ และฐานรินทร์ หาญเกียรติวงศ์, 2563) สำหรับผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งการรับประทานยา การมา ตรวจตามนัด การติดตามการทำงานของเครื่อง การสังเกตอาการผิดปกติ การมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม การรับประทานอาหารที่เหมาะสม ตลอดจนการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ เพื่อส่งเสริม

สุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสถานะของตนเอง ในการดำเนินชีวิตภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ระบบคุณค่า เป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และข้อกีดขวางของบุคคล โดยครอบคลุมมิติสำคัญ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (World Health Organization [WHO], 2012) สำหรับผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร คุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ที่สะท้อนความสามารถในการดำรงชีวิต การปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยในการดำเนินชีวิต รวมถึงการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและสังคม ดังนั้นผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกเป็นกรอบในการศึกษาครั้งนี้ โดยกำหนดให้ พฤติกรรมสุขภาพ เป็นตัวแปรอิสระ และคุณภาพชีวิต เป็นตัวแปรตาม เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร ณ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาอายุรศาสตร์เชียงใหม่ ทั้งนี้คาดว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งใน ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ดังแสดงในภาพที่ 1

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยสหสัมพันธ์ (correlation research) เก็บข้อมูลโดยการประเมินและสัมภาษณ์ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2568 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ภายหลังได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร และมาติดตามการรักษา ที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ภายหลังได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร และมาติดตามการรักษา ที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ โดยใช้เกณฑ์คัดเลือกเข้าศึกษา ดังนี้

- เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรคหัวใจเป็นโรคหัวใจเต้นช้ามาก ภายหลังการรักษาโดยการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป มาติดตามการรักษาตามนัด ที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ มีอาการและสัญญาณชีพคงที่ (stable) ในวันที่เก็บข้อมูลตอบแบบสอบถาม สามารถฟังและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และมีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

- เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออก (exclusion criteria) มีอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างการเก็บข้อมูล ได้แก่ มีอาการเจ็บหน้าอก ใจสั่น หน้ามืด เวียนศีรษะ เหนื่อยแตก เหนื่อยหอบ หายใจเร็วและลำบาก

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการประมาณค่าอำนาจทดสอบสหสัมพันธ์ ของโพลิตและฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1999) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์ ($\alpha = 0.05$) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.80 ($1 - \beta = 0.80$) เลือกขนาดของอิทธิพล (effect size) ที่ 0.30 เมื่อเปิดตารางจึงได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 88 ราย ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเท่ากับ 88 คน เพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษา ผู้วิจัยจึงปรับขนาดของกลุ่ม

ตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จำนวน 8.8 คน คือประมาณ 9 คน ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 97 คน ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้โดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยคำนึงถึงลักษณะภาวะเปราะบางและโรคร่วมของผู้สูงอายุเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนประชากรเป้าหมายจริง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ และที่มาของรายได้ของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินข้อมูลการรักษาและภาวะสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค โรคประจำตัวอื่น ชนิดเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวรที่ได้รับการใส่ วัน/เดือน/ปี ที่ใส่ เครื่อง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (functional class) การเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังใส่ การเปลี่ยนแบตเตอรี่/สาย/เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ การได้รับข้อมูลในการปฏิบัติตัวภายหลังใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ และความต้องการด้านข้อมูลเพิ่มเติม

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยของ ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2562) และปรับข้อคำถามในแบบสอบถามให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร เครื่องมือเป็นมาตรวัด 4 ระดับ คือ 1 = ไม่เคยปฏิบัติเลย 2 = ปฏิบัติบางครั้ง 3 = ปฏิบัติบ่อยครั้ง และ 4 = ปฏิบัติเป็นประจำ

ผู้วิจัยแปลผลและพิจารณาการแบ่งระดับคะแนนของแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1971) ตามความกว้างของอันตรภาคชั้น ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ช่วงกว้างของอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{4 - 1}{4} \\ &= 0.75\end{aligned}$$

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.75 หมายถึง มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.76 - 2.50 หมายถึง มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.25 หมายถึง มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.26 - 4.00 หมายถึง มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร Aquarel ได้รับการปรับปรุงโดย Stofmeel et al. (2005) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยของ วริศรา ด้วงสกุล (2559) และปรับข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับบริบทสังคมของกลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตปรับระดับมาตรวัดของข้อคำถามเป็น 4 ระดับ คือ 1 = ไม่มีอาการ 2 = มีอาการบางครั้ง 3 = มีอาการบ่อยครั้ง และ 4 = มีอาการประจำ

ผู้วิจัยแปลผลและพิจารณาการแบ่งระดับคะแนนของแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1971) ตามความกว้างของอันตรภาคชั้น ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ช่วงกว้างของอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{4 - 1}{4} \\ &= 0.75\end{aligned}$$

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.75	หมายถึง มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพพระด้นน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.76 - 2.50	หมายถึง มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพพระด้นพอใช้
คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.25	หมายถึง มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพพระด้นมาก
คะแนนเฉลี่ย 3.26 - 4.00	หมายถึง มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพพระด้นมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาค่าความตรงของเนื้อหา (content validity index) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) อาจารย์แพทย์อายุรศาสตร์หัวใจผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ 1 ท่าน 2) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน และ 3) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน ดังนี้ 1) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.9 และ 2) แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0

2. การหาค่าความเชื่อมั่นหรือความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ดังนี้ 1) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร และ 2) แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร ภายหลังได้รับการตรวจสอบค่าความตรงของเนื้อหาและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดสอบในกลุ่มทดสอบเครื่องมือวิจัยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าความสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.76 และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 โดยเครื่องมือทั้งสองชุดได้รับการปรับภาษาและรูปแบบให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น ใช้คำศัพท์ง่าย มาตรฐาน 4 ระดับ และมีการทดสอบในกลุ่มทดลองที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจและตอบได้อย่างถูกต้อง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE671618 เมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2568 ทุกขั้นตอนของการวิจัยยึดหลักพื้นฐานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเข้ารหัสในการบันทึก เก็บข้อมูลเป็นความลับ และเมื่อสิ้นสุดโครงการเอกสารจะได้รับการทำลาย ผลการวิจัยจะได้รับการเผยแพร่เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยต่อไป กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาที่ต้องการ โดยไม่มีผลต่อการรักษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการวิจัย

1.1 ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าเอกสารและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจเต้นช้ามากในผู้สูงอายุ แนวปฏิบัติของสมาคมแพทย์โรคหัวใจ ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ และโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ

1.2 การเตรียมเครื่องมือการวิจัย ผู้วิจัยทบทวนเอกสาร งานวิชาการและวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร และแนวปฏิบัติของสมาคมแพทย์โรคหัวใจ พัฒนาเป็นเครื่องมือวิจัย ตรวจสอบค่าความตรงของเนื้อหา และหาความเชื่อมั่นหรือความเที่ยงของเครื่องมือก่อนนำไปใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.3 เตรียมผู้ช่วยวิจัย การวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพจากหน่วยงานอื่น 1 คน ผ่านการอบรมจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ทำหน้าที่ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง เพื่อไม่ให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเกรงใจในการยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยการอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และทำแบบประเมิน เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ให้มีความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

2. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และหัวหน้าห้องตรวจอายุรศาสตร์หัวใจ ขออนุญาตดำเนินการวิจัย โดยการสัมภาษณ์และตอบแบบประเมิน ขอใช้ข้อมูลในเวชระเบียนและประวัติการรักษา ภายหลังได้รับอนุมัติและได้รับความร่วมมือจากแพทย์แล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล

2.2 ดำเนินการวิจัยโดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเป็นพื้นที่รวม ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จัดพื้นที่ในห้องตรวจที่มีประตูปิดมิดชิดเป็นสัดส่วนให้ความเป็นส่วนตัวไม่ถูกรบกวนจากบุคคลภายนอก

2.3 ผู้วิจัยแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอนและระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างมีเวลาในการตัดสินใจอย่างเพียงพอ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วจึงให้ลงนามในใบยินยอม หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง สัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูล จนครบตามจำนวน 97 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยกำหนดรหัสข้อมูลและจัดทำคู่มือบันทึก นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ (statistical package for the social science for windows) version 28.0.1.0 ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการรักษาและภาวะสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) วิเคราะห์แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติ (non-normal distribution) ซึ่งเป็นลักษณะที่พบได้บ่อยในการตอบแบบสอบถามของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันในด้านการรับรู้และความจำ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปผู้สูงอายุ

พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.64 และเพศชาย ร้อยละ 45.36 อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 41.24 และรองลงมาคืออายุ 60-69 ปี ร้อยละ 37.11 โดยมีอายุเฉลี่ย 73.30 ปี ($M = 73.30, SD \pm 8.41$) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.86 และหม้าย ร้อยละ 32.99 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 64.95 รองลงมาคือปริญญาตรี ร้อยละ 17.53 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 36.08 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 27.86 และเกษียณอายุราชการ ร้อยละ 26.80 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว น้อยกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 40.21 รายได้ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 20.62 และมีรายได้มากกว่า 20,001 บาท ร้อยละ 20.62 และมีที่มาของรายได้จากเบี้ยผู้สูงอายุ ร้อยละ 61.86 และจากบุตรหลาน ร้อยละ 46.39 (คำถามตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

1. ข้อมูลการรักษาและภาวะสุขภาพ

พบว่าส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด sick sinus syndrome (SSS) ร้อยละ 54.64 รองลงมาคือ third-degree AV block ร้อยละ 34.02 ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ (นับตั้งแต่วันแรก) 6.31 ปี ($M = 6.31, SD = 5.71$) ชนิดเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวรที่ใส่จะกระตุ้นหัวใจทั้งบนและล่าง วางสายสื่อ 2 สาย ชนิด DDDR (Dual chamber pacing, Dual chamber sensing, Dual-response และ Rate modulation) ร้อยละ 49.45 และชนิด DDD (Dual chamber pacing, Dual chamber sensing และ Dual-response) ร้อยละ 34.02 มีโรคประจำตัวเดิม ร้อยละ 81.51 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 45.36 ภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 31.96 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 27.84 ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยจำแนกตามเกณฑ์ New York Heart Association (NYHA) Functional Classification (FC) พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับเหนื่อยเล็กน้อยเวลาทำกิจกรรมทั่วไป (FC II) ร้อยละ 63.92 มีอาการปกติไม่เหนื่อย (FC I) ร้อยละ 28.87 และมีอาการเหนื่อยมากเวลาทำกิจกรรม/กิจวัตรประจำวัน (FC III) ร้อยละ 7.22 ไม่เคยเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ ร้อยละ 90.72 และเคยเกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 9.28 และเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่พบคือ มีภาวะเหนื่อย น้ำท่วมปอด ร้อยละ 3.09 แผลติดเชื่อ ร้อยละ 2.06 และเครื่องทำงานผิดปกติ ร้อยละ 2.06 ไม่เคยทำหัตถการ เปลี่ยนแบตเตอรี่/เปลี่ยนสาย/เปลี่ยนเครื่อง ร้อยละ 67.07 พบการทำหัตถการซ้ำโดยการเปลี่ยนแบตเตอรี่เครื่องกระตุ้นหัวใจ ร้อยละ 25.77 ภายหลังใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ แหล่งข้อมูลการปฏิบัติตัวที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ร้อยละ 90.72 เจ้าหน้าที่ตรวจติดตามการทำงานของเครื่อง ร้อยละ 64.95 และต้องการข้อมูลการปฏิบัติตัวดูแลสุขภาพเพิ่มเติม ร้อยละ 71.13 โดยต้องการเป็นคำแนะนำ ร้อยละ 62.89 เอกสารความรู้/คู่มือที่มีภาพประกอบชัดเจน ร้อยละ 52.58 และสื่อวิดีโอที่ให้ความรู้ ภาพเสียงชัดเจน ร้อยละ 23.71 (คำถามตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร

พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวรโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 3.30, SD = 0.62$) และพฤติกรรมที่มีระดับคะแนนมากที่สุดคือ การมาพบแพทย์หรือมาตรวจติดตามการทำงานของเครื่องกระตุ้นหัวใจตามนัด ($M = 3.94, SD = 0.32$) รองลงมาคือ การหลีกเลี่ยงการทำงาน หรือการทำกิจกรรมที่มีโอกาสเกิดการกระทบบริเวณที่ฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจ ($M = 3.67, SD = 0.63$) และพบว่าพฤติกรรมที่มีระดับคะแนนที่น้อยที่สุดคือ การตรวจนับชีพจรด้วยตัวเองจนครบ 1 นาที หัวใจ ($M = 1.82, SD = 1.02$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง (n=97)		
	M	SD	ระดับ
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	3.30	0.62	มากที่สุด
1. ท่านหลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าในชีวิตประจำวันที่ชำรุด หรือมีไฟฟ้ารั่ว เช่น วิทยุ เต้าไฟฟ้า เตาไรต์ กระจกน้ำร้อน ไมโครเวฟ เครื่องซักผ้า เป็นต้น	3.20	1.08	มาก
2. ท่านมาพบแพทย์ หรือมาตรวจติดตามการทำงานของเครื่องกระตุ้นหัวใจตามนัด	3.94	0.32	มากที่สุด
3. ท่านตรวจนับชีพจรด้วยตัวเองจนครบ 1 นาที	1.82	1.02	พอใช้
4. ท่านพบกัฏประจําตัวผู้ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจเมื่อออกนอกบ้าน หรือเดินทางไปต่างประเทศ	2.75	1.208	มาก
5. ท่านทราบอาการผิดปกติภายหลังการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจที่ต้องมาพบแพทย์ทันที เช่น อาการปวด บวม แดง บริเวณแผลที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ หายใจลำบาก เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม สะอึกเป็นเวลานาน เป็นต้น	3.28	0.99	มากที่สุด
6. ท่านหลีกเลี่ยงการทำงาน หรือการทำกิจกรรมที่มีโอกาสเกิดการกระทบบริเวณที่ฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจ	3.67	0.63	มากที่สุด
7. ในช่วง 1 เดือนแรกภายหลังการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ ท่านหลีกเลี่ยงการใช้แขนด้านที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจในการทำกิจกรรม เช่น หวานแห ผ่าฝืน หวานปุ้ย การแกว่งแขน การใช้แขนค้ำยันตัวขณะลุกนั่ง หรือกายของหนักมากกว่า 5 กิโลกรัม เป็นต้น	3.59	0.80	มากที่สุด

*แสดงเฉพาะข้อที่เด่นเนื่องจากพื้นที่จำกัด

3. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร

พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวรโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 3.63$, $SD = 0.29$) คะแนนเฉลี่ยข้อสำหรับอาการปวด/ ตึงบริเวณผ่าตัดใส่เครื่อง หรือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 3.69$, $SD = 0.32$) ข้อสำหรับอาการหายใจลำบากและหอบเหนื่อย อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 3.49$, $SD = 0.40$) และข้อสำหรับอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 3.74$, $SD = 0.33$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

ระดับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง (n=97)		
	M	SD	ระดับ
คะแนนเฉลี่ยโดยรวม	3.63	0.29	มากที่สุด
ด้านอาการอาการปวด/ตึงบริเวณผ่าตัดใส่เครื่อง หรือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก	3.69	0.32	มากที่สุด
ด้านอาการหายใจลำบากและหอบเหนื่อย	3.49	0.40	มากที่สุด
ด้านอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ	3.74	0.33	มากที่สุด

4. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร

พบว่าพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร มีความสัมพันธ์กันทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=.209$, $p=0.04$) ซึ่งผลการศึกษาสะท้อนลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุไทยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ โดยพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูงสุด (3.30) ในขณะที่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูง (3.63) เมื่อดูรายละเอียดในรายด้านพบว่าพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก กับอาการหายใจลำบากและหอบเหนื่อย ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($r=.222$, $p=0.03$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพข้ออาการปวด/ ตึงบริเวณผ่าตัดใส่เครื่อง หรือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก และอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ ($r=.181$, $p=0.77$) และ ($r=.124$, $p=0.23$) ตามลำดับ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กันทางบวกกับข้อรายด้าน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 ($r=.850$, $p<0.001$), ($r=.845$, $p<0.001$), ($r=.707$, $p<0.001$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร (n=97)

	หัวข้อ	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
พฤติกรรมสุขภาพ	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	0.209*	0.04
พฤติกรรมสุขภาพ	อาการปวด/ตึงบริเวณผ่าตัดใส่เครื่อง หรือ	0.181	0.77
	มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก		
	อาการหายใจลำบากและหอบเหนื่อย	0.222*	0.03
	อาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ	0.124	0.23
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	อาการปวด/ตึงบริเวณผ่าตัดใส่เครื่อง หรือ	0.850**	<0.001
	มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก		
	อาการหายใจลำบากและหอบเหนื่อย	0.845**	<0.001
	อาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ	0.707**	<0.001

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

อภิปรายผล

การศึกษานี้อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร

จากผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้สูงอายุปฏิบัติสม่ำเสมอ ได้แก่ การมาพบแพทย์ หรือ มาติดตามการทำงานของเครื่องกระตุ้นหัวใจตามนัดทุกครั้ง หลีกเลี่ยงการทำงาน หรือการทำกิจกรรมที่มีโอกาสเกิดการกระแทกบริเวณที่ฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจ ผู้สูงอายุและญาติทราบอาการผิดปกติหลังการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจที่จะต้องมาพบแพทย์ และทราบว่าในช่วง 1 เดือนแรกภายหลังการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ ผู้สูงอายุจะต้องหลีกเลี่ยงการใช้แขนด้านที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจในการทำกิจกรรม ถึงแม้จะพบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มผู้สูงอายุช่วงกลาง คือมีช่วงอายุ 70-79 ปี (อายุเฉลี่ย 73.30 ปี) จากการศึกษา

ของ ปริญญาพร พฤกษ์ศิริ (2565) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับกิจกรรมทางกาย ในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และพบว่า ส่วนมากผู้สูงอายุมีสถานภาพสมรสคู่ จึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและญาติผู้ดูแล ทำให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดี ถึงแม้ว่าระดับการศึกษาส่วนใหญ่จะระดับชั้นประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน และรายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยผู้สูงอายุก็ตาม สัมพันธ์กับการศึกษาของ ทิพนันท์ ปันคำ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2558) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของ อรรถพล เกิดอรุณสุขศรี และภริทัต แสงทองพานิชกุล (2563) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากข้อมูลด้านสุขภาพและการรักษาที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด SSS ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจคือ 6.31 ปี และชนิดเครื่องกระตุ้นหัวใจ DDDR มีโรคประจำตัวเดิมที่ควบคุมโรคได้ มีระดับอาการของโรคไม่รุนแรง ไม่เคยเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังใส่เครื่อง ทำให้มีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับน้อยเล็กน้อยเวลาทำกิจกรรมทั่วไป และในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษาทำหัตถการซ้ำ ได้แก่ การเปลี่ยนแบตเตอรี่เครื่องกระตุ้นหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถพล เกิดอรุณสุขศรี และภริทัต แสงทองพานิชกุล (2563) ที่พบว่าระดับความรุนแรงของโรค การมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2. ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร

จากผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย โดยปัจจัยที่มีผล ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (มันโซ่ ดอเลาะ, 2559) ในผู้สูงอายุมักจะมีข้อจำกัดด้านความแข็งแรงด้านร่างกาย และบางรายมีโรคประจำตัวหลายโรค ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วริศรา ด้วงสกุล (2559) ที่พบว่าระดับข้อจำกัดในการออกแรงทำกิจกรรม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งในข้อมูลกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีระดับความสามารถในชีวิตประจำวันน้อยเล็กน้อยเมื่อทำกิจกรรมทั่วไป เนื่องจากการทำงานของเครื่องกระตุ้นหัวใจจะช่วยควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจให้อยู่ในช่วงปกติคือระหว่าง 60-100 ครั้ง (ขึ้นกับการตั้งค่าของเครื่อง) ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจเต้นช้ามาก และหัวใจเต้นช้าสลับเร็ว จากความผิดปกติในการส่งสัญญาณไฟฟ้าที่ห้องหัวใจ จะรู้สึกสบายตัวขึ้น ทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น ไม่มีอาการวูบ วิงเวียน หรือเป็นลมหมดสติ อีกทั้งผู้สูงอายุมาติดตามการรักษา

3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร

พบว่าพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันทางบวก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร ซึ่งผลการศึกษาสะท้อนลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุไทยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ โดยพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูงสุด (3.30) แม้จะมีข้อจำกัดด้านการนับชีพจรเอง ซึ่งอาจเกิดจากปัญหาการมองเห็นและการจำที่ลดลงตามวัย ในขณะที่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูง (3.63) สอดคล้องกับการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งช่วยลดผลกระทบจากโรคร่วมและข้อจำกัดกิจกรรมทางกาย สอดคล้องกับการ

ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งช่วยลดผลกระทบจากโรคร่วมและข้อจำกัดกิจกรรมทางกาย โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งมีส่วนร่วมในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้มีความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวหลังใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร ทราบอาการผิดปกติที่สามารถมาพบแพทย์ก่อนนัดได้ พาผู้สูงอายุมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อติดตามการทำงานของเครื่องกระตุ้นหัวใจ ทำให้ทราบปริมาณแบตเตอรี่ที่คงเหลือและความผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้น แพทย์สามารถวางแผนการเปลี่ยนแบตเตอรี่ล่วงหน้าได้โดยไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สัมพันธ์กับการศึกษาของ ชยดา ขอเจริญ และคณะ (2566) ที่พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวที่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร จะส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้มาก โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนแรก อีกทั้งผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีความรู้สึกที่แตกต่างกันเกี่ยวกับการใช้ชีวิตกับเครื่องกระตุ้นหัวใจ ตั้งแต่ความกลัวและตกใจ ไปจนถึงการปรับตัวตามธรรมชาติ หรือแบบย่ำคิดย่ำทำต่อการใช้ชีวิตกับเครื่องต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และการปรับตัวกับสังคม หลังการใส่เครื่องอิเล็กทรอนิกส์ในร่างกาย เพื่อลดปัญหาเหล่านี้ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องพึ่งพาการดูแลจากญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงความเชื่อทางศาสนา ที่ช่วยให้ส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ ลดความกังวลกลัว (Ghojazadeh et al., 2015) สัมพันธ์กับผลการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุทุกคนนับถือพระพุทธศาสนา มีที่พึ่งทางจิตใจ ได้รับการดูแลจากครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ที่เพียงพอ เหมาะสม ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังใส่เครื่องหัวใจดีขึ้น ในคะแนนเฉลี่ยระดับมากที่สุด แต่ด้วยข้อจำกัดด้านร่างกาย มีภาวะหลงลืมด้านความรู้การปฏิบัติตัวบางอย่าง เช่น การคลำชีพจรเมื่อเกิดอาการผิดปกติ เช่น ใจสั่น หรือหน้ามืด วูบ ผู้สูงอายุยังต้องการสื่อการสอนที่เหมาะสม เช่น คู่มือการปฏิบัติตัว ที่มีขนาดอักษรและภาพประกอบ ชัดเจน เนื่องจากความสามารถในการมองเห็นลดลง และสามารถเปิดอ่านได้เองเมื่ออยู่บ้าน หรืออาจเป็นสื่อวิดิทัศน์ที่เปิดดูได้สำหรับญาติผู้ดูแลเปิดดูได้ตลอดเมื่อต้องการ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการตรวจนับชีพจรด้วยตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำที่สุด ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพในคลินิกโรคหัวใจ ควรนำผลการวิจัยนี้ไปพัฒนารูปแบบการสอนและนวัตกรรมสื่อการเรียนรู้ โดยเน้นเนื้อหาเรื่องทักษะการตรวจนับชีพจรและการสังเกตอาการผิดปกติ สื่อที่ผลิตควรมีความเหมาะสมกับข้อจำกัดทางสรีระของผู้สูงอายุ เช่น คู่มือที่มีขนาดตัวอักษรใหญ่ ภาพประกอบชัดเจน ตัดทอนรายละเอียดที่ไม่จำเป็น หรือสื่อวิดิทัศน์ที่มีการดำเนินเรื่องไม่เร็วจนเกินไป มีเสียงบรรยายที่ดังและชัดเจน เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้และปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้องแม่นยำ รวมทั้งการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแล เพื่อเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ และในการวิจัยต่อไปควรศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่ปรับให้เหมาะกับผู้สูงอายุที่มีเครื่องกระตุ้นหัวใจ เพื่อลดข้อจำกัดและภาวะเปราะบาง (frailty)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

กระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร ยังจำกัดในสถาบันเฉพาะทาง หรือศูนย์โรคหัวใจที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และเครื่องมือที่เพียงพอ แต่เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย และลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องมาติดตามการรักษาตามนัดอย่างต่อเนื่องที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทุก 3-6 เดือน ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการติดตามการรักษาผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine) หรือระบบติดตามอุปกรณ์กระตุ้นหัวใจทางไกล (remote

monitoring) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ โดยร่วมมือกับโรงพยาบาลเครือข่ายหรือสถานพยาบาลใกล้เคียง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดภาระค่าใช้จ่าย และลดความแออัดในโรงพยาบาลตติยภูมิ

งานวิจัยนี้มีคุณค่าในการชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจสามารถมีพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีได้ หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมและสื่อการสอนที่เหมาะสมกับวัย โดยเฉพาะการลดข้อจำกัดทางกายภาพและโรคร่วม ซึ่งจะช่วยลดภาระการดูแลระยะยาวและส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (active aging) ในสังคมไทย

เอกสารอ้างอิง

- จริญญา หงส์กาญจนกุล. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจเต้นช้า และได้รับการรักษาโดยใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร : กรณีศึกษา. *วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 3(3), 405-415.
- ชยุดา ขอเจริญ, ภัทรศิริ พจมานพงศ์, และธีธัช อนันต์วัฒนสุข. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนของครอบครัวต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร. *วารสารวิจัยสุขภาพและพยาบาล*, 39(3), 126-137.
- ปรียาภรณ์ พุกกะหิรัญ. (2565). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิพนันท์ ปันคำ, และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2558). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 28(1), 129-141.
- มันโשר์ ดอเลาะ. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. *กรณีศึกษา: ตำบลบิลละ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.
- รุจิกาญจน์ สานนท์, และฐานรินทร์ หาญเกียรติวงศ์. (2563). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีปัญญาสังคมในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย*, 3(1), 12-22.
- ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี, และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2562). การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร : บทบาทพยาบาล. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 25(3), 255-269.
- วริศรา ด้วงสกุล. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วริศรา ด้วงสกุล, และทัศนาวรรณ ฐวธนะปกรณ์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 29(1), 29-41.
- ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาอายุรศาสตร์. (2567). รายงานสถิติข้อมูลผู้ป่วยประจำปีที่ได้รับการรักษาใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาอายุรศาสตร์. งานเทคโนโลยีและสารสนเทศ.
- อรรถพล เกิดอรุณสุขศรี, และภุทธิทัต แสงทองพานิชกุล. (2563). การศึกษาพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์บนพื้นฐานของปัจจัยส่วนบุคคลและแรงสนับสนุนทางสังคม. *วารสารเวชศาสตร์และสุขภาพชุมชน*, 64(2), 85-96.
- Asia Pacific Heart Rhythm Society. (2021). *The APHRS white book* (9th ed.).
<https://www.aphrs.org/attachments/article/42/APHRS%20White%20Book%202021.pdf>
- Bloom, B.S. (1971). *Mastery learning*. In J. H. Block (Ed.), *Mastery learning: Theory and practice* (pp. 47-63). Holt, Rinehart & Winston.

- Flinders University. (2023, August 31). *New heart devices set the pace*.
<https://news.flinders.edu.au/blog/2023/08/31/new-heart-devices-set-the-pace/>
- Glikson, M., Nielsen, J. C., Kronborg, M. B., Michowitz, Y., Auricchio, A., Barbash, I. M., Barrabés, J. A., Boriani, G., Braunschweig, F., Brignole, M., Burri, H., Coats, A. J. S., Deharo, J. C., Delgado, V., Diller, G. P., Israel, C. W., Keren, A., Knops, R. E., Kotecha, D., ...Witte, K. K. (2022). 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy: Developed by the task force on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy of the European Society of Cardiology (ESC) with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA). *EP Europace*, 24(1), 71-164.
<https://doi.org/10.1093/europace/euab232>
- Ghojzadeh, M., Azami-Aghdash, S., Sohrab-Navi, Z., & Kolahehdouzan, K. (2015). Cardiovascular patients' experiences of living with pacemaker: Qualitative study. *ARYA Atherosclerosis*, 11(5), 281-288.
- Polit, D. F., & Hungler, P. B. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th Ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Stofmeel, M. A., van Stel, H. F., van Hemel, N. M., & Grobbee, D. E. (2005). The relevance of healthrelated quality of life in paced patients. *International Journal of Cardiology*, 102(3), 377–382. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2004.10.011>
- World Health Organization. (2012, March 1). *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*. <https://www.who.int/tools/whoqol>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กูย

กฤษฎา รัตนมงคลกูร, พย.ม.*

กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, ประ.ด.**

ปรีศนา อัครณพล, ประ.ด.***

Received: November 22, 2025

Revised: August 24, 2026

Accepted: August 24, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กูย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่า HbA1c $\geq 7\%$ มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 120 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่า IOC เท่ากับ 0.60-1 ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้โดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ 0.67 แบบสอบถามปัจจัยและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94 และ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.76, SD = 0.31$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กูย โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ อายุ ($r = .20, p = .02$) เพศ ($r = .28, p < .001$) ระยะเวลาการเกิดโรค ($r = .19, p = .04$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ($r = .21, p = .02$) การรับรู้ความรุนแรงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ($r = .25, p < .001$) และการได้รับข่าวสารจากบุคคลอื่น ๆ ($r = .33, p < .001$) ดังนั้นควรมุ่งเน้นการเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยอาศัยกระบวนการสื่อสารและการสนับสนุนจากพยาบาล ครอบครัว และชุมชน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มชาติพันธุ์กูย

* นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: noinoi91@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

Factors Associated with Self-Care Behaviors of Patients with Uncontrolled Diabetes Mellitus among Kui Ethnic Group

Kridsada Rattanamongkonkoon, M.N.S.*

Kamontip Khungtumneam, Ph.D.**

Prisana Akaratanapol, Ph.D.***

Abstract

This study aimed to examine factors associated with self-care behaviors among patients with type 2 diabetes mellitus with poor glycemic control in the Kui ethnic group. The sample consisted of 120 patients with type 2 diabetes mellitus with HbA1c levels $\geq 7\%$ and met the inclusion criteria. Research instruments included a diabetes knowledge questionnaire, factors related to self-care behaviors, and a self-care behavior questionnaire. Content validity was verified by experts, yielding item-objective congruence (IOC) values ranging from 0.60 to 1.00. The reliability of the diabetes knowledge questionnaire, assessed using the Kuder–Richardson Formula 20 (KR-20), was 0.67. The Cronbach's alpha coefficients for the questionnaires on related factors and self-care behaviors were 0.94 and 0.98, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and Spearman's rank correlation coefficient.

The results of the study revealed that the participants demonstrated self-care behaviors at a moderate level ($M = 1.76$, $SD = 0.31$). Overall, the factors associated with self-care behaviors among patients with type 2 diabetes mellitus who were unable to control blood glucose levels in the Kui ethnic group were at a low level. These factors included age ($r = .20$, $p = .02$), sex ($r = .28$, $p < .01$), duration of illness ($r = .19$, $p = .04$), perceived susceptibility to poor glycemic control ($r = .21$, $p = .02$), perceived severity of poor glycemic control ($r = .25$, $p \leq .001$), and receiving information from others ($r = .33$, $p \leq .001$). Therefore, the focus should be on enhancing the awareness of risk opportunities and the severity of uncontrolled blood sugar levels, relying on communication processes and support from nurses, family, and the community.

Keywords: Patients with type 2 diabetes mellitus with uncontrolled blood glucose levels, Self-care behaviors, Health beliefs, Kui ethnic group

* Master Student Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

** Assistant Professor Lecturer, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University; Corresponding Author E-mail: noinoi91@gmail.com

*** Assistant Professor Lecturer, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยพบประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2567; สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) ในปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีประชากรทั่วโลกมากกว่า 537 ล้านคนป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2573 สำหรับประเทศไทยปี 2565 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สะสมจำนวน 3.3 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 จำนวน 1.5 แสนคน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่ามีแนวโน้มอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นในปีพ.ศ. 2564 พบร้อยละ 0.52 เป็นร้อยละ 0.54 ต่อแสนประชากรในปีพ.ศ. 2565 (กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566) จังหวัดศรีสะเกษเป็นจังหวัดหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 10 มีสถิติอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ในปีพ.ศ. 2565-2567 พบอัตราป่วยร้อยละ 6.15, 6.55, และ 7.03 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2567ก) ตำบลโพนค้อ เป็นตำบลที่มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 8.92 ต่อแสนประชากร และพบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 71.66 ซึ่งสูงกว่าอำเภออื่น ๆ ในจังหวัดศรีสะเกษ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกลาง (โพนค้อ), 2568) ซึ่งในปัจจุบันพบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ($HbA1c < 7\%$) เพียงร้อยละ 36.5 เท่านั้น (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566)

เมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะทำให้มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ เหงื่อออกใจสั่นเป็นลม หรืออ่อนเพลีย และอาจเกิดอาการชักหรือหมดสติได้ ภาวะเลือดข้นจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงมากนำไปสู่อาการซึม สับสน ไม่รู้สึกตัว เป็นต้น (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) นอกจากนี้ยังเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น เกิดความเสียหายในการทำงานของตา ไต หัวใจและหลอดเลือดสมอง ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้อาจก่อให้เกิดความพิการ ทุพพลภาพ และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566; กรมการแพทย์, 2560) ดังนั้น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเคร่งครัดจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย (2566) แนะนำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองในด้าน 1) การรับประทานอาหาร เลือกชนิดและปริมาณอาหารเหมาะสม ลดอาหารหวานและพลังงานสูง เพิ่มผัก ผลไม้ ธัญพืชไม่ขัดสี เนื้อไม่ติดมันหรือปลา และดื่มน้ำเพียงพอ 2) การออกกำลังกายแบบแอโรบิคระดับปานกลาง 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือระดับหนัก 75 นาทีต่อสัปดาห์ อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง 3) การรับประทานยาและการมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ และ 4) การจัดการความเครียดจะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ดวงฤทัย ไพรบึง, 2563; พงษ์รัตน์ ไกรพรม, 2566)

ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ นอกจากการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคแล้ว ความเชื่อหรือการรับรู้ของแต่ละบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค ซึ่งโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) กล่าวว่า การรับรู้หรือความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลเป็นปัจจัยในการกระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันเพื่อสุขภาพของตน ทั้งนี้ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยย่อยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยร่วมหรือปัจจัยส่วนบุคคล (modifying factors) ปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action) และปัจจัยการรับรู้ (perception) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยร่วมหรือปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้เกี่ยวกับโรคและ

การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับเพศ อายุ จากการศึกษาของวิทยา เลิกสายเพ็ง (2564) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีเพศ อายุต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ความรู้เกี่ยวกับโรค ระยะเวลาการเกิดโรคยังมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเช่นกัน จากการศึกษาของจิรพรรณ ผิวนวล และประทุม เนตรินทร์ (2561) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของนุชญากร คณาภรณ์ทิพย์ (2561) พบว่า ระยะเวลาการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งกระตุ้นภายนอก ได้แก่ การได้รับข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน หรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคคลในครอบครัว เป็นต้น จะส่งเสริมให้บุคคลเกิดความพร้อมในการปฏิบัติตน สอดคล้องกับการศึกษาของอรพินท์ พักแพง (2565) พบว่า การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข และการได้รับการกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ปัจจัยด้านการรับรู้ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (perceived benefits) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (perceived barriers) ที่การรับรู้สมรรถนะของตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (perceived self-efficacy) มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติพฤติกรรม (Rosenstock, 1974) สอดคล้องกับการศึกษาของมัตนา ภูมิโคกรักษ์ และคณะ (2566) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของ โรคเบาหวานและการรับรู้อุปสรรคการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่วนการศึกษาของสาคร นันทโกวัฒน์ และนิลภา จิระรัตนวรรณ (2568) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของสุพรรณษา สุวรรณสินธุ์ และรัฐพล ไกรกลาง (2566) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานเช่นกัน

จังหวัดศรีสะเกษเป็นแหล่งอารยธรรมโบราณของชนสี่เผ่า คือ กูย เยอ เขมร และลาว จึงถูกเรียกขานกันอีกชื่อหนึ่งว่า “ดินแดนสี่เผ่าไทย” โดยเชื่อว่า กลุ่มชาติพันธุ์กูยเป็นบรรพชนดั้งเดิม จึงพบว่า จังหวัดศรีสะเกษมีชุมชนที่มีกลุ่มชาติพันธุ์กูยอาศัยอยู่มากกว่าจังหวัดใด ๆ ในภาคอีสาน (บุรณ์เซน สุขคุ้ม, 2561) ตำบลโพนคืออำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษเป็นตำบลหนึ่งที่มีกลุ่มชาติพันธุ์กูยอาศัยอยู่ร้อยละ 100 ซึ่งกลุ่มชาติพันธุ์กูยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพต่างจากคนไทยแท้ ทั้งด้านวิถีชีวิตความเป็นอยู่ แต่งกาย วัฒนธรรมประเพณี โดยเฉพาะพิธีกรรมที่ยังมีความเชื่อผสมผสานการนับถือผีบรรพบุรุษ และยังมีความเชื่อว่าการเจ็บไข้ได้ป่วยมีสาเหตุมาจากการลบลู่เจ้าที่เจ้าทางสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือการไม่เคารพต่อผีบรรพบุรุษ (บุรณ์เซน สุขคุ้ม, 2566) ซึ่งความเชื่อเหล่านี้อาจส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์กูย จากการลงพื้นที่ของผู้วิจัยเพื่อเก็บข้อมูลศึกษานำร่อง พบว่า กลุ่มชาติพันธุ์กูยในตำบลโพนค้อมีแนวโน้มเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นจาก 183 คน ในปีพ.ศ. 2566 เป็น 187 คน ในปีพ.ศ. 2567 ในจำนวนนี้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($HbA1C \geq 7\%$) จำนวน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 71.66 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2567) และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กูยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำนาและเลี้ยงสัตว์ เวลาทำนามักจะไม่ใส่รองเท้าป้องกันทำให้เกิดแผลที่เท้าได้บ่อย อาหารที่รับประทานหลักคือ ข้าวเหนียว เชื่อว่าการกินข้าวเหนียวทำให้มีแรงในการทำงานมาก กับข้าวส่วนใหญ่ซื้อจากร้านค้าในหมู่บ้านเป็นอาหารพื้นบ้านตามฤดูกาลเพราะหาง่ายราคาถูก เช่น แกงหน่อไม้ แกงเห็ด แกงขี้เหล็กใส่กะทิ ลาบต้ม ขนมหั่นบ้านที่

ชอบรับประทานทุเทศกาลสำคัญ ได้แก่ ข้าวต้มมัด ข้าวโปง ข้าวจี ผลไม้ที่รับประทานเป็นประจำทุกเมื่อเป็นผลไม้ประจำฤดูกาลที่ปลูกเองตามบ้าน เช่น มะม่วง แตงโม ทุเรียน น้อยหน่า กล้วย ซึ่งอาหารส่วนใหญ่ทำมาจากแป้ง กะทิและน้ำตาล ประกอบกับในช่วงทำนาประมาณช่วงเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายนของทุกปีถึงจะมีกิจกรรมทางกาย เช่น เดินไปนา หว่านปุ๋ย เกี่ยวข้าว แต่หลังจากหมดช่วงทำนาปีจะไม่มีการกิจกรรมทางกายเนื่องจากบริบทพื้นที่ไม่มีแหล่งน้ำจึงไม่สามารถทำนาปรังได้ ทำให้มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง เช่น นั่งเล่น นอนดูทีวีเป็นหลัก การรับประทานยาส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะจัดยาเอง มีลิ้มรับประทานยาบางครั้ง มีการงดยาเองบางครั้ง เช่น กินแล้วรู้สึกเหนื่อย หัวใจเต้นแรง นอกจากนี้ยังมีความเชื่อว่าโรคเกิดจากการทำผิดศีลธรรม เช่น การล่วงเกินธรรมชาติ การไม่เคารพผีบรรพบุรุษ และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ประจำหมู่บ้าน เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยหลายคนเชื่อว่าเกิดจากการลบหลู่ผีบรรพบุรุษ ต้องไปบวงสรวงผีบ้านผีเรือน และขอขมา หรือเข้าร่วมรำผีฟ้าเพื่อรักษาอาการ การมีพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้นอาจเป็นข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิต และส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มชาติพันธุ์กุ่ม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แต่ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มชาติพันธุ์กุ่มที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่ามีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กุ่ม เพื่อนำปัจจัยที่ศึกษาไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กุ่มต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

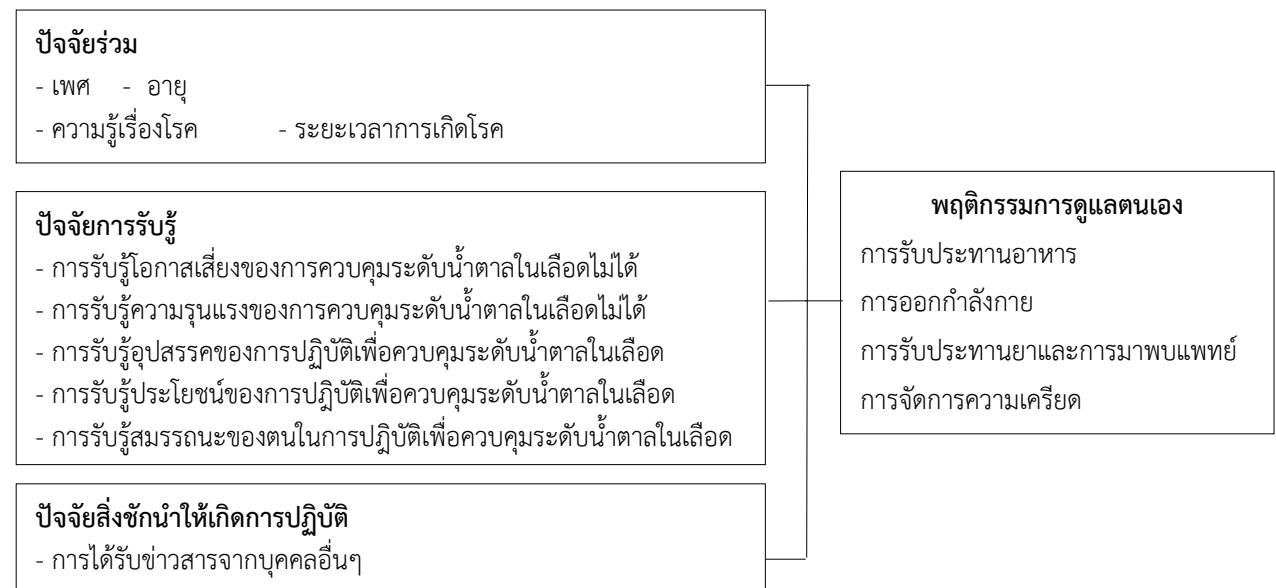
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กุ่ม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กุ่ม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) อธิบายถึงความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโรคและผลกระทบของโรคจะส่งผลต่อการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันสุขภาพของตน โดยขึ้นอยู่กับ 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยร่วม 2) ปัจจัยการรับรู้ 3) ปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งเป็นตัวแปรที่นำมาศึกษา ดังนี้

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาศึกษาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational study) ซึ่งมีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยกลุ่มชาติพันธุ์กึ่งที่ได้รับ การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกช่วงอายุ ที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) $\geq 7\%$ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) และอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลโพนค้อ อำเภอมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 134 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2567ก)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มชาติพันธุ์กึ่งที่ได้รับ การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกช่วงอายุ ที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) $\geq 7\%$ และอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลโพนค้อ อำเภอมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 โดยกำหนด test of family คือ t-tests statistical test คือ correlation : point biserial model กำหนดข้อมูลสำหรับคำนวณครั้งนี้ effect size $f^2 = 0.30$ (medium), α err prob = 0.05, power ($1-\beta$ err prob) = 0.95 (Cohen, 1988) แทนค่าในโปรแกรมได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 111 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 120 คน ได้รับการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) มีลักษณะตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่

1) ผู้ที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) $\geq 7\%$ ในระยะเวลา 12 เดือนย้อนหลังก่อนเก็บข้อมูล

2) ผู้ที่สามารถอ่านหรือฟังภาษาไทยได้ ไม่เป็นผู้บกพร่องทางการสื่อสาร การมองเห็น และการได้ยิน

3) กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการประเมินภาวะสมองเสื่อมประเมินโดยใช้

แบบประเมินสมรรถภาพสมองฉบับย่อ (mini-cog) (Borson et.al, 2000) และต้องได้คะแนนรวมมากกว่า 3 คะแนนขึ้นไป

4) สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ด้วยตนเอง

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ดังต่อไปนี้

1) ผู้ที่มีอาการป่วยเฉียบพลัน มีประวัติน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงหรือเป็นผู้ป่วยติดเตียงหรือพิการจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

2) ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลได้รับการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

3) ขอยุติการตอบแบบสอบถามในระหว่างดำเนินการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน วิธีการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1c) น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูก หรือไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน แบ่งระดับคะแนน (Bloom, 1956) ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้อยู่ในระดับสูง (0.80-1.00) ความรู้อยู่ในปานกลาง (0.60-0.79) และความรู้อยู่ในระดับต่ำ (0.00-0.59)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Rosenstock (1974) จำนวน 60 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1-4 คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 4 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 ใช้เกณฑ์การประเมินผลของเบสท์ (Best, 1977) แบ่งระดับออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (1.00-2.00) ปานกลาง (2.01-3.00) และระดับมาก (3.01-4.00)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กูย โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 35 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-3 คะแนน ปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 3 ไม่ปฏิบัติเลยเท่ากับ 0 ใช้เกณฑ์การประเมินผลของเบสท์ (Best, 1977) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดี (0.00-1.00) ปานกลาง (1.01-2.00) และระดับดี (2.01-3.00)

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 3 คน อาจารย์พยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1 คน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญการศึกษาในกลุ่มชาติพันธุ์กูย 1 คน หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับตัวแปรด้วยการคำนวณค่า IOC (index of item objective congruence) เครื่องมือทั้ง 3 ส่วน มีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.60 ทุกข้อ

การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กูยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค

(Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94 และ 0.98 ส่วนแบบสอบถาม ความรู้เรื่องโรคเบาหวานหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ 0.67

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียว เฉลิมพระเกียรติ เลขที่รับรอง HCU-EC1613/2568 เมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม 2568 โดยผู้วิจัยทำการขอความ สมครใจจากกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ของการวิจัย ผลการศึกษาจะนำเสนอในลักษณะ ภาพรวมโดยไม่ได้ระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง และใช้เพื่อประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างรู้สึก ไม่สบายใจในการให้ข้อมูล สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้เสมอ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ภายหลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย นำหนังสือจากต้นสังกัด และหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย เสนอต่อนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษเพื่อ ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับหนังสืออนุญาตจากนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยดำเนินการเข้าพบ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกลาง (โพนค้อ) เพื่อชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของ การวิจัยและขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ตำบล

3. ผู้วิจัยเข้าถึงข้อมูลประชากรจากฐานข้อมูลของผู้ป่วย โดยขอรายชื่อผู้ป่วยจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกลาง (โพนค้อ) ทำตารางสุ่มรายชื่อตามเกณฑ์ที่กำหนด และขอให้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกลาง (โพนค้อ) และพยาบาลวิชาชีพ ประสานกับ กลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในวันนัดคลินิก NCD ทุกวันศุกร์ที่ 2 ของเดือน ผู้วิจัยเข้าพบ กลุ่มตัวอย่างและอธิบายรายละเอียดของงานวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างก่อนสอบถาม ความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจจึงให้ลงนามหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นจึงแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามความสะดวก เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบเสร็จผู้วิจัย ตรวจสอบข้อมูลความครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนทำการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การพรรณนาลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอข้อมูลใน รูปแบบจำนวน (number) และร้อยละ (percentage) ข้อมูลด้านความรู้ ปัจจัยการรับรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเอง นำเสนอข้อมูลในรูปแบบค่าเฉลี่ย (mean) ค่าสูงสุด (maximum) ค่าต่ำสุด (minimum) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ส่วนข้อมูลความสัมพันธ์ของปัจจัยก่อนการวิเคราะห์ที่ได้ทำการ ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูล พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติและมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง รวมทั้ง ไม่พบค่าผิดปกติที่รุนแรง โดยทดสอบด้วย Kolmogorov-Smirnov Test และพิจารณาค่าความเบ้และ ความสูงแหลม พบว่า ตัวแปร อายุ ระยะเวลาการเกิดโรค ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการได้รับข่าวสาร มีการแจกแจงใกล้เคียงปกติ จึงนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ส่วนตัวแปรที่มีการแจกแจงเบ้และแหลมสูง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และเพศ ไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น จึงพิจารณาใช้สถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนในการวิเคราะห์ต่อไป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.50 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 42.50 มีอายุเฉลี่ย 63.03 ปี สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 72.50 เกษตรกรรม (ทำไร่ ทำนา ทำสวน) ร้อยละ 85.80 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ระหว่าง 5–10 ปี คิดเป็นร้อยละ 58.30 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วมและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 69.20 และร้อยละ 84.20 ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดเพียงอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 96.70 ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าล่าสุด (FBS) อยู่ในช่วง 110–220 mg% โดยมีค่าเฉลี่ย 150.68 mg% และค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) อยู่ระหว่าง 7.0–12.5% โดยมีค่าเฉลี่ย 8.17% น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ (BMI 18.5–22.9) คิดเป็นร้อยละ 61.67 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 82.50 และไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 95.80 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 120)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	51	42.50
- หญิง	69	57.50
2. อายุ		
น้อยกว่า 60 ปี	49	40.84
อายุมากกว่า 60 ปี	71	59.16
(Min = 41 ปี, Max = 86 ปี, Mean = 63.03, SD = 9.99)		
3. สถานภาพ		
- โสด	7	5.83
- หม้าย	25	20.84
- หย่า/แยก	1	0.83
- คู่	87	72.50
4. อาชีพ		
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	2.50
- เกษตรกรรม (ทำไร่ ทำนา ทำสวน)	103	85.80
- รัฐวิสาหกิจ	3	2.50
- ค้าขาย	3	2.50
- รับจ้างทั่วไป	6	5.00
- รับราชการ	2	1.70
5. ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน นับตั้งแต่แพทย์วินิจฉัย		
- น้อยกว่า 5 ปี	36	30.00
- 5-10 ปี	70	58.30
- มากกว่า 10 ปี	14	11.70
6. วิธีการรักษาที่ท่านได้รับในปัจจุบัน		
- ยาเม็ด	116	96.70
- ยาฉีด	1	0.80
- ใช้ทั้งยาเม็ดและยาฉีด	3	2.50
7. ค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าล่าสุด (FPG)		
(Min = 110 mg/dL, Max = 220 mg/dL, Mean = 150.68, SD = 25.79)		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
8. ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมล่าสุด (HbA1c) (Min = 7.0 % , Max = 12.5 % , Mean = 8.17, SD = 1.06)		
9. ดัชนีมวลกาย (BMI)		
- น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ (BMI < 18.5)	4	3.33
- น้ำหนักปกติ (BMI 18.5-22.9)	74	61.67
- น้ำหนักเกินมาตรฐาน (BMI 23-24.9)	27	22.50
- อ้วนระดับ 1 (BMI 25-29.9)	14	11.67
- อ้วนระดับ 2 (BMI ≥30 ขึ้นไป)	1	0.83
10. การดื่มแอลกอฮอล์		
- ไม่ดื่ม	99	82.50
- ดื่มเป็นประจำ (สัปดาห์ละ 6-7 วัน หรือเฉพาะในโอกาสพิเศษ เช่น งานสังสรรค์ งานบุญประเพณีของชุมชน)	1	0.80
- ดื่บบางครั้ง (สัปดาห์ละ 1-2 วัน หรือเฉพาะในโอกาสพิเศษ เช่น งานสังสรรค์ งานบุญประเพณีของชุมชน)	15	12.50
- เคยดื่มแต่ปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว	5	4.20
11. การสูบบุหรี่		
- ไม่สูบ	115	95.80
- สูบเป็นประจำ (สูบทุกวัน หรือมากกว่า 5 มวนต่อวัน)	1	0.80
- เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกสูบแล้วในปัจจุบัน	4	3.40

2. ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 0.69$, $SD = 0.41$) ส่วนปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพพบว่าการได้รับข่าวสารจากบุคคลอื่น ๆ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($M = 2.92$, $SD = 0.53$) รองลงมาการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ($M = 2.91$, $SD = 0.50$) การรับรู้ความรุนแรงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ($M = 2.87$, $SD = 0.94$) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ($M = 2.81$, $SD = 0.52$) การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ($M = 2.77$, $SD = 0.76$) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M = 2.63$, $SD = 0.68$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยโดยภาพรวม (n=120)

ปัจจัย	ช่วงคะแนน ที่เป็นไปได้		ช่วงคะแนน ที่เป็นจริง		M	SD	การแปลผล
	ค่า	ค่า	ค่า	ค่า			
	ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด			
1. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	0	1	0	1	0.69	0.41	ปานกลาง
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้	1	4	1.30	4.00	2.91	0.50	ปานกลาง
3. การรับรู้ความรุนแรงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้	1	4	1.90	4.00	2.87	0.54	ปานกลาง
4. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	1	4	1.40	4.00	2.81	0.52	ปานกลาง
5. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	1	4	1.00	4.00	2.63	0.68	ปานกลาง
6. การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	1	4	1.30	4.00	2.77	0.76	ปานกลาง
7. การได้รับข่าวสารจากบุคคลอื่น ๆ	1	4	1.70	4.00	2.92	0.53	ปานกลาง

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กูย

พฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.76$, $SD = 0.31$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการรับประทานยาและการมาพบแพทย์อยู่ในระดับดี ($M = 2.08$, $SD = 0.40$) ส่วนด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายและด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.53$, $SD = 0.36$; $M = 1.83$, $SD = 0.46$; $M = 1.61$, $SD = 0.62$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (n=120)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ช่วงคะแนน ที่เป็นไปได้		ช่วงคะแนน ที่เป็นจริง		M	SD	การแปลผล
	ค่า	ค่า	ค่า	ค่า			
	ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด			
1. การรับประทานอาหาร	0	3.00	0.30	2.40	1.53	0.36	ปานกลาง
2. การออกกำลังกาย	0	3.00	0.13	3.00	1.83	0.46	ปานกลาง
3. การรับประทานยาและการมาพบแพทย์	0	3.00	0.90	3.00	2.08	0.40	ดี
4. การจัดการความเครียด	0	3.00	0.29	3.00	1.61	0.62	ปานกลาง
รวม	0	3.00	0.78	2.63	1.76	0.31	ปานกลาง

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กูย

จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ตัวแปรที่สามารถนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน คือ อายุ ระยะเวลาการเกิดโรค ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ การรับรู้ความรุนแรงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และการได้รับข่าวสารจากบุคคลอื่น ๆ พบว่า อายุ ($r = .20, p = .02$) ระยะเวลาการเกิดโรค ($r = .19, p = .04$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ($r = .21, p = .02$) การรับรู้ความรุนแรงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ($r = .25, p < .001$) และการได้รับข่าวสารจากบุคคลอื่น ๆ ($r = .33, p < .001$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กูย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4

ความสัมพันธ์ของปัจจัยและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ($n = 120$)

ตัวแปร	พฤติกรรม	
	r	p
1. อายุ	.20	.02**
2. ระยะเวลาการเกิดโรค	.19	.04**
3. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	-.05	.51
4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้	.21	.02**
5. การรับรู้ความรุนแรงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้	.25	<.001*
6. การได้รับข่าวสารจากบุคคลอื่น ๆ	.33	<.001*

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

ในขณะที่ตัวแปรไม่ผ่านในข้อตกลงเบื้องต้น จึงใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .28, p < .001$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5

ความสัมพันธ์ของปัจจัยและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แสดงค่า Spearman's rank-order correlation coefficient ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ($N = 120$)

ตัวแปร	พฤติกรรม	
	r_s	p
1. เพศ	.28	<.001*
2. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	-.03	.74
3. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติของการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	.00	.98
4. การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	.11	.19

* $p < .01$

อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กุ่ม

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 1.76$, $SD = 0.31$) โดยพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาพบแพทย์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 2.08$, $SD = 0.40$) และพฤติกรรมการรับประทานอาหารมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M = 1.53$, $SD = 0.36$) สอดคล้องกับการศึกษาของ นาทยา พิระวรรณกุล (2566) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลาง เนื่องจากวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์กุ่มยังคงรับประทานอาหารเช้าเป็นหลัก ขนมพื้นบ้านที่ขอรับประทานทุกเทศกาลสำคัญ ได้แก่ ข้าวต้มมัด ข้าวโปง ข้าวจี เป็นต้น ซึ่งอาหารส่วนใหญ่ทำมาจากแป้ง กะทิและน้ำตาล รวมถึงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกันในครอบครัวและชุมชนในงานบุญประเพณีต่าง ๆ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรม (บุรณ์เสน สุขคุ้ม, 2561) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจึงเป็นไปได้ยาก ดังข้อคำถามที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการจำกัดอาหารจำพวกแป้งและของหวาน เช่น ข้าวเหนียว ข้าวจี ขนมต้ม ข้าวต้มมัด เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก เพราะเป็นอาหารประจำถิ่น ($M = 3.04$, $SD = 0.45$) และการงดดื่มสุรา เบียร์ หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานบุญประเพณี หรืองานเลี้ยงเป็นเรื่องยาก เนื่องจากเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมประเพณีในชุมชน ($M = 2.95$, $SD = 0.94$) สอดคล้องกับ Rosenstock (1974) กล่าวว่าถ้าบุคคลเห็นอุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมจะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคลดลง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กุ่ม

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กุ่ม ได้แก่

เพศ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .28$, $p < .01$) เนื่องจากการดูแลสุขภาพตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างเพศชายและหญิงมีความแตกต่างกัน (Courtenay, 2000) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ตามบทบาททางสังคมของผู้หญิงกลุ่มชาติพันธุ์กุ่มจะทำหน้าที่ดูแลสมาชิกครอบครัว และผู้หญิงมักถูกปลูกฝังให้มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองและครอบครัวมากกว่าเพศชาย ทำให้เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพสูงกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Babazadeh et al. (2023) ที่พบว่าเพศหญิงมีการตระหนักรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ดีกว่าเพศชาย จึงทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสุปรียา เสียงดัง (2560) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของวิทยา เลิกสายเพ็ง (2564) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีเพศต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อายุมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .20$, $p = .02$) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 63.03 ปี เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น จะมีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ใส่ใจการดูแลสุขภาพมากขึ้น (Rosenstock, 1974) สอดคล้องกับวิทยา เลิกสายเพ็ง (2564) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ระยะเวลาการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .19, p = .04$) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน 5-10 ปี อาจเป็นผลทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลง กังวลต่อสุขภาพเจ็บป่วยเดิมที่เป็นอยู่ ซึ่งเมื่อบุคคลเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพก็จะพยายามปรับตัวในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรคที่เป็น (สุปรียา เสียงดัง, 2560) ดังการศึกษาของอรพินท์ พักแฝง (2565) พบว่า ระยะเวลาที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริรัตน์ ศิริจันทร์ (2564) พบว่า ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลคอนตอมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = .21, p = .02$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.91, SD = 0.50$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นโรคนานกว่า 10 ปี มีความเสี่ยงควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ยากขึ้นจากตบอ่อนทำงานลดลงและดื้อต่ออินซูลิน ($M = 3.01, SD = 0.44$) และหากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อาจเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตเสื่อมจนถึงไตวายได้ ($M = 2.99, SD = 0.45$) ทำให้เกิดความตระหนักถึงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น จึงทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ซึ่งเบคเกอร์และคณะ (Becker, et al, 1977) ได้กล่าวไว้ว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเชื่อว่าโรคนั้นมีอันตรายต่อตนเองจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของอ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล และกิตติยา ศิลาวงศ์สุวรรณกฎ (2559) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยผู้ป่วยที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

การรับรู้ความรุนแรงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .25, p = < .001$) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.89, SD = 0.50$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ หากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เมื่อเกิดบาดแผลจะทำให้แผลหายช้า และอาจลุกลามจนต้องตัดขา ตัดนิ้วมือ นิ้วเท้าได้ ($M = 3.03, SD = 0.38$) และหากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จนทำให้ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ($M = 3.01, SD = 0.44$) ซึ่งเมื่อบุคคลเกิดการตระหนักถึงผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ที่อาจเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนของโรค จะช่วยกระตุ้นให้บุคคลตัดสินใจดำเนินพฤติกรรมป้องกันหรือควบคุมโรคมามากขึ้น (Rosenstock, 1974) สอดคล้องกับการศึกษาของไชยา ท้าแดง และนิธรา กิจธีระวุฒิมข (2563) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยง โดยผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงสูงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมป้องกันที่ดีขึ้น

การได้รับข่าวสารจากบุคคลอื่น ๆ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .33, p = < .001$) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนระดับการได้รับข่าวสารจากบุคคลอื่นๆ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.92, SD = 0.53) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การได้รับเอกสาร แผ่นพับ หรือคู่มือต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทำให้สามารถปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($M = 3.05, SD = 0.42$) ซึ่งสอดคล้องกับ Rosenstock (1974) ที่ระบุว่าปัจจัยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม เช่น การให้ข้อมูลหรือคำแนะนำจากบุคคลรอบข้าง มีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของอรพินท์ พักแฝง (2565) พบว่า

การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข และการได้รับการกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของวิทยา เล็กสายเพ็ง (2564) พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนมีผลบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนความรู้เรื่องโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กูย ($r = -.05, p = .51$) สอดคล้องกับการศึกษาของ มัตนา ภูมิโคกรักษ์ และคณะ (2566) พบว่าความรู้เรื่องโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อาจเนื่องจากถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับความรู้เรื่องของการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวานจากบุคลากรสาธารณสุข แต่อาจมีข้อจำกัดด้านวัฒนธรรม ความเชื่อเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย โดยเฉพาะความรู้ที่ว่าโรคเบาหวานที่เป็นสืบเนื่องมาจากผีบรรพบุรุษหรือผีไม่ดีเป็นผู้กำหนดอยู่ในระดับสูง ($M = 0.90, SD = 0.30$) ยาสมุนไพรบางชนิด เช่น ยาหม้อ หรือยาของหมอพื้นบ้านบางชนิดสามารถรักษาโรคเบาหวานให้หายขาดได้ อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 0.65, SD = 0.47$) ซึ่งเป็นความเชื่อที่อาจมีผลต่อการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้

ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ($r = -.03, p = .74$) การรับรู้อุปสรรค ($r = .00, p = .98$) และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ($r = .11, p = .19$) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในกลุ่มชาติพันธุ์กูยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.81, SD = 0.52$) และมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.63, SD = 0.68$) เช่นกัน Rosenstock (1974) กล่าวว่า ถ้าบุคคลเห็นอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่าหรือเท่ากับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติจะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคลดลงได้ เช่น กลุ่มตัวอย่างรับรู้ประโยชน์ว่าการจำกัดอาหารจำพวกแป้ง ของหวาน เช่น ข้าวเหนียว ข้าวจี ขนมต้ม ข้าวต้มมัด จะช่วยให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ($M = 3.00, SD = 0.43$) แต่วิถีชีวิต ความเป็นอยู่และวัฒนธรรมการกินของชาติพันธุ์กูยอาจมีอิทธิพลมากกว่าทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดี ดังข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการจำกัดอาหารจำพวกแป้งและของหวาน เช่น ข้าวเหนียว ข้าวจี ขนมต้ม ข้าวต้มมัด เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก เพราะเป็นอาหารประจำถิ่น ($M = 3.04, SD = 0.45$) ส่วนการรับรู้สมรรถนะของตนเอง อธิบายได้ว่ากลุ่มชาติพันธุ์กูยยังมีความเชื่อและการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพที่ขึ้นอยู่กับผู้อาวุโสในครอบครัว ผีบรรพบุรุษมากกว่าการเชื่อมั่นในการตัดสินใจของตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนในการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.77, SD = 0.76$) ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 1.76, SD = 0.31$) เช่นกัน สอดคล้องกับ Rosenstock (1974) กล่าวว่าบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนต่ำอาจรู้สึกว่าการที่ต้องปฏิบัตินั้นยากเกินไป ส่งผลให้มีโอกาสล้มเลิกพฤติกรรมได้ง่าย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางการแพทย์ควรมุ่งเน้นการเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มชาติพันธุ์กูยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

2. บุคลากรทางการแพทย์ควรนำข้อมูลไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยควรคำนึงถึงปัจจัยด้านเพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวาน เพื่อจะได้ให้คำแนะนำให้สอดคล้องกับบริบทสังคม วัฒนธรรมความเชื่อของกลุ่มชาติพันธุ์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาโปรแกรมการเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มชาติพันธุ์
2. ควรศึกษางานวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจปัจจัยทางวัฒนธรรม ความเชื่อพื้นบ้าน และวิถีการดูแลสุขภาพในกลุ่มชาติพันธุ์ที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ได้แนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่ตรงตามบริบทมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2560). รายงานค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรค. (2565). สถานการณ์โรคเบาหวานประเทศไทย 2565. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรค, กองโรคไม่ติดต่อ. (2567). รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย ปี 2564-2566. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กองตรวจราชการ. (2566). แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประเด็นที่ 5 : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ สาขาโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง (NCD) เขตสุขภาพที่ 10 รอบที่ 1/2566. ระบบตรวจราชการและนิเทศงาน (e-Inspection). <https://inspection.moph.go.th>
- จิรพรรณ ผิวนวล, และประทุม เนตรินทร์. (2561). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแก้วใน ตำบลบางแก้ว อำเภอละอุ่น จังหวัดระนอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 1(2), 46-61.
- ไชยา ท่าแดง, และนิทรา กิจธีระวุฒิจ. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลเกาสะสมเม็ดเลือดแดงของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 40(4), 61-73
- ดวงฤทัย ไพรบึง. (2563). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน: กรณีศึกษา. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 36(2), 286-298.
- นิตยา พิระวรรณกุล. (2566). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์, 3(3), 38-55.
- นุชญากร คณาภรณ์ทิพย์. (2561). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพสะ อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง. วารสารสถาบันบำราศนราดูร, 12(2), 60-69.
- บุรณ์ชน สุขคุ้ม. (2566). แนวทางการนำวัฒนธรรม 4 ชาติพันธุ์จังหวัดศรีสะเกษ มาใช้เพื่อโอกาสการท่องเที่ยว. วารสาร มจร อุบลปริทรรศน์, 8(2), 65-78.
- พงษ์รัตน์ ไกรพรหม. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน ที่มารับบริการ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ. <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=239#posted>
- ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2569) หน้า 90

- มัตนา ภูมิโคกรักษ์, ขวัญชนก สุวรรณ, และพรทิพย์ แก้วชื่น. (2566). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งห้า อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน*, 6(1), 121-133.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกลาง (โพนค้อ). (5 กุมภาพันธ์ 2568). *ภาวะแทรกซ้อนทางตา, ไต และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของผู้ป่วยเบาหวานในโปรแกรม HOSxP PCU*.
- วิทยา เลิกสายเพ็ง. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบึงไก่อ ตำบลนาบ่อคำ อำเภอเมืองกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร*, 2(1), 1-10.
- ศิริรัตน์ ศิริจันทร์. (2564). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 6(2), 1-13.
- สาคร นันทโกวัฒน์, และนิลาภา จิระรัตนวรรณ. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางอ้อ อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 10(1), 575-586.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566*. ศรีเมืองการพิมพ์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2567ก). *ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาต่อเนื่องในโปรแกรม HOSxP PCU*.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2567ข). *ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จังหวัดศรีสะเกษ อำเภอเมืองศรีสะเกษ ตำบลโพนค้อในโปรแกรม HOSxP PCU*.
- สุปรียา เสี่ยงดัง. (2560). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 191-204.
- สุพรรณา สุวรรณสินธุ์, และรัฐพล ไกรกลาง. (2566). การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่มาใช้บริการในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลนครขอนแก่น. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 9(3), 135-146.
- อรพินท์ พักแพง. (2565). วิเคราะห์ปัจจัยเพื่อทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกระดี่ ตำบลบางกะดี อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 7(2), 100-108.
- อ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล, และกิตติยา ศิลาวัณย์สุวรรณกัญ. (2559). การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลทุ่งมน อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ*, 9(2), 331-338.
- Babazadeh, T., Lotfi, Y., & Ranjbaran, S. (2023). Predictors of self-care behaviors and glycemic control among patients with type 2 diabetes mellitus. *Frontiers in Public Health*, 10, 1031655. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1031655>
- Becker, M. H., Haefner, D. P., Maiman, L. A., Kirscht, J. P., Cullen, J., & Klemme, R. H. (1977). The health belief model and prediction of dietary compliance: A field experiment. *Journal of Health and Social Behavior*, 18(4), 348-366. <https://doi.org/10.2307/2955354>
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice Hall.

- Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of educational objectives, handbook: The cognitive domain*. David McKay.
- Borson, S., Scanlan, J., Brush, M., Vitaliano, P., & Dokmak, A. (2000). The mini-cog: A cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(11), 1021–1027. [https://doi.org/10.1002/1099-1166\(200011\)15:11<1021::aid-gps234>3.0.co;2-6](https://doi.org/10.1002/1099-1166(200011)15:11<1021::aid-gps234>3.0.co;2-6)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Courtenay W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine* (1982), 50(10), 1385-1401. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00390-1)
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. In M. H. Becker (Ed.), *Health belief model and personal health behavior* (pp. 1–8). Charles B. Slack.

แนวทางการบริหารจัดการเพื่อพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด

พรฤดี นิธิรัตน์, ประ.ด.*

มธุรดา บรรจงการ, ประ.ด.**

ราตรี อร่ามศิลป์, พย.ม.*, ขนิษฐา เมฆกมล, พย.ม.*

เพ็ญนภา พิสัยพันธุ์, พย.ม.*, ธัสมน นามวงษ์, ประ.ด.*

จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์, พย.ม.*, ปราณีต จงพันธ์มิตร, พย.ม.*

ปรานอม ไอสาร, ศศ.ม.***

Received: January 30, 2026

Revised: May 27, 2026

Accepted: August 24, 2026

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนาแนวทางการจัดการสำหรับผู้บริหารองค์การบริหารส่วนจังหวัด ในการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในสังกัด ให้มีมาตรฐาน ศึกษาในพื้นที่ 8 จังหวัด ครอบคลุม 4 ภูมิภาค ได้แก่ พิษณุโลก แพร่ นครราชสีมา มหาสารคาม สุราษฎร์ธานี ตรัง นนทบุรี และจันทบุรี เก็บข้อมูลช่วงเดือน สิงหาคม-ธันวาคม 2567 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย 5 กลุ่ม คือ ผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้รับบริการ สาธารณสุขอำเภอ และสาธารณสุขจังหวัด รวม 352 คน เก็บข้อมูลจนถึงจุดอิ่มตัว และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย องค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1) กำลังคนด้านสุขภาพ ควรจัดสรรอัตรากำลังตามภาระงาน การสนับสนุน วิชาการ และระบบที่ปรึกษาทางคลินิก เพื่อสร้างความมั่นใจในการให้บริการ 2) ด้านการคลังสุขภาพ โดยจัดทำแผนงบประมาณที่ชัดเจนเพื่อลดความซ้ำซ้อนและกำหนดเป้าหมายด้านสุขภาพร่วมกัน 3) ด้านเวชภัณฑ์และโครงสร้างพื้นฐาน ควรมีการวางแผนและดำเนินการจัดหา เวชภัณฑ์และอื่น ๆ โดยมีการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลอย่างเป็นระบบ 4) ด้านการนำและการกำกับดูแล เน้นการทำงานร่วมกันระหว่าง อบจ. สสจ. รพ.สต. ภาควิชาเวชศาสตร์ และประชาชน โดยให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เพื่อให้บริการตอบสนองปัญหาสุขภาพของพื้นที่ภายใต้มาตรฐานเดียวกัน ผลการวิจัยนำไปสู่แนวทางต้นแบบที่สามารถประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาการจัดการ รพ.สต. ภายใต้ อบจ. ให้มีคุณภาพ มาตรฐาน และยั่งยืนในระยะยาว ข้อเสนอแนะ ได้แก่ การจัดทำความร่วมมือระหว่าง กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย การจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ และการบูรณาการระบบสารสนเทศข้ามกระทรวง

คำสำคัญ: บริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัด

การถ่ายโอนภารกิจ การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก;

ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: maturada@pnc.ac.th

*** หัวหน้าศูนย์วิชาการนโยบายระบบสุขภาพท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

Management Guidelines for Developing Primary Health Care Standards in Subdistrict Health Promoting Hospitals under Provincial Administrative Organizations

Pornruedee Nitirat, Ph.D.*

Maturada Bunjongkarn, Ph.D.**

Ratree Aramsin, M.N.S.*, Kanitta Mekkamol, M.N.S.*

Pennapa Pisaipan, M.N.S.*, Tassamon Namwong, Ph.D.*

Chanpen Armmapat, M.N.S.*, Pranit Jongpantanimitt, M.N.S.*

Pranom Aosan, M.A.***

Abstract

This descriptive qualitative study aimed to develop management guidelines for improving the quality and standardization of services provided by Subdistrict Health Promoting Hospitals (SHPHs) under PAOs. The study was conducted in 8 provinces across 4 regions of Thailand between August and December 2024. Key informants involved in primary healthcare services were purposively selected and categorized into 5 groups: SHPH practitioners, local administrative executives, service recipients, District Public Health Offices, and Provincial Public Health Offices. A total of 352 participants were recruited. Data collection proceeded until data saturation was achieved. The study ensured trustworthiness. Data were analyzed using thematic analysis.

The findings identified 4 key components for participatory primary healthcare development: 1) Health Workforce: Workforce allocation should match workload demands, supported by academic and clinical consultation systems; 2) Health Financing: Clear budget planning should reduce duplication and support shared health goals; 3) Medical Supplies and Infrastructure: Medicines and medical supplies should be systematically planned, monitored, and evaluated; 4) Leadership and Governance: Collaboration among PAOs, public health agencies, SHPHs, and communities should promote standardized health promotion and disease prevention services. The study proposed a prototype framework for sustainable and standardized SHPH management under PAOs. Key recommendations include establishing an MOU between the Ministry of Public Health and the Ministry of Interior, area-based health committees, and integrated interministerial information systems.

Keywords: Primary health care, Subdistrict health promoting hospital, Provincial administrative organization, Mission transfer, Descriptive qualitative research

* Assistant Professor, Phrapokklao Nursing College, Chantaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Assistant Professor, Phrapokklao Nursing College, Chantaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute;
Corresponding Author E-mail: maturada@pnc.ac.th

*** Head of the Academic Center for Local Health System Policy, National Health Commission Office

บทนำ

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care: PHC) เป็นหัวใจสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มอย่างเท่าเทียม โดยมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) โดยมีแนวคิดสำคัญคือ การมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน ซึ่งเป็นหลักการสำคัญตามปฏิญญาอัลมา-อาตา (Alma-Ata Declaration) (World Health Organization [WHO], 1978) และได้รับการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องในระดับนโยบายของประเทศไทย เช่น แผนสุขภาพแห่งชาติ ยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข และนโยบายการปฏิรูประบบบริการสุขภาพให้ตอบสนองต่อประชาชนมากยิ่งขึ้น ประเทศไทยมีการกระจายอำนาจด้านสุขภาพไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ทำให้ภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเคยอยู่ในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขต้องถูกถ่ายโอนภารกิจไปสังกัด อปท. กระทรวงมหาดไทย มีเป้าหมายเพื่อให้ท้องถิ่นสามารถบริหารจัดการและออกแบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนตามบริบทพื้นที่ได้ดีขึ้น โดยในช่วงปีแรกของการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เมื่อปีงบประมาณ 2566 มีจำนวน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปแล้วประมาณร้อยละ 33.21 ของทั้งหมด 3,263 แห่งที่ได้รับการถ่ายโอนในปีนั้น อย่างไรก็ตาม ในปี 2567 พบว่ามี รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนเพิ่มขึ้นเป็นรวมประมาณร้อยละ 43.34 ของจำนวนสถานบริการทั้งหมด ซึ่งเท่ากับ 4,281 แห่งจากทั้งหมด 9,878 แห่งในระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2567) แม้การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปสังกัด อปท. จะมีโอกาสในการบูรณาการบริการสุขภาพให้ตอบสนองบริบทพื้นที่มากขึ้น แต่เนื่องจากเป็นภารกิจใหม่ของ อปท. ทำให้ความท้าทายหลายด้าน เช่น ความไม่ชัดเจนของบทบาทหน้าที่ระหว่างหน่วยงานส่วนกลางกับ อปท. การบริหารจัดการทรัพยากร การขาดแคลนบุคลากร การขาดขวัญกำลังใจของบุคลากร การขาดการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมถึงความสามารถในการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนยังไม่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง เป็นต้น (ศรวณีย์ อวนศรี และคณะ, 2567)

การถ่ายโอนภารกิจด้านบริการสุขภาพปฐมภูมิจากกระทรวงสาธารณสุขไปสู่ อปท. ทำให้ อปท. ต้องเปลี่ยนบทบาทจากผู้สนับสนุนมาเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดบริการสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วนในการดำเนินงาน ในช่วงเริ่มต้นของการเปลี่ยนผ่านพบว่า อปท. ในหลายพื้นที่ยังมีข้อจำกัดด้านความพร้อมทั้งในมิติของกำลังคน งบประมาณ ทรัพยากรสนับสนุน และระบบบริหารจัดการ ส่งผลให้การกำหนดแผนและการดำเนินงานด้านบริการสุขภาพยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างสอดคล้องกับภารกิจที่ได้รับการถ่ายโอน และเป็นปัจจัยสำคัญที่ขัดขวางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพในระดับท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ (ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และคณะ, 2567) ถึงแม้ว่าจะมีงานวิจัยเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจของรพ.สต. ไปยัง อบจ. มีจำนวนมากขึ้น แต่งานส่วนใหญ่มีมุ่งไปที่การประเมินผลการถ่ายโอนภารกิจ (Tumkosit et al., 2024) เช่น การจัดการทรัพยากรบุคคลของ รพ.สต. หลังการถ่ายโอน การประเมินการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งวิเคราะห์ผลจากการรับรู้และประสบการณ์ของชุมชน (อุดม ทูมโสมสิต และคณะ, 2567) รวมทั้งการศึกษาผลกระทบต่อการให้บริการสุขภาพมารดาและเด็กหลังการถ่ายโอน (กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง และคณะ, 2568) สามารถกล่าวได้ว่า ในปัจจุบันยังมีวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อเสนอแนะในเชิงการบริหารจัดการขององค์การบริหารส่วนจังหวัดเพื่อแก้ไขปัญหาและความท้าทายที่เผชิญในปัจจุบันอย่างเป็นระบบและเชิงกลยุทธ์อย่างจำกัด

รายงานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเรื่อง การพัฒนาต้นแบบการดำเนินงานมาตรฐานระบบสุขภาพปฐมภูมิในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานบริการของหน่วยบริการสุขภาพ

ปฐมภูมิแบบมีส่วนร่วมสำหรับ รพ.สต. ในสังกัด อบท. ซึ่งคณะผู้วิจัยได้ศึกษาและนำเสนอข้อค้นที่เป็นแนวทางบริหารจัดการเพื่อการพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพใน รพ.สต. ถ่ายโอน ซึ่งผู้บริหาร อบจ. และ รพ.สต. สามารถนำไปใช้เพื่อจัดการปัญหาและอุปสรรคในระยะเปลี่ยนผ่านของการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. อันจะนำไปสู่การพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีมาตรฐาน เป็นสถานบริการด้านหน้าที่ใกล้ชิดประชาชน และสามารถตอบสนองความต้องการของด้านสุขภาพประชาชนอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการสำหรับผู้บริหารองค์การบริหารส่วนจังหวัด ในการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดให้มีมาตรฐาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยพัฒนาจากแนวคิดสำคัญ ได้แก่ แนวคิดการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ แนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก แนวคิดการกำกับดูแลระบบสุขภาพ และแนวคิดการพัฒนามาตรฐานและคุณภาพบริการ โดยมุ่งอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างบริบทและศักยภาพขององค์การบริหารส่วนจังหวัดภายหลังการถ่ายโอนภารกิจรพ.สต. กับกระบวนการบริหารจัดการของผู้บริหาร อบจ. ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของรพ.สต. ที่สังกัด อบท. ทั้งนี้ความพร้อมด้านบุคลากร งบประมาณ ทรัพยากร ระบบบริหารจัดการ ความชัดเจนของบทบาทหน้าที่ระหว่างหน่วยงาน รวมถึงการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในระดับจังหวัด ส่งผลต่อการกำหนดนโยบาย การบริหารจัดการทรัพยากร การพัฒนาบุคลากร การประสานงาน และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ซึ่งนำไปสู่การพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ สามารถนำไปใช้ได้จริง และเอื้อต่อการยกระดับคุณภาพ ความต่อเนื่อง และความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในระดับท้องถิ่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา ของ Sandelowski (2000) เพื่อสะท้อนบริบทจริงของพื้นที่ถ่ายโอนบริการสุขภาพปฐมภูมิ และพัฒนาแนวทางการจัดการที่สามารถประยุกต์ใช้ได้ทางปฏิบัติ คณะผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบอุปนัย (inductive coding) เพื่อให้ได้ประเด็นสำคัญเกิดจากประสบการณ์ตรงของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยไม่ถูกจำกัดด้วยกรอบทฤษฎีเดิม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้แนวทาง Thematic Analysis ของ Braun & Clarke (2006) ตั้งแต่การอ่านข้อมูล การสร้างรหัสเบื้องต้น (initial coding) จนถึงการสังเคราะห์เป็นประเด็นแก่นสาระ (themes) เพื่อให้กระบวนการวิเคราะห์มีความเป็นระบบ และน่าเชื่อถือตามมาตรฐานงานวิจัยเชิงคุณภาพสากล งานวิจัยนี้ศึกษาใน 4 ภูมิภาค ภูมิภาคละ 2 จังหวัด รวมศึกษาทั้งสิ้น 8 จังหวัด เลือกจังหวัดแบบเจาะจงตามเกณฑ์ขนาดประชากร ได้แก่ จังหวัดขนาดใหญ่ที่มีประชากรมากกว่า 1,000,000 คน จำนวน 1 จังหวัด และจังหวัดขนาดเล็กที่มีประชากรน้อยกว่า 500,000 คน จำนวน 1 จังหวัด ดังนี้ ภาคเหนือ (จังหวัดพิษณุโลก และจังหวัดแพร่) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (จังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดมหาสารคาม) ภาคใต้ (จังหวัดสุราษฎร์ธานี และจังหวัดตรัง) ภาคกลางและภาคตะวันออก (จังหวัดนนทบุรี และจังหวัดจันทบุรี) รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม-เดือนธันวาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วย 5 กลุ่ม ได้แก่ ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. 256 คน ผู้บริหาร อบจ. หรือผู้บริหาร อปท. ในพื้นที่ 24 คน สาธารณสุขอำเภอ 6 คน ผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 6 คน และผู้รับบริการ (ผู้นำชุมชน/ประชาชน) 60 คน รวม 352 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ที่ศึกษา/เป็นผู้บริหาร อบจ หรือ อปท./เป็นผู้นำชุมชน หรือ อสม. หรือประชาชนที่อาศัยในตำบลที่ รพ.สต./เป็นบุคลากรในกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ (สสจ.) หรือปฏิบัติงานในตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอ อย่างน้อย 1 ปี
2. เคยทำงานร่วมกับ รพ.สต. หรือเคยใช้บริการที่ รพ.สต. อย่างน้อย 1 ปี
3. สามารถสื่อสารภาษาไทย อ่านออก เขียนได้
4. สมัยครใจ และยินดีเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ไม่สามารถร่วมให้ข้อมูลได้ในระยะเวลาที่กำหนด
2. ผู้ให้ข้อมูลที่ขอยกเลิกการสัมภาษณ์กลางคัน หรือไม่สามารถให้ข้อมูลในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการถ่ายโอนภารกิจได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คณะผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือเพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการบริหารจัดการของ อบจ. ในการพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของการ รพ.สต. ในสังกัดจากการทบทวนวรรณกรรม การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทุกมิติ ประกอบด้วย แนวทางคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก 5 ชุดสำหรับผู้บริหาร รพ.สต. ผู้บริหาร อบจ./อปท. สาธารณสุขอำเภอ สาธารณสุขจังหวัด และผู้นำชุมชน/ประชาชน และแนวทางคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่ม 2 ชุด ในระดับปฏิบัติการและภาคประชาชน

เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิจำนวน 3 คน และทำการทวนสอบความเหมาะสมของเครื่องมือทุกชุดเมื่อได้ดำเนินการสัมภาษณ์ครบ 3 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา เลขที่ COA No.11/2567 ลงวันที่ 9 สิงหาคม 2567 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และความเสี่ยงจากการวิจัย ผู้วิจัยได้ขอความยินยอมอย่างชัดเจนก่อนการเก็บข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและจัดเก็บในที่ปลอดภัย การรายงานผลจะไม่นำเสนอข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่างได้ การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวได้โดยไม่กระทบต่อสิทธิหรือสวัสดิการใด ๆ และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการโดยไม่ละเมิดสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้เก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนการสัมภาษณ์ ข้อมูลถูกรวบรวมโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มตามแนวทางคำถามกึ่งโครงสร้าง มีการบันทึกเสียง

และจัดบันทึกภาคสนามประกอบการวิเคราะห์ ดำเนินการเก็บข้อมูลจนถึงจุดอิ่มตัว โดยพิจารณาจากข้อมูลที่ได้เริ่มมีความซ้ำซ้อนและไม่มีประเด็นใหม่เพิ่มขึ้นในแต่ละพื้นที่ที่ศึกษาแล้ว รวมทั้งมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบสามเส้าและการยืนยันจากผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพครั้งนี้ ตามแนวทาง Thematic Analysis (Braun & Clarke, 2006) ตั้งแต่การอ่านข้อมูล การสร้างรหัสเบื้องต้น การจัดกลุ่มข้อมูล และการสังเคราะห์เป็นประเด็นแก่นสาระสำคัญ โดยผู้วิจัยวางตนเป็นกลางและตีความข้อมูลตามบริบทจริงของผู้ให้ข้อมูล มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามเกณฑ์ของ Trustworthiness ได้แก่ ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (credibility) โดยผ่านการตรวจสอบสามเส้า 3 ด้าน คือ ด้านแหล่งข้อมูล ด้านวิธีการเก็บข้อมูล และด้านผู้วิจัย ร่วมกับการสอบทานข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (member checking) ความสามารถในการถ่ายโอนผลการวิจัย (transferability) โดยการอธิบายบริบทอย่างละเอียด ความคงที่ของข้อมูล (dependability) โดยการตรวจสอบและอภิปรายผลร่วมกันในทีมวิจัย และความเป็นกลางของผลการวิจัย (confirmability) ผ่านกระบวนการ peer review และ debriefing เพื่อให้ผลการวิจัยมีความเป็นระบบ น่าเชื่อถือ และสอดคล้องกับมาตรฐานงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Lincoln & Guba, 1985)

ผลการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ศึกษามุมมองเกี่ยวกับแนวทางการจัดการสำหรับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อพัฒนามาตรฐานบริการหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ พบข้อค้นพบที่สำคัญ ดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 การปฏิรูปการบริหารกำลังคนเพื่อรองรับภารกิจถ่ายโอน

ภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ. พบปัญหาการถ่ายโอนและการกระจายบุคลากรที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้หลายพื้นที่ขาดแคลนอัตรากำลังและอาจกระทบต่อมาตรฐานการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน โดยผู้ให้ข้อมูลได้เสนอแนะแนวทางการจัดการในประเด็นสำคัญ ดังต่อไปนี้

1.1 อบจ. ต้องวางแผนและจัดสรรบุคลากรตามกรอบอัตรากำลังให้เป็นไปตามขนาดและภารกิจของ รพ.สต.

การจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสมและเพียงพอเป็นปัจจัยสำคัญต่อมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ผู้ให้ข้อมูลเห็นตรงกันว่า อบจ. ควรวางแผนอัตรากำลังให้สอดคล้องกับขนาดและภาระงานของ รพ.สต. (S, M, L) โดยใช้มาตรการที่หลากหลาย อาทิเช่น การบรรจุกรณีพิเศษ การโอนย้าย การจ้างเหมาบริการ และการให้ทุนเด็กเรียน ทั้งนี้ควรจัดตั้งคณะกรรมการด้านบุคลากรที่ประกอบด้วยผู้แทนจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และ รพ.สต. เพื่อร่วมกันวางแผนและแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบและยั่งยืน ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

ถ้าจะแก้ปัญหาให้เป็นระบบเลยนะ เราก็ต้องทำแผนเพื่อจะขอสนับสนุนบุคลากรส่งไปที่สำนักงานประมาณ เพื่อขออนุมัติกรอบอัตรากำลัง เมื่อนุมัติแล้ว อบจ.สามารถสรรหาคนมาบรรจุตามกรอบ ใช้ค่าจ้างจากสำนักงานประมาณ ถ้าหาคนมาบรรจุไม่ได้ อบจ. ก็ส่งเด็กเรียนได้ จบแล้วก็มาทำงานที่ รพ.สต. (ผู้บริหาร อบจ.)
ควรตั้งคณะกรรมการของจังหวัดขึ้นมาเลย เอาทั้ง อบจ. สสจ. โรงพยาบาล ผู้แทนจาก รพ.สต. มาร่วมกัน แก้ปัญหา ให้ยืมตัวมาช่วยราชการ หรือจะโยกย้ายเพื่อเกลี่ยคนให้มีความเหมาะสม ก็ให้ที่ประชุม กสพ. (คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่) ตั้งกรรมการชุดนี้ (ผู้บริหาร อบจ.)

ในกรณีที่ยังไม่สามารถจัดหาบุคลากรได้ครบถ้วน ผู้บริหาร อบจ. สามารถบริหารจัดการอัตรากำลังเฉพาะหน้าเพื่อสนับสนุนภารกิจบริการสุขภาพปฐมภูมิของ รพ.สต. ที่ขาดแคลน โดยพิจารณาตาม

บริบทพื้นที่ เช่น การหมุนเวียนบุคลากร การช่วยราชการ หรือการใช้บุคลากรร่วมกันระหว่างหน่วยบริการ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

พยาบาลเป็นตำแหน่งขาดแคลนที่เป็นหลักในรพ.สต. เลย ของผมขาด 12 คน บางทีเลยทำอะไรเกี่ยวกับรักษาพยาบาลไม่ได้เท่าไร ผมแก้ปัญหาโดยเอา รพ.สต.ข้างเคียงกัน ที่มีพยาบาลให้มาช่วย รพ.สต.ที่ไม่มีเป็นบางวัน นึกกันว่าจะไปคลินิกอะไรวันไหน (ผู้บริหาร อบจ.)

1.2 อบจ.ต้องวางแผนและพัฒนาบุคลากรทุกระดับให้มีศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ

ผู้บริหาร อบจ. ผู้อำนวยการ และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทุกระดับควรได้รับการพัฒนาเพื่อเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และสมรรถนะที่จำเป็นต่อการให้บริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยพบว่า ก่อนการถ่ายโอนบุคลากร รพ.สต. ได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่ายและ สสจ. แต่ภายหลังการถ่ายโอน การสนับสนุนจาก อบจ. ยังขาดความชัดเจน ขณะที่ สสจ. ยังคงเปิดโอกาสให้บุคลากรที่ถ่ายโอนเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สะท้อนว่า อบจ. ควรพัฒนาระบบและกลไกการพัฒนาบุคลากรของตนเองอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยประสานความร่วมมือกับ สสจ. ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

ทุกวันนี้การประชุมอบรม เราไม่ค่อยได้ไปกัน เพราะมันยังไม่ชัดว่า อบจ. เขาจะให้ไปอย่างไร ตอนนี้ไปอบรมก็มีแต่ สสจ. เป็นคนเชิญให้ไปประชุมเรื่องนั้นนี่นั่น (ผอ.รพ.สต.)

กองสาธารณสุขต้องพัฒนาบุคลากร... ควรต้องมีหน่วยงานสาธารณสุขเข้ามาเชื่อมประสาน อบจ. ไม่น่าจะทำเองได้ทั้งหมด (อปท.)

ควรมีการจัดอบรมให้คณะผู้บริหาร อบจ. ให้รู้เรื่องมิติสุขภาพ ให้ตระหนักรู้ว่ามีสุขภาพ สำคัญไม่น้อยกว่ามิติสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน และสำคัญมากกว่ามิติเศรษฐกิจ ต้องพัฒนา ให้รู้ในเรื่องของระบบบริการปฐมภูมิ เพราะเขาอาจจะยังไม่เข้าใจ (สสอ.)

1.3 อบจ. ควรวางแผนทางสร้างเสริมขวัญกำลังใจให้สอดคล้องกับความต้องการของบุคลากร

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความเห็นเกี่ยวกับการสร้างขวัญกำลังใจในการทำงาน โดยให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านค่าตอบแทน ความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน และการลงเยี่ยม รพ.สต. ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

ต้องรักษาสวัสดิการของเจ้าหน้าที่ ดูแลเจ้าหน้าที่ทุกกลุ่ม เพื่อให้เขาทำงานได้อย่างมีความสุข กำลังคนสวัสดิการ ขวัญกำลังใจ ต้องทั้งหมด (เจ้าหน้าที่ รพ.สต.)

ได้ก้าวหน้าในตำแหน่ง เรื่องงบประมาณ เงินค่าวิชาชีพ เงิน พดส. ต่าง ๆ ต้องได้ เพื่อที่จะให้คนมีขวัญกำลังใจ (ผอ.รพ.สต.)

ประเด็นหลักที่ 2: การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบทรัพยากรและการคลัง

กลุ่มตัวอย่างได้เสนอแนะแนวทางการจัดการด้านงบประมาณ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำแผนงบประมาณและการพัฒนาบุคลากรในการบริหารงบประมาณ ดังต่อไปนี้

2.1 กองสาธารณสุขต้องจัดทำแผนงบประมาณรายจ่ายประจำปีให้เพียงพอ เพื่อสนับสนุนการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ

กองสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำแผนงบประมาณรายจ่ายประจำปีให้เพียงพอครอบคลุมการบริหารจัดการด้านบุคลากร อาคารสถานที่ ครุภัณฑ์ ค่าจ้าง ค่าตอบแทนนอกเวลา และงบประมาณอื่น ๆ รวมถึงกำหนดแนวทางการใช้งบประมาณของสมาชิกสภาจังหวัดเพื่อสนับสนุนครุภัณฑ์ทางการแพทย์ของ รพ.สต. ในพื้นที่ตามความจำเป็น ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

กองสาธารณสุขต้องทำแผนการใช้งบประมาณ สำหรับการบริหารจัดการ รพ.สต. ทุกด้าน ทั้งด้านคน เงิน ของ อาคารสถานที่ ค่าจ้าง ค่าตอบแทน และงบอื่น ๆ ที่ต้องใช้ และต้องกำหนดนโยบายการใช้งบในส่วน

สมาชิกสภาจังหวัด ในการสนับสนุนครุภัณฑ์ทางการแพทย์ให้ รพ.สต. ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบด้วย (ผู้บริหาร อบจ.)

2.2 อบจ.ควรพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจในการบริหารงบประมาณ

การถ่ายโอน รพ.สต. ส่งผลให้เกิดความคล่องตัวในการบริหารงบประมาณ เนื่องจากมีการจัดสรรงบประมาณให้ รพ.สต. และมอบอำนาจให้บริหารจัดการภายในกรอบวงเงินที่ได้รับ อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างบางส่วนแสดงความกังวลว่าการบริหารงบประมาณอาจขาดประสิทธิภาพ และเห็นว่า อบจ.ต้องสร้างสมรรถนะด้านการบริหารงบประมาณให้บุคลากรของ รพ.สต. ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

อบจ. เขามีกองบประมาณก็จริง แต่บุคลากรยังไม่มีความพร้อมที่จะบริหารเงิน เพราะมันไม่เหมือนกับตอนที่เขาอยู่กับ สสจ. ระเบียบการใช้จ่ายเงินก็ต่างกัน (สสอ.)

การอบรมให้เรามีสำคัญมากเพราะว่าเมื่อเราถ่ายโอน ระบบการเงินน่าจะเปลี่ยนสิ้นเชิงเลย เราไม่ได้มีองค์ความรู้ในด้านบัญชี อันนี้มันลุ่มเสี่ยงเพราะสสจ.เนี่ย มาตรวจสอบ อบจ.ตลอด (ผอ.รพ.สต.)

2.3 อบจ. ควรสนับสนุนวัสดุและครุภัณฑ์ รวมถึงการปรับปรุงอาคารสถานที่ให้แก่ รพ.สต.

กลุ่มตัวอย่างทุกคนระบุตรงกันว่า อบจ. มีความคล่องตัวในการบริหารงบประมาณมากกว่ากระทรวงสาธารณสุข จึงคาดหวังว่า อบจ. จะสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ รวมถึงการปรับปรุงอาคารสถานที่ เพื่อให้ รพ.สต. สามารถให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างมีคุณภาพ และสร้างขวัญกำลังใจและจิตใจให้บุคลากรมาปฏิบัติงานใน รพ.สต. ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

ส่วนเรื่องเงิน อบจ. สนับสนุนได้ไม่น่ามีปัญหาอะไร เห็นชัดเลยว่าเงินได้ง่ายกว่าตอนที่อยู่กับสาธารณสุข เพราะฉะนั้นเรื่องของหรือวัสดุอุปกรณ์ ก็น่าจะขอได้ เขาน่าจะสนับสนุนได้ ไม่น่ามีปัญหา (เจ้าหน้าที่ รพ.สต.)

อบจ. ต้องสนับสนุนพวกบ้านพักเจ้าหน้าที่สำหรับคนต่างจังหวัด บ้างจึ้นเลย เชื่อว่าจะทำให้คนย้ายมาอยู่กับเรา พวกข้าราชการเนี่ยเขาก็จะต้องดูว่ามีบ้านพักให้หรือเปล่า (ผอ.รพ.สต.)

2.4 อบจ. ต้องวางแผนและดำเนินการจัดหายาและเวชภัณฑ์อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีความกังวลเกี่ยวกับการจัดหาและเวชภัณฑ์เพื่อให้บริการประชาชน เนื่องจากหลาย อบจ. ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการจัดหาโดยตรงในช่วงเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอน รพ.สต. ยังได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลและ สสจ. ซึ่งอาจเป็นเพียงมาตรการชั่วคราว ดังนั้น อบจ. ควรวางแผนและดำเนินการจัดหายาและเวชภัณฑ์ให้เพียงพอและต่อเนื่องด้วยตนเอง หรือประสานความร่วมมือกับ สสจ. ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

วัสดุอุปกรณ์ ยาหรือว่าไม่ใช่ยา ตรงช่วงรอยต่อที่เราถ่ายโอนนี้ ก็ยังได้รับการสนับสนุนจากสาธารณสุขอยู่ โดยต้องทำหนังสือไปที่แม่ข่าย ก็เปลี่ยนจากรูปแบบเดิมค่ะ แต่ตอนนี้อยู่คนละครึ่งแล้ว เขาจะสนับสนุนอีกนานไหม (เจ้าหน้าที่ รพ.สต.)

มีอีกหลาย ๆ แห่งที่ยังไม่ได้จัดซื้อยาเอง แต่ว่าถ้าเริ่มจัดซื้อยาเอง น่าจะต้องมีการวางแผนที่ดีมากกว่านี้ หรือจะคุยกับ สสจ. ให้ร่วมจัดหาให้ (ผอ.รพ.สต.)

2.5 อบจ. ควรจัดหายานพาหนะให้แก่ รพ.สต. ตามความจำเป็นและบริบทของพื้นที่

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้นำชุมชน ผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่ อบต. เห็นว่า ยานพาหนะมีความสำคัญต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในชุมชน จึงเสนอให้ อบจ. สนับสนุนยานพาหนะแก่ รพ.สต. ตามความจำเป็น ทั้งสำหรับการออกปฏิบัติงานในพื้นที่และการส่งต่อผู้ป่วย โดยกรณี ยานพาหนะสำหรับการส่งต่อผู้ป่วยอาจสนับสนุนในระดับพื้นที่และใช้ร่วมกันได้ ไม่จำเป็นต้องมีครบทุก รพ.สต. ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

3.3 อบจ. ควรวางโครงสร้างการบริหารงานด้านสุขภาพปฐมภูมิที่ชัดเจน โดยเชื่อมการทำงานกับ อบต. และเทศบาลในพื้นที่

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มที่สังกัด อบจ. และกลุ่มสังกัด สสจ. เห็นว่าควรกำหนดโครงสร้างการบริหารงานให้ชัดเจน และควรให้ อบต. และเทศบาล ได้เข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนการบริการของ รพ.สต. ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

ต้องปรับโครงสร้าง (การบริหารงาน) ให้ตอบรับกับเรื่องนี้ก่อนเลย...ต้องตั้งว่าใครดูแลอะไร สายงานเป็นอย่างไร ก็ต้องรู้ว่าขั้นตอนงาน 1, 2, 3 คืออะไร แล้วมาตรฐานงานคืออะไรอย่างนี้จะไปได้ (สสอ.)

อบจ. ต้องบริหารแบบตำบลใครดูแล อำเภอใครดูแล แล้วก็ อบจ. คุรระดับจังหวัด แล้ว อบต.หรือเทศบาล ก็ต้องให้เข้ามาร่วม เป็นโอกาสที่จะพัฒนาได้ดี (สสอ.)

3.4 ให้คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) เป็นกลไกในการขับเคลื่อนการแก้ปัญหาอุปสรรคในการบริหารและการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

กลุ่มตัวอย่างกลุ่ม สสอ. ซึ่งมีบทบาทใกล้ชิดและเคยรับผิดชอบดูแล รพ.สต. ก่อนการถ่ายโอน เห็นว่า กสพ. ที่จัดตั้งขึ้นภายหลังการถ่ายโอนเป็นกลไกสำคัญที่ อบจ. ควรใช้ในการยกระดับคุณภาพ รพ.สต. อย่างไรก็ตาม การศึกษาพบว่าหลายจังหวัด กสพ. ยังไม่สามารถทำหน้าที่เป็นกลไกขับเคลื่อนบริการสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

ปัญหาอุปสรรคในการจัดการทำงานของ รพ.สต. ที่มีรูปแบบของการแก้ปัญหาโดยมีคณะกรรมการกลาง กสพ. ของจังหวัดอยู่แล้ว ต้องใช้ให้เป็นประโยชน์ (สสอ.)

ก็ต้องขึ้นอยู่กับ กสพ. ละ...ถ้า กสพ. เข้มแข็ง ผมว่าก็มีโอกาสที่จะพัฒนาร่วมกันได้ แต่ที่นี้มีปัญหา กสพ. ก็ยังไม่มีอะไรให้เห็นนะ (สสอ.)

3.5 อบจ. ควรมีที่ปรึกษาที่มีองค์ความรู้ด้านการบริหารงานสาธารณสุข เพื่อช่วยให้ภารกิจถ่ายโอนมีความราบรื่นไร้รอยต่อ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าภารกิจถ่ายโอนเป็นภารกิจใหม่ของ อบจ. การมีที่ปรึกษาที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการบริหารงานสาธารณสุข จะช่วยลดอุปสรรคในช่วงเริ่มต้นได้ โดยจังหวัดที่มีที่ปรึกษาลักษณะดังกล่าวมีแนวโน้มดำเนินการถ่ายโอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ รพ.สต. สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง และเป็นต้นแบบให้จังหวัดอื่นนำไปเรียนรู้ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

ควรต้องมีที่ปรึกษา แล้วก็เป็นคนในสาธารณสุข คนที่มีประสบการณ์บริหาร เป็นกลุ่มวิชาชีพ ถ้าครบทุกวิชาชีพจะดีมาก (ผู้บริหาร สสจ.)

อย่าง อบจ. (แห่งหนึ่ง) ใจ งานสาธารณสุขเนี่ย เขาเอาคนที่เคยพยาบาลไปดูแลเลย พี่เขาเก่งมาก อบจ. ต้องมีที่ปรึกษาเป็นคนที่รู้เรื่องงานสาธารณสุข (จนท. รพ.สต.)

3.6 อบจ. ต้องเร่งรัดพัฒนากองสาธารณสุขให้มีความเข้มแข็ง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นตรงกันว่า กองสาธารณสุขของ อบจ. จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างเร่งด่วน เนื่องจากยังขาดความพร้อมในการสนับสนุนงานสุขภาพปฐมภูมิ โดยเสนอให้ประยุกต์โครงสร้างการทำงานของ สสจ. และสรรหาเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่มีสมรรถนะสูงและมีประสบการณ์ด้านสุขภาพปฐมภูมิ มาปฏิบัติงานในกองสาธารณสุข ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

กองสาธารณสุขต้องมีบุคลากรที่ครบ ให้อูแล รพ.สต. ได้ ผมอยากให้ทำกองสาธารณสุขเนี่ย เหมือนจำลองมาจาก สสจ. เลย งานที่มีความสำคัญเอามาหมด ส่วนที่มันไม่สำคัญอาจตัดทิ้งไป หรืออาจจะยุบรวมกับงานส่วนอื่นได้ (สสอ.)

ต้องมีคนที่เก่ง ๆ ไปอยู่เลย มันต้องเข้าใจงาน รพ.สต.ด้วย คนที่ไปจะอยู่ที่กอง (สาธารณสุข) ก็ต้องไปจาก รพ.สต. แหละ ไม่งั้นก็จะไม่รู้เรื่องหรอก (จนท. รพ.สต.)

3.7 อบจ. กับ สสจ. ควรทำงานร่วมกันในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่ม สสจ. สะท้อนว่า ภายหลังจากถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ. ผลสัมฤทธิ์ของตัวชี้วัดด้านสุขภาพปฐมภูมิระดับจังหวัดลดลง เนื่องจากบริการบางอย่าง โดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคไม่ได้รับความสำคัญเพียงพอ นอกจากนั้น ผู้ให้ข้อมูลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ยังระบุว่า หลังการถ่ายโอนมาสังกัด อบจ. ที่ปรึกษาเมื่อครั้งสังกัด สสจ. ก็สิ้นสุดลง ทำให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ รพ.สต. มีขีดจำกัด จึงต้องส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลมากขึ้น จึงเสนอให้ อบจ. และ สสจ. ร่วมมือกันในการดำเนินงานบริการสุขภาพปฐมภูมิแก่ประชาชน ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

รพ.สต. ก็ยังทำงานมีมาตรฐานเหมือนเดิม แต่อาจจะน้อยกว่าเดิมคือ บางเรื่องเขาก็ไม่ทำตาม สสจ. เรา... คือพอเข้าไปอยู่ อบจ. ตัวชี้วัดเราก็กะเอะกะเอยะ ก็เลยเสนอว่า อบจ. ต้องทำอะไรสักอย่างที่ทำให้ตัวชี้วัดในภาพจังหวัดยังผ่านเหมือนเดิม (สสอ.)

อยากให้ รพ.สต. กับ สสจ. ยังทำงานร่วมกัน ไม่อยากให้มองว่าเราเอางานไปให้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องความครอบคลุมของวัคซีน เรื่องของการควบคุมโรคหรือเกิดภาวะฉุกเฉินต่าง ๆ เราก็อยากจะลงไปร่วมแก้ไข ปัญหา เพื่อประชาชนจะได้ประโยชน์ (สสอ.)

เราต้องการแม่ข่าย คือดูแลทางด้านคุณภาพและทางบริการให้เราด้วย เมื่อก่อนนี้เค้าดูแลเรา แต่พอเราออกมาเนี่ย เราต้องใช้วิชาชีพในการดูแลตัวเอง (ผอ. รพ.สต.)

3.8 อบจ. ควรพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารและการดูแลสุขภาพประชาชน

กลุ่มตัวอย่างจาก รพ.สต. เห็นว่า อบจ. ควรพัฒนาฐานข้อมูลด้านบริการสุขภาพที่ใช้งานง่าย และมีระบบสนับสนุนเมื่อเกิดปัญหา พร้อมทั้งพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการสื่อสารและเชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง อบจ. และ รพ.สต. อย่างมีประสิทธิภาพ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

เดิมมีแอดมินของ CUP ช่วยดูแลเมื่อโปรแกรมหรือฐานข้อมูลมีปัญหา...แต่พอถ่ายโอนมาเราไม่มีเจ้าหน้าที่ตรงนี้...บางอย่างมันก็เกิดศักยภาพของเรา (จนท. รพ.สต.)

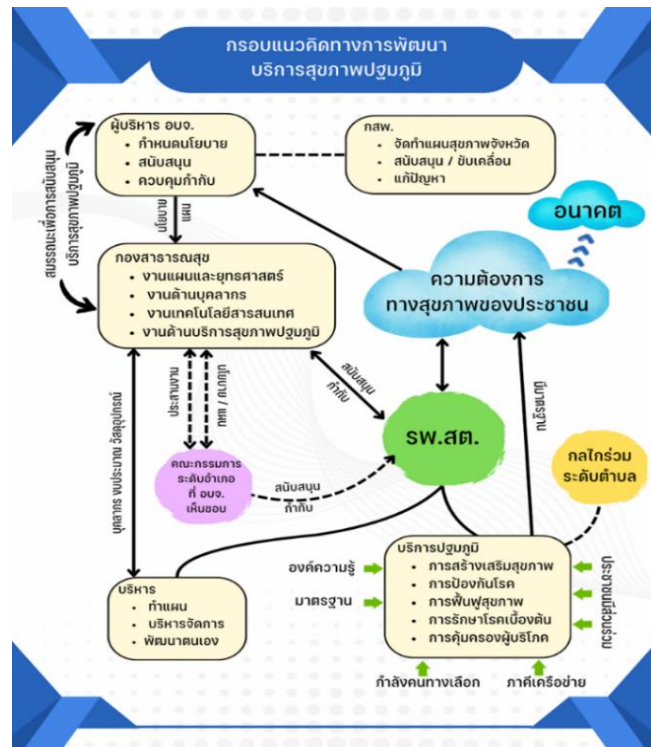
การสื่อสารยังลงมาถึงข้างล่าง คือ ระบบสารสนเทศของ รพ.สต. ต้องเชื่อมโยงกับ อบจ. ถึงจะแก้ปัญหานี้ได้ (จนท. รพ.สต.)

เรื่องการพัฒนาเรื่องระบบ IT ระบบ Cloud การลิงก์ข้อมูลต่างต่าง... ตอนนี้กลายเป็นนโยบายหลักไปแล้ว นอกนอกจากเรื่องโครงสร้างพื้นฐาน (ผู้บริหาร อบจ.)

สรุปแนวทางการจัดการสำหรับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อพัฒนามาตรฐานบริการหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1

แสดงแนวทางการจัดการสำหรับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อพัฒนามาตรฐานบริการหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ



อภิปรายผล

การถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ. เป็นการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่มีทั้งโอกาสและความท้าทาย โดยเฉพาะในช่วงเปลี่ยนผ่าน ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าแนวทางการจัดการเพื่อพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. มีความเชื่อมโยงกันเชิงระบบ ดังนี้

1. กลไกการบริหารทรัพยากรบุคคล ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรเป็นหัวใจสำคัญที่สุด โดยเฉพาะความต้องการแผนอัตรากำลังที่สอดคล้องกับภาระงานจริง เนื่องจากภายหลังการถ่ายโอน บุคลากรต้องเผชิญกับสภาวะรอยต่อทางการบริหาร ที่เปลี่ยนจากระบบสาธารณสุขเดิมมาสู่ระบบท้องถิ่น ซึ่ง อบจ. อาจจะยังขาดความชัดเจนในการสนับสนุนทางวิชาการและระบบที่ปรึกษาทางคลินิก ส่งผลให้เจ้าหน้าที่เกิดความกังวลต่อมาตรฐานการบริการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Dussault & Dubois (2003) ที่ระบุว่า ทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่วิกฤตที่สุดในนโยบายสุขภาพ และหากขาดการบริหารจัดการที่ดีจะกระทบต่อคุณภาพบริการในภาพรวม เป็นไปในทิศทางเดียวกับงานวิจัยของ นิลุบล คุณวัฒน์ และวิสุทธิ สุกรินทร์ (2568) ที่พบว่าการมีนโยบายที่ชัดเจนจากผู้นำท้องถิ่นในเรื่องบุคลากรเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการถ่ายโอน

2. โอกาสและความเสี่ยงด้านการคลังและทรัพยากร ในด้านงบประมาณและทรัพยากร ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า อบจ. มีจุดแข็งด้านความคล่องตัวทางการเงิน แต่ในขณะเดียวกันก็มีกลไกความเสี่ยงคือความแตกต่างของระเบียบการเบิกจ่ายและระบบบัญชีระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและท้องถิ่น หากบุคลากรขาดความรู้ด้านบัญชีและการเงินของท้องถิ่น จะส่งผลให้การบริหารงบประมาณหยุดชะงักและเสี่ยงต่อการถูกตรวจสอบ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ชี้ว่า โมเดลการบริการสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนาจำเป็นต้องอาศัยการบริหารจัดการงบประมาณที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดความยั่งยืน (Bhattacharyya et.al., 2010)

3. การบูรณาการเชิงระบบ กลไกสำคัญที่งานวิจัยค้นพบคือ การทำ MOU และการใช้คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) เนื่องจาก อบจ. ไม่สามารถดำเนินการกิจสุขภาพได้โดยลำพัง แต่ต้องอาศัยการเป็น “พี่เลี้ยง” จาก สสจ. ในช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน การเชื่อมโยงนี้สอดคล้องกับหลักการ integrated people-centered health services ของ WHO (2016) ที่เน้นการลดรอยต่อของบริการผ่านการร่วมมือระหว่างหน่วยงาน และสอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่อง TRANG-ME Model 7 องค์ประกอบ ของ รัชพล สัมฤทธิ์ และและวราณี สัมฤทธิ์ (2568) ได้แก่ การบริหารทีม (team management) การพัฒนาทรัพยากร (resource development) การขยายการเข้าถึงบริการ (access to health services) การบูรณาการเครือข่าย (network integration) การบริหารตามหลักธรรมาภิบาล (good governance) การกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ (monitoring) และการประเมินผล (evaluation) ที่ยืนยันว่าการบูรณาการเครือข่ายและการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลช่วยยกระดับคุณภาพมาตรฐาน รพ.สต. ถ่ายโอนได้จริง

สามารถกล่าวได้ว่า ความสำเร็จของการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพสู่ท้องถิ่น ขึ้นอยู่กับการบริหารทรัพยากรบุคคล การจัดการงบประมาณ และการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการมีอัตรากำลังที่เหมาะสม การสนับสนุนทางวิชาการ และกลไกเครือข่ายผ่าน MOU และคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ ซึ่งช่วยลดรอยต่อของบริการและส่งเสริมการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ระบบสนับสนุน และเครือข่ายความร่วมมือ จึงเป็นปัจจัยสำคัญในระยะเปลี่ยนผ่านที่ส่งผลต่อคุณภาพและความยั่งยืนของบริการสุขภาพระดับท้องถิ่น

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. ด้านช่วงเวลาของการศึกษา งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม-ธันวาคม 2567 ซึ่งเป็นระยะเปลี่ยนผ่านของการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. ในช่วงปีที่ 2-3 ดังนั้นข้อค้นพบอาจสะท้อนถึงปัญหาและแนวทางจัดการในช่วงเริ่มต้น ซึ่งอาจมีความแตกต่างไปจากบริบทเมื่อระบบการถ่ายโอนเข้าสู่สภาวะคงตัวในระยะยาว

2. ด้านบริบทพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย แม้จะศึกษาครอบคลุม 8 จังหวัด 4 ภูมิภาค แต่ผลการวิจัยมุ่งเน้นไปที่การจัดการของ อบจ. เป็นหลัก ดังนั้นแนวทางบางประการอาจมีข้อจำกัดในการนำไปปรับใช้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่น เช่น เทศบาล หรือ อบต. ที่มีโครงสร้างการบริหารและงบประมาณที่แตกต่างออกไป

3. ระเบียบวิธีวิจัย เนื่องเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่มุ่งเน้นการทำความเข้าใจปรากฏการณ์กลุ่มเล็กจากมุมมองของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 352 คน ผลการศึกษาจึงเป็นการสะท้อนบริบทเฉพาะของพื้นที่ที่ศึกษา มากกว่าการสรุปอ้างอิงทางสถิติไปยังทุกจังหวัดทั่วประเทศ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. อบจ. ควรประยุกต์ใช้ผลการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการ รพ.สต. ให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ทั้งด้านกำลังคน งบประมาณ และระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

2. สสจ. ควรใช้ผลวิจัยเป็นแนวทางสนับสนุน อบจ. ด้านวิชาการ การกำกับมาตรฐาน และการติดตามประเมินผลบริการสุขภาพปฐมภูมิ

3. รพ.สต. ควรนำข้อค้นพบไปพัฒนาคุณภาพบริการและเสริมสร้างความร่วมมือกับ อบจ. และภาคีเครือข่ายในพื้นที่

4. ควรจัดทำ MOU ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย เพื่อกำหนดบทบาทและกลไกการทำงานร่วมกันอย่างชัดเจน

5. ควรปรับนโยบายการผลิตและกระจายบุคลากรสุขภาพให้รองรับการถ่ายโอน รพ.สต. และสอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่

6. ควรบูรณาการระบบสารสนเทศสุขภาพระหว่างสองกระทรวง เพื่อลดความซ้ำซ้อนและสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบการประเมินผลการบริหารจัดการที่เหมาะสมในการพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในระดับกระบวนการดำเนินงานและระดับผลลัพธ์ของการบริหารจัดการ

2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ เช่น ภาวะผู้นำ สมรรถนะบุคลากร การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และการสนับสนุนด้านทรัพยากร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท.) ที่ให้ทุนในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2566–2570*. สำนักงาน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง, กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์, ปัญจรัตน์ ไส้สุวรรณชาติ, นภัช ธรรมบำรุง, และปิยาพัชร

ชูชัยมงคล. (2568). ความพร้อมในการจัดบริการ การเข้าถึงและการใช้บริการอนามัยแม่และเด็ก

หลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.).

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 48(2), 86-101.

นิลบล คุณวัฒน์, และวิสุทธิ สุกรินทร์. (2568). *การประเมินผลนโยบายการกระจายอำนาจการถ่ายโอน*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด ของจังหวัดสระบุรี. กองยุทธศาสตร์

และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์, ชินกร โนรี, นงลักษณ์ พะโกยะ, เพ็ญภา หงษ์ทอง, อินทิรา นิมนวล, และ

ปณณวีร์ เสงศิริ. (2567). *ผลกระทบของการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สู่องค์กร*

ปกครองส่วนท้องถิ่นต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิ: กรณีศึกษานโยบายสามหมอ ใน 5 จังหวัด : รายงาน

การวิจัยฉบับสมบูรณ์. คลังข้อมูลและความรู้สุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).

[https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6055?locale-](https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6055?locale-attribute=th&utm_source=chatgpt.com)

[attribute=th&utm_source=chatgpt.com](https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6055?locale-attribute=th&utm_source=chatgpt.com)

รัชพล สัมฤทธิ์, และวราณี สัมฤทธิ์. (2568). *การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิแก่*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์กรบริหารส่วนจังหวัดต่าง.

วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา, 5(1), e273092.

ศรวณีย์ อวนศรี, กมลพัฒน์ มากแจ้ง, สมธนิช โชติช่วงฉัตรชัย, ศศิวิมล อ่อนทอง, นิพนธ์ ปาณะพงศ์, และ

- ธนิษฐ์ พัฒนศิริ. (2567). การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของประเทศไทย: ความก้าวหน้าและความท้าทาย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 18(3), 314-330.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2567). ต้นแบบถ่ายโอน รพ.สต. สู่อบจ. ปรากฏใน *ยกจังหวัดกับเสถียรภาพสัมพันธภาพ 'ท้องถิ่น' อีกหนึ่งปัจจัยขับเคลื่อนสู่ความสำเร็จ*. <https://www.hsri.or.th/news/1/3922>
- อุดม ทุมโฆสิต, ประยงค์ เต็มขวลา, และสุรัชย์ พรหมพันธุ์. (2567). การประเมินการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. *วารสารสถาบันพระปกเกล้า*, 22(3), 141-169.
- Bhattacharyya, O., Khor, S., McGahan, A., Dunne, D., Daar, A. S., & Singer, P. A. (2010). Innovative health service delivery models in low and middle income countries-what can we learn from the private sector?. *Health Research Policy and Systems*, 8, 24. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-8-24>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729.
- Dussault, G., & Dubois, C. A. (2003). Human resources for health policies: A critical component in health policies. *Human Resources for Health*, 1(1), 1-16.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Ministry of Public Health. (2023). *Guidelines for the development of primary health care services after the transfer of mission to local authorities*. MOPH.
- Pongpirul, K., Sriratanaban, J., Asavaroengchai, S., Thammatacharee, N., & Laohasiriwong, W. (2019). Decentralization and primary health care reform in Thailand: Lessons learned and policy implications. *Public Health Reports*, 134(2), 178-184.
- Sandelowski M. (2000). Whatever happened to qualitative description?. *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334-340. [https://doi.org/10.1002/1098-240x\(200008\)23:4<334::aid-nur9>3.0.co;2-g](https://doi.org/10.1002/1098-240x(200008)23:4<334::aid-nur9>3.0.co;2-g)
- Tumkosit, U., Punnitamai, W., & Prompan, S. (2024). An evaluation research study on the management and development of human resources at sub-district health promotion hospitals transferred to the Thai provincial administrative organizations. *Journal of Public Administration, Public Affairs, and Management*, 22(1), 19-56.
- World Health Organization. (1978). *Primary health care : Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39228/9241800011.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). *Operational framework for primary health care: Transforming vision into action*. World Health Organization.

ประสิทธิผลของการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้น
ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

ศุภวรรณ ชิมทอง, พย.ม.*

วันเพ็ญ แก้วปาน, ส.ด.**

ปาหนัน พิชยภิญโญ, Ph.D.***

กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ, ส.ด.****

Received: January 18, 2026

Revised: March 2, 2026

Accepted: August 26, 2026

บทคัดย่อ

วิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 สุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบจับคู่จำนวน 102 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานในหัวข้อการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นและแบบสอบถามวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ independent t-test และ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้น การรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้น และทักษะในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้น หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) และ 2) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า หลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้น การรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้น และทักษะในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้น สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) ข้อเสนอแนะ ในการเสริมสร้างทักษะในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาลผ่านการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานในหัวข้อการทำหัตถการรักษายาบาล ผู้บริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรมีนโยบายการนำไปใช้ในการออกแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานที่ช่วยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองทั้งรายวิชาการรักษายาบาลขั้นต้น หรือในรายวิชาอื่น ๆ และมีการประเมินทักษะในระยะติดตาม เพื่อให้เกิดทักษะในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นนำไปสู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริงได้ถูกต้องและเหมาะสม

คำสำคัญ: การจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน นักศึกษาพยาบาล การทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้น

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร; ผู้ให้การติดต่อหลัก:

E-mail: wonpen.kae@mahidol.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

**** รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนกฉะเชิงเทรา

The Effects of Blended Learning Management on Primary Medical Care Education for Nursing Students Under the Praboromarajchanok Institute

Supawan Kimthong, B.N.S.*

Wonpen Kaewpan, Dr.P.H.**

Panan Pichayapinyo, Ph.D.***

Kunwadee Rojpaisarnkit, Dr.P.H.****

Abstract

This research aimed to examine the effects of blended learning management on the knowledge, self-efficacy, and skill in the primary medical care education of the fourth-year nursing student at the Praboromarajchanok Institute in the northeast. Samples were fourth-year nursing students selected by match-pair sampling: 102 people. The research instruments include a blended learning program on basic nursing procedures and a research questionnaire. Data were collected using the questionnaire and analyzed using descriptive statistics, independent t-tests, and paired t-tests.

Results showed that the experimental group had greater mean scores of knowledges, self-efficacy, and skill in primary medical care on the post-test than those at the pre-test with a significance level of .05 ($p < .001$). Comparison between groups reveals the higher score of knowledge, self-efficacy, and skill in primary medical care in the experimental group than those of the comparison group, both at post-test with a significance level of .05 ($p < .001$). Recommendations for enhancing the basic nursing procedural skills of nursing students through blended learning in the topic of nursing procedures. Administrators and stakeholders should implement policies that integrate blended learning designs with conventional teaching and learning approaches in both theoretical and practical components. This includes developing media systems that incorporate digital technology applications to promote learners' knowledge self-efficacy skill leading to accurate and appropriate performance of basic medical procedures in real-life situations.

Keywords: Blended learning, Nursing student, Primary medical care

* Student in Master of Nursing Science Program (Community Nurse Practitioner) Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok

** Associate Professor Dr. Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok; Corresponding Author E-mail: wonpen.kae@mahidol.ac.th

*** Associate Professor Dr. Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok

**** Associate Professor, Department of Public Health, Faculty of Science and Technology, Rajabhat Rajanagarindra University

บทนำ

การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นการบริการด้านสุขภาพพื้นฐานครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรคเบื้องต้น และฟื้นฟูสุขภาพให้แก่ประชาชน มีความสำคัญช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวได้ ซึ่งพยาบาลเป็นหนึ่งในบุคลากรที่สำคัญในการช่วยขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ หนึ่งในขอบเขตหน้าที่สำคัญของพยาบาล คือ การรักษาโรคเบื้องต้น เป็นบทบาทอิสระ โดยใช้กระบวนการประเมินภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การวินิจฉัยแยกโรค การรักษาโรคและการบาดเจ็บ การป้องกันโรค ให้คำปรึกษาและส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการปฐมพยาบาล เพื่อการแก้ปัญหา ความเจ็บป่วยบรรเทาความรุนแรง หรืออาการของโรค และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติ เพื่อทำการวินิจฉัยแยกโรค พร้อมทั้งให้การรักษาและทำหัตถการที่กำหนด (สภาการพยาบาล, 2565) เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตที่อาจส่งผลต่อชีวิตได้ ดังนั้นการรักษาโรคเบื้องต้นเป็นหนึ่งในบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีความสำคัญในการช่วยให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง และช่วยเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้

รายวิชาการรักษาพยาบาลขั้นต้น เป็นหนึ่งในหมวดวิชาเฉพาะในกลุ่มวิชาชีพ สภาการพยาบาลกำหนดให้สถาบันการศึกษาพยาบาลต้องจัดการเรียนการสอน เพื่อให้บัณฑิตพยาบาลมีความรู้และทักษะในการให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในสถานการณ์ที่จำเป็นในระบบบริการปฐมภูมิพยาบาลได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้ทันทั่วถึง ตามประกาศสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพของสภาการพยาบาล กำหนดให้รายวิชาการรักษาพยาบาลขั้นต้น ประกอบด้วย 4 หน่วยกิต จัดการเรียนการสอนในชั้นปีที่ 3 หรือ 4 จำเป็นต้องผ่านการศึกษาในรายวิชาพื้นฐานทางการพยาบาลและการพยาบาลผู้ใหญ่มาเบื้องต้นมาก่อน (สภาการพยาบาล, 2563) มีเนื้อหาครอบคลุมหลักการและแนวคิด กฎหมายและจรรยาบรรณที่เกี่ยวข้อง การประเมินภาวะสุขภาพและการวินิจฉัยแยกโรคเบื้องต้น การรักษาพยาบาลเบื้องต้นในกลุ่มอาการและโรคที่พบบ่อย การใช้ยาในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การทำหัตถการในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการส่งต่อผู้ป่วยและการดูแลระหว่างส่งต่อ (สภาการพยาบาล, 2565) โดยมีสมรรถนะหลัก ดังนี้ 1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพและวินิจฉัยปัญหา การวางแผน และให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานตามขอบเขตที่กำหนด 2) ด้านความรู้และทักษะ ได้แก่ สามารถคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย การใช้ยาและการทำหัตถการ รักษาพยาบาลเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม 3) ด้านการตัดสินใจทางคลินิก ได้แก่ สามารถประเมินสถานการณ์ฉุกเฉินและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้ทันเวลา (สภาการพยาบาล, 2562) และมีการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ให้สอดคล้องกับสมรรถนะที่กำหนดครอบคลุมทั้งความรู้ ทักษะ และเจตคติ ดังนั้นในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการรักษาพยาบาลขั้นต้น จึงมีความสำคัญต่อการผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีสมรรถนะสำหรับการทำงานในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เป็นหนึ่งสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาที่มีการออกแบบการจัดการเรียนการสอน เพื่อผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพตามสมรรถนะหลักของสภาการพยาบาล โดยยึดมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 โดยรายวิชาการรักษาพยาบาลขั้นต้น เป็นหนึ่งในรายวิชาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560) จัดสอนนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 จากการทบทวนวรรณกรรมผลการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการรักษาพยาบาลขั้นต้น พบว่า การจัดการเรียนการสอนในรายวิชาผู้สอนเป็นผู้กำหนดเนื้อหาให้แก่ผู้เรียน ผู้เรียนเป็นผู้รับความรู้มากกว่า รูปแบบส่วนใหญ่เป็นการบรรยาย เน้นให้ได้รับความรู้มากกว่าปฏิบัติ ประกอบกับมีจำนวนนักศึกษาที่มากและการเข้าถึงนักศึกษาไม่ทั่วถึง (วารุณี นาคูน, 2562) ส่งผลต่อการฝึก

ปฏิบัติงานในภาคปฏิบัติ นักศึกษาขาดความมั่นใจ สอดคล้องกับการศึกษาของวีรวิรงค์ หวังมัน และคณะ (2561) พบว่า ขณะขึ้นฝึกปฏิบัติงานนักศึกษาขาดความมั่นใจในทักษะในการปฏิบัติหัตถการ มีความตื่นเต้น ตกใจและประหม่าในการดูแลผู้ป่วยขาดความรู้ที่จำเป็น และขาดการคิดเชื่อมโยงข้อมูลในการนำไปใช้กับผู้ป่วย ส่งผลต่อความไม่ปลอดภัยและความไม่ไว้วางใจจากผู้ป่วย ส่งผลต่อการให้ร่วมมือในการรักษาพยาบาล การรักษาไม่เป็นไปตามแผนการรักษาที่กำหนดไว้ หรือกระบวนการฟื้นฟูของผู้ป่วยล่าช้าและไม่มีประสิทธิภาพได้

การทำหัตถการในการรักษาเบื้องต้น เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่อยู่ภายใต้ข้อจำกัดและเงื่อนไข การประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2564 ในหมวด 2 ส่วนที่ 2 ข้อ 9 และเป็นหัวข้อหนึ่งที่ถูกกำหนดให้มีการจัดสอนในรายวิชาการรักษาพยาบาลขั้นต้นตามที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้ (สภาการพยาบาล, 2565ก) มีการจัดการเรียนการสอนในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3-4 เนื่องจากต้องอาศัยความรู้พื้นฐานทางการพยาบาล และการสังสมประสบการณ์ในการทำหัตถการในการรักษาเบื้องต้นมีหลากหลายหัตถการ บางส่วนนักศึกษาได้รับการเรียนและฝึกปฏิบัติในระหว่างชั้นปีที่ 1-3 แต่มีบางหัตถการจำเป็นต้องได้รับการศึกษาในช่วงชั้นปีที่ 4 ได้แก่ การชะล้างตกแต่งบาดแผล (แผลสด) การเย็บแผลที่ไม่สาหัส การผ่าฝี การผ่าเอาสิ่งแปลกปลอมออก และการถอดเล็บ เนื่องจากหัตถการส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้องค์ความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติ และมักพบได้บ่อยบนหอผู้ป่วยฉุกเฉิน ดังนั้นในการจัดการเรียนการสอนจึงจำเป็นต้องมีการเพิ่มพูนความรู้ ความมั่นใจ และทักษะ เพื่อส่งเสริมทักษะแก่นักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกงานในสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นหนึ่งในวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากรายงานผลการประเมินรายวิชาการรักษาพยาบาลขั้นต้นที่ผ่านมา พบว่า หัวข้อ การทำหัตถการในการรักษาพยาบาลเบื้องต้นมีนักศึกษาที่สอบไม่ผ่านตามเกณฑ์ (ร้อยละ 60) ถึงร้อยละ 29.26 และผลการประเมินส่วนใหญ่มีคะแนนในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.77 (ฝ่ายวิชาการและพัฒนานักศึกษา, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, 2563ก) จากผลดังกล่าวส่งผลต่อการฝึกปฏิบัติงานในภาคปฏิบัติ ทำให้นักศึกษาขาดความมั่นใจ มีการทำหัตถการรักษาเบื้องต้นไม่ถูกต้องตามหลักการ (ฝ่ายวิชาการและพัฒนานักศึกษา, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, 2563ข) จึงมีการทบทวนรูปแบบการจัดการเรียนการสอนในหัวข้อการทำหัตถการการพยาบาลเบื้องต้นที่ผ่านมา พบว่า มีเพียงการเรียนแบบเผชิญหน้า บรรยาย ชมวิดีโอ การสาธิต และฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง ส่งผลให้นักศึกษาจำนวนหนึ่งมีผลสอบในหัวข้อนี้นี้ไม่ผ่านตามเกณฑ์ ซึ่งสามารถสะท้อนให้เห็นว่า นักศึกษาขาดความรู้และความเข้าใจในการเรียนรู้ ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ไม่เพียงพอและไม่สอดคล้องกับเด็กในยุคเทคโนโลยีดิจิทัล ดังนั้นจึงจำเป็นต้องนำการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานมาใช้ในการออกแบบการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องตามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่กำหนดไว้ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

การเรียนการสอนแบบผสมผสาน เป็นการผสมผสานระหว่างการเรียนแบบเผชิญหน้าและรูปแบบออนไลน์ ผ่านระบบสื่อออนไลน์ เช่น นวัตกรรมการศึกษาโมดูล E-learning ซึ่งมีประโยชน์ต่อผู้เรียนในเรื่องการมีอิสระในการเลือกสถานที่และเวลาในการเรียน สามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง ทบทวนความรู้เดิม และสืบค้นความรู้ได้ตลอดเวลา สามารถใช้สื่อการเรียนการสอนได้หลากหลายสอดคล้องกับกิจกรรมหลากหลายรูปแบบลดระยะเวลาในการเรียน และเพิ่มประสิทธิภาพทางการเรียนให้สูงขึ้น ตอบสนองความแตกต่างระหว่างบุคคลตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ (กัลยาณี ดันทรามานนท์ และคณะ, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาของ Moon and Hyun (2019) ศึกษาการเรียนรู้อย่างผสมผสานต่อความรู้ ทักษะ ทักษะ การรับรู้ความสามารถของตนเองของนักศึกษาพยาบาลในการช่วยฟื้นคืนชีพ พบว่า กลุ่มที่มีการจัดการเรียนรู้อย่างผสมผสานมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ ทักษะทางอารมณ์ และการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่าแบบปกติ ดังนั้นพบว่า การจัดการ

เรียนรู้แบบผสมผสานสามารถที่ช่วยพัฒนาด้านความรู้ ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะให้กับผู้เรียนได้จริง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำทฤษฎีการเรียนรู้ของกาเยมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนแบบผสมผสาน เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความรู้ ผ่าน 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเร่งเร้าความสนใจผ่านรูปภาพอินโฟกราฟิกในบทนำ 2) มีการแจ้งวัตถุประสงค์การเรียนรู้ 3) การกระตุ้นความรู้เดิม ผ่านแบบทดสอบก่อนเรียน 4) นำเสนอเนื้อหาจากการศึกษาเอกสารประกอบการเรียน ชมวิดีโอทัศนสาธิตการทำหัตถการในการรักษาเบื้องต้น 5) ให้แนวทางการเรียนรู้ผ่านการชมวิดีโอทัศนสาธิตการทำหัตถการโดยมีการแทรกคำอธิบายประกอบ 6) กระตุ้นการปฏิบัติ โดยการทำแบบฝึกหัดท้ายบท วิเคราะห์กรณีศึกษา 7) การให้ข้อมูลย้อนกลับ ผ่านให้ข้อเสนอแนะ เฉลยแบบฝึกหัดและการวิเคราะห์กรณีศึกษา 8) การประเมินผลการเรียนรู้จากแบบทดสอบหลังเรียน และ 9) สรุปและนำไปใช้ จากการฝึกปฏิบัติการทำหัตถการด้วยตนเองนอกเวลา มีการนำแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง มาใช้ออกแบบกิจกรรมเพื่อให้ผู้เรียน มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูงเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมกาปฏิบัติที่ถูกต้องได้ ผ่านกิจกรรม 1) ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ผ่านการฝึกปฏิบัติด้วยตนเองและฝึกปฏิบัติสาธิตย้อนกลับ 2) การเรียนรู้จากการเห็นตัวอย่างของผู้อื่น จากการชมวิดีโอทัศนสาธิตการทำหัตถการและสาธิตการทำหัตถการ และการให้สังเกตการทำหัตถการของผู้อื่น 3) การใช้คำพูดชักจูง ผ่านกิจกรรมการให้กำลังใจ ข้อเสนอแนะ/เฉลยแบบฝึกหัด วิเคราะห์กรณีศึกษา ขณะและหลังสาธิตย้อนกลับทำหัตถการ 4) การกระตุ้นอารมณ์ ผ่านกิจกรรมการให้ข้อเสนอแนะ/เฉลยแบบฝึกหัด วิเคราะห์กรณีศึกษา และใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานโดยใช้การพัฒนาการเรียนด้านทักษะ (skill driven learning) ของ Valiathan (2002) ผ่านระบบ Moodle และรูปแบบเผชิญหน้าในห้องเรียน มีองค์ประกอบ ดังนี้ 1) เนื้อหาการเรียนรู้ ได้แก่ เอกสารประกอบการเรียน วิทัศน์สาธิตการทำหัตถการในการรักษาเบื้องต้น และการสาธิตการทำหัตถการ 2) กิจกรรมฝึกปฏิบัติหัตถการด้วยตนเองนอกเวลาและฝึกปฏิบัติสาธิตย้อนกลับ 3) การสนับสนุนและให้คำแนะนำ ผ่านการให้คำแนะนำ ข้อมูลย้อนกลับขณะฝึกปฏิบัติเพื่อให้มีทักษะที่ถูกต้อง มีการแบ่งส่วนในการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานจากการพิจารณาจำนวนชั่วโมงที่ถูกกำหนดไว้ในหลักสูตร ออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การเรียนการสอนแบบออนไลน์ ร้อยละ 40 เป็นการศึกษาด้วยตนเองผ่านระบบ Moodle ภาคทฤษฎี จำนวน 2 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 33.33 และส่วนที่ 2 การเรียนการสอนแบบเผชิญหน้า ร้อยละ 60 ภาคทดลอง จำนวน 4 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 66.67 จึงพิจารณาใช้สัดส่วนในการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน 40:60

จากการใช้กรอบแนวคิดดังกล่าวช่วยให้ผู้วิจัยสามารถจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานในหัวข้อการทำหัตถการในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น เพื่อช่วยให้ผู้เรียนมีความรู้ มีการรับรู้หรือมีความเชื่อในความสามารถของตนเองสูง อันจะนำไปสู่พฤติกรรมกาฝึกปฏิบัติหรือฝึกซ้อมในการทำหัตถการในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น จนเกิดทักษะในปฏิบัติการทำหัตถการด้วยความเชื่อมั่นในสถานการณ์จริง นำไปสู่ผลลัพธ์และคุณภาพที่ดีในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

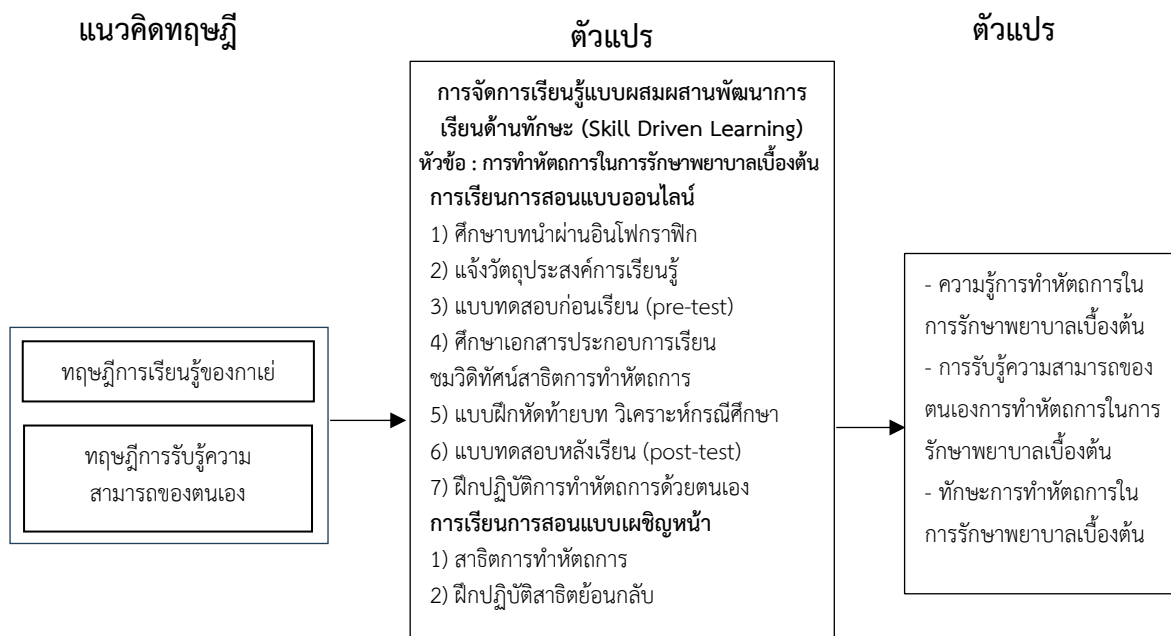
1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการทำหัตถการรักษาพยาบาลเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 ในกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำหัตถการรักษาพยาบาลเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 ในกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของกาเย่ แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา และรูปแบบ skill-driven learning ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experiment design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง (two groups pretest-posttest design) มีระยะเวลาดำเนินการเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ระหว่างระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลสังกัดพระบรมราชชนก ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 680 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลสังกัดพระบรมราชชนก ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 102 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 51 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 51 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

- เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2567 2) ลงทะเบียนเรียนในรายวิชา การรักษาพยาบาลขั้นต้นเป็นครั้งแรก 3) ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินหรือการทำหัตถการรักษาพยาบาลเบื้องต้น 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยลงนามในเอกสารยินยอมตนในการร่วมวิจัย 5 มีความรู้เกี่ยวกับการทำหัตถการในการรักษาเบื้องต้นก่อนการทดลองระดับต่ำ 0-11 คะแนน

- เกณฑ์การคัดออก คือ เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินหรือการทำหัตถการรักษาพยาบาลเบื้องต้น

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.95 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.69 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลที่มาจากงานวิจัยของกิตติมา สารวงษ์ (2558) เรื่องการพัฒนาแบบการเรียนแบบผสมผสานที่ใช้บทเรียนมัลติมีเดียเชิงสถานการณ์และวิธีการฝึกหัดทางปัญญาจากต้นแบบเพื่อเสริมสร้างทักษะการให้เหตุผลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล และเมื่อวิเคราะห์จำนวนกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G-Power ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 46 คน ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มอีกกลุ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (drop out) ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 51 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 51 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 102 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) ขั้นที่ 1 เลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์ ดังนี้ 1. เป็นวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก 2. อยู่ในพื้นที่ของเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ 3. มีการจัดการเรียนการสอนรายวิชา การรักษายาบาลขั้นต้น ในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2567 ขั้นที่ 2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากประชากร ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) ตามเขตสุขภาพ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 7, 8, 9 และ 10 ขั้นที่ 3 สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลากไม่คืนที่ได้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ เขตสุขภาพที่ 7 และเขตสุขภาพที่ 9 และขั้นที่ 4 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแบบจับคู่ (match-paired) โดยใช้เกณฑ์คะแนนด้านความรู้จากการทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

1. โปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน ได้แก่ แผนการจัดการเรียนการสอน การรักษายาบาลขั้นต้น หัวข้อ การทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้น วิทยากรที่มีประสบการณ์ในการทำหัตถการในการรักษายาบาลเบื้องต้น สื่อการสอนและอุปกรณ์อื่น ประกอบไปด้วย โปรแกรม Moodle วัตถุประสงค์การทำหัตถการในการรักษายาบาลเบื้องต้น อุปกรณ์ในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้น ประกอบด้วย การצללנגดกแต่งบดแผล การฉีดยาระงับความรู้สึก การเย็บแผลที่ไม่สาหัส การผ่าฝี การเอาสิ่งแปลกปลอมออก และการถอดเล็บ หุ่นจำลองในการทำหัตถการต่าง ๆ

2. แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินหรือการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้น เกรดเฉลี่ยสะสมในปัจจุบัน จำนวน 4 ข้อ โดยมีลักษณะคำถามเป็นเลือกตอบและแบบเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้น โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 ข้อ เนื้อหาประกอบด้วย צללנגดกแต่งบดแผล การฉีดยาระงับความรู้สึก การเย็บแผลที่ไม่สาหัส การผ่าฝี การผ่าเอาสิ่งแปลกปลอมออก และการถอดเล็บ เรื่องความหมาย ข้อบ่งชี้หรือวัตถุประสงค์ในการทำหัตถการ วัสดุอุปกรณ์ ขั้นตอนในการทำหัตถการ และการให้คำแนะนำในการทำหัตถการ

ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 4 ตัวเลือกข้อที่ตอบถูกให้ 1 คะแนน ข้อที่ตอบผิดให้ 0 คะแนน อยู่ในช่วง 0- 20 คะแนน โดยมีเกณฑ์แบ่งระดับคะแนน ดังนี้ ต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-11 คะแนน) มีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 60-79 ขึ้นไป (12-15 คะแนน) มีความรู้ในระดับปานกลาง และร้อยละ 80 ขึ้นไป (16-20 คะแนน) มีความรู้ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำหัตถการรักษายาบาล ผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามมีจำนวน 30 ข้อ เช่น ท่านสามารถให้ปฏิบัติการทำหัตถการได้ตามหลักการขั้นตอนที่ถูกต้อง เป็นต้น เป็นแบบ Likert scale มีระดับการเลือก 4 ระดับ ได้แก่ มั่นใจในระดับมากที่สุด (4 คะแนน) มั่นใจในระดับมาก (3 คะแนน) ปานกลาง (2 คะแนน) และน้อย (1 คะแนน) อยู่ระหว่าง 30-120 คะแนน โดยมีเกณฑ์แบ่งระดับคะแนน ดังนี้ 30-70 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ 71-100 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับปานกลาง และ 101-120 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง

ส่วนที่ 4 ทักษะในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้น ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการทำหัตถการในการรักษายาบาลเบื้องต้น ประกอบด้วยความสามารถในการประเมินผู้ป่วย ความสามารถในการเตรียมผู้รับบริการ ความสามารถในการเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือ ความสามารถในการปฏิบัติหัตถการตามขั้นตอน และความสามารถในการรักษาและให้คำแนะนำ จำนวน 30 ข้อ รายการประเมินทักษะเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ คือ ดีมาก (4 คะแนน) ดี (3 คะแนน) พอใช้ (2 คะแนน) ปรับปรุง (1 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) ประเมินโดยนักวิจัย โดยมีเกณฑ์แบ่งระดับคะแนน ดังนี้ ต่ำกว่าร้อยละ 60.00-64.99 หมายถึง มีทักษะการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นในระดับควรปรับปรุง (เกรด C) ร้อยละ 65.00-69.99 หมายถึง มีทักษะการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นในระดับพอใช้ (เกรด C+) ร้อยละ 70.00-74.99 หมายถึง มีทักษะการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นในระดับดีมาก (เกรด B) ร้อยละ 75.00-79.99 หมายถึง มีทักษะการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นในระดับดีมาก (เกรด B+) และร้อยละ 80.00-100.00 หมายถึง มีทักษะการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นในระดับดีเยี่ยม (เกรด A)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการเก็บข้อมูล โดยตรวจสอบ content validity เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและความเหมาะสมของการใช้ภาษา โดยพยาบาลวิชาชีพและอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้น ได้ค่า (Index of Item Objective Congruence : IOC) มีค่ามากกว่า 0.67 ขึ้นไปทุกข้อ จากนั้นตรวจสอบ reliability โดยนำแบบสอบถามงานวิจัยไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 ที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ปรับปรุงแก้ไขและตรวจสอบค่า reliability แบบทดสอบความรู้การทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นโดยใช้การวิเคราะห์ความรู้อยู่ด้วยวิธี Kuder-Richardson 20 (KR-20) มีค่าเท่ากับ 0.75 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของแบบทดสอบความรู้การทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้น หาค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบ โดยใช้เทคนิค 25% กลุ่มสูง-กลุ่มต่ำ มีค่า r อยู่ระหว่าง 0.40-0.67 สำหรับการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นและแบบประเมินทักษะในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้น โดยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.97 และ 0.73 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลข MUPH 2023-075 และดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมวิจัย ได้แก่ การชี้แจงวัตถุประสงค์ รวมถึงกระบวนการขั้นตอนของการวิจัย สิทธิประโยชน์และผลที่อาจเกิดจากการเข้าร่วมการวิจัย การสอบถาม

ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย การไม่บังคับในการเข้าร่วมวิจัย การเคารพในสิทธิส่วนบุคคล การถอนตัว
นำเสนอผลเป็นการสรุปในภาพรวม เก็บข้อมูลเป็นความลับ ทำลายข้อมูลทันทีหลังจากสิ้นสุดกระบวนการ
ศึกษาวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย
ขอดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 แห่ง
ติดต่อประสานงานกับอาจารย์ผู้เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งชี้แจงขั้นตอนการทำการวิจัย และนัดหมายวันเวลาในการ
เก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 51 คน ดำเนินการประสานงานกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยและดำเนินการพฐักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
ดำเนินการเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัย โปรแกรมการวิจัยและขั้นตอนการวิจัย ทั้ง 4
สัปดาห์และเปิดโอกาสให้ทีมวิจัยซักถามข้อสงสัย ดำเนินการนัดหมายและประสานงานเรื่องการเตรียมสถานที่ที่
เหมาะสมในการดำเนินการวิจัยตามรายละเอียดของโปรแกรมล่วงหน้าก่อนวันดำเนินการวิจัย หลังจากนั้น
ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 หลังการ
ทดลองในสัปดาห์ที่ 2 และดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองโดยการให้การจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานใน
สัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 2 ดังนี้

1. สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนการวิจัยและชี้แจงจริยธรรมในการวิจัยแก่ควบคุมและกลุ่มทดลอง
อีกครั้ง จากนั้น เก็บข้อมูลวิจัยโดยสอบถามตามแบบสอบถามการวิจัยก่อนการดำเนินการวิจัยทั้งกลุ่มควบคุม
และกลุ่มทดลอง

2. สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1) เรียนรู้ออนไลน์ ผ่านระบบ Moodle หัวข้อการชะล้างตกแต่งบาดแผล
การฉีดยาระงับความรู้สึก และการเย็บแผลที่ไม่สาหัส โดยมีกิจกรรมทำแบบทดสอบก่อนเรียน ศึกษาเอกสาร
ประกอบการเรียน ชมวิดีโอทัศน์สาธิต และวิเคราะห์กรณีศึกษา ทำแบบทดสอบหลังเรียน และฝึกปฏิบัติ
ด้วยตนเองให้กับกลุ่มทดลอง

3. สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 2) เรียนรู้แบบเผชิญหน้าในห้องเรียน หัวข้อการชะล้างตกแต่งบาดแผล
การฉีดยาระงับความรู้สึก และการเย็บแผลที่ไม่สาหัส โดยมีกิจกรรมชมการสาธิตการทำหัตถการโดยผู้วิจัย
และฝึกปฏิบัติสาธิตย้อนกลับการทำหัตถการให้กับกลุ่มทดลอง

4. สัปดาห์ที่ 2 (ครั้งที่ 1) เรียนรู้ออนไลน์ ผ่านระบบ Moodle หัวข้อหัวข้อการผ่าฝี การผ่าเอา
สิ่งแปลกปลอมออก และการถอดเล็บ โดยมีกิจกรรมทำแบบทดสอบก่อนเรียน ศึกษาเอกสารประกอบ
การเรียน ชมวิดีโอทัศน์สาธิต และวิเคราะห์กรณีศึกษา ทำแบบทดสอบหลังเรียน และฝึกปฏิบัติด้วยตนเองให้กับ
กลุ่มทดลอง

5. สัปดาห์ที่ 2 (ครั้งที่ 2) เรียนรู้แบบเผชิญหน้าในห้องเรียน หัวข้อหัวข้อการผ่าฝี การผ่าเอา
สิ่งแปลกปลอมออก และการถอดเล็บ โดยมีกิจกรรมชมการสาธิตการทำหัตถการโดยผู้วิจัย และฝึกปฏิบัติสาธิต
ย้อนกลับการทำหัตถการให้กับกลุ่มทดลอง

6. สัปดาห์ที่ 2 เก็บข้อมูลวิจัยโดยสอบถามตามแบบสอบถามการวิจัยหลังการดำเนินการวิจัยทั้ง
กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

7. การจัดการเรียนรู้สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ ในสัปดาห์ที่ 1-2 ผู้วิจัยให้กลุ่มเปรียบเทียบได้รับ
การจัดการเรียนการสอนแบบปกติ และผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามวิจัยหลังการ

ดำเนินการวิจัยในสัปดาห์ที่ 2 และเมื่อดำเนินการวิจัยเสร็จแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานให้กับกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการเสร็จสิ้นการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi-square ว่าลักษณะ/คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน
3. วิเคราะห์ผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยโดยใช้สถิติ independent t-test เพื่อเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่ม และ paired t-test เพื่อตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่มทดลองเมื่อเวลาผ่านไป และทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนใช้สถิติ เพื่อหาลักษณะของการแจกแจงแบบโค้งปกติ ซึ่งพบว่าตัวแปรที่ศึกษาแจกแจงเป็นโค้งปกติและเป็นไปตามข้อตกลงในการใช้สถิติ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความคล้ายคลึงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 92.2 และ 98.0) มีอายุเฉลี่ย 21.55 ปี ($SD = 0.61$) และ 21.57 ปี ($SD = 0.54$) และมีเกรดเฉลี่ย 3.10 ($SD = 0.17$) และ 3.14 ($SD = 0.17$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1

จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=51)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=51)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.169
หญิง	47	92.2	50	98.0	
ชาย	4	7.8	1	2.0	
อายุ (ปี)					.494
Mean (SD)	21.55 (0.61)		21.57 (0.54)		
เกรดเฉลี่ย					.313
2.81-3.00	19	37.3	13	25.5	
3.01-3.50	32	62.7	38	74.5	
Mean (SD)	3.10 (0.17)		3.14 (0.17)		

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการทำหัตถการรักษาพยาบาลเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า ระยะเวลาหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในการทำหัตถการรักษาพยาบาลเบื้องต้นสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=51)

ตัวแปรการศึกษา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ความรู้ในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้น	6.61	1.96	17.00	1.67	34.01	.000

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า ระยะเวลาหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=51)

ตัวแปรการศึกษา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้น	66.50	14.50	103.33	9.92	14.01	.000

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะในกลุ่มทดลอง พบว่า ระยะเวลาหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=51)

ตัวแปรการศึกษา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ทักษะในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้น	21.25	3.23	79.73	9.01	40.30	.000

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังจากการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบใกล้เคียงกัน ($t = -3.19$; $p = .002$) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.58$; $p < .001$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=102)

ความรู้ในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้น	กลุ่มทดลอง (n=51)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=51)		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง	6.61	1.96	7.71	1.49	-3.19	.002
หลังการทดลอง	17.00	1.67	14.27	1.95	7.58	.001

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=13.22$; $p<.001$) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=102)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง	กลุ่มทดลอง (n=51)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=51)		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง	66.50	14.50	46.02	8.55	8.69	.001
หลังการทดลอง	103.33	9.92	79.69	7.75	13.41	.001

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=16.48$; $p<.001$) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของทักษะในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=102)

ทักษะในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้น	กลุ่มทดลอง (n=51)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=51)		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง	21.25	3.23	17.22	2.80	6.72	.001
หลังการทดลอง	79.73	9.01	46.81	11.06	16.48	.001

อภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ดังนี้ ความรู้ในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 1 และเมื่อเปรียบเทียบภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 4 แสดงให้เห็นว่า ผลการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นในรูปแบบออนไลน์ผ่านระบบ Moodle โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของกาเย่ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ 9 ขั้นตอน สามารถช่วยเพิ่มความรู้ให้กับกลุ่มทดลองได้ โดยผ่านรูปแบบกิจกรรม 1) การเร่งเร้าความสนใจ ผ่านการศึกษาค้นคว้าในรูปแบบของสื่อรูปภาพที่น่าสนใจ 2) มีการแจ้งวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่ชัดเจนในแต่ละบท 3) การกระตุ้นความรู้เดิม จากการทำแบบทดสอบก่อนเรียน 4) มีการนำเสนอเนื้อหาผ่านเอกสารประกอบการเรียน ชมวิดีโอทัศนศึกษาการทำหัตถการในการรักษาเบื้องต้น 5) ให้แนวทางการเรียนรู้ มีการแทรกคำอธิบายประกอบวิดีโอทัศนศึกษาการทำหัตถการในการรักษาเบื้องต้น 6) กระตุ้นการปฏิบัติ ผ่านการทำแบบฝึกหัดท้ายบท วิเคราะห์กรณีศึกษา 7) ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้ข้อเสนอแนะ เฉลยแบบฝึกหัด 8) การประเมินผลการเรียนรู้ ผ่านการทำแบบทดสอบหลังเรียน และ 9) สรุปและนำไปใช้ ผ่านการฝึกปฏิบัติการทำหัตถการด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Moon and Hyun (2019) ได้ศึกษาการทดลองในเรื่องความรู้ เจตคติ การรับรู้สมรรถนะตนเองของนักศึกษาพยาบาลในการเรียนรู้แบบผสมผสานการช่วยฟื้นคืนชีพ ในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้แบบผสมผสานมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เช่นเดียวกับการศึกษาของแมคคัทเชอน และคณะ (McCutcheon et al., 2018) ศึกษาผลการทดลองการเรียนรู้ออนไลน์กับการเรียนรู้แบบผสมผสานของทักษะการกักกักดูแลทางคลินิกกับนักศึกษาพยาบาลที่ลงทะเบียนล่วงหน้า ในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 หลังการทดลองพบว่ากลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้แบบผสมผสาน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นภายในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 2 และเมื่อเปรียบเทียบภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้นสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 5 แสดงให้เห็นว่า ผลการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานในการทำหัตถการรักษายาบาลเบื้องต้น โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา ช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองให้กับกลุ่มทดลองได้ โดยผ่านรูปแบบออนไลน์ ทางระบบ Moodle จากการทำแบบทดสอบก่อนและหลังเรียน ซึ่งเป็นการส่งเสริมการกระตุ้นทางอารมณ์ เพื่อเตรียมผู้เรียนก่อนเข้าสู่บทเรียน ให้ศึกษาเอกสารประกอบการเรียน เป็นรูปแบบออนไลน์ทำให้สามารถดำเนินการในสภาพที่มีความพร้อมมากที่สุด มีการสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จและการได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นจากการชมวิดีโอทัศนศึกษาการทำหัตถการ ทำให้ได้เห็นแบบอย่างที่ได้ประสบผลสำเร็จโดยมีตัวแบบเป็นอาจารย์พยาบาล มีการวิเคราะห์กรณีศึกษา

ทำแบบฝึกหัด และตอบคำถามสั้น ๆ โดยมีการได้ตรวจ เฉลย และให้ข้อเสนอแนะ มีการส่งเสริมการใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์ โดยผู้สอนให้ข้อเสนอแนะและให้กำลังใจ หากวิเคราะห์กรณีศึกษา และทำแบบฝึกหัด ได้ถูกต้อง และการฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง เมื่อผู้เรียนทำได้สำเร็จจะช่วยส่งเสริมความมั่นใจของตนเอง และรูปแบบ เฝื่อนหน้า มีการชม การสาธิต และฝึกปฏิบัติจริง ส่งเสริมการได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นที่สำเร็จ เป็นแบบอย่าง และขณะทำมีการใช้คำพูดชักจูง พูดให้กำลังใจ ผู้เรียนเพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้เรียน ทำให้นักศึกษามีการรับรู้ความสามารถในการทำหัตถการในการรักษาพยาบาลเบื้องต้นเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา เคลลีเคาและคณะ (Keleekai et al., 2018) ได้ศึกษาผลการพัฒนาความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และ ทักษะการใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำของพยาบาล โดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบผสมผสาน พบว่า หลังการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ทักษะในการทำหัตถการรักษาพยาบาลเบื้องต้น พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการทำ หัตถการรักษาพยาบาลเบื้องต้นสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์การวิจัยที่ 3 และเมื่อเปรียบเทียบภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการทำหัตถการรักษาพยาบาลเบื้องต้นสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 6 การใช้แนวคิดการพัฒนาการเรียนรู้ด้านทักษะ (skill driven learning) ในการออกแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน ในรูปแบบออนไลน์ ผ่านระบบ Moodle 40 โดยประกอบด้วย 1) มีเนื้อหาการเรียนรู้ จากการศึกษาเอกสารประกอบการเรียนและวิดีโอสาธิตการทำ 2) มีกิจกรรมฝึกปฏิบัติการทำหัตถการต่าง ๆ ด้วยตนเอง และในส่วนของ การเรียนการสอนแบบเฝื่อนหน้า ร้อยละ 60 โดยประกอบด้วย 1) มีเนื้อหาการเรียนรู้ ผ่านกิจกรรมสาธิตการทำหัตถการ เพื่อให้ผู้เรียนได้เห็นถึงวิธีการปฏิบัติ ที่ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริง 2) มีกิจกรรมฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง และ 3) มีการสนับสนุนและให้คำแนะนำย้อนกลับ โดยผู้สอนมีการตรวจสอบให้คำแนะนำ ข้อมูลย้อนกลับขณะฝึกปฏิบัติสาธิตย้อนกลับ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความรู้ ความมั่นใจ นำไปสู่การฝึกปฏิบัติซ้ำ ๆ จนพัฒนาเกิดเป็นทักษะขึ้น นำไปสู่การมีทักษะในการทำหัตถการในการ รักษาพยาบาลเบื้องต้นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของศราวูร เรื่องสวัสดิ์ และคณะ (2561) ศึกษาผลการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานต่อทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 สำหรับนักศึกษา พยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภายหลัง การจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะสูงกว่าก่อนการทดลอง เช่นเดียวกับการศึกษา ของ Li et al. (2023) ที่ศึกษาประสิทธิภาพและประสบการณ์การเรียนรู้ ทักษะการพยาบาลศัลยกรรมของ นักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี โดยประยุกต์ใช้การเรียนรู้แบบผสมผสาน พบว่า กลุ่มทดลองมีทักษะ การพยาบาลศัลยกรรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนรูปแบบดั้งเดิม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำกิจกรรมไปวางแผนในการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานในเรื่องการทำหัตถการ ในการรักษาพยาบาลเบื้องต้นโดยจัดการเรียนรูปแบบออนไลน์ ร้อยละ 40 และรูปแบบเฝื่อนหน้า ร้อยละ 60 ในระหว่างการฝึกภาคปฏิบัติ โดยเน้นให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองและมีการติดตามผลทักษะการทำ หัตถการในการรักษาพยาบาลเบื้องต้นในการสอบทางคลินิกที่มีโครงสร้างเชิงวัตถุ (OSCE) เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ ความมั่นใจ และนำไปสู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริงในภาคปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ผู้บริหารสถานศึกษาสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนและพัฒนา นโยบายการศึกษา วางแผนการใช้ทรัพยากร และปรับปรุงคุณภาพการจัดการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพ มีความยืดหยุ่นและ

สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้เรียนได้ดียิ่งขึ้น และส่งเสริมให้เกิดการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน มีการพัฒนาสื่อการสอนมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนเพิ่มมากขึ้น

3. ในการดำเนินงานด้านบริการ สามารถนำกิจกรรมไปใช้ในการพัฒนาฝึกอบรมทักษะต่าง ๆ สำหรับพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วิชาชีพหรือเป็นการฝึกทักษะปฏิบัติการทำหัตถการพยาบาลต่าง ๆ และจัดระบบสื่อที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลให้บริการแก่นักศึกษาและพยาบาลวิชาชีพให้สามารถศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองได้ เพื่อส่งเสริมความมั่นใจในการให้บริการ เพื่อให้การบริการทำหัตถการตามคุณภาพและมาตรฐานตามขอบเขตวิชาชีพได้ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด

4. สามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการจัดทำงานวิจัยในการศึกษาเนื้อหาในด้านอื่น ๆ สร้างสื่อนวัตกรรมการเรียนรู้ที่มีการประยุกต์ในเทคโนโลยีสารสนเทศรูปแบบใหม่ เพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมและพัฒนาระบบการศึกษาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำผลการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน โดยประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ของกาเย่ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา และการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานโดยพัฒนาด้านทักษะ นำไปใช้ในการออกแบบการจัดการเรียนการสอนทั้งรายวิชาการรักษาพยาบาลขั้นต้น หรือในรายวิชาอื่น ๆ

2. ควรมีการศึกษผลการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานโดยประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ของกาเย่ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา และการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานโดยพัฒนาด้านทักษะในระยะติดตามผลของทักษะการทำหัตถการรักษาเบื้องต้นในการสอบทางคลินิกที่มีโครงสร้างเชิงวัตถุ (OSCE) และภาคปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลขั้นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กัลยาณี ตันตรานนท์, วิลาวรรณ เตื่อนราษฎร์, และธานี แก้วธรรมานกุล. (2561). การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานในกระบวนวิชาวิทยาการระบาด. *พยาบาลสาร*, 45(1), 100-109.
- กิตติมา สารวงศ์. (2558). การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานที่ใช้บทเรียนมัลติมีเดียเชิงสถานการณ์และวิธีการฝึกหัดทางปัญญาจากต้นแบบเพื่อเสริมสร้างทักษะการให้เหตุผลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล [วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัชรวิทย์ หวังมั่น, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, และธวัชชัย ยืนยาว. (2561). ผลของการใช้รูปแบบการสอบ OSCE เพื่อประเมินความรู้และทักษะทางคลินิก รายวิชาปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, 2(3), 79-94.
- วารุณี นาคุณ. (2562). ผลการสำรวจความต้องการในการจัดการเรียนการสอนวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น: ศึกษาเชิงสำรวจและสรุปผลรายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ประจำปีการศึกษา 2561. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์.
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, ฝ่ายวิชาการและพัฒนานักศึกษา. (2563ก). รายละเอียดของรายวิชา (Course Specification) วิชา การรักษาพยาบาลขั้นต้น ประจำปีการศึกษา 2563. โครงการสัปดาห์ตำรา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์.

- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, ฝ่ายวิชาการและพัฒนาการศึกษา. (2563ข). รายงานผลการดำเนินการของ
รายวิชาการรักษาพยาบาลขั้นต้น ประจำปีการศึกษา 2563. โครงการสวัสดิการตำรา วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี สุรินทร์.
- ศราวุธ เรืองสวัสดิ์, ปภาสินี แซ่ตัว, และปิยะรัตน์ ชูมี. (2561). ผลการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานต่อทักษะการ
เรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี.
วารสารพยาบาลทหารบก, 21(1), 235-244.
- สภาการพยาบาล. (2563). ขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์. สภาการพยาบาล.
- สภาการพยาบาล. (2565ก). คู่มือการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น.
สภาการพยาบาล.
- สภาการพยาบาล. (2565ข). มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์: ด้านการให้บริการสุขภาพพระดัต
ปฐมภูมิ. สภาการพยาบาล.
- Keleekai, N. L., Schuster, C. A., Murray, C. L., King, M. A., Stahl, B. R., Labrozzi, L. J., Gallucci, S.,
LeClair, M. W., & Glover, K. R. (2016). Improving nurses' peripheral intravenous catheter
insertion knowledge, confidence, and skills using a simulation-based blended learning
program: A randomized trial. *Simulation in Healthcare: Journal of the Society for
Simulation in Healthcare*, 11(6), 376–384. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000186>
- Li, Y. R., Zhang, Z. H., Li, W., Wang, P., Li, S. W., Su, D., & Zhang, T. (2023). Effectiveness and learning
experience from undergraduate nursing students in surgical nursing skills course: a quasi-
experimental study about blended learning. *BMC nursing*, 22(1), 396.
<https://doi.org/10.1186/s12912-023-01537-w>
- McCutcheon, K., O'Halloran, P., & Lohan, M. (2018). Online learning versus blended learning of
clinical supervisee skills with pre-registration nursing students: A randomised controlled
trial. *International Journal of Nursing Studies*, 82, 30–39.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.02.005>
- Moon, H., & Hyun, H. S. (2019). Nursing students' knowledge, attitude, self-efficacy in blended
learning of cardiopulmonary resuscitation: a randomized controlled trial. *BMC medical
education*, 19, 414. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1848-8>
- Valiathan, P. (2002). Blended learning models. [https://www.purnima-valiathan.com/wp-content/
uploads/2015/09/Blended-Learning-Models-2002-ASTD.pdf](https://www.purnima-valiathan.com/wp-content/uploads/2015/09/Blended-Learning-Models-2002-ASTD.pdf)

การรับรู้อุปสรรคและความต้องการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดต่อเนื่งที่บ้าน:
บริบทโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง

สปีตระกูล ต้นตลานกุล, ส.ด.*

สุพัตรา เมืองก้อน, วท.บ.**

สุริยา ฟองเกิด, ปร.ด.***

Received: January 22, 2026

Revised: July 27, 2026

Accepted: August 27, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการรับรู้อุปสรรคและความต้องการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดต่อเนื่งที่บ้าน ตามมุมมองของผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ ในบริบทของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง โดยใช้ทฤษฎีความเชื่อมั่นในตนเองของแบนด์ราว์ร่วมกับแนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นกรอบแนวคิด คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด 5 คน ญาติผู้ดูแล 3 คน และบุคลากรทางการแพทย์ 10 คน รวม 18 คน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ระหว่างเดือนพฤษภาคม–กรกฎาคม พ.ศ. 2568 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน และทดลองใช้ก่อนเก็บข้อมูลจริง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยการตรวจสอบสามเส้า และการตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัยพบ 6 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) อุปสรรคทางภูมิศาสตร์และภาระทางเศรษฐกิจ ผู้ป่วยอาศัยห่างโรงพยาบาล 40–80 กิโลเมตร ค่าเดินทาง 300–500 บาทต่อครั้ง (2) ความกลัวว่าจะเกิดอันตรายซ้ำจากการออกกำลังกาย (3) ช่องว่างด้านความรู้และทักษะการดูแลตนเอง (4) ความรู้สึกถูกทอดทิ้งหลังจำหน่ายและขาดการติดตามต่อเนื่อง (5) ความต้องการสื่อการเรียนรู้ที่เข้าถึงได้ และ (6) ความต้องการช่องทางสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ สรุปได้ว่า โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านแบบผสมผสานที่บูรณาการการติดตามทางไกลผ่านโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ร่วมกับการนัดติดตามที่โรงพยาบาลมีความจำเป็น ผู้บริหารโรงพยาบาลศูนย์ควรจัดตั้งระบบติดตามทางไกลร่วมกับเครือข่ายปฐมภูมิ ทีมสหวิชาชีพควรวพัฒนาสื่อ ช่องทางสื่อสารที่เข้าถึงง่าย เพื่อลดอุปสรรคการเข้าถึงบริการและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

คำสำคัญ: การรับรู้อุปสรรคและความต้องการ การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้าน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
การวิจัยเชิงคุณภาพ โรงพยาบาลศูนย์

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** นักกายภาพบำบัด แผนกกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

*** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก;

ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: suriya@bnc.ac.th

Perceived Barriers and Needs for Continuing Home-Based Cardiac Rehabilitation Among Post-Open Heart Surgery Patients: A Regional Hospital Context

Seubtrakul Tantalanutkul, Dr.PH.*

Supatta Muangkon, B.Sc.**

Suriya Fongkerd, Ph.D.***

Abstract

Descriptive qualitative research aims to explain the perception of barriers and needs regarding the rehabilitation of patients post open-heart surgery at home, from the perspectives of patients, caregivers, and medical personnel, within the context of a central hospital. The study uses Bandura's self-efficacy theory combined with the patient-centered care concept as the conceptual framework. Purposeful sampling was conducted, selecting 5 patients post-open-heart surgery, 3 caregivers, and 10 medical personnel, totaling 18 participants. Data were collected through in-depth interviews and focus group discussions between May and July. Prof. In 2025, the research tools included semi-structured interviews, the quality of which was verified by three experts and tested before actual data collection. Data were analyzed using content analysis, and reliability was checked through triangulation and verification with informants.

The research findings identified six main issues: (1) geographical barriers and economic burdens, with patients living 40–80 kilometers from the hospital and travel costs of 300–500 baht per visit; (2) fear of re-injury from exercise; (3) gaps in knowledge and self-care skills; (4) feelings of abandonment after discharge and lack of continuous follow-up; (5) the need for accessible learning materials; and (6) the need for communication channels with medical staff. In summary, a hybrid home rehabilitation program that integrates remote monitoring via phone and Line application with hospital follow-up appointments is necessary. Hospital administrators should establish a remote monitoring system in collaboration with primary care networks. Interdisciplinary teams should develop easily accessible communication channels to reduce barriers to service access and enhance patients' quality of life.

Keywords: Perceived barriers and needs, Home-based cardiac rehabilitation, Post-open heart surgery patients, Qualitative research, Regional hospital

* Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Physical Therapist, Physical Therapy Department, Rehabilitation Medicine Division, Uttaradit Hospital

*** Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Chonburi Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute;

Corresponding Author E-mail: suriya@bnc.ac.th

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรโลก โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่า มีผู้เสียชีวิตประมาณ 17.9 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 32 ของการเสียชีวิตทั้งหมด สำหรับประเทศไทย สถิติสาธารณสุขพบว่า อัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพรุนแรง เช่น หลอดเลือดหัวใจตีบหลายเส้นหรือเส้นหัวใจเสียหาย ไม่สามารถรักษาด้วยยาหรือการขยายหลอดเลือดได้ จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ได้แก่ การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เพื่อช่วยชีวิตและฟื้นฟูการทำงานของหัวใจ แม้เทคนิคการผ่าตัดจะพัฒนาจนอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น แต่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังเผชิญความอ่อนแอของกล้ามเนื้อ สมรรถภาพการออกกำลังกายลดลง ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Hassanzadeh et al., 2024; Mahfouz Khalil et al., 2024) การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจึงมีความสำคัญยิ่ง โดยเฉพาะระยะที่สองหลังจำหน่ายจนถึงสี่สัปดาห์ ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยปรับตัวกลับสู่ชีวิตประจำวันและสร้างพฤติกรรมสุขภาพระยะยาว หลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจลดอัตราการเสียชีวิต ลดการกลับมารักษาซ้ำ และปรับปรุงคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ (McDonagh et al., 2023; Zhong et al., 2023) อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยเพียงส่วนน้อยที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง (Bracewell et al., 2022) การศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในต่างประเทศพบอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ ระยะทาง ค่าใช้จ่ายเดินทาง ข้อจำกัดด้านบุคลากร และปัจจัยจิตสังคม เช่น ความกลัวและการขาดแรงจูงใจ (Stefanakis et al., 2022) ขณะที่การศึกษาในบริบทไทยยังมีจำกัด โดยเฉพาะงานเชิงคุณภาพที่อธิบายอุปสรรคจากมุมมองผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรง สำหรับโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งเป็นศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจจากหลายจังหวัด บริการฟื้นฟูสมรรถภาพปัจจุบันเป็นแบบตั้งรับที่โรงพยาบาลเป็นหลัก ยังไม่มีโปรแกรมฟื้นฟูต่อเนื่องที่บ้านอย่างเป็นระบบ ผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบส่วนใหญ่อาศัยห่างไกล มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ ทักษะสาขาวิชาชีพมีการะงาสูง ทำให้อัตราการมาติดตามต่ำและการฟื้นฟูขาดความต่อเนื่อง

ในที่นี้ การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้าน (home-based cardiac rehabilitation) หมายถึง การออกกำลังกายและปรับพฤติกรรมที่บ้านตามแผนที่กำหนด การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจทางไกล (cardiac telerehabilitation) หมายถึง การติดตามและให้คำปรึกษาผ่านเทคโนโลยีสื่อสาร และโปรแกรมแบบผสมผสาน (hybrid) หมายถึง การบูรณาการการฟื้นฟูที่บ้าน การติดตามทางไกล และการนัดติดตามที่โรงพยาบาลเข้าด้วยกัน การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบยืนยันว่าโปรแกรมฟื้นฟูที่บ้านมีประสิทธิภาพเทียบเท่าโปรแกรมที่โรงพยาบาล มีความปลอดภัยในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่ำ และมีต้นทุนต่ำกว่า (McDonagh et al., 2023; Stefanakis et al., 2022) การติดตามทางไกลผ่านโทรศัพท์และแอปพลิเคชันช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง ลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มสมรรถภาพการออกกำลังกาย (Hassanzadeh et al., 2024; Jo et al., 2024) โดยในบริบทไทยพบว่า การใช้แอปพลิเคชันไลน์เพิ่มความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Saensoda et al., 2025) ส่วนโปรแกรมแบบผสมผสานได้รับการยืนยันความเป็นไปได้และการยอมรับจากผู้ป่วย (Meslet et al., 2022; van Mierlo et al., 2024) แม้หลักฐานสนับสนุนโปรแกรมฟื้นฟูที่บ้าน แต่ยังมีช่องว่างความรู้ในบริบทโรงพยาบาลศูนย์ไทย กล่าวคือ ยังไม่ทราบกลไกและเงื่อนไขที่ทำให้ผู้ป่วยกลัวการออกกำลังกายหรือไม่ฟื้นฟูต่อเนื่อง ยังไม่ทราบความต้องการด้านสื่อ เครื่องมือ และช่องทางสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจริง (Bracewell et al., 2022) และยังไม่ทราบอุปสรรคเชิงระบบที่ทำให้โรงพยาบาลศูนย์ไม่สามารถติดตามต่อเนื่องได้ ในชีวิตจริง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องปรับตัวครั้งใหญ่ทั้งร่างกายและจิตใจท่ามกลางความไม่แน่ใจ (Stefanakis et al., 2022) ญาติผู้ดูแลต้องเปลี่ยนบทบาทมารับภาระดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยขาดความรู้ ขณะที่บุคลากรเผชิญข้อจำกัดของระบบบริการ

การศึกษาเชิงคุณภาพซึ่งให้ความสำคัญกับประสบการณ์ของมนุษย์ (human experience) และความเข้าใจเชิงบริบท (contextual understanding) จึงเหมาะสมที่จะเข้าถึงปรากฏการณ์นี้ และจำเป็นต้องศึกษาจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่ม เพื่อสะท้อนประสบการณ์และความต้องการที่ซับซ้อนแตกต่างกันของแต่ละฝ่าย ทั้งนี้ผู้วิจัยเป็นอาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์สอนและนิเทศการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ ณ โรงพยาบาลแห่งนี้ จึงเข้าใจบริบทการดูแลและสามารถเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการศึกษาเพื่อให้ได้ข้อค้นพบว่า ผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ รับรู้อุปสรรคและความต้องการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้านอย่างไรในบริบทโรงพยาบาลศูนย์ โดยการศึกษาเชิงคุณภาพ จะได้มาซึ่งข้อมูลเชิงลึกที่สะท้อนความต้องการจริงของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย อันจะเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผสมผสานที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เหมาะสมกับบริบทระบบสุขภาพไทย และขยายผลได้จริงในโรงพยาบาลศูนย์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการรับรู้อุปสรรคและความต้องการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดต่อเนื่องที่บ้าน ในระยะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (ระยะที่สองของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ) ตามมุมมองของผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ ในบริบทของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีความเชื่อมั่นในตนเอง (self-efficacy theory) ของ Bandura (1997) เป็นกรอบทฤษฎีหลัก บูรณาการร่วมกับแนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) โดยแยกส่วนหลักฐานเชิงประจักษ์ออกจากกรอบทฤษฎี กล่าวคือ ทฤษฎีและแนวคิดทั้งสองทำหน้าที่เป็นเลนส์ในการกำหนดแนวคำถามและตีความข้อมูล ส่วนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางไกล (Gao et al., 2023; Zhong et al., 2023) ใช้สนับสนุนความเหมาะสมของแนวคิดเท่านั้น

ตามทฤษฎีของ Bandura ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งในบริบทการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้าน ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญได้แก่ (1) ความมั่นใจในการออกกำลังกายและการดูแลตนเองที่บ้าน (2) การรับรู้ความเสี่ยงและความกลัวต่อการเกิดอันตรายซ้ำ (3) การได้รับกำลังใจและการสนับสนุนจากบุคลากรและครอบครัว (verbal persuasion และ social support) และ (4) ประสบการณ์ความสำเร็จจากการปฏิบัติ (mastery experience) องค์ประกอบเหล่านี้ถูกใช้เป็นเลนส์ในการตั้งแนวคำถามและตีความประเด็นที่ได้จากข้อมูล

กรอบแนวคิดของการศึกษาจัดโครงสร้างเป็น 5 องค์ประกอบที่เชื่อมโยงกันเชิงเหตุผล ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 บริบทและทรัพยากรของระบบบริการ โรงพยาบาลศูนย์ซึ่งเป็นศูนย์รับส่งต่อมีข้อจำกัดด้านบุคลากร อุปกรณ์ และระบบติดตาม ซึ่งเป็นเงื่อนไขแวดล้อมของปรากฏการณ์ที่ศึกษา

องค์ประกอบที่ 2 การรับรู้อุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ประกอบด้วยปัจจัยทางภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ สังคม และจิตใจ

องค์ประกอบที่ 3 ความต้องการการสนับสนุน ครอบคลุมความรู้ ทักษะการดูแลตนเอง เครื่องมือ และสื่อ การติดตามต่อเนื่อง และช่องทางการสื่อสาร

องค์ประกอบที่ 4 กลไกสำคัญ ได้แก่ ความเชื่อมั่นในตนเอง (self-efficacy) และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวตามแนวคิด patient-centered care โดยมีความสัมพันธ์เชิงเหตุผลว่า อุปสรรคที่ไม่ได้

รับการแก้ไขจะบั่นทอนความเชื่อมั่นในตนเอง ขณะที่การตอบสนองความต้องการสนับสนุนจะเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย

องค์ประกอบที่ 5 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ได้แก่ การปฏิบัติตามการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง การกลับมาทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งข้อค้นพบจากองค์ประกอบทั้งหมดจะนำไปสู่ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการออกแบบโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผสมผสานที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลศูนย์ต่อไป

ทั้งนี้ ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ มีสถานะเป็น "แหล่งข้อมูล" (key informants) ที่ให้ข้อมูลครอบคลุมองค์ประกอบข้างต้นจากมุมมองที่แตกต่างกัน มิใช่มิติของกรอบแนวคิด (ภาพที่ 1)

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (qualitative descriptive study) ซึ่งเหมาะสมกับการอธิบายการรับรู้อุปสรรคและความต้องการตามมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง โดยคงความใกล้เคียงกับข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลสื่อสาร เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ระหว่างเดือน พฤษภาคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2568 ณ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จากทะเบียนผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจที่นัดติดตาม ณ คลินิกหัวใจ รวม 18 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด 5 คน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผ่าตัดมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน อายุ 40-65 ปี มีเสถียรภาพทางคลินิก สื่อสารภาษาไทยได้ดี และยินยอมโดยสมัครใจ ทั้งนี้กำหนดช่วงอายุและระยะหลังผ่าตัดดังกล่าวเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤต สามารถทบทวนประสบการณ์การฟื้นฟูที่บ้านได้ครบถ้วน และไม่มีข้อจำกัดด้านการรู้คิดจากอายุที่มากเกินไป

กลุ่มที่ 2 ญาติผู้ดูแลหลัก 3 คน ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน อายุ 18 ปีขึ้นไป

กลุ่มที่ 3 บุคลากรทางการแพทย์ 10 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน นักกายภาพบำบัด 2 คน เภสัชกร 1 คน นักโภชนาการ 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข 2 คน ทุกคนมีประสบการณ์ดูแลหรือให้คำปรึกษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจอย่างน้อย 3 ปี

จำนวนผู้ให้ข้อมูลพิจารณาจากความอึดตัวของข้อมูล โดยประเมินแยกรายกลุ่ม พบว่าข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยเริ่มซ้ำและไม่พบรหัสใหม่ตั้งแต่การสัมภาษณ์คนที่ 4 กลุ่มบุคลากรตั้งแต่คนที่ 8 และการสนทนากลุ่มไม่พบประเด็นใหม่เพิ่มเติม จึงยุติการเก็บข้อมูล (code saturation) อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ป่วยและญาติที่ค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับบุคลากรเป็นข้อจำกัดหนึ่งของการศึกษา เนื่องจากผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ในช่วงเก็บข้อมูลมีจำกัดและบางส่วนอาศัยห่างไกล ผู้วิจัยจึงสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการสนทนากลุ่มในกลุ่มเดียวกัน และตรวจสอบความสมดุลของเสียงผู้ป่วยในการวิเคราะห์ ดังระบุในข้อจำกัดการวิจัย กรณีผู้ให้ข้อมูลตอบไม่ครบถ้วนหรือไม่ประสงค์ตอบคำถามใด ผู้วิจัยข้ามคำถามนั้นโดยไม่ซักถามซ้ำ และใช้เฉพาะข้อมูลที่ให้โดยสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ คำถามกึ่งโครงสร้าง 2 ชุด พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมภายใต้กรอบทฤษฎีความเชื่อมั่นในตนเองของ Bandura และแนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ชุดที่ 1 สำหรับผู้ป่วยและญาติ ครอบคลุมประสบการณ์การฟื้นตัว อุปสรรคการดูแลตนเอง ความต้องการความรู้และทักษะ ความคาดหวังต่อโปรแกรม และข้อเสนอแนะ ตัวอย่างคำถาม เช่น "หลังกลับบ้าน ท่านมีปัญหาหรือความกังวลอะไรบ้างในการดูแลตนเอง" "อะไรทำให้ท่านมั่นใจหรือไม่มั่นใจในการออกกำลังกายที่บ้าน" "เคยมีครั้งใดที่ท่านได้สำเร็จแล้วรู้สึกมั่นใจขึ้นหรือไม่ อย่างไร" "ใครหรือสิ่งใดช่วยให้ท่านมีกำลังใจ" ชุดที่ 2 สำหรับบุคลากร ครอบคลุมปัญหาการดูแลหลังจำหน่าย อุปสรรคการให้บริการ ความเป็นไปได้ของโปรแกรม ผสมผสาน ทรัพยากรและข้อจำกัด และข้อเสนอแนะที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลศูนย์ ตัวอย่างคำถาม เช่น "ท่านพบปัญหาอะไรในการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย" "หากจะจัดระบบติดตามทางไกล โรงพยาบาลมีความพร้อมและข้อจำกัดอย่างไร"

แนวคำถามผ่านการตรวจสอบความเหมาะสม ความชัดเจน และความครอบคลุมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ซึ่งเสนอให้ปรับถ้อยคำวิชาการเป็นภาษาชาวบ้าน ลดความกำกวมของคำถาม และเพิ่มคำถามสืบเสาะด้านความเชื่อมั่นในตนเอง จากนั้นทดลองใช้กับผู้ป่วยนอกกลุ่มเป้าหมาย 2 คน พบว่าเข้าใจคำถามได้ดี จึงปรับเพียงการเรียงลำดับคำถามให้ลื่นไหลขึ้นก่อนใช้จริง อุปกรณ์ประกอบ ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง กล้องวิดีโอ ซึ่งใช้เฉพาะการสนทนากลุ่มเพื่อทบทวนลำดับผู้พูดและภาษากาย สมุดบันทึกภาคสนาม ใช้บันทึกบริบท อารมณ์ และภาษากาย เพื่อประกอบการตีความและยืนยันบริบทของคำพูดระหว่างการวิเคราะห์ และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งเก็บอายุ เพศ ประเภทการผ่าตัด ระยะเวลาหลังผ่าตัด ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล และโรคร่วมของผู้ป่วย ส่วนบุคลากรเก็บวิชาชีพ อายุงาน และบทบาทที่เกี่ยวข้อง

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ (COA No.018/2567, 12 กันยายน 2567–12 กันยายน 2568) ก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และความเสี่ยง แล้วให้ลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบการรักษา การไม่ยินยอมให้บันทึกวิดีโอไม่กระทบสิทธิการเข้าร่วม ข้อมูลใช้รหัสแทนชื่อ ลบข้อมูลระบุตัวตนในการนำเสนอ ไฟล์เสียงและวิดีโอเก็บในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่าน เข้าถึงได้เฉพาะที่วิจัย และจะทำลายภายใน 1 ปีหลังเผยแพร่ผลงาน สำหรับการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยชี้แจงข้อจำกัดของการรักษาความลับในกลุ่ม และย้ำกติกาไม่นำข้อมูลของกันและกันไปเผยแพร่ก่อนเริ่มสนทนา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยหลักและผู้ช่วยวิจัย 1 คนซึ่งผ่านการอบรมเทคนิคการสัมภาษณ์และจริยธรรมวิจัย เป็นผู้เก็บข้อมูลทั้งหมด การสัมภาษณ์เชิงลึกดำเนินการรายบุคคลกับผู้ป่วย 5 คนและบุคลากร 10 คน ครั้งละ 30-45 นาที การสนทนากลุ่มจัด 1 ครั้งกับผู้ป่วยและญาติรวม 8 คน ใช้เวลา 90-120 นาที โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนาและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้จดบันทึก ใช้คำถามปลายเปิดและคำถามสืบเสาะ สถานที่เก็บข้อมูลเป็นห้องส่วนตัวในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลกระจายในพื้นที่ห่างไกลและสะดวกให้ข้อมูลในวันนัดติดตาม อย่างไรก็ตามการไม่ได้เก็บข้อมูล ณ บ้านผู้ป่วยอาจทำให้ขาดข้อมูลบริบทจริงและผู้ให้ข้อมูลอาจตอบตามความคาดหวังทางสังคม ผู้วิจัยลดข้อจำกัดนี้ด้วยการสร้างสัมพันธภาพ ย้ำว่าไม่มีคำตอบถูกผิด และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยให้ข้อมูลส่วนตัวเพิ่มเติมรายบุคคลหลังการสนทนากลุ่ม ซึ่งช่วยลดอคติจากการสนทนาร่วมระหว่างผู้ป่วยกับญาติด้วย ถอดเทปคำต่อคำภายใน 48 ชั่วโมง และผู้ช่วยวิจัยสุ่มตรวจความถูกต้องของบทถอดเทปเทียบกับไฟล์เสียงร้อยละ 20

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาตามแนวทางของ Graneheim และ Lundman 7 ขั้นตอน ได้แก่ อ่านทำความเข้าใจภาพรวม แยกหน่วยความหมาย ย่อความหมาย สร้างรหัส จัดหมวดหมู่ย่อย รวมเป็นหมวดหมู่หลัก และสกัดประเด็นหลัก โดยเน้นการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงประจักษ์ (manifest content) เป็นหลัก ร่วมกับการตีความความหมายแฝง (latent content) ในขั้นสกัดประเด็นหลัก และนำเสนอตารางตัวอย่างความเชื่อมโยงจากหน่วยความหมาย การย่อ รหัส หมวดหมู่ย่อย ถึงหมวดหมู่หลัก ไว้ในผลการวิจัย (ตารางที่ 2)

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ

ใช้เกณฑ์ของ Lincoln และ Guba ด้านความน่าเชื่อถือ (credibility) ใช้การตรวจสอบสามเส้าด้านแหล่งข้อมูล วิธีการ และนักวิจัย โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยวิเคราะห์หือสระต่อกัน ประชุมเทียบผล 3 รอบ ช้อเห็นต่างใช้การอภิปรายจนได้ฉันทามติ พร้อมบันทึกการตัดสินใจ (decision trail) และตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล 5 คน (ผู้ป่วย 2 ญาติ 1 บุคลากร 2) ซึ่งเลือกให้ครอบคลุมความหลากหลายของมุมมอง โดยนำเสนอประเด็นเป็นเอกสารให้อ่านและซักถามทางโทรศัพท์ ผลการตรวจสอบยืนยันความสอดคล้องกับประสบการณ์ มีเพียงข้อเสนอปรับถ้อยคำเล็กน้อย ด้านความมั่นคง (dependability) จัดทำบันทึกตรวจสอบย้อนกลับตลอดกระบวนการ ด้านความเป็นกลาง (confirmability) นำเสนอคำพูดโดยตรงและจัดทำบันทึกไตร่ตรอง ด้านการถ่ายทอดผล (transferability) ใช้การพรรณนาอย่างละเอียด โดยนำเสนอผ่านตารางลักษณะผู้ให้ข้อมูล (ตารางที่ 1) และคำอธิบายบริบทโรงพยาบาลศูนย์กับพื้นที่รับผิดชอบในส่วนผลการวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล 18 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด 5 คน เป็นชาย 3 คน หญิง 2 คน อายุ 54-62 ปี ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 3 คน และผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ 2 คน ระยะเวลาหลังผ่าตัด 3-6 เดือน อาศัยห่างจากโรงพยาบาล 40-80 กิโลเมตร ญาติผู้ดูแล 3 คน เป็นภรรยา 2 คน และบุตรสาว 1 คน อายุ 35-54 ปี และบุคลากรทางการแพทย์ 10 คน อายุงาน 3-22 ปี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล (n = 18)

รหัส	เพศ	อายุ (ปี)	ข้อมูลเฉพาะกลุ่ม
P1	ชาย	62	ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ, 5 เดือนหลังผ่าตัด
P2	ชาย	60	ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ, 4 เดือนหลังผ่าตัด
P3	ชาย	58	ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ, 6 เดือนหลังผ่าตัด
P4	หญิง	56	ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ, 3 เดือนหลังผ่าตัด
P5	หญิง	54	ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ, 4 เดือนหลังผ่าตัด
C1	หญิง	54	ภรรยาผู้ป่วย, ผู้ดูแลหลัก
C2	หญิง	52	ภรรยาผู้ป่วย, ผู้ดูแลหลัก
C3	หญิง	35	บุตรสาวผู้ป่วย, ผู้ดูแลหลัก
H1-H2	หญิง	38, 45	พยาบาลวิชาชีพ
H3-H4	ชาย/หญิง	35, 41	นักกายภาพบำบัด
H5	หญิง	39	เภสัชกร
H6	หญิง	36	นักโภชนาการ
H7	หญิง	43	นักสังคมสงเคราะห์
H8-H9	หญิง	48, 52	อาสาสมัครสาธารณสุข
H10	ชาย	46	แพทย์

ส่วนที่ 2 ตัวอย่างกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 2

ตัวอย่างการวิเคราะห์เนื้อหาจากหน่วยความหมายถึงหมวดหมู่หลัก

หน่วยความหมาย (ตัวอย่าง)	การย่อความหมาย	รหัส	หมวดหมู่ย่อย	หมวดหมู่หลัก
"ค่ารถไปกลับครั้งละ 400-500 บาท ตอนนี้ผมยังทำงานไม่ได้ รายได้ก็ไม่มี เลยมานั่งอยู่ไม่ได้" (P3)	ค่าเดินทางสูงจน ขาดรายได้ ทำให้มา ไม่ได้	ค่าเดินทาง แพง/ขาด รายได้	ภาระเศรษฐกิจ ของครอบครัว	เมื่อภาระปากท้อง สำคัญกว่าการมา โรงพยาบาล
"กลัวว่าถ้าออกกำลังกายแรงไปหัวใจ จะทำงานหนักเกินไป เลยไม่กล้าออก กำลังกาย" (P1)	กลัวหัวใจทำงาน หนักจึงไม่กล้าออก กำลังกาย	กลัวอันตราย ต่อหัวใจ	ความกลัวการ เกิดเหตุร้ายซ้ำ	การฟื้นฟูภายใต้ความ กลัวว่าจะเกิดอันตราย ซ้ำ
"รู้สึกเหมือนถูกทิ้งไว้คนเดียว ไม่มี ใครโทรมาถามว่าเป็นอย่างไรบ้าง" (P3)	ไม่มีผู้ติดตามหลัง กลับบ้าน รู้สึก โดดเดี่ยว	รู้สึกถูก ทอดทิ้ง	การขาดการ ติดตามเชิงรุก	ความรู้สึกถูกทอดทิ้งหลัง จำหน่ายจากระบบบริการ แบบตั้งรับ

ส่วนที่ 3 การรับรู้อุปสรรคและความต้องการ

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบผลการวิจัยแบ่งเป็น 2 หมวดหมู่หลักตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้แก่ หมวดที่ 1 การรับรู้อุปสรรคของการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้าน ประกอบด้วย 3 ประเด็น และหมวดที่ 2 ความต้องการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย 3 ประเด็น โดยข้อประเด็นได้รับการยกระดับจากหัวข้อเชิงพรรณนาเป็นประเด็นเชิงความหมาย (latent meaning) เพื่อสะท้อนแก่นประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

หมวดที่ 1 การรับรู้อุปสรรคของการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้าน

ประเด็นที่ 1.1 เมื่อภาระปากท้องสำคัญกว่าการมาโรงพยาบาล: อุปสรรคทางภูมิศาสตร์และเศรษฐกิจ

ผู้ป่วยและญาติรับรู้วาระยะทางและค่าใช้จ่ายเป็นอุปสรรคสำคัญที่สุด โดยข้อมูลระยะทาง 40-80 กิโลเมตร และค่าเดินทาง 300-500 บาทต่อครั้ง มาจากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลและแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มิใช่การสำรวจเชิงปริมาณ การเดินทางแต่ละครั้งใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง และมักต้องมีญาติลางานมาด้วย ในช่วงที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถทำงาน การมาโรงพยาบาลจึงกลายเป็นภาระที่ครอบครัวต้องชั่งน้ำหนักกับปากท้อง ดังคำกล่าว

"บ้านผมอยู่ห่างจากโรงพยาบาล 65 กิโลเมตร ถ้าจะมาติดตามทุกสัปดาห์อย่างที่ผมแนะนำ ค่าใช้จ่ายก็เยอะมาก...ตอนนี้ผมยังทำงานไม่ได้ รายได้ก็ไม่มี เลยมานไม่ค่อยได้" (P3, ชาย อายุ 58 ปี)

คำกล่าวนี้สะท้อนว่าการขาดนิตมิใช่การละเลยสุขภาพ หากแต่เป็นการจัดลำดับความจำเป็นของครอบครัวภายใต้ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ ขณะที่บุคลากรยีนย่นมองเหมือนกันว่า "ผู้ป่วยหลายคนอยู่ในอำเภอห่างไกล...นี่เป็นเหตุผลหลักที่ทำให้อัตราการติดตามของเราต่ำ" (H2, พยาบาลวิชาชีพ) ทั้งนี้ได้ตัดทอนคำกล่าวอ้างอิงจากเดิม 3-4 ขึ้นต่อประเด็น เหลือคำกล่าวที่คมชัดที่สุด 1-2 ขึ้น โดยให้เสียงผู้ป่วยเป็นแกนหลัก

ประเด็นที่ 1.2 การฟื้นฟูภายใต้ความกลัวว่าจะเกิดอันตรายซ้ำ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ดำเนินชีวิตหลังผ่าตัดภายใต้เงาของความกลัวว่าการออกกำลังกายจะทำให้หัวใจวายซ้ำหรือแผลผ่าตัดแยก ประสบการณ์เจ็บหน้าอกก่อนผ่าตัดยังฝังใจ ทำให้ตีความอาการเหนื่อยตามปกติของการฟื้นตัวว่าเป็นสัญญาณอันตราย ดังคำกล่าว

"ดิฉันไม่กล้าทำอะไรเลย กลัวว่าแผลจะแยก หมอบอกให้เดิน แต่ดิฉันก็กลัว ไม่รู้ว่าควรเดินแค่ไหน เร็วแค่ไหน ถ้าเดินแล้วเหนื่อยหอบ นั่นคือปกติหรือว่าอันตราย ดิฉันไม่รู้ เลยไม่ค่อยกล้าเดิน" (P4, หญิง อายุ 56 ปี)

ความกลัวนี้แผ่ขยายไปยังญาติผู้ดูแลซึ่งมักห้ามผู้ป่วยออกกำลังกายเมื่อเห็นอาการเหนื่อย นักกายภาพบำบัดสะท้อนว่าแม้ให้ความมั่นใจก่อนจำหน่ายแล้ว "พอกลับบ้านไปแล้วไม่มีใครคอยดูแล ความกลัวก็กลับมา" (H3, นักกายภาพบำบัด) ประเด็นนี้สะท้อนความเชื่อมั่นในตนเอง (self-efficacy) ที่ต่ำ ซึ่งเกิดจากการขาดความรู้ที่แยกแยะอาการปกติจากอาการอันตราย และการขาดแรงสนับสนุนต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยออกกำลังกายต่ำกว่าระดับที่แนะนำ

ประเด็นที่ 1.3 ความรู้สึกถูกทอดทิ้งหลังจำหน่ายจากระบบบริการแบบตั้งรับ

ช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านเป็นช่วงที่ผู้ป่วยเผชิญความไม่แน่นอนสูงสุด แต่กลับเป็นช่วงที่ระบบบริการเจียบหายไป การติดตามมีเพียงวันนัดซึ่งห่างกันหลายสัปดาห์ถึงหลายเดือน ดังคำกล่าว

"หลังจากกลับจากโรงพยาบาล รู้สึกเหมือนถูกทิ้งไว้คนเดียว ไม่มีใครโทรมาถามว่าเป็นอย่างไรบ้าง...ถ้ามีอะไรเกิดขึ้นระหว่างนี้ ก็ไม่รู้จะทำยังไง" (P3, ชาย อายุ 58 ปี)

ด้านบุคลากรรับรู้ข้อจำกัดเชิงระบบตรงกันว่า "บุคลากรไม่เพียงพอ เวลาจำกัด ระบบการติดตามก็ยังไม่มี ส่วนใหญ่เราจะรอให้ผู้ป่วยมาตามนัด" (H4, นักกายภาพบำบัด) การที่ทั้งสองฝ่ายรับรู้ปัญหาเดียวกันแต่

จากคนละมุม — ผู้ป่วยรู้สึกถูกทอดทิ้ง ขณะที่บุคลากรติดขัดข้อจำกัดทรัพยากร — ชี้ว่านี่คือปัญหาเชิงระบบของบริการแบบตั่งรับ (episodic care) มิใช่ความบกพร่องของบุคคล

หมวดที่ 2 ความต้องการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้าน

ประเด็นที่ 2.1 ต้องการข้อมูลที่ชัดเจน เฉพาะเจาะจง และนำไปปฏิบัติได้จริง

คำแนะนำก่อนจำหน่ายมักเป็นคำสั่งกว้าง เช่น "ให้เดิน" "ทานจิต" ซึ่งไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติจริงที่บ้าน ผู้ป่วยต้องการรายละเอียดระดับปฏิบัติการ ทั้งปริมาณ ความถี่ และเกณฑ์ตัดสินอาการ ดังคำกล่าว

"พยาบาลบอกให้เดิน ให้ออกกำลังกาย แต่ไม่ได้บอกรายละเอียดว่าควรเดินแค่ไหน วันละกี่นาที เร็วแค่ไหน...อาหารก็เหมือนกัน บอกว่าอย่าทานมัน ทานจิต แต่จิตแค่ไหน อะไรทานได้ทานไม่ได้บ้าง ก็ไม่ชัดเจน" (P2, ชาย อายุ 60 ปี)

พยาบาลวิชาชีพยอมรับข้อจำกัดว่า "เวลามีจำกัด เราให้คำแนะนำพื้นฐาน แต่บางที่ผู้ป่วยและญาติก็ไม่ได้จำหรือเข้าใจทั้งหมด...นี่เป็นช่องว่างที่เราต้องแก้ไข" (H1, พยาบาลวิชาชีพ) ช่องว่างระหว่าง "ข้อมูลที่ให้" กับ "ข้อมูลที่ใช้ได้จริง" นี้ สะท้อนการเตรียมจำหน่ายที่ยังไม่มีแบบแผนเฉพาะสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ และนำไปสู่การตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม เช่น งดออกกำลังกายโดยสิ้นเชิง

ประเด็นที่ 2.2 ต้องการสื่อการเรียนรู้ที่เปิดดูซ้ำได้ทุกที่ทุกเวลา

ผู้ป่วยและญาติต้องการคู่มือภาพประกอบ วิดีโอสาธิต แบบบันทึกประจำวัน และรายการอาการเตือน โดยเน้นสื่อที่เข้าถึงผ่านโทรศัพท์มือถือซึ่งเปิดทบทวนได้เมื่อลืมหรือไม่แน่ใจ ดังคำกล่าว

"ดิฉันอยากมีวิดีโอที่สอนการออกกำลังกาย ที่สามารถเปิดดูได้ทุกเมื่อจากโทรศัพท์ เพราะบางทีก็ลืมหรือไม่แน่ใจว่าทำถูกหรือเปล่า ถ้าเปิดวิดีโอได้ตลอดเวลา ก็จะทำตามได้ง่ายขึ้น และมั่นใจว่าทำถูก" (P5, หญิง อายุ 54 ปี)

แพทย์เห็นพ้องว่าปัจจุบันยังไม่มีสื่อที่พัฒนาเฉพาะสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ (H10, แพทย์) ความต้องการนี้ชี้ว่า สื่อมิใช่เพียงแหล่งความรู้ แต่เป็นเครื่องมือสร้างความมั่นใจ (self-efficacy) ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของการปฏิบัติด้วยตนเอง โดยผู้ป่วยระบุถึงเทคโนโลยีที่คุ้นเคยอยู่แล้ว คือแอปพลิเคชันไลน์และยูทูป

ประเด็นที่ 2.3 ต้องการสะพานเชื่อมการสื่อสารกับทีมสุขภาพหลังจำหน่าย

เมื่อช่องทางเดียวที่มีคือการเดินทางมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยจึงต้องการช่องทางทางเลือกที่เข้าถึงง่าย เช่น หมายเลขโทรศัพท์ปรึกษา หรือกลุ่มไลน์ของโรงพยาบาล ซึ่งไม่จำเป็นต้องตอบทันที ขอเพียง "มีอยู่" ก็สร้างความอุ่นใจ ดังคำกล่าว

"ดิฉันใช้ไลน์เป็น ถ้ามีกลุ่มไลน์หรือบัญชีไลน์ของโรงพยาบาลที่สามารถส่งข้อความถามได้ จะดีมาก อาจจะได้ตอบทันทีที่ไม่เป็นไร แต่อย่างน้อยก็มีช่องทางที่สามารถติดต่อได้" (P4, หญิง อายุ 56 ปี)

ด้านบุคลากรมองว่าเป็นไปได้และเสนอทางเลือกเชิงระบบเพิ่ม โดยอาสาสมัครสาธารณสุขเสนอบทบาทเป็นตัวกลางประสานระหว่างผู้ป่วยกับโรงพยาบาล (H9) และนักสังคมสงเคราะห์ชี้คุณค่าทางจิตใจว่า ช่องทางสื่อสารทำให้ผู้ป่วย "รู้สึกว่าได้มีคนเดียว" (H7) อย่างไรก็ตามพยาบาลตั้งข้อสังเกตเรื่องภาระงานที่จะเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นจุดตึง (tension) ระหว่างความต้องการของผู้ป่วยกับความพร้อมของระบบ ที่การออกแบบโปรแกรมต้องหาสมดุล เช่น กำหนดช่วงเวลาตอบและใช้เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมรับภาระ

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นความท้าทายที่ซับซ้อนในการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในบริบทโรงพยาบาลศูนย์ ผลการศึกษาชี้ว่าปัญหามีได้อยู่เพียงระดับบุคคล แต่เป็นปัญหาเชิงระบบหลายมิติ การอภิปรายจึงจัดเป็น 2 ส่วนตามโครงสร้างผลการวิจัย ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคซึ่งสะท้อนปัญหาเชิงระบบ และความต้องการซึ่งสะท้อนแนวทางที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องนำไปพัฒนาการออกแบบบริการ

ส่วนที่ 1 การรับรู้อุปสรรค: ภาพสะท้อนปัญหาเชิงระบบ

อุปสรรคทางภูมิศาสตร์และเศรษฐกิจ: ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ

ข้อค้นพบจากประเด็น "เมื่อภาระปากท้องสำคัญกว่าการมาโรงพยาบาล" โดยเฉพาะคำกล่าวของผู้ป่วยที่ทำงานไม่ได้จึงมาไม่ค่อยได้ สะท้อนว่าการขาดการติดตามมิใช่การละเลยสุขภาพ หากแต่เป็นการจัดลำดับความจำเป็นของครอบครัวภายใต้ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ Bracewell et al. (2022) ที่รายงานว่า ระยะทางและค่าเดินทางเป็นอุปสรรคหลักของการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟู แต่การศึกษาครั้งนี้เพิ่มความเข้าใจเชิงลึกว่าในบริบทโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งเป็นศูนย์รับส่งต่อ ผู้ป่วยกระจายอยู่ในพื้นที่หลายอำเภอถึงชายแดนจังหวัด อุปสรรคนี้อาจมีความรุนแรงในช่วง 3-6 เดือนแรกหลังผ่าตัดที่ครอบครัวสูญเสียรายได้พร้อมกับมีรายจ่ายเพิ่ม ข้อค้นพบนี้อาจสะท้อนถึงความจำเป็นของโปรแกรมฟื้นฟูที่บ้านซึ่งลดภาระการเดินทาง สอดคล้องกับ McDonagh et al. (2023) ที่ยืนยันประสิทธิผลเทียบเท่าและต้นทุนต่ำกว่าของโปรแกรมที่บ้าน

การฟื้นฟูภายใต้ความกลัว: มิติทางจิตสังคมและความเชื่อมั่นในตนเอง

ข้อค้นพบที่ผู้ป่วยไม่สามารถแยกแยะอาการเหนื่อยปกติจากสัญญาณอันตราย ดังคำกล่าวที่ว่า "ถ้าเดินแล้วเหนื่อยหอบ นั่นคือปกติหรือว่าอันตราย ดิฉันไม่รู้ เลยไม่ค่อยกล้าเดิน" ชี้ว่า ความกลัวมีรากจากช่องว่างความรู้ มิใช่เพียงสภาพจิตใจ เมื่อพิจารณาผ่านเลนส์ทฤษฎีของ Bandura ปรากฏการณ์นี้สะท้อน self-efficacy ต่ำที่เกิดจากการขาดแหล่งเสริมสร้างความเชื่อมั่นครบทุกด้าน ทั้งการขาดประสบการณ์ความสำเร็จ (mastery experience) เพราะไม่กล้าเริ่มปฏิบัติ การขาดคำชักจูงทางวาจา (verbal persuasion) เพราะไม่มีผู้ติดตามให้กำลังใจหลังจำหน่าย และการตีความสภาวะทางกาย (physiological state) ในทางลบที่น่าสนใจคือความกลัวนี้ส่งผ่านไปยังญาติผู้ดูแลซึ่งกลายเป็นผู้ห้ามผู้ป่วยออกแรง ทำให้ครอบครัวที่ควรเป็นแหล่งสนับสนุนกลับเป็นปัจจัยเสริมการหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายโดยไม่ตั้งใจ สอดคล้องกับ Hassanzadeh et al. (2024) ที่พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีความเชื่อมั่นในตนเองต่ำซึ่งส่งผลเสียต่อการฟื้นตัว

ความรู้สึกลูกทอดทิ้ง: ข้อจำกัดของระบบบริการแบบตั้งรับ

ข้อค้นพบที่โดดเด่นของการศึกษานี้คือ ผู้ป่วยและบุคลากรรับรู้ปัญหาเดียวกันจากคนละมุม — ผู้ป่วยรู้สึก "ถูกทิ้งไว้คนเดียว" ขณะที่บุคลากรยอมรับว่า "ระบบการติดตามก็ยังไม่มีส่วนใหญ่เราจะต้องให้ผู้ป่วยมาตามนัด" — จุดร่วม (consensus) นี้ยืนยันว่าปัญหาเป็นเชิงระบบของการดูแลแบบ episodic มิใช่ความบกพร่องของบุคคลฝ่ายใด ช่วงเปลี่ยนผ่านหลังจำหน่ายซึ่งเป็นระยะสำคัญของการฟื้นฟูระยะที่สองจึงกลายเป็นช่องว่างของบริการ Stefanakis et al. (2022) ชี้ว่า โปรแกรมฟื้นฟูที่บ้านที่มีการติดตามอย่างเป็นระบบมีความปลอดภัยและมีประสิทธิผลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่ำ การพัฒนาระบบติดตามเชิงรุกจึงควรพิจารณาเป็นทิศทางสำคัญของการยกระดับคุณภาพการดูแลหลังจำหน่ายในโรงพยาบาลศูนย์

ส่วนที่ 2 ความต้องการ: แนวทางสู่การออกแบบบริการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ความต้องการทั้งสามประเด็นสะท้อนมุมมองของผู้รับบริการที่ชี้ทิศทางการออกแบบบริการซึ่งส่งเสริมความสามารถในการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (health literacy) ตลอดจนการสร้างความตระหนักในการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง

ความต้องการข้อมูลที่นำไปปฏิบัติได้จริงและสื่อที่ทบทวนซ้ำได้ ดังคำกล่าวที่ว่าคำแนะนำ "ทานจิต" นั้น "จิตแคไหน อะไรทานได้ทานไม่ได้บ้าง ก็ไม่ชัดเจน" ชี้ว่า ช่องว่างมีได้อยู่ที่ปริมาณข้อมูล แต่อยู่ที่ระดับความเฉพาะเจาะจงและรูปแบบที่เข้าถึงซ้ำได้ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพและการศึกษาพัฒนาเครื่องมือในบริบทใกล้เคียง เช่น Noor Hanita et al. (2022) ที่พัฒนาแอปพลิเคชันให้ความรู้เฉพาะสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจากการประเมินความต้องการของผู้ป่วยโดยตรง และ Saensoda et al. (2025) ที่พบว่า การใช้แอปพลิเคชันไลน์ในบริบทไทยเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ ประเด็นที่ผู้ป่วยระบุถึงไลน์และยูทูปซึ่งเป็นเทคโนโลยีที่คุ้นเคยอยู่แล้ว บ่งชี้ว่าจุดเริ่มต้นที่เหมาะสมกับบริบทคือเทคโนโลยีที่มีอยู่ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย มากกว่าแพลตฟอร์มเฉพาะทางที่ต้องเรียนรู้ใหม่

ความต้องการสะพานเชื่อมการสื่อสารหลังจำหน่ายเป็นประเด็นที่พบทั้งจุดร่วมและจุดตึง (tension) ระหว่างกลุ่มผู้ให้ข้อมูล กล่าวคือ ทุกฝ่ายเห็นพ้องในคุณค่าของช่องทางสื่อสาร โดยผู้ป่วยเน้นความอุ่นใจ ("อาจจะไม่ได้ตอบทันทีที่ไม่เป็นไร แต่อย่างน้อยก็มีช่องทาง") และนักสังคมสงเคราะห์เน้นมิติจิตใจ แต่พยาบาลสะท้อนความกังวลด้านการะงาน จุดตึงนี้ชี้ว่า การออกแบบระบบสื่อสารต้องกำหนดขอบเขตที่ชัดเจน เช่น ช่วงเวลาตอบผู้รับผิดชอบ และการกระจายบทบาทสู่เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขตามที่คุณให้ข้อมูลกลุ่มอาสาสมัครเสนอ จึงจะเป็นข้อเสนอเชิงบริการที่สมจริง แนวทางนี้สอดคล้องกับทิศทางการออกแบบแบบผสมผสานที่ Meslet et al. (2022) และ van Mierlo et al. (2024) ยืนยันความเป็นไปได้และการยอมรับจากผู้ป่วย ทั้งนี้การพัฒนาในบริบทไทยต้องคำนึงถึงความพร้อมด้านเทคโนโลยีของผู้ป่วย ความเหมาะสมทางวัฒนธรรม และข้อจำกัดของระบบสุขภาพ โดยอาจพิจารณาใช้ การโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์เป็นจุดเริ่มต้นก่อนขยายสู่เทคโนโลยีที่ซับซ้อนขึ้น

จุดแข็งและข้อจำกัดของการวิจัย

จุดแข็งของการศึกษานี้คือการเก็บข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามกลุ่มด้วยสองวิธี ทำให้เห็นทั้งจุดร่วมและจุดตึงของมุมมอง และการตรวจสอบความน่าเชื่อถือหลายรูปแบบ อย่างไรก็ตามการศึกษามีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาในการตีความผล ประการแรก จำนวนผู้ป่วย (5 คน) และญาติผู้ดูแล (3 คน) ค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับบุคลากร (10 คน) แม้ข้อมูลจะถึงจุดอิ่มตัวภายในแต่ละกลุ่ม แต่ความหลากหลายของอายุประเภทการผ่าตัด และภูมิลาเายังจำกัด ประการที่สอง เกณฑ์อายุ 40–65 ปี ทำให้ผลไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอุปสรรคมาก ประการที่สาม การเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลแทนบริบทจริงที่บ้าน อาจทำให้ขาดข้อมูลแวดล้อมและผู้ให้ข้อมูลอาจตอบตามความคาดหวังทางสังคม ประการที่สี่ การสนทนากลุ่มที่รวมผู้ป่วยกับญาติอาจทำให้บางฝ่ายไม่กล้าเปิดเผยบางประเด็น เช่น ภาระของผู้ดูแล แม้ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ข้อมูลรายบุคคลเพิ่มเติมแล้วก็ตาม และประการสุดท้าย การศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์แห่งเดียวจำกัดการถ่ายทอดผลไปยังบริบทอื่น ผู้อ่านควรพิจารณาความคล้ายคลึงของบริบทจากคำพรรณนาที่ให้ไว้ประกอบการนำไปใช้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานี้สะท้อนว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดหัวใจในบริบทไทยเป็นเรื่องสำคัญที่ดำเนินไปภายใต้ข้อจำกัดด้านความพร้อมของครอบครัว และการได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนชัดเจนเป็นเงื่อนไขจำเป็นของการฟื้นฟูที่บ้าน ข้อเสนอแนะจึงจำแนกตามผู้นำไปใช้ 2 ระดับ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ผู้บริหารโรงพยาบาลศูนย์และคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาโรคหัวใจ ควรกำหนดให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะที่สองเป็นบริการที่มีผู้รับผิดชอบและงบประมาณรองรับอย่างชัดเจน เนื่องจากผลการศึกษาชี้ว่า การขาดระบบติดตามเชิงรุกเป็นปัญหาเชิงระบบ มิใช่ความบกพร่องของบุคลากร

1.2 ควรกำหนดองค์ประกอบขั้นต่ำของระบบติดตามหลังจำหน่าย (minimum package) เพื่อให้ข้อเสนอนำไปปฏิบัติได้จริง ประกอบด้วย (1) ความถี่การติดตาม สัปดาห์ละ 1 ครั้งใน 4 สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย จากนั้นทุก 2 สัปดาห์จนครบ 3 เดือน (2) ผู้รับผิดชอบหลัก คือพยาบาลประจำคลินิกหัวใจ ร่วมกับนักกายภาพบำบัด (3) ประเด็นติดตาม ได้แก่ ระดับกิจกรรมทางกาย อาการผิดปกติ การรับประทานยา และภาวะอารมณ์ และ (4) เกณฑ์ส่งต่อให้มาโรงพยาบาลก่อนนัด เช่น เจ็บหน้าอกขณะพัก เหนื่อยหอบเพิ่มขึ้น หรือแผลผ่าตัดมีสิ่งคัดหลั่ง ทั้งนี้ความถี่และเกณฑ์ดังกล่าวเป็นข้อเสนอเบื้องต้นที่ควรปรับตามทรัพยากรของแต่ละแห่งและทดสอบความเหมาะสมในทางปฏิบัติต่อไป

1.3 ควรพัฒนากลไกความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลศูนย์กับเครือข่ายบริการปฐมภูมิและอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ โดยกำหนดบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ติดตามเยี่ยมบ้าน และเป็นตัวกลางประสานข้อมูลกลับสู่ทีมสหวิชาชีพ ซึ่งเป็นข้อเสนอที่มาจากผู้ให้ข้อมูลกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเอง จึงมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ และช่วยลดภาระงานของบุคลากรในโรงพยาบาลตามข้อกังวลที่พยาบาลสะท้อนไว้

2. ข้อเสนอแนะเชิงผู้ปฏิบัติ

2.1 ทีมสหวิชาชีพประจำคลินิกหัวใจและหอผู้ป่วยหัวใจ ควรพัฒนาแนวปฏิบัติการเตรียมจำหน่ายที่มีแบบแผนชัดเจน โดยแปลงคำแนะนำเชิงหลักการให้เป็นข้อมูลระดับปฏิบัติการที่ผู้ป่วยนำไปใช้ได้ทันที เช่น ระยะเวลาและความถี่ของการเดินเป็นตัวเลข เกณฑ์สังเกตอาการที่ต้องหยุดพัก และตัวอย่างเมนูอาหาร พร้อมวิธีปรุง เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยและญาติไม่สามารถแปลงคำแนะนำอย่าง "ทานจืด" หรือ "ให้เดิน" ไปสู่การปฏิบัติจริงได้

2.2 พยาบาลวิชาชีพและนักกายภาพบำบัด ควรพัฒนาสื่อสนับสนุนการฟื้นฟูที่บ้านซึ่งผู้ป่วยทบทวนซ้ำได้ด้วยตนเอง ได้แก่ คู่มือการออกกำลังกายที่มีภาพประกอบและใช้ภาษาเข้าใจง่าย วิดีโอสาธิตท่าออกกำลังกายที่เข้าถึงผ่านแอปพลิเคชันไลน์หรือยูทูป แบบบันทึกการออกกำลังกายและอาการประจำวัน และรายการอาการเตือนภัย โดยเลือกใช้เทคโนโลยีที่ผู้ป่วยคุ้นเคยอยู่แล้วเป็นจุดเริ่มต้น ตามที่ผู้ให้ข้อมูลระบุถึงไลน์และยูทูปโดยตรง

2.3 ทีมสหวิชาชีพ ควรจัดตั้งช่องทางการสื่อสารหลังจำหน่ายที่มีขอบเขตชัดเจน เช่น บัญชีไลน์ทางการของคลินิกหัวใจหรือหมายเลขโทรศัพท์ให้คำปรึกษา โดยกำหนดช่วงเวลาให้บริการ ผู้รับผิดชอบตอบ และระยะเวลาตอบกลับที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอุ่นใจว่ามีช่องทางติดต่อ ขณะที่บุคลากรสามารถบริหารภาระงานได้ ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยที่ระบุว่าไม่จำเป็นต้องได้รับคำตอบทันที

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้เป็นจุดเริ่มต้นของชุดการวิจัยที่ผู้วิจัยวางแผนพัฒนาต่อเนื่อง ดังนี้

1. การวิจัยเชิงคุณภาพในประเด็นเฉพาะกลุ่มผู้ดูแล ควรศึกษาภาระของผู้ดูแล (caregiver burden) และการเปลี่ยนบทบาทของครอบครัวเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านอย่างเจาะลึก เนื่องจากการศึกษานี้

พบว่า ญาติผู้ดูแลมีทั้งความเครียดและความกลัวที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วย แต่ข้อมูลยังจำกัดเพราะเก็บในบริบทการสนทนากลุ่มร่วมกับผู้ป่วย ซึ่งอาจทำให้ผู้ดูแลไม่กล้าเปิดเผยประเด็นภาระหรือความขัดแย้ง

2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) เพื่อพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ โดยนำข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้เป็นฐาน ซึ่งจะทำให้โปรแกรมที่ได้สอดคล้องกับบริบทจริงและมีความยั่งยืนมากกว่าการพัฒนาโดยผู้วิจัยฝ่ายเดียว

3. การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ควรดำเนินการวิจัยเชิงทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านแบบผสมผสาน โดยกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์หลักให้ชัดเจน ได้แก่ สมรรถภาพการทำหน้าที่ (functional capacity) ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามโปรแกรม (adherence) อัตราการกลับเข้ารับรักษา (readmission) ความเชื่อมั่นในตนเอง (self-efficacy) ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล คุณภาพชีวิต และความปลอดภัย (adverse events) พร้อมติดตามผลระยะยาว 3-6 เดือน

เอกสารอ้างอิง

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman and Company.
- Bracewell, N. J., Plasschaert, J., Conti, C. R., Keeley, E. C., & Conti, J. B. (2022). Cardiac rehabilitation: Effective yet underutilized in patients with cardiovascular disease. *Clinical Cardiology*, 45(11), 1128–1134. <https://doi.org/10.1002/clc.23911>
- Fanget, M., Sayegh, N., Simon, A., & Pavy, B. (2022). Effects of cardiac telerehabilitation during COVID-19 on cardiorespiratory fitness and physical activity in coronary patients. *Frontiers in Physiology*, 13, 837482. <https://doi.org/10.3389/fphys.2022.837482>
- Gao, Y., Wang, N., Zhang, L., & Liu, N. (2023). Effectiveness of home-based cardiac telerehabilitation in patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Clinical Nursing*, 32, 7661–7676. <https://doi.org/10.1111/jocn.16726>
- Noor Hanita, Z., Khatijah, L.A., Kamaruzzaman, S., Karuthan, C., & Raja Mokhtar, R. A. (2022). A pilot study on development and feasibility of the ‘MyEducation: CABG application’ for patients undergoing coronary artery bypass graft (CABG) surgery. *BMC Nursing*, 21, 40. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00814-4>
- Hassanzadeh, A., Baharestani, B., Dizaji, N. N., Shabani, F., Fathollahi, M. S., Goli, R., & Kouhpayeh, M. S. (2024). Comparison of the effect of telephone follow-up with social network follow-up program on self-efficacy and depression in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: A randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 37, 100757. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2024.100757>
- Jo, H. S., Kim, H. M., Go, C. H., Yu, H. Y., Park, H. K., & Han, J. Y. (2024). Effectiveness of home-based cardiac rehabilitation with optimized exercise prescriptions using a mobile healthcare app in patients with acute myocardial infarction: A randomized controlled trial. *Life*, 14(9), 1122. <https://doi.org/10.3390/life14091122>
- Mahfouz Khalil, M. I., El-Monshed, A. H., Shaala, R. S., El-Sherif, S. M., & Mousa, E. F. S. (2024). Home-based transitional cardiac telerehabilitation in older adults post coronary

- artery bypass grafting: A randomized controlled trial. *Geriatric Nursing*, 59, 139–149.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.06.044>
- McDonagh, S. T., Dalal, H., Moore, S., Clark, C. E., Dean, S. G., Jolly, K., Cowie, A., Afzal, J., & Taylor, R. S. (2023). Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10), CD007130.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD007130.pub5>
- Meslet, J. B., Dugué, B., Brisset, U., Pianeta, A., & Kubas, S. (2022). Evaluation of a hybrid cardiovascular rehabilitation program in acute coronary syndrome low-risk patients organised in both cardiac rehabilitation and sport centres: A model feasibility study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9455. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159455>
- Saensoda, S., Pokpalagon, P., & Chaiviboontham, S. (2025). The effects of a home-based cardiac rehabilitation program via the Line application on functional capacity and quality of life among open-heart surgery patients: A quasi-experimental study. *Healthcare*, 13(9), 1051. <https://doi.org/10.3390/healthcare13091051>
- Stefanakis, M., Batalik, L., Antoniou, V., & Pepera, G. (2022). Safety of home-based cardiac rehabilitation: A systematic review. *Heart & Lung*, 55, 117–126.
<https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2022.04.016>
- van Mierlo, R. F. R., Houben, V. J. G., Rikken, S. A. O. F., Gómez-Doblas, J. J., Lozano-Torres, J., & van 't Hof, A. W. J. (2024). Cardiac (tele)rehabilitation in routine clinical practice for patients with coronary artery disease: Protocol of the REHAB+ trial. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 11, 1387148. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2024.1387148>
- Zhong, W., Fu, C., Xu, L., Sun, X., Wang, S., He, C., & Wei, Q. (2023). Effects of home-based cardiac telerehabilitation programs in patients undergoing percutaneous coronary intervention: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cardiovascular Disorders*, 23, 101. <https://doi.org/10.1186/s12872-023-03120-2>

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยโรคมะเร็ง
ที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลน่าน

เยาวเรศศรี เชื้อนจันธนาถ, พย.บ.*

วิภารัตน์ ผิวอ่อน, พย.บ.**

กาญจนา สาใจ, พย.ม.***

กฤตพัทธ์ ฝึกฝน, ประ.ด.****

Received: December 4, 2025

Revised: August 23, 2026

Accepted: August 29, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันและเฝ้าระวังภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลน่าน กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพ 6 ราย และผู้ป่วยมะเร็ง 200 ราย แบ่งเป็นกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มละ 100 ราย ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม 2567 - พฤษภาคม 2568 แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 พัฒนาแนวปฏิบัติและระยะที่ 2 การนำแนวปฏิบัติไปใช้และการวัดผลลัพธ์ เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นแบบประเมินความเป็นไปได้ แบบประเมินผลลัพธ์ และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่า ระหว่าง 0.92 ถึง 1 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.95, 0.92, 0.92 และ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์ สถิติทีอิสระ

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผลการศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาล ด้านความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติพบว่ากลุ่มพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้แนวปฏิบัติ มีความเห็นต่อความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติในระดับมากที่สุด ($M = 4.69$, $SD = 0.48$) และมีความพึงพอใจต่อการใช้งานในระดับมากที่สุด ($M = 4.67$, $SD = 0.24$) 2) ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า การปฏิบัติงานของพยาบาลหลังการใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ ($M = 9.20$, $SD = 0.62$; $M = 6.95$, $SD = 1.05$) ตามลำดับ อุบัติการณ์และความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกินลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สรุปได้ว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิผลในการลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกิน เสริมศักยภาพการปฏิบัติการพยาบาล ควรนำไปประยุกต์ใช้เป็นมาตรฐานการดูแลในหน่วยเคมีบำบัดของโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล ภาวะภูมิไวเกิน ยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยมะเร็ง หลักฐานเชิงประจักษ์

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลน่าน

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลน่าน

*** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก;

ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: kanjana.s@bcnpy.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Development of Nursing Practice Guidelines for the Prevention and Monitoring of Hypersensitivity Reactions in Cancer Patients Receiving Chemotherapy at Nan Hospital

Yaowaresras Khueanjantanalap, B.N.S.*

Viparuch Phiwon, B.N.S.**

Kanjana Sajai, M.S.N.***

Krittapat Fukfon, Ph.D.****

Abstract

This research and development study aimed to develop a nursing practice guideline and evaluate its implementation for the prevention and surveillance of hypersensitivity reactions in cancer patients receiving chemotherapy at Nan Hospital. The sample consisted of six registered nurses and 200 cancer patients, divided equally into pre-implementation and post-implementation groups of 100 patients each. The study was conducted from August 2024 to May 2025 and comprised two phases: Phase 1, guideline development; and Phase 2, guideline implementation and outcome measurement. Research instruments included the developed nursing practice guideline, a feasibility assessment form, an outcome evaluation form, and a nurse satisfaction questionnaire. All instruments underwent content validity verification, with the index of objective congruence (IOC) ranging from 0.92 to 1.00 and reliability coefficients of 0.95, 0.92, 0.92, and 0.91, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, and independent t-test.

The findings revealed two key results. First, following implementation, registered nurses rated the feasibility of the guideline at the highest level ($M = 4.69$, $SD = 0.48$) and reported the highest level of satisfaction with its use ($M = 4.67$, $SD = 0.24$). Second, nurses' clinical practice scores in the post-implementation group were markedly higher than those in the pre-implementation group ($M = 9.20$, $SD = 0.62$ vs. $M = 6.95$, $SD = 1.05$, respectively). Additionally, both the incidence and severity of hypersensitivity reactions decreased significantly following guideline implementation ($p < .001$). In conclusion, the developed nursing practice guideline proved effective in reducing the incidence and severity of hypersensitivity reactions and in strengthening nursing practice competency. It is therefore recommended that this guideline be adopted as a standard of care in chemotherapy units across hospitals at all levels.

Keywords: Nursing practice guideline, Hypersensitivity reaction, Chemotherapy, Cancer patients, Evidence-based nursing

* Registered nurse, professional level, Nan Hospital

** Registered nurse, super professional level, Nan Hospital

*** Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing, Praboromajchanok Institute;
Corresponding Author E-mail: kanjana.s@bcnpy.ac.th

**** Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing, Praboromajchanok Institute

บทนำ

โรคมะเร็งยังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย มีแนวโน้มของอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2565 องค์การอนามัยโลกรายงานสถิติผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 19.3 ล้านราย และผู้เสียชีวิต 10 ล้านราย ทั้งนี้คาดว่าในปี พ.ศ. 2583 โรคมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 47 (Siegel et al., 2022) จากอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในประเทศไทย พบว่า โรคมะเร็งยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งอย่างต่อเนื่อง ในผู้ชาย มะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุด รองลงมาคือปอดและลำไส้ใหญ่ ส่วนในผู้หญิง มะเร็งเต้านมพบบ่อยที่สุด รองลงมาคือ ลำไส้ใหญ่ และปอด (Virani et al., 2017) การให้ยาเคมีบำบัด (chemotherapy) เป็นหนึ่งในวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงช่วยควบคุมและทำลายเซลล์มะเร็ง เพื่อลดขนาดก้อนมะเร็ง ควบคุมการลุกลามของโรค และยืดระยะเวลาการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย ในทางกลับกันก็มักมีผลกระทบกับเซลล์ปกติของร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนที่หลากหลายและรุนแรง (Rocha et al., 2025)

แม้ว่ายาเคมีบำบัดจะมีประสิทธิผลในการรักษา แต่มักก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์หลายประการ ภาวะภูมิไวเกิน (hypersensitivity reactions: HSRs) เป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและเป็นอันตราย โดยเฉพาะจากยาเคมีบำบัดกลุ่ม platinum agents (carboplatin, oxaliplatin) และ taxanes (paclitaxel, docetaxel) (Jovisevic et al., 2024) อาการมีตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงรุนแรงถึงขั้น anaphylaxis หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและทันเวลาที่ อาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ พบการเสียชีวิตจากภาวะ HSRs แบบ Anaphylaxis สูงเป็นอันดับ 3 (Zaikov et al., 2024) ซึ่งยา oxaliplatin มีความเสี่ยงต่อการเกิด HSRs สูงถึงร้อยละ 38 รองลงมาเป็นยา carboplatin เกิด severe anaphylaxis ร้อยละ 8 ซึ่งพบในรายที่ได้ยา carboplatin มาแล้วหลายรอบ ยาเคมีบำบัดที่ให้ทางหลอดเลือดดำมีความเสี่ยงต่อการเกิด severe anaphylaxis ได้ร้อยละ 0.5 ของผู้ป่วยทั้งหมดด้วย (Jovisevic et al., 2024) ภาวะ HSRs ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย แต่ยังนำไปสู่การยุติหรือปรับเปลี่ยนสูตรยาเคมีบำบัดที่จำเป็น ซึ่งอาจลดประสิทธิผลของการรักษาโดยรวม และเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา (Syriou et al., 2021) จากการศึกษาพบว่า การป้องกัน HSRs มีความสำคัญต่อการรักษาโรคมะเร็งให้ต่อเนื่องและความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งแนวทางการป้องกัน HSRs ประกอบด้วย คัดกรองความเสี่ยงล่วงหน้า การใช้ premedication หลายชนิดและปรับเวลา/ขนาดให้เหมาะกับยา ควบคุมและยืดเวลาการให้ยาเมื่อจำเป็น และการจัดการเมื่อเกิดภาวะ HSRs ที่มีมาตรฐาน ซึ่งจะช่วยลดทั้งอุบัติการณ์ ความรุนแรงของ HSRs และยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดที่มีประสิทธิภาพสูงต่อไปได้อย่างปลอดภัย (Barroso et al., 2024)

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็ง มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันและการเฝ้าระวังภาวะ HSRs ตลอดกระบวนการให้ยาเคมีบำบัด รวมถึงการจัดการภาวะ HSRs ตามมาตรฐาน การให้ความรู้ผู้ป่วย และการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การมีทักษะการประเมินและจัดการภาวะ HSRs การบริหารยาเคมีบำบัดอย่างปลอดภัย รวมถึงการใช้แนวทางที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ การพัฒนาระบบการดูแลให้มีมาตรฐานและการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เป็นสมรรถนะที่จำเป็นต่อการป้องกันและเฝ้าระวังภาวะ HSRs และเป็นหัวใจสำคัญที่สามารถป้องกัน HSRs ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น แม้ว่าแนวคิด evidence-based practice (EBP) จะได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในวิชาชีพพยาบาล แต่ยังคงพบว่าการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน HSRs ยังมีความหลากหลาย ขาดบูรณาการ และยังไม่ได้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบันและน่าเชื่อถือในหลายบริบท (Li et al., 2024) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบถึงเจตคติ ความรู้ และทักษะด้านการปฏิบัติบนพื้นฐานเชิงประจักษ์ พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อ EBP แต่ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการนำไปใช้จริง ส่งผลให้การป้องกัน HSRs ยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน (Adombire

et al., 2024) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guidelines: CNPGs) จึงเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการยกระดับคุณภาพการบริการพยาบาล (Polit & Beck, 2021)

โรงพยาบาลน่าน เป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งในเขตภาคเหนือตอนบน มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติการให้บริการของหน่วยเคมีบำบัด พบจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในปี พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 ทั้งสิ้น 982, 984 และ 934 ราย ตามลำดับ พบการเกิด HSRs จำนวน 57 ครั้ง, 40 ครั้ง และ 32 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 5.7, 4.1 และ 3.4 ตามลำดับ การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังการเกิดภาวะ HSRs ของหน่วยเคมีบำบัดทำการปรับระดับ (titrate) ยาเคมีบำบัดตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ โดยใช้เครื่องปรับหยดสารละลายทุกครั้งในอัตราเดียวกันทุกเครื่อง แต่ยังคงความต่อเนื่องของการให้การพยาบาลหลังการให้ยาเคมีบำบัด รวมถึงการติดตามดูแลผู้ป่วยไม่เป็นที่ทางเดียวกัน นอกจากนี้ในปี 2566 พบอุบัติการณ์ HSRs ความรุนแรงระดับ 3 มากถึง 4 ราย (กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลน่าน, 2566)

จากการทบทวนสถานการณ์และการปฏิบัติงานในปัจจุบันของโรงพยาบาลน่าน พบว่า ยังขาดแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานและพัฒนาอย่างเป็นระบบตามกรอบแนวคิดที่ได้รับการยอมรับเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยเฉพาะ ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานจึงเล็งเห็นความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในประเด็นดังกล่าว โดยใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบภายใต้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของ Nation Health and Medical Research Council (NHMRC) แห่งประเทศออสเตรเลีย (1999) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เป็นระบบและได้รับการยอมรับในระดับสากล เน้นการพัฒนาแนวปฏิบัติที่เข้มงวดทางวิชาการ ตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในบริบททางคลินิก เน้น systematic review การประเมินคุณภาพของหลักฐานการมีคณะผู้เชี่ยวชาญสหสาขาวิชาชีพ และการคำนึงถึงบริบทและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ใช้นโยบาย (NHMRC, 1999) กระบวนการนี้ช่วยสร้างความมั่นใจว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพ และความน่าเชื่อถือ สามารถนำไปใช้เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเพิ่มความปลอดภัยและพัฒนาผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคมะเร็งในโรงพยาบาลน่านต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและเฝ้าระวังภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้และความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นในการลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลน่าน

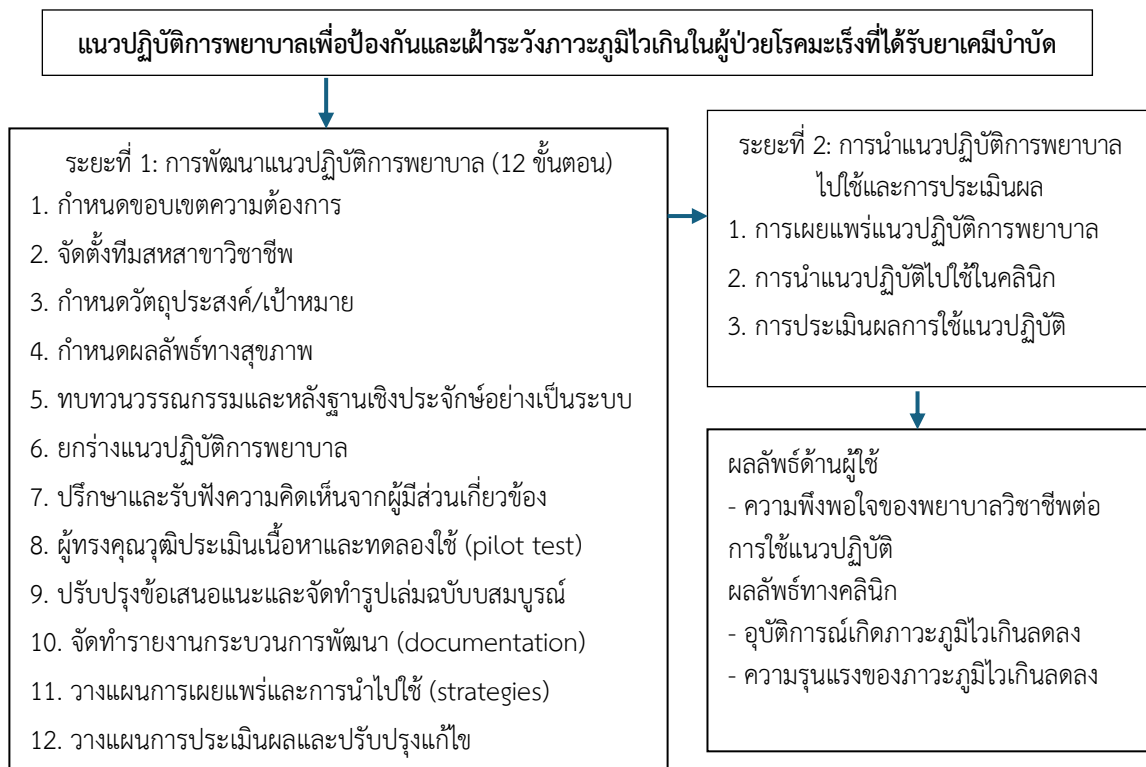
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาการใช้และประเมินผลแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ของประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) เป็นแนวทางในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 12 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดความต้องการและขอบเขตแนวปฏิบัติ 2) กำหนดทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ 3) กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายผู้ใช้นโยบาย 4) กำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพ 5) ทบทวน

วรรณกรรมเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ 6) ยกร่างแนวปฏิบัติ 7) จัดทำแผนการเผยแพร่และแผนการใช้แนวปฏิบัติ 8) จัดทำแผนการประเมินผลการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติ 9) จัดทำรูปเล่มแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น 10) จัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ 11) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินเนื้อหาแนวปฏิบัติทดลองใช้แนวปฏิบัติและประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และ 12) ปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ใช่ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ และระยะที่ 2 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาไปใช้และประเมินผลประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) การเผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาล 2) การนำแนวปฏิบัติไปใช้ และ 3) การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ด้านอุบัติการณ์และความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และด้านความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายการพยาบาล ดังแสดงในภาพที่ 1

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิดที่ทำให้เกิดภาวะภูมิไวเกิน ได้แก่ ยา Paclitaxel, Oxaliplatin, Docetaxel, Rituximab และ Carboplatin หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลน่าน แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ตามขั้นตอนของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ของประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) และระยะที่ 2 การนำ

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาไปใช้และประเมินผล ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2567- 31 พฤษภาคม 2568

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยเคมีบำบัด อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้ กลุ่มที่ 1 ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย ผู้วิจัย 1 คน พยาบาลวิชาชีพ หน่วยเคมีบำบัด จำนวน 1 คน ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง (หลักสูตร 4 เดือน) และมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี เภสัชกร 1 คน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 ท่าน และกลุ่มที่ 2 ผู้ที่ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยเคมีบำบัด ซึ่งเป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการขึ้นไป ผ่านการอบรมหลักสูตรอบรมระยะสั้นสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด (หลักสูตร 1 เดือน) จำนวน 6 คน ที่ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะภูมิไวเกินจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่ทีมผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับภาวะภูมิไวเกินจากยาเคมีบำบัด โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนการใช้และประเมินผลแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ของประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999)

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยเคมีบำบัด และการอบรมเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งและการให้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น

3. แบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกระบวนการสร้างเครื่องมือ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด คำถามปลายเปิดเป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ส่วนคำถามปลายปิด ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน (rating scale) 5 ระดับ 1 คะแนน หมายถึง มีความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลน้อยที่สุด และ 5 คะแนน หมายถึง มีความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลมากที่สุด เกณฑ์ในการแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ระดับมากที่สุด มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 ระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 ระดับน้อย มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 และระดับน้อยที่สุด มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาล และแบบประเมินความเป็นไปได้ต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 1 และ .98 ตามลำดับ ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และประเมินคุณค่าความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติการพยาบาล ด้วยแบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation: AGREE model II) (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, กรมการแพทย์, 2556) มีหัวข้อการประเมิน 23 หัวข้อ 6 โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ได้ค่าคะแนนแต่ละหมวดร้อยละ 90.28, 84.72 , 86.46, 86.11, 90.63 และ 91.63

ตามลำดับ นำมาหาค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลได้ร้อยละ 88.31 ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพและน่าเชื่อถือ หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพหน่วยเคมีบำบัด จำนวน 6 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .95 และ .92 ตามลำดับ เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ความเหมาะสมกับสถานการณ์โดยนำปัญหาและอุปสรรคมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้ในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง 1 สิงหาคม ถึง 30 พฤศจิกายน 2567 โดยขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน และดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ตามขั้นตอนของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ของประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ดังนี้

1. กำหนดความต้องการและขอบเขตแนวปฏิบัติ จากการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัดและการเก็บตัวชี้วัดการเกิดภาวะ HSRs ของหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลน่าน พบอุบัติการณ์ HSRs ระดับ 3 มากถึง 4 ราย ในปี 2566 แม้จะมีแนวทางการปรับระดับยาเคมีบำบัด (flow) ที่เคยสร้างไว้ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2557 ซึ่งจากการวิเคราะห์ พบว่าแนวทางการปรับระดับยาเดิม ไม่ชัดเจนและไม่ครอบคลุมถึงระยะก่อนและหลังการรับยาเคมีบำบัด และพยาบาลยังปฏิบัติตามแนวปฏิบัติไม่ไปในทิศทางเดียวกัน จึงนำข้อมูลนี้เสนอทีมหน่วยเคมีบำบัด ในวาระการประชุมประจำเดือนประชุมร่วมกันครั้งที่ 1 เพื่อร่วมกันกำหนดขอบเขตของแนวปฏิบัติการพยาบาล และเห็นชอบในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อเป็นแนวปฏิบัติที่ดีต่อไป

2. กำหนดทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ เข้าพบและเรียนเชิญรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง และเภสัชกร เพื่อเป็นทีมคณะกรรมการที่ปรึกษา และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ทีมผู้พัฒนาประกอบด้วย ผู้วิจัย 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยเคมีบำบัด (ประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะสาขากายพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง) 1 คน เภสัชกร 1 คนและอาจารย์พยาบาล 2 คน ส่วนคณะกรรมการที่ปรึกษา คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 1 คน เภสัชกร 1 คน และพยาบาลชำนาญการพิเศษ 3 คน

3. กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายผู้ใช้แนวปฏิบัติ คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลประชุมร่วมกันครั้งที่ 2 เพื่อร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์ออกเป็น 3 ข้อคือ 1) เพื่อเป็นแนวทางแก่พยาบาลวิชาชีพสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัด 2) เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติ และ 3) เพื่อศึกษาผลของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 6 คน และ 2) กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับยาเคมีบำบัดชนิดที่ทำให้เกิดภาวะภูมิไวเกิน ได้แก่ ยา Paclitaxel, Oxaliplatin, Docetaxel, Rituximab, Carboplatin จำนวน 200 คน

4. กำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยกำหนดผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล แบ่งออกเป็น 2 ด้านคือ ผลลัพธ์ด้านผู้ใช้ คือ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติ และผลลัพธ์ด้านคลินิก คือ การลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

5. ทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติได้ทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ (literature review) ผู้วิจัยดำเนินการสืบค้นและรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์จากวรรณกรรม งานวิจัย ตลอดจนแนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guidelines) ทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและเฝ้าระวังภาวะภูมิไวเกินจากยาเคมีบำบัด

โดยใช้คำสำคัญ ได้แก่ hypersensitivity, paclitaxel, oxaliplatin, taxane, carboplatin, docetaxel, rituximab, titrate โดยทำการสืบค้นจากฐานข้อมูลทางวิชาการที่น่าเชื่อถือตั้งแต่ปี 2000 จนถึงปัจจุบัน เช่น PubMed, Journal of Professional Nursing, E-book, Evidence-Based Nursing Practice & Research, CINAHL Complete รวมถึงฐานข้อมูลไทย เช่น ThaiJO และ ThaiLIS จากการสืบค้นพบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง 35 เรื่อง แบ่งเป็นงานวิจัย 30 เรื่อง และแนวปฏิบัติ 5 เรื่อง นำมาคัดกรองและประเมินคุณภาพตามเกณฑ์ของ The Joanna Briggs Institute (JBI, 2017) แล้วนำเสนอให้ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติพิจารณาในประชุมครั้งที่ 3 เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ผลดี ผลเสีย และคัดเลือกหลักฐานที่เหมาะสมสำหรับพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ผลการคัดเลือกได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง 10 เรื่อง ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด 5 เรื่อง แบ่งออกเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการวิจัยโดยการออกแบบเชิงทดลอง (level 1b) 1 เรื่อง หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการวิจัยโดยออกแบบกึ่งทดลอง (level 2a) 3 เรื่อง และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการวิจัยโดยการสังเกตเชิงวิเคราะห์ (level 3b) จำนวน 1 เรื่อง

6. ดำเนินการยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยนำข้อมูลงานวิจัย และวรรณกรรมที่ผ่านการทบทวน (literature review) มาทำการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และจัดหมวดหมู่ออกเป็นข้อเสนอแนะเชิงคลินิกตามช่วงเวลาการพยาบาล 3 ระยะ คือ ระยะก่อน ขณะ และหลังให้ยาเคมีบำบัด นำมาจัดพิมพ์ร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลฉบับยกร่าง โดยระบุวิธีการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์และผลงานวิจัยอ้างอิงกำกับในแต่ละข้อปฏิบัติอย่างชัดเจน เพื่อพร้อมสำหรับการนำเสนอแก่ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติในการประชุมครั้งที่ 4 ร่วมกันพิจารณาถึงความถูกต้องและปรับแก้ไขให้เหมาะสมจนได้แนวปฏิบัติการพยาบาลฉบับยกร่าง

7. จัดทำแผนการเผยแพร่และแผนการใช้แนวปฏิบัติ โดยทีมพัฒนาแนวปฏิบัติร่วมกันประชุมครั้งที่ 5 เพื่อจัดทำแผนการเผยแพร่แนวปฏิบัติ และเสนอกลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

8. จัดทำแผนการประเมินผลการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติ โดยการประชุมร่วมกันของทีมพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งที่ 6 เพื่อจัดทำแผนการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติไว้ล่วงหน้าให้ครอบคลุมด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ รวมถึงการวางแผนวิธีรวบรวมข้อมูล

9. จัดทำรูปเล่มแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น โดยจัดทำรูปเล่มแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมี โรงพยาบาลน่าน

10. จัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยนำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขจนได้แนวปฏิบัติการพยาบาลฉบับสมบูรณ์

11. ให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินเนื้อหาแนวปฏิบัติ โดยนำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพทางเนื้อหา และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงและแก้ไขตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิให้มีความสมบูรณ์ และนำไปประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติโดยใช้ AGREE II พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพและน่าเชื่อถือ

12. ปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ใช่ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติ เข้าชี้แจงรายละเอียดของแนวปฏิบัติการพยาบาล ที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาให้แก่พยาบาลวิชาชีพ หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลน่าน เพื่อร่วมกันพิจารณาแนวปฏิบัติที่จัดทำขึ้นในรูปของการเสวนา และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เพื่อการปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกันและสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ที่หน่วยเคมีบำบัด โดยพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 6 คน ใช้เวลา 2 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 1-15 พฤศจิกายน 2567 และได้ประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า อยู่ในระดับ

มากที่สุด สามารถใช้ได้จริง และมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง หลังจากนั้นได้จัดพิมพ์แนวปฏิบัติการพยาบาลฉบับสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลความเป็นไปได้ของการของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้และการประเมินผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยเคมีบำบัด และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในหน่วยเคมีบำบัดทุกราย

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยเคมีบำบัด เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรอบรมระยะสั้นสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด (หลักสูตร 1 เดือน) จำนวน 6 ราย 2) ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ในหน่วยเคมีบำบัด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) มีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป 2) แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งและได้รับยาเคมีบำบัดชนิดที่ทำให้เกิดภาวะภูมิไวเกินชนิดใดชนิดหนึ่งในต่อไปนี้ ได้แก่ ยา Paclitaxel, Oxaliplatin, Docetaxel, Rituximab, Carboplatin เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยแพ้ยาเคมีบำบัดสูตรนั้น ๆ อย่างรุนแรงมาก่อนหน้าวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power (Faul et al., 2009) (a priori power analysis) สำหรับสถิติทดสอบที (independent t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (alpha) เท่ากับ 0.05 อำนาจในการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 และกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size (d)) เฉพาะที่ระดับ 0.353 ผลการคำนวณพบว่า ได้ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมกลุ่มละ 100 คน ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้รวมทั้งสิ้น 200 คน เพื่อให้มั่นใจว่ากลุ่มตัวอย่างมีความครอบคลุมต่อสูตรยาเคมีบำบัดประเภทต่าง ๆ และเพียงพอต่อการวิเคราะห์ผลลัพธ์เชิงคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกลุ่มก่อนการใช้แนวปฏิบัติ เก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ทางการพยาบาลจากเวชระเบียน ย้อนหลังระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงธันวาคม 2567 และกลุ่มหลังการใช้แนวปฏิบัติ 100 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากการใช้แนวปฏิบัติจริง ระหว่างเดือนมกราคม-พฤษภาคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิดที่ทำให้เกิดภาวะภูมิไวเกิน ได้แก่ ยา Paclitaxel, Oxaliplatin, Docetaxel, Rituximab, Carboplatin ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค สูตรยาเคมีบำบัด และ Cycle ยาเคมีบำบัดที่ได้รับ การได้รับคำแนะนำจากพยาบาล ในการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นขณะรับยาเคมีบำบัด ภาวะภูมิไวเกินจากยาเคมีบำบัดครั้งนี้

2. แบบประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งประเมินการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากการได้รับยาเคมีบำบัด ตามเกณฑ์ CTCAE version 5 ของ National Cancer Institute (NCI, 2017) การประเมินแบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่เกรด 1 คือ มีอาการหน้าแดงชั่วคราว มีผื่น มีไข้ และเกรด 5 คือ เสียชีวิต แบบประเมินนี้เป็นเครื่องมือมาตรฐานสากลที่ได้รับการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเชิงคลินิกโดย NCI แล้ว ผู้วิจัยจึงไม่นำเครื่องมือนี้ไปหาค่าความตรงและค่าความเชื่อมั่นซ้ำ แต่เพื่อป้องกันอคติจากการวัด (measurement bias) และให้เกิดความเที่ยงตรงระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อซักซ้อมความเข้าใจเกณฑ์

มาตรฐานดังกล่าว แก่พยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ประเมินหน้างานทุกคนก่อนเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล เพื่อให้มั่นใจว่าการจัดระดับความรุนแรงของอาการแสดงในผู้ป่วยทุกรายเป็นไปในทิศทางและมาตรฐานเดียวกัน

3. แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะภูมิไวเกินจากยาเคมีบำบัด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประเมินทั้งหมด 3 หมวด จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ ให้คะแนน 1 ในข้อที่ปฏิบัติ ให้คะแนน 0 ในข้อที่ไม่ได้ปฏิบัติ ประกอบด้วยก่อนให้ยาเคมีบำบัดจำนวน 7 ข้อ ขณะให้ยาเคมีบำบัด จำนวน 9 ข้อ และหลังให้ยาเคมีบำบัด จำนวน 3 ข้อ โดยการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง (direct observation) ของหัวหน้าเวรแต่ละวันที่ผ่านมาการซักซ้อมความเข้าใจข้อคำถามแล้ว และจากการตรวจสอบเวชระเบียนย้อนหลัง (retrospective chart audit) จากบันทึกทางการพยาบาล และใบบันทึกสัญญาณชีพ เพื่อยืนยันหลักฐานการปฏิบัติเชิงพฤติกรรม

4. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุดไปจนถึงน้อยที่สุด โดยมีการแบ่งเกณฑ์ระดับคะแนนดังนี้ ระดับมากที่สุด มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 ระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 ระดับน้อย มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.50- 2.49 และระดับน้อยที่สุด มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลมีค่า CVI เท่ากับ .92 และแบบสอบถามความพึงพอใจมีค่าความเชื่อมั่นด้วย Cronbach's alpha เท่ากับ .91 ส่วนแบบประเมิน CTCAE version 5 เป็นเกณฑ์มาตรฐานของ NCI จึงไม่ได้ตรวจสอบคุณภาพซ้ำ ทั้งนี้ผู้ประเมินได้รับการอบรมและซักซ้อมความเข้าใจเกี่ยวกับเกณฑ์การประเมินก่อนเก็บข้อมูลเพื่อให้มีมาตรฐานเดียวกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

นำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดไปใช้ ดำเนินการระหว่าง 1 มกราคม ถึง 31 พฤษภาคม 2568 ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมให้แก่พยาบาลหน่วยเคมีบำบัด จำนวน 6 คน ซึ่งเป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการวิจัยครั้งนี้ โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ความสำคัญ และรายละเอียดของแนวปฏิบัติการพยาบาลทั้งระยะ ก่อน ขณะ และหลังให้ยาเคมีบำบัด พร้อมทั้งอธิบายการบันทึกข้อมูลในเครื่องมือวิจัย เพื่อให้พยาบาลเกิดความเข้าใจที่ตรงกันในทุกข้อปฏิบัติ นอกจากนี้ได้นำกรณีศึกษาจำลองของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหรือแสดงอาการของภาวะ HSRs ในระดับต่าง ๆ (ตามเกณฑ์ CTCAE v5.0) มาให้พยาบาลทั้ง 6 คนร่วมกันวิเคราะห์และซักซ้อมบทบาทสมมติตามแนวปฏิบัติ และได้ดำเนินการทดสอบความเที่ยงตรงและความแม่นยำในการตัดสินใจทางคลินิก โดยให้ทำการประเมินและลงคะแนนในแบบประเมินการปฏิบัติพยาบาลจากกรณีศึกษาเดียวกัน จากนั้นนำผลมาคำนวณอัตราความสอดคล้อง ได้ค่าร้อยละ 85 หากพบพยาบาลบางท่านได้คะแนนไม่ถึงเกณฑ์ ผู้วิจัยจะทำการสอนเสริมเป็นรายบุคคล (individual coaching) จนกว่าจะผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จากนั้นเผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยจัดพิมพ์รูปเล่มแนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์ และจัดทำบอร์ดแสดงสาระสำคัญของแนวปฏิบัติการพยาบาล และจัดวางเล่มแนวปฏิบัติที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน และสามารถหยิบใช้ทบทวนได้สะดวก

2. ดำเนินการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยประกาศใช้แนวปฏิบัติ เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย และผลลัพธ์ขณะใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งในสัปดาห์แรกของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ผู้วิจัยจะทำหน้าที่เป็นผู้นำทีมทางคลินิกเพื่อร่วมสังเกตการณ์การปฏิบัติงานที่เตียงผู้ป่วย คอยให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาหน้างานทันที เพื่อป้องกัน

ความคลาดเคลื่อนจากแนวปฏิบัติ และได้จัดตั้งทีมผู้นำการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและติดตามผลลัพธ์
ขณะการใช้ เพื่อกระตุ้นเตือนให้พยาบาลได้ตระหนักถึงการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยทีมผู้วิจัยมีการกำกับ
การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ติดตามปัญหาและอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติจากสมุดบันทึก
รวบรวมปัญหาและอุปสรรคที่พยาบาลที่จัดบันทึกข้อมูลไว้ นอกจากนี้ยังสอบถามโดยตรงกับผู้ใช้งาน
ให้ช่องทางการติดต่อสื่อสารทางไลน์ส่วนตัวเมื่อเกิดปัญหา หรืออุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติ สร้างแรงจูงใจ
โดยกล่าวชมเชยแก่ผู้ใช้แนวปฏิบัติที่ได้ถูกต้อง ครบคลุม เป็นต้น โดยเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ระหว่าง
การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจากการทบทวนเวชระเบียนทุกวันจันทร์ พุธ และเสาร์

3. ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติเมื่อสิ้นสุดการทดลอง และวิเคราะห์ อภิปราย
ผลข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดของภาวะภูมิไวเกินจากการได้รับยาเคมีบำบัด ก่อนและหลังการใช้
แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi square)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล
โดยใช้สถิติทดสอบที ชนิดกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลน่าน เลขที่
REC No.054/2567 รับรอง กรกฎาคม 2567 ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และ
สิทธิในการถอนตนจากโครงการได้ทุกเมื่อ โดยไม่ส่งผลต่อการทำงานหรือการรักษา พร้อมทั้งลงนามยินยอม
และขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และใช้เพื่อวัตถุประสงค์
ทางวิชาการเท่านั้น กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตรที่มี
ความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกิน และได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานปกติของหน่วยงาน ก่อนที่จะมี
การพัฒนาและประกาศใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ทั้งนี้ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มก่อนใช้
แนวปฏิบัติ โดยการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง จากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่สิ้นสุดการรักษาไปแล้วในช่วง
3 เดือนที่ผ่านมา เพื่อใช้เป็นข้อมูลเปรียบเทียบกับกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติต่อไป โดยกระบวนการทั้งหมดจะถูก
เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยรหัสลับเพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยา
เคมีบำบัด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 6 คน เป็นเพศ
หญิงทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 50 อายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ
33.33 และอายุระหว่าง 41-50 ร้อยละ 16.67 มีอายุเฉลี่ย 32.50 ปี ($SD = 9.14$) อายุต่ำสุด 25 ปี และอายุ
สูงสุด 50 ปี ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100 มีประสบการณ์ทำงานอยู่หน่วยเคมีบำบัด
โรงพยาบาลน่าน ส่วนใหญ่มีอายุงานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 50 รองลงมาอายุงานระหว่าง 2-5 ปี ร้อยละ 33.33
และอายุงานน้อยกว่า 2 ปี ร้อยละ 16.67 การเข้ารับการอบรมเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง
(หลักสูตร 4 เดือน) คิดเป็นร้อยละ 33.33 นอกจากนี้ทุกคนได้ผ่านการอบรมการให้ยาเคมีบำบัด (หลักสูตร 1
เดือน) และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิดที่ทำให้เกิดภาวะภูมิไวเกิน
ร้อยละ 100

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของกลุ่มผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติต่อความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการไปใช้ ผลการวิจัยพบว่า ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.69, SD = .48$) โดยเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากันคือ ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ และความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง ($M = 4.80, SD = .41$) รองลงมาคือ ความง่ายต่อการนำไปใช้งาน ความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วย และความปลอดภัย ($M = 4.70, SD = .52$) ส่วนด้านที่ช่วยให้ดูแลผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้นมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M = 4.50, SD = .55$) นอกจากนี้ยังให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลว่า แนวปฏิบัติมีความเหมาะสม สามารถใช้ได้จริง และช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิดที่ทำให้เกิดภาวะภูมิไวเกิน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของพยาบาลต่อความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ($n=6$)

ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและเฝ้าระวัง ภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดไปใช้	M	SD	ระดับ
1. แนวปฏิบัติการพยาบาลง่ายต่อการนำไปใช้งาน	4.70	.52	มากที่สุด
2. แนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างได้ครอบคลุม	4.70	.52	มากที่สุด
3. แนวปฏิบัติการพยาบาลช่วยให้ท่านดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วมากขึ้น	4.50	.55	มากที่สุด
4. แนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย	4.70	.52	มากที่สุด
5. โดยภาพรวมท่านพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้	4.80	.41	มากที่สุด
6. แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง	4.80	.41	มากที่สุด
รวม	4.69	.48	มากที่สุด

ระยะที่ 2 การนำแนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาไปใช้และผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ ($n=100$) และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ ($n=100$) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ในทุกตัวแปร โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.00 และ 58.00 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 82.00 และ 89.00 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.00 และ 70.00 ตามลำดับ ประกอบอาชีพเกษตรกรและไม่ได้ทำงานเป็นหลัก มีสัดส่วนของผู้ที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัวใกล้เคียงกัน ตลอดจนส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการแพ้ยามาก่อน ร้อยละ 93.00 และ 98.00 ตามลำดับ สำหรับอายุของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ (61.99 ± 10.33) ปี และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ (60.96 ± 9.71) ปี ซึ่งเมื่อทดสอบด้วยสถิติทีชนิดกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) พบว่า อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.726, p = .469$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองช่วงเวลามีความคล้ายคลึงกันทางกายภาพ และสามารถนำไปเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการเฝ้าระวังภาวะภูมิไวเกินได้อย่างเหมาะสม

จากการใช้แนวปฏิบัติฯ โดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลน่าน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิดที่ทำให้เกิดภาวะภูมิไวเกิน ได้แก่ ยา Paclitaxel, Oxaliplatin, Docetaxel, Rituximab, Carboplatin ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติครบทั้ง 3 หมวด ได้แก่ ก่อน ขณะ

และหลังให้ยาเคมีบำบัด รวมทั้งหมด 19 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งในหมวดระหว่างการให้ยาพบว่า ทั้งก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการจัดการเมื่อเกิดภาวะภูมิไวเกิน ร้อยละ 100 ทั้ง 2 กลุ่ม ดังตารางที่ 2 และจากการประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาล โดยเปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติกลุ่มตัวอย่างมีการใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2

จำนวนร้อยละการได้รับการพยาบาลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ($n=200$)

รายการประเมิน	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	หลังใช้แนวปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)
ก่อนให้ยาเคมีบำบัด		
1 ประเมินสภาพผู้ป่วย	100 (100)	100 (100)
2 ชักประวัติการแพ้ยา และภาวะ HSRs ในรอบที่ผ่านมา	100 (100)	100 (100)
3 ตรวจสอบ Pre-medication ตามขนาดและระยะเวลาตาม Regimen	0 (0)	100 (100)
4 ตรวจสอบการได้รับยาในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะภูมิไวเกิน	0 (0)	100 (100)
5 ตรวจสอบอุปกรณ์ให้ครบถ้วนในการรักษาพยาบาลในกรณีเกิด HSRs	100 (100)	100 (100)
ขณะให้ยาเคมีบำบัด		
6 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับอาการผิดปกติ	25 (100)	100 (100)
7 มีป้ายแจ้งเตือนอาการที่ต้องเฝ้าระวัง	0 (0)	100 (100)
8 ให้ยา pre-medication ก่อนบริหารยาเคมีบำบัด 30 นาที	0 (0)	100 (100)
9 บริหารยาเคมีบำบัด ปรับอัตราการไหล (ตาม WI)	100 (100)	100 (100)
10 เฝ้าระวังและประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ HSRs (ตาม WI)	100 (100)	100 (100)
11 วัด Vital Sign ทุก 15 นาที	0 (0)	100 (100)
12 ประเมินอาการของผู้ป่วย 30 นาทีหลังผู้ป่วยรับยาเคมีบำบัดหมด	0 (0)	100 (100)
หลังให้ยาเคมีบำบัด		
13 ให้สุศึกษาเรื่องอาการแพ้ยา	0 (0)	100 (100)
14 แนะนำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์หากมีปัญหาก่อเกิดขึ้นหลังการรักษา	0 (0)	100 (100)
15 ทบทวนและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังได้รับยาเคมีบำบัดการมาตามนัด	0 (0)	100 (100)

ตารางที่ 3

เปรียบเทียบความแตกต่างของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ($n=200$)

ข้อมูลการเปรียบเทียบ	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ($n=100$)		หลังใช้แนวปฏิบัติ ($n=100$)		<i>t</i>	df	<i>p</i> -value
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด	5.75	1.313	15.00	.000	-70.433	198	< .001

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบการเกิดภาวะภาวะภูมิไวเกินระหว่างกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ พบว่า กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติอัตราการเกิดภาวะภาวะภูมิไวเกินต่ำกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) โดยกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติพบการเกิดภาวะภาวะภูมิไวเกินร้อยละ 25 ในขณะที่กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ พบเพียงร้อยละ 9 แสดงให้เห็นว่าการใช้แนวปฏิบัติสามารถลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะภูมิไวเกินได้อย่างมีนัยสำคัญ และผลการเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของภาวะภาวะภูมิไวเกิน (grade) ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ พบว่า กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติมีระดับความรุนแรงเฉลี่ยของภาวะภาวะภูมิไวเกิน ($M = 0.16$, $SD = 0.526$) ต่ำกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ($M = 0.50$, $SD = 0.882$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4

เปรียบเทียบการเกิดภาวะภาวะภูมิไวเกินระหว่างกลุ่มก่อนใช้และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติฯ (n=200)

ข้อมูลการเปรียบเทียบ	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	หลังใช้แนวปฏิบัติ	t	df	p-value ¹
	(n=100)	(n=100)			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
การเกิดภาวะภูมิไวเกิน					
ไม่เกิด	75 (75)	91 (91)	3.067	171.629	.003
เกิด	25 (25)	9 (9)			
ความรุนแรง					
1	1 (4)	2 (22.22)	3.310	161.609	.001
2	23 (92)	7 (77.78)			
3	1 (4)	0			

¹ Pearson Chi-Square, $p < .05$

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.67$, $SD = 0.23$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ในทุกรายการ โดยรายการที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุดเท่ากับ 5.00 ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความเข้าใจง่าย และแนวปฏิบัติการพยาบาลช่วยในการตัดสินใจเลือกการปฏิบัติงาน รองลงมาคือ รายการแนวปฏิบัติการพยาบาลใช้งานง่าย ($M = 4.83$, $SD = 0.41$) ส่วนรายการที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดแต่ยังคงอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความครอบคลุม, สามารถนำไปใช้ได้จริง และสามารถนำไปใช้ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้ ($M = 4.50$, $SD = 0.55$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5

ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการพยาบาลแนวปฏิบัติฯ (n=6)

รายการ	M	SD	ระดับความพึงพอใจ
1. แนวปฏิบัติการพยาบาล ใช้งานง่าย	4.83	0.41	มากที่สุด
2. แนวปฏิบัติการพยาบาล เข้าใจง่าย	5.00	0.00	มากที่สุด
3. แนวปฏิบัติการพยาบาล มีความครอบคลุม	4.50	0.55	มากที่สุด
4. แนวปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำไปใช้ได้จริง	4.50	0.55	มากที่สุด
5. ช่วยตัดสินใจเลือกการปฏิบัติได้	5.00	0.00	มากที่สุด
6. สามารถนำไปใช้ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้	4.50	0.55	มากที่สุด
7. ช่วยให้การบริการมีคุณภาพ	4.67	0.52	มากที่สุด
8. ความพึงพอใจภาพรวม	4.67	0.52	มากที่สุด
รวม	4.67	0.23	มากที่สุด

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ผลการศึกษาพบว่า การที่แนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นมีความเที่ยงตรง ครอบคลุม และมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริงในระดับมากที่สุดนั้น ($M = 4.69$) จากกระบวนการพัฒนาที่มีระเบียบวิธีวิจัยเป็นระบบตามกรอบแนวคิดการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติของสภาวิจัยทางการแพทย์ และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ซึ่งเป็นกรอบที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลสำหรับการสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิกที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ กระบวนการพัฒนาดังกล่าวครอบคลุมการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การสังเคราะห์หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ และการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริงในบริบทของหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลน่าน แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นครอบคลุม 3 หมวดหลัก ได้แก่ ระยะเวลาก่อน ขณะ และระยะหลังให้ยาเคมีบำบัด รวมทั้งสิ้น 19 ข้อ โดยมีการระบุยาเคมีบำบัดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกิน ได้แก่ Paclitaxel, Oxaliplatin, Docetaxel, Rituximab และ Carboplatin สอดคล้องกับข้อมูลทางวิชาการที่ยืนยันว่ายาเหล่านี้มีอัตราการเกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกินสูงและต้องการการดูแลที่เป็นระบบ (Castells et al., 2012) การพัฒนาแนวปฏิบัติที่ครอบคลุมและเป็นระบบ ช่วยให้พยาบาลมีแนวทางที่ชัดเจนในการปฏิบัติ ลดความผิดพลาดจากการตัดสินใจเชิงปัจเจกโดยปราศจากหลักฐานอ้างอิง กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา ทั้งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งวิทยา เภสัชกร และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ สะท้อนให้เห็นถึงความครอบคลุมและความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการนำแนวปฏิบัติไปปฏิบัติจริงในสถานการณ์คลินิก (Zhong et al., 2025)

2. ความเป็นไปได้และความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.69$, $SD = .48$) โดยเฉพาะด้านความพึงพอใจโดยรวมและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง ($M = 4.80$, $SD = .41$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีความชัดเจน เข้าใจง่าย ช่วยเพิ่มความมั่นใจ ลดความคลาดเคลื่อน และตรงกับบริบทการทำงาน มักได้รับการตอบรับที่ดีจากผู้ปฏิบัติ (อัจฉราภรณ์ ม่วงมูลตรี และศิรินทรา โคตะโน, 2563) ในส่วนของความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.67$, $SD = 0.23$) โดยรายการที่พยาบาลให้คะแนนสูงสุดคือ แนวปฏิบัติมีความเข้าใจง่าย และช่วยในการตัดสินใจเลือกการปฏิบัติงาน ($M = 5.00$) ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความชัดเจน กระชับ และสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นคุณลักษณะสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดการนำแนวปฏิบัติไปปฏิบัติจริงในงานประจำวัน (Zhong et al., 2025) อย่างไรก็ตาม รายการคะแนนต่ำสุดคือ ด้านการนำไปใช้ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ($M = 4.50$, $SD = 0.55$) แม้จะยังคงอยู่ในระดับมากที่สุด แต่ชี้ให้เห็นโอกาสในการพัฒนาต่อยอด ควรเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพในกระบวนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เพื่อให้เกิดความร่วมมือและความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย เป็นหลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบองค์รวม (Neuss et al., 2016) นอกจากนี้ข้อเสนอแนะของพยาบาลที่ระบุว่า แนวปฏิบัติมีความเหมาะสม สามารถใช้ได้จริง และช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิดที่ทำให้เกิดภาวะภูมิไวเกิน บ่งชี้ว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นตอบสนองความต้องการของผู้ปฏิบัติงานในบริบทของโรงพยาบาลน่านได้เป็นอย่างดี

3. ผลลัพธ์ของการใช้นโยบายปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นในการลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกิน ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้นโยบายปฏิบัติ พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนการใช้นโยบายปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจากเฉลี่ย 5.75 ได้คะแนนเต็ม 15 คะแนน ผลนี้สะท้อนให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นช่วยยกระดับคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยเฉพาะในรายการที่ก่อนใช้แนวปฏิบัติมีการปฏิบัติเป็นศูนย์ เช่น การตรวจสอบ pre-medication ตามขนาดและระยะเวลาตาม regimen (ให้น้อยกว่า 30 นาทีก่อนเริ่มยาเคมีบำบัด) การติดป้ายแจ้งเตือนอาการที่ต้องเฝ้าระวัง การวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที และการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน จากความเร่งรีบเพื่อรองรับผู้ป่วยและต้องการให้การบริการที่รวดเร็ว รวมถึงการคิดเอาเองตามปัจเจกบุคคล ซึ่งหลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลปฏิบัติได้ครบทุกรายการ คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนผลลัพธ์อุบัติการณ์การเกิดภาวะภูมิไวเกิน พบว่า กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติมีอัตราการเกิดภาวะภูมิไวเกินร้อยละ 9 ลดลงจากกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติที่พบร้อยละ 25 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .003$) การลดลงของอุบัติการณ์นี้มีนัยสำคัญในเชิงคลินิก เนื่องจากภาวะภูมิไวเกินอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จำเป็นต้องหยุดการรักษา หรืออาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (Zaikov et al, 2024) ผลดังกล่าวสนับสนุนว่าแนวปฏิบัติที่ครอบคลุมทั้งการเตรียมผู้ป่วย การให้ยา pre-medication อย่างถูกต้อง การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ มีส่วนสำคัญในการลดความเสี่ยงดังกล่าว ผลการเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกินระหว่างกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติพบว่า กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติมีระดับความรุนแรงเฉลี่ย ($M = 0.16, SD = 0.526$) ต่ำกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ ($M = 0.50, SD = 0.882$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) นอกจากนี้ในกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติพบผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับ 3 ร้อยละ 4 ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤต แต่ในกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติไม่พบผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับดังกล่าวเลย แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไม่เพียงช่วยลดอุบัติการณ์ แต่ยังช่วยลดความรุนแรงของภาวะภูมิไวเกินได้อีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้ไปกำหนดเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานของหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลน่าน อย่างเป็นทางการ
2. ควรจัดให้มีการอบรมทบทวนความรู้เรื่องภาวะภูมิไวเกินจากยาเคมีบำบัดและการใช้แนวปฏิบัติอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยเฉพาะสำหรับพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 2 ปี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลกระทบในระยะยาว เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการลดภาวะภูมิไวเกิน
2. ควรวิจัยระยะยาวเพื่อติดตามผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ
3. ควรเปรียบเทียบแนวปฏิบัติที่พัฒนานี้กับแนวทางสากล เช่น ESMO หรือ ASCO guidelines เพื่อหาความแตกต่างและแนวทางการปรับใช้

เอกสารอ้างอิง

โรงพยาบาลน่าน, กลุ่มงานการพยาบาล. (2566). *สถิติการให้บริการผู้ป่วยนอก หน่วยเคมีบำบัด*. (เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์).

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, กรมการแพทย์. (2556). *การประเมินคุณภาพแนวทางเวชปฏิบัติ: Appraisal of guideline for research & evaluation II (AGREE II)* ฉบับภาษาไทย. กระทรวงสาธารณสุข.

อัจฉราภรณ์ ม่วงมุลตรี, และศิรินทรา โคตะโน. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเพื่อป้องกันภาวะภูมิไวเกินจากการได้รับเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 1(2), 115–122.

- Adombire, S., Baiden, D., Puts, M., Puchalski Ritchie, L. M., Ani-Amponsah, M., & Cranley, L. (2024). Knowledge, skills, attitudes, beliefs, and implementation of evidence-based practice among nurses in low- and middle-income countries: A scoping review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 21, 542–553. <https://doi.org/10.1111/wvn.12734>
- Barroso, A., Estevinho, F., Hespanhol, V., Teixeira, E., Ramalho-Carvalho, J., & Araújo, A. (2024). Management of infusion-related reactions in cancer therapy: Strategies and challenges. *ESMO Open*, 9(3), 102922. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2024.102922>
- Castells, M., Sancho-Serra, M.d.C., & Simarro, M. (2012). Hypersensitivity to antineoplastic agents: Mechanisms and treatment with rapid desensitization. *Cancer Immunology, Immunotherapy*, 61(9), 1575–1584. <https://doi.org/10.1007/s00262-012-1273-x>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149–1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Jovisevic, M., Brdar-Zelen, T., & Bogdan, M. (2024). Hypersensitive reactions to chemotherapy. *Medicinski Pregled*, 77(9-12), 317–323. <https://doi.org/10.2298/mpns2412317j>
- Li, H., Xu, R., Gao, D., Fu, H., Yang, Q., Chen, X., Hou, C., & Gao, J. (2024). Evidence-based practice attitudes, knowledge and skills of nursing students and nurses, a systematic review and meta-analysis. *Nurse Education in Practice*, 78, 104024. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.104024>
- National Cancer Institute. (2017). *Common terminology criteria for adverse events (CTCAE) version 5.0*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://dctd.cancer.gov/research/ctep-trials/for-sites/adverse-events/ctcae-v5-5x7.pdf>
- National Health and Medical Research Council (NHMRC). (1999). *A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines*. Commonwealth of Australia.
- Neuss, M. N., Gilmore, T. R., Belderson, K. M., Billett, A. L., Conti-Kalchik, T., Harvey, B. E., Hendricks, C., LeFebvre, K. B., Mangu, P. B., McNiff, K., Olsen, M., Schulmeister, L., Von Gehr, A., & Polovich, M. (2016). 2016 updated American society of clinical oncology/oncology nursing society chemotherapy administration safety standards, including standards for pediatric oncology. *Journal of Oncology Practice*, 12(12), 1262–1271. <https://doi.org/10.1200/JOP.2016.017905>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Rocha, M., Ruppen, I., Gesualdo, M., Fernandes, M., De Oliveira Barros, P., Leandro, A., Hellmann, E., Porcinelli, A., Piccoli, L., Gasparotto, G., Barreto, T., Zanini, C., Gois, G.,

- Reis, L., & Perez, H. (2025). Chemotherapy-related toxicities and clinical management: An article review. *Journal of Cancer Research Reviews & Reports*, 7(3), 1-3. [https://doi.org/10.47363/jcrr/2025\(7\)216](https://doi.org/10.47363/jcrr/2025(7)216)
- Siegel, R. L., Miller, K. D., Fuchs, H. E., & Jemal, A. (2022). Cancer statistics, 2022. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 72(1), 7–33. <https://doi.org/10.3322/caac.21708>
- Syrigou, E., Saif, M. W., & Makrilia, N. (2021). Management of hypersensitivity reactions to chemotherapy drugs. *Journal of Oncology Practice*, 17(5), 229–237.
- The Joanna Briggs Institute. (2017). *The Joanna Briggs Institute critical appraisal tools for use in JBI systematic reviews checklist for qualitative research*. The Joanna Briggs Institute. https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Qualitative_Research2017_0.pdf
- Virani, S., Bilheem, S., Chansaard, W., Chitapanarux, I., Daoprasert, K., Khuanchana, S., Leklob, A., Pongnikorn, D., Rozek, L. S., Siriarechakul, S., Suwanrungruang, K., Tassanasunthornwong, S., Vatanasapt, P., & Sriplung, H. (2017). National and subnational population-based incidence of cancer in Thailand: Assessing cancers with the highest burdens. *Cancers*, 9(8), 108. <https://doi.org/10.3390/cancers9080108>
- Zaikov, S., Lykova, M., Hritsova, N., & Veselovsky, L. (2024). Hypersensitivity to chemotherapeutic drugs for the treatment of neoplasms. Literature review. *Infusion & Chemotherapy*, 7(4), 35–42. <https://doi.org/10.32902/2663-0338-2024-4-35-42>
- Zhong, D., Wu, Y., Aarons, G. A., Hutchinson, A. M., Wong, W. C., Lv, S., Song, Z., Wu, Y., Bishai, D. M., Chen, K., Yang, N., Chen, Y., Liu, Z., Yan, L., Zhou, P., & Xu, D. R. (2025). Implementability of clinical practice guidelines: the review and development of a comprehensive framework for guideline implementability (CFG). *Implementation Science Communications*, 6(1), 106. <https://doi.org/10.1186/s43058-025-00780-3>

ผลของโปรแกรมวิถีทัศน์แบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคมต่อทักษะทางสังคม
ในเด็กออทิสติกวัยเรียน

ธีรนาฏ จันคง, พย.ม.*

สุตาพร สถิตยทุธการ, ปร.ด.**

Received: October 15, 2025

Revised: August 20, 2026

Accepted: August 25, 2026

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมวิถีทัศน์แสดงตัวแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคมต่อทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยเรียน กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ เด็กออทิสติกวัยเรียนที่มีความบกพร่องทักษะทางสังคม จำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 คน เครื่องมือวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ 1. โปรแกรมวิถีทัศน์แสดงตัวแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคม 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1. แบบสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยเรียน 2. แบบประเมินแรงจูงใจทางสังคม โดยใช้แบบประเมิน SSDS 1.0 (Stanford Social Dimensions Scale) โดยแบบสังเกตทักษะทางสังคม และแบบประเมินแรงจูงใจทางสังคม มีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .89 และ .98 ตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้เท่ากับ .92 และ .92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และสถิติทดสอบที

ผลการศึกษาพบว่า เด็กออทิสติกวัยเรียนที่ได้รับโปรแกรมวิถีทัศน์แสดงตัวแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 13.81 ($SD = 2.63$) สูงวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.24 ($SD = 1.89$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -8.82$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.81 ($SD = 2.63$) สูงวกกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.38 ($SD = 1.46$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.60$) ดังนั้นโปรแกรมวิถีทัศน์แสดงตัวแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคมสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยเรียน

คำสำคัญ: โปรแกรมวิถีทัศน์ ตัวแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคม ทักษะทางสังคม เด็กออทิสติก เด็กวัยเรียน

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: Sudaporn.st@chula.ac.th

The Effect of Social Motivation Modeling Video Program on Social Skills among School-age with Autistic Spectrum Disorder

Teeranart Chankong, B.N.S.*

Sudaporn Stithyudhakarn, Ph.D.**

Abstract

This study is a quasi-experimental research with a two-group pretest-posttest design. The objective is to examine the effect of a video modeling program promoting social motivation on the social skills of school-aged autistic children. The sample was specifically selected based on predetermined criteria, consisting of 42 school-aged autistic children with social skill deficits, divided into an experimental group and a control group, each with 21 participants. The research instruments are divided into two parts: 1) the experimental tool, which includes 1. The video modeling program to promote social motivation 2) Data collection instruments include 1. Observation form for social skills of school-aged children with autism 2. The social motivation assessment using the SSDS 1.0 (Stanford Social Dimensions Scale) showed content validity indices of .89 and .98 for the social skills observation and social motivation assessment, respectively. The reliability was .92 and .92. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test statistics.

The study found that school-aged autistic children who received the video modeling program to promote social motivation had an average social skills score of 13.81 ($SD = 2.63$) higher than before participating in the program, which had an average score of 10.24 ($SD = 1.89$) significantly at the .05 level ($t = -8.82$). When comparing the average social skills scores after the experiment between the experimental group and the control group, it was found that the group that received the program had an average score of 13.81 ($SD = 2.63$) higher than the group that received standard care, which had an average score of 9.38 ($SD = 1.46$) significantly at the .05 level ($t = 6.60$). Therefore, the video modeling program to promote social motivation can be used as a guideline to enhance the social skills of school-aged children with autism.

Keywords: Video program, Model to promote social motivation, Social skills,
Autistic children, School-age children

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University; Corresponding Author E-mail: Sudaporn.st@chula.ac.th

บทนำ

โรคออทิสติกสเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder: ASD) เป็นความผิดปกติของพัฒนาการเด็ก ซึ่งมีลักษณะเฉพาะตัว โดยเด็กไม่สามารถพัฒนาทักษะทางสังคมและการสื่อความหมายได้เหมาะสมตามวัย มีลักษณะพฤติกรรม การทำกิจกรรม และความสนใจ เป็นแบบแผนซ้ำ ๆ จำกัดเฉพาะบางเรื่อง และไม่ยืดหยุ่น ปัญหาดังกล่าวเป็นตั้งแต่เด็กเล็ก ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการดำรงชีวิต (American Psychiatric Association [APA], 2022) สถิติของผู้ป่วยออทิสติกที่ได้รับการขึ้นทะเบียนบัตรคนพิการในประเทศไทย พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนผู้ป่วยออทิสติกเป็นอันดับ 2 รองจากภาคกลางและภาคตะวันออก โดยจำนวนผู้ป่วยออทิสติก ในปีพ.ศ. 2565-พ.ศ. 2567 จำนวน 3,923 4,727 และ 5,849 คน ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมากประมาณปีละ 1,000 คน สำหรับจังหวัดสุรินทร์มีผู้ป่วยออทิสติกในปี พ.ศ. 2565-พ.ศ. 2567 จำนวน 200, 240 และ 291 คน ตามลำดับ (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, 2567)

ผู้ป่วยออทิสติกมีแนวโน้มมากขึ้นทุกปีแต่เข้าสู่ระบบการศึกษาได้น้อยลง ทั้งนี้ผู้ป่วยเด็กออทิสติกวัยเรียน ที่สามารถเข้ารับการเรียนที่ห้องเรียนคู่ขนานสำหรับบุคคลออทิสติกนั้น มีความผิดปกติของอาการออทิสติกในระดับน้อย (mild) - ปานกลาง (moderate) มีความบกพร่องทักษะทางสังคมและการรับรู้อารมณ์ของผู้อื่น และยังพบปัญหาเรื่องความยืดหยุ่นในบางด้าน เช่น การทานอาหารซ้ำ ๆ การใช้เส้นทางเดิมในการเดินทาง เป็นต้น (สุรเชษฐ์ ชังนิมิตร, 2566) มีทักษะด้านกลั่นเนื้อไถ่เคียงกับเด็กปกติ และด้านวจนภาษา เด็กออทิสติกสามารถสื่อสารได้เป็นคำ 2-3 คำต่อเนื่องกัน จนถึงบางรายสามารถสื่อสารได้เป็นประโยค ด้านวจนภาษา สื่อสารด้วยพฤติกรรมได้ เช่น การจูงมือ ผลัก เป็นต้น แต่พบว่า ด้านทักษะทางสังคม มีความบกพร่องชัดเจน ได้แก่ ไม่เข้าใจมารยาทและกาลเทศะ ไม่เข้าใจบทบาททางสังคมและความเป็นส่วนตัวของบุคคล ไม่สามารถเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกบุคคลอื่น ไม่สามารถรับรู้หรือคาดเดาเหตุการณ์ได้ ไม่เข้าใจสภาพแวดล้อมรอบตัว สามารถมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับผู้อื่นได้ระยะสั้น ๆ (แก้วตา นพณิจารัสเลิศ และคณะ, 2559; สุรเชษฐ์ ชังนิมิตร, 2566; โรงพยาบาลอุบลประสาธไวทยโยธัมภ์, 2567)

ปัญหาหลักที่สำคัญในผู้ป่วยเด็กออทิสติกวัยเรียน (6-12 ปี) ที่มีความผิดปกติของอาการออทิสติกในระดับน้อย-ปานกลาง คือ ความบกพร่องด้านทักษะทางสังคม มักมีปัญหาในการเล่นกับเพื่อนไม่ได้ ไม่สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นได้ การสื่อสารไม่เหมาะสม บกพร่องการรับรู้อารมณ์ของผู้อื่น (นาถดา ตะวันกาญจน์โชติ, 2559; สุรเชษฐ์ ชังนิมิตร, 2566) ทำให้ไม่อยากไปโรงเรียน ขาดแรงจูงใจในการเข้าสังคม โดยแรงจูงใจทางสังคม (social motivation) หมายถึง การกระตุ้นหรือเร้าความรู้สึกของเด็กออทิสติกวัยเรียน ในการมีส่วนร่วมหรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Constantino, 2012) ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่กว้างขึ้น ต้องการเป็นที่ยอมรับ โดยเด็กวัยเรียนจะเริ่มมีการเปรียบเทียบกับคนอื่น หากเด็กไม่รู้สึกรเป็นส่วนหนึ่งของสังคมจะทำให้เกิดความสับสนในช่วงวัยต่อ ๆ ไป (ณัฐวัฒน์ งามสมุทร และคณะ, 2562) แรงจูงใจทางสังคมที่บกพร่องในเด็กออทิสติกมีความบกพร่องใน 3 ด้าน ได้แก่ การเข้าสังคม (social orienting) การแสวงหารางวัลทางสังคม (seeking and liking) และการคงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพในสังคม (social maintaining) (Chevallier et al., 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติก ได้แก่ ปัจจัยด้านจิตใจคือ แรงจูงใจทางสังคม (social motivation) แม้ว่าจะมีความสัมพันธ์ต่อทักษะทางสังคมในระดับปานกลาง ($r=-0.305$, $p = 0.002$) (Itskovich et al., 2020) แต่แรงจูงใจทางสังคมเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการที่เด็กจะแสดงพฤติกรรมออกมา (Shkel et al., 2025) หากเด็กมีแรงจูงใจทางสังคมที่มากพอ จะทำให้เกิดการเรียนรู้ทักษะทางสังคมได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กออทิสติกวัยเรียน เป็นวัยที่มี

ข้อจำกัดด้านการให้ความสนใจ การรับรู้ การเรียนรู้ ซึ่งทำให้แรงจูงใจทางสังคมลดลงตามไปด้วย หากเด็กออทิสติกไม่มีแรงจูงใจทางสังคม ทำให้โอกาสในการมีสังคมลดลง ส่งผลให้มีความบกพร่องทักษะทางสังคม และปัจจัยด้านครอบครัวคือ การเลี้ยงดูเชิงบวก ซึ่งหมายถึง การมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแล แสดงถึงความใส่ใจดูแล จะช่วยให้เด็กได้พัฒนาทักษะทางสังคมได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

ผลกระทบจากความบกพร่องทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติก ส่งผลต่อการใช้ชีวิตและการเรียนของเด็ก หากไม่ได้รับการแก้ไขจะนำไปสู่ปัญหาทางจิตใจและการพัฒนาการด้านอื่น ๆ (นาถลดา ตะวันกาญจน์โชติ, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของ ดารณี อุทัยรัตนกิจ (2545) พบว่า เด็กออทิสติกที่เข้าโรงเรียนเรียนร่วมนั้น มักจะมีปัญหาในการเรียนและการปรับตัวเนื่องมาจากการขาดทักษะทางสังคมเป็นหลัก รวมทั้งส่งผลเมื่อเด็กเข้าสู่วัยรุ่นซึ่งต้องมีสัมพันธภาพทางสังคมมากขึ้น ความบกพร่องทักษะทางสังคมทำให้เกิดความยุ่งยากและมีพฤติกรรมรุนแรงขึ้น จนต้องเข้ารักษา ก่อให้เกิดความกดดันและกังวลมากขึ้น มีผลต่อคุณภาพชีวิตและมีโอกาสเกิดโรคทางจิตเวชร่วม เช่น ภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบได้มากกว่าคนปกติในวัยเดียวกันถึง 4 เท่า (Hudson et al., 2019) ความวิตกกังวลที่ผิดปกติ เสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด ประพฤติผิดกฎหมาย สร้างความรุนแรงในสังคม และอาจจะมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง (Kiep et al., 2014) ส่งผลต่อเด็กออทิสติก ไม่มีเพื่อน มีปัญหาในการปรับตัว ก่อให้เกิดความขัดแย้งและปัญหาในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ขาดโอกาสในการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ

แนวทางหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมทักษะทางสังคมและแรงจูงใจทางสังคมในเด็กออทิสติก คือ การใช้วีดิทัศน์ตัวแบบ (video modeling) ซึ่งเป็นเทคนิคที่เปิดโอกาสให้เด็กเรียนรู้พฤติกรรมผ่านการสังเกตตัวแบบที่แสดงพฤติกรรมหรือสถานการณ์ทางสังคมที่เหมาะสม เด็กสามารถดูเหตุการณ์และพฤติกรรมที่ต้องการเรียนรู้ซ้ำได้หลายครั้ง ช่วยให้เด็กเห็นลำดับขั้นตอนของพฤติกรรมอย่างชัดเจน ลดความซับซ้อนของสถานการณ์จริง และเอื้อต่อการนำพฤติกรรมที่เรียนรู้ไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง เทคนิคดังกล่าวมีพื้นฐานสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) ของ Bandura (1977) ซึ่งอธิบายว่าบุคคลสามารถเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ผ่านกระบวนการสังเกต การเลียนแบบตัวแบบ และการได้รับแรงเสริม โดยเฉพาะเมื่อพฤติกรรมนั้นมีความหมายและมีแรงจูงใจต่อผู้เรียน

นอกจากการจัดกระทำโดยตรงกับตัวเด็กแล้ว การมีส่วนร่วมของครอบครัวถือเป็นองค์ประกอบสำคัญในการส่งเสริมทักษะทางสังคม เนื่องจากครอบครัวเป็นบริบทที่เด็กใช้ชีวิตและมีโอกาสฝึกพฤติกรรมในชีวิตประจำวันมากที่สุด การเลี้ยงดูเชิงบวกและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลสามารถช่วยให้เด็กได้รับการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง รวมถึงได้รับแรงเสริมที่เหมาะสมเมื่อแสดงพฤติกรรมทางสังคมที่พึงประสงค์ การศึกษาของ อาริสรา ทองเหม และประพิมพ์ใจ เปี่ยมคุ้ม (2560) พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกมีส่วนช่วยพัฒนาทักษะด้านสังคม ดังนั้นการนำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการทบทวนสิ่งที่เด็กเรียนรู้จากวีดิทัศน์ การกระตุ้นให้เด็กฝึกปฏิบัติตามตัวแบบ และการเปิดโอกาสให้เด็กนำทักษะไปใช้ในสถานการณ์จริงที่บ้าน จึงน่าจะช่วยให้การเรียนรู้มีความต่อเนื่องและเกิดการถ่ายโอนทักษะไปสู่ชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริมทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติกจำนวนหนึ่งมุ่งเน้นการฝึกพฤติกรรมโดยตรง ขณะที่การส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคมซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการเข้าหาและมีส่วนร่วมทางสังคม ยังเป็นประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนา โดยเฉพาะการออกแบบโปรแกรมที่ผสมผสานการใช้วีดิทัศน์ตัวแบบเข้ากับการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อให้เด็กไม่ได้เพียง “รู้ว่าควรทำอะไร” แต่เกิดความสนใจและต้องการมีส่วนร่วมกับผู้ดูแล และสามารถนำพฤติกรรมที่เรียนรู้ไปใช้ในบริบทจริงได้อย่างต่อเนื่อง

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมวิดีโอที่ต้นแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคม สำหรับเด็กออทิสติกวัยเรียน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura (1977) เป็นกรอบในการออกแบบโปรแกรม ร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและการเลี้ยงดูเชิงบวก โดยใช้วิดีโอเป็นต้นแบบในการนำเสนอพฤติกรรมและสถานการณ์ทางสังคมที่เหมาะสม กระตุ้นให้เด็กเกิดความสนใจและแรงจูงใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พร้อมส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีบทบาทในการทบทวนและกระตุ้นการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน การเปิดโอกาสให้เด็กนำทักษะไปใช้ในสถานการณ์จริง และการให้แรงเสริมทางบวกเมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม ทั้งนี้เพื่อเพิ่มแรงจูงใจทางสังคมและพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยเรียน อันจะนำไปสู่การเพิ่มความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร การมีส่วนร่วมกับผู้อื่น และการปรับตัวในสังคม ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตของเด็กในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยเรียนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวิดีโอที่ต้นแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคม
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยเรียนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมวิดีโอที่ต้นแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนค่าเฉลี่ยทักษะทางสังคมของผู้ป่วยเด็กออทิสติกวัยเรียนหลังเข้าร่วมโปรแกรมวิดีโอที่ต้นแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมวิดีโอที่ต้นแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคม
2. คะแนนค่าเฉลี่ยทักษะทางสังคมของผู้ป่วยเด็กออทิสติกวัยเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมวิดีโอที่ต้นแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในงานวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดของ Chevallier et al. (2012) กล่าวว่าแรงจูงใจทางสังคมเป็นพลังที่นำให้มนุษย์แสดงพฤติกรรม ทำให้เกิดพัฒนาการด้านการปรับตัวที่เป็นการฝึกแต่ละบุคคลให้มีการอยู่ร่วมกับสิ่งแวดล้อมได้ และการที่แรงจูงใจทางสังคมบกพร่อง เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดอาการออทิสติก โดยแรงจูงใจทางสังคมตามแนวคิดของ Chevallier et al. (2012) ประกอบด้วย 1. การเข้าสังคม (social orienting) 2. การแสวงหารางวัลทางสังคม (seeking and liking) และ 3. การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในสังคม (social maintaining) ร่วมกับใช้ทฤษฎี social learning theory (Bandura, 1997) ร่วมด้วย ซึ่งเชื่อว่าการเรียนรู้ของเด็กจะเกิดโดยการเรียนรู้จากต้นแบบโดยต้องเกิดจากการมีความตั้งใจที่จะเลียนแบบ จากนั้นจดจำและสร้างพฤติกรรมให้เกิดขึ้น แบ่งได้ 4 ขั้น ได้แก่ 1. กระบวนการใส่ใจ (attention) 2. กระบวนการเก็บจำ (retention) 3. กระบวนการกระทำ (reproduction) และ 4. กระบวนการจูงใจ (motivation) เพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคมที่让孩子สามารถทำตามทีละขั้นตอนและสร้างความสนใจของเด็กออทิสติก กระตุ้นความสนใจให้เกิดการเรียนรู้ ทำให้ทักษะทางสังคมและทักษะการสื่อสารสูงขึ้น ร่วมกับการเลี้ยงดู

ทางบวกที่เน้นการมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติก โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มประกอบด้วย 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 5 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมวิถีทัศน์แสดงตัวแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคมต่อทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติก
วัยเรียนตามแนวคิดแรงจูงใจทางสังคมของ (Chevallier et al., 2012) ร่วมกับทฤษฎีเรียนรู้
ทางสังคม (Bandura, 1977) โดยผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการฝึกอย่างต่อเนื่องทุกกิจกรรม
ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ครั้งละ 60-90 นาที

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์มาช่วยกันฝึก (ทักษะ) สังคม เป็นกิจกรรมที่สร้างสัมพันธ์ภาพ
ระหว่างเด็กออทิสติก ผู้ดูแลหลัก

กิจกรรมที่ 2 สัญญานั่นจากเธอเองหรือ? เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้เด็กออทิสติกฝึกการสังเกต
สัญญาณทางสังคม (social signal) และการแสดงออกอย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 3 มีสังคมไปเพื่ออะไรกันนะ เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้เด็กออทิสติกตระหนักถึง
ประโยชน์ของการมีสังคม

กิจกรรมที่ 4 มีเพื่อนอย่างไร เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้เด็กออทิสติกรู้วิธีการหาเพื่อนใหม่
ช่วยเหลือผู้อื่น

กิจกรรมที่ 5 สังคม-คงไว้-ยาวนาน เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้เด็กออทิสติกรู้วิธีการรักษา
ความสัมพันธ์กับเพื่อน และเรียนรู้ตามกฎกติกาสังคม

กิจกรรมที่ 6 การดูแลใส่ใจเพื่อน เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้เด็กออทิสติกรู้วิธีการดูแลเพื่อน เล่น
กับเพื่อน อยู่กับเพื่อนอย่างเหมาะสม

ทักษะทางสังคม
(social skill)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ศึกษาสองกลุ่ม
วัดผลสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (the pretest-posttest control group design) ระยะเวลาการ
ทดลอง 4 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 13 สิงหาคม ถึง 10 กันยายน 2568 ณ ศูนย์การศึกษา
พิเศษจังหวัดสุรินทร์ และโรงเรียนหนองโตง “สุริยวิทยาคม” จังหวัดสุรินทร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ในการศึกษาครั้งนี้มี 2 กลุ่ม ได้แก่ เด็กออทิสติกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคออทิสติก
สเปกตรัม (F84.0) อายุ 6-12 ปี ที่มารับบริการที่สถานศึกษาในจังหวัดสุรินทร์ มีระดับความรุนแรงของอาการ
ออทิสติกในระดับน้อยถึงปานกลาง และผู้ดูแลหลัก

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กที่ได้รับการวินิจฉัย ว่าเป็นโรคออทิสซึมวัยเรียน อายุ 6-12 ปี ทั้งเพศชายและเพศ
หญิง มีความบกพร่องทักษะทางสังคมจากแบบสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กปฐมวัยออทิสติกระดับคะแนน
น้อยถึงปานกลาง (ค่าคะแนน 0-13.49 คะแนน) ที่เข้ารับการศึกษานในโรงเรียนการศึกษาพิเศษจังหวัดสุรินทร์
และโรงเรียนหนองโตง “สุริยวิทยาคม” จังหวัดสุรินทร์ ผู้วิจัยได้ใช้ 2 สถานที่เพื่อให้มีกลุ่มตัวอย่างอย่างเพียงพอ
และป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง (contamination) และผู้ดูแลหลักที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็ก
ดูแลเด็กเป็นหลักตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน แบ่งเข้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมวิถีทัศน์
แสดงตัวแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคมต่อทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติกวัยเรียน คำนวณขนาดของ

กลุ่มตัวอย่างด้วย power analysis โดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ 80% กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (significant level) ที่ .05 ผู้วิจัยประมาณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากการศึกษานี้ของ Mason et al. (2012) ศึกษาเรื่อง Effects of video modeling on communicative social skills of college students with asperger syndrome ศึกษาการใช้ video modeling ในการส่งเสริมทักษะการสื่อสารสังคม มีค่าอิทธิพลระดับสูง = 0.80 (large effect size) พบว่า จำนวน 21 คน และเข้ากลุ่มการดูแลตามปกติ จำนวน 21 คน ซึ่งหลังสิ้นสุดการทดลองได้ให้ความรู้เรื่องการกระตุ้นทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติกวัยเรียน และมอบคู่มือโปรแกรมและสอนวิธีการใช้วีดิทัศน์ เพื่อให้กลุ่มที่ดูแลตามปกติได้มีความรู้และสามารถนำไปปฏิบัติได้ โดยมีผู้ดูแลเป็นผู้กระตุ้นสอนตามโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย

1.1 โปรแกรมวีดิทัศน์แสดงตัวแบบส่งเสริมแรงจูงใจต่อทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติกวัยเรียน

ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดแรงจูงใจทางสังคมของ (Chevallier et al., 2012) และทฤษฎีเรียนรู้ทางสังคม (Bandura, 1977) ร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ใช้เวลา 5 ครั้ง ใน 2 สัปดาห์ ตามความเหมาะสม ครั้งละ 60-90 นาที โดยมีกิจกรรมร่วมกัน และคู่วิดีทัศน์ ความยาวไม่เกิน 5 นาที การจัดกิจกรรมในช่วงหลังเลิกเรียน เพื่อไม่ให้รบกวนเวลาเรียนตามปกติ และมีคู่มือสำหรับผู้ดูแล ให้เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง และสามารถกลับไปฝึกเด็กออทิสติกต่อเนื่องที่บ้านได้ ระหว่างโปรแกรม โดยผู้วิจัยทำการติดตามการฝึกของผู้ดูแลและเด็กทุกครั้งก่อนเริ่มกิจกรรมในครั้งใหม่ และตรวจการบ้านทุกครั้ง และให้คำแนะนำกับเด็กและผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน โดยมีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์มาช่วยกันฝึก (ทักษะ) สังคม กิจกรรมที่สร้างสัมพันธ์ระหว่างเด็กออทิสติก ผู้ดูแลหลักกับพยาบาล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม กำหนดเป้าหมายร่วมกันในการทำกิจกรรมร่วมกับเด็กออทิสติก ประโยชน์ของการมีสังคม และเป้าหมายในการดูแลกับผู้ดูแลหลัก อีกทั้งให้ตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วม ให้ความรู้เกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลหลักในการทบทวนการเรียนรู้ของเด็ก การกระตุ้นการแสดงพฤติกรรมตามแบบอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เปิดโอกาสให้เด็กได้เผชิญสถานการณ์จริงที่สอดคล้องกับบทเรียน และให้แรงเสริมทางบวกอย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 2 สัญญานั้นจากเธอเองหรือ? กิจกรรมที่มุ่งเน้นให้เด็กออทิสติกฝึกการสังเกต สัญญาณทางสังคม (social signal) มุ่งเน้นให้เด็กออทิสติกเข้าใจการเข้าสังคม (social orienting) เรียนรู้ผ่านวีดิทัศน์ต้นแบบช่วยเหลือเพื่อให้เด็กออทิสติกสนใจ (attention) โดยเนื้อหาวีดิทัศน์ประกอบด้วย การเริ่มต้นทักทาย การแนะนำตนเอง และการสังเกตเมื่อคนอื่นทักทาย 1 สถานการณ์ (retention and reproduction) เป็นวีดิทัศน์ที่เด็กออทิสติกมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อให้เห็นว่าผลลัพธ์ทางบวกและทางลบของทางเลือกในแต่ละทางนั้นจะเป็นอย่างไร เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจของเด็กออทิสติกในการเลียนแบบพฤติกรรม (motivation) แลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากการดูวีดิทัศน์ต้นแบบและฝึกในสถานการณ์จำลอง สรุปผล และมอบหมายแบบฝึกหัดที่ต้องกลับไปฝึกที่บ้านโดยผู้ดูแลหลัก โดยการทบทวนการเรียนรู้ของเด็ก การกระตุ้นการแสดงพฤติกรรมตามแบบอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เปิดโอกาสให้เด็กได้เผชิญสถานการณ์จริงที่สอดคล้องกับบทเรียน และให้แรงเสริมทางบวกอย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 3 มีสังคมไปเพื่ออะไรกันนะ เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้เด็กออทิสติกตระหนักถึงประโยชน์ของการมีสังคม เพื่อให้เห็นคุณค่าของการมีสังคม การรู้สึกอยากเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และอยากมีเพื่อนมากขึ้น ซึ่งเป็นการแสวงหารางวัลทางสังคม (seeking and liking) เรียนรู้ผ่านวีดิทัศน์ต้นแบบ

ช่วยเหลือเพื่อให้เด็กออกทิสติกสนใจ (attention) โดยเนื้อหาชีวิตทัศน์ประกอบด้วย วิธีการชักชวนเพื่อน การขอความช่วยเหลือจากเพื่อน และการวิธีการแสดงออกหลังจากได้รับความช่วยเหลือ (retention + reproduction) เป็นชีวิตทัศน์ที่เด็กออกทิสติกมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อให้เห็นว่าผลลัพธ์ทางบวกและทางลบของทางเลือกในแต่ละทางนั้นจะเป็นอย่างไร เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจของเด็กออกทิสติกในการเลียนแบบพฤติกรรม (motivation) แลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากการดูชีวิตทัศน์ต้นแบบและฝึกในสถานการณ์จำลอง สรุปผล และมอบหมาย โดยการทบทวนการเรียนรู้ของเด็ก การกระตุ้นการแสดงพฤติกรรมตามแบบอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เปิดโอกาสให้เด็กได้เผชิญสถานการณ์จริงที่สอดคล้องกับบทเรียน และให้แรงเสริมทางบวกอย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 มีเพื่อนอย่างไร กิจกรรมครั้งนี้ จะมุ่งเน้นให้เด็กออกทิสติกรู้วิธีการหาเพื่อนใหม่ การช่วยเหลือผู้อื่น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ การแสวงหารางวัลทางสังคม (seeking and liking) เมื่อเด็กมีเพื่อนใหม่ได้ จะเป็นการเพิ่มโอกาสในการเรียนรู้สังคม รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมในกลุ่มเพื่อน ซึ่งจะตอบสนองความต้องการพื้นฐานและเพิ่มแรงจูงใจในการเข้าสังคม เรียนรู้ผ่านชีวิตทัศน์ต้นแบบช่วยเหลือ (attention) โดยเนื้อหาชีวิตทัศน์ประกอบด้วย การขอเข้ากลุ่ม การช่วยเหลือคนอื่น เมื่อได้รับคำชมคำยินดีควรทำอย่างไร (retention and reproduction) เป็นชีวิตทัศน์ที่เด็กออกทิสติกมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อให้เห็นว่า ผลลัพธ์ทางบวกและทางลบของทางเลือกในแต่ละทางนั้นจะเป็นอย่างไร เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจของเด็กออกทิสติกในการเลียนแบบพฤติกรรม (motivation) แลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากการดูชีวิตทัศน์ต้นแบบและฝึกในสถานการณ์จำลอง สรุปผล และมอบหมาย โดยการทบทวนการเรียนรู้ของเด็ก การกระตุ้นการแสดงพฤติกรรมตามแบบอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เปิดโอกาสให้เด็กได้เผชิญสถานการณ์จริงที่สอดคล้องกับบทเรียน และให้แรงเสริมทางบวกอย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 สังคม-คงไว้-ยาวนาน กิจกรรมที่มุ่งเน้นให้เด็กออกทิสติกรู้วิธีการเรียนรู้ตามกฎกติกาสังคม (seeking and liking) เป็นการที่ทำให้เด็กรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้มากขึ้น และจะได้รับคำชื่นชม ซึ่งเป็นรางวัลทางสังคมอีกด้วย และการรักษาความสัมพันธ์กับเพื่อน (social maintaining) จะเป็นกิจกรรมที่ทำให้เด็กสามารถอยู่ร่วมกับเพื่อนได้ เปิดโอกาสให้เด็กมีประสบการณ์ที่ดี เป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจในการอยู่ร่วมกับสังคม ซึ่งจะช่วยให้ทักษะทางสังคมของเด็กดีขึ้นตามไปด้วย โดยเรียนรู้ผ่านชีวิตทัศน์ต้นแบบช่วยเหลือ (attention) โดยเนื้อหาชีวิตทัศน์ประกอบด้วย การทำกฎกติกาของส่วนรวม การไม่หยิบสิ่งของของคนอื่นตามใจชอบ ไม่รบกวนผู้อื่น (retention and reproduction) เป็นชีวิตทัศน์ที่เด็กออกทิสติกมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อให้เห็นว่าผลลัพธ์ทางบวกและทางลบของทางเลือกในแต่ละทางนั้นจะเป็นอย่างไร เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจของเด็กออกทิสติกในการเลียนแบบพฤติกรรม (motivation) แลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากการดูชีวิตทัศน์ต้นแบบและฝึกในสถานการณ์จำลอง สรุปผล และมอบหมาย โดยการทบทวนการเรียนรู้ของเด็ก การกระตุ้นการแสดงพฤติกรรมตามแบบอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เปิดโอกาสให้เด็กได้เผชิญสถานการณ์จริงที่สอดคล้องกับบทเรียน และให้แรงเสริมทางบวกอย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 6 การดูแลใส่ใจเพื่อน กิจกรรมที่มุ่งเน้นให้เด็กออกทิสติกรู้วิธีการดูแลเพื่อน เล่นกับเพื่อน อยู่กับเพื่อนอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์กับผู้อื่น (social maintaining) ซึ่งการรักษาสัมพันธ์ภาพจะทำให้เด็กรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลทำให้อยากอยู่ร่วมกับสังคมอย่างเหมาะสม เป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจในการอยู่ร่วมกับสังคม ซึ่งจะช่วยให้ทักษะทางสังคมของเด็กดีขึ้นตามไปด้วย เรียนรู้ผ่านชีวิตทัศน์ต้นแบบช่วยเหลือ (attention) โดยเนื้อหาชีวิตทัศน์ประกอบด้วย การให้กำลังใจปลอบใจเพื่อน การรู้จักขอโทษ การคืนดีกับเพื่อน (retention and reproduction) เป็นชีวิตทัศน์ที่เด็กออกทิสติกมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อให้เห็นว่าผลลัพธ์ทางบวกและทางลบของทางเลือกในแต่ละทางนั้นจะ

เป็นอย่างไร เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจของเด็กออทิสติกในการเลียนแบบพฤติกรรม (motivation) แลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากการดูวิดีโอที่ค้นต้นแบบและฝึกในสถานการณ์จำลอง และสรุปผลและนัดหมายติดตามการประเมินทักษะทางสังคมหลังกิจกรรมนี้ 2 สัปดาห์ เพื่อให้เว้นระยะที่เหมาะสมในการประเมินระดับความสามารถของเด็กออทิสติกในการนำไปใช้อย่างแท้จริง

ในระหว่างการทำกิจกรรมหากเด็กไม่มีความอดทนที่จะทำตามกิจกรรม ผู้วิจัยจะใช้วิธีการกระตุ้นด้วยแรงเสริมทางบวกเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม มุ่งเน้นให้เด็กสามารถเลียนแบบได้เหมาะสมตามสถานการณ์ โดยให้เวลาในการฝึกกับเด็กออทิสติก และชี้แนะให้กับผู้ดูแลในการฝึกต่อที่บ้าน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกและผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย ข้อมูลเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการแสดงออกทางภาษา การรักษาในปัจจุบัน และข้อมูลของผู้ดูแลหลักเด็กออทิสติก ได้แก่ ความสัมพันธ์กับเด็กออทิสติก เพศ อายุ ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก สถานภาพสมรส ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2.2 แบบสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กปฐมวัยออทิสติก พัฒนาโดยอัจฉริมา ศิริพิบูลย์ผล (2552) เป็นเครื่องมือที่ถูกสร้างขึ้นโดยอัจฉริมา ศิริพิบูลย์ผล (2552) ซึ่งได้สร้างข้อความเพื่อวัดทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนโดยได้นำแนวคิดของ Quill (1995) โดยขอบข่ายของแบบสังเกตทักษะทางสังคมสำหรับเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนนี้ ครอบคลุมเนื้อหาทักษะสังคมทางด้านต่าง ๆ ประกอบไปด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม 2) การแบ่งปัน และ 3) การปฏิบัติตามข้อตกลงของกลุ่ม เกณฑ์การให้คะแนนของแบบสังเกตพฤติกรรมด้านทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติก ประกอบไปด้วยคำถาม จำนวน 9 ข้อ โดยมีคะแนนรวมทั้งหมด 18 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ด้านที่ 1 การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม จำนวน 3 ข้อ ด้านที่ 2 การแบ่งปัน จำนวน 3 ข้อ และด้านที่ 3 การปฏิบัติตามข้อตกลงของกลุ่ม จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามเชิงบวกซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ การแปลผลคะแนนรวมอยู่ในช่วงตั้งแต่ 0 ถึง 18 คะแนน แบ่งเป็น 3 ช่วง คะแนน 0-4.49 คะแนน ทักษะทางสังคมน้อย คะแนน 4.5-13.49 คะแนน ทักษะทางสังคมปานกลาง คะแนน 13.50-18.00 คะแนน ทักษะทางสังคมดี ผู้วิจัยนำข้อคำถามมาปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และให้ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ประเมินให้สอดคล้องกับบริบท ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน ผู้ประเมินทักษะทางสังคมเป็นผู้ดูแลหลักหรือผู้ปกครองที่ดูแลเด็กออทิสติกมาอย่างน้อย 6 เดือน โดยเกณฑ์การประเมินในแต่ละหัวข้อจะมีการบรรยายละเอียดของพฤติกรรม โดยผู้ดูแลหลักหรือผู้ปกครองจะเป็นผู้ประเมินด้วยตนเองทั้งก่อนและหลัง โดยผู้ประเมินจะไม่ทราบว่าเด็กอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง SSDS 1.0 (Stanford Social Dimensions Scale) (Phillips et al, 2019) แปลโดยธีรนาฏ จันคง และสุดาพร สถิตยยุทธการ โดยการแปลย้อนกลับ (backtranslation technique) โดยการแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยและแปลกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้ง เพื่อให้เนื้อหาของข้อคำถามตรงกับแบบสอบถามเดิมมากที่สุด ดำเนินการโดยศูนย์ภาษาที่ได้รับรองมาตรฐาน หลังจากนั้นธีรนาฏ จันคง และสุดาพร สถิตยยุทธการ ได้ตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินแรงจูงใจทางสังคม โดยมีแนวคิดมาจาก the Stanford social scale และทฤษฎี the social motivation hypothesis (Chevallier et al. 2012) แบบประเมินแบ่งเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ 1) social motivation 2) social affiliation 3) expressive social communication 4) social recognition 5) unusual approach

มีทั้งหมด 71 ข้อ เก็บข้อมูลจากผู้ปกครองของเด็กออทิสติกและโรคทางจิตเวชอื่น ๆ นำมาวิเคราะห์โดยใช้ exploratory structural equation modeling (ESEM) ในการวิเคราะห์โครงสร้างของเครื่องมือในกลุ่มเด็กออทิสติก โดยมีค่า CFI = 0.940, TLI = 0.919, RMSEA = 0.048, SRMR = 0.038 และมีค่าความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดีถึงดีมาก (composite reliability scores $\geq .72$) โดยคะแนนในกลุ่มแรงจูงใจทางสังคมประกอบด้วยข้อที่ 2, 3, 5, 6, 8, 10, 12, 14, 17, 18, 19, 21, 37 และ 46 การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ N = ไม่เคยเป็นจริง R = แทบไม่เคยเป็นจริง S = เป็นจริงบางครั้ง O = เป็นจริงบ่อยครั้ง A = เป็นจริงเสมอ การให้ค่าคะแนน 1-5 แบบประเมินดังกล่าวยังไม่มี การตัดค่าคะแนนไว้ แต่การให้คะแนนสามารถเปรียบเทียบคะแนนก่อนหลังได้ จึงได้นำมาประเมินเพื่อทำการทดลองก่อนและหลังในกลุ่มทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือทำการทดลอง ได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน พยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนความครอบคลุมทางเนื้อหา ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วนำไปทดลองใช้กับเด็กออทิสติกวัยเรียนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย (pilot study) ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษบุรีรัมย์ ดำเนินกิจกรรมจนครบ 5 ครั้ง ทั้งหมด 6 กิจกรรม เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้และปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ที่สุดก่อนนำไปใช้จริง โดยพบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถเข้าใจกิจกรรมและสามารถดำเนินกิจกรรมร่วมกับผู้วิจัยได้ จำนวนครั้งในการทำกิจกรรมและระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมมีความเหมาะสมและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และทำการทดลอง คำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ของแบบประเมินทักษะทางสังคมสำหรับเด็กออทิสติกวัยเรียนและ SSDS 1.0 (Stanford Social Dimensions Scale) ได้เท่ากับ 0.89 และ 0.98 ตามลำดับ และทำการตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหา (reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลอง (try out) เด็กออทิสติกอายุ 6-12 ปี จำนวน 30 คน ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษบุรีรัมย์ ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไปทดลองหาค่าความเที่ยง โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.92 และ 0.92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 17 มิถุนายน 2568 (COA No. 167/68) ว่าไม่มีการละเมิดสิทธิสวัสดิภาพและก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย และให้ดำเนินการศึกษาภายในขอบเขตของโครงการการศึกษาที่นำเสนอ ผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ให้ผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่างรับทราบ และเป็นผู้ตัดสินใจว่าจะยินยอมเข้าร่วมการศึกษาหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษานี้ ได้ชี้แจงให้ผู้ดูแลหลักทราบว่า หากเข้าร่วมการศึกษาแล้วสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ดูแลหลักกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทุกอย่างจะเก็บเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยทำให้เกิดผลกระทบกับผู้ดูแลหลักกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอเป็นภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 และใช้สถิติในการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกและผู้ดูแลหลักของเด็กออทิสติก วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะทางสังคมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมวิทีทัศน์ แสดงตัวแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคมต่อทักษะทางสังคม และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที่แบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) เมื่อได้ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลแล้วพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติด้วยการใช้ Shapiro-wilk test

3. ทดสอบผลต่างคะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมก่อน และหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมวิทีทัศน์แสดงตัวแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคมต่อทักษะทางสังคม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที่แบบกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระจากกัน (dependent t-test) เมื่อได้ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลแล้วพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติด้วยการใช้ Shapiro-wilk test

4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ด้านเพศ เด็กออทิสติกส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 86 และเพศหญิง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 14 โดยผลการทดสอบทางสถิติ Chi-square พบว่า $\chi^2 = 0.000, p = 1.000$ ซึ่งมีค่า p -value มากกว่า .05 แสดงว่า เพศของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านอายุ เด็กออทิสติกส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 9-10 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 9.95 ปี ($SD = 1.63$) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 8.81 ปี ($SD = 1.83$) ผลการทดสอบทางสถิติ Chi-square ได้ค่า $\chi^2 = 3.86, p = 0.145$ ซึ่งมีค่า p มากกว่า .05 แสดงว่าอายุของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านระดับการแสดงออกทางภาษา พบว่า เด็กออทิสติกส่วนใหญ่สามารถสื่อสารได้เป็นคำ คิดเป็นร้อยละ 36 สื่อสารได้เป็นวลี คิดเป็นร้อยละ 29 และสื่อสารได้เป็นประโยค คิดเป็นร้อยละ 33 ผลการทดสอบทางสถิติ Chi-square ได้ค่า $\chi^2 = 6.638, p = 0.84$ ซึ่งมีค่า p มากกว่า .05 แสดงว่าระดับการแสดงออกทางภาษาของเด็กออทิสติกทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านการรักษาในปัจจุบัน เด็กออทิสติกส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยการรับยา คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาคือการรักษาแบบไม่ได้รับยา คิดเป็นร้อยละ 40 และได้รับการบำบัดอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 14 ผลการทดสอบทางสถิติ Chi-square ได้ค่า $\chi^2 = 4.842, p = 0.28$ ซึ่งมีค่า p มากกว่า .05 แสดงว่าการรักษาในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติกในงานวิจัยนี้มีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน ทั้งในด้านเพศ อายุ ระดับการแสดงออกทางภาษา และการรักษาในปัจจุบัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่ม มีความเท่าเทียมกันเหมาะสมต่อการนำมาเปรียบเทียบผลการทดลองในขั้นตอนต่อไป

ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแลหลักของเด็กออทิสติก

ด้านเพศของผู้ดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 86 และเพศชาย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 14 โดยผลการทดสอบทางสถิติ Chi-square ได้ค่า $\chi^2 = 0.000$, $p = 1.000$ ซึ่งมีค่า p มากกว่า .05 แสดงว่าเพศของผู้ดูแลในทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านอายุของผู้ดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 31 รองลงมาคืออายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 29 โดยมีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 21-70 โดยมีอายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 46.29 ปี ($SD = 12.05$) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 48.19 ปี ($SD = 11.53$)

ด้านความสัมพันธ์กับเด็กออทิสติก ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดา จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมาคือ ตา/ยาย จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 21

ด้านระยะเวลาในการดูแลเด็กออทิสติก ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลเด็กมากกว่า 2 ปี จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 98

ด้านสถานภาพสมรสของผู้ดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็นคู่สมรส จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 69 รองลงมาคือหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 21 ผลการทดสอบทางสถิติ Chi-square ได้ค่า $\chi^2 = 1.421$, $p = 0.491$ ซึ่งมีค่า p มากกว่า .05 แสดงว่าสถานภาพสมรสของผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยเรียนหลังเข้าโปรแกรมวิดิทัศน์แสดงตัวแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคม ($M = 13.81$, $SD = 2.63$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมวิดิทัศน์แสดงตัวแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคม ($M = 10.24$, $SD = 1.89$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -8.82$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1

เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยเรียนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ t-test แบบจับคู่ (paired sample t-test) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฝึกทักษะทางสังคม

คะแนนทักษะทางสังคม	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
กลุ่มทดลอง (<i>n</i> = 21)					
ก่อนได้รับโปรแกรม	10.24	1.89	20	-8.82	.000*
หลังได้รับโปรแกรม	13.81	2.63			

* $p < .05$

คะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยเรียนหลังเข้าโปรแกรมวิดิทัศน์แสดงตัวแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคม ($M = 13.81$, $SD = 2.63$) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($M = 9.38$, $SD = 1.46$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.60$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยเรียนหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนทักษะทางสังคม	<i>M</i>	<i>SD</i>	df	t	<i>p-value</i>
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	10.24	1.89	40	1.82	0.08
กลุ่มควบคุม	9.19	1.83			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	13.81	2.63	31.331	6.60	.000*
กลุ่มควบคุม	9.38	1.46			

* $p < .05$

อภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมวิธีทัศน์แสดงตัวแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคมต่อทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติกวัยเรียน สามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คะแนนค่าเฉลี่ยทักษะทางสังคมของผู้ป่วยออทิสติกวัยเรียนหลังเข้าร่วมโปรแกรมวิธีทัศน์แสดงตัวแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมวิธีทัศน์แสดงตัวแบบส่งเสริมแรงจูงใจ

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยเรียนหลังเข้าโปรแกรมวิธีทัศน์แสดงตัวแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมวิธีทัศน์แสดงตัวแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

จากผลการวิจัยอภิปรายได้ว่า โปรแกรมวิธีทัศน์แสดงตัวแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคมร่วมกับผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วมสามารถส่งเสริมให้เด็กออทิสติกมีคะแนนทักษะทางสังคมดีขึ้นได้ เนื่องจากโปรแกรมมุ่งเน้นจัดกระทำกับปัจจัยด้านจิตใจของเด็กออทิสติกคือ แรงจูงใจในการเข้าสังคม (social motivation) ตามแนวคิดของของ Chevallier et al. (2012) อธิบายว่า แรงจูงใจทางสังคมเป็นพลังที่นำไปให้มนุษย์แสดงพฤติกรรม ทำให้เกิดพัฒนาการด้านการปรับตัวที่เป็นการฝึกบุคคลให้มีการอยู่ร่วมกับบุคคลและสิ่งแวดล้อมได้ ซึ่งการที่แรงจูงใจทางสังคมบกพร่องในเด็กออทิสติก ประกอบด้วยการเข้าสังคม (social orienting) การแสวงหารางวัลทางสังคม (seeking and liking) และการคงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพในสังคม (social maintaining) โดยโปรแกรมได้มีการพัฒนาให้ครอบคลุมทั้ง 3 องค์ประกอบ และปัจจัยด้านครอบครัวคือ การเลี้ยงดูเชิงบวก (Martin, 2022) ซึ่งหมายถึง การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ในการส่งเสริมพัฒนาการและการดูแลต่อเรื่องที่บ้านอย่างเหมาะสม จะช่วยในการพัฒนาทักษะทางสังคมอย่างต่อเนื่อง และการใช้วิธีทัศน์ในการส่งเสริมทักษะทางสังคม โดยใช้กระบวนการเลียนแบบ โดยการใช้วิธีทัศน์แสดงต้นแบบตามทฤษฎี social learning theory (Bandura, 1977) เพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคม ซึ่งเชื่อว่าการเรียนรู้ของเด็กจะเกิดโดยการเรียนรู้จากตัวแบบโดยต้องเกิดจากการมีความตั้งใจที่จะเลียนแบบ จากนั้นจดจำและสร้างพฤติกรรมให้เกิดขึ้น เนื่องจากมนุษย์มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัวอยู่เสมอ โดยใช้วิธีทัศน์ต้นแบบ ในรูปแบบวิดีโอช่วยเหลือ (video prompting) คือการบันทึกวิดีโอโดยแบ่งเป็นขั้นตอน ซึ่งแต่ละขั้นตอนจะมีการอธิบายวิธีการ/รายละเอียด เพื่อให้ผู้สังเกตมีโอกาสได้พยายามทำตามไปทีละขั้น และสร้างความสนใจของ

เด็กออทิสติกได้ สามารถดูซ้ำ ๆ ได้ตามต้องการ และช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ระบบประสาททั้งการมองเห็นและการฟัง กระตุ้นความสนใจให้เกิดการเรียนรู้ได้ดี ทำให้ทักษะทางสังคมและทักษะการสื่อสารสูงขึ้น

จากผลศึกษาเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยเรียน พบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะทางสังคมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อให้การพยาบาลตามเนื้อหาของโปรแกรมวิดีโอที่แสดงตัวแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคมต่อทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติกวัยเรียน ช่วยส่งเสริมและพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยเรียนได้ เนื่องจากโปรแกรมวิดีโอที่แสดงตัวแบบพัฒนาส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคมของเด็กออทิสติกผ่านกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมคือ การกระตุ้นให้เด็กออทิสติกอยากเข้าสังคม (social orienting) การค้นหาแรงเสริมทางสังคม (seeking and liking) รวมถึงการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในสังคม (social maintaining) สอดคล้องกับการศึกษาของ Itskovich et al. (2020) ที่กล่าวว่า แรงจูงใจทางสังคมสัมพันธ์ต่อทักษะทางสังคมและการศึกษาของ Shkel et al. (2025) ที่กล่าวว่า แรงจูงใจทางสังคมเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการที่เด็กจะแสดงพฤติกรรมออกมา หากเด็กมีแรงจูงใจทางสังคมที่มากพอ จะทำให้เกิดการเรียนรู้ทักษะทางสังคมได้อย่างต่อเนื่อง โดยให้เด็กมีกระบวนการเรียนรู้ตามทฤษฎีคือ การให้เด็กออทิสติกมีความสนใจ (attention) จากการดูวิดีโอและได้เลือกทางเลือกที่ตนเองต้องการ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุกัลักษณ์ ประคุณหังสิต และวิรงรอง อรัญนารถ (2562) ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วมในการดูวิดีโอจะช่วยทำให้ผู้ชมติดตามเนื้อหาได้นานขึ้น เนื่องจากมีความน่าสนใจมากกว่าเนื้อหาแบบดูได้อย่างเดียว และการศึกษาของ Alzyoudi et al. (2014) กล่าวว่า การใช้วิดีโอต้นแบบทำให้เด็กออทิสติกมีแรงจูงใจมากขึ้น โดยหากเด็กออทิสติกสนใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ๆ ก็จะสามารถดูวิดีโอต้นแบบซ้ำ ๆ อีกทั้งจดจำต้นแบบ (retention) โดยผู้วิจัยได้ชี้แนะจุดที่สำคัญในวิดีโอเป็นการช่วยเหลือให้เด็กออทิสติกได้จดจำได้ถูกจุด รวมถึงได้ทดลองแสดงพฤติกรรมดังกล่าวผ่านการแสดงบทบาทสมมติในชั้นเรียน (reproduction) และได้แรงเสริมทางบวกเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง (motivation) นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้ได้แรงเสริมทางบวกแล้วนั้น โปรแกรมนี้ได้พัฒนาให้ผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วมในการฝึก ทั้งการรับรู้ความสำคัญของตนเอง และการสร้างแรงจูงใจต่อเนื้อที่บ้าน โดยได้รับการสอนการเลี้ยงดูเชิงบวก ซึ่งหมายถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแล แสดงถึงความใส่ใจดูแล ให้แรงเสริมทางบวกเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเข้าสังคมให้เด็ก จะช่วยให้เด็กได้พัฒนาทักษะทางสังคมได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องการเลี้ยง โดยได้สอนการเสริมแรงในหลาย ๆ วิธี ได้ฝึกการสังเกตพฤติกรรมของเด็กออทิสติกจากกิจกรรมในโปรแกรม และยังมีที่บ้านที่ให้ผู้ดูแลได้ฝึกฝนตนเองอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการที่ได้จัดกระทำกับปัจจัยปัจจัยด้านครอบครัวนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อาริสรา ทองเหม และประพิมพ์ใจ เปี่ยมคุ้ม (2560) ที่พบว่า พัฒนาการของเด็กออทิสติกที่มีผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการจะทำให้พัฒนาการของเด็กออทิสติกดีขึ้นในทุกด้าน

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า โปรแกรมวิดีโอที่แสดงตัวแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคมต่อทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติกวัยเรียน เป็นโปรแกรมที่สามารถช่วยพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการที่ได้จัดกระทำกับปัจจัยด้านจิตใจที่สำคัญคือ แรงจูงใจทางสังคม ซึ่งเป็นกลไกพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรมทางสังคมตามแนวคิดของ Chevallier et al. (2012) ซึ่งโปรแกรมนี้ได้ออกแบบกิจกรรมครอบคลุมองค์ประกอบอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดความสนใจ อยากมีปฏิสัมพันธ์และสามารถรักษาความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดีขึ้น นอกจากนี้โปรแกรมยังช่วยให้เด็กเกิดการเรียนรู้ผ่านการสังเกต เลียนแบบ จดจำ และทดลองแสดงพฤติกรรมจริง โดยเฉพาะกิจกรรมการใช้วิดีโอต้นแบบแบบช่วยเหลือ (video prompting) ที่มีการแบ่งพฤติกรรมออกเป็นขั้นตอน ทำให้เด็กสามารถเรียนรู้ได้อย่างเป็นลำดับ และยังคงดูซ้ำได้

ตามต้องการ และช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ผ่านการมองเห็นและการฟัง ส่งผลทำให้เด็กมีความตั้งใจและแรงจูงใจในการฝึกทักษะทางสังคมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Alzyoudi et al. (2014) และ Shkel et al. (2025) ที่พบว่า การใช้วิดีโอต้นแบบช่วยเพิ่มแรงจูงใจและทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติก และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลัก ที่ช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพของโปรแกรม โดยผู้ดูแลได้รับการเสริมสร้างความรู้การเลี้ยงดูเชิงบวก การให้แรงเสริมทางบวก และการทบทวนการเรียนรู้ต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งช่วยให้เด็กได้ฝึกทักษะในสถานการณ์จริง ทำให้พฤติกรรมที่เหมาะสมเกิดความต่อเนื่องและคงอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Martin (2022) และอาริสรา ทองเหม และประพิมพ์ใจ เปี่ยมคุ้ม (2560) ที่ระบุว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาทักษะและพฤติกรรมของเด็กออทิสติกในทุกด้าน

โปรแกรมวิททัศน์แสดงตัวแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคมมีจุดเด่นในการบูรณาการ การเสริมแรงจูงใจทางสังคม กระบวนการเรียนรู้จากตัวแบบ และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลัก ส่งผลให้เด็กออทิสติกวัยเรียนมีโอกาสเรียนรู้และฝึกทักษะทางสังคมอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ส่งผลให้ทักษะทางสังคมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ยืนยันว่าแรงจูงใจทางสังคมเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการพัฒนาพฤติกรรมและทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติก (Itskovich et al., 2020; Shkel et al., 2025)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คะแนนค่าเฉลี่ยทักษะทางสังคมของผู้ป่วยเด็กออทิสติกวัยเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมวิททัศน์แสดงตัวแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยเรียนหลังเข้าโปรแกรมวิททัศน์แสดงตัวแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคม ($M = 13.81, SD = 2.63$) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($M = 9.38, SD = 1.46$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=6.60$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย

จากผลการวิจัยอภิปรายได้ว่า โปรแกรมวิททัศน์แสดงตัวแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคมต่อทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติกวัยเรียน เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการสร้างเสริมทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยเรียนได้ เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่มุ่งเน้นการสร้างแรงจูงใจทางสังคม ตามแนวคิดของ Chevallier et al. (2012) ร่วมกับการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ดูแล และใช้กระบวนการเรียนรู้ต้นแบบตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Bandura, 1977) เป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสมของเด็กออทิสติกวัยเรียน ซึ่งเป็นการบูรณาการแนวคิดที่สำคัญและส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยเรียนอย่างเป็นระบบ

เมื่อพิจารณาผลการวิจัย ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยเรียนในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมในระยะก่อนการทดลองกับหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนค่าเฉลี่ยทักษะทางสังคมหลังทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมแตกต่างกับคะแนนค่าเฉลี่ยหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเด็กออทิสติกวัยเรียนในกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับได้รับโปรแกรมวิททัศน์แสดงตัวแบบซึ่งเปิดโอกาสให้เด็กได้เรียนรู้ผ่านกระบวนการตามทฤษฎี social learning theory (Bandura, 1977) ซึ่งได้แก่ 1. กระบวนการใส่ใจ (attention) 2. กระบวนการเก็บจำ (retention) 3. กระบวนการกระทำ (reproduction) และ 4. กระบวนการจูงใจ (motivation) เพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคม

การใช้วิททัศน์เป็นต้นแบบเป็นสื่อการเรียนรู้ช่วยให้เด็กออทิสติกวัยเรียนสามารถสังเกตพฤติกรรมที่เหมาะสมได้อย่างชัดเจน เข้าใจง่าย และเป็นรูปธรรม ส่งผลทำให้เกิดกระบวนการจดจำพฤติกรรมได้ดีขึ้น อีกทั้งวิททัศน์สามารถทวนซ้ำได้หลายครั้ง เรื่อย ๆ ตามความต้องการต่อที่บ้านผ่านวิททัศน์ที่ได้สร้างขึ้นที่ปรากฏอยู่ในสมุดการบ้านสำหรับผู้ดูแลหลัก ทำให้เด็กมีโอกาสทบทวนพฤติกรรมต้นแบบซ้ำอย่างต่อเนื่อง

และทำให้การเก็บจำและนำพฤติกรรมที่เรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริงได้มากขึ้น ส่งผลให้การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมและต่อเนื่องมากขึ้น ส่งผลทำให้ทักษะทางสังคมสูงขึ้น

ส่วนเด็กออทิสติกวัยเรียนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกตินั้น ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการจากการเรียนการสอนตามแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล ซึ่งไม่ได้เรียนรู้ผ่านกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมจากตัวแบบอย่างเป็นระบบตามทฤษฎี social learning theory (Bandura, 1977) โดยเฉพาะขั้นตอนการจดจำและการทบทวนซ้ำของพฤติกรรมต้นแบบ ทำให้โอกาสการเรียนรู้และจดจำพฤติกรรมที่เหมาะสมและนำไปใช้ในสถานการณ์จริงมีน้อยกว่า ซึ่งทำให้ทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติกวัยเรียนเพิ่มขึ้นได้เช่นเดียวกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติกวัยเรียนกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมวิทัศน์แสดงตัวแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคมต่อทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติกวัยเรียนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมวิทัศน์แสดงตัวแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคมต่อทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติกวัยเรียนเพิ่มขึ้นมากกว่าการได้รับการดูแลตามปกติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมวิทัศน์แสดงตัวแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคมต่อทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติกวัยเรียน เป็นการจัดการกระทำกับปัจจัยทางด้านจิตใจ และปัจจัยด้านครอบครัว ดังนั้นพยาบาลหรือบุคลากรที่จะนำโปรแกรมไปใช้จำเป็นต้องทำความเข้าใจปัจจัยที่จัดการกระทำและแนวคิดในการทำโปรแกรมเพื่อให้สามารถช่วยในการดำเนินกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุม

2. ควรมีการนำโปรแกรมวิทัศน์แสดงตัวแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคมต่อทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติกวัยเรียน ใช้ในสถานศึกษาโรงเรียนเรียนร่วม หรือศูนย์การศึกษาพิเศษที่มีกลุ่มในเด็กออทิสติกวัยเรียน เพื่อเป็นการส่งเสริมทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยเรียนโดยการส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคม โดยมีคู่มือสำหรับผู้สอน หรือได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับโปรแกรมก่อนนำไปใช้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัย ติดตามผลลัพธ์ของการทำโปรแกรมวิทัศน์แสดงตัวแบบส่งเสริมแรงจูงใจทางสังคมต่อทักษะทางสังคมในเด็กออทิสติกวัยเรียนในระยะยาวเพื่อติดตามประสิทธิผลของการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง

2. การทำกิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้ดูแลและเด็กร่วมกัน ควรทำในกลุ่มขนาดเล็กลง ครั้งละ 4-6 ครอบครัว เพื่อให้เด็กสามารถควบคุมพฤติกรรมได้ง่ายขึ้น ผู้ดูแลและเด็กได้รับการกระตุ้นอย่างทั่วถึง ได้รับการฝึกอย่างมีคุณภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุดาพร สถิตยอุทธการ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำและดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดการทำวิจัย รวมทั้งขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำชี้แนะอันมีคุณค่า ผู้วิจัยขอขอบพระคุณโรงพยาบาลอุบลราชธานี โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และบุคลากรทุกท่านที่ให้การสนับสนุน ตลอดจนขอขอบคุณกัลยาณมิตรและครอบครัวที่เป็นแรงใจสำคัญในการดำเนินงานวิจัยฉบับนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (2567). รายงานข้อมูลสถิติคนพิการประจำปี. ระบบงาน
ออกบัตรประจำตัวคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.).
https://ecard.dep.go.th/nep_all/stat.php
- แก้วตา นพณิศจรัสเลิศ, ประพา หมายสุข, และฉามรา สุมาลย์โรจน์. (2559). การติดตามผลการรักษา
เด็กออทิสติกที่ใช้แนวทาง DIR/ฟลอร์ไทม์. *วารสารกุมารเวชศาสตร์*, 55(4), 284-292.
- ณัฐวัฒน์ งามสมุทร, ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์, และพรพรพรรณราย มัลลิกะมาลย์. (2562). *สังคมศึกษา*.
Kidteracy.
- ดารณี อุทัยรัตนกิจ. (2545). การจัดการเรียนรวมสำหรับเด็กออทิสติกในโรงเรียนสาธิตแห่ง
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ใน ดารณี อุทัยรัตนกิจ (ประธาน), *การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง
ครู หมอ พ่อแม่ : มิติแห่งการพัฒนาศักยภาพบุคคลออทิสติก ออทิซึมในประเทศไทย:จากตำราสู่
ประสบการณ์*. โรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- นาถดา ตะวันกาญจน์โชติ. (2559). ทักษะทางสังคมของเด็กออทิสติกวัยเรียน. *วารสารการพยาบาลจิตเวช
และสุขภาพจิต*, 30(2), 1-21.
- โรงพยาบาลยูประสาไวทยโยธัมภ์. (2567). *งานบริการผู้ป่วยออทิสติก*.
<https://ycap.go.th/our-services/322-งานบริการผู้ป่วยออทิสติก>.
- สุภลักษณ์ ประคุณหังสิต, และวิรงรอง อรัญนารถ. (2562). ระดับของทักษะทางสังคมในเด็กกลุ่มอาการ
ออทิซึม. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 72(4), 247-253.
- สุรเชษฐ์ ชั่งนิมิตร. (2566). 25 How to อยู่กับคนออทิสติกอย่างเข้าใจ. ไรเตอร์โซล.
- อัจจิมา ศิริพิบูลย์ผล. (2552). *ทักษะทางสังคมของเด็กปฐมวัยออทิสติกที่ได้รับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบ
ร่วมมือ*. [ปริญญาานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อาริสรา ทองเหม, และประพิมพ์ใจ เปี่ยมคุ้ม. (2560). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการ
เด็กออทิสติกที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. *วารสารวิจัยและพัฒนาการศึกษาพิเศษ*,
6(2), 21-36.
- Alzyoudi, M., Sartawi, A., & Almuhihi, O. (2014). The impact of video modelling on improving
social skills in children with autism. *British Journal of Special Education*, 42(1), 53-68.
<https://doi.org/10.1111/1467-8578.12057>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of
mental disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice-Hall.
- Chevallier, C., Kohls, G., Troiani, V., Brodtkin, E. S., & Schultz, R. T. (2012). The social
motivation theory of autism. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(4), 231-239.
<https://doi.org/10.1016/j.tics.2012.02.007>
- Constantino, J. N., & Gruber, C. P. (2012). *Social responsiveness scale-second edition (SRS-2)*.
Western Psychological Services.

- Hudson, C. C., Hall, L., & Harkness, K. L. (2019). Prevalence of depressive disorders in individuals with autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(1), 165–175. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0402-1>
- Itskovich, E., Zyga, O., Libove, R.A., Phillips, J.M., Garner, J.P. and Parker, K.J. (2020), Complex interplay between cognitive ability and social motivation in predicting social skill: A unique role for social motivation in children with autism. *Autism Research*, 14(1), 86-92. <https://doi.org/10.1002/aur.2409>
- Kiep, M. L., Spek, A. A., & Hoeben, L. (2015). Mindfulness-based therapy in adults with an autism spectrum disorder: Do treatment effects last?. *Mindfulness*, 6, 637-644. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0299-x>
- Martin, A. P. (2022, April 20). *The Effects of Parenting on the Behavior of Children with Autism: A Meta-analysis*. scholarly commons. https://web.archive.org/web/20240302153813/https://scholarlycommons.obu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1849&context=honors_theses
- Mason, R. A., Rispoli, M., Ganz, J. B., Boles, M. B., & Orr, K. (2012). Effects of video modeling on communicative social skills of college students with Asperger syndrome. *Developmental Neurorehabilitation*, 15(6), 425–434. <https://doi.org/10.3109/17518423.2012.704530>
- Phillips, J. M., Uljarević, M., Schuck, R. K., Schapp, S., Solomon, E. M., Salzman, E., Allerhand, L., Libove, R. A., Frazier, T. W., & Hardan, A. Y. (2019). Development of the Stanford social dimensions scale: Initial validation in autism spectrum disorder and in neurotypicals. *Molecular Autism*, 10, 48. <https://doi.org/10.1186/s13229-019-0298-9>
- Quill, K., & Brunsdahan, L. S. (2017). *Do-watch-listen-say: Social and communication intervention for autism Spectrum disorder* (2nd ed.). Brookes Publishing. <https://www.perlego.com/book/500691/dowatchlistensay-pdf>
- Shkel, J., Geng, A., Pilchak, E., Millan, M. E., Schwartzman, J. M., Schuck, R., Bundang, M. V., Barnowski, A., Slap, D. M., Stratford, S., Hardan, A. Y., Phillips, J. M., & Gengoux, G. W. (2025). A Pilot Randomized Controlled Trial of Motivation-Based Social Skills Group Treatment with Parent Training. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 55(4), 1215–1228. <https://doi.org/10.1007/s10803-024-06302-9>

การพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
: กรณีศึกษาตำบลกลันตา จังหวัดบุรีรัมย์

ณรงค์กร ชัยวงศ์, ประ.ด.*

นิชาภัทร มณีพันธ์, ประ.ด.**

ศิริเพ็ญ อำไพพิศ, พย.ม.***

สุมาลา สว่างจิต, พย.ม.***

ฐาปนีณัฐ ศิริเฉลิมพงศ์, พย.บ.****

Received: January 3, 2026

Revised: August 1, 2026

Accepted: August 27, 2026

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ร่วมกับกระบวนการพัฒนารูปแบบกิจกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลกลันตา อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ (1) การวิเคราะห์ความสุข คุณภาพชีวิต และบริบทปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ (2) การพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตามกรอบแนวคิดความสุขเชิงบวก PERMA Model และ (3) การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ โดยการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยผู้สูงอายุตำบลกลันตา กลุ่มภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ และผู้นำชุมชน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความเชื่อมั่นเท่ากับ .93, .95 และ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา วิเคราะห์เปรียบเทียบโดยสถิติทีอิสระ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสุขในระดับเท่ากับคนทั่วไป (ร้อยละ 63.08) และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 70.80) รูปแบบสร้างสุขที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยชุดกิจกรรมความสุข 5 มิติ ได้แก่ สุขกาย สุขใจ สุขสังคม สุขปัญญา และสุขเศรษฐกิจ ผลการทดลองใช้รูปแบบพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสุข สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(40) = 5.76$, $p < .001$) และผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ พบอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.58$, $SD = 0.56$) สรุปได้ว่ารูปแบบการสร้างสุขที่พัฒนาขึ้น สามารถส่งเสริมความสุขของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรนำไปส่งเสริมความสุขและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : รูปแบบ การสร้างสุข ผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของชุมชน

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: narongkorn.cha@bru.ac.th

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกกลาง

Development of a Community-Based Participatory Happiness Promotion Model for Older Adults: A Case Study of Klantha Subdistrict, Buriram Province

Narongkorn Chaiwong, Ph.D.*

Nichapat Maneepun, Ph.D.**

Siripen Ampaipit, M.S.N.***

Sumala Sawangjit, M.S.N.***

Thapaneenut Sirichalermpong, B.S.N.****

Abstract

This study employed a community-based participatory action research approach combined with a program-development process, with the objective of developing a happiness promotion model for older adults in the community of Klantha Subdistrict, Mueang District, Buriram Province, through community and stakeholder participation. The research process consisted of three phases: (1) analysis of happiness, quality of life, and related contextual factors among older adults; (2) development of a happiness promotion model through community participation based on the PERMA model of positive psychology; and (3) implementation and evaluation of the model using a two-group pretest-posttest quasi-experimental design. The target groups included older adults in Klantha Subdistrict, health service network partners, and community leaders. The research instruments comprised the Thai Geriatric Mental Health Assessment–15, the World Health Organization Quality of Life–BREF Thai version, and a satisfaction questionnaire toward the model, with reliability coefficients of .93, .95, and .86, respectively, obtained from testing with the sample in this study. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and independent t-tests, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results revealed that most older adults reported a level of happiness comparable to that of the general population (63.08%) and an overall quality of life at a moderate level (70.80%). The developed happiness promotion model consisted of a set of activities addressing five dimensions of happiness: physical well-being, psychological well-being, social well-being, intellectual well-being, and economic well-being. The experimental group demonstrated a significantly higher mean happiness score than the control group ($t(40) = 5.76, p < .001$). In addition, overall satisfaction with the implementation of the model was rated at the highest level ($M = 4.58, SD = 0.56$). In summary, the developed happiness model can effectively promote the happiness of the elderly. It should be used to enhance happiness and improve the quality of life for the elderly.

Keywords: Model, Happiness promotion, Older adults, Community participation

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Buriram Rajabhat University; Corresponding Author E-mail: narongkorn.cha@bru.ac.th

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Buriram Rajabhat University

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Buriram Rajabhat University

**** Registered Nurse, Ban Khok Klang Subdistrict Health Promoting Hospital, Klantha Subdistrict, Mueang District, Buriram Province

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างชัดเจน โดยมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลมาจากอัตราการเกิดที่ลดลงควบคู่กับความก้าวหน้าทางการแพทย์ สาธารณสุข และเทคโนโลยีที่ช่วยยืดอายุขัยของประชากร ส่งผลให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) ซึ่งหมายถึง การมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด จากข้อมูลสถิติผู้สูงอายุไทย ปีพ.ศ. 2567 พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวนกว่า 14.02 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2583 ผู้สูงอายุจะมีสัดส่วนมากถึงประมาณหนึ่งในสามของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2566) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ สังคม และระบบสุขภาพของประเทศไทยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะความจำเป็นในการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวที่มุ่งเน้นคุณภาพชีวิตและความสุขควบคู่กับการดูแลด้านสุขภาพ

ผู้สูงอายุถือเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบาง เนื่องจากต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อระดับความสุขและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวต่อบทบาททางสังคมที่เปลี่ยนไป การสูญเสียสมรรถภาพทางกาย หรือการลดลงของเครือข่ายทางสังคม ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งจึงอาจเกิดความรู้สึกเครียด ความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง ความเหงา และความขัดแย้งกับครอบครัวหรือบุคคลรอบข้าง ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่บั่นทอนความสุขและอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ความสิ้นหวัง และการลดทอนคุณภาพชีวิตโดยรวม (วลัยพร นันทศุภวัฒน์, 2561) จากการสำรวจความสุขของคนไทย โดยใช้แบบสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย (Thai happiness indicators) พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 11 มีคะแนนความสุขต่ำกว่ามาตรฐาน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) โดยพบว่า อายุที่เพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์กับความสุขที่ลดลง โดยผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) จะมีระดับความสุขมากที่สุด และระดับความสุขจะค่อย ๆ ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) รู้สึกว่าตนเองมีความสุขน้อยที่สุดหรือไม่มีความสุขเลย (Bartram, 2023) อย่างไรก็ตาม ปัญหาความสุขของผู้สูงอายุไม่ได้เกิดจากวัยหรืออายุเพียงอย่างเดียว หากแต่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถส่งเสริม ป้องกัน และจัดการได้ผ่านการเตรียมความพร้อม การสร้างโอกาสในการมีส่วนร่วมทางสังคม และการส่งเสริมสุขภาวะเชิงบวกอย่างเหมาะสม อันจะนำไปสู่การเพิ่มพูนความสุข ความหมายในชีวิต และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในระยะยาว (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2567; World Health Organization [WHO], 2021)

แนวคิดเรื่องความสุขจึงเป็นประเด็นสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ นอกเหนือจากการสนับสนุนเชิงนโยบายหรือสวัสดิการของรัฐ ความสุขเป็นประสบการณ์เชิงอัตวิสัยที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และเป็นผลลัพธ์ของปัจจัยหลายมิติ งานวิจัยด้านจิตวิทยาเชิงบวกของ Seligman (2011) ได้นำเสนอกรอบแนวคิด PERMA ซึ่งประกอบด้วย อารมณ์บวก การมีส่วนร่วม ความสัมพันธ์ ความหมายในชีวิต และความสำเร็จ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งเสริมความสุขและความเป็นอยู่ที่ดีของมนุษย์ ขณะเดียวกัน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอแนวคิดความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และสุขสงบ ซึ่งสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของสังคมไทย โดยมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพกายและใจ การมีสัมพันธ์ทางสังคม การสร้างคุณค่าในตนเอง การพัฒนาศักยภาพด้านการรู้คิด และการมีความสุขทางจิตใจ (กรมสุขภาพจิต, 2560) แม้แนวคิดทั้งสองจะมีจุดเน้นต่างกัน แต่มีลักษณะเสริมกันในการสร้าง กล่าวคือ แนวคิด PERMA ของ Seligman (2011) เน้นองค์ประกอบความสุข

เชิงจิตวิทยาในระดับบุคคล ได้แก่ อารมณ์บวก การมีส่วนร่วม ความสัมพันธ์ ความหมายในชีวิต และความสำเร็จ ขณะที่แนวคิดความสุข 5 มิติของกรมสุขภาพจิต (2560) สะท้อนบริบทวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุไทย ผ่านมิติสุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และสุขสงบ การบูรณาการแนวคิดทั้งสองเข้าด้วยกันในการศึกษาครั้งนี้ จึงใช้ PERMA เป็นกรอบทฤษฎีหลักในการกำหนดเป้าหมายเชิงจิตวิทยาของกิจกรรม ควบคู่กับการใช้แนวคิดความสุข 5 มิติเป็นกรอบในการปรับปรุงแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่น ซึ่งช่วยให้การออกแบบกิจกรรมส่งเสริมความสุขในการศึกษานี้มีความครอบคลุมทั้งมิติจิตใจ สังคม สติปัญญา และบริบทการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเป็นองค์รวม ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุจึงควรอาศัยกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและชุมชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

ตำบลกลันตา อำเภอมือ จังหวัดบุรีรัมย์ มี 13 หมู่บ้าน เป็นพื้นที่หนึ่งที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้สูงอายุจำนวน 1,097 คน และพบว่ามากกว่าร้อยละ 60 เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และบางส่วนอยู่ในภาวะพึ่งพิง (ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ, 2567) แม้จะมีการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนมาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานและภาคีเครือข่าย รวมทั้งยังไม่พบการศึกษาที่มุ่งเน้นการประเมินและพัฒนาความสุขของผู้สูงอายุในระดับชุมชนอย่างเป็นระบบ ที่ผ่านมามีความพยายามส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลกลันตาอยู่บ้าง อาทิ การสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุในชุมชนด้วยกระบวนการต้นกล้าพยาบาลและครอบครัวอุปถัมภ์ (ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ, 2564) และการพัฒนานวัตกรรมทางสังคมด้วยกระบวนการชุมชนเพื่อสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุ ซึ่งได้นวัตกรรมเชิงกายภาพสำหรับส่งเสริมการทรงตัวและการออกกำลังกาย (ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ, 2567) รวมถึงการศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่อำเภอมือ จังหวัดบุรีรัมย์ (ถาวรีย แสงงาม และคณะ, 2568) อย่างไรก็ตามงานวิจัยดังกล่าวยังมุ่งเน้นด้านสุขภาวะทางกายและการป้องกันโรคเป็นหลัก โดยยังไม่มีการศึกษาที่มุ่งพัฒนาและประเมินรูปแบบการสร้าง "ความสุข" ของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ โดยใช้กรอบแนวคิดทางจิตวิทยาเชิงบวกร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยเฉพาะ การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเติมเต็มช่องว่างองค์ความรู้ดังกล่าว โดยพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขที่บูรณาการแนวคิด PERMA กับแนวคิดความสุข 5 มิติ ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลกลันตาโดยตรง ด้วยเหตุนี้การศึกษานี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนตำบลกลันตา โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและกรอบแนวคิดความสุขที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อเป็นแนวทางในการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และนำไปสู่การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในระดับชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

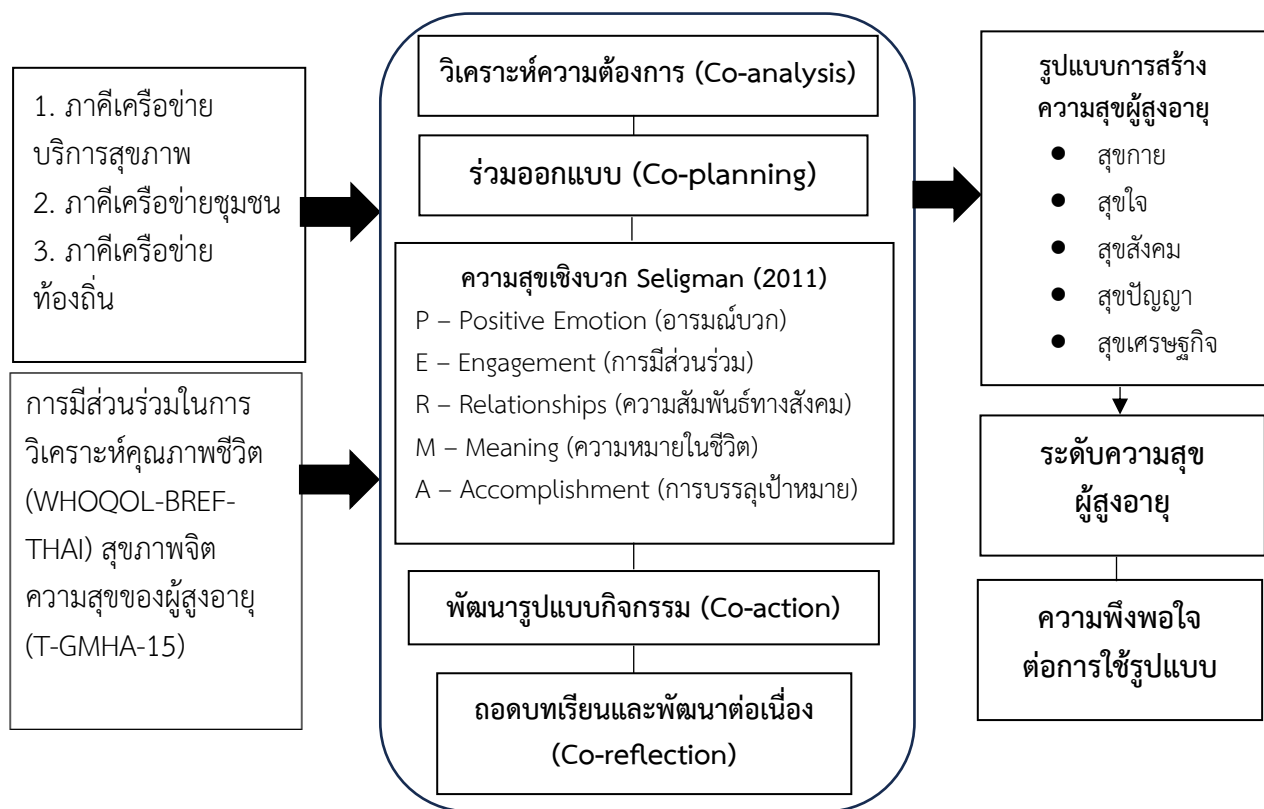
1. เพื่อศึกษาระดับความสุข คุณภาพชีวิต และบริบทปัญหาของผู้สูงอายุในตำบลกลันตา อำเภอมือ จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในตำบลกลันตา อำเภอมือ จังหวัดบุรีรัมย์
3. เพื่อทดลองใช้และประเมินผลของรูปแบบการสร้างความสุขต่อระดับความสุขและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลกลันตา อำเภอมือ จังหวัดบุรีรัมย์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (CBPR) ตามหลักการของ Israel et al. (1998) เป็นกรอบหลักร่วมกับกระบวนการพัฒนารูปแบบกิจกรรม (program development) โดยเน้นความร่วมมืออย่างเท่าเทียมระหว่างนักวิจัย ผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่ายในชุมชน กระบวนการวิจัยดำเนินการผ่านการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน ได้แก่การวิเคราะห์ปัญหา (co-analysis) การออกแบบกิจกรรม (co-planning) การดำเนินงาน (co-action) และการถอดบทเรียน (co-reflection) ทั้งนี้การพัฒนารูปแบบยึดกรอบความสุขเชิงบวก PERMA Model ของ Seligman (2011) ร่วมกับมิติความสุขผู้สูงอายุ 5 ด้านเป็นแนวทางออกแบบชุดกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของชุมชนตำบลกลันทา ผลลัพธ์ของกระบวนการแบ่งออกเป็น ผลลัพธ์หลัก (primary outcome) ได้แก่ ระดับความสุขของผู้สูงอายุ และผลลัพธ์รอง (secondary outcome) ได้แก่ ความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรม ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (CBPR) ร่วมกับกระบวนการพัฒนารูปแบบกิจกรรม (program development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนตำบลกลันทา อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย การดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: การวิเคราะห์ความสุขและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ในกระบวนการศึกษาระดับความสุข คุณภาพชีวิต และบริบทปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขของผู้สูงอายุในตำบลกลันตา อำเภอมะนัง จังหวัดบุรีรัมย์ มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย การศึกษาเอกสารแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย การวิเคราะห์ระดับความสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขของผู้สูงอายุ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ในบ้านเสม็ด ตำบลกลันตา อำเภอมะนัง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 133 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมด (total population survey) และสามารถเก็บข้อมูลได้จริงจำนวน 130 คน ตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 60 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารและตอบแบบสัมภาษณ์ได้ 3) มีคะแนน activities of daily living (ADL) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้บ้านเสม็ดเป็นหมู่บ้านหนึ่งในตำบลกลันตา ที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากและมีลักษณะทางเศรษฐกิจสังคมใกล้เคียงกับหมู่บ้านอื่นในตำบล คณะผู้วิจัยจึงใช้เป็นพื้นที่นำร่องของการศึกษาในระยะที่ 1 ผลการศึกษาในระยะนี้จึงสะท้อนภาพในระดับหมู่บ้านเป็นสำคัญ มิได้เป็นตัวแทนของผู้สูงอายุทั้งตำบลกลันตาโดยสมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะของครอบครัวที่อาศัยอยู่ การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

2. แบบประเมินความสุขของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (T-GMHA-15) ของกรมสุขภาพจิต (2566) ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 14 ข้อ และคำถามเชิงลบ 1 ข้อ (ได้แก่ ข้อ 3) โดยถามถึงประสบการณ์ของผู้ตอบในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน คำตอบเป็นแบบประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ มีคะแนนระหว่าง 15-60 คะแนน การแปลผลเมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ดังนี้ 50-60 คะแนน หมายถึง ระดับความสุขดีกว่าคนทั่วไป 43-49 คะแนน หมายถึง ระดับความสุขเท่ากับคนทั่วไป 15-42 คะแนน หมายถึง ระดับความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป ทั้งนี้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือฉบับนี้ที่ตรวจสอบซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ปรากฏในหัวข้อการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) ขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย (กรมสุขภาพจิต, 2558) ประกอบด้วย องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ 1) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย จำนวน 7 ข้อ 2) ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 3 ข้อ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ และคำถามอีก 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 และ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตโดยรวม รวมคำถามทั้งหมด 26 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 23 ข้อ และคำถามเชิงลบ 3 ข้อ ประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ จากนั้นน้อยไปมาก โดยแปลผลแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 1 ทั้งนี้ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือฉบับนี้ที่ตรวจสอบซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ปรากฏในหัวข้อการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ตารางที่ 1

การแปลผลแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI)

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตระดับกลาง	คุณภาพชีวิตดี
ด้านสุขภาพกาย	7-16 คะแนน	17-26 คะแนน	27-35 คะแนน
ด้านจิตใจ	6-14 คะแนน	15-22 คะแนน	23-30 คะแนน
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3-7 คะแนน	8-11 คะแนน	12-15 คะแนน
ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18 คะแนน	19-29 คะแนน	30-40 คะแนน
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60 คะแนน	61-95 คะแนน	96-130 คะแนน

4. แบบสอบถามปลายเปิด (open-ended questionnaire) เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความสุขของผู้สูงอายุ สาเหตุ และความต้องการในการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุเขียนตอบด้วยตนเองตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาต่อไป

ระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาเอกสารเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. การสนทนากลุ่ม (focus group) ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้นำชุมชน ร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที โดยบันทึกข้อมูลด้วยการบันทึกเสียงและการจดบันทึกภาคสนามควบคู่กัน ประยุกต์แนวคิด community-based participatory research (CBPR) ตามหลักการของ Israel et al. (1998) ร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน ได้แก่
 - 1) Co-analysis: วิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับชุมชน โดยใช้ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากระยะที่ 1 เป็นฐานวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ สำนวความสุขตาม PERMA และ 5 มิติ ระบุจุดแข็ง จุดอ่อน และทุนทางสังคมของชุมชน ขั้นตอนนี้ทำให้ทุกฝ่ายมีความเข้าใจร่วมกันว่า "สิ่งที่ต้องพัฒนา" คืออะไร
 - 2) Co-planning: ร่วมออกแบบรูปแบบกิจกรรม เมื่อเห็นปัญหาและความต้องการชัดเจนแล้ว ชุมชนและนักวิจัยร่วมกันออกแบบกิจกรรมสร้างสุข เลือกเนื้อหาที่ตอบ PERMA วางแนวทางพัฒนารูปแบบกิจกรรมในมิติสุขภาพ สุขใจ สุขสังคม สุขปัญญา และสุขเศรษฐกิจ จัดทำแผนการดำเนินงาน ขั้นตอนนี้เป็นการร่วมสร้างรูปแบบกิจกรรมโดยดึงภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ามาเป็นฐานสำคัญ
 - 3) Co-action: พัฒนารูปแบบกิจกรรมใน 5 มิติ เป็นกระบวนการลงมือทำร่วมกัน โดยผู้สูงอายุมีบทบาทเป็นผู้ร่วมสร้าง ไม่ใช่ผู้รับบริการ ประกอบด้วย การสร้างกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมเพิ่มสุขใจและอารมณ์บวก กิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม กิจกรรมส่งเสริมปัญญาและภูมิปัญญาท้องถิ่น กิจกรรมสร้างความมั่นคงเศรษฐกิจ และ
 - 4) Co-reflection: ถอดบทเรียนและปรับปรุงรูปแบบกิจกรรม หลังดำเนินกิจกรรม ชุมชนและนักวิจัยร่วมกันประเมินผลตาม PERMA วิเคราะห์ผลใน 5 มิติ ความสุข ถอดบทเรียนว่ากิจกรรมใดมีผลดีและกิจกรรมใดต้องปรับ และปรับปรุงรูปแบบกิจกรรมให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย กลุ่มภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ 10 คน กลุ่มผู้สูงอายุ 10 คน และกลุ่มผู้นำชุมชน 5 คน ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ กลุ่มภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพต้องเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลกลันตาโดยตรง กลุ่มผู้สูงอายุต้องเป็นผู้ที่เคยเข้าร่วมการเก็บข้อมูลในระยะที่ 1 และยินดีเข้าร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และกลุ่มผู้นำชุมชนต้องมีบทบาทเกี่ยวข้องกับงานด้านผู้สูงอายุหรือสุขภาพในพื้นที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ซึ่งมีแนวคำถามครอบคลุมประเด็นความสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ ความคาดหวังและความต้องการต่อรูปแบบกิจกรรมสร้างความสุข ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของแนวคำถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุ

ระยะที่ 3: ทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

วิธีการดำเนินการวิจัยในระยะนี้ ผู้วิจัยใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest quasi-experimental design)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงเพศชาย ที่มีคะแนนความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน 42 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มอิสระ โดยอ้างอิงแนวทางของ Cohen (1988) กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size; Cohen's d) เท่ากับ 0.80 ซึ่งถือเป็นอิทธิพลขนาดใหญ่ (large effect size) สำหรับการศึกษาที่คาดว่า intervention จะให้ผลในระดับมาก เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 และกำหนดอำนาจการทดสอบ (statistical power; $1-\beta$) เท่ากับ .95 แทนค่าในโปรแกรม ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 21 คน กลุ่มทดลอง 21 คน จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามข้อมูลพื้นฐาน (matched pair quasi-experimental design) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุ อายุระหว่าง 60-70 ปี 2) คะแนนประเมิน ADL 12 - 20 คะแนน 3) ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมโปรแกรม 4) อ่านเขียนภาษาไทยได้ สื่อสารได้ดี 5) มีความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป (ต่ำกว่า 43 คะแนน) และเกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่อาการรุนแรงไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอด และสุขภาพไม่แข็งแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทุกขั้นตอน ทั้งนี้การทดลองในระยะนี้จำกัดเฉพาะผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-70 ปี) เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพในการเข้าร่วมกิจกรรมและติดตามผลได้ครบตามระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ ซึ่งต่างจากระยะที่ 1 ที่ศึกษาผู้สูงอายุทุกช่วงวัยเพื่อให้ได้ภาพรวมของปัญหาในพื้นที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ชุดกิจกรรมการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุ 5 มิติ ที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ สุขกาย สุขใจ สุขสังคม สุขปัญญา สุขเศรษฐกิจ ที่ผ่านการตรวจสอบเนื้อหา ความเหมาะสมของรูปแบบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วยอาจารย์สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ พยาบาลประจำ รพ.สต. ที่ดูแลทางด้านผู้สูงอายุ และอาจารย์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยถือความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ใน 3 คน ปรับแก้เนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

2. แบบประเมินความสุขของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (T-GMHA-15) ของกรมสุขภาพจิต (2566) ตามที่ได้กล่าวข้างต้น

3. การประเมินความพึงพอใจการใช้รูปแบบ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก 18 ข้อ ครอบคลุมมิติความสุข 5 มิติ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ แปลผลโดยใช้เกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ย (ประคอง กรรณสูตร, 2538) ดังนี้ ช่วงคะแนน 1.00-1.49 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด ช่วงคะแนน 1.50-2.49 หมายถึง อยู่ในระดับน้อย ช่วงคะแนน 2.50-3.49 หมายถึง อยู่ใน

ระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 3.50-4.49 หมายถึง อยู่ในระดับมาก ช่วงคะแนน 4.50-5.00 หมายถึง อยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความพึงพอใจการใช้รูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุ ไปตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน พิจารณาความสอดคล้องและความเหมาะสมของข้อคำถามเป็นรายข้อกับนิยามเชิงปฏิบัติการ (Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.60 ทุกข้อ จากนั้นผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุในตำบลอื่นที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ตามวิธีของ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) เท่ากับ .93 แบบประเมินความสุขของผู้สูงอายุ เท่ากับ .95 และแบบประเมินความพึงพอใจ .86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ เลขที่รับรอง 32/2567 ลงวันที่ 31 ตุลาคม 2567 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และการขอถอนตัว การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่ จะทำในลักษณะภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. คณะผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกกลาง ตำบลกลันทา อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ในการดำเนินการวิจัย
2. คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย
3. ติดต่อประสานงานกับกลุ่มเป้าหมายที่คัดเลือกแล้ว ประชุมกลุ่มเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย ระยะเวลาดำเนินการ ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง
4. ดำเนินกิจกรรมตามแผนต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1-4 จัดกิจกรรมกลุ่มสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง สัปดาห์ที่ 5-8 จัดกิจกรรมร่วมทุกวันเสาร์ ครั้งละ 3 ชั่วโมง สัปดาห์ที่ 9-11 ติดตามเยี่ยมบ้านทุกวันเสาร์ และสัปดาห์ที่ 12 ถอดบทเรียนและประเมินผล โดยมี อสม. แกนนำผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อปท. ร่วมเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม ดังตารางที่ 2
5. ประเมินผลภายหลังเสร็จสิ้นโครงการ

ตารางที่ 2

กิจกรรมสร้างสุขผู้สูงอายุในชุมชน

สัปดาห์ที่	วัน	มิติ	กิจกรรม	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบร่วม
1	วันจันทร์	เตรียมความพร้อม	ประชุมชี้แจง วิเคราะห์ความต้องการ รวบรวมข้อมูลสุขภาพ วางแผนร่วม กำหนดกิจกรรมและหัวหน้ากลุ่ม	3 ชั่วโมง	ภาคีเครือข่าย, รพ.สต., อสม., แกนนำ
	วันอังคาร	ประเมินพื้นฐาน	ประเมินภาวะสุขภาพทางกาย/สุขภาพจิต	3 ชั่วโมง	รพ.สต., อสม.
	วันพุธ	สุขภาพ, สุขใจ	ออกกำลังกายเชิงประกอบเพลงพื้นบ้าน ลายพินมโหรี ออกกำลังกายผ้าขาวม้ายืดเหยียดกายา และปลูกผัก/ปลูกดอกไม้แบบไร้ดิน	3 ชั่วโมง	อสม., แกนนำ
	วันพฤหัสบดี	สุขสังคม, สุขปัญญา	จัดตั้งชมรมอาสาผู้สูงอายุ และถอดบทเรียนภูมิปัญญาชาวบ้าน	3 ชั่วโมง	อปท., แกนนำ
	วันศุกร์	สุขเศรษฐกิจ	อบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาผลิตภัณฑ์อาชีพ และจัดตั้งธนาคารเวลา	3 ชั่วโมง	อสม., แกนนำ
2	วันจันทร์	สุขภาพ, สุขใจ	ออกกำลังกายเชิงประกอบเพลงพื้นบ้าน ลายพินมโหรีและผ้าขาวม้ายืดเหยียดกายา และปลูกผัก/ปลูกดอกไม้แบบไร้ดิน	3 ชั่วโมง	อสม., แกนนำ
	วันพุธ	สุขภาพ, สุขสังคม, สุขปัญญา	ออกกำลังกาย การละเล่นพื้นบ้าน และห้องเรียนผู้สูงอายุ	3 ชั่วโมง	รพ.สต., อสม., แกนนำ, อปท.
	วันศุกร์	สุขเศรษฐกิจ	พัฒนาผลิตภัณฑ์อาชีพ	3 ชั่วโมง	อสม., แกนนำ
3	วันจันทร์	สุขภาพ, สุขใจ	ออกกำลังกาย ฟังธรรมะ นั่งสมาธิ	3 ชั่วโมง	อสม., แกนนำ
	วันพุธ	สุขภาพ, สุขสังคม, สุขปัญญา	ออกกำลังกาย เยี่ยมเพื่อนบ้าน 60+ และห้องเรียนผู้สูงอายุเรียนรู้การดูแลสุขภาพ และการรู้เท่าทันเทคโนโลยี	3 ชั่วโมง	รพ.สต., อสม., แกนนำ, อปท.
	วันศุกร์	สุขเศรษฐกิจ	พัฒนาผลิตภัณฑ์อาชีพ จำหน่ายผลิตภัณฑ์	3 ชั่วโมง	อสม., แกนนำ
4	วันจันทร์	สุขภาพ, สุขใจ	ออกกำลังกาย และดูแลสวนผัก	3 ชั่วโมง	อสม., แกนนำ
	วันพุธ	สุขภาพ, สุขปัญญา	ออกกำลังกาย และกิจกรรมทำขนมจากภูมิปัญญาท้องถิ่น	3 ชั่วโมง	อสม., แกนนำ
	วันศุกร์	สุขสังคม, สุขเศรษฐกิจ	กิจกรรมจิตอาสา และพัฒนาผลิตภัณฑ์อาชีพ จำหน่ายผลิตภัณฑ์	3 ชั่วโมง	อปท., แกนนำ
5-8	ทุกวันเสาร์	ครบทั้ง 5 มิติ	ทำกิจกรรมร่วมกันครอบคลุมกิจกรรม สร้างสุข 5 มิติ	3 ชั่วโมง	รพ.สต., อสม., แกนนำ

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลำดับที่	วัน	มิติ	กิจกรรม	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบร่วม
9-11	ทุกวันเสาร์	ครบทั้ง 5 มิติ (ต่อเนื่อง)	ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามการนำกิจกรรมสร้างสุขทั้ง 5 มิติไปปฏิบัติ ต่อเนื่องที่บ้าน ให้กำลังใจ และเสริมพลัง การดูแลตนเอง	3 ชั่วโมง	ภาคีเครือข่าย
12	-	สรุปผล	ถอดบทเรียน วางแผนระยะต่อเนื่อง วัดระดับความสุขผู้สูงอายุและประเมินรูปแบบ	3 ชั่วโมง	ทีมผู้วิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) วิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยสถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ บ้านเสม็ด ตำบลกลันตา อำเภอมะนัง จังหวัดบุรีรัมย์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.20 อายุเฉลี่ยประมาณ 72.42 ปี ($SD = 8.74$) ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 95.4 มีโรคประจำตัวกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ร้อยละ 53.80 ส่วนใหญ่ร้อยละ 86.90 ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอทำเป็นบางครั้งตามโอกาส ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 73.80 ส่วนใหญ่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หรือเป็นสมาชิกชมรมแต่เข้าร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ (น้อยกว่า 8 ครั้งต่อปี) ร้อยละ 74.60

ระดับความสุขของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ระดับเท่ากับคนทั่วไป โดยมีคะแนนความสุขเฉลี่ยเท่ากับ 47.53 จากคะแนนเต็ม 60 คะแนน (ร้อยละ 63.08) รองลงมา คือ มีความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป คะแนนอยู่ในช่วงน้อยกว่า 43 คะแนน (ร้อยละ 33.07) และมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 3.85) ตามลำดับ ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระดับกลาง ร้อยละ 70.80 จำแนกรายด้านพบว่า ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มีคุณภาพชีวิตไม่ดี ร้อยละ 18.50ประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความสุขและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลกลันตา ที่ได้จากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ได้แก่ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจที่ช่วยลดความกังวลและเสริมคุณค่าในตนเอง สุขภาพกายที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตและการมีส่วนร่วมทางสังคม ความสัมพันธ์และเครือข่ายสังคมที่สร้างความผูกพันในชุมชน สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการเคลื่อนไหว มิติทางจิตวิญญาณและความหมายในชีวิตจากการเป็นผู้ให้ รวมถึงความรู้ด้านสุขภาพที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและยกระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ

2. การพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุในตำบลกลันตา อำเภอมะนัง จังหวัดบุรีรัมย์

จากการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนตามขั้นตอน Co-analysis, Co-planning, Co-action และ Co-reflection ได้ผลลัพธ์เป็นรูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน และชุดกิจกรรมสร้างความสุข 5 มิติ ดังนี้

มิติที่ 1: สุขกาย (physical health) หมายถึง การมีกายภาพแข็งแรง สมรรถภาพร่างกายเพียงพอต่อการทำกิจกรรมประจำวัน การเคลื่อนไหวที่คล่องตัว ความสามารถในการดูแลตนเอง และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม กิจกรรมประกอบด้วย ประเมินภาวะสุขภาพทางกาย การออกกำลังกายเชิงประกอบเพลง พื้นบ้านลายพืชมไหม ออกกำลังกายผ้าขาวม้ายืดเหยียดกายาเพิ่มการทรงตัว เดินสุขภาพรอบวัด/ชุมชน สารสำคัญ: แข็งแรง เคลื่อนไหวได้ ลดโรค ป้องกันหกล้ม

มิติที่ 2: สุขใจ (mental & emotional health) หมายถึง ภาวะอารมณ์และจิตใจที่สงบ ผ่อนคลาย มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิต มีความหวัง มีกำลังใจ มีทักษะจัดการความเครียด รวมถึงการป้องกันภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความรู้สึกโดดเดี่ยว กิจกรรมประกอบด้วย การประเมินสุขภาพใจ สมาธิ/กายใจ ผ่อนคลาย ปลุกผัก/ปลุกดอกไม้แบบไร้ดิน ชมรมพูดคุย "เพื่อนคุยยามเช้า" สารสำคัญ: ใจเป็นสุข ไม่เครียด ไม่เหงา รู้สึกมีคุณค่า

มิติที่ 3: สุขสังคม (social connection) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความสัมพันธ์อันดีในครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชน ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างเหมาะสม มีบทบาทในกลุ่มหรือองค์กร และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม กิจกรรมประกอบด้วย จัดตั้งชมรมอาสาผู้สูงอายุ การละเล่นพื้นบ้าน กิจกรรม "เยี่ยมเพื่อนบ้าน 60+" สารสำคัญ: มีเพื่อน มีเครือข่าย มีการยอมรับ ไม่โดดเดี่ยว

มิติที่ 4: สุขปัญญา (wisdom & learning) หมายถึง การใช้ความรู้ ความคิด ความจำ และภูมิปัญญาชีวิตในการจัดการตนเอง เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ การฝึกสมองให้ทำงานต่อเนื่อง มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจ และถ่ายทอดประสบการณ์ให้คนรุ่นใหม่ กิจกรรมประกอบด้วย ถอดบทเรียนภูมิปัญญาชาวบ้าน ห้องเรียนผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันหกล้ม โภชนาการ กิจกรรมกระตุนสมอง สารสำคัญ: สมองดี คิดได้ เรียนรู้ได้ ถ่ายทอดภูมิปัญญา

มิติที่ 5: สุขเศรษฐกิจ (economic well-being) หมายถึง ความมั่นคงด้านรายได้และทรัพยากรที่เพียงพอสำหรับการดำรงชีวิตประจำวัน สามารถจัดการค่าใช้จ่ายได้อย่างเหมาะสม มีโอกาสหารายได้เสริมและไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว รวมทั้งเป็นการใช้เวลาว่างอย่างมีคุณค่าและลดความกังวลทางการเงิน กิจกรรมประกอบด้วย กลุ่มอาชีพเสริม ตลาดนัดผู้สูงอายุ/สินค้าชุมชน ธนาคารเวลาเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในชุมชนช่วยเหลือดูแลกัน สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีในชุมชน ส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เก็บชั่วโมงอาสาแลบริการในชุมชน สารสำคัญ: มีรายได้พอเพียง ไม่ลำบาก จัดการเงินได้

3. ผลการทดลองและประเมินผลการใช้รูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงวัยในตำบลกลันตา อำเภอมือ จังหวัดบุรีรัมย์

การทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะทั่วไปไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ทั้งด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว และคะแนนความสุขก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน

ผลการทดลองใช้รูปแบบพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสุขเท่ากับ 38.95 ± 2.11 คะแนน และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 39.33 ± 2.54 คะแนน โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม (mean difference = - 0.38, 95% CI: -1.84 ถึง 1.08, $t = - 0.529$, $p = .600$)

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสุขเท่ากับ 48.62 ± 4.49 คะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 41.95 ± 2.82 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference = 6.67 คะแนน, 95% CI: 4.32–9.02, $t = 5.764$, $p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ระยะการประเมิน	กลุ่ม	n	Mean $\pm$ SD	Mean Difference (95% CI)	t	p-value
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	21	38.95 $\pm$ 2.11	- 0.38 (- 1.84, 1.08)	- 0.529	.600
	กลุ่มควบคุม	21	39.33 $\pm$ 2.54			
หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	21	48.62 $\pm$ 4.49	6.67 (4.32, 9.02)	5.764	< .001*
	กลุ่มควบคุม	21	41.95 $\pm$ 2.82			

ผลการประเมินความพึงพอใจการใช้รูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้ใช้รูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงวัย ในตำบลกลันตา อำเภอมือ จังหวัดบุรีรัมย์ มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.58 ($SD = 0.56$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนสูง 3 ลำดับแรก คือ รูปแบบกิจกรรมช่วยให้ท่านรู้สึกมีคุณค่าและภูมิใจในตัวเอง ท่านรู้สึกว่าการเครียดลดลงจากการเข้าร่วมกิจกรรม ท่านรู้สึกมีความสุขมากขึ้นเมื่อเข้าร่วมกิจกรรม โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.81, 4.76 และ 4.71 ตามลำดับ

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับความสุข คุณภาพชีวิต และบริบทปัญหาของผู้สูงอายุในตำบลกลันตา อำเภอมือ จังหวัดบุรีรัมย์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในตำบลกลันตามีระดับความสุขเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ "เท่ากับคนทั่วไป" โดยคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 47.53 จากคะแนนเต็ม 60 แต่เมื่อลงลึกจะพบว่าร้อยละ 33.07 มีความสุขต่ำกว่ามาตรฐานคนไทย ขณะที่เพียงร้อยละ 3.85 เท่านั้นที่มีความสุขสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุจำนวนมากยังขาดปัจจัยสนับสนุนด้านสุขภาวะและคุณภาพชีวิต สะท้อนจากการที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.80 มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 86.90 ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ และร้อยละ 74.60 ไม่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง แม้จะอยู่ในสังคมชนบทที่มีทุนทางสังคมสูงก็ตาม ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ดุษฎี อายุวัฒน์ และคณะ (2562) ที่ศึกษาผู้สูงอายุในภาคอีสาน พบว่า ผู้สูงอายุจำนวนมากมีระดับความสุขปานกลางและมีความสุขต่ำในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวหรือขาดกิจกรรมร่วมกับชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของตำบลกลันตา ที่พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมี NCDs โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่งผลโดยตรงต่อความสุขทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ เพราะผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งรู้สึกเปราะบางทางสุขภาพและจำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมทางสังคม เมื่อพิจารณาผลด้านคุณภาพชีวิตตามกรอบ WHOQOL-BREF พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี แต่ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมยังมีส่วนผู้ที่มีคุณภาพชีวิต "ไม่ดี" ร้อยละ 18.5 ซึ่งสะท้อนปัญหาความโดดเดี่ยวทางสังคม (social isolation) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่บุตรหลานย้ายถิ่นฐานไปทำงานต่างจังหวัด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานของ ดุษฎี อายุวัฒน์ และคณะ (2562) ที่พบว่าผู้สูงอายุชนบทอีสานมีความสุขสูงขึ้นเมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมและเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนอย่างสม่ำเสมอ ตรงกันกับ

แนวคิด active ageing ของ WHO (2002) ที่เน้นว่าการมีส่วนร่วม (participation) การมีสุขภาพ (health) และความมั่นคงปลอดภัย (security) เป็นปัจจัยกำหนดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

เมื่อนำผลการศึกษานี้มาเปรียบเทียบกับงานวิจัยระดับประเทศ เช่น สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2565) ที่รายงานว่าผู้สูงอายุไทยมีความสุขปานกลาง ส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบจากโรคประจำตัว ความเหงา และรายได้ไม่เพียงพอ พบว่า ตำบลกลันตามีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยเฉพาะปัญหาด้านรายได้และสุขภาพเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ลดประสบการณ์ความสุขในวัยสูงอายุ ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานของ วรวรรณ์ ทิพย์วารีรัมย์ และคณะ (2565) ที่พบว่า ปัจจัยที่ทำนายความสุขผู้สูงอายุได้ดีที่สุดคือสุขภาพกาย ความสัมพันธ์ในครอบครัว และการมีบทบาทในสังคม ซึ่งตรงกับผลของตำบลกลันตาที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่มีบางส่วนที่ขาดกิจกรรมสังคม ทำให้คะแนนความสุขด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับกลางถึงต่ำ การตีความผลการศึกษานี้โดยใช้กรอบ PERMA ของ Seligman (2011) จะพบว่า ผู้สูงอายุในตำบลกลันตามี P-(Positive Emotion) และ R-(Relationship) อยู่ในระดับปานกลาง แต่มีข้อจำกัดด้าน Meaning (ความหมาย/บทบาททางสังคม) และ Accomplishment (ความสำเร็จ/คุณค่าในตนเอง) โดยเฉพาะในกลุ่มที่รายได้ไม่แน่นอนหรือมีโรคเรื้อรัง ทำให้ประสบการณ์ความสุขโดยรวมไม่สูงมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Hone et al. (2020) ที่ชี้ว่าความสุขผู้สูงอายุลดลงเมื่อบุคคลรู้สึกไร้บทบาทหรือไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2. การพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุในตำบลกลันตา อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุในตำบลกลันตาทดแทนภายใต้กระบวนการทางสังคมแบบมีส่วนร่วม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ community-based participatory research (CBPR) ที่ย้ำว่าการแก้ปัญหาใด ๆ ในชุมชนควรตั้งอยู่บนฐานพลังของชุมชน และการร่วมออกแบบโดยคนในพื้นที่ (Israel et al., 1998) กระบวนการพัฒนารูปแบบกิจกรรมในงานวิจัยนี้เริ่มจากการสำรวจความต้องการ (need assessment) ผ่านเวทีพูดคุยกับผู้สูงอายุ อสม. ผู้นำชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ ก่อนจะนำผลมาสังเคราะห์เป็นชุดกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบท วัฒนธรรม และทุนทางสังคมของตำบลกลันตา โดยเฉพาะ ผลการศึกษานี้สะท้อนระดับการมีส่วนร่วมตามลำดับขั้นของ Arnstein's Ladder of Participation (1969) ซึ่งชี้ว่า การพัฒนาโครงการที่ยั่งยืนต้องยกระดับจากการรับฟังความคิดเห็นแบบสัญลักษณ์ ไปสู่ระดับที่ประชาชนมีอำนาจตัดสินใจร่วม ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนมีบทบาทสำคัญในขั้นตอนออกแบบกิจกรรม เช่น การเลือกประเภทกิจกรรมสร้างสุขในแต่ละมิติ การกำหนดรูปแบบกิจกรรมที่เป็นไปได้ในชุมชน และการเป็นแกนนำดำเนินกิจกรรมบางส่วน แสดงให้เห็นว่า กระบวนการมีส่วนร่วมในงานวิจัยนี้อยู่ในระดับ "partnership" หรือ "citizen power" ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการยอมรับและการใช้ประโยชน์จากรูปแบบกิจกรรมในระยะยาว เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผลลัพธ์ในลักษณะเดียวกันปรากฏในงานของ วิภาดา กาญจนสิทธิ์ และยุภาพร ม่วงนิล (2568) ซึ่งศึกษาการพัฒนานวัตกรรมดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม พบว่า การให้ผู้สูงอายุและผู้นำท้องถิ่นร่วมออกแบบกิจกรรม ทำให้เกิดความผูกพันและยอมรับในโครงการสูงกว่าโครงการที่จัดโดยหน่วยงานภายนอกเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ สังวาล จ่างโพธิ์ (2564) พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชนช่วยเพิ่มทั้งความพึงพอใจ ความรู้สึกมีคุณค่า และการตอบสนองความต้องการที่แท้จริง ซึ่งสะท้อนแนวคิดในงานวิจัยครั้งนี้ว่า การออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตชุมชน เช่น การรำ การละเล่นพื้นบ้าน สมุนไพรชุมชน และการถ่ายทอดภูมิปัญญา สามารถช่วยส่งเสริมการรับรู้คุณค่าในตนเอง และความหมายในชีวิต (meaning) ให้ผู้สูงอายุได้ดี

การพัฒนารูปแบบกิจกรรมในครั้งนี้นี้ยังสอดคล้องกับโมเดลความสุขเชิงบูรณาการ PERMA ของ Seligman (2011) ซึ่งประกอบด้วย positive emotion, engagement, relationships, meaning, และ

accomplishment โดยกระบวนการออกแบบกิจกรรมทั้ง 5 มิติของงานวิจัย สุขกาย สุขใจ สุขสังคม สุขปัญญา และสุขเศรษฐกิจ ครอบคลุมองค์ประกอบ PERMA อย่างครบถ้วน เช่น กิจกรรมดนตรีบำบัดสร้าง positive emotion กิจกรรมฝึกสมองและการถ่ายทอดภูมิปัญญาสนับสนุน meaning และ accomplishment ขณะที่กิจกรรมชมรมและกลุ่มอาชีพเสริมช่วยสร้าง relationships และ engagement ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากในผู้สูงอายุชนบท และจากการศึกษาของดุขฤ์ อายุวัฒน์ และคณะ (2562) พบว่า กิจกรรมที่อาศัยทุนทางสังคมและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในกระบวนการนำ ช่วยเพิ่มความพึงพอใจและความสุขอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เช่นเดียวกับตำบลกลันตาที่มีกลุ่มเปราะบางจำนวนมาก การออกแบบโดยใช้แนวทางชุมชนจึงช่วยให้กิจกรรมมีความยืดหยุ่น และเหมาะสมกับสมรรถนะที่หลากหลายของผู้สูงอายุ เช่น การแบ่งระดับกิจกรรมตามความสามารถ การใช้พื้นที่วัดหรือศาลาชุมชนที่เข้าถึงง่าย และการให้แกนนำสูงวัยดูแลกันเอง

3. ผลการทดลองและประเมินผลการใช้รูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงวัยในตำบลกลันตา อำเภอมือ จังหวัดบุรีรัมย์

ผลการทดลองใช้รูปแบบการสร้างความสุขที่พัฒนาด้วยกระบวนการทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนความสุขหลังเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยหลังทดลองอยู่ที่ 48.62 สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยเพียง 41.95 ซึ่งไม่ได้เพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการสร้างสุขผู้สูงอายุ ที่ประกอบด้วยกิจกรรมทั้ง 5 มิติ ได้แก่ สุขกาย สุขใจ สุขสังคม สุขปัญญา และสุขเศรษฐกิจ สามารถส่งผลเชิงบวกต่อสุขภาวะผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง โดยเฉพาะในมิติสุขใจและสุขสังคม ซึ่งผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่ารู้สึกมีความสุขมากขึ้น ผ่อนคลาย และมีเพื่อนใหม่จากการเข้าร่วมกิจกรรม และคะแนนความพึงพอใจโดยรวมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมอยู่ระดับมากที่สุด (เฉลี่ย 4.58 จาก 5) ภาพของผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Seligman (2011) ผ่านกรอบ PERMA ที่ระบุว่าความสุขของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเมื่อได้รับประสบการณ์เชิงบวก (positive emotion) ความผูกพัน (engagement) ความสัมพันธ์ทางสังคม (relationships) ความหมายในชีวิต (meaning) และความรู้สึกระบบความสำเร็จ (accomplishment) ซึ่งกิจกรรมที่ใช้ในชุดกิจกรรมสร้างสุขนี้ เช่น ดนตรีบำบัด การทำกิจกรรมกลุ่มภูมิปัญญา การรำอีสาน การออกกำลังกายเบา ๆ และกิจกรรมแบ่งปันประสบการณ์มีองค์ประกอบที่ส่งเสริม PERMA ครบทุกด้าน จึงก่อให้เกิดผลต่อความสุขในเชิงพหุมิตติตามทฤษฎีดังกล่าว เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า แนวโน้มของผลลัพธ์ไปในทิศทางเดียวกัน เช่นการศึกษาของ ดุขฤ์ อายุวัฒน์ และคณะ (2562) ที่พบว่า กิจกรรมชุมชนที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมเชิงรุกช่วยลดความเครียด เพิ่มความสุข และส่งเสริมความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับ สังวาล จ่างโพธิ์ (2564) พบว่า กิจกรรมแบบมีส่วนร่วม เช่น กิจกรรมดนตรีและการละเล่นท้องถิ่น ช่วยปรับสภาวะอารมณ์ เพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงวัย และทำให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น งานวิจัยต่างประเทศยังสนับสนุนผลการศึกษานี้เช่นกัน เช่น Hone et al. (2020) ที่พบว่า การจัดกิจกรรมแบบกลุ่มกับผู้สูงอายุ เช่น โปรแกรมศิลปะ การออกกำลังกายเบา และการสร้างเครือข่ายสังคม ส่งผลให้ระดับ wellbeing สูงขึ้น โดยเฉพาะกลไกผ่านความสัมพันธ์ทางสังคมและความหมายในชีวิต ซึ่งตรงกับกลไกที่เกิดในรูปแบบกิจกรรมของตำบลกลันตา นอกจากนี้งานของ Yuen et al. (2018) พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้ทำกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอมีระดับสุขภาพจิตและความผาสุกสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ทำกิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับผลในกลุ่มควบคุมของงานวิจัยนี้ที่คะแนนความสุขแทบไม่เปลี่ยนแปลง อีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้รูปแบบกิจกรรมเกิดผลดี คือ กระบวนการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ CBPR (Israel et al., 1998) ที่ชี้ว่า ความสำเร็จของโครงการคนวัยสูงอายุมานจากความรู้สึกเป็นเจ้าของ (ownership) และความเกี่ยวข้องทางสังคมที่เพิ่มขึ้น การใช้แกนนำผู้สูงอายุในการนำ

กิจกรรมบางส่วนในตำบลกลันทาทำให้ผู้เข้าร่วมรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนมากขึ้น ลดความโดดเดี่ยว และเกิดความผูกพันทางสังคม (social bonding) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสุขของผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทไทย ด้านสุขภาพ รูปแบบกิจกรรมนี้แม้จะไม่ได้มุ่งเน้นการออกกำลังกายที่เข้มข้น แต่กิจกรรมยืดเหยียดและเคลื่อนไหวตามจังหวะดนตรีช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกกระฉับกระเฉงขึ้น สอดคล้องกับงานของ พัชรนันท์ เลิศคุณอินทร์ (2565) ที่พบว่า กิจกรรมร่วมน้ำและไทเก็กในผู้สูงอายุช่วยปรับสมดุล ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความพึงพอใจในชีวิต นอกจากนี้การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุถ่ายทอดภูมิปัญญา เช่น การทำสมุนไพร การสาธิตอาหารพื้นบ้าน ยังช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่า สอดคล้องกับงานของวรวรรณ ทิพย์วาริรมย์ และคณะ (2565) ระบุว่า เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุไทย โดยรวมแล้วรูปแบบกิจกรรมสร้างสุขที่ใช้ในตำบลกลันทาไม่เพียงช่วยเพิ่มความสุขในระยะสั้น แต่ยังทำให้ผู้สูงอายุเกิดบทบาทใหม่ในชุมชน เกิดความหมายในชีวิต และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมากขึ้น อันเป็นองค์ประกอบหลักของ active ageing ตามแนวทางของ WHO (2002) ที่เน้นให้ผู้สูงวัยดำรงชีวิตอย่างกระฉับกระเฉง มีส่วนร่วมทางสังคม และมีความมั่นคงทางสุขภาพ

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาระยะที่ 1 เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุในบ้านเสม็ด ซึ่งเป็นเพียงหนึ่งหมู่บ้านในตำบลกลันทา แม้พื้นที่ดังกล่าวมีลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมใกล้เคียงกับหมู่บ้านอื่น แต่ผลการศึกษายังสะท้อนบริบทของพื้นที่ศึกษาเป็นสำคัญ จึงควรใช้ความระมัดระวังในการอ้างอิงผลไปยังผู้สูงอายุทั้งตำบลหรือพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำรูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุทั้ง 5 มิติ ได้แก่ สุขกาย สุขใจ สุขสังคม สุขปัญญา และสุขเศรษฐกิจ ไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป
2. บุคลากรสุขภาพควรนำข้อมูลด้านความสุขและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมาใช้วางแผนการดูแลแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง
3. ชุมชนและครอบครัวสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการสร้างสภาพแวดล้อมและกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม ลดความโดดเดี่ยว และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุ เช่น ภาวะสุขภาพ โรคเรื้อรัง การสนับสนุนทางสังคม และฐานะทางเศรษฐกิจ รวมถึงการวิจัยเชิงคุณภาพหรือการวิจัยแบบผสมผสานเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์และมุมมองเชิงลึกเกี่ยวกับความสุขของผู้สูงอายุในแต่ละช่วงวัย และดำเนินการวิจัยเชิงติดตาม (longitudinal study) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของความสุขของผู้สูงอายุในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง เพิ่มตัวชี้วัดเชิงชีวภาพและเชิงกายภาพเพื่อสนับสนุนผลการประเมิน เช่น ความดันโลหิต ดัชนีสมรรถภาพทางกาย ความถี่ในการออกกำลังกายจริง ตัวชี้วัดสุขภาพจิตทางคลินิก เพื่อยืนยันผลลัพธ์ของรูปแบบกิจกรรมให้รอบด้าน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต. (2558). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)*.
<https://catalog.dmh.go.th/dataset/whoqol-bref-thai>
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต. (2560). *การศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ. สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต.*
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต. (2566). *แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (T-GMHA-15)*.
<https://mhc11.dmh.go.th/tester/4995/>
- ณรงค์กร ชัยวงศ์, นิชาภัทร มณีพันธ์, สุกัญญา บุรวงศ์, ถาวรีย แสงงาม, และปณิทัต บนขุนทด. (2567). การพัฒนานวัตกรรมทางสังคมด้วยกระบวนการชุมชนเพื่อสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุ ตำบลกลันทา อำเภอมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 18(3), 957-973.
- ณรงค์กร ชัยวงศ์, รัชนิ ผิวง่อง, เพิ่มพูล บุญมี, และเยี่ยม คงเรืองราช. (2564). การสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุในชุมชนด้วยต้นกล้าพยาบาลกับครอบครัวอุปถัมภ์: กรณีศึกษาชุมชนตำบลกลันทา อำเภอมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 29(3), 357-370.
- ดุขฎิ อายุวัฒน์, จงรักษ์ หงษ์งาม, เกศินี สราญฤทธิชัย, รักชนก ชำนาญมาก, วณิชชา ณรงค์ชัย, และณัฐวรรธ อุไรอำไพ. (2562). ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารภาษา ศาสนาและวัฒนธรรม*, 8(1), 136-155.
- ถาวรีย แสงงาม, ปณิทัต บนขุนทด, ณรงค์กร ชัยวงศ์, นิชาภัทร มณีพันธ์, และเพ็ญพิศ นกุลสวัสดิ์. (2568). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแห่งหนึ่ง อำเภอมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 26(2), 272-280.
- ประคอง กรณสูตร. (2538). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัทธนันท์ เลิศคุณอินทร์. (2565). ไทเก๊ก: ศาสตร์แห่งความสมดุลของชีวิต. *ศิลปศาสตร์ปริทัศน์*, 17(2), 175-189.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2567). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2567*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรวรรณ ทัพย์วาริรัมย์, แสงเดือน อภิรัตน์วงศ์, และนิตากร โพธิมาศ. (2565). ปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนวังชมภู จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้*, 9(1), 94-106.
- วลัยพร นันทศุภวัฒน์. (2561). *การพยาบาลผู้สูงอายุความท้าทายกับภาวะประชากรผู้สูงอายุ*. ขอนแก่น การพิมพ์.
- วิภาดา กาญจนสิทธิ์, และยุภาพร ม่วงนิล. (2568). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยนวัตกรรมทางการแพทย์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 10(4), 285-294.
- สังวาล จ่างโพธิ์. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 7(2), 165-183.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). *รายงานผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 ระดับจังหวัด*. กลุ่มบริการและเผยแพร่ข้อมูลสถิติ กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). *การประเมินผลกระทบและความยั่งยืนของการบริโภคของผู้สูงอายุภายใต้ระบบบำนาญของประเทศไทย*.
<https://www.nesdc.go.th/download/policy-brief/>
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216–224. <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>
- Bartram, D. (2023). Is happiness u-shaped in age everywhere? a methodological reconsideration for Europe. *National Institute Economic Review*, 263, 61–75. doi:10.1017/nie.2022.1
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavior sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum.
- Hone, L., Jarden, A., & Schofield, G. (2020). Psychosocial correlates of flourishing and wellbeing among older adults: A systematic review. *European Journal of Ageing*, 17(4), 445–459.
- Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A., & Becker, A. B. (1998). Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. *Annual Review of Public Health*, 19, 173–202. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.19.1.173>
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Free Press.
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*.
<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>
- World Health Organization. (2021). *Decade of healthy ageing: Baseline report*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
- Yuen, E. Y. N., Knight, T., Ricciardelli, L. A., & Burney, S. (2018). Health literacy of caregivers of adult care recipients: A systematic scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 26(2), e191–e206. <https://doi.org/10.1111/hsc.12368>

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

จิราภรณ์ สุลลมาตย์, พย.ม.*

ธนายรัตน์ ชัยศิริภูวadol, พย.ม.**

แสงดาว เส่าปิ่น, พย.บ.*

Received: December 3, 2025

Revised: May 1, 2026

Accepted: August 27, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือด โดยเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำเกินก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำเกินระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบภาวะน้ำเกินจากค่าน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการฟอกเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 70 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จับคู่ตามคุณลักษณะพื้นฐาน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ 4 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเอง แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกภาวะน้ำเกิน และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า CVI = 0.9, 0.89 ความเชื่อมั่นแบบสอบถาม ได้ค่า 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ Paired t-test สำหรับการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังในกลุ่มทดลอง และ Independent t-test สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำเกินสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 22.84, p < .001$) และมีค่าภาวะน้ำเกินจากค่าน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นในช่วงระหว่างการฟอกเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.19, p = .002, 95\% \text{ CI} = -0.63, -0.15$) พฤติกรรมการจัดการตนเองตามรายด้านพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การรับประทานยา การจำกัดน้ำดื่ม และการบริโภคอาหารดีกว่ากลุ่มควบคุม สรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพในการจัดการภาวะน้ำเกิน ควรนำไปใช้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การฟอกเลือด ภาวะน้ำเกิน โปรแกรมการจัดการตนเอง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

** อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย;

ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: thanairat.chaisiriphuwadol@crc.ac.th

The Effects of Self-management Program on Fluid Overload in End-stage Renal Disease Patients Receiving Hemodialysis at Chiangrai Prachanukroh Hospital

Jiraporn Supolmat, M.N.S.*

Thanairat Chaisiriphuwadol, M.N.S.**

Sangdao Soaupan, B.N.S.*

Abstract

This quasi-experimental research aims to study the effects of a self-management program on fluid overload in end-stage chronic kidney disease patients undergoing dialysis. It compares self-management behaviors related to fluid overload before and after receiving the self-management program in the experimental group, self-management behavior scores between the experimental and control groups, and interdialytic weight gain (IDWG) between the experimental and control groups. The sample consisted of 70 patients aged 18 years and older undergoing hemodialysis, selected through purposive sampling, matched by basic characteristics, and randomly assigned to either the experimental group or the control group, with 35 participants in each group. The experimental group received the self-management program, while the control group received standard nursing care for 4 weeks. Research instruments included the self-management program, general information recording form, fluid overload recording form, and self-management behavior questionnaire. Content validity was confirmed with CVI values of 0.9 and 0.89, and the questionnaire's reliability was 0.90. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, independent t-tests.

The study results showed that after receiving the program, the experimental group had a significantly higher self-management score for fluid overload compared to the control group ($t = 22.84, p < .001$) and a significantly lower IDWG than the control group ($t = 3.19, p = .002, 95\% \text{ CI} = -0.63, -0.15$). Self-management behaviors in specific areas revealed that the experimental group had better medication adherence, fluid restriction, and dietary consumption than the control group. In conclusion, the self-management program is effective in managing fluid overload and should be implemented to promote self-care and reduce complications in patients.

Keywords: End-stage renal disease, Hemodialysis, Fluid overload, Self-management program

* Registered Nurse, Professional Level, Chiangrai Prachanukroh Hospital

** Lecturer, Department of Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing Chiangrai College, Thailand;

Corresponding Author E-mail: thanairat.chaisiriphuwadol@crc.ac.th

บทนำ

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end-stage renal disease: ESRD) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในระดับประเทศและทั่วโลก ประเทศไทยพบสถิติผู้รับการบำบัดทดแทนไตรายใหม่ระหว่างปี พ.ศ. 2543-2565 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2565) เมื่อการทำงานของไตลดลงต่ำกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตรของพื้นที่ผิวร่างกาย (Dennison, 2023) ส่งผลให้ไตไม่สามารถกำจัดของเสีย สารพิษและน้ำออกจากร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง หายใจเหนื่อยหอบ บวมตามส่วนต่าง ๆ โดยเฉพาะภาวะน้ำเกิน (fluid overload) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญและพบได้บ่อยในผู้ป่วย (Zoccali et al., 2025) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ การเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลจากภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) และภาวะหัวใจล้มเหลว ส่งผลให้เกิดภาระการครองเตียงที่สูงขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา และเพิ่มภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ (Youngkong et al., 2025) ดังนั้นการป้องกันภาวะน้ำเกินจึงมีความสำคัญทั้งในระดับผู้ป่วยและระบบสุขภาพ

ภาวะน้ำเกินเกิดจากการสะสมของสารน้ำและโซเดียมจากการบริโภคอาหาร (Lopez & Banerjee, 2021) ภาวะนี้นำไปสู่การเพิ่มปริมาตรของเลือดและน้ำในร่างกาย สะท้อนผ่านค่า interdialytic weight gain (IDWG) ที่เพิ่มขึ้น และสัมพันธ์กับการกำหนดอัตราการดิงน้ำ (ultrafiltration rate) ที่สูง (Bossola et al., 2025) ส่งผลให้เกิดอาการแทรกซ้อน เช่น อาการบวม น้ำ ความดันโลหิตสูง หายใจเหนื่อย หายใจลำบากและน้ำท่วมปอด และภาวะหัวใจและหลอดเลือด จนนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว หรืออาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต (Collister et al., 2025; Lopez & Banerjee, 2021) ผู้ป่วยจะได้รับการฟอกเลือดเพื่อกำจัดน้ำส่วนเกิน แต่หากมีการสะสมของสารน้ำมากเกินไปความสามารถในการดิงออกในแต่ละรอบ จะนำไปสู่การคั่งของน้ำและภาวะน้ำเกินในระยะยาว ปัจจัยสำคัญมาจากพฤติกรรมการควบคุมอาหารและสารน้ำที่ไม่เหมาะสม เช่น การขาดความรู้ในการเลือกอาหาร การบริโภคโซเดียมสูง และการดื่มน้ำเกินกำหนด รวมถึงการขาดความตระหนักและไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ (Lambert et al., 2022; Efe et al., 2015) ประกอบกับสภาพอากาศร้อนของประเทศไทย อุณหภูมิที่สูงส่งผลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำในปริมาณมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Chiang et al., 2024)

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำเป็นต้องได้รับการประเมินภาวะน้ำเกินก่อนการฟอกเลือดทุกครั้ง เพื่อวางแผนการดิงน้ำออกในการฟอกเลือดแต่ละรอบ การประเมินประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย เช่น ประเมินอาการบวมกดบวม การวัดสัญญาณชีพ และการชั่งน้ำหนักตัว ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญในการกำหนดอัตราการดิงสารน้ำออก (ultrafiltration rate) ระหว่างการฟอกเลือด (Damas & Fernandes, 2022) ทั้งนี้การชั่งน้ำหนักจะดำเนินการ 2 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ก่อนการฟอกเลือด (pre body weight) เพื่อใช้ในการคำนวณปริมาณน้ำที่ต้องดิงออกในรอบนั้น ๆ และครั้งที่ 2 หลังฟอกเลือด (post body weight) เพื่อใช้ประเมินปริมาณน้ำที่ดิงออกจากร่างกายในรอบนั้น ๆ ทั้งนี้ในการตั้งเครื่องฟอกเลือดเพื่อดิงน้ำแต่ละครั้งต้องเทียบเคียงจากน้ำหนักตัวที่แท้จริง (dry weight) ซึ่งน้ำหนักที่แท้จริงอาจจะเท่ากับหรือใกล้เคียงกับน้ำหนักหลังฟอกเลือดเสร็จ (post body weight) สามารถคำนวณจาก $\text{pre body weight} - \text{dry weight} = \text{น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น}$ โดยปกติแล้วน้ำหนักตัวสามารถเพิ่มได้ไม่เกิน 1 กิโลกรัมต่อวัน (Dennison, 2023; National Kidney Foundation, 2023) เช่น หลังฟอกเลือด 2 วัน ต้องมีน้ำหนักเพิ่มไม่เกิน 2 กิโลกรัม หากเกินกว่านี้ถือว่ามีความเสี่ยงภาวะน้ำเกิน

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) เป็นการรักษาที่ต้องได้รับอย่างต่อเนื่อง ครั้งละ 4 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง (Mayo Clinic, 2024) อย่างไรก็ตามระหว่างรอบการฟอกเลือด ผู้ป่วยมักมีน้ำหนัก

ตัวเพิ่มขึ้นจากการสะสมของสารน้ำในร่างกาย ซึ่งสะท้อนผ่านค่า interdialytic weight gain (IDWG) หากมีค่า IDWG สูง จำเป็นต้องใช้อัตราการดึงน้ำ (ultrafiltration rate) สูงขึ้น เพื่อกำจัดน้ำส่วนเกินออกจากร่างกาย ทำให้เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนระหว่างการฟอกเลือด โดยเฉพาะภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด (intradialytic hypotension) รวมถึงอาการเวียนศีรษะ หน้ามืดเป็นลม และตะคริว ซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถดึงน้ำส่วนเกินออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Othman et al., 2022) นำไปสู่การคงค้างของสารน้ำในร่างกาย และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะน้ำเกินในระยะยาว การจัดการภาวะน้ำเกินจึงเป็นเรื่องที่ท้าทาย เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำอย่างเคร่งครัด รวมถึงต้องมีความรู้และทักษะในการจัดการตนเอง ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักประสบปัญหาในการปฏิบัติตามคำแนะนำ เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ หรือแรงจูงใจ (Matteson et al., 2010) ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองจึงมีความจำเป็น เพื่อลดภาวะน้ำเกินและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดได้ (Duan et al., 2024)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดการจัดการตนเองถูกนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนว่า โปรแกรมการจัดการตนเองสามารถเสริมสร้างพฤติกรรมจัดการตนเอง โดยเฉพาะด้านการควบคุมสารน้ำ โภชนาการ และการจำกัดปริมาณน้ำดื่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นการศึกษาของ จินตนา ทองดี และคณะ (2568) พบว่า โปรแกรมเสริมสมรรถนะช่วยลดภาวะน้ำเกินและปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Düzalan et al. (2018) ระบุว่า การสอนแบบมีส่วนร่วมกับการติดตามอาการตนเอง ช่วยเพิ่มความรู้และควบคุมน้ำหนักก่อนฟอกเลือดได้ดีขึ้น รวมทั้ง Cho & Kang (2021) ระบุว่า การพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง ช่วยลดอาการแทรกซ้อนระหว่างฟอกเลือด เช่น ภาวะน้ำเกิน ภาวะความดันโลหิตสูง อย่างไรก็ตามงานวิจัยส่วนใหญ่ทั้งในและต่างประเทศ มุ่งเน้นการให้ความรู้หรือส่งเสริมพฤติกรรมในภาพรวม ยังขาดการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดเชิงพฤติกรรมศาสตร์อย่างเป็นระบบ เช่น แนวคิดของ Kanfer & Gaelick (1991) ที่มุ่งเน้นกระบวนการกำกับและควบคุมพฤติกรรมของบุคคลโดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ 3 ด้าน ดังนี้ 1) การเฝ้าสังเกตตนเอง (self-monitoring) 2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) 3) การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) ในบริบทของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับการฟอกเลือด และยังพบข้อจำกัดในด้านการออกแบบโปรแกรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต พฤติกรรม การบริโภคและปัจจัยทางสังคม ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด (Alatawi et al., 2024) ในประเทศไทย ผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างทางสังคมและเศรษฐกิจ ส่งผลต่อความสามารถในการจัดการตนเอง (เพ็ญโพยม สาคร และเตือนใจ เจริญบุตร, 2568) โดยเฉพาะในบริบทภาคเหนือ เช่น แผนกไตเทียมโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ยังขาดโปรแกรมที่เน้นการติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และการให้คำแนะนำรายบุคคลอย่างเป็นระบบ ดังนั้น การศึกษารุ่นนี้จึงมุ่งพัฒนาและทดสอบโปรแกรมการจัดการตนเองที่ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kanfer & Gaelick โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โปรแกรมดังกล่าว มุ่งเน้นการส่งเสริมทักษะการเฝ้าสังเกตและประเมินตนเอง การวางแผนการบริโภคอาหารและน้ำอย่างเหมาะสม ตลอดจนการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง โดยมีการให้คำแนะนำรายบุคคลเพื่อสนับสนุนการปรับพฤติกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย อันจะนำไปสู่การเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองและการลดภาวะน้ำเกินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. ค่าเฉลี่ยภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

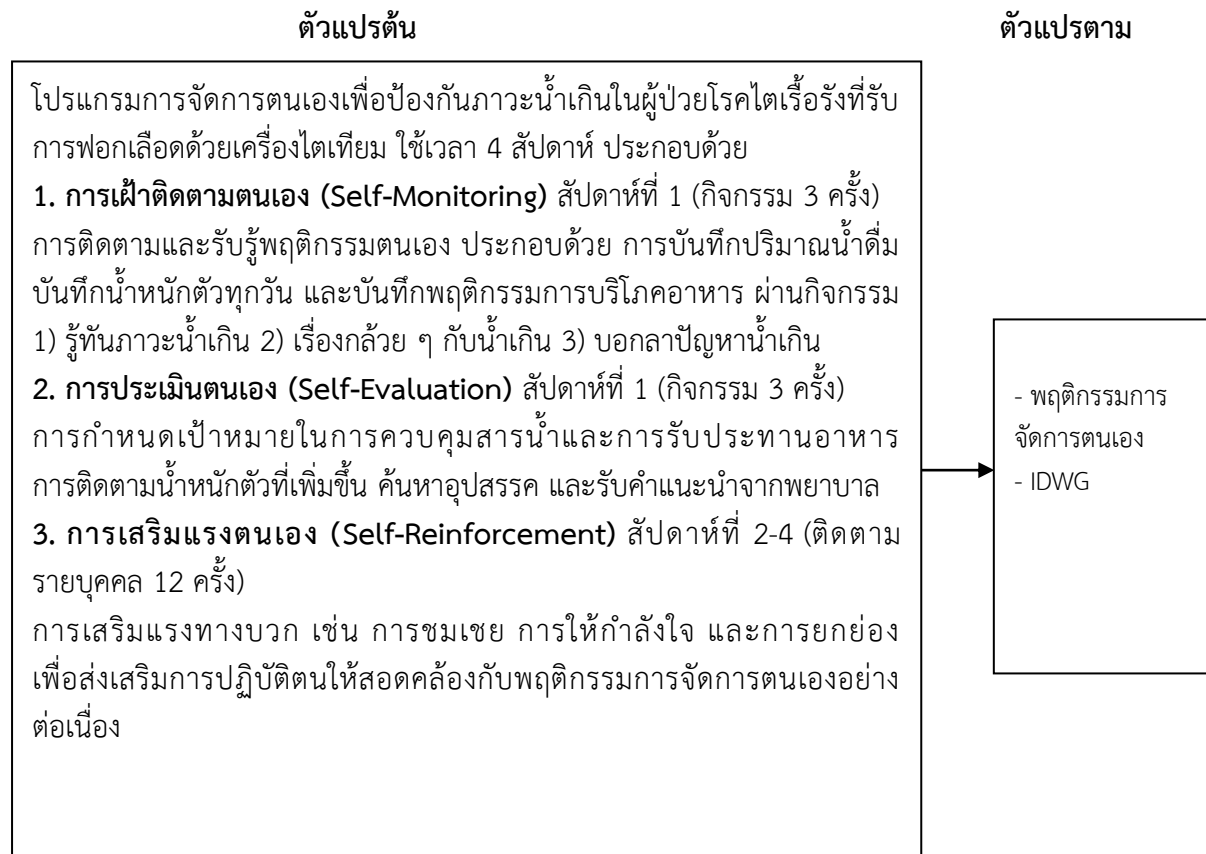
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีของ Kanfer & Gaelick (1991) เป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยทฤษฎีนี้อธิบายว่า บุคคลสามารถควบคุมและกำกับพฤติกรรมของตนเอง พร้อมทั้งเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากรูปแบบเดิม ไปเป็นพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมกว่า เมื่อบุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหา ทำให้เกิดแรงกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมใหม่ โดยอาศัยกระบวนการที่เป็นระบบและต่อเนื่อง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยออกแบบโปรแกรมโดยใช้กิจกรรมต่าง ๆ ประกอบด้วย 3 ด้าน 1) การเฝ้าสังเกตตนเอง (self-monitoring) เป็นกระบวนการที่บุคคลรับรู้และติดตามพฤติกรรมของตนเอง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยรับรู้และติดตามพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำเกิน เช่น ปริมาณน้ำดื่ม น้ำหนักตัว และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ขณะเดียวกัน ผู้วิจัยสนับสนุนกระบวนการนี้ผ่านการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การจัดการสารน้ำ และโภชนาการที่เหมาะสม เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและความตระหนักรู้ 2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) เป็นขั้นตอนที่บุคคลวางแผนและกำหนดเป้าหมายด้านอาหาร น้ำดื่ม และฝึกปฏิบัติการควบคุมน้ำหนักตัวในแต่ละวัน ภายหลังลงมือปฏิบัติ ประเมินผลการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำเกิน เปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเองกับเป้าหมายที่วางแผนไว้ ประเมินปัญหาและอุปสรรคโดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้คำแนะนำ และ 3) การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) เป็นการให้รางวัลเมื่อมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะคงพฤติกรรมต่อเนื่อง โดยการกล่าวชื่นชม ให้กำลังใจ และติดประกาศรายชื่อเป็นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเหมาะสม เป็นตัวอย่างในการดูแลตนเองที่ดี เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่น และแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมตนเอง โดยสรุปกรอบแนวคิดของ Kanfer & Gaelick สนับสนุนบทบาทการจัดการตนเอง ผ่านการสังเกต

การประเมิน และการเสริมแรงพฤติกรรม ทำให้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นระบบ ช่วยฝึกทักษะในการควบคุมพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับภาวะน้ำเกินได้อย่างมีประสิทธิภาพสรุปเป็นกรอบแนวคิดดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experiment design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) เป็นเวลา 4 สัปดาห์ คือระหว่างเดือนธันวาคม 2567- มกราคม 2568 มีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้คือ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน 70 คน ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า จากนั้นทำการจับคู่ (matched pairs) เพื่อควบคุมตัวแปรกวน โดยจัดให้ผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกันในด้านเพศ อายุ และรายได้อยู่ในคู่เดียวกัน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 ราย มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ดังนี้ 1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นเวลา 3 เดือนขึ้นไป เพื่อให้เป็นผู้ป่วยมีภาวะคงที่ และไม่อยู่ในระยะไตวายเฉียบพลันหรือระยะเริ่มต้นของการรักษาที่มีความไม่คงที่ ซึ่งมีผลต่อค่า IDWG 2) รับการฟอกเลือดในหน่วยไตเทียม

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ 3) มาฟอกเลือดสม่ำเสมอ 4) มีภาวะน้ำเกิน โดยพิจารณาจากค่า interdialytic weight gain (IDWG) มากกว่า 2.5 กิโลกรัม หรือมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวแห้ง 5) สามารถติดต่อสื่อสารได้โดยไม่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดที่รุนแรง เช่น ภาวะสมองเสื่อมที่ส่งผลต่อความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมและการประเมินผล 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และมีเกณฑ์การยุติการวิจัย ดังนี้ 1) ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบ 4 สัปดาห์ 2) ขอลถอนตัวจากการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power program (Version 3.1.9.4) โดยอิงการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของสองกลุ่มอิสระ (independent t-test, two-tailed) กำหนดอำนาจทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 และกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ระดับปานกลาง ($d = 0.5$) ตามเกณฑ์ของ Cohen (1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 64 คน และป้องกันการหลุดออกจากการวิจัยร้อยละ 10 รวมต้องใช้กลุ่มตัวอย่าง 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและควบคุมกลุ่มละ 35 คน ซึ่งสอดคล้องกับวิจัยที่ศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำเกิน ซึ่งมีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกัน (สายสุนีย์ ภิญญ และศิริกาญจน์ จินาวิน, 2566; Valsaraj et al., 2021)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมซึ่งพัฒนาโดย ธนัยรัตน์ รุ่งพราย และทัศนาศูววรรณ (2561) ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.9 ประกอบด้วย

1.1 คู่มือรู้ทันภาวะน้ำเกิน เนื้อหาความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ภาวะน้ำเกิน การจัดการด้านอาหาร การจัดการด้านน้ำดื่ม

1.2 แผนการสอนที่ครอบคลุมเนื้อหาโรคไตเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนและการจัดการตนเอง

1.3 पोสเตอร์ความรู้เรื่องการจัดการด้านอาหาร โขติเยมในเครื่องปรุง วิธีจัดการสารน้ำ

1.4 สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (power point)

1.5 ขวดน้ำพลาสติกแบบใช้ซ้ำ 1 ลิตร

1.6 แผนการดำเนินโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยเริ่มจากการเตรียมก่อนการทดลอง จัดทำคู่มือ สื่อข้อชวนน้ำเปล่า คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เช่นยินยอม โดยโปรแกรมมีการดำเนินกิจกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม 3 ชุด ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา และโรคร่วม ระยะเวลาในการฟอกเลือด

2.2 แบบบันทึกภาวะน้ำเกิน เป็นข้อมูลที่ได้จากเวชระเบียน ประเมินจากค่า IDWG คำนวณจากความแตกต่างระหว่างน้ำหนักตัวก่อนการฟอกเลือด (pre-dialysis body weight) และน้ำหนักตัวแห้ง (dry weight) ซึ่งแพทย์กำหนด โดยใช้สูตร $IDWG = \text{pre-dialysis body weight} - \text{dry weight}$ ในการศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลค่า IDWG ของผู้ป่วยแต่ละราย เป็นรายครั้งของการฟอกเลือด และนำมาคำนวณค่าเฉลี่ย จำนวน 12 ครั้งติดต่อกันระหว่างดำเนินโปรแกรม การชั่งน้ำหนักตัวใช้เครื่องชั่งมาตรฐานของแผนกไตเทียม ซึ่งมีการสอบเทียบความแม่นยำเป็นประจำตามมาตรฐานของโรงพยาบาล โดยชั่งน้ำหนักในสภาพแวดล้อมเดียวกัน ผู้ป่วยสวมใส่เสื้อผ้าที่ใกล้เคียงกัน และชั่งในช่วงเวลาก่อนเริ่มการฟอกเลือดทุกครั้ง

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำเกิน ผู้วิจัยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองที่พัฒนาโดยสายสุนีย์ ภิญโญ (2566) แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานยา จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 4 ข้อ 3) ด้านการจัดการสารน้ำ จำนวน 3 ข้อ 4) ด้านการควบคุมน้ำหนักตัว จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ โดยกำหนดคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน (1 = ปฏิบัติไม่เคยเลย 5 = ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ) คะแนนรวม มีค่าตั้งแต่ 15-75 คะแนน โดยคะแนนที่สูงขึ้นสะท้อนถึงพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดียิ่งขึ้น การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง ระดับต่ำ 2) คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง ระดับปานกลาง 3) คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง ระดับสูง

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง เป็นสมุดแบบบันทึกกิจกรรม

เพื่อติดตามและกำกับการดำเนินโปรแกรม ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติกิจกรรม โดยให้ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลที่บ้านทุกวัน ประกอบด้วย น้ำหนักตัว รายการอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ และปริมาณน้ำดื่มในแต่ละวัน ผู้วิจัยตรวจสอบทุกครั้งที่มาพอกเลือด โดยประเมินความครบถ้วน ความถูกต้อง ข้อมูลถูกนำมาใช้เพื่อติดตามความก้าวหน้าและให้ข้อมูลย้อนกลับ รายบุคคลในการให้คำแนะนำ ปรับพฤติกรรม และเสริมแรงทางบวก อย่างไรก็ตามข้อมูลจากสมุดบันทึกไม่ได้ถูกนำไปใช้ในการวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางสถิติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

โปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำเกินผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่า IOC เท่ากับ 0.90 ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำเกิน นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.90 สำหรับการประเมิน IDWG ใช้เครื่องชั่งมาตรฐานของแผนกไตเทียมที่ผ่านการสอบเทียบตามมาตรฐานของโรงพยาบาล และสมุดบันทึกกิจกรรมตรวจสอบความครบถ้วนและความเหมาะสมก่อนนำไปใช้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ หมายเลขการรับรองโครงการวิจัย EC CHR 081/67 เมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน 2567 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ และสิทธิของผู้เข้าร่วม โดยให้ตัดสินใจเข้าร่วมโดยสมัครใจ และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาหรือการได้รับบริการ ข้อมูลผู้เข้าร่วมถูกเก็บเป็นความลับโดยใช้รหัสแทนชื่อ จัดเก็บเป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่มีรหัสผ่าน โดยมีเฉพาะผู้วิจัยเข้าถึงข้อมูล และเก็บรักษาเป็นเวลา 5 ปี ก่อนทำลาย ข้อมูลถูกนำเสนอในภาพรวมโดยไม่สามารถระบุตัวตนได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรม ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์กับกลุ่มตัวอย่าง เช่น ใบบินยอมเข้าร่วมโครงการ เก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ได้ดำเนินการดังนี้

1. กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารและน้ำ การติดตามอาการ และการประเมินน้ำหนักตัวก่อนและหลังการพอกเลือดตามแนวปฏิบัติของหน่วยไตเทียม ร่วมกับการประเมินภาวะน้ำเกินและเก็บข้อมูลน้ำหนักตัวก่อนและหลังการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นเวลา 4 สัปดาห์

2. กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ก่อนดำเนินโปรแกรม ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ เก็บข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะน้ำเกิน แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองต่อภาวะน้ำเกิน เป็นเวลา 4 สัปดาห์ มีกิจกรรมจำนวน 16 ครั้ง ดำเนินการดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมจำนวน 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1 รู้ทันภาวะน้ำเกิน ให้ความรู้ เรื่องสาเหตุภาวะแทรกซ้อน การรักษา ภาวะน้ำเกิน สาเหตุภาวะน้ำเกิน ผลกระทบและอันตรายจากภาวะ น้ำเกิน การใช้ยา หลักการการคำนวณปริมาณน้ำดื่ม วิธีการจัดสรรปริมาณน้ำดื่ม และการดำเนิน ชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 2 เรื่องกล้วยๆ กับน้ำเกิน เป็นการวางแผนและ ตั้งเป้าหมายการควบคุมภาวะน้ำเกินของตนเอง กำหนดเมนูอาหารในแต่ละวัน การจดบันทึกปริมาณน้ำดื่ม และน้ำหนักตัวที่เพิ่มในแต่ละวัน ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 3 บอกเล่าปัญหาน้ำเกิน เป็นกิจกรรมให้ผู้ป่วยสะท้อนคิด การจัดการตนเอง ให้ผู้ป่วยได้บอกเล่าการจัดการตนเองทั้งในด้านบวกและด้านลบ และปรับเป้าหมาย การควบคุมภาวะน้ำเกินที่เหมาะสม จัดกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 3-4 คน แต่ละกิจกรรมใช้ระยะเวลา 40-50 นาที ต่อครั้ง ในห้องเรียนแบบปิดภายในหน่วยไตเทียม

สัปดาห์ที่ 2-4 ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมรายบุคคลในวันที่มารับการฟอกเลือด กิจกรรมครั้งที่ 4-16 (จำนวน 12 ครั้ง) การติดตามรายบุคคลใช้เวลา 15-20 นาทีต่อครั้ง ดำเนินกิจกรรมสะท้อนแนวคิดการจัดการ ตนเอง เปรียบเทียบพฤติกรรมของตนกับเป้าหมายที่วางแผนไว้ ตรวจสอบสมุดบันทึกการอาหาร ความครบถ้วนสม่ำเสมอในการบันทึก ความถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งสอบถามปัญหาและอุปสรรค ให้คำแนะนำ ทบทวนความรู้เรื่องการจัดการสารน้ำ การจัดการอาหารด้วยสื่อโปสเตอร์ และกล่าวเสริมแรง โดยการชมเชยหรือให้กำลังใจผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมครั้งที่ 16 หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองทั้ง สองกลุ่ม โดยเก็บข้อมูลจากค่า interdialytic weight gain (IDWG) และเก็บข้อมูลพฤติกรรมจัดการ ตนเองต่อภาวะน้ำเกินโดยใช้แบบสอบถาม ภายหลังการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมแก่ กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งสรุปกิจกรรม และมอบคู่มือพร้อมคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการตนเองให้แก่กลุ่มควบคุม เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงประโยชน์จากการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาอธิบายคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ และใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม และ independent t-test สำหรับตัวแปรเชิงต่อเนื่อง

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองต่อภาวะน้ำเกินก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการตนเอง โดยใช้สถิติ paired t-test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองต่อภาวะน้ำเกินและภาวะน้ำเกิน ด้วยค่า interdialytic weight gain (IDWG) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอข้อมูลเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 การนำเสนอข้อมูลทั่วไป

ผลการวิเคราะห์ลักษณะทางประชากรพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วงวัยกลางคนถึงสูงอายุ และมีระยะเวลาการได้รับการฟอกเลือดใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนใกล้เคียงกันเมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในทุกตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาที่ได้รับการฟอกเลือด ($p > .05$) แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานที่ใกล้เคียงกัน รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

ตารางเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=35, 35)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					
น้อยกว่า 60	18	51.43	17	48.57	0.867
มากกว่า 60	17	48.57	18	51.43	
เฉลี่ย±SD	53.14±17.36		53.85±18.41		
เพศ					
ชาย	27	77.14	26	74.29	0.500
หญิง	8	22.86	9	25.71	
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	11.43	2	5.71	0.141
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	2	5.71	1	2.86	
ระดับประถม	7	20.0	17	48.57	
ระดับมัธยม	13	37.14	8	22.86	
ระดับปริญญาตรี	9	25.71	7	20.0	
สถานภาพสมรส					
โสด	6	17.14	14	40.0	0.110
สมรส	24	68.57	17	48.57	
หม้าย /หย่าหรือแยกกันอยู่	5	14.29	4	11.4	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					
ต่ำกว่า 5,000 บาท	0	0.00	1	2.86	0.643
5,001-10,000 บาท	22	62.86	24	68.57	
10,001-20,000 บาท	7	20.0	6	17.14	
20,001 บาทขึ้นไป	6	17.14	4	11.42	

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำเกิน

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มที่ใช้โปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มสูงขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการจัดการด้านการใช้ยา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 17.68 ± 3.17 เป็น 22.77 ± 2.03 ($p < 0.001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีความเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ด้านการจัดการการดื่มน้ำ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 6.11 ± 1.09 เป็น 21.82 ± 2.65 ($p < 0.001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ด้านการจัดการอาหาร กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 14.45 ± 3.24 เป็น 21.25 ± 2.01 ($p < 0.001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมจัดการตนเองเฉพาะ 3 ด้าน ได้แก่ การรับประทานยา การบริโภคอาหาร และการจัดการสารน้ำ เนื่องจากด้านการควบคุมน้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์โดยตรงกับตัวชี้วัดผลลัพธ์หลักของการศึกษา คือค่า interdialytic weight gain (IDWG) ในผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความสามารถในการเลือกและควบคุมอาหารได้ดีคะแนนรวมของพฤติกรรมจัดการตนเองมีคะแนนรวมเพิ่มขึ้นจาก 38.25 ± 5.40 เป็น 66.45 ± 3.38 ($p < 0.001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ภายหลังการทดลอง (between-group comparison) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ได้แก่ การจัดการตนเองเรื่องยา ($t = 9.79, p < .001, d = 2.34$) การบริโภคน้ำ ($t = 25.07, p < .001, d = 6.00$) การบริโภคอาหาร ($t = 11.85, p < .001, d = 2.83$) และคะแนนรวม ($t = 22.63, p < .001, d = 5.41$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองต่อภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

คะแนนพฤติกรรมปฏิบัติ	กลุ่มทดลอง (n=35)	กลุ่มควบคุม (n=35)	t	p-value	Cohen's d
การจัดการด้านยา					
ก่อนได้รับโปรแกรม	17.68±3.17	17.65±6.06	0.03	0.98	0.01
หลังได้รับโปรแกรม	22.77±2.03	16.94±2.88	9.79	<.001	2.34
การจัดการด้านน้ำดื่ม					
ก่อนได้รับโปรแกรม	6.11±1.09	6.74±2.07	-1.31	0.191	0.36
หลังได้รับโปรแกรม	21.82±2.65	6.88±2.35	25.07	<.001	6.00

ตารางที่ 2 (ต่อ)

คะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	t	p-value	Cohen's d
	(n=35)	(n=35)			
การจัดการด้านการอาหาร					
ก่อนได้รับโปรแกรม	14.45±3.24	13.57±3.97	1.02	0.311	0.24
หลังได้รับโปรแกรม	21.25±2.01	13.22±3.32	11.85	<.001	2.83
รวม					
ก่อนได้รับโปรแกรม	38.25±5.40	37.97±7.97	0.18	0.861	0.04
หลังได้รับโปรแกรม	66.45±3.38	37.05±6.79	22.63	<.001	5.41

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบภาวะน้ำหนักระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เปรียบเทียบภาวะน้ำหนักระหว่างสองกลุ่ม โดยทำการวัดภาวะน้ำหนักจากเกณฑ์การเปรียบเทียบน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นก่อนการฟอกเลือดในแต่ละรอบ (Interdialytic Weight Gain: IDWG) โดยวิธีการชั่งน้ำหนักตัว จากข้อมูลในตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักต่ำกว่าอยู่ที่ 0.95 ± 0.39 กิโลกรัม หมายความว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีน้ำหนักเพิ่มน้อยกว่า ขณะที่กลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักเพิ่มสูงกว่าอยู่ที่ 1.34 ± 0.61 กิโลกรัม หมายความว่ากลุ่มที่ควบคุมมีน้ำหนักเพิ่มมากกว่า แสดงให้เห็นว่าผลต่างระหว่างกลุ่มมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3

เปรียบเทียบภาวะน้ำหนักระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ภาวะน้ำหนัก	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
	M (SD)	M (SD)	
น้ำหนักเกิน (kg)	0.95±0.39	1.34±0.61	0.002

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำหนักมีคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การจัดการยา การจัดการน้ำดื่ม และการจัดการอาหาร สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สนับสนุนแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer & Gaelick (1991) ที่อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดจากกระบวนการกำกับตนเองอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การเฝ้าสังเกตตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) โปรแกรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยติดตามและบันทึกน้ำหนัก ปริมาณน้ำดื่ม และพฤติกรรมอาหาร รวมทั้งกำหนดเป้าหมายและประเมินผลการปฏิบัติของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้สามารถเปรียบเทียบพฤติกรรมจริงกับเป้าหมาย และปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม โดยมีพยาบาลติดตามให้คำแนะนำ และสะท้อนปัญหาและอุปสรรคอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและแรงจูงใจในการดูแลตนเอง นอกจากนี้การให้กำลังใจและการเสริมแรงทางบวกช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยคงพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้พฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้น กลไกดังกล่าวสะท้อนว่า โปรแกรมไม่ได้มุ่งเพียงการให้

ความรู้ แต่เน้นให้ผู้ป่วย “รู้ ติดตาม ประเมินผล ปรับพฤติกรรม” ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการจัดการตนเอง และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะน้ำเกินได้อย่างเหมาะสม ตลอดระยะเวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์ ดำเนินกิจกรรม 16 ครั้ง ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำและติดตามน้ำหนักตัวของผู้ป่วยทุกครั้งที่มาพอกเลือด ทำให้เกิดความต่อเนื่องของพฤติกรรมจัดการตนเอง หลังจากดำเนินการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นในการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และเกิดแรงจูงใจเชิงบวกจากการได้รับการยอมรับ ส่งผลต่อคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองที่เพิ่มขึ้นชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วลี กิตติรักษ์ ปัญญา และคณะ (2556) และมานะ ปัจจะแก้ว และคณะ (2567) ที่พบว่า การส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เมื่อพิจารณาพฤติกรรมจัดการตนเองตามรายด้านพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีกว่าในด้านการรับประทานยา การบริโภคอาหาร และการบริโภคน้ำดื่ม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Nadri et al., (2020) ที่ระบุว่า การให้ความรู้และการฝึกทักษะในการจัดการตนเองสามารถช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ได้ดีขึ้น

ภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมจัดการตนเองลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่า IDWG เฉลี่ยเท่ากับ 0.95 ± 0.39 กิโลกรัม ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 1.34 ± 0.61 กิโลกรัม (ตารางที่ 3; $p < .002$) สะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมสามารถลดการสะสมของสารน้ำระหว่างรอบการพอกเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของ Kanfer & Gaelick (1991) ที่มุ่งเน้นกระบวนการกำกับตนเองอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะด้านการเฝ้าสังเกตตนเอง (self-monitoring) และการประเมินตนเอง (self-evaluation) ซึ่งได้รับการส่งเสริมผ่านกิจกรรมในโปรแกรม ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้และติดตามพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมสารน้ำและโภชนาการได้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายด้านสุขภาพ ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ในเชิงคลินิก การลดค่า IDWG มีความสำคัญต่อการลดภาวะแทรกซ้อน โดยการควบคุมปริมาณน้ำดื่มและอาหารช่วยลดการคั่งของสารน้ำและความรู้สึกกระหายน้ำ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการลดค่า IDWG และป้องกันภาวะน้ำเกิน ทั้งนี้ค่า IDWG สูงมีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนหลายประการ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง ความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ ภาวะน้ำท่วมปอด และภาวะหัวใจล้มเหลว รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและการเสียชีวิต (Miyasato et al., 2023) อีกทั้งการมี IDWG สูงยังทำให้ต้องดื่มน้ำออกในปริมาณมากระหว่างการพอกเลือด ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตต่ำขณะพอกเลือด และภาวะแทรกซ้อนระหว่างการพอกเลือด เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ และตะคริว (Fadlilah et al., 2021) ในทางตรงกันข้าม การควบคุม IDWG ให้อยู่ในระดับเหมาะสมช่วยลดภาวะคั่งของสารน้ำลดภาระต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด (Bossola et al., 2025) ในด้านการพยาบาล การที่ผู้ป่วยสามารถควบคุม IDWG ได้ดี ช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาระในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระหว่างการพอกเลือด และเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย อีกทั้งยังสะท้อนถึงความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของการพยาบาล ดังนั้นผลลัพธ์ที่พบไม่เพียงแสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในเชิงพฤติกรรม แต่ยังมีนัยสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและคุณภาพการดูแลทางการแพทย์โดยรวม และด้านการเสริมแรงตนเอง พยาบาลติดตามเยี่ยมไข้เป็นประจำทุกครั้งที่มารับการพอกเลือด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ วัดผลจากการชั่งน้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพอกเลือด และประเมินพฤติกรรมจัดการต่อภาวะน้ำเกิน ระหว่างการติดตามหากพบปัญหาการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำเกิน พยาบาลเป็นผู้ให้คำแนะนำ สะท้อนปัญหาและอุปสรรคของผู้ป่วย และหาแนวทางการจัดการที่ถูกต้อง

และเหมาะสม ในรายที่ปฏิบัติถูกต้องจะได้รับการเสริมแรงทางบวก ฝึกให้ชื่นชมและให้กำลังใจตนเอง เสริมแรงตนเองในบริบทของผู้ป่วยในจังหวัดเชียงราย อาจมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะทางวัฒนธรรมที่ให้ความสำคัญกับการยอมรับจากสังคมและบุคคลรอบข้าง การได้รับคำชมเชยหรือการประกาศยกย่องในหน่วยบริการสุขภาพ จึงเป็นแรงจูงใจเชิงบวกที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจและมีแนวโน้มคงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องในทางกลับกันกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยภาวะน้ำเกินลดลงเพียงเล็กน้อย และยังอยู่ในระดับที่มีภาวะน้ำเกิน ชี้ให้เห็นความสำคัญของโปรแกรมการจัดการตนเองที่ดำเนินการเป็นระบบ

นอกจากนี้สามารถร่วมอภิปรายผลข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 41-60 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงาน มีอัตราการเกิดภาวะน้ำเกินมากที่สุด เนื่องจากต้องออกไปทำงานนอกบ้านและมีกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม (Ozen et al., 2019) ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในด้านการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ จึงทำให้ควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ยาก ส่วนในวัยอื่นมีอัตราการเกิดภาวะน้ำเกินไม่แตกต่างกัน ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างไม่มีผลต่อการเกิดภาวะน้ำเกิน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาเท่า ๆ กัน

โปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำเกินดำเนินการ 4 สัปดาห์ วัดผลค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวก่อนและหลังการฟอกเลือด จำนวน 12 ครั้ง แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ยเพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน ภายหลังก่อนการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรม มีพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้น สามารถควบคุมน้ำหนักตัวได้ มีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม จากการติดตามตรวจสอบบันทึกการรับประทานอาหารและชั่งน้ำหนักตัวอย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ยังคงมีภาวะน้ำเกินซึ่งใกล้เคียงกับก่อนการทดลอง และให้ข้อมูลว่า ไม่สามารถควบคุมอาหารและน้ำอย่างสม่ำเสมอ มักควบคุมอาหารเพียงบางมื้อที่ตนต้องการ หากใกล้วันฟอกเลือดและรู้สึกแน่นอึดอัดไม่สบายตัว จะลดปริมาณการรับประทานอาหารและน้ำ หลังฟอกเลือดเสร็จจะกลับไปรับประทานอาหารตามที่ต้องการ (Vr et al., 2022) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Saran et al. (2003) ที่กล่าวถึงพฤติกรรมไม่ควบคุมสารน้ำและอาหารของผู้ป่วย ไม่ให้คำนึงถึงภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบต่อสุขภาพ มีพฤติกรรมรับประทานตามใจปาก ซึ่งส่งผลต่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิตลดลง ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีโครงสร้างชัดเจนและมีการติดตามอย่างต่อเนื่องสามารถช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดภาวะน้ำเกินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวลี กิตติรักษ์ปัญญา และคณะ (2556) ที่พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองสามารถลดภาวะน้ำเกินและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในหน่วยไตเทียมเป็นแนวทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟอกเลือดสามารถควบคุมอาหารและสารน้ำ ติดตามน้ำหนัก และปรับพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ลดภาวะน้ำเกินและเพิ่มความปลอดภัยในการฟอกเลือด โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการติดตาม ให้คำแนะนำ และเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการในหลายแผนกไตเทียม เพิ่มความแม่นยำของผลการศึกษา และสามารถอ้างอิงไปยังผู้ป่วยกลุ่มอื่นได้มากขึ้น
2. ขยายระยะเวลาการติดตามผล เพื่อประเมินความคงทนของพฤติกรรมจัดการตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัย และขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี นอกจากนี้ขอขอบคุณวิทยาลัยเชียงรายที่ให้การสนับสนุนค่าตีพิมพ์บทความ ทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงด้วยความเรียบร้อย

เอกสารอ้างอิง

- จินตนา ทองดี, วารินทร์ บินโฮเซ็น, และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. (2568). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมควบคุมน้ำ และการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 36(1), 47-62.
- ธนัยรัตน์ รุ่งพราย, และทัศนาศูววรรณ. (2561). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อภาวะน้ำเกินในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 30(1), 96-107.
- เพ็ญโพยม สาคร, และเตือนใจ เจริญบุตร. (2568). อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 26(1), 258-267.
- มานะ ปัจจะแก้ว, และชนิษฐา เล็กรุ่งเรืองกิจ. (2567). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไต โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลสิงห์บุรี. *วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี*, 33(2), B130-B139.
- วลี กิตติรักษ์ปัญญา, นิภาวรรณ สามารถกิจ, และเขมารัตน์ มาสิงบุญ. (2556). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการจัดการทางคลินิกต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น และภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารสหภาพพยาบาล*, 28(2), 109-122.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2565). *Thailand renal replacement therapy year 2021-2022*.
<https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2024/10/New-Annual-report-2021-2022.pdf>
- สายสุนีย์ ภิญโญ, และศิริกาญจน์ จินาวิณ. (2566). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการเกิดภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *PMJCS Phrae Medical Journal and Clinical Sciences*, 31(2), 48-59.
- Alatawi, A. A., Alaamri, M., & Almutary, H. (2024). Social support and adherence to treatment regimens among patients undergoing hemodialysis. *Healthcare*, 12(19), 1958.
<https://doi.org/10.3390/healthcare12191958>
- Bossola, M., Mariani, I., Strizzi, C. T., Piccinni, C. P., & Di Stasio, E. (2025). How to limit interdialytic weight gain in patients on maintenance hemodialysis: State of the art and perspectives. *Journal of Clinical Medicine*, 14(6), 1846.
<https://doi.org/10.3390/jcm14061846>
- Chiang, W. F., Hsiao, P. J., Wu, K. L., Wang, R. L., Chu, C. M., & Chan, J. S. (2024). Impacts of climate warming on the body composition of patients undergoing maintenance

- hemodialysis. *International Journal of Medical Sciences*, 21(14), 2759-2769.
<https://doi.org/10.7150/ijms.101232>
- Cho, M.-K., & Kang, Y. (2021). Effect of self-care intervention for controlling interdialytic weight gain among patients on hemodialysis: A systematic review and meta-analysis. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 30(15–16), 2348–2365.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15773>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Routledge.
- Collister, D., Pyne, L., Bhasin, A. A., Smyth, B., Herrington, W., Jardine, M., Mark, P. B., Badve, S., Rossignol, P., Dember, L. M., Wanner, C., Ezekowitz, J., Devereaux, P. J., Parfrey, P., Gansevoort, R., & Walsh, M. (2025). Heart failure events in randomized controlled trials for adults receiving maintenance dialysis: a meta-epidemiologic study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 40(2), 371-384.
<https://doi.org/10.1093/ndt/gfae156>
- Damas, J., & Fernandes, V. (2022). Assessment of fluid status in dialysis: Clinical importance and diagnostic tools. *Portuguese Journal of Nephrology & Hypertension*, 36(2), 115-120. <https://doi.org/10.32932/pjnh.2022.06.189>
- Dennison, H. A. (2023). Acute kidney injury and chronic kidney disease. In M. M. Harding, J. Kwong, D. Hagler, C. Reinisch (Eds.), *Lewis's medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems* (12th ed., pp. 1232-1264). Elsevier.
- Duan, S., Ma, Y., Lu, F., Zhang, C., Guo, H., Zeng, M., Sun, B., Yuan, Y., Xing, C., Mao, H., & Zhang, B. (2024). High sodium intake and fluid overhydration predict cardiac structural and functional impairments in chronic kidney disease. *Frontiers in Nutrition*, 11, 1388591. <https://doi.org/10.3389/fnut.2024.1388591>
- Düzalan, O. B., & Pakyuz, S. C. (2018). Educational interventions for improved diet and fluid management in haemodialysis patients: An interventional study. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 68(4), 532-537.
- Efe, D., & Kocaöz, S. (2015). Adherence to diet and fluid restriction of individuals on hemodialysis treatment and affecting factors in Turkey. *Japan Journal of Nursing Science*, 12(2), 113–123. <https://doi.org/10.1111/jjns.12055>
- Fadlilah, S., Nekada, C. D. Y., Lanni, F., Saleha, L., Lestiawati, E., Syafitri, E. N., Faozi, E., & Harnili. (2021). *Interdialytic Weight Gain (IDWG) and Complications of Intradialysis among Hemodialized Patients. International Medical Journal*, 28(6), 620–624.
- Kanfer, H. F., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (pp. 305–360). Pergamon Press.
- Lambert, K., Neale, E., Nichols, L., Brauer, D., Blomfield, R., Caurana, L., Isautier, J., Jesudason, S., & Webster, A. C. (2022). Interventions for improving adherence to dietary salt and fluid restrictions in people with chronic kidney disease (stage 4 and 5). *The Cochrane*

- Database of Systematic Reviews*, 2022(10), CD015181.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD015181>
- Lopez, T., & Banerjee, D. (2021). Management of fluid overload in hemodialysis patients. *Kidney International*, 100(6), 1170–1173. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2021.09.013>
- Matteson, M. L., & Russell, C. (2010). Interventions to improve hemodialysis adherence: a systematic review of randomized-controlled trials. *Hemodialysis International*, 14(4), 370–382. <https://doi.org/10.1111/j.1542-4758.2010.00462.x>
- Mayo Clinic. (2024). *Hemodialysis*. Mayo Foundation for Medical Education and Research. <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/hemodialysis/about/pac-20384824>
- Miyasato, Y., Hanna, R. M., Miyagi, T., Narasaki, Y., Kimura, H., Morinaga, J., Mukoyama, M., & Kalantar-Zadeh, K. (2023). Associations of interdialytic weight gain in the long intervals with mortality and residual kidney function decline. *Hemodialysis International*, 27(3), 326–338. <https://doi.org/10.1111/hdi.13094>
- National Kidney Foundation. (2023). *What is dry weight?*
<https://www.kidney.org/kidney-topics/what-dry-weight>
- Nadri, A., Khanoussi, A., Hssaine, Y., Chettati, M., Fadili, W., & Laouad, I. (2020). Effect of a hemodialysis patient education on fluid control and dietary. *Nephrologie & Therapeutique*, 16(6), 353–358. <https://doi.org/10.1016/j.nephro.2020.03.011>
- Othman, M., Elbasha, A. M., Naga, Y. S., & Moussa, N. D. (2022). Early prediction of hemodialysis complications employing ensemble techniques. *Biomedical Engineering Online*, 21, 74. <https://doi.org/10.1186/s12938-022-01044-0>
- Ozen, N., Cinar, F. I., Askin, D., Mut, D., & Turker, T. (2019). Nonadherence in hemodialysis patients and related factors: A multicenter study. *Journal of Nursing Research*, 27(4), e36. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000309>
- Saran, R., Bragg-Gresham, J. L., Rayner, H. C., Goodkin, D. A., Keen, M. L., Van Dijk, P. C., Kurokawa, K., Piera, L., Saito, A., Fukuhara, S., Young, E. W., Held, P. J., & Port, F. K. (2003). Nonadherence in hemodialysis: Associations with mortality, hospitalization, and practice patterns in the DOPPS. *Kidney International*, 64(1), 254–262. <https://doi.org/10.1046/j.1523-1755.2003.00064.x>
- Valsaraj, B. P., Bhat, S. M., Prabhu, R., & Kamath, A. (2021). Follow-up study on the effect of cognitive behaviour therapy on haemodialysis adherence: A randomised controlled trial. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 21(1), e58–e65. <https://doi.org/10.18295/squmj.2021.21.01.008>
- Vr, V., & Kaur Kang, H. K. (2022). The worldwide prevalence of nonadherence to diet and fluid restrictions among hemodialysis patients: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Renal Nutrition*, 32(6), 658–669. <https://doi.org/10.1053/j.jrn.2021.11.007>

- Youngkong, S., Yoopetch, P., Thavorncharoensap, M., Assanatham, M., Chaikledkaew, U., & Sritippayawan, S. (2025). Economic evaluation of dialysis treatment in end-stage renal disease patients with fluid and sodium overload: Evidence from a randomized controlled trial in Thailand. *PLoS ONE*, 20(11), e0335749. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0335749>
- Zoccali, C., Tripepi, G., Carioni, P., Mallamaci, F., Savoia, M., Usvyat, L. S., Maddux, F. W., & Stuard, S. (2025). Fluid overload trajectories and mortality in hemodialysis patients. *Journal of Internal Medicine*, 297(2), 201–212. <https://doi.org/10.1111/joim.20049>

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความที่ผ่านการพิจารณาและกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ (peer-reviewed journal) ในสาขานั้น ๆ โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้พิมพ์ไม่ทราบชื่อกันและกัน (double-blind review) โดยบทความที่จะได้รับการพิจารณาต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตการตีพิมพ์ และผู้พิมพ์ได้ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของผู้พิมพ์ (duties of authors) ตามที่ปรากฏในจริยธรรมในการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสาร (publication ethics) อย่างเคร่งครัด

ประเภทของเรื่องที่ได้รับตีพิมพ์

1. บทความวิจัย เป็นบทความเกี่ยวกับการรายงานการวิจัยทางการแพทย์ การสาธารณสุข การแพทย การศึกษาสุขภาพ และองค์ความรู้ที่มีความหลากหลาย ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์ห่อหุ้ม และการสังเคราะห์ห่อหุ้ม
2. บทความทางวิชาการ เป็นบทความที่เรียบเรียงสาระความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล การสาธารณสุข การแพทย์ การศึกษาสุขภาพ และองค์ความรู้ที่มีความหลากหลาย ที่มีเนื้อหาทันสมัย นำมาสรุปวิเคราะห์ เปรียบเทียบ สังเคราะห์โดยผู้เขียน นำเสนอองค์ความรู้และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์

เงื่อนไขทางจริยธรรมเกี่ยวกับการส่งเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์

1. เป็นเรื่องที่ยังไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. เป็นเรื่องที่ยังไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น
3. บทความที่เป็นรายงานการวิจัย โครงร่างวิจัยต้องได้รับการพิจารณาเห็นชอบเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

นโยบายการลงตีพิมพ์ในวารสาร

1. วารสารรับเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์ในระบบปกติ ไม่มีระบบเร่งด่วน (fast tract)
2. ต้นฉบับที่เป็นรายงานการวิจัยและบทความวิชาการ จะต้องผ่านการประเมินคุณภาพและได้รับความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers) จำนวน 3 คน หากมีการปรับปรุงแก้ไข ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วกลับมาภายในเวลา 2 สัปดาห์
3. ผู้เขียนรายงานการวิจัยและบทความวิชาการ ต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเนื้อหาและข้อมูลที่ลงตีพิมพ์ รวมถึงรายการอ้างอิงที่ใช้

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

การจัดรูปแบบเอกสาร

พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรม Microsoft Word ตั้งค่าโดยเว้นระยะขอบ 1 นิ้ว (2.54 เซนติเมตร) ทั้ง 4 ด้าน กำหนดการวางเป็นแนวตั้ง ขนาดกระดาษเป็น A4 หัวกระดาษและท้ายกระดาษ 1.25 เซนติเมตร พิมพ์เป็นคอลัมน์เดียว ไม่ใส่กรอบ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 และใช้ตัวเลขอารบิก โดยแต่ละวลี/ประโยคให้เว้นระยะห่าง 1 เคาะ (single space) การกั้นหน้าใช้แบบกั้นซ้าย สำหรับการย่อหน้า ตรงระยะห่าง ก่อนและหลังเลือก 0 pt และระยะห่างบรรทัด เลือกบรรทัดเดียว (single) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 บรรทัด และจัดรูปแบบหัวข้อต่าง ๆ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

รูปแบบการพิมพ์เพื่อเตรียมต้นฉบับบทความ

รายการ	ลักษณะตัวอักษร	รูปแบบการพิมพ์	ขนาดตัวอักษร
ชื่อเรื่อง	หนา	กลางหน้ากระดาษ	16
ชื่อผู้นิพนธ์และผู้ร่วมนิพนธ์ (ถ้ามี)	หนา	ชิดขวา	16
บทคัดย่อ	หนา	กลางหน้ากระดาษ	16
Abstract	หนา	กลางหน้ากระดาษ	16
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานของผู้นิพนธ์และผู้ร่วมนิพนธ์ (เชิงอรรถ)	ปกติ	ชิดซ้าย	12
หัวข้อใหญ่	หนา	ชิดซ้าย	16
หัวข้อย่อย	หนา		16
หัวข้อย่อย ใช้หัวข้อหมายเลขระบบบทศนิยม	ปกติ	ใช้หมายเลขกำกับ	16
ตัวอย่างการจัดลำดับเลข (ไม่เกิน 3 ลำดับ)	ปกติ	1. xxx 1.1 xxx 1.1.1 xxx	16
ลำดับตาราง/ลำดับภาพประกอบ (ตารางที่..)	หนา	ชิดซ้าย	16
ภาพประกอบที่..			
ข้อความในเนื้อหา	ปกติ		16
ข้อความในตาราง	ปกติ		14

คำแนะนำทั่วไป

1. ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Abstract) ต้องมีเนื้อความตรงกัน

2. พิมพ์ชื่อผู้นิพนธ์และผู้ร่วมนิพนธ์ พร้อมระบุชื่ออยู่วุฒิการศึกษาสูงสุด ให้ระบุทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์เป็นตัวหนา ขนาด 16 จัดรูปแบบชิดขวา ระบุไว้ได้ชื่อเรื่องพร้อมใส่เชิงอรรถแบบดอกจัน (*) ด้วย และที่เชิงอรรถให้ระบุตำแหน่งวิชาชีพและสถานที่ทำงาน พร้อมระบุชื่อผู้ให้การติดต่อหลักและอีเมล รูปแบบอักษรปกติ ขนาดอักษร 12 จัดรูปแบบชิดซ้าย

3. บทคัดย่อความยาวไม่เกิน 300 คำ ทั้งสองภาษา ความยาวไม่เกิน 1 หน้าต่อบทคัดย่อ

4. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

5. หากมีภาพ แผนภาพ แผนภูมิ (กราฟ) หรือตาราง เพื่อประกอบเนื้อหา ควรจัดตำแหน่งให้เหมาะสมกับเนื้อหา โดยใส่หมายเลขกำกับภาพแผนภาพ แผนภูมิ และตาราง ตามลำดับ ให้ครบถ้วน

6. การใช้ภาษาเขียน มีแนวทางดังนี้

- 6.1 คำเดียวกัน เช่น ชื่อตัวแปรที่ศึกษา ต้องเขียนให้เหมือนกันในทุกแห่ง
- 6.2 คำภาษาไทยที่จำเป็นต้องมีภาษาอังกฤษกำกับด้วย ให้ใส่ภาษาอังกฤษไว้ในวงเล็บ โดยใส่เฉพาะเมื่อกล่าวครั้งแรก (ต้นฉบับที่เป็นรายงานการวิจัย ให้เริ่มตั้งแต่หัวข้อบทนำ) ดังนั้น การเขียนครั้งแรก ส่วนการเขียนครั้งต่อ ๆ มา เขียนเพียงคำภาษาไทย
- 6.3 คำภาษาอังกฤษ ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ส่วนชื่อเรื่องและชื่อเฉพาะ อักษรตัวแรกของแต่ละคำ ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำบุพบท คำสันธาน และคำนำหน้านาม
7. การใช้ตัวเลขและคำย่อ ให้ใช้ตัวเลขอารบิกทั้งหมด ใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น
8. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตาราง และระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้เหนือภาพนั้น ๆ เว้นบรรทัดเหนือชื่อตารางและเหนือรูปภาพ 1 บรรทัด และเว้นใต้ตาราง และใต้ชื่อภาพ 1 บรรทัด คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือภาพสีก็ได้ ภาพต้องมีความคมชัด กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาใต้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย
9. เขียนเอกสารอ้างอิงให้ถูกต้อง ตรงกันทั้งเอกสารอ้างอิงในเนื้อหาและเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง จำนวนไม่ควรเกิน 30 ชื่อเรื่อง
10. ความยาวต้นฉบับ เมื่อรวมกับเอกสารอ้างอิงและบทคัดย่อแล้ว บทความวิจัยความยาวต้นฉบับไม่เกิน 20 หน้า และบทความวิชาการไม่เกิน 15 หน้า หรือขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของบรรณาธิการวารสาร
11. ไฟล์ต้นฉบับบันทึกเป็นชนิด Word 97-2003 Document

คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับแต่ละประเภท

1. บทความวิจัย มีคำแนะนำในการเขียนส่วนประกอบแต่ละหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

- 1.1 ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ตัวหนา ขนาด 16 อยู่ตรงกลางของหน้า โดยชื่อเรื่องภาษาอังกฤษแต่ละคำขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำบุพบท คำสันธาน และคำนำหน้านาม
- 1.2 ชื่อ-ชื่อสกุลผู้นิพนธ์/ผู้ร่วมนิพนธ์ ชื่อย่อวุฒิการศึกษาสูงสุด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์เป็นตัวหนา ขนาด 16 จัดรูปแบบชิดขวา ระบุไว้ได้ชื่อเรื่องพร้อมใส่เชิงอรรถแบบดอกจัน (*) ด้วยก และที่เชิงอรรถให้ระบุตำแหน่งวิชาชีพและสถานที่ปฏิบัติงาน พร้อมระบุชื่อผู้ให้การติดต่อหลักและระบุอีเมลท้ายสถานที่ปฏิบัติงาน รูปแบบอักษรปกติ ขนาดอักษร 12 จัดรูปแบบชิดซ้าย
- 1.3 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (abstract) แบ่งออกเป็น 2 ย่อหน้า โดยย่อหน้าแรกเขียนเกี่ยวกับรูปแบบการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัยโดยสรุป กลุ่มตัวอย่าง (ระบุว่าเป็นใคร พร้อมจำนวน) เครื่องมือการวิจัย (ระบุชื่อเครื่องมือตามลำดับ พร้อมค่าความเชื่อมั่น) การเก็บรวบรวมข้อมูล (ระบุว่าการดำเนินการเมื่อใด) และการวิเคราะห์ข้อมูล (ระบุชื่อสถิติที่ใช้) ย่อหน้าที่ 2 เขียนเกี่ยวกับผลการวิจัยที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย/สมมติฐานการวิจัย และข้อเสนอแนะที่สำคัญในการนำผลการวิจัยไปใช้
- 1.4 คำสำคัญ (keywords) อยู่ใต้บทคัดย่อแต่ละภาษา จำนวน 3-5 คำ โดยคำภาษาไทยแต่ละคำเว้นระยะห่าง 2 เคาะ ส่วนภาษาอังกฤษ แต่ละคำขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ใช้จุลภาค (,) คั่น และเว้นระยะห่าง 2 เคาะ
- 1.5 บทนำ เขียนตามหลักการเขียนรายงานการวิจัยทั่วไป
- 1.6 วัตถุประสงค์การวิจัย เขียนเป็นวัตถุประสงค์เฉพาะ โดยระบุเป็นข้อ ๆ
- 1.7 สมมติฐานการวิจัย (หากมี) ระบุเป็นข้อ ๆ

1.8 กรอบแนวคิดการวิจัย เขียนคำบรรยายเกี่ยวกับแนวคิด/ทฤษฎีที่ใช้เป็นฐานในการวิจัย และตัวแปรที่ศึกษา แบบกระชับและเข้าใจง่าย ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และเขียนแผนภาพที่แสดงตัวแปรที่ศึกษา

1.9 วิธีดำเนินการวิจัย

เขียนย่อหน้า 1 ย่อหน้า เกี่ยวกับการออกแบบการวิจัย ระยะเวลาและสถานที่เก็บข้อมูล ขอบเขตการวิจัย แล้วแบ่งหัวข้อย่อย ตามลำดับดังนี้

1.9.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เขียนเกี่ยวกับประชากร เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (โดยเฉพาะการวิจัยเชิงทดลอง) การกำหนดขนาดตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

1.9.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยเชิงทดลองให้แบ่งเป็น เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองให้ระบุที่มาชื่อกิจกรรมแต่ละครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ รายละเอียดกิจกรรม และสื่อที่ใช้ ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล หรือเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ให้ระบุที่มา จำนวนข้อ ลักษณะคำตอบ เกณฑ์การให้คะแนน และเกณฑ์การแปลผลคะแนน ส่วนการวิจัยประเภทอื่น ๆ ให้เขียนเครื่องมือที่ใช้ตามลำดับตัวแปรที่ศึกษา โดยเขียนทำนองเดียวกับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นเขียนเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้งหมด การตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่น

1.9.3 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ระบุหมายเลขการรับรอง วันที่และช่วงเวลาที่ได้รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งการแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

1.9.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล เขียนอธิบายขั้นตอนการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง และการบริหารเครื่องมือวิจัย กรณีงานวิจัยมีหลายขั้นตอน หรือมีกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม อาจนำเสนอเป็นแผนภูมิตาราง หรือเขียนลำดับหัวข้อตามความเหมาะสม

1.9.5 การวิเคราะห์ข้อมูล เขียนข้อมูลแต่ละส่วนพร้อมระบุชื่อสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ตัวแปรหรือระดับการวัด รวมทั้งผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (ถ้ามี)

1.10 ผลการวิจัย เขียนสรุปการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลการวิจัยที่นำเสนอ 1 ย่อหน้า แล้วอธิบายผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด การนำเสนอผลการวิจัย สามารถเลือกรูปแบบการบรรยายหรือนำเสนอในตารางได้ตามความเหมาะสม กรณีนำเสนอด้วยตาราง หากตารางยาวเกิน 1 หน้า ให้ใส่ชื่อตารางเดิม และระบุคำว่า ต่อ ในวงเล็บ () ส่วนคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สัญลักษณ์ M และ SD ตามลำดับ

1.11 อภิปรายผล อธิบายเหตุผลที่ทำให้ผลการวิจัยเป็นเช่นนั้น ตามด้วยการศึกษาที่สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ได้ โดยระบุว่าผลการศึกษานั้นเกี่ยวข้องกันเป็นอย่างไร

1.12 ข้อเสนอแนะ เขียนข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป หากมีมากกว่า 1 ประเด็น ให้ระบุเป็นข้อ ๆ

1.13 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) เขียนเพื่อขอบคุณบุคคลหรือองค์กรที่มีส่วนช่วยเหลือในการวิจัยนี้

1.14 เอกสารอ้างอิง เขียนถูกต้องตามรูปแบบของ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 และมีรายการครบถ้วนตามที่ได้อ้างในเนื้อหา (ดังรายละเอียดต่อไป)

2. บทความวิชาการ มีคำแนะนำในการเขียนส่วนประกอบแต่ละหัวข้อตามลำดับดังนี้

2.1 ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ตัวหนา ขนาด 16 อยู่ตรงกลางของหน้า โดยชื่อเรื่องภาษาอังกฤษแต่ละคำขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำบุพบท คำสันธาน และคำนำหน้านาม

2.2 ชื่อ-ชื่อสกุลผู้นิพนธ์/ผู้ร่วมนิพนธ์ ชื่อย่อวุฒิการศึกษาสูงสุด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์เป็นตัวหนา ขนาด 16 จัดรูปแบบชิดขวา ระบุไว้ได้ชื่อเรื่องพร้อมใส่เชิงอรรถแบบดอกจัน (*) ด้วยก และที่เชิงอรรถให้ระบุตำแหน่งวิชาชีพและสถานที่ปฏิบัติงาน พร้อมระบุชื่อผู้ให้การติดต่อหลักและระบุอีเมลท้ายสถานที่ปฏิบัติงาน รูปแบบอักษรปกติ ขนาดอักษร 12 จัดรูปแบบชิดซ้าย

2.3 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (abstract) เขียน 1 ย่อหน้า ความยาว 10-16 บรรทัด ประกอบด้วย 1) การเกริ่นนำเกี่ยวกับเรื่องที่เขียน 2) การเน้นประเด็นที่เป็นแก่นสำคัญของเนื้อหา และ 3) การสรุปสิ่งสำคัญที่เชื่อมโยงถึงแนวทางการปฏิบัติและประโยชน์ที่ได้รับ

2.4 คำสำคัญ (keywords) อยู่ใต้บทคัดย่อแต่ละภาษา จำนวน 3-5 คำ โดยคำภาษาไทยแต่ละคำเว้นระยะห่าง 2 เคาะ ส่วนภาษาอังกฤษ แต่ละคำขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ใช้จุลภาค (,) คั่น และเว้นระยะห่าง 2 เคาะ

2.5 บทนำ เขียนอธิบายการได้มาซึ่งความรู้และความสำคัญของเรื่องที่เขียนและจุดประสงค์การเขียน

2.6 เนื้อเรื่อง แบ่งเป็นหัวข้อใหญ่ หัวข้อรอง และหัวข้อย่อยตามความเหมาะสม

2.7 บทสรุป สรุปสาระสำคัญ

2.8 ข้อเสนอแนะ เขียนข้อเสนอแนะในการนำไปประยุกต์ใช้ด้านการพยาบาล และสาขาที่เกี่ยวข้อง

2.9 เอกสารอ้างอิง เขียนถูกต้องตามรูปแบบของ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 และมีรายการครบถ้วนตามที่ได้อ้างในเนื้อหา (ดังรายละเอียดต่อไป)

คำแนะนำการเขียนอ้างอิงแบบ APA Style

การเขียนอ้างอิงใช้ตามรูปแบบของ Publication Manual of the American Psychological Association (APA style) ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 โดยแบ่งออกเป็น การเขียนอ้างอิงในเนื้อหา (in-text citation) และการเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ (reference) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การเขียนอ้างอิงในเนื้อหา

การเขียนอ้างอิงในเนื้อหา แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การเขียนอ้างอิงหน้าข้อความ และการเขียนอ้างอิงท้ายข้อความ โดยมีรายละเอียดการอ้างอิงในเนื้อหา ดังนี้

1.1 ผู้แต่งที่เป็นชาวต่างชาติให้ใส่เฉพาะชื่อสกุล ส่วนผู้แต่งชาวไทยให้ใส่ทั้งชื่อและนามสกุล ส่วนผู้แต่งคนไทยที่มีศ บรรดาศักดิ์หรือราชทินนาม สมณศักดิ์ ให้ใส่ไว้หน้าชื่อ ตัวอย่าง

..... (เกศินี จุฑาวิจิตร, 2552)

.....(McCargo, 2002)

1.2 ผู้แต่ง 2 คน ใส่ชื่อผู้แต่ง 2 คน ทุกครั้งที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา โดยใช้คำว่า “และ” สำหรับผู้แต่งชาวไทย และ “and” เมื่อใส่ผู้แต่งชาวต่างชาติในวงเล็บ แต่ให้ใช้เครื่องหมาย “&” เมื่อใส่ผู้แต่งไว้ในวงเล็บ

1.3 ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป ให้ใส่ชื่อผู้แต่งคนแรก ตามด้วยคำว่า และคณะ หรือ et al. (สำหรับผู้แต่งชาวต่างประเทศ) เช่น วิชัย เอกพลากร และคณะ (2564).....

..... (ElSayed et al., 2023)

1.4 ผู้แต่งที่เป็นหน่วยงานที่มีชื่อย่อ ให้ใส่ชื่อเต็มหน่วยงาน ตามด้วยชื่อย่อในวงเล็บ และตามด้วยปีพิมพ์ โดยมีรูปแบบดังนี้ การเขียนอ้างอิงหน้าข้อความ ระบุชื่อเต็ม (ชื่อย่อ, ปีพิมพ์) ส่วนการอ้างอิงท้ายข้อความ ระบุรายละเอียดในวงเล็บ (ชื่อเต็ม [ชื่อย่อ], ปีพิมพ์) สำหรับการอ้างอิงครั้งต่อ ๆ ไป ให้ระบุเฉพาะชื่อย่อและปีพิมพ์ เช่น

การอ้างครั้งแรก: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส., 2565)

กล่าวถึง...

การอ้างครั้งต่อ ๆ ไป : สสส. (2565) กล่าวถึง...

การอ้างครั้งแรก:(สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [สสส.], 2565)

การอ้างครั้งต่อ ๆ ไป:(สสส., 2565)

การอ้างครั้งแรก: World Health Organization (WHO, 2024).....

การอ้างครั้งต่อ ๆ ไป: WHO (2019)

การอ้างครั้งแรก: (World Health Organization [WHO], 2024)

การอ้างครั้งต่อ ๆ ไป: ...(WHO, 2024)

1.5 การเขียนอ้างอิงเอกสารที่ไม่มีชื่อผู้แต่ง/บรรณาธิการ หากชื่อเรื่อง/ชื่อบท/ชื่อบทความมีความยาวมาก ให้ใส่เพียง 2-3 คำแรก รูปแบบการเขียนอ้างอิงให้ใส่ชื่อเรื่อง/ชื่อบท/ชื่อบทความในเครื่องหมายอัฒภาค “ ” ตามด้วยปีพิมพ์ ดังนี้

การเขียนอ้างอิงหน้าข้อความ: “ชื่อเรื่อง” หรือ “ชื่อบท” หรือ “ชื่อบทความ”
(ปีที่พิมพ์) เช่น

....(“คู่มือการดูแลทารกแรกเกิด”, 2562) ได้กล่าวถึง....

การเขียนอ้างอิงท้ายข้อความ: (“ชื่อเรื่อง” หรือ “ชื่อบท” หรือ “ชื่อบทความ”,
ปีที่พิมพ์) เช่น

... (“การวางแผนการพยาบาลเด็ก”, 2559)

การอ้างครั้งต่อ ๆ ไป ให้เขียนเหมือนการอ้างครั้งแรก

1.6 การอ้างอิงมากกว่าสองแหล่งข้อมูลให้เขียนเรียงตามลำดับอักษร ดังนี้

.... สอดคล้องกับผลการศึกษาของมานะ จันทรคำ (2562) และจันทรา บัวสาม
(2559)....

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มักเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น มีความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง และมีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงกว่ากลุ่มที่สามารถควบคุมโรคได้ (ElSayed et al., 2023; International Diabetes Federation [IDF], 2021)

1.7 การอ้างอิงจากข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิ

ให้ระบุชื่อสกุลของผู้เขียนต้นฉบับ ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ปีพิมพ์ จากนั้นเอกสารภาษาไทยให้ใช้คำว่า อ้างถึงใน และเอกสารภาษาต่างประเทศให้ใช้คำว่า as cited in จากนั้นตามด้วยชื่อสกุลของผู้เขียนที่นำมาอ้างในงานของตนเอง ดังตัวอย่าง

การสื่อสารมีความจำเป็นต่อองค์กร เพราะในการทำงานนั้น จะต้องมีการติดต่อคำสั่งและรายงาน กับหัวหน้า ประสานงานกับฝ่ายอื่นในการทำงาน ทำให้การสื่อสารกลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติงาน โดยได้มีผู้ให้ความหมายของการติดต่อสื่อสารภายในองค์กรว่า “เป็นการแสดงออกและการแปลความหมายข่าวสารระหว่างหน่วยการติดต่อสื่อสารต่างๆ หรือบุคคลในตำแหน่งต่างๆ ที่อยู่ ภายในองค์กร” (สมยศ นาวิการ, 2527 อ้างถึงใน ชิชณ พันธ์เจริญ, 2560)

In 1996, According to Kaplan and Norton, the implementation of the Balanced Scorecard allows the organization to be managed successfully. It support the deployment of business strategies, meeting customer needs, and the visibility of process problem. (Anan, 1989 as cited in Jason, 2015)

หมายเหตุ: การเขียนอ้างอิงในเนื้อหาแต่ละส่วน หากใช้แหล่งอ้างอิงมากกว่า 1 รายการ ให้เรียงลำดับตามตัวอักษรตัวแรกของชื่อผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล หากผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศ) โดยนำภาษาไทยขึ้นก่อนภาษาต่างประเทศ

2. การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ

การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ ให้เขียนเฉพาะรายการที่ใช้อ้างอิงในเนื้อหาเท่านั้น ซึ่งการเขียนเกี่ยวกับผู้แต่งและปีพิมพ์คล้ายการเขียนอ้างอิงหน้าข้อความในครั้งแรก โดยผู้แต่งชาวต่างประเทศ ให้ระบุชื่อสกุล ค้นด้วยจุลภาค (,) ตามด้วยอักษรตัวแรกของชื่อต้น และจุด (.) เว้นวรรค 1 เคาะ แล้วตามด้วยชื่อกกลาง และจุด ซึ่งแนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงแต่ละประเภท พร้อมตัวอย่าง รายละเอียดดังนี้

2.1 หนังสือในรูปแบบเล่ม

2.1.1 ผู้แต่ง 1 คน

ไทย ชื่อ/สกุล./ (ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). สำนักพิมพ์. /URL (ถ้ามี)
อังกฤษ สกุล./อักษรย่อชื่อ./ (ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

วีรณ ตั้งเจริญ. (2553). *พลังวัฒนธรรม*. สันติศิริการพิมพ์.

Strunk, W., & White, E. B. (1979). *The elements of style* (3rd ed.). Macmillan.

2.1.2 ผู้แต่ง 2 คน

ไทย ชื่อ/สกุล, และ/ชื่อ/สกุล. / (ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). สำนักพิมพ์. /URL (ถ้ามี)
อังกฤษ สกุล./อักษรย่อชื่อ./ & /สกุล./อักษรย่อชื่อ. (ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). //URL (ถ้ามี)
สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

กุลภา วจนสาระ, และกฤตยา อาชวนิจกุล. (2566). *ทางเลือกกับความเหลื่อมล้ำของบริการทำแท้งหลังแก้กฎหมาย*. สมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

Best, J. W., & Kahn, J. V. (1993). *Research in education*. Allyn and Bacon

2.1.3 ผู้แต่ง 3-20 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน

ชื่อผู้แต่งคนที่ 1, ชื่อผู้แต่งคนที่ 2, ชื่อผู้แต่งคนที่ 3, ชื่อผู้แต่งคนที่ 4, ชื่อผู้แต่งคนที่ 5, ชื่อผู้แต่งคนที่ 6, ชื่อผู้แต่งคนที่ 7, ชื่อผู้แต่งคนที่ 8, ชื่อผู้แต่งคนที่ 9, ชื่อผู้แต่งคนที่ 10, ชื่อผู้แต่งคนที่ 11, ชื่อผู้แต่งคนที่ 12, ชื่อผู้แต่งคนที่ 13, ชื่อผู้แต่งคนที่ 14, ชื่อผู้แต่งคนที่ 15, ชื่อผู้แต่งคนที่ 16, ชื่อผู้แต่งคนที่ 17, ชื่อผู้แต่งคนที่ 18, ชื่อผู้แต่งคนที่ 19, และชื่อผู้แต่งคนที่ 20. (ปีพิมพ์). ชื่อเรื่อง (พิมพ์ครั้งที่). สำนักพิมพ์. URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

อมราภรณ์ หมีปาน, ศิริพร สว่างจิตร์, ไพจิตร เพิ่มพูล, เบญจวรรณ วงศ์ปราชญ์, จุฑารัตน์ บันดาลสิน, นัยนา วงศ์สายดา, กุสุมา กังหลี, นันทิกานต์ กลิ่นเชตุ, และสุชาดา ศรีโยธี. (2566). *หลักการพยาบาลเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ภาควิชาการพยาบาลเบื้องต้น วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก.

Hinkle, J. L., Cheever, K.H., & Overbaugh, K. J. (2022). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (15th ed.). Wolters Kluwer.

2.1.4 ผู้แต่ง 21 คนขึ้นไป ให้ใส่ชื่อและสกุลผู้แต่งคนที่ 1-19 ตามด้วยเครื่องหมาย , ... ก่อนชื่อคนสุดท้าย

ชื่อผู้แต่งคนที่ 1, ชื่อผู้แต่งคนที่ 2, ชื่อผู้แต่งคนที่ 3, ชื่อผู้แต่งคนที่ 4, ชื่อผู้แต่งคนที่ 5, ชื่อผู้แต่งคนที่ 6, ชื่อผู้แต่งคนที่ 7, ชื่อผู้แต่งคนที่ 8, ชื่อผู้แต่งคนที่ 9, ชื่อผู้แต่งคนที่ 10, ชื่อผู้แต่งคนที่ 11, ชื่อผู้แต่งคนที่ 12, ชื่อผู้แต่งคนที่ 13, ชื่อผู้แต่งคนที่ 14, ชื่อผู้แต่งคนที่ 15, ชื่อผู้แต่งคนที่ 16, ชื่อผู้แต่งคนที่ 17, ชื่อผู้แต่งคนที่ 18, ชื่อผู้แต่งคนที่ 19,...ชื่อคนสุดท้าย. (ปีพิมพ์). ชื่อเรื่อง (พิมพ์ครั้งที่). สำนักพิมพ์. URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

กรรณิการ์ วิจิตรสุนทร, ฉันทิกา จันทรเปี้ย, ทศนี ประสพกิตติคุณ, นางลักษณ์ จินตนาดีลิก, บุญเพียร จันทวัฒนา, บัญจรงค์ สุขเจริญ, พรณรัตน์ แสงเพิ่ม, ยุวดี พงษ์สารนนทกุล, วณิดา เสนะสุทธิพันธุ์, วิรัตน์ ตั้งใจรบ, วิไล เลิศธรรมเทวี, วีรยา จึงสมเจต-ไพศาล, ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุนทร, สมพร สุนทราภา, สมหญิง ไควสวนนท์, สุดารัตน์ สุวรรณเทวะคุปต์, อาภาวรรณ หนูคง, อัจฉรา เปื้องเวทย์, อรุณศรีมี บุนนาค, ...อุดมญา พันธินิตย์. (2561). *ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 5). ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

2.1.5 ผู้แต่งที่เป็นหน่วยงาน นิติบุคคล ให้ลงชื่อหน่วยงาน เรียงลำดับจากหน่วยงานใหญ่ไปหาหน่วยงานรอง โดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างชื่อหน่วยงานใหญ่และหน่วยงานรอง หากหน่วยงานเป็นผู้จัดพิมพ์หนังสือ ในตำแหน่งสำนักพิมพ์/โรงพิมพ์ไม่ต้องระบุ ให้เว้นว่าง

ชื่อหน่วยงาน 1-2 ระดับ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง (ครั้งที่พิมพ์). สำนักพิมพ์/โรงพิมพ์.

ตัวอย่าง

กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, กรมสุขภาพจิต, และกรมควบคุมโรค. (2559). *คู่มืออำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ฉบับบูรณาการ*. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์.

2.2 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์

หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง (ครั้งที่พิมพ์). สำนักพิมพ์. <https://doi.org/เลข DOI>

ตัวอย่าง

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

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง (ครั้งที่พิมพ์). สำนักพิมพ์. สืบค้นจาก url

ตัวอย่าง

พรรณี ปานเทวัญ, อภิญญา อินทรรัตน์, และองค์อร ประจันเขตต์. (2566). *พยาบาลกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม: แนวคิด ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. สืบค้นจาก <https://elibrary-bcnsurin.cu-elibrary.com>

2.3 หนังสือที่มีบรรณาธิการ เป็นผู้รับผิดชอบ

ชื่อผู้แต่ง. (บ.ก./Ed./Eds.). (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ (พิมพ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป). สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

สัมพันธ์ สันทนาคณิต, สุมาลี โพธิ์ทอง และสุวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์ (บ.ก.). (2560). *ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน 2* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ภาควิชาการบริหารการพยาบาลและพื้นฐานวิชาชีพ.

Ignatavicius, D. D., Rebar, C. R., & Heimgartner, N. M. (Eds.). (2024). *Medical-surgical nursing: Concepts for clinical judgment and collaborative care* (11th ed.). Elsevier.

2.4 บทหนึ่งในหนังสือ

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทหรือชื่อบทความ. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บ.ก.), ชื่อหนังสือ (น. xx-xx/p./pp. xx-xx). สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

สุปราณี แจ้งบำรุง. (2546). ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวัน. ใน *สุปราณี แจ้งบำรุง* (บ.ก.), *ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2546* (น. 21-26). โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (รสพ).

Hammond, K. R., & Adelman, L. (1986). Science, values, and human judgment. In H. R. Arkes, & K. R. Hammond (Eds.), *Judgement and decision making: An interdisciplinary reader* (pp. 127-143). Cambridge University Press.

2.5 วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์

วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์ที่ไม่ได้ตีพิมพ์

รูปแบบภาษาไทย

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อวิทยานิพนธ์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตหรือวิทยานิพนธ์ปริญญาโทไม่ตีพิมพ์]. ชื่อมหาวิทยาลัย.

รูปแบบภาษาต่างประเทศ

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อวิทยานิพนธ์. [Unpublished doctoral dissertation หรือ Unpublished master's thesis]. ชื่อมหาวิทยาลัย.

ตัวอย่าง

ประวิต เอรารวรรณ์. (2549). *การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจครูในโรงเรียน : กรณีศึกษาโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม*. [วิทยานิพนธ์ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

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

วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์ จากเว็บไซต์ (ไม่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์)

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่เผยแพร่). *ชื่อวิทยานิพนธ์*. [ระดับปริญญา, ชื่อมหาวิทยาลัย]. ชื่อเว็บไซต์. URL.

ตัวอย่าง

จุฬาลักษณ์ สอนไชยา. (2546). *ผลของการจัดโปรแกรมนันทนาการที่มีต่อการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ* [วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต]. Chulalongkorn University Intellectual Repository. <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/65704>

วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์ที่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่เผยแพร่). *ชื่อวิทยานิพนธ์*. (หมายเลข UMI หรือเลขลำดับอื่นๆ) [ระดับปริญญา, ชื่อมหาวิทยาลัย]. ชื่อฐานข้อมูล.

ตัวอย่าง

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

2.6 รายงานการวิจัย/รายงาน ที่จัดทำโดยผู้เขียนรายบุคคลสังกัดหน่วยงานรัฐหรือองค์กรอื่น

ชื่อผู้เขียน. (ปีที่พิมพ์). *ชื่อเรื่อง*. สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2552). *รายงานการวิจัย เรื่อง การสังเคราะห์งานวิจัย เกี่ยวกับคุณภาพการศึกษาไทย : การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis)*. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

2.7 บทความวารสาร

บทความในวารสารรูปแบบ/อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มีเลข DOI

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ (ฉบับที่), เลขหน้าบทความ.

ตัวอย่าง

สาธิต เมืองสมุทร, ทวีศักดิ์ เตชะเกรียงไกร, พรทิพย์ พสุกลมเศรษฐ์, อาพร แจ่มผล, ปาริสุทธิ์ เณิมชัยวัฒน์, ฤทัย เรืองธรรมสิงห์, อัญชนีย์ อุทัยพัฒนาชีพ, ทิพากร ม่วงถึก และวัลลภา โพธาสินธ์. (2562). ผลของตำรับอาหารไทยมีเอกลักษณ์ที่มีต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน :กรณีศึกษาโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครนายก. *วารสารวิทยาลัยดุสิตธานี*, 13(1), 284-301

Chomsky, N., Halle, M., & Harris, Z. (1960). Toward a generative model of Pig Latin syntax. *Pigology : Current issues in Pig Latin research*, 26(2), 247-289.

บทความในวารสาร อีเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ (ฉบับที่), เลขหน้าบทความ. เลข DOI

ตัวอย่าง

การุณย์ ประทุม. (2564). การจัดการกับความเอนเอียงจากคุณลักษณะร่วมของวิธีการวัดและการอนุมานความเป็นเหตุและผลในงานวิจัยทางธุรกิจและการจัดการ: การสำรวจภาคตัดขวางและระยะยาว. *จุฬาลงกรณ์ธุรกิจปริทัศน์*, 169, 22 - 39. DOI: 10.14456/cbsr.2021.10

บทความในวารสารแบบรูปเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ ตอนพิเศษหรือฉบับพิเศษ

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ [ฉบับพิเศษ], เลขหน้าบทความ.

ตัวอย่าง

ฉัตรวรรณ ถัญฉวรรณะกร และใจทิพย์ ณ สงขลา. (2561). การส่งเสริมทักษะการอ่านและการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ที่มีปัญหาทางการอ่านโดยใช้ระบบเสริมศักยภาพทางการอ่านบนฐานของมายด์ทูลตามข้อมูลเชิงหลักฐาน. *วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [ฉบับพิเศษ]*, 46(4), 1-17.

<https://so02.tci-thaijo.org/index.php/EDUCU/article/view/152108>

บทความในวารสารแบบรูปเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ ฉบับเพิ่มเติม

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ (ฉบับเพิ่มเติม เลขของฉบับที่), เลขหน้าบทความ. URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

ณิชาพร เจริญวานิชกูร และ ไพโรจน์ น่วมนุ้ม. (2562). ผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้คณิตศาสตร์ที่เน้นแบบอย่างและกลวิธีตามแนวคิดของเมย์เนสและจูเลียน-ชูลต์ซ ที่มีต่อความรู้ทางคณิตศาสตร์และ

ความสามารถในการแก้ปัญหาทางคณิตศาสตร์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5. *วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 47 (ฉบับเพิ่มเติม 2), 88–100.

<https://so02.tci-thaijo.org/index.php/EDUCU/article/view/232424>

2.8 หนังสือพิมพ์และหนังสือพิมพ์ออนไลน์

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์/วัน/เดือน). ชื่อคอลัมน์. ชื่อหนังสือพิมพ์, เลขหน้าบทความ. URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

ทีมข่าวการศึกษา. (2554, 23 กุมภาพันธ์). ผ่านร่าง พ.ร.ฎ. ตั้งสถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ. *เดลินิวส์*, 12.

Brody, J. E. (2007, December 11). Mental reserves keep brain agile. *The New York Times*.

<https://www.nytimes.com>

2.9 เว็บไซต์

ชื่อผู้แต่ง. (ปี, วัน/เดือนที่เผยแพร่). ชื่อบทความ. ชื่อเว็บไซต์. URL

*กรณีที่ไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (น.ด.)

*กรณีที่ปรากฏเฉพาะ พ.ศ. หรือ ค.ศ. ให้ใส่แค่ปีเท่านั้น

*กรณีชื่อผู้เขียนและชื่อเว็บไซต์เป็นชื่อเดียวกัน ให้ตัดชื่อเว็บไซต์ออก

ตัวอย่าง

อัศริมา สุ่มมาตย์. (2553). *Plagiarism การโจรกรรมทางวิชาการ*. สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

<http://www.library.kku.ac.th/kmlib/Mp=1674>

National Renewable Energy Laboratory. (2008). *Biofuels*.

http://www.nrel.gov/learning/re_biofuels.html

2.10 ราชกิจจานุเบกษา

ชื่อกฎหมาย./ (ปี./วัน/เดือน)./ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม/เลขเล่ม/ตอนที่/เลขตอน. หน้า/เลขหน้า.

ตัวอย่าง

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของ

โรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 พ.ศ. 2565. (2565, 20 กันยายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 223 ง. หน้า 1.

การเรียงลำดับเอกสารอ้างอิง

1. เรียงลำดับเอกสารอ้างอิงภาษาไทยไว้ก่อนภาษาอังกฤษ
2. เรียงลำดับตามอักษรตัวแรกของชื่อผู้แต่ง (หากเป็นผู้แต่งชาวต่างประเทศเรียงลำดับตามอักษรตัวแรกของชื่อสกุล) โดยไม่ใส่หมายเลขกำกับ หากอักษรตัวแรกเหมือนกัน ให้เรียงลำดับตามอักษรตัวถัดมาเรื่อย ๆ
3. หากเป็นผู้แต่งคนเดียวกันหรือคณะเดียวกัน ในเอกสารอ้างอิงหลายรายการ ให้เรียงลำดับตามปีที่พิมพ์ และหากปีที่พิมพ์เป็นปีเดียวกัน ให้ใช้อักษร ก ข ค ... (หากเป็นภาษาต่างประเทศ ให้ใช้อักษร a b c ...) กำกับหลังปีที่พิมพ์ เช่น 2565ก 2565ข 2019a 2019b
4. หากผู้แต่งชื่อแรกเป็นคนเดียวกันในเอกสารอ้างอิงหลายรายการ โดยมีทั้งรายการที่เป็นผู้แต่งคนเดียวและรายการที่มีผู้แต่งอื่นร่วมด้วย ให้เรียงลำดับตามจำนวนผู้แต่งทั้งหมด จากนั้นน้อยไปหามาก เช่น
 อาภาพร เภาวัฒนา. (2566).
 อาภาพร เภาวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุนิย์ ละกำป็น, และขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื่อ. (2554).

การส่งต้นฉบับ

1. การส่งเรื่องตีพิมพ์ โดยให้ส่งในระบบวารสาร โดยสามารถเข้าระบบและ Submission Online ได้ที่ <https://tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/index>



QR CODE ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

2. ค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์บทความ ดังนี้
 - 2.1 ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความภาษาไทย สำหรับบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นเงิน 4,000 บาท/เรื่อง
 - 2.2 ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความภาษาอังกฤษ สำหรับบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นเงิน 6,000 บาท/เรื่อง
 - 2.3 ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความภาษาไทย สำหรับบุคคลภายนอก เป็นเงิน 5,000 บาท/เรื่อง
 - 2.4 ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความภาษาอังกฤษ สำหรับบุคคลภายนอก เป็นเงิน 8,000 บาท/เรื่อง

3. การส่งต้นฉบับลงในวารสาร ฉบับที่ 1 ภายในวันที่ 31 มกราคม ของทุกปี ฉบับที่ 2 ภายในวันที่ 31 พฤษภาคม ของทุกปี และฉบับที่ 3 ภายในวันที่ 30 กันยายน ของทุกปี หากพ้นกำหนดในระยะเวลาดังกล่าว ต้นฉบับจะเลื่อนการพิจารณาลงในฉบับต่อไป

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ติดต่อ :

1. อาจารย์ ดร.ธิดารัตน์ คณึงเพียร E-mail: thidarat@bcnsurin.ac.th
2. อาจารย์ธวัชชัย ยืนยาว E-mail: thawatchai@bcnsurin.ac.th
3. กองบรรณาธิการราชวดีสาร E-mail: journalrachawadee@gmail.com

การรับเรื่องต้นฉบับ

1. เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับทาง E-mail ให้ผู้เขียนทราบภายใน 3 อาทิตย์ นับจากวันที่กองบรรณาธิการได้รับต้นฉบับที่ปรับแก้ไขเรียบร้อยแล้ว
2. เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาจัดพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบภายใน 3 เดือน
3. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เผยแพร่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เขียนสามารถดาวน์โหลดบทความที่ตีพิมพ์ได้ที่ระบบวารสาร ที่เว็บไซต์
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin>
4. การส่งเรื่องตีพิมพ์ โดยให้ส่งในระบบวารสาร โดยสามารถเข้าระบบ และ Submission Online ได้ที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin>
5. ผู้วิจัยไม่สามารถนำบทความวิจัยหรือบทความวิชาการที่อยู่ในกระบวนการพิจารณา/แก้ไข ในราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ไปตีพิมพ์ในวารสารอื่น และหากนำไปตีพิมพ์ในวารสารอื่น จะต้องชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ตามที่วารสารกำหนด เพื่อเป็นค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิ

ISSN 2985-2900 (ONLINE)

T C I 1



www.bcnsurin.ac.th

<https://www.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin>