

## คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลแบบผสมผสาน Quality of Life among Patients with Chronic Diseases Receiving Integrated Care

ทิพย์ศิริ สหวรรณพันธุ์<sup>1</sup>, อารีรัตน์ นวลแย้ม<sup>2</sup>, ปฐมามาต โชติบัณ<sup>1</sup>, ธารินทร์ นนทพุด<sup>1\*</sup>,  
ชลธร อินทรวรรณ<sup>1</sup>, ผาณิต หลีเจริญ<sup>1</sup>

Tipsiri Sahaworapan<sup>1</sup>, Areerat Nualyam<sup>2</sup>, Pattamamas Chotiban<sup>1</sup>, Tharinee Nontaput<sup>1\*</sup>,  
Chonlatorn Intarawanno<sup>1</sup>, Phanit Leecharoen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, <sup>2</sup>โรงพยาบาลหาดใหญ่  
<sup>1</sup>Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarachanok Institute,  
<sup>2</sup>Hatyai Hospital

(Received: May 21, 2025; Revised: September 13, 2025; Accepted: September 18, 2025)

### บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลแบบผสมผสาน และเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลแบบผสมผสานจำแนกตามอายุ รายได้ สิทธิการรักษา รูปแบบการดูแลแบบผสมผสาน และระยะเวลาที่ใช้การดูแลแบบผสมผสาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลแบบผสมผสานในคลินิกแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก จำนวน 175 คน คำนวณด้วยโปรแกรม G\*Power คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามการใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน 3) แบบสอบถามระดับคุณภาพชีวิต ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ .84 และทดสอบค่าความเที่ยงใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ .86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ One-way ANOVA ทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe ผลวิจัย พบว่า

1. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลแบบผสมผสานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.30, SD = 0.42$ )
2. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลแบบผสมผสานที่มีรูปแบบการดูแลต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F = 4.477, p\text{-value} = .013$ ) โดยผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบผสมผสานในรูปแบบการบำบัดแบบชีวภาพ ( $M = 3.45, SD = 0.45$ ) มีคะแนนคุณภาพชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบผสมผสานในรูปแบบการดูแลด้วยระบบร่างกายและจิตใจ ( $M = 3.22, SD = 0.42$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนตัวแปรอายุ รายได้ สิทธิการรักษา และระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลไม่แตกต่างกัน

ดังนั้น หน่วยบริการด้านแพทย์ทางเลือกควรให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเพื่อให้สามารถเลือกใช้บริการการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานได้หลายรูปแบบ

**คำสำคัญ:** คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การดูแลแบบผสมผสาน การแพทย์แผนไทย

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: tharinee@bcnsk.ac.th)

## Abstract

This descriptive study aimed to examine the quality of life of patients with chronic diseases receiving integrated care, and to compare their quality of life according to age, income, health insurance entitlement, types of integrated care, and duration of integrated care utilization. The sample consisted of 175 patients with chronic diseases receiving integrated care in Thai traditional medicine and alternative medicine clinics. The sample size was calculated using the G\*Power program and selected through simple random sampling. Research instruments included: 1) a general information questionnaire, 2) a questionnaire on the use of integrated healthcare, and 3) a quality of life questionnaire. Content validity was verified by three experts, yielding a CVI of .84, and reliability was tested using Cronbach's alpha coefficient (.86). Data were analyzed using descriptive statistics and one-way ANOVA, with Scheffe's method for post hoc comparison. The results were as follows.

1. The overall quality of life of patients with chronic diseases receiving integrated care was at a moderate level ( $M = 3.30$ ,  $SD = 0.42$ ).

2. Patients with different types of integrated care had significantly different levels of quality of life ( $F = 4.477$ ,  $p\text{-value} = .013$ ). Specifically, patients receiving biologically-based therapies ( $M = 3.45$ ,  $SD = 0.45$ ) reported significantly higher quality of life than those receiving mind-body system therapies ( $M = 3.22$ ,  $SD = 0.42$ ,  $p\text{-value} < .05$ ). Age, income, health insurance entitlement, and duration of care showed no significant differences.

Therefore, alternative medicine service units should provide patients with information and consultation to enable them to choose from various forms of integrated healthcare services.

**Keywords:** Quality of Life, Chronic Patients, Integrated Care, Thai Traditional Medicine

## บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาเป็นประจำควบคู่กับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อให้เกิดการควบคุมการดำเนินของโรคที่เพียงพอ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก อัตราการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น 41 ล้านคนในแต่ละปี คิดเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลกในแต่ละปี 17 ล้านคนเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนอายุ 70 ปี (World Health Organization [WHO], 2022) ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหันมาสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองและเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตตนเองให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น จึงเกิดพฤติกรรมในการแสวงหาการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน (Complementary Therapies) ซึ่งเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น (Jirratsatit & Samakkeekarom, 2020) จากสำรวจความชุกทั่วโลกของการเลือกการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีรายงานว่าอยู่ที่ร้อยละ 9.80 - 76.00 ความชุกของการเลือกดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และมะเร็ง อยู่ที่ร้อยละ 39, 43, 30, 30.20, และ 39.10, ตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (Nailwal & Gupta, 2021)

จากสถานการณ์ที่กล่าวมาชี้ให้เห็นว่าการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานกำลังได้รับความนิยมมากขึ้น การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานถือได้ว่าเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมอีกหนึ่งรูปแบบที่สามารถใช้ร่วมกับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานถือเป็นภูมิปัญญาด้านสุขภาพที่มีการใช้สืบทอดกันมาโดยมีความสอดคล้องและใกล้ชิดกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยแต่ละราย (Aphisamacharayothin, 2018) ศูนย์การแพทย์ทางเลือกของสหรัฐอเมริกา (National Center of Complementary and Alternative Medicine [NCCAM]) ได้แบ่งประเภท

ของการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานเป็น 5 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) การบำบัดแบบชีวภาพ (Biological Base Therapies) 2) การบำบัดรักษาทางกายภาพ (Manipulative and Body-base Methods) 3) การดูแลแบบการประสานกายจิต (Mind-body Interventions) 4) การแพทย์ทางเลือก (Alternative Medical Methods) และ 5) การบำบัดรักษาด้วยพลังงาน (Energy Therapy) (National Center of Complementary and Alternative Medicine [NCCAM], 2005)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการใช้บริการสุขภาพของแอนเดอร์เซน (Andersen, 1995) เป็นแนวคิดที่อธิบายพฤติกรรมในการการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตทางสุขภาพที่ดี การศึกษาเฉพาะปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ 2) ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ รายได้ สิทธิการรักษา และ 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน ระยะเวลาที่ใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานซึ่งส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับการศึกษา Sombunrattanachoke & Lomthaisong (2020) ได้ศึกษาการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก ในการศึกษาได้นำกรอบแนวคิดปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา จำนวนบุตร-ธิดา การประกอบอาชีพ ที่พักอาศัย รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ที่มาของรายได้ และสุขภาพมาวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิต

การศึกษาการได้รับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของต่างประเทศมีการศึกษาอย่างแพร่หลาย และการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตามการศึกษาดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในประเทศไทยยังมีจำกัด มีการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง หญิงมีครรภ์ และโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการหาปัจจัยที่ส่งผลหรือเกี่ยวข้องกับระดับคุณภาพชีวิต จากที่กล่าวมา แม้ว่าจะมีงานวิจัยในต่างประเทศจำนวนมาก แต่ในประเทศไทยยังขาดการศึกษาเชิงเปรียบเทียบที่ครอบคลุมผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยรวม และยังไม่มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับ สิทธิการรักษา รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน ระยะเวลาที่ใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและศึกษาเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานจำแนกตาม อายุ รายได้ สิทธิการรักษา รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน และระยะเวลาที่ใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน งานวิจัยนี้จึงมีความสำคัญต่อการกำหนดแนวทางการจัดบริการสุขภาพแบบผสมผสานเพื่อพัฒนา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

### วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานจำแนกตามอายุ รายได้ สิทธิการรักษา รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน และระยะเวลาที่ได้รับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน

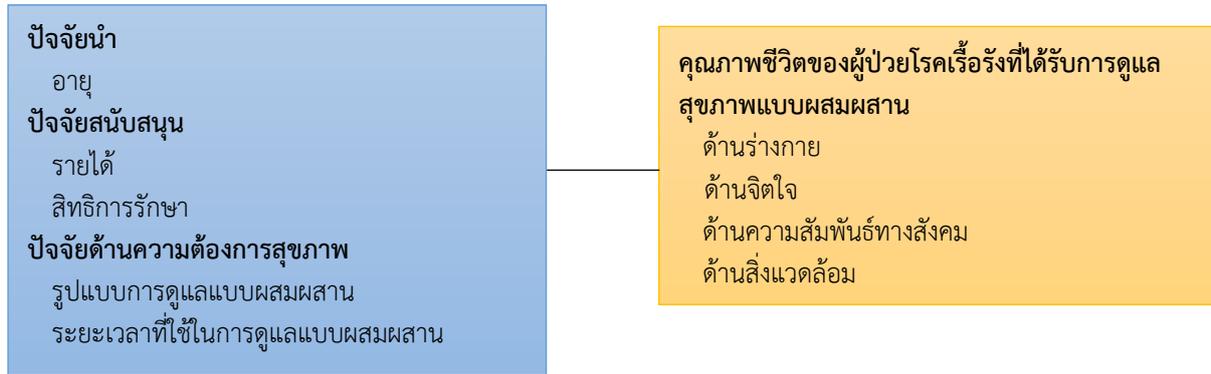
### สมมติฐานวิจัย

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่มีอายุ รายได้ สิทธิการรักษา รูปแบบการดูแล และระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการใช้บริการสุขภาพของแอนเดอร์เซน (Andersen, 1995) เป็นแนวคิดที่อธิบายพฤติกรรมในการใช้บริการสุขภาพเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตทางสุขภาพที่ดีการศึกษาเฉพาะปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ 2) ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ รายได้ สิทธิการรักษา และ 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน

ระยะเวลาที่ใช้การดูแลแบบผสมผสานซึ่งส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลแบบผสมผสานในคลินิกแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวนทั้งหมด 1,928 ราย โดยมีคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) คือ 1) ผู้ป่วยมีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ระยะการดำเนินของโรคไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3 และ 4 มีอัตราการกรองของไต คือ  $GFR < 60 \text{ mL/min/1.73}$  และ  $GFR > 15 \text{ mL/min/1.73}$  4) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว และได้รับการรักษาด้วยยามาแล้ว ไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีระดับ Functional Heart Classification I-III) 5) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และได้รับการรักษาด้วยยามาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีระดับความรุนแรงของโรคระดับ 1-2 ตาม Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2022 6) มีประสบการณ์การใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานอย่างน้อย 1 ชนิด มาเป็นเวลานานกว่า 3 เดือน 7) มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สื่อสารได้ 8) ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะทำแบบสอบถาม เช่น อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อย วิงเวียนศีรษะ มีภาวะหัวใจวาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรืออาการไม่สบายต่าง ๆ สัญญาณชีพไม่คงที่ ความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ความดัน Systolic มากกว่า 160 mmHg ความดัน Diastolic มากกว่า 90 mmHg หรือมีความจำเป็นต้องยุติการเก็บข้อมูล ไม่สามารถหรือไม่สะดวกให้ข้อมูลขณะทำแบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลแบบผสมผสานในคลินิกแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกซึ่งได้ข้อมูลจากเวชระเบียนโรงพยาบาลหาดใหญ่ ปี พ.ศ. 2564 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรม G\*Power ด้วยวิธี F-test โดยใช้การทดสอบแบบทางเดียวและกำหนดระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) ที่ .05 ขนาดของอิทธิพล (d) .25 และอำนาจในการทดสอบ ( $1-\beta$ ) .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 159 คน เพื่อทดแทนอัตราการสูญเสียข้อมูลจากการเก็บข้อมูล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 หรือ 16 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยครั้งนี้จึงเป็น 175 คน ใช้เทคนิคการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่ายโดยการหยิบฉลากแบบไม่คืนที่ (Polit & Beck, 2017)

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน

1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ สิทธิ การรักษา แหล่งที่อยู่อาศัย ลักษณะการอาศัย โรคที่ได้รับการวินิจฉัยและระยะเวลาการดำเนินโรค การรู้จักการดูแล แบบผสมผสานจากแหล่งข้อมูลลักษณะได้รับการสนับสนุนให้ใช้การดูแลแบบผสมผสาน และระยะเวลาที่ได้รับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน แบบสอบถามเป็นแบบให้เติมคำตอบและแบบตรวจสอบรายการ (Check List) จำนวนข้อคำถามมีทั้งหมด 13 ข้อ

2 แบบสอบถามการใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน ได้แก่ รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน ความถี่ และอาการไม่พึงประสงค์ แบบสอบถามเป็นแบบให้เติมคำตอบและแบบตรวจสอบรายการ (Check List) ประกอบไปด้วย 3 หัวข้อ ได้แก่ 1) สมุนไพร/ ยาชีวภาพ 2) การบำบัดทางกายภาพ และ 3) การบำบัดทางจิตวิญญาณ/ ระบบร่างกายและจิตใจ โดยพัฒนามาจากปรับรูปแบบตามรูปแบบการดูแลสุขภาพของของศูนย์การแพทย์เสริม และการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (National Center for Complementary and Alternative Medicine [NCCAM], 2005)

3 แบบสอบถามระดับคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI) จำนวน 26 ข้อ แปลโดย Mahatnirunkul, S., Tuntipivanaskul, W., & Pumpisanchai, W. (1998) โดยมีค่าความเชื่อมั่น .84 แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม แบบสอบถามมีลักษณะข้อคำถามเป็นระดับคะแนน (Likert's Scale) ระดับ 1 (น้อยที่สุด) - 5 (มากที่สุด) องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ 2,3,4,10,11,12,24 องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5,6,7,8,9,23 องค์ประกอบด้านสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13,14,25 และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15,16,17,18,19,20,21,22 การให้คะแนนข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 23 ข้อ ประกอบด้วย ข้อ 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17,18, 19,20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 และข้อคำถามเชิงลบจำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วยข้อ 2, 9, 11 ใช้เกณฑ์แบ่งเป็น 5 ระดับตามเกณฑ์ค่าพิสัยอ้างอิง (Srisaard, 2017) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 คะแนน หมายถึง	ระดับคุณภาพชีวิตดีมาก
ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 คะแนน หมายถึง	ระดับคุณภาพชีวิตดี
ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 คะแนน หมายถึง	ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 คะแนน หมายถึง	ระดับคุณภาพชีวิตน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 คะแนน หมายถึง	ระดับคุณภาพชีวิตน้อยมาก

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาโดยคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิและได้รับการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามฉบับนี้ได้ค่าความเชื่อมั่น .84 โดยนำแบบสอบถามไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 ราย และนำมาวิเคราะห์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ด้วยสูตรคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .86

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยดังนี้

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 โดยผู้วิจัยให้พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลหาดใหญ่ ทำการคัดเลือกผู้ป่วยจากรายชื่อตามนัดในแต่ละสัปดาห์จากระบบคอมพิวเตอร์ โดยมีการนัดผู้ป่วยมาทำการตรวจรักษาหรือผู้ป่วยประสงค์เข้ามารับการรักษาด้วยตนเอง ประมาณ 20 - 30 คนต่อวัน โดยมีการชักชวนอาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างผ่านข้อความทางใบประกาศโฆษณา ซึ่งคลินิกจะเปิดให้บริการในวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 08.00 น. - 19.30 น. และวันเสาร์ - อาทิตย์และวันหยุดนักขัตฤกษ์ เวลา 08.00 - 16.30 น. และทำการคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์

การคัดเข้าที่กำหนด ใช้เทคนิคการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเข้า – คัดออกของกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด จากนั้นพยาบาลประจำคลินิกจะเป็นผู้ติดต่อกลุ่มตัวอย่างก่อนที่ผู้วิจัยจะเข้าพบ ในห้องให้ข้อมูล ณ คลินิกแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพื่อให้พยาบาลสอบถามความพร้อมในการเข้าพบ และแนะนำทีมผู้วิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินการสร้างสัมพันธภาพ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Inform Consent) ผู้วิจัยนัดหมายเพื่อตอบแบบสอบถาม โดยเป็นสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกในการให้ข้อมูล อาจเป็นช่วงขณะที่รอการตรวจ รอรับยาหรือรอกลับบ้าน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลแบบผสมผสานจำแนกตามอายุ รายได้ สิทธิการรักษา จำนวนโรคเรื้อรัง รูปแบบการดูแลแบบผสมผสาน และระยะเวลาที่ใช้การดูแลแบบผสมผสาน โดยใช้สถิติ One-way ANOVA ทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe ทั้งนี้ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการกระจายตัวของข้อมูลด้วย Graphic test: Histogram และ Statistic test: Z-kurtosis = (Kurtosis/ Standard Error of Kurtosis) โดยใช้ค่าอ้างอิงที่  $\pm 3.29$  with alpha level .05 ( $50 < N < 300$ ) พบว่า มีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ (Normal Distribution) และทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนของข้อมูล (Homogeneity of Variance) ด้วย Levene's F Test โดยใช้ค่าอ้างอิงที่  $p\text{-value} > .05$  พบว่า Homogeneity of variance ของตัวแปรไม่แตกต่างกัน

### จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ ได้เลขจริยธรรมหมายเลข HYH EC 063-66-02 วันที่ 25 กันยายน 2566

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 127 คน คิดเป็นร้อยละ 72.57 มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 31 – 89 ปี อายุเฉลี่ย 61 ปี สถานภาพสมรสจำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 14.88 ได้รับการศึกษาระดับปริญญาตรี/โท จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 32 ส่วนใหญ่รายได้ไม่น้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 35.30 ได้รับสิทธิการรักษาแบบทำเบิก-จ่ายตรง/ เบิกจากต้นสังกัด จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 42.86 มีที่อยู่อาศัยในเมือง จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 64.57 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 52.56 โดยมีบุคคลที่สนับสนุนให้ใช้การดูแลแบบผสมผสานคือบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 41.71 และมีระยะเวลาที่ใช้การดูแลแบบผสมผสานมาเป็นเวลา 1 - 20 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย 5 ปี และระยะเวลาส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 74.29

2. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลแบบผสมผสาน  
**ตาราง 1** คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลแบบผสมผสานในแต่ละด้าน (N = 175)

คุณภาพชีวิต	M	SD	ระดับคุณภาพชีวิต
<b>ด้านสุขภาพกาย</b>	3.22	0.39	ปานกลาง
1. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ (เชิงลบ)	2.97	0.97	ปานกลาง
2. การมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวัน (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)	3.27	0.71	ปานกลาง
3. ความพอใจกับการนอนหลับ	3.24	0.70	ปานกลาง
4. ความรู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	3.43	0.68	มาก
5. ความจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปในแต่ละวัน (เชิงลบ)	3.03	0.68	ปานกลาง
6. ความพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา	3.23	0.64	ปานกลาง
7. ความสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดี	3.46	0.77	มาก
<b>ด้านจิตใจ</b>	3.47	0.55	มาก
1. ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง)	3.43	0.68	มาก
2. การมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ	3.34	0.68	ปานกลาง
3. ความรู้สึกพอใจในตนเอง	3.48	0.68	มาก
4. การยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง	3.53	0.75	มาก
5. การมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล (เชิงลบ)	3.52	0.98	มาก
6. ความรู้สึกว่าคุณมีค่า	3.49	0.73	มาก
<b>ด้านสัมพันธภาพทางสังคม</b>	3.15	0.47	ปานกลาง
1. ความพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา	3.45	0.70	มาก
2. ความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ	3.35	0.70	ปานกลาง
3. ความพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน	2.64	0.93	ปานกลาง
<b>ด้านสิ่งแวดล้อม</b>	3.40	0.54	ปานกลาง
1. ความรู้สึกว่าคุณมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน	3.49	0.69	มาก
2. ความพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้	3.55	0.76	ระดับมาก
3. การมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น	3.27	0.75	ปานกลาง
4. ความพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น	3.37	0.71	ปานกลาง
5. การได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน	3.31	0.60	ปานกลาง
6. การมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด	3.31	0.65	ปานกลาง
7. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพ	3.42	0.66	ดีมาก
8. ความพอใจในชีวิตทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม)	3.42	0.68	มาก
<b>โดยรวมทุกด้าน</b>	<b>3.30</b>	<b>0.42</b>	<b>ปานกลาง</b>

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลแบบผสมผสานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.30, SD = 0.42$ ) เมื่อพิจารณาแต่ละด้าน พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจโดยรวม

อยู่ในระดับมาก ( $M = 3.47, SD = 0.55$ ) เมื่อพิจารณาตามรายข้อ พบว่า ข้อคำถามส่วนใหญ่ของระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ ( $M = 3.55, SD = 0.76$ ), การยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง ( $M = 3.53, SD = 0.75$ ) และความรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมาย ( $M = 3.49, SD = 0.73$ )

2. เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลแบบผสมผสานจำแนกตามอายุ รายได้ สิทธิการรักษา รูปแบบการดูแลแบบผสมผสาน และระยะเวลาที่ใช้การดูแลแบบผสมผสาน

**ตาราง 2** เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลแบบผสมผสานจำแนกตามอายุ รายได้ สิทธิการรักษา รูปแบบการดูแลแบบผสมผสาน และระยะเวลาที่ใช้การดูแลแบบผสมผสานโดยใช้สถิติ One-way ANOVA

ตัวแปร	ความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
อายุ	ระหว่างกลุ่ม	0.632	4	0.158	.909	.460
	ภายในกลุ่ม	29.550	170	0.174		
รายได้	ระหว่างกลุ่ม	0.885	4	0.221	1.283	.279
	ภายในกลุ่ม	29.297	170	0.172		
สิทธิการรักษา	ระหว่างกลุ่ม	0.616	3	0.205	1.188	.316
	ภายในกลุ่ม	29.566	171	0.173		
รูปแบบการดูแลแบบผสมผสาน	ระหว่างกลุ่ม	1.494	2	0.747	4.477	.013
	ภายในกลุ่ม	28.688	172	0.167		
ระยะเวลาที่ใช้การดูแลแบบผสมผสาน	ระหว่างกลุ่ม	1.717	3	0.572	1.975	.120
	ภายในกลุ่ม	49.546	171	0.290		
รวม		30.182	174			

**ตาราง 3** ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตจำแนกตามรูปแบบการดูแลแบบผสมผสานโดยการทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe

รูปแบบการดูแลแบบผสมผสาน	M	SD	การบำบัดแบบชีวภาพ	การบำบัดทางกายภาพ	การดูแลด้วยระบบร่างกายและจิตใจ
รูปแบบการบำบัดแบบชีวภาพ	3.45	0.45		.14	.22*
รูปแบบการบำบัดทางกายภาพ	3.30	0.36			.08
รูปแบบการดูแลด้วยระบบร่างกายและจิตใจ	3.22	0.42			

\*p-value < .05

จากตาราง 2 พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลแบบผสมผสานที่มีรูปแบบการดูแลต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F = 4.477, p\text{-value} = .013$ ) เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มเป็นรายคู่ด้วยวิธี Scheff พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบผสมผสานในรูปแบบการบำบัดแบบชีวภาพ ( $M = 3.45, SD = 0.45$ ) มีคะแนนคุณภาพชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบผสมผสานในรูปแบบการดูแลด้วยระบบร่างกายและจิตใจ ( $M = 3.22, SD = 0.42$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนตัวแปรอายุ รายได้ สิทธิการรักษา และระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลไม่แตกต่างกัน (ตาราง 3)

## อภิปรายผล

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลแบบผสมผสานจากผลการวิจัย พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Pragodpol, Suwannaka, Chaiyarit, Sosoem, Seethan, Sroisrisawat et al. (2015) ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ทั้งนี้ การศึกษาดังกล่าวยังได้เสนอแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ดีขึ้น โดยเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าถึงและได้รับการแพทย์ทางเลือก (Complementary and Alternative Medicine: CAM) ร่วมกับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งมีส่วนช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพตนเอง ลดอาการแทรกซ้อน และสนับสนุนด้านจิตใจนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้แตกต่างกับการศึกษาของ Praditbatuk & Toemklinchan (2021) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ใช้บริการการแพทย์ทางเลือกโดยการฝังเข็มอยู่ในระดับมาก โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มุ่งเน้นเฉพาะกลุ่ม และได้รับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานคือการฝังเข็มเพียงอย่างเดียวส่งผลให้เกิดความแตกต่างจากวิจัยในครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นว่าแม้การดูแลแบบผสมผสานจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิต แต่ผลลัพธ์ยังขึ้นอยู่กับประเภทของการดูแลสุขภาพแบบผสม ดังนั้น การศึกษาครั้งถัดไปควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเฉพาะในแต่ละรูปแบบหรือวิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิต จากผลการวิจัย พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Aphisamacharayothin (2018) การได้รับการดูแลแบบผสมผสานหรือการแพทย์ทางเลือกจะส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจจะส่งผลให้เกิดความสงบและความสบายใจ ผ่อนคลายได้ทางด้านจิตใจ อีกทั้งการที่ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลแบบแพทย์แผนปัจจุบันควบคู่ไปกับการได้รับการดูแลแบบแพทย์ทางเลือก เช่น การได้รับยาแผนโบราณ จะส่งผลต่อความรู้สึกที่ดีและมั่นใจในการรักษามากขึ้น ทำให้ส่งผลต่อทางด้านจิตใจของผู้ป่วย (Jirratsatit & Samakkeekarom, 2020)

เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลแบบผสมผสานจำแนกตามอายุ รายได้ สิทธิการรักษา รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน และระยะเวลาที่ใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานจากผลการวิจัย พบว่า อายุและรายได้ที่แตกต่างกันในผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิต แตกต่างจากการศึกษาของ Praditbatuka & Toemklinchan (2021) พบว่า อายุและสถานะทางการเงินมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ใช้บริการแพทย์ทางเลือกโดยการฝังเข็ม อธิบายได้ว่า ระดับอายุหรือช่วงวัยที่แตกต่างกันเมื่อได้รับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานหรือแพทย์ทางเลือกก็จะส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตได้เหมือนกัน และจากการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ดังนั้น ในการศึกษาครั้งถัดไปควรมีการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ และอีกทั้งในส่วนของรายได้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีระดับคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน เนื่องจากปัจจุบันการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการทุกสิทธิการรักษาสามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานได้มากขึ้น ทำให้ผู้รับบริการทุกสิทธิการรักษามีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพแบบผสมผสานได้สะดวกขึ้น ทั้งในรูปแบบที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือหากมีค่าใช้จ่ายก็อยู่ในระดับที่ผู้ป่วยสามารถรับผิดชอบได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานได้อย่างครอบคลุม

จากผลการวิจัย พบว่า การเลือกรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่ต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เลือกรูปแบบผสมผสานแบบการบำบัดแบบชีวภาพมีระดับคุณภาพชีวิตที่มากกว่าผู้ป่วยที่เลือกรูปแบบการดูแลด้วยระบบร่างกายและจิตใจ อธิบายได้ว่า ส่วนใหญ่ในปัจจุบันผู้ป่วยจะให้ความสำคัญกับการบำบัดทางชีวภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย ได้รับประทานสมุนไพร/ ยาหม้อ/ วิตามินเสริมต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Peltzer & Pengpid (2019) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทยที่ใช้สมุนไพรมีความพึงพอใจและการรับรู้ถึงประสิทธิผลของการรักษาในระดับมาก ซึ่งเป็นการดูแลทางด้านร่างกายของผู้ป่วย และมีความคล้ายคลึงกับการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการนวดที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ซึ่งการนวดถือเป็นรูปแบบผสมผสานที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความสบายทางด้านร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเห็นได้ชัดทางด้านร่างกาย เกิดความผ่อนคลายทั้งกายและใจ ทำให้ความวิตกกังวลลดลงและส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตได้ (Chompoon, Chompoon, Kechit, Seedaket, Niponchai, & Eungpinichpong, 2022) ทำให้เห็นผลทางสุขภาพได้ชัดในรูปธรรมมากกว่าการเลือกรูปแบบการดูแลด้วยระบบร่างกายและจิตใจ ประกอบไปด้วย การทำสมาธิ/ สวดมนตร์/ ละคร/ ฝึกลมหายใจ ทั้งนี้การบำบัดชีวภาพเห็นผลทางร่างกายที่จับต้องได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจและมั่นใจมากกว่า (Prasopthum, Insawek, Pouyfung, 2022)

จากผลการวิจัย พบว่า ระยะเวลาการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่ต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากในตลอดระยะเวลาของการได้รับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากทีมสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการให้ข้อมูลการให้คำปรึกษา และยังสามารถอธิบายได้จากระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ การที่การเข้าถึงบริการสุขภาพในปัจจุบันมีความครอบคลุมและต่อเนื่องมากขึ้น ส่งผลให้การดูแลสุขภาพเกิดความเสมอภาคและไม่ถูกจำกัดด้วยระยะเวลา (Petchsuk & Cheevakasemsook, 2024) อีกทั้งความก้าวหน้าของระบบบริการสุขภาพและการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ยังช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำให้แม้จะได้รับการดูแลในระยะเวลาที่ต่างกัน แต่ผู้ป่วยยังสามารถคงคุณภาพชีวิตให้อยู่ในระดับใกล้เคียงกันได้

ข้อจำกัดของงานวิจัยครั้งนี้คือการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกซึ่งเกี่ยวใน 1 พื้นที่ ดังนั้นควรมีการกระจายให้หลายหลายบริบทเพื่อให้ข้อมูลที่เพิ่มขึ้น

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลแบบผสมผสานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นหน่วยบริการด้านแพทย์ทางเลือกควรพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานให้มีความต่อเนื่องและ ออกแบบการจัดบริการสุขภาพโดยเฉพาะบูรณาการการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. รูปแบบการได้รับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังนั้นหน่วยบริการด้านแพทย์ทางเลือกควรให้ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อสามารถเลือกใช้บริการแบบผสมผสานได้หลายรูปแบบร่วมกับการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อสนับสนุนการดูแลที่เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคล

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) หรือกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของ โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อยืนยันความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่าง รูปแบบการดูแลกับคุณภาพชีวิต
2. ควรมีการวิจัยเปรียบเทียบผลของการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในแต่ละรูปแบบ เช่น การบำบัดชีวภาพ การบำบัดทางกายภาพ และการบำบัดทางจิตใจ-จิตวิญญาณ
3. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านระบบบริการและนโยบายสุขภาพที่เอื้อต่อการเข้าถึงการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน เช่น รูปแบบการจัดบริการในโรงพยาบาล เพื่อเสนอแนะแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

### References

Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1-8. doi.org/10.2307/2137284

- Aphisamacharayothin, P. (2018). Chronic patients and integrated medicine. *RMUTI Journal Humanities and Social Sciences*, 5(2), 150–156. (in Thai)
- Chompoopan, W., Chompoopan, W., Kechit, T., Seedaket, S., Niponchai, S., & Eungpinichpong, W. (2022). The effect of an elderly care program on anxiety and health-related quality of life. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 9(2), 208-219. (in Thai)
- Jiraratsatit, K., & Samakkeekarom, R. (2020). Thai traditional medicine and conventional medicine service for non-communicable diseases: case studies for integrative treatment. *Thai Journal of Public Health*, 50(2), 198-210. (in Thai)
- Mahatnirunkul, S., Tuntipivatanaskul, W., & Pumpisanchai, W. (1998). Comparison of the WHOQOL100 and the WHOQOL-BREF (26 items). *Journal of Mental Health of Thailand*, 5, 4-15. (in Thai)
- Nailwal, D., B, V. R., & Gupta, A. (2021). Patterns and predictors of complementary and alternative medicine use in people presenting with the non-communicable disease in an urban health facility, North India. *Journal of Public Health Research*, 10(1), 2109. doi.org/10.4081/jphr.2021.2109
- National Center for Complementary and Alternative Medicine. (2005). *Classification of Complementary and Alternative Medical Practices*. NCCAM Publication. Retrieved October 10, 2024 from <http://nccam.nih.gov/health/whatiscom/index/htm>.
- Peltzer, K., & Pengpid, S. (2019). The use of herbal medicines among chronic disease patients in Thailand: a cross-sectional survey. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 12, 573–582. doi.org/10.2147/JMDH.S212953
- Petchsuk, R., & Cheevakasemsook, A. (2024). Seamless healthcare services in the new normal era: Challenges for health teams. *Journal of Nursing and Health Innovation*, 1(1), 1-13. (in Thai)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.
- Praditbatuka, C., & Toemklinchan, W. (2021). Quality of life among the elderly using alternative medicine through acupuncture at Buddhachinaraj medical center, Srinakharinwirot university. *Srinakharinwirot Research and Development Journal (Humanities and Social Sciences)*, 13(25), 25–36. (in Thai)
- Pragodpol, P., Suwannaka, Y., Chaiyarit, A., Sosoem, B., Seethan, S., Sroisrisawat, M., et al. (2015). *Quality of Life of Chronic Disease Patients With and Without Complications and Guidelines for Improving Quality of Life of Chronic Disease Patients*. Health Systems Research Institute (HSRI). Retrieved July 12, 2025 from <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4371> (in Thai)
- Prasopthum, A., Insawek, T., & Pouyfung, P. (2022). Herbal medicine use in Thai patients with type 2 diabetes mellitus and its association with glycemic control: A cross-sectional evaluation. *Heliyon*, 8(10), e10790. doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e10790
- Sombunrattanachoke, T., & Lomthaisong, W. (2020). The comparison of quality of life for the elderly in eastern economic corridor (EEC). *RRBR Journal*, 14(2), 12-22. (in Thai)
- Srisaard, B. (2017). *Preliminary Research* (10<sup>th</sup> ed.). Suviriyasarn. (in Thai)

World Health Organization [WHO]. (2022). *Noncommunicable Diseases*. World Health Organization.  
Retrieved July 12, 2025 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>