

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ Journal of Nursing Science and Health

ปีที่ 48 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2568 Volume 48 No.3 (July-September) 2025



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Faculty of Nursing, Khon Kaen University

ISSN 2822-1133 (Online)

แด่คุณครู (พยาบาล) ผู้อุทิศ: รศ. พรรณี เหมือนวงศ์ (25 เมษายน พ.ศ. 2485 – 10 มิถุนายน พ.ศ. 2568 อายุ 83 ปี)

“ขอรำลึกถึง ตั้ง เพื่อนรัก เราอยู่ร่วมกันมาที่หอพัก ก.ไก่ ศิริราชพยาบาล ตั้งแต่ปี พ.ศ.2506 เรียนต่อกันที่คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามกันมาอยู่มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี พ.ศ.2513 และยังตามไปเรียน MPH ที่ประเทศอิสราเอล โดยตั้งไปรุ่น 1 (ปี พ.ศ.2513) เราไปรุ่น 3 (ปี พ.ศ. 2515) กลับมาจากเรียน ก็ช่วยกันทำงาน เติบโตขึ้นด้วยกันมา เรียนรู้ และรับประสบการณ์มากมาย จากท่าน ผู้ก่อตั้งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รศ.ดร.สายหยุด นิยมวิภาต จนทยอยเกษียณกันไป แต่ก็ยังได้พบกันเป็นระยะส่งข่าวทักทายทุกวัน วันนี้ เพื่อน...ไม่อยู่แล้ว ใจหายจริง ๆ เพื่อนไม่ปิดปากเรื่องโรคภัยไข้เจ็บเลย เราเอาใจช่วยตลอด ขอให้ผ่านการรักษาไปด้วยดี ต่างก็ให้กำลังใจกัน เรื่องการเสื่อมไปตามวัยเสมอ นับรวม 62 ปี ของมิตรภาพที่ยาวนาน และเรื่องราวที่ทั้งหลายจะจารึกไว้ในความทรงจำของเราตลอดไป...10 มิถุนายน 2568 ขอร่วมส่งตั้ง...ไม่ต้องเจ็บปวดอีกต่อไป และหลับนิราศสุขสงบ สุขสบาย ในภพภูมิใหม่ะเพื่อน...จาก เพื่อน” (รศ.กัลยา พัทฒนศรี)

ข้างต้น เป็นถ้อยคำแสดงความอาลัย จากใจของเพื่อนสนิท ที่ส่งถึงท่าน รศ.พรรณี เหมือนวงศ์ ซึ่งเป็นวาระแห่งความเศร้าโศกที่เราต้องสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักและเคารพยิ่งของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และวงวิชาชีพการพยาบาลไปอีกหนึ่งท่าน

บทบรรณาธิการฉบับนี้ จึงขออุทิศพื้นที่ แสดงความอาลัยอย่างสุดซึ้ง ต่อการจากไป ของ รศ.พรรณี (สนั่นเมือง) เหมือนวงศ์ อดีตคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มข. และบูรพาจารย์ผู้ร่วมบุกเบิก มุ่งมั่นปั้น คณะพยาบาลศาสตร์ มข. ท่านเป็นทั้ง “แม่” และ “ครู” ในหัวใจของเหล่าศิษย์พยาบาล มากมาย

มีเรื่องราวมากมายที่ท่านเคยเล่าสู่กันฟัง ในงานวิจัยสถาบัน เรื่อง การก่อกำเนิด คณะพยาบาลศาสตร์ มข. ในฐานะคณะอาจารย์รุ่นแรกของคณะฯ ผู้มีประสบการณ์เรียนรู้ และร่วมบุกเบิกคณะพยาบาลศาสตร์ (ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2513) แห่งแรกของดินแดนอีสาน ในสมัยนั้นที่ถือว่า เป็นพื้นที่ห่างไกลความเจริญ และถูกรังดาร์จากเมืองหลวง ซึ่งในอดีตมีความขาดแคลนทรัพยากร และโอกาสด้านสาธารณสุขอย่างรุนแรง ท่านมิใช่คนพื้นที่ แต่ด้วยหัวใจที่ยิ่งใหญ่ ท่านเลือกมาทำงานที่นี้ด้วยความสมัครใจ สร้างครอบครัว และตั้งรกรากบนผืนดินนี้ จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

จากอดีตถึงปัจจุบันทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย สถานการณ์การขาดแคลนพยาบาล ยังคงดำรงอยู่ ท่านเป็นหนึ่งในผู้พยายามกลั่นหยดน้ำ เพื่อเติมเต็มสายธาราพยาบาลไม่ให้เหือดแห้งแก่สังคม ท่านเป็นครูผู้จุดประกายความรัก ปลุกฝังความรู้ วิชาชีพ และคุณธรรม แก่นักศึกษาพยาบาล ด้วยความอ่อนโยน มั่นคงหนักแน่นในหลักการ ท่านเป็นผู้นำที่มีพลังแห่งความสงบนิ่ง เป็นแสงสว่างที่พั่งทางใจ ให้ทั้งผู้ร่วมงาน และเหล่าลูกศิษย์เสมอ และในฐานะผู้บริหารคณะพยาบาลศาสตร์ ท่านคือหนึ่งในฟันเฟืองสำคัญ ในการขับเคลื่อนให้สถานศึกษานี้ ให้เติบโต มีคุณภาพ ถ้าวหน้า สามารถผลิตบุคลากรพยาบาลทุกระดับ อย่างมีศักยภาพ ในระดับชาติและนานาชาติอย่างเต็มภาคภูมิ

แม้วันนี้ไม่มีท่านแล้ว แต่คุณูปการ ความเมตตา และแบบอย่างของท่าน จะคงอยู่ในหัวใจของเหล่าลูกศิษย์ ผู้เคยร่วมงาน และผู้ที่ได้รับแรงบันดาลใจจากท่านตลอดไป... ขอให้ท่านสุขสงบ สู่สุคติ และขอให้การอุทิศตนตลอดชีวิตของท่าน เป็นแรงบันดาลใจแก่ผู้ที่ยังอยู่ สืบสานเจตนารมณ์ของท่านสืบไป... “หากไร้ร่างครูนี้ในวันเก่า ย่อมไร้เงา เราเช่นนี้ ที่เผลา...”

ด้วยความเคารพรักและอาลัยยิ่ง

ในนามผู้บริหารคณะฯ ทุกยุค

บุคลากร และคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บรรณารักษ์วารสารและทีมงาน

**In Remembrance of Associate Professor Pannee Mueanwong:
A Tribute to a Devoted Nurse Teacher
(April 25, 1942 – June 10, 2025, aged 83)**

"In remembrance of 'Ting', my beloved friend. We shared our lives together since we lived in Dormitory "Kor Kai" at Siriraj Hospital in 1963, studied together at the Faculty of Public Health, Mahidol University, and later moved to Khon Kaen University in 1970. Ting pursued her MPH in Israel as part of the first cohort in 1970, and I followed in the third cohort in 1972. Upon returning, we worked side by side, grew together, and learned so much under the guidance of the founding Dean of the Faculty of Nursing, Associate Professor Dr. Saiyud Niyomwiphat. Although we eventually retired, we stayed in touch regularly. Today, my friend is no longer with us. It is heart-breaking. Ting never spoke of her illness, and we constantly hoped for her recovery, supporting one another through the aging process. Sixty-three years of deep friendship these memories will remain etched in my heart forever. On this day, June 10, 2025, I bid her farewell. May she be free from pain and rest peacefully in her next realm... From a friend." (Associate Professor Kalaya Patanasri)

The message above is a heartfelt tribute from a dear friend to Associate Professor Pannee Mueanwong, marking a moment of profound grief for the Faculty of Nursing at Khon Kaen University and the nursing profession in Thailand, as we mourn the loss of one of our most respected and cherished figures.

This editorial is dedicated to the memory of Associate Professor Pannee (Sananmuang) Mueanwong, former Dean of the Faculty of Nursing, Khon Kaen University, and one of the pioneering educators who devoted her life to the development and strengthening of the Faculties. To many, she was not only a teacher, but also a maternal figure whose guidance shaped generations of nurses.

There are many stories that Ajarn Pannee once shared in the Faculty's research project on the establishment of the Faculty of Nursing at Khon Kaen University. As one of the pioneering faculty members, with invaluable experiences of learning and contributing to the foundation of the Faculty of Nursing (since 1970), she played a vital role in establishing the first nursing faculty in Northeastern Thailand. At that time, the region was considered remote, underdeveloped, and far from the capital, with severe shortages of resources and limited access to healthcare. Although not a native of the area, with a noble heart, she chose to work here voluntarily, built her family, and made this land her home until the end of her life.

From the past to the present, the global shortage of nurses, including in Thailand, has persisted. Ajarn Pannee was among those who dedicated themselves to contributing drops of water to sustain the river of nursing, preventing it from running dry in society. She was a teacher who inspired love for the profession, imparted knowledge, and instilled professional ethics in nursing students with gentleness, firmness, and unwavering principles. She was a leader whose strength lay in calmness, a guiding light and source of comfort for colleagues and students alike. As an administrator of the Faculty of Nursing, she was one of the crucial driving forces in advancing the institution, ensuring its growth, quality, and excellence, and enabling it to produce competent nurses at all levels—nationally and internationally—with great pride.

Although she is no longer with us, her compassion, contributions, and exemplary life will remain in the hearts of her students, colleagues, and all who were inspired by her. May she rest in peace, and may her lifelong dedication continue to inspire those who carry on her legacy. "If not for the teacher's form long past, our smart shadows would not be cast."

With deepest respect, love, and sorrow,

**On behalf of past and present administrators, staff, and faculty members of
The Faculty of Nursing, KKU
Editor and Editorial Team**

สารบัญ

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่ 48 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2568

บทบรรณาธิการ

คอลัมน์ : บทความวิจัย

ญี่ปุ่นกับการดูแลผู้สูงอายุและการจัดการภัยพิบัติ: การบูรณาการวัฒนธรรมเทคโนโลยีและระบบบริการสุขภาพ	1
สมรภพ บรรหารักษ์ อรุณย์ ใจเที่ยง สุภาวดี เทียงธรรม สุพันธ์ อุ่นใจ ประกายแก้ว ศิริพูล ณิชากุล ชันบุตรศรี ชนาพร ปิ่นสุวรรณ รัตนากรณ์ อัครเมขิน	

บทความวิชาการ

การเยี่ยมบ้าน เครื่องมือและเทคนิคการพยาบาลที่บ้านในอดีต: สู่การสร้างข้อเสนอสำหรับการสร้างนวัตกรรม และเทคโนโลยีสมัยใหม่ทางการพยาบาล	13
---	----

สุรีย์ ธรรมิกบวร

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายความเครียดหลังคลอดในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น	31
--	----

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล พงษ์ศักดิ์ จันกรงาม

ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ต่อความรู้ ทักษะ ทักษะการปฏิบัติ และความพึงพอใจของทหาร ณ กรมทหารราบแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของ ประเทศไทย	44
---	----

สุพมาล หอมวิเศษวงศา ชนิศา วรสิขฐ อรวี ช่างเรือง ดลวิวัฒน์ แสนโสม มะลิวรรณ ศิลารัตน์
วาสนา รวยสูงเนิน บุษบา สมใจวงษ์ ณิชาภัทร พุฒิกามิน ปาริชาติ วงศ์ก่อม วิทยาดี โพธิ์โสภา
จิรวรรณ เอกอุ สุพันธ์ อุ่นใจ พิเชษฐ เรืองสุขสุด ชัคคเณศ แพรวขาว นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์
ก้องหล้า แสนพันธ์

ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา สำหรับผู้สูงอายุโรคเมะเร็งในหอผู้ป่วยอายุกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง	55
--	----

ศิริพร ในพิมาย ลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดพิษณุโลก	69
--	----

ปภาดา ชมภูนิธย์ จิตติพร แสงพลอย

ผลของโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐานต่อความเครียด ภาวะซึมเศร้าและระดับสติ ในผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังในชุมชนเขตเทศบาลเมืองชุมเห็ด จังหวัดบุรีรัมย์	82
---	----

ณิชาภัทร มณีนันท์ ศรินรัตน์ จันทพิมพ์

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอก โรงพยาบาลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	96
--	----

จิราวุฒินันท์ ชาญสูงเนิน กนกพรรณ พรหมทอง

การพัฒนาโปรแกรมต้นแบบและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้สุขภาพ ต่อพฤติกรรมและผลลัพธ์สุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนขุนทะเล จังหวัดสุราษฎร์ธานี	110
--	-----

รชยา ยักษ์สังข์ ดลวิสิมคำ วิภา ลีสมกุล กมลชนก ทองเอียด

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกันที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น	125
---	-----

อัฐญา ธงพรรณษา นิศาชล บุบผา สุรดา โพธิ์ตากอง

ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา	139
--	-----

ณัจฉรียา เข้มพุทรา กิตติภูมิ ภิญโย

การพัฒนาต้นแบบแอปพลิเคชันการจัดการคิวสำหรับห้องตรวจผู้ป่วยนอก	155
---	-----

สุดถนอม กมลเลิศ รัชมี ภาวะพิณิจ ภาสกร เงามาม บุษบา บุญกระโทก เตือนใจ พิกายวัฒน์ชัย โฉมพิไล นันทรักษา

รูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1-12 ในบริบทประเทศไทย: การวิจัยแบบผสานวิธีเชิงลำดับ	174
---	-----

บุษกร โลหารขุน อรรถวรรณ คูหา ขวัญฤดี มีผิว พิบูลวงศ์ โพธิ์วงศ์ ณัฐพล ใหม่เพย ธีราพร อุ่นบาง

ปณิศา มุ่งกลาง พันธ์ชิตา แก้วกุลเศรษฐี นิตดา คำนิยม

ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก และสงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในหน่วยผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	190
---	-----

สุนทราพร วันสุพงษ์ นิกา อุดรจรัส พงษ์ลัดดา ปาระสี ธนัญพร ชัยศรี วาสนา รวยสูงเนิน แพรว โคตรธุณิน

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

205

Contents

Journal of Nursing Science and Health, Faculty of Nursing, Khon Kaen University
Volume 48 Number 3 July–September 2025

Editorial

The column: An invited article

- Japan's approach to older care and disaster management: Integration of culture, technology, and healthcare systems** 1
Samoraphop Banharak Arunnee Jaitieng Supavadee Thiengham Supan Unjai
Prakaikaew Siripoon Nitchakool Khunbutsri Chanaporn Pinsuwan Ratanaporn Aussawamaykin

Academic articles

- Home visiting, traditional home nursing tools and techniques: Toward developing proposals for modern nursing innovation and technologies** 13
Suree Trumikaborworn

Research Articles

- Predictive factors of postpartum stress at Chum Phae Hospital, Khon Kaen Province** 31
Soy Anusornteerakul Pongsak Junngam
- Effects of a first aid and basic life support training program on knowledge, attitudes, practical skills, and satisfactions among soldiers at a military armed force in Northeastern Thailand** 44
Sukuman Homvisetvongsa Chanika Worasith Orawee Changrueang Donwiwat Saensom
Maliwan Silarat Wasana Ruaisungnoen Busaba Somjaivong Nichapatr Phutthikhamin
Parichat Wonggom Wiphawadee Potisopha Jeerawan Ek-U Supan Unjai
Piches Ruangsuksud Chatkhane Pearkao Nonglak Methakanjanasak Konglar Saenpan
- Effects of a non-pharmacological pain management program on older people with cancer in an internal medicine ward of a university hospital** 55
Siriporn Naiphimai Ladawan Panpanit
- Effects of health promotion program on knowledge, attitudes, and health behaviors among older adults in Phitsanulok Province** 69
Paphadar Chomphunit Thitiporn Seangploy
- Effects of mindfulness-based therapy and counseling program on stress, depression, and mindfulness level in elderly people living alone in the community of Chum Het Municipality, Buriram Province** 82
Nichapat Maneephun Sarinrut Juntapim
- Effects of a perceived self-efficacy enhancement program on knowledge and skills in pre-hospital emergency care among village health volunteers** 96
Jiranuwat Chansungnoen Kanokpun Promtong
- Prototype development and effectiveness evaluation of a health literacy promotion program on health behavior and outcomes of elderly people in the Khun Thale community, Surat Thani province** 110
Rajaya Yekusang Donlarawee Simkum Weena Limsakul Kamolchanok Thongied
- Community participation in promoting health literacy of cardiovascular disease prevention among patients with multiple chronic diseases aged 35 years and over in the area of Ubonratana District, Khon Kaen Province** 125
Attaya Thongphunsa Nisachon Bubpa Surada Photatong
- The effect of a health belief model application program on stroke prevention in high risk groups at Phimai District, Nakhon Ratchasima Province** 139
Natchaleeya Champutsa Kittiphoom Phinyo
- The development of queue application prototype for clients at outpatient clinics** 155
Sudthanom Kamollerd Russamee Phavaphinit Pasakorn Ngoangam Bhussaba Bungrathok
Thurnjai Pitayavatanachai Chompilai Nantharuksa
- Operational model of geriatric clinic in health facilities under the 1st to 12th health zones, Ministry of Public Health in the Thai context: A sequential mixed-method study** 174
Bootsakorn Loharjun Orawan Kuha Khuanruedee Meepeiw Piboolwong Plongwong Natthapon Maifeoi
Thilaphon Unbang Panita Mungklang Panchita Kaewkunset Nutda Kumniyom
- Outcomes of nursing practice guidelines for patients presenting with chest pain and suspected acute myocardial infarction in the emergency outpatient unit** 190
Suntaraporn Wunsupong Nipa Udonjarut Pongladda Paralee Thanunporn Chaisri Wasana Ruaisungnoen
Praew Kotruchin

Instructions for Authors

205

ญี่ปุ่นกับการดูแลผู้สูงอายุและการจัดการภัยพิบัติ: การบูรณาการวัฒนธรรม เทคโนโลยี และระบบบริการสุขภาพ

สมรภาพ บรรหารักษ์ ปร.ด.* อรุณณี ใจเที่ยง ปร.ด.**

สุภาวดี เทียงธรรม ปร.ด.*** สุพันธ์ อุ่นใจ ปร.ด.**** ประกายแก้ว ศิริพล ปร.ด.**

ณิกุล ชันบุตรศรี พย.ม.**** ชนาพร ปิ่นสุวรรณ ปร.ด.**** รัตนภรณ์ อัครเมธิน พย.ม.****

บทคัดย่อ

บทความนี้ มุ่งนำเสนอประสบการณ์ภาพรวมของแนวคิดและระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งมีความโดดเด่นด้านการบูรณาการระหว่างวัฒนธรรมดั้งเดิม เทคโนโลยีสมัยใหม่ และระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพสูง ควบคู่ไปกับแนวทางการเตรียมพร้อมและจัดการภัยพิบัติที่มีประสิทธิภาพ ภายใต้บริบทของสังคมสูงวัย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผ่านโครงการ Sakura science exchange program ณ เมืองชิสุโอกะ ประเทศญี่ปุ่น ซึ่งเป็นกรณีศึกษาของการจัดการแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงทุกภาคส่วน สะท้อนถึงรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุและการจัดการภัยพิบัติที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทย เพื่อพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุและการบริหารจัดการภัยพิบัติในบริบทของประเทศไทยได้อย่างเหมาะสม เพื่อเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัยและเผชิญภัยพิบัติได้อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การจัดการภัยพิบัติ การดูแลแบบบูรณาการ ญี่ปุ่น เทคโนโลยีสุขภาพ ผู้สูงอายุ

วันที่รับบทความ 7 สิงหาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 15 สิงหาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 30 สิงหาคม 2568

*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ประสานงานวิจัย อีเมล supathi@kku.ac.th

****อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Japan's approach to older care and disaster management: Integration of culture, technology, and healthcare systems

Samoraphop Banharak Ph.D.* Arunnee Jaitieng Ph.D.**

Supavadee Thiengtham Ph.D.*** Supan Unjai Ph.D.**** Prakaikaew Siripoon Ph.D.**

Nitchakool Khunbutsri M.N.S.**** Chanaporn Pinsuwan Ph.D.**** Ratanaporn Aussawamaykin M.N.S.****

Abstract

An invited article presents the experience and an overview of the concepts and systems of older care in Japan, which are distinguished by the integration of traditional culture, modern technology, and high-quality health services, alongside effective disaster preparedness and management within the context of an aging society. The knowledge exchange through the Sakura Science Exchange Program in Shizuoka, Japan, serves as a case study of an integrated approach connecting multiple sectors. It reflects a model of older care and disaster management that can be adapted to enhance older care and disaster management in Thailand's context, aiming to prepare for a sustainable aging society and face disasters effectively.

keywords: disaster management; comprehensive care; Japan; health technology; older adults

Received 7 August 2025, Revised 15 August 2025, Accepted 30 August 2025

*Associate professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author, E-mail: supathi@kku.ac.th

****Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

บทนำ

เมื่อก้าวถึงประเทศญี่ปุ่น ผู้คนมักนึกถึงสังคมผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่สะท้อนวิถีชีวิตที่มีเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมของญี่ปุ่นร่วมกับการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย เช่น หุ่นยนต์ดูแลผู้สูงอายุ บ้านอัจฉริยะ (smart home) ที่สามารถตรวจวัดชีพจรและการหกล้มของผู้สูงอายุภายในบ้าน แล้วส่งข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุไปยังศูนย์ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวทันที (real time) ซึ่งรูปแบบการดูแลนี้ สามารถสะท้อนค่านิยมของคนในประเทศญี่ปุ่น ที่เน้นการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันภายในครอบครัว ข้อมูลทั้งหมดนี้ชี้ให้เห็นว่า ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่สามารถรักษารากเหง้าทางวัฒนธรรมไว้อย่างลึกซึ้ง ขณะเดียวกันก็พัฒนาเทคโนโลยีอย่างก้าวหน้าและใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลผู้สูงอายุ ด้วยความโดดเด่นในระบบการดูแลผู้สูงอายุนี้ ทำให้ประเทศญี่ปุ่นได้รับการยอมรับในการเป็น “ประเทศแห่งความสมดุล” ที่นำศึกษาและยกย่องในหลายมิติ¹

เมื่อสังคมโลกรวมถึงประเทศญี่ปุ่นเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ รัฐบาลญี่ปุ่นได้เล็งเห็นโอกาสในการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีของประเทศให้แก่ประเทศต่าง ๆ จึงได้มีการจัดโครงการแลกเปลี่ยนเยาวชนและผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีจากหลากหลายประเทศทั่วโลก จำนวน 8-12 คน เข้าร่วมการฝึกอบรมแบบผสมผสาน เพื่อพัฒนาทักษะและเทคนิคเฉพาะ ด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีหรือพัฒนาทักษะและเทคนิคเกี่ยวกับการศึกษาที่มีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการแลกเปลี่ยนวิทยาศาสตร์ ณ ประเทศญี่ปุ่นตามโครงการ Sakura science exchange program (Sakura project) ที่จัดโดยองค์กรจากญี่ปุ่น² เป็นระยะเวลา 10 วัน โดย JST จะสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่จำเป็นสำหรับโครงการตลอดระยะเวลาฝึก ทั้งนี้ ในปี 2568 คณาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 8 คน ได้มีโอกาสไปร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ณ เมืองชิซุโอกะ (Shizuoka) ประเทศญี่ปุ่น ระหว่างวันที่ 1-7 มีนาคม 2568 ประสบการณ์การเข้าร่วมแลกเปลี่ยน ณ เมืองชิซุโอกะ (Shizuoka) ประเทศญี่ปุ่น ในช่วงปลายฤดูหนาว ท่ามกลางอากาศเย็นสบายแต่ไม่เหน็บหนาวจนเกินไป ท้องฟ้าสดใสเผยให้เห็นทัศนียภาพอันน่าตื่นตาของภูเขาไฟฟูจิที่ตั้งตระหง่าน ที่ส่วนยอดถูกปกคลุมไปด้วยหิมะขาวบริสุทธิ์จนสามารถมองเห็นได้จากทุกมุมของเมือง นอกจากนี้ ผู้คนในท้องถิ่นยังคงใช้ชีวิตอย่างสงบและเรียบง่าย ไม่เร่งรีบ เดินทางโดยการปั่นจักรยาน บ้านเรือนในชุมชนถูกออกแบบและก่อสร้างแบบเรียบง่าย เป็นระเบียบเรียบร้อย เพิ่มเติมสีสันด้วยสีส้มของผลส้มสายพันธุ์ชิซุโอกะ และดอกซากุระสีชมพูที่เริ่มผลิบานตามบ้านเรือน ริมลำธาร และถนนสายเล็ก ๆ ของเมือง สีม่วงอ่อนของกลีบดอกไม้ตัดกับสีฟ้าของท้องฟ้าและฉากหลังของภูเขาไฟฟูจิ กลายเป็นภาพที่ทั้งเรียบง่ายและทรงพลัง สะท้อนถึง "จิตวิญญาณแห่งฤดูใบไม้ผลิ" ที่กำลังจะมาถึง ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ธรรมชาติเริ่มเปล่งประกายแห่งชีวิตใหม่อีกครั้ง

จากภาพของเมืองชิซุโอกะ ที่มีสภาพบ้านเรือนที่เป็นระเบียบเรียบร้อย และธรรมชาติที่งดงามนี้ แทบไม่น่าเชื่อว่าทั้งในอดีตและปัจจุบันญี่ปุ่นเป็นประเทศที่ต้องเผชิญกับความเสี่ยงด้านภัยพิบัติทางธรรมชาติในระดับสูง ทั้งจากแผ่นดินไหว สึนามิ และไต้ฝุ่น ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อระบบบริการสุขภาพและชีวิตของประชาชน เหตุการณ์แผ่นดินไหวครั้งใหญ่ในโทโฮคุ เมื่อปี ค.ศ. 2011 ซึ่งมีผู้เสียชีวิตและสูญหายกว่า 18,000 คน เป็นบทเรียนสำคัญที่ทำให้ประเทศญี่ปุ่นให้ความสำคัญกับระบบการจัดการภัยพิบัติในทุกระดับ โดยเฉพาะบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ประสบภัย³⁻⁵ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการเตรียมการจัดการและฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อก้าวผ่านสถานการณ์ภัยพิบัติได้อย่างราบรื่น การจัดการภัยพิบัติของญี่ปุ่นมีความพิเศษตรงที่ไม่ใช่แค่ “มีเทคโนโลยี” เท่านั้น แต่ยังมีความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน มีวินัย และการเตรียมพร้อมอย่างต่อเนื่อง เป็นรากฐาน ทำให้แม้เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ใหญ่ ญี่ปุ่นยังสามารถฟื้นตัวได้อย่างมีระบบและสมดุล คณะผู้เขียนจึงมีความมุ่งหวัง

ที่จะสะท้อนภาพองค์ความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ จากการอบรมแลกเปลี่ยนระยะสั้นในประเทศญี่ปุ่น ภายใต้โครงการ Sakura project ในประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ และการจัดการสถานการณ์ภัยพิบัติ ที่สอดคล้องกับความต้องการของพยาบาลไทยในปัจจุบันที่กำลังเผชิญหน้าและต้องรับมือกับสังคมผู้สูงอายุในไทย และภัยพิบัติทางธรรมชาติที่เกิดขึ้นในประเทศในปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นแผ่นดินไหว น้ำท่วม หรือสึนามิ ด้วยมุ่งหวังว่าจะเป็นการจุดประกายการพัฒนากระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุม ทั้งมิติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางทางสุขภาพ และการเตรียมความพร้อมของบุคลากรสุขภาพในการรับมือกับสถานการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้นในระดับพื้นที่ นอกจากนี้ องค์ความรู้จากประเทศญี่ปุ่นยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทของการศึกษา และการวิจัยในประเทศไทยต่อไป

1. วัฒนธรรมญี่ปุ่นกับการดูแลผู้สูงอายุ (cultural values and elderly care in Japan)

ประเทศญี่ปุ่น มีพื้นฐานวัฒนธรรมที่ยึดถือคุณค่าของครอบครัว และความกตัญญูต่อผู้สูงอายุมาอย่างยาวนาน แนวคิดของ "โอยะโคโกะ" (oyakōkō: filial piety) ซึ่งหมายถึง ความเคารพและตอบแทนบุญคุณพ่อแม่ ถือเป็นหลักปฏิบัติสำคัญในชีวิตชาวญี่ปุ่น การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จึงไม่ใช่เพียงหน้าที่แต่เป็นเกียรติและความภาคภูมิใจ อีกแนวคิดหนึ่งที่เป็นแนวคิดที่ใกล้เคียงกัน คือ แนวคิดของ "วะ" (wa) หรือความกลมเกลียวสอดคล้องในสังคม แนวคิดนี้ช่วยส่งเสริมให้สมาชิกในชุมชนให้ความช่วยเหลือกันและกันอย่างสมัครใจ โดยเฉพาะกับกลุ่มเปราะบางอย่างผู้สูงอายุ นอกจากนี้ วัฒนธรรมญี่ปุ่นยังให้ความสำคัญกับการมีชีวิตที่มีคุณภาพและศักดิ์ศรีในวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุในญี่ปุ่นยังคงมีบทบาทในชุมชน เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ การทำงานอาสาสมัคร หรือแม้แต่การทำงานพาร์ทไทม์ในบางพื้นที่ สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า การดูแลผู้สูงอายุไม่ได้มุ่งเน้นเพียงการให้บริการสุขภาพ แต่ยังรวมถึงการส่งเสริมสุขภาวะทางสังคม จิตใจ และจิตวิญญาณอย่างรอบด้านวิถีชีวิต เช่นนี้เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และไม่รู้สึกละเลยหรือเป็นภาระ

แนวคิด "Aging in place" หรือการสูงวัยในสถานที่ที่คุ้นเคย เป็นแนวทางที่ได้รับความนิยมอย่างมากในประเทศญี่ปุ่นและประเทศที่พัฒนาแล้วหลายแห่ง แนวคิดนี้สะท้อนการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในบ้านหรือชุมชนของตนเองอย่างปลอดภัย สะดวกสบาย และมีความสุข トラบเท่าที่สามารถทำได้ แทนที่จะต้องย้ายเข้าสถานดูแลเฉพาะกิจทันทีที่เกิดข้อจำกัดด้านสุขภาพหรือการเคลื่อนไหว แนวคิดนี้เน้นการปรับสภาพแวดล้อมและสนับสนุนด้วยบริการสุขภาพและสังคมในชุมชนอย่างครอบคลุม การประยุกต์ใช้แนวคิด Aging in place ในญี่ปุ่นมีความหลากหลาย ตั้งแต่การออกแบบบ้านเรือนให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น พื้นเรียบไม่มีระดับ การติดตั้งราวจับ และระบบแจ้งเตือนการหกล้ม ไปจนถึงการสนับสนุนบริการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลหรือผู้ดูแลมืออาชีพ เทคโนโลยีอย่างบ้านอัจฉริยะและอุปกรณ์ตรวจสุขภาพแบบเรียลไทม์ ช่วยเพิ่มความปลอดภัยและความมั่นใจให้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว นอกจากนี้ ยังมีการสร้างระบบการดูแลร่วมในชุมชน เช่น กลุ่มอาสาสมัครเพื่อนบ้านช่วยเหลือกัน ซึ่งสะท้อนวัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันอย่างกลมเกลียวของสังคมญี่ปุ่น โดยแนวคิด Aging in place มีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพราะช่วยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกมั่นคงและมีอิสระในการดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุที่สามารถอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ตนเองคุ้นเคยมักมีสุขภาพจิตที่ดี ลดความเครียด และมีความภาคภูมิใจในตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์ในชุมชนและการได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ยังส่งผลดีต่อสุขภาพโดยรวม ลดอัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาลและการเกิดภาวะแทรกซ้อน การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตตามแนวคิด Aging in place ได้อย่างมีคุณภาพจึงเป็นเป้าหมายสำคัญของระบบสุขภาพในยุคสังคมผู้สูงอายุ

เมื่อผนวกวัฒนธรรมอันเข้มแข็ง ด้านการดูแลผู้สูงอายุกับการพัฒนาเทคโนโลยีขั้นสูง เช่น หุ่นยนต์ดูแลผู้สูงอายุ ระบบบ้านอัจฉริยะ และระบบสุขภาพดิจิทัล ทำให้รูปแบบการดูแลในญี่ปุ่นเป็นแบบบูรณาการ (integrated care) ที่เน้นการอยู่ร่วมกันระหว่างเทคโนโลยีกับมนุษย์ในแบบที่ไม่ละทิ้งคุณค่าทางวัฒนธรรม ญี่ปุ่นจึงกลายเป็นประเทศต้นแบบของการดูแลผู้สูงอายุอย่างสมดุลทั้งด้านกาย ใจ และสังคม เป็นตัวอย่างที่หลายประเทศ โดยเฉพาะประเทศที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างไทยสามารถศึกษาและปรับใช้ได้อย่างเหมาะสม

2. นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการดูแลผู้สูงอายุ

ญี่ปุ่นถือเป็นผู้นำระดับโลกด้านนวัตกรรมและเทคโนโลยีเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เทคโนโลยีเหล่านี้ไม่ได้ออกแบบมาเพื่อแทนที่บทบาทของมนุษย์ แต่เพื่อเสริมสร้างศักยภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น หุ่นยนต์ดูแลผู้สูงอายุ (care robots) ที่สามารถช่วยในการพยุง ลุกนั่ง พุดคุยเพื่อบรรเทาความเหงา หรือตรวจวัดสัญญาณชีพได้แบบเรียลไทม์ เทคโนโลยีนี้ได้รับการออกแบบโดยคำนึงถึงความเป็นมิตรและความปลอดภัย เพื่อสร้างความไว้วางใจและความสะดวกสบายในการใช้งาน

ระบบบ้านอัจฉริยะ (smart home systems) เป็นอีกหนึ่งเทคโนโลยีที่มีบทบาทสำคัญ เช่น ระบบเซ็นเซอร์ตรวจจับการหกล้ม อุปกรณ์ควบคุมแสงและอุณหภูมิอัตโนมัติ ระบบแจ้งเตือนการใช้ยา และการเชื่อมต่อกับเจ้าหน้าที่ดูแลผ่านระบบออนไลน์ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอย่างอิสระภายในบ้านของตนได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในขณะเดียวกัน ครอบครัวและผู้ดูแลก็สามารถเฝ้าระวังและตอบสนองต่อเหตุการณ์ฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงที

เทคโนโลยีด้านการสื่อสารทางไกล เช่น ระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine) และการดูแลสุขภาพทางไกล (telehealth) ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเดินทางสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และปลอดภัย โดยเฉพาะในช่วงวิกฤตการณ์ เช่น โรคระบาดหรือภัยพิบัติ เทคโนโลยีเหล่านี้ ช่วยลดภาระของระบบสาธารณสุข พร้อมทั้งลดความเสี่ยงของการติดเชื้อ และยังช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรึกษาแพทย์หรือติดตามสุขภาพตนเองได้โดยไม่ต้องออกจากบ้าน

ในระยะยาว การพัฒนาและประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการดูแลผู้สูงอายุ จะช่วยส่งเสริมการสร้างระบบสุขภาพที่ยั่งยืน โดยช่วยลดภาระของบุคลากรทางการแพทย์ ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ และเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ อีกทั้งยังเปิดโอกาสให้เกิดนวัตกรรมใหม่ ๆ ที่ออกแบบมาเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นอุปกรณ์สวมใส่อัจฉริยะ (wearable devices) ระบบบันทึกข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (electronic health record system: EHR) หรือแม้แต่แพลตฟอร์มอัจฉริยะ (AI) สำหรับการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ เทคโนโลยีเหล่านี้ เมื่ออยู่ภายใต้บริบททางวัฒนธรรมที่เข้าใจผู้สูงอายุอย่างลึกซึ้ง จะสามารถสร้างการดูแลที่ทั้งมีประสิทธิภาพและเปี่ยมด้วยมนุษยธรรม



ภาพที่ 1 การศึกษาดูงาน ระบบนวัตกรรมและเทคโนโลยีในการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาล

3. กรณีศึกษา: เมืองชิสุโอกะ ประเทศญี่ปุ่น

เมืองชิสุโอกะ ประเทศญี่ปุ่น ถือเป็นหนึ่งในเมืองต้นแบบด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ด้วยระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่ผสมผสานทั้งเทคโนโลยีการดูแลที่ทันสมัย แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม และวัฒนธรรมญี่ปุ่นที่ให้ความสำคัญกับคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ โดยการศึกษาดูงานที่ nursing home for people with dementia ณ เมืองชิสุโอกะ ได้ให้บทเรียนสำคัญใน 3 ประเด็น ได้แก่ (1) ระบบประกันการดูแลสุขภาพ Kaigo-Hoken (2) ระบบบริหารจัดการศูนย์ดูแลต่อเนื่อง และ (3) การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ nursing home

ประเด็นแรก คือ ระบบประกันการดูแลสุขภาพ (Kaigo-Hoken) ซึ่งเป็นระบบที่ออกแบบมาอย่างเป็นระบบ เพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยทุกคนที่มีอายุ ตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป จะต้องเข้าร่วมระบบดังกล่าว โดยลงทะเบียนตามสถานที่อยู่อาศัย ซึ่งต้องอยู่อาศัยในพื้นที่นั้น ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ทั้งนี้ รวมถึงผู้ที่อาศัยอยู่ถาวรในพื้นที่นั้น ผู้ที่ได้รับการประกันการดูแลสุขภาพทุกคนจะสามารถยื่นขอรับสิทธิประโยชน์ และเมื่อได้รับการตรวจสอบและรับรองว่า มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแล จะสามารถรับบริการการดูแลโดยจ่ายเพียง ร้อยละ 10 20 หรือ 30 ของค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับรายได้ของบุคคลนั้น ๆ ส่วนที่เหลือร้อยละ 90 80 หรือ 70 จะถูกจ่ายค่าบริการให้แก่ผู้ประกันตนผ่านหน่วยงาน/องค์กรประกันสุขภาพแห่งชาติ และเมื่อได้รับการรับรองสิทธิจะสามารถเข้ารับบริการด้านการพยาบาลและการดูแล โดยมีค่าใช้จ่ายเพียงบางส่วน ระบบนี้ ครอบคลุมตั้งแต่การประเมินความต้องการ การส่งต่อข้อมูลทางการแพทย์ ไปจนถึงการกำหนดแผนการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ ทั้งนี้ มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อจัดเก็บและประมวลผลข้อมูลการดูแลอย่างเป็นระบบ โดยแบ่งระดับความต้องการการดูแลออกเป็น 5 ระดับ ซึ่งแต่ละระดับจะมีแนวทางการให้บริการและสนับสนุนที่แตกต่างกันตามลักษณะของผู้สูงอายุ

ประเด็นที่สอง คือ ระบบการบริหารจัดการที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ โดยศูนย์จะดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตรัศมี ประมาณ 20 นาที จากศูนย์ฯ โดยมีการจัดระบบฐานข้อมูล แผนการดูแล และการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลจะออกเยี่ยม nursing home สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งมีระบบเวร on call ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลในสถานบริการ นอกจากนี้ ยังมีการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม ตรวจร่างกายจากศีรษะจรดเท้า (head-to-toe) ประเมินความเสี่ยง การใช้ยา รวมถึงวางแผนส่งต่อหรือรับเข้ารักษาหากพบอาการรุนแรงหรือเข้าสู่ภาวะประคับประคอง

ประเด็นที่สาม คือ การให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมใน nursing home โดยสถานบริการมีการจัดห้องพัก 12 ห้อง ให้บริการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งด้านสุขภาพ กิจวัตรประจำวัน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับฤดูกาล เช่น ตกแต่งห้องด้วยดอกซากุระในฤดูใบไม้ผลิ เพื่อส่งเสริมการรับรู้และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ มีการวางแผนการดูแลร่วมกับศูนย์ดูแลต่อเนื่อง มีพยาบาลเข้าประเมินสุขภาพประจำสัปดาห์ มีการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น และการปรับสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยอย่างเหมาะสม สะท้อนถึงการดูแลที่เน้นคุณภาพชีวิต ความปลอดภัย และการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

ประเด็นสุดท้าย คือ การดูแลแบบประคับประคอง ระบบการดูแลแบบประคับประคองในบริบทประเทศญี่ปุ่น เน้นการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคร้ายแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิตให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดผ่านการบรรเทาอาการปวด ความไม่สบาย ความเครียดทางจิตใจ และการจัดการประเด็นจริยธรรมร่วมกับครอบครัว ทั้งนี้ การดูแลแบบประคับประคองของญี่ปุ่น แบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ (1) ระดับปฐมภูมิ ซึ่งเน้นการจัดการอาการทั่วไปและการให้ข้อมูลเพื่อวางแผนการดูแล และ (2) ระดับเฉพาะทาง สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อนหรือมีข้อขัดแย้งในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผ่านการประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ (interdisciplinary team meeting) เพื่อร่วมวิเคราะห์และออกแบบการดูแลที่เหมาะสม โดยผู้สูงอายุระยะท้ายที่ต้องการการดูแลที่บ้าน จะมีทีมพยาบาลจากสถานบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายเยี่ยมบ้านดูแล และให้การพยาบาลเช่นเดียวกับการดูแลในสถานบริบาล โดยการให้บริการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และสอนผู้ดูแลที่บ้านให้สามารถบริหารจัดการอาการปวดและความทุกข์ทรมานได้ เช่น การให้ยาต่อเนื่องเพื่อลดอาการปวด การให้อาหารทางสายยาง อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ตามลำพัง จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอยู่ดูแลที่บ้านซึ่งอาจไม่ใช่ญาติโดยตรง และสามารถแต่งตั้งเป็นผู้ตัดสินใจแทนโดยชอบธรรม (proxy) ได้ ในเรื่องการรักษาพยาบาล เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ได้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning: ACP) การดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายในประเทศญี่ปุ่น มีความสัมพันธ์ของครอบครัวที่แน่นแฟ้น ซึ่งสัมพันธ์กับวัฒนธรรมการดูแลที่ให้ความเคารพต่อผู้สูงวัย และเน้นครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลในทุกระดับของสถานบริการทั้งศูนย์ดูแลระยะยาว (long term care) บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ (nursing home) และการดูแลที่บ้าน (home-based care) โดยใน nursing home แบบ home-based มีลักษณะคล้ายบ้านขนาดเล็กที่จำลองบรรยากาศเหมือนอยู่บ้านจริง ครอบครัวมีบทบาทร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อสะท้อนค่านิยมของสังคมญี่ปุ่นที่ยังคงให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างลูกหลานกับบิดามารดาในทุกช่วงชีวิต

นอกจากนี้ยังพบว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้าถือเป็นหัวใจของการดูแลแบบประคับประคองในญี่ปุ่น โดยการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จะมีการพูดคุยประชุมปรึกษาตั้งแต่ผู้ป่วยยังสามารถสื่อสารความต้องการได้ ซึ่งแผนการดูแลนี้ จะครอบคลุมทั้งมิติร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ ระบบการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลของญี่ปุ่น ยังมีการประเมินความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยทุกราย

ด้วยแบบประเมินโดยพยาบาล หากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เกิน 5 วัน จะมีการประเมินซ้ำและวางแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกับทีมสุขภาพและชุมชน ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์และแฟกซ์ โดย case manager จะทำหน้าที่ประสานการดูแลในชุมชนและติดตามผู้ป่วย 35-40 รายต่อคน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อที่เชื่อมโยงโรงพยาบาล บ้าน และชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษานี้ แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของระบบสาธารณสุขของประเทศญี่ปุ่น ที่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม เป็นรูปธรรม และมีความเป็นมนุษย์สูง ตอบสนองต่อความเจ็บปวดทางกายของผู้ป่วยและให้ความสำคัญต่อจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนสะท้อนการเชื่อมโยงนโยบายระดับประเทศ สาธารณสุขท้องถิ่น เทคโนโลยีสารสนเทศ และวัฒนธรรมการเคารพผู้สูงอายุเข้าไว้ด้วยกันอย่างลงตัว โดยอาศัยความร่วมมืออย่างเท่าเทียมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งพยาบาล แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ และผู้ให้การดูแลจากชุมชน เหมาะแก่การนำไปปรับใช้ในบริบทของประเทศไทยอื่น ๆ ที่กำลังเผชิญกับสังคมสูงอายุเช่นเดียวกัน



ภาพที่ 2 การศึกษาดูงาน ณ เมืองชิซุโอกะ

4. การเตรียมพร้อมและรับมือภัยพิบัติในบริบทญี่ปุ่น

ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติ โดยเฉพาะแผ่นดินไหวและคลื่นสึนามิ เนื่องจากตั้งอยู่ในเขตมุดตัวของเปลือกโลก ซึ่งความตระหนักรู้ถึงภัยพิบัติเหล่านี้ ได้หล่อหลอมให้ประเทศญี่ปุ่นพัฒนาแนวทางการจัดการภัยพิบัติอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทั้งการเตรียมความพร้อม การตอบสนองในภาวะฉุกเฉิน และการฟื้นฟูหลังเกิดเหตุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การบริหารจัดการความกลัวต่อแผ่นดินไหวครั้งใหญ่ ที่อาจเกิดขึ้นบริเวณแอ่งนันไก (Nankai trough) ได้กลายเป็นแรงผลักดันสำคัญให้เกิดการกำหนดนโยบายและแผนปฏิบัติการที่ครอบคลุมระดับชาติ จังหวัด และชุมชนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาดูงานและรับฟังการบรรยายในโครงการวิชาการ ณ จังหวัดชิซุโอกะ พบว่า ญี่ปุ่นได้ดำเนินงานด้านการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติอย่างครอบคลุมในทุกมิติ ตั้งแต่การสร้างความรู้แก่ประชาชน การฝึกซ้อมแผนรับมืออย่างสม่ำเสมอ การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่สามารถรองรับแรงสั่นสะเทือนจากแผ่นดินไหว ไปจนถึงการจัดทำระบบข้อมูลภัยพิบัติร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ รวมถึงการวางแผนรับมือภัยพิบัติ เป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมความพร้อม ระยะเกิดเหตุ และระยะฟื้นฟู โดยในแต่ละระยะจะมีมาตรการและกลยุทธ์ที่ชัดเจน เช่น ระยะเตรียมความพร้อมรับมือ เป็นการสร้างความตระหนักรู้ถึงการเตรียม

ความพร้อมรับมือภัยพิบัติให้แก่ประชาชน ซึ่งมีการดำเนินงานอย่างเข้มข้น การประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เน้นการช่วยเหลือตนเอง การฝึกซ้อมแผนอย่างต่อเนื่อง การสำรองอาหารน้ำดื่ม เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตในสถานการณ์ฉุกเฉินได้ การใช้แอปพลิเคชัน การเผยแพร่ข้อมูลสาธารณะ การสร้างหอหรืออาคารอพยพฉุกเฉินสีนามิ การปรับโครงสร้างพื้นฐานด้านการขนส่งและมาตรการรับมือแผ่นดินไหว สำหรับเส้นทางขนส่งฉุกเฉิน การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนประชาชนในการปรับบ้าน/สร้างที่อยู่อาศัยที่สามารถต้านแผ่นดินไหวได้ การพัฒนาระบบข้อมูล (Fujisan) เพื่อรวบรวมข้อมูลและการนำใช้ข้อมูลกับหน่วยงาน จังหวัด เมือง เทศบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานป้องกันภัยพิบัติ หน่วยงานกู้ภัย นอกจากนี้ ได้มีการจัดโครงการช่วยเหลือกันและกัน การจัดตั้งองค์กรอาสาสมัคร และการพัฒนาความรู้และทักษะของทรัพยากรบุคคล ระบุเหตุภัยพิบัติเป็นการจัดการที่เน้นการแจ้งเตือน การอพยพช่วยเหลืออย่างทันทั่วทั้งที่ ค้นหาผู้ประสบภัย การจัดการในค่ายอพยพหรือศูนย์พักพิง และระยะหลังเกิดภัยพิบัติและฟื้นฟูสภาพ เน้นการดูแลสุขภาพจิตทุกมิติหลังเกิดภัยพิบัติ รวมทั้งการซ่อมแซมสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย เพื่อให้ผู้ประสบภัยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ

นอกจากนี้ การบริหารจัดการด้านการแพทย์ในภาวะฉุกเฉินยังถือเป็นอีกหนึ่งจุดแข็งของประเทศญี่ปุ่น ซึ่งเห็นได้จากระบบการแพทย์ในจังหวัดชิซุโอกะที่มีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานระดับเมือง จังหวัด และประเทศ โดยกำหนดระดับความรุนแรงของภัยพิบัติ และจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ทีมแพทย์ฉุกเฉิน (disaster medical assistance team: DMAT) ได้รับการจัดตั้งและเตรียมพร้อมตลอดเวลา เพื่อให้สามารถเข้าไปช่วยเหลือในพื้นที่เกิดภัยพิบัติได้อย่างรวดเร็ว พร้อมทั้งมีระบบส่งต่อผู้ป่วยข้ามจังหวัดและการตั้งศูนย์พักพิงที่ตอบสนองทั้งความต้องการทางร่างกายและจิตใจของผู้ประสบภัย

การศึกษาฐาน ณ Earthquake emergency control center ยังเปิดโอกาสให้เห็นถึงการออกแบบพื้นที่จำลองสถานการณ์จริง ทั้งด้านการจำลองแรงสั่นสะเทือน การจัดแสดงข้อมูลประวัติศาสตร์ภัยพิบัติ การวางแผนพื้นที่ศูนย์พักพิง ตลอดจนการใช้เทคโนโลยีในการวิเคราะห์และแจ้งเตือนล่วงหน้า ทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นถึงความใส่ใจของภาครัฐในการสร้างวัฒนธรรมแห่งการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติที่ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เป็นแบบอย่างของระบบการจัดการภัยพิบัติที่บูรณาการความรู้ เทคโนโลยี และคุณค่าทางวัฒนธรรมได้อย่างกลมกลืนและมีประสิทธิภาพ



ภาพที่ 3 การศึกษาดูงาน การเตรียมพร้อมและรับมือภัยพิบัติในบริบทญี่ปุ่น

5. การประยุกต์ใช้ในบริบทของประเทศไทย

5.1 การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

การเรียนรู้จากญี่ปุ่น สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ และการรับมือภัยพิบัติในประเทศไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทที่ไทยกำลังเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ควรมีการส่งเสริมการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมไทย โดยเริ่มจากการพัฒนาทักษะของบุคลากรผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการในชุมชน โรงพยาบาล และศูนย์บริการสุขภาพ ให้มีความเข้าใจในหลักการดูแลแบบองค์รวม และสามารถให้คำแนะนำเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ควรจัดตั้งระบบการประเมินความต้องการด้านการดูแลแบบประคับประคองในทุกระดับบริการสุขภาพ เพื่อให้สามารถวางแผนและจัดสรรทรัพยากรได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ไม่ว่าจะอยู่ในโรงพยาบาลหรือที่บ้าน ตัวอย่างเช่น การจัดตั้งทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้ายร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้บริการที่เข้าถึงชุมชนได้อย่างแท้จริง ในระดับนโยบาย ควรผลักดันให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์ ด้านสุขภาพแห่งชาติ และจัดตั้ง "ศูนย์ประสานงานการดูแลผู้สูงอายุ" ในแต่ละจังหวัด เพื่อเชื่อมโยงบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุระยะท้ายของชีวิต พร้อมทั้งควรบูรณาการนโยบายการจัดการภัยพิบัติให้ครอบคลุมกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้พิการ เพื่อให้การตอบสนองมีความเฉพาะเจาะจง มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับบริบทไทยมากยิ่งขึ้น

ในด้านการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ จำเป็นต้องมีการจัดทำแผนจำลองสถานการณ์ในชุมชนที่มีผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเปราะบาง โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานท้องถิ่น โรงพยาบาล และอาสาสมัคร เช่น อสม. หรือกลุ่มอาสาสมัคร เพื่อฝึกซ้อมการอพยพ การแจ้งเตือนล่วงหน้า และการดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น น้ำท่วมหรือไฟฟ้า การฝึกอบรม ดังกล่าว นอกจากจะช่วยให้ผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้องเกิดความเข้าใจสถานการณ์ที่

เกิดขึ้น การปฏิบัติตัว และการให้และขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดภัยพิบัติแล้ว ยังเป็นการสร้างความตระหนักและเพิ่มความตื่นตัวกับภัยพิบัติว่า เป็นเรื่องใกล้ตัวและมีการเตรียมพร้อมอยู่เสมอที่จะรับมือกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น

5.2 การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการงบประมาณจำกัด

การประยุกต์แนวความคิดการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุจากญี่ปุ่นสู่บริบทไทย คือ หนึ่งประเด็นสำคัญในภายใต้ข้อจำกัดด้านงบประมาณ โดยประเทศไทยสามารถเลือกใช้นวัตกรรมที่มีต้นทุนไม่สูง เช่น การใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ สำหรับการติดตามสุขภาพผู้สูงอายุ การแจ้งเตือนการกินยา หรือระบบวิดีโอคอลสำหรับการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจากพยาบาลหรือแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งจะช่วยลดความจำเป็นในการเดินทางของผู้สูงอายุและลดภาระของครอบครัว นอกจากนี้ เทคโนโลยีที่สามารถผลิตภายในประเทศ เช่น ระบบเซ็นเซอร์ตรวจจับการหกล้มในบ้าน หรืออุปกรณ์สวมใส่เพื่อติดตามชีพจรและการเคลื่อนไหว ทั้งนี้ รัฐบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถส่งเสริมให้สถาบันวิจัยและมหาวิทยาลัยท้องถิ่นร่วมกันพัฒนาเทคโนโลยีต้นแบบราคาประหยัดที่ตอบโจทย์ความต้องการของผู้สูงอายุไทย ในบริบทจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การส่งเสริมให้ชุมชนท้องถิ่น มีบทบาทในการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสมก็เป็นอีกแนวทางหนึ่ง ที่จะช่วยรับมือกับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ เช่น การฝึกอบรม อสม. ให้สามารถใช้แอปพลิเคชันพื้นฐานในการติดตามสุขภาพ หรือการจัดตั้งศูนย์กลางข้อมูลสุขภาพระดับตำบล ที่สามารถเชื่อมต่อกับระบบสาธารณสุขระดับจังหวัด ซึ่งไม่เพียงลดความซ้ำซ้อนในการเก็บข้อมูล แต่ยังเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนได้ด้วย

สุดท้าย ภาครัฐควรสนับสนุนการจัดสรรงบประมาณอย่างมีเป้าหมายและยืดหยุ่น โดยเน้นนวัตกรรมที่ใช้ได้จริงในพื้นที่ เช่น การจัดซื้ออุปกรณ์ดิจิทัลแบบกลุ่ม การใช้เทคโนโลยีร่วมกันระหว่างตำบล หรือการตั้งงบประมาณสนับสนุนการวิจัยพัฒนาเทคโนโลยีที่ผลิตได้เองในประเทศ ทั้งนี้ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุด้วยเทคโนโลยีเกิดขึ้นได้จริง ในวงกว้างโดยไม่ถูกจำกัดด้วยปัญหาทางการเงิน

6. บทสรุป

จากประสบการณ์การศึกษาดูงานในประเทศญี่ปุ่น พบว่า ญี่ปุ่นเป็นประเทศตัวอย่างที่ชัดเจนของ “ความสมดุล” ระหว่างการรักษารากเหง้าทางวัฒนธรรมกับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่อย่างลงตัว ไม่ว่าจะเป็นการดูแลผู้สูงอายุในลักษณะเคารพศักดิ์ศรีและบทบาททางสังคมของแต่ละบุคคล หรือการจัดการภัยพิบัติที่ผสานข้อมูลทางวิทยาศาสตร์เข้ากับการสร้างวัฒนธรรมความตระหนักรู้ในชุมชน สิ่งเหล่านี้สะท้อนถึงแนวทางการบริหารจัดการที่เห็นคุณค่าของทั้ง “คน” และ “ระบบ” ไปพร้อมกัน ทั้งนี้ การดูแลผู้สูงอายุและการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติควรได้รับการพิจารณาในลักษณะ “การบูรณาการเชิงระบบ” ที่เชื่อมโยงกันอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน จนถึงระดับนโยบายแห่งชาติ ประสบการณ์จากญี่ปุ่นชี้ให้เห็นว่า เมื่อมีการประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วน และมีโครงสร้างสนับสนุนที่ชัดเจน การพัฒนาบริการที่ตอบโจทย์ทั้งด้านสุขภาพ สังคม และความมั่นคงปลอดภัยจึงเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

สิ่งที่ได้รับจากโครงการนี้ไม่เพียงแต่เป็นความรู้เชิงวิชาการ แต่ยังเป็นแรงบันดาลใจในการนำไปปรับใช้กับบริบทของประเทศไทย ทั้งในแง่การออกแบบนโยบาย การจัดบริการสุขภาพ และการสร้างกลไกความร่วมมือระหว่างชุมชนกับภาครัฐ เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายในการสร้างสังคมไทยที่พร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลง และไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกำลังสำคัญของสังคมในอีกหลายทศวรรษข้างหน้า

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้เขียน ขอแสดงความขอบคุณอย่างยิ่งต่อ School of Nursing, University of Shizuoka และ ฝ่ายวิจัย นวัตกรรม และการต่างประเทศ สำหรับการสนับสนุนในการขอรับทุนฝึกอบรมระยะสั้นภายใต้ โครงการ Sakura Science Exchange Program ประเทศญี่ปุ่น ซึ่งเปิดโอกาสอันทรงคุณค่าในการเรียนรู้และแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ด้านวิชาการและวัฒนธรรม นอกจากนี้ คณะผู้เขียน ขอขอบพระคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณและเวลา ซึ่งช่วยเอื้อให้สามารถเข้าร่วมการฝึกอบรม ณ มหาวิทยาลัยชิซุโอกะ ประเทศญี่ปุ่น ได้อย่างเต็มที่ เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ การสนับสนุนในครั้งนี้ มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และแรงบันดาลใจในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลในระดับนานาชาติ ต่อไป

References

1. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health at a glance 2023: OECD indicators [Internet]. Dublin: OECD; 2023 [updated 2025; cited 2025 Jun 18]. Available from: <https://publicpolicy.ie/health/oecd-health-at-a-glance-2023/>
2. Japan Science and Technology Agency (JST). SAKURA Exchange Program in Science: activity report FY2023 [Internet]. Tokyo: Japan Science and Technology Agency; 2023 [cited 2025 Jun 18]. Available from: <https://ssp.jst.go.jp/en/report/2023/>
3. Aldrich DP. Black wave: how networks and governance shaped Japan's 3/11 disasters. Chicago (IL): University of Chicago Press; 2019.
4. Ochi S, Hodgson S, Landeg O, Mayner L, Murray V. Disaster nursing in Japan: lessons from the 2011 great east Japan earthquake. Prehosp Disaster Med 2016;31(3):314-7.
5. Usami M, Iwadare Y, Watanabe K, Kodaira M, Ushijima H, Tanaka T, et al. Impact of natural disasters on psychiatric disorders in children. Psychiatry Clin Neurosci 2012;66(2):113-7.

**การเยี่ยมบ้าน เครื่องมือและเทคนิคการพยาบาลที่บ้านในอดีต:
สู่การสร้างข้อเสนอสำหรับการสร้างนวัตกรรมและเทคโนโลยีสมัยใหม่ทางการพยาบาล**

สุรีย์ ธรรมิกบวร ปร.ด.*

บทคัดย่อ

การเยี่ยมบ้านมีความสำคัญและมีความต้องการมากขึ้น ในบริบทที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ สมบูรณ์และมีการเข้าถึงบริการเยี่ยมบ้านมากขึ้น จากนโยบายการให้ภาคเอกชนร่วมบริการเยี่ยมบ้าน ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนั้น การเยี่ยมบ้านที่มีประสิทธิภาพ จึงมีความสำคัญและท้าทาย ในการพัฒนา บทความวิชาการนี้ มีวัตถุประสงค์ส่งเสริมการเพิ่มประสิทธิภาพการเยี่ยมบ้านด้วยการบูรณาการ เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ

ขอบเขตเนื้อหา ประกอบด้วย 1) หลักการสำคัญสำหรับการเยี่ยมบ้านที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ ประสิทธิภาพ การพยาบาลทางไกล และสุขภาพองค์รวม 2) กิจกรรมการเยี่ยมบ้านที่มีโครงสร้าง เช่น การวางแผนและการเตรียมการ การปฏิบัติการพยาบาลระหว่างการเยี่ยมบ้าน การปฏิบัติหลังการเยี่ยม การสรุปการเยี่ยมบ้าน 3) ความสามารถที่จำเป็นของพยาบาลเยี่ยมบ้าน 4) บทบาทของพยาบาล ในการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ การประเมิน การวางแผนการดูแลที่บ้านและการส่งต่อ การให้การพยาบาล การ ประเมินผลและส่งต่อ และ 5) แนวทางการบูรณาการการเยี่ยมบ้านกับเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ เพื่อพัฒนา นวัตกรรมทางการพยาบาล

คำสำคัญ: การสร้างนวัตกรรม การเยี่ยมบ้าน เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ

ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน

วันที่รับบทความ 21 พฤษภาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 14 กรกฎาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 24 กรกฎาคม 2568

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ผู้ประพันธ์บรรณกิจ
อีเมล suree.t@nrru.ac.th

Home visiting, traditional home nursing tools and techniques: Toward developing proposals for modern nursing innovation and technologies

Suree Trumikaborworn Ph.D.*

Abstract

Home visiting is increasingly important and in high demand in the context of Thailand entering a complete aged society and increasing access to home visit services. This was particularly influenced by the National Health Security Office (NHSO) policy encouraging private sector participation in home health services. Therefore, effective home visits were important and challenging to develop. This article aimed to promote the efficiency of home visits by integrating digital health technologies.

The scope of content included; 1) key principles for effective home visiting—namely, efficiency, tele-nursing, and holistic health; 2) structured home visit activities—such as planning and preparation, nursing interventions during the home visit, post-visit actions, and home visit summary; 3) essential competencies of home-visiting nurses; 4) the role of nurses in home visits - assessment, home care planning and referrals, nursing care provision, evaluation and referral; and 5) guidelines for integrating home visits with digital health technology to foster nursing innovation.

keywords: innovation development; home visiting; digital health technology

Plagiarism checked, 2 Reviewers.

Received 21 May 2025, Revised 14 July 2025, Accepted 24 July 2025

*Assistant professor, Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University,
Corresponding author, E-mail: suree.t@nrru.ac.th

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพการดูแลที่บ้าน และในชุมชนมีความซับซ้อนและได้รับความสนใจจากทุกสาขาวิชาชีพพร้อมในการดูแลมากขึ้น ดังพบว่า มีสหสาขาวิชาชีพให้ความสำคัญในการดูแลที่บ้านร่วมในทีมเยี่ยมบ้าน หรือมีการเยี่ยมบ้านเฉพาะของแต่ละวิชาชีพ ในสหรัฐอเมริกามีการคาดการณ์ความต้องการการดูแลที่บ้านเพิ่มขึ้น 15-27 ล้านคน¹ เนื่องจากผู้ป่วยต้องการฟื้นฟูที่บ้าน การลดเวลารับการรักษาในโรงพยาบาล และระบบประกันมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรักษาในโรงพยาบาลในสก็อตแลนด์ พบว่า ผลการเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก มีประโยชน์มาก เด็กได้รับการพัฒนาทำให้มีความพร้อมในการเข้าโรงเรียนมาก¹

จากสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น² ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยสมบูรณ์ โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ระบบสุขภาพเปิดโอกาสให้รัฐและเอกชนร่วมดูแลเยี่ยมบ้าน เช่น คลินิกพยาบาลลงทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถเบิกค่าใช้จ่าย และมีการสนับสนุนงบประมาณกองทุนดูแลระยะยาวผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงการบริการมากขึ้น งานวิจัย พบว่า การเยี่ยมบ้านช่วยลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ ลดค่าใช้จ่าย และควบคุมอาการได้ดี เช่น ในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ดังนั้น การพยาบาลที่บ้านจึงมีความท้าทายในการสร้างประสิทธิภาพและผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้น³⁻⁴

จากความต้องการที่มากขึ้น ทั้งการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูที่บ้านในการฟื้นฟูระยะกลาง และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน การขยายบทบาทให้คลินิกพยาบาลสามารถ ภาคเอกชน มีส่วนร่วมในการดูแลและเบิกค่าดูแลจากการเยี่ยมบ้านจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ความท้าทายที่สำคัญ คือ การเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นเครื่องมือและเทคนิคสำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงการดูแลรักษาที่บ้านในอดีต จะสามารถนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่มีมาเพิ่มประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ในการเยี่ยมบ้านได้อย่างไร เพื่อให้สามารถตอบสนองทันกับความต้องการที่มีมากขึ้น และสามารถแสดงผลลัพธ์การเยี่ยมบ้านได้ชัดเจน โดยให้ความสำคัญในการวางระบบกลไกที่ลดต้นทุนในการเยี่ยมบ้าน โดยการเพิ่มประสิทธิภาพในการเยี่ยมบ้านให้มากขึ้น ผ่านการนำระบบปัญญาประดิษฐ์ หรือระบบการสื่อสาร ความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีการสื่อสารมาประยุกต์ใช้ เพื่อร่วมพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน ดังพบว่า ในช่วงเริ่มต้นพบปัญหาในการดำเนินการของคลินิกพยาบาลที่ร่วมโครงการดังการวิจัยของนครินทร์ เชื้ออินิจ และคณะ⁵ พบปัญหาการเบิกจ่ายค่าบริการ ประกอบด้วย การเรียกคืนเงินค่าบริการเยี่ยมบ้าน และปัญหาการยืนยันตัวตนผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน ดังนั้น จึงเป็นปัญหาท้าทายในการพัฒนาระบบการบันทึก การยืนยันการให้บริการ หากมีระบบที่ดีปัญหาดังกล่าวจะลดลงได้ และจากความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ จะนำมาบูรณาการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพได้นั้น ต้องการพัฒนานวัตกรรม

บทความวิชาการนี้ กำหนดขอบเขตการทบทวนดังนี้ บทบาทพยาบาลในการดูแลที่บ้าน หรือเรียกสั้น ๆ ว่า การเยี่ยมบ้าน โดยทบทวน 1) แนวคิดการเยี่ยมบ้าน 2) หลักการพิจารณาการเยี่ยมบ้าน 3) กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน 4) บทบาทพยาบาลในการเยี่ยมบ้าน และ 5) แนวทางการบูรณาการ “การเยี่ยมบ้าน” กับเทคโนโลยีเพื่อพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างข้อเสนอสำหรับการสร้างนวัตกรรมและเทคโนโลยีสมัยใหม่ทางการพยาบาลในการเยี่ยมบ้าน จากข้อจำกัดการขาดแคลนบุคลากร และจากปัญหาการระบาดของโควิด-19 ที่ผ่านมา และจากการขยายการเข้าถึงการบริการ ตลอดจนการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ความต้องการการดูแลที่บ้านจึงมีมากขึ้น ดังนั้น การพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลโดยการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลในการเยี่ยมบ้าน จึงเป็นความท้าทาย ที่ผู้เขียนจะขอเชิญชวนผู้อ่านได้ตั้งคำถามเพื่อหาแนวทางพัฒนานวัตกรรมให้การเยี่ยมบ้าน เป็นเครื่องมือ เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มีพลักรับมือกับการเปลี่ยนแปลงและความต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ในการดูแลในด้านต่าง ๆ

เช่น การดูแลฟื้นฟู ดูแลผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล หรือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีการให้ความสำคัญ มีกองทุนให้การดูแลโดยตรง นอกจากนี้ ระบบบริการสุขภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ขยาย บริการให้คลินิกพยาบาลมีบทบาทในการเยี่ยมบ้านในกลุ่มประชากรที่เจ็บป่วย จึงอาจทำให้ภาระงานมีมากจน ไม่สามารถให้การดูแลในด้านการส่งเสริมสุขภาพเหมือนที่เคยปฏิบัติในอดีต ซึ่งประเด็นนี้ หากระบบ การเยี่ยมบ้านสามารถดูแลครอบคลุมทุกกลุ่มความต้องการจะช่วยส่งเสริมให้เด็กไทยสุขภาพดี มารดาและ ครอบครัวมีความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตรหลานมากขึ้น ผู้เขียนเชื่อว่าเป็นอีกช่วงจังหวะการเปลี่ยนแปลง ที่สำคัญในการดูแลสุขภาพที่บ้านที่ต้องทำให้เห็นผลลัพธ์ทั้งด้านการส่งเสริม การป้องกัน การดูแลรักษา และการฟื้นฟูให้ชัดเจน การเยี่ยมบ้านเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลวิชาชีพสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง ที่พยาบาลจะสามารถแสดงศักยภาพวิชาชีพ เพื่อการพัฒนาประชากรให้เป็นกำลังสำคัญของเศรษฐกิจประเทศ ได้ต่อไป ในบางกิจกรรมแม้ยังไม่มีกำหนดให้เบิกจ่ายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่หาก ตอบสนองความต้องการของประชาชนผู้รับบริการ การเยี่ยมบ้านนั้น ๆ จะเป็นที่ต้องการของประชาชน หรือ ในระบบบริการปกติที่มีอยู่จะสามารถขยายการเยี่ยมบ้านให้ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพมารดาทารก ได้อย่างไร ในภาวะที่พยาบาลมีภาระงานที่มาก ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยที่จำหน่ายมาพักฟื้นที่บ้าน รวมถึง การดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องการความท้าทายในการให้บริการ ในยุคเทคโนโลยี การขาดแคลน ประโยชน์ทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ บทบาทพยาบาลในการนำเทคโนโลยี ในการออกแบบระบบกลไก การเยี่ยมบ้านที่มีประสิทธิภาพ ด้วยคาดหวังและเห็นประโยชน์ การเยี่ยมบ้านที่ทำให้เพิ่มการเข้าถึงบริการ และเกิดผลกระทบต่อการดูแล โดยการเยี่ยมบ้านต่อภาวะสุขภาพในทางบวกมากยิ่งขึ้น

การเยี่ยมบ้าน

เป็นกิจกรรมสำคัญสำหรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การเยี่ยมบ้านของพยาบาลมีเป้าหมายเพื่อประเมิน ดูแล และส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน โดยสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องและการปฏิบัติการ พยาบาลในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน การเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง มีวัตถุประสงค์เฉพาะและต้องมีการวางแผนที่ดี ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและคำนึงถึงความปลอดภัย เนื่องจากเป็นงานนอกสถานบริการ กิจกรรมนี้ มักเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเรื้อรัง โดยพยาบาลต้องสร้างการมีส่วนร่วมจากผู้ดูแลใกล้ชิด และสื่อสารกับ ทีมสหวิชาชีพเพื่อให้การดูแลสอดคล้องและมีประสิทธิภาพ⁶⁻⁸

นอกจากนี้ การเยี่ยมบ้านเป็นการดูแลครอบครัวให้มีสุขภาพที่ดี การดูแลจึงครอบคลุมทั้งการส่งเสริม มารดาทารก ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และส่งเสริมสุขภาพทุกช่วงวัยให้เปลี่ยนผ่านได้ดี เมื่อเข้าสู่วัยเรียน ในประเทศทางยุโรป มีการจัดให้เยี่ยมบ้านในมารดาทารกอย่างต่อเนื่อง¹ การเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินและ ให้คำแนะนำในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค รวมถึงการจัด สิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ ดังพบว่า การเยี่ยมบ้านมีผลต่ออย่างมีนัยสำคัญต่อ การปรับพฤติกรรมสุขภาพ ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย⁹⁻¹⁰ แต่ด้วยภาระงานทำให้การเยี่ยมบ้านมีข้อจำกัด การจัดลำดับความสำคัญการเยี่ยมบ้าน จึงให้ความสำคัญกับการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยที่จำหน่าย จากโรงพยาบาล หรือการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่า การเยี่ยมบ้านเพื่อการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ จึงขอเสนอหลักการพิจารณาการเยี่ยมบ้าน ดังนี้

หลักพิจารณาการเยี่ยมบ้าน

1. **หลักประสิทธิภาพ** หมายถึง การทำงานที่มีการวางแผนรอบด้านเพื่อให้เกิดผลสูงสุด การเยี่ยมบ้าน มีต้นทุนทั้งจากผู้ให้บริการและครอบครัว จึงต้องมีการวางแผนที่กระชับและจำเป็น การเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรม

สำคัญของพยาบาลชุมชน ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ อีกทั้งยังเป็นโอกาสสร้างสัมพันธภาพ ทำความเข้าใจบริบทและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การวางแผนและการดูแลแบบองค์รวม จากการศึกษาของนฤศธร ชันแก้วผาบ และคณะ¹¹ พบว่า ต้นทุนฐานกิจกรรมของการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีต้นทุนสูงกว่าค่าชดเชยที่ได้รับ จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ วิเคราะห์จากการลงเยี่ยมบ้านโดยตรง ดังนั้น การออกแบบให้มีการเยี่ยมผสมผสานระหว่างการเยี่ยมบ้านและการพยาบาลทางไกลจะช่วยให้การลดต้นทุนในระยะยาวได้ในบางกรณี การพิจารณา การเยี่ยมบ้านให้เกิดประสิทธิภาพมีแนวทาง ดังนี้

1.1 จัดทำระบบฐานข้อมูลครอบครัว มีข้อมูลทุกครอบครัวที่รับผิดชอบในเขตให้เป็นระบบสามารถประมวลผลได้ และข้อมูลเป็นปัจจุบัน สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเช่น เครือข่ายผู้ดูแล เครือข่ายอาสาสมัครในชุมชน ใช้ฐานข้อมูลในการวางแผนการเยี่ยมบ้านแต่ละครอบครัว เพื่อให้สามารถประหยัดเวลาในการเดินทาง ออกแบบกิจกรรมร่วมกันได้อย่างเหมาะสม ในบางกิจกรรมสามารถให้ครอบครัวที่มีลักษณะความต้องการการดูแลคล้ายกันร่วมกิจกรรมได้ เป็นต้น

1.2 จัดระบบบุคลากรให้หลากหลายความสามารถ การมีบุคลากรที่มีทักษะ แตกต่างกันในหลากหลายทักษะ หลากหลายระดับจะทำให้การลงทุนด้านบุคลากร มีความเหมาะสม เช่นในบางกิจกรรมสามารถมอบหมายผู้ช่วยพยาบาล บางกิจกรรมมอบหมายผู้ดูแล เป็นต้น หรือบางกิจกรรมสามารถบูรณาการร่วมกับเครือข่ายได้เช่น เครือข่ายชมรมผู้สูงอายุสามารถร่วมดูแลด้านอาหาร กำลังใจ เป็นต้น

1.3 พัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลในการเยี่ยมบ้าน ในรูปแบบออนไลน์ เช่น การติดตามการหายของแผล การฟื้นฟูร่างกาย การประเมิน เพื่อลดเวลาในการเดินทาง และสามารถติดตามได้อย่างต่อเนื่อง หรือการเชื่อมโยงกล้องวงจรปิดเพื่อสื่อสาร การดูแลในระยะไกลได้ต่อเนื่อง เช่น การใช้โปรแกรมบันทึกข้อมูลสุขภาพแบบพกพา การประเมินภาวะสุขภาพ โดยใช้แบบประเมินผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์แอปพลิเคชันที่สามารถประเมินผลได้ทันที

1.4 การจัดให้มีศูนย์อุปกรณ์ เพื่อส่งเสริมการดูแลที่บ้าน เช่น การจัดให้มีอุปกรณ์จำเป็นให้ยืมได้แก่ เตียง อุปกรณ์ออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสุขภาพสำหรับผู้ป่วย เครื่องผลิตออกซิเจน เป็นต้น การออกแบบศูนย์อุปกรณ์ที่เหมาะสม สร้างความยั่งยืนโดยมีระบบการกระจาย ช่อมแซม พัฒนาต่อเนื่อง

1.5 ระบบให้คำปรึกษาออนไลน์ ในรูปแบบต่าง ๆ ที่บุคลากรสามารถจัดสรรเวลาในการบริการได้โดยเหมาะสม โดยมอบหมายการดูแล ให้คำปรึกษา ส่งต่อได้อย่างดี ทันเวลา ในรูปแบบทีม มีลำดับชั้นในการสนับสนุนให้เกิดความมั่นใจ โดยมีระบบหลายรูปแบบเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการ และความเป็นไปได้ในการดำเนินการ เช่น ระบบไลน์อาจไม่สอดคล้องหากต้องการเปรียบเทียบความก้าวหน้า แต่ระบบไลน์สะดวกในการประสานติดต่อได้โดยไม่รบกวนเวลา สามารถเปิดอ่านให้คำแนะนำในเวลาที่เหมาะสมได้ เป็นต้น จากการวิจัยของสุทธิรัตน์ บุษดี¹² โดยการใช้ไลน์ (line) เป็นส่วนหนึ่งในรูปแบบการเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบ พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนการช่วยเหลือตนเองเพิ่มขึ้น การใช้ไลน์ในการเพิ่มประสิทธิภาพการเยี่ยมบ้าน ช่วยในการเข้าถึงสร้างความมั่นใจสื่อสารได้ชัดเจน¹³

2. หลักการพยาบาลทางไกล หมายถึง การพยาบาลที่มีการนำระบบดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการ ด้วยการใช้แพลตฟอร์มข้อมูลสุขภาพด้วยปัญญาประดิษฐ์ การใช้กูเกิลแมพ (google map) ในการระบุบ้านที่จะเยี่ยมเพื่อการวางแผน และระบบ Thailand health atlas ซึ่งพัฒนาโดย กระทรวงสาธารณสุข¹⁴ จะสามารถระบุตำแหน่งพื้นที่ที่มีผู้ป่วย⁹ กลุ่มที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง health map โรงพยาบาลราชพฤกษ์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พัฒนาเพื่อให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริการด้านต่าง ๆ เช่น แหล่งประโยชน์ในการส่งต่อการนัดหมาย¹⁵ ในการติดต่อสื่อสาร เป็นต้น การเยี่ยมบ้านผ่านระบบ

การสื่อสาร ที่สามารถให้ข้อมูลชัดเจน แม้ไม่ได้ไปเยี่ยมที่บ้านผู้ป่วยโดยตรง ร่วมในการดูแลเช่นการใช้ระบบไลน์ออฟฟิเชียล ในการให้คำแนะนำ การสอนการออกกำลังกาย ดังงานของนิยม ประโกสันตัง¹⁶ ศึกษาพบว่า ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลทางไกลกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ควบคุมพฤติกรรมได้ดีกว่า และค่า HbA1c ลดลง โดยรูปแบบการพยาบาลทางไกล ประกอบด้วย การประเมิน และเยี่ยมผ่าน โทรศัพท์ ไลน์ ติดตามอาการทุกเดือนต่อเนื่อง 3 เดือน และประเมินครั้งแรกกับระบบการแพทย์ทางไกล พบเกษตรกรเพื่อรับคำอธิบาย ถ้าผลน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 180 mg/dl จะส่งกลับรักษาที่คลินิกเบาหวานเดิม และจินตนา อาจสันเทียะ และคณะ¹⁷ ได้ศึกษาความเป็นไปได้ การใช้การพยาบาลทางไกล เพื่อการเข้าถึง การดูแลแบบประคับประคองสำหรับชุมชนห่างไกล พบว่า ความเป็นไปได้ ภายใต้ องค์ประกอบสำคัญที่พยาบาลต้องมีบทบาทจัดสรรและพัฒนา ดังนี้ 1) มีโครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยี 2) มีโครงสร้างพื้นฐานด้านสถานพยาบาล 3) มีระบบสำรองข้อมูล 4) มีกฎระเบียบในการดำเนินงาน 5) มีทรัพยากรชุมชนและความร่วมมือ 6) มีความปลอดภัยของข้อมูล 7) มีต้นทุนและค่าใช้จ่ายที่ไม่สูง นอกจากนี้มีสิ่งสนับสนุนภายในชุมชนได้แก่ 1) ระบบการดูแลในชุมชนแบบไร้รอยต่อ 2) มีแหล่งช่วยเหลือตามน้ำใจในชุมชน นอกจากนี้ จากการศึกษาของ ศุภมาส อ่ำพล และคณะ¹⁸ พบว่า การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางแบบทางไกลกับการเยี่ยมบ้านแบบลงพื้นที่จริงให้ผลลัพธ์ที่ไม่แตกต่างกันและสามารถใช้เป็นทางเลือกของรูปแบบการให้บริการได้ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสามารถใช้ในหลากหลายรูปแบบ ทั้งก่อนระหว่างและหลังการเยี่ยมบ้าน⁹ หลักการพยาบาลทางไกล ควรมีระบบสนับสนุน ดังนี้

2.1 มีระบบการบันทึกข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน สามารถติดตามและลงระบบได้ทันที เพื่อให้มีการส่งต่อร่วมดูแลได้อย่างดีในรูปแบบทีม

2.2 การมีสัมพันธ์ภาพที่ดี และรับทราบข้อตกลงร่วมกันในการดูแลทางไกล ทั้งนี้ ก่อนการดูแลทางไกลจำเป็นต้องมีที่ยพยาบาลจะต้องมีการเยี่ยมบ้านก่อน เพื่อให้เข้าใจประเมินความจำเป็นในการดูแลได้อย่างถูกต้อง

2.3 ทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ทักษะที่จำเป็นสำหรับพยาบาล เพื่อให้สามารถใช้ระบบดิจิทัลในการดูแลผู้ป่วยการใช้อุปกรณ์และซอฟต์แวร์ขั้นพื้นฐาน การประเมินและตีความข้อมูลดิจิทัล การแก้ไขปัญหาเบื้องต้นในรูปแบบออนไลน์ เช่น การติดตามการหายของแผล การฟื้นฟูร่างกาย การประเมินเพื่อลดเวลาในการเดินทาง และสามารถติดตามได้อย่างต่อเนื่อง หรือการเชื่อมโยงกล้องวงจรปิดเพื่อสื่อสารการดูแลในระยะไกลได้ต่อเนื่อง

3. หลักแนวคิดสุขภาพองค์รวม ด้วยบุคคลเป็นองค์รวม สุขภาพในทุกมิติมีความเกี่ยวข้อง มีผลต่อเนื่องกันเสมอ และครอบครัวเป็นองค์รวม การเปลี่ยนแปลงปัจจัยใด ๆ ในครอบครัวจะกระทบสุขภาพของทุกคนในครอบครัว เช่น หากมีการเจ็บป่วย มีการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการของครอบครัว เช่น กรณีมีเพียงพ่อแม่อยู่กันตามลำพังเนื่องจากลูก ๆ แยกย้ายครอบครัว ซึ่งจากสถิติ พบว่า ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวเพิ่มขึ้นเกือบ 4 เท่า จากร้อยละ 3.6 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 12.9 ในปี 2567² จึงส่งผลต่อการดูแลตนเอง เพราะในยามป่วยไข้ย่อมมีความจำเป็นที่ต้องพึ่งพิงปัจจัยภายนอกมากขึ้น หรือการเจ็บป่วยของแม่ที่ดูแลหลายอย่างในครอบครัว ย่อมกระทบต่อทุกคนในครอบครัวในเรื่องชีวิตความเป็นอยู่ ดังนั้น แนวคิดสุขภาพองค์รวมจึงมีความสำคัญที่ต้องพิจารณา สุขภาพในทุกมิติ ประเมินสุขภาพของครอบครัวมีวิกฤตหรือไม่ โดยควรพิจารณา ดังนี้

3.1 การดูแลผู้ดูแล การเยี่ยมบ้านผู้รับการดูแล นอกจากดูแลผู้ป่วยแล้ว ผู้ดูแลเป็นเป้าหมายสำคัญที่พยาบาลเยี่ยมบ้านจะต้องประเมินสุขภาพองค์รวมด้วยเสมอ เพราะผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพ

ด้านสังคม ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ของผู้ป่วยจากการศึกษาของ สายใจ จารุจิตร และคณะ¹⁹ ศึกษารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง โดยติดตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลต้องการให้มีระบบให้คำปรึกษาต่อเนื่อง และต้องการการให้กำลังใจ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล กรณีประเมินทักษะจำเป็น พบว่ายังไม่มั่นใจในการดูแลเป็นต้น ดังนั้น จึงต้องให้ความสำคัญในการประเมินและให้การดูแลผู้ดูแลร่วมด้วย

3.2 การสร้างการมีส่วนร่วมจากสหสาขาและภาคีเครือข่าย การดูแลที่บ้านหากเปรียบบ้านเป็นเตียงผู้ป่วย เครือข่ายในชุมชน เปรียบเป็นทีมที่สำคัญในการร่วมเป็นทีมดูแลจึงต้องให้ความสำคัญดังการศึกษาของสุจิต บุษพาทาเต และคณะ²⁰ พบว่า การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายชุมชน ได้แก่ 1) การวางแผนจำหน่ายที่เชื่อมโยงกับทีมดูแลต่อเนื่องในชุมชน 2) การจัดบริการการเยี่ยมโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชน และ 3) การกำหนดบทบาทหน้าที่ทีมสหวิชาชีพ ครอบครัวและภาคีเครือข่ายชุมชนส่งผลดีต่อ ทักษะความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ระยะกลางและผู้ดูแลในชุมชน ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยระยะกลางลดลง ผู้ป่วยกลับมา readmit ลดลงและจากการติดตามประเมิน ADL เมื่อครบ 6 เดือน พบว่า ร้อยละผู้ป่วยระยะกลางมีคะแนน barthel ADL เพิ่มขึ้น

กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน

กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน²¹⁻²² มีกระบวนการตั้งแต่ การเตรียมการเยี่ยมบ้าน การปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน และการสรุปการเยี่ยมบ้าน โดยใช้หลักกระบวนการพยาบาลในการประเมิน รวบรวมข้อมูล วินิจฉัยทางการพยาบาล ออกแบบกิจกรรมการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพประสิทธิผล ประเมินผลการเยี่ยมบ้านและสื่อสารอย่างเป็นระบบ

1. การเตรียมเพื่อวางแผนการเยี่ยมบ้าน การดำเนินการตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล จึงจะสามารถวางแผนการส่งต่อการเยี่ยมบ้านได้อย่างเหมาะสม ในกรณีดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล ซึ่งเรียกว่า กิจกรรมการวางแผนจำหน่าย หรือกิจกรรมวางแผนการดูแลต่อเนื่อง การเตรียมการเยี่ยมบ้านจะมีทั้งการเตรียมข้อมูล การประชุมร่วมก่อนการเยี่ยมบ้าน การนัดหมายการเยี่ยมและการเตรียมอุปกรณ์การเยี่ยม ยานพาหนะ และการเตรียมแผนที่ ในกรณีที่มิได้รับแผนการจำหน่ายในการเยี่ยมบ้าน ซึ่งระบบนี้ยังมิได้รับการพัฒนาให้ โรงพยาบาลมีการส่งต่อแผนจำหน่ายให้หน่วยรับดูแลต่อ จำเป็นที่ผู้เยี่ยมบ้านจะต้องประเมินใหม่ หากมีข้อมูลไม่พอจะต้องประสานหน่วยที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน การประสานนัดหมายก่อนการเยี่ยมมีความจำเป็น เพราะการไปแต่ละครั้งมีต้นทุนเวลา และงบประมาณ ดังนั้น การไปเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งเป้าหมายต้องชัดเจน และประเมินความพร้อมของทีม การประเมินความปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญที่ควรพิจารณา สิ่งที่ต้องปฏิบัติก่อนการเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้งควรมีการนัดหมายให้ชัดเจน และมีการประเมินเบื้องต้นล่วงหน้า โดยอาจเป็นการประเมินผ่านโทรศัพท์ หรือประเมินโดยอาสาสมัครสาธารณสุข

2. การปฏิบัติการพยาบาลระหว่างการเยี่ยมบ้าน กิจกรรมการเยี่ยมบ้านต้องรักษามาตรฐานการพยาบาลและมีการบันทึกอย่างเป็นระบบ กิจกรรมหลักได้แก่ การประเมินสุขภาพ ร่วมวางแผนและประเมินผลการพยาบาล ปรับแผนการดูแล การเป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนผู้ดูแล การบริหารและบันทึกการใช้ยา การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงการดูแลโดยตรง เช่น การทำแผลหรือฝึกออกกำลังกาย ครั้งแรกควรประเมินความเสี่ยงของสภาพแวดล้อมบ้านและให้คำแนะนำปรับปรุง พร้อมปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อ จากนั้นประเมินซ้ำตามกระบวนการพยาบาล และสื่อสารผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบเพื่อสร้างความร่วมมือ

3. การปฏิบัติหลังการเยี่ยมบ้าน กิจกรรมการบันทึกเป็นกิจกรรมปฏิบัติการเยี่ยมบ้านที่สำคัญ สิ่งที่ต้องบันทึก เช่น บันทึกการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วย บันทึกกิจกรรมที่ทำให้การดูแลที่มีความต่อเนื่อง การบันทึก

การเปลี่ยนแปลงเพื่อการส่งต่อ การบันทึกประกอบด้วยข้อความการประเมินผลลัพธ์ ข้อมูลอื่น ๆ ที่สำคัญต่อการวางแผนการดูแล การบันทึกเมื่อแรกเริ่ม การบันทึกการส่งเสริม พื้นฟูสุขภาพ บันทึกการให้ยา และบันทึกการวางแผนจำหน่าย การบันทึกตามหลักการควรบันทึกทันทีเพื่อป้องกันการลืม สับสน ในกรณีที่ยังไม่สะดวกสามารถบันทึกสรุปภาพในประเด็นที่เกี่ยวข้องได้ หรือสามารถใช้ระบบไอทีช่วยในการบันทึก เพื่อลดภาระเวลางาน และทำให้สามารถบันทึกได้ทันที เช่น การแปลงเสียงพูดเป็นข้อความทันทีในระหว่างให้คำแนะนำ เป็นต้น หากมีการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพมาใช้ในการบันทึก จะทำให้การประเมินติดตามมีประสิทธิภาพ และลดเวลาในการบันทึก

4. การสรุปการเยี่ยมบ้าน เป็นการสรุปผลการเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้ง และวางแผนการเยี่ยมต่อเนื่องร่วมกับผู้ป่วย และครอบครัว หากเป็นระบบออนไลน์สามารถดำเนินการลงระบบได้ทันที จะทำให้ข้อมูลเที่ยงตรง ครบถ้วน และสามารถส่งมอบงานได้ทันที นอกจากนี้ การสรุปผลการเยี่ยมบ้านจะทำให้ปรับแผนการเยี่ยมได้อย่างเหมาะสม เช่น หากประเมินและสรุปได้ว่าจะเยี่ยมอีก 1 ครั้ง การวางแผน การสื่อสาร กับทีม และผู้ป่วยจากข้อสรุปจะทำให้ทีมสามารถร่วมดำเนินการได้อย่างสอดคล้องเหมาะสมต่อไป

สมรรถนะของพยาบาลเยี่ยมบ้าน

พยาบาลผู้ให้การดูแลที่บ้าน ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่มีความแตกต่างและมีความเฉพาะในแต่ละครอบครัว นอกจากนี้ มีความต่างของผู้รับการดูแลที่มีผู้ป่วยทุกโรค ทุกวัย ความหลากหลายนี้ พยาบาลผู้ให้การดูแลที่บ้านจึงต้องมีสมรรถนะจำเป็น เช่น การดูแลผู้ป่วยแต่ละโรค ผู้ป่วยทุกวัย ดังนั้น พยาบาลที่ให้การดูแลต้องมีความรู้ความสามารถที่หลากหลาย ควรกำหนดเกณฑ์คุณภาพให้พยาบาลเยี่ยมบ้านต้องมีประสบการณ์ อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์²⁰ และมีศักยภาพการช่วยฟื้นคืนชีพ การสอน การให้คำแนะนำ เพื่อเป็นการเตรียมผู้ป่วยให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ในการดูแลตนเอง พยาบาลเยี่ยมบ้านจะต้องรอบรู้ทั้งการพยาบาลชุมชน อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ การพยาบาลผู้สูงอายุ การพยาบาลเด็ก การบูรณาการทั้งผู้ดูแล และครอบครัว ในการร่วมดูแลการมีวาระสุดท้ายอย่างสงบ ดังนั้น นอกจากมีสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพตามที่สภาการพยาบาลกำหนด พยาบาลควรมีสมรรถนะที่จำเป็น ดังนี้

1. สมรรถนะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ ในยุคสมัยที่มีความก้าวหน้าของปัญญาประดิษฐ์ และเทคโนโลยี การนำมาประยุกต์ใช้จะเพิ่มประสิทธิภาพ ประสิทธิผลการเยี่ยมบ้านได้อย่างมาก พยาบาลจึงจำเป็นต้องพัฒนาตนเองให้เข้าใจ สามารถพัฒนาและนำมาประยุกต์ใช้ได้
2. สมรรถนะด้านคุณธรรมจริยธรรม การรักษาความลับของผู้ป่วยมีความสำคัญมาก เพราะพยาบาลเยี่ยมบ้านเข้าถึงบ้าน ซึ่งเป็นพื้นที่ส่วนตัวของบุคคล ดังนั้น พยาบาลเยี่ยมบ้านต้องเข้าใจการปฏิบัติตามขอบเขตที่ควรเป็น รู้ว่าสิ่งใดควรพูดเมื่อใด สิ่งใดไม่ควรพูด
3. สมรรถนะการพยาบาลได้ทุกช่วงวัย เพราะแต่ละบ้านมีหลายช่วงวัย แต่ละวัยมีความต้องการส่งเสริม ป้องกัน และต้องการคำแนะนำที่เฉพาะแตกต่างกัน
4. สมรรถนะการจัดการดูแลเฉพาะกรณี เพื่อการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม ทำหน้าที่ในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และประสานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม
5. สมรรถนะการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า เพราะในสถานการณ์ที่บ้านความพร้อมเกี่ยวกับอุปกรณ์ อาจไม่เพียงพอ ความพร้อมด้านสถานที่ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องประยุกต์รูปแบบการทำงานที่ยังสามารถปกป้องสิทธิผู้ป่วย ไม่เปิดเผยผู้ป่วยในขณะทำแผล หรือให้การพยาบาล

6. สมรรถนะการแสวงหาและใช้แหล่งประโยชน์เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อสนับสนุนความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้านทั้งในภาวะปกติ และภาวะฉุกเฉิน โดยการส่งเสริมการทำงานของผูดูแลหรืออาสาสมัครสาธารณสุขให้มีข้อมูลแหล่งประโยชน์เพื่อสามารถแนะนำ ช่วยเหลือได้

7. สมรรถนะการทำงานเป็นทีม การสร้างทีมงานที่ดีได้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุม เช่นการประสานชมรมจิตอาสา มาร่วมเยี่ยมดูแลให้กำลังใจ ประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสนับสนุนการพัฒนาสิ่งแวดล้อมในกรณีครอบครัวไม่พร้อม เช่น การสร้างห้องน้ำสำหรับผู้พิการ เป็นต้น

8. สมรรถนะการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การพยาบาลที่บ้าน การระมัดระวังการแพร่กระจายเชื้อเป็นสิ่งสำคัญมากเพราะเป็นพื้นที่ของผู้ป่วย การสร้างความร่วมมือจากความเข้าใจ มีความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้อดโอกาสในการแพร่กระจายเชื้อได้ ดังนั้นขยะควรมีการกำกับแยกทิ้ง หากสิ่งใดจำเป็นต้องนำกลับมาทำลายให้มีการเตรียมบรรจุภัณฑ์ที่เหมาะสมไปด้วย

9. สมรรถนะการประเมินที่บ้าน ซึ่งต่างจากการประเมินที่หอผู้ป่วย เพราะต้องประเมินสิ่งแวดล้อมสังคมบ้านที่ปลอดภัย ครอบครัวที่จะมีผลต่อการดูแลสุขภาพ การสังเกต การตั้งคำถามที่ดีจะทำให้ได้ข้อมูล และต้องประเมินรวดเร็วในเวลาจำกัด

10. สมรรถนะการบริหารเวลา การจัดการเรื่องเวลาสำคัญมากเพราะจะส่งผลการดำเนินงานในชุมชน อาจไม่เป็นตามเป้าหมาย ดังนั้น การวางแผนเรื่องเวลาควรกำหนดเวลาที่อาจมีคลาดเคลื่อนไว้ด้วย

11. สมรรถนะเรื่องแผนที่และการใช้กระเปาะเยี่ยม แม้จะมีระบบเอนาทาง พยาบาลควรมีความเข้าใจในระบบของชุมชนด้วย และคำนึงถึงความปลอดภัยในการเข้าเยี่ยมแต่ละครอบครัว หากจำเป็นควรประสานฝ่ายปกครองก่อนเยี่ยมบ้าน กระเปาะเยี่ยมเป็นอุปกรณ์ที่ต้องเตรียมและดูแลหลังใช้อย่างเหมาะสม หากใช้ไม่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่ศรัทธาได้ เช่น การระมัดระวังการติดเชื้อ การล้างมือก่อนหลังควรมีอุปกรณ์ทำความสะอาดพกพาไปด้วย

13. สมรรถนะการบันทึก เป็นสมรรถนะพื้นฐานที่สำคัญมาก เพราะหากขาดการบันทึกจะไม่เข้าใจขาดข้อมูลเพื่อการทำงานได้เป็นทีม

14. สมรรถนะในการสื่อสารกับทีมสุขภาพและครอบครัว เพราะการดูแลที่บ้านต้องการสื่อสารกับหลากหลายวิชาชีพ หลากหลายระดับการศึกษา ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่การสื่อสารจำเป็นต้องมีความเข้าใจในความหลากหลายนี้

การเยี่ยมบ้าน พยาบาลหัวหน้าทีมต้องมีความรู้ด้านโรคหลากหลาย ดูแลได้ทุกช่วงวัย และมีทักษะเฉพาะด้านการพยาบาลที่บ้าน ซึ่งเป็นพื้นที่ส่วนตัวของผู้รับบริการ จึงต้องมีมารยาท การสื่อสารและการบริหารเวลาอย่างเหมาะสม อีกทั้ง การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพช่วยยกระดับการเยี่ยมบ้านให้ตอบสนองและเข้าถึงผู้รับบริการได้มากขึ้น

บทบาทของพยาบาลในการเยี่ยมบ้าน

ดังเนื้อหาที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การเยี่ยมบ้านเป็นงานสำคัญต่อสุขภาพครอบครัว หากพยาบาลออกแบบและวางแผนตามหลักการที่เหมาะสม จะสามารถใช้กระบวนการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ การดูแลที่บ้านต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพหลายสาขา ดังนั้น พยาบาลจึงต้องมีบทบาทชัดเจน ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือหลัก และทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อการดูแลและฟื้นฟูที่ซับซ้อนได้อย่างเหมาะสม⁶⁻⁷

1. บทบาทในการประเมิน เป้าหมายในการประเมิน ประกอบด้วย การระบุความถี่ทางความต้องการ การเยี่ยมบ้าน และการปฏิบัติกิจกรรม ความต้องการกิจกรรมในการดูแล ความต้องการในการช่วยเหลือดูแล ด้านการแพทย์ การประเมินศักยภาพของผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลต่อการดูแลตนเองที่บ้าน การประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการประเมินคุณภาพชีวิต ข้อมูลเพื่อการประเมินประกอบด้วยข้อมูลแสดงศักยภาพของผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชน และที่สำคัญต้องมีการประเมินซ้ำเป็นระยะอย่างเหมาะสม

2. บทบาทในการวางแผนการดูแลที่บ้าน และการส่งต่อ การวางแผนในการเยี่ยมบ้าน กิจกรรมการดูแลรักษาที่บ้านส่วนใหญ่ด้วยกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน (home visit) แต่การวางแผนการดูแลที่บ้านมีมากกว่ากิจกรรมการเยี่ยมบ้าน การวางแผนการดูแลที่บ้าน ประกอบด้วย การวางแผนในเชิงการบริหารจัดการ การระบุกิจกรรมการดูแล ผู้ดูแล ทรัพยากรที่จำเป็นในการดูแล และการส่งต่อ เช่น ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความต้องการการดูแล ทั้งการฟื้นฟูด้านร่างกาย การฟื้นฟูด้านจิตใจ การดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลการได้รับสารอาหาร สิ่งที่วางแผนคือการระบุแผนกิจกรรมในแต่ละวัน แต่ละสัปดาห์ มีกิจกรรมใด ใครเป็นผู้ปฏิบัติ จะประเมินติดตามความก้าวหน้าผลปฏิบัติโดยใครอย่างไร จะมีช่องทางการสื่อสารในทีมผู้ดูแลร่วมกันอย่างไร การไปรับการตรวจตามนัดใครคือผู้ดูแล ชุมชนจะมีการดูแลจัดการร่วมกันได้อย่างไร เพื่อแบ่งเบาภาระ เพราะการเจ็บป่วยที่ต้องการการดูแลที่บ้านนั้นส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง หลักสำคัญอีกประการในการดูแลที่บ้าน คือ การสร้างการมีส่วนร่วมเพราะพยาบาลไม่สามารถประเมิน หรือให้การดูแลทั้งหมด แต่บุคคลสำคัญ คือ ผู้ที่ดูแลใกล้ชิดที่อยู่ที่บ้าน และอีกประการที่สำคัญ คือ การวางแผนการสื่อสารในทีมที่มีความหลากหลายให้เข้าใจตรงกันและร่วมในการดูแลได้เป็นอย่างดีการส่งต่อเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องมีการจัดทำช่องทางการสื่อสาร วางแผนให้ชัดเจนเพื่อสร้างความปลอดภัย ความมั่นใจในการดูแลที่บ้าน ดังนั้น การสร้างเครือข่ายเพื่อการดูแลจึงมีความสำคัญที่จะต้องมีการดำเนินการร่วมกันในชุมชน โดยอาจเป็นลักษณะเครือข่ายย่อย หรือเครือข่ายใหญ่ จากการศึกษาของ เพ็ญศิริ อรรถวงค์ และคณะ²³ พบว่าการมีภาคีเครือข่ายร่วมมือเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีในการดูแล

3. บทบาทในการให้การพยาบาล การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่บ้าน จะมีการวางแผนกิจกรรมระยะเวลา การมอบหมายบุคคลในทีม และการวางแผนเชื่อมโยงกับทีมสหสาขา และผู้เกี่ยวข้องที่สามารถสนับสนุนการดูแลในชุมชน เพื่อร่วมสนับสนุนสร้างความพร้อมในการดูแลต่อเนื่อง

3.1 การให้การพยาบาลที่บ้านตามความจำเป็น ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพ ในกรณีที่เป็นกลับมารักษาท่อเนื่อง ฟื้นฟูสุขภาพที่บ้าน เช่น การให้อาหารทางสายยาง การทำแผล การรักษาโดยการฉีดยา ต่อเนื่อง เป็นต้น พยาบาลมีบทบาทในการให้การพยาบาล หรือมอบหมายทีมดูแลและติดตามประเมิน

3.2 การพัฒนาศักยภาพ ครอบครัวผู้ป่วย และผู้ดูแล การประเมินศักยภาพครอบครัว และผู้ดูแล ตลอดจนชุมชนเพื่อนำมาสู่การกำหนดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพ เช่น การพัฒนาศักยภาพการประเมิน การดูแลฟื้นฟูกล้ามเนื้อ การส่งเสริมสุขภาวะด้านจิตวิญญาณ บทบาทในการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลตนเอง

3.3 บทบาทในการพัฒนาศักยภาพทีมการดูแลที่บ้าน ตามแนวคิดการผสมผสานทักษะ และบุคลากรเพื่อการดูแล (staff mix and skill mix) บทบาทที่สำคัญ คือ การเตรียมชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ทีมอาสาดูแลในด้านต่าง ๆ หรือบุคลากรอื่น ๆ เช่น ทีมให้การดูแลกิจวัตรประจำวัน ทีมดูแลความสะอาด ทีมดูแลอาหาร อาชีพ และทีมสนับสนุนดูแลผู้ดูแลที่บ้าน

4. บทบาทการประเมินผลและส่งต่อ การประเมินผลลัพธ์การดูแลจะได้รับการออกแบบที่ทีมทุกคนสามารถร่วมในการประเมินผลได้ โดยเฉพาะผู้ดูแลประจำที่บ้านถือว่า เป็นตัวแทนพยาบาลในการประเมิน

ที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นผู้ที่อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา การออกแบบ วิธีการและเครื่องมือในการประเมิน การบันทึกข้อมูลต่อเนื่องออกแบบให้ดำเนินการได้ง่ายสะดวก และมีระบบการสื่อสารที่สร้างความมั่นใจ ให้ผู้ดูแลที่บ้านว่าสามารถติดต่อขอรับคำปรึกษาได้ต่อเนื่องตลอดเวลา การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตาม ประสานงาน และบันทึกข้อมูลจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและลดข้อผิดพลาดได้ ดังนั้นการพัฒนาระบบสื่อสาร ในรูปแบบออนไลน์จะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานมากขึ้น การเขียนแผนการดูแลเพื่อสื่อสาร และ สร้างความเข้าใจตรงกันเป็นสิ่งจำเป็นที่ควรปฏิบัติ โดยพยาบาลจะจำลองสถานการณ์เปรียบเสมือนผู้ป่วย ที่บ้านเป็น เติงผู้ป่วย ชุมชนเปรียบเสมือนหอผู้ป่วย การกำหนดเวลาในการเยี่ยมตรวจ การเข้าถึงเพื่อให้การ พยาบาล อย่างต่อเนื่อง และจำหน่ายออกเมื่อไม่มีความจำเป็นในการเยี่ยมดูแล หรือในกรณีต้องส่งต่อ เพื่อสนับสนุนการดูแลฟื้นฟูในกรณีต่าง ๆ ตามเหมาะสม นอกจากนี้ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการนำข้อมูล มาร่วมอภิปรายกันในรูปแบบต่าง ๆ ตามความจำเป็นเพื่อร่วมประเมินผล ปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมต่อไป การประเมินตามตัวชี้วัดความสำเร็จของการเยี่ยมบ้าน เช่น ระดับความพึงพอใจ การลดการกลับมารักษาซ้ำ การปรับปรุงคุณภาพชีวิต การลดภาวะแทรกซ้อน หรือกรณีต้องได้รับการส่งต่อ ได้รับการส่งต่ออย่างรวดเร็ว และจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการประเมินเพื่อนำมาวิเคราะห์ด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ และประเมินประสิทธิผล การประเมินความพึงพอใจครอบคลุมจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จะทำให้มีข้อมูลเพื่อการพัฒนางานได้ อย่างเหมาะสมต่อไป

แนวทางการบูรณาการการเยี่ยมบ้านกับเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพเพื่อพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์พยาบาล

เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ (digital health) การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและสารสนเทศ เพื่อส่งเสริม ป้องกัน วินิจฉัย รักษา ฟื้นฟู และติดตามสุขภาพของประชาชนอย่างครอบคลุม โดยมีเป้าหมายเพื่อยกระดับ คุณภาพของบริการสุขภาพ เพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึง และสนับสนุนการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของ ประชาชน องค์การอนามัยโลกให้นิยามครอบคลุม การใช้ความรู้และเทคโนโลยีทางดิจิทัลในด้านสุขภาพ ที่รวมถึง ระบบจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนแบบอิเล็กทรอนิกส์ (HER) การใช้แอปพลิเคชันสุขภาพบนมือถือ เช่น การติดตามสุขภาพ การนัดหมาย (mHealth) การรักษาหรือให้คำปรึกษาทางไกลผ่านวิดีโอหรือแชท (telemedicine/telehealth), อุปกรณ์สวมใส่ เช่น smartwatch ที่ตรวจจับชีพจร ความดัน การนอน (wearable devices) ระบบวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ เพื่อช่วยคัดกรอง วินิจฉัย และตัดสินใจ (AI big data และ machine learning) การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพระหว่างหน่วยบริการต่าง ๆ (health information exchange: HIE) การติดตามข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยทางไกลแบบเรียลไทม์ (remote patient monitoring; RPM) เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพที่เข้าถึงได้ทั่วถึง มีคุณภาพ และยั่งยืน การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ ในการดูแลที่บ้านสามารถช่วยเพิ่มการเข้าถึง การป้องกันจากการประเมินได้ล่วงหน้า เพิ่มการเข้าถึงบริการ สุขภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลส่งเสริมความเสมอภาคด้านสุขภาพผ่านการลดช่องว่าง เพิ่มประสิทธิภาพ ในการบริหารจัดการทรัพยากร ระบบงาน และข้อมูลสุขภาพ ส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (self-care) สนับสนุนการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (person-centered care) เช่น การมีระบบประเมินผู้สูงอายุ การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ ในการเยี่ยมบ้านถือเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ การดูแลแบบองค์รวมโดยเฉพาะ สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุในบริบทชุมชนไทย การพัฒนาในด้าน ระบบข้อมูล พัฒนาทักษะพยาบาล และการมีส่วนร่วมของชุมชนจะเป็นกุญแจสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบาย การดูแลสุขภาพที่บ้านด้วยพลังของเทคโนโลยี เช่น ระบบสนับสนุนการดูแล ได้แก่ ระบบแจ้งเตือน ติดตาม virtual nurse หรือ AI chatbot ใช้ระบบสนทนาอัตโนมัติ เช่น ระบบ sensely หรือ olivia ซึ่งแสดงผลเป็น avatar 3 มิติ มีปฏิสัมพันธ์แบบเสมือนจริง ให้ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ติดตามอาการรายวัน ช่วยกรองอาการ

ก่อนพยาบาลลงพื้นที่²⁴ mobile health application (mHealth): แอปพลิเคชัน เช่น omada health ใช้ในการติดตามสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผ่านการบันทึกน้ำหนัก การออกกำลังกาย และพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ให้บริการสามารถติดตามข้อมูลผ่านแดชบอร์ด (dashboard) แบบเรียลไทม์²⁵ remote patient monitoring (RPM) การใช้เซ็นเซอร์หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว ที่สามารถส่งข้อมูลแบบไร้สายเข้าสู่ระบบกลาง ช่วยให้พยาบาลประเมินอาการระหว่างเยี่ยมบ้านได้อย่างแม่นยำ²⁶⁻²⁹

ข้อควรพิจารณาและข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ

การบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ ในการดูแลเยี่ยมบ้าน มีประเด็นที่ควรให้ความสำคัญในการพิจารณา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ เช่น การเข้าถึงอุปกรณ์และอินเทอร์เน็ตในพื้นที่ห่างไกลยังเป็นข้อจำกัดสำคัญ กรณีผู้สูงอายุหรือกลุ่มเปราะบางอาจมีความท้าทายในการใช้เทคโนโลยี จึงควรมีระบบช่วยเหลือที่เป็นมิตรหรือมีทางเลือก มีผู้ช่วยเหลือในการใช้ในระยะเริ่มต้น และการจัดการความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วยควรมีมาตรการอย่างเข้มงวด มีการกำหนดขึ้นในการเข้าถึงข้อมูลตามบทบาทหน้าที่ และบุคลากรอาจมีภาระงานเพิ่มขึ้น จึงต้องมีการออกแบบระบบงานที่สอดคล้องกับสภาพจริง การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพในงานเยี่ยมบ้านมีศักยภาพในการยกระดับคุณภาพการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบางและผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน การวางแผนพัฒนาอย่างมียุทธศาสตร์ทั้งด้านโครงสร้างพื้นฐาน ทักษะบุคลากร และการมีส่วนร่วมของชุมชนจะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการเยี่ยมบ้านได้ และที่สำคัญต้องตระหนักในด้านคุณธรรมจริยธรรมในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ และให้ตระหนักถึงการมีความรู้สึกร่วมกับผู้รับบริการ³⁰⁻³¹

ประเด็นท้าทายสู่การบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลในการเยี่ยมบ้าน

ตามบทบาทพยาบาล และหลักพิจารณาการเยี่ยมบ้าน มีประเด็นท้าทายการเยี่ยมบ้านที่ควรนำมาพัฒนา เพื่อให้สามารถเยี่ยมบ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพตามบทบาท ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การมีฐานข้อมูล ในการวิเคราะห์ ประมวลผลและออกแบบในการวางแผนการเยี่ยมบ้าน ได้เพื่อให้สามารถลดต้นทุนการเดินทาง ลดต้นทุนเวลา และทรัพยากรบุคคลที่จะต้องเดินทางเยี่ยมบ้าน โดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร ที่สามารถเห็นภาพชัด สื่อสารได้ตรงเพราะการสื่อสารข้อมูลที่ตรง ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาเป็นสิ่งที่จะทำให้การพยาบาลวางแผนตอบสนองได้ตรงทันเวลา

ประเด็นที่ 2 การมีเครือข่ายข้อมูล เพื่อเป็นข้อมูลในการเบิกจ่าย และที่สำคัญ คือ เป็นข้อมูลในการดูแลต่อเนื่องร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำอย่างไรในเวลาที่มีจำกัด จะสามารถบันทึกได้ทันที และระบบสามารถส่งเข้าสู่การประมวลผลออกแบบสำหรับการเยี่ยมบ้านในครั้งต่อไปเพื่อประสานกับครอบครัวที่รับการเยี่ยมได้ทันที

ประเด็นที่ 3 การเพิ่มประสิทธิภาพในการเยี่ยมบ้านด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล เช่นการนำเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพบูรณาการใช้ในการเยี่ยมบ้าน การนำอุปกรณ์สนับสนุนการติดตามประเมินผล มาประยุกต์ใช้ การนำระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมาใช้ในการจัดระบบข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน การมีเครื่องมือในการตรวจจับสัญญาณเพื่อเป็นข้อมูลให้ช่วยเหลือดูแลได้ทันกับความต้องการ

ประเด็นที่ 4 การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารด้วยเทคโนโลยี การวิเคราะห์ต้นทุนการเยี่ยมบ้าน การสร้างทางเลือกในการบริหารทรัพยากร หรือการสร้างเส้นทาง กลุ่มประชากรในการดูแลเพื่อให้ออกแบบ

ระบบบริการได้เหมาะสม สามารถคาดการณ์ความต้องการ มีระบบลงทะเบียนล่วงหน้าในการเยี่ยม สำหรับกลุ่มประชากรดูแลระยะยาว กลุ่มประชากรโรคเรื้อรัง กลุ่มมารดาทารก เป็นต้น

จากประเด็นท้าทายที่วิเคราะห์ได้ดังกล่าว การบูรณาการการเยี่ยมบ้านกับเทคโนโลยีดิจิทัล จึงมีความจำเป็น ขอนำเสนอแยก เป็น 4 มิติ และจะแสดงตัวอย่างที่มีการพัฒนา และศึกษาวิจัยเพื่อเป็นแนวทางดังนี้

1. มิติข้อมูลและการติดตาม (data and monitoring) การเยี่ยมบ้าน คือ โอกาสเก็บข้อมูลสุขภาพ ทั้งที่ปรากฏชัดและไม่ชัด การมีเครื่องมือประเมินได้รวดเร็วภายในเวลาอันจำกัดจึงจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะการเยี่ยมบ้านจะใช้เวลาจำกัดเพื่อไม่เป็นการรบกวนผู้ป่วยและครอบครัว การบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพสู่การเยี่ยมบ้าน เช่น

- **การใช้ mobile health application** บันทึกผลการประเมินระหว่างเยี่ยมบ้าน (เช่น vital signs ความสามารถทำกิจวัตร สภาพแวดล้อม) โดยการสอบถามของพยาบาลจะประมวลผลไปได้ในหลายเครื่องมือ จะลดทอนเวลาในการซักถามได้ และทำให้ทราบการเปลี่ยนแปลงได้ทันที หากมี monitor ที่เป็นอุปกรณ์เล็ก ๆ ไม่รบกวนวิถีชีวิตผู้ป่วย ตัวอย่าง เช่น แอปพลิเคชันในการประเมินความเสี่ยง นำมาสู่การประมวลผล

- **การนำ wearable devices (smartwatch sensor)** มาติดตามสัญญาณชีพและกิจกรรมประจำวัน ส่งข้อมูลเข้า cloud หรือ EMR (electronic medical record) หากประเมินความจำเป็นและจัดหาอุปกรณ์ให้ผู้รับบริการเยี่ยมบ้านได้มีสวมใส่ และมีระบบส่งต่อข้อมูลการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ จะทำให้การปรับแผนการดูแลสร้างความมั่นใจให้ผู้รับบริการมากขึ้น ดังตัวอย่างของเทศบาลนครแสนสุข ที่ริเริ่มโครงการเมืองอัจฉริยะ และพัฒนาอุปกรณ์เพื่อแจ้งเตือนเมื่อผู้สูงอายุล้ม เป็นอุปกรณ์สวมใส่ข้อมือ และแขนเป็นสร้อยคอ³² หรือการมีอุปกรณ์สวมใส่ที่แขนเพื่อกระตุ้นกล้ามเนื้อ³³ สามารถประเมินและช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

- **การสร้าง dashboard** แสดงสถานะผู้ป่วยให้ทีมสหวิชาชีพเห็นร่วมกันแบบ realtime ดังตัวอย่าง การสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยที่กักตัวที่บ้านของมหาวิทยาลัยบูรพา ชื่อ weSAFE@Home by BUU³⁴ โดยมีข้อมูล มีระบบ dashboard แจ้งเตือนสื่อสารระหว่างทีม ระหว่างทีมกับผู้ป่วยทำให้ ผู้ป่วยผู้ที่กักตัวเนื่องจากโควิด มีความมั่นใจในการดูแล เป็นระบบที่ง่ายในการใช้สำหรับผู้รับบริการ สื่อสารผ่านทางไลน์ ระบบนี้ได้รับรางวัลชนะเลิศ และสามารถช่วยผู้ป่วยในช่วงโควิดได้อย่างมาก

- **การใช้ AI predictive analytics** วิเคราะห์ความเสี่ยง เช่น เสี่ยงล้ม เสี่ยงติดเชื้อโดยการติดตามเซนเซอร์ ให้สามารถประเมินความเสี่ยงได้ และสามารถส่งสัญญาณไปปรับความช่วยเหลือได้ทันที ทำให้ลดความรุนแรง และสามารถช่วยเหลือในเวลาที่เหมาะสม²⁵⁻³³

2. มิติการสื่อสารและให้ความรู้ (communication and education) การเยี่ยมบ้าน ไม่ใช่แค่ประเมิน แต่คือการสอนและเสริมพลัง แต่ข้อจำกัด คือ การเยี่ยมบ้านจะต้องกระชับเวลาให้เหมาะสมไม่นานเกินไป นอกจากนี้ การเรียนรู้ ความพร้อมในการเรียนรู้มีความแตกต่างกัน ดังนั้น การมีระบบที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถเรียนรู้ซ้ำ และมีระบบให้สอบถาม ศึกษาเพิ่มเติมเมื่อมีข้อสงสัยที่มี ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลช่วยตอบคำถามที่พบบ่อยจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้ดี และพยาบาลมีเวลามากขึ้น เพราะไม่ต้องตอบคำถามซ้ำเดิมที่อาจใช้ แหบทบทในการตอบ และสามารถลดเวลาจำนวนครั้งในการเยี่ยมบ้านได้ เช่น

- **การพัฒนา telehealth/video call support** ให้พยาบาลติดตามหลังเยี่ยมบ้านได้ (ติดตามการหายของแผล ให้คำปรึกษาปัญหาเพิ่มเติม) ดังวิจัยของวนิษา พิงชมภู ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ล้างไตได้รับการให้

ความรู้ด้านสุขภาพและการติดตามสุขภาพผ่านอุปกรณ์ telehealth (iPad) และเว็บแอปพลิเคชัน มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญ³⁵

- **การจัดทำ qr code หรือ application** คู่มือการดูแล ที่ครอบครัวเปิดดู VDO หรือ infographic ได้ เพื่อให้มีรายละเอียดเพียงพอต่อการตัดสินใจปฏิบัติตามคำแนะนำ

- **การสร้าง virtual home visit simulation** เพื่อฝึกอบรมพยาบาลใหม่ ให้เรียนรู้สถานการณ์จำลองก่อนลงพื้นที่จริง เป็นกระบวนการพัฒนาเพื่อจำลองสถานการณ์ให้พยาบาลใหม่ และทีมได้ร่วมเรียนรู้ สร้างความเข้าใจ และมั่นใจ

3) มิตติการวิเคราะห์และวางแผนการดูแล (analytic and care planning) การเยี่ยมบ้านให้ข้อมูลที่ใช้กำหนดแผนดูแลเฉพาะบุคคล ด้วยการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีระยะเวลาตั้งแต่ 1-6 เดือน ดังนั้น การมีแผนการพยาบาลที่มีการบันทึกความก้าวหน้า มีการบันทึกข้อมูล และสามารถประมวลผลลัพธ์การดูแล มีการส่งต่อข้อมูลเข้าสู่ระบบโรงพยาบาลได้ในกรณีต้องตรวจรักษาเพิ่มเติม จะทำให้เกิดความต่อเนื่อง เช่น

- **การใช้ decision support system** ช่วยวิเคราะห์ความต้องการตามข้อมูลเยี่ยมบ้าน เช่น การทำแอปพลิเคชันการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้มีข้อมูลและแนวทางการพยาบาลที่สามารถคลิกได้โดยไม่ต้องบันทึกใหม่ทำให้ประหยัดเวลา และสามารถประมวลผลข้อมูลสำหรับการวางแผนการพยาบาลต่อไปได้ โดยการรวบรวมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องที่สามารถนำมาจากระบบของโรงพยาบาลที่ดูแล หากมีแอปพลิเคชันแต่ละโรค โดยเริ่มต้นในโรคที่พบบ่อยจะทำให้การเยี่ยมบ้านเป็นระบบที่สะดวกในการติดตาม การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการบริหารได้ ดังตัวอย่างงานวิจัยศึกษาการใช้แบบสอบถามออนไลน์รายสัปดาห์ เพื่อประเมินอาการทางพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะการรับรู้ปกติ ภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย หรือภาวะสมองเสื่อมระยะแรก รวมถึงแสดงความเป็นไปได้ในการติดตั้งเทคโนโลยีภายในบ้าน เพื่อวัดพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมและสภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัยข้อมูลไบโอเมทริกเกอร์ดิจิทัลถูกรวบรวมอย่างต่อเนื่องผ่านอุปกรณ์สวมใส่และเทคโนโลยีภายในบ้าน³⁶

- **การพัฒนา ระบบ e-care plan** ที่ทีมพยาบาล แพทย์ เกษัชกร สามารถปรับแผนร่วมกันได้ตลอดเวลา เช่น ในระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวที่ต้องเบิกค่าตอบแทน จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ หากสามารถวางระบบการเสนอแผนการพยาบาลและการดูแลร่วมกัน ในระบบจะส่งผลดีต่อการทำงานเป็นทีม ซึ่งระบบปัญญาประดิษฐ์จะกำหนดการเข้าถึงข้อมูลแตกต่างกันตามความจำเป็นได้

- **การบูรณาการ GIS (geographic information system)** ด้วยเทคโนโลยีมีความก้าวหน้า การนำแผนที่นำทาง มาวางแผน ทำแผนที่ความเสี่ยงผู้ป่วยในชุมชน เพื่อจัดลำดับความสำคัญการเยี่ยม และวางแผนด้านโลจิสติกส์ ทำให้สามารถมอบหมายงานให้ทีมได้เหมาะสม และวางแผนการเยี่ยมอย่างมีประสิทธิภาพ ดังระบบ Thailand health atlas ซึ่งพัฒนาโดย กระทรวงสาธารณสุข¹⁴

4) มิตติความต่อเนื่องและประเมินผล (continuity and evaluation) การติดตามผลหลังเยี่ยมบ้านเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนาระบบบริหารงาน การเยี่ยมบ้าน การประเมินที่เป็นระบบ และสามารถติดตามผลเป็นปัจจุบัน จะส่งผลดีต่อการแก้ไข ป้องกันได้อย่างรวดเร็ว เช่น การทำระบบประเมินออนไลน์ หรือการทำระบบแจ้งเตือนนัดหมายวันเวลาที่จะไปเยี่ยม เพื่อป้องกันการหลงลืมเป็นต้นเช่น

- **การสร้าง ระบบแจ้งเตือน (notification system)** ให้ครอบครัวได้รับ reminder เรื่องยา หรือกิจกรรมที่นัดหมาย

- **การพัฒนา ระบบ feedback online** ให้ผู้ป่วยและครอบครัวประเมินการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้มีฐานข้อมูลในการติดตามประเมินผล พัฒนาและสามารถแสดงผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- การใช้ AI วิเคราะห์ประสิทธิภาพงานเยี่ยมบ้าน เพื่อปรับปรุงบริการอย่างต่อเนื่อง ในระบบ AI สามารถพัฒนาให้มีการวิเคราะห์ ประมวลผลได้มากขึ้น ดังนั้น หากมีการออกแบบในการประมวลข้อมูล ให้วิเคราะห์ตามคำสั่งจะสามารถนำผลมาปรับปรุงงานได้รวดเร็ว

การบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ ในการพัฒนานวัตกรรมการเยี่ยมบ้านในหลากหลายรูปแบบ ตามความจำเป็น และความพร้อม อาจเริ่มต้นพัฒนาหรือ ต่อยอดนำสิ่งที่มีหรือผ่านการพัฒนาแล้วมา ประยุกต์ใช้ในบริบทแต่ละพื้นที่เพื่อประเมินความเป็นไปได้ และความสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ความพร้อมของผู้รับบริการ การยอมรับของผู้ป่วย ความรอบรู้ทางด้านดิจิทัลของผู้เกี่ยวข้อง การฝึกอบรมเตรียมความพร้อม จำเป็นมาก และความพร้อมด้านงบประมาณ ที่จะต้องระมัดระวังคือและที่สำคัญคือการใช้เทคโนโลยี ต้องไม่ลดทอนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เช่น ต้องระมัดระวังการเปิดเผยข้อมูล เป็นต้น

สรุป

การบูรณาการการเยี่ยมบ้านกับเทคโนโลยีช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยสร้างฐานข้อมูล พัฒนางานและระบบการเบิกจ่ายที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม ควรมีการวิจัยผลลัพธ์ก่อนดำเนินการ และต้องมีทางเลือกสำหรับครอบครัวที่ไม่พร้อม เช่น ปัญหาอินเทอร์เน็ตหรือผู้ดูแล เพื่อความเท่าเทียม กิจกรรมการพยาบาลจึงควรประยุกต์ให้เหมาะกับบริบท การมีระบบสื่อสารและใช้เทคโนโลยีดิจิทัลจะเสริมพลังทีมงาน เพิ่มการมีส่วนร่วม ลดเวลา และค่าใช้จ่ายในการเยี่ยมบ้าน

References

1. Rector C, Stanley MJ. Community and public health nursing. Philadelphia: Wolters Kluwer;2022.
2. National Statistical Office. Survey on the elderly population in Thailand, 2024 [Internet]. Bangkok: National Statistical Office; 2025 [cited 2025 Jul 2]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_88327.pdf (in Thai)
3. Tangmanokul A, Chaisong S. Cost-effectiveness of home visits for patients with schizophrenia by a multidisciplinary team compared with regular health services in Don Mod Daeng District Health Network, Ubon Ratchathani. Thai Pharm Health Sci J 2022;14(3):522–40. (in Thai)
4. Santatsanachoke C, Wattana C. Effectiveness of a developed home visit model for uncontrolled hypertensive patients at Khlong Poon Health Promoting Hospital, Klaeng District, Rayong Province. J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2017;34(2):110–23. (in Thai)
5. Chueanit N, Oumtane A, Sarnkhaowkhom C. Providing home healthcare services: experiences of nurse entrepreneurs at an Aob Aoon community nursing clinic. Journal of The Police Nurses and Health Science 2024;16(2):286–99. (in Thai)
6. Pia-sue N, editor. Community health nursing: policy and theory into practice. Nonthaburi: Phap Pim;2022. (in Thai)

7. Uengwattana S, Tantranont K. Concepts and principles of community nursing. Chiang Mai: Smart Coating and Service;2020. (in Thai)
8. Uengwattana S, Narin R. Community nursing: family health, school health, environmental health, and occupational health. Chiang Mai: Singpim & Packaging;2018. (in Thai)
9. Cheysuwan W, Pothisa S, Wongsang Y. Effect of a participatory home-visit program on health behavior and blood pressure in hypertensive patients in Luang Satra Community, Bukkhalo Subdistrict, Thonburi District. Navy Med J 2020;47(3):525–43. (in Thai)
10. Prasertthitiphong K, Fuekfon K, Srikun P. Effects of home visits based on community participation theory on quality of life and daily activities among homebound elderly in Mae Ka Subdistrict, Phayao Province. JNHR 2023;24(1):93–106. (in Thai)
11. Khankaewphab N, Akkadechanan T, Jitpakdee B. Cost base of home-visit activities for terminal patients at Ma Khuea Chae Subdistrict Health Promoting Hospital, Lamphun Province. Nurse News 2020;47(4):396–407. (in Thai)
12. Butsadee S. Development of a home visit and continuous care service system for stroke patients at Mahasarakham Hospital. Mahasarakham Hosp J 2022;19(1):193–206. (in Thai)
13. Lertmongkonsamut A, Khompayak J, Nateethanasombat K. The effects of transactional program by home visit and application line on self-care behaviors in adolescent pregnant women with iron deficiency anemia. JBCN Bangkok 2019;35(1):48–55. (in Thai)
14. Ministry of Public Health. Thailand health atlas [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2025 [cited 2025 Jul 2]. Available from: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2025/01/2.5-Health-Atlas_V3-TMM-14-1-25.pdf
15. Health Map [Internet]. Bangkok: Rachapiphat hospital; 2025 [updated 2025; cited 2025 Jul 2]. Available from: <https://healthmap.bangkok.go.th/> (in Thai)
16. Prakosantang N. Effect of using a tele-nursing model on glycemic control in patients with type 2 diabetes. J Res Dev Health Innov 2024;5(2):100–10. (in Thai)
17. Ajsantheia J, Srisad R, Panyaphet K, Udom B, Keeratitjawut P. Feasibility study: use of tele-nursing to access palliative care for rural and remote communities. J Army Nurs 2024;25(3):170–8. (in Thai)
18. Amphon S, Puantai S, Thaisawat S, Mitta P. Effects of home visits on intermediate-stage stroke patients at Chiang Mai Neurological Hospital. Lanna J Public Health 2024;49(2): 44–57. (in Thai)
19. Jaruchit S, Aramsin R, Prachanno W. A home-visit model for bedridden patients based on caregiver problems and needs. Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi 2019;30(1):54–68.
20. Buphatate S, Ittisakkhokphokin S. Development of home visit guidelines for mid-stage patients through family and community network participation. J Acad Nurs Health Sci 2024;4(3):119–30. (in Thai)

21. Burrows P, Cowie J. Health visiting: specialist community public health nursing. Great Britain: Elsevier;2023.
22. DeMarco RF, Healey-Walsh J. Community and public health nursing: evidence for practice. Philadelphia: Wolters Kluwer;2020.
23. Atthawong P, Anusornprasert N, Sadelee H. Effects of a home visit system for bedridden type-3 patients using the Home Nursing Care (HNC) model in primary care units. J Coll Nurses Public Health S Region Netw 2017;4(1):73–85. (in Thai)
24. Sensely. Virtual nurse and symptom checker [Internet]. [n.p.: n.p.]; 2024 [updated 2024; cited 2025 Jul 7]. Available from: <https://sensely.com/solutions/symptom-checker/>
25. Omada Health. Omada health programs [Internet]. 2024 [cited 2025 Jul 7]. Available from: <https://www.omadahealth.com/musculoskeletal>
26. Ascione R. The future of health: How digital technology will make care accessible, sustainable, and human. Canada: John Wiley and Sons;2022.
27. World health organization. Global strategy on digital health 2020-2025. Geneva: WHO;2023. (in Thai)
28. Kimura R, Noitasaeng P, Vichitvejpaissal P. Artificial intelligence an innovation in nursing care. J R Thai Army Nurses 2023;24(3):15-22. (in Thai)
29. Pisutaporn A, Promdit B, Kraisin P, Termtanasarn S. Health care access model development of home-bound and bed-bound patients by digital health technology in Klung District, Chanthaburi Province. J Med Educ Clin Teach Hosp Phra Pokklao 2025;42(1):92–101. (in Thai)
30. Kimura R, Noitasaeng P, Vichitvejpaissal P. Artificial intelligence an innovation in nursing care. J R Thai Army Nurses 2023;24(3):15-22. (in Thai)
31. The cloud. Muang san suk [Internet]. [n.p.: n.p.]; 2024 [updated 2024; cited 2025 Jul 7]. Available from: <https://readthecloud.co/sansook-smart-city-chon-buri/> (in Thai)
32. Namdej N, Dejpituksirikul S, Sangournpak O. Nursing empathy that cannot be replaced by artificial intelligence. J Southern Coll Nurs Public Health Netw 2018;5(3):287–99. (in Thai)
33. Korpsiriphat W, et al. Improving efficiency and effectiveness of wearable systems and applications to support muscle function and reduce injury risks among the elderly. Final Research Report;2024. (in Thai)
34. WeSafeHome platform, Burapa University win prize The Award Asia 2022 [Internet]. Salika; 2022 Jun 5 [cited 2025 Jul 7]. Available from: <https://www.salika.co/2022/06/05/wesafehome-platform-burapa-university-win-prize-the-award-asia-2022/>
35. Pungchompoo P, Parinyachitta S, Pungchompoo S, Udomkhwamsuk W, Suwan P. The feasibility of integrating a home telehealth model for older persons living with hemodialysis. BMC Geriatr 2024;24:378.

36. Au-Yeung WT, Liu Y, Hanna R, Gothard S, Smith N. Feasibility of deploying home-based digital technology, environmental sensors, and web-based surveys for assessing behavioral symptoms and identifying their precipitants in older adults: Longitudinal, observational study. *JMIR Form Res* 2024;8:e53192.

ปัจจัยทำนายความเครียดหลังคลอดในโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล ปร.ด.* พงษ์ศักดิ์ จันทรงาม พ.บ.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดของมารดาหลังคลอดใน 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 306 คน ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ 30 กรกฎาคมถึง 30 ตุลาคม 2566 เครื่องมือวิจัยที่ใช้เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1 และแบบประเมินความเครียด ST5 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.8 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบ 2 กลุ่ม

ผลการวิจัย พบความเครียดของมารดาหลังคลอด ระดับปานกลางถึงระดับมาก ร้อยละ 15.7 แยกเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 13.7 ระดับมาก ร้อยละ 2.0 ปัจจัยทำนายความเครียดหลังคลอด ได้แก่ มีประวัติเคยถูกทำร้ายทางจิตใจ ($OR_{adj}=18.4, p=0.002$) มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ($OR_{adj}=17.4, p<0.001$) ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี ($OR_{adj}=5.4, p<0.001$) ระยะเวลาที่ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่า 6 เดือน ($OR_{adj}=4.3, p=0.002$) และมีความวิตกกังวลระหว่างตั้งครรภ์ ($OR_{adj}=3.1, p=0.011$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของความเครียดหลังคลอด ได้ร้อยละ 42 ($R^2=0.42, p<0.001$)

สรุป ควรคัดกรองและประเมินความเครียดมารดาหลังคลอดทุกรายก่อนการจำหน่าย เพื่อให้มารดาได้รับการดูแล ช่วยเหลือที่รวดเร็ว ป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดความเครียดหลังคลอดที่รุนแรง

คำสำคัญ: ความเครียด ความเครียดหลังคลอด มารดาหลังคลอด

เลขที่จริยธรรมการวิจัย HE 661002 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน

วันที่รับบทความ 7 เมษายน 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 16 พฤษภาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 17 กรกฎาคม 2568

*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี ผู้ประพันธ์บรรณกิจ

อีเมล soianu@kku.ac.th

**นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

Predictive factors of postpartum stress at Chum Phae Hospital, Khon Kaen Province

Soiy Anusorntheerakul Ph.D.* Pongsak Junngam M.D.**

Abstract

This predictive descriptive research aimed to study predictive factors of postpartum maternal stress within 48-72 hours after giving birth. The sample consisted of 306 postpartum mothers at Chumphae Hospital, Khon Kaen Province. The study was carried out between July 30 and October 30, 2023. The research tools used were a demographic data questionnaire, with the content validity index of 1; and the stress test questionnaire (ST5), with the Cronbach's alpha coefficient of 0.8. The data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and binary logistic regression.

The results showed that 15.7% of maternal postpartum stress was moderate to high, (13.7% was at moderate level and 2.0% was at high level). Factors that predicted postpartum stress were history of mental abuse (ORadj=18.4, $p=0.002$), postpartum complications (ORadj=17.4, $p<0.001$), poor family relationships (ORadj=5.4, $p<0.001$), intended duration of breastfeeding less than 6 months (ORadj=4.3, $p=0.002$), and anxiety during pregnancy (ORadj=3.1, $p=0.011$). Together, these factors explained 42% of the variance in postpartum stress ($R^2=0.42$, $p<0.001$).

In conclusion, all postpartum mothers should be screened and assessed for stress before discharge to ensure that they receive prompt care and assistance, as well as to prevent and monitor the development of severe postpartum stress.

keywords: stress; postpartum stress; postpartum mother

Ethical approval: HE 661002, Plagiarism checked, 2 Reviewers.

Received 7 April 2025, Revised 16 May 2025, Accepted 17 July 2025

*Associate professor, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udon Thani Campus,
Corresponding author, Email: soianu@kku.ac.th

**Medical specialist (Preventive medicine), Obstetric and gynecologist,
Chum Phae Hospital, Khon Kaen Province

บทนำ

มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่จะมีอารมณ์อ่อนไหว หากมารดาไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้เกิด ความเครียดหลังคลอด ซึ่งเป็นความผิดปกติทางจิตใจหลังคลอดที่พบมากที่สุด และมีความสัมพันธ์กับ ความเจ็บป่วยทางจิตใจของมารดาหลังคลอด¹ และสามารถพัฒนาไปเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอด² ความเครียด ของมารดาหลังคลอดทั่วโลก พบร้อยละ 10-15 ภายใน 1 ปีแรกหลังคลอด³ ความชุกของความเครียด หลังคลอดมีความแตกต่างกันตามสถานการณ์ ตามพื้นที่และตามภูมิภาค ในสัปดาห์แรกหลังคลอดความเครียด เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดปัญหาการนอนและความเหนื่อยล้า⁴ ความเครียดของมารดาใน 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงการวิจัยพบ ร้อยละ 11.8-14.7⁵⁻⁶ และจะสูงขึ้นเมื่อจำหน่ายกลับบ้านและ เมื่อตรวจหลังคลอด 4-6 สัปดาห์ ความเครียดในระดับปานกลางสูงถึง ร้อยละ 64.7 และระดับสูง ร้อยละ 24.7⁷ เนื่องจากความเหนื่อยจากการเลี้ยงดูทารก ปัญหาจากการเลี้ยงดูทารก⁷ การประเมินความเครียด หลังคลอดและปัจจัยเสี่ยงก่อนจำหน่าย จึงมีความสำคัญเพื่อป้องกันความเครียดในระดับสูงในมารดาที่มี ความเครียดและมีปัจจัยเสี่ยง ความเครียดหลังคลอดยังมีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันของมารดา การดูแล ตนเอง ความผูกพันในครอบครัว⁸⁻⁹ ทำให้สัมพันธ์ภาพกับทารกลดลง มีความยากลำบากในการเลี้ยงดูทารก ไม่สนใจดูแลทารก⁵ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตของทารก ความผูกพันและสุขภาพจิตของทารก¹⁰

การศึกษาสหเหตุความเครียดของมารดาหลังคลอดทั้งในและต่างประเทศ พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แตกต่างกันไปหลากหลายปัจจัย และที่ผ่านมามีส่วนใหญ่มุ่งเน้นการศึกษาแยกในแต่ละปัจจัย เช่น ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย อายุ¹¹ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์¹² ความเหนื่อยล้าหลังคลอด ความเหนื่อยล้าจากการดูแล ทารก¹³ การบาดเจ็บจากการคลอด¹⁴ การผ่าตัดคลอด^{3,14-15} การคลอดก่อนกำหนด¹⁶ ภาวะแทรกซ้อน หลังคลอด¹⁷ มีประวัติเคยถูกทำร้ายด้านจิตใจ ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ และมีประวัติเคยบาดเจ็บ ด้านร่างกาย^{2,18} รายได้ ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาการทำงาน ความสัมพันธ์กับสามี¹⁴ ความยืดหยุ่นในครอบครัว ความผูกพันหลังคลอด ปัญหาครอบครัว¹⁷ แรงสนับสนุนทางสังคม¹ สุขภาพทารก การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่^{17,19} จะเห็นได้ว่า การศึกษาแยกแต่ละปัจจัย พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดหลังคลอดมีทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ ปัจจัยด้านการคลอดและหลังคลอด และปัจจัยด้านทารก ดังนั้น หากมีปัจจัย ร่วมจะยิ่งทำให้มารดาเกิดความเครียด มีอารมณ์แปรปรวนมากขึ้น และหากปรับตัวไม่ได้จะทำให้เกิด ความเครียดรุนแรงและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า^{4-5,18} อย่างไรก็ตาม การศึกษาความเครียดของมารดาหลังคลอด ในประเทศไทยยังมีน้อยมากและอยู่ในบริบทที่แตกต่างกัน

โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลระดับ 5 ขนาด จำนวน 350 เตียง มีจำนวน ผู้คลอดในปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 1,494, 1,419 และ 1,454 คน ตามลำดับ²⁰ เป็นโรงพยาบาลที่เน้น การให้บริการและส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก นโยบายของโรงพยาบาลในการจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ไม่มี ภาวะแทรกซ้อนค่อนข้างเร็วใน 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาแผนกผู้ป่วยในสูติรีเวช โรงพยาบาลชุมแพ ยังไม่มีการประเมินความเครียดของมารดาหลังคลอดก่อนการจำหน่าย ตามนโยบายของ กรมอนามัยที่กำหนดมาตรฐานการบริการมารดาหลังคลอด ด้วยการประเมินความเครียดมารดาหลังคลอด ก่อนจำหน่ายกลับบ้านตามแบบประเมิน 5 คำถาม (ST5) ตามนโยบายและแนวปฏิบัติของกระทรวง สาธารณสุข ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตหลังคลอดที่สำคัญ²¹ และจากการศึกษาความชุกและปัจจัย ทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น พบความชุกของภาวะซึมเศร้า หลังคลอดถึง ร้อยละ 8.5 และความเครียดเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มากที่สุด ($OR_{adj}=44.18, p<0.001$)²² สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า หลังคลอดและเป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้มากที่สุด^{7,23-25} ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเครียด

และปัจจัยทำนายความเครียดของมารดาหลังคลอด ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อใช้ผลการวิจัยในการวางแผนให้การดูแลทางด้านจิตใจ การป้องกัน การเฝ้าระวัง ลดความรุนแรงของความเครียดหลังคลอด ที่อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และส่งต่อเพื่อการรักษาในรายที่มีความเครียดมาก และป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ให้สอดคล้องกับนโยบายตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความเครียดและปัจจัยทำนายความเครียดหลังคลอดในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด biopsychosocial model ของ Engel²⁶ ที่อธิบายว่า สุขภาพและความเจ็บป่วยเกี่ยวข้องกับปัจจัยทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม ความเครียดของสตรีหลังคลอดมีมิติชีวภาพ ครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เป็นปัจจัยด้านการตั้งครรรภ์ การคลอด หลังคลอดและภาวะแทรกซ้อน มิติทางจิตใจครอบคลุมความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะอารมณ์ และมิติทางสังคมครอบคลุมปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านทารก ซึ่งความเครียดหลังคลอดไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง แต่เกิดจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้งสามมิติ²⁶ สอดคล้องกับแนวคิดการประเมินความเครียดของสตรีตั้งครรรภ์และมารดาหลังคลอด ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่เชื่อว่าความเครียดของสตรีตั้งครรรภ์และมารดาหลังคลอดมีปัจจัยส่งเสริมที่หลากหลาย²¹

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบทำนาย (predictive descriptive research) เพื่อศึกษาความเครียดและปัจจัยทำนายความเครียดหลังคลอด เก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional data collection) ในมารดาหลังคลอด 48-72 ชั่วโมงที่แผนกผู้ป่วยในสูตินรีเวช โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น

ประชากรเป็นมารดาหลังคลอด ที่มาคลอดในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่วันที่ 30 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 30 ตุลาคม 2566 ทุกรายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จนกระทั่งครบตามจำนวนที่กำหนด

การคำนวณขนาดตัวอย่าง พิจารณาตามรูปแบบการวิจัยและวิธีการทางสถิติที่ใช้วิเคราะห์ปัจจัยทำนายหลายตัวแปร (multiple analysis)²⁷ ดังนี้

$$n = \frac{\left(Z_{1-\alpha/2} \sqrt{\frac{P(1-P)}{B}} + Z_{1-\beta} \sqrt{\frac{P_0(1-P_0) + \frac{P_1(1-P_1)(1-B)}{B}}{B}} \right)^2}{[(P_0 - P_1)^2(1-B)]}$$

กำหนดใช้ค่า P_0, P_1 และ B จากการศึกษาความชุกความเครียดของมารดาหลังคลอด ที่มาคลอดในโรงพยาบาลพังโคน อำเภอฟังโคน จังหวัดสกลนคร⁶ ได้ขนาดตัวอย่างในเบื้องต้น จำนวน 196 ราย เป็นจำนวนตัวอย่างที่ได้จากการวิเคราะห์อย่างหยาบ จึงนำมาปรับค่า variance inflation factor (VIF) สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติแบบหลายตัวแปร²⁷ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วน (partial correlation coefficient) เมื่อคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการศึกษาและการวิเคราะห์ตัวแปรพหุ จึงพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วนไม่มากจนเกินไปที่จะส่งผลต่อความสัมพันธ์กันระหว่างตัวแปรต่าง ๆ (multicollinearity) ผู้วิจัยจึงเลือกค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วน เท่ากับ 0.5 จะได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 278 คน และเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้มารดา

หลังคลอดตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งอาจได้รับการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่ม จำนวน ตัวอย่างมากขึ้นอีก ร้อยละ 10²⁸ ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ จำนวน 306 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ มารดาหลังคลอดที่อยู่ในช่วง 48-72 ชั่วโมงหลังคลอดก่อน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เข้าใจ ภาษาไทย และอ่านออกเขียนภาษาไทยได้ สามารถสื่อสารให้เข้าใจได้ เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ มีประวัติได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวช มีปัญหาสายตาและการได้ยิน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ การศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อายุของสามี อาชีพสามี ลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความพึงพอใจของรายได้ ประวัติเคยถูกทำร้ายทางจิตใจ ความรุนแรงในครอบครัว 2) ข้อมูลการตั้งครรภ์และฝากครรภ์ ได้แก่ น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ ดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งการฝากครรภ์ สถานที่ฝากครรภ์ ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ ความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ 3) ข้อมูลการคลอดและหลังคลอด ได้แก่ อายุครรภ์ขณะคลอด จำนวนการตั้งครรภ์ จำนวนการแท้ง จำนวนการคลอดก่อนกำหนด วิธีการคลอด ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ความพึงพอใจในการคลอด ระยะเวลาที่ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว และ 4) ข้อมูลทารกแรกเกิด ได้แก่ น้ำหนักแรกเกิด เพศ สุขภาพหลังคลอด ความผิดปกติทางร่างกาย การนอนรักษาใน NICU การจำหน่ายพร้อมมารดา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด stress test questionnaire (ST5) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข²¹ มีคำถาม 5 ข้อ มีมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนน 0-3 คะแนนรวมทั้งหมด 15 คะแนน แบ่งความเครียดเป็น 3 ระดับ คือ เครียดน้อย/ไม่มีอาการ 0-4 คะแนน เครียดปานกลาง 5-7 คะแนน และ เครียดมาก 8-15 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความครอบคลุมและความตรงเชิงเนื้อหา (content validity/CVI) 3 ท่าน ได้ค่า CVI=1 ส่วนแบบประเมิน ST5 เป็นแบบประเมินมาตรฐานที่ใช้ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่ใช้ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กในปัจจุบัน ผู้วิจัยได้นำไปหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินอีกครั้งในมารดาหลังคลอดที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.8

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัย ข้อมูลการตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด เก็บจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) บันทึกการคลอดและแฟ้มประวัติการรักษา ส่วนแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมิน ST5 มารดาหลังคลอดเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง โดยผู้ช่วยวิจัยเข้าพบมารดาในช่วง 48-72 ชั่วโมงหลังคลอดที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูล ที่อยู่ในเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การมีส่วนร่วม การรักษาความลับ สิทธิในการปฏิเสธและการถอนตัวจากการวิจัย และให้เวลาในการตัดสินใจตามที่มารดาต้องการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics analysis) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และระดับความเครียด

2. หาคความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบสอบถามส่วนที่ 1 และความเครียดตามแบบประเมิน ST5 ด้วยไคสแควร์ (chi square) โดยจัดตัวแปรความเครียด เป็น 2 กลุ่ม คือ ความเครียดระดับน้อย (ระดับปกติ) และความเครียดระดับปานกลางถึงระดับมาก โดยการทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วย Kolmogorov-smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution) (test statistic=0.940, asymp sig=0.339, $p>0.05$)

3. วิเคราะห์สถิติการถดถอยโลจิสติกแบบสองกลุ่ม (binary logistic regression) ด้วยวิธี forward stepwise เพื่อหาปัจจัยทำนายความเครียดของมารดาหลังคลอด โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีตัวแปรตาม คือ ความเครียดหลังคลอด โดยกำหนดเป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) มีความเครียดระดับปานกลางถึงระดับมาก=1 มีความเครียดระดับน้อย=0 ส่วนตัวแปรอิสระกำหนดเป็นตัวแปรหุ่น เช่นเดียวกัน โดยกำหนดมีปัจจัยเสี่ยง=1 ไม่มีปัจจัยเสี่ยง=0

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมแพ และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ ลำดับที่ 2/2566 เลขที่ HE 661002 ลงวันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 ในมารดาที่มีอายุต่ำ 18 ปี จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองด้วย

ผลการวิจัย

คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 20-34 ปี ร้อยละ 71.9 ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 36.6 การศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 64.5 เป็นบุตรคนเดียวในครอบครัว ร้อยละ 47.1 อาศัยอยู่กับสามีและพ่อแม่ ร้อยละ 59.5 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 90.8 สามีอายุระหว่าง 20-29 ปี ร้อยละ 43.1 อาชีพรับจ้างและเกษตรกร ร้อยละ 56.9 ความสัมพันธ์ในครอบครัวรักใคร่กันดี ร้อยละ 86.3 มีความเพียงพอทางการเงิน ร้อยละ 85.9 ไม่มีประวัติเคยถูกทำร้ายทางจิตใจ ร้อยละ 95.4 ไม่มีความรุนแรงในครอบครัว ร้อยละ 86.3

น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์อยู่ระหว่าง 40-70 กิโลกรัม ร้อยละ 81.9 ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 58.8 ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ในไตรมาสแรก ร้อยละ 62.1 จำนวนการฝากครรภ์ 6-10 ครั้ง ร้อยละ 72.5 ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 90.2 ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 52.3 ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ร้อยละ 39.2 ไม่เคยแท้ง ร้อยละ 83.0 ไม่เคยคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 78.4 ตั้งใจในการตั้งครรภ์ ร้อยละ 68.7 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 90.2 ไม่มีความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 81.7

ส่วนใหญ่คลอดครบกำหนด ร้อยละ 70.6 คลอดปกติ ร้อยละ 65.4 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ร้อยละ 95.4 มีความพึงพอใจในการคลอด ร้อยละ 87.6 ไม่ทำหมัน ร้อยละ 66.4 ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือนขึ้นไป ร้อยละ 59.5

ทารกส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.6 น้ำหนักทารกแรกเกิด 2,500 กรัมขึ้นไป ร้อยละ 89.5 ทารกป่วย ร้อยละ 12.4 ไม่มีความผิดปกติของร่างกาย ร้อยละ 96.1 ได้นอนรักษาใน NICU ร้อยละ 10.5 ส่วนใหญ่จำหน่ายพร้อมมารดา ร้อยละ 92.2

ความเครียดหลังคลอดส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 84.3 ระดับปานกลางถึงระดับมาก ร้อยละ 15.7 แยกเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 13.7 ระดับมาก ร้อยละ 2.0 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละระดับความเครียดหลังคลอด

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
เครียดน้อย (0-4 คะแนน)	258	84.3
เครียดปานกลาง (5-7 คะแนน)	42	13.7
เครียดมาก (8-15 คะแนน)	6	2.0

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดหลังคลอด

เมื่อนำตัวแปรทั้งหมดมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับความเครียดหลังคลอด พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดหลังคลอด ได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี (OR=5.8, $p<0.001$) มีประวัติเคยถูกทำร้ายทางจิตใจ (OR=42.7, $p<0.001$) มีความรุนแรงในครอบครัว (OR=3.4, $p=0.002$) จำนวนการฝากครรภ์น้อยกว่า 6 ครั้ง (OR=2.9, $p=0.002$) การฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์ (OR=4.4, $p<0.001$) มีความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ (OR=9.0, $p<0.001$) ไม่ตั้งใจในการตั้งครรภ์ (OR=2.2 $p=0.010$) คลอดครบกำหนด (OR=0.4, $p=0.007$) มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด (OR=16.7, $p<0.001$) ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่า 6 เดือน (OR=2.5, $p=0.011$) และทารกเพศหญิง (OR=1.9, $p=0.033$) มีความสัมพันธ์กับความเครียดหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดหลังคลอด (n=306)

ปัจจัย	ระดับความเครียด		Crude OR (95% CI)	p-value
	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลางถึงมาก จำนวน (ร้อยละ)		
ความสัมพันธ์ในครอบครัว				<0.001
ทะเลาะ ขัดแย้ง	24 (57.1)	18 (42.9)	5.8 (2.8-12.0)	
รักใคร่กันดี	234 (88.6)	30 (11.4)	1	
ประวัติเคยถูกทำร้ายทางจิตใจ				<0.001
ไม่มี	256 (87.7)	36 (12.3)	1	
มี	2 (14.3)	12 (85.7)	42.7 (9.2-198.4)	
ความรุนแรงในครอบครัว				0.002
ไม่มี	230 (87.1)	34 (12.9)	1	
มี	28 (66.7)	14 (33.3)	3.4 (1.6-7.1)	
จำนวนการฝากครรภ์				0.002
1-5 ครั้ง	44 (71.0)	18 (29.0)	2.9 (1.5-5.7)	
6 ครั้งขึ้นไป	214 (87.7)	30 (12.3)	1	
เกณฑ์การฝากครรภ์				<0.001
ไม่ครบเกณฑ์	18 (60.0)	12 (40.0)	4.4 (2.0-10.0)	
ครบเกณฑ์	240 (87.0)	36 (13.0)		
ความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์				<0.001
ไม่มี	228 (91.2)	22 (8.8)	1	
มี	30 (53.6)	26 (46.4)	9.0 (4.5-17.2)	

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดหลังคลอด (n=306) (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับความเครียด		Crude OR (95% CI)	p-value
	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลางถึงมาก จำนวน (ร้อยละ)		
ความตั้งใจในการตั้งครรภ์				0.010
ตั้งใจ	178 (88.1)	24 (11.9)	1	
ไม่ตั้งใจ	80 (76.9)	24 (23.1)	2.22 (1.19-4.15)	
อายุครรภ์ขณะคลอด				0.007
ก่อนกำหนด	68 (75.6)	22 (24.4)	1	
ครบกำหนด	190 (88.0)	26 (12.0)	0.4 (0.2-0.7)	
ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด				<0.001
ไม่มี	254 (87.0)	38 (13.0)	1	
มี	4 (28.6)	10 (71.4)	16.7 (5.0-12.0)	
ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่				0.011
1-5 เดือน	36 (72.0)	14 (28.0)	2.5 (1.0 -5.2)	
6 เดือนขึ้นไป	222 (86.7)	34 (13.3)	1	
เพศ				0.033
ชาย	126 (88.7)	16 (11.3)	1	
หญิง	132 (80.5)	32 (19.5)	1.9 (1.0-3.6)	

ปัจจัยทำนายความเครียดหลังคลอด

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดหลังคลอดทั้งหมด 12 ตัวแปร ในตารางที่ 2 นำเข้าวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบสองกลุ่ม ด้วยวิธี forward stepwise เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายความเครียดหลังคลอด โดยกำหนดตัวแปรทั้งหมดเป็นตัวแปรหุ่น พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความเครียดหลังคลอดได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 5 ปัจจัย ได้แก่ มารดาที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีหรือมีความขัดแย้งในครอบครัวเสี่ยงต่อความเครียดหลังคลอด 5.4 เท่าของมารดาที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี ($OR_{adj}=5.4$, $p<0.001$) มารดาที่มีประวัติเคยถูกทำร้ายทางจิตใจเสี่ยงต่อความเครียดหลังคลอด 18.4 เท่าของมารดาที่ไม่มีประวัติเคยถูกทำร้ายทางจิตใจ ($OR_{adj}=18.4$, $p=0.002$) มารดาที่มีความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์เสี่ยงต่อความเครียดหลังคลอด 3.1 เท่าของมารดา ที่ไม่มีความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ ($OR_{adj}=3.1$, $p=0.011$) มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดเสี่ยงต่อความเครียดหลังคลอด 17.4 เท่าของมารดาที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ($OR_{adj}=17.4$, $p<0.001$) และมารดาที่ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่า 6 เดือน มีความเสี่ยงต่อความเครียดหลังคลอด 4.3 เท่า ของมารดาที่ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือนขึ้นไป ($OR_{adj}=4.3$, $p=0.002$) (ตารางที่ 3) โดยความสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ประวัติเคยถูกทำร้ายทางจิตใจ ความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และระยะเวลาที่ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทั้ง 5 ปัจจัยนี้ สามารถอธิบายความแปรปรวนของความเครียดหลังคลอดร่วมกันได้ ร้อยละ 42 ($R^2=0.42$, $p<0.001$) และปัจจัยที่สามารถทำนายความเครียดหลังคลอดมากที่สุด คือ ประวัติเคยถูกทำร้ายทางจิตใจ ($OR_{adj}=18.4$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายความเครียดหลังคลอดด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ปัจจัยทำนายความเครียดหลังคลอด	B	S.E.	Wald	p-value	Exp(B)	95% CI for EXP(B)	
						OR _{adj}	Lower Upper
ความสัมพันธ์ในครอบครัว	1.7	0.5	12.6	<0.001	5.4	2.1	13.7
ประวัติเคยถูกทำร้ายทางจิตใจ	2.9	0.9	10.1	0.002	18.4	3.0	111.8
ความกังวลระหว่างตั้งครรภ์	1.1	0.4	6.5	0.011	3.1	1.3	7.5
ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด	2.9	0.7	16.0	<0.001	17.4	4.3	70.5
ระยะเวลาที่ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	1.5	0.5	9.9	0.002	4.3	1.7	10.7
constant	-3.1	0.3	91.4	<0.001	0.04		

nagelkerke r square=0.42 ($R^2=42\%$) กำหนดค่า p-value<0.05

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้พบความเครียดมารดาหลังคลอด ระดับปานกลางถึงระดับมาก ร้อยละ 15.7 ซึ่งค่อนข้างสูง เนื่องจากการคลอดจะรู้สึกเครียดมากจากการนอนไม่เพียงพอ เครียดจากการให้นมบุตร เนื่องจากกลัวบุตรกินนมไม่อิ่ม ปวดแผล ปวดมดลูก ปัญหาสุขภาพของทารก ทารกเจ็บป่วย เป็นผลให้เกิดความเครียด และมีความผิดปกติทางอารมณ์⁵ ใกล้เคียงกับการศึกษาความเครียดของมารดา 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด ด้วยแบบประเมิน ST5 เช่นเดียวกัน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพราชบุรี⁵ และโรงพยาบาลพังโคน สกลนคร⁶

ปัจจัยทำนายความเครียดหลังคลอด ได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ประวัติเคยถูกทำร้ายทางจิตใจ ความวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และระยะเวลาที่ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนความเครียดหลังคลอดได้ ร้อยละ 42 อธิบายได้ว่า มารดาหลังคลอดที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวจะมีความพึงพอใจในคู่สมรส มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี มีความผูกพันที่ดีในครอบครัว มีผลให้ระดับความเครียดหลังคลอดลดลง¹ สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์กับสามีและบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวที่ดี พบว่า ความเครียดหลังคลอดลดลง^{15,19} ประวัติเคยถูกทำร้ายทางจิตใจและความวิตกกังวลระหว่างตั้งครรภ์ สามารถร่วมทำนายความเครียดหลังคลอด เนื่องจากประวัติเคยถูกทำร้ายทางจิตใจและความวิตกกังวลระหว่างตั้งครรภ์ ทำให้มารดาหลังคลอดมีความเปราะบางทางด้านจิตใจ ส่งผลให้การคิดแก้ไขปัญหาหรือเผชิญกับปัญหาได้น้อยลง และเสี่ยงต่อความเครียดหลังคลอดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด²⁹ สอดคล้องกับการศึกษามารดาหลังคลอดที่มีประวัติถูกทำร้ายทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจและมีความเครียดสูง²⁻³ ส่วนความวิตกกังวลระหว่างตั้งครรภ์สอดคล้องกับการศึกษาที่ พบว่า ความวิตกกังวลทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความเครียด^{11,17} ส่วนภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดเป็นปัจจัยทำนายความเครียดหลังคลอดที่สำคัญ อีกปัจจัยภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดส่งผลต่อสุขภาพของมารดา เป็นอุปสรรคต่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดามีผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก ทำให้มารดาเกิดความเครียด³⁰ ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ได้แก่ ตกเลือด แผลบวม แผลแยก ติดเชื้อ ทำให้มารดาหลังคลอดเป็นทุกข์ ทั้งจากความเจ็บปวด ความเสียใจ วิตกกังวล จึงเป็นตัวกระตุ้นความเครียดที่สำคัญที่ทำให้มารดาเกิดความวิตกกังวลและเกิดความเครียดหลังคลอดมากขึ้น²⁹ มารดาที่ตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่า 6 เดือน จะทำให้มีความเครียดมากขึ้น เนื่องจากการที่ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่า 6 เดือน จะมีความรู้สึกว่า อาจมีแรงกดดันจากสังคมที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่า 6 เดือน รู้สึกเป็นมารดาที่ไม่ดีที่ไม่ให้นมแม่ มารดาบางรายต้องการให้นมแม่แต่ไม่สามารถทำได้¹⁹ หรือไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้มารดาเกิด

ความเครียด²⁹ สอดคล้องกับการศึกษาในมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวใน 1 เดือนแรก พบว่า รับรู้ความเครียดน้อยกว่ามารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมผสม¹²

ส่วนความรุนแรงในครอบครัว จำนวนการฝากครรภ์และการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด และเพศของทารก ไม่สามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนความเครียดหลังคลอดได้ เนื่องจากความรุนแรงในครอบครัวเป็นภาวะกดดันที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ เกิดความวิตกกังวลทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ⁵ ความรุนแรงในครอบครัวจึงเป็นปัจจัยเดียวกับประวัติเคยถูกทำร้ายทางจิตใจ ประวัติเคยถูกทำร้ายทางจิตใจเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญที่สุดของความเครียดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด³¹ และการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ประวัติเคยถูกทำร้ายทางจิตใจเป็นปัจจัยที่ทำนายความเครียดหลังคลอดได้มากที่สุด ($OR_{adj}=18.4, p=0.002$) ดังนั้น ในการวิเคราะห์สถิติถดถอยโลจิสติกจึงเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันที่มีความสามารถในการทำนายความเครียดหลังคลอดมากที่สุดเพียงปัจจัยเดียวเข้าสมการทำนาย จำนวนการฝากครรภ์และการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด และเพศของทารก ไม่สามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนความเครียดหลังคลอดได้ เนื่องจากรวมส่วนใหญ่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และสุขภาพทารกแรกเกิดมากกว่า ร้อยละ 90 มีน้ำหนักตามเกณฑ์และมีภาวะปกติ มารดาส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการตั้งครรภ์ เป็นมารดาครรภ์ที่ 1 และ 2 อายุน้อยกว่า 35 ปี ไม่ได้ทำหมัน จึงมีโอกาสคาดหวังเพศทารกในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป นอกจากนั้น ค่านิยมของสังคมไทยในปัจจุบันเกี่ยวกับการเลือกเพศหญิงและเพศชายมีการเปลี่ยนแปลง มีความพยายามในการสร้างความเท่าเทียมทางเพศ (gender equality) จึงให้ความสำคัญกับการมีเพศหญิงเพศชายไม่แตกต่างกัน³²

สรุป

ความเครียดของมารดาหลังคลอดระดับปานกลางถึงมากพบค่อนข้างมาก มีปัจจัยทำนายความเครียดหลังคลอดที่สำคัญ ได้แก่ ประวัติเคยถูกทำร้ายทางจิตใจ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนั้น ในการดูแลมารดาหลังคลอดจึงควรประเมินความเครียดและปัจจัยเสี่ยงทุกราย เพื่อให้การเฝ้าระวัง ให้คำปรึกษาในมารดาที่มีความเครียดและมีปัจจัยเสี่ยง และส่งต่อเพื่อการรักษาในมารดาที่มีความเครียดมาก เพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและการเลี้ยงดูทารก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พบว่า ปัจจัยเสี่ยงความเครียดหลังคลอด ได้แก่ ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ประวัติเคยถูกทำร้ายทางจิตใจ ความวิตกกังวลระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และระยะเวลาที่ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงควรประเมินความเครียดมารดาหลังคลอดทุกรายก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และวางแผนทางการดูแลรายบุคคล และควรนำปัจจัยเหล่านี้ ไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมในการจัดการความเครียดหลังคลอด เช่น การทำกลุ่มสนับสนุนทางจิตใจ การส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และรูปแบบการให้คำปรึกษา เพื่อช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. สร้างโปรแกรมเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว การสนับสนุนทางจิตใจ เพื่อลดความเครียดตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ และติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะหลังคลอด

2. ควรศึกษาเชิงคุณภาพในมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงหรือมีปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความเครียดหลังคลอด เพื่อค้นหาสาเหตุเชิงลึกในมารดาหลังคลอดแต่ละราย เพื่อให้การแก้ปัญหาและดูแลมารดาแต่ละรายตามปัญหาที่พบ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ที่สนับสนุนให้ดำเนินการวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอขอบคุณหัวหน้าแผนกผู้ป่วยในสูติรีเวช ที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอบคุณมารดาหลังคลอดทุกรายที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

References

1. Wang Y, Gu J, Zhang F, Xu X. The effect of perceived social support on postpartum stress: the mediating roles of marital satisfaction and maternal postnatal attachment. *BMC Women's Health* 2023;23:482.
2. Pumek S, Kovavisarach E, Keanoppakun M, Sangpitak W. Factors predicting depression of postpartum mothers in Rajavithi Hospital. *Journal of health and nursing research* 2019;35(3):158-70. (in Thai)
3. Yakupova V, Suarez A. Postpartum PTSD and birth experience in Russian-speaking women. *Midwifery* [Internet]. 2022 [cited 2023 Nov 20]; 112:103385. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103385>
4. Walker LO, Murry N. Maternal stressors and coping strategies during the extended postpartum period: a retrospective analysis with contemporary implications. *Women's Health* 2022;3(1):104-14.
5. Phanphanich K. Study of postpartum maternal stress, Health promotion center region 5 Ratchaburi. Ratchaburi: Health promotion center region 5;2020. (in Thai)
6. Anusornteerakul S, Harnklar S, Ounkaew A, Buengmoom N. Stress, risk of depression, and depression among postpartum mothers. *Journal of phrapokklao nursing college, Chanthaburi* 2023;34(2):225-36. (in Thai)
7. Sitthiboonma N, Kantaruksa K, Supavitpatana B. Stress, social support and postpartum depression among first-time mothers. *Nursing Journal* 2020;47(2):169-79. (in Thai)
8. Dekel S, Ein-Dor T, Berman Z, Barsoumian I, Agarwal S, Pitman RK. Delivery mode is associated with maternal mental health following childbirth. *Arch Womens Ment Health* 2019;22(6):817-24.
9. Romero G, Huth-Bocks A, Puro-Gallagher E, Riggs J. Maternal prenatal depression, PTSD, and problematic parenting: the mediating role of maternal perceptions of infant emotion. *J Reprod Infant Psychol* 2021;39(2):125-39.

10. Oyetunji A, Chandra P. Postpartum stress and infant outcome: a review of current literature. *Psychiatry Res* [Internet]. 2020 [cited 2023 Dec 02];284:112769. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112769>
11. Wang Y, Gu J, Gao Y, Lu Y, Zhang F, Xu X. Postpartum stress in the first 6 months after delivery: a longitudinal study in Nantong, China. *BMJ* [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 22];13(10):e073796. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-073796>
12. Gila-Díaz A, Carrillo GH, López de Pablo AL, Arribas SM, Ramiro-Cortijo D. Association between maternal postpartum depression, stress, optimism, and breastfeeding pattern in the first six months. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [cited 2023 Dec 02];17(19):7153. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph17197153>
13. Radoš SN, Brekalo M, Matijaš M. Measuring stress after childbirth: development and validation of the maternal postpartum stress scale. *J Reprod Infant Psychol* 2023;41(1):65-77.
14. Ertan D, Hingray C, Burlacu E, Sterlé A, El-Hage W. Post-traumatic stress disorder following childbirth. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2021 [cited 2023 Nov 20];155(2021):1-9. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03158-6>
15. Grisbrook MA, Dewey D, Cuthbert C, McDonald S, Ntanda H, Giesbrecht GF, et al. Associations among cesarean section birth, post-traumatic stress, and postpartum depression symptoms. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [cited 2023 Nov 22];19(8):4900. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph19084900>
16. Sudziute K, Murauskiene G, Jariene K, Jaras A, Minkauskiene M, Virginija Adomaitiene V, Nedzelskiene I. Pre-existing mental health disorders affect pregnancy and neonatal outcomes: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2020 [cited 2023 May 22];20(419):1-7. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03094-5>
17. Mollard E, Kupzyk K, Moore T. Postpartum stress and protective factors in women who gave birth in the United States during the COVID-19 pandemic. *Women's Health* [Internet]. 2021 [cited 2023 Dec 12];17. Available from: <https://doi.org/10.1177/17455065211042190>
18. Gakanda WI, Perera Gunathilake IAGM, Kahawala NL, Ranaweera AKP. Prevalence and associated factors of posttraumatic stress disorder (PTSD) among a cohort of Srilankan post-partum mothers: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2021 [cited 2023 Dec 2];21:626. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04058-z>
19. Ayers S, Crawley R, Webb R, Button S, Thornton A. What are women stressed about after birth? *Birth* [Internet]. 2019 [cited 2023 Dec 2];46(4):678-685. Available from: <https://doi.org/10.1111/birt.12455>
20. Chum Phae Hospital Delivery Room. Birth statistics 2022. Khon Kaen: Chum Phae Hospital;2023. (in Thai)

21. Maternal and child health group, Health promotion office. Pregnancy care manual for public health personnel. Nonthaburi: Department of health, ministry of public health; 2023. (in Thai)
22. Junngam P. Prevalence and predictive factors of postpartum depression in Chumphae Hospital, Khon Kaen. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand* 2024;14(1): 33-47. (in Thai)
23. Sunthorn W, Thapinta D, Panuthai S, Xuto P. Factors explaining postpartum depression among Thai adolescent mothers. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2021;25(1):48-59.
24. Saenbunma K, Suriyanimitsuk T, Prachasisoradech K, Mamark N. Predictive factors of postpartum depression among first postpartum women. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2021;31(2):128-39. (in Thai)
25. Sangprasert A, kontha J. Predictive of postpartum depression among mothers with complications during pregnancy. *Journal of Social Science and Cultural* 2023;7(3): 101-14. (in Thai)
26. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980;137(5):535-44.
27. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Statist Med [Internet]*. 1998 [cited 2022 May 10];17(14):1623-34. Available from: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0258\(19980730\)17:143.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0258(19980730)17:143.0.CO;2-S)
28. Israel GD. Determining sample size. Florida: University of Florida Cooperative Extension Service, Institute of Food and Agriculture Sciences, EDIS;1992.
29. Kazemi F, Masoumi SZ, Soltani F, Oshvandi K, Ghelichkhani S, Niazy Z. Postpartum women's perception of stressors in the delivery ward: a qualitative study. *BMC Res Notes [Internet]*. 2020 [cited 2023 Nov 20];13:335. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13104-020-05176-1>
30. Lowdermilk DL, Cashion K, Perry SE, Alden KR, Olshansky E. Maternity and women's health care. 12th ed. USA: Mosby;2019.
31. Elwood J, Murray E, Bell A, Sinclair M, Kernohan WG, Stockdale J. A systematic review investigating if genetic or epigenetic markers are associated with postnatal depression. *J Affect Disord* 2019;253:51-62.
32. Rossutham P. Promoting equality between women and men in the perspective of the new generation in Thai society. *Journal of MCU Social Development* 2565;7(1):220-31. (in Thai)

**ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน
ต่อความรู้ ทักษะ ทักษะการปฏิบัติ และความพึงพอใจของทหาร
ณ กรมทหารราบแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย***

สุขุมล หอมวิเศษวงศา ปร.ด.** ชนิกา วรสิขฐ ปร.ด.*** อรวี ช่างเรือง พย.ม.**
 ดลวิวัฒน์ แสนโสม ปร.ด.**** มะลิวรรณ ศิลารัตน์ ปร.ด.**** วาสนา รวยสูงเนิน ปร.ด.*****
 บุษบา สมใจวงษ์ ปร.ด.**** ณิชกัฏฐ พุฒิกามิน ปร.ด.**** ปาริชาติ วงศ์ก้อม ปร.ด.****
 วิภาวดี โพธิ์โสภา ปร.ด.**** จีรวรรณ เอกอุ ปร.ด.** สุพันธ์ อุ่นใจ ปร.ด.** พิเชษฐ เรืองสุขสุด ปร.ด.****
 ชัจฉณณ์ แพรวขาว ปร.ด.***** นางลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ ปร.ด.**** ก้องหล้า แสนพันธุ์ พย.บ.*****

บทคัดย่อ

การฝึกภาคสนามของทหารมีความเสี่ยงสูงต่อการได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายต่อชีวิต การฝึกปฐมพยาบาลเบื้องต้นและช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจึงจำเป็น เพื่อเพิ่มความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นในสถานการณ์ฉุกเฉิน

บทความนี้นำเสนอผลของการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้ ทักษะการปฏิบัติ และความพึงพอใจ โดยประยุกต์ใช้ theory and practice เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นทหารกรมทหารราบแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย จำนวน 121 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ส่วน ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย หุ่นปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพ และเครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ และ 2) เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ แบบประเมินทัศนคติ แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบทีแบบจับคู่ (paired t-test)

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โดยรวม ($p < .001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติ ($p < .001$) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรม ด้านทักษะการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานถูกต้องมากกว่า ร้อยละ 80 (ร้อยละ 94.85-100) และมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการฝึกอบรมในภาพรวมอยู่ใน ระดับมากที่สุด ($M = 4.86$, $SD = .34$) ตามลำดับ

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า โปรแกรมการฝึกอบรมการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน สามารถเพิ่มความรู้ ทักษะการปฏิบัติ และสร้างความพึงพอใจให้แก่ทหาร ณ กรมทหารราบได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นในอนาคตจึงควรมีการศึกษาในกลุ่มประชากรอื่น ๆ เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เห็นผลการศึกษาที่ชัดเจน และเป็นการพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม

คำสำคัญ: การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การปฐมพยาบาลเบื้องต้นทหาร ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โปรแกรมการฝึกอบรม

เลขที่จริยธรรมการวิจัย HE662309 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
 วันที่รับบทความ 24 กุมภาพันธ์ 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 25 เมษายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 19 พฤษภาคม 2568

*ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ประสานงานบรรณกิจ chanikawor@kku.ac.th

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*****รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*****พยาบาลวิชาชีพ หน่วยกู้ชีพ (CPR) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Effects of a first aid and basic life support training program on knowledge, attitudes, practical skills, and satisfactions among soldiers at a military armed force in Northeastern Thailand*

Sukuman Homvisetvongsa Ph.D.** Chanika Worasith Ph.D.*** Orawee Changrueang M.N.S.**
 Donwiwat Saensom Ph.D.**** Maliwan Silarat Ph.D.**** Wasana Ruaisungnoen Ph.D.*****
 Busaba Somjaivong Ph.D.**** Nichapatr Phutthikhamin Ph.D.**** Parichat Wonggom Ph.D.****
 Wiphawadee Potisopha Ph.D.**** Jeerawan Ek-U Ph.D.** Supan Unjai Ph.D.** Piches Ruangsuksud Ph.D.****
 Chatkhane Pearkao Ph.D.***** Nonglak Methakanjanasak Ph.D.**** Konglar Saenpan B.N.S.*****

Abstract

Military field training involves risks of injury or death. First aid and basic life support training is essential to enhance the ability of soldiers to help themselves and others in emergency situations.

This quasi-experimental study with one-group pre-posttest design aimed to examine the effects of a first aid and basic life support training program on knowledge, attitudes, practical skills, and satisfactions. The concept of theory and practice was applied as a framework. Sample were 121 soldiers at a military armed force in Northeastern Thailand. The research instruments consisted of 2 parts: 1) the experimental instruments including of a resuscitation mannequin and an automated external defibrillator, and 2) data collection tools consisting of five parts: a demographic data questionnaire, a knowledge assessment form, an attitude assessment form, a first aid and basic life support skills assessment form, and a satisfaction questionnaires. Descriptive statistics and paired t-test were used for data analysis.

The results showed that after participating in the training program; the sample group's overall knowledge score ($p < .001$) and average attitude score ($p < .001$) statistically significantly increased compared to before participating in the training program; their first aid and basic life support skills were practicing correct higher than 80 percent (94.85-100%); and their overall satisfaction with the training was at the highest level ($M=4.86$, $SD=.34$), respectively.

The study concluded that the first aid and basic life support training program effectively improved knowledge, attitudes, practical skills, and satisfaction among soldiers in the military armed force. Therefore, future studies should be conducted in other population groups to demonstrate clearer results and to develop knowledge and practical skills continuously and comprehensively.

keywords: basic life support military; first aids; linking theory and practice as a framework; training programs

Ethical approval: HE662309, Plagiarism checked, 3 Reviewers.

Received 24 February 2025, Revised 25 April 2025, Accepted 19 May 2025

*This study was supported by Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author, E-mail: chanikawor@kku.ac.th

****Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*****Associate professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*****Professional nurse, Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) unit, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

บทนำ

ในสถานการณ์ฉุกเฉิน ได้แก่ การได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุ หรือเหตุการณ์ไม่คาดฝันต่าง ๆ ที่อาจส่งผลต่อการสูญเสียชีวิต การช่วยเหลือปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่ถูกต้องเหมาะสม รวมถึงการช่วยฟื้นคืนชีพที่มีประสิทธิภาพในกรณีจำเป็นเร่งด่วน จะช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ที่ประสบเหตุการณ์ได้เกือบ ร้อยละ 50¹ ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์จะต้องมีความรู้และทักษะที่ดี ในการประเมินสถานการณ์ ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นที่เร่งด่วน ซึ่งในบางครั้งมีความจำเป็นต้องกดนวดหัวใจและใช้เครื่องกระตุกหัวใจ (automated external defibrillator: AED) ให้เร็วที่สุด แจ้งระบบฉุกเฉินทางการแพทย์เพื่อขอความช่วยเหลือและให้การดูแลต่อเนื่องจนกว่าบุคลากรทางการแพทย์จะมาถึงหรือผู้ประสบเหตุมีอาการดีขึ้น² ในบางครั้งผู้พบเห็นเหตุการณ์ไม่สามารถให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นได้ เนื่องจากสาเหตุสำคัญ ได้แก่ การขาดความรู้และทักษะ ความไม่มั่นใจ เพราะเกรงจะทำให้เกิดอันตรายมากยิ่งขึ้น กลัวการถูกฟ้องร้อง และคิดว่าการช่วยเหลือเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น³

การปฐมพยาบาลเบื้องต้นเป็นการช่วยเหลือเบื้องต้น เมื่อเกิดเหตุหรืออุบัติเหตุแก่บุคคล ก่อนนำส่งโรงพยาบาล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการบาดเจ็บเพิ่มขึ้น พิการ หรือเสียชีวิต ทั้งนี้ การปฐมพยาบาลสามารถทำได้โดยผู้พบเห็นเหตุการณ์หรือผู้ป่วยเอง โดยใช้อุปกรณ์ปฐมพยาบาลน้อยที่สุดหรือไม่มีเลย⁴ ในขณะที่การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเป็นการเริ่มต้นกดนวดหัวใจ เพื่อช่วยเหลือในผู้ที่ไม่ตอบสนองและมีการหายใจผิดปกติหรือหยุดหายใจ ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือโดยการปฐมพยาบาลเบื้องต้น หรือการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ผู้ให้การช่วยเหลือจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้อง และทัศนคติที่ว่าการให้ความช่วยเหลือที่ทันเวลาเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ที่มีโอกาสประสบเหตุการณ์ที่จำเป็นต้องให้การปฐมพยาบาลหรือช่วยฟื้นคืนชีพบุคคลรอบข้างได้บ่อยครั้ง⁵

ทหารเป็นกลุ่มมีความเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บมากกว่ากลุ่มอื่น เพราะต้องมีการฝึกภาคสนามเป็นระยะ ทำให้มีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับบาดเจ็บหรือเกิดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและอุบัติเหตุ เช่น หมดสติ ภาวะหัวใจหยุดเต้น เป็นลมแดด การมีบาดแผล แผลไฟไหม้ ถูกงูกัด กระดูกหัก และรับประทานยาเกินขนาด⁶ ซึ่งการช่วยเหลือจำเป็นต้องประเมินความรุนแรงและให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้องตามสถานการณ์ที่มีความแตกต่างกัน ทหารจึงจำเป็นต้องมีวิธีการรับมือและตัดสินใจให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวดเร็วในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล เพื่อช่วยชีวิต ลดความรุนแรง บรรเทาความเจ็บปวดทรมาน ป้องกันความพิการและช่วยให้กลับสู่สภาพเดิมโดยเร็ว² การให้ความรู้และทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง⁷ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการช่วยปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นของทหาร ณ กองทหารราบ เพื่อให้มีความรู้ ทักษะ รวมถึงทัศนคติ การปฏิบัติปฐมพยาบาลและการฟื้นคืนชีพเบื้องต้นและสามารถนำไปใช้ได้ สถานการณ์จริงที่อาจเกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ ขึ้น ได้แก่ ผู้ที่ยังไม่มีความรู้และประสบการณ์การอบรมมาก่อน รวมทั้งเป็นการนำเสนอข้อมูลและการดูแลที่เป็นปัจจุบันในการช่วยปฐมพยาบาลเบื้องต้นและฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเพื่อสามารถนำไปใช้ได้ถูกต้องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการฝึกอบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้ ทัศนคติ ทักษะการปฏิบัติ และความพึงพอใจของทหารในกรมทหารราบแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สมมุติฐานการวิจัย

- 1) คะแนนเฉลี่ยของความรู้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของทหาร ก่อนและหลังการฝึกอบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานแตกต่างกัน
- 2) คะแนนเฉลี่ยของทัศนคติในการช่วยฟื้นคืนชีพและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นของทหาร ก่อนและหลังการฝึกอบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานแตกต่างกัน
- 3) คะแนนเฉลี่ยของทักษะการปฏิบัติการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานหลังการอบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของทหารผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 ขึ้นไป
- 4) คะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจหลังการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นของทหารอยู่ในระดับมากขึ้นไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิด theory and practice^๑ ที่มีการนำไปใช้ในการเรียนการสอน หลากหลายที่ และพบว่า มีประสิทธิภาพ^{4,7,9} โดยแนวคิดนี้เชื่อว่าการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติสามารถ ส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ และทักษะเพิ่มขึ้นได้ เนื่องจากการพัฒนาองค์ความรู้ที่เป็นระบบและมีการลงมือ ทำด้วยตนเอง รวมทั้งมีการให้ความรู้และแก้ไขข้อผิดพลาดของผู้เรียนโดยผู้สอนที่มีความเชี่ยวชาญ^{4,7} ผู้วิจัย จึงนำมาใช้เพื่อออกแบบกิจกรรมในโปรแกรมการฝึกอบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพ ขั้นพื้นฐานให้กับกลุ่มทหาร ซึ่งเป็นการสอนตามคุณลักษณะการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ที่มีความแตกต่างกัน มีการให้ ความรู้ทางทฤษฎีก่อน และมีสมมติฐานการให้ทักษะปฏิบัติโดยการฝึกปฏิบัติจริงตามทฤษฎี ประกอบด้วย

- 1) การให้ความรู้การปฐมพยาบาลในสถานการณ์ ฉุกเฉิน ได้รับยาเกินขนาด บาดแผล ไฟไหม้น้ำร้อนลวกและ กระดูกหัก และให้ความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ร่วมกับการเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการปฐมพยาบาล เบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน
- 2) การฝึกปฏิบัติการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพ ขั้นพื้นฐาน โดยจัดเป็นฐานการฝึกปฏิบัติ จำนวน 4 ฐาน เพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้นำใช้ความรู้ที่ได้รับไปทดลอง ใช้ฝึกปฏิบัติจริง ซึ่งจะมีการประเมินทักษะการปฏิบัติของผู้เข้าอบรมโดยใช้แบบประเมินทักษะการปฏิบัติ และ มีการประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าอบรมเพราะเป็นการสะท้อนผลลัพธ์ของโปรแกรมการฝึกอบรม

วิธีการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 1 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (quasi-experimental one group pre-post test research) เพื่อศึกษาผลของการฝึกอบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้น พื้นฐานต่อความรู้ ทัศนคติ ทักษะการปฏิบัติ และความพึงพอใจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ทหาร กรมทหารราบแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของ ประเทศไทย จำนวน 200 นาย ที่ปฏิบัติงานในช่วงของการทำวิจัย คือ เดือนพฤษภาคม 2567 โดยผู้วิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และกลุ่มตัวอย่างต้องให้ ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากกำหนดขนาดอิทธิพล ขนาดกลาง เท่ากับ 0.30 กำหนดอำนาจทดสอบ เท่ากับ 0.80 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha=0.05$ กำหนด การทดสอบสมมติฐาน แบบสองทาง (two-tailed test) โดยใช้การอ้างอิงจากงานวิจัยของนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ และคณะ^๑ ที่ทำการศึกษาในกลุ่มการปฐมพยาบาลเบื้องต้นของประชากรวัยแรงงาน

จังหวัดขอนแก่น ได้จำนวน 100 คน และการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 30 เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 130 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มคัดเข้า ได้แก่ 1) เพศชายและหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ไม่มีโรคประจำตัวที่มีผลต่อการทดสอบ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง หอบ เหนื่อย เป็นต้น 3) เป็นนายทหารประจำการใหม่ หรือเป็นนายทหารประจำการ กรมทหารราบแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เกณฑ์ในการคัดเลือกรับจากการศึกษา ได้แก่ 1) ได้รับการฝึกอบรมการปฐมพยาบาลและช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นน้อยกว่า 6 เดือน และ 2) ไม่สามารถเข้ารับการฝึกอบรมครบตามเวลา 3) อาสาสมัครขอถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังนี้

1. เครื่องที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มีการหาความตรงด้านเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือในการวิจัย ทั้ง 5 ส่วน โดย ผู้ทรงคุณวุฒิโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน และพยาบาลชำนาญการด้านการช่วยฟื้นคืนชีพ 3 ท่าน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่งงาน ประสบการณ์การฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐานที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น พัฒนาจากนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ และคณะ⁹ ในประเด็นถูกต้อง ได้รับยาเกินขนาด บาดแผล/ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และภัยอันตรายของกระดูกกล้ำเนื้อและข้อต่อ คำถามแบบเลือกตอบถูก/ผิด จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 0-20 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นมาก โดยมีค่า CVI=0.86 และ KR-20=0.70 และแบบวัดความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น (basic life support) ซึ่งทีมผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถาม 10 ข้อ ประกอบด้วย ข้อบ่งชี้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพ และการใช้เครื่อง AED คำถามแบบเลือกตอบถูก/ผิด โดยมีข้อถูก 5 ข้อ และข้อผิด 5 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 0-10 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นมาก โดยมีค่า CVI=0.88 และ KR-20=0.85

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น พัฒนาจากนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ และคณะ⁹ จำนวน 5 ข้อ และแบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จำนวน 5 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน likert scale มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 5 คะแนน เห็นด้วยได้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ได้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ได้ 2 คะแนน และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 1 คะแนน รวมตั้งแต่ 1-25 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นมาก โดยมีค่า CVI ของแบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น เท่ากับ 0.90 และ cronbach's alpha=0.75 และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมาก โดยมีค่า CV=0.85 และ cronbach's alpha=0.78 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินทักษะปฏิบัติการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ขั้นตอนการช่วยเหลือผู้ที่ถูกงูกัด จำนวน 6 ข้อ ได้รับยาเกินขนาด จำนวน 6 ข้อ บาดแผล/ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จำนวน 5 ข้อ และภัยอันตรายของกระดูกกล้ำเนื้อและข้อต่อ จำนวน 20 ข้อ รวมทั้งสิ้น 33 ข้อ หากปฏิบัติได้รับการประเมินให้คะแนน 1 คะแนน และ หากไม่ปฏิบัติจะได้ 0 คะแนน การประเมินทักษะปฏิบัติผ่าน คือ ได้คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป โดยมีค่า CVI =0.95 และ KR-20=0.83 และ

แบบประเมินทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ประกอบด้วย ขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพ การประเมิน และจัดการความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม การประเมินผู้หมดสติ การขอความช่วยเหลือ ขั้นตอนการกดหน้าอก และการประเมินผู้หมดสติหลังทำการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น จำนวน 10 ข้อ หากปฏิบัติได้ถูกต้องและครบถ้วนทุกขั้นตอน ได้รับการประเมินให้คะแนน 2 คะแนน หากปฏิบัติแต่ไม่ถูกขั้นตอนได้ 1 คะแนน และ หากไม่ปฏิบัติจะได้ 0 คะแนน การประเมินทักษะปฏิบัติผ่าน คือ ได้คะแนน ร้อยละ 80 (16 คะแนน) โดยมีค่า $CVI=0.95$ และ $cronbach's\ alpha=0.91$

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพึงพอใจต่อการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็น 5 ด้าน จำนวนทั้งสิ้น 16 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบ likert scale มี 5 ระดับ การแปลผลตามคะแนน 5 อันตรภาคชั้น¹⁰ คือ คะแนน 1.00-1.80 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด คะแนน 1.81-2.60 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจน้อย คะแนน 2.61-3.40 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจปานกลาง คะแนน 3.41-4.20 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจมาก คะแนน 4.21-5.00 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด โดยมีค่า $CVI=.89$ และ $cronbach's\ alpha=0.94$

2. เครื่องมือที่มีใช้ในการทดลอง หุ่นปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพและเครื่อง AED 10 เครื่อง มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของหุ่นทุกตัว และมีการ calibrate ทุก 6 เดือน ล่าสุดเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 ทีมงานทั้ง 16 คน เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสอนและปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น โดยมีการอบรมจากเจ้าหน้าที่พยาบาลที่เชี่ยวชาญ และมีการทำ inter-rater reliability ผลพบว่า หุ่นปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพและเครื่อง AED ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95) มีความสอดคล้องในแนวเดียวกันแบบประเมินทักษะ ซึ่งสอดคล้องกับผลการตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินที่ใช้

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น หมายเลข HE662309 รับรองเมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมในงานวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูล ดังต่อไปนี้

1) ก่อนจัดอบรมฯ ผู้วิจัยและคณะได้เข้าพบ ผู้บัญชาการ เพื่อประชาสัมพันธ์ข้อมูลโครงการวิจัยนี้ต่อทหารทุกนาย โดยให้โอกาสเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจและให้เวลาตัดสินใจเป็นระยะเวลา 7 วัน

2) ในวันที่จัดอบรมฯ เจ้าหน้าที่และนักศึกษาของคณะพยาบาลที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้ เป็นผู้ประเมินโดยทำการสอบถามและตรวจสอบกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า โดยเฉพาะโรคประจำตัวที่มีผลต่อการทดสอบ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง หอบ เหนื่อย เป็นต้น แล้วจึงสอบถามความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย กรณีที่ทหารตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จะให้มีการลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย แล้วให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความรู้และทัศนคติต่อการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานก่อนการทดลอง ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

3) กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการสอนและฝึกปฏิบัติการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน อย่างน้อย 1 ครั้ง โดยผู้วิจัยและทีมผู้สอน คือ อาจารย์จากสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และเป็นผู้ให้คะแนนการฝึกปฏิบัตินั้น ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 3 ชั่วโมง

4) เมื่อสิ้นสุดการฝึกอบรมฯ กลุ่มตัวอย่างทุกคนต้องเข้าร่วมกิจกรรมการประเมินผลในภาพรวมร่วมกัน และให้กลุ่มตัวอย่างที่ทำแบบสอบถามความพึงพอใจในการเข้าอบรมครั้งนี้ ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างทำการวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window version 21 ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทัศนคติก่อนและหลังการทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบ paired t-test เนื่องจากมีการทดสอบเบื้องต้น พบว่ามีการกระจายข้อมูลเป็นโค้งปกติ 3) คะแนนทัศนคติ ความพึงพอใจ และทักษะการปฐมพยาบาลและช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น นำมาวิเคราะห์ด้วยคะแนนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4) ระดับนัยสำคัญทางสถิติแบบสองทาง ค่า $p < .05$

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้เป็นพลทหารประจำการทั้งหมด จำนวน 132 นาย แต่มีเพียง 121 นาย ที่สามารถเข้าร่วมและฝึกปฏิบัติการอบรมได้ครบทุกฐานและอยู่ได้ตลอดในการศึกษารั้วนี้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 121 นาย มาวิเคราะห์ ซึ่งพบข้อมูลทั่วไปดังนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 18-29 ปี ($M=20.00$, $SD=4.23$) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 50 คน (ร้อยละ 31.3) สถานะภาพโสด 115 คน (ร้อยละ 95) กลุ่มตัวอย่างทุกคนเคยได้รับการฝึกอบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน มากกว่า 6 เดือน

ภายหลังการอบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้น กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ ($p < .001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติ ($p < .001$) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ($p < .001$) และทัศนคติ ($p = .023$) ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลำดับ ดังตารางที่ 1 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานได้ถูกต้อง โดยได้คะแนนมากกว่า ร้อยละ 80 ดังตารางที่ 2 และผลการประเมินความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุดในทุกหัวข้อการอบรม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้และทัศนคติในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ก่อนและหลังการทดลอง ($N=121$)

หัวข้อ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	P-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ในด้านการปฐมพยาบาลเบื้องต้น						
คะแนนรวมของความรู้	16.76	2.57	18.18	4.02	-7.21	<.001
คะแนนรวมด้านทัศนคติ	19.28	1.40	19.76	5.05	-1.06	<.001
ในด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน						
คะแนนรวมของความรู้	6.85	1.06	7.41	1.40	-5.57	<.001
คะแนนรวมด้านทัศนคติ	18.83	2.11	19.28	2.23	-2.3	.023

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามทักษะการปฏิบัติการปฐมพยาบาลและช่วยชีวิตเบื้องต้น (N=121)

หัวข้อ	Mean	SD	ร้อยละ	แปลผล
การดูแลผู้บาดเจ็บจากสัตว์มีพิษกัดต่อย	6.00	0.00	100	ผ่าน
การดูแลผู้ได้รับอันตรายจากยาและสารพิษ	5.98	1.30	99.67	ผ่าน
การดูแลบาดแผลการดูแลผู้บาดเจ็บกระดูกหัก	5.00	0.00	100	ผ่าน
การช่วยชีวิตเบื้องต้น	18.97	1.55	94.85	ผ่าน

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละของระดับความพึงพอใจต่อการฝึกอบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (N=121)

หัวข้อ	Mean	SD	ร้อยละ
1. ด้านวิทยากร และสมาชิกทีม/วิธีการสอน	4.66	0.50	มากที่สุด
2. ด้านเอกสารประกอบการสอน/อุปกรณ์	4.60	0.61	มากที่สุด
3. ด้านสถานที่/ระยะเวลา/ประชาสัมพันธ์	4.62	0.63	มากที่สุด
4. ด้านการนำความรู้ไปใช้	4.67	0.61	มากที่สุด
5. ความพึงพอใจในภาพรวม	4.86	0.34	มากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า การฝึกอบรมการช่วยปฐมพยาบาลเบื้องต้นและฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของทหาร มีผลสัมฤทธิ์ในด้านต่าง ๆ ตามสมมติฐาน ดังนี้

1. ความรู้ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานแตกต่างกันภายหลังได้รับการฝึกอบรม โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยผลต่างของความรู้ในการปฐมพยาบาลสูงขึ้น ($p < .001$) และความรู้ช่วยชีวิตเบื้องต้นสูงขึ้น ($p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการได้รับการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ว่า โปรแกรมการฝึกอบรมที่มีการสอนทางทฤษฎีร่วมกับการได้ฝึกปฏิบัติทำให้ความรู้ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญพักตร์ ไชยสงเมือง และคณะ¹¹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเป็นการโปรแกรมการสอนในกลุ่มย่อยที่มีสื่อการสอน คู่มือ และการฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลอง โดยนักศึกษาคณะแพทยศาสตร์ชั้นปีที่หนึ่ง ภายหลังการสอนอาสาสมัครมีความรู้ของการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้นหลังการทดลองทันทีที่สูงกว่าก่อนฝึกอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งนี้ อาจเกิดจากการที่ผู้สอนเป็นผู้เชี่ยวชาญ ทำให้สามารถถ่ายทอดความรู้ได้อย่างถูกต้องชัดเจนและเหมาะสม¹² รวมทั้งการสอนและฝึกปฏิบัติในกลุ่มย่อย ช่วยให้ผู้เรียนมีความรู้จากการที่คิดวิเคราะห์และเกิดประสบการณ์ที่ช่วยให้พัฒนาองค์ความรู้ได้ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎี theory and practice^{8,13}

2. ทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

ผลการศึกษา พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ($p < .001$) และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ($p = .023$) ก่อนการอบรม มีความแตกต่างเมื่อเปรียบเทียบกับหลังการอบรม ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการออกแบบโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้แนวคิด theory and practice ของ Jarvis⁸

ซึ่งเน้นการผสมผสานระหว่างภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติผ่านฐานการเรียนรู้ 4 ฐาน สอดคล้องกับบริบทการทำงานจริงของทหารที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ฉุกเฉินหลากหลายรูปแบบ เช่น ความพร้อมในการช่วยชีวิต เมื่อมีความรู้และทักษะ และการตระหนักถึงความจำเป็นของการช่วยชีวิตเบื้องต้นต่อชุมชน แสดงให้เห็นถึงผลของโปรแกรมนี้สามารถเพิ่มความมั่นใจและความตระหนักต่อการช่วยเหลือสังคมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นางสาวลักษณ เมธากาญจนศักดิ์ และคณะ⁹ ที่พบว่า การให้ความรู้และฝึกปฏิบัติช่วยเพิ่มความมั่นใจในการช่วยเหลือผู้อื่น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีขึ้นหลังการได้รับการอบรม

3. ทักษะการปฏิบัติการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทักษะการปฐมพยาบาลและช่วยชีวิตเบื้องต้นอยู่ในคะแนน ร้อยละ 94.85 ถึง 100 และผ่านการเกณฑ์ทุกคนภายหลังได้รับการฝึกอบรมตามโปรแกรม โดยคะแนนความรู้ภายหลังฝึกอบรมที่เพิ่มมากขึ้น เพราะได้รับความรู้จากผู้เชี่ยวชาญ^{6,13} ซึ่งผู้วิจัยและทีมได้รับการอบรมและเป็นผู้เชี่ยวชาญการสอนอยู่แล้วจึงสามารถสอนและให้ข้อเสนอแนะได้ และจัดโปรแกรมโดยแยกฐานเพื่อฝึกปฏิบัติแบบกลุ่มย่อยโดยประเมินผลแบบผ่านและไม่ผ่าน หากไม่ผ่านสามารถให้ความรู้และข้อแนะนำในการฝึกเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถนำไปพัฒนาทักษะเพิ่มขึ้นได้ ซึ่งทักษะที่เกิดจากการเรียนรู้อาจเกิดจากการสอนแบบบูรณาการ คือ เรียนรู้ทฤษฎีและได้รับการฝึกปฏิบัติสามารถพัฒนาความรู้และทักษะการคิดและการปฏิบัติได้เพิ่มมากขึ้น¹⁴

4. ความพึงพอใจหลังการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจหลังการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นของทหารอยู่ใน ระดับมากขึ้นไป โดยผลการประเมินในภาพรวมการฝึกอบรมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.86$, $SD=.34$) สอดคล้องกับแนวทางมาตรฐานของ American heart association⁴ ที่ระบุว่า การฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพที่มีคุณภาพจำเป็นต้องอุปกรณ์ที่ได้มาตรฐาน และผู้สอนที่เชี่ยวชาญที่สามารถให้ข้อมูลย้อนกลับสำหรับฝึกปฏิบัติ เพราะจะช่วยให้ผู้เรียนได้พัฒนาทักษะที่ถูกต้องและเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ นอกจากนี้ ด้านการนำความรู้ไปใช้ก็อยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.67$, $SD=.61$) เนื่องจากทหารมีความตระหนักถึงความสำคัญของทักษะดังกล่าวต่อการปฏิบัติหน้าที่ สอดคล้องกับการศึกษาของวิริยุทธ หมื่นบุญมี⁶ ที่พบว่า ลักษณะการปฏิบัติงานของทหารมีความเสี่ยงสูงจากการฝึกและการปฏิบัติการในพื้นที่ยากลำบาก การมีความรู้และทักษะด้านการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติการและลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นจากเหตุการณ์ฉุกเฉินต่าง ๆ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่การแพทย์มีความล่าช้าหรือจำกัด ดังนั้นความพึงพอใจในการจัดอบรมสามารถสะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการฝึกอบรมที่ผู้เรียนได้รับความรู้แบบผสมผสานทั้งทฤษฎีและปฏิบัติมีประสิทธิภาพอีกทางหนึ่งได้เช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า การจัดทำโปรแกรมการสอนและสาธิตเพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะ และการฝึกปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ได้ทันที และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้เรียนได้อย่างหลากหลายตามความเหมาะสมมากขึ้นในอนาคต ดังนี้

1. หากสามารถทำการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบแบบ 2 กลุ่ม ก็จะสามารถได้ผลการศึกษาที่ชัดเจนมากขึ้น

2. ควรการมีการติดตามผลมากกว่า 1 ครั้ง เช่น หลังเสร็จสิ้นการอบรม 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อตรวจสอบความคงอยู่ของความรู้และทักษะ และจะได้นำข้อมูลไปสู่การพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมต่อไป

3. กลุ่มตัวอย่างนี้เป็นทหารบางส่วนของกรมทหารราบแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ดังนั้น หากมีการทำวิจัยในอนาคตในกลุ่มทหารตามหน่วยอื่น ๆ หรือในกลุ่มบุคคลอื่นทั่วไป จะทำให้สามารถเห็นผลของศึกษาในประเด็นการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานมากขึ้น เพื่อเป็นการพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมในทุกกลุ่มประชากรมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์และเจ้าหน้าที่ทุกท่านจากสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ทุกท่าน รวมถึงนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ที่มีจิตอาสาเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ รวมถึงหน่วยวิจัยและนวัตกรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนทั้งในด้านงบประมาณการวิจัยและการตีพิมพ์ผลงานความสำเร็จในครั้งนี้ เป็นผลจากความร่วมมือของทุกภาคส่วน และถือเป็นความภาคภูมิใจร่วมกันของทุกคน

References

1. American Heart Association. 2005 International consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. Part 4: adult basic life support [Internet]. Dallas: American Heart Association; 2005 [updated 2025; cited 2023 Oct 4]. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIRCULATIONAHA.105.166553>
2. American Heart Association. Highlights of the 2020 American heart association guidelines for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiovascular care (ECC) [Internet]. Dallas: American Heart Association; 2020 [updated 2025; cited 2023 Feb 20]. Available from: https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020_ecc_guidelines_english.pdf
3. Munot S, Rugel EJ, Bray J, Redfern J, Yang G, Ngo L, et al. Examining training and attitudes to basic life support in multi-ethnic communities residing in New South Wales, Australia: a mixed-methods investigation. *BMJ Open* 2023;13(7):e073481.
4. Al Gharsan M, Alarfaj I. Knowledge and practice of secondary school teachers about first aid. *J Family Med Prim Care* 2019;8(5):1587-93.
5. National Institute for Emergency Medicine. Basic resuscitation for the public [internet]. Bangkok: National Institute for Emergency Medicine; 2020 [cited 2024 Jan 23]. Available from: http://www.niems.go.th/th/Upload/File/255608011621344898_y74x26EoCE6JYUlg.pdf
6. Muenboonme W. Effect of an integrated program for disaster management and mass casualty incident on capacity of enlisted soldiers: a case study of the 21st military circle in Nakhon Ratchasima [Master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2020. (in Thai)

7. Krairojananant N. Emergency care according to pre-hospital trauma life support (PHTLS): prehospital assessment & care. In: proceedings of the academic conference on out-of-hospital patient care for advanced emergency medical technicians; Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province; 2020. (in Thai)
8. Jarvis P. The theory and practice of teaching. 2nd ed. London: Routledge; 2006. p.30-45.
9. Methakanjanasak N, Surit P, Ruaisungnoen W, Saesom D, Somjaivong B, Silarat M, et al. Effects of the workshop training on knowledge, attitudes, and skills of basic first-aid among working-age people. *Journal of Nursing Science & Health* 2021;44(3):58–70. (in Thai)
10. Chaisongmuang P, Pearkao C. Effects of first aid to sudden cardiac arrest program for high-school students in northeast Thailand. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2018;28(2):118-32. (in Thai)
11. Rojanaprasert P, Thohinung U. Effects of an emergency first aid knowledge and skills programs on youth in case of tourist emergency in the flower village of klong 15, Nakhon Nayok Province. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2023;16(1):176-89. (in Thai)
12. Thongpo P, Udomchaikul K. Effects of a cardiopulmonary resuscitation training program on knowledge, perceived self-efficacy in cardiopulmonary resuscitation, and chest compression performance among nursing students. *Ramathibodi Nursing Journal* 2020; 26(1):107-21. (in Thai)
13. Chanchang J. Integrated teaching and learning management for the development of higher order thinking skills: learning to practice. *Journal of Education Studies* 2020; 48(3):78-89. (in Thai)
14. Nathaphan S. Probability and statistics. Revised ed. Bangkok: SE-Education Public Company; 2013. p.12-3.

ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา สำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง*

ศิริพร ในพิมาย พย.บ.** ลดาวัลย์ พันธุ์พานิชย์ ปร.ด.***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคมะเร็งเข้ารับการรักษภายในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 4C โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 38 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 19 คน และกลุ่มทดลอง 19 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการความปวดฯ ที่พัฒนาขึ้น และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานของหน่วยงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย และแบบบันทึกกรมประเมินความปวดสำหรับผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น 2) เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา สำหรับผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และ 3) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความปวด brief pain inventory ฉบับภาษาไทย (BPI-T) แบบบันทึกกรมประเมินความปวดสำหรับผู้สูงอายุ และแบบบันทึกโปรแกรมการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ของแบบบันทึกกรมประเมินความปวดสำหรับผู้สูงอายุ โปรแกรมในการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกโปรแกรมการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาได้ เท่ากับ 0.83, 0.83, 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ ตรวจสอบความเชื่อมั่นแบบประเมิน BPI-T ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่ม ด้วยสถิติ chi square test, fisher's exact test และ independent t test ทดสอบการกระจายของข้อมูล โดยใช้สถิติ shapiro wilk test พบว่า ข้อมูลตัวแปรตามมีการกระจายข้อมูลแบบโค้งปกติ จึงเปรียบเทียบค่าคะแนนความปวดก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม ด้วยสถิติ paired t-test เปรียบเทียบคะแนนความปวดก่อนการทดลอง คะแนนความปวดหลังการทดลอง รวมทั้งค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนความปวดก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม ด้วยสถิติ independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดในกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=1.56\pm1.30$) น้อยกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}=4.44\pm1.63$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดในกลุ่มควบคุม ($\bar{X}=1.96\pm1.63$) น้อยกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}=4.37\pm1.97$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดในกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=2.88\pm.80$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}=2.40\pm.61$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.024$) ซึ่งให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการความปวดฯ ที่พัฒนาขึ้นสามารถลดความปวดได้มากกว่าการดูแลตามมาตรฐานเดิม จึงควรนำโปรแกรมการจัดการความปวดฯ ไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุโรคมะเร็ง และผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

คำสำคัญ : การจัดการอาการโดยวิธีไม่ใช้ยา ความปวด ผู้สูงอายุ โรคมะเร็ง

เลขที่จริยธรรมการวิจัย HE651035 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

วันที่รับบทความ 3 กุมภาพันธ์ 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 20 พฤษภาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 18 มิถุนายน 2568

*งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับการสนับสนุนจากศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน งบประมาณ

สนับสนุนจากทุนสนับสนุนมูลฐาน Fundamental Fund:FF ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น กองทุนส่งเสริม ววน.

**นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ

อีเมล ladpan@kku.ac.th

Effects of a non-pharmacological pain management program on older people with cancer in an internal medicine ward of a university hospital*

Siriporn Naiphimai B.N.S.** Ladawan Panpanit Ph.D.***

Abstract

This study employed a quasi-experimental research with a two-group pre-posttest design. The objective was to investigate the effects of a non-pharmacological pain management program for older people with cancer. The sample group consisted of 38 older people diagnosed with cancer admitted at the female medical ward 4C, Srinagarind Hospital, divided into a control group (n=19) and an experimental group (n=19). The experimental group received the developed program, while the control group received standard care of the study setting.

Research instruments included three categories: 1) instruments for screening sample into the study, including the depression screening tool, the Thai Mini-Mental State Examination (TMSE), and the innovative pain assessment form for older people (developed by the researchers); 2) instruments for conducting the study, which was a non-pharmacological pain management program for older people developed by the researcher; and 3) instruments for data collection, comprising a demographic data questionnaire, the Brief Pain Inventory Thai version (BPI-T), the innovative pain assessment form for older people, and a non-pharmacological pain management record form. The instruments were verified by five experts. Validity test revealed that content validity index (CVI) of the innovative pain assessment form for older people, the non-pharmacological pain management program for older people, the demographic data questionnaire, and the non-pharmacological pain management record form were 0.83, 0.83, 1.0 และ 1.0, respectively. Reliability test of the BPI-T obtained the cronbach's alpha coefficient of 0.86. Demographic data between groups were analyzed using Chi square test, Fisher's Exact test and independent t test. Data distribution was tested using Shapiro wilk test and revealed normal distribution for continuous data. Comparisons of pain scores before and after the experiment within the groups were analyzed using Paired t test statistics. The differences in pain scores before the experiment, pain scores after the experiment, as well as the mean difference in pain scores before and after the experiment were compared between the groups using the independent t test.

The results demonstrated that: After the experiment, the mean pain scores in the experimental group ($\bar{X}=1.56\pm1.30$) were significantly lower than before the experiment ($\bar{X}=4.44\pm1.63$) ($p<.001$); the mean pain scores in the control group ($\bar{X}=1.96\pm1.63$) were significantly lower than before the experiment ($\bar{X}=4.37\pm1.97$) ($p<.001$); the mean pain difference score in the experimental group ($\bar{X}=2.88\pm.80$) was significantly higher than in the control group ($\bar{X}=2.40\pm.61$) ($p=.024$). This study indicated that the developed pain management program can reduce pain more than the original standard of care. Therefore, the developed pain management program should be considered for implementation in older people with cancer and other patients with similar contexts.

keywords: non-pharmacological symptom management; pain; older people; cancer

Ethical approval: HE651035, Plagiarism checked, 3 Reviewers.

Received 3 February 2025, Revised 20 May 2025, Accepted 18 June 2025

*This research was supported by The Development of Health Promotion for Prevention of Non Communicable Disease for Working All Aged People, funded by the Fundamental Fund of Khon Kaen University from National Science, Research and Innovation Fund or NSRF, Thailand

**A student of Master of Nursing Science in Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author, E-mail: ladpan@kku.ac.th

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย¹ ในปี 2022 ทั่วโลก มีผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 20.0 ล้านคน และผู้เสียชีวิตจากโรค 9.7 ล้านคน อุบัติการณ์โรคมะเร็ง พบในผู้สูงอายุมากกว่าวัยอื่น ๆ²

สำหรับประเทศไทย โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทย และมีแนวโน้มการเกิดอุบัติการณ์โรคสูงอย่างต่อเนื่อง³ ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยใหม่เข้ารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 9,242 คน เป็นผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 3,190 คน หรือร้อยละ 34.5 พบช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าวัยอื่น ๆ⁴ และจากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี พ.ศ.2565-2567 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 511 คน 481 คน และ 486 คน ตามลำดับเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 40.5, 43.0 และ 42.8 ตามลำดับ และมีผู้ป่วยโรคมะเร็งเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 4 ค จำนวน 223 คน 268 คน และ 267 คน ตามลำดับเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 53.8, 55.6 และ 65.2 ตามลำดับ⁵

ความปวดถือเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็ง พบมากถึง ร้อยละ 80⁴ ความปวดจากโรคมะเร็งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยทุกระยะของโรค โดยพบร้อยละ 55 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคมะเร็ง และร้อยละ 66 ของผู้ป่วยระยะลุกลาม แพร่กระจาย หรือระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมะเร็งมากกว่า 1 ใน 3 มีความปวดปานกลางถึงรุนแรงมาก⁶ และประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยสูงอายุมีอาการปวดด้วยโรคมะเร็ง⁷

ความปวดในผู้สูงอายุโรคมะเร็งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ จิตวิญญาณ รวมทั้งคุณภาพชีวิต⁸⁻⁹ การจัดการความปวดโดยใช้ยาในผู้สูงอายุ มีโอกาสเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาสูง¹⁰ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงของยามากกว่าวัยอื่น ดังนั้น การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา จึงเป็นอีกหนึ่งบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้ ควบคู่กับการจัดการความปวดโดยใช้ยาและการรักษาของแพทย์เพื่อลดการใช้ยาผลข้างเคียงของยาได้¹¹⁻¹² การศึกษาพบว่า การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ที่พยาบาลนำมาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งช่วยลดความถี่ในการใช้ยาลดปวดได้¹²

ความปวดเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุปัจจัยและแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งอาจเกิดได้จากพยาธิสภาพของมะเร็ง จากผลข้างเคียงของการตรวจรักษา หรือจากโรคร่วมอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง⁶ ดังนั้น เพื่อให้สามารถบรรเทาความปวดอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ควรมีวิธีการจัดการกับอาการที่เป็นสาเหตุหรือปัจจัยของการเกิดความปวดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย¹³ ดอตต์ และคณะ¹⁴ ได้พัฒนาแนวคิดการจัดการอาการ (symptom management model) และนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการไม่สบาย ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ ได้แก่ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (symptom experience) กลยุทธ์การจัดการอาการ (symptom management strategies) และผลลัพธ์จากการจัดการอาการ (outcomes)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ โปรแกรมการจัดการความปวดเป็นอีกแนวทางให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา สำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งภายในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 4 ค ที่มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุโรคมะเร็งในหอผู้ป่วย เพื่อช่วยลดความปวดและผลกระทบของความปวดโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอตต์ และคณะ¹⁴ และศึกษาผลของโปรแกรมนี้อัตราระดับคะแนนความปวดในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็ง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับการดูแลตามโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความปวดต่ำกว่าก่อนได้รับการดูแลตามโปรแกรม ฯ
2. กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมฯ มีผลต่างของระดับคะแนนความปวดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของหน่วยงาน

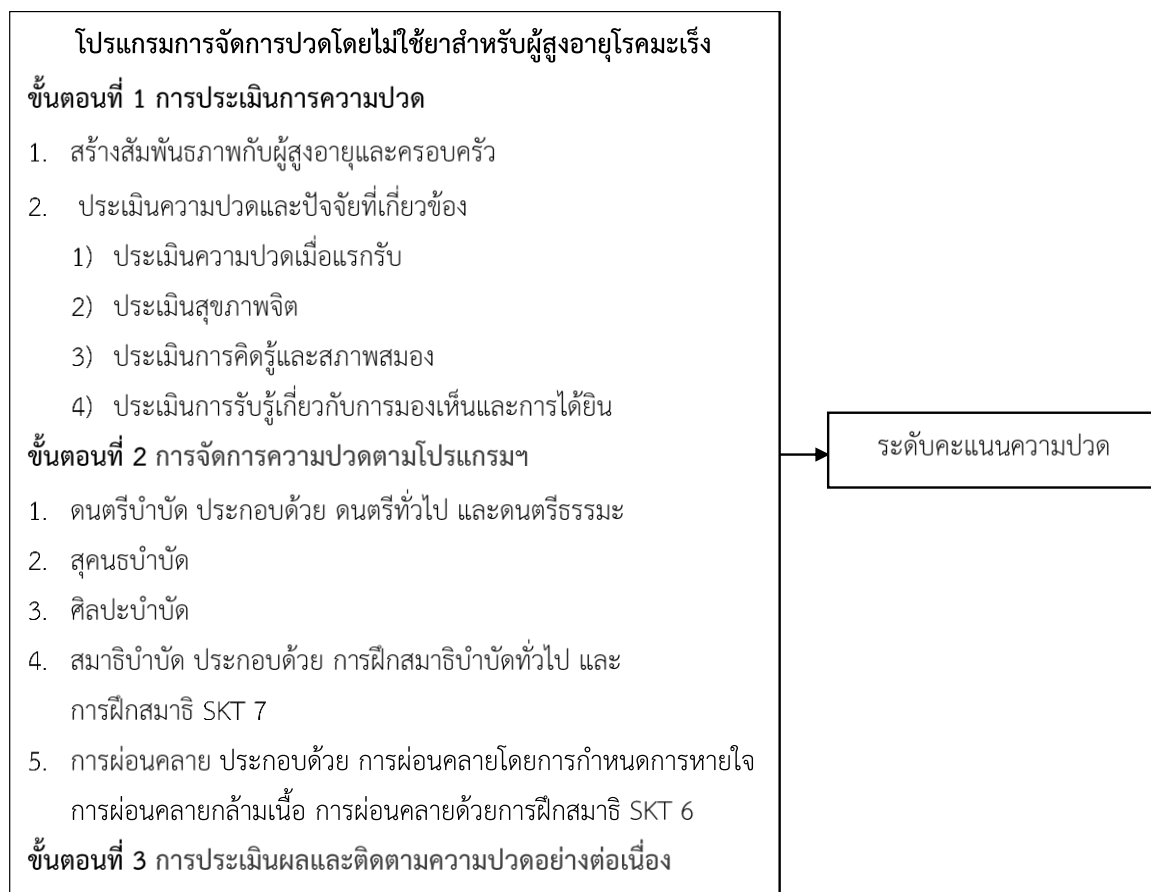
กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ¹⁴ ประกอบด้วย 1) การประเมินประสบการณ์อาการ โดยการประเมินอาการของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเกี่ยวกับการรับรู้อาการของระดับความปวด 2) กลวิธีในการจัดการอาการ โดยใช้โปรแกรมการจัดการความปวดฯ ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การประเมินการความปวด การจัดการความปวดด้วยโปรแกรม ฯ ที่พัฒนาขึ้น และการประเมินผลและติดตามความปวดอย่างต่อเนื่อง และ 3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการโดยประเมินจากผลลัพธ์ของระดับคะแนนความปวด ผู้วิจัยสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ได้ดังภาพที่ 1

วิธีการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pre-posttest design) ประชากรเป็นผู้สูงอายุหญิง 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งมีความปวดและเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 4ค โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน 2565 ถึงเดือนตุลาคม 2567

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรสำหรับเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent samples)¹⁵ กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test ($1-\beta$)) ร้อยละ 80 ใช้การทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว ในการคำนวณได้ใช้ความแปรปรวนร่วมของตัวแปรผลทั้งสองกลุ่มจากข้อมูลการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งทำการทดลองในกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม กลุ่มละ 30 คน พบว่า หลังการทดลองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดเท่ากับ 3.30 ± 1.29 และ 2.27 ± 1.23 ตามลำดับ ผลต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม เท่ากับ 1.03¹⁶ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 19 คน เมื่อเพื่ออัตราสูญเสีย (drop out rate) ร้อยละ 20 จึงได้เป็นกลุ่มละ 23 คน รวมเป็น 46 คน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบต่อเนื่อง ตามคุณสมบัติ (consecutive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือ 1) ไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) คัดกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษากรณีที่คำตอบเป็น “ไม่ใช่” ทั้งสองข้อ หากคำตอบเป็น “ใช่” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ ทำการประเมินต่อโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) คัดกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษากรณีที่คะแนนรวมน้อยกว่า 7 คะแนน 2) ไม่มีปัญหาการรับรู้คิดบกพร่อง ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai mini-mental state examination; TMSE) คัดกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา กรณีที่ผลการประเมินมีระดับคะแนน 23 คะแนนขึ้นไป 3) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นอีสาน 4) มีคะแนนความปวดตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป 5) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ 1) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ 2) มีสัญญาณชีพผิดปกติ (อุณหภูมิน้อยกว่า 36.5°C หรือ มากกว่า 37.5°C อัตราการเต้นของชีพจรน้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที หรือมากกว่า 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจน้อยกว่า 15 ครั้ง/นาที หรือมากกว่า 24 ครั้ง/นาที และความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 mmHg หรือมากกว่า 120/80 mmHg) หรือมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน และ 3) ขอยุติหรือเข้าร่วมไม่ครบตามกำหนดเวลาของโปรแกรม

ในการวิจัยครั้งนี้ มีการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษาเป็นกลุ่มควบคุม 5 คน เนื่องจากไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของหน่วยงานจนครบตามระยะเวลาที่ศึกษา (แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน 2 คน และย้ายไปหอผู้ป่วยวิกฤต 3 คน) และกลุ่มทดลอง 5 คน เนื่องจากไม่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมฯ จนครบ

(ย้ายไปหอผู้ป่วยพิเศษ 2 คน และหอผู้ป่วยวิกฤต 3 คน) จำนวนที่ได้รับการสุม่เข้าศึกษาและที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล จึงเป็น 48 และ 38 คน ตามลำดับ

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1) เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai mini-mental state examination; TMSE) และเครื่องมือประเมินความปวดสำหรับผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น (ประกอบด้วย 1) มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (ตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดย 0=ไม่ปวด และ 10=ปวดมากที่สุด) 2) มาตรวัดความปวดด้วยใบหน้า และ 3) มาตรวัดความปวดด้วยวาจา (ประเมินด้วยคำพูดสั้น ๆ ได้แก่ ไม่ปวด ปวดน้อย ปวดปานกลาง ปวดมากที่สุด ดังภาพที่ 2))

2) เครื่องมือดำเนินการวิจัย เป็นโปรแกรมการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุโรคเมเร้งที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ (Soukup)¹⁷ 3 ขั้นตอน จากทั้งหมด 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย การค้นหาปัญหาด้านคลินิก (evidence-trigger phase) จากหลักฐาน 2 แหล่ง คือ ตัวกระตุ้นจากการปฏิบัติงาน (practice triggers) และตัวกระตุ้นจากความรู้ (knowledge triggers) และการทบทวนและการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-supported phase) ขั้นตอนที่ 2 คือ การนำโปรแกรมไปทดลองใช้ในหน่วยงาน (evidence-observed phase) โดยทำการทดสอบหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา ความเที่ยงของโปรแกรม เครื่องมือประเมินความปวดที่พัฒนาขึ้น และรูปเล่มคู่มือโปรแกรมฉบับร่างโดยผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้นทำการปรับแก้ไขร่างโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ขั้นตอนที่ 3 คือ การประเมินผลการใช้โปรแกรม ประกอบด้วย (1) ประเมินกระบวนการเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมฯ ไปใช้ความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมฯ และความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะของผู้ใช้โปรแกรมฯ (2) ประเมินผลระดับคะแนนความปวดของผู้สูงอายุโรคเมเร้ง

โปรแกรมการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุโรคเมเร้งที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น จากกระบวนการดังกล่าว ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินการความปวด ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุและครอบครัว ประเมินความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประเมินความปวดเมื่อแรกรับในโรงพยาบาล (ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพจิตด้วยแบบประเมิน 2Q 9Q การประเมินการรับรู้และสภาพสมอง ด้วยแบบประเมิน TMSE และการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการมองเห็นด้วย Snellen Chart และการได้ยินด้วย whisper test) ขั้นตอนที่ 2 การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาตามความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งวิธีการที่ให้เลือก ได้แก่ ดนตรีบำบัด (ประกอบด้วย ดนตรีทั่วไป และดนตรีธรรมะ) สุนครบำบัด ศิลปะบำบัด สมาธิบำบัด (ประกอบด้วย การฝึกสมาธิบำบัดทั่วไป และการฝึกสมาธิ SKT 7) การผ่อนคลาย (ประกอบด้วย การผ่อนคลายโดยการกำหนดการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การผ่อนคลายด้วยการฝึกสมาธิ SKT 6 และบำบัดด้วยการสร้างจินตภาพ) และขั้นตอนที่ 3 การประเมินติดตามความปวดในผู้สูงอายุโรคเมเร้งอย่างต่อเนื่อง โดยใช้วัฏกรรมประเมินความปวดสำหรับผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น (ภาพที่ 2)

โปรแกรมนี มีคู่มือประกอบโปรแกรม 1 เล่ม และชุดอุปกรณ์สำหรับผู้สูงอายุ 1 ชุด โดยในคู่มือได้อธิบายขั้นตอนในแต่ละวิธีการอย่างละเอียด ซึ่งใช้คำพูดอธิบายสั้น ๆ ให้ผู้สูงอายุเข้าใจง่าย พร้อมทั้งภาพสาธิตประกอบโปรแกรม/ชุดอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในแต่ละวิธี รวมทั้งระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละวิธี

3) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เครื่องมือประเมินความปวดสำหรับผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น (ภาพที่ 2) แบบประเมินความปวด brief pain inventory ฉบับภาษาไทย¹⁸ และแบบบันทึกโปรแกรมการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา (สำหรับบันทึกวันเวลา รูปแบบวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา (สุคนธบำบัด คนตรีบำบัด ศิลปะบำบัด สมานบำบัด การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ) เวลาที่เริ่ม เวลาที่สิ้นสุด ระดับความปวดก่อนและหลังการจัดการความปวด ชนิดและเวลาที่รับประทานที่มีผลลดปวดที่ได้รับอย่างต่อเนื่อง ชนิดและเวลาที่รับประทานที่ได้รับเพิ่มเติมก่อนและระหว่างการจัดการความปวด)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และดำเนินการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้ในงานวิจัย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ (1) แบบนวัตกรรมการประเมินความปวดสำหรับผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น (ภาพที่ 2) (2) โปรแกรมในการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็ง (3) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ (4) แบบบันทึกโปรแกรมการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.83, 0.83, 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ และตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบประเมินความปวด brief pain inventory ฉบับภาษาไทย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach' s alpha coefficient) เท่ากับ 0.86

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

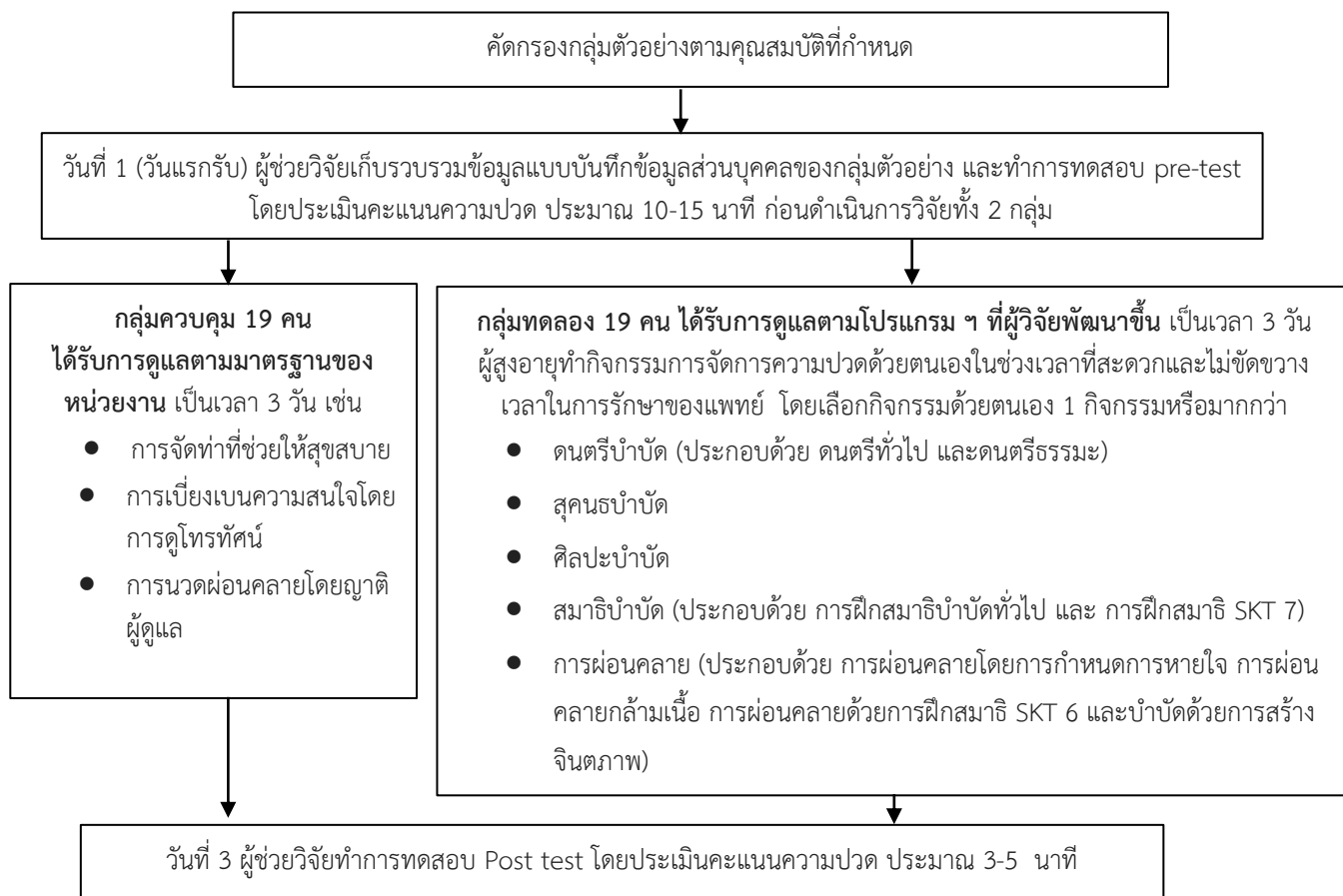
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 3 ประการ ได้แก่ หลักเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย และหลักความยุติธรรม โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE651035

นวัตกรรมการประเมินความปวด สำหรับผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 4ค		
	10	SEVER PAIN (ปวดระดับมาก) (7-10 คะแนน)
	9	
	8	
	7	MODERATE PAIN (ปวดระดับปานกลาง) (4-6 คะแนน)
	6	
	5	
	4	MILD PAIN (ปวดระดับน้อย) (1-3 คะแนน)
	3	
	2	
	1	NO PAIN (ไม่ปวด) (0 คะแนน)
	0	

ภาพที่ 2 แบบนวัตกรรมการประเมินความปวดสำหรับผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

การเก็บข้อมูลการวิจัย

เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมให้เสร็จสมบูรณ์ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของโปรแกรมที่ศึกษา มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเป็น ดังนี้ (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS Version 28 ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 รายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและการรักษา การรักษาความปวดด้วยยาที่ได้รับ และการรักษาความปวดด้วยยาที่ได้รับเพิ่มเติมระหว่างการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด
2. เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ chi square test หรือ สถิติ Fisher's Exact test (กรณีจำนวนเซลล์ที่มีค่าคาดหวัง (expected value) น้อยกว่า 5 เกิน 20% ของจำนวนเซลล์ทั้งหมด) สำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ (nominal หรือ ordinal scale) ส่วนตัวแปรเชิงปริมาณ (continuous variable) ผู้วิจัยทดสอบการกระจายของข้อมูล ด้วยสถิติ shapiro wilk test แล้ว พบว่ามีการกระจายเป็นแบบโค้งปกติ (normal distribution) จึงเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ independent t test

3. ทดสอบการกระจายของข้อมูลของคะแนนความปวดก่อนการทดลอง คะแนนความปวดหลังการทดลอง และผลต่างคะแนนความปวดก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ shapiro wilk test

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม ด้วยสถิติ paired t test

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังการทดลอง และค่าเฉลี่ยคะแนนผลต่างความปวดก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม ด้วยสถิติ independent t test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงโรคมะเร็งที่มีปัญหาความปวด จำนวน 38 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 19 คน ส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น ช่วงอายุ 60-69 ปี (กลุ่มควบคุม ร้อยละ 52.6 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 73.4) สถานะภาพสมรสคู่ (กลุ่มควบคุม ร้อยละ 73.7 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 68.4) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 84.2 ทั้งสองกลุ่ม) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 100 ทั้งสองกลุ่ม) สิทธิการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (กลุ่มควบคุม ร้อยละ 57.9 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 84.2) ตำแหน่งที่เริ่มเป็นมะเร็งคือระบบทางเดินอาหาร (กลุ่มควบคุม ร้อยละ 68.4 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 47.4) และยังไม่มีการแพร่กระจาย (กลุ่มควบคุม ร้อยละ 57.9 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 42.1) รักษาโรคมะเร็งด้วยเคมีบำบัดหรือการผ่าตัด (กลุ่มควบคุม ร้อยละ 52.6 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 68.4) ได้รับยาลดปวดเป็นกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid analgesics) เช่น Morphine sulphate tablet (MST), Morphine และ Morphine immediate release (MOIR) โดยรับยาต่อเนื่องทางการรับประทาน ระหว่างดำเนินการวิจัย กลุ่มควบคุมได้รับยาลดปวดเพิ่มเติม ในวันที่ 1 และ 2 ของการทดลอง จำนวน 2 คน และ 1 คน ตามลำดับ กลุ่มทดลองได้รับยาลดปวดเพิ่มเติม ในวันที่ 1 ของการทดลอง จำนวน 1 คน ไม่มีผู้ที่ได้รับยาแก้ปวดเพิ่มเติม ในวันที่ 2 ของการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลการได้รับยาลดปวดเพิ่มเติมระหว่างกลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

2. วิธีการที่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเลือกใช้ เนื่องจากโปรแกรมนี้นักกิจกรรมจัดการความปวดที่ให้ผู้สูงอายุเลือกตามความเหมาะสมความชอบของตนเอง และสามารถเลือกได้มากกว่า 1 วิธีการ ซึ่งพบว่า วิธีการที่ผู้สูงอายุเลือกใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ ดนตรีบำบัด สุนัขบำบัด และศิลปะบำบัด โดยใช้ 1-2 วิธี ในแต่ละวัน บางส่วนเลือกกิจกรรมเดียวกันทั้งสามวัน ขณะที่บางส่วนเลือกกิจกรรมที่แตกต่างกันในแต่ละวัน

3. หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด ในกลุ่มทดลอง (1.56 ± 1.30) น้อยกว่าก่อนการทดลอง (4.44 ± 1.63) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 1)

4. หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดในกลุ่มควบคุม (1.96 ± 1.63) น้อยกว่าก่อนการทดลอง (4.37 ± 1.97) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ paired t test

ค่าเฉลี่ยคะแนน ความปวด	Mean	SD	Mean Difference	95% CI		t	P-value
				Lower	Upper		
กลุ่มทดลอง (n=19)							
ก่อนการทดลอง	4.44	1.63	2.88	2.49	3.26	15.77	<.001
หลังการทดลอง	1.56	1.30					
กลุ่มควบคุม (n=19)							
ก่อนการทดลอง	4.37	1.97	2.40	2.11	2.70	17.05	<.001
หลังการทดลอง	1.96	1.63					

5. คะแนนความปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p=.45$) (ตารางที่ 2)

6. คะแนนความปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน ($p=.20$) (ตารางที่ 2)

7. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดในกลุ่มทดลอง ($2.88 \pm .80$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($2.40 \pm .61$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.024$) (ตารางที่ 2)

อภิปรายผลการวิจัย

จากสมมุติฐานการวิจัย คือ 1) หลังได้รับการดูแลตามโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดต่ำกว่าก่อนได้รับการดูแลตามโปรแกรมฯ และ 2) กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมฯ มีผลต่างของระดับคะแนนความปวดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของหน่วยงาน ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมุติฐาน โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของผู้สูงอายุลดลง เมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง และผลต่างของระดับคะแนนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองรวมทั้งผลการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและการรักษา การรักษาความปวดด้วยยาที่ได้รับ และการรักษาความปวดด้วยยาที่ได้รับเพิ่มเติมระหว่างการทดลอง ที่พบว่า ไม่แตกต่างกัน แสดงถึงลักษณะที่คล้ายคลึงกันทั้งสองกลุ่มผลต่างของความปวดของกลุ่มทดลองที่มากกว่ากลุ่มควบคุม จึงช่วยสนับสนุนว่าความปวดที่ลดลงอาจเป็นผลจากโปรแกรมการจัดการความปวด โดยไม่ใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุโรคกระดูกเรื้อรังที่ใช้ในการศึกษานี้ อย่างไรก็ตาม คะแนนความปวดของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองก็ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองเช่นเดียวกัน แสดงให้เห็นว่า ทั้งการดูแลตามมาตรฐานของหน่วยงานและโปรแกรมฯ ที่ใช้ในการศึกษามีประสิทธิภาพ การที่ผลต่างของระดับคะแนนก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมฯ ช่วยลดความปวดในผู้สูงอายุโรคกระดูกเรื้อรังได้มากกว่า จึงสามารถนำไปใช้ประโยชน์กับผู้สูงอายุโรคกระดูกเรื้อรัง ทำให้การดูแลมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

ตารางที่ 2 ผลเปรียบเทียบค่าคะแนนความปวดก่อนการทดลอง ค่าคะแนนความปวดหลังการทดลอง ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test (n=38)

	Mean	SD	Mean Difference	95% CI		t	P-value
				Lower	Upper		
ก่อนการทดลอง (n=19)							
กลุ่มทดลอง	4.44	1.63	.07	-1.12	1.26	-.12	.45
กลุ่มควบคุม	4.37	1.97					
หลังการทดลอง (n=19)							
กลุ่มทดลอง	1.56	1.30	.40	-1.37	.57	.84	.20
กลุ่มควบคุม	1.96	1.63					
ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดก่อนและหลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	2.88	.80	.47	.01	.94	2.06	.024
กลุ่มควบคุม	2.40	.61					

ผลการวิจัยที่พบว่า โปรแกรมฯ ช่วยลดระดับความรุนแรงของความปวดในผู้สูงอายุโรงมะเร็งได้สามารถอธิบายได้ว่า การประเมินตั้งแต่แรกเริ่ม การจัดการความปวดที่ดี และมีการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง เป็นกระบวนการที่มีการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ การปฏิบัติการพยาบาล ไปจนถึงการประเมินผลการพยาบาล การมีวิธีการจัดการความปวดให้เลือกตามความต้องการ ทำให้มีโอกาสดีรับความร่วมมือในการจัดการความปวดที่ดีและต่อเนื่อง ทั้งนี้ วิธีการจัดการที่จัดเตรียมให้เป็นการบำบัดด้านจิตใจ ซึ่งมีแนวคิดที่เชื่อว่ามิติทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตวิญญาณ และสังคมของบุคคลมีผลต่อสุขภาพและความผาสุก หากมีความบกพร่องในมิติใดมิติหนึ่งจะส่งผลต่อมิติอื่น ๆ จิตใจสามารถส่งผลเชิงบวกต่อร่างกาย การบำบัดด้านจิตใจ ทำให้ระดับ endogenous opioids ในร่างกายเพิ่มขึ้น จึงส่งผลเพิ่มความสบายและผ่อนคลาย¹⁹

ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Shropshire et al¹¹ ที่พบว่า การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยามีผลดีต่อค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดเรื้อรังผู้สูงอายุที่ได้รับยาลดปวด และสอดคล้องกับการศึกษาของดาร์ณี ชัยเมือง และคณะ¹² ที่พบว่า โปรแกรมการจัดการอาการปวดและการปฏิบัติสมาธิ SKT 7 มีผลดีต่ออาการปวดและจำนวนครั้งของการได้รับยาแก้ปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษที่หอผู้ป่วยใน สอดคล้องกับผลการศึกษาของชนิษฐา ดวงผุยทอง²⁰ พบว่า โปรแกรมการฟังบทสวดมนต์ประกอบดนตรีช่วยส่งผลลดปวดได้ด้วยผลจากดนตรีบำบัดเอง และผลจากการฟังบทสวดมนต์ประกอบดนตรีที่มีผลทำให้รู้สึกสุข สงบ มีความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ช่วยลดความปวดจากมะเร็ง ซึ่งเป็นลักษณะของ Total pain²⁰

การบำบัดด้านจิตใจที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ 1) ดนตรีบำบัด (ดนตรีทั่วไป และดนตรีธรรมะ) 2) สุนทรบำบัด 3) ศิลปะบำบัด 4) สมาธิบำบัด (การฝึกสมาธิบำบัดทั่วไป และการฝึกสมาธิ SKT 7) และ 5) การผ่อนคลาย (การผ่อนคลายโดยการกำหนดการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการผ่อนคลายด้วยการฝึกสมาธิ SKT 6) วิธีการที่ใช้เหล่านี้ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ที่พบว่า มีผลในการลดปวดซึ่งผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยเหล่านี้มาต่อยอด เพื่อหาชุดเครื่องมือสำหรับพยาบาลในหอผู้ป่วยสำหรับการจัดการความปวดที่สอดคล้องกับความขึ้นชอบหรือความถนัดและความต้องการของผู้สูงอายุโรคมะเร็ง เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการลดความปวด

กลไกในการลดความปวดของการลดปวดของวิธีการดังกล่าว อธิบายได้ด้วยการใช้กลไกการผ่อนคลาย และการเบี่ยงเบนความสนใจ ดนตรีบำบัดมีทั้งส่วนที่เป็น active music therapy และ passive (receptive) music therapy ผลจาก passive music therapy เริ่มเมื่อผู้สูงอายุฟังดนตรี ผลจาก active music therapy เกิดได้จากการที่ผู้สูงอายุร้องตามดนตรีทั่วไปหรือสวดบทสวดมนต์ตามเนื้อร้องของบทสวดแต่ละบท (ที่ผู้วิจัยเตรียมให้ในคู่มือโปรแกรม) ไปพร้อมกับการฟัง ซึ่งทั้งการฟังอย่างเดียวและการฟังร่วมกับการร้องหรือสวดบทสวดไปด้วยนี้ พลังงานจะถูกเปลี่ยนเป็นพลังงานไฟฟ้าส่งมายังเส้นประสาทและเข้ามายังสมองส่วนก้านสมองและถูกส่งต่อไปยังส่วน temporal lobe ของ cerebral cortex จะกระตุ้นให้ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกให้ pituitary gland หลั่งสาร endorphin และ enkephalin เช่นเดียวกับสุคนธบำบัด ศิลปะบำบัด และสมาธิบำบัดที่ทำให้เกิดการผ่อนคลาย ทฤษฎีควบคุมความปวดภายในอธิบายได้ว่าเมื่อร่างกายและจิตใจเกิดการผ่อนคลายมีการหลั่งของสาร endorphin และ enkephalin ซึ่งยับยั้งการทำงานของ Substance P ทำให้ไม่มีการส่งต่อสัญญาณประสาทไปกระตุ้น transmission t cell จึงไม่มีการส่งข้อมูลความปวดบริเวณไขสันหลังไปยังประสาทส่วนกลาง ซึ่งเป็นการปิดประตูควบคุมความปวดที่ระดับไขสันหลัง ทำให้ไม่เกิดการรับรู้ความปวด²¹⁻²²

ผลการวิจัยที่ใช้วิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาตามความต้องการของผู้สูงอายุและวิธีการที่ให้เลือก ได้แก่ ดนตรีบำบัด สุคนธบำบัด ศิลปะบำบัด สมาธิบำบัด การผ่อนคลาย สอดคล้องกับผลการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ อภิमानเกี่ยวกับการบำบัดอาการปวดทางจิตวิทยาและการบำบัดโดยไม่ใช้ยาสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง²³ พบว่า การบำบัดทางด้านจิตใจ เช่น การบำบัดด้วยการเจริญสติ (mindfulness-based cognitive therapy) การสร้างจินตภาพ (guided imagery) การผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างค่อยเป็นค่อยไป (progressive muscle relaxation) และการมีส่วนร่วมที่เน้นด้านอารมณ์และอาการ (emotional and symptom focused engagement) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิผลสูงที่สุดในการลดปวดจากมะเร็ง ซึ่งมีผลโดยรวมในระดับปานกลาง ส่วนดนตรีบำบัดรวมทั้งวิธีการด้านการรู้คิดและพฤติกรรม (brief cognitive behavioral strategies) ยังต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามเป็นที่ยอมรับว่าดนตรีส่งผลต่อการรับรู้ความเจ็บปวด การปรับสมดุล และมียังประกอบทางอารมณ์ที่ช่วยควบคุมความเจ็บปวดในเชิงบวก²⁴

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษามีการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลานาน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้ามีจำนวนจำกัดในช่วงเวลาที่ดำเนินการศึกษา นอกจากนี้ ยังพบการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างการติดตามอันเนื่องมาจากการย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยพิเศษหรือหอผู้ป่วยวิกฤติ รวมถึงการที่แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านก่อนครบกำหนดการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการความปวด โดยไม่ใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งนี้ ควบคู่กับการดูแลตามมาตรฐานของหน่วยงาน เพื่อประสิทธิภาพในการจัดการความปวดที่ดียิ่งขึ้น รวมทั้งประยุกต์ใช้โปรแกรมฯ นี้ ในผู้สูงอายุที่มีบริบทใกล้เคียงกัน มีปัญหาในการจัดการความปวดที่คล้ายคลึงกันได้ หรืออาจนำไปประยุกต์ใช้กับการดูแลภายในหน่วยงานนั้น ๆ ตามมาตรฐานของหน่วยงานเดิมที่มีอยู่แล้ว เพื่อเพิ่มศักยภาพในการจัดการความปวดให้ดียิ่งขึ้น

2. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาผลของการนำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาล ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ หรือบริบทอื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลชุมชน/ทุติยภูมิ ควรมีการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมฯ ในมิติอื่น ๆ เช่น ความพึงพอใจ หรือประสบการณ์ผู้ป่วยต่อโปรแกรมฯ รวมทั้งควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมฯ ในการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามผลลัพธ์ระยะยาว และมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อสนับสนุนการนำไปใช้ในวงกว้าง

References

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, et al. Global cancer observatory: cancer today [internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer;2024 [updated 2024; cited 2025 Mar 20]. Available from: <http://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/764-thailand-fact-sheet.pdf>
2. International agency for research on cancer, World Health Organization. Cancer today. [Internet]. Geneva: WHO;2025 [updated 2025; cited 2025 March 20]. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today/en/da/dataviz/tables?mode=population&types=1>
3. National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. National cancer control programmer (B.E.2023-2032) [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health;2024 [updated 2024; cited 2025 March 24]. Available from: <https://nci.go.th/> (in Thai)
4. National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Hospital-based cancer registry 2022 [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health;2023 [updated 2023; cited 2025 March 23]. Available from: https://www.nci.go.th/th/cancer_record/download/Hosbased-2022-1.pdf (in Thai)
5. Hospital-Based Cancer Registry, Srinagarind Hospital, Khon Kaen University. Statistical report 2022-2024. Khon Kaen: Khon Kaen University;2025. (in Thai)
6. World Health Organization. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents; 2018 [updated 2018; cited 2025 March 23]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/279700/97892_41550390-eng.pdf?sequence=1
7. Snijders RAH, Brom L, Theunissen M, van den Beuken-van Everdingen MHJ. Update on prevalence of pain in patients with cancer 2022: a systematic literature review and meta-analysis. Cancers (Basel) 2023 Jan 18;15(3):591.
8. Lee GL, Ramaswamy A. Physical, psychological, social, and spiritual aspects of end-of-life trajectory among patients with advanced cancer: a phenomenological inquiry. Death Stud 2020;44(5):292-302.
9. Cheng L, Chen H, Lin L, Li H, Zhang F. Spiritual needs of older adults with cancer: a modified concept analysis. Asia Pac J Oncol Nurs 2023 Aug 6;10(11):100288.
10. Panpanit L. Pain in older people: complex problems and nursing management. J Nurs Sci Health 2017;40(3):148-59. (in Thai)

11. Shropshire M, Stapleton S, Kim MJ, Dyck M, Mallory C. Older people's use of non-pharmacological interventions for chronic, non-cancer pain and comfort. *Nurs Older People* 2019 Nov 28;31(6):33-9.
12. Chaimuang D, Somjaivong B, Chanaboon S. Effects of pain management program and skt7 meditation exercise on pain and frequency of medication taking among cancer patients. *J Royal Thai Army Nurses* 2023;24(1):348-58. (in Thai)
13. Pimbung N, Wattana C, Harnirattisai T. The effects of a symptom management program on severity of symptom and nutritional status among colorectal cancer patients receiving chemotherapy. *Nursing J* 2015;42(Suppl):73-83. (in Thai)
14. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs* 2001;33(5):668-676.
15. Chanaboon S. Basic health research methodology. Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen University;2021. (in Thai)
16. Wimolphan P, Kamwan P. Effectiveness of nursing practice guidelines for pain management in gastrointestinal cancer patients. *Nursing J* 2013;40(3):85-96.
17. Soukup SM. (2000). The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: Promoting the scholarship of practice. *Nurs Clin North Am* 2000 Jun;35(2):301-9.
18. Chaudakshetrin P. Validation of the Thai version of Brief Pain Inventory (BPI-T) in cancer patients. *J Med Assoc Thai* 2009;92(1):34-40. (in Thai)
19. Panpanit L, Sopavonnakul T, Chansom P. Complementary and alternative therapies to promote sleep for older people. *J Nurs Sci Health* 2021;44(4):107-20. (in Thai)
20. Duangphuithong K. The effects of listening to music prayer program on pain and spiritual well-being in older people with cancer receiving radiotherapy [dissertation]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2020. (in Thai)
21. Hinkle JL, Cheever KB. Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing. 15th ed. Philadelphia: Lippincott;2022.
22. Melzack R, Wall PD. Pain mechanism: a new theory. *Pain Forum* 1996;5(1):3-11.
23. Ruano A, García-Torres F, Gálvez-Lara M, Moriana JA. Psychological and non pharmacologic treatments for pain in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *J Pain Symptom Manage* 2022;63(5):e505-20.
24. Thakare A, Jallapally A, Agrawal A, Salkar P. Music therapy and its role in pain control. In: *Music in health and diseases*. London: Intech Open;2022:p.102617.

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดพิษณุโลก*

ปภาดา ชมภูนิษฐ์ ปร.ด.** จูติพร แสงพลอย พย.ม.***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนหลังการทดลอง (two group pre-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 70 คน ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ที่คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และคะแนน ADL มากกว่า 11 คะแนน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ ประกอบด้วย 1) การสร้างเสริมสุขภาพตามภูมิปัญญาและประสบการณ์ 2) การเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพผ่านชุดการเรียนรู้ 3) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อลดอุปสรรคในการปฏิบัติ 4) การติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามเจตคติ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแตกต่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไค์สแควร์ และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้วยสถิติ independent และ dependent t-test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-12.79$, $p<.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=14.43$, $p<.001$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์สามารถช่วยเพิ่มความรู้ เจตคติ และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ จึงควรมีการนำโปรแกรมฯ ไปใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป อย่างไรก็ตามควรมีการติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ความรู้ เจตคติ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพ

เลขที่จริยธรรมการวิจัย PSRU-EC : 2021/004 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

วันที่รับบทความ 19 มีนาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 16 พฤษภาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 18 กรกฎาคม 2568

*ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ผู้ประพันธ์บรรณกิจ

อีเมล Chomphunit@gmail.com

***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

Effects of health promotion program on knowledge, attitudes, and health behaviors among older adults in Phitsanulok Province*

Paphadar Chomphunit Ph.D.** Thitiporn Seangploy M.N.S.***

Abstract

This quasi-experimental research employing a two-group pre-posttest design aimed to investigate the effects of a health promotion program on knowledge, attitudes, and health behaviors among older adults. The sample consisted of 70 older adults in Muang District, Phitsanulok Province, who were purposively selected based on inclusion criteria: aged 60-69 years and ADL scores greater than 11 points. They were equally divided into an experimental and a control group, 35 people in each group. The experimental group received a health promotion program based on Pender's model comprising: 1) health promotion based on wisdom and experience, 2) learning to promote health through learning modules, 3) knowledge exchange to reduce barriers to practice, and 4) monitoring of health-promoting behaviors. The control group received standard care according to Ministry of Public Health guidelines. The data collection tools included a demographic record form, a knowledge tests, an attitude questionnaire, and a health behavior questionnaire. Descriptive statistics were used for demographic data. The differences in demographic data between the experimental and control groups were analyzed using Chi-square statistics. The comparison of mean scores was analyzed using independent and dependent t-test statistics.

Results revealed that, after the intervention, the experimental group demonstrated statistically significantly higher mean scores in knowledge, attitude, and health behavior compared to before the experiment ($t=-12.79$, $p<.001$), as well as statistically significantly higher scores than the control group ($t=14.43$, $p<.001$). These findings indicated that Pender's health promotion program effectively enhances knowledge, attitudes, and health behaviors among older adults. The program should be implemented as a guideline for promoting health behaviors in the elderly. However, long-term health outcomes should be continuously monitored.

keywords: knowledge; attitudes; health promotion program; older adults; health behaviors

Ethical approval: PSRU-EC : 2021/004, Plagiarism checked, 3 Reviewers.

Received 19 March 2025, Revised 16 May 2025, Accepted 18 July 2025

*Research funding by Pibulsongkram Rajabhat University

**Lecturer, Faculty of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University, Corresponding author

E-mail: chomphunit@gmail.com

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

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรรวม 66.13 ล้านคน พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 13.14 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.78 ของประชากรรวม¹ ซึ่งมีจำนวนมากขึ้น ร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด จึงทำให้ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ และคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super-aged society) จะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด² ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ จากการศึกษาผู้สูงอายุในประเทศไทย ร้อยละ 16 รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ มีการรับประทานอาหาร ผัก และผลไม้ น้อยกว่าที่ควรจะเป็น มีผู้สูงอายุที่รับประทานผักทุกวันเพียง ร้อยละ 76 เท่านั้น นอกจากนี้ ผู้สูงอายุไทยมีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 25 และดื่มสุรา ร้อยละ 23 ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ ดังนั้น การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสม ควรให้มีการสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง และมีความจำเป็นที่ต้องสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความรู้ทางด้านสุขภาพ เพื่อจะได้นำไปปฏิบัติตัวในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อนจากความเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และการพึ่งพาบริการทางการแพทย์ ตลอดจนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ³ ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก มีจำนวนประชากรทั้งหมด 2,525 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 360 คน คิดเป็นร้อยละ 14.26 และเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 14.45 และติดเตียงจำนวน 9 คน ร้อยละ 2.5⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า หลักการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่พบบ่อย คือ แนวคิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al⁵ ซึ่งได้กล่าวไว้ว่า บุคคลสามารถเรียนรู้ ตัดสินใจ แก้ปัญหาและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก ได้แก่ 1) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ประกอบด้วย พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีตและปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความคิดและอารมณ์ 2) ความคิดและอารมณ์ที่เฉพาะต่อพฤติกรรมเป็นมโนทัศน์ที่สัมพันธ์กับแรงจูงใจในการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย มโนทัศน์ย่อย 6 มโนทัศน์ ได้แก่ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กิจกรรมและอารมณ์ที่เกี่ยวข้อง อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ และ 3) ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ที่ส่งผลต่อสุขภาพในทางบวก โดยเมื่อบุคคลได้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจนเป็นแบบแผนการดำรงชีวิต จะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จากแนวคิดดังกล่าว โปรแกรมจึงมีการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพโดยให้มีความสอดคล้องกับภูมิปัญญาและประสบการณ์ของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเรื่องการเปลี่ยนแปลงตามวัยและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผ่านมาในอดีตร่วมกับปัจจัยส่วนบุคคล เพื่อนำมาปฏิบัติสร้างเสริมสุขภาพ จัดกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจ ลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม มีการสาธิตและให้ผู้สูงอายุได้ทดลองฝึกปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้ปฏิบัติพร้อมทั้งการยกย่องเชิดชูให้กำลังใจ ร่วมกับกิจกรรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตพื้นบ้าน การทำอาหารพื้นบ้านสำหรับผู้สูงอายุ และมีกิจกรรมการดูแลสุขภาพจิตโดยพระภิกษุสงฆ์ในชุมชน ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติและมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยของปรีชา เกย์ไชย และคณะ⁶ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการที่เกษียณอายุราชการโดยใช้แนวคิดของเพนเดอร์ในการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมะลิ โพธิพิมพ์ และคณะ⁷ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรม

สุขภาพต่อความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติสร้างเสริมสุขภาพ ในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา โดยใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจากแนวคิดของเพนเดอร์มาใช้ทดลองกับผู้สูงอายุ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าการทดลองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้วิจัยจึงประยุกต์โปรแกรมที่พัฒนามาจาก แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ที่สอดคล้องกับ บริบท และความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งในโปรแกรมนี้นี้ ประกอบด้วย 1) การสร้างเสริมสุขภาพตามภูมิปัญญา และประสบการณ์ 2) การเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพผ่านชุดการเรียนรู้ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้ในการปฏิบัติ ตัวเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การจัดหาอาหารพื้นบ้านสำหรับผู้ สูงอายุ และการจัดการความเครียดสำหรับผู้สูงอายุ 3) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อลดอุปสรรคในการปฏิบัติ 4) การติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และจะมีกิจกรรมในการปฏิบัติร่วมกับการมีส่วนร่วมของ ชุมชน ซึ่งโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพดังกล่าว ผู้สูงอายุสามารถนำไปเรียนรู้เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ นำไปสู่การปฏิบัติ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้มีความสุขแข็งแรงได้ด้วยตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

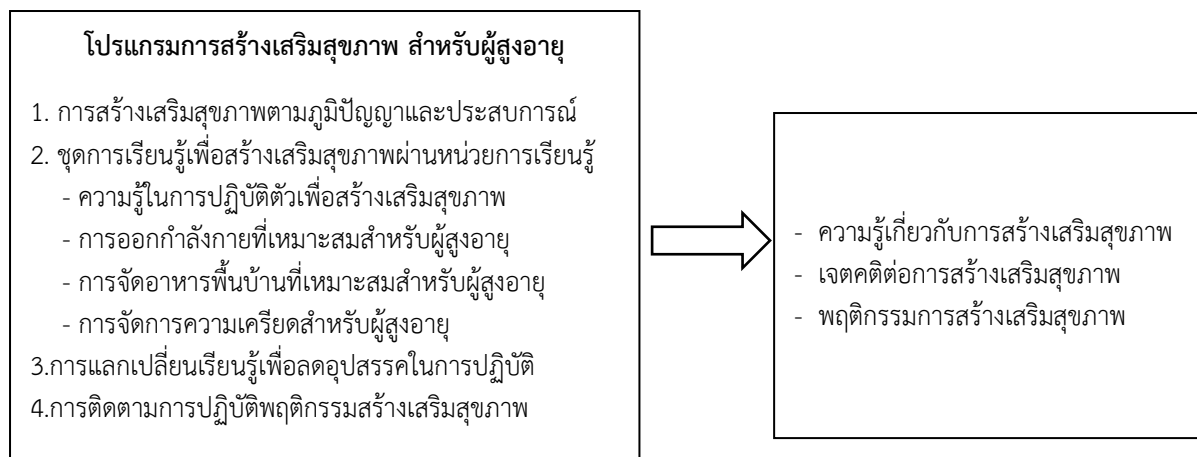
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้ชุดความรู้การสร้างเสริมสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการใช้ชุดความรู้การสร้างเสริมสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลองผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลองผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁵ และจากงานวิจัยของ ปรีชา เกยไชย และคณะ⁶ ซึ่งมีจุดเน้นที่การส่งเสริมให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดี โดยเลือกมโนทัศน์หลัก 3 ประการ ประกอบด้วย 1) คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล 2) ความคิดและอารมณ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมที่เป็นแรงจูงใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 3) ผลลัพธ์ ด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นความสามารถที่บุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อผล ในการสร้างเสริมสุขภาพ แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยวัดสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest–posttest design) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม 2564 ถึงเดือนมกราคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้วิจัย เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 360 คน

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4⁸ สำหรับการทดสอบ mean: difference between two independent means (two-group) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power)=0.95 ค่าความเชื่อมั่น (alpha)=0.05 และค่าอิทธิพล (effect size)=0.90 จากการวิจัยของปทุมวิฑูร กิตติกุล และคณะ⁹ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง รวม 70 คน เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ 1) อายุ 60-69 ปี 2) มีคะแนน ADL มากกว่า 11 คะแนน 3) สื่อสารพูดคุยได้รู้เรื่อง 4) มีการมองเห็นและการได้ยินชัดเจน และมีเกณฑ์คัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรมที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 1) คู่มือการสร้างเสริมสุขภาพตามภูมิปัญญาและประสบการณ์ 2) ชุดความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 3) แนวทางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อลดอุปสรรคในการปฏิบัติ และ 4) แนวทางการติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโปรแกรมทั้งหมดโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหากับวัตถุประสงค์ และความเหมาะสมของหน่วยการเรียนรู้ในชุดการเรียนรู้นี้ และมีการคำนวณหาความตรงด้วยดัชนีความสอดคล้อง (content validity index: CVI)=0.89

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม มี 4 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การออกกำลังกาย การดื่มกาแฟ/เครื่องดื่มชูกำลัง การดื่มสุรา

2.2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่กับไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ความรู้การปฏิบัติตัวเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ การออกกำลังกาย

การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียดที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย คะแนน 0-3 หมายถึง ความรู้ระดับต่ำ คะแนน 4-6 หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง คะแนน 7-10 หมายถึง ความรู้ระดับสูง

2.3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การจัดหาอาหารที่บ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การจัดการความเครียดสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเพนเดอร์ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การตัดสินคะแนน¹⁰ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน เห็นด้วยให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วยให้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยมากกว่า ร้อยละ 80 มีเจตคติระดับสูง คะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 60-79 มีเจตคติระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับหรือน้อยกว่า ร้อยละ 60 มีเจตคติระดับต่ำ

2.4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การจัดการความเครียดสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเพนเดอร์ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การตัดสินคะแนน¹⁰ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำให้ 5 คะแนน ปฏิบัติเป็นส่วนมากให้ 4 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้งให้ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นส่วนน้อยให้ 2 คะแนน และปฏิบัติเป็นส่วนน้อยมากให้ 1 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยมากกว่า ร้อยละ 80 มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพระดับสูง คะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 60-79 มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับหรือน้อยกว่า ร้อยละ 60 มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพระดับต่ำ

การสร้างเครื่องมือ ในข้อ 2.1-2.3 ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ ส่วนข้อ 2.4 ดัดแปลงจากปาดา ชมภูนิทย์ และจิตติพร แสงพลอย¹¹ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ 4 ส่วน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้อง (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.90, 0.88, 0.94 และ 0.95 ตามลำดับ นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในตำบลหลายชุมพล จำนวน 30 คน โดยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่น Kuder-richardson (KR-20) เท่ากับ 0.90 ส่วนเจตคติและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach'alpha coefficient) ได้ค่าอัลฟาเท่ากับ 0.85 และ 0.82 ตามลำดับ

โปรแกรมการวิจัย

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเรียนรู้ร่วมกับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยมีการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติตามแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

กลุ่มทดลอง

1. ระยะก่อนการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูล ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2. ระยะทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้โดยมีสื่อการสอนที่ใช้ ได้แก่ การบรรยายความรู้ร่วมกับสไลด์ ดวีวีดี การให้คำแนะนำการปฏิบัติตนแบบสมาชิกชุมชนมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม กิจกรรมการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ พร้อมกับมีคู่มือชุดความรู้การสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับการบันทึกทดลองปฏิบัติ โดยใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ ดังมีรายละเอียดของกิจกรรม คือ

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ การเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพตามภูมิปัญญาและประสบการณ์ เรื่องการเปลี่ยนแปลงตามวัยและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และกิจกรรมบรรยายให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้ชุดความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคไวรัสโควิด2019 โดยใช้สไลด์ประกอบการบรรยาย การชมวีดีทัศน์ การเสนอตัวอย่าง การให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

สัปดาห์ที่ 2 ให้ความรู้ สาธิตและสาธิตย้อนกลับเรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตพื้นบ้าน ได้แก่ การรำมั่งคละ การรำเพลงพื้นบ้าน และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการออกกำลังกายภายในกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 3 ให้ความรู้ สาธิต และสาธิตย้อนกลับ การทำอาหารพื้นบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ จัดทำเมนูอาหารที่รับประทานแต่ละมื้อ และการแลกเปลี่ยนเมนูอาหารที่สอดคล้องกับวิถีชาวบ้าน

สัปดาห์ที่ 4 ให้ความรู้ เรื่องการจัดการความเครียดสำหรับผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพจิต โดยพระภิกษุสงฆ์ที่พำนักในชุมชน สาธิต และสาธิตย้อนกลับวิธีการผ่อนคลายความเครียด ด้วยวิธีการต่าง ๆ โดยใช้สื่อวีดีทัศน์บรรยาย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการความเครียดภายในกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 5-6 กิจกรรมการติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเสริมการให้กำลังใจ ในการปฏิบัติของผู้สูงอายุจากแกนนำของชุมชนที่เข้าร่วมในทีมวิจัย

สัปดาห์ที่ 7 จัดกิจกรรมสนทนากลุ่มแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ นำเสนอ การสร้างเสริมสุขภาพตามชุดการเรียนรู้ โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มเรื่องการออกกำลังกาย การทำอาหารและการจัดการความเครียด และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้ปฏิบัติมาพร้อมทั้งการแสดงความชื่นชมให้กำลังใจ ซึ่งความรู้ทั้งหมดผู้สูงอายุสามารถนำไปปฏิบัติต่อบ้านได้

3. การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 8 จะมีการสรุปการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามหลังการทดลอง (posttest)

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยพบกลุ่ม จำนวน 2 ครั้ง ณ ห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจอมทอง อำเภอมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยพบในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และแจกแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พร้อมทั้งทำเอกสาร pre-test และนัดพบครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อประเมินความรู้และทำเอกสาร post-test แจกคู่มือและอธิบายการใช้ชุดความรู้การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อที่จะสามารถนำไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ ค่าแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแควร์ (chi-square)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้ชุดความรู้การสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยสถิติ paired t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการใช้ชุดความรู้การสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยสถิติ independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ตามเอกสารรับรอง หมายเลข PSRU-EC: 2021/004 วันที่ 14 มีนาคม 2564 การเคารพสิทธิส่วนบุคคลและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยมีการอธิบายและชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ เปิดโอกาสให้ซักถามและให้อิสระในการตัดสินใจ หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัย สามารถปฏิเสธได้ หรือระหว่างที่เข้าร่วมวิจัย หากมีความประสงค์ที่จะยุติการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถกระทำได้โดยไม่มีผลเสียใด ๆ และในการเขียนรายงานการวิจัยจะเปิดเผยข้อมูลตามความเป็นจริงในภาพรวมเท่านั้น สำหรับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยมอบคู่มือชุดการเรียนรู้ และให้ข้อมูลต่าง ๆ ตามความสนใจของกลุ่มตัวอย่าง ในสัปดาห์ที่ 8 หลังการตอบแบบสอบถามระยะหลังการทดลอง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 41 คน คิดเป็น ร้อยละ 58.57 มีอายุ 61 ปี มากที่สุด จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 42.85 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 57.14 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 65.71 มีโรคประจำตัว จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 78.57

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง (N=35) และกลุ่มควบคุม (N=35)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	สถิติทดสอบ	p-value
เพศ			$\chi^2 = 0.058$	0.810
- ชาย	14 (40.0%)	15 (42.9%)		
- หญิง	21 (60.0%)	20 (57.1%)		
อายุ (ปี)	61.26±5.34	60.89±5.78	t = 0.295	0.769
ประกอบอาชีพ			$\chi^2 = 0.273$	0.873
- ไม่ได้ทำ	5 (14.3%)	4 (11.4%)		
- เกษตรกร	22 (62.9%)	24 (68.6%)		
- รับจ้าง/ค้าขาย	8 (22.9%)	7 (20.0%)		
ระดับการศึกษา			$\chi^2 = 0.387$	0.824
- ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	19 (54.3%)	21 (60.0%)		
- มัธยมศึกษา	11 (31.4%)	10 (28.6%)		
- สูงกว่ามัธยมศึกษา	5 (14.3%)	4 (11.4%)		

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง (N=35) และกลุ่มควบคุม (N=35) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	สถิติทดสอบ	p-value
โรคประจำตัว			$\chi^2 = 0.643$	0.958
- ไม่มี	8 (22.9%)	7 (20.0%)		
- ความดันโลหิตสูง	14 (40.0%)	15 (42.9%)		
- เบาหวาน	7 (20.0%)	8 (22.9%)		

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะพื้นฐานที่ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปรที่ศึกษา แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความเหมาะสมในการเปรียบเทียบผลของการทดลอง เนื่องจากมีคุณลักษณะพื้นฐานที่คล้ายคลึงกัน

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ของกลุ่มทดลอง (N=35)

การสร้างเสริมสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t-Statistics	p-Value
	M	SD	M	SD		
1. ความรู้	5.34	1.03	9.40	0.81	-21.62	<.001*
2. เจตคติ	51.79	10.32	61.14	6.29	-4.78	<.001*
3. พฤติกรรม	76.91	11.37	107.05	6.45	-12.79	<.001*

*p<.001

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-21.62$, $p<.001$) คะแนนเฉลี่ยของ เจตคติการสร้างเสริมสุขภาพสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($t=-4.78$, $p<.001$) และคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังการใช้ชุดความรู้การสร้างเสริมสุขภาพสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-12.79$, $p<.001$)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังการใช้ชุดความรู้การสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (N=35)		กลุ่มควบคุม (N=35)		t-Statistics	p-value
	M	SD	M	SD		
1. ความรู้	9.40	0.81	5.54	1.82	11.45	<.001*
2. เจตคติ	61.14	6.29	52.97	10.13	4.05	<.001*
3. พฤติกรรม	107.05	6.45	76.54	10.71	14.43	<.001*

*p<.001

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองหลังการใช้ชุดความรู้การสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=11.45$, $p<.001$) คะแนนเฉลี่ยของ เจตคติการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังการใช้ชุดความรู้การสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=4.05$, $p<.001$) และคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการ

การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังการใช้ชุดความรู้การสร้างเสริมสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=14.43$, $p<.001$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการทดลองใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพฯ นี้ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ประยุกต์มาจากงานวิจัยของ ปรีชา เกยไชย และคณะ⁶ โดยที่โปรแกรมนี้มีการนำชุดการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 1) ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ 2) การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ 3) การจัดอาหารพื้นบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ 4) การจัดการความเครียดสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งชุดการเรียนรู้นี้พัฒนา มาจากความต้องการของผู้สูงอายุร่วมกับ ภูมิปัญญาพื้นบ้านของบริบทที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ กลุ่มทดลอง จึงสามารถนำไปปฏิบัติได้ง่ายและสอดคล้องกับชีวิตประจำวัน และในโปรแกรมมีกิจกรรมการทดลองปฏิบัติ ร่วมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มที่ได้จากการหลังจากการดำเนินกิจกรรมเสร็จ และนอกจากนั้น ยังได้รับรับความร่วมมือจากแกนนำชุมชนมาร่วมช่วยกันในการดำเนินกิจกรรม และการดำเนินกิจกรรม มีเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 7 สัปดาห์ และสัปดาห์ที่ 8 เป็นการ สรุปผลการดำเนินกิจกรรม ซึ่งจากการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ผลการศึกษาของกลุ่มทดลอง พบว่ามี ค่าคะแนนเฉลี่ยของ ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มทดลองสูงขึ้น กว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ $<.001$ และสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ $<.001$ ซึ่งผู้วิจัยอภิปรายตามกิจกรรมของการใช้ชุดความรู้การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

1. การสอนแบบการเห็นตัวอย่างจากของจริง พร้อมทั้งมีการเสนอความคิดเห็นจากประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมอบรม และได้รับฟังการบรรยายที่มีรูปภาพและการเคลื่อนไหวจากของจริงทำให้ผู้ฟังมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และมีการบรรยายความรู้ในการป้องกัน โรคโควิด-19 2019 รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ส่งเสริมเจตคติที่ดีในการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจในการปฏิบัติต่อไปและเป็นแรงจูงใจที่ทำให้คนเริ่มต้นปฏิบัติ พฤติกรรม นอกจากนี้ ยังกระตุ้นให้เกิดเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน และร่วมกับใช้เทคนิค การเรียนรู้มีส่วนร่วมในระหว่างสอนด้วย เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และเพื่อเป็นการเสริมแรง ในการปฏิบัติพฤติกรรม

2. การสาธิตการฝึกปฏิบัติจริง ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็น ถึงการกระทำ กระบวนการ ขั้นตอน และ วิธีการอย่างชัดเจนและได้ทดลองปฏิบัติ จึงทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ การรับรู้ อุปสรรคของการกระทำ ซึ่งทำให้บุคคลมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรม หรือพฤติกรรมนั้น ๆ ได้สำเร็จ และรู้สึกว่ามีอุปสรรคน้อยและสามารถผ่านปัญหาและอุปสรรคไปได้ รวมทั้งช่วงฝึกกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีอารมณ์ทางบวกในการปฏิบัติกิจกรรม สังเกตจากพฤติกรรมของกลุ่มทดลองในขณะสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ กลุ่มทดลองมีความสนุกสนานและร่วมกันฝึกปฏิบัติ อาจทำให้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งหมดถูกนำมาปฏิบัติซ้ำ ๆ ทำให้เกิดความต่อเนื่องได้

3. การจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม เป็นกระบวนการให้บุคคลมีการวางแผนและ กลวิธีที่เหมาะสมในการปฏิบัติพฤติกรรม โดยให้สมาชิกกลุ่มทดลองได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นและตัดสินใจร่วมกัน ในการกำหนดเป้าหมายและแนวทางปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีวิธีการแก้ไขปัญหาอุปสรรค และการเสนอทางเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรม รวมทั้งมีการเสริมแรงภายใน สมาชิกกลุ่มกันเอง เพื่อกระตุ้นให้ปฏิบัติและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มทดลอง

4. การติดตามการปฏิบัติกิจกรรมจากทีมงานและแกนนำของชุมชนที่ทีมงานได้เตรียมไว้ เป็นการกระตุ้นเตือนในด้านความรู้ และการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นระยะ ๆ ส่งเสริมอิทธิพลจากปัจจัยระหว่างบุคคลโดยเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมและเป็นแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุนการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งมีอิทธิพลด้านสถานการณ์ในด้านการรับรู้ หรือความคิดของบุคคลต่อสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อม ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่มีอยู่ ลักษณะของความต้อการ และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุที่ได้รับการเรียนรู้จากโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ ครอบครัว 3 โมโนมิติหลัก และการมีส่วนร่วมจากชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุภายใต้บริบทของชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเนื่องจากการระบาดของโรคไวรัสโควิด 2019 มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไปจากเดิม การที่ผู้สูงอายุได้รับการเรียนรู้จากชุดการเรียนรู้นี้ จึงเกิดความตระหนักถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคระบาดดังกล่าว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพให้มีสุขภาพที่แข็งแรง โดยพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสูงขึ้น เนื่องจากกลุ่มดังกล่าวหลังการเข้ากิจกรรมทำให้มีความรู้ความเข้าใจในการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น มีการรับประทานอาหารที่บ้านที่เหมาะสมทั้งชนิดและปริมาณ มีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับพื้นฐานตามความสามารถของตนเองได้อย่างถูกต้อง รู้จักวิธีการจัดการกับความเครียดตามแบบฉบับของชุมชนที่ไม่ยุ่งยากและสามารถปฏิบัติได้เองที่บ้าน และสามารถสังเกตอาการผิดปกติได้ มีความไว้วางใจกับสมาชิกในกลุ่ม มีการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพด้วยกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติที่เพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่มากขึ้น² และสอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของ ปรีชา เกยไชย และคณะ⁶ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณอายุราชการ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของฐิติมา โกศลวิจิตร และคณะ¹² ที่ประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้การบรรยายประกอบสื่อสไลด์ การเสนอตัวแบบที่ดี การสาธิต การฝึกปฏิบัติและการอภิปรายกลุ่มทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรตะวัน ธนรุ่ง และคณะ¹³ ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของศุภาติ เชมวุฒิพงษ์¹⁴ ที่ศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง พบว่า รูปแบบดังกล่าวมีกระบวนการพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ทำให้หลังการใช้รูปแบบ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาของงานวิจัยนี้ พบว่ามี ข้อจำกัดในงานวิจัยนี้ คือ งานวิจัยนี้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคะแนนของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่มีคะแนนมากกว่า 11 ขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงน้อย โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ครอบครัว 3 โมโนมิติหลักนี้ จึงเหมาะสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว ดังนั้น จึงขอเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับบริบทและกลุ่มวัยต่าง ๆ

2. ด้านการวิจัย เช่น การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มวัยต่าง ๆ การศึกษาติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างศึกษา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจอมทองที่ให้ความร่วมมือช่วยเหลือในการทำศึกษาวิจัย

References

1. National Statistical Office. Population statistics from the population register (monthly) [internet]. Phatumthanee: National Statistical Office; 2021 [updated 2025; cited 2023 Oct 2]. Available from: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/displayData> (in Thai)
2. Noradechanunt C, Kiantah W, Sankum P, Konkaew P, Boonprasert P, Mansiri R. Effects of the curriculum for enhancing competencies in health promotion of the elderly by community participation on functional fitness and quality of life. Journal of Science and Technology Phetchabun Rajabhat University 2023;3(2):23-35. (in Thai)
3. Boonsatean W, Reantippayasakul O. Health literacy: situation and impacts on health status of the older adults. APHEIT Journal of Nursing and Health 2020;2(1):1-19. (in Thai)
4. Chomphunit P, Boonprasert P, Mansiri R. Development of health care models for dependent older adults and individuals with disabilities through community participation in Chom Thong Sub-District, Mueang, Phitsanulok. Journal of Nursing and Therapeutic Care 2024;42(2):1-14. (in Thai)
5. Pender N, Murdaugh C, Parsons M. Health promotion in nursing practice. 7th ed. New Jersey: Pearson Education;2015.
6. Koeychai P, Kangchai W, Rattanajarana S. Effects of health promoting program on health behavior among retired government officers. Journal of Health and Nursing Research 2020;36(1):55-65. (in Thai)
7. Phothipim M, Ketbumroong V, Norkaew J, Kujapun J. The effectiveness of health behavioral promotion program on knowledge, attitude and practice among members of elderly club, Nakhon Ratchasima Province. The Public Health Journal of Burapha University 2019;14(1):119-30. (in Thai)
8. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods 2007;39(2):175-91.

9. Kittikul P, Pasuwan D, Waelveerakub W. Effect of a knowledge management program on counseling behavior regarding breastfeeding among nursing students: a post-pandemic of coronavirus 2019 outbreak in Nakhon Pathom Province. *J Prachomklao Coll Nurs Phetchaburi Prov* 2024;7(2):75-89. (in Thai)
10. Best J, John W. *Research in education*. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall;1977.
11. Chomphunit P, Seangploy T. Development of the health promotion knowledge package for older people during COVID-19 pandemic, Tambon Chom Thong, Amphoe Mueang, Phitsanulok Province. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province* 2022;5(1):26-41. (in Thai)
12. Kosalvit T, Kanyakan K, Bunyanirawat N, Srithamma T. The effect of health promotion program for patients of diabetes mellitus at Dongbang Health Promoting Hospital, Muang District, Ubon Ratchathani Province. *Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences* 2019;3(1):26-37. (in Thai)
13. Thanaroong P, Bunmachu D, Meethong C. Effectiveness of health behavior promotion program for elderly in Ratchathani-Asoke community, Bung Mai Sub-District, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal* 2022;16(1):17-29. (in Thai)
14. Khemwuttipong S. Effect of health promotion model on the quality of life of the elderly with chronic non-communicable diseases in Trang Province. *The Public Health Journal of Burapha University* 2023;18(1):51-63. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐานต่อความเครียด ภาวะซึมเศร้าและระดับสติ ในผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังในชุมชนเขตเทศบาลเมืองชุมเห็ด จังหวัดบุรีรัมย์*

ณิชาภัทร มณีพันธ์ ปร.ด.** ศรีนรัตน์ จันทพิมพ์ ปร.ด.***

บทคัดย่อ

ปัจจุบันผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังในชุมชน มีแนวโน้มประสบปัญหาด้านสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะความเครียดและภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการดำรงชีวิตประจำวัน การส่งเสริมทักษะทางจิตใจ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรับมือกับปัญหาทางอารมณ์และจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็น การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษา โดยใช้สติเป็นฐาน (mindfulness-based counseling program) ต่อระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้าและระดับสติของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังในชุมชน จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการให้คำปรึกษาด้านจิตสังคมทั่วไป เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความเครียด แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินระดับสติ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .86, .84 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐานกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนน ระดับสติสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้นควรสนับสนุนให้ทีมสุขภาพนำโปรแกรมนี้ ไปประยุกต์ใช้ในงานส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการกับความเครียดและอารมณ์ ลดความทุกข์ทรมาน และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว

คำสำคัญ: การบำบัดและให้คำปรึกษา การใช้สติเป็นฐาน ความเครียด ชุมชน ผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง ภาวะซึมเศร้า

เลขที่จริยธรรมการวิจัย 10/2567 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

วันที่รับบทความ 30 มีนาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 12 มิถุนายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 18 กรกฎาคม 2568

*งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนสนับสนุนงานมูลฐาน (Fundamental Fund) ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล sariju@kku.ac.th

Effects of mindfulness-based therapy and counseling program on stress, depression, and mindfulness level in elderly people living alone in the community of Chum Het Municipality, Buriram Province*

Nichapat Maneephun Ph.D.** Sarinrut Juntapim Ph.D.***

Abstract

Currently, elderly people living alone in the community tend to experience more mental health problems, especially stress and depression, which affect their quality of life and daily life. Therefore, promoting mental skills to help the elderly cope with emotional and mental problems effectively is essential. This quasi-experimental research aimed to study the effects of a mindfulness-based therapy and counseling program on the levels of stress, depression, and mindfulness levels in elderly people living alone in the community.

The sample consisted of 60 elderly people living alone in the community, divided into an experimental group and a control group, 30 people in each group. The experimental group received a mindfulness-based therapy and counseling program, while the control group received general psychosocial counseling. Data were collected using a stress assessment, a depression assessment, and a mindfulness assessment, which had Cronbach's alpha coefficient reliability values of .86, .84, and .87, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency percentages, means, standard deviations; and an independent t-test.

The results of the research found that after receiving the mindfulness-based therapy and counseling program, the experimental group had significantly lower mean stress scores and depression scores than the control group ($p < .05$) and significantly higher mean mindfulness scores than the control group ($p < .05$). Therefore, the health team should be encouraged to apply this program to promote and prevent mental health problems in the elderly to enhance their ability to manage thoughts and emotions, reduce suffering, and improve the quality of life of the elderly in the long term.

keywords: mindfulness-based; therapy and counseling; stress; community; elderly people living alone; depression

Ethical approval: HE 10/2567, Plagiarism checked, 3 Reviewers.

Received 30 March 2025, Revised 12 June 2025, Accepted 18 July 2025

*This research was supported funding by the Fundamental Fund of the Faculty of Nursing, Buriram Rajabhat University

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

***Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author,

E-mail: sariju@kku.ac.th

บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึง ร้อยละ 20.8 ของประชากรทั้งหมด สถานการณ์นี้น่าเป็นห่วงยิ่งขึ้น เมื่อพิจารณาถึงแนวโน้มที่ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่เพียงลำพังหรือกับคู่สมรสสูงวัยด้วยกัน มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 10.8 ในปี พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 12 ในปี พ.ศ. 2564 สำหรับผู้ที่อยู่ลำพังคนเดียว และร้อยละ 21.1 ที่อยู่กับคู่สมรส¹ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวจากครอบครัวขยายสู่ครอบครัวเดี่ยว และการย้ายถิ่นของวัยทำงานเพื่อประกอบอาชีพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุจำนวนมาก โดยเฉพาะในชุมชนขาดผู้ดูแลและต้องเผชิญชีวิตตามลำพัง สภาวะเช่นนี้ทำให้พวกเขากลายเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะเครียดและความรู้สึกลำบาก ซึ่งเป็นปัจจัยนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้นได้ ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังจึงต้องการการดูแลด้านจิตใจมากเป็นพิเศษ เพื่อป้องกันการกลั่นแกล้งสู่ปัญหาสุขภาพจิตที่ซับซ้อนยิ่งขึ้น²

ผลกระทบของภาวะเครียดเรื้อรังและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่อย่างลำพัง ไม่เพียงแต่ทำให้ความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุลดลงเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อบุคลิกภาพและพฤติกรรมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางลบอย่างชัดเจน และส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง³ นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร่ายังจัดเป็นสาเหตุสำคัญลำดับที่สองของการเสียชีวิตและการสูญเสียทั่วโลก รองจากโรคหัวใจขาดเลือด โดยมีรายงานว่าผู้สูงอายุมีอัตราภาวะซึมเศร้าสูงถึง ร้อยละ 77 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ที่มีความชุกสูงที่สุด อีกทั้ง ยังมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึง ร้อยละ 8.7

สาเหตุหลักของภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังมักเกี่ยวเนื่องกับปัจจัยทางจิตสังคมหลายประการ ได้แก่ ความรู้สึกโดดเดี่ยว ว้าเหว การขาดการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การไม่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และสังคมที่เพียงพอ ความรู้สึกหมดหวังในชีวิต และความเชื่อมั่นในตนเองที่ลดลง⁴ นอกจากนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ภาวะสุขภาพร่างกายที่เสื่อมถอย รายได้ที่ไม่เพียงพอ และการขาดทักษะในการจัดการปัญหา ก็เป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้สถานการณ์เลวร้ายลง ปัญหาเหล่านี้ ทวีความรุนแรงยิ่งขึ้นเมื่อผู้สูงอายุขาดการเข้าถึงหรือขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตใจ การให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ หรือการฝึกฝนทักษะทางใจ⁵

แนวทางการดูแลช่วยเหลือและการรักษาผู้สูงอายุที่มีความเครียด และภาวะซึมเศร้ามีหลายวิธีขึ้นกับระดับความรุนแรง สาเหตุและบริบทของแต่ละคน ได้แก่ การรักษาด้วยยา จิตบำบัด ที่มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด การค้นหาความขัดแย้งภายในจิตใจ ที่มุ่งเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในระดับจิตใจและความสัมพันธ์กับผู้อื่น การให้การปรึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่ม การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง การบำบัดตามแนวพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรมและการฝึกสติหรือสติบำบัด⁶ ทางออกหนึ่งที่มีศักยภาพสูงในการแก้ไขปัญหาภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง คือ โปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน (mindfulness-based therapy and counseling: MBTC)" ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต โดยผสมผสานแนวคิดจากหลักสูตร mindfulness-based stress reduction (MBSR) ของ Kabat-Zinn และการพัฒนาความสุขในองค์กร⁷ โดยสติบำบัด (mindfulness therapy) มีแกนหลัก คือ การฝึกให้บุคคลรับรู้และตระหนักถึงอารมณ์ ความรู้สึก และความคิดที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน โดยไม่ตัดสินคุณค่าไม่ว่าจะเป็นบวกหรือลบ กลไกสำคัญ คือ การช่วยให้ผู้ฝึก (1) ตระหนักรู้ (awareness) ในสภาวะภายในตนเอง (ความคิด อารมณ์ ความรู้สึกทางกาย) (2) ไม่ตัดสิน (non-judgment) ทำให้สามารถเห็นสิ่งต่าง ๆ ตามความเป็นจริง (3) ยอมรับ (acceptance) สิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยลดการทำงานของความคิด

เชิงลบอัตโนมัติ ลดการครุ่นคิด (rumination) ส่งเสริมการพัฒนาความคิดใหม่ที่ยืดหยุ่นและเหมาะสมมากขึ้น⁸

โดยบูรณาการโปรแกรมการบำบัดและการให้คำปรึกษา โดยใช้สติเป็นฐานร่วมกับการให้คำปรึกษาแนวพุทธ ซึ่งเน้นการเข้าใจตนเองเพื่อช่วยลดความทุกข์ทางจิตใจ ลดการหมกมุ่นกับอดีตหรือกังวลอนาคต การสะท้อนความคิดและอารมณ์ เห็นความเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ตามหลักอนิจจัง การให้คำปรึกษาแนวพุทธ มองความทุกข์ในแง่ของการเรียนรู้ ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุพัฒนาปัญญาในการยอมรับตนเองและสถานการณ์ชีวิต โดยการให้คำปรึกษาช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้ข้อมูล สร้างแรงจูงใจ และสนับสนุนผู้สูงอายุในการเผชิญปัญหาเบื้องต้น ส่วนองค์ประกอบของการบำบัดด้วยสติจะช่วยให้ผู้สูงอายุพัฒนาทักษะทางใจในการจัดการกับความเครียดและอารมณ์เชิงลบในระยะยาว การผสมผสานนี้ จึงเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ต้องการทั้งการสนับสนุนทางอารมณ์ในการจัดการกับความเครียดและการพัฒนาเครื่องมือภายใน เพื่อรับมือกับความท้าทายลดอาการซึมเศร้าและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยงานวิจัยจำนวนมากสนับสนุนว่า โปรแกรมสติบำบัด เช่น mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) ซึ่งเป็นรากฐานหนึ่งของ MBTC มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้า และลดความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำได้เทียบเท่ากับการใช้ยาต้านซึมเศร้าแบบต่อเนื่อง โดยเฉพาะในผู้ที่มีประวัติซึมเศร้าซ้ำหลายครั้ง⁹ ผลลัพธ์สามารถคงอยู่ได้นานถึง 26 เดือน สติเพิ่มการตระหนักรู้ ลดการครุ่นคิด และเพิ่มความเมตตาต่อตนเอง

งานวิจัยส่วนใหญ่ในปัจจุบัน มุ่งเน้นผู้สูงอายุทั่วไปหรือผู้ป่วยซึมเศร้าโดยรวม แต่ยังขาดการศึกษาที่เจาะจงถึงประสิทธิผลและกลไกการทำงานของ MBTC ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง ซึ่งมีลักษณะทางจิตสังคมที่แตกต่าง เช่น ความรู้สึกโดดเดี่ยวที่รุนแรงกว่าและการขาดเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมที่ชัดเจน โปรแกรมสติบำบัดที่ใช้ในงานวิจัยส่วนใหญ่มักเป็นโปรแกรมมาตรฐานสากล ซึ่งอาจยังไม่สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังในสังคมไทย ที่มีปัจจัยทางวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อเรื่องครอบครัว การพึ่งพิงทางศาสนา และความสัมพันธ์ในชุมชน ซึ่งอาจส่งผลต่อการยอมรับและประสิทธิภาพของโปรแกรม¹⁰⁻¹²

จังหวัดบุรีรัมย์มีประชากรทั้งหมด จำนวน 1,017,574 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ 214,032 คน คิดเป็นร้อยละ 21.03 โดยพบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังเพียงคนเดียวหรืออยู่กับผู้สูงอายุด้วยกัน มีแนวโน้มสูงขึ้น จากโครงสร้างของสังคมและขนาดของครอบครัวเปลี่ยนจากครอบครัวขยายไปเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้สัมพันธภาพของคนในครอบครัวห่างเหินเพราะการออกไปประกอบอาชีพของวัยทำงาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดผู้ดูแล ทั้งให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง¹³ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าเหงา หดหู่ในชีวิต ความเชื่อมั่นในตนเองลดลง ส่งผลให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคม ความรู้สึกโดดเดี่ยว วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า มีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าและนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด ซึ่งพบว่า ยังขาดแคลนโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐานที่ออกแบบมาเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง และรูปแบบที่มีอยู่อาจไม่ตอบโจทย์ความต้องการของคนในพื้นที่

การศึกษานี้ จึงมุ่งเน้นศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษา โดยใช้สติเป็นฐาน (MBTC) ที่อาจมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบท ต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยคาดหวังว่าผลการศึกษาจะช่วยยืนยันประสิทธิภาพของโปรแกรม MBTC ในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะนี้ และนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่เหมาะสมสอดคล้องกับวัฒนธรรมและบริบทของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังในประเทศไทย เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต ลดความทุกข์ทรมานจากภาวะเครียดและซึมเศร้า และป้องกันผลกระทบร้ายแรงที่อาจตามมาในที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้าและระดับสติของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังก่อนและหลังที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษา โดยใช้สติเป็นฐาน
- 2) เพื่อเปรียบเทียบระดับระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้าและระดับสติของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังในระยะหลังทดลองระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษา โดยใช้สติเป็นฐานกับกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้กรอบแนวคิดของโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษา โดยใช้สติเป็นฐานที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต¹⁴ ที่พัฒนาจากกรอบแนวคิดของ Kabat-Zinn¹⁵ เพื่อฝึกสติ (การรับรู้ปัจจุบันขณะ) และปัญญา (ความเข้าใจชีวิต) ผสมผสานกับการให้คำปรึกษาแนวพุทธ¹⁶ ที่ช่วยเสริมความเข้าใจและการยอมรับ โดยตัวแปรอิสระ คือโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน (mindfulness-based therapy and counseling: MBTC) ตัวแปรตาม ได้แก่ ระดับความเครียด ระดับภาวะซึมเศร้า และระดับสติ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน จะมีค่าเฉลี่ยคะแนน ระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีค่าเฉลี่ยคะแนน ระดับสติหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน จะมีค่าเฉลี่ยคะแนน ระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และมีค่าเฉลี่ยคะแนน ระดับสติสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups, pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษา โดยใช้สติเป็นฐานต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้า และระดับสติในผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังในชุมชนเขตเมืองจังหวัดบุรีรัมย์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 60 คน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ตามเกณฑ์การคัดเลือก 1) ผู้สูงอายุชายและหญิงที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาหรืออาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยอาศัยอยู่เพียงลำพังคนเดียว 2) เป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4) มีระยะเวลาอาศัยอยู่เพียงลำพังต่อเนื่อง ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 5) มีระดับคะแนนความเครียด ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย

เกณฑ์การคัดออก 1) โรคประจำตัวทางกายที่รุนแรงและยังควบคุมอาการไม่ได้ เช่น โรคหัวใจล้มเหลวรุนแรง โรคไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องฟอกไตเป็นประจำ หรือมีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันรุนแรง ที่เป็นอุปสรรคต่อการเดินทางหรือการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มอย่างสม่ำเสมอ 2) เป็นผู้ที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่า เป็นผู้ป่วยจิตเวชหรือมีอาการทางจิต หรือมีภาวะการรับรู้ที่บกพร่อง (cognitive impairment)

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power วิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดค่า ที่ .80 ระดับนัยสำคัญที่ .05 ค่าขนาดอิทธิพล (effect size)=0.5 ซึ่งคำนวณได้จากงานวิจัยของบุษบา ทองโพธิ์ศรี¹⁷ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 50 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20¹⁸ เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการวิจัย ช่วงดำเนินการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้จนครบกำหนด ไม่พบการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มอย่างง่ายโดยจับสลากจากรายชื่อผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เพื่อให้การเปรียบเทียบผลการทดลองมีความน่าเชื่อถือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจึงมาจากชุมชนลักษณะเดียวกัน ใช้เกณฑ์คัดเลือกเดียวกัน และผ่านการสุ่มอย่างเป็นระบบ ซึ่งช่วยลดความลำเอียงจากตัวแปรแทรกซ้อน เช่น ระดับรายได้ การศึกษา หรือสถานะสุขภาพเบื้องต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยได้มาจากทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การฝึกสมาธิ ระยะเวลาในการฝึก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด (SPST-20) ของกรมสุขภาพจิต¹⁹ เป็นแบบประเมินตนเอง จำนวน 20 ข้อ ใช้วัดระดับความรุนแรงของอาการเครียดที่บุคคลรับรู้และประสบ ในช่วงระยะเวลาประมาณ 1 เดือนที่ผ่านมา โดยครอบคลุมอาการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากความเครียด ประกอบด้วย คำถาม 20 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จาก (1) ไม่รู้สึกเครียด ถึง (5) มีความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง คะแนนรวมความเครียด มีค่าระหว่าง 0-100 โดยการแปลผล คือ ระดับคะแนน 0-23 หมายถึง มีความเครียดอยู่ใน ระดับน้อย คะแนน 24-41 คะแนน หมายถึง มีความเครียดอยู่ใน ระดับปานกลาง คะแนน 42-61 คะแนน หมายถึง มีความเครียดอยู่ใน ระดับสูง คะแนน 62 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเครียดอยู่ใน ระดับรุนแรง การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยการนำแบบประเมิน ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ .86

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 9 ข้อ (9Q) ของกรมสุขภาพจิต²⁰ ใช้วัดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) คะแนน 0-27 คะแนน การแปลผล คือ 0-6 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 7-12 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 13-18 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และ ≥ 19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง โดยแบบประเมินภาวะ

ซิมเคร้า 9 ข้อ คำถามนี้ มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 86.2 และมีค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 83.1²¹ การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยการนำแบบประเมิน ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ .84

ส่วนที่ 4 แบบประเมินสติ (philadelphia mindfulness scale: PHLMS-awareness scale) ฉบับภาษาไทย โดยชัชวาลย์ ศิลปกิจ และคณะ²² โดยแบบวัดนี้วัดการตระหนักรู้ (awareness) และการยอมรับ (acceptance) ประกอบด้วย ข้อคำถามการตระหนักรู้ จำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับ คะแนนยิ่งสูงแสดงถึงการมีสติรับรู้ตนเองมาก โดยการนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .87

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต¹⁴ โดยมีหลักคิดคือการฝึกให้บุคคล รับรู้และตระหนักถึงอารมณ์ ความรู้สึก และความคิดที่เกิดขึ้นในปัจจุบันขณะ โดยไม่ตัดสินคุณค่า ไม่ว่าจะเป็นบวกหรือลบ ประกอบด้วย กิจกรรมหลัก 8 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง 20 นาที ถึง 2 ชั่วโมง กิจกรรมแต่ละสัปดาห์ มีดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 การจัดการกับความว้าวุ่น สัปดาห์ที่ 2 การดำเนินชีวิตด้วยความสงบ สัปดาห์ที่ 3 การรู้จักปล่อยวางอารมณ์ สัปดาห์ที่ 4 การมีสติกับความคิดและปล่อยวาง สัปดาห์ที่ 5 การทบทวนสัมพันธ์ภาพใหม่ สัปดาห์ที่ 6 การปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น สัปดาห์ที่ 7 การเมตตาและให้อภัย และสัปดาห์ที่ 8 ชีวิตต้องเดินหน้า

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน คือ 1) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบำบัดด้วยสติ 2) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา 3) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านพุทธจิตวิทยาและการเจริญสติ เพื่อดูความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษา พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยหาดัชนีความเหมาะสมระหว่างข้อคำถามและลักษณะของเนื้อหาได้ เท่ากับ 0.92 จากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 3 คน ก่อนนำไปใช้ทดลองจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้าและระดับสติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t- test ภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-test เนื่องจากทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ เลขที่ 10/2567 ณ วันที่ 31 มีนาคม 2567 โดยมีระยะในการดำเนินการวิจัย ตั้งแต่วันที่ 31 มีนาคม 2567 - 1 สิงหาคม 2567 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนระยะเวลาดำเนินการวิจัย ประโยชน์จากการเข้าร่วมการวิจัย สิทธิในการถอนตัว การรักษาความลับ และความเสี่ยงที่เกิดจากการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร โดยผู้เข้าร่วมการวิจัย

สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลที่รวบรวมไว้เป็นความลับ การบันทึกข้อมูลไม่มีการระบุชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยการนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และขอความร่วมมือจากนายกเทศบาลเมืองชุมเห็ด จังหวัดบุรีรัมย์ ให้ขออนุญาตผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เพื่อให้ผู้วิจัยเข้าพบ หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตนเองชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน วิธีการ และระยะเวลาของการวิจัยอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย การรักษาความลับของข้อมูลและการนำข้อมูลไปใช้ทางด้านวิชาการ โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าว และดำเนินการทดลอง ดังนี้

1. ก่อนเริ่มกิจกรรมตามโปรแกรมฯ 1 วัน ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถาม (pre-test) จำนวน 4 ชุด คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเครียด แบบประเมินอาการซึมเศร้า และแบบประเมินสติ โดยผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์ทีละข้อแบบตัวต่อตัว เป็นคะแนนก่อนการทดลอง

2. กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน จำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1.20 ถึง 2 ชั่วโมง ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม โดยดำเนินกิจกรรมที่ห้องประชุมศูนย์สุขภาพชุมชน และมีการบ้านให้ไปฝึกปฏิบัติต่อภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละครั้ง กำกับ การทำการบ้าน โดยให้บันทึกข้อมูลการฝึกปฏิบัติในแผ่นใบงาน กรณีผู้ช่วยวิจัยอ่านคำถามและบันทึกคำตอบ แทนทันที และสื่อนำเสนอในการดำเนินกิจกรรมครั้งถัดไป โดยผู้ดำเนินกิจกรรมในการทดลอง คือ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ได้ผ่านการอบรมโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐานของกรมสุขภาพจิต เมื่อสิ้นสุดการทดลอง มีการประเมินความเครียด แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และประเมินระดับสติหลังสิ้นสุดการทดลองทันทีโดยผู้ช่วยวิจัยอีกคน ซึ่งเป็นคนละคนกับที่ดำเนินกิจกรรมการทดลองเพื่อป้องกันอคติ

กลุ่มควบคุม ได้รับ (1) การให้การปรึกษาด้านจิตสังคมทั่วไป ซึ่งหมายถึง การให้การสนับสนุนทางอารมณ์และข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดยไม่มีเนื้อหาการฝึกสติหรือเทคนิคเฉพาะจากโปรแกรมหลัก (2) การตรวจสุขภาพประจำปี และ (3) การเชิญเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุจากพยาบาลของหน่วยการให้คำปรึกษาของโรงพยาบาลในพื้นที่ เมื่อสิ้นสุดการทดลอง มีการประเมินความเครียด แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และประเมินระดับสติหลังสิ้นสุดการทดลองทันที

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60-70 ปี ร้อยละ 82.3 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1,500-3,000 บาท ร้อยละ 75.2 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 85 และร้อยละ 15 ตามลำดับ สถานภาพสมรสอยู่ในสถานะหม้าย หย่าร้าง และโสด ร้อยละ 86, 10 และ 4 ตามลำดับ ภาวะสุขภาพพบว่า เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 57 โรคเบาหวาน ร้อยละ 40 และโรคอื่น ๆ เช่น โรคเมะเร็ง ร้อยละ 3 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำสมาธิมาก่อน ร้อยละ 74.8 มีระยะเวลาในการทำสมาธิอยู่ที่ 15-30 นาที ร้อยละ 75.2

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้าและระดับสติของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษา โดยใช้สถิติเป็นฐาน

พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนลดลงก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ที่ระดับมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนระดับสติของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ที่ระดับมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 (ดังแสดงตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า และค่าเฉลี่ยคะแนนระดับสติของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
คะแนนความเครียด	20.65	0.85	11.30	0.76	9.35	.03
คะแนนภาวะซึมเศร้า	23.67	3.02	16.93	2.9	8.48	.00
คะแนนระดับสติ	35.50	1.24	38.36	1.17	2.86	.00

*p<.05

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้าและระดับสติของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังในระยะหลังทดลองระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษา โดยใช้สถิติเป็นฐานกับกลุ่มควบคุม

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยหลังทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 และผู้สูงอายุอยู่เพียงลำพังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนระดับสติเฉลี่ยหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ที่ระดับมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 (ดังแสดงตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความเครียด ภาวะซึมเศร้า และระดับสติของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังในระยะหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
คะแนนความเครียด	11.30	0.76	11.86	0.74	5.09	.01
คะแนนภาวะซึมเศร้า	16.93	2.96	24.93	3.42	8.48	.00
คะแนนระดับสติ	38.36	1.17	37.86	1.15	5.83	.00

*p<.05

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้าและระดับสติของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังก่อนและหลังที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษา โดยใช้สถิติเป็นฐาน

จากการศึกษานี้ พบว่า ระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังมีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษา

โดยใช้สติเป็นฐาน (mindfulness-based therapy and counseling program) ในขณะเดียวกัน ระดับสติ (mindfulness) ของผู้เข้าร่วมการศึกษามีการเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐานสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา²³ พบว่า ค่าคะแนนระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรม mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะเดียวกัน ค่าคะแนนระดับสติเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนเช่นกัน และสอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า ค่าคะแนนความเครียดและภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญ²⁴ หลังจากผู้สูงอายุได้รับการบำบัดโดยใช้สติ ในขณะที่ค่าคะแนนของระดับสติสูงขึ้นหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งอธิบายได้ว่า ก่อนที่ผู้สูงอายุจะเข้าร่วมโปรแกรม มีการรายงานระดับความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลทั่วไปที่พบว่าในชุมชนไทยผู้สูงอายุเพศหญิงมีแนวโน้มอยู่อาศัยเพียงลำพังมากกว่าเพศชาย เนื่องจากอายุขัยเฉลี่ยที่ยาวกว่าและบทบาทในการดูแลครอบครัวที่มาก่อนหน้านี้²⁵ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิด ความเหงา ความเครียด และภาวะซึมเศร้ามากขึ้น การที่ผู้เข้าร่วมเป็นเพศหญิงทั้งหมดอาจมีส่วนช่วยเสริม ประสิทธิภาพของโปรแกรม เนื่องจากจากการศึกษา พบว่า เพศหญิงมักมีแนวโน้มเปิดใจในการพูดคุย ปรึกษา และมีความไวต่ออารมณ์ ส่งผลให้ตอบสนองต่อการให้คำปรึกษาและกิจกรรมกลุ่มได้ดีขึ้น ทั้งนี้ การทำ กิจกรรมในกลุ่มเพศเดียวกัน ยังช่วยส่งเสริมความรู้สึกลอดภัยในการเปิดเผยตนเองอีกด้วย อายุระหว่าง 60-70 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและความเครียด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่ออยู่เพียงลำพังรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ระหว่าง 1,500-3,000 บาท ซึ่งบ่งชี้ถึงความยากลำบากทางการเงิน ที่อาจส่งผลต่อภาวะความเครียดและความรู้สึกไม่มั่นคง อีกทั้ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับ ประถมศึกษา ซึ่งอาจมีผลต่อการเข้าถึงข้อมูลและการสนับสนุนทางสุขภาพจิต ส่วนใหญ่ของตัวอย่างกลุ่ม เป็นหม้าย หย่าร้าง ซึ่งสถานภาพเหล่านี้ มักจะสัมพันธ์กับความรู้สึกโดดเดี่ยว และอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะ ซึมเศร้าและส่วนใหญ่มีภาวะเจ็บป่วย ซึ่งโรคเหล่านี้ สามารถเพิ่มระดับความเครียด การขาดการสนับสนุน ทางสังคม การรู้สึกโดดเดี่ยว และการเผชิญกับความยากลำบากในชีวิตประจำวันอย่างลำพัง อย่างไรก็ตาม หลังจากที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษา พบว่า ระดับความเครียดลดลง อย่างมีนัยสำคัญ การฝึกสติที่เน้นการยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน โดยไม่ตัดสินช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการกับ ความเครียดได้ดีขึ้น ลดความวิตกกังวลและความกดดันที่เกิดขึ้นจากความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์ โปรแกรม การบำบัดและให้คำปรึกษา ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรับรู้และยอมรับอารมณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ตัดสิน นอกจากนี้ การบำบัดยังช่วยให้ผู้เข้าร่วมสามารถเปลี่ยนแปลงความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์และเสริมสร้างความสามารถในการปรับตัว ส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้ามลดลง อย่างมีนัยสำคัญ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

การเพิ่มขึ้นของระดับสติในผู้สูงอายุ ที่เข้าร่วมโปรแกรมบำบัดและให้คำปรึกษาแสดงถึงการพัฒนา ความสามารถในการมีสติรู้ตัวในปัจจุบันขณะ และการยอมรับความเป็นจริงตามที่เป็นอยู่การฝึกปฏิบัติสติ ช่วยเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับความท้าทายในชีวิตได้ดีขึ้น ลดความคิด ที่วนเวียนในอดีตหรือความกังวลเกี่ยวกับอนาคต และเพิ่มความสามารถในการรักษาสุขภาพจิตที่ดี อธิบาย ได้ว่า กลุ่มทดลองได้มีกิจกรรมในการจัดการกับความวุ่นใจ มีการฝึกสติให้ตระหนักถึงผลอารมณ์และ ความเครียด รู้เท่าทันความคิด และรู้จักปล่อย อีกทั้งในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีประสบการณ์ในการทำสมาธิ การใช้สติเป็นฐานในโปรแกรมอาจมีประสิทธิภาพในการลดความเครียดและ ภาวะซึมเศร้า โปรแกรมนี้สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีเครื่องมือในการจัดการกับความคิดและอารมณ์ที่ ไม่พึงประสงค์ โดยเน้นการรับรู้และการอยู่กับปัจจุบัน

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้าและระดับสติของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษา โดยใช้สติเป็นฐานกับกลุ่มควบคุม

จากการศึกษานี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษา โดยใช้สติเป็นฐานมีระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้ามลดลง อย่างมีนัยสำคัญ และระดับสติเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมดังกล่าว ผลการเปรียบเทียบนี้ ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมสติในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการบำบัด โดยใช้สติในการลดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความเหงาในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดมีการลดลงของระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม²⁶ ผลการศึกษาเหล่านี้ แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมสติสามารถลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้ง ยังช่วยเพิ่มระดับสติที่เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิต²⁷ พบว่า โปรแกรม MBCT สามารถลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ และเพิ่มระดับสติในกลุ่มที่ได้รับการบำบัด เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม²⁸

ประเด็นที่ค้นพบเพิ่มเติมและเป็นจุดแข็งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การบำบัดโดยใช้สติเป็นฐาน มีประสิทธิภาพในการลดระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้า รวมถึงเพิ่มระดับสติในผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง อย่างไรก็ตาม ผลของการบำบัดอาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะของกลุ่มเป้าหมายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ

ข้อจำกัดในการวิจัย

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิงที่อาศัยอยู่เพียงลำพังในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ผู้สูงอายุเพศชายที่มีคุณสมบัติเข้าร่วมโปรแกรมหาดังกล่าว ปฏิเสธหรือมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ จึงอาจไม่สามารถสะท้อนผลลัพธ์กับผู้สูงอายุในกลุ่มประชากรที่หลากหลายทางเพศได้อย่างครอบคลุม อีกทั้ง การเก็บข้อมูลผลลัพธ์หลังการเข้าร่วมโปรแกรมอาจยังอยู่ในระยะสั้น จึงไม่สามารถประเมินผลในระยะยาวได้ว่า ผู้สูงอายุสามารถคงระดับสติที่สูงขึ้น และลดความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าได้ต่อเนื่องหรือไม่ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จำกัดอาจส่งผลกระทบต่อผลการนำไปใช้ในวงกว้าง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐาน มีประสิทธิภาพในการลดระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้า รวมถึงเพิ่มระดับสติในผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง ควรนำโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐานไปใช้ เป็นแนวทางในการช่วยเหลือ ส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง เพื่อให้สามารถในการพัฒนาทักษะทางใจในการจัดการกับความเครียดและอารมณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความทุกข์ทรมานจากภาวะเครียดและซึมเศร้า เพิ่มการตระหนักรู้และป้องกันผลกระทบร้ายแรงที่อาจตามมาในที่สุด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามติดตามในระยะยาว เพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษา โดยใช้สติเป็นฐานต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและความคงที่ของความเครียด และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

References

1. World Health Organization. Mental health of older adults [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO; 2021 [updated 2025; cited 2024 Nov 21]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Huang J, Song Y, Sheng Y, Zhang Y, Hu D. Restorative potential assessment of public open space in old urban communities in the context of aging-a case study of Dabeizhuang community in Maanshan, China. *Buildings* 2024;14(9):2671.
3. Pattras S, Pattras M, Chusak T. The mental health of elderly in Chaiphum province case study: Naphai sub-district, Muang Chaiphum district, Chaiphum province. *VRU Research and Development Journal Science and Technology* 2019;14(2):88-101. (in Thai)
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association;2013.
5. Chacko E, Ling B, Avny N, Barak Y, Cullum S, Sundram F, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for stress reduction in family carers of people living with dementia: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(1):614.
6. Smoski MJ, McClintock A, Keeling L. Mindfulness training for emotional and cognitive health in late life. *Current Behavioral Neuroscience Reports* 2016;3(4):301–7.
7. Mao L, Li P, Wu Y, Luo L, Hu M. The effectiveness of mindfulness-based interventions for ruminative thinking: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord* 2023;321:83-95.
8. Shih VWY, Chan WC, Tai OK, Wong HL, Cheng CPW, Wong CSM. Mindfulness-based cognitive therapy for late-life depression: a randomized controlled trial. *East Asian Arch Psychiatry* 2021;31(2):27-35.
9. Salari N, Heidarian P, Hassani R, Babajani F, Abdolmaleki A, Mohammadi M. Comparison of the effectiveness of treatments based on compassion, acceptance and commitment, and mindfulness on anxiety disorders and depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord Rep* 2024;18:100847.
10. van der Velden AM, Kuyken W, Wattar U, Crane C, Pallesen KJ, Dahlgaard J, et al. A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clin Psychol Rev* 2015;37:26-39.
11. Kwon YC, Chung YS, Kim WJ. Mindfulness meditation program for the elderly in Korea: a preliminary review for planning the program. *Integr Med Res* 2021;10(1):100451.
12. Cladder-Micus MB, Speckens AEM, Vrijzen JN, Donders ART, Becker ES, Spijker J. Mindfulness-based cognitive therapy for patients with chronic, treatment-resistant depression: a pragmatic randomized controlled trial. *Depress Anxiety* 2018;35(10): 914–24.
13. Burirum Provincial Statistical Office. Report on the elderly population situation in Burirum Province for the year 2023. Burirum: Provincial Statistical Office;2023. (in Thai)

14. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Clinical practice guidelines for mindfulness-based therapy in mental health services. Nonthaburi: Department of Mental Health;2020. (in Thai)
15. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Delacorte;1990.
16. Losathiakit P. Buddhist psychotherapy using the four noble truths. Journal of the Somdej Chaopraya Institute of Psychiatry 2010; 4(2):33-42. (in Thai)
17. Thongphosri B. The effect of mindfulness-based therapy and counseling: MBTC program on the level of depression in patients with major depressive disorder under coronavirus disease situation 2019 Phana District, Amnat Charoen Province. Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong 2022;6(2):49-60. (in Thai)
18. Gray JR, Grove SK, Sutherland S. Burns and Grove's the practice of nursing research. Appraisal, synthesis and generation of evidence. 8th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier;2017.
19. Department of mental health, Ministry of public health. Suanprung stress test-20 (SPST-20). Nonthaburi: Department of mental health;2008. (in Thai)
20. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. The 9-item depression screening questionnaire (9Q). Nonthaburi: Department of mental health;2009. (in Thai)
21. Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai central dialect. Journal Psychiatric Association Thailand 2018;63(4): 321-34. (in Thai)
22. Silpakij C, Silpakij O, Wisajun P. The validity of Philadelphia mindfulness scale Thai version. Journal of Mental Health of Thailand 2011;19(3):140-7. (in Thai)
23. Li H, Yan W, Wang Q, Liu L, Lin Xiao, Zhu Ximei, et al. Mindfulness-based cognitive therapy regulates brain connectivity in patients with late-life depression. Front Psychiatry 2022;13:841461.
24. Thimm JC, Johnsen TJ. Time trends in the effects of mindfulness-based cognitive therapy for depression: a meta-analysis. Scand J Psychol 2020;61(4):582–91.
25. Tsai CC, Lee HL, Wu CS, Chen PY, Chen TW, Chen MF. The efficacy of a mindfulness-based exercise program in older residents of a long-term care facility in Taiwan. Geriatr Nurs 2023;50:227-33.
26. Blanck P, Perleth S, Heidenreich T, Kroger P, Ditzen B, Bents H, et al. Effects of mindfulness exercises as stand-alone intervention on symptoms of anxiety and depression: systematic review and meta-analysis. Behav Res Ther 2018;102:25–35.
27. Lenz AS, Hall J, Bailey Smith LB. Meta-analysis of group mindfulness-based cognitive therapy for decreasing symptoms of acute depression. J Spec Group Work 2016;41(1):44–70.

28. Farb N, Anderson A, Ravindran A, Hawley L, Irving J, Mancuso E, et al. Prevention of relapse/recurrence in major depressive disorder with either mindfulness-based cognitive therapy or cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2018;86(2):200-4.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จิราณวัฒน์ ขาญสูงเนิน พย.ม.* กนกพรรณ พรหมทอง พย.ม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 44 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ซึ่งพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีของแบนดูรา ประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ 2) การใช้ตัวแบบหรือการสังเกตประสบการณ์ผู้อื่น 3) การสนับสนุนให้มีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง และ 4) การใช้คำพูดชักจูงและให้คำแนะนำ ระยะเวลาในการกิจกรรม 4 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล และแบบสังเกตทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ตรวจสอบความเที่ยงของแบบวัดความรู้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล โดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ .85 ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสังเกตทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.89

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมค่าเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=9.57, p<0.00$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=15.42, p<0.00$) ค่าเฉลี่ยทักษะของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=28.94, p<0.00$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=27.70, p<0.00$) ผลลัพธ์ที่ได้จากโปรแกรมฯ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนในการเป็นแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มโอกาสการรอดชีวิต ลดความพิการและการเสียชีวิต

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย โปรแกรมการฝึกอบรม

ภาวะฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เลขที่จริยธรรมการวิจัย 6/2566 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

วันที่รับบทความ 31 มีนาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 8 พฤษภาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 17 กรกฎาคม 2568

*อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล jiranuwat@bcnt.ac.th

Effects of a perceived self-efficacy enhancement program on knowledge and skills in pre-hospital emergency care among village health volunteers

Jiranuwat Chansungnoen M.N.S.* Kanokpun Promtong M.S.N.**

Abstract

This quasi-experimental research with two-group pre-posttest design aimed to compare the pre-hospital emergency care knowledge and skills among 44 village health volunteers who were purposively selected based on inclusion criteria. They were equally divided into the experimental and control groups, 22 people for each group. The intervention group received the perceived self-Efficacy enhancement program on pre-Hospital emergency patient care that was developed based on Bandura's theory. The program consisted of 1) physiological and affective state 2) modeling or vicarious experiences 3) enactive mastery experiences and 4) verbal persuasion. The program was conducted for 4 weeks.

The research instruments for data collection included a demographic data questionnaire, a pre-hospital emergency patient care knowledge questionnaire, and a pre-hospital emergency patient care skills observation form. The reliability of the pre-hospital emergency patient care knowledge questionnaire was checked using the Kuder-Richardson formula (KR-20) and was equal to .85. Reliability test of the pre-hospital emergency patient care skills observation form obtained a Cronbach's alpha coefficient of 0.89.

Data were analyzed using descriptive statistics and t-test. The results showed that after receiving the program, the knowledge mean score of the experimental group was significantly higher than before ($t=9.57$, $p<0.00$) and significantly higher than those of the control group ($t=15.42$, $p<0.00$). The skills mean score of the experimental group was significantly higher than before ($t=28.94$, $p<0.00$) and was significantly higher than those of the control group ($t=27.70$, $p<0.00$). The results of the program can be utilized as a strategic framework to enhance the competencies of village health volunteers and the general public in serving as critical resources for pre-hospital emergency patients. This, in turn, contributes to improving survival rates while reducing disability and mortality.

keywords: self-efficacy; knowledge; patient care skills; training program; pre-hospital emergency; village health volunteers

Ethical approval: 6/2566, Plagiarism checked, 3 Reviewers.

Received 31 March 2025, Revised 8 May 2025, Accepted 17 July 2025

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

**Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute, Corresponding author, Email: jiranuwat@bcnt.ac.th

บทนำ

การเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลเป็นภาวะวิกฤตฉับพลันของชีวิต หากไม่ได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที อาจก่อให้เกิดการเสียชีวิตหรือพิการ สถิติประเทศไทย ในปี 2564-2567 มีอัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล เท่ากับ 30.23 32.56 31.04 และ 27.14 ต่อประชากรแสนคน¹ ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นการเสียชีวิตก่อนชุดปฏิบัติการไปถึงจุดเกิดเหตุ กลุ่มอาการนำที่ทำให้เสียชีวิต 3 อันดับแรก ได้แก่ หัวใจหยุดเต้น ไฟไหม้/ลวก เหตุจากความร้อน/สารเคมี/ไฟฟ้าช็อต และอุบัติเหตุทางรถยนต์ เป็นต้น² ดังนั้นจึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้ประชาชน มีความรู้ ความสามารถที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล เนื่องจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่มักจะเกิดขึ้นที่บ้าน ที่ทำงาน สถานที่ท่องเที่ยวและชุมชน ผู้พบเหตุก่อนจึงมักเป็นบุคคลใกล้ชิดและผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ หรือเป็นประชาชนทั่วไปในแต่ละชุมชน แม้แต่ในครัวเรือน³ ซึ่งตามหลักการการสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีเครือข่ายในการดำเนินงานที่สำคัญ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)⁴ ซึ่งเป็นตัวแทนในชุมชน เป็นกลุ่มคนที่เข้ามามีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน ถือเป็นจุดเชื่อมต่อที่สำคัญในการนำนโยบายต่าง ๆ จากส่วนกลางไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม เป็นทุนทางสังคมที่สำคัญ มีความโดดเด่นที่สุด ในการมีส่วนร่วมของประชาชน⁵ ดังนั้น ควรเพิ่มศักยภาพให้ อสม. มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล แต่การเพิ่มศักยภาพทางด้านความรู้เพียงอย่างเดียว ไม่สามารถแสดงได้ว่า จะมีความมั่นใจในการปฏิบัติจริง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า อสม. มีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลาง ทำให้อาจเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ⁶ หาก อสม. ไม่มีความรู้และไม่มีทักษะในการปฐมพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินสำหรับประชาชนที่ถูกต้อง จะทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นได้หรือให้การช่วยเหลือเบื้องต้นผิดพลาดหรือไม่ถูกขั้นตอน ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยตามมา จึงควรมีการเพิ่มศักยภาพด้านความรู้ร่วมกับเพิ่มศักยภาพทางด้านทักษะปฏิบัติการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การดูแลผู้ป่วยที่มีสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจเบื้องต้น การห้ามเลือดและการตามการยกเคลื่อนย้าย และการสื่อสารกับทีมรักษา ทั้งนี้ ต้องมีปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และทักษะปฏิบัติการ ซึ่งปัจจัยนั้น คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นมโนทัศน์หนึ่งตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน เป็นตัวทำนายการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติพฤติกรรมและการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่ง Bandura⁷ ได้ให้คำจำกัดความว่า บุคคลจะตัดสินใจจะทำพฤติกรรมหรือไม่ ส่วนหนึ่งจะมาจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย⁸ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพราะเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรม บุคคลที่มีความมั่นใจและรับรู้ว่าจะตนเองมีสมรรถนะก็จะลงมือปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ แต่ถ้าไม่มั่นใจว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้นได้ ก็จะหลีกเลี่ยงการทำการกิจกรรมดังกล่าว ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากความเชื่อในสมรรถนะเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมที่กำหนดได้รวมถึงตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าสามารถกระทำพฤติกรรมได้หรือไม่ระดับใดแบบดูราเชื่อว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่จะทำให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมจริง และมั่นใจว่าตนเองสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้ ก็จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นด้วยความตั้งใจ อดทน อดสาหัส ไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด แต่ถ้าไม่มั่นใจว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้ บุคคลนั้นก็จะพยายามหลีกเลี่ยงหรือไม่แสดงพฤติกรรมนั้น เพื่อหลีกเลี่ยงความผิดหวัง⁹ ซึ่งโปรแกรมที่พัฒนาตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน จะต้องประกอบด้วย 4 วิธี ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2) การใช้ตัวแบบ

3) การใช้คำพูดชักจูง และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ จึงจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มต่าง ๆ โดยมีการนำไปประยุกต์ใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังการศึกษาผลของโปรแกรม SMART SAFE ต่อสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม อสม. มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองและค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $.001^{10}$ และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความสามารถในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถของผู้ดูแลหรือญาติในการดูแลผู้ป่วย¹¹ และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ และในระหว่างการนำส่งของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹² แสดงให้เห็นว่าการใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จะช่วยให้ อสม. มีความรู้และเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติเพิ่มขึ้น เป็นการพัฒนาศักยภาพและเตรียมความพร้อมให้กับ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลเบื้องต้นก่อนทีมกู้ภัยจะถึงที่เกิดเหตุ เป็นการเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตลดการเสียชีวิตและพิการของผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

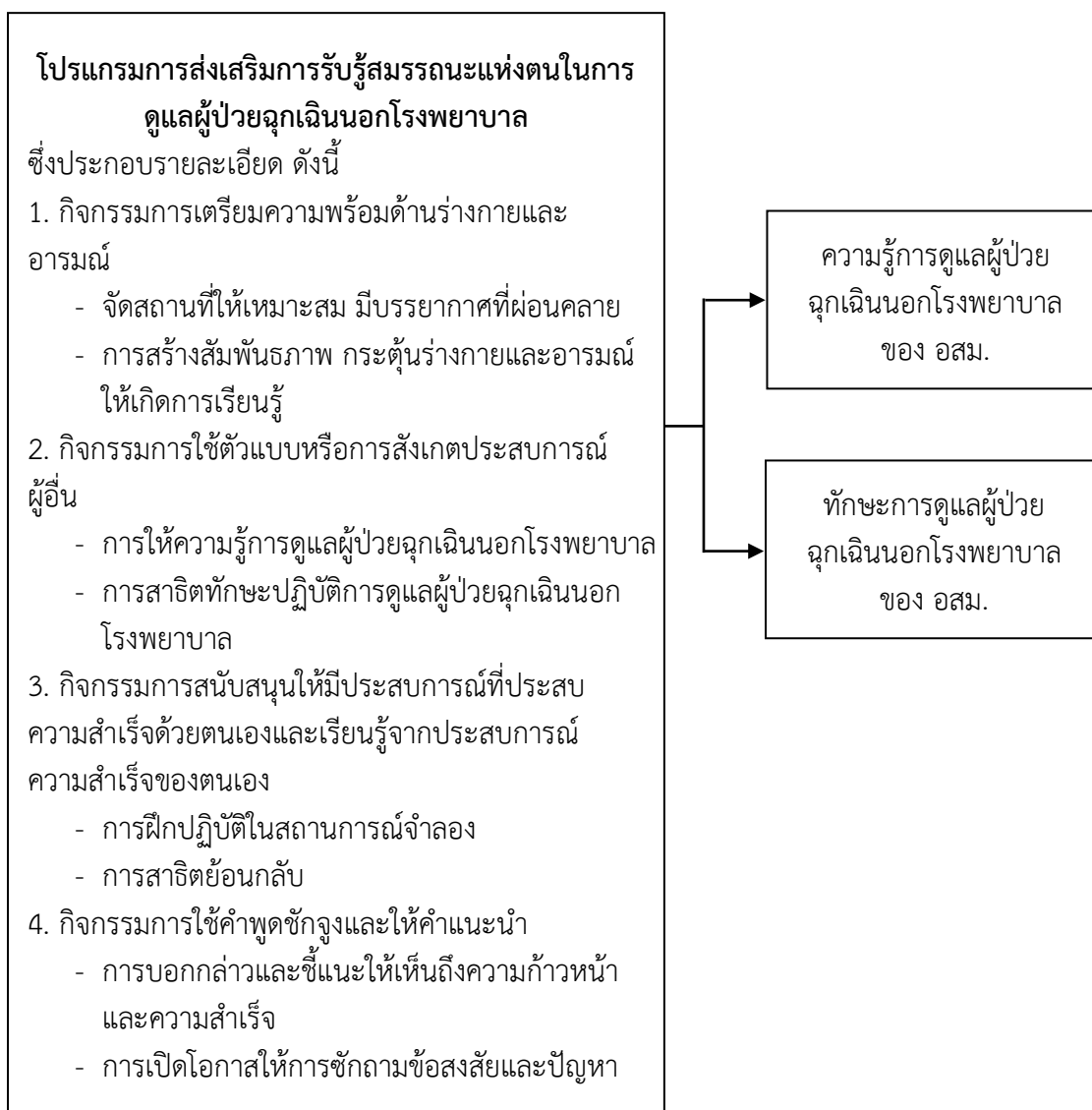
1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลอง

สมมุติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล สูงกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy theory)⁷ ซึ่งได้อธิบายว่า บุคคลจะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมหรือไม่ ส่วนหนึ่งจะมาจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่า จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย⁸ ซึ่งโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของ อสม. ประกอบด้วย 4 วิธี คือ 1) การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ 2) การใช้ตัวแบบหรือการสังเกตประสบการณ์ผู้อื่น 3) การสนับสนุนให้มีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองและเรียนรู้จากประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง และ 4) การใช้คำพูดชักจูงและให้คำแนะนำ เขียนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบวัดก่อนหลังการทดลอง มีกลุ่มเปรียบเทียบ (the pretest-posttest design with a comparison group)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็น อสม. ที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดตรัง จำนวน 10,999 คน

กลุ่มตัวอย่าง อสม. ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถติดต่อสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะทุพพลภาพ ในเขตอำเภอหาดสำราญ จังหวัดตรัง จำนวน 287 คน คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 44 คน ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.97 ซึ่งได้จากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน ของหัตติกา ฉัตรชัยพันธ์ และคณะ¹³ กำหนดระดับนัยสำคัญ

.05 และ Power .80 ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 36 คน เพิ่มจำนวนอีก ร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหาย ระหว่างการทดลอง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 44 คน เป็นกลุ่มทดลอง 22 คน กลุ่มควบคุม 22 คน

เกณฑ์การคัดเข้า อายุ 18 ปีขึ้นไป เป็น อสม. มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี สามารถติดต่อสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะทุพพลภาพ ยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วม การวิจัยในครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ครบถ้วน ตามที่ โปรแกรมกำหนด เนื่องจากเจ็บป่วยหรือย้ายที่อยู่ การวิจัยครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่คัดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของ อสม. โดยบันทึกข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ อายุของการเป็น อสม. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน นอกโรงพยาบาล

2. แบบวัดความรู้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของ อสม. ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางของ คู่มือปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน¹⁴ และการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน¹⁵ ซึ่งเป็นความรู้ การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินสำหรับประชาชน จำนวน 10 ข้อ 10 คะแนน เนื้อหาครอบคลุมในเรื่องของ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การดูแลผู้ป่วยที่มีสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจเบื้องต้น การห้ามเลือดและการตาม การยกเคลื่อนย้าย และการสื่อสารกับทีมรักษา ตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกต้องให้ 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 8-10 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับสูง 6-7 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง และ 0-5 คะแนน หมายถึง ความรู้ระดับต่ำ¹⁶

3. แบบสังเกตทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของ อสม. ในสถานการณ์จำลอง โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจากคู่มือปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน¹⁴ และการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน¹⁵ ซึ่งเป็นขั้นตอนในการปฏิบัติทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินสำหรับประชาชน จำนวน 43 ข้อ 86 คะแนน เป็นแบบมาตรวัด 3 ระดับ คือ ไม่ได้ปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ได้ 1 คะแนน ปฏิบัติถูกต้อง ได้ 2 คะแนน โดยเกณฑ์การให้ระดับคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 59-86 คะแนน อยู่ใน ระดับดี 30-58 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง และ 1-29 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ¹⁷

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล เป็นโปรแกรมเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิด การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Bandura⁷ ร่วมกับการบูรณาการแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอก โรงพยาบาลของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรม มีดังนี้

1. ศึกษาแนวคิดทฤษฎี จากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Bandura⁷ ร่วมกับการบูรณาการแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของสถาบัน การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ¹⁴⁻¹⁵

2. สรุปเนื้อหาสำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม หลังจากนั้นกำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างของ โปรแกรมฯ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 กิจกรรมการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ โดยจัดสถานที่ให้มีบรรยากาศผ่อนคลาย สร้างสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างให้เกิดความคุ้นเคย และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม และกระตุ้นร่างกายและอารมณ์ให้เกิดการเรียนรู้

2.2 กิจกรรมการใช้ตัวแบบหรือการสังเกตประสบการณ์ผู้อื่น โดยผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้ประกอบคู่มือ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของ อสม. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จที่ผ่านมาร่วมกับการสาธิตทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลจากพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การดูแลผู้ป่วยที่มีสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจเบื้องต้น การห้ามเลือดและการตาม การยกเคลื่อนย้าย และการสื่อสารกับทีมรักษา

2.3 กิจกรรมการสนับสนุนให้มีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองและเรียนรู้จากประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้าฐานฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง ประกอบด้วย การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การดูแลผู้ป่วยที่มีสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจเบื้องต้น การห้ามเลือดและการตาม การยกเคลื่อนย้าย และการสื่อสารกับทีมรักษา และให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ

2.4 กิจกรรมการใช้คำพูดชักจูงและให้คำแนะนำ โดยการบอกกล่าวและชี้แนะให้เห็นถึงความก้าวหน้าและความสำเร็จของกิจกรรมที่ปฏิบัติ รวมถึงให้คำแนะนำและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยและปัญหา

3. เตรียมตัวแบบ ประกอบด้วย

3.1 ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ โดยสร้างสื่อนำเสนอภาพนิ่ง (power point) และคู่มือการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของ อสม.

3.2 เตรียมตัวแบบที่เป็นบุคคล ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลหาดสำราญ เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จำนวน 3 คน ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จที่ผ่านมาและสาธิตทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้และแบบสังเกตทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลไปผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลและแพทย์ที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล และความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .95 และ .97 ตามลำดับ และหาความเที่ยง (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งแบบวัดความรู้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของ อสม. ใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ .85 และแบบสังเกตทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach' s alpha coefficient) เท่ากับ .89 และนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองที่ผ่านการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับ อสม. ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา ระยะเวลาที่ใช้แต่ละกิจกรรม และความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลหลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง และทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เพื่อพบกลุ่มตัวอย่างและเก็บข้อมูล โดยสำรวจรายชื่อ อสม. และพบ อสม. ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และยินดีเข้าร่วมการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย จัด อสม. เข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้ระยะเวลา

การดำเนินการวิจัย 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 วัน วันละ 4 ชั่วโมง โดยดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุม ก่อนดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง มีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคณะผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความรู้และปฏิบัติทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลในสถานการณ์จำลอง ก่อนได้รับโปรแกรม

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 1) คณะผู้วิจัยเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวและเข้าร่วมกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ จากนั้นเข้าสู่กิจกรรมการใช้ตัวแบบหรือการสังเกตผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของ อสม. และสาธิตทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การดูแลผู้ป่วยที่มีสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจเบื้องต้น การห้ามเลือดและการตาม การยกเคลื่อนย้าย และการสื่อสารกับทีมรักษา พร้อมทั้งสนับสนุนให้มีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองและเรียนรู้จากประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้าฐานฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง จนเกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง และใช้คำพูดชักจูงและให้คำแนะนำกลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แนะให้เห็นถึงความก้าวหน้าในการปฏิบัติและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยหรือปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติ

ครั้งที่ 3-7 (สัปดาห์ที่ 2-4) คณะผู้วิจัยเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นเข้าสู่กิจกรรมการใช้ตัวแบบหรือการสังเกตประสบการณ์ผู้อื่น โดยสาธิตทักษะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การดูแลผู้ป่วยที่มีสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจเบื้องต้น การห้ามเลือดและการตาม การยกเคลื่อนย้าย และการสื่อสารกับทีมรักษา พร้อมทั้งสนับสนุนให้มีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองและเรียนรู้จากประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้าฐานฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง จนเกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง และใช้คำพูดชักจูงและให้คำแนะนำกลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แนะให้เห็นถึงความก้าวหน้าในการปฏิบัติและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยหรือปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติ

ครั้งที่ 8 (สัปดาห์ที่ 4) การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคณะผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความรู้และปฏิบัติทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ในสถานการณ์จำลองหลังได้รับโปรแกรมและยุติการวิจัย

จากนั้น คณะผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถาม และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 และ 2 (สัปดาห์ที่ 1 และ 4) การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคณะผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความรู้ และปฏิบัติทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลในสถานการณ์จำลอง

จากนั้น คณะผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถาม และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความถูกต้อง วิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ โดยโปรแกรมคำนวณสำเร็จรูป IBM SPSS Statistics v.25 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของ อสม. ก่อนและหลังการทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (pair t-test)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของ อสม. ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (independent t-test)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง เอกสารหมายเลข 6/2566 เมื่อวันที่ 1 มกราคม 2566 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาการดำเนินการวิจัย และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบรับเข้าร่วมวิจัย จะมีเอกสารให้ลงนามยินยอมโดยไม่มีการบังคับ ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาก่อนการวิจัยจะสิ้นสุด โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลอง จำนวน 22 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.50 มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 50.00 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 54.50 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.60 มีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 77.30 มีประสบการณ์การทำงานเป็น อสม. 5-10 ปี และ 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 27.30 ส่วนกลุ่มควบคุม จำนวน 22 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.50 มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี 40.90 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.00 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.90 มีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 72.70 มีประสบการณ์การทำงานเป็น อสม. 5-10 ปี และ 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 27.30

ค่าเฉลี่ยความรู้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของ อสม. กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง เท่ากับ 5.86 หลังการทดลอง เท่ากับ 9.23 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ dependent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของ อสม. หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.00 ส่วนค่าเฉลี่ยความรู้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของ อสม. กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง เท่ากับ 5.41 หลังการทดลอง เท่ากับ 5.14 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ dependent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของ อสม. ไม่แตกต่าง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของ อสม. ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=22)

ความรู้	ก่อนการทดลอง		ระดับ	หลังการทดลอง		ระดับ	df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD		$\bar{X}$	SD				
- กลุ่มทดลอง	5.86	1.55	ต่ำ	9.23	0.87	สูง	21	9.57	0.000
- กลุ่มควบคุม	5.41	1.30	ต่ำ	5.14	1.32	ต่ำ	21	1.06	0.299

ค่าเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของ อสม. กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง เท่ากับ 43.46 หลังการทดลอง เท่ากับ 82.41 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับ วิธีวิธีทางสถิติ dependent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของ อสม. หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.00 ส่วนค่าเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของ อสม.

กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง เท่ากับ 43.32 หลังการทดลอง เท่ากับ 44.05 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับ ด้วยวิธีทางสถิติ dependent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยความทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของ อสม. ไม่แตกต่าง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของ อสม. ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=22)

ทักษะ	ก่อนการทดลอง		ระดับ	หลังการทดลอง		ระดับ	df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD		$\bar{X}$	SD				
-กลุ่มทดลอง	43.46	6.62	ปานกลาง	82.41	2.11	สูง	21	28.94	0.000
-กลุ่มควบคุม	43.32	6.79	ปานกลาง	44.05	6.16	ปานกลาง	21	1.37	0.185

ค่าเฉลี่ยความรู้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของ อสม. หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 9.73 และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 5.14 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับ ด้วยวิธีทางสถิติ independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของ อสม. กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.00 ส่วนค่าเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของ อสม. หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 82.41 และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 44.05 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับ ด้วยวิธีทางสถิติ independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของ อสม. กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.00 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอก โรงพยาบาลของ อสม. หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=22)

ความรู้และทักษะ ของ อสม.	กลุ่มทดลอง		ระดับ	กลุ่มควบคุม		ระดับ	df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD		$\bar{X}$	SD				
- ความรู้หลังการทดลอง	9.73	0.46	สูง	5.14	1.32	ต่ำ	42	15.42	0.000
- ทักษะหลังการทดลอง	82.41	2.11	สูง	44.05	6.15	ปานกลาง	42	27.70	0.000

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถอภิปราย ผลการวิจัยได้ ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 หลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล สูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2 หลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล สูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน

สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล เป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ของแบนดورا Bandura⁷ เป็นปัจจัยสำคัญในการนำไปสู่การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล โดยอาศัยการสนับสนุนการเรียนรู้จาก 4 องค์ประกอบ คือ การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์/การกระตุ้นอารมณ์ (motional arousal) การใช้ตัวแบบหรือการสังเกตประสบการณ์ผู้อื่น/การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) การสนับสนุนให้มีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง และเรียนรู้จากประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง/ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experience) และการใช้คำพูดชักจูงและให้คำแนะนำ/การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้และการฝึกทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผ่านการให้คำแนะนำและประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญด้วยการสาธิตและฝึกปฏิบัติซ้ำ ๆ ในสถานการณ์จำลองเป็นรายบุคคลจนประสบผลสำเร็จ ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน จุดเกิดเหตุ และในระหว่างการนำส่งของพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ พบว่า ระดับคะแนนความรู้และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน จุดเกิดเหตุ หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001¹² สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ในเขตอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 และ ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05¹⁸ และยังสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสำหรับอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินเขตอำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ทักษะความรู้และทักษะการปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ภายหลังการอบรมของอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยทางสถิติ 0.01¹⁹ และ ยังสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในด้านความรู้ ด้านการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ด้านทัศนคติและความสามารถในการปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001²⁰ และยังสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการดูแลสุขภาพชุมชนแบบออนไลน์ต่อความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในช่วงสถานการณ์ระบาดโควิด-19 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และมีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001²¹ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้มีทักษะปฏิบัติและเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นก่อนที่ทีมกู้ภัยจะมาถึง ณ จุดเกิดเหตุ ซึ่งหากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านความรู้ และทักษะปฏิบัติที่ถูกต้อง จะทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นได้ หรือให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ถูกขั้นตอนตามแนวทางการปฏิบัติการปฐมพยาบาลฉุกเฉินเบื้องต้นสำหรับประชาชน เป็นการเพิ่มโอกาสการรอดชีวิต ลดความพิการ และการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการเพิ่มศักยภาพของชุมชนให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จุดเกิดเหตุได้มากขึ้น และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ ส่งผลต่อความเข้มแข็งของระบบสุขภาพระดับฐานราก
2. ควรนำโปรแกรมไปใช้ฝึกอบรมให้กับพนักงานปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) อาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน ในพื้นที่ชนบททั่วประเทศหรือนำไปเป็นต้นแบบของการออกแบบกิจกรรมฝึกอบรมระยะสั้น ที่เน้นผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมการช่วยเหลือเบื้องต้นต่อไป
3. ควรมีการวิจัยประเมินติดตามความคงอยู่ของความรู้และทักษะของ อสม. ในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี ต่อไป เพื่อศึกษาการคงอยู่ของความรู้และทักษะ และนำไปกำหนดระยะเวลาในการเข้ารับโปรแกรม

References

1. Pangma A. Policy direction for driving emergency medical work fiscal year 2025. [Internet]. Nonthaburi: National institute for emergency;2024 [updated 2025; cited 2024 Oct 31]. Available from: https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2024/EBook/420366_20241004090336.pdf (in Thai)
2. National Institute for Emergency Medicine. Emergency medical master plan Issue 4, 2023-2027 (emergency medical action plan) [Internet]. Nonthaburi: National institute for emergency;2022 [updated 2025; cited 2024 Jul 10]. Available from: <https://www.niems.go.th/pdfviewer/index.html> (in Thai)
3. Nanaudon S, Rachjun P. Potential of emergency medical service of Wang Samakkhi sub-district administrative organization, Phon Thong District, Roi Et Province. Journal of social science, law and politics 2021;5(2):97-125. (in Thai)
4. Sbayjai W, Sorach K, Vongprasert J. Effectiveness of the group process-based health education program on the consumer protection behavior in the health products in the communities of the village public health volunteers of Ubon Ratchathani Province. UBRU journal for public health research 2018;7(2):6-17. (in Thai)
5. Chuengsatiansup K, Suksut P. Health volunteers in the context of change: potential and developmental strategies. Journal of health systems research 2007;1(3-4):268-79. (in Thai)
6. Jatawatana W. Altitude of village health volunteer about emergency medical services case study: namomdistric, Songkhla Province. Maharaj Nakhon Si Thammarat Medical Journal 2021;4(2):41-50. (in Thai)
7. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company;1997.
8. Ruanphet K, Saipech W. The effectiveness of the self-efficacy enhancement program for village health volunteers in caring for patients with diabetes mellitus and

- hypertension in community in Buriram province. Thai journal of nursing 2024;73(4): 11-20. (in Thai)
9. Kongphol J, Perngmark P, Chinawongsa T. Perceived self-efficacy and practices to prevent treatment failure among HIV/AIDS patients attending antiretroviral treatment program at 4 community hospitals in Songkhla province. Journal of health science 2014;23(4):677-86. (in Thai)
 10. Khunsawai B, Promarak T, Tippayanate N. Effects of smart safe program on self efficacy for basic life support of village health volunteers in community Thadcherngchum sub-district Muang district Sakon Nakhon province. UBRU journal for public health research 2020;9(2):69-79. (in Thai)
 11. Inkaew T, Paorod P, Chairat D. Relationships between knowledge, attitude, perceived self-efficacy and capabilities for basic life support among cardiovascular disease caregivers. JRTAN 2018;19:139-48. (in Thai)
 12. Awae H, Khupantavee N, Jintana Damkliang. Effect of a self-efficacy enhancement program on capability of trauma patient care on scene and during transfer by emergency medical technician personnel. Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences 2020;40(3):15-25. (in Thai)
 13. Chatchaiphan T, Junprasert S, Rattanaagreeethakul S. Effects of village health volunteers empowerment on perceived self-efficacy and caring behavior for persons with diabetes in community. JFONUBUU 2016;24(3):83-93. (in Thai)
 14. National Institute for Emergency Medicine. Emergency practical guide [Internet]. Nonthaburi: National Institute for Emergency;2020 [updated 2025; cited 2024 Dec 15]. Available from: <https://www.niems.go.th/1/Ebook/Detail/10634?group=21> (in Thai)
 15. Relief and community health bureau, The Thai red cross society. Emergency first aid and basic CPR. Bangkok: New Thammasat;2020. (in Thai)
 16. Bloom BS, Madaus GF, Hastings JT. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill;1971.
 17. Best JW. Research in education. 4th ed. New Jersey: Prentice-Hall;1981.
 18. Samingnil A, Jariya W. Effects of the perceived self-efficacy promoting program on knowledge and skills in emergency medical services among emergency medical responders at Sam Ngam district, Phichit province. JRTAN 2023;24(3):388-97. (in Thai)
 19. Wannachai J. Effects of the program development of technical competency in the assessment of emergency patient condition at the scene for emergency medical responder Phu-Wiang district, Khon Kaen Province. Journal of Health and Environmental Education 2023;8(3):208-18. (in Thai)
 20. Janpilom N, Tangkawanich T. Effects of self-efficacy promoting program on competencies regarding emergency medical service among emergency medical responders. NU Journal of Nursing and Health Sciences 2018;12(1):24-34. (in Thai)

21. Chaifyingcheaw KA, Inpant S, Sondee S, Talerd W, Jantarasuk C, Polchamratpat R. The effect of an online community health care competency development program on the knowledge of village health volunteers during the covid outbreak. Mahasarakham Hospital Journal 2023;20(1):195-202. (in Thai)

การพัฒนาโปรแกรมต้นแบบและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้สุขภาพ ต่อพฤติกรรมและผลลัพธ์สุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนขุนทะเล จังหวัดสุราษฎร์ธานี*

รชยา ยิกุสังข์ ปร.ด.** ดลรวี สิมคำ ปร.ด.***

วิณา ถิมสกุล พย.ม.**** กมลชนก ทองเอียด พย.ม.****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมต้นแบบและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนขุนทะเล จังหวัดสุราษฎร์ธานี ภายใต้กรอบแนวคิดความรู้สุขภาพของนันทิพย์ ซึ่งประกอบด้วย 3 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ ครอบคลุม 5 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึงข้อมูล การรู้เท่าทันสื่อ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การวิเคราะห์-ตัดสินใจ และการจัดการสุขภาพตนเอง โดยบูรณาการร่วมกับพฤติกรรมสุขภาพ 5 ด้านตามแนวทาง “3อ 2ส” ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ดสุบบุหรี และงดเสพสุรา เพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์สุขภาพที่เป็นรูปธรรม คือ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย และนอนหลับสนิท”

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนขุนทะเล จำนวน 100 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เก็บข้อมูลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น ตามกรอบแนวคิด ได้รับการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ตั้งแต่ .846 ถึง .917 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ paired t-test และ wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัย พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้สูงอายุมีระดับความรู้สุขภาพในทุกระดับและองค์ประกอบเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) พฤติกรรมสุขภาพในด้านอาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ดีขึ้นอย่างชัดเจน ($p < 0.001$) ส่วนการงดบุหรีและสุราไม่เปลี่ยนแปลง เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่เหมาะสมอยู่แล้ว นอกจากนี้ ผลลัพธ์สุขภาพ ทั้ง 5 ด้าน มีแนวโน้มดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะด้านการนอนหลับ การป้องกันการหกล้ม และความจำ ($p < 0.001$)

สรุปได้ว่า โปรแกรมต้นแบบที่พัฒนาภายใต้แนวคิดความรู้สุขภาพ และกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน มีประสิทธิผลในการเสริมสร้างศักยภาพของผู้สูงอายุในการดูแลตนเองอย่างเป็นระบบ และสามารถขยายผลสู่ชุมชนอื่นได้

คำสำคัญ: การพัฒนาโปรแกรม การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ความรอบรู้สุขภาพ ผู้สูงอายุ

เลขที่จริยธรรมการวิจัย SRU-EC2023/074 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
วันที่รับบทความ 4 มีนาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 5 มิถุนายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 18 กรกฎาคม 2568

*งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

***อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม ผู้ประพันธ์บรรณกิจ

อีเมล donlarawee@npu.ac.th

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

Prototype development and effectiveness evaluation of a health literacy promotion program on health behavior and outcomes of elderly people in the Khun Thale community, Surat Thani province*

Rajaya Yekusang Ph.D.** Donlarawee Simkum Ph.D.***

Weena Limsakul M.N.S.**** Kamolchanok Thongied M.N.S.****

Abstract

This participatory action research (PAR) aimed to develop and evaluate a prototype health literacy promotion program for older adults in the Khun Thale community, Surat Thani Province. The program was grounded in Nutbeam's three-tier model-Functional, Interactive, and Critical literacy-addressing five key components: information access, media literacy, knowledge exchange, decision-making, and self-management. It was integrated with the "3A2S" behavior model, focusing on nutrition, physical activity, emotional well-being, smoking cessation, and alcohol abstinence. Targeted health outcomes included: no falls, no forgetfulness, no depression, enjoyable eating, and quality sleep.

A purposive sample of 100 elderly participants was recruited. Data were collected before and after participating in the program using a validated researcher-developed questionnaire, with content validity confirmed by experts. Reliability test revealed cronbach's alpha coefficient ranging from .846–.917. Data were analyzed using paired t-tests and wilcoxon signed-rank tests.

The results indicated significant improvements in all levels and components of health literacy ($p < 0.001$). Health behaviors notably improved in the areas of diet, physical activity, and emotional regulation ($p < 0.001$), while smoking and alcohol behaviors remained unchanged, likely due to already appropriate baseline levels. Furthermore, all five intended health outcomes improved significantly, particularly sleep quality, fall prevention, and memory function ($p < 0.001$).

In conclusion, the prototype program developed under the concept of health literacy and community participation was effective in systematically enhancing the self-care capacity of the elderly and can be expanded to other similar community settings.

keywords: prototype development; participatory action research; health literacy; elderly

Ethical approval: SRU-EC2023/074, Plagiarism checked, 3 Reviewers.

Received 4 March 2025, Revised 5 June 2025, Accepted 18 July 2025

*This research was supported by Surat Thani Rajabhat University research fund

**Lecturer, Faculty of Nursing, Surat Thani Rajabhat University

***Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom University, Corresponding author,
E-mail: donlarawee@npu.ac.th

****Assistant professor, Faculty of Nursing, Surat Thani Rajabhat University

บทนำ

ในศตวรรษที่ 21 โลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่า ภายในปี พ.ศ. 2593 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มเป็น 2,000,000,000 คน สร้างความท้าทาย ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมทั้งในระดับโลกและประเทศ¹ ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 และมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดในอนาคตอันใกล้² การเปลี่ยนแปลงนี้ ทำให้การส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นเรื่องเร่งด่วน โดยเฉพาะการป้องกันโรคเรื้อรัง ลดภาวะแทรกซ้อน และชะลอความเสื่อมของร่างกาย³ องค์การอนามัยโลกจึงเสนอแนวคิด “active aging” ที่เน้นสุขภาพ การมีส่วนร่วมในสังคม และความมั่นคงทางเศรษฐกิจ โดยเน้นบทบาทของความรอบรู้ ด้านสุขภาพ (health literacy) และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ⁴ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ⁵

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพของผู้สูงอายุ⁶ โดยเฉพาะการเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการ การวิเคราะห์และตัดสินใจอย่างเหมาะสม และการจัดการสุขภาพตนเอง ทั้งนี้สัมพันธ์กับการลดภาวะเสี่ยง เช่น การหกล้ม ภาวะสมองเสื่อม ซึมเศร้า ปัญหาสุขภาพช่องปาก โภชนาการ และการนอนหลับผิดปกติ⁷⁻⁹ อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุไทยจำนวนมากยังมีข้อจำกัดในการใช้ข้อมูลสุขภาพ อย่างมีประสิทธิภาพ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพยังอยู่ในระดับต่ำ ส่งผลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรม สุขภาพที่ไม่เหมาะสม¹⁰ งานวิจัยของ Nutbeam⁶ และ Sørensen et al.⁹ ยืนยันถึงความจำเป็นของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยเสนอแนวทางพัฒนาเครื่องมือและโปรแกรม ที่ช่วยพัฒนาการคิดวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ ขณะที่งานในประเทศไทย เช่น โดย สงวนศรี สิมมา และคณะ¹¹ พบว่า โปรแกรมที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ อย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับงานของ สุจิตรา ไกรฤกษ์¹² ที่ชี้ว่า กิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่นช่วยลด ความเสี่ยงการหกล้มได้

แม้แนวคิด health literacy ของ Nutbeam จะได้รับการยอมรับในระดับสากล แต่งานวิจัยในไทย ยังขาดการบูรณาการพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเป็นระบบ ข้อจำกัดสำคัญที่พบ ได้แก่ 1) งานวิจัยที่ใช้แนวคิด health literacy ครบทั้ง 3 ระดับ (functional, interactive, critical) ยังมีน้อย 2) การใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) ยังมีจำกัด และ ไม่รายงานผลก่อน-หลังการแทรกแซงอย่างเป็นระบบ และ 3) งานวิจัยที่ผลลัพธ์ปลายทางของสุขภาพ เช่น ลดการล้ม ความจำดี การนอนหลับดี โดยมี health literacy เป็นฐานแนวคิด ยังมีไม่มาก

ในการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพชุมชนต้องอาศัย “กรอบการมีส่วนร่วม” และ “วงจรปรับปรุงต่อเนื่อง” เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทจริง แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ช่วยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ แลกเปลี่ยนและบุคลากรสาธารณสุขมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การกำหนดปัญหา ออกแบบกิจกรรม และ ประเมินผล¹³⁻¹⁴ โดยเสริมสร้างความเป็นเจ้าของร่วม (ownership) และพลังชุมชน (empowerment) ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบแลกเปลี่ยน (mutual learning)¹⁵ และเพื่อให้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วม มีโครงสร้างที่ชัดเจน จึงใช้กรอบ PAOR (plan-act-observe-reflect)¹⁶ ดังนี้ 1) plan: ร่วมวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน และออกแบบโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบท 2) act: ดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มเป้าหมาย 3) observe: เก็บข้อมูล (pre/posttest สังเกตการณ์ บันทึกภาคสนาม) เพื่อติดตามผล และ 4) reflect: ประชุมร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อสะท้อนผล แลกเปลี่ยนบทเรียน และ ปรับปรุงกิจกรรม

บริบทชุมชนเป้าหมาย คือ ชุมชนขุนทะเล จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ผู้สูงอายุในพื้นที่ประสบปัญหาซับซ้อน ได้แก่ การหกล้มซ้ำ ภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น ซึมเศร้า สุขภาพช่องปากไม่ดี โภชนาการไม่เหมาะสม การออกกำลังกายและการจัดการอารมณ์ไม่เพียงพอ ซึ่งสะท้อนถึงระดับความรู้สุขภาพที่ยังไม่เอื้อต่อการดูแลตนเอง จึงจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมด้วยแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทและเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

เพื่อตอบโจทย์ปัญหาดังกล่าว จึงพัฒนาโปรแกรมต้นแบบเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และวงจร PAOR อย่างเป็นระบบ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพใน 5 ด้าน ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ งดสูบบุหรี่ งดสุรา และนำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพสำคัญ ได้แก่ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย นอนหลับสนิท”¹⁷ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และสามารถขยายผลไปยังชุมชนอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อพัฒนาโปรแกรมต้นแบบในการส่งเสริมความรู้สุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนขุนทะเล จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงแบบมีส่วนร่วม (participatory action research)
- 2) เพื่อประเมินประสิทธิผล 3 ด้าน ของโปรแกรมต้นแบบ คือ ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลลัพธ์สุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนขุนทะเล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมต้นแบบและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้สุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนขุนทะเล จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีกรอบแนวคิดสำคัญที่ใช้ในการดำเนินการสองประการ ได้แก่ กรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรม และกรอบแนวคิดในการศึกษาประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม (ดังภาพที่ 1)

1. กรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรม ใช้แนวทางวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) โดยดำเนินการตามวงจร plan-act-observe-reflect ของ Kemmis & McTaggart¹⁶ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและแกนนำชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ทั้งการวางแผน ดำเนินกิจกรรม การสังเกต และการสะท้อนผล ร่วมกับทีมวิจัย เพื่อพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทชุมชนจริง โครงสร้างของโปรแกรมต้นแบบอิงตามกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับ ของ Nutbeam⁶ ได้แก่ functional health literacy (ขั้นพื้นฐาน) interactive health literacy (ขั้นปฏิสัมพันธ์) critical health literacy (ขั้นวิจารณ์ญาณ) โดยครอบคลุม 5 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่เชื่อถือได้ การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ การแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพกับผู้อื่น การวิเคราะห์และตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสม การจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพประจำวัน นอกจากนี้ โปรแกรมยังผสมผสานแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ “3อ 2ส” ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ งดสูบบุหรี่ และงดเสพยา เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันการหกล้ม ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า รวมถึงส่งเสริมสุขภาพช่องปาก โภชนาการ และการนอนหลับอย่างมีคุณภาพ¹⁷

2. กรอบแนวคิดในการประเมินประสิทธิผล ใช้แนวทาง PAR ร่วมกับวงจร plan-act-observe-reflect เช่นเดียวกัน วิเคราะห์และประเมินผลโดยการเปรียบเทียบข้อมูลเชิงปริมาณก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (pre-test/post-test) เพื่อวัดการเปลี่ยนแปลง 3 ด้านหลัก ได้แก่ 1) ระดับความรู้ด้านสุขภาพ ครอบคลุม 3 ระดับ และ 5 องค์ประกอบ 2) พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมด้านอาหาร

การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การงดสูบบุหรี่ และงดดื่มสุรา และ 3) ผลลัพธ์สุขภาพสำคัญของผู้สูงอายุ ได้แก่ “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย และนอนหลับสนิท” ซึ่งสะท้อนคุณภาพชีวิตโดยรวม

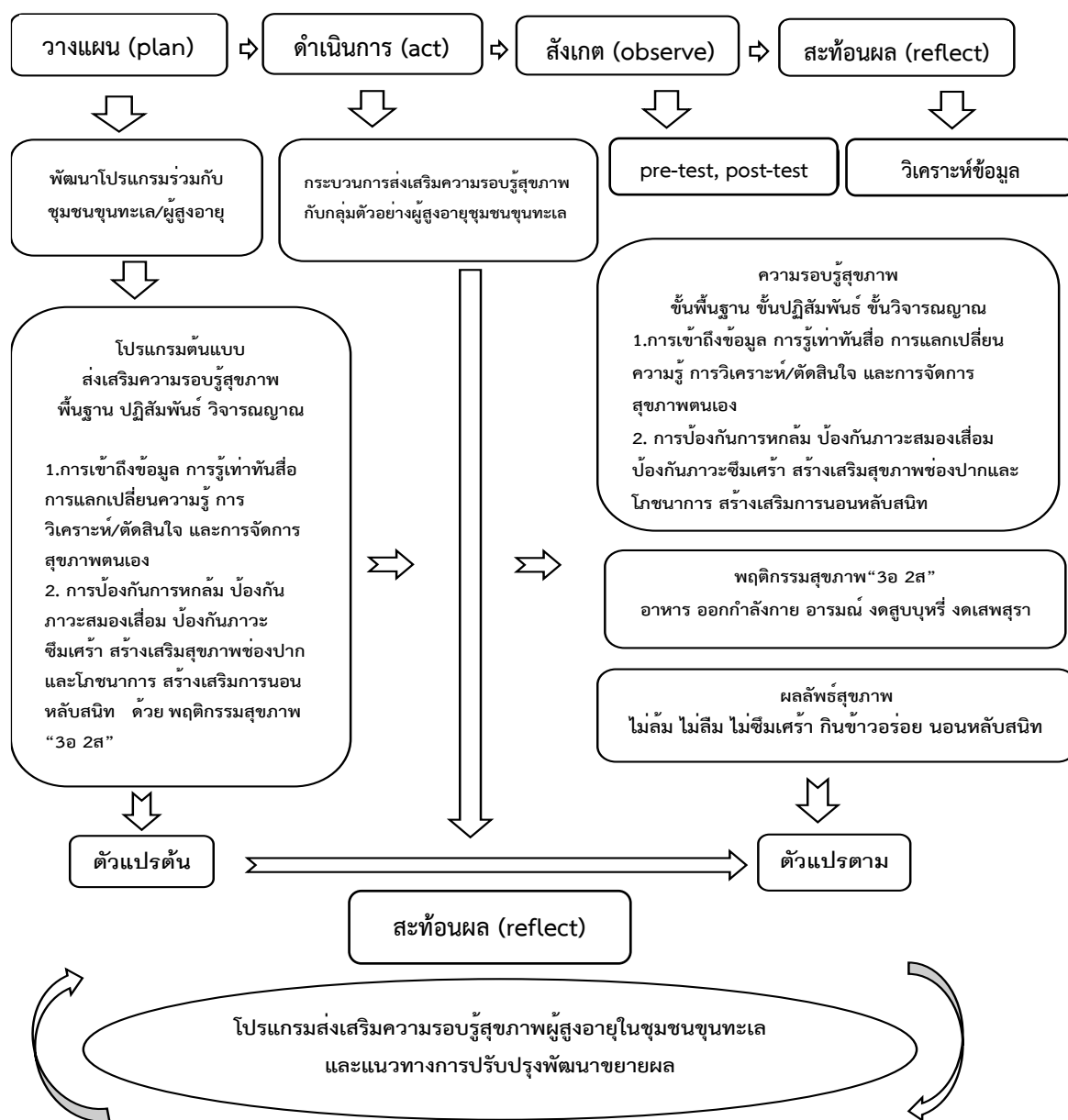
วิธีการวิจัย

แบบแผนการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research PAR) ประกอบด้วย วงจรการวิจัย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การดำเนินการ การสังเกต และการสะท้อนผล (plan-act-observe-reflect) โดยใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam⁶ เป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรม และใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณแบบ one group pretest-posttest design เพื่อประเมินผล

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี และมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัญชาติไทย และอาศัยอยู่ในชุมชนขุนทะเล ไม่น้อยกว่า 6 เดือน สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ มีศักยภาพในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ (สามารถเดิน เคลื่อนไหว และมีสติสัมปชัญญะดี) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ และลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (informed consent) มีเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ มีโรคประจำตัวรุนแรงที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวาย โรคหัวใจ มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรง หรือโรคทางจิตเวชที่แพทย์วินิจฉัยแล้ว มีข้อจำกัดด้านร่างกายหรือจิตใจที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง หรือมีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันรุนแรงในช่วงเวลาดำเนินโครงการ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ใช้การเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยคัดเลือกผู้สูงอายุที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก และพร้อมเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการดำเนินโครงการ

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ มุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย จึงไม่มีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตายตัว โดยทั่วไปงานวิจัยลักษณะนี้ มักใช้กลุ่มตัวอย่างประมาณ 30-40 คน¹⁸ แต่เพื่อความเหมาะสมและเพื่อการขาดหาย (drop-out) ประมาณ 10% ผู้วิจัยตั้งเป้าหมายไว้ที่ 34-36 คน เพื่อให้สามารถติดตามข้อมูลได้อย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม หลังจากประชาสัมพันธ์โครงการ มีผู้สูงอายุที่สมัครใจและผ่านเกณฑ์คัดเลือก จำนวน 100 คน จึงรับเข้าร่วมทั้งหมด เนื่องจากพิจารณาว่า แม้จะมี

ผู้ถอนตัวมากกว่า 20% ก็ยังคงมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ และจะช่วยลดความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดจากการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดแนวทางจัดการกรณีการขาดหายของกลุ่มตัวอย่างไว้ ดังนี้ 1) หากถอนตัวก่อนเริ่มกิจกรรม จะไม่นำมารวมในการวิเคราะห์ผลลัพธ์ และ 2) หากเข้าร่วมไม่ครบทุกครั้ง จะวิเคราะห์เฉพาะผู้ที่เข้าร่วมครบตามเกณฑ์ (per-protocol analysis)

ตัวแปรการวิจัย

ในการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต้นแบบส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนขุนทะเล จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีตัวแปรต้น คือ โปรแกรมต้นแบบการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพ และตัวแปรตาม คือ คะแนนความรอบรู้สุขภาพ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ และคะแนนผลลัพธ์สุขภาพ

ระยะเวลา

การวิจัยนี้ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 6 เดือน ครอบคลุมการพัฒนาโปรแกรม การดำเนินกิจกรรม และการประเมินผล

พื้นที่ดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ ดำเนินการวิจัยในชุมชนขุนทะเล ตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณกรรมและสังเคราะห์องค์ความรู้ สร้างเสริมและป้องกันสุขภาพ ให้สอดคล้องกับผลลัพธ์เป้าหมายและความต้องการทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนขุนทะเล ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 3 หมวด คือ หมวดความรอบรู้ขั้นพื้นฐาน 10 ข้อ หมวดความรอบรู้ขั้นปฏิสัมพันธ์ 6 ข้อ หมวดความรอบรู้ขั้นวิจารณ์ญาณ 7 ข้อ ให้คะแนนคำตอบ “ถูก” ข้อละ 1 คะแนน ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีข้อคำถาม 5 หมวด หมวดอาหารและสุขภาพช่องปาก 8 ข้อ หมวดการออกกำลังกาย 5 ข้อ หมวดอารมณ์ 7 ข้อ หมวดการงดสูบบุหรี่ 1 ข้อ และหมวดงดเสพยา 1 ข้อ ให้คะแนนโดยใช้ rating scale 4 ระดับ คือ 0, 1, 2, 3 คะแนน ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ มีข้อคำถาม 5 หมวด คือ หมวดไม่ล้ม 2 ข้อ หมวดไม่ล้ม 1 ข้อ หมวดไม่ซึมเศร้า 2 ข้อ หมวดกินข้าวอร่อย 2 ข้อ หมวดนอนหลับสนิท 2 ข้อ ให้คะแนนคำตอบ “ใช่” ข้อละ 1 คะแนน

คุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้วยการตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พยาบาลชุมชน พยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ) และค่าความแม่นยำ (reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (cronbach's alpha coefficient) จากการทดลองใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างนำร่อง (pilot group) จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจริง ได้ค่าคุณภาพของเครื่องมือ คือ แบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ มีค่าความเที่ยงตรงเนื้อหา เท่ากับ .818 และ cronbach's alpha เท่ากับ .846 แบบสอบถาม ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีค่าความเที่ยงตรงเนื้อหา เท่ากับ .825 และ cronbach's alpha เท่ากับ .878 และแบบสอบถาม ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ มีค่าความเที่ยงตรงเนื้อหา เท่ากับ .880 และ cronbach's alpha เท่ากับ .917

ขั้นตอนการวิจัย

มีกระบวนการวิจัยตามวงจร action research (PAR) ทั้งหมด 4 ขั้นตอนหลัก คือ

1) วางแผน (plan) ดำเนินการสำรวจปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ร่วมกับแกนนำผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สะท้อนบริบทจริงของชุมชนจากข้อมูลที่ได้ ผู้วิจัยร่วมกับผู้สูงอายุและแกนนำชุมชนออกแบบกิจกรรมของโปรแกรมต้นแบบส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และจัดทำ คู่มือโปรแกรม ที่สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของชุมชน แนวคิดความรู้สุขภาพ (health literacy) และพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง “3อ 2ส” ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ งดสูบบุหรี่ และงดดื่มสุรา

2) ดำเนินการ (act) ผู้วิจัยประสานงานกับผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ชุมทะเล เพื่อประชาสัมพันธ์โครงการ และนัดหมายประชุมชี้แจงรายละเอียดแก่ผู้สูงอายุในพื้นที่ หลังจากคัดเลือกผู้สนใจและมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ ดำเนินการเก็บข้อมูลพื้นฐาน (pre-test) ด้านระดับความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์สุขภาพ จากนั้น นำโปรแกรมที่ออกแบบไปทดลองใช้จริงในกลุ่มเป้าหมาย โปรแกรม ประกอบด้วย กิจกรรม จำนวน 5 ครั้ง ครอบคลุมทั้ง 3 ระดับของความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ functional, interactive และ critical health literacy โดยแต่ละกิจกรรมใช้เวลา 5 ชั่วโมง และจัดห่างกัน ครั้งละ 1 เดือน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมได้ทบทวนและฝึกปฏิบัติด้วยตนเองระหว่างรอบกิจกรรม

ครั้งที่ 1 ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน จัดกิจกรรม "รู้เท่าทันสุขภาพ: พื้นฐานสำคัญเพื่อชีวิตที่ดี" ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม ภาวะหลงลืม และภาวะซึมเศร้า ความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพช่องปากโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ เทคนิคส่งเสริมการนอนหลับที่มีคุณภาพ

ครั้งที่ 2 ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ จัดกิจกรรม "เข้าถึงและใช้ข้อมูลสุขภาพในชีวิตจริง" แนะนำวิธีเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง (สื่อ เว็บไซต์ หน่วยงาน) ใช้ข้อมูลสุขภาพ เพื่อวางแผนดูแลตนเอง การนำความรู้มาใช้ปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน และกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ครั้งที่ 3 ส่งเสริมความรู้ด้านการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มี จัดกิจกรรม "ลงมือทำเพื่อสุขภาพที่ดี" โดยการปฏิบัติจริงด้านโภชนาการที่เหมาะสมและการดูแลสุขภาพช่องปาก ฝึกทำเมนูสุขภาพง่าย ๆ ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย ฝึกโยคะเบา ๆ กิจกรรมฝึกเสริมสุขภาพจิตและอารมณ์ เช่น ฝึกเทคนิคหายใจผ่อนคลายอารมณ์ และแนะนำวิถีลด ละ เลิก บุหรี่ และสุรา

ครั้งที่ 4 ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ จัดกิจกรรม "คิด วิเคราะห์ และเลือกสุขภาพอย่างชาญฉลาด" โดยวิเคราะห์ข่าวหรือสื่อสุขภาพ เช่น ข่าวโภชนาการ ข่าวผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ฝึกคิดวิเคราะห์ข้อมูล ตัดสินใจเลือกแนวทางดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ฝึกสะท้อนคิดเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ทำมา การเลือกข้อมูล/บริการสุขภาพที่เหมาะสม แนะนำเทคนิคการสังเกตและตระหนักรู้ปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงในตนเอง

ครั้งที่ 5 สรุปและสะท้อนผล จัดกิจกรรม "ก้าวสู่สุขภาพที่ยั่งยืน" ชวนทบทวนและสะท้อนความเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ตั้งเป้าหมายสุขภาพระยะยาว และวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง แบ่งปันประสบการณ์ความสำเร็จและอุปสรรค พร้อมกำลังใจจากกลุ่มเพื่อน

3) สังเกตและเก็บข้อมูล (observe) สังเกตการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ บันทึกข้อสังเกตเกี่ยวกับปัญหาความยากง่าย และข้อเสนอแนะของผู้สูงอายุระหว่างกิจกรรม ปัญหาอุปสรรค แต่ละครั้ง เก็บข้อมูล วัดระดับความรู้ พฤติกรรม และผลลัพธ์สุขภาพ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และบันทึกผลการดำเนินงาน

4) สะท้อนผลและปรับปรุง (reflect) วิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์เชิงปริมาณ ที่เกิดขึ้นจากรอบแรกประชุม สะท้อนผลกับทีมงานและผู้สูงอายุ เพื่อสรุปปัญหา ข้อดีข้อด้อยของโปรแกรม และเสนอแนะแนวทางพัฒนา ปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสมต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ และดำเนินการเก็บข้อมูล โดยคณะวิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 2 ครั้ง โดยเก็บรวบรวมข้อมูล พื้นฐาน (pre-test) ในเดือนมิถุนายน 2566 และเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 (post-test) เพื่อวิเคราะห์ผล ในเดือนพฤศจิกายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

การรายงานประสิทธิผลของโปรแกรมต้นแบบนี้ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ ใช้สถิติอนุมาน paired t-test (ถ้าข้อมูลแจกแจงปกติ) หรือ wilcoxon signed-rank test (ถ้าข้อมูลไม่แจกแจงปกติ) เพื่อเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมในกลุ่มเดียวกัน

การปกป้องสิทธิกลุ่มเป้าหมาย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี เอกสาร เลขที่ SRU-EC2023/074 ลงวันที่ 24 เมษายน 2566 โดยผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ อย่างเคร่งครัด ได้แก่ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอบเขต และขั้นตอนของการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมเข้าใจอย่างชัดเจน ขอความยินยอมอย่างสมัครใจ (informed consent) ก่อนเข้าร่วมการศึกษา คำนึงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างตามหลักความลับและความเป็นส่วนตัว (confidentiality and privacy) เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่กระทบต่อสิทธิที่พึงมี การดำเนินงานทั้งหมดเป็นไปตามหลักมาตรฐาน จริยธรรมการวิจัย เพื่อปกป้องสิทธิและสวัสดิภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างเหมาะสม

ผลการวิจัย

จากการวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมต้นแบบ ส่งเสริมความรอบรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า

1. ผู้เข้าร่วมโครงการ มีจำนวน 100 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.0) อยู่ในช่วงอายุ 60-65 ปี (ร้อยละ 41.0) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 60.0) สมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 75.0) ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา (ร้อยละ 48.0) รายได้ 8,001-12,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 34.0) ดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่นอกเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 55.0) ขนาดรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 65.0)
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้สุขภาพของผู้สูงอายุ (n=100) ก่อน-หลังการเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยหลังดำเนินกิจกรรมสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้สุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม

ความรอบรู้สุขภาพ	ก่อนดำเนิน กิจกรรม ($\bar{x} \pm SD$)	หลังดำเนิน กิจกรรม ($\bar{x} \pm SD$)	t	p-value	95% CI
ระดับของความรอบรู้สุขภาพ					
ความรอบรู้ขั้นพื้นฐาน	2.9±0.7	4.1±0.5	14.88	<0.001*	(1.10, 1.48)
ความรอบรู้ขั้นปฏิสัมพันธ์	3.0±0.6	4.2±0.5	13.57	<0.001*	(1.00, 1.42)
ความรอบรู้ขั้นวิจารณ์ญาณ	2.8±0.8	4.0±0.6	15.26	<0.001*	(1.16, 1.56)
องค์ประกอบของความรอบรู้สุขภาพ					
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	2.8±0.7	4.2±0.5	15.32	<0.001*	(1.22, 1.64)
การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ	2.7±0.8	4.0±0.6	13.87	<0.001*	(1.10, 1.55)
การแลกเปลี่ยนความรู้สุขภาพ	2.9±0.6	4.1±0.5	14.45	<0.001*	(1.08, 1.48)
การวิเคราะห์และตัดสินใจ	2.6±0.7	4.0±0.6	16.12	<0.001*	(1.18, 1.60)
การจัดการสุขภาพตนเอง	3.0±0.6	4.3±0.5	17.06	<0.001*	(1.14, 1.50)

หมายเหตุ: *p<0.05 แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 100 คน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพ พบว่า คะแนนรวม พฤติกรรมสุขภาพทั้ง 4 ด้าน มีการเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=18.44$, 95% CI: 24.20–28.80, $p<0.001$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนดำเนิน กิจกรรม ($\bar{x} \pm SD$)	หลังดำเนิน กิจกรรม ($\bar{x} \pm SD$)	t	p- value	95% CI
1.ด้านอาหารและสุขภาพช่องปาก	12.24±2.1	20.64±2.5	16.23	<0.001*	(7.25, 9.75)
1.1 แปรงฟัน/บ้วนปากตอนเช้า- ก่อนนอน	1.53±0.8	2.58±0.6	12.15	<0.001*	(0.85, 1.27)
1.2 ไม่กินหลังแปรงฟันก่อนนอน	0.70±0.7	2.89±0.5	18.45	<0.001*	(1.90, 2.39)
1.3 รับประทานอาหารครบ 5 หมู่	0.93±0.6	2.07±0.7	14.31	<0.001*	(0.89, 1.39)
1.4 ลดอาหารหวาน มัน เค็ม	1.62±0.7	1.82±0.6	2.35	0.05	(0.01, 0.39)
1.5 ลดผัก ทอด	1.26±0.6	2.28±0.5	13.87	<0.001*	(0.82, 1.28)
1.6 ลดชา กาแฟ น้ำหวาน	1.23±0.7	1.98±0.6	8.77	<0.001*	(0.55, 0.93)
1.7 ดื่มน้ำ 8 แก้ว/วัน	1.05±0.8	1.62±0.7	5.42	<0.001*	(0.35, 0.79)
1.8 งดผักสดตอนเย็น	1.08±0.7	1.62±0.6	6.13	<0.001*	(0.34, 0.74)
2.ด้านการออกกำลังกาย	7.67±2.0	11.12±1.8	10.77	<0.001*	(2.90, 4.15)
2.1 ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ	1.08±0.6	2.58±0.5	14.78	<0.001*	(1.20, 1.70)
2.2 ออกกำลังกาย 20–30 นาที	1.38±0.7	2.22±0.6	10.12	<0.001*	(0.66, 1.10)
2.3 ไม่ออกกำลังกาย 4 ชม. ก่อนนอน	0.66±0.7	1.92±0.5	14.56	<0.001*	(1.05, 1.55)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนดำเนินกิจกรรม ($\bar{x} \pm SD$)	หลังดำเนินกิจกรรม ($\bar{x} \pm SD$)	t	p-value	95% CI
2.4 ฝึกสมองป้องกันสมองเสื่อม	2.02±0.8	2.70±0.6	7.13	<0.001*	(0.48, 0.88)
2.5 ทำกิจกรรมเบา ๆ ให้ง่วง เมื่อนอนไม่หลับ	2.04±0.7	2.81±0.5	8.02	<0.001*	(0.55, 1.00)
3.ด้านอารมณ์	10.71±1.9	14.28±1.8	11.15	<0.001*	(2.80, 4.30)
3.1 กิจกรรมสังคม งานอดิเรก	1.98 ± 0.7	2.52±0.6	7.21	<0.001*	(0.36, 0.68)
3.2 ยอมรับความคิดเห็นผู้อื่น	1.26±0.6	1.83±0.7	6.33	<0.001*	(0.36, 0.74)
3.3 ยอมรับการเปลี่ยนแปลง	1.53±0.7	2.16±0.6	7.84	<0.001*	(0.46, 0.82)
3.4 ร่วมกิจกรรมกับครอบครัว	1.83±0.8	2.28±0.6	5.12	<0.001*	(0.28, 0.64)
3.5 จิตใจเบิกบาน ผ่อนคลาย	1.54±0.7	1.98±0.6	4.53	<0.001*	(0.24, 0.64)
3.6 ใช้อายปรับฮอร์โมนเพศวัย ทองตามแพทย์สั่ง	1.02±0.7	1.98±0.5	11.47	<0.001*	(0.79, 1.19)
3.7 ผ่อนคลายก่อนนอน	1.53±0.7	2.34±0.6	8.90	<0.001*	(0.62, 1.00)
4.ด้านการงดสูบบุหรี่ และสุรา	3.48±1.2	4.68±0.9	8.22	<0.001*	(0.90, 1.48)
4.1 งดสูบบุหรี่	1.74±0.5	1.74±0.5	0.00	1.000	(0.00, 0.00)
4.2 งดเสพสุรา	1.77±0.6	1.77±0.6	0.00	1.000	(0.00, 0.00)
คะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพ	23.10±3.5	50.67 ± 4.0	18.44	<0.001*	(24.20, 28.80)

หมายเหตุ: *p<0.05 แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนผลลัพธ์สุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 100 คน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้สุขภาพ พบว่า คะแนนรวมผลลัพธ์สุขภาพ ทั้ง 5 ด้าน เพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 4.05 (SD=1.5) เป็น 6.21 (SD=1.7) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=12.56, 95% CI:1.78–2.54, p<0.001) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์สุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม

ผลลัพธ์สุขภาพของผู้สูงอายุ	ก่อนดำเนินกิจกรรม ($\bar{x} \pm SD$)	หลังดำเนินกิจกรรม ($\bar{x} \pm SD$)	t	p-value	95% CI
1. ไม่ล้ม	0.86±0.4	1.51±0.5	9.56	<0.001*	(0.48, 0.78)
1.1 ไม่พลัดตกหกล้ม	0.43±0.4	0.76±0.4	6.35	<0.001*	(0.22, 0.46)
1.2 ดำเนินชีวิตประจำวันได้	0.86±0.3	1.00±0.3	4.21	<0.001*	(0.08, 0.21)
2. ไม่ล้ม	0.45±0.4	0.66±0.4	5.02	<0.001*	(0.12, 0.30)
2.1 ความจำดี ไม่หลงลืมบ่อย ๆ	0.45±0.4	0.66±0.4	5.02	<0.001*	(0.12, 0.30)
3. ไม่ซึมเศร้า	0.80±0.4	1.36±0.5	8.88	<0.001*	(0.42, 0.72)
3.1 ไม่รู้สึกเศร้าหรือเกรี้ยวกราดบ่อย ๆ	0.40±0.4	0.68±0.4	6.11	<0.001*	(0.19, 0.38)
3.2 รู้สึกมีคุณค่า	0.37±0.4	0.62±0.4	5.32	<0.001*	(0.14, 0.33)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์สุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม (ต่อ)

ผลลัพธ์สุขภาพของผู้สูงอายุ	ก่อนดำเนิน กิจกรรม ($\bar{x} \pm SD$)	หลังดำเนิน กิจกรรม ($\bar{x} \pm SD$)	t	p-value	95% CI
4. กินข้าวอร่อย	1.00±0.5	1.34±0.5	6.20	<0.001*	(0.22, 0.46)
4.1 รู้สึกอร่อยในรสชาติของอาหาร	0.50±0.4	0.67±0.4	4.55	<0.001*	(0.10, 0.26)
4.2 เคี้ยวกลืนได้ไม่มีความ ผิดปกติในช่องปาก	0.42±0.4	0.61±0.4	4.08	<0.001*	(0.09, 0.27)
5. นอนหลับสนิท	0.94±0.5	1.32±0.5	7.32	<0.001*	(0.26, 0.50)
5.1 นอนหลับ คื่นละ 6–8 ชั่วโมง	0.47±0.4	0.66±0.4	4.83	<0.001*	(0.11, 0.28)
5.2 ไม่ตื่นกลางดึกบ่อย หรือหลับต่อได้	0.47±0.4	0.64±0.4	4.38	<0.001*	(0.10, 0.26)
คะแนนรวมผลลัพธ์สุขภาพ	4.05±1.5	6.21±1.7	12.56	<0.001*	(1.78, 2.54)

หมายเหตุ: *p<0.001 แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลการวิจัย

จากการดำเนินโปรแกรมต้นแบบในส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนขุนทะเล พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความรอบรู้สุขภาพเพิ่มขึ้นในทุกองค์ประกอบและทุกระดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการงดพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ผลลัพธ์สุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้น ในด้านการป้องกันการล้ม การเสริมสร้างความจำ การป้องกันภาวะซึมเศร้า สุขภาพช่องปากและโภชนาการ และการนอนหลับที่มีคุณภาพ ($p<0.001$) แสดงว่า โปรแกรมต้นแบบส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพที่ใช้กระบวนการเรียนรู้เชิงมีส่วนร่วมและกิจกรรมปฏิบัติจริง มีประสิทธิผลในการเสริมสร้างศักยภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างชัดเจน ทั้งในด้านการเข้าใจข้อมูลพื้นฐาน การโต้ตอบเชิงสุขภาพ และการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อการตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณ ให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จนส่งผลเชิงบวกต่อผลลัพธ์สุขภาพในหลายมิติของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อภิปรายผลการวิจัย

โปรแกรมต้นแบบส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนขุนทะเล พัฒนากายใต้แนวคิด ความรอบรู้สุขภาพ 3 ระดับ ครอบคลุม 5 องค์ประกอบหลัก ของ Nutbeam⁶ มีผลการประเมิน ที่แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมมีประสิทธิผลสูงในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์สุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนขุนทะเล โดยเฉพาะการเข้าถึงข้อมูล ($t=15.32$) การวิเคราะห์ตัดสินใจ ($t=16.12$) และการจัดการสุขภาพตนเอง ($t=17.06$) อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับแนวคิด active aging⁴ และงานของ สงวนศรี สิมมา และคณะ²⁰ ที่ส่งเสริมการเรียนรู้แบบปฏิบัติจริง ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับ Ishikawa et al.¹⁹ และ Sørensen et al.⁹ ที่ชี้ว่า ทักษะด้านวิจารณญาณ และการใช้ข้อมูลมีความสำคัญต่อการตัดสินใจสุขภาพอย่างมีคุณภาพ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม เพิ่มขึ้น จาก 23.10 เป็น 50.67 ($p<0.001$) โดยพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงชัดเจน เช่น การแปรงฟันถูกรูจี การบริโภคอาหารครบหมู่ และการออกกำลังกาย ก่อนนอน สอดคล้องกับงานของ Lee et al.⁸ และ Chinn²¹ ส่วนพฤติกรรมงดสูบบุหรี่และงดดื่มสุรา ไม่เปลี่ยนแปลง อย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าวแต่แรก

ผลลัพธ์สุขภาพดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะการลดการหกล้ม พัฒนาความจำ และลดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับงานของ Sherrington et al.²² และ Wang et al.²³ ที่ชี้ว่า การออกกำลังกายและกิจกรรม ฟีกสมองมีผลเชิงบวก ทั้งนี้ ยังพบการปรับปรุงด้านโภชนาการและการนอนหลับ สนับสนุนข้อเสนอของ Nutbeam⁶ ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน

กระบวนการ PAR แบบวงจร plan-act-observe-reflect ช่วยให้การดำเนินงานสอดคล้องกับ บริบทจริง เกิดการสะท้อนคิดร่วม ลดอคติ และเสริมสร้างองค์ความรู้ใหม่ ทั้งในระดับปฏิบัติและเชิงวิชาการ แม้การวิจัยลักษณะนี้ มีข้อจำกัด เช่น ใช้เวลานาน ไม่สามารถสุ่มกลุ่มควบคุมได้อย่างสมบูรณ์ และ ความเป็นไปได้ของอคติจากการประเมินตนเอง แต่ก็เหมาะสมที่สุดต่อการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพที่มีความ ยั่งยืนและเป็นที่ยอมรับในชุมชน

โดยสรุป โปรแกรมที่ออกแบบตามบริบท ใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และเน้นการฝึกคิดอย่าง มีวิจารณญาณ มีประสิทธิภาพชัดเจนในการยกระดับความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ส่งเสริมนโยบายความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุระดับชุมชน จากผลการวิจัยที่ชี้ว่า การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยปรับพฤติกรรมและผลลัพธ์สุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญ ควรบรรจุแนวทาง ดังกล่าว ไว้ในแผนงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุระดับท้องถิ่นและจังหวัด พัฒนาแผนแม่บทการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วม ที่เน้นกิจกรรมกลุ่ม การอภิปราย และการฝึกปฏิบัติจริง เพื่อเสริมความรอบรู้ ทั้ง 3 ระดับ

2) จัดตั้ง “ศูนย์สุขภาพรอบรู้” โดยใช้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และ ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นฐานเรียนรู้ตลอดชีวิตด้านสุขภาพ บรรจุ health literacy เป็นตัวชี้วัดในโครงการ สุขภาพ กำหนดร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีขึ้นเป็นตัวชี้วัด (KPI) ในการประเมินผล โครงการสุขภาพระดับชุมชน

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1) ควรพัฒนาโปรแกรมที่ชัดเจนครอบคลุม 5 องค์ประกอบหลัก คือ การเข้าถึงข้อมูล รู้เท่าทันสื่อ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การตัดสินใจ และการจัดการสุขภาพตนเอง ในทั้ง 3 ระดับของ health literacy

2) เน้นกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมและฝึกปฏิบัติจริง โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม (workshops) ที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพช่องปาก โภชนาการ การออกกำลังกาย ฟีกสมอง และการผ่อนคลายอารมณ์

3) ส่งเสริมแกนนำสุขภาพในชุมชน โดยคัดเลือกและพัฒนา “แกนนำความรอบรู้สุขภาพ” เพื่อขยายผลสู่ผู้สูงอายุในหมู่บ้าน

4) ผลิตสื่อสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น คู่มือ แผ่นพับ แอนิเมชัน หรือสื่อสตัทส์ ที่สอดคล้องกับพื้นฐานความรู้ของผู้สูงอายุ

5) ติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ควรเก็บข้อมูลก่อน-หลังการเข้าร่วมกิจกรรม และติดตาม ผลอย่างน้อย 6 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลง

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1) ศึกษาผลระยะยาว ควรดำเนินการวิจัยแบบ longitudinal study เพื่อประเมินความคงทนของ พฤติกรรมและผลลัพธ์สุขภาพ

2) เปรียบเทียบพื้นที่ที่มีบริบทต่างกัน ศึกษาความแตกต่างของผลลัพธ์ระหว่างพื้นที่ เพื่อระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโปรแกรม

3) นวัตกรรมเทคโนโลยีดิจิทัล พัฒนาแอปพลิเคชัน วิดีโอ หรือสื่อดิจิทัลอื่น ๆ ที่เข้าใจง่าย เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในระยะยาว

References

1. United nations, Department of economic and social affairs. World population ageing 2020 highlights. New York: United Nations;2020.
2. Office of the national economic and social development council. Report on the elderly population of Thailand, 2021. Bangkok: NESDC;2021. (in Thai)
3. Department of health, Ministry of public health. Guidelines for health promotion among older adults. Bangkok: Department of health;2022. (in Thai)
4. World health organization. Active ageing: a policy framework. Geneva: WHO;2002.
5. Thanadirek R. The concept of active aging and the development of quality of life among older adults. J Community Public Health 2018;14(3):12–21. (in Thai)
6. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int 2000;15(3):259–67.
7. Brach C, Dreyer B, Schyve P, Hernandez LM, Baur C, Lemerise AJ, et al. Ten attributes of health literate health care organizations. USA: Institute of Medicine of the national academies;2012.
8. Lee TW, Lee SH, Kim JH, Kang SJ. A health literacy intervention for older adults: a comparative study. Asian Nurs Res 2015;9(1):42–7.
9. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012;12:80.
10. Boonpok S. Health literacy and self-care behaviors among older adults. J Public Health Nurs 2020;34(1):40–52. (in Thai)
11. Simmha S, Kunawiktikul W, Srisuwan C. Developing a health literacy program for older adults in the community using a participatory approach. J Nurs Public Health 2021;31(2):89–101. (in Thai)
12. Krairoek S. Development of a fall risk reduction program for community-dwelling older adults. Royal Thai Army Nurs J 2019;20(2):120–32. (in Thai)
13. Wallerstein N, Duran B. Theoretical, historical, and practice roots of CBPR. In: Minkler M, Wallerstein N, editors. Community-based participatory research for health: from process to outcomes. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass;2008:p.25-46.
14. Cargo M, Mercer SL. The value and challenges of participatory research: strengthening its practice. Annu Rev Public Health 2008;29:325-50.

15. Israel BA, Eng E, Schulz AJ, Parker EA. Methods in community-based participatory research for health. San Francisco: Jossey-Bass;2005.
16. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press;1988.
17. Ministry of Public Health, Thailand. 3A2S model for elderly health promotion. Bangkok: Ministry of Public Health;2018. (in Thai)
18. Stringer ET. Action research. 4th ed. Los Angeles: Sage;2014.
19. Ishikawa H, Yano E. Patient health literacy and participation in the health-care process. Health expect 2008;11(2):113–22.
20. Simmha S, Prasertsuk C, Thienstrong S. The effect of a health literacy promotion program on health care behaviors among older adults. Songklanagarind J Nurs 2021;41(1):91–106. (in Thai)
21. Chinn D. Critical health literacy: a review and critical analysis. Health Educ J 2011;70(2):228–40.
22. Sherrington C, Fairhall NJ, Wallbank GK, Tiedemann A, Michaleff ZA, Howard K, et al. Exercise for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev 2019;1:CD012424.
23. Wang C, Yu JT, Wang HF, Tan MS, Meng XF, Tan CC, et al. non-pharmacological interventions for patients with mild cognitive impairment: a meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive interventions, physical activity, and combined intervention. Aging Res Rev 2020;62:101133.

**การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกันที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป
ในเขตพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น***

อัฐญา ธงพรรษา พย.บ.**

นิศาชล บุปผา ปร.ด.*** สุรดา โพธิ์ตาทอง พย.ม.****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 34 คน จาก 4 องค์กรหลักในชุมชน ได้แก่ ภาคประชาชน จำนวน 12 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 6 คน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 7 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 9 คน รวมทั้งหมด เลือกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง รวบรวมข้อมูลด้วยการใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เปรียบเทียบความเหมือน ความต่างของข้อมูล แบ่งประเภทของปรากฏการณ์ จำแนก และจัดหมวดหมู่

ผลการวิจัย พบว่า ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในชุมชนมีบทบาทหน้าที่ให้การช่วยเหลือ ดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ให้ความรู้ ตรวจคัดกรองโรค เยี่ยมบ้าน สนับสนุนงบประมาณ และอุปกรณ์ต่าง ๆ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับผู้ป่วยว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อยู่บ้านเพียงลำพัง ลูกหลานต้องทำงานไกลบ้าน ทำให้ขาดคนดูแล มีข้อจำกัดเรื่องการประกอบอาชีพ การหารายได้ และความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพด้วยเทคโนโลยี ผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่รับรู้โรคหลอดเลือดหัวใจว่าเป็นเรื่องไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง ปัญหาอุปสรรค ได้แก่ ความยากลำบากในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เนื่องจากข้อจำกัดด้านการเดินทางอย่างไรก็ตามผู้ป่วย ส่วนมากให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ เชื่อฟังบุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน ส่วนการพัฒนางานในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในพื้นที่ มีข้อเสนอแนะว่า ระดับบุคคลผู้ป่วยควรได้รับการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง ส่วนระดับชุมชนควรค้นหาแกนนำด้านสุขภาพในชุมชน เพื่อเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และมีข้อเสนอแนะว่าบุคลากรด้านสุขภาพ หน่วยงานภาครัฐและภาคีเครือข่าย ควรร่วมกันเสริมสร้างระบบการดูแลสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการให้ความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มเติมในกลุ่มที่ยังขาดความรู้ กลุ่มที่ข้อจำกัด เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีข้อจำกัดด้านการใช้เทคโนโลยี นอกจากนี้ ควรปรับกลยุทธ์การสื่อสารด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับคำแนะนำด้านโภชนาการและการไปพบแพทย์ตามนัด เพื่อให้มีความรู้ในการป้องกันโรคที่ดีและต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น รวมถึงเพิ่มทักษะแก่บุคลากรให้เพียงพอ เพิ่มการบริการเชิงรุก และมีการคืนข้อมูล สะท้อนข้อมูลให้แก่พื้นที่

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
สร้างเสริมสุขภาพ

เลขที่จริยธรรมการวิจัย HE662039 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

วันที่รับบทความ 26 กุมภาพันธ์ 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 25 เมษายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 19 พฤษภาคม 2568

*งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับการสนับสนุนจากโครงการการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับคนวัยแรงงานทุกช่วงวัย

ภายใต้งบประมาณสนับสนุนจากทุนสนับสนุนมูลฐาน Fundamental Fund : FF ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น จากกองทุนส่งเสริม ววน.

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล nisachon@kku.ac.th

****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

Community participation in promoting health literacy of cardiovascular disease prevention among patients with multiple chronic diseases aged 35 years and over in the area of Ubonratana District, Khon Kaen Province*

Attaya Thongphunsa B.N.S.**

Nisachon Bubpa Ph.D.*** Surada Photatong M.N.S.****

Abstract

This qualitative research aimed to study community participation in enhancing health literacy for cardiovascular disease prevention among individuals aged 35 years and over with multiple chronic conditions residing in Ubonrat District, Khon Kaen Province. Sample were 34 participants from four primary community organizations: the Public-Sector (12 participants), community leaders (6 participants), local administrative organizations (7 participants), and sub-district health promoting hospitals (9 participants). A purposive sampling method was employed. Data collection was conducted through semi-structured interviews. Data analysis was performed using content analysis, analyzed the similarities and differences within the data, divided it into major sections, and categorized them into respective groups.

The findings revealed that health network partners in the community played significant roles in supporting and caring for chronic disease patients. Their responsibilities included providing health education, conducting disease screenings, making home visits, and offering financial and material support. It was observed that most patients were elderly and lived alone, their children working away from home, resulting in a lack of caregivers. Limitations faced by these patients included difficulty in occupational constraints, earning income, and ability to access health information through technology. Many participants perceived cardiovascular disease as irrelevant to them. Barriers identified in the study included difficulties in accessing healthcare services due to transportation limitations. However, most patients were cooperative in maintaining their health and were receptive to guidance from healthcare personnel, village health volunteers (VHVs), and community leaders. Improvement of work in caring for patients with chronic non-communicable diseases (NCDs) to prevent cardiovascular disease in the area were as follows: Suggestions for individual level, patients with NCDs should get trained to enhance self-care skills. At community level, leaders should seek and identify people to serve as role models in health promotion and disease prevention. Moreover, it was recommended that health professionals, government agencies, and health networks work collaboratively to strengthen healthcare systems for NCD patients by providing additional health education to those who lack knowledge, such as the elderly and those with technological limitations. Health communication strategies should be adapted to suit individual needs, especially regarding dietary guidance and adherence to medical appointments, to strengthen and maintain knowledge on disease prevention. Additionally, it is essential to improve the capacity of healthcare personnel, expand proactive health services, and ensure continuous feedback and information sharing within the community.

keywords: community participation; health literacy; cardiovascular disease; non communicable diseases; health promotion

Ethical approval: HE662039, Plagiarism checked, 3 Reviewers.

Received 26 February 2025, Revised 25 April 2025, Accepted 19 May 2025

* This research was supported by The Development of Health Promotion for Prevention of Non Communicable Disease for Working All Aged People, funded by the Fundamental Fund of Khon Kaen University from National Science, Research and Innovation Fund or NSRF, Thailand

**A student of the Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author, E-mail: nisachon@kku.ac.th

****Registered nurse, Professional level, Ubonratana Hospital, Khon Kaen Province

บทนำ

จากสถานการณ์ทั่วโลกแนวโน้ม ร้อยละ 80 มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ เมื่อเทียบกับการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (noncommunicable diseases; NCDs) มีประชากรเสียชีวิตด้วยโรคดังกล่าว ร้อยละ 48 (World health organization: WHO)¹ และยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกรวมถึงประเทศไทย ในปี 2567 โรค NCDs เป็นสาเหตุอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 75 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด² ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความสามารถของประชาชนในการเข้าใจ ประเมิน และการนำใช้ข้อมูลที่ได้มา WHO กล่าวว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพจะนำไปสู่แนวปฏิบัติทางสังคมได้ ในการสร้างเสริมความรอบรู้ ด้านสุขภาพของประชาชนจะประสบความสำเร็จได้ ต้องอาศัยการทำงานของหลายภาคส่วน³ โดยเฉพาะในชุมชนที่ต้องมีการทำงานของ 4 องค์กรหลักในชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล การประเมิน การตัดสินใจ และการนำใช้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพได้ ในปี 2565 ประเทศไทย มีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรค NCDs 87,566 ราย คิดเป็น 134.40 ต่อแสนประชากร⁴ ในอำเภออุบลรัตน์มีประชากร ทั้งหมด 29,523 คน มีผู้ป่วยโรค NCDs ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในหลอดเลือดสูง และโรคไตวายเรื้อรัง จำนวน 6,199 6,396 6,177 และ 6,267 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 21.0 21.2 20.9 และ 21.2 ตามลำดับ⁵ มีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จากข้อมูลของโรงพยาบาลอุบลรัตน์ พบว่า ในปี 2563 2563 2564 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (cardiovascular disease; CVD) จำนวน 18 20 และ 24 ตามลำดับ แม้มีการทำงานร่วมกับทีมเครือข่ายด้านสุขภาพตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข แต่จากการทบทวนสถิติผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรค CVD และพบว่า มีจำนวนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2563 2564 และ 2565 จำนวน 9 10 และ 13 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 50 50 และ 54 ของผู้ที่เป็้น CVDs ตามลำดับ⁵ และจากการสอบถามในขณะทำงานในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยโรค NCDs ยังมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เพียงพอ ทำให้ส่งผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตต่อบุคคลและครอบครัว การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคที่เกิดจากความร่วมมือของคนในชุมชน ในการนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาและการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพและยกระดับความรู้ให้ดีขึ้น ดังนั้น การทำความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทการมีส่วนร่วมของทุนทางสังคม จาก 4 องค์กรหลักในชุมชน ได้แก่ ทุนมนุษย์ ทุนวัฒนธรรมและภูมิปัญญาทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อมจากทุกภาคส่วนร่วมแลกเปลี่ยน เรียนรู้ สื่อสารกัน ช่วยเหลือ เสริมสร้างให้เกิดความร่วมมือเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย สามารถสะท้อนถึงศักยภาพของชุมชนในการร่วมจัดการด้านการดูแลสุขภาพ จึงมีสำคัญอย่างมากในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ อันจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย และสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ดีขึ้นตามลำดับต่อไป⁶

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และประสพการณ์ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกันที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพและประสบการณ์ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกันที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น เป้าหมายเพื่อทำความเข้าใจการมีส่วนร่วมของชุมชนในการร่วมดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่

การวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาบทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและประสบการณ์ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น โดยการใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ จากตัวแทน 4 องค์กรหลักในชุมชน ได้แก่ ภาคประชาชน ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานภาครัฐคือ รพสต.เกี่ยวกับบทบาท มุมมอง ความคิดเห็น ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ และข้อเสนอแนะในการร่วมดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่

ผู้ให้ข้อมูล

คือ บุคคลที่เป็นตัวแทนจาก 4 องค์กรหลักในชุมชน ได้แก่ ภาคประชาชน (อสม.) จำนวน 12 คน ภาคท้องถิ่น (ผู้ใหญ่บ้าน) จำนวน 6 คน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จำนวน 7 คน และภาครัฐ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในอำเภออุบลรัตน์ จำนวน 9 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 34 คน โดยคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง (target group) เป็นผู้มีบทบาท หน้าที่และรับผิดชอบ มีส่วนร่วมทำงาน มีส่วนได้ส่วนเสียหรือสนับสนุน เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในชุมชน 6 ตำบล ได้แก่ ตำบลเขื่อนอุบลรัตน์ ตำบลทุ่งโป่ง ตำบลโคกสูง ตำบลบ้านดง ตำบลนาคำ และตำบลศรีสุขสำราญ

เครื่องมือในการวิจัย

ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม กำหนดกรอบแนวคิดและเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย นำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา แก้ไขตามข้อเสนอแนะ 2) นำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ดังนี้ (1) นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 1 ท่าน (2) นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จำนวน 1 ท่าน (3) อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 1 ท่าน (4) อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 1 ท่าน (5) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านเวชปฏิบัติชุมชน โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จำนวน 1 ท่าน โดยกำหนดหัวข้อในการพิจารณาเกี่ยวกับความถูกต้องของข้อความกับนิยามศัพท์ ความตรงของข้อความ ความครอบคลุมครบถ้วนของเนื้อหา ความชัดเจนของการใช้ภาษา และความซ้ำซ้อนของข้อความ 3) ผู้วิจัยนำผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์และปรับปรุงแก้ไข ตรวจสอบข้อมูล ตรวจสอบความเชื่อถือของข้อมูลและประเมินคุณภาพของข้อมูล ตรวจสอบความคงที่ของข้อมูลในส่วนของการปฏิบัติงาน บทบาทหน้าที่ มุมมอง ความคิดเห็น ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของตัวแทนบุคคลที่เกี่ยวข้องของ 4 องค์กรหลักในชุมชน 4) นำแบบสอบถามไปตรวจสอบพิจารณาจัดพิมพ์และนำไปใช้ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวแทนบุคคลที่เกี่ยวข้อง จาก 4 องค์กรหลักในชุมชน จำนวน 34 คน ต่อไป

แบบสัมภาษณ์เพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพของตัวแทนบุคคลที่เกี่ยวข้องจาก 4 องค์กรในชุมชน แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ ประเภทของการปฏิบัติงานใน 4 องค์กรหลักของชุมชน มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบตรวจสอบรายการ (check list) จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความคิดเห็น ปัญหาและอุปสรรคในการดูแล และข้อเสนอแนะการพัฒนางานในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในพื้นที่ จำนวน 4 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การขออนุมัติจริยธรรม การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2566 ตามประกาศของมหาวิทยาลัย ฉบับที่ 4.3.02 :8/2566 เลขที่โครงการ HE662039

2) การขอความยินยอม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย ให้อาสาสมัครลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และผู้วิจัยได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 3 หลักการ ได้แก่ หลักเคารพในบุคคล หลักสิทธิประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย และหลักยุติธรรม

3) การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้ (1) จัดทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัยให้แก่พื้นที่ (2) ดำเนินการประสานงานผ่านหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้อาสาสมัครอ่านแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและลงลายมือชื่อ และ (3) ผู้วิจัยเริ่มสัมภาษณ์ บันทึกข้อมูลลงในสมุดบันทึกของผู้วิจัย ใช้ระยะเวลาประมาณ 45-60 นาที ในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ด้วยการแยกแยะให้เห็นองค์ประกอบของข้อมูลทั้งหมด วิเคราะห์ความเหมือน ความต่างของข้อมูล แบ่งประเภทของปรากฏการณ์ จำแนกและจัดกลุ่มหมวดหมู่⁷⁻⁸

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือและความเข้มงวดของการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพในครั้งนี้ มีผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยได้คำนึงถึงความน่าเชื่อถือ (trustworthiness) ของงานวิจัย โดยเบื้องต้น 1) ผู้วิจัยได้เข้าการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การวิจัยเชิงคุณภาพและแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล และได้ฝึกปฏิบัติการวิจัยเชิงคุณภาพในพื้นที่ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา 2) หลังจากเข้าศึกษาในพื้นที่ ผู้วิจัยมีการออกจากพื้นที่เป็นช่วง ๆ เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการเก็บข้อมูล และเพื่อลดจุดบอดทางด้านทัศนคติ (bias blind spot) ด้วยการสอบถามกับอาจารย์ที่ปรึกษา และ 3) ทำการตรวจสอบความเชื่อถือของข้อมูลและประเมินคุณภาพของข้อมูลด้วยเทคนิคแบบสามเส้าของข้อมูล (data triangulation technique) เนื่องจากข้อมูลที่ได้มา มีความแตกต่างของช่วงเวลา (time) สถานที่ (space) และบุคคล (person)⁷⁻⁹ มีการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลไปสอบทานกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยมากที่สุด

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย สามารถสรุปได้เป็น 2 ส่วนประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล และส่วนที่ 2 บทบาทและการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ทั้งหมด 34 คน พบว่า มีสถานที่การปฏิบัติงานในตำบลทุ่งโป่ง ตำบลบ้านดง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 20.58 รองลงมา คือ ตำบลโคกสูง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 17.64 ส่วนตำบลเขื่อนอุบลรัตน์ ตำบลศรีสุขสำราญ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 14.70 และตำบลนาคำ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 11.42 ประเภทการปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่ คือ ภาคประชาชน ได้แก่ อสม จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 35.29 ภาคท้องถิ่น ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 17.64 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ บุคลากรกองสาธารณสุขหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 20.58 และภาครัฐ (รพ.สต.) ได้แก่ พยาบาล PCU รพ.อุบลรัตน์ พยาบาล รพ.สต. โคกสูง พยาบาล รพ.สต. อุดมศิลป์ พยาบาล รพ.สต. บ้านดง พยาบาล รพ.สต. คำปลาหาลาย พยาบาล รพ.สต. ทุ่งโป่ง พยาบาล รพ.สต. บ้านห้วยยาง พยาบาล รพ.สต. นาคำ และพยาบาล รพ.สต. ศรีสุขสำราญ จำนวนแต่ละ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.94 รวมจำนวน 9 คน

ส่วนที่ 2 บทบาทและการมีส่วนร่วมของชุมชน

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ตัวแทนบุคคลที่เกี่ยวข้องจาก 4 องค์กรหลักในชุมชน เกี่ยวกับบทบาทมุมมอง ความคิดเห็น ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ และข้อเสนอแนะในการร่วมดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ ของ 4 องค์กรหลัก ดังนี้

2.1 บทบาทในการร่วมดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ แยกตามประเภท 4 องค์กรหลักในชุมชน สามารถจัดกลุ่มของบทบาทในการร่วมดูแล ได้ 4 กลุ่ม ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพ การให้ความรู้ การช่วยเหลือ การสนับสนุนอุปกรณ์ และการร่วมกิจกรรมอื่น ๆ ที่ร่วมสนับสนุนหน่วยงานภาครัฐ ดังนี้

2.1.1 การดูแลสุขภาพ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ติดตามการรักษา และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งพบว่า มี อสม. รพ.สต. ได้ดูแลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมตามบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ ดังคำกล่าวของ อสม. ดังนี้

“...ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำงานคัดกรองคนที่ยังไม่ป่วยหรือผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวาย ช่วยเจาะเลือดปลายนิ้ว วัดความดันโลหิต ออกเยี่ยมบ้าน...” VHV_19

2.1.2 การสร้างเสริมความรู้ ได้แก่ การอบรม การรณรงค์ การเพิ่มทักษะผู้ดูแลและผู้ป่วย ในชุมชนเขตพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ โดยเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลอุบลรัตน์ เจ้าหน้าที่ในรพ.สต. อสม. รวมถึงการมีโครงการฝึกทักษะส่งเสริมแกนนำสุขภาพ care giver (CG) อสม. ในพื้นที่ และเพิ่มพูนทักษะการดูแลผู้ป่วยจากหน่วยงานของภาครัฐ ดังคำกล่าวของ อสม. ดังนี้

“...แนะนำผู้ป่วยเรื่องอาหารการกิน เช่น การลดอาหาร หวาน มัน เค็มและเชิญชวนผู้ป่วยออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่แข็งแรงขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ หรือเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเหมือนคนป่วยอื่น ๆ ที่พบเจอในชุมชน...” VHV_14

2.1.3 การช่วยเหลือ สนับสนุนงบประมาณหรืออุปกรณ์ ได้แก่ แพมเพิร์ส สิ่งของยังชีพ ซึ่งมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องถิ่นเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณในการจัดทำโครงการต่าง ๆ งบประมาณในการซื้อสิ่งของจำเป็นสำหรับผู้ป่วย โดยการช่วยประสานงานกับกองทุนต่าง ๆ รวมถึงร่วมช่วยเหลือดูแลสนับสนุนหน่วยงานภาครัฐ การทำงานของ อสม. และ รพ.สต. ดังคำกล่าวของผู้ใหญ่บ้าน ดังนี้

“...มอบสิ่งของยังชีพ ของใช้จำเป็นร่วมกับ รพ.สต. ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเตียง...” VL_23

2.1.4 การร่วมกิจกรรมอื่น ๆ เพื่อสนับสนุนหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ การร่วมออกเยี่ยมบ้าน การร่วมออกคัดกรองโรคเรื้อรังในชุมชน คัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และประชาสัมพันธ์ข่าวสาร กิจกรรม

โครงการต่าง ๆ จากทางโรงพยาบาล รพ.สต. ซึ่งมี อปท. และผู้นำชุมชน เป็นผู้สนับสนุนหลักในการทำงานของ อสม. และ รพ.สต. ดังคำกล่าวของ เจ้าหน้าที่ อปท. ดังนี้

“...เป็นหน่วยงานร่วมดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนสนับสนุน รพ.สต. ให้งบประมาณ ในการป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย ดูแลสิ่งแวดล้อมโดยงบจากกองทุนสุขภาพ สปสช. เพื่อนำมาทำกิจกรรมหรือโครงการต่าง ๆ...” LAO_4

2.2 ความคิดเห็นต่อกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ แยกตามประเภท 4 องค์กรหลักในชุมชน สามารถจัดกลุ่มของความคิดเห็นต่อ ผู้ป่วยได้ 4 กลุ่ม ดังนี้

2.2.1 การขาดความรู้ ไม่ทราบภาวะแทรกซ้อน โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนยังมีความรู้ ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่ยังไม่รู้จักโรคนี้ ไม่รู้ว่าการเจ็บป่วย ด้วยโรคเรื้อรัง สามารถมีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจได้ และมีส่วนน้อยที่มีพฤติกรรมป้องกัน โรคได้อย่างเหมาะสม ดังคำกล่าวของ อสม. ดังนี้

“...ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตัวเองน้อย ส่วนใหญ่ไม่ค่อยรู้จักการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่รู้ ว่าถ้าดูแลตนเองไม่ดีจะเป็นโรคหัวใจได้ และเป็นผู้สูงอายุ จำที่แนะนำไปไม่ได้ มีส่วนน้อยที่มีพฤติกรรมดูแล ป้องกันตัวเอง...” VLV_16

2.2.2 ผู้สูงอายุไม่มีคนดูแล ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดเรื่องความจำ เรื่องการ มองเห็นไม่ชัด เรื่องการได้ยิน มีความเสื่อมทางร่างกาย บางคนมีภาวะพึ่งพิง ขาดคนดูแล ไม่สามารถเลือกการ รับประทานอาหารได้เอง ดังคำกล่าวของพยาบาลใน รพ.สต. ดังนี้

“...ส่วนใหญ่ยังมีความรู้บางส่วน แต่พฤติกรรมยังปฏิบัติไม่ได้ ผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุจำไม่ได้ ขาดคนดูแล ต้องกระตุ้นเป็นระยะ ๆ บางกลุ่มทราบการปฏิบัติตัวดี ดูแลตนเองพอได้ แต่เป็นห่วงเรื่องปากท้อง มากกว่าการสุขภาพ...” CHN_24

2.2.3 คิดว่าเป็นเรื่องไกลตัว เนื่องจากผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ทั้ง 4 โรครวม ยังไม่มีอาการ หรือ ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ ยังแข็งแรงดี จึงคิดว่าเป็นเรื่องไกลตัว ดังคำกล่าวของ เจ้าหน้าที่ อปท. ดังนี้

“...บางคนมีความรู้ แต่ไม่ตระหนัก ไม่ปฏิบัติตัวที่จะป้องกันโรค ผู้ป่วยบางส่วนคิดว่าเป็นเรื่องไกลตัว และขาดการป้องกันจากโรคหลอดเลือดหัวใจ...” LAO_16

2.2.4 การมีข้อจำกัดเรื่องอาชีพ รายได้ เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญ ในการดำรงชีวิตอีกหนึ่ง อย่าง ผู้ป่วยบางกลุ่มมีความเร่งรีบในการทำงาน ไม่ได้ประกอบอาหารเอง ซื้อรับประทานตามร้านสะดวกซื้อ ดังคำกล่าวของ เจ้าหน้าที่ อปท. ดังนี้

“...ผู้ป่วยบางคนมีความเร่งรีบในการประกอบอาชีพ เนื่องจากการประกอบอาชีพเกษตรกรรม รับจ้าง ทัวไป ความเป็นอยู่ไม่เอื้ออำนวย ทำให้ไม่ได้ประกอบอาหารเอง ซื้อรับประทานตามร้านสะดวกซื้อ...” LAO_27

2.2.5 การมีข้อจำกัดด้านใช้เทคโนโลยีค้นหาความรู้ในการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยบางกลุ่มมีการ ค้นหาความรู้ หรือดู ฟังจากสื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมัน ในหลอดเลือดสูง และโรคไตวายเรื้อรังใน facebook กลุ่ม Line รวมไปถึงได้รับการบอกต่อประสบการณ์ของ เพื่อนผู้ป่วยด้วยกันในชุมชน กับ อสม. หรือพูดคุยแลกเปลี่ยนขณะไปตามนัดที่โรงพยาบาลอุบลรัตน์ แต่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากมีข้อจำกัดเรื่องนี้ ดังคำกล่าวของ อสม. ดังนี้

“...ผู้ป่วยบางกลุ่มมีความรู้จากการใช้เทคโนโลยี มือถือช่วย เช่น facebook line การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ การบอกเล่าประสบการณ์กับ อสม. และการบอกเล่าจากผู้ป่วยด้วยกันเอง แต่เลือกเชื่อคนที่มีความน่าเชื่อถือ ยกเว้นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยมีมือถือ...” VLV_29

2.3 ปัญหาอุปสรรคในการร่วมดูแลสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่แยกตามประเภท 4 องค์กรหลักในชุมชน สามารถจัดกลุ่มของปัญหาอุปสรรคได้ 4 กลุ่ม ประกอบด้วย ปัญหาอุปสรรคจากตัวผู้ป่วยจากการบริการด้านสุขภาพ และการเดินทางเพื่อเข้ารับบริการ ดังนี้

2.3.1 จากตัวผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ยังขาดการดูแลจากญาติ ผู้ป่วยบางคนมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม มีการปรับยาเอง และไม่มีเวลาดูแลตนเอง เนื่องจากต้องทำงานหารายได้ มีวิถีชีวิตที่เร่งรีบ ดังคำกล่าวของพยาบาลใน รพ.สต. ดังนี้

“...ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ สายตาไม่ดี บางคนเดินลำบาก ขาดคนดูแล ลูกหลานไปทำงานไกลบ้าน ตัวผู้ป่วยก็อยู่ห่างไกลสถานบริการ ผู้ป่วยบางกลุ่มมีการปรับยาเอง ไม่ใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง ส่วนน้อยผู้ป่วยมีความรู้ รับฟังที่หมอ พยาบาล อสม. แนะนำ แต่ผู้ป่วยไม่มีความตระหนักที่จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม...” CHN_24

2.3.2 การจัดบริการด้านสุขภาพ พบว่า ยังขาดการบริการเชิงรุก บุคลากรไม่เพียงพอ ขาดบุคลากรที่มีทักษะ ขาดการคืนข้อมูลสู่ชุมชนและขาดการทำงานร่วมกันกับเครือข่ายสุขภาพ จึงทำให้ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ไม่เพียงพอ ดังคำกล่าวของพยาบาลเจ้าหน้าที่ อปท. ดังนี้

“...ยังขาดบุคลากรเฉพาะทาง ไม่มีเจ้าหน้าที่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ให้คำแนะนำผู้ป่วย ยังขาดความต่อเนื่องของกิจกรรมเชิงรุก ความเป็นรูปธรรม และการบูรณาการรูปแบบการทำงานร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และประชาชนคิดว่าเป็นเรื่องไกลตัว เป็นภาระหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุข...”

LAO_12

2.3.3 ที่มีข้อจำกัดเรื่องการเดินทางและเศรษฐกิจ เช่น การเดินทาง ระยะทางไกล ในบางพื้นที่ผู้ป่วยอยู่ไกล มีข้อจำกัดด้านร่างกายในการเข้ารับบริการ และด้านเศรษฐกิจ ดังคำกล่าวของพยาบาลเจ้าหน้าที่ อปท. ดังนี้

“...ค่าครองชีพกับรายได้ไม่สมดุลกัน ทำให้ผู้ป่วยบางคนเดินทาง ต้องรอเหมามาพร้อมกันหลาย ๆ คน ทำให้บางครั้งมารับบริการไม่ทันเวลาที่ต้องการ เพราะอยู่ไกล ...” LAO_3

2.4 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางานการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถจัดกลุ่มของข้อเสนอแนะได้ 3 กลุ่ม ประกอบด้วย ข้อเสนอแนะต่อบุคคล ระดับครอบครัว และระดับชุมชน ดังนี้

2.4.1 ระดับบุคคล ได้แก่ การให้ความรู้/ประชาสัมพันธ์การเสริมสร้างพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การคัดกรอง การให้ความรู้ อสม. ผู้ป่วยและญาติ โดยเจ้าหน้าที่บุคลากรด้านสุขภาพ ดังคำกล่าวของพยาบาลเจ้าหน้าที่ อปท. ดังนี้

“...ประชาสัมพันธ์/อบรมให้ความรู้ให้ทั่วถึงแก่กลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยให้มีความรู้ที่จะเฝ้าระวัง ดูแลตัวเองเบื้องต้นได้ รวมถึงการออกประเมินผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคเชิงรุก เพื่อให้ทันต่อการรักษาที่ทันที่ และพาไปดูแลผู้ป่วยจริง ชี้ให้เห็นภัยเงียบที่ทุกคนต้องพึงระวัง...” LAO_03

2.4.2 ระดับครอบครัว เช่น การเพิ่มความรู้ให้กับผู้ดูแล เรื่องการดูแลด้านอาหารที่ตรงกับโรค การไปพบแพทย์ตามนัด ดังคำกล่าวของ อสม. ดังนี้

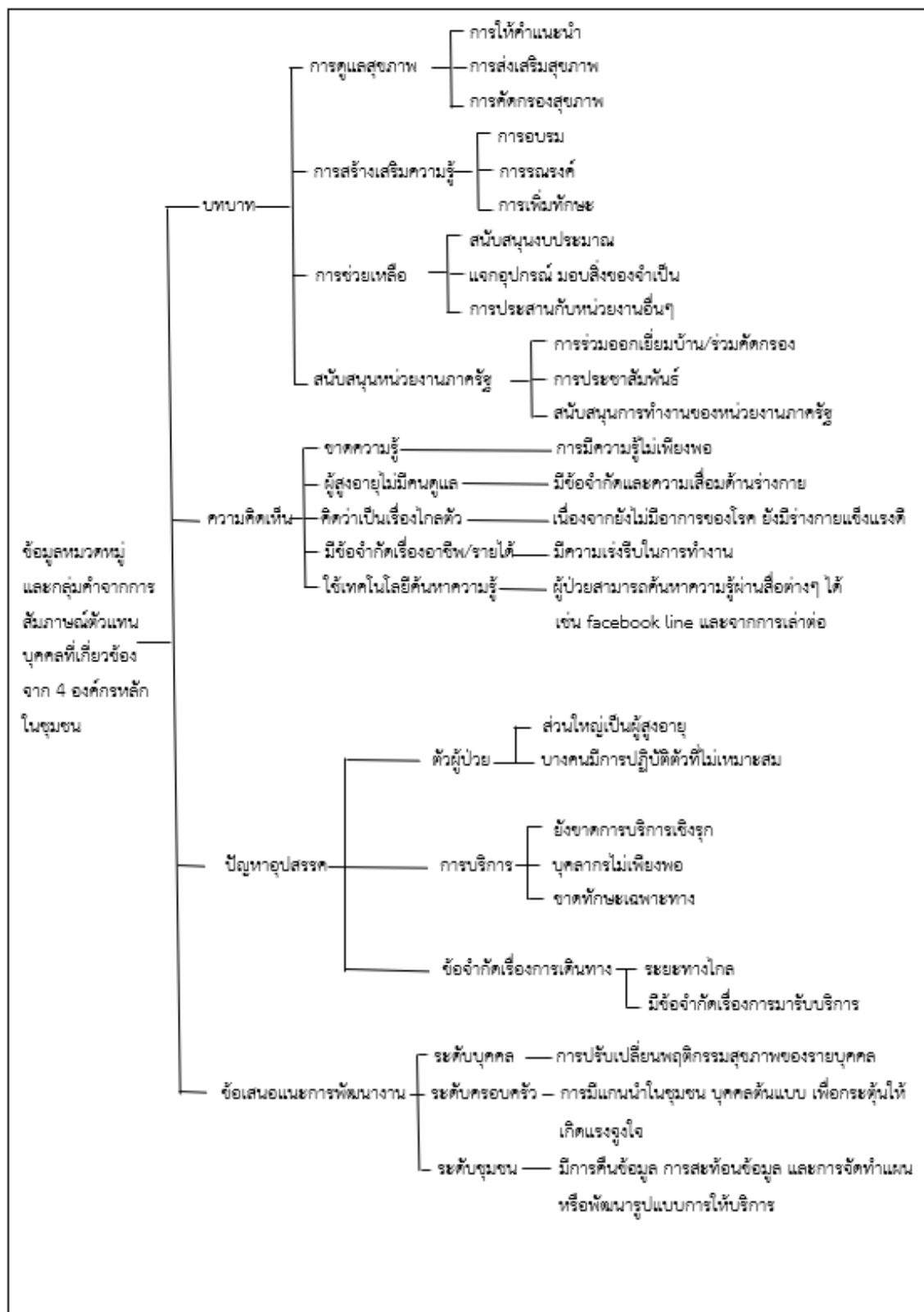
“...เพิ่มการให้ความรู้แก่ญาติที่ดูแล สมาชิกในครอบครัว หรือแกนนำครอบครัว การเลือกวัตถุดิบประกอบอาหาร การออกกำลังกายถูกต้อง การไปตามนัด และร่วมกันเรื่องการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน...” VHV_19

2.4.3 ระดับชุมชน แกนนำ คนต้นแบบ ได้แก่ ค้นหาแกนนำสุขภาพในชุมชนที่อยู่ใกล้ตัวผู้ป่วย เพื่อกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเพื่อให้เข้าถึงการดูแลสุขภาพมากขึ้น รวมถึงมีการคืนข้อมูล การสะท้อนปัญหา จัดทำแผนหรือพัฒนารูปแบบการบริการร่วมกับเครือข่ายสุขภาพ ให้บริการแบบ one stop service รวมถึงการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนด้วย ดังคำกล่าวของ อสม. และพยาบาลใน รพ.สต. ดังนี้

“...ให้มีแกนนำแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพที่ใกล้ตัวผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ...”

VLV_26

“...อยากให้แพทย์ร่วมจ่ายยาที่ รพ.สต. แบบ one stop service ทำงานโครงการร่วมกันทั้งเครือข่าย รพ.อุบลรัตน์ รพ.สต. อสม. หรือนักบริบาล แล้วมีการคืนข้อมูล สะท้อนปัญหาให้พื้นที่รับทราบ เพราะระบบในปัจจุบันยังมีการทำงานแบบแยกส่วนกัน ความพร้อมที่จะรับมือกับโรค NCDs ยังไม่เพียงพอ...” CHN_20 ทั้งนี้ สามารถจัดหมวดหมู่และกลุ่มคำได้ดังแสดง



ภาพที่ 1 จัดหมวดหมู่และกลุ่มคำ

อภิปรายผลการวิจัย

พบว่า ตัวแทนจาก 4 องค์กรในชุมชน ทั้งหมด 34 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิงมากกว่าชาย อายุช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 47.1 ($\bar{X}=45$, $SD=8.30$) ประเภทการปฏิบัติงานมีทั้งภาคประชาชน ภาคท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาครัฐ ได้แก่ รพ.สต. ที่ปฏิบัติงานในแต่ละตำบล โดยทั้งหมดเป็นผู้ปฏิบัติงาน

จากข้อมูลการสัมภาษณ์ จากตัวแทน 4 องค์กรหลักในชุมชน เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทความคิดเห็น ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนางาน พบว่า ภาควิชาเครือข่ายด้านสุขภาพมีบทบาทให้การส่งเสริม ช่วยเหลือ ดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ให้ความรู้ ตรวจคัดกรอง เยี่ยมบ้าน สนับสนุนงบประมาณ อุปกรณ์ต่าง ๆ สอดคล้องกับการวิจัยของ Aditya VS et al. พบว่า มีประเด็นหลักในการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมของระบบสุขภาพ และการประสานงานระหว่างภาคส่วน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับผู้ป่วยว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ถูกหลอกลวงทำงาน ทำให้ขาดคนดูแล มีข้อจำกัดเรื่องอาชีพ การหารายได้ และใช้เทคโนโลยีค้นหาความรู้ อีกทั้ง ยังขาดความรู้ คิดว่าโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นเรื่องไกลตัว ส่วนปัญหาอุปสรรค พบว่า ส่วนมากผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ บางคนมีการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม มีข้อจำกัดเรื่องการเดินทางเข้ารับบริการและเศรษฐกิจ สอดคล้องกับการวิจัยของอารี พุ่มประเวทย์ และคณะ พบว่า ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ มีช่องทางในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ แต่ผู้ป่วยส่วนมากให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ เชื่อฟังคำแนะนำในการดูแลสุขภาพจากบุคลากรสุขภาพ อสม.¹⁰ และผู้นำชุมชนสอดคล้องกับการวิจัยของนิลภา จิระรัตนวรรณ และคณะ พบว่า ภาคประชาชนมี อสม. เป็นกลไกเชื่อมประสานระหว่างหน่วยงานและประชาชนให้ได้รับข่าวสารในการสร้างเสริมสุขภาพ¹¹ และสอดคล้องกับการวิจัยของพิชัย บุญมาศรี และคณะ พบว่า อสม. สามารถสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้ ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ¹² ส่วนการพัฒนางานในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในพื้นที่มีข้อเสนอแนะว่าควรพัฒนาทักษะการดูแลตนเองระดับบุคคล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับครอบครัว การเพิ่มความรู้ให้กับผู้ดูแล เรื่องอาหาร การไปตามนัด ส่วนระดับชุมชนควรมีการคืนข้อมูล การสะท้อนข้อมูล และการจัดทำแผนหรือพัฒนารูปแบบการให้บริการ มีการทำงานร่วมกันทุกภาคส่วนให้มากขึ้น และเตรียมความพร้อมรับมือกับโรค NCDs ให้มากขึ้นสอดคล้องกับการวิจัยของพิเชษฐ เรื่องสุขสุดและคณะ ที่ได้กำหนดคุณลักษณะสำคัญของมนทัศน์ไว้ว่า การได้รับการสนับสนุนและจัดระบบการดูแลโดยมีผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ การเรียนรู้และพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ทำให้เกิดการดูแลตนเองในขณะที่มีโรคเรื้อรัง¹³

การสร้างเสริมสุขภาพมีความจำเป็นให้ชุมชนมีส่วนร่วม โดยเฉพาะจาก 4 ภาควิชา ได้แก่ 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) หน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสถานศึกษา 3) ภาคประชาชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำหน้าที่ประสานระหว่างหน่วยงานและประชาชน เพื่อให้ได้รับข่าวสารในการสร้างเสริมสุขภาพ มี รพ.สต. เป็นที่ปรึกษา และ 4) ผู้ใหญ่บ้าน เป็นผู้นำในการประชาสัมพันธ์และร่วมกิจกรรม^{11,13} หากชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ สอดคล้องกับการวิจัยของพิเชษฐ เรื่องสุขสุดและคณะ ที่สรุปคุณลักษณะสำคัญของมนทัศน์การะการรักษาได้ ดังนี้ การมีความรู้ลึกที่ติดต่อการเจ็บป่วยเพื่อทำให้เกิดการจัดการตนเอง การมีส่วนร่วมและการมีปฏิสัมพันธ์ต่อบุคคลอื่น¹³ ซึ่งจะส่งผลช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้นั้น สามารถส่งผลต่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน SDG3 สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (good health and well-being) นอกจากนี้ ยังสามารถลดโอกาสในการเจ็บป่วย ลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจาก

การเจ็บป่วย มีการส่งผลและตอบสนองต่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน SDG1 ขจัดความยากจน (no poverty)¹⁴ อย่างไรก็ตาม การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุม NCDs และปัจจัยกำหนดต่าง ๆ ดำเนินไปอย่างล่าช้า มีข้อจำกัดและแยกส่วน อันเนื่องมาจากระบบสุขภาพไม่ได้เตรียมพร้อมที่จะรับมือกับภาระของโรค NCDs เท่าที่ควร ดังนั้น ควรให้การสนับสนุนบุคลากรด้านสุขภาพเล็งเห็นความสำคัญ ควรจัดฝึกอบรมทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เป็นญาติ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลภาวะสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจากการมีโรคเรื้อรังต่อไป¹⁵⁻¹⁶

ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดในการวิจัย

จากผลการวิจัย มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1) ข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานบริการสุขภาพและพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ควรพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ป่วยมีการค้นหาด้วยตนเองลำบาก แนะนำให้ อสม. รพ.สต. เพิ่มช่องทางในการให้ความรู้ โดยเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม หรือการสนทนา หาบุคคลต้นแบบมาให้ความรู้ในพื้นที่วันที่ผู้ป่วยมีนัดในคลินิก หรือการออกเยี่ยมบ้านในชุมชน และส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่มีการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกันที่เหมาะสมกับเพศ กลุ่มอายุอย่างต่อเนื่อง การมาตามนัด การจัดยาโรคประจำตัว รวมถึงผู้ป่วยที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ ถึงแม้ว่ากลุ่มผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยี การค้นหา การเข้าถึง ก็ไม่ควรมองข้าม เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีจำนวนมากที่สุด และมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากที่สุด

2) ข้อเสนอแนะต่อองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ส่งเสริมให้มีการทำงานร่วมกับทีมเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ต่อไปและพัฒนาให้ดีขึ้น สนับสนุนการปฏิบัติงานของทีมการมีอัตรากำลังให้เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ พัฒนาบุคลากรให้มีทักษะให้ตรงด้าน และเพิ่มช่องทางในการให้ความรู้ เพิ่มช่องทางในการให้ความรู้เพิ่มการเข้าถึงในกลุ่มผู้สูงอายุ หรือจัดกิจกรรมเคลื่อนที่ไปในชุมชน เพื่อให้เข้าถึงการบริการที่ทั่วถึง ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และในการประชุมประจำเดือนตามหมู่บ้าน โดยเชิญเจ้าหน้าที่ รพ.สต. มาช่วยให้ความรู้ที่ศาลากลางบ้าน เพื่อให้ประชาชนกลุ่มป่วยที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพ เกิดเป็นพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ดีมากขึ้นและยั่งยืนต่อไป

3) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในพื้นที่ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป โดยคำนึงถึงเพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และกลุ่มอายุในการให้ความรู้ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเป็นกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีการเข้าถึงการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ การใช้เทคโนโลยีได้ยากถึงยากมาก ซึ่งควรปรับเปลี่ยนวิธีการให้ความรู้ให้เหมาะสมแก่พื้นที่ จากผลการวิจัย พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึง การเข้าใจ การประเมินและการนำใช้ที่เพียงพอ มีผลทำให้มีการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ดี จึงควรมีการส่งเสริมพัฒนาให้ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ทั้ง 4 โรคร่วม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกด้านให้ดีขึ้น และมีความยั่งยืนต่อไป รวมถึงกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ เพื่อให้มีการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่ยั่งยืนและดีขึ้น เพื่อลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)

4) ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย การวิจัยในกลุ่มเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง เนื่องจากผลการวิจัย พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยหญิงมีมากกว่าผู้ป่วยชาย ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ มีการเจ็บป่วย ทั้ง 4 โรค มีระยะเวลามากกว่า 10 ปี และมีผลทางห้องปฏิบัติการหลายชนิดที่ผิดปกติมาก แต่ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและระดับ

ประสบการณ์ออกมาเพียงพอ และดี ควรมีการส่งเสริมความรู้ด้านที่อยู่ระดับปานกลาง และการวิจัยผู้ป่วยสูงอายุโรค NCD ที่มีข้อจำกัดเรื่องเศรษฐกิจ เกี่ยวกับเรื่องความสม่ำเสมอของการรักษา การมาตามนัด และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

5) ข้อจำกัดในการศึกษา การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในครั้งนี้ มุ่งเน้นที่การศึกษาข้อมูลการมีส่วนร่วมของชุมชนในผู้ที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นตัวแทน จาก 4 องค์กรหลัก คือ ภาคประชาชน (อสม.) ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ รพ.สต. เท่านั้น โดยไม่ได้มีการสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลสุขภาพ ดังนั้น ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อความเข้าใจวิถีชีวิตการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นในการวิจัยครั้งต่อไป

References

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: WHO;2024 [updated 2025; cited 2024 Feb 26]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Department of Disease Control. Situation of chronic non-communicable diseases It is the number one health problem in the world and Thailand, especially the 4 main NCDs diseases [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control, [n.d.] [updated 2025; cited 2022 Dec 20]. Available from: <https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911> (in Thai)
3. World Health Organization. Health literacy [Internet]. Geneva: WHO;2024 [updated 2025; cited 2024 Feb 26]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
4. Department of Disease Control. Information on death/illness statistics from non-communicable diseases. [Internet]. Geneva: WHO;2024 [updated 2025; cited 2022 Dec 16]. Available from: <https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911> (in Thai)
5. Ubolratana Hospital. Program HosXp. Khon Kaen: Ubolratana Hospital;2015 [updated 2015; cited 2022 Dec 16]. Available from: <https://im-hospital.blogspot.com/2012/05/4.html> (in Thai)
6. Nuntaboot K, Boonsawasdgulchai P, Bubpa P, Jaitieng A. Community research using rapid ethnographic community assessment process. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation, Healthy Community Strengthening Section;2018. (in Thai)
7. Chirawatkul S. Qualitative research in nursing profession. Bangkok: Witayaphat;2005. (in Thai)
8. Chirawatkul S. Qualitative study in nursing. 2nd ed. Bangkok: Witayaphat;2012. (in Thai)
9. Lincoln YS, Guba, EG. Naturalistic inquiry. London: SAGE;1985.

10. Pumprawai A, Siengsanau J. Using community participation to improve health promoting behaviors among older adults. *Journal of the Southern Region College Network of Nursing and Public Health Journal* 2017;4(3):160-75. (in Thai)
11. Jirattawananna N, Wattanaamorn S, Ratsamepong S. Community participation in health promotion. *Mahachula Academic Journal* 2019;6(special):365-81. (in Thai)
12. Bunmasri P, Nantana R, Thanasirikarn T. Empowerment for village health volunteers on health behavior change for high-risk group with hypertension. *Journal of Nursing and Health Care* 2021;39(3):91-100. (in Thai)
13. Ruangsuksud P, Sangchart B, Sangruangake M, Juntapim S. A concept analysis: treatment burden for chronic illness. *Journal of Nursing and health care* 2021;39(4):6-15. (in Thai)
14. Waleewong A. Good health and well-being [Internet]. Bangkok: Centre for SDG Research and Support: SDG Move;2021 [updated 2021; cited 2024 Jan 14]. Available from: <https://www.sdgmovement.com/2021/01/25/sdg-updates-good-health-and-well-being/> (in Thai)
15. Prachanai R, Bouphan P. The participation in health promotion of health personnel in community hospitals Roi Et Province, Thailand. *KKU Research Journal (Graduate Studies)* 2015;20(1):91-104. (in Thai)
16. Aditya VS, Devynai W, Radhika S, Rajashekhar M, Ashwini K, Abhishek VR, et al. Community engagement in health promotion campaigns: a qualitative photo content analysis from vitalizing communities against NCD risk factor (V-CaN) field trial in rural central India. *Journal of Education and Health Promotion* 2024;(13):1-8.

ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา

ณัฏฐริยา แซ่มพุทรา พย.บ.* กิตติภูมิ ภิญโย ปร.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและมีโรคร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง หรือภาวะไขมันในเลือดสูง รับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มตัวอย่างทุกคนใช้โทรศัพท์มือถือและแอปพลิเคชันไลน์ได้ มีสติสัมปชัญญะดี และสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ กลุ่มทดลอง คือ ผู้รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซิม และกลุ่มควบคุม คือ ผู้รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่าระเว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมความรู้และการรับรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ใช้เวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งมีค่าความตรงตามเนื้อหา 0.80-1.00 2) แบบสอบถามเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หาค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ 0.86 3) แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.78 และ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมลดความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง หาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.83 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ) chi-square test, wilcoxon signed-rank test และ mann whitney u test

ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองผู้กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง มีค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยง สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองดียิ่งขึ้น จึงส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โรคหลอดเลือดสมอง

เลขที่จริยธรรมการวิจัย HE672079 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

วันที่รับบทความ 13 กุมภาพันธ์ 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 23 เมษายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 19 พฤษภาคม 2568

*นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ประพันธ์บรรณกิจ
อีเมล kittipoom@kku.ac.th

The effect of a health belief model application program on stroke prevention in high risk groups at Phimai District, Nakhon Ratchasima Province

Natchaleeya Champutsa B.N.S.* Kittiphoom Phinyo Ph.D.**

Abstract

This research aimed to study the effects of a health belief model application program on stroke prevention in high-risk groups in patients with diabetes and comorbidities such as hypertension or dyslipidaemia, who were receiving services at NCDs (non-communicable diseases) clinic in subdistrict health promoting hospitals in Phimai District, Nakhon Ratchasima Province. A total of 40 participants were recruited and divided into an experimental group and a control group, with 20 participants in each. All participants were able to use mobile phones and the LINE application, had good awareness, able to communicate effectively. The experimental group was drawn from Bancuem Subdistrict Health Promoting Hospital, while the control group was from Makarawe Subdistrict Health Promoting Hospital.

The research tool was a health belief model application program on stroke prevention in high risk groups. The experimental group received knowledge enhancement and perception reinforcement through the LINE application over an 8 - week period. Data collection instruments included: 1) a demographic data questionnaire, which has a content validity of 0.80-1.00; 2) a stroke knowledge questionnaire, with a reliability value of 0.86 using the Kuder-Richardson 20 method; 3) a stroke perception questionnaire, with a reliability value of Cronbach's alpha coefficient 0.78; and 4) a stroke risk reduction behavior questionnaire, with a reliability value of Cronbach's alpha coefficient 0.83, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean, standard deviation; chi-square test, wilcoxon signed-rank test, and mann-whitney u test.

The results showed that, after the intervention, the experimental group demonstrated significantly higher posttest scores in stroke knowledge, stroke-related perceptions, including perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits of prevention, perceived barriers to preventive behaviors, and self-efficacy in performing preventive behaviors, and stroke prevention behaviors compared to their pretest scores and to the control group. These differences were at statistically significant level of 0.05. Therefore, the health belief model application program effectively could promote better stroke knowledge and perception in stroke-risk patients, resulting in appropriate stroke prevention behaviors.

keywords: stroke risk group; stroke prevention; health belief model; stroke

Ethical approval: HE672079, Plagiarism checked, 3 Reviewers.

Received 13 February 2025 Revised 23 April 2025 Accepted 19 May 2025

*A student of the master of nursing science program in community nurse practitioner,
Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author,
E-mail: kittiphoom@kku.ac.th

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง หรือเรียกกันทั่วไปว่า “อัมพฤกษ์อัมพาต” ในวัยกลางคน มักมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดตีบอุดตัน มีอาการแสดงเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีและหลอดเลือดแตกมีเลือดออกในสมอง เป็นเหตุให้มีอาการทางระบบประสาทและเกิดภาวะอัมพฤกษ์อัมพาตหรือเสียชีวิตได้ จากรายงานองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก ปี 2566 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 101 ล้านคน ผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน และผู้เสียชีวิต 6.5 ล้านคน พบว่า 16% ของจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก คือ ผู้ที่มีอายุ 15-49 ปี และส่วนใหญ่ มีอายุน้อยกว่า 70 ปี¹ ซึ่งผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี เรียกว่า โรคหลอดเลือดสมองในคนอายุน้อย² รายงานจากฐานข้อมูลสุขภาพ health data center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ปี 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ 349,126 คน ผู้เสียชีวิต 36,214 คน ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มสูงขึ้นในประชากรเพศชายอายุ 30-39 ปี และเพศหญิงอายุ 40-49 ปี³ แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ แต่ก็พบอุบัติการณ์ โรคหลอดเลือดสมองในวัยกลางคนหรือช่วงวัย 35-59 ปี เพิ่มขึ้น มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผลกระทบภายหลังรักษาโรคหลอดเลือดสมอง มี 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับบุคคล สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลง เช่น พิกการ แขนขาอ่อนแรง ปวดตื้อตึง ด้านจิตใจเกิดความเครียด หรือภาวะซึมเศร้า 2) ระดับครอบครัว มีภาระและค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยตื้อตึง 24 ชั่วโมง และ 3) ระดับสังคม ผู้ป่วยไม่สามารถฟื้นฟูได้ ทำให้เป็นอัมพาตหรือพิการไม่ได้ประกอบอาชีพ สังคมดูแลผู้ป่วยระยะยาวเพิ่มภาระในการรักษาและฟื้นฟู ประเทศพัฒนาล่าช้าเพราะขาดบุคลากร⁴

ประชากรวัยทำงานเป็นกำลังหลักในการหารายได้เพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัว และวัยอื่น ๆ ที่มีภาวะพึ่งพิงสุขภาพที่ดี จึงเป็นสิ่งที่สำคัญแต่การทำงานในปัจจุบันสร้างความเหนื่อยล้าและความเครียดสูง ส่งผลให้ละเลยการดูแลตนเอง เช่น พักผ่อนไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่และดื่มสุรามากขึ้น รับประทานอาหารไม่เหมาะสม ขาดการจัดการความเครียด พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ล้วนเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง และหัวใจ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี⁵ การประเมินและค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแนวทางที่ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยระบุความเสี่ยงที่เฉพาะเจาะจง³ ประเมินจากปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง อายุ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหาร สูบบุหรี่/ยาเส้น ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด⁶

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า โรคหลอดเลือดสมองป้องกันได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากการให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้จะช่วยส่งเสริมให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดียิ่งขึ้น ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเชื่อว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคได้ ก็ต่อเมื่อมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคและรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้จะผลักดันให้หลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยเลือกวิถีปฏิบัติที่ดีที่สุด จากการเปรียบเทียบประโยชน์กับผลเสียที่จะได้รับ⁷ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จึงถูกนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น

จากการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มเสี่ยงสูงในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยบง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ศึกษาในกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ในการกระตุ้นการเรียนรู้ และเอกสารคู่มือโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับประชาชนเป็นสื่อที่เป็นตัวอักษรและภาพสามารถพกติดตัวได้ เมื่อสงสัยหรือลืมสามารถนำมาดูบทวนและอ่านเพิ่มเติมได้⁸ การศึกษาโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ การศึกษานี้ มีข้อเสนอแนะ

ให้ศึกษาเรื่อง การบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มเติม และวางแผนการเดินทางสำหรับผู้เข้าร่วมโปรแกรมเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นระหว่างการเดินทางด้วย⁹ และการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การศึกษาครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะให้ใช้การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเพื่อกระตุ้นเตือนให้ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและอาจติดตามเยี่ยมด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น การส่งข้อความในไลน์หรือการใช้ประโยชน์จากสื่อสังคม เป็นการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีต่อไปได้ และควรศึกษาผลของโปรแกรมฯ ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่กลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคไต เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น¹⁰

โรคหลอดเลือดสมองในอำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา ปี 2566 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 797 คน และผู้เสียชีวิต 40 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) ตำบลบ้านซิม ตำบลสัมฤทธิ์ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 5 ปีย้อนหลัง 61 คน พบผู้ป่วยรายใหม่ 13 คน ผู้เสียชีวิต 2 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่าระเว ตำบลธารละหลอด มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 5 ปีย้อนหลัง 44 คน ผู้ป่วยรายใหม่ 10 คน ผู้เสียชีวิต 1 คน ระยะทาง 7 กิโลเมตร มีลักษณะชุมชนและการประกอบอาชีพของประชากรคล้ายคลึงกัน ให้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง เรียกว่า “NCD mobile” ร่วมกับโรงพยาบาลพิมาย ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เภสัชกร นักโภชนาการ และพยาบาลวิชาชีพ

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา มีการนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาพัฒนาเป็นโปรแกรมเพื่อลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง มีหลายรูปแบบแต่การให้ความรู้และการสื่อสารโดยใช้แพลตฟอร์มออนไลน์มีน้อยและไม่เหมาะกับกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในวัยทำงาน ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพและปฏิบัติงานในชุมชน จึงสนใจนำแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพมาพัฒนาเป็นโปรแกรมเพื่อลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการส่งเสริมความรู้และการรับรู้โดยใช้ข้อความ รูปภาพ และสื่อวิทัศน์ในการสอน โปรแกรมและกิจกรรมที่มีความสอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 35-59 ปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน จึงมีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมหรือรูปแบบการจัดโปรแกรมจากการศึกษาที่ผ่านมา ร่วมกับการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้แก่ประชาชนในพื้นที่ และสามารถนำโปรแกรมหาดังกล่าวนี้ เผยแพร่และนำไปใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

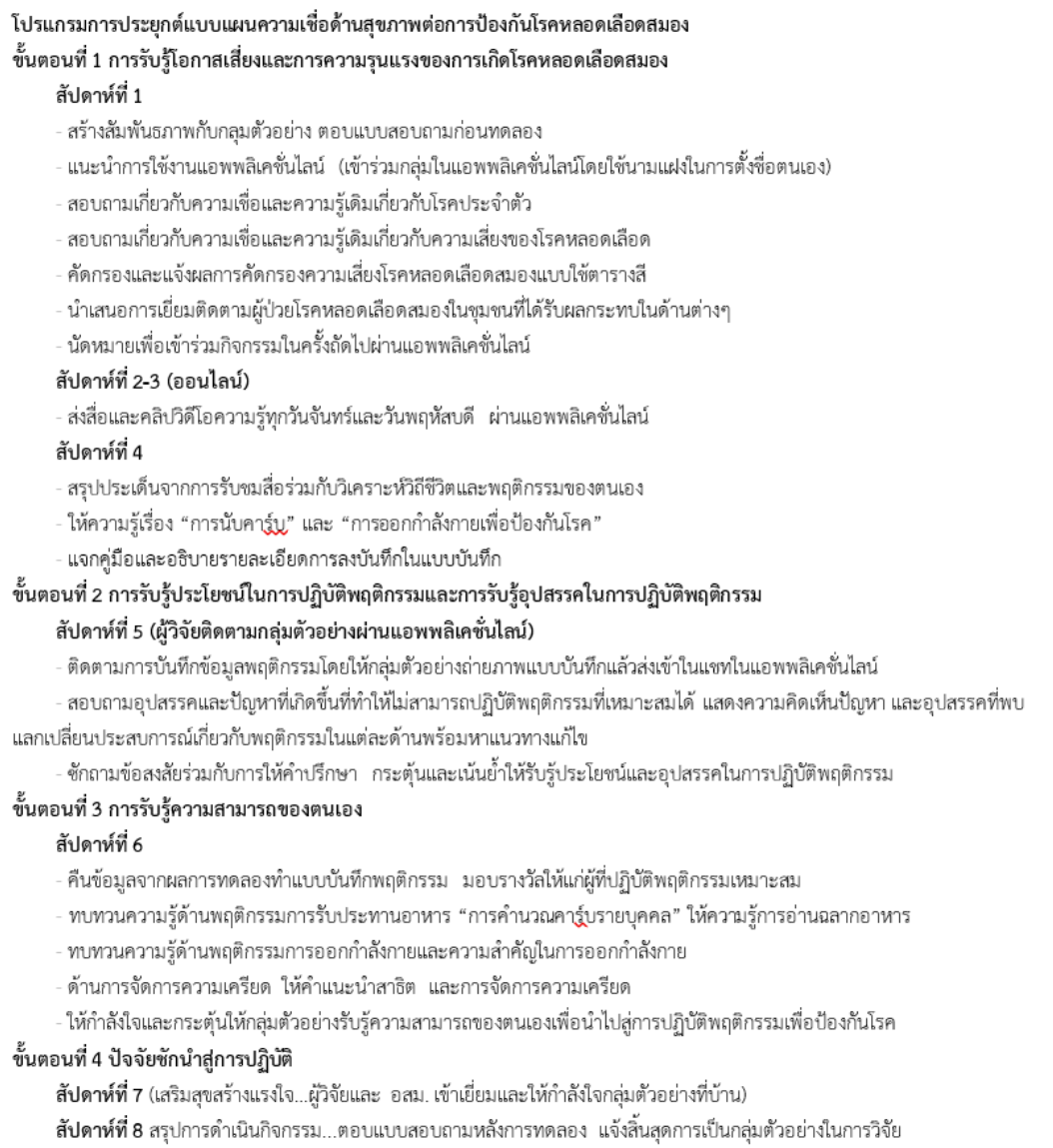
1. เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลอง
2. หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการจัดโปรแกรม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การรับรู้ทั้ง 5 ด้าน และปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ



หลังการทดลอง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
3. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง
4. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
5. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
6. การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง 40 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน เก็บข้อมูล 2 ครั้ง ก่อนและหลังทดลองทั้งสองกลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง หรือ ภาวะไขมันในเลือดสูง อายุ 35-59 ปี เพศชายและหญิง รับบริการคลินิกโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซิม ตำบลสัมฤทธิ์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่าระเว ตำบลธารละหลอด อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา จำนวนทั้งหมด 629 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่เฉพาะเจาะจง โดยเกณฑ์คัดเข้า คือ ใช้โทรศัพท์มือถือและแอปพลิเคชันไลน์ได้ มีที่อยู่แน่นอน เต็มใจเข้าร่วมโครงการวิจัย มีสติสัมปชัญญะดี และเกณฑ์คัดออก คือ มีภาวะแทรกซ้อนด้านสุขภาพ เช่น มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระดับ 4 ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองหรือหัวใจและตั้งครรรภ์ เกณฑ์ถอนตัว ปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรม ย้ายที่อยู่ และเสียชีวิต ผู้รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซิมเป็นกลุ่มทดลอง และผู้รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่าระเว เป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ใช้วิธีจับคู่ตัวแปรสำคัญและควบคุมให้มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน ได้แก่ เพศ และช่วงอายุ

ขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1 โดยใช้ค่าอิทธิพลจากผลการศึกษาของ เตือนจิตร แชร้ง ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพภาพ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ใช้ค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 1.44 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 28 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 30 ดังนั้น ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงผู้วิจัยจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ รูปแบบของโปรแกรมจัดกิจกรรมให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความสามารถของตนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

สัปดาห์ที่ 1

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามก่อนทดลอง

กิจกรรมที่ 2 แนะนำการใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ ใช้นามแฝงในการตั้งชื่อตนเอง

กิจกรรมที่ 3 สอบถามเกี่ยวกับความเชื่อและความรู้เดิมเกี่ยวกับโรคประจำตัว

กิจกรรมที่ 4 สอบถามเกี่ยวกับความเชื่อและความรู้เดิมเกี่ยวกับความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรมที่ 5 คัดกรองและแจ้งผลการคัดกรองความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง แบบใช้ตารางสี

นำเสนอการเฝ้าติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่ได้รับผลกระทบในด้านต่าง ๆ และนัดหมาย เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งถัดไปผ่านแอปพลิเคชันไลน์

สัปดาห์ที่ 2-3 (ออนไลน์)

กิจกรรมที่ 6 ส่งสื่อและคลิปวิดีโอความรู้ทุกวันจันทร์และวันพฤหัสบดี ผ่านแอปพลิเคชันไลน์

สัปดาห์ที่ 4

กิจกรรมที่ 7 สรุปประเด็นจากการรับชมสื่อร่วมกับวิเคราะห์วิถีชีวิตและพฤติกรรมของตนเองให้ ความรู้เรื่อง “การนั้บคาร์บ” และ “การออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรค” และแจกคู่มือและอธิบายรายละเอียด การลงบันทึกในแบบบันทึก

ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมและการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ พฤติกรรม

สัปดาห์ที่ 5 (ผู้วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างผ่านแอปพลิเคชันไลน์)

กิจกรรมที่ 8 ติดตามการบันทึกข้อมูลพฤติกรรม โดยให้กลุ่มตัวอย่างถ่ายภาพแบบบันทึก แล้วส่ง เข้าในแชทในแอปพลิเคชันไลน์ สอบถามอุปสรรคและปัญหาที่เกิดขึ้นที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรม ที่ได้ร่วมแสดงความคิดเห็นปัญหา และอุปสรรคที่พบ แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมในแต่ละด้าน พร้อมหาแนวทางแก้ไข และซักถามข้อสงสัยร่วมกับการให้คำปรึกษา กระตุ้นและเน้นย้ำให้รับรู้ประโยชน์และ อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง

สัปดาห์ที่ 6

กิจกรรมที่ 9 คืบข้อมูลจากผลการทดลองทำแบบบันทึกพฤติกรรม มอบรางวัลให้แก่ผู้ที่ปฏิบัติ พฤติกรรมเหมาะสม ทบทวนความรู้ “การคำนวณคาร์บรายบุคคล” ให้ความรู้การอ่านฉลากอาหาร ทบทวน ความรู้ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกายและความสำคัญในการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด ให้คำแนะนำสาธิต และการจัดการความเครียด ส่วนสุดท้ายให้กำลังใจและกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ ความสามารถของตนเองเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค

ขั้นตอนที่ 4 ปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 7

กิจกรรมที่ 10 ผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้าเยี่ยมและให้กำลังใจกลุ่ม ตัวอย่างที่บ้าน พูดคุย ซักถามปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำที่ผ่าน มา แนะนำวิธีการแก้ไขพร้อมทั้งให้ความรู้และคำปรึกษา แนะนำการปฏิบัติพฤติกรรมร่วมกับการพูดชมเชยให้ กำลังใจ

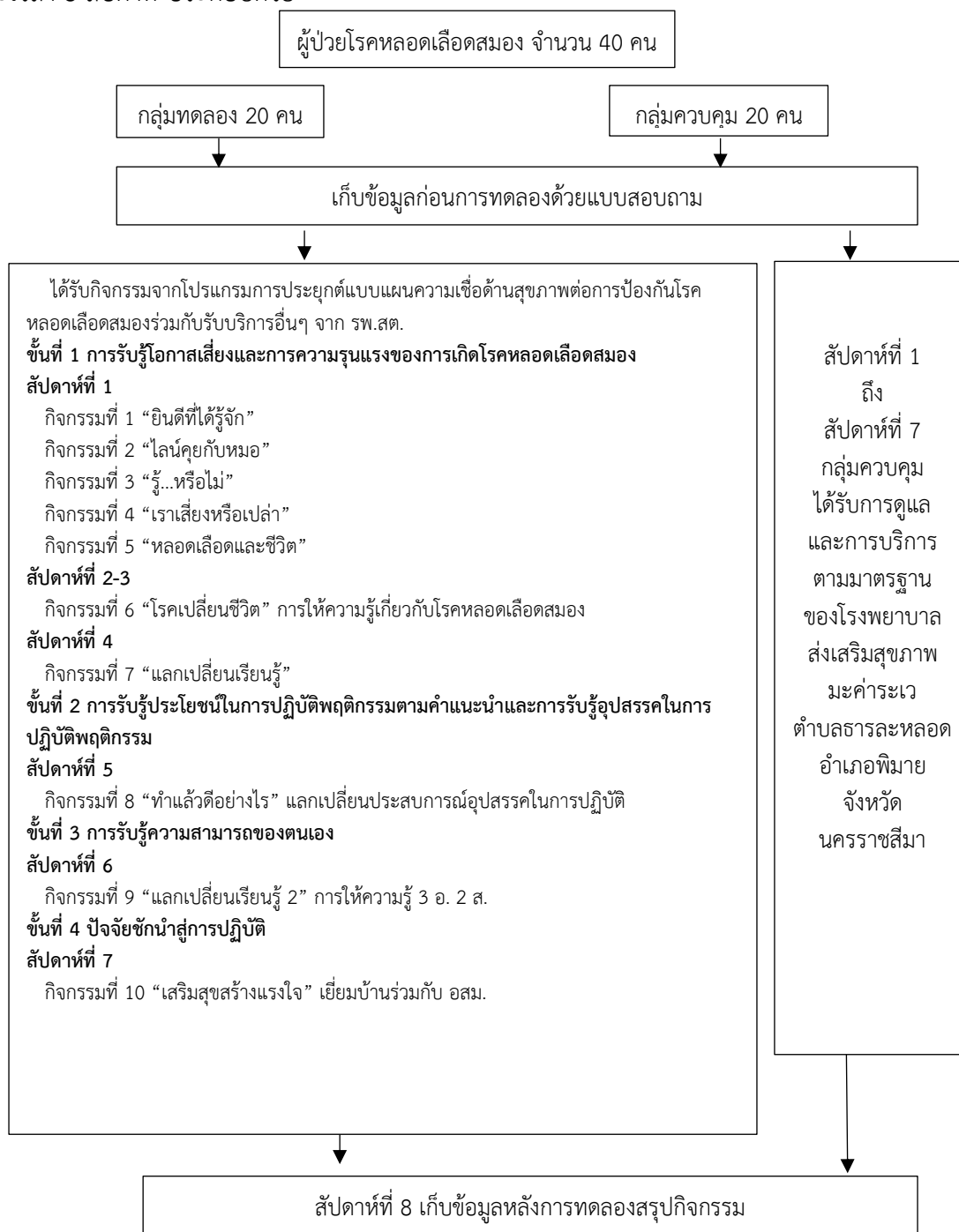
สัปดาห์ที่ 8

กิจกรรมที่ 11 สรุปคะแนนและมอบรางวัลให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมเหมาะสม กล่าวชมเชยและให้กำลังใจ พร้อมกระตุ้นเตือนการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เน้นข้อดีของปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม หลังการทดลอง พร้อมทั้งแจ้งสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ประยุกต์มาจากแบบสอบถามของ กรรณิการ์ เงินดี¹¹ และขจรพรรณ คงวิวัฒน์¹² ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง รพ.พิมาย และ NCD mobile พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ รพ.สต. และอาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปค่าดัชนี ความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อ มีค่าเท่ากับ 0.80-1.00 2) แบบสอบถามเรื่องความรู้เกี่ยวกับ

โรคหลอดเลือดสมอง ค่าความเชื่อมั่นใช้วิธี KR-20 เท่ากับ 0.86 3) แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมลดความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงมีค่าความเชื่อมั่น ใช้วิธีของครอนบาคคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.78 และ 0.83 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะทดลอง และระยะหลังการทดลอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลและเตรียมดำเนินกิจกรรม โดยใช้โปรแกรมและทำการเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย



ภาพที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยได้จัดทำโปรแกรมและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดำเนินการขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ประเภทโครงการวิจัยทดลองทางคลินิก เลขที่ HE672079 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น รับรอง ณ วันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2567 หมดอายุวันที่ 5 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 และขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยและติดต่อประสานบุคลากรในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซิม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่าระเว เตรียมการประสานผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ช่วยเก็บข้อมูล อาสาสมัครสาธารณสุขทิมสหวีชาชีพ พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 2 แห่ง เพื่อดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและตัวแปรสำคัญ ได้แก่ เพศ และช่วงอายุ แห่งละ 20 คน หลังจากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองจากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยแบบสอบถามประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลสัมฤทธิ์ อำเภอนิคมพัฒนา จังหวัดนครราชสีมา

2) ระยะทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มทดลอง โดยใช้โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลและการบริการตามมาตรฐานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่าระเว ตำบลธารละหลอด อำเภอนิคมพัฒนา จังหวัดนครราชสีมา

3) ระยะหลังการทดลอง มีการดำเนินการในกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ กลุ่มทดลอง ประเมินผลการใช้โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากการตอบแบบสอบถาม และการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกกิจกรรมจัดกิจกรรม สรุปการเรียนรู้วิเคราะห์และสะท้อนผลการดูแลตนเอง เสริมแรงใจให้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยการมอบรางวัลเยี่ยมให้กำลังใจที่บ้าน โดยผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุขและกล่าวคำชื่นชมให้กำลังใจเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม กล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองและบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซิม ในกลุ่มควบคุมประเมินผลการใช้โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จากการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยสรุปผลและให้ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และกล่าวขอบคุณกลุ่มควบคุมและบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่าระเว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์และสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติ chi-square test

ส่วนที่ 2 ความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและหลังทดลอง ใช้สถิติ wilcoxon signed-rank test

ส่วนที่ 3 ความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลอง ใช้สถิติ mann-whitney u test

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ใบรับรองเลขที่ HE672079 รับรอง ณ วันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2567 ภายหลังได้รับการรับรองและได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษากิจการประโยชน์ของการศึกษา และขอคำยินยอมก่อนการเข้าร่วมศึกษาใช้คำพูดละเอียดคำที่แสดงถึงความเคารพ และรักษาความลับป้องกันการเข้าถึงข้อมูล เผยข้อมูลแบบภาพรวมมีการแจ้งการนัดหมายกิจกรรมล่วงหน้า อาหารว่างและเครื่องดื่มให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ไม่มีการแบ่งแยกหรือเลือกปฏิบัติตามฐานะทางสังคมเศรษฐกิจ

ผลการวิจัย

การวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง ผลการศึกษา แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. เพศ					
ชาย	4	20.00	4	20.00	1.000
หญิง	16	80.00	16	80.00	
2. อายุ					
40 – 49 ปี	9	45.00	9	45.00	1.000
50 – 59 ปี	11	55.00	11	55.00	
3. สถานภาพสมรส					
โสด	4	20.00	4	20.00	0.1441
คู่	16	80.00	14	70.00	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	0	0.00	2	10.00	
4. ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	7	35.00	11	55.00	0.0270
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	20.00	6	30.00	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	7	35.00	3	15.00	
อนุปริญญา/ปวส.	2	10.00			
5. อาชีพ					
เกษตรกร	10	50.00	12	60.00	0.1329
รับจ้างทั่วไป	6	30.00	7	35.00	
พนักงานบริษัทเอกชน	1	5.00	0	0.00	
ค้าขาย	3	15.00	1	5.00	
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน					
ไม่เกิน 5,000 บาท	5	25.00	11	55.00	0.0037
5,001-10,000 บาท	9	45.00	6	30.00	
10,001-15,000 บาท	6	30.00	1	5.00	
15,001-20,000 บาท	0	0.00	1	5.00	
25,001-30,000 บาท	0	0.00	1	5.00	

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
7. พฤติกรรมการสูบบุหรี่และยาเส้น					
สูบ	0	0.00	2	10.00	0.1468
ไม่สูบ	20	100.00	18	90.00	
8. พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					
ดื่ม	3	15.00	4	20.00	0.6773
ไม่ดื่ม	17	85.00	16	80.00	
9. โรคประจำตัว					
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	13	65.00	10	50.00	0.3148
โรคเบาหวานและไขมันในเลือด	1	5.00	2	10.00	
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือด	6	30.00	8	40.00	
ไม่มี					
10. ดัชนีมวลกาย					
ต่ำกว่า 18.5 กก./ม ²	0	0.00	2	10.00	0.0022
18.5 - 22.9 กก./ม ²	4	20.00	4	20.00	
23.0 - 24.9 กก./ม ²	1	5.00	7	35.00	
มากกว่า 25.0 กก./ม ² ขึ้นไป	15	75.00	7	35.00	

*p-value<0.05

จากตารางที่ 1 การพิจารณาและเปรียบเทียบลักษณะต่าง ๆ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากข้อมูลทั่วไป ทดสอบโดยสถิติ chi-square test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะทั่วไปส่วนใหญ่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การสูบบุหรี่และยาเส้น การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และโรคประจำตัวไม่แตกต่างกัน และพบว่า มีข้อมูลบางส่วนแตกต่างกัน ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน และดัชนีมวลกาย

ส่วนที่ 2 ความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังทดลอง

เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ทดสอบการแจกแจงข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ใช้สถิติ wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมีความแปรปรวน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังทดลอง (n=20)

โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง	ก่อนการ ทดลอง		ระดับ	หลังการ ทดลอง		ระดับ	Z	P- value
	$\bar{X}$	SD		$\bar{X}$	SD			
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	7.55	0.92	ปานกลาง	8.95	1.50	สูง	2.81	0.004
2. การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	2.23	0.35	ปานกลาง	2.38	0.48	สูง	3.18	0.001
3. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.46	0.31	สูง	2.59	0.28	สูง	3.91	0.000

*p-value<0.05

เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทดสอบการแจกแจงข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ใช้สถิติ wilcoxon signed-rank test พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองและก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (n=20)

โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง	ก่อนการ ทดลอง		ระดับ	หลังการ ทดลอง		ระดับ	Z	P- value
	$\bar{X}$	SD		$\bar{X}$	SD			
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	7.80	1.36	ปานกลาง	7.55	1.50	ปานกลาง	0.82	0.425
2. การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	2.21	0.33	ปานกลาง	2.21	0.21	ปานกลาง	0.00	0.992
3. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.46	0.17	สูง	2.41	0.11	สูง	1.27	0.200

*p-value<0.05

ส่วนที่ 3 ความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลอง

เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับไม่ได้รับโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทดสอบการแจกแจงข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ ใช้สถิติ mann-whitney u test พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง (n=20)

โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง	กลุ่มทดลอง		ระดับ	กลุ่มควบคุม		ระดับ	Z	P-value
	$\bar{X}$	SD		$\bar{X}$	SD			
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	8.95	0.94	สูง	7.55	1.53	ปาน กลาง	3.17	0.002
2. การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง	2.50	0.23	สูง	2.10	0.20	ปาน กลาง	4.30	0.000
3. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิด โรคหลอดเลือดสมอง	2.80	0.22	สูง	2.08	0.19	ปาน กลาง	4.50	0.000
4. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง	2.51	0.39	สูง	2.17	0.45	สูง	2.74	0.006
5. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว เพื่อลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง	1.97	0.13	ปาน กลาง	1.85	0.32	ปาน กลาง	2.25	0.024
6. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการลด ความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง	2.69	0.30	สูง	2.31	0.32	สูง	3.66	0.000
7. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.58	0.29	สูง	2.41	0.11	สูง	2.24	0.024

*p-value<0.05

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง “ป้องกัน stroke โรคหลอดเลือดสมอง” และ “อาการ stroke โรคหลอดเลือดสมอง” การใช้สื่อวีดิทัศน์ในการสอนนับเป็นสื่อประเภทหนึ่งที่สะดวกและมีศักยภาพในการถ่ายทอดความรู้ ช่วยเพิ่มความเข้าใจนำไปสู่การปฏิบัติได้¹³ เปิดชมซ้ำได้ตามที่ต้องการไม่ต้องเสียเวลาในการงานทำงาน และการใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นช่องทางให้ความรู้ช่วยให้ผู้วิจัยกับกลุ่มทดลองได้สื่อสารกันตลอดการเข้าร่วมโปรแกรมจากการใช้ข้อความ รูปภาพ และสื่อ การสื่อสารที่รวดเร็วทันช่วยกระตุ้นความสนใจและเสริมสร้างบรรยากาศการเรียนรู้และสร้างแรงจูงใจเพิ่มขึ้นด้วย¹⁴ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำระดับตำบล ได้แก่ คลินิกโรคเรื้อรังร่วมกับโรงพยาบาลพินายเรียกว่า “NCD mobile” ให้บริการเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว วัดความดันโลหิต ให้คำแนะนำด้านการรับประทานอาหาร โดยนักโภชนาการในรายที่ระดับน้ำตาลเกิน 140 mg% หรือ HbA1C=7 ขึ้นไป แต่บางครั้งนักโภชนาการไม่ได้ออกไปให้บริการ พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ให้ความรู้ระหว่างซักประวัติซึ่งมีเวลาจำกัด หรือผู้ป่วยบางรายทำความเข้าใจกับผู้ป่วยท่านอื่นด้วยกันแทน จึงทำให้กลุ่มควบคุมมีความรู้ต่ำกว่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของเสาวลักษณ์ ถาวรฤกษ์ และคณะ พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลอง มีระดับความรู้ในระดับสูงกว่าก่อนทดลอง เป็นผลมาจากการจัดกิจกรรมโดยใช้วีดิทัศน์เป็นสื่อในการกระตุ้นการเรียนรู้ทำให้จดจำและสนใจในสิ่งที่ได้ชมมากขึ้น และเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับโรคที่มีผลกับของตนเอง จึงทำให้เกิดความตั้งใจที่จะเรียนรู้ รวมถึงการจัดกิจกรรมทบทวนความรู้จากการฟังการบรรยายและดูวีดิทัศน์ ช่วยให้บรรยากาศการเรียนรู้ให้สนุกสนานมากยิ่งขึ้น¹⁵

การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยหลังทดลองรวมสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเชื่อว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคได้ต่อเมื่อมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค และรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ดังกล่าว จะผลักดันให้หลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรคโดยเลือกวิธีปฏิบัติที่ดีที่สุด เปรียบเทียบประโยชน์กับผลเสียที่จะได้รับ⁴ การจัดกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ การใช้สื่อวีดิทัศน์ และการสื่อสารที่รวดเร็ว มีการติดตามอย่างต่อเนื่องช่วยให้กลุ่มทดลองมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการป้องกันโรค เข้าใจการปฏิบัติตัวมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ป้องกันการเกิดโรคได้⁵ สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า หลังทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม⁹ และการศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการสนับสนุนของครอบครัวในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชนกลุ่มทดลองมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม⁶

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม จากการจัดกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์การป้องกันโรค รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ พฤติกรรมและรับรู้ความสามารถของตนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค เมื่อรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค และรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค โดยมีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ก็จะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคได้อย่างเหมาะสม¹⁰ เมื่อกลุ่มทดลองมีความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ ซึ่งพฤติกรรมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม¹⁰

ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาในครั้งต่อไปควรส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว เพื่อลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความสามารถในการลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงมากยิ่งขึ้น และควรศึกษาโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคในวัยทำงานที่ส่งผลกระทบในระยะยาว เช่น ภาวะอ้วนลงพุง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น และพัฒนารูปแบบสื่อเรื่องการรับประทาน อาหาร เช่น เมนูอาหารและจำนวนคาร์บของอาหารประจำท้องถิ่นเป็นสื่อที่สามารถพกพาได้

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ เพราะได้รับความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มตัวอย่าง เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซิม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะคาระเว ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย ตลอดจนอาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้คำแนะนำและแนวทางแก้ไข

References

1. World Stroke Organization. Global Stroke Fact Sheet 2022 [internet]. Switzerland: World Stroke Organization; 2023[cited 2023 Sep 18]. Available from: https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.pdf
2. Munkong M. Stroke in the young [internet]. Nakhon Pathom: Faculty of Physical Therapy, Mahidol University; 2025[cited 2025 March 30]. Available from: https://pt.mahidol.ac.th/ptcenter/knowledge-article/stroke_in_the_young/ (in Thai)
3. Papol A, Boonkaew N. Comparison of stroke risk assessment tools. EAU HERITAGE journal Science and technology. 2018;12(3):62-70. (in Thai)
4. Pitthayapong S. Situations, problems, and barriers of post-stroke care in the transitional period from hospital to home. Thai Red Cross Nursing Journal. 2018;11(2):26-39. (in Thai)
5. Nuansithong N, Phattharasirisomboon P, Thongsawang K, Phuchongchai T, Sukbua K, Proykoksong. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2024;18(2):406-18. (in Thai)
6. Nithinan S. Risk factors for stroke [Internet]. CVM stroke update;2025 [cited 2023 Sep 18]. Available from: <https://cimjournal.com/wp-content/uploads/2022/01/P027-028-Stroke-CVM82-2-9-59.pdf> (in Thai)
7. Promsukhan S, Nanthamongkolchai S, Yodmai K, Munsawaengsub C, Taechaboonsesak P. The effect of the family-supported stroke prevention program among high risk stroke elderly in community. Journal of Health and Nursing Research 2021;37:77-87. (in Thai)
8. Bunset P, Piyabanditkul L. Effectiveness of stroke prevention program for high risk group at Hoiyong Sub-district, Muang District, Chaiyaphum Province. Journal of Sakon Nakhon Hospital 2018;21:28-41. (in Thai)
9. Wichaiyo W, Chongsamak P, Chaitong S, Khotabutda S. The effect of the applying health belief model program of vascular disease preventive in patients with Hypertension and diabetes mellitus at Namon District Kalasin Province, research and development health system journal 2021;14:25-35. (in Thai)
10. Singco T, Changmai S, Toskulkao T. The effects of promoting perception of health beliefs program on stroke preventive behaviors and perceived benefit of sustained behaviors in elderly at risk. Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital 2020;16:42-60. (in Thai)

11. Ngerndee K. The effectiveness of health belief application program for stroke prevention behavior among hypertensive patients at Muang district, Phayao province [dissertation]. Phayao: University of Phayao;2020. (in Thai)
12. Kongvivat K, Lemsawasdikul W, Nuysri M. Effects of preventive behavior developing program for patients with cerebrovascular disease risk at Kanchanaburi Province. *Journal of Nursing and Health Care* 2017;35(3):129-37. (in Thai)
13. Uthissampankul A. Development and effect of video-based education to knowledge and skill in hemiplegia stroke patient for caregivers. *Medical journal of Sisaket Surin Buriram Hospitals* 2022;37:77-89. (in Thai)
14. Tathong B, Sritarapipat B, Kaewkhieo B. Effect of teaching method for using LINE application based-learning on learning outcomes and satisfaction of the student nurses in nursing care of persons with health problems I Course of Boromarajonani College of Nursing Chai Nat. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal* 2019;11:155-68. (in Thai)
15. Thavornkit S. Effectiveness of health education program by applying health belief model on health behavior change in stroke risk. [internet]. [cited 2025 March 30]. Available from: <https://www.trathospital.go.th>

การพัฒนาต้นแบบแอปพลิเคชันการจัดการคิวสำหรับห้องตรวจผู้ป่วยนอก*

สุดอนอม กมลเลิศ วท.ม.** รัชมี ภาวะพินิจ พย.ม.*** ภาสกร เงามาม พย.ม.**
บุษบา บุญกระโทก พย.ม.** เตือนใจ พิทยาวัฒน์ชัย พย.ม.** โฉมพิไล นันทรักษา พย.ม.**

บทคัดย่อ

การบริหารจัดการคิวในโรงพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการให้บริการและระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ การนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการจัดการคิวสามารถช่วยลดระยะเวลารอคอยและเพิ่มความคล่องตัวในการดำเนินงานของระบบบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยเชิงพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาต้นแบบแอปพลิเคชันคิว สำหรับห้องตรวจผู้ป่วยนอก ตลอดจนประเมินประสิทธิภาพและความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่อการใช้งานต้นแบบแอปพลิเคชันดังกล่าว ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม-ตุลาคม พ.ศ. 2567 โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนพัฒนา 2) ระยะพัฒนา และ 3) ระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 10 ราย โดยเลือกแบบเจาะจง และผู้รับบริการ จำนวน 392 ราย จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้ระบบคิวแบบเดิมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกผลการประชุม และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นต้นแบบแอปพลิเคชันคิวของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบคิวแบบเดิมของผู้ให้บริการ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบคิวแบบเดิมของผู้รับบริการ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นต้นแบบแอปพลิเคชันระบบคิวของผู้ให้บริการ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นต้นแบบแอปพลิเคชันระบบคิวของผู้รับบริการ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.83, 0.87, 0.88 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติพรรณนาหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า ต้นแบบแอปพลิเคชันคิว สำหรับห้องตรวจผู้ป่วยนอกเป็นระบบออนไลน์ที่พัฒนาขึ้น เพื่อเพิ่มความสะดวกแก่ผู้รับบริการในการลงทะเบียนรับคิวผ่านเว็บไซต์ พร้อม QR code สำหรับติดตามสถานะคิวแบบเรียลไทม์ และรับการแจ้งเตือนผ่าน LINE หรือ SMS ขณะเดียวกัน ผู้ให้บริการสามารถจัดการคิวผ่านแดชบอร์ดที่ใช้งานง่าย มีระบบแสดงหมายเลข สี และเสียงเรียกอัตโนมัติ ผลการวิเคราะห์พบว่าระยะเวลารอคอยเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบกับระบบคิวแบบเดิม และความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการคิวเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระดับความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.48 \pm 0.60$ และ 4.46 ± 0.70 ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาเพิ่มระบบจองคิวออนไลน์เพื่อให้ผู้รับบริการจองคิวได้ด้วยตนเองและตามเวลาที่ต้องการ

คำสำคัญ: การบริหารจัดการคิว คิวดิจิทัล ความพึงพอใจ เวลารอคอย ห้องตรวจผู้ป่วยนอก

เลขที่จริยธรรมการวิจัย HE671221 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน
วันที่รับบทความ 19 กุมภาพันธ์ 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 18 เมษายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 24 เมษายน 2568

*ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากโครงการวิจัยสถาบัน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี 2567

**พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ประพันธ์บรรณกิจ

อีเมล ruspha@kku.ac.th

The development of queue application prototype for clients at outpatient clinics*

Sudthanom Kamollerd M.Sc.** Russamee Phavaphinit M.N.S.*** Pasakorn Ngoangam M.N.S.**
Bhussaba Bungrathok M.N.S.** Thurnjai Pitayavatanachai M.N.S.** Chompilai Nantharuksa M.N.S.**

Abstract

Queue management in hospitals is a key factor affecting service efficiency and patient satisfaction. The application of technology in queue management can effectively reduce waiting times and enhance the operational agility of the service system. This developmental research aimed to develop a prototype queue application for outpatient clinics and to evaluate the efficiency and satisfaction of both service providers and recipients regarding the use of this prototype application. The study was conducted from January to October 2024, divided into three phases: 1) Pre-development phase, 2) Development phase, and 3) Evaluation phase. The sample group consisted of 10 rehabilitation clinic staff, selected purposively, and 392 service recipients, selected through simple random sampling.

The research tools included a questionnaire on satisfaction with the use of the traditional queue system for service providers and recipients, in-depth interview guides, meeting minutes, and a questionnaire on satisfaction with the use of the prototype queue application for service providers and recipients. These tools were content validated by three experts. The reliability test of the questionnaire on satisfaction with the use of the traditional queue system for service providers, the questionnaire on satisfaction with the use of the traditional queue system for recipients, the questionnaire on satisfaction with the use of the prototype queue application for service providers, and the questionnaire on satisfaction with the use of the prototype queue application for recipients yielded Cronbach's alpha coefficients of 0.83, 0.87, 0.88, and 0.80, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The research findings revealed that a prototype queue management application for outpatient clinics was an online system developed to facilitate service recipients by registering for queues via a website. It included a QR code for real-time queue status tracking and receives notifications via LINE or SMS. Meanwhile, service providers could manage queues through a user-friendly dashboard, which displays numbers, colors, and automatic voice announcements. The study found a statistically significant reduction in the average waiting time compared to the traditional system ($p<.05$), and a statistically significant increase in service provider perceptions of queue management efficiency ($p<.05$). Satisfaction among service providers and service recipients were at a high levels ($\bar{X}=4.48\pm0.60$ and 4.46 ± 0.70 , respectively).

Recommendations: An online queue booking system should be developed to allow service recipients to book queues independently at their preferred times.

keywords: queue management; digital queue; satisfaction; waiting time; outpatient clinic

Ethical approval: HE671221, Plagiarism checked, 2 Reviewers.

Received 19 February 2025, Revised 18 April 2025, Accepted 24 April 2025

*Research was funded by Routine to Research (R2R) KKU, 2024.

**Registered nurse, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

***Registered nurse, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Corresponding author,
E-mail: ruspha@kku.ac.th

บทนำ

นโยบายการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมเข้ามาประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดูแลสุขภาพ (smart healthcare) ของกระทรวงสาธารณสุข มุ่งพัฒนาความเป็นเลิศด้านบริการสุขภาพ โดยนำเทคโนโลยีมาใช้จัดเก็บ วิเคราะห์ และประมวลผลข้อมูล เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการและการปฏิบัติงาน ลดความเสี่ยงจากความผิดพลาด อีกทั้ง ยังนำระบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-health) มาใช้ในการนัดหมาย จัดคิว และเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เพื่อลดความแออัด ลดการรอคอย เพิ่มความปลอดภัย และความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป้าหมายคือการพัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ¹

งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ประกอบด้วย 5 หน่วยผู้ป่วยนอก และ 24 ห้องตรวจ ให้บริการเฉลี่ย 4,013 รายต่อวัน² ซึ่งในแต่ละวันพบปัญหาความแออัดที่ส่งผลกระทบต่อความสะดวกสบายของผู้รับบริการ ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ ทำให้มีข้อร้องเรียน/ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับคิวตรวจและระยะเวลาการรอคอยมาก ถึง 220 รายการ³ จากความหลากหลายของผู้รับบริการที่ต้องรับการดูแลและบริบทเฉพาะของแต่ละห้องตรวจ ทำให้การจัดการคิวมีความซับซ้อนกว่าระบบทั่วไป ห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นหนึ่งในห้องตรวจที่มีความซับซ้อนสูง เนื่องจากให้บริการตรวจและรักษาผู้รับบริการเฉพาะทาง เช่น ผู้รับบริการบาดเจ็บไขสันหลัง ผู้รับบริการบาดเจ็บศีรษะ ผู้รับบริการโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู และผู้รับบริการพิการที่ต้องใช้กายอุปกรณ์ นอกจากนี้ ยังมีบริการตรวจพิเศษ เช่น การตรวจคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อและคลินิกตรวจเฉพาะทาง อีก 9 คลินิก กลุ่มผู้รับบริการที่มาใช้บริการต้องใช้ทั้งรถเข็นนั่งและนอน ต้องมีผู้ดูแล อย่างน้อย 1 คน พื้นที่ให้บริการที่จำกัดและสถานที่รอตรวจไม่เพียงพอ จึงทำให้เกิดความแออัดบริเวณห้องตรวจเต็มไปด้วยผู้รับบริการที่ต้องรอคิว และในหลายกรณีผู้รับบริการต้องรับบริการจากหลายคลินิกในเวลาเดียวกัน ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลว่า การเรียกคิวอาจไม่ครอบคลุมหรือเกิดการลัดคิว โดยไม่ได้ตั้งใจ สำหรับการให้คิวและเรียกคิวนั้น จะเรียกตามลำดับคิวก่อน - หลัง จากหมายเลขคิวที่ให้แก่ผู้รับบริการ จากสถานการณ์ดังกล่าว หากไม่มีการจัดวางระบบคิวที่เหมาะสม ย่อมส่งผลต่อการเกิดข้อร้องเรียนไม่พึงพอใจในเรื่องการให้บริการได้ เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวและสนับสนุนการพัฒนาระบบบริหารจัดการแผนกผู้ป่วยนอกอัจฉริยะ (smart OPD) รวมถึงการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกยังไม่มีมีการนำระบบสารสนเทศมาใช้ในการบริหารจัดการคิว จึงมีแนวคิดสร้างต้นแบบ (prototyping) ระบบคิวห้องตรวจผู้ป่วยนอกขึ้น โดยนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยบริหารจัดการคิว เพื่อประสิทธิภาพและคุณภาพการให้บริการมากยิ่งขึ้น ซึ่งคาดว่าจะสามารถลดระยะเวลาการรอคอย ลดความแออัด ผู้รับบริการบริหารจัดการเวลาได้อย่างเหมาะสม และมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น⁴⁻¹⁰

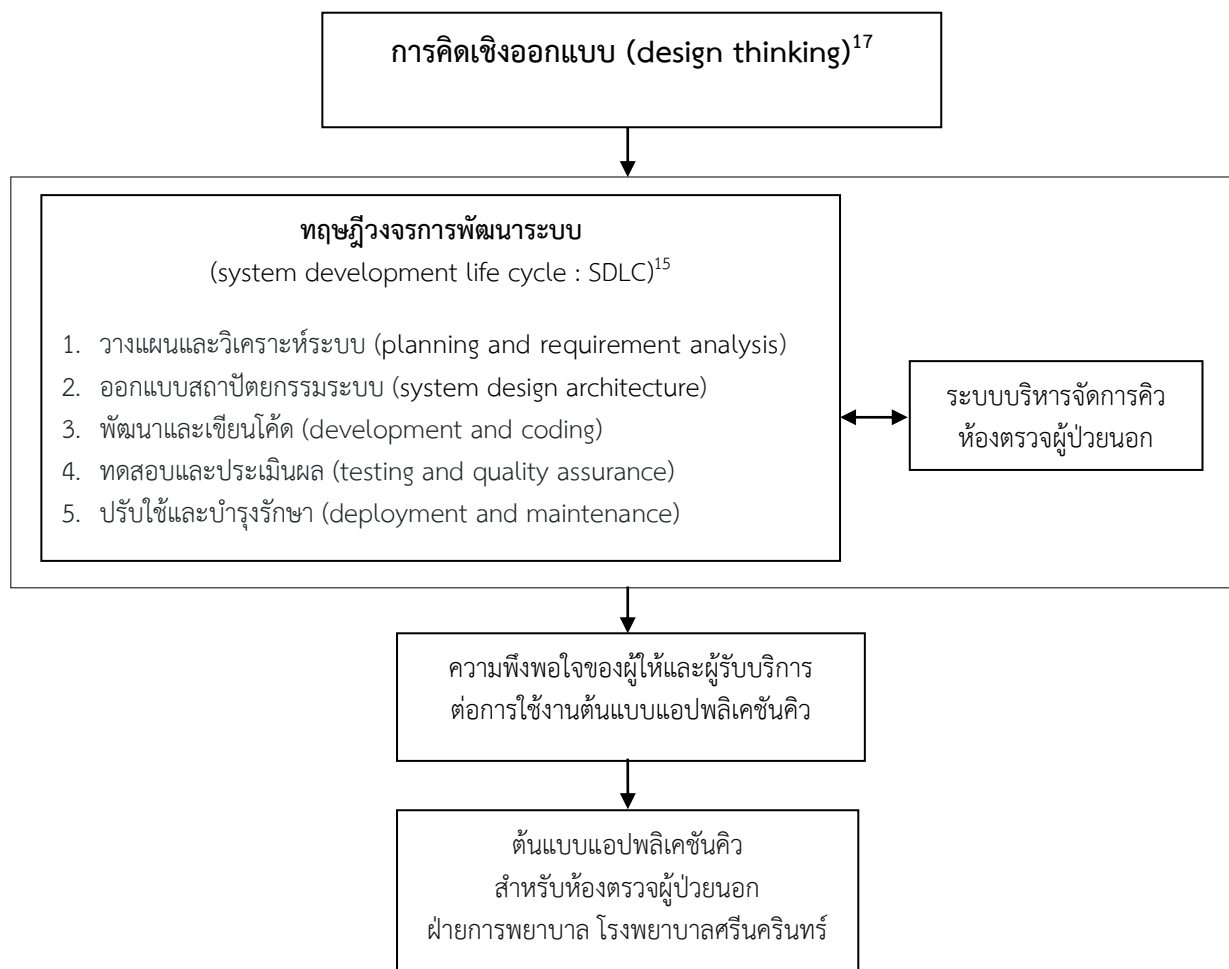
วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อพัฒนาต้นแบบแอปพลิเคชันคิวห้องตรวจผู้ป่วยนอก
- 2) เพื่อประเมินประสิทธิภาพและความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการ ต่อการใช้ต้นแบบแอปพลิเคชันคิวห้องตรวจผู้ป่วยนอก

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำเอาการคิดเชิงออกแบบ ซึ่งเป็นแนวคิดที่พัฒนาในปี ค.ศ. 1990 โดยบริษัทไอดีโอ (IDEO) ซึ่งมี David Kelly เป็นผู้ก่อตั้ง โดยเน้นมนุษย์เป็นศูนย์กลางและแนวคิดอื่น ๆ มาใช้ในการออกแบบผลิตภัณฑ์อยู่บนพื้นฐานของการเข้าใจผู้ใช้¹¹⁻¹² เป็นกระบวนการแก้ปัญหาที่มุ่งทำความเข้าใจปัญหาอย่างลึกซึ้ง โดยคำนึงถึงผู้ใช้และนำแนวคิดสร้างสรรค์จากมุมมองที่หลากหลายมาพัฒนาเป็นแนวทางแก้ปัญหา¹³ แนวคิดนี้ ถูกประยุกต์ใช้ในหลายด้าน เช่น ธุรกิจ

การศึกษา สังคม เศรษฐกิจ และด้านสุขภาพ เนื่องจากเป็นวิธีพัฒนานวัตกรรมหรือสิ่งประดิษฐ์ที่เน้นกระบวนการคิด เพื่อค้นหาวิธีที่ดีที่สุดในการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁴ การคิดเชิงออกแบบ 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ทำความเข้าใจปัญหา 2) การตีความปัญหา 3) การระดมความคิด 4) พัฒนาต้นแบบ 5) การทดสอบต้นแบบ ร่วมกับแนวคิดวงจรการพัฒนาระบบ SDLC¹⁵ และการบริหารจัดการระบบคอมพิวเตอร์ของผู้ป่วยนอก¹⁶ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (research and development) ตามขั้นตอนทฤษฎีวงจรการพัฒนาระบบ SDLC ของ Stair¹⁵ สถานที่ทำการวิจัย คือ ห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โดยศึกษาระหว่างเดือนมกราคม - ตุลาคม 2567

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนพัฒนาต้นแบบแอปพลิเคชันคิวสำหรับห้องตรวจผู้ป่วยนอก

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยได้ศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบคิวห้องตรวจผู้ป่วยนอก สำนวณสภาพการณ์ สภาพปัญหาของระบบคิวการให้บริการของห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟูงาน ระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม พ.ศ. 2567 โดยรวบรวมข้อมูลจาก 3 ส่วน ดังนี้

1. สัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ประจำห้องตรวจ จำนวน 7 คน ได้แก่ พยาบาล 3 คน ผู้ช่วยพยาบาล 3 คน พนักงานการแพทย์ 1 คน และผู้รับบริการ 10 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก
2. ศึกษารายงาน ในปี พ.ศ. 2566 ในระบบประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการ ผู้ป่วยนอก ฝ่ายการพยาบาล ประเด็นข้อเสนอแนะ/ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับห้องตรวจและระยะเวลารอคอยเฉลี่ย
3. ศึกษารายงานสถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ปี พ.ศ. 2565 จากรายงานประจำปีของหน่วยเวชสถิติ งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ผลจากการศึกษาที่ได้จากระยะนี้ จึงนำไปสู่ระยะดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 เก็บข้อมูลเบื้องต้นก่อนพัฒนาต้นแบบแอปพลิเคชันคิว ในเดือนมิถุนายน 2567 กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ให้บริการที่ห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 10 คน (พยาบาล 3 คน ผู้ช่วยพยาบาล 4 คน และพนักงานการแพทย์ 3 คน) และผู้รับบริการ จำนวน 392 คน โดยใช้แบบสอบถามเพื่อรวบรวมความคิดเห็นและความพึงพอใจต่อการใช้อยู่ระบบคิวแบบเดิม

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาต้นแบบแอปพลิเคชันคิว สำหรับห้องตรวจผู้ป่วยนอก ดำเนินการสนทนากลุ่มกับผู้ให้บริการ จำนวน 4 ครั้ง เป็นผู้ให้บริการที่ห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 10 คน (พยาบาล 3 คน ผู้ช่วยพยาบาล 4 คน และพนักงานการแพทย์ 3 คน) โดยเลือกทั้งหมด และใช้แบบรายงานการประชุมเป็นเครื่องมือ และพัฒนาระบบตามขั้นตอนของ SDLC

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลหลังทดลองใช้ต้นแบบแอปพลิเคชันคิว ทำการประเมินความพึงพอใจของทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยใช้แบบสอบถามเพื่อรวบรวมความคิดเห็นและความพึงพอใจต่อต้นแบบแอปพลิเคชันคิวสำหรับห้องตรวจผู้ป่วยนอก

1. สำหรับผู้รับบริการ ประเมินความพึงพอใจการใช้ต้นแบบแอปพลิเคชันคิว โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ หลังจากสิ้นสุดการรับบริการของห้องตรวจ (รับใบนัด/รับคำแนะนำจากพยาบาล)
2. สำหรับผู้ให้บริการ ประเมินความพึงพอใจการใช้ต้นแบบแอปพลิเคชันคิว โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้บริการ (google form) หลังจากทดลองใช้ระบบ 1 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 2: ระยะพัฒนาต้นแบบแอปพลิเคชันคิวสำหรับห้องตรวจผู้ป่วยนอก

ประชากร บุคลากรทุกระดับที่ปฏิบัติงานในห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู และผู้รับบริการที่เข้ารับบริการที่ห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในช่วงเดือนมิถุนายน - ตุลาคม พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง บุคลากรทุกระดับที่ปฏิบัติงานในห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 10 คน ได้แก่ พยาบาล 3 คน ผู้ช่วยพยาบาล 4 คน และเจ้าหน้าที่เวชระเบียน 3 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับระบบการให้บริการและบริหารจัดการคิวห้องตรวจ โดยการใช้การเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling)

ผู้รับบริการ ผู้รับบริการห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งมีจำนวนผู้รับบริการทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2565 เท่ากับ 19,628 คน¹⁸ โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Taro Yamane¹⁹ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และค่าความคลาดเคลื่อน $\pm 5\%$ ได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 392 คน โดยใช้การสุ่มแบบง่าย (simple random sampling)

ระยะที่ 3: ระยะประเมินผลหลังทดลองใช้ต้นแบบแอปพลิเคชันคิว

ประชากร บุคลากรทุกระดับในห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู และผู้รับบริการที่เข้ารับบริการที่ห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศรีนครินทร์ หลังจากทดลองใช้งานต้นแบบแอปพลิเคชันคิว ระหว่างเดือนกันยายน - ตุลาคม พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง

บุคลากร บุคลากรทุกระดับในห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 10 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับระยะที่ 2 โดยเข้าร่วมประเมินความพึงพอใจและประสิทธิภาพของการใช้งานระบบต้นแบบแอปพลิเคชันคิว

ผู้รับบริการ ผู้รับบริการที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการผ่านระบบต้นแบบแอปพลิเคชันคิวในช่วงระยะเวลาทดลองใช้ โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างยังคงใช้ จำนวน 392 คน จากการคำนวณ ด้วยสูตร Taro Yamane¹⁴ เช่นเดียวกับในระยะที่ 2 โดยเลือกผู้ให้บริการที่มีประสบการณ์ตรงกับระบบต้นแบบเพื่อประเมินความพึงพอใจและประสบการณ์ในการใช้ระบบ

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. เจ้าหน้าที่สังกัดห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู ปฏิบัติงานในช่วงเดือนมิถุนายน-พฤศจิกายน 2567 ที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกต้องมีคุณสมบัติดังนี้

- 1) อายุการปฏิบัติที่ห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู มากกว่า 1 ปีขึ้นไป
- 2) มีประสบการณ์ในการให้บริการ ณ จุด รับบัตรนัด คัดกรอง จัดคิว เรียกคิวเข้าตรวจ และให้คำแนะนำ/นัดหมายครั้งต่อไป มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป

2. ผู้รับบริการที่ห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู ในช่วงเดือนมิถุนายน-ตุลาคม พ.ศ. 2567 อายุระหว่าง 18-60 ปีบริบูรณ์ สามารถอ่านออก เขียนได้ การได้ยินปกติ ที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

- 1) ผู้รับบริการต้องเคยมารับบริการที่ห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู มากกว่า 2 ครั้ง ภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา

- 2) ผ่านการรับบริการระบบคิวแบบเดิม ตั้งแต่ ยืนยันบัตรนัด คัดกรอง รับคิว เรียกคิวเข้าตรวจ และรับคำแนะนำ/นัดหมายครั้งต่อไป

3. ญาติผู้รับบริการ/ผู้ดูแล อายุระหว่าง 18-60 ปีบริบูรณ์ สามารถอ่านออก เขียนได้ การได้ยินปกติ ที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (กรณีที่ผู้รับบริการไม่สามารถอ่านหรือเขียนได้)

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. เจ้าหน้าที่สังกัดห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟูมีการโอนย้ายหน่วยงานขณะทดลองใช้ระบบ
2. ผู้รับบริการที่มีอาการเปลี่ยนแปลงที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการ ดังนี้

- 1) คัดเลือกจากผู้มารับบริการที่ห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู ระหว่างเดือนมิถุนายน - ตุลาคม 2567 ที่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด

- 2) สุ่มตัวอย่างจากผู้รับบริการที่คัดเลือกไว้ ในข้อที่ 1) โดยการสุ่มเลขสุดท้ายของหมายเลขคิวเข้าตรวจ ด้วยการจับสลากเลือกเลขคู่และเลขคี่ชนิดไม่แทนที่ (sampling without replacement)²⁰

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนพัฒนาระบบแอปพลิเคชันคิวสำหรับห้องตรวจผู้ป่วยนอก

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview form)

ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ออกแบบคำถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ ปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการที่มีต่อระบบการจัดการคิวในห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู และผู้สัมภาษณ์ได้ศึกษาแนวทาง

การสัมภาษณ์เชิงลึก และฝึกซ้อมก่อนดำเนินการจริง และทีมผู้วิจัยผ่านการอบรมหลักสูตร “การวิจัยเชิงคุณภาพ” โดยมีประเด็นหลัก 7 ประเด็น ได้แก่

- 1) ขั้นตอนการยื่นบัตรนัดและรับคิว
- 2) ความชัดเจนของขั้นตอนการรับคิว
- 3) การแนะนำหรือประชาสัมพันธ์คิวห้องตรวจ
- 4) ความเหมาะสมของกระบวนการเรียกคิว
- 5) ปัญหาในการรอคิวและเรียกคิว
- 6) ความเหมาะสมของสถานที่รอตรวจ
- 7) ความต้องการของผู้รับบริการและผู้ให้บริการหากมีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการบริหารจัดการคิว

จัดการคิว

2. แบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจต่อระบบคิวแบบเดิมใช้กับทั้งผู้ให้บริการ (google form) และผู้รับบริการ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ตำแหน่ง (กรณีผู้ให้บริการ) หรือสถานะการเข้ารับบริการ

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการใช้งานระบบคิวแบบเดิมเป็นคำถามปลายปิด แบบประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) จำนวน 6 ข้อ ได้แก่

- 1) ความเหมาะสมของระบบคิว
- 2) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับระบบคิว
- 3) ความชัดเจนในการจัดคิว
- 4) ความรวดเร็วในการบริหารจัดการคิว
- 5) ความแออัดบริเวณหน้าห้องตรวจ
- 6) ความพึงพอใจโดยรวมต่อระบบคิว

ระยะที่ 2 การพัฒนาต้นแบบแอปพลิเคชันคิวสำหรับห้องตรวจผู้ป่วยนอก

แบบบันทึกการรายงานการประชุม ใช้ในการบันทึกสาระสำคัญจากการประชุม ระหว่างทีมวิจัยและผู้ให้บริการ รวม 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1: วันที่ 8 กรกฎาคม 2567 – ชี้แจงโครงการ วิเคราะห์ปัญหา และความต้องการในการพัฒนาระบบ

ครั้งที่ 2: วันที่ 7 สิงหาคม 2567 – นำเสนอผลการวิเคราะห์ระบบ และการออกแบบระบบ

ครั้งที่ 3: วันที่ 22 กันยายน 2567 – ชี้แจง สาระ และฝึกปฏิบัติการใช้ระบบ

ครั้งที่ 4: วันที่ 4 ตุลาคม 2567 – ติดตามผลการใช้งานต้นแบบ

องค์ประกอบของแบบบันทึกการรายงานการประชุม ได้แก่ ชื่อการประชุม วัน เวลา สถานที่ ผู้เข้าร่วม วัตถุประสงค์ วาระ สาระสำคัญ มติ ข้อเสนอแนะ และผู้บันทึก

ระยะที่ 3 การประเมินผลหลังทดลองใช้ต้นแบบแอปพลิเคชันคิว

1. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการใช้งานต้นแบบระบบคิว แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานะการเข้ารับบริการและผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2: ความพึงพอใจต่อการใช้งานต้นแบบระบบคิว จำนวน 6 ข้อ (แบบประมาณค่า 5 ระดับ)

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการใช้งานต้นแบบระบบคิว (google form) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ตำแหน่ง และประสบการณ์การทำงาน

ส่วนที่ 2: ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อระบบต้นแบบ จำนวน 11 ข้อ (แบบประมาณค่า 5 ระดับ)

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการต่อระบบคิวเดิม และต้นแบบแอปพลิเคชันคิว สำหรับห้องตรวจผู้ป่วยนอก เป็นแบบสอบถามปลายปิด ที่ใช้มาตราประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) โดยทั่วไปกำหนดค่าคะแนนจากมากไปหาน้อย ดังนี้

5 หมายถึง ความพึงพอใจมากที่สุด

4 หมายถึง ความพึงพอใจมาก

3 หมายถึง ความพึงพอใจปานกลาง

2 หมายถึง ความพึงพอใจน้อย

1 หมายถึง ความพึงพอใจน้อยที่สุด

ผลคะแนนมีเกณฑ์การคิดคะแนน ใช้หลักการแปลงผลค่าเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ความพึงพอใจ อยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ความพึงพอใจ อยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ความพึงพอใจ อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ความพึงพอใจ อยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ความพึงพอใจ อยู่ในระดับต่ำมาก

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบคิวเดิม และต้นแบบแอปพลิเคชันคิวเสนอผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสม จากนั้นได้นำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และทดลองใช้กับผู้ให้บริการ 12 คน และผู้รับบริการ 50 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง และหาค่าความเที่ยง โดยใช้ cronbach's alpha coefficient ได้ผล ดังนี้

ความพึงพอใจต่อระบบคิวเดิม สำหรับผู้ให้บริการ 0.83

ความพึงพอใจต่อระบบคิวเดิม สำหรับผู้รับบริการ 0.87

ความพึงพอใจต่อการใช้ต้นแบบแอปพลิเคชันคิว สำหรับผู้ให้บริการ 0.88

ความพึงพอใจต่อการใช้ต้นแบบแอปพลิเคชันคิว สำหรับผู้รับบริการ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำบันทึกข้อความจากฝ่ายการพยาบาล เสนอแก่หัวหน้างาน การพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่อทำการขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนดำเนินการพัฒนาต้นแบบแอปพลิเคชันคิว สำหรับห้องตรวจผู้ป่วยนอก

1. สัมภาษณ์เชิงลึก ภายในเดือนมิถุนายน 2567 โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัยภายใต้คำปรึกษาของผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย แนวคำถามที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ให้และผู้รับบริการเกี่ยวกับระบบคิวเดิม การสัมภาษณ์ดำเนินการโดย ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์หลัก เพื่อควบคุมความถูกต้องของข้อมูล โดยก่อนการสัมภาษณ์ มีการขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล การเก็บข้อมูลดำเนินการที่ ห้องประชุมในบริเวณ

ห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู ระยะเวลากการสัมภาษณ์ ประมาณ 25-30 นาทีต่อราย มีการจดบันทึก field note ระหว่างการสัมภาษณ์ เพื่อบันทึกบรรยากาศ สีหน้า ท่าทาง และประเด็นสำคัญ

1.1 ผู้ให้บริการ จำนวน 7 คน ได้แก่ พยาบาล 2 คน ผู้ช่วยพยาบาล 3 คน และพนักงานการแพทย์ 2 คน โดยพิจารณาจากความเกี่ยวข้องโดยตรงกับระบบการจัดการคิวในห้องตรวจ และมีประสบการณ์ในการบริหารจัดการคิว มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป

1.2 ผู้รับบริการ 8 คน ญาติ และผู้ดูแล 2 คน โดยพิจารณาจากผู้ที่เคยมีประสบการณ์การใช้บริการที่ห้องตรวจ อย่างน้อย 1 ครั้งขึ้นไป เพื่อให้สามารถสะท้อนประสบการณ์และความต้องการได้อย่างหลากหลาย

2. เก็บข้อมูลเบื้องต้นก่อนพัฒนาต้นแบบแอปพลิเคชันคิว ในเดือนมิถุนายน 2567

2.1 ผู้ให้บริการที่ห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 10 คน ประกอบด้วย พยาบาล 3 คน ผู้ช่วยพยาบาล 4 คน และพนักงานการแพทย์ 3 คน ใช้แบบสอบถามความคิดเห็นความพึงพอใจต่อการให้บริการระบบคิวเดิม สำหรับผู้ให้บริการ (google form)

2.2 ผู้รับบริการ จำนวน 392 คน โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นความพึงพอใจต่อการให้บริการระบบคิวเดิม สำหรับผู้รับบริการ

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาต้นแบบแอปพลิเคชันคิว สำหรับห้องตรวจผู้ป่วยนอกดำเนินการตามขั้นตอน SDLC โดยมีการสนทนากลุ่มกับบุคลากรผู้ให้บริการ ทั้งหมด 4 ครั้ง ได้แก่ 1) การชี้แจงโครงการและวิเคราะห์ปัญหา 2) ออกแบบและพัฒนาระบบ 3) ฝึกปฏิบัติการใช้งาน และ 4) ติดตามผล แต่ละครั้งมีผู้เข้าร่วมประมาณ 7-10 คน โดยใช้แบบบันทึกรายงานการประชุม

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลหลังทดลองใช้ระบบ

1. ผู้ให้บริการ จำนวน 10 คน หลังทดลองใช้ระบบ 1 เดือน ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามประเมินความพึงพอใจ จากการใช้ต้นแบบแอปพลิเคชันคิว (google form) ภายใน 1 สัปดาห์หลังทดลองใช้ระบบ

2. ผู้รับบริการ ตอบแบบสอบถามประเมินความพึงพอใจการใช้ต้นแบบแอปพลิเคชันคิว ทันทีหลังจากสิ้นสุดการรับบริการของห้องตรวจ (รับใบนัด/รับคำแนะนำจากพยาบาล)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้ ประกอบด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพและระดับความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่มีต่อระบบคิวเดิมและต้นแบบแอปพลิเคชันคิว สำหรับห้องตรวจผู้ป่วยนอก โดยใช้สถิติ paired sample t-test ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และ สถิติ mann-whitney u test สำหรับข้อมูลที่ไม่เป็นไปตามการแจกแจงแบบปกติ โดยพิจารณาจากผลการทดสอบสมมติฐานเบื้องต้นด้วย shapiro-wilk test (กลุ่มตัวอย่าง ต่ำกว่า 50 ราย) และ kolmogorov-smirnov test (กลุ่มตัวอย่าง มากกว่า 50 ราย)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE671221 วันที่ 11 มิถุนายน 2567

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะก่อนดำเนินการพัฒนาต้นแบบแอปพลิเคชันคิว สำหรับห้องตรวจผู้ป่วยนอก โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้และผู้รับบริการ ดังนี้

1. การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้บริการ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการคิวในห้องตรวจ จำนวน 7 ราย สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ ดังนี้

1) ขั้นตอนยื่นใบนัดและรับบัตรคิว มีปัญหาเกี่ยวกับการรอคอยที่นาน เนื่องจากผู้รับบริการมารับบัตรคิวแต่เช้า ในขณะที่แพทย์เริ่มตรวจในช่วงสาย ทำให้ต้องรอเป็นเวลานาน นอกจากนี้ ยังมีความซับซ้อนในกรณีที่ผู้รับบริการต้องตรวจหลายห้องตรวจในเวลาเดียวกัน ซึ่งอาจทำให้เกิดการเรียกไม่พบหรือมีความเข้าใจผิดเรื่องลำดับคิว อีกทั้ง บัตรคิวที่ผู้รับบริการได้รับมักสูญหาย ผู้ให้บริการเสนอว่าควรพัฒนาระบบเทคโนโลยี เช่น แঙ্গ์เตือนผ่านมือถือ หรือใช้คิวอาร์โค้ด เพื่อติดตามสถานะคิวแบบเรียลไทม์

2) การแนะนำและประชาสัมพันธ์คิวห้องตรวจ การประชาสัมพันธ์ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจมักทำครั้งเดียวในตอนเช้า ซึ่งผู้รับบริการที่มาหลังจากนั้นจะพลาดข้อมูลสำคัญ ส่งผลให้เกิดความไม่เข้าใจขั้นตอนการเข้ารับบริการ อีกทั้ง ยังมีความล่าช้าในการตอบคำถามเกี่ยวกับสถานะคิวของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการเห็นว่า การใช้จอแสดงผลคิวแบบเรียลไทม์หรือระบบแ้งเตือนผ่านข้อความ จะช่วยให้การจัดการข้อมูลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3) การเรียกคิวเข้าตรวจ การเรียกคิวปัจจุบันใช้วิธีการเรียกชื่อผู้รับบริการผ่านไมโครโฟน แต่มีปัญหาผู้รับบริการบางรายไม่สามารถตอบรับการเรียกได้ทันเวลา นอกจากนี้ ผู้รับบริการที่ต้องไปตรวจที่ห้องอื่นมักไม่แจ้งเจ้าหน้าที่ เมื่อกลับมาทำให้เกิดความล่าช้า ผู้ให้บริการเสนอว่า การพัฒนาระบบแ้งเตือนผ่านมือถือหรือการใช้คิวอาร์โค้ด จึงเป็นแนวทางที่น่าสนใจเพื่อลดปัญหาการข้ามคิวและการสับสน

4) สถานที่รอตรวจ บริเวณห้องตรวจมีความแออัด โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้รับบริการมีญาติหรือผู้ดูแลมาด้วย ทำให้การจัดการพื้นที่ไม่สะดวกสบาย ผู้ให้บริการแนะนำว่าควรจัดหาสถานที่รอคอยที่เหมาะสมและใช้ระบบแ้งเตือนคิว เมื่อใกล้ถึงเวลาตรวจเพื่อลดความแออัด

5) การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการบริหารจัดการคิว ผู้ให้บริการเห็นว่าการใช้เทคโนโลยี เช่น คิวอาร์โค้ด (qr-code) หรือระบบจอแสดงผลคิวแบบเรียลไทม์ จะช่วยลดความซับซ้อนและความกังวลของผู้รับบริการเกี่ยวกับการข้ามคิว นอกจากนี้ ยังช่วยสร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการในกระบวนการจัดการคิว อีกทั้ง ยังมีแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาห้องตรวจให้เป็น smart OPD เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการคิว

2. การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้รับบริการ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้รับบริการที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล จำนวน 10 ราย เกี่ยวกับการจัดการคิวในห้องตรวจ พบปัญหาหลักและข้อเสนอแนะที่สำคัญ ดังนี้

1) ปัญหาการรอนานและความแออัด ผู้รับบริการหลายคนประสบปัญหาการรอนาน โดยเฉพาะผู้รับบริการที่มาตั้งแต่เช้าแต่กลับต้องรอนานหลายชั่วโมง ทำให้รู้สึกไม่สะดวกสบายและเสียเวลา อีกทั้ง บางครั้งการรอนานทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมส่วนตัวได้ เช่น การทานอาหารหรือเข้าห้องน้ำ ซึ่งหากผู้รับบริการลุกไปทำกิจกรรมเหล่านี้ อาจพลาดคิวและต้องรอใหม่

ตัวอย่างประสบการณ์ของผู้รับบริการ

ผู้รับบริการคนหนึ่งเล่าว่า “ต้องรอนานมากจนสามารถดูซีรีส์จบไปหลายตอน โดยยังไม่ได้รับบริการตรวจ และกลัวการพลาดคิวเพราะไม่กล้าลุกไปทานอาหาร”

ญาติผู้รับบริการกล่าวว่า “การรอหมอพิเศษมักใช้เวลานานมาก บางครั้งทั้งวันหมดไปกับ การรอคอย ซึ่งเป็นภาระใหญ่สำหรับผู้สูงอายุหรือผู้รับบริการที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว”

ความแออัดในพื้นที่รอก็เป็นอีกปัญหาหนึ่ง โดยเฉพาะในช่วงที่มีจำนวนผู้รับบริการมาก ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกอึดอัดและส่งผลต่อสุขภาพจิต ตัวอย่าง เช่น ผู้รับบริการหนึ่งกล่าวว่า “ปัญหาคือสถานที่รอคับแคบ อากาศไม่ถ่ายเท โดยเฉพาะในฤดูร้อน”

2) ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบ ผู้รับบริการมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยี เพื่อปรับปรุงการจัดการคิวและเพิ่มความสะดวกในการรับบริการ ดังนี้

2.1) การใช้คิวอาร์โค้ด และระบบแจ้งเตือนผ่านมือถือ ผู้รับบริการเสนอให้โรงพยาบาลใช้ระบบแจ้งเตือนผ่านมือถือหรือคิวอาร์โค้ด เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถติดตามสถานะคิวได้แบบเรียลไทม์ ซึ่งจะช่วยให้บริหารเวลาได้ดียิ่งขึ้น ไม่ต้องรออยู่ในโรงพยาบาลนานและสามารถทำธุระอื่นได้ในระหว่างรอ

2.2) ระบบจองคิวผ่านแอปพลิเคชัน มีการเสนอให้พัฒนาแอปพลิเคชัน สำหรับจองคิวล่วงหน้า เพื่อให้ผู้รับบริการไปถึงก่อนเวลาตรวจ เพียง 15 นาที นอกจากนี้ แอปควรมีการอัปเดตสถานะคิวตลอดเวลา เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถจัดการเวลาของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.3) การแสดงผลคิวผ่านหน้าจอ ผู้รับบริการบางคนแนะนำให้หน้าจอแสดงสถานะคิวที่หน้าห้องตรวจ เพื่อให้สามารถเห็นลำดับคิวและรู้ว่าคิวของตนถึงไหนแล้ว ซึ่งจะช่วยลดความกังวลเกี่ยวกับการพลาดคิวได้

ข้อเสนอเหล่านี้ สะท้อนถึงความต้องการในการนำเทคโนโลยีมาใช้ เพื่อแก้ไขปัญหาการรอคอยและการจัดการคิวในโรงพยาบาล ช่วยให้บริการมีความสะดวกและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. ผลการสำรวจความพึงพอใจต่อการให้บริการระบบเดิมของผู้ให้และผู้รับบริการ

3.1 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการบริหารจัดการคิวระบบเดิม

จากข้อมูลการประเมินเกี่ยวกับการจัดการคิวในโรงพยาบาลที่แสดงในรูปแบบค่าเฉลี่ย $\bar{X}$ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) สามารถแปลผลได้ ดังนี้

1. ความเหมาะสมของระบบคิว ($\bar{X}=3.54$, $SD=0.522$) ความเหมาะสมของระบบคิวได้รับการประเมินว่าอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าผู้ให้บริการรู้สึกว่าการจัดการคิวในปัจจุบันมีความเหมาะสม แต่ยังมีบางประเด็นที่ต้องปรับปรุง เนื่องจากค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานยังค่อนข้างต่ำ แสดงถึงความเห็นที่ค่อนข้างสอดคล้องกันในหมู่ผู้ให้บริการ

2. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับระบบคิว ($\bar{X}=3.63$, $SD=0.674$) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับระบบคิวก็อยู่ในระดับมาก ผู้ให้บริการส่วนใหญ่รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการคิวได้ดี อย่างไรก็ตาม ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ค่อนข้างสูง ($SD=0.674$) แสดงให้เห็นว่ามีความเห็นที่หลากหลาย อาจมีผู้ให้บริการบางส่วนที่ยังต้องการพัฒนาระบบการให้ข้อมูลเพิ่มเติมหรือชัดเจนมากขึ้น

3. ความชัดเจนในการจัดคิว ($\bar{X}=3.45$, $SD=0.687$) ความชัดเจนของการจัดคิวได้รับการประเมินในระดับมาก แต่ด้วย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยอื่น ๆ แสดงถึงความเห็นที่แตกต่างกันในกลุ่มผู้ให้บริการ บางคนอาจมองว่าความชัดเจนในการเรียกคิวหรือระบบคิวยังไม่ดีเพียงพอ

4. ความรวดเร็วในการบริหารจัดการคิว ($\bar{X}=3.45$, $SD=0.687$) ความรวดเร็วในการบริหารจัดการคิวอยู่ในระดับมาก แต่คล้ายกับความชัดเจน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานที่สูงบ่งบอกว่าผู้ให้บริการบางรายอาจยังรู้สึกว่าการจัดการคิวใช้เวลานานกว่าที่ควร

5. ความแออัดบริเวณหน้าห้องตรวจ ($\bar{X}=3.45$, $SD=0.687$) ความแออัดหน้าห้องตรวจประเมินในระดับมาก แม้ค่าเฉลี่ยจะสูง แต่ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานสูงเช่นกัน ซึ่งอาจบ่งบอกถึงประสบการณ์

ที่หลากหลายของผู้ให้บริการ บางคนอาจมองว่าความแออัดเป็นปัญหาใหญ่ ในขณะที่บางคนอาจไม่รู้สึกรถึงปัญหานี้

6. ความพึงพอใจต่อการจัดลำดับคิวในภาพรวม ($\bar{X}=3.54$, $SD=0.522$) ความพึงพอใจโดยรวมต่อการจัดลำดับคิวอยู่ในระดับมาก ผู้ให้บริการส่วนใหญ่พึงพอใจกับระบบในภาพรวม แต่ยังคงมีความแตกต่างเล็กน้อยในประสบการณ์การในบริหารจัดการคิวห้องตรวจ ภาพรวม ($\bar{X}=3.51$, $SD=0.613$)

ในภาพรวม ระบบจัดการคิวได้รับการประเมินว่า มีความเหมาะสมในระดับมาก โดยค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.51 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ให้บริการโดยรวมมีความพึงพอใจ อย่างไรก็ตาม ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($SD=0.613$) ที่ไม่ต่ำมาก ชี้ให้เห็นว่า มีความเห็นที่หลากหลาย บางคนอาจยังคงต้องการการปรับปรุงเพิ่มเติมในบางด้าน

3.2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริหารจัดการคิวระบบเดิม

จากผลการประเมินเกี่ยวกับการใช้บริการระบบคิวแบบเดิม พบว่า ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในระดับ "มาก" ทุกหัวข้อ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การชี้แจงขั้นตอนและเวลาการให้บริการ ($\bar{X}=4.29$, $SD=0.857$) ผู้ใช้บริการรู้สึกว่าการชี้แจงขั้นตอนและเวลาอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การรอคอยเป็นไปอย่างมีความเข้าใจ

2. การให้บริการตามคิว ($\bar{X}=4.29$, $SD=0.852$) ผู้รับบริการได้รับการตรวจตามคิวที่แจ้งไว้ ถือเป็นการจัดการคิวที่มีประสิทธิภาพ

3. การให้บริการตรงเวลา ($\bar{X}=4.03$, $SD=0.948$) การให้บริการตรงตามเวลาที่นัดหมายมีความพึงพอใจในระดับมาก แต่ยังมีบางคนที่รู้สึกว่าความตรงเวลาอาจไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 0.948

4. การทราบสถานะคิว ($\bar{X}=4.00$, $SD=1.118$) ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ทราบสถานะคิวขณะรอรับบริการ แต่ความเห็นมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก ($SD=1.118$) แสดงให้เห็นถึง ความต้องการปรับปรุงการสื่อสารสถานะคิว

5. ความสะดวกสบายบริเวณรอคอย ($\bar{X}=3.94$, $SD=0.967$) พื้นที่รอคอยได้รับการประเมินว่ามีความสะดวกสบายและไม่แออัด แต่ยังมีบางคนที่รู้สึกว่าพื้นที่อาจยังต้องปรับปรุงในบางส่วน

6. ความพึงพอใจในภาพรวม ($\bar{X}=4.08$, $SD=0.866$) ผู้ใช้บริการพึงพอใจในภาพรวม ระดับมาก แสดงถึงการจัดการที่ค่อนข้างดีและสอดคล้องกับความคาดหวังของผู้รับบริการ แต่ยังมีบางจุดที่อาจต้องปรับปรุง โดยเฉพาะในเรื่องการสื่อสารสถานะคิว ความแออัดและความสะดวกสบายของพื้นที่รอ

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาพัฒนาต้นแบบแอปพลิเคชันคิวสำหรับห้องตรวจผู้ป่วยนอก

จากผลการพัฒนาได้ต้นแบบแอปพลิเคชันคิว สำหรับห้องตรวจผู้ป่วยนอก ออนไลน์ที่ <https://it-nurse.kku.ac.th/qcard/> ที่ผู้วิจัยได้ทำการออกแบบและพัฒนาตรงตามกรอบแนวคิดทฤษฎีวงจรการพัฒนาระบบ SDLC ประกอบด้วย 8 ฟังก์ชันดังนี้

1) ฟังก์ชันสำหรับเข้าสู่ระบบ (log in)

2) ฟังก์ชันบริหารจัดการคิวห้องตรวจ ประกอบด้วยการสร้างชื่อคลินิก แพทย์ ห้องตรวจย่อย หมายเลขคิว คำนานหน้าคิว เป็นต้น

3) ฟังก์ชันสร้างคิวอาร์โค้ดและพิมพ์บัตรคิว ผู้ให้บริการพิมพ์คิวพร้อมคิวอาร์โค้ดให้กับผู้รับบริการ ซึ่งสามารถสแกนเพื่อตรวจสอบสถานะคิวได้ในขณะรอเข้ารับบริการตรวจ ระบบดังกล่าวช่วยเพิ่มความสะดวก

และโปร่งใสในการจัดการลำดับคิว ลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการเกี่ยวกับการรอคอยและสถานะคิว อีกทั้งยังส่งเสริมประสิทธิภาพการทำงานของเจ้าหน้าที่ในการจัดการคิวในแต่ละวัน

4) ฟังก์ชันเรียกคิวและแจ้งสถานะคิว

ระบบเรียกและแจ้งสถานะคิว ได้รับการออกแบบให้สามารถเรียกคิวโดยใช้ค่านำหน้าคิวที่หลากหลาย เช่น การใช้สีเพื่อจัดกลุ่มคิวให้สามารถแยกประเภทหรือลำดับได้ง่าย การใช้หมายเลข ตั้งแต่ 00-100 เพื่อระบุลำดับคิวของผู้รับบริการ และการใช้ตัวอักษรไทย (ก-ฮ) และตัวอักษรอังกฤษ (A-Z) เพื่อระบุลำดับคิวอย่างชัดเจน

5) ฟังก์ชันแสดงผลหน้าจอโทรทัศน์ระบบดิจิทัล

5.1) ระบบแจ้งสถานะคิวผ่านทาง จอโทรทัศน์ระบบดิจิทัล พร้อมระบบเสียงเรียกคิว ได้รับการออกแบบเพื่อให้ผู้รับบริการทราบสถานะคิวและลำดับการรอตรวจอย่างชัดเจน ระบบนี้จะแสดงสถานะคิวต่าง ๆ เช่น "รอตรวจ" "เรียกคิว" "เรียกไม่พบ" "รอผลตรวจ" และ "กำลังพบแพทย์" ซึ่งช่วยให้ผู้รับบริการรับรู้สถานะของตนเองได้อย่างทันทีและโปร่งใส

5.2) ระบบประชาสัมพันธ์ข้อมูลที่ต้องการแจ้งให้ผู้รับบริการทราบผ่าน ตัววิ่งในจอโทรทัศน์ระบบดิจิทัล ซึ่งจะใช้ในการแสดงข้อความสำคัญและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริการ

6) ฟังก์ชันแจ้งเตือนผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน (line notify) และ ข้อความแจ้งเตือนผ่านบริการส่งข้อความสั้น (SMS)

การแจ้งเตือนผ่านไลน์หรือ ข้อความแจ้งเตือนผู้รับบริการสามารถบันทึกที่กรหัสยืนยันตัวตนของระบบไลน์ (LINE Token) หรือเบอร์โทรศัพท์ในระบบ เมื่อใกล้ถึงคิวเข้าตรวจ 3 คิว ระบบจะส่งข้อความผ่านระบบไลน์ แอปพลิเคชัน และข้อความแจ้งเตือนแจ้งสถานะคิว และลำดับการรอตรวจให้ผู้รับบริการโดยตรง

7) หน้าแดชบอร์ด (dashboard)

ประกอบด้วย ฟังก์ชันต่าง ๆ ที่ช่วยในการจัดการและวิเคราะห์ข้อมูลผู้รับบริการ ดังนี้

7.1) ฐานข้อมูลผู้รับบริการ ระบบมีฐานข้อมูลที่บันทึกข้อมูลผู้รับบริการทั้งในระดับรายวัน รายเดือน และรายปี โดยสามารถเก็บข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับจำนวนผู้รับบริการในแต่ละช่วงเวลาและกลุ่มประเภทของการให้บริการ

7.2) แดชบอร์ดแสดงสถิติ มีการจัดเตรียมแดชบอร์ด ที่แสดงสถิติผู้รับบริการ ซึ่งช่วยให้ผู้บริหารและบุคลากรสามารถติดตามข้อมูลการให้บริการได้อย่างง่ายดาย รวมถึงสามารถสืบค้นข้อมูลสถิติประจำห้องตรวจย้อนหลังได้

7.2) การประมวลผลระยะเวลาให้บริการ ระบบสามารถประมวลผลระยะเวลาในการให้บริการในแต่ละจุดของห้องตรวจ เช่น ระยะเวลาตั้งแต่ยื่นบัตรนัดจนถึงการเรียกเข้าตรวจ ระยะเวลาที่ใช้ในการพบแพทย์/พยาบาล และระยะเวลาตั้งแต่ยื่นบัตรนัดจนถึงการออกจากห้องตรวจ

8) ฟังก์ชันสำหรับออกจากระบบ (log out)

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลหลังทดลองระบบคิว

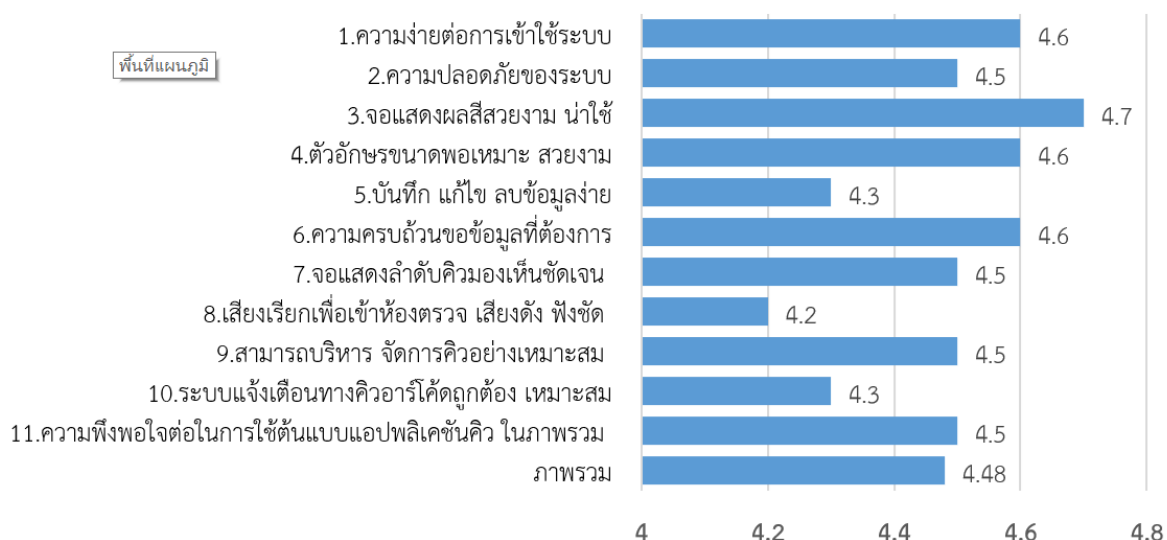
1) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการใช้ต้นแบบแอปพลิเคชันคิว

1.1) ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้บริการ

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง สำหรับอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป (50%) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 51-55 ปี (40%) และกลุ่มอายุ 36-40 ปี (10%) ในด้านตำแหน่งงาน กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นผู้ช่วยพยาบาล (40%) ตามด้วยพยาบาล

(30%) และพนักงานการแพทย์ (30%) สำหรับระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบต่ำกว่าปริญญาตรี (50%) รองลงมาคือปริญญาตรี (30%) และสูงกว่าปริญญาตรี (20%)

1.2) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการใช้ต้นแบบแอปพลิเคชันคิว



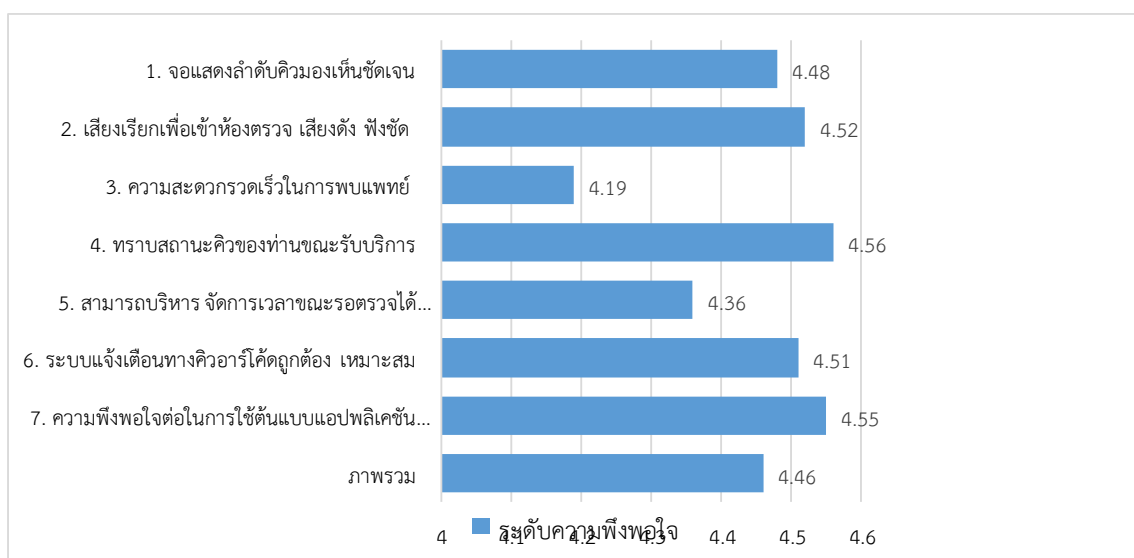
ภาพที่ 2 แสดงความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการใช้ต้นแบบแอปพลิเคชันคิว

2) ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการใช้ต้นแบบแอปพลิเคชันคิว

2.1) ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการ

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 392 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (63.01%) ขณะที่เพศชายมี จำนวน 36.98% ในด้านอายุ กลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 41-50 ปี (28.31%) รองลงมา คือ ช่วงอายุ 51-60 ปี (26.53%) และช่วงอายุ 31-40 ปี (25.51%) สำหรับการเข้ารับบริการ ส่วนใหญ่เป็นผู้รับบริการเก่า/นัด (81.88%) และผู้ป่วยใหม่คิดเป็น 18.11% สำหรับการตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็นญาติผู้ป่วย/ผู้ดูแล (63.01%) และผู้รับบริการคิดเป็น 36.98%

2.2) ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการใช้ต้นแบบแอปพลิเคชันคิว



ภาพที่ 3 แสดงความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการใช้ต้นแบบแอปพลิเคชันคิว

3) ประสิทธิภาพของต้นแบบแอปพลิเคชันคิวสำหรับห้องตรวจผู้ป่วยนอก

3.1) การเปรียบเทียบระยะเวลารอคอยเฉลี่ยระหว่างระบบคิวแบบเดิมและต้นแบบแอปพลิเคชันคิวห้องตรวจผู้ป่วยนอก โดยใช้ mann-whitney u test จากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ (p-value ของ shapiro-wilk test<0.05)

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบ mann-whitney u test เพื่อเปรียบเทียบเวลารอคอยเฉลี่ยระหว่างระบบคิวแบบเดิมและต้นแบบแอปพลิเคชันคิว

เวลาที่รอคอย	N	ค่าเฉลี่ย rank (mean rank)	ผลรวมของ rank (sum of ranks)	asympt. sig. (2-tailed)
ระบบคิวเดิม	208	250.04	52,008.50	<.001
ต้นแบบแอปพลิเคชันคิว	213	172.88	36,822.50	
รวม	421	-	88,831.00	

3.2) การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อระบบคิวแบบเดิมและต้นแบบแอปพลิเคชันคิว โดยใช้ mann-whitney u test จากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ (p-value ของ kolmogorov-smirnov test<0.05)

ตารางที่ 4 ผลการทดสอบ mann-whitney u test เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจระหว่างระบบคิวแบบเดิมและต้นแบบแอปพลิเคชันคิว

ความพึงพอใจ	N	ค่าเฉลี่ย rank (mean rank)	ผลรวมของ rank (sum of ranks)	asympt. sig. (2-tailed)
ระบบคิวเดิม	392	339.05	132907	<.001
ต้นแบบแอปพลิเคชันคิว	392	445.95	174813	
รวม	784	-	307,720	

3.3) การเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อประสิทธิภาพของระบบคิวแบบเดิมและต้นแบบแอปพลิเคชันคิว โดยใช้ paired t-test (จากการทดสอบ shapiro-wilk test ที่ได้ค่า sig.=0.609)

ตารางที่ 5 แสดงผลการทดสอบ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อประสิทธิภาพของระบบคิวแบบเดิมและต้นแบบแอปพลิเคชันคิว

ผู้ให้บริการ (N=10)	ค่าเฉลี่ย (mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	t-value	df	p-value
ระบบคิวแบบเดิม	3.46	0.46	-5.100	18	<0.001
ต้นแบบแอปพลิเคชันคิว	4.48	0.43			

อภิปรายผลการวิจัย

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้รับบริการมีความกังวลต่อความไม่ชัดเจนของระบบคิว ส่งผลต่อความพึงพอใจ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wangrakdiskul²¹ ที่ชี้ว่า การจัดการคิวที่ไม่มีประสิทธิภาพทำให้เวลารอคอยนานขึ้นและลดความพึงพอใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความต้องการให้มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการจัดการคิว เช่น ระบบแจ้งเตือนผ่านแอปพลิเคชันหรือหน้าจอ

แสดงคิวแบบเรียลไทม์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Wijitraphan⁶ ที่พบว่า เทคโนโลยีช่วยลดเวลารอคอยและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ ผู้ให้บริการคาดหวังว่าระบบใหม่จะลดภาระงาน ขณะที่ผู้รับบริการคาดหวังถึงประสบการณ์ที่ดีขึ้นและภาพลักษณ์ที่ทันสมัยของโรงพยาบาล สอดคล้องกับงานของ Bidari et al.¹⁰ ที่ยืนยันว่า ระบบจัดการคิวที่มีประสิทธิภาพส่งผลต่อความเชื่อมั่นและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญ งานวิจัยนี้ มุ่งเน้นพัฒนาต้นแบบแอปพลิเคชันคิว สำหรับห้องตรวจผู้ป่วยนอก ออนไลน์ ซึ่งสามารถเข้าถึงได้ผ่านทางเว็บไซต์ <https://it-nurse.kku.ac.th/qcard/> ประกอบด้วย 8 ฟังก์ชันหลัก โดยใช้กรอบแนวคิด วงจรการพัฒนาแบบ SDLC ในการออกแบบและพัฒนา แอปพลิเคชันนี้ถูกออกแบบมาเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการคิว ลดปัญหาความแออัดในห้องตรวจ และช่วยให้ผู้รับบริการสามารถรับรู้สถานะคิวได้อย่างชัดเจนและสะดวกสบาย โดยผลการสำรวจความคิดเห็นของผู้ให้บริการเกี่ยวกับแอปพลิเคชันคิวนี้ แสดงให้เห็นถึงระดับความพึงพอใจที่สูงในทุกด้าน (ภาพที่ 2) โดยเฉพาะจอสถิติผลสัวยงาม น่าใช้ ($\bar{X}=4.70$), ความง่ายต่อการเข้าใช้ระบบ ตัวอักษรขนาดพอเหมาะ และ ความครบถ้วนของข้อมูล ($\bar{X}=4.60$) นอกจากนี้ ผู้ให้บริการยังรู้สึกว่าการบริหารจัดการคิวผ่านระบบนี้ทำได้ดีและเป็นระเบียบมากยิ่งขึ้น คะแนนความพึงพอใจโดยรวมอยู่ที่ ในระดับมาก ($\bar{X}=4.48$) และจากผลการทดสอบ paired t-test พบว่า ประสิทธิภาพของผู้ให้บริการระหว่างระบบคิวแบบเดิมและต้นแบบแอปพลิเคชันคิว มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยผู้ให้บริการแสดงความพึงพอใจต่อประสิทธิภาพของต้นแบบแอปพลิเคชันคิวมากกว่าระบบคิวแบบเดิม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Mohd Wafi Nasrudin et al.⁸ ที่พบว่า การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาช่วยบริหารจัดการคิวช่วยปรับปรุงคุณภาพการบริการ โดยลดเวลารอคอยและสะดวกในการใช้งานอย่างเหมาะสม ในขณะที่ Handayani DP²² พบว่า ระยะเวลาการรับบริการที่ทำนายจากระบบคิวสามารถนำมาปรับปรุงและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการได้ และ Muhammad Ahmad Baballe⁹ ยังยืนยันว่า ความโปร่งใสในการจัดการคิวช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการคิวสำหรับผู้ให้บริการด้วย

สำหรับผู้รับบริการ พบว่า มีความพึงพอใจต่อฟังก์ชันการแจ้งสถานะคิวในระดับสูง ($\bar{X}=4.56$) ซึ่งสะท้อนถึงควมมีประสิทธิภาพของระบบในการสื่อสารและจัดการคิว (ภาพที่ 3) การให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับสถานะคิวช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจของผู้รับบริการในระหว่างการรอคิว นอกจากนี้ ระบบที่มีการแจ้งสถานะที่ดี ยังสามารถลดระยะเวลาการรอและทำให้การจัดการคิวมีประสิทธิภาพมากขึ้น จากผลการทดสอบ mann-whitney u test พบว่า ระยะเวลาการรอคอยเฉลี่ยระหว่างระบบคิวแบบเดิมและต้นแบบแอปพลิเคชันคิวมีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) โดยต้นแบบแอปพลิเคชันคิวสามารถลดเวลารอคอยเฉลี่ยลงได้อย่างมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์⁶ ที่พบว่า การใช้ระบบคิวที่มีการจัดการที่ดีสามารถลดระยะเวลาการรอคอยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพิณทิพย์ ชัยกลาง²³ ที่ระบุว่า การปรับปรุงกระบวนการจัดการคิวช่วยลดระยะเวลาการรอคอยและเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ นอกจากนี้ Ali Bidari¹⁰ ยังพบว่า ระบบคิวที่มีความทันสมัยและสามารถคาดการณ์เวลารอคอยได้อย่างแม่นยำ ช่วยให้ผู้ใช้งานมีประสบการณ์ที่ดีขึ้น และลดเวลารอคอยโดยรวม ในด้านความพึงพอใจโดยรวม ($\bar{X}=4.55$) ผู้รับบริการรู้สึกพึงพอใจต่อประสบการณ์ในการใช้บริการ ซึ่งบ่งชี้ว่า ฟังก์ชันต่าง ๆ ของบริการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ได้ดี ส่งผลให้สามารถพัฒนาและปรับปรุงการบริการให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ จากการทดสอบ mann-whitney u test พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการระหว่างระบบคิวแบบเดิม และต้นแบบแอปพลิเคชันคิวมีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) โดยผู้รับบริการมีระดับความพึงพอใจสูงขึ้น เมื่อต้นแบบแอปพลิเคชันคิวถูกนำมาใช้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า แอปพลิเคชันต้นแบบสามารถตอบสนองความต้องการของ

ผู้รับบริการได้ดีกว่า ทั้งในด้านความชัดเจนในการสื่อสารสถานะคิว ความสะดวกสบายในการใช้งาน และการลดความวิตกกังวลระหว่างการรอคิว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพิณทิพย์ ช้ายกลาง²³ ที่พบว่า แอปพลิเคชันคิวช่วยเพิ่มความพึงพอใจ ในด้านการสื่อสารสถานะคิวและลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการ Mohd Wafi Nasrudin และคณะ⁸ ที่ระบุว่า แอปพลิเคชันช่วยปรับปรุงการจัดการคิว และทำให้ผู้รับบริการมีประสบการณ์ที่ดีขึ้น และ Ali Bidari¹⁰ ที่ชี้ให้เห็นว่า แอปพลิเคชันช่วยเพิ่มความสะดวกสบายในการใช้งาน และลดปัญหาความแออัดบริเวณห้องตรวจ นอกจากนี้ เสียงเรียกเข้าห้องตรวจยังได้รับคะแนนความชัดเจนและความพึงพอใจในระดับสูง ($\bar{X}=4.52$) ซึ่งทำให้ผู้รับบริการไม่พลาดการเรียกเข้าห้องตรวจ ปัจจัยนี้ช่วยเพิ่มประสบการณ์ในการใช้บริการ การมีเสียงเรียกที่มีคุณภาพจึงมีความสำคัญ เนื่องจากช่วยลดความเครียดและเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

ต้นแบบแอปพลิเคชันคิวสำหรับห้องตรวจผู้ป่วยนอกที่พัฒนาขึ้นนี้ ได้รับการออกแบบให้ตอบโจทย์ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานในส่วนของการจัดการคิว ลดปัญหาความแออัด และเพิ่มความโปร่งใสในการให้บริการ ระบบดังกล่าว มีศักยภาพในการนำไปใช้ในสถานพยาบาลเพื่อลดระยะเวลาการรอคิว และเพิ่มคุณภาพการบริการให้ดียิ่งขึ้น แต่การใช้งานที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยโครงสร้างพื้นฐานที่เหมาะสม เช่น เครือข่ายอินเทอร์เน็ตที่เสถียร เซิร์ฟเวอร์ที่รองรับการประมวลผล และระบบความปลอดภัยของข้อมูล ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและความพึงพอใจในการใช้งานระบบคิวได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการปรับปรุงระบบให้เข้าถึงง่ายขึ้น และเสถียรมากขึ้น รวมถึงการพัฒนาความสามารถในการรองรับผู้ใช้งานทุกกลุ่ม และเพิ่มประสิทธิภาพของเซิร์ฟเวอร์และระบบอินเทอร์เน็ตให้ดียิ่งขึ้น
2. ควรพัฒนาเพิ่มระบบจองคิวออนไลน์ เพื่อให้ผู้รับบริการจองคิวได้ด้วยตนเองและตามเวลาที่ต้องการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ ห้องตรวจเวชศาสตร์ฟื้นฟู งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย เพื่อพัฒนางานประจำ (R2R) มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี 2567 มา ณ ที่นี้ด้วย

References

1. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Strategic plan of the department of medical services 2019 (phase 1: system reform 2017-2021). Nonthaburi: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
2. Faculty of Medicine, Khon Kaen University. Statistics of patients at Srinagarin Hospital for the year 2022 (volume 42) [Internet]. 2025 [cited 2025 Jul 7]. Available from: <https://www.medicalrecords.kku.ac.th/> (in Thai)

3. Nursing Department, Srinagarin Hospital. Survey results of patient satisfaction (outpatients) [Internet]. 2025 [cited 2025 Jul 7]. Available from: <https://it-nurse.kku.ac.th/sat-user/> (in Thai)
4. Juthaphat U, Hakhamphai S. Development of an online appointment system for outpatient services at Roi Et Municipality Health Center, Roi Et Province. *J Corp Manag Local Innov* 2023;9(6):311-21. (in Thai)
5. Jado T. Queue reservation system for home doctors (complete project report). Songkla: Faculty of Communication Sciences, Prince of Songkla University, Pattani Campus;2021. (in Thai)
6. Wijitrapan T. Development of a queue system for the emergency and accident department of San Pa Tong Hospital using web application. *Dis Control J* 2022;48(3):680-7. (in Thai)
7. Onoja A, Ogundare OC, Tejuoso FE. An optimization of outpatients waiting time and health-related risks. *Res Square* [Internet]. 2022 Apr 19 [cited 2025 Jul 7];1:1-14. Available from: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1562366/v1>
8. Nasrudin MW, Zainuddin NSA, Ahmad RAR, Yob RC, Ahmad MZZ, Mustafa WA, et al. Smart management waiting system for outpatient clinic. *J Adv Res Appl Sci Eng Technol* 2023;29(3):48-61.
9. Baballe MA, Ya'u A, Giwa II, Farouk US, Usman AA, Muhammad YI, et al. Hospital queue management systems' effects. In: *Proceedings of the 1st International Conference on Innovative Academic Studies*; 2022; Konya, Turkey. Konya: ICIAS; 2022. p. 1283-7.
10. Bidari A, Jafarnejad S, Faradonbeh NA. Effect of queue management system on patient satisfaction in the emergency department: a randomized controlled trial. *Arch Acad Emerg Med* 2021;9(1):e59.
11. Jidjawan N. Design thinking process: new perspective in Thai healthcare system. *Thai J Nurs Counc* 2018;33(1):5-14. (In Thai)
12. Roddy L, Polfuss M. Employing design thinking methods in nursing to improve patient outcomes. *Nurs Forum* 2020;55(4):553-8.
13. Kelley T, Sung E. Examining elementary school students' transfer of learning through engineering design using think-aloud protocol analysis. *J Technol Educ* 2017;28(2): 83-108.
14. Altman M, Huang TT, Breland JY. Design thinking in health care. *Prev Chronic Dis* 2018;15:E117.
15. Stair RM, Reynolds GW. *Fundamentals of information systems*. 6th ed. Boston (MA): Cengage Learning; 2018.
16. Eiselt HA, Sandblom CL. Waiting line models. In: *operations research: a model-based approach*. 3rd ed. Cham (Switzerland): Springer; 2022. p. 457-71.

17. Ling D. Complete design thinking guide for successful professionals. Charleston (SC): CreateSpace Independent Publishing Platform; 2015.
18. Faculty of Medicine, Khon Kaen University. Statistics of patients at Srinagarin Hospital for the year 2023 (volume 43) [Internet]. 2025 [cited 2025 Jul 7]. Available from: https://drive.google.com/file/d/1NYaOF46ufu5qi8R_SzvAD7_mSlg6q2ef/view (in Thai)
19. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 2nd ed. NY: Harper and Row;1973.
20. Thanachayod J. Probability and statistics. teaching materials for the probability and statistics course, academic year 2/2021. Bangkok: Department of Mathematics, Faculty of Education, Suan Sunandha Rajabhat University;2021. (in Thai)
21. Wangrakdiskul U. Designing queuing system for public hospitals in Thailand. In: Tokyo International Conference on Engineering and Applied Science; 2014 Dec; Tokyo, Japan. Bangkok: King Mongkut's University of Technology North Bangkok; 2014. p.539-50.
22. Handayani DP, Mustafid M, Surarso B. Patient queue systems in hospital using patient treatment time prediction algorithm. Kinetik 2020;5(1):45-54.
23. Saiklang P. Development of automatic queue system Nakhonphanom Hospital. J Thai Med Inform Assoc 2022;6(1):32–9. (in Thai)

รูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1-12 ในบริบทประเทศไทย: การวิจัยแบบผสานวิธีเชิงลำดับ*

บุษกร โลหารขุน ประ.ด.** อรรวรรณ์ คูหา วท.ม.*** ขวัญฤดี มีผิว วท.บ.****
พิบูลวงศ์ โพธิ์วงศ์ วท.บ.**** ณัฐพล ใหม่เพย วท.บ.**** อธิพร อุ่นบาง วท.บ.*****
ปณิตา มุ่งกลาง พย.บ.***** พันณิชิตา แก้วกุลเศรษฐี วท.บ.***** นัตดา คำนิยม ประ.ด.*****

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสานวิธีเชิงลำดับนี้ เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการทุกระดับ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1-12 ในบริบทประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ เป็นกลุ่มผู้รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ กลุ่มตัวอย่างศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเป็นผู้บริหาร/ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ และผู้รับบริการ พื้นที่ศึกษาคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วนการผ่านเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุที่ร้อยละ 50 และสัดส่วนของสถานบริการแต่ละระดับ รวม 450 แห่ง เป็นสถานบริการ 1) ระดับ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (A, S) จำนวน 45 แห่ง 2) ระดับ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก และโรงพยาบาลชุมชน (M1, M2) จำนวน 66 แห่ง; และ 3) ระดับ โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง และโรงพยาบาลขนาดเล็ก (F1, F2, F3) จำนวน 339 แห่ง เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบมีโครงสร้างและการสนทนากลุ่มด้วยแนวคำถามแบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหาตามประเด็นการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า สถานบริการสุขภาพให้ข้อมูลผ่านการตอบแบบสอบถาม จำนวน 397 แห่ง ได้แก่ สถานบริการสุขภาพระดับ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (A, S) จำนวน 55 แห่ง ระดับ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก และโรงพยาบาลชุมชน (M1, M2) จำนวน 63 แห่ง และระดับโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง และโรงพยาบาลขนาดเล็ก (F1, F2, F3) จำนวน 279 แห่ง มีการดำเนินงานจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 99.5 รูปแบบการจัดบริการในคลินิกผู้สูงอายุอย่างเดียว มีร้อยละ 59 จัดบริการร่วมกับงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 2.62 และจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ไปในชุมชน ร้อยละ 17.04

ผู้รับบริการสะท้อนว่าพึงพอใจต่อการบริการโดยเฉพาะการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจากทีมสหวิชาชีพและต้องการเข้ามาใช้บริการมากขึ้น ส่วนผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุที่มารับบริการ โดยดูแลผู้สูงอายุเสมือนดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของตนเอง และผู้เกี่ยวข้องกับนโยบายนี้เห็นว่าควรขับเคลื่อนนโยบายอย่างต่อเนื่อง และควรเพิ่มมาตรฐานการจัดบริการให้มีคุณภาพ ถือเป็นงานสำคัญและขานรับนโยบายขับเคลื่อนบริการในระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาสามารถนำไปสู่การขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานและจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ สามารถนำไปปรับใช้ดำเนินการได้ในทุกระดับสถานบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นช่องทางให้บริการที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้อย่างเป็นระบบและทั่วถึงเพื่อสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุไทย

คำสำคัญ: คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุเฉพาะทาง คลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ

เลขที่จริยธรรมการวิจัย 1/2566 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

วันที่รับบทความ 25 พฤศจิกายน 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 21 กรกฎาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 29 สิงหาคม 2568

*สนับสนุนงบประมาณจากกองทุนวิชาการ (ด้านวิจัย) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

**ผู้อำนวยการ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

***นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

****นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

*****นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

*****นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

*****นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ องค์การบริหารส่วนจังหวัดเพชรบุรี

*****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ประสานงาน ntda@kku.ac.th

Operational model of geriatric clinic in health facilities under the 1st to 12th health zones, Ministry of Public Health in the Thai context: A sequential mixed-method study*

Bootsakorn Loharjun Ph.D.** Orawan Kuha M.Sc.*** Khuanruedee Meepeiw B.Sc.****
 Piboolwong Plongwong B.Sc.**** Natthapon Maifeoi B.Sc.**** Thilaphon Unbang B.Sc.*****
 Panita Mungklang B.N.S.***** Panchita Kaewkunset B.Sc.***** Nutda Kumniyom Ph.D.*****

Abstract

This mixed-methods based on sequential approach aimed to explore the operational model of geriatric clinics across healthcare facilities at all levels under the Ministry of Public Health, within the 1st to 12th health zones of Thailand. The sample for the quantitative research consisted of those responsible for geriatric clinics, service providers, and clients. The sample for the qualitative research includes administrators/policy makers, geriatric clinic staff, and clients. The study area was selected using stratified random sampling based on the proportion of geriatric clinics meeting the standard criteria (50%) and the distribution of healthcare facilities across different levels, totaling 450 facilities. These included 1) 45 facilities at Levels A and S, 2) 66 facilities at Levels M1 and M2, and 3) 339 facilities at Levels F1, F2, and F3. Data were collected using questionnaires, structured interviews, and focus group discussions with structured question guides. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, and mean; while qualitative data were analyzed through content analysis based on the research themes.

The study found that 397 healthcare facilities responded to the questionnaire. These included 55 facilities categorized as A and S levels, 63 facilities categorized as M1 and M2 levels, and 279 facilities categorized as F1, F2, and F3 levels. Of these, 99.5% had established elderly care clinics. Service models showed that 59% operated stand-alone elderly care clinics, 2.62% combined elderly care with non-communicable diseases clinics, and 17.04% provided mobile elderly care clinics within the community. Clients expressed satisfaction with the care, particularly the health consultation provided by multidisciplinary teams, and indicated a desire to utilize the services more frequently. Service providers demonstrated a positive attitude toward older clients, taking care for older clients as they would care for older persons in their own families. Persons relevant to this policy emphasized the need for implementing this policy continuously and enhancing the standards to ensure the quality of services. They also perceive these services as a critical policy and be responsible for implementing in the community continuously.

The findings could be used to drive policy initiatives and to launch the geriatric clinics. These insights could also be adapted and applied across all levels of healthcare facilities continuously. This would improve the accessibility to the healthcare services for the older persons to get the comprehensive care systematically and thoroughly, contributing to the well-being of the Thai aging population.

keywords: geriatric clinic; specialized geriatric clinic; mobile geriatric clinic; geriatric clinic standards

Ethical approval: 1/2566, Plagiarism checked, 3 Reviewers.

Received 25 November 2025, Revised 21 July 2025, Accepted 29 August 2025

*Funding was supported by the Academic Fund (Research) of the Department of Medical Services, Ministry of Public Health

**Director of the Somdej Phra Sangkharat Yanasangworn Institute of Geriatric Medicine

***Public health technical officer, A senior professional level, The Somdej Phra Sangkharat Yanasangworn Institute of Geriatric Medicine

****Public health technical officer, A practitioner level, The Somdej Phra Sangkharat Yanasangworn Institute of Geriatric Medicine

*****Clinical psychologist, A practitioner level, The Somdej Phra Sangkharat Yanasangworn Institute of Geriatric Medicine

*****Public health technical officer, A professional level, The Somdej Phra Sangkharat Yanasangworn Institute of Geriatric Medicine

*****Public health technical officer, A practitioner level, Phetchabun Provincial Administrative Organization

*****Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author, E-mail nutda@kku.ac.th

บทนำ

ประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนประชากรวัยสูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด¹ และกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ในปี พ.ศ. 2565² ปัจจุบันปี พ.ศ. 2566 แนวโน้มประชากรสูงอายุเพิ่มจำนวนเป็น ร้อยละ 20.08 ของประชากรทั้งหมด³ การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อรองรับการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น จึงเป็นประเด็นสำคัญของประเทศ ปี พ.ศ. 2566 รัฐบาลประกาศให้เป็นปีแห่งสุขภาพผู้สูงวัยไทย กระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนนโยบาย โดยกำหนดนโยบายการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุที่มุ่งเน้นประเด็นสำคัญ 5 ประการ⁴ ได้แก่ 1) การเข้าถึงบริการสุขภาพ เชื่อมโยงบริการสุขภาพทุกระดับแบบไร้รอยต่อ เน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม 2) การยกระดับการสร้างเสริมสุขภาพ 3) นำสุขภาพขับเคลื่อนเศรษฐกิจ 4) ฐานข้อมูลด้านสุขภาพและประเด็นสำคัญ 5) ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง ส่งเสริมให้สูงวัยอย่างแข็งแรง โดยการสนับสนุนของครอบครัวและชุมชน บูรณาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งร่างกายจิตใจ และภาวะสมองเสื่อมได้รับการคัดกรองสุขภาพ ประเมินความเสี่ยงของโรค การป้องกันปัญหาสุขภาพ ตลอดจนการดูแลระยะยาว (long term care) ได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต อีกทั้ง สนับสนุนให้โรงพยาบาลทุกระดับจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มช่องทางเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกมากยิ่งขึ้น⁴ ในประเด็นการตรวจรักษาและฟื้นฟูผู้สูงอายุ เพื่อเป้าหมายให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีเข้าถึงระบบบริการ มีชีวิตยืนยาวด้วยคุณภาพชีวิตที่ดี⁴ สำหรับการเข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ภายหลังผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพ 9 ด้าน กรณีที่พบความผิดปกติจะได้รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในเรื่องภาวะสมองเสื่อมและภาวะหกล้ม ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป็นตัวชี้วัด เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบบริการ คือ กำหนดให้โรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 100⁵

ภายใต้แผนยุทธศาสตร์กรมการแพทย์ แผนปฏิบัติการราชการกรมการแพทย์ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570)⁴ ในยุทธศาสตร์ที่ 1 เป็นศูนย์การบริการวิชาการและงานวิจัยทางการแพทย์เฉพาะทาง (DMS academic hub) มุ่งเน้นการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (healthy ageing) มีประเด็นที่เกี่ยวข้อง คือ การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ จัดทำมาตรฐานการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล การถ่ายทอดองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ให้แก่ แพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ ต้นแบบคลินิกผู้สูงอายุ และนวัตกรรมด้านการดูแลผู้สูงอายุ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ได้จัดทำ (1) แนวทางการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ^{4,6} และ (2) กำหนดมาตรฐานการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ⁷ ประกอบด้วย 1) การมีระบบบริการที่ครอบคลุมการประเมิน (comprehensive geriatric assessment) และการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ 2) มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประจำคลินิก 3) มีการวินิจฉัยและการวางแผนการดูแล และ 4) มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงสนับสนุนการรับ-ส่งต่อ ทั้งในและนอกโรงพยาบาล⁷ ด้วยการแบ่งระดับการจัดบริการคลินิกตามระดับโรงพยาบาลเป็น 3 ระดับ⁷ ได้แก่ 1) ระดับ F1-F3, M1-M2, S-A คือ โรงพยาบาลระดับ F (first-level hospital) แบ่งย่อยเป็น F3-F1 คือ ระดับ F1 โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ขนาด 60-120 เตียง ระดับ F2 โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ขนาด 30-90 เตียง และระดับ F3 โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ขนาด 30 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติ 2) โรงพยาบาลระดับ M (middle-level hospital) แบ่งย่อยเป็น M2-M1 คือ ระดับ M1 (middle-level hospital) โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ และระดับ M2 (middle-level hospital) โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 120 เตียงขึ้นไป ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3-5 คน และแพทย์เฉพาะทางครบ ทั้ง 6 สาขาหลัก อย่างน้อยสาขาละ 2 คน และ 3) โรงพยาบาลระดับ S (standard-level hospital) โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ โรงพยาบาลที่มี

ขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ และ 4) โรงพยาบาลระดับ A (advance-level hospital) โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพงและ โรงพยาบาลระดับ S-A และสนับสนุนการดำเนินงานโดยจัดการอบรมหลักสูตรคลินิกผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากรประจำคลินิกผู้สูงอายุผ่านระบบออนไลน์ (online meeting)^{4,7} กลุ่มเป้าหมายในการเข้ารับบริการ มีทั้งผู้สูงอายุที่ส่งต่อมาจากการคัดกรองในชุมชน ผู้สูงอายุที่รับ-ส่งต่อมาจากสถานบริการ ภายในจังหวัด ระหว่างจังหวัด ระหว่างเขตบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์และผู้สูงอายุที่ต้องการมารับบริการเอง^{6,7} อีกทั้งยังกำหนดตัวชี้วัดมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ⁷ (standard 1-4) แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ 1) ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม (structure: S1) 2) ด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิก (staff: S2) เป็นบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุขประจำคลินิกผู้สูงอายุ 3) ด้านรูปแบบและการจัดบริการ (service: S3) มีบริการที่ครอบคลุม มีบริการการวินิจฉัย และการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุ การประเมินและการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ และ 4) ด้านการบริหารจัดการคลินิก (service management: S4) มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการรับ-ส่งต่อ ทั้งในและนอกโรงพยาบาล⁸ และมีผังไหลการดำเนินงานของคลินิกผู้สูงอายุ ตามระดับสถานบริการสุขภาพ ตามจากนโยบายและแผนงานของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขที่จะรองรับการจัดบริการผู้สูงอายุในรูปแบบคลินิกผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ และผู้สูงอายุเข้าถึงระบบบริการได้อย่างทั่วถึง

ทางคณะผู้วิจัย นำโดยสถาบันเวชศาสตร์ฯ มีบทบาทหน้าที่ด้านวิชาการและการวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ ได้จัดทำมาตรฐานและขับเคลื่อนการดำเนินงานเขตบริการสุขภาพ⁶ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั่วประเทศ สอดคล้องตามนโยบาย ซึ่งปัจจุบันใน 12 เขตสุขภาพ มีหน่วยบริการที่ดำเนินการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ มีบริการที่หลากหลายและแตกต่างกันไปตามหน่วยสถานบริการแต่ละระดับ ทางคณะผู้วิจัย จึงสนใจศึกษาถึงรูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุในหน่วยสถานบริการแต่ละระดับ เพื่อหาผลลัพธ์การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในรวมภาพของประเทศ และรูปแบบของคลินิกผู้สูงอายุและการจัดกิจกรรมบริการ เพื่อให้สามารถขยายผลและนำสู่การกำหนด/ปรับปรุงมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุที่เหมาะสมในหน่วยบริการแต่ละระดับได้ ทั้งรูปแบบที่จัดตั้งในสถานบริการและชุมชน เพื่อการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เกิดความยั่งยืนและบูรณาการเกิดเป็นงานประจำที่มีคุณภาพ ด้านการบริการสุขภาพผู้สูงอายุทุกระดับหน่วยบริการ สอดคล้องตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ขับเคลื่อนและมุ่งเน้นการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการบริการและทั่วถึงต่อไป⁸

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการทุกระดับ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1-12 ในบริบทประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์ย่อย คือ 1) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการทุกระดับ สังกัด กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1-12 และ 2) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของสถานบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ สังกัด กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1-12⁸

วิธีการวิจัย

การวิจัยแบบผสมวิธี (mixed methods) ใช้วิธีการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีการวิจัย ดังนี้ 1) การวิจัยเชิงปริมาณ ศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการทุกระดับ สังกัด ใช้กรอบแนวคิดตามมาตรฐานการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุครบวงจรใน 4 องค์ประกอบ/ด้าน คือ

ด้านโครงสร้าง ด้านบุคลากร ด้านการจัดบริการ และ ด้านการบริหารจัดการ (structure/staff/services/service management) พัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์⁴ โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากการติดตามผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 1-12 หลังจากนั้น ก็นำข้อมูลเชิงปริมาณมาคัดสรรโรงพยาบาลตามเกณฑ์คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพดี ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อหารูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการแต่ละระดับ ในเขตสุขภาพที่ 1-12 2) การวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการระดับต่าง ๆ ที่คัดสรร สังกัด กระทรวงสาธารณสุข ใช้กรอบแนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (health service system framework)⁹ ใน 6 องค์ประกอบ (6 building blocks: 6BB) ประกอบด้วย 1) การให้บริการสุขภาพ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ 4) การเข้าถึงยาที่จำเป็น 5) การเงินการคลัง และ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล รวมถึงองค์ประกอบอื่น ๆ ด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการผลลัพธ์และผลกระทบของระบบบริการสุขภาพด้วย และ 3) สรุปผลการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ และข้อเสนอแนะการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการ ทุกระดับ สังกัด กระทรวงสาธารณสุขที่พึงประสงค์ health

การวิจัยแบบผสมวิธี (mixed methods) แบบ sequential design โดยการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ ด้วยการวิจัยเชิงพรรณนา (quantitative descriptive research) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ในสถานบริการทุกระดับ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1-12 แล้วจึงทำการศึกษา โดยใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ แบบพรรณนา (qualitative descriptive research) เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ จากกรณีศึกษาคลินิกผู้สูงอายุที่คัดสรร จากสถานบริการระดับต่าง ๆ⁸ เพื่อให้ทราบ สถานการณ์และรูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ และจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน และผู้สูงอายุและครอบครัวที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ เพื่อขยายผลและสนับสนุนผลลัพธ์การดำเนินงาน คลินิกผู้สูงอายุ หลังจากมีนโยบายขับเคลื่อนคลินิกผู้สูงอายุทุกระดับสถานบริการสุขภาพ

ทั้งนี้ ในการดำเนินการตามวิธีการวิจัยแบบผสมวิธี (mixed methods) แบบ sequential design นั้น เป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างคณะผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยทุกท่าน ในการดำเนินการวางแผนการศึกษาวิจัย การทบทวนวรรณกรรม การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การสรุปวิเคราะห์ข้อมูล พิจารณาตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูล กรณีที่พบความไม่สมบูรณ์ดำเนินการเก็บข้อมูลเพิ่มเติม และจัดทำ สรุปรายงาน ผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1-12 ในบริบทประเทศไทย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ กำหนดลักษณะประชากร กลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ดำเนินการวิจัย เป็น 2 รูปแบบ ตามวิธีการวิจัย⁸ ดังนี้

การวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research)

ประชากรที่ศึกษา เป็นกลุ่มผู้ใช้บริการ กลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากคลินิกผู้สูงอายุ จากสถานบริการ ทั้ง 3 ระดับ ตามเกณฑ์ การเลือกพื้นที่ ประกอบด้วย (1) กลุ่มผู้รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุ (ผู้บริหาร/ผู้กำหนดนโยบาย) จำนวนรวม ทั้งสิ้น 450 คน (2) กลุ่มผู้รับบริการ เป็นผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล จำนวน 2 คนต่อสถานบริการ 450 แห่ง และ (3) กลุ่มผู้ให้บริการ เป็นผู้ปฏิบัติงานประจำในคลินิกผู้สูงอายุ จำนวนแต่ละ 1-3 คนต่อสถานบริการ 450 แห่ง

พื้นที่ในการศึกษา^๖ คัดเลือกจากคลินิกผู้สูงอายุของสถานบริการทุกระดับใน 12 เขตสุขภาพที่มีการขับเคลื่อนนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุมาแล้ว เป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง ระดับ (A, S, M1, M2, F1, F2, F3) จำนวนรวม 901 แห่ง เกณฑ์การเลือกพื้นที่ศึกษาใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (multi-stage sampling) จากสถานบริการทั้ง 3 ระดับ คือ 1) ระดับ A,S ; 2) ระดับ M1,M2; และ 3) ระดับ F1, F2, F3 โดยพิจารณาตามสัดส่วนของสถานบริการแต่ละระดับ ทั้ง 3 ระดับ และพิจารณาตามสัดส่วนของการผ่านเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ด้านสถานที่ สิ่งแวดล้อม บุคลากร รูปแบบการจัดบริการและการบริหารจัดการที่สัดส่วน ร้อยละ 50 จึงได้กลุ่มตัวอย่าง คือ โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ (คัดสรรโรงพยาบาลจากการติดตามผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ระหว่างเดือน พฤษภาคม - กรกฎาคม พ.ศ.2566) โดยมีคลินิกผู้สูงอายุ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ มีจำนวน 773 แห่ง และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ มีจำนวน 128 แห่ง โดยคิดเป็นสัดส่วน ร้อยละ 50 ทั้งสถานบริการที่ผ่านเกณฑ์และไม่ผ่านเกณฑ์ ได้จำนวนพื้นที่ศึกษา รวมทั้งสิ้น 450 แห่ง

การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง^๖

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลจากพื้นที่กรณีตัวอย่างคลินิกผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ จากสถานบริการระดับต่าง ๆ ใน 3 ระดับ และเป็นกรณีตัวอย่างของการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุที่ดี (best practice) จำนวน 6-12 กรณีตัวอย่าง และคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง ใน 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้รับบริการ (ผู้สูงอายุและครอบครัว) แห่งละ 1-2 คน 2) กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพที่ได้รับมอบหมาย 3) ผู้รับผิดชอบในคลินิกผู้สูงอายุ คือ ผู้รับผิดชอบหลักที่มีอำนาจตัดสินใจหรือมีคำสั่งแต่งตั้ง/มอบหมายให้ดูแลงานคลินิกผู้สูงอายุ คัดสรรตามระดับสถานบริการสุขภาพ (A-F) จำนวน 7 แห่ง โดยพิจารณาจากข้อมูลเชิงปริมาณ และทำการเลือกเพื่อเป็นตัวแทนในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของแต่ละระดับสถานบริการสุขภาพ กรณีตัวอย่าง (แห่งละ 1-2 คน) รวมเป็นผู้ให้ข้อมูลประมาณ 7-14 คน รวมถึง ผู้บริหารที่รับผิดชอบงานคลินิกผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุฯ จำนวน 1-2 คน

พื้นที่ในการศึกษา คัดเลือกพื้นที่ในการศึกษาจากสถานบริการสุขภาพทุกระดับในเขตสุขภาพที่ 1-12 ที่มีจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุและผ่านเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการ หลังจากมีการขับเคลื่อนนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ มาแล้วเป็นระยะเวลา 1 ปี และคัดเลือกเป็นกรณีตัวอย่างของการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุที่ดี (best practice) จำนวน 1 พื้นที่ ต่อระดับสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับ ตามเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ประกอบด้วย สถานบริการทุกระดับที่ผ่านมาตรฐานจากรายงานผลการติดตามการดำเนินงานของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุฯ มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุที่เชื่อมโยงระบบการรับ-ส่งต่อในทุกระดับ (A-F) หรือเป็นแม่ข่ายเดียวกันและมีการจัดบริการภาวะสมองเสื่อมและหรือภาวะหกล้ม ตามนโยบายมุ่งเน้นในคลินิกผู้สูงอายุ^{6,8}

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณและวิจัยเชิงคุณภาพ พัฒนาขึ้นโดยทีมผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ^๖ แบ่งเป็น 2 ส่วนตามวิธีการวิจัย ประกอบด้วย

1) การวิจัยเชิงบรรยาย เป็นชุดแบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด ประกอบด้วย ชุดที่ 1 แบบสอบถามการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สำหรับผู้บริหาร/ผู้กำหนดนโยบาย ชุดที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อบริการคลินิกผู้สูงอายุของกลุ่มผู้รับบริการ (ผู้สูงอายุและครอบครัว) ชุดที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติและสมรรถนะการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ปัญหา-อุปสรรคและความต้องการ การพัฒนาบริการคลินิกผู้สูงอายุ สำหรับผู้ปฏิบัติงานประจำในคลินิกผู้สูงอายุ

2) การวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม กำหนดแนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและการสนทนากลุ่มด้วยแนวคำถามแบบ มีโครงสร้าง จำนวน 3 ชุด ตามมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ชุดที่ 1 แนวคำถามการสัมภาษณ์/การสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ในมุมมองของ ผู้รับบริการ (ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล) ชุดที่ 2 แนวคำถามการสัมภาษณ์/การสนทนากลุ่ม ทั้งรูปแบบ online และ onsite เกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ในมุมมองสำหรับผู้ปฏิบัติงานประจำในคลินิกผู้สูงอายุ และชุดที่ 3 แนวคำถามการสัมภาษณ์/การสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในมุมมองของผู้รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุและผู้บริหาร/ผู้กำหนดนโยบายคลินิกผู้สูงอายุ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่พัฒนาขึ้นโดยคณะผู้วิจัย ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย⁷⁻⁸ จากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญทั้งด้านนโยบายคลินิกผู้สูงอายุ ด้านวิชาการผู้สูงอายุ ด้านโรคสมองเสื่อม จำนวน 3 ท่าน โดยเฉพาะเครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพและนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงเนื้อหา เพื่อให้สอดคล้องตามวัตถุประสงค์การวิจัย ก่อนนำไปใช้จริง ส่วนเครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น ใช้วิธีของแอลฟาครอนบาค (cronbach 's alpha reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นในแต่ละชุด คือ ชุดที่ 1 แบบสอบถามการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สำหรับผู้รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุ) เท่ากับ 0.799 ชุดที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อบริการคลินิกผู้สูงอายุของผู้รับบริการ (สำหรับผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล) เท่ากับ 0.761 และ ชุดที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติและสมรรถนะการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ปัญหา-อุปสรรค และความต้องการการพัฒนาบริการคลินิกผู้สูงอายุของผู้ให้บริการ/ผู้ปฏิบัติงาน เท่ากับ 0.943⁸

การศึกษาวิจัย⁸ เริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจกมีการขับเคลื่อนนโยบายการจัดตั้งและดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ มาแล้วเป็นระยะเวลา 1 ปี เริ่มทำการเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลา 3 เดือน ระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2566 และระยะเวลา 2 เดือน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม พ.ศ. 2567 โดยมีขั้นตอนดำเนินการ⁹ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการ

1. การจัดประชุมคณะผู้วิจัย เพื่อกำหนดแผนงาน เครื่องมือเก็บข้อมูล และแนวทางการรวบรวมข้อมูลจากแบบรายงานผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุสำหรับโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ติดตามผ่านonline จำนวน 901 แห่ง

2. การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ชี้แจงโครงการและแนวทางการจัดเก็บข้อมูลร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เขตบริการสุขภาพทั้ง 12 เขต ที่มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ การจัดบริการและดูแลผู้สูงอายุ 9 ด้าน (เน้นกลุ่มภาวะสมองเสื่อมและภาวะหกล้ม)

ขั้นตอนที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การจัดเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในคลินิกผู้สูงอายุ สถานบริการทุกระดับ ระหว่างเดือน ตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยการส่งแบบสอบถาม ทั้ง 3 ชุด ให้กับทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แต่ละจังหวัดแจกจ่ายให้กับสถานบริการที่ได้รับการคุ้มครองการเรียนรู้

2. การจัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ภายหลังจากวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณแล้ว ทำให้ได้ข้อมูล สถานการณ์การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ทั้ง 12 เขตสุขภาพ แล้วคัดสรรสถานบริการที่มีการดำเนินงานคลินิก ผู้สูงอายุคุณภาพดี เพื่อเป็นตัวแทนของสถานบริการสุขภาพในแต่ละระดับ ใน 12 เขตสุขภาพ โดยเลือก 1 สถาน บริการสุขภาพต่อระดับสถานบริการสุขภาพ (A-F3) เพื่อดำเนินการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ ผู้ดำเนินงานคลินิก ทั้งในรูปแบบ online และ onsite และมีการโทรสอบถาม และสอบถามซ้ำ กรณีได้ข้อมูล ไม่ชัดเจน/ไม่ครบถ้วน รวมทั้งติดตามในประเด็นคำถามที่ต้องการสอบถามเพิ่มเติมในแต่ละแบบสอบถาม ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ. 2567

ขั้นตอน 3 การสรุป วิเคราะห์ และอภิปรายผล

1. ข้อมูลที่ได้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ จะถูกตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ โดยทีมวิจัย และที่ปรึกษาโครงการ ตลอดระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละช่วง หากพบข้อมูลไม่ครบถ้วน สมบูรณ์หรือพบประเด็นที่น่าสนใจที่ต้องการคำอธิบายเพิ่มเติม ก็ดำเนินการเก็บข้อมูลซ้ำอีกครั้ง โดยทีมวิจัย จะสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานคลินิกผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุและครอบครัว ในรูปแบบ online และ onsite (เชิงคุณภาพ) รวบรวมข้อมูลและสรุปประเด็นจากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์ จนได้ข้อมูลที่ไม่แตกต่างไปจากเดิม นำมา วิเคราะห์รวมกับข้อมูลแบบสอบถาม (เชิงปริมาณ)

2. รวบรวมข้อมูลมาสรุปวิเคราะห์ จัดกลุ่มเนื้อหา กำหนดหมวดหมู่/จัดกลุ่ม และขยายความผลลัพธ์ ข้อมูลจากขั้นตอนแรก (เชิงปริมาณ) ตามประเด็นและวัตถุประสงค์การวิจัยกำหนด จากนั้นจัดการประชุม เชิงปฏิบัติการระหว่างคณะผู้วิจัย ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญทั้งด้านนโยบายคลินิกผู้สูงอายุ ด้านวิชาการผู้สูงอายุ เพื่อคืน/สะท้อนข้อมูลกลับ พิจารณาให้ข้อเสนอแนะ ซึ่งข้อเสนอแนะที่ได้จะนำมาสรุป ผลการศึกษา และจัดทำสรุปรายงานการวิจัย ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ^๑ เป็นการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ในสถานบริการทุกระดับ ออกแบบคำถามและนำไปใช้ในการติดตามการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของสถาบัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย นำเสนอผลด้วยแผนภูมิ ตาราง

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ^๑ เป็นการศึกษาแบบการดำเนินงานคลินิกคุณภาพดี หลังจาก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณแล้วได้ข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุใน 12 เขตสุขภาพ แล้ว คัดสรรพื้นที่ที่มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพดี สอดคล้องตามมาตรฐานที่กำหนด วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์ ทำวิเคราะห์ข้อมูลกำหนด หมวดหมู่/จัดกลุ่มและตีความหมาย ตามประเด็นและวัตถุประสงค์การวิจัยกำหนด จนสามารถสรุป ผลการวิเคราะห์และนำเสนอในรูปแบบที่เข้าใจง่าย

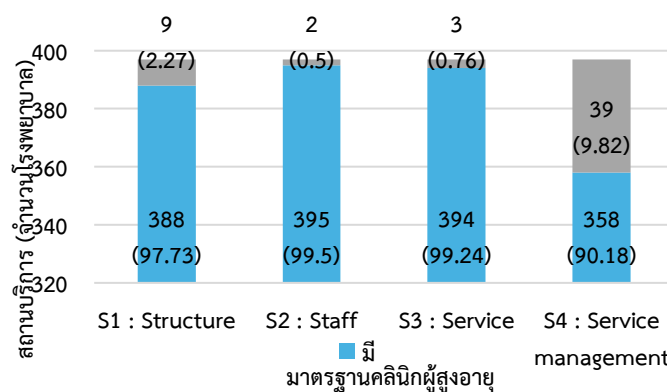
จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยการศึกษารูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการทุกระดับ สังกัด กระทรวงสาธารณสุข ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยสถาบันเวชศาสตร์

สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 1/2566 เมื่อวันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2566⁸

ผลการวิจัย

สถานการณ์การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการทุกระดับ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข หลังจากมีผ่านการขับเคลื่อนนโยบายผ่านมา เป็นระยะเวลา 1 ปี (ตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2566) สถานบริการสุขภาพที่ให้ข้อมูลผ่านการตอบแบบสอบถาม จำนวนทั้งหมด 397 แห่ง ประกอบด้วย สถานบริการสุขภาพระดับ A,S จำนวน 55 แห่ง ระดับ M1, M2 จำนวน 63 แห่ง และ ระดับ F1, F2, F3 จำนวน 279 แห่ง ผลลัพธ์การดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุในทุกระดับสถานบริการสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 99.5 มีการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุและ ร้อยละ 0.50 ที่ยังไม่มีการจัดตั้ง



แผนภูมิที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละการผ่านตามมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุในการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ⁷⁻⁸

เมื่อพิจารณาตามมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ⁷ พบว่า มีสถานบริการที่ผ่านตามมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ 4 ด้าน (S1-S4) ส่วนใหญ่ผ่านมาตรฐานด้านบุคลากร (S2) และด้านรูปแบบการจัดบริการ (S3) สูงสุด ร้อยละ 99.50 และร้อยละ 99.24 ตามลำดับ มีเพียงไม่ถึงร้อยละ 1 ที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ ส่วนด้านสถานที่สิ่งแวดล้อม ดำเนินการได้ ร้อยละ 97.73 ที่ยังดำเนินการไม่ชัดเจน มีเพียงร้อยละ 2.27 และด้านการบริหารจัดการคลินิก พบว่า ยังมีการดำเนินการได้น้อยเมื่อเทียบกับมาตรฐานคลินิก อีก 3 ด้าน (ร้อยละ 90.18) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

คลินิกผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการใช้พื้นที่ร่วมกับคลินิกอื่น ๆ เช่น คลินิกประคับประคอง คลินิกเด็กดี คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ คลินิกหมอครอบครัว คลินิกจิตเวชและยาเสพติด คลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก และคลินิกกายภาพ รองลงมา คือ คลินิกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 23.68 คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases; NCDs) ร้อยละ 15.87 ในขณะที่ในบางพื้นที่ได้ดำเนินการแยกออกมาเป็นคลินิกผู้สูงอายุเฉพาะ ร้อยละ 13.35 สอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ที่พบว่า มีสถานบริการสุขภาพที่จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุรวมอยู่ในศูนย์ชีวิภิบาล และจัดบริการในผู้สูงอายุด้านอื่นร่วมด้วย เช่น การดูแลประคับประคอง การดูแลระยะยาว เป็นต้น

เมื่อวิเคราะห์ตามกรอบงาน (six building block) ของการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ พบว่า

(1) ด้านกำลังคนสุขภาพ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ มีจำนวน 4-6 สาขา ร้อยละ 41.65 ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร แพทย์แผนไทย นักกายภาพ นักโภชนาการ และทันตแพทย์ โดยมีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ

และร้อยละ 88.16 มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำคลินิกผู้สูงอายุ สอดคล้องกับบทสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ ที่พบว่า มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำคลินิกและมีทีมสหวิชาชีพ เป็นหลักในการร่วมดูแลและให้บริการ

(2) ด้านการให้บริการสุขภาพ พบว่า มีการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง โดยแพทย์และทีมผู้ให้บริการ ร้อยละ 89.42 มีการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบถ้วน ร้อยละ 83.63 และมีบริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 82.12 ตามลำดับ สอดคล้องกับบทสัมภาษณ์ของผู้รับบริการที่สะท้อนว่า ได้รับการบริการที่สะดวก รวดเร็ว ขั้นตอนไม่เยิ่นเย้อเกินไป และตอบสนองความต้องการของ ผู้สูงอายุอย่างตรงประเด็น ส่วนของรูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 59 มีการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุโดยเฉพาะ รองลงมา คือ คลินิกเฉพาะทาง เช่น คลินิกความจำ คลินิกโปรแกรมกระตุ้นสมอง/ฝึกสมอง คลินิกป้องกันการหกล้ม ร้อยละ 19.55 คลินิกเคลื่อนที่ในชุมชน ร้อยละ 17.04 การจัดบริการ/บูรณาการร่วมกับงานคลินิก NCDs ร้อยละ 2.62 และการจัดบริการ/บูรณาการร่วมกับคลินิกผู้ป่วยนอก (out-patient department; OPD) ร้อยละ 0.83 ตามลำดับ

(3) ด้านระบบบันทึกข้อมูลใช้ในคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งรูปแบบการบันทึกข้อมูลที่ใช้มากที่สุด คือ การบันทึกลงในระบบฐานข้อมูล HOSXP (ซอฟต์แวร์แอปพลิเคชัน สำหรับสถานพยาบาล สถานือนามัย และโรงพยาบาล เพื่อเก็บข้อมูลผู้ป่วยและช่วยบุคลากรในการให้บริการทางการแพทย์ผู้ป่วย) ของโรงพยาบาล ร้อยละ 40.66 และข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบเพิ่มเติมว่ามีการใช้แบบบันทึกข้อมูลที่พัฒนาขึ้นมาเอง ควบคู่กับการบันทึกข้อมูลในระบบฐานข้อมูลของสถานบริการสุขภาพนั้น ๆ เช่น ระบบบันทึกข้อมูลที่สามารถรองรับแบบประเมินการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม (comprehensive geriatric assessment; CGA) การเชื่อมกับข้อมูลการ คัดกรอง เป็นต้น

(4) ด้านการเข้าถึงยา พบว่า สามารถเข้าถึงยาที่จำเป็นตามสิทธิ์สำหรับผู้สูงอายุได้ และยาในกลุ่มภาวะสมองเสื่อม ต้องเบิกจ่ายในระดับแพทย์เฉพาะทาง ทำให้ผู้สูงอายุบางกลุ่มไม่สามารถเข้าถึงยาได้

(5) ด้านการเงินการคลัง พบว่า ผู้ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ สามารถเบิกจ่ายตรง และตามสิทธิ์ครอบคลุมสุขภาพแห่งชาติ (universal coverage; UC) และสำหรับสถานบริการจะมีการพัฒนา/แนวทางการเชื่อมรหัสการจัดบริการในสถานบริการสุขภาพกับรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่คลินิก และสามารถเบิกจ่ายค่าบริการสุขภาพ ในระบบได้

(6) ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล พบว่า ผู้บริหารเห็นชอบและให้การสนับสนุน รวมทั้งให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่ดำเนินงานในคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อนำความรู้และทักษะมาปรับใช้ในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ

จากข้อมูลเชิงปริมาณ สถานการณ์การดำเนินงานและจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ตามการขับเคลื่อนนโยบายด้านผู้สูงอายุ และบทสัมภาษณ์การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในทุกระดับสถานบริการสุขภาพ สรุปได้ว่า คลินิกผู้สูงอายุ มีรูปแบบการจัดบริการ ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย และสหวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง จัดบริการทั้งเชิงรับในที่ตั้ง และเชิงรุกส่งออกไปที่ชุมชน และข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว เพราะเป็นบริการเฉพาะสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ และพึงพอใจในบริการที่ได้รับ เช่น บริการแบบเบ็ดเสร็จในจุดเดียว ให้คำแนะนำอย่างครบถ้วน ไม่รีบเร่ง เป็นต้น สรุปได้ว่า คลินิกผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบการจัดบริการอย่างหนึ่ง ที่ให้การดูแลแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละรูปแบบและการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุจำแนกตามระดับสถานบริการสุขภาพ⁸

รูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ	ระดับสถานบริการสุขภาพ			รวมทั้งหมด
	รพศ. (A, S)	รพท. (M1, M2)	รพช. (F1, F2, F3)	
- คลินิกผู้สูงอายุอย่างเดียว	75 (62.50)	95 (62.50)	325 (57.32)	495 (59.00)
- คลินิกเฉพาะทาง เช่น คลินิกความจำ คลินิกโปรแกรมกระตุ้นสมอง/ฝึกสมอง คลินิกป้องกันการหกล้ม	22 (18.33)	30 (19.74)	112 (19.75)	164 (19.55)
- คลินิกเคลื่อนที่ในชุมชน	21 (17.50)	20 (13.16)	105 (18.52)	146 (17.40)
- จัดบริการ/บูรณาการร่วมกับ NCD	2 (1.67)	5 (3.29)	15 (2.65)	22 (2.62)
- จัดบริการ/บูรณาการร่วมกับ คลินิก OPD	-	-	7 (1.23)	7 (0.83)
- คลินิกผู้สูงอายุ ในเรือนจำ/เคลื่อนที่ในเรือนจำ	-	2 (1.32)	1 (0.18)	3 (0.36)
- คลินิก NCD สัญจร	-	-	2 (0.35)	2 (0.24)

ส่วนการดำเนินงานด้านนโยบายที่เน้นการดูแลในกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมและหกล้มจากการคัดกรองพบความเสี่ยงเกิดภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ ทั้งรูปแบบการจัดบริการแบบเชิงรับและเชิงรุกในเขตสุขภาพที่ 1-12 ทุกระดับสถานบริการสุขภาพ มีจำนวนภาวะสมองเสื่อม เฉลี่ย 26 คนต่อเดือน และพบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ใน 12 เขตสุขภาพ จำนวนเฉลี่ย 17 รายต่อเดือน ส่วนการคัดกรองและมีความเสี่ยงเกิดภาวะหกล้มในคลินิกผู้สูงอายุ พบจำนวนเฉลี่ย 44 รายต่อเดือน และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ใน 12 เขตสุขภาพ มีจำนวนเฉลี่ย 29 รายต่อเดือน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผลการดำเนินงานการให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ ด้านภาวะสมองเสื่อมและภาวะหกล้ม จำแนกตามระดับสถานบริการสุขภาพ⁸

ผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ (รายคน/เดือน)	ระดับโรงพยาบาล (จำนวนและร้อยละ)			
	รพศ. (A, S)	รพท. (M1, M2)	รพช. (F1, F2, F3)	รวม
1. จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงเกิดภาวะสมองเสื่อมในคลินิก (รับ refer และ walk in)	3,854 (70.07)	1,763 (27.98)	4,483 (16.07)	10,100 (25.57)
2. จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแล	2,556 (46.47)	1,523 (24.17)	2,526 (9.05)	6,603 (16.72)
3. จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับ การคัดกรองและมีความเสี่ยงเกิดภาวะหกล้มในคลินิกผู้สูงอายุ (รับ refer และ walk in)	5,644 (102.62)	3,059 (48.56)	8,862 (31.76)	17,565 (44.36)
4. จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มได้รับการดูแลรักษาหรือส่งต่อ	3,152 (57.31)	2,657 (42.17)	5,732 (20.54)	11,541 (29.07)

รูปแบบการดำเนินงานในคลินิกผู้สูงอายุ จากบทสัมภาษณ์ทั้งผู้ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ และครอบครัว ที่มารับบริการคลินิกผู้สูงอายุ พบว่า มีการดำเนินงานที่เป็นระบบชัดเจน ช่วยลดความแออัดในด้านบริการของสถานบริการสุขภาพขนาดใหญ่ เช่น ระดับ A, S ทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่เร็วขึ้น และ

เป็นประโยชน์ที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ ดังเสียงสะท้อนของผู้ปฏิบัติงาน ที่กล่าวว่า “การให้บริการผู้สูงอายุเหมือนผู้ใหญ่ในบ้าน เช่น การให้คำแนะนำ พูดคุย ด้วยความนุ่มนวล และเป็นกันเอง” และ “การดูแลด้วยความใส่ใจ ชักถามพูดคุย ไม่เร่งรีบ” “...มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำคลินิก และทีมสหวิชาชีพร่วมดูแลร่วมให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ...” และ “...มีการดำเนินงานที่เป็นระบบชัดเจนภายในคลินิกผู้สูงอายุ...”

ส่วนผู้มาใช้บริการคลินิกผู้สูงอายุ มากกว่าร้อยละ 95 ของในทุกระดับสถานบริการ ได้สะท้อนความคิดเห็นว่า คลินิกผู้สูงอายุมีความสำคัญและจำเป็นต่อการจัดบริการผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ดูแลดี เอาใจใส่ มีขั้นตอนการบริการที่ชัดเจน ดังเสียงสะท้อนของผู้มาใช้บริการที่กล่าวว่า “...เจ้าหน้าที่ดูแลดี เอาใจใส่ มีขั้นตอนการบริการที่ชัดเจน...” “...ได้รับการบริการที่สะดวก รวดเร็ว ขั้นตอนไม่เยิ่นเย้อเกินไป...” และ “...ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุอย่างตรงประเด็น...” ส่วนความคาดหวังและความต้องการของผู้มาใช้บริการสะท้อนว่า “ต้องการสถานที่คลินิกผู้สูงอายุที่แยกออกมา มีบุคลากรให้การดูแลครบและเฉพาะด้าน อยากให้เพิ่มการเปิดบริการมากกว่าที่มีการดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน และอยากให้บริการแบบนี้ออกไปให้บริการในชุมชน จะได้มารับบริการได้สะดวก และผู้สูงอายุที่มาไม่ได้ จะได้รับบริการด้วย”

สรุปได้ว่า รูปแบบคลินิกผู้สูงอายุที่มีการดำเนินการในปัจจุบัน แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบบริการเชิงตั้งรับ จัดบริการในที่ตั้ง คลินิกผู้สูงอายุอย่างเดียว บูรณาการร่วมกับคลินิกอื่น เช่น NCDs OPD และ 2) รูปแบบบริการเชิงรุก เป็นการจัดการบริการส่งออกไปที่ชุมชนมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม โดยดำเนินงานเป็นทีมสหวิชาชีพ (multi-disciplinary team) ส่วนการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในมุมมองของ ผู้รับบริการ สะท้อนถึงความพึงพอใจในการจัดบริการ ทั้งขั้นตอนการให้บริการ บุคลากรและความต้องการให้ขยายบริการในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการ ขณะที่มุมมองของผู้รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุและผู้บริหาร/ผู้กำหนดนโยบายคลินิกผู้สูงอายุสะท้อนถึงความพึงพอใจต่อแนวทางการดำเนินงานที่เป็นระบบชัดเจน ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่รวดเร็ว มีทีมสหวิชาชีพร่วมดูแลร่วมให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุและสะท้อนถึงทัศนคติที่ดีในการให้บริการที่เปรียบเทียบกับเหมือนการดูแลผู้สูงอายุในบ้าน

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ผลลัพธ์การดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุในทุกระดับสถานบริการสุขภาพ โดยพบว่า ร้อยละ 99.5 มีการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ หลังขับเคลื่อนนโยบายมาแล้ว 1 ปี และยังไม่มี การจัดตั้งอีกเพียง ร้อยละ 0.50 กลุ่มงานที่รับผิดชอบในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุมากที่สุด คือ กลุ่มงานการพยาบาล ร้อยละ 30.48 รองลงมา คือ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ร้อยละ 27.96 กลุ่มงานผู้ป่วยนอก ร้อยละ 18.14 และ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม ร้อยละ 6.30 นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มอื่น ๆ ที่รับผิดชอบในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ได้แก่ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด กลุ่มงานโรคเรื้อรัง กลุ่มงานอายุกรรม เป็นต้น ในส่วนของผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ คือ พยาบาลวิชาชีพ มากที่สุด ร้อยละ 80.10 รองลงมาคือ แพทย์ ร้อยละ 12.85 และนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 3.53 ตามลำดับ และพบว่า มีผู้รับผิดชอบหลักอื่น ๆ ได้รับมอบหมายให้ดำเนินงานตามนโยบาย เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองผู้อำนวยการฝ่ายปฐมภูมิ เป็นต้น โดยเฉพาะในสถานบริการสุขภาพระดับโรงพยาบาลชุมชน (F) ซึ่งมีข้อจำกัดด้านบุคลากร ตามวัตถุประสงค์หลักในการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และผู้สูงอายุกลุ่มที่มีความเสี่ยง/ปัญหาสุขภาพได้รับการที่รวดเร็วและทั่วถึง (จากการรายงานข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ พัชรียา ไชยลังกา และคณะ ที่ศึกษาการพัฒนาแบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน¹⁰ ผลการวิจัยพบว่า การดูแลแบบผสมผสานจากสหวิชาชีพ สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

และสมาชิกในครอบครัว ผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการมีความพึงพอใจในการให้บริการอยู่ในระดับมากที่สุด และเห็นว่าการจัดบริการที่ได้รับตรงกับความต้องการและเป็นประโยชน์กับสุขภาพผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาตามมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ (S1-S4) ในแต่ละด้าน พบว่า

(1) ด้านสถานที่/สิ่งแวดล้อม (S1) การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ พบว่า มากกว่าร้อยละ 80 ใน 12 เขตสุขภาพ มีการดำเนินงานในทุกระดับสถานบริการสุขภาพ โดยมีป้ายและสถานที่การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุชัดเจน ร้อยละ 93.95 มีเพียงร้อยละ 6.05 ที่ยังดำเนินการไม่ชัดเจน และส่วนใหญ่มีการใช้พื้นที่ร่วมกับคลินิกอื่น ๆ เช่น คลินิกประคับประคอง คลินิก เด็กดี คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ คลินิกหมอครอบครัว คลินิกจิตเวชและยาเสพติด คลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก และคลินิกกายภาพ รองลงมา คือ ใช้พื้นที่ร่วมกับคลินิกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 23.68 ใช้พื้นที่ร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง ร้อยละ 15.87 ในขณะที่บางพื้นที่ได้ดำเนินการแยกออกมาเป็นคลินิกผู้สูงอายุเฉพาะ ร้อยละ 13.35 สอดคล้องกับข้อมูลจากผู้รับผิดชอบหลักคลินิกผู้สูงอายุ^๑ เกี่ยวกับการดำเนินการจัดตั้ง/บริการคลินิกผู้สูงอายุตามมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุด้านสถานที่สิ่งแวดล้อม (S1) ทั้งสถานบริการสุขภาพระดับ A-F ส่วนใหญ่มีคลินิกผู้สูงอายุเป็นสัดส่วน มีป้ายชัดเจน และแยกออกจากคลินิกอื่น ๆ แต่มีการใช้พื้นที่ร่วมหรือตั้งอยู่ใกล้กับคลินิกอื่น ๆ และต้องการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุให้แยกออกจากคลินิกอื่น ๆ ให้ชัดเจน และแบ่งเป็นสัดส่วน รวมทั้งการจัดสิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับผู้สูงอายุ เช่น ห้องน้ำ ราวจับ เป็นต้น

(2) ด้านบุคลากร (S2) พบว่า ใน 12 เขตสุขภาพ ทุกระดับสถานบริการสุขภาพ ร้อยละ 96.22 มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานประจำคลินิกผู้สูงอายุ และมีการปฏิบัติงานเป็นสหวิชาชีพ อย่างน้อย 2 สาขา รองลงมา คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมายปฏิบัติงานในคลินิก ร้อยละ 91.69 ในขณะที่พบว่า ร้อยละ 88.16 มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำคลินิกผู้สูงอายุ โดยบุคลากรปฏิบัติงานในคลินิกจบการศึกษาหรือได้รับการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ร้อยละ 61.71 และผลการศึกษวิจัย พบว่าการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุเป็นรูปแบบทีมสหวิชาชีพ โดยมีผู้รับผิดชอบหลักประจำคลินิกที่ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ และทีมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ พบว่ามีจำนวน 4-6 สาขา (ร้อยละ 41.65) มากกว่าหรือเท่ากับ 7 สาขา ร้อยละ 39.58 และน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 สาขา ร้อยละ 18.77 ตามลำดับ จากข้อมูลนี้อาจจะสรุปได้ว่า ในทุกระดับสถานบริการสุขภาพ ถ้ามีทีมสหวิชาชีพ อย่างน้อย 4-6 ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร แพทย์แผนไทย นักกายภาพ นักโภชนาการและทันตแพทย์ ก็สามารถดำเนินการจัดตั้งและให้บริการคลินิกผู้สูงอายุได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของงานเมตเร เอี่ยมนาคะ ที่ศึกษามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาล พบว่า การมีทีมสหวิชาชีพ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพองค์รวมที่มีมาตรฐานสูงในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับในทุกระยะไปจนถึงการจำหน่ายออก และกลับไปอยู่ที่บ้านและในชุมชน¹¹

(3) ด้านรูปแบบและการจัดบริการ (S3) พบว่า ใน 12 เขตสุขภาพ ทุกระดับสถานบริการสุขภาพ มีการจัดบริการการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง โดยทีมสหวิชาชีพ (ร้อยละ 90.68) สอดคล้องกับมาตรฐานด้านบุคลากร (S2) ที่มีการดำเนินการและร่วมปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ เป็นทีมสหวิชาชีพ (multi-disciplinary team) การวางแผนการดูแลต่อเนื่อง โดยแพทย์และทีม ร้อยละ 89.42 การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบถ้วน ร้อยละ 83.63 และการบริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 82.12 การบริการให้วัคซีนประจำปี ร้อยละ 74.06 และการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 73.05 ตามลำดับ จากข้อมูลรูปแบบการบริการในคลินิกผู้สูงอายุ สามารถบูรณาการร่วมกับงานประจำได้ และเพิ่มแนวความคิดการดูแลแบบองค์รวม ในการให้บริการและดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับบทสัมภาษณ์ของผู้ปฏิบัติงานในคลินิกที่สะท้อนว่า “การให้บริการผู้สูงอายุเหมือนผู้ใหญ่ในบ้าน เช่น การให้คำแนะนำ พูดคุย ด้วยความนุ่มนวล และ

เป็นกันเอง” และ “การดูแลด้วยความใส่ใจ ชักถามพูดคุย ไม่เร่งรีบ” ความคาดหวังและความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัว ที่มาใช้บริการคลินิกผู้สูงอายุ ที่สะท้อนว่า “ต้องการสถานที่คลินิกผู้สูงอายุที่แยกออกมา มีบุคลากรให้การดูแลและเฉพาะด้าน อยากให้เพิ่มการเปิดบริการมากกว่าที่มีการดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน และอยากให้บริการแบบนี้ออกไปให้บริการในชุมชน จะได้มารับบริการได้สะดวก และผู้สูงอายุที่ไม่ได้ จะได้รับบริการด้วย” ซึ่งสอดคล้องกับของเบญพร สุธรรมชัย และคณะ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการสังเคราะห์ รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ พบว่า รูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ คือ การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ เชื่อมต่อสู่ชุมชน เป็นการจัดบริการที่เน้นการดูแล ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย หรือการให้บริการดูแล เมื่อผู้สูงอายุต้องการ ความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพหรือ บุคลากรทางสาธารณสุข¹²

(4) ด้านบริหารจัดการบริการ (S4) พบว่าทั้ง 12 เขตสุขภาพ ในทุกระดับสถานบริการสุขภาพ มีระบบ ข้อมูล ผู้มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 85.14 และ ร้อยละ 14.86 ยังไม่มีการจัดการระบบข้อมูลผู้มารับ บริการชัดเจน พบว่า ส่วนใหญ่ใช้ระบบ application: line ในการประสานและติดตามงานในคลินิกผู้สูงอายุ และรูปแบบการจัดบริการที่คลินิกผู้สูงอายุเพิ่มเติม เช่น การเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 48.83 มีบริการ ระบบบริการ การแพทย์ทางไกล (tele medicine) ร้อยละ 27.34 เป็นต้น รวมถึงการดำเนินการพัฒนาเครือข่ายการรับ-ส่ง ต่อผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบในระดับพื้นที่ จังหวัดและเขตสุขภาพ ร้อยละ 72.29 ซึ่งยังพบอีกว่า ด้านบริหาร จัดบริการยังมีดำเนินการค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับมาตรฐานคลินิก อีก 3 ด้าน ร้อยละ 90.18 ซึ่งผลการศึกษา นี้ทำให้ได้ข้อเสนอแนะทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มสมรรถภาพในการบริหารจัดการบริการ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งการพัฒนานวัตกรรมและนำเทคโนโลยีมาใช้ในการบริหารจัดการข้อมูลและ บริการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับบทสัมภาษณ์ของผู้รับผิดชอบหลักในคลินิก⁸ “ต้องการพัฒนาระบบบริการ ที่ครบวงจรมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการดูแลในชุมชน ที่จะเป็นแผนพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุต่อไป” และการสะท้อน จากผู้รับบริการ คือ ผู้สูงอายุ และครอบครัว ที่เห็นควรให้มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ เพราะเป็น การให้บริการที่เฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ พอใจที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ เพราะให้การดูแลที่อบอุ่น เหมือนคนในครอบครัว รวมทั้งการให้คำแนะนำ ความรู้ ที่นุ่มนวลไม่เร่งรีบ

จากผลการศึกษาการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุตามระดับสถานบริการสุขภาพ หลังจากการขับเคลื่อน นโยบายไปแล้ว 1 ปี ในช่วงระยะเวลา ปี พ.ศ. 2566 - 2567 พบว่า มีการกำหนดวัตถุประสงค์การดำเนินการ และรูปแบบการจัดบริการที่ชัดเจนขึ้น คือ (1) การบริการคัดกรองและค้นหาปัญหาสุขภาพ (2) การให้ คำแนะนำในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นมิตร (age-friendly geriatric clinic) และมีความ ละเอียดย่อนในการพูดคุยต่อผู้สูงอายุ (3) ปัญหาที่มีความซับซ้อนในกลุ่มอาการ/โรคผู้สูงอายุ จะถูกส่งต่อไป พบแพทย์เฉพาะทาง/เชี่ยวชาญทั้งในโรงพยาบาล โรงพยาบาลแม่ข่าย และระดับที่สูงกว่า เพื่อให้การดูแลรักษา (4) การจัดการระบบข้อมูลผู้สูงอายุที่มารับบริการ เพื่อติดตามต่อเนื่องร่วมกับทีมอื่น ๆ เช่น พัฒนาแนวทาง การดูแลต่อเนื่องจากคลินิกผู้สูงอายุแบบครบวงจรเพื่อติดตามการรักษา เช่น รูปแบบการประสานงาน-การส่ง ต่อ-ทำงานร่วมกัน-การลงเยี่ยมบ้าน ร่วมกับทีมการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ทีมท้องถิ่น/ทีมชุมชน จากนั้นนโยบายสู่ การดำเนินงานของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ในการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยคลินิกผู้สูงอายุเป็นการ จัดบริการที่มุ่งเน้นให้กับผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและเป็นระบบ จากผลการศึกษา จึงสามารถสรุปรูปแบบการจัดบริการในคลินิกผู้สูงอายุได้ว่า มีรูปแบบการบริการที่เน้นความเป็นแบบองค์รวม ดำเนินการร่วมกันแบบทีมสหวิชาชีพ (multi-disciplinary team) แพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว และ พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้รับผิดชอบหลัก และประจำที่คลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งถือเป็นปัจจัยความสำเร็จของ การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ

โดยสรุปจากข้อค้นพบจากผลการศึกษา สามารถจัดทำข้อเสนอในเชิงนโยบายการดำเนินงานและจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อเป็นช่องทางให้บริการที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงอย่างเป็นระบบและทั่วถึง ทั้งในรูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุในที่ตั้ง คลินิกผู้สูงอายุสัญจร และหรือเคลื่อนที่ในชุมชน รวมทั้งการบูรณาการคลินิกผู้สูงอายุกับคลินิกโรคเรื้อรัง OPD เป็นต้น ซึ่งสามารถดำเนินการให้ต่อเนื่องได้ โดยต้องมีการขับเคลื่อนนโยบายอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มมาตรฐานการจัดบริการให้มีคุณภาพ ร่วมกับผู้บริหารในระดับพื้นที่ ที่เล็งเห็นเป็นงานสำคัญและยอมรับนโยบายขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ เป้าหมายเพื่อสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุไทย รวมทั้งต้องมีนโยบายคู่ขนานเกี่ยวกับการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพของทีมงานบุคลากรสุขภาพและเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุตามมาตรฐานวิชาชีพ

บทสรุป

นโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข เป็นปัจจัยสนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ และผู้บริหารระดับองค์กรสุขภาพ เล็งเห็นความสำคัญและสนับสนุนให้มีการดำเนินการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ เน้นการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ดูแลผู้สูงอายุทุกกลุ่ม (กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ จึงถือเป็นช่องทางการจัดบริการที่ผู้ใช้บริการ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงระบบบริการได้อย่างทั่วถึง และตอบโจทย์ปัญหา ความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัวได้ อีกทั้ง คลินิกผู้สูงอายุที่จัดตั้งขึ้น ยังสามารถพัฒนาบริการและนวัตกรรมบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ในสถานบริการทุกระดับ และต่อยอดเป็น best practice ภายใต้งานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยการศึกษารูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการทุกระดับ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข สามารถดำเนินการสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์จากที่ปรึกษาโครงการวิจัย นพ.ไพโรจน์ สุรัตนวนิช รศ.ดร.วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และผู้ทรงคุณวุฒิด้านผู้สูงอายุ/ด้านคลินิกผู้สูงอายุ ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย นายแพทย์พงษ์ศักดิ์ นิตการุญ นายแพทย์สุกิจ พรหมรับ นางนิตกุล ทองน่วม รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาล บุคลากรโรงพยาบาลทุกระดับ รพศ. (A, S) รพท. (M1, M2) รพช. (F1, F2, F3) รวมถึงผู้สูงอายุและครอบครัวทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และการสนับสนุนทุนวิจัย จากงบประมาณกองทุนสนับสนุนงานวิชาการ กรมการแพทย์ ทำให้คณะผู้วิจัยดำเนินงานวิจัยได้เสร็จสมบูรณ์

References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Situation of the Thai older persons 2021. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University;(n.d.). (in Thai)
2. The Board of Investment of Thailand. General demographic information [Internet]. Bangkok: Thailand board of investment; 2025[updated 2025 Jul 1; cited 2023 Jan 27]. Available from: <https://www.boi.go.th/index.php?page=demographic> (in Thai)

3. Department of Older Persons (DOP). Elderly statistics 2023 [Internet]. Bangkok: Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security; [n.d.] [updated 2025; cited 2024 Nov 18]. Available from: https://www.dop.go.th/en/statistics_page?cat=1&id=2 (in Thai)
4. Health Administration Division. Action plan for integrated plan for elderly health development (2023-2027). Nonthaburi: Public Health Administration Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Ministry of Public Health, Thailand;2023. (in Thai)
5. Inspection Division, Office of Permanent Secretary Ministry of public health Permanent Secretary Ministry of public health. Inspection plan of the Ministry of Public Health 2023. Nonthaburi: Office of Permanent Secretary Ministry of public health, Thailand;2023. (in Thai)
6. Institute of geriatric medicine, department of medical services. Guidelines for quality geriatric clinic operations and key issues in geriatric medicine in outpatient departments. Nonthaburi: Institute of geriatric medicine, department of medical services, Thailand;2021. (in Thai)
7. Institute of geriatric medicine, department of medical services. Geriatric clinic standards [Internet]. Nonthaburi: Institute of geriatric medicine, department of medical services, Thailand; 2023[cited 2024 Nov 18]. Available from: http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2023/01/file_agingreport_01-1.pdf (in Thai)
8. Institute of geriatric medicine, department of medical services. A study of Geriatric Clinic in each level of service facilities under the Ministry of Public Health. Nonthaburi: Institute of geriatric medicine, department of medical services. Thailand;2024. (in Thai)
9. World Health Organization (WHO). Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies [Internet]. Geneva: WHO; 2010[cited Mar 24, 2025]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf>
10. Chaiyalangka P, Taboonpong S, Petchratchat U, Saijew A, Thaniwattananon P, Thammachart S, et al. Development of health service model for the elderly in the community hospital [Internet]. Songkla: Faculty of nursing, Prince of Songkla university;2010[cited 2024 Nov 18]. Available from: <https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2010/9509/1/370165.pdf> (in Thai)
11. Eiamnakha N. Elder care hospitalization standards. Journal of Health Science 2022;31(1):124-32. (in Thai)
12. Suthamchai B, Keskpichayawattana J, Kaeowichian N. A synthesis of integrated care service model for Thai elderly. Journal of Health Science 2015;24(6):1017-29. (in Thai)

ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก และสงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในหน่วยผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน*

สุนทรพร วันสุพงศ์ วท.บ.** นิภา อุดรจรัส พย.ม.*** พงษ์ลัดดา ปาระลี พย.ม.****
ธัญพร ชัยศรี พย.บ.**** วาสนา รวยสูงเนิน ปร.ด.***** แพรว โคตรรุณิน พ.บ., ปร.ด.*****

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาเฉลี่ยในแต่ละขั้นตอน อันเป็นผลจากการพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกและสงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันขึ้นมาใช้ในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บหน้าอกและเข้ารับบริการในห้องฉุกเฉิน มุ่งเน้นทุกขั้นตอนตั้งแต่ (1) การซักประวัติอาการเจ็บหน้าอกที่เฉพาะเจาะจง (2) การติดป้ายสัญลักษณ์ “alert chest pain” (3) การย้ายผู้ป่วยเข้าห้องกู้ชีพทันที (4) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและแพทย์อ่านผล ภายใน 10 นาที (5) การเจาะเลือดส่งตรวจเอนไซม์หัวใจทันทีตามแผนการรักษาของแพทย์ (6) การส่งเลือดตรวจ ด้วยถุงซิปล็อคที่ติดข้อความสื่อสาร “alert chest pain” (7) การให้กิจกรรมการพยาบาลบำบัดเสริมในระหว่างผู้ป่วยรอผลตรวจเอนไซม์หัวใจ (8) การรายงานผลตรวจเอนไซม์หัวใจ (9) แพทย์ทำการวินิจฉัยสุดท้าย และ (10) การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 50 คน แบ่งเป็นสองกลุ่ม กลุ่มละ 25 คน กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การทดสอบทีแบบอิสระเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้ระยะเวลาเฉลี่ยในการเข้าถึงการตรวจและอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เฉลี่ย 16.60, 2.40 นาที ตามลำดับ ระยะเวลาเฉลี่ยที่ได้รับรายงานผลตรวจเอนไซม์หัวใจ 81.36, 56.52 นาที ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ภายในเวลา 3 ชั่วโมง ได้มากกว่ากลุ่มควบคุม ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัตินี้ สามารถเข้าถึงการตรวจและอ่านผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้เร็วขึ้นจากเดิม และได้รับผลตรวจเอนไซม์หัวใจเร็วขึ้น ทำให้แพทย์สามารถวินิจฉัยและตัดสินใจการรักษาได้ทันที ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทันที่ ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และเพิ่มโอกาสรอดชีวิต นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉินได้เร็วขึ้น ลดเวลารอคอยและภาวะแออัดในห้องฉุกเฉิน

สรุปได้ว่า การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้จริง จึงเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการโดยตรง ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกเป็นระบบ รวดเร็ว ปลอดภัย และสอดคล้องกับมาตรฐานสากล

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อาการเจ็บหน้าอก

เลขที่จริยธรรมการวิจัย HE671407 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
วันที่รับบทความ 14 เมษายน 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 1 กันยายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 2 กันยายน 2568

*งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ผู้ประสานวิทยานิพนธ์ อีเมล nipaud@kku.ac.th

****พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์

*****รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*****รองศาสตราจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Outcomes of nursing practice guidelines for patients presenting with chest pain and suspected acute myocardial infarction in the emergency outpatient unit*

Suntaraporn Wunsupong B.Sc.** Nipa Udonjarut M.S.N.*** Pongladda Paralee M.S.N ****
Thanunporn Chaisri B.S.N.***** Wasana Ruaisungnoen Ph.D.***** Praew Kotruchin M.D., Ph.D.*****

Abstract

This quasi-experimental study aimed to compare the mean duration of each step in the care process for patients with suspected acute myocardial infarction. This comparison resulted from the implementation of a nursing practice guideline for patients presenting with chest pain and suspected acute myocardial infarction in the emergency department. The guideline emphasized every step of patient care process, including: (1) a focused chest pain assessment, (2) attaching “chest pain” tag, (3) immediate transfer to the resuscitation room, (4) electrocardiogram (ECG) acquisition and interpretation within 10 minutes, (5) prompt cardiac enzyme testing per physician orders, (6) using a zip-lock bag with an “alert chest pain” tag to transport specimen, (7) providing complementary nursing care while awaiting cardiac enzyme results, (8) prompt cardiac enzyme test reporting, (9) final diagnosis by a physician, and (10) disposition from the emergency department. A purposive sample of 50 participants was selected and equally divided into two groups of 25 people each. The experimental group received nursing care according to the nursing practice guidelines. The control group received conventional nursing care before using the nursing practice guidelines, which data were collected retrospectively from medical records. Independent t-test was used for data analysis in comparing the experimental and control groups.

The study showed that the control and experimental groups had an average time to ECG acquisition and interpretation of 16.60 and 2.40 minutes, respectively. The average time to cardiac enzyme reporting were 81.36 and 56.52 minutes, respectively. Comparison between the groups revealed that the differences were statistically significant ($p < .005$). Additionally, a higher proportion of participants in the experimental group were discharged from the emergency department within 3 hours compared to the control group. Patients receiving care according to this practice guideline had faster access to ECG acquisition and interpretation as well as cardiac enzyme reporting. This enables physicians to diagnose and initiate treatment immediately, ensuring timely care, lowering the risk of serious complications, and improving survival outcomes. Furthermore, patients can be discharged from the emergency department more quickly, which helps reduce waiting times and alleviate emergency department overcrowding.

In conclusion, the implementation of this nursing practice guideline directly benefits service recipients; enabling systematic, rapid, and safe care for patients with chest pain; while also being consistent with international standards.

keywords: nursing practice guidelines; acute myocardial infarction; chest pain

Ethical approval: HE671407, Plagiarism checked, 3 Reviewers.

Received 14 April 2025, Revised 1 August 2025, Accepted 2 August 2025

*This research was supported by the Routine to Research Fund: (R2R), Faculty of Medicine, Khon Kaen University, 2024

**Registered nurse, Senior professional level, Accident and Emergency Department, Srinagarind Hospital

***Registered nurse, Senior professional Level, Accident and Emergency Department, Srinagarind Hospital,
Corresponding author, E-mail: nipaud@kku.ac.th

****Registered nurse, Practitioner level, Accident and Emergency Department, Srinagarind Hospital

*****Associate professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*****Associate professor, Emergency physician, Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

บทนำ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome; ACS) เป็นภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดหัวใจ สาเหตุจากผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็ง หรืออุดตันจากก้อนไขมันที่ติดอยู่ผนังหลอดเลือด หากผนังหลอดเลือดฉีกขาด คราบไขมันในหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีก็จะหลุดลอยไป ทำให้การไหลเวียนเลือดลดลงอย่างรุนแรงหรืออุดตันในหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction: AMI) ในปัจจุบันภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประเทศไทยและทั่วโลก องค์การอนามัยโลกระบุว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับ 1 ของโลก โดยเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ไตวาย เป็นต้น พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยส่งเสริม เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ มีประวัติครอบครัวเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจหยุดเต้นกระทันหัน¹ เป้าหมายสำคัญของการรักษา คือ เพิ่มการไหลเวียนเลือดกลับไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจใหม่โดยเร็ว เพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอตลอดเวลา มีผลต่อการลดความรุนแรงของโรคและขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ² มีผลการศึกษา พบว่า อัตรารอดชีวิตสูงถึง ร้อยละ 99 หากได้รับการเพิ่มอัตราการไหลเวียนเลือดกลับไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจใหม่ ภายใน 60 นาที และลดลงเหลือ ร้อยละ 93.6 หากได้รับการเปิดหลอดเลือดช้ากว่า 90 นาที หลังจากเกิดอาการ หากขาดเลือดนานเกิน 6 ชั่วโมง กล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นจะตายถาวร และอัตราการรอดชีวิตจะลดลงตามระยะเวลาที่รอนานขึ้น³ ด้วยเหตุผลดังที่กล่าวมา ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องเข้าถึงการวินิจฉัยและการรักษาอย่างรวดเร็ว พยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการวินิจฉัยและได้รับการรักษาที่ถูกต้องอย่างรวดเร็ว เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้พบผู้ป่วยเป็นคนแรกและอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการวินิจฉัยได้รวดเร็วการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตั้งแต่แรกจำเป็นต้องอาศัยการซักประวัติอาการเฉพาะของผู้ป่วยร่วมด้วย⁴ ได้แก่ ลักษณะอาการเจ็บหน้าอกที่เฉพาะเจาะจง (cardiac chest pain) และอาการร่วมอื่น ๆ (accompanying symptoms)⁵ การเข้าถึงการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและได้รับการแปลผล ภายใน 10 นาที⁶ ผู้ป่วยที่มีค่า O₂ sat<90% เท่านั้น ที่ควรได้รับออกซิเจน⁷ กรณีผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจยังไม่ชัดเจนต่อการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จึงมีความจำเป็นต้องเจาะเลือดส่งตรวจเอนไซม์หัวใจเพื่อประกอบการวินิจฉัย⁶ และควรมีการจัดกิจกรรมพยาบาลบำบัดเสริมแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายต่อสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ⁸

หน่วยผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เปิดให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จากสถิติการเจ็บป่วยที่พบบ่อย อันดับแรกของหน่วยงาน พบว่า ผู้ป่วยที่มาด้วยกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกและสงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อยู่อันดับที่ 4 ของหน่วยงาน ในจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการทั้งหมด ระหว่างปี 2564-2566 จำนวน 1,294, 571 และ 742 รายตามลำดับ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำนวน 50, 49 และ 42 รายตามลำดับ⁹ มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นจำนวน 1 ราย ในขณะรอผลตรวจเอนไซม์หัวใจ เพื่อรับการวินิจฉัยสุดท้ายและเข้าถึงการรักษา ปัจจุบันโรคมีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาโรงพยาบาลด้วยหลากหลายอาการ เช่น ปวดท้อง แน่นท้อง จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ อาเจียน เหนื่อยหอบ หายใจไม่อิ่ม หน้ามืด วิงเวียน มีไข้หนาวสั่น เป็นต้น ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลพยาบาลคัดแยกจะทำการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามความเร่งด่วน ด้วยเครื่องมือ SESI (Srinagarind emergency severity index) ร่วมกับการซักประวัติอาการนำที่ ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ภายในระยะเวลา 2 นาที กรณี ผู้ป่วยให้ประวัติว่า แน่นหน้าอก ผู้ป่วย จะถูกคัดแยกเข้ารับการตรวจในห้องกักชีพทันที กรณี ผู้ป่วยมาด้วยอาการอื่นและสัญญาณชีพปกติ ผู้ป่วยจะถูกคัดแยกให้เข้าห้องตรวจ ปัจจุบันการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (12-lead ECG) ต้องรอคำสั่งจากแพทย์

เท่านั้น จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วย จำนวน 10 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่ถูกคัดแยกเข้าห้องตรวจใช้เวลารอตรวจเฉลี่ย 18 นาที แพทย์ทำการซักประวัติ ตรวจร่างกาย สังเกตตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจใช้เวลาเฉลี่ย 7 นาที ผู้ป่วยได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและแพทย์อ่านผลตรวจเฉลี่ย 4 นาที รวมระยะเวลาเฉลี่ย 29 นาที ส่วนในห้องกู้ชีพผู้ป่วยจะได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจทันที แต่การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นรูปแบบการทำงานตามปกติของพยาบาลห้องกู้ชีพ ที่จำเป็นต้องมีการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในผู้ป่วยห้องกู้ชีพทุกราย การปฏิบัติยังไม่ใช่เพื่อมาตรฐาน ในการเข้าถึงการวินิจฉัยที่รวดเร็วสำหรับผู้ป่วยที่สงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เมื่อแพทย์อ่านผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจแล้วยังไม่วินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จะทำการเจาะเลือดส่งตรวจค่าเอนไซม์หัวใจตามแผนการรักษาแล้วย้ายผู้ป่วยมารอผลการตรวจที่ห้องส่งตรวจอาการระยะเวลารายงานผลการตรวจเอนไซม์หัวใจเฉลี่ย 75 นาที ดังนั้น แม้ว่าหน่วยงานจะมีการปฏิบัติพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก เช่น การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการส่งตรวจเอนไซม์หัวใจ แต่การดำเนินงานในทางปฏิบัติยังไม่สามารถทำได้ทุกราย อันเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านบุคลากร กระบวนการรอคำสั่งแพทย์ ตลอดจนการแปลผลตรวจที่ยังขึ้นกับแพทย์เป็นหลัก ทำให้เกิดความแปรปรวนของการดูแล และผู้ป่วยบางรายอาจสูญเสียโอกาสได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงที

ดังนั้น การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่กำหนดสัญลักษณ์ความเร่งด่วน กำหนดผู้รับผิดชอบ การดำเนินงาน และกิจกรรมการพยาบาลที่ชัดเจน จึงมีความจำเป็นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีมาตรฐาน ลดความแปรปรวน และสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติสากล

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการคัดแยกจนถึงขั้นตอนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ในการศึกษาพบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาล (clinical nursing practice guideline; CNPG) เป็นการพัฒนาการพยาบาลรูปแบบหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย พยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง รวดเร็วในทุกขั้นตอนการทำงาน อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงการวินิจฉัยที่เร็วขึ้น และเกิดประสิทธิผลสูงสุดต่อผู้ป่วย ช่วยให้การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยเป็นระบบ มีมาตรฐาน และใช้ศักยภาพได้อย่างเต็มที่¹⁰ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกและสงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกหรืออาการคล้ายเจ็บหน้าอกเข้าถึงการวินิจฉัยเร็วขึ้น มีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคตต่อไป¹⁰

ด้วยเหตุนี้ คณะผู้วิจัยจึงจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่สงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันขึ้น จากกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ model for change to evident base practice ของ Soukup model¹¹ นำมาพัฒนาระบบการดูแลที่ปฏิบัติเดิมให้มีศักยภาพมากขึ้น มีแนวทางในการดูแลที่ชัดเจน ตั้งแต่การประเมิน การวินิจฉัย การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และได้รับการแปลผล ภายใน 10 นาที ได้รับผลการตรวจเอนไซม์หัวใจเพื่อประกอบการวินิจฉัย ภายใน 60 นาที ได้รับออกซิเจนเฉพาะที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการวินิจฉัยที่รวดเร็วขึ้น ปลอดภัย ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเข้าถึงการรักษาและถ่วงขยายหลอดเลือด ภายใน 180 นาที ตาม STEMI guideline ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาเฉลี่ยในแต่ละขั้นตอนระหว่างกลุ่มควบคุมก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ และกลุ่มทดลองขณะใช้แนวปฏิบัติฯ

2. เปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ย ตั้งแต่แรกรับจนได้รับการวินิจฉัยสุดท้ายระหว่างกลุ่มควบคุมก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ และกลุ่มทดลองขณะใช้แนวปฏิบัติฯ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ระยะเวลาเฉลี่ยในแต่ละขั้นตอนภายในกลุ่มควบคุมก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ และกลุ่มทดลองขณะใช้แนวปฏิบัติฯ แตกต่างกัน
2. ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่แรกรับจนได้รับการวินิจฉัยสุดท้ายระหว่างกลุ่มควบคุมก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ และกลุ่มทดลองขณะใช้แนวปฏิบัติฯ แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการของ Donabedian เป็นกรอบแนวคิดเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกและสงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยกรอบแนวคิดนี้ได้อธิบายความเชื่อมโยงของ 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ (1) องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง (structure) หมายถึง สภาพที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยตามลักษณะองค์การที่ให้บริการนั้น ๆ และทรัพยากรสุขภาพที่มีอยู่ (2) กระบวนการ (process) หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่ให้กับผู้รับบริการในการดูแลสุขภาพ เช่น การวินิจฉัย การรักษา พักฟื้น ป้องกันหรือกระทำการอื่น ๆ ที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพ (3) ผลลัพธ์ (outcome) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับประชากรกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นผลมาจากการให้บริการดูแลสุขภาพ¹²

อธิบายได้ว่า องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง ได้แก่ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงาน และแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการแน่นหน้าอกและสงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กระบวนการประกอบด้วย (1) การพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ขึ้นจากกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ model for change to evident base practice ของ Soukup model (2) การประชุมให้ความรู้ ชี้แจงการใช้แนวปฏิบัติแก่ผู้ปฏิบัติการพยาบาลทั้งหมดในหน่วยงาน และ (3) การนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้กับผู้ป่วย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังนำแนวปฏิบัติฯ มาใช้ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้ป่วย โดยประเมินจากระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการตรวจและอ่านผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เจาะเลือดจนได้รับรายงานผลตรวจเอนไซม์หัวใจ ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการวินิจฉัยสุดท้าย จำนวนผู้ป่วยที่สามารถจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉินได้รายชั่วโมง

ขอบเขตการวิจัย

แนวปฏิบัติการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกและสงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้นตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้ดำเนินการศึกษาในหน่วยผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 มีกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกและได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 25 ราย

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยใช้รูปแบบที่มีกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และมีการเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (the two group posttest

only design) เพื่อเปรียบเทียบผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกและสงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กับกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติฯ โดยทำการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 คัดเลือกจากผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่า เข้ารับการรักษาด้วยอาการเจ็บหน้าอกและสงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 โดยคัดเลือกจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่า เจ็บหน้าอก หรือสงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวนกลุ่มละ 25 ราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า สงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยในอดีตเรื่อง ผลการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต่อความถูกต้องในการคัดกรองและระยะเวลาการเข้าถึงบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน¹³ พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการคัดกรองถูกต้อง ร้อยละ 96.7 และกลุ่มควบคุมมีอัตราการคัดกรองถูกต้อง ร้อยละ 70 กำหนดขนาดตัวอย่างเป็นการเปรียบเทียบสัดส่วน ระหว่าง 2 กลุ่ม และกำหนดให้การทดสอบสมมติฐานไม่ระบุทิศทาง มีระดับความน่าเชื่อถือที่ 95% และอำนาจการทดสอบเท่ากับ ร้อยละ 90 สามารถคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้¹⁴

$$\text{จากสูตร} \quad n = \frac{(Z_{\alpha}\sqrt{2pq} + Z_{\beta}\sqrt{p_1q_1 + p_0q_0})^2}{(p_1 - p_0)^2}$$

กำหนด n คือ ขนาดตัวอย่าง

Z คือ ค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากการแจกแจงปกติมาตรฐาน

α คือ ค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากการตารางการแจกแจงปกติ

β คือ ค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากการตารางการแจกแจงปกติ

p_0 คือ สัดส่วนของผลที่ผู้วิจัยสนใจที่เกิดขึ้นในกลุ่มควบคุม

q_0 คือ สัดส่วนของผลที่ผู้วิจัยไม่ได้สนใจที่เกิดขึ้นในกลุ่มควบคุม ($1 - p_0$)

p_1 คือ สัดส่วนของผลที่ผู้วิจัยสนใจที่เกิดขึ้นในกลุ่มทดลอง

q_1 คือ สัดส่วนของผลที่ผู้วิจัยไม่ได้สนใจที่เกิดขึ้นในกลุ่มทดลอง ($1 - p_1$)

$\bar{p}$ คือ สัดส่วนเฉลี่ยของผลที่ผู้วิจัยสนใจที่เกิดขึ้นในสองกลุ่ม หรือเท่ากับ $\frac{p_1 + p_0}{2}$

$\bar{q}$ คือ สัดส่วนเฉลี่ยของผลที่ผู้วิจัยไม่ได้สนใจที่เกิดขึ้นในสองกลุ่ม ($1 - \bar{p}$)

จากข้อมูลข้างต้นจะได้ $Z_{\alpha} = 1.960$, $Z_{\beta} = 1.282$, $p_0 = 0.70$, $q_0 = 0.30$, $p_1 = 0.97$, $q_1 = 0.03$,

$\bar{p} = 0.835$ และ $\bar{q} = 0.165$ แทนค่าตัวแปรในสมการจะได้ $n = 22.68$

เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จากการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ผู้วิจัย จึงคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม 10% ของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ คือ 2.26 ราย จะได้กลุ่มตัวอย่างรวม

22.68+2.26=24.94 หรือ 25 ราย จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 ราย และกลุ่มทดลอง 25 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ที่มีอาการเจ็บหน้าอกและแพทย์สงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และยินดีเข้าร่วมการศึกษา มีสติสัมปชัญญะดี สามารถอ่าน ฟัง พูด เขียนภาษาไทย และติดต่อสื่อสารได้

2. ไม่มีประวัติได้รับอุบัติเหตุกระแทกบริเวณหน้าอก (trauma)

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจแรกพบ ST elevation และแพทย์วินิจฉัยว่า มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute myocardial infarction)

2. ผลการซักประวัติตรวจร่างกายผู้ป่วยมีปัญหาโรคทางเดินหายใจ หรือภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อปอด เช่น วัณโรคปอด โรคหอบหืด โรคถุงลมโป่งพอง มะเร็งที่ปอด โรคกระดูกสันหลังหักยุบตัว

3. ผู้ป่วยที่กำลังตั้งครรภ์

เกณฑ์การนำกลุ่มตัวอย่างออกจากการทดลอง (withdrawal of participant criteria) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถดำเนินการวิจัยแล้วเสร็จ เช่น ผู้ป่วยบอกลึก หรือขอระงับผลการตรวจเอนไซม์หัวใจจากห้องปฏิบัติ แล้วอาการผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงร่วมกับผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำมี ST elevation เนื่องจากต้องใช้ STEMI guideline หรือข้อมูลในเวชระเบียนที่บันทึกไว้ไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ (1) ป้ายแขวน “alert chest pain” ซึ่งใช้แขวนที่รถนอนผู้ป่วยตั้งแต่จุดคัดแยกจนถึงจำหน่าย (2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการศึกษา โดยเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือแบบบันทึกทางการแพทย์ ประกอบด้วย ข้อมูลด้านอายุ เพศ โรคประจำตัว อาการสำคัญนำมารักษา สัญญาณชีพแรกพบ และรูปแบบการจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการศึกษาคือ แนวปฏิบัติฯ ที่นำมาใช้นั้นผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวคิด evidence based practice model ของ Soucup¹¹ ผ่านการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (AGREE collaboration)¹⁵ ประกอบด้วย แนวทางซักประวัติอาการเจ็บหน้าอก ช่องทางด่วนผู้ป่วยเจ็บหน้าอกและการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ แพทย์อ่านผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ภายใน 10 นาที การเจาะเลือดส่งตรวจเอนไซม์หัวใจ การส่งเลือดไปยังห้องปฏิบัติการด้วยถุงซิปล็อกที่ติดข้อความสื่อสาร “alert chest pain” การติดตามอาการผู้ป่วย ทุก 1 ชั่วโมง เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและรายงานแพทย์ในทันที ระยะเวลาที่ได้รับรายงานผลเอนไซม์หัวใจ และระยะเวลาจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

(1) ป้ายแขวน “alert chest pain” (2) แบบบันทึกทางการแพทย์ (3) แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกและสงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์ของซุคัพ¹¹ และเครื่องมือทั้ง 3 อย่าง ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) มาแล้ว โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์โรคหัวใจ จำนวน 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลชำนาญการพิเศษและผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ด้านการพยาบาลอุบัติเหตุ

และฉุกเฉิน จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลหัวหน้าห้องกู้ชีพ 1 ท่าน ได้ความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.96 และ ประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ โดยใช้ AGREE II ได้คะแนน เท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยที่มารักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ โดยพยาบาลคัดแยกสามารถตัดสินใจได้เลยด้วยการใช้เกณฑ์ SESI และซักประวัติอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่เฉพาะเจาะจง เมื่อพยาบาลคัดแยกตัดสินใจว่าอาการนั้นคล้ายกับอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ให้ทำการแขวนป้าย “alert chest pain” ย้ายผู้ป่วยเข้าห้องกู้ชีพ พยาบาลห้องกู้ชีพเป็นผู้อธิบายและเชิญเข้าร่วมการศึกษา หากผู้ป่วยปฏิเสธจะได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติของห้องฉุกเฉิน ถ้าผู้ป่วยยินยอมให้ลงลายมือชื่อและเริ่มกิจกรรมการพยาบาลตามแนวปฏิบัติฯ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลในห้องกู้ชีพจะดูแลผู้ป่วยทีละราย บันทึกเวลาในแต่ละขั้นตอนลงในแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกและสงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แล้วทีมผู้วิจัยจึงนำแบบบันทึกทางการพยาบาลนั้นมาวิเคราะห์ภายหลังจำหน่ายผู้ป่วย โดยเก็บข้อมูลในด้านระยะเวลาของแต่ละขั้นตอนที่ได้บันทึกไว้ ได้แก่ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและแพทย์อ่านผล ภายใน 10 นาที การเจาะเลือดส่งตรวจเอนไซม์หัวใจทันทีตามแผนการรักษาของแพทย์ การส่งเลือดไปยังห้องปฏิบัติการด้วยถุงซิปล็อคที่ติดข้อความสื่อสาร “alert chest pain” การให้กิจกรรมการพยาบาลบำบัดเสริมด้วยการหายใจด้วยกล้ามเนื้อกระบังลมควบคู่กับการนับเลข¹⁶ ในระหว่างผู้ป่วยนอนรอผลตรวจเอนไซม์หัวใจ การติดตามผลตรวจเอนไซม์หัวใจ การรายงานผลตรวจเอนไซม์หัวใจแพทย์ เพื่อทำการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง และการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน

กิจกรรมการพยาบาลบำบัดเสริม คือ วิธีการหายใจด้วยกล้ามเนื้อกระบังลมควบคู่กับการนับเลข มีแผนภาพประกอบการสอนของนิภา อุดรจรัส¹⁶ แผนภาพ ประกอบด้วย

ภาพที่ 1 แสดงการจัดท่านอนหงายราบ วางมือทั้งสองข้างไว้ที่หน้าท้องใต้กระบังลม

ภาพที่ 2 แสดงการหายใจเข้าทางจมูก (ท้องป่อง) ควบคู่กับการนับเลข 1 – 2 – 3 – 4 (ในใจ)

ภาพที่ 3 แสดงการหายใจออกทางจมูก (ท้องแฟบ) กับการนับเลข 5 – 6 – 7 – 8 (ในใจ)

2. กลุ่มควบคุมเก็บรวบรวมข้อมูล จากแฟ้มเวชระเบียนและแบบบันทึกทางการพยาบาลที่บันทึกไว้ในเวชระเบียน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรม STATA version 18 และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 อายุ สัญญาณชีพแรกพบ วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 เพศ อาการสำคัญนำมาโรงพยาบาล สิทธิรักษาพยาบาล ระดับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยโรคประจำตัว และรูปแบบการจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน วิเคราะห์ด้วยความถี่และร้อยละ

2. เปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยในแต่ละขั้นตอนระหว่างกลุ่มควบคุมก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ และกลุ่มทดลองขณะใช้แนวปฏิบัติฯ ด้วยสถิติทดสอบ independent t-test

3. เปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่แรกรับจนได้รับการวินิจฉัยจริง และระยะเวลาเฉลี่ยที่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน ระหว่างกลุ่มควบคุมก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ และกลุ่มทดลองขณะใช้แนวปฏิบัติฯ ด้วยสถิติทดสอบ independent t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE671407 มีวิธีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้จัดอบรมให้แก่ พยาบาลระดับปฏิบัติการ ในหน่วยผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกคนให้มีความรู้ความเข้าใจที่ตรงกัน ในขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่สงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนที่จะไปปฏิบัติจริง จากนั้นผู้ประสานงานวิจัยทำการขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ เพื่อเป็นการพัฒนางาน พัฒนาคุณภาพของการรักษาพยาบาล และทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาที่เร็วขึ้น ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะถูกรักษาเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง นำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเมื่อกระทำการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจะถูกนำไปทำลายทิ้ง

ผลการวิจัย

ผลการเปรียบเทียบด้านเพศ และอาการที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ไม่แตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 72 และ 64 ตามลำดับ และอาการที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมีความหลากหลาย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ลักษณะทั่วไป	จำนวนคน (n =50)		ร้อยละ		p -value
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	
เพศ					
ชาย	18	16	72	64	0.629
หญิง	7	9	28	36	
อาการที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล					
เจ็บหน้าอก	8	5	32	20	0.134
ปวดท้อง	5	2	20	8	
หน้ามืด	2	0	8	0	
ปวดแขนซ้าย	1	1	4	4	
หายใจลำบาก	1	4	4	16	
ปวดตามตัว	3	2	12	8	
ใจสั่น	0	1	0	4	
เวียนศีรษะ	5	10	20	40	

*ทดสอบด้วยสถิติไค-สแควร์ (chi-square test), $p < 0.005$

ผลการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไป ในด้านอายุของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 64.04 ปี (SD=16.30) กลุ่มทดลองมีอายุ

เฉลี่ย 56.56 ปี (SD=18.70) เมื่อนำมาวิเคราะห์แล้ว พบว่า อายุของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการเปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยในแต่ละขั้นตอน ตั้งแต่มีอาการจนถึงโรงพยาบาล ตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการเจาะเลือดส่งตรวจเอนไซม์หัวใจ ตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการวินิจฉัยจริง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ในด้านระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการตรวจและอ่านผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ภายใน 10 นาที และตั้งแต่เจาะเลือดจนได้รับรายงานผลการตรวจเอนไซม์หัวใจระหว่างกลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่มีอาการจนถึงโรงพยาบาล ถึงโรงพยาบาลจนได้รับการตรวจและอ่านผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ได้รับการเจาะเลือด ได้รับรายงานผลการตรวจเอนไซม์หัวใจ และได้รับการวินิจฉัยจริง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

รายการ	Mean (min)	Mean difference	P value	95%CI
ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการจนถึง โรงพยาบาล			0.1383	-480.15, 1214.55
กลุ่มควบคุม	1364.40	1701.38		
กลุ่มทดลอง	997.20	1243.17		
ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล จนได้รับการตรวจและอ่านผลคลื่นไฟฟ้า หัวใจ			0.0026	5.21, 23.19
กลุ่มควบคุม	16.60	22.32		
กลุ่มทดลอง	2.40	1.12		
ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล จนได้รับการเจาะเลือด			0.9723	-11.33, 11.73
กลุ่มควบคุม	33.08	23.96		
กลุ่มทดลอง	32.88	15.73		
ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เจาะเลือดจนได้รับ รายงานผลการตรวจเอนไซม์หัวใจ			<0.005	16.66, 33.02
กลุ่มควบคุม	81.36	16.32		
กลุ่มทดลอง	56.52	12.13		
ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจน ได้รับการวินิจฉัยสุดท้าย			0.9338	-35.07, 38.11
กลุ่มควบคุม	188.56	65.04		
กลุ่มทดลอง	187.04	63.64		

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่สามารถจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทุก 1 ชั่วโมง โดยเริ่มนับเวลาตั้งแต่แรกรับ พบว่า มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่สามารถจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

	ชั่วโมงที่ 1	ชั่วโมงที่ 2	ชั่วโมงที่ 3	ชั่วโมงที่ 4	ชั่วโมงที่ 5	ชั่วโมงที่ 6
กลุ่มควบคุม						
จำนวน (ราย)	1	3	7	10	4	0
กลุ่มทดลอง						
จำนวน (ราย)	0	1	14	7	1	2
95%CI	-	0.01, 4.22	0.88, 12.67	0.15, 2.22	0, 2.51	-
p-value	-	0.3046	0.0423*	0.2756	0.1743	-

เมื่อนำจำนวนผู้ป่วยที่สามารถจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉินในแต่ละชั่วโมงมาเปรียบเทียบกัน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองรายชั่วโมง พบว่า ภายใน 4 ชั่วโมง ตามดัชนีชี้วัดด้านระยะเวลาของผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มทดลองสามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉินได้มากกว่ากลุ่มควบคุม และจำหน่ายได้มากที่สุดในช่วง 3 โดยนับเวลาตั้งแต่แรกเริ่ม เท่ากับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติฯ มีประสิทธิภาพสามารถลดระยะเวลาในแต่ละกระบวนการ ผู้ป่วยเข้าถึงการวินิจฉัยที่รวดเร็วมากขึ้น และสามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉินได้เร็วขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็น ร้อยละ 72 และ 64 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 64.04 ปี กลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 56.56 ปี สอดคล้องกับข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งพบว่า ผู้ชายที่อายุมากขึ้นหรือเริ่มเข้าสู่วัยทองมักจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากการลดระดับของฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนในร่างกาย¹⁷ เมื่อเปรียบเทียบอาการที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มต่างมาโรงพยาบาลด้วยอาการที่หลากหลาย ไม่ชัดเจน เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคร่วมกับลักษณะความทนของบุคคลที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยแต่ละรายมาด้วย อาการแสดงที่ไม่ชัดเจน (atypical) แตกต่างกันไป¹⁸

เปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยในแต่ละขั้นตอนระหว่างกลุ่มควบคุมก่อนใช้แนวปฏิบัติฯ และกลุ่มทดลองขณะใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้ระยะเวลาในการเข้าถึงการตรวจและอ่านผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เฉลี่ย 16.60 และ 2.40 นาที ตามลำดับ ใช้ระยะเวลาเฉลี่ยที่ได้รับรายงานผลการตรวจเอนไซม์หัวใจเฉลี่ย 81.36 และ 56.52 นาที ตามลำดับ เห็นได้ว่ากลุ่มทดลองใช้ระยะเวลาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมเนื่องจากแนวปฏิบัติฯ ได้เขียนไว้อย่างชัดเจน ถึงแนวทางการคัดแยกและซักประวัติผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บหน้าอก กลุ่มอาการที่คล้ายเจ็บหน้าอก หรือกลุ่มอาการที่นำสงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันข้อบ่งชี้ ในการส่งเข้าห้องกู้ชีพและตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจโดยไม่ต้องรอคำสั่งจากแพทย์ ทำให้หน่วยงานและผู้ป่วยปฏิบัติตามการพยาบาลมีระบบทางด่วนในการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและรายงานให้แพทย์อ่านผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างรวดเร็ว สอดคล้องตามเกณฑ์แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยปี 2563¹⁹ นอกจากนี้ การแขวนป้าย “alert chest pain” ตั้งแต่จุดคัดแยกก่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องกู้ชีพยังเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารทางการพยาบาล เพื่อให้ทีมผู้ปฏิบัติรับทราบร่วมกันว่าผู้ป่วยที่เข้ามาห้องกู้ชีพเป็นผู้ป่วยเร่งด่วนและเข้ามาช่องทางด่วนเพื่อรับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ป้ายสื่อสารที่เตียงผู้ป่วยจึงมีความสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารภายในทีมผู้ปฏิบัติ ลดความเสี่ยงในการเกิดข้อผิดพลาด

และอำนวยความสะดวกในการทำงานของทีมพยาบาล เช่นเดียวกันกับการมีข้อความ“alert chest pain” ติดที่ถุงซิปล็อคส่งเลือดไปยังห้องปฏิบัติการ ส่งผลให้กลุ่มทดลองได้รับรายงานผลตรวจเอนไซม์หัวใจ ในระยะเวลาที่รวดเร็วกว่ากลุ่มควบคุม ข้อความสื่อสารที่ถุงซิปล็อคเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร ระหว่างทีมพยาบาลกับนักปฏิบัติการเวชศาสตร์ชั้นสูง เนื่องจากบริบทโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ห้องปฏิบัติการเวชศาสตร์ชั้นสูงให้บริการตรวจส่งตรวจทั่วทั้งโรงพยาบาล นักปฏิบัติการเวชศาสตร์ชั้นสูง เมื่อเห็นถุงซิปล็อคที่มีข้อความดังกล่าว ทำให้ทราบว่ามีการส่งตรวจหาค่าเอนไซม์หัวใจจากห้องฉุกเฉิน ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจยังไม่ชัดเจนได้รับรายงานผลตรวจเอนไซม์หัวใจเร็วขึ้น เป็นการเข้าถึง การวินิจฉัยที่เร็วขึ้นส่งผลดีที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการวินิจฉัยเร็วขึ้นและได้รับการรักษาที่เหมาะสมเป็นลำดับต่อไป²⁰

เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการจนถึงโรงพยาบาล ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล จนได้รับการเจาะเลือด และตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการวินิจฉัยสุดท้ายระหว่างกลุ่มควบคุมก่อนใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มทดลองขณะใช้แนวปฏิบัติ พบว่า ใช้ระยะเวลาเฉลี่ยเท่า ๆ กัน เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าอาการจะดีขึ้นหรือหายเองจึงมักจะสังเกตอาการตัวเองเบื้องต้นในขณะมีอาการก่อนค่อยตัดสินใจไปโรงพยาบาล²¹ ส่วนในด้านระยะเวลาที่ได้รับการเจาะเลือดเป็นกิจกรรมที่พยาบาลต้องรอยืนยันคำสั่งเจาะเลือด จากแพทย์เจ้าของไข้ก่อนจึงจะสามารถปฏิบัติได้ ในด้านเวลาที่ใช้ตั้งแต่แรกรับจนได้รับการวินิจฉัยสุดท้าย ใช้ระยะเวลานานเท่ากันนั้น เนื่องจากในปัจจุบันโรคมีความซับซ้อนมากขึ้น จึงจำเป็นต้องรอผลการตรวจ เอนไซม์หัวใจ เพื่อยืนยันผลการวินิจฉัย อีกทั้ง ผู้ป่วยบางรายมีหลายโรคร่วม แม้ว่าผลตรวจเอนไซม์หัวใจ อยู่ในเกณฑ์ปกติแล้ว แต่อาการที่ทำให้มาโรงพยาบาลยังไม่ดีขึ้น แพทย์และพยาบาลยังไม่สบายใจที่จะจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉิน จึงมีความจำเป็นต้องให้ยาและนอนพักรอดูติดตามอาการผู้ป่วยจนแน่ใจว่าผู้ป่วยอาการทุเลาขึ้น ค่อยทำการวินิจฉัยสุดท้ายและจำหน่ายผู้ป่วยจากห้องฉุกเฉิน

และเมื่อนำจำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉินมาเปรียบเทียบกับรายชั่วโมงระหว่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มทดลองออกจากห้องฉุกเฉินได้มากกว่า กลุ่มควบคุม และจำหน่ายได้มากที่สุด ในชั่วโมง 3 โดยนับเวลาตั้งแต่แรกรับ (ตามดัชนีชี้วัดของหน่วยงาน) เท่ากับว่า การพยาบาลตามแนวปฏิบัติ มีประสิทธิภาพ สามารถลดระยะเวลาในแต่ละกระบวนการได้จริง ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงการวินิจฉัยในระยะเวลาที่รวดเร็วกว่าขึ้น เมื่อแพทย์วินิจฉัยได้เร็วขึ้น กระบวนการรักษาก็ทำได้เร็วขึ้นเช่นกัน ส่งผลให้สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้เร็วขึ้นในที่สุด ผลกระทบ คือ ช่วยลดภาวะแออัด ในห้องฉุกเฉิน เพราะแนวปฏิบัติได้กำหนดแนวทางชัดเจนในการซักประวัติประเมินอาการเบื้องต้น เกณฑ์ในการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและอ่านผล ภายใน 10 นาที การส่งตรวจเอนไซม์หัวใจด้วยถุงซิปล็อคเฉพาะ อีกทั้ง แนวปฏิบัติ ผ่านการปรับปรุงจากการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ ทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติได้ดี สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของอรอนงค์ ช่วยณรงค์ ที่กล่าวถึงประโยชน์จากการมีส่วนร่วมของทีมว่า จะทำให้ ผู้ปฏิบัติเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีทัศนคติที่ดี ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ และมีความพึงพอใจ²² สอดคล้องกับแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการของโดนาเบเดียน (Donabedian)¹² ที่ได้อธิบายการ ประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเชื่อมโยง 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง ได้แก่ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงาน และแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการแน่นหน้าอกและสงสัย ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กระบวนการ ประกอบด้วย (1) การพัฒนาแนวปฏิบัติ (2) การประชุมให้ความรู้ ชี้แจงการใช้แนวปฏิบัติแก่ผู้ปฏิบัติการพยาบาล และ (3) การนำแนวปฏิบัติ ไปใช้ กับผู้ป่วย และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังนำแนวปฏิบัติ มาใช้ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้ป่วย โดยประเมินจากระยะเวลาในแต่ละกระบวนการ เริ่มตั้งแต่กระบวนการคัดแยกจนถึงจำหน่ายผู้ป่วยออกจาก

ห้องฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงผลการวินิจฉัยและได้รับการรักษาที่รวดเร็ว แสดงให้เห็นว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นประโยชน์ สำหรับการพัฒนาคุณภาพช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการวินิจฉัยในระยะเวลาที่เร็วขึ้น เข้าถึงการรักษาที่เหมาะสมเร็วขึ้น เมื่อทุกระบวนการใช้ระยะเวลาลดลง หน่วยงานก็สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉินได้เร็วขึ้น ช่วยลดปัญหาความแออัดในห้องฉุกเฉินได้อีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ควรนำกรณีศึกษาทางคลินิกมาใช้ในการพัฒนาความรู้ สมรรถนะทางคลินิก เพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างยั่งยืนต่อเนื่อง เกิดประสิทธิผลเพิ่มขึ้น เพิ่มคุณภาพการดูแลและระดับคุณภาพการพยาบาล
2. ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการติดตามผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงและยืนยันผลการปฏิบัติ

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นบริบทในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จึงอาจมีข้อจำกัดและความแตกต่างในโครงสร้างพื้นฐาน วัฒนธรรมองค์กร และความต้องการของผู้ป่วย อาจนำไปประยุกต์ใช้ได้ ในหน่วยงานที่มีบริบทใกล้เคียงกัน และแนวปฏิบัติ ควรได้รับการทบทวนต่อเนื่องทุกปี เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงในความรู้และการรักษาใหม่เกิดขึ้นตลอดเวลา

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ฝ่ายการพยาบาล ที่สนับสนุนการทำวิจัย งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เลขที่โครงการ RR68004) ขอขอบคุณอาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่หน่วยระบาดวิทยาคลินิก บรรณารักษ์ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ให้คำแนะนำในการวิจัยในครั้งนี้

Reference

1. Yeh RW, Go AS. Rethinking the epidemiology of acute myocardial infarction: challenges and opportunities. Arch Intern Med 2010;170(9):759–64.
2. Kontos MC, de Lemos JA, Deitelzweig SB, Diercks DB, Gore MO, Hess EP, et al. 2022 ACC expert consensus decision pathway on the evaluation and disposition of acute chest pain in the emergency department. J Am Coll Cardiol 2022;80(20):1925–60.
3. Yukselen Z, Majmundar V, Dasari M, Kumar PA, Singh Y. Chest pain risk stratification in the emergency department: current perspectives. Open Access Emerg Med 2024;16:29-43.
4. Frisch SO, Faramand Z, Leverknight B, Martin-Gill C, Sereika SM, Sejdić E, et al. The association between patient outcomes and the initial emergency severity index triage score in patients with suspected acute coronary syndrome. J Cardiovasc Nurs 2020;35(6):550.

5. Kabiri A, Gharin P, Forouzannia SA, Ahmadzadeh K, Miri R, Yousefifard M. HEART versus GRACE score in predicting the outcomes of patients with acute coronary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Arch Acad Emerg Med* 2023;11(1):50.
6. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, Barbato E, Berry C, Chieffo A, et al. 2023 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes. *Eur Heart J* 2023;44(38):3720–826.
7. Mucci N, Giorgi G, De Pasquale Ceratti S, Fiz-Pérez J, Mucci F, Arcangeli G. Anxiety, stress-related factors, and blood pressure in young adults. *Front Psychol* 2016;7:1682.
8. Sweeney M, Bleeze G, Storey S, Cairns A, Taylor A, Holmes C, et al. The impact of an acute chest pain pathway on the investigation and management of cardiac chest pain. *Future Healthy J* 2020;7(1):53–9.
9. Srinagarind Hospital. Statistics on patients diagnosed with acute myocardial infarction during 2021–2023 [unpublished]. Khon Kaen: Department of Medical Records and Statistics, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University;2023. (in Thai)
10. Plaiyam R. Development of nursing practice guidelines for screening patients with acute myocardial infarction at Moeiwadi Hospital, Roi Et Province. *J Res Innov Health* 2020;1(2):11–9. (in Thai)
11. Soukup SM. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. *Nurs Clin North Am* 2000;35(2):301–9.
12. Donabedian A. Quality assessment and monitoring: retrospect and prospect. *Eval Health Prof* 1983;6(3):363–75.
13. Flesch M, Hagemeister J, Berger HJ, Schiefer A, Schynkowski S, Klein M, et al. Implementation of guidelines for the treatment of acute ST-elevation myocardial infarction. *Circulation: Cardiovascular Interventions* 2008;1(2):95–102.
14. Chantachoom W. Nursing research: sample selection and sample size determination. Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen University;2002. (in Thai)
15. Institute of Medical Research and Technology Assessment. Quality assessment of practice guidelines for research and evaluation. Nonthaburi: Institute of medical research and technology assessment;2013. (in Thai)
16. Udonjarut N, Kotruchin P, Mitsungnern T, Imoun S, Sumritrin S. Effects of diaphragmatic breathing combined with number counting on blood pressure and anxiety in patients with hypertensive urgency. *J Nurs Sci Health* 2023;46(4):88–104. (in Thai)
17. Chanpanit N, Lagampan S, Pichayapinyo P. Factors related to coronary artery disease prevention behaviors among men with andropause in Bangkok. *J Public Health Nurs* 2018;32(3):101–14. (in Thai)
18. Phrommool P, Damkliang J, Mekthas M. Development of a nursing care model for patients with acute coronary syndrome attending the emergency room. *Nakhon Si Thammarat Med J* 2024;7(2):139–61. (in Thai)

19. Thai Heart Association under the Royal Patronage of H.M. the King. Thai guidelines for the management of acute coronary syndrome 2020. Bangkok: Thai Heart Association;2020. (in Thai)
20. Krachai KS, Kaliphat S, Phoncharoen S. Development of fast-track nursing services for patients with acute myocardial infarction undergoing coronary angiography. Med J Srisaket Surin Buriram Hosp 2023 Dec 29;38(3):803–16. (in Thai)
21. Banharak S, Prasankok C, Lach HW. Factors related to a delay in seeking treatment for acute myocardial infarction in older adults: an integrative review. Pacific Rim International Journal of Nursing Research 2020;24(4):553–68. (in Thai)
22. Chuanarong A, Rongmuang D. Development of a screening and assessment form for patients with chest or epigastric pain in the emergency department at Ranong Hospital. J Nurs Care Health 2018;36(3):187–96. (in Thai)

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ เป็นวารสารวิชาการด้านพยาบาลศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ของ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย และวิชาการทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ที่ผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิภายในและภายนอก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (peer review) อย่างน้อย 2 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญ ทั้งในด้านเนื้อหานั้น ๆ และด้านระเบียบวิธีวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนไม่ทราบชื่อของแต่ละฝ่าย กรณีที่บทความได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้ ถือเป็นสิทธิ์ของวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

คำแนะนำในการเตรียมบทความ การส่งผลงานเข้ามาเพื่อรับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาล ศาสตร์และสุขภาพ มีข้อตรวจสอบสำคัญ ดังนี้

1. บทความที่ส่งมาไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ระหว่างการส่งตีพิมพ์ที่วารสารอื่น
2. ผู้ที่มีรายชื่อในบทความทุกคนมีความเห็นตรงกันในเนื้อหาสาระของบทความก่อนส่งเข้ามา เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่
3. ผู้เขียนได้ตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้ว และไม่มีการคัดลอกผลงานวิชาการ (plagiarism) โดยมีการอ้างอิงแหล่งที่มาตามหลักการที่ถูกต้อง
4. บทความวิชาการที่เป็นผลงานของนักศึกษาระดับปริญญาตรีจะต้องมีลายเซ็นตั้งของอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อรับรองว่าได้อ่านและพิจารณาเนื้อหาของบทความนั้นแล้ว

หมายเหตุ: การส่งบทความเข้ามายังระบบออนไลน์ ผู้ นิ พันธ์ชื่อแรก (first author) หรือผู้ประพันธ์ บรรณกิจ (corresponding author) จะต้องพิจารณาและกรอกแบบตรวจสอบบทความ เพื่อลงตีพิมพ์ วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (สำหรับผู้นิพนธ์) เพื่อยืนยัน ตามข้อ 1-4 ข้างต้น การส่งบทความเข้ามาในระบบจึงจะมีความสมบูรณ์

ประเภทของบทความที่รับตีพิมพ์ แบ่งเป็น 5 ชนิด ได้แก่

1. บทความวิจัย (research articles) เป็นบทความที่เขียนขึ้นจากการศึกษาเชิงประจักษ์ เพื่อนำเสนอ ผลการวิจัยอย่างเป็นระบบ สาระของบทความสะท้อนให้เห็นขั้นตอนการศึกษาตามระเบียบวิธีวิจัย กล่าวถึง บทนำ วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย กรอบแนวคิดทฤษฎี ผลการวิจัย สรุปและอภิปรายผลที่ได้จากการศึกษา ซึ่งรวมถึงการวิจัยชั้นเรียน (classroom research) และการวิจัยสถาบัน (institutional research) ทั้งนี้ งานวิจัย ควรได้รับการพิจารณาอนุมัติให้ดำเนินการจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ของ สถาบัน องค์กร หรือหน่วยงาน

2. บทความวิชาการ (academic articles) เป็นบทความที่เขียนขึ้นโดยที่ผู้นิพนธ์หยิบยกประเด็นใด ประเด็นหนึ่ง หรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในแวดวงวิชาการ วิชาชีพ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หรือวิพากษ์ ทศนะหรือแนวคิดเดิม และ/หรือนำเสนอแนวคิดใหม่ เน้นการให้ความรู้เป็นสำคัญและต้องนำเสนอข้อมูลทาง วิชาการ เอกสารอ้างอิง และเหตุผลที่พิสูจน์ได้

3. บทความปริทัศน์ (review articles) เป็นบทความที่รายงานการทบทวนผลงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) เกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ โดยผู้นิพนธ์ได้มีการศึกษาเรื่องนี้อย่างกว้างขวาง มีการวิเคราะห์และเปรียบเทียบงานวิจัย สังเคราะห์เป็นองค์ความรู้ใหม่พร้อมข้อเสนอแนะ บทความปริทัศน์ ควรเสนอแนวคิดใหม่หรือองค์ความรู้ใหม่ หรือกระตุ้นให้เกิดการวิจารณ์ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

4. รายงานการศึกษอิสระ (independent studies) เป็นบทความที่รายงานเกี่ยวกับการพัฒนา นวัตกรรม การประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ หรือรายงานผู้ป่วย หรืออื่น ๆ

5. บทความพิเศษรับเชิญ (special invited articles) เป็นบทความที่ผู้นิพนธ์เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในทางใดทางหนึ่ง และใช้ประสบการณ์นี้เขียนแสดงความคิดเห็นในเรื่องนั้นมักเป็นเรื่องที่อยู่ในความสนใจเป็นพิเศษหรือเป็นบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ รวมถึงบทสัมภาษณ์พิเศษ ข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และบทวิจารณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการกำหนดผู้นิพนธ์

การเตรียมบทความต้นฉบับ (Handing the Manuscript)

1. บทความภาษาไทย

การใช้ภาษาไทยให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน พยายามหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทย ยกเว้นกรณีจำเป็น และไม่ใช้คำย่อที่ยังไม่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษ เป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 (216x279 มม.) เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบน ด้านซ้าย ด้านล่างและด้านขวา 25 มม. (1 นิ้ว) พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Words ด้วยรูปแบบอักษร TH SarabunPSK ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 เท่า ขนาด 16 ตัวอักษรต่อหน้า ไม่เกิน 15 หน้า ใส่เลขหน้า ตั้งแต่หน้าชื่อเรื่อง เรียงไปตามลำดับที่มุมขวาของ กระดาษ ศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเนื้อเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะซึ่งต้องขึ้นต้น ด้วยอักษรใหญ่

1.1 ชื่อเรื่อง ประกอบด้วย

1.1.1 ชื่อเรื่องควรสั้นกะทัดรัด ใช้ภาษาที่เป็นทางการและครอบคลุมประเด็นหลักของการศึกษา ไม่ใช้คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องสำหรับบทความภาษาไทย ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ สำหรับชื่อเรื่องภาษาอังกฤษไม่ต้องขึ้นต้นข้อความด้วยอักษรใหญ่ทุกคำ ยกเว้นชื่อเฉพาะซึ่ง ขึ้นต้นด้วยอักษรใหญ่ ตัวอย่างเช่น

ถูก ต้อง – The interventions for pain management during the first stage of labor at Udonthani Hospital

ไม่ถูกต้อง – The Interventions for Pain Management During the First Stage of Labor at Udonthani Hospital

1.1.2 ชื่อผู้นิพนธ์ ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยแสดงคำย่อของวุฒิการศึกษา ในการประกอบวิชาชีพและวุฒิการศึกษาสูงสุดเท่านั้น ไม่ใส่ตำแหน่งวิชาการ ในกรณีที่มีผู้นิพนธ์หลายคน ให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญที่แต่ละคนมีส่วนในงานวิจัยนั้น **ที่สำคัญต้องระบุชื่อ และอีเมล (e-mail) ของผู้ประพันธ์บรรณกิจ (corresponding author)**

1.1.3 แหล่งทุนสนับสนุนวิจัย (ถ้ามี) (แทรกเชิงอรรถไว้ด้านล่างหน้าแรก)

1.1.4 ตำแหน่งของผู้นิพนธ์ หน่วยงานหรือสถาบันที่ผู้นิพนธ์อยู่ขณะทำการวิจัย (แทรกเชิงอรรถไว้ด้านล่างในหน้าแรก) ดังตัวอย่าง

*ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก.....

** (ตำแหน่ง, ตำแหน่งทางวิชาการ) หน่วยงาน, สถาบัน.....

1.2 บทคัดย่อ เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา บทสรุปและข้อเสนอแนะ ไม่ควรเกิน 1,000 คำ (ภาษาไทย 500 คำ ภาษาอังกฤษ 500 คำ) ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเอง ไม่ต้องหาความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อ ให้เขียนบทคัดย่อภาษาไทยก่อนภาษาอังกฤษ บทคัดย่อภาษาไทย จะไม่ใช่ศัพท์ภาษาอังกฤษปนแต่แปลเป็นภาษาไทย หรือให้เขียนทับศัพท์ที่เป็นภาษาไทย และไม่ต้องวงเล็บคำเดิม

1.3 คำสำคัญหรือคำหลัก ระบุคำสำคัญ ใส่ไว้ในท้ายบทคัดย่อของแต่ละภาษา โดยให้ใช้ Medical Subject Headings (MeSH) และระหว่างคำ ให้ใช้เครื่องหมาย; สำหรับทั้งภาษาไทย ภาษาอังกฤษ

1.4 บทนำ เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา ให้ข้อมูลทางวิชาการและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับจุดมุ่งหมายของการศึกษาอย่างกระชับ ลงท้ายด้วยวัตถุประสงค์ของการวิจัยนั้น

1.5 วิธีการวิจัย ชี้แจง 2 หัวข้อใหญ่ คือ เครื่องมือ และวิธีการวิจัย หัวข้อเครื่องมือให้บอกรายละเอียด สิ่งที่น่ามาศึกษา จำนวน ลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่วิจัย ตลอดจนเครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ ในการวิจัย หัวข้อวิธีการวิจัยอธิบายรูปแบบแผนการวิจัย การสุ่มตัวอย่าง วิธีหรือมาตรการที่ใช้วิจัย วิธีการเก็บ ข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

1.6 ผลการวิจัย แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจนได้ใจความ ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมาก ควรบรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้ามีตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ควรใช้ตาราง แผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายในเนื้อหาซ้ำอีกและไม่ควรมีตารางเกิน 3 ตารางหรือแผนภูมิ และมีการแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

1.7 ตาราง ภาพ และแผนภูมิ ชื่อตาราง ภาพ และแผนภูมิ ควรเป็นคำอธิบายสั้น ๆ แต่ได้สาระครบถ้วน โดยใช้ ตารางที่ ภาพที่ แผนภูมิที่ นำหน้า และเรียงเลขตามลำดับเนื้อหาของบทความและแยกลำดับตามประเภท กรณีที่ตารางหรือภาพมีข้อมูลเกินไปยังหน้าถัดไปให้ขึ้นชื่อภาพ ตารางใหม่อีกครั้ง ตามด้วย (ต่อ)

18. อภิปรายผลการวิจัย วิจารณ์ว่าผลการวิจัยตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยหรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น ไม่ควรคาดเดาอย่างเลื่อนลอย โดยปราศจากพื้นฐานอ้างอิงที่แน่นนอน และให้จบบทความด้วยข้อยุติสรุปว่า ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์

การวิจัยหรือไม่ให้ข้อเสนอแนะ ที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือประเด็นคำถามการวิจัย สำหรับการวิจัยต่อไป

1.9 ข้อเสนอแนะ ให้ระบุข้อเสนอที่ผู้เกี่ยวข้องหรือสถาบันที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปใช้ในการกำหนด นโยบายการปฏิบัติงานตลอดจนการวิจัยหรือพัฒนาองค์ความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ

1.10 กิตติกรรมประกาศ มีเพียงสั้น ๆ แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง

1.11 เอกสารอ้างอิง ใช้ระบบ Vancouver style คู่มือหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิงและต้องเป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น กรณีที่เป็นภาษาไทย ให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษและต่อท้ายด้วย (in Thai) และต้องสะกดชื่อผู้นิพนธ์จากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษให้ถูกต้อง โดยตรวจสอบจากเอกสารต้นฉบับให้ถูกต้อง

2. บทความภาษาอังกฤษ

ให้ใช้ภาษาอังกฤษของอเมริกันทั้งฉบับ พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 (216x279 มม.) เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบน ด้านซ้าย ด้านล่างและด้านขวา 25 มม. (1 นิ้ว) พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Words ด้วยรูปแบบอักษร Times New Roman ขนาด 12 ตัวอักษรต่อนิ้ว ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1.5 เท่า ไม่เกิน 15 หน้า ใส่เลขหน้าตั้งแต่หน้าชื่อเรื่อง เรียงไปตามลำดับที่มุมขวาของกระดาษ ศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเนื้อเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ ซึ่งต้องขึ้นต้นด้วยอักษรใหญ่

รายละเอียดของการเตรียมต้นฉบับอื่น ๆ ได้แก่ ชื่อเรื่อง คำสำคัญหรือคำหลัก วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปราย ข้อเสนอแนะ ตาราง ภาพ และแผนภูมิ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ให้ใช้แนวทางเดียวกับการเตรียมบทความภาษาไทย

องค์ประกอบของบทความ

1. บทความวิจัย (research articles) ความยาว 15 หน้า ประกอบด้วย

ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญหรือคำหลัก (keywords) บทนำ (introduction) วิธีการวิจัย (methods) ผลการวิจัย (results) ตาราง ภาพ และแผนภูมิ อภิปราย (discussion) ข้อเสนอแนะ (suggestion) กิตติกรรมประกาศ (acknowledgement) เอกสารอ้างอิง (references)

2. บทความวิชาการ (academic articles) ความยาว 10-15 หน้า ประกอบด้วย

ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญหรือคำหลัก (keywords) บทนำ (introduction) ควรประกอบด้วย หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ ขอบเขตของเรื่องและคำจำกัดความหรือนิยามต่าง ๆ เนื้อหา (contents) เป็นส่วนของเรื่องราวที่น่าเสนอ แบ่งเป็นประเด็นหลัก ประเด็นรอง ประเด็นย่อย โดย สอดแทรกแนวคิด ทศนคติ และแสดงความคิดเห็นในแง่มุมต่าง ๆ โดยอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และ แหล่งอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ ตาราง ภาพ และแผนภูมิ ส่วนสรุป (conclusion) ขมวดประเด็นสำคัญ กระตุ้นผู้อ่าน ให้ติดตาม และให้ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ กิตติกรรมประกาศ (acknowledgement) กล่าวเพียงสั้น ๆ ถึง แหล่งที่สนับสนุนการศึกษาเท่านั้น เอกสารอ้างอิง (references)

3. บทความปริทัศน์ (review articles) ความยาว 10-15 หน้า ประกอบด้วย

ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญหรือคำหลัก (keywords) ส่วนนำ (introduction) ควรประกอบด้วย หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ ขอบเขตของเรื่องและคำจำกัดความหรือนิยามต่าง ๆ เนื้อหา (contents) นำเสนอการสังเคราะห์ผลจากรายงานวิจัยหลาย ๆ ฉบับ เพื่อประมวลเป็นเนื้อหาสาระ หรือข้อโต้แย้งในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยต้องมีการเปรียบเทียบข้อสรุปของแต่ละการศึกษาว่ามีความสอดคล้อง กันหรือไม่ หากไม่สอดคล้องกันจะมีแนวทางทำให้ผลการศึกษามีความชัดเจนได้อย่างไรเป็นการแนะแนวทางการวิจัยในอนาคตผู้พิมพ์ต้องลำดับการเขียน แยกประเด็นหรือลำดับเหตุการณ์ให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ ตาราง ภาพ และแผนภูมิ (ไม่เกิน 2 ตาราง ภาพ และแผนภูมิ) ส่วนสรุป (conclusion) ขมวดประเด็น สำคัญ แนะนำการพัฒนางานวิจัยในอนาคต กิตติกรรมประกาศ (acknowledgement) เอกสารอ้างอิง (references)

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) ใส่เลขยกหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่นำมาอ้างอิง ใช้หมายเลข 1 สำหรับการอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้ามีการอ้างอิงซ้ำให้ใส่หมายเลขเดิม การใส่หมายเลขให้เรียงลำดับอ้างอิงในเนื้อเรื่อง ไม่เรียงลำดับตามอักษรของผู้พิมพ์ ให้เขียนเอกสารอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด สำหรับเอกสารอ้างอิงที่แปลมาจากภาษาไทย ให้ใช้ปี ค.ศ. แทน พ.ศ.

โปรดสังเกตชนิดของตัวอักษร ชื่อของเรื่องจะใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นอักษรตัวแรกและชื่อเฉพาะ นอกจากนี้ ให้สังเกตการใช้ เครื่องหมายวรรคตอน และช่องไฟ ดังตัวอย่างการอ้างอิงแต่ละประเภทที่นำเสนอ ต่อไปนี้

1. บทความทั่วไป

1.1 ชื่อวารสาร

กรณี วารสารภาษาไทย ให้ใส่ชื่อเต็มของวารสารที่เป็นภาษาอังกฤษ และสืบค้นได้ตาม Thajjo กรณี วารสารภาษาอังกฤษ ให้ใส่ชื่อย่อตาม National Library of Medicine ตรวจสอบได้จาก <http://www.nlm.nih> และไม่มีการใช้เครื่องหมายวรรคตอนกับชื่อย่อของวารสาร

1.2 ในกรณีที่ผู้พิมพ์เป็นบุคคล ผู้เขียน 1-6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน ถ้ามากกว่า ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก และตามด้วย et al.

1.3 กรณีผู้พิมพ์เป็นหน่วยงาน ให้ใส่ชื่อเต็มเขียนอ้างอิง ดังนี้

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996;164:282-4.

1.4 กรณีไม่มีชื่อผู้พิมพ์ เขียนอ้างอิงโดยใส่ชื่อเรื่องเป็นลำดับแรกได้ ดังนี้

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994;84:15.

1.5 ในกรณีที่วารสารที่อ้างอิงนั้น ยังไม่ได้จดทะเบียนค้าขาย ให้ใช้ชื่อเต็มโดยอนุโลม

Nikhrothanon Y, Lovichakorntikul P. Requirement for life insurance of LGBT persons in Thailand. *Journal of Accountancy and Management* 2024;16(4):2–23. (in Thai)

1.6 กรณีที่เรียงเลขหน้าเฉพาะในฉบับ ไม่ต่อกันไปตลอดปีที่ตีพิมพ์ ต้องใส่ฉบับที่ตีพิมพ์ ดังนี้

Russell FD, Coppel AL, Davenport AP. In vitro enzymatic processing of radiolabelled big ET-1 in human kidney as a food ingredient. *Biochem Pharmacol* 1998;55:697-701.

1.7 กรณีที่มีการเรียงตัวเลขหน้าต่อกันตลอดปีที่ตีพิมพ์ ไม่ต้องใส่ฉบับที่ตีพิมพ์ ดังนี้

Yoos HI, McMullen A. Symptom perception and evaluation in childhood asthma. *Nurs Res* 1999;48:2-8.

1.8 กรณีที่เป็นฉบับเสริม (supplement) ตัวอย่างนี้ แสดงว่าเป็น Volume 102 ฉบับเสริมที่ 1

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994;102(suppl 1):275-82.

1.9 กรณี เอกสารอ้างอิงเป็นคอลัมน์เฉพาะ ซึ่งไม่จัดเป็นนิพนธ์ต้นฉบับ เช่น บทบรรณาธิการ จดหมาย หรือบทคัดย่อ ให้แสดงชนิดของเอกสารภายในเครื่องหมาย [] ดังนี้

Enzenberger W, Fishcer PA. Metronone in Parkinson's disease [letter]. *Lancet* 1996;347:1337.

2. หนังสือ

ชื่อหนังสือใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้น อักษรตัวแรก และชื่อเฉพาะ

2.1 หนังสือที่ผู้นิพนธ์คนเดียว เขียนอ้างอิง ดังนี้

Mason J. Concepts in dental public health. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

2.2 หนังสือที่มีผู้นิพนธ์ จำนวน 2-6 คน เขียนอ้างอิง ดังนี้

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany, NY: Delmar Publishers; 1996.

2.3 หนังสือที่มีผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คน เขียนอ้างอิง ดังนี้

Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al. Harrison's principles of internal medicine. 17th ed. New York: McGraw Hill; 2008.

2.4 หนังสือที่มีผู้นิพนธ์เป็นบรรณาธิการหรือผู้รวบรวม เขียนอ้างอิง ดังนี้

Nomar IJ, Redfem SJ, editors. Mental health care for elderly. New York: Churchill Livingstone; 1996.

2.5 กรณีที่ผู้นิพนธ์เป็นหน่วยงานและผู้พิมพ์ เขียนอ้างอิง ดังนี้

Institute of Medicine (US). Looking at the future of the medicine program. Washington: The Institute; 1992.

2.6 บทในหนังสือหรือตำรา เขียนอ้างอิง ดังนี้

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors, Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

2.7 บทความในหนังสือแสดงเพียงแต่ชื่อมหาวิทยาลัยและเมือง สำหรับวิทยานิพนธ์ต่างประเทศ วงเล็บชื่อรัฐหลังชื่อเมือง ดังนี้

Kaplan SJ. Post hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St Louis (MO): Washington Univ; 1995.

3. สื่อหรือวัสดุอิเล็กทรอนิกส์

3.1 บทความวารสารทางอินเทอร์เน็ต (e-journal)

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: The ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):966-9. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

3.2 หนังสือทางอินเทอร์เน็ต (e-book)

Salley K. Physical medicine and rehabilitation [Internet]. New Delhi: World Technologies; 2012 [cited 2013 Nov 17]. Available from: EBSCOhost eBook Collection: <http://search.ebscohost.com/prxusa.lirn.net/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=406964&site=ehost-live>

3.3 โฮมเพจ/เว็บไซต์ (homepage/website)

American Medical Association. Medical leaders urge collection of demographic information as a step toward ending health care disparities [Internet]. Chicago: American Medical Association; 2011[updated 2011 Apr 28; cited 2011 May 4th]. Available from: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/news/news/medical-leaders-urge-collectiondemographic.page>

การส่งต้นฉบับ

ผู้นิพนธ์สามารถส่งต้นฉบับบทความได้ที่ระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ <http://www.tci-thaijo.org/index.php/nah> เมื่อระบบได้รับบทความเรียบร้อยแล้ว ระบบจะส่งอีเมลแจ้งกลับอัตโนมัติให้ผู้นิพนธ์ และผู้นิพนธ์สามารถตรวจสอบสถานะบทความได้ที่ระบบวารสารฯ โดยสามารถศึกษาการใช้งานได้จากคู่มือการใช้งานระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ โดยดาวน์โหลดคู่มือฯ ได้ที่เมนูประกาศข่าวสาร (announcements)

กรณี มีข้อสงสัยเกี่ยวกับวารสารและการส่งบทความออนไลน์ ติดต่อได้ที่ นางสาวชนัญชิตา อภิโชคหิรัญ ฝ่ายบริหารจัดการวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถนนมิตรภาพ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 โทรศัพท์ 043-202435, 043-202407 ต่อ 117 โทรสาร 043-202435, 043-348301 หรืออีเมล journal.nu@gmail.com

ลิขสิทธิ์ในการเผยแพร่ผลงาน

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพเป็นเจ้าของลิขสิทธิ์ในการเผยแพร่ผลงานที่ตีพิมพ์ ห้ามผู้ใดนำบทความที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพไปเผยแพร่ในลักษณะต่าง ๆ ดังนี้ การนำบทความไปเผยแพร่ออนไลน์ การถ่ายเอกสารบทความเพื่อกิจกรรมที่ไม่ใช่การเรียนการสอน การส่งบทความไปตีพิมพ์เผยแพร่ที่อื่น ยกเว้นเสียแต่ได้รับอนุญาตจากวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Author guidelines

The *Journal of Nursing Science and Health* is a quarterly peer-reviewed journal of the Faculty of Nursing Khon Kaen University Thailand. The journal aims to publish high quality empirical studies and scholarly papers in the field of nursing and related health sciences. We accept both Thai and English manuscripts which have never been published elsewhere. These submitted manuscripts will be evaluated by at least 2 experts in the field for scientific merits, with double-blind review process. Once accepted and published, the manuscript copyright will be automatically transferred to the journal.

Manuscript preparation suggestions Manuscript submission for publication in the Journal of Nursing Science and Health, an author should check the essential items as follows:

1. Submitted manuscript has never been published elsewhere or in the process of publication in any journals.
2. All authors approved contents in the submitted article before publication submission.
3. No plagiarism on submitted manuscript, neither partial nor complete copying from other work and reference citation must be completely correct.
4. Regarding academic or research articles of graduate students, advisor's signature must be obtained to certify contents review and approval.

Remark: Online manuscript submission, first author or corresponding author must consider and fill in publication submission checklist form, Journal of Nursing Science and Health, Faculty of Nursing, Khon Kaen University (for author) to confirm the four essential items as above-mentioned, then an electronic submission system is completed.

Types of articles

The following five types of articles are published by the Journal of Nursing Science and Health:

1. Research articles (or original articles) are papers written to illustrate a clearly stated research question or hypothesis, which is tested empirically through the application of sound research protocol. The content presents background and rational of the study, objectives, design, theoretical framework, results, and discussion. This includes classroom research as well as institutional research. All human subjects research must receive approval from the IRB.

2. Academic articles are scholarly papers written by experts in academic or professional fields. It aims to analyze or criticize findings from previous studies on a topic as well as to formulate new concepts or theories based on existing research. They are excellent sources for finding out what has been studies or researched as well as to find updates on existing knowledge.

3. Review articles are written to systematically analyze or discuss research previously published by others. The authors will analyze, compare, summarize or classify current state of understanding on a particular topic they have been studied extensively. A review should propose new ideas or new knowledge, be thought provoking criticism on a particular topic.

4. Independent studies are articles report on the development of innovations, the application of evidence-based practice, including case study reports, and others.

5. Special invited articles are written by experienced authors to comment on special matters that are currently issues of interest. Special articles include exclusive interviews, expert opinions, analytical critique related to health. The editorial board reserves the right to determine qualified authors.

Manuscript preparation

1. Thai article

Thai language usage and writing an article that include foreign language terms, use terms that are in accordance with the guidelines set by the Royal Academic Institute. Using English word in sentences including abbreviation should be avoided. The manuscript must be prepared by Microsoft Words on single-sided A4 (216 x 279 mm.). The page setup should include 40 mm (1.5 inches) for the top and left margins and 25 mm (1 inch) for the bottom and right margins. The font should be TH SarabunPSK (Thai language), 16-point size, with single spacing applied consistently. The manuscript should not exceed 15 pages including references. Each page is numbered consecutively, including title page and reference page. Type the numbers in the upper right-hand corner using Arabic numerals. The first word of proper name must be capitalized, other than that uses small letters.

1.1 Title page

1.1.1 The title must be shorter than 100 characters, both concise and informative. Title of Thai articles must include both Thai and English. Only the first word in the sentence and proper names should be capitalized, for example,

Correct – The interventions for pain management during the first stage of labor at Udonthani Hospital

Incorrect – The Interventions for Pain Management During the First Stage of Labor at Udonthani Hospital

1.1.2 Authors' names must be both Thai and English. The authors' names should include abbreviation of their highest academic degrees, without academic titles. Authors should be listed in order of contribution to the paper beneath the title, including corresponding author's name and e-mail address.

1.1.3 Research grants/funding (if any) should be typed as a footnote at the bottom of the title page

1.1.4 Authors' affiliation, organization or institution while doing research should be typed as a footnote at the bottom of the title page

1.2 Abstract

The abstract should not exceed 1,000 words (Thai abstract 500 words, English abstract 500 words) and should contain objectives of the research, material and methods used, main findings conclusions and recommendations. Abstract should be structured in according to types of articles. Abbreviation should be avoided.

Thai abstract presents first, follows by English abstract. Thai abstract will not contain English words but translate into Thai or transliterate words of English to Thai, without typing English word in a parenthesis.

1.3 Keywords

The abstract must be followed by 3–5 keywords using Medical Subject Headings (MeSH) and separated by a semicolon (;) between English words."

1.4 Introduction

The introduction should be brief and indicates the essential background information and rationality of the study. Introduction should clearly state hypothesis or purpose statement and why the author deems it important.

1.5 Material and methods

Authors should provide concise but complete information for material and methods to enable other scientists to repeat the research presented, if needed. Details of materials (i.e. interventions, programs, and questionnaires), subjects' characteristics, sampling techniques, research protocol for data collection, and statistics used for data analysis should be clearly indicated.

1.6 Results

Data acquired from the research with appropriate statistical analysis described in the methods section should be included in this section. The results should describe the finding observed in according with research questions or hypothesis. Numerical data should be presented in tables and graphs. The same data/information given in the table must not be repeated in a figure or text. The total number of table and figures combined may not exceed 3.

1.7 Figures, tables, and charts

It is essential that all illustrated figures and tables are clear and legible. All figures and tables must have a clear and concise title. The numbering for tables, figures, and charts should be separated and follow a chronological order. Figures and charts should be prepared in black Indian ink on white art paper. If figures and charts are printed from a computer, they must be printed using a laser printer or plotter printer in black and white ink only.

1.8 Discussion

Discussion should relate to the results for current understanding of the scientific problems being investigated in the study. This section should include implications of the main findings and exploring possible mechanism or explanation for those findings and their limitations. The authors should compare the results with previous studies and then try to explain, with strong empirical evidence, why and how the different results have occurred. Finally, recommendations for future research and clinical practice could be given.

1.9 Implications

Suggest how the findings may be important for policy, practice, theory, and subsequent research.

1.10 Acknowledgement

Include only a brief description of grants or funding and any assistance.

1.11 References

Use Vancouver style. See details in the reference section. The reference list must be written in English. When translating Thai into English, insert the phrase “in Thai” in parentheses (in Thai). Authors’ names in English must be correctly spelled by checking an electronic database where the Thai author has published or by referring to the author’s affiliation website.

2. English article

Your manuscript must be written in clear, comprehensible American English. It must be prepared using Microsoft Word on single-sided A4 paper (216×279 mm). The page setup should include 40 mm (1.5 inches) for the top and left margins and 25 mm (1 inch) for the bottom and right margins. Times New Roman, 12-point font size, and single spacing should be used consistently. The manuscript should not exceed 15 pages including references. Each page is numbered consecutively, including title page and reference page. Type the numbers in the upper right-hand corner using Arabic numerals. The first word of proper name must be capitalized, other than that uses small letters.

Other manuscript preparation details including title page, abstract, keywords, introduction, material and methods, results, figures and tables, discussion, implications, acknowledgement, and references use the same as Thai article preparation.

Article components

- **Research articles** Length of the article should be 15 pages including references. Components include Title page (Include title, full names of authors, degree, grants, academic titles, and affiliations) Abstract, Keywords, Introduction, Material and methods, Results, Figures and tables, Discussion, Recommendations, Figures and tables, Acknowledgement, and References.
- **Academic articles** Length of the article should be 10-15 pages including references. Components include Title page (Include title, full names of authors, degree, degree, grants, academic titles, and affiliations), Abstract, Keywords, Introduction: Background and rational of the study, objectives, scope, definition. Contents: Should be divided into main-themes and sub-themes, incorporated with various concepts and perspectives based on empirical evidence and reliable sources. Figures, tables, and charts (Total number of tables, figures, and charts combined should not exceed 3) Conclusion: Clearly explain the main contents and highlight its importance and relevance for implications. Acknowledgement: A brief description of educational support. And References.

- **Review articles** Length of the article should be 10-15 pages including references. Components include Title page (Include title, full names of authors, degree, grants, academic titles, and affiliations), Abstract, Keywords, Introduction: Background and rational of the study, objectives, scope, definitions. Contents: Present comprehensive results from systematic reviews of research previously published by others. The authors should summarize, evaluate and offer critical comments on the ideas and information that the authors present in the article follow by recommendations for future research. Figures, tables, and charts (Total number of tables, figures, and chart combined may not exceed 2) Conclusion: Wrap-up the main issue and suggest further research. Acknowledgement, And References.

References

The Vancouver style of referencing is used in this journal. In-text citation, references, must be cited by using superscript Arabic numerals in the order in which they appear in the text. The first reference used in a written document is listed as 1 (¹) in the reference list. The superscript number is inserted into the document immediately next to the fact, concept, or quotation being cited. If citing more than one reference at the same point, separate the numbers with commas and no spaces between. Citation in Thai must translate into English and use AD instead of BE. Authors are responsible for the accuracy of cited references and these should be checked before the manuscript is submitted.

Only the first word in the sentence and proper names should be capitalized. Spacing and punctuation need to be congruent with the following recommendations:

1. Journal

1.1 Use standard abbreviations for journals as defined in *Index Medicus* (available via the National Library of Medicine at <http://www.nlm.nih.gov>). Do not use periods in abbreviations. If the journal is not listed in the National Library of Medicine, its name should be written out in full.

1.2 Author/Authors: List the names and initials of all authors. If there are more than six authors, list the first six followed by "et al."

1.3 Organization as Author

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996;164:282-4.

1.4 Unknown author

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994;84:15.

1.5 If the abbreviated name of the referenced journal has not been officially recognized, the full name should be used accordingly.

Nikhrothanon Y, Lovichakorntikul P. Requirement for life insurance of LGBT persons in Thailand. *Journal of Accountancy and Management* 2024;16(4):2–23. (in Thai)

1.6 If the page numbers of each issue begin with page 1, include the issue number in parentheses.

Russell FD, Coppell AL, Davenport AP. In vitro enzymatic processing of radiolabelled big ET-1 in human kidney as a food ingredient. *Biochem Pharmacol* 1998;55:697-701.

1.7 If each issue begins with the next consecutive page number from the last issue, do not include the issue number

Yoos HI, McMullen A. Symptom perception and evaluation in childhood asthma. *Nurs Res* 1999;48:2-8.

1.8 Supplement

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994;102(suppl 1):275-82.

This example indicates volume 102, supplement 1.

1.9 Editorial, letter, abstract are special columns, not considered as original article, indicating this citation in brackets [].

Enzenberger W, Fishcer PA. Metronone in Parkinson's disease [letter]. *Lancet* 1996;347:1337.

2. Book

Only the first word in the sentence and proper names should be capitalized.

2.1 One author

Mason J. Concepts in dental public health. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

2.2 Two - six authors

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany, NY: Delmar Publishers; 1996.

2.3 More than 6 authors

Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al. Harrison's principles of internal medicine. 17th ed. New York: McGraw-Hill; 2008.

2.4 Editor as author

Nomar IJ, Redfem SJ, editors. Mental health care for elderly. New York: Churchill Livingstone; 1996.

2.5 Organization as author

Institute of Medicine (US). Looking at the future of the medicine program. Washington: The Institute; 1992.

2.6 Chapter in a book

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors, Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

2.7 Thesis/Dissertation: Indicate only university and province, insert state in parenthesis after city if thesis/dissertation abroad

Kaplan SJ. Post hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

3. Electronic material

3.1 E-journal

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: The ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs* [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):966-9. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

3.2 E-book

Salley K. Physical medicine and rehabilitation [Internet]. New Delhi: World Technologies; 2012 [cited 2013 Nov 17]. Available from EBSCOhost eBook Collection: <http://search.ebscohost.com.prxusa.lirn.net/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=406964&site=ehost-live>

3.3 Homepage/website

American Medical Association. Medical leaders urge collection of demographic information as a step toward ending health care disparities [Internet]. Chicago: American Medical Association; 2011[updated 2011 Apr 28; cited 2011 May 4th]. Available from: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/news/news/medical-leaders-urge-collection-demographic.page>

Manuscript submission

The Corresponding Author: Submissions are accepted only online at <http://www.tci-thaijo.org/index.php/nah>. An automatic reply will be sent to the author via email after submission. Once a manuscript is submitted, authors can track its status through the online tracking system. Please refer to the online submission manual available on the journal webpage at <https://www.tci-thaijo.org/index.php/nah> (under "Announcements").

If you have any questions or require assistance with the submission process, please contact our editorial staff at

Journal of Nursing Science and Health
Faculty of Nursing, Khon Kaen University
Mauang, Khon Kaen province, Thailand 40002
Tel: + 66-43-202435, + 66-43-202407 ext. 117
Fax: + 66-43-202435, + 66-43-348301
Email: journal.nu@gmail.com

Distribution Rights:

The *Journal of Nursing Science and Health* holds the copyright for all published articles. Distribution of articles published in the *Journal of Nursing Science and Health*, including online sharing, photocopying for purposes other than teaching and learning, or submission for publication elsewhere, is prohibited without permission from the journal.



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Faculty of Nursing, Khon Kaen University