



ผ่านการรับรองคุณภาพ TCI กลุ่มที่ 1 (พ.ศ.2568-2572)

Approved for quality of TCI group 1 (2025-2029)

ISSN 2985-1750 (Online)

วารสารเครือข่าย
วิทยาลัยพยาบาล
และการสาธารณสุขภาคใต้

The Southern College
Network Journal of Nursing
and Public Health



<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet>

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้
The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health
ปีที่ 12 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2568

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการของคณะอาจารย์ บุคลากร เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ (SC-Net) ในด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการ ของบุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงานในศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนศิษย์เก่า และผู้สนใจ ในด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการทั้งในเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ และสถาบันวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
4. เพื่อตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้และการเผยแพร่ผลงานวิชาการ และงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุข ในเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ (SC-Net)

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

64 ถนนรามวิถี ตำบลบ่อยาง

อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000

โทร. 0-7431-1890 ต่อ 623 โทรสาร 0-7431-2562

<http://bcnsk.ac.th>; e-mail: scnet.journal@bcnsk.ac.th

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2568

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ	
ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร ศาสตราจารย์ พญ.วนิดา ชื่นกองแก้ว อาจารย์ ดร.มาริสรา สุวรรณราช	ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย รองศาสตราจารย์ ดร.วัน เดชพิชัย รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช ชูโต รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิกันต์ กาละ รองศาสตราจารย์ ดร.กัณตพร ยอดไชย รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต รองศาสตราจารย์ ดร.โยธิน แสงวงศ์ รองศาสตราจารย์ ดร.อาจันต์ สงทับ รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยมะ รองศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช รองศาสตราจารย์ ดร. ทพญ.อรุณวรรณ หล้าอุบล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อดิยาณ์ ศรีเกษตริน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปริญญ ชัยกองเกียรติ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญกั เทพอักษร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อจณรา คำมะทิพย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพพร คำแสงสวัสดิ์ นายแพทย์กู้ศักดิ์ บำรุงเสนา ดร.เพ็ญ ญ พัทลุง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน คณะศึกษาศาสตร์และศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยหาดใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุธวิทยาลัย คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา (เกษียณอายุ) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา โรงพยาบาลสงขลา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา English Language Editor (ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ)
บรรณาธิการ		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา		
ผู้ช่วยบรรณาธิการ		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปฐมาภรณ์ โชติบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา		
กองจัดการ		
อาจารย์ณัชชา สังข์บุญไญ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา	อาจารย์ ดร.นภชา สิงห์วีระธรรม อาจารย์ ดร.จรรยาณี รอดเนียม อาจารย์ ดร.นิรัชรา ลิลละกุล อาจารย์ ดร.อรอนงค์ ร่องสวัสดิ์ อาจารย์ ดร.ชุติมา เพ็ญใหญ่ Mr.Patrick Wauters	
	กำหนดออก	
	ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม	
	เจ้าของ	
	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา	

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ จำนวน 3 ท่าน ต่อบทความ โดยผู้พิจารณาบทความ (Peer - review) จะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double blind) ทั้งนี้บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ บุคคลอื่นไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

บทบรรณาธิการวารสาร

สมาชิกวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ทุกท่าน วารสารฯ ได้ดำเนินการมาเป็นปีที่ 12 แล้ว ยังคงได้รับความนิยมจากหลากหลายสถาบันอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้วารสารมีความน่าเชื่อถือโดยฉบับนี้เป็นที่ 12 ฉบับที่ 3 มีบทความวิจัยจำนวน 15 เรื่อง ทั้งหมดผ่านการพิจารณา กลั่นกรอง และให้คำแนะนำอย่างเข้มข้นจากผู้ทรงคุณวุฒิหลากหลายสถาบันจำนวน 3 คน ตอบบทความ แต่ถึงกระนั้นทางวารสารก็ยังคงเข้มข้นด้วยคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์ของศูนย์อ้างอิงดัชนีวารสารไทย (TCI) ซึ่งในปี พ.ศ. 2568 ทางวารสารได้ผ่านการรับรองคุณภาพจากศูนย์อ้างอิงดัชนีวารสารไทย (TCI) ในรอบที่ 5 ทั้งนี้เพื่อคุณภาพของวารสาร ทางวารสารฯ ยังคงทำงานกันอย่างเข้มข้น เพื่อคัดสรรผลงานที่มีคุณภาพเข้าตีพิมพ์ในวารสารทั้งการรับผ่านระบบ Thai jo



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาวิสุวรรณ)

บรรณาธิการ

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

สารบัญ

บทความวิจัย :

- e275387 การดูแลผู้ป่วยระยะกลางตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เขตเทศบาลเมืองเขารูปช้าง จังหวัดสงขลา
Intermediate Care for Patients Based on the WHO Innovative Care for Chronic Conditions Framework with Community Participation in KhaoRup Chang Municipality, Songkhla Province
รัตนวลี พลายด้วง, วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย
- e274562 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง
The Relationship between Health Literacy and Medication Adherence Behaviors among Older Adults with Hypertensive Urgency
อรรวรรณ บุรีนอก, สุปัตรา บัวทิ
- e275728 ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุสมผลต่อความรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุสมผลและพฤติกรรมการใช้อย่างสมเหตุสมผลของผู้สูงอายุ ในอำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง
The Effects of a Rational Drug Use Literacy Promotion Program on Rational Drug Use Literacy and Behavior among Older Adults in Sop Prap District, Lamphang Province
พิกุล อุทิตยา, ยงยุทธ แก้วเต็ม, สุชาติ เครือชัย, ณัฏฐ์ภรณ์ ปัญจพันธ์, เครือวัลย์ สารเลื่อนแก้ว
- e276000 การวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องสำหรับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง
Competencies of Factor Analysis of the Competency in Caring for Peritoneal Dialysis Patients among Professional Nurses at a Tertiary Hospital
หทัยรัตน์ โกสิงห์, กาญจนา ศรีสวัสดิ์, สายสมร เฉลยกิตติ
- e277075 ผลการใช้หุ่นนวัตกรรมการใส่สายยางอาหารทางปากในทารกต่อทักษะและประสิทธิภาพของหุ่นในนักศึกษาพยาบาล
The Effects of an Innovative Infant Oral Feeding Tube Insertion Manikin on the Nursing Students' Skills
จิรารัตน์ พร้อมมูล, กฤติกา อิทธิรงค์, ชุติมา เฟิงใหญ่, ชัญญานุช เครือหลี, ดวงพร มั่งมี

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

- e277965** การเปรียบเทียบรูปแบบและต้นทุนการจัดบริการสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบ
ประคับประคอง ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปยัง
องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง
*A Comparative Study on Service Models and Health Care Costs in Palliative
Care between Transferred and Non-Transferred Subdistrict Health Promoting
Hospitals to Local Administrative Organizations in the Primary Care Network of
Lampang Hospital*
วันวิสาข์ เทียมเย็น, นกษา ลิงห์วีระธรรม, พัลลภ เชี่ยวชัยสกุล
- e277108** โปรแกรมการจัดการตนเองแบบสหวิทยาการต่อระดับการทำงานของข้อเข่าและการหกล้ม
ในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมระยะต้นร่วมกับสูญเสียการทรงตัวระดับน้อย
ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์
*The Effects of an Interdisciplinary Self-Management Program on Knee Function
and Falls in Older Adults with Early-Stage Knee Osteoarthritis
and Mild Balance Impairment in Mueang District, Uttaradit Province*
ธนากร ธนวัฒน์, ศรัณยู เรืองจันทร์, จงรัก ดวงทอง, กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ์,
ภาควณิ โชคทวีพาณิชย์
- e278325** โมเดลสมการเชิงโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงการเรียนรู้ใน
องค์กร กับบรรยากาศนวัตกรรม ต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมของผู้บริหารระดับต้น
ทางการพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิ
*A Structural Equation Model on Transformational Leadership, Organizational
Learning, and Innovation Climate on Innovation Performances among First-Line
Nursing Managers in Tertiary Care Hospitals*
ศจีรัตน์ โกศล, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร
- e278435** การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาล
ระดับต้นในเขตสุขภาพที่ 10
*Digital Leadership among First-Line Nurse Administrators in Health Region 10: A
Confirmatory Factor Analysis*
ธีระพรรณ สุรักษ์, กาญจนา ศรีสวัสดิ์, ลังวรรณ จัตุระโท

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

- e281119** ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองในการเลิกยาของผู้ติดยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลสุรินทร์

The Effects of an Empowerment Program on Self-Regulation Behavior for Drug Withdrawal among Amphetamine-Addicted Patients at Surin Hospital

วันเพ็ญ ทัดศรี, ดร.ณิ เอื้อพรปัญญา, วาสนา แก้วหล้า

- e278795** การพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง โรงพยาบาลปทุมธานี

Development of a Health Literacy Enhancement Model Using Online Media for High-Risk Pregnant Women at Pathum Thani Hospital

นิธินันท์ ศิริบารมีสิทธิ์, วรกรรอง เนลสัน

- e279711** คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลแบบผสมผสาน

Quality of Life among Patients with Chronic Diseases Receiving Integrated Care

ทิพย์ศิริ สหวรรณพันธุ์, อาริรัตน์ นวลแย้ม, ปฐมา มาศ โชติบัณ, ธาณี นนทพุท, ชลธร อินทวรรณ, ผาณิต หลีเจริญ

- e280128** ผลของการใช้ Line Official Account “Malnutrition” ต่อความรู้ ความพึงพอใจ และประสบการณ์ของผู้ดูแลเด็กวัยหัดเดิน ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดนราธิวาส

Comparison of Care Models and Costs for Bedridden Older Adults under the Primary Care Network of Lampang Hospital between Transferred and Non-Transferred Subdistrict Health Promoting Hospitals to Local Administrative Organizations

ฮัมดี มาแย, กิรติ บินอูมา, จิรัชญา นบูน, ซารินา สร้อยสน, อนันต์ มรรคาเขตต์, ศิรินทร์ พรหมประทีป

- e280010** ผลของการใช้รูปแบบบริการตามแนวคิดลีนต่อระยะเวลาการรับบริการและความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือดแบบวันเดียวกลับบ้าน โรงพยาบาลสุรินทร์

The Effectiveness of a Lean Service Model on Service Duration and Satisfaction among Healthcare Providers and Caregivers of Pediatric Thalassemia Patients Receiving Day Care Blood Transfusion at Surin Hospital

ภัทราวดี ประทีปธวัช, รศ.กัญจน์ พลจรัสพัชญ์, สุภัทรา หอมพิลา, ณวรีษฐ์ พิระถาวรวิทย์, ภาวิณี แพงสุข, ชลดา กิ่งมาลา, ยุภาดา มะลิลา

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

e278656 การเปรียบเทียบรูปแบบและต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิ
โรงพยาบาลลำปาง ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน
ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

*Comparison of Care Models and Costs for Bedridden Older Adults under the
Primary Care Network of Lampang Hospital between Transferred
and Non-Transferred Subdistrict Health Promoting Hospitals to Local
Administrative Organizations*

สุกสันต์ บุตรตาคำ, นกษา สิงห์วีรธรรม, พัลลภ เชี่ยวชัยสกุล

การดูแลผู้ป่วยระยะกลางตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เขตเทศบาลเมืองเขารูปช้าง จังหวัดสงขลา

Intermediate Care for Patients Based on the WHO Innovative Care for Chronic Conditions Framework with Community Participation in Khao Rup Chang Municipality, Songkhla Province

รัตนวลี พลายด้วง^{1*}, วรสิทธิ์ ศรีศรีวิชัย²

Rattanawalee Plaiduang^{1*}, Vorasith Sornsrivichai²

¹โรงพยาบาลสงขลา, ²สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

¹Songkhla Hospital, ²Public Policy Institute, Prince of Songkhla University

(Received: November 21, 2024; Revised: April 30, 2025; Accepted: May 12, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธีนี้เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะกลางตามกรอบแนวคิดนวัตกรรม การดูแลภาวะเรื้อรังขององค์การอนามัยโลกจากการมีส่วนร่วมจาก 3 ระดับ ที่มีความเชื่อมโยงกัน ในเขต เทศบาลเมืองเขารูปช้าง จังหวัดสงขลา ดำเนินการ 2 วิธีคือ วิธีเชิงปริมาณ ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วย หรือผู้ดูแลในเขตเทศบาลเมืองเขารูปช้างที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 63 คน ใช้เครื่องมือ แบบสอบถามความคิดเห็นการได้รับการดูแลระยะกลาง ทำการวิเคราะห์ข้อมูลหาค่าเฉลี่ย ส่วนวิธี เชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลคือ กลุ่มผู้ให้บริการทางสุขภาพ 15 คน เครือข่ายในชุมชน 9 คน และผู้บริหาร 8 คน ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง ใช้ข้อคำถามแบบมีโครงสร้างเก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบมีโครงสร้าง ผลการวิจัยพบว่า

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง คือ ผู้ดูแลได้รับทราบข้อมูลและการสร้างแรงจูงใจอยู่ใน ระดับสูง ส่วนการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลระยะกลางแต่ละระดับ มีบทบาทที่ส่งเสริมกัน โดยผู้ป่วยและครอบครัวต้องรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ยอมรับความจริง ไม่สิ้นหวัง กล้าแสดงความคิดเห็น เตรียมความพร้อมและฝึกทักษะ โดยมีผู้ให้บริการ เครือข่ายในชุมชน และผู้บริหาร เห็นความสำคัญและสนับสนุน ภายใต้นโยบายและชุมชนที่มีระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางอย่างต่อเนื่อง ผู้บริหารสร้างแรงจูงใจผ่านภาวะผู้นำ รับฟังปัญหาของผู้ป่วย ครอบครัว ทีมงาน และชุมชน เพื่อนำไปกำหนด นโยบาย ออกระเบียบ จัดสรรงบประมาณ และสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี เพื่อให้ทุกภาคส่วนสามารถบูรณาการ ทำงานร่วมกันได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นหน่วยบริการทางสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรร่วมกันจัดทำแนวทาง การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง โดยชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมให้ชัดเจน เพื่อให้แต่ละภาคส่วนรับรู้บทบาทหน้าที่ และเข้ามามีส่วนร่วมได้เหมาะสม หวังผลให้เกิดสุขภาวะที่ดี ลดภาระการดูแลทางสุขภาพ

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมในชุมชน การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง การดูแลภาวะเรื้อรังองค์การอนามัยโลก

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail : rattanawaleeplaiduang@gmail.com)

Abstract

This mixed-method research used an explanatory stepwise approach to study, based on the World Health Organization's chronic care innovation framework, the situation of intermediate care in Khao Rup Chang Municipality of Songkhla Province, and this, from three interconnected levels of participation. At the micro level, quantitative research was used to collect data, using questionnaires from 63 patients and caregivers. Data were analyzed and interpreted. The average opinions demonstrate that patients and families were well informed, prepared, and motivated to care for patients, in the middle term, at a moderate to high level. Qualitative research was also used at the mid-level, with focus group discussions with 15 health care providers and 9 community networks, while at the macro level, in-depth interviews were conducted with 8 executives. A content analysis was performed.

As a conclusion, health care providers, community networks, and executives involved in Intermediate care should have roles that support each other. Providers, community networks, and executives fully recognize the importance of supporting them. To create a good environment so that all sectors can integrate and work together comprehensively and efficiently is essential, in order for the patients and their families can receive timely and relevant information, accept the truth, not lose hope, dare to express their opinions, prepare, and develop their skills. From a mid-term care system management perspective, the managers must listen to everyone (patients, families, health professionals) in order to determine policies, issue regulations, and to allocate budgets accordingly.

Therefore, public health service units and local administrative organizations should collaboratively develop guidelines for intermediate patient care, with clear community involvement. This will enable each sector to understand their roles and responsibilities and participate appropriately, aiming to achieve good health outcomes and reduce the burden of healthcare.

Keywords: Community Participation, Intermediate Care, WHO Innovative Care for Chronic Conditions Framework

บทนำ

ปัจจุบันอุบัติการณ์การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงขึ้นและผลของความก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มขึ้น บางรายมีความบกพร่องทางกายทำให้เกิดข้อจำกัดการทํากิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพจากทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องเพื่อลดความพิการ ทุพพลภาพ ภาวะแทรกซ้อน สามารถช่วยเหลือตัวเองและกลับมาใช้ชีวิตประจำวันปกติได้ จากรายงานการศึกษาระบาดวิทยาและการบาดเจ็บ (Burden of Disease) ประเทศไทยพบว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) ในเพศหญิง และอุบัติเหตุเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชาย (International Health Policy Development Office, 2560) ส่วนข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการของประเทศไทย ปี 2563 - 2565 พบผู้พิการที่มีปัญหาทางการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นทุกปี มีจำนวน 1,032,455 ราย 1,054,786 ราย และ 1,094,101 ราย คิดเป็นร้อยละ 49.7, 50.2 และ 50.8 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสาเหตุเกิดจากความเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ (Department of Empowerment Persons with Disabilities, 2022) นอกจากการป้องกันไม่ให้เกิด

โรคหรือการเกิดอุบัติเหตุแล้วนั้น การดูแลรักษาฟื้นฟูในช่วงเวลาที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดความพิการและการสูญเสียปีสุขภาวะได้

การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) คือ การบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ผ่านพ้นระยะวิกฤต และมีอาการคงที่ แต่มีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน การเพิ่มสมรรถนะทางร่างกายและจิตใจเพื่อลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ สามารถทำกิจวัตรประจำวัน และกลับสู่สังคมได้เต็มศักยภาพนั้น (Public Health Administration Division Ministry of Public Health, 2019) การบริการทั้งด้านการแพทย์และสังคมจะเป็นส่วนสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้

องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเพื่อความสำเร็จในการแก้ปัญหาสุขภาพแบบยั่งยืนโดยได้เสนอกรอบแนวคิดนวัตกรรมภาวะเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก (Innovative Care for Chronic Conditions Framework: ICCC) คือ การดูแลสุขภาพเพื่อทำให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้น ด้วยการเชื่อมโยงการมีส่วนร่วม 3 ระดับ ซึ่งเป็นกรอบการทำงานที่มีความสัมพันธ์กันระหว่าง 1) ระดับจุลภาค (Micro Level) คือ ผู้ป่วยและครอบครัวที่จะได้รับการช่วยเหลือจาก 2) ระดับกลาง (Meso Level) คือ องค์กรสุขภาพและชุมชน และรับการสนับสนุนภายใต้ 3) ระดับมหภาค (Macro Level) สภาพแวดล้อมนโยบายเชิงบวกที่มีความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย มีกรอบกฎหมายสนับสนุน บุคลากรนโยบาย ผู้นำขับเคลื่อน สนับสนุนงบประมาณต่อเนื่อง พัฒนาและจัดสรรทรัพยากรบุคคล (WHO, 2002) เมื่อนำกรอบแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้แล้วพบว่า สามารถแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา (Nuño, R., Coleman, Bengoa, & Sauto, 2012) รวมถึงประเทศไทยที่นำกรอบแนวคิด ICCC มาเป็นแนวทางแก้ปัญหาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งมีความใกล้ชิดกับชุมชน (Limvingsiriwong & Nima, 2020)

จังหวัดสงขลาได้ดำเนินการระบบการดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะกลางเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปไปยังโรงพยาบาลชุมชน โดยกำหนดแนวทางการดำเนินงานให้มีทิศทางเดียวกันตั้งแต่ปี 2562 จนถึงปัจจุบัน และจากข้อมูล Health Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา พ.ศ. 2562 - 2564 พบว่า ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลสงขลาที่มีผู้ป่วยระยะกลางที่ได้รับการบริการฟื้นฟูต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 69, 75 และ 81 ตามลำดับ (Songkhla Hospital, 2022) ในส่วนขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสงขลา ได้จัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อสนับสนุนการจัดบริการด้านการฟื้นฟู เช่น โครงการ “ศูนย์สร้างสุขชุมชน” กระจายในทุกพื้นที่ของจังหวัด และเทศบาลเมืองเขารูปช้าง จังหวัดสงขลา มีการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน เป็นการนำร่องการพัฒนาการบริการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยในระดับชุมชน

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในระบบการดูแลระยะกลาง เช่น การศึกษาการพัฒนากระบวนการในการมีส่วนร่วมของชุมชนและทีมสหสาขา เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ชุมชนได้ร่วมคิด ร่วมวางแผนการดูแลกับทีมผู้ให้บริการทางสุขภาพ โดยเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน และให้การสนับสนุนด้านต่าง ๆ ทำให้สามารถช่วยเหลือได้ตรงกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (Hirunkhro, 2018) ส่วนการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางของจังหวัดอุทัยธานีพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายในชุมชนมีส่วนช่วยในการดูแลจัดการปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้นและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Jannoi, Jansook, & Wimonmook, 2020)

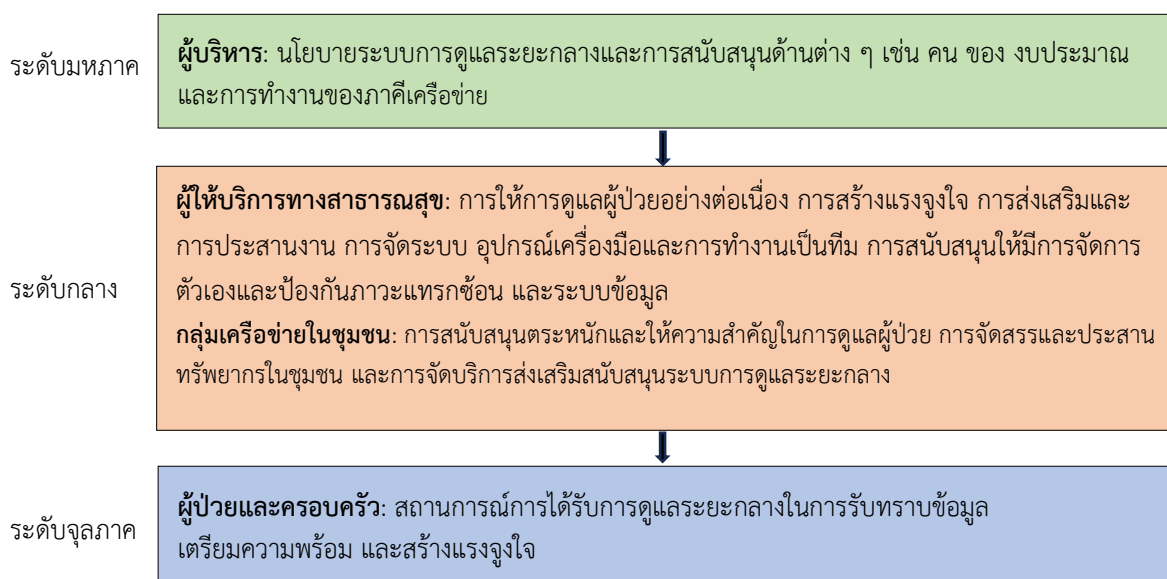
จากการทบทวนวรรณกรรมและตัวอย่างรูปธรรมดังกล่าวพบว่า การพัฒนาระบบการดูแลระยะกลางด้วยการมีส่วนร่วมน่าจะทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ ประสิทธิภาพ และการพัฒนาที่ยั่งยืนของระบบ ซึ่งในพื้นที่เทศบาลเมืองเขารูปช้าง จังหวัดสงขลาเป็นชุมชนหนึ่งที่มีความสำคัญด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ดังนั้นจึงได้ทำศึกษาการมีส่วนร่วมในชุมชนต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะกลางตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลระยะกลางต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์และความคิดเห็นด้านการมีส่วนร่วมของแต่ละระดับในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังขององค์การอนามัยโลกจากพื้นที่เขตเทศบาลเมืองเขารูปช้าง จังหวัดสงขลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนโดยแบ่งออกเป็นชั้นหรือระดับ 3 ระดับ คือ ระดับจุลภาค กลาง และมหภาค เป็นกรอบทำงานที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันและอ้างอิงถึงกันตั้งแต่ระดับการปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วย ระดับองค์กรสุขภาพและชุมชน และระดับนโยบาย ตามลำดับ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method) ใช้รูปแบบการวิจัยแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (Explanatory Sequential Design) ใช้วิธีเชิงปริมาณนำวิธีเชิงคุณภาพ ทำการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม 2566 ถึง เดือนมิถุนายน 2567

วิธีเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยระยะกลางและผู้ดูแลหลัก (โรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บทางสมอง การบาดเจ็บไขสันหลัง และกระดูกข้อสะโพกหัก) ที่ได้รับการวินิจฉัยจากโรงพยาบาลสงขลา ในช่วงมกราคม 2566 ถึงมิถุนายน 2566 โดยมีผู้ป่วยระยะกลางรวมจำนวน 178 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยระยะกลางในเขตเทศบาลเมืองเขารูปช้างจำนวน 75 คน (Songkhla Hospital, 2023)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยระยะกลางและผู้ดูแลหลักที่สุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตาม 4 กลุ่มโรคของผู้ป่วยระยะกลางมาจากประชากร 75 คน เกณฑ์คัดเข้า คือ อยู่ใน ทม.เขารูปช้างตั้งแต่ ม.ค. 2566 – มิ.ย. 2567 และไม่มีปัญหาการรับรู้และสามารถสื่อสารกันเข้าใจได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกิน 10% และสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร 0.5 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 63 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา สถานพยาบาลที่เลือกใช้บริการเป็นประจำ ได้รับการวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว และอุปกรณ์ช่วยเหลือความบกพร่องที่อยากได้รับการช่วยเหลือ และส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการได้รับการดูแลระยะกลางแยกออกเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ การได้รับทราบข้อมูลมีคำถาม 8 ข้อ การเตรียมความพร้อมมีคำถาม 5 ข้อ และการได้รับแรงจูงใจมีคำถาม 7 ข้อ แต่ละข้อคำถามให้เลือกตามมาตราส่วน (Rating Scale) 6 ระดับ คือ ไม่เคยได้รับ ได้รับน้อยที่สุด ได้รับน้อย ได้รับปานกลาง ได้รับมาก และได้รับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านระดับชำนาญการถึงเชี่ยวชาญ คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลชุมชน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิธีวิจัยคุณภาพ และนักกายภาพบำบัดชุมชน หาค่าดัชนีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่า CVI เท่ากับ .92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ถึงนายกเทศมนตรีเมืองเขารูปช้าง เพื่อเก็บข้อมูลแบบสอบถาม และการสังเกตในพื้นที่เทศบาลเมืองเขารูปช้าง (ทม.เขารูปช้าง) โดยมีผู้ช่วยวิจัย 2 ท่านที่ผู้วิจัยได้ทำการอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการ และเครื่องมือวิจัยให้เข้าใจตรงกับผู้วิจัยแล้วลงเก็บข้อมูลใน 10 หมู่บ้านของ ทม.เขารูปช้าง ก่อนเก็บข้อมูลผู้ช่วยวิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ วิธีการศึกษา และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมซึ่งสามารถเข้าร่วมหรือปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัยได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็น ใช้ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลความหมายค่าเฉลี่ยแต่ละประเด็น โดย 1.00 – 1.80 หมายถึง น้อยที่สุด 1.81 – 2.60 หมายถึง น้อย 2.61 – 3.40 หมายถึง ปานกลาง 3.41 – 4.20 หมายถึง มาก และ 4.21 – 5.00 หมายถึง มากที่สุด (Pisanbut, 2012)

วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ

พื้นที่การศึกษาวิจัย เขตเทศบาลเมืองเขารูปช้าง

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเกณฑ์คัดเลือก คือ ผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับ การดูแลระยะกลางในพื้นที่ศึกษาระหว่างเดือนมกราคม 2566 ถึงมิถุนายน 2567 แบ่งเป็น 1) ผู้ให้บริการทาง สาธารณสุขจำนวน 15 คน 2) เครือข่ายในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครทางสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเพื่อนบ้านผู้ป่วยรวมจำนวน 9 คน 3) ผู้บริหาร ได้แก่ นายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองเขารูปช้างหรือตัวแทน ผู้อำนวยการงานกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ทม.เขารูปช้าง ผู้อำนวยการงานกองสวัสดิการสังคม ทม.เขารูปช้าง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 4 แห่ง ในเขต ทม.เขารูปช้าง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สงขลาหรือตัวแทน รวมจำนวน 8 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยทำการสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ มี 3 รูปแบบ ดังนี้

1. แนวคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussions Guideline) ในกลุ่ม ผู้ให้บริการ 10 ข้อ เกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การสร้างแรงจูงใจ การส่งเสริมประสานงาน ระบบ ข้อมูล การได้และการสนับสนุน ส่วนกลุ่มเครือข่ายในชุมชน 8 ข้อ เกี่ยวกับการส่งเสริมสนับสนุนระบบการดูแล ระยะกลาง

2. แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง (In-depth Interview Guideline) สอบถามผู้บริหารเกี่ยวกับ นโยบายการดูแลระยะกลางและการสนับสนุนต่าง ๆ เช่น คน ของ งบประมาณ และการทำงานของภาคีเครือข่าย 8 ข้อ

3. แบบการสังเกตแบบมีโครงสร้าง (Structured Observation Data Collection Form) 5 ข้อ ได้แก่ การให้บริการ ระบบส่งต่อข้อมูล อาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อมในชุมชน การช่วยเหลือของเครือข่ายในชุมชน ทำการสังเกตในหน่วยบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องและชุมชน ทม.เขารูปช้าง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทั้ง 3 แบบ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านคือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลชุมชน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิธีวิจัยคุณภาพ และนักกายภาพบำบัดชุมชน โดยมีแนวคำถามการสนทนากลุ่มผู้ให้บริการสาธารณสุขและเครือข่ายในชุมชน แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบเก็บข้อมูลการสังเกตแบบมีโครงสร้าง หาค่าดัชนีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ได้ค่าเท่ากับ 1.00, 1.00, .96 และ 1.00 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนลงพื้นที่ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลจากนายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองเขารูปช้าง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา โดยการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยนัดหมายผู้ให้ข้อมูล 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ให้บริการสาธารณสุข กลุ่มเครือข่ายในชุมชน โดยผู้วิจัยทำหน้าที่นำสนทนา (Moderator) มีผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน คนที่ 1 เป็นผู้บันทึก (Notetaker) คนที่ 2 ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยทั่วไป (Assistant) ใช้เวลาประมาณ 90 - 120 นาทีต่อกลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยนัดผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้สัมภาษณ์ ผู้ช่วยวิจัยช่วยบันทึกเสียงใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาทีต่อคน โดยก่อนเก็บข้อมูลทุกครั้งผู้วิจัยจะอธิบายชี้แจง วัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ขออนุญาตบันทึกเสียงและภาพ เมื่อได้รับการยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ให้ข้อมูลแต่ละประเด็น ผู้วิจัยจะสรุปความกลับกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อเป็นการยืนยันข้อมูล ความถูกต้อง และความเข้าใจที่ตรงกัน การสังเกตแบบมีโครงสร้าง ทุกครั้งในการลงพื้นที่เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพทั้งในโรงพยาบาลสงขลา สถานที่ในชุมชนเขตทม.เขารูปช้าง ผู้ช่วยวิจัยจะทำการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลการสังเกตแบบมีโครงสร้าง

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

เมื่อเก็บข้อมูลได้ครบตามจำนวนผู้ให้ข้อมูลที่ตั้งไว้และข้อมูลอิ่มตัว (Data Saturation) คือไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้นแล้ว ได้นำข้อมูลมาถอดเทปคำต่อคำ แล้วจัดหมวดหมู่ของประเด็นเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยเปรียบเทียบข้อมูลที่เก็บได้ระหว่างแหล่งข้อมูลต่าง ๆ และวิธีเก็บข้อมูลต่าง ๆ เพื่อสะท้อนว่าข้อมูลที่ได้นั้นเป็นจริง และสรุปใจความสำคัญส่งกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องและความเข้าใจที่ตรงกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) แบบกำหนดทิศทางไว้ล่วงหน้า ตามแนวคิดของ Hsieh & Shannon (2005) โดยใช้ทฤษฎีหรืองานวิจัยเป็นแนวทางในการจัดทำรหัส (Code) และหัวข้อ (Category) จำกัดความเชิงปฏิบัติการตามประเด็นเนื้อหาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ สรุปความตามประเด็น และเขียนคำบรรยายอย่างเป็นระบบตามเนื้อหาที่ปรากฏโดยละเอียด

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมวิจัย สถาบันนโยบายสาธารณะมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ IRB 008/66 ลงวันที่ 6 ต.ค. 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม

1.1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหรือผู้ดูแลทั้งหมด 63 คน โดยมีโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ร้อยละ 88.89 (56 คน) การบาดเจ็บทางสมอง (TBI) ร้อยละ 7.94 (5 คน) การบาดเจ็บไขสันหลัง (SCI) ร้อยละ 1.58

(1 คน) และกระดูกข้อสะโพกหัก (Hip Fracture) ร้อยละ 1.58 (1 คน) ตามลำดับ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.31 (38 คน) อายุเฉลี่ย 62.89 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 31.74 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 28.57 (18 คน) รายได้ของครอบครัวต่อเดือน 20,001 บาท ถึง 30,000 บาท ร้อยละ 33.33 (21 คน) มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และต้องการอุปกรณ์ช่วยเหลือหลังจากออกจากโรงพยาบาล เช่น รถเข็น อุปกรณ์ช่วยเดิน และเตียง

1.2. ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นการได้รับการดูแลระยะกลาง

ตาราง 1 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการได้รับการดูแลระยะกลางของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล (n = 63)

ประเด็น	M	SD	แปลผล
ประเด็นที่ 1 การได้รับทราบข้อมูลของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล	3.50	0.57	มาก
1. ลักษณะโรคหรือความเจ็บป่วย	3.60	0.58	มาก
2. วิธีการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพและทางเลือกในการรักษา	3.65	0.60	มาก
3. ขั้นตอนการรักษาและวิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	3.71	0.62	มาก
4. ความเข้าใจในขั้นตอนการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ	3.55	0.58	มาก
5. สิทธิผู้ป่วยหรือสิทธิประโยชน์ที่ควรได้รับ	3.30	0.53	ปานกลาง
6. ช่องทางการติดต่อขอความช่วยเหลือ	3.36	0.55	ปานกลาง
7. การแสดงความคิดเห็น แจ้งปัญหาของผู้ป่วยผู้ดูแล	3.31	0.54	ปานกลาง
8. การขอคำปรึกษาจากทีมผู้ให้บริการหรือชุมชน	3.52	0.58	มาก
ประเด็นที่ 2 การเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล	3.16	0.53	ปานกลาง
1. การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพเกี่ยวกับอาการความบกพร่อง	3.51	0.58	ปานกลาง
2. การรับมือกับภาวะฉุกเฉิน	2.88	0.45	ปานกลาง
3. การจัดการอารมณ์ของผู้ป่วย	2.92	0.47	ปานกลาง
4. การจัดการความเครียดของผู้ดูแล	3.15	0.50	ปานกลาง
5. การได้รับอุปกรณ์หรือการปรับสภาพบ้านที่เหมาะสม	3.33	0.54	ปานกลาง
ประเด็นที่ 3 การได้รับแรงใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล	3.63	0.62	มาก
1. มีเป้าหมายและแรงใจในการรักษาฟื้นฟู	3.95	0.58	มาก
2. ได้รับการส่งเสริม ยอมรับ และความพึงพอใจในสภาพที่เป็นอยู่	3.60	0.60	มาก
3. ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากทีมผู้ให้บริการหลังจากออกจากโรงพยาบาล	3.74	0.64	มาก
4. การติดตามเยี่ยมบ้านจากทีมผู้ให้บริการหรือชุมชน	3.61	0.66	มาก
5. การมีกิจกรรมร่วมกับคนในครอบครัว	3.44	0.68	มาก
6. การช่วยเหลือจากคนในชุมชน	3.53	0.55	มาก
7. ความพอใจกับการดูแลต่อเนื่อง	3.55	0.63	มาก

จากตาราง 1 ความคิดเห็นของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในภาพรวมเกี่ยวกับการได้รับการบริการการดูแลระยะกลาง ประเด็นที่ 1 การรับทราบข้อมูล และประเด็นที่ 3 การได้รับแรงใจอยู่ในระดับมาก ($M = 3.50$, $SD = 0.57$) และ ($M = 3.63$, $SD = 0.62$) ตามลำดับ ส่วนประเด็นที่ 2 การเตรียมความพร้อมระดับปานกลาง ($M = 3.16$, $SD = 0.53$)

2. ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussions) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview)

2.1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพจำนวนทั้งหมด 32 คน อายุเฉลี่ย 49.72 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 78.12 และมีระดับการศึกษาปริญญาตรี 16 คน คิดเป็นร้อยละ 50 แบ่งเป็นกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพจำนวน 15 คน กลุ่มเครือข่ายในชุมชน 9 คน และกลุ่มผู้บริหาร 8 คน

2.2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

2.2.1 ระดับจุลภาค การปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัว พบว่า

1) ทีมสหวิชาชีพช่วยสื่อสารข้อมูลให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบ

“...เราจะแจ้งเขาว่าเขาไม่มีค่าใช้จ่ายอุปกรณ์ช่วยเหลือบางอย่างเบิกได้ตามสิทธิการรักษาอยู่แล้ว ถ้าจำเป็นต้องใช้ ในส่วนที่เบิกไม่ได้ สามารถไปติดต่อเทศบาลเขาหรือช่างเขามีโครงการช่วยเหลืออยู่” (S15:FG)

2) ทีมสหวิชาชีพช่วยเตรียมความพร้อม ให้ความรู้ ฝึกทักษะให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

“เราจะสอนผู้ป่วยและญาติ ฝึกข้างที่อ่อนแรง ช่วยยับแขนขา ฝึกนั่ง ฝึกยืน เรียนรู้การใช้ข้างที่แข็งแรงช่วยทำกิจวัตรประจำวันตามความสามารถของผู้ป่วยแต่ละรายก่อน ประเมินญาติทำได้มั้ย ช่วยทำต่อที่บ้านเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย...แนะนำให้ฝึกที่บ้าน ต้องอาศัยเวลาในการฟื้นตัวจุดนี้ต้องบอกอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ” (S6:FG)

3) ทีมสหวิชาชีพร่วมกันสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

“เราจะดูว่าคนไข้เขายอมรับสภาพความบกพร่องที่เป็นอยู่ได้มั้ย ดูแวตาสีหน้า สังเกตการตอบกลับเวลาเราพูดคุยกับเขา สภาพจิตใจเขาพร้อมจะฝึกและมีกำลังใจในการที่จะพยายามทำให้ตัวเองดีขึ้นหรือป่าว ญาติคนดูแลคอยให้กำลังใจช่วยเหลือมัย ในรายที่กำลังใจดีส่วนใหญ่ฝึกง่ายเพราะเขามีปัญหาทางกายที่เราช่วยเขาได้ แต่ในรายที่ซึมเศร้าไม่มีกำลังใจดี ต้องหาวิธีพูดคุยอาจจะคุยแจ้งกับญาติถึงปัญหาของคนไข้เรื่องที่ดูเขาซึม ๆ ที่บ้านเป็นแบบนี้แลกละเปลี่ยนข้อมูลสิ่งที่มาของการไม่มีกำลังใจต่อให้สิ้นหวังของเขา” (S6:FG)

4) สมาชิกในชุมชน เช่น เพื่อนบ้านของผู้ป่วย หน่วยงานเอกชน และวัด ยินดีให้การช่วยเหลือจะเอื้อประโยชน์ ให้ความสำคัญร่วมกันดูแลผู้ป่วยระยะกลางและครอบครัว

“การช่วยเหลือจากเอกชน เซฟรอนสนับสนุนพวกส้วมเคลื่อนที่ ตัวพุงเขา...จากวัด เช่น วัดเขาแก้ว ให้การสนับสนุน ทั้งงบประมาณช่วยเหลือคนยากไร้ เอื้อให้ใช้สถานที่ในการทำกิจกรรมการออกกำลังกาย” (C4:FG)

2.2.2 ระดับกลาง พบว่า

องค์กรสุขภาพ

1) ประสานความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลสงขลา และหน่วยบริการสุขภาพใน ทม. เขาหรือช่าง สร้างความต่อเนื่องการบริการจากหน่วยบริการทุติยภูมิและตติยภูมิไปยังปฐมภูมิทั้งทางกายและคุณภาพชีวิต ตลอดจนการแลกเปลี่ยนข้อมูล ทักษะการดูแล รวมทั้งแผนการเยี่ยมเพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง

“มีการส่งต่อข้อมูลคนไข้ในระบบ COC link ประสานเคส ลงเยี่ยมบ้าน พี่ก็จะตอบกลับถ้ามีการลงเยี่ยมแล้ว ซึ่งจะมีทีม อสม.พยาบาล แพทย์ ลงเยี่ยม ในรายที่มีปัญหาก็จะมีทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาล มีนักกายภาพบำบัดเข้ามาลงเยี่ยมทั้งคนไข้ที่มีปัญหาอ่อนแรงแขนขา ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และพวกเขาก็จะช่วยเหลือ...” (S3:FG)

2) ส่งเสริมการดูแลที่มีคุณภาพโดยการสนับสนุนและมีแรงจูงใจผ่านภาวะผู้นำ

“ผอ.มีงบให้ไปอบรมได้ถ้าสนใจ เรื่องกายภาพฟื้นฟูคนไข้ที่ว่ามันสำคัญ คนไข้หลายคนได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพดี เดินเองได้ไม่เป็นภาระคนในบ้าน คนไข้เขาดีใจมัยได้...” (S7:FG)

3) จัดระบบและเตรียมความพร้อมต่อทีม ต้องมีความพร้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน เช่น อุปกรณ์ทางการแพทย์ อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้ป่วย สถานที่ รวมทั้งสิ่งสนับสนุน เช่น ข้อมูลแนวทางการดูแลรักษา ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วย และทำงานเป็นสหวิชาชีพ

“...เทศบาลมีศูนย์ฟื้นฟู มีนักกายภาพ และมีการรับส่งผู้ป่วยถึงบ้าน... มีทีมเจ้าหน้าที่ของ รพ. แพทย์ Fam Med ...”(P4:DI)

4) ใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศ โดยต้องรวบรวมและจัดการข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยให้เป็นระบบและเข้าถึงได้ง่าย สามารถส่งต่อข้อมูลเพื่อสื่อสารให้รับทราบแผนการรักษาและผลการดำเนินการร่วมกัน

“เราส่งข้อมูลมาพวกพี่รู้ได้เร็ว ออนไลน์มา... มีอุปกรณ์อะไรที่จำเป็นต้องใช้ ถ้าเกินความสามารถพี่แล้วก็แจ้งทีมขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลสงขลา”(S2:FG)

5) สนับสนุนการจัดการด้วยตนเอง มีบุคคลต้นแบบ และพัฒนาศักยภาพคนในชุมชน เช่น อสม. จัดอาสาสมัครให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูและสามารถสื่อสารกันภายในชุมชนจะช่วยให้คนในชุมชนช่วยเหลือกันภายในชุมชนได้

“เรามี อสม. ที่ผ่านการอบรมผู้ช่วยนักกายภาพ ผ่านการอบรม CG เพิ่มศักยภาพในการช่วยดูแลฟื้นฟูผู้ป่วย ซึ่งจัดโดยอบจ. เทศบาล และทีมรพ.สงขลา ซึ่งจะช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยได้เร็วขึ้นซึ่งต่างจากเดิมที่ดูแลได้แค่ทรงกับทรุด” (P4:DI)

ภาคีเครือข่ายในชุมชน

1) เพิ่มความตระหนักและลดการตีตรา การให้ความสำคัญ เห็นคุณค่า และมีการช่วยเหลือกันในชุมชน

“...คนในชุมชนเห็นความสำคัญกับเรื่องนี้มาก มีคนใช้บ้านไหนรีบแจ้งเลย บ้านนั้นมีคนใช้บ้านนี้ขอแพมเพิส เพราะเขาเห็นเทศบาลมีโครงการต่าง ๆ ช่วยคนใช้ ทั้งแจกแพมเพิสและทีมดูแลคนใช้ในพื้นที่เอง” (C1FG)

2) ส่งเสริมผลลัพธ์ที่ดีผ่านภาวะผู้นำและการสนับสนุนในพื้นที่ ทม.เขารูปช้าง นอกจากทีมผู้บริหารของ ทม.เขารูปช้างแล้ว ยังมีการสนับสนุนจากผู้นำศาสนาหรือจิตอาสาต่าง ๆ ร่วมกันดูแลผู้ป่วยระยะกลางได้

“เจ้าอาวาสมีการสนับสนุนพวกพัคคม ข้าวสารอาหารแห้ง ที่ได้รับการทำบุญให้นำไปช่วยคนใช้ที่ลำบาก...บางทีคนในชุมชนก็มีการนำของที่ไม่ใช้งาน แล้วมาบริจาคช่วยเหลือคนในชุมชน” (C3:FG)

3) จัดสรรและประสานแหล่งทรัพยากร การระดมทุนเพื่อช่วยให้การทำการกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพพระดั่งชุมชนได้ดีขึ้น ซึ่งผู้นำและกลุ่มเครือข่ายสามารถเป็นแหล่งทรัพยากรที่มีค่าในการสนับสนุนทุนและทรัพยากรต่าง ๆ

“อุปกรณ์การช่วยเหลือที่ได้รับบริจาคจากคนในชุมชน เซฟรอนมีอุปกรณ์ออกกำลังกาย อบจ. ม.ราชภัฏบริจาคพวกราวฝึกเดิน ม.ทักษิณมาประดิษฐ์หมอนหลอดลดแรงกดทับ ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าอาวาสให้อาหารแห้ง ห้างโลตัสให้พัคคม คนในพื้นที่เองถ้ามีของที่เขาไม่ใช้แล้วก็นำมาบริจาคที่รพ.สต..”(P4:DI)

4) จัดบริการเสริมของชุมชนมีส่วนสำคัญในการให้บริการทางสังคมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การปรับปรุงบ้าน จัดรถรับส่งผู้ป่วยไปรับบริการการบำบัดฟื้นฟูที่หน่วยบริการ

“เทศบาลมีโครงการหลายอย่าง...คนที่ไม่มีรถก็มีรถรับส่งไปฝึกที่ศูนย์ สะดวกกับคนใช้” (S5:FG)

ระดับมหภาค พบว่า

1) เสริมความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายด้วยการสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วน ให้เข้ามาช่วยทำให้ผู้ป่วยในระบบการดูแลระยะกลางได้รับบริการทั้งทางสุขภาพและทางสังคมที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุม

“พื้นที่เรามีเจ้าหน้าที่สวทหลายใบ อย่างพี่...แก็เป็น สท. ดูแลทั้ง 10 หมู่ เป็นทั้ง อสม. CG และผู้ช่วยนักกายภาพ แก็ทำหลายอย่างก็เข้าใจ กว้าง รับรู้ข้อมูลและส่งข่าวสารให้ทีมรับรู้ได้เร็ว...(P7:DI)

2) สนับสนุนการใช้นโยบายทางกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับที่เอื้อต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะกลาง

“เรามีระเบียบของศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพของท้องถิ่นในการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และระเบียบการยืมคืนกายอุปกรณ์ของธนาคารกายอุปกรณ์ในลักษณะเงินมัดจำ กรณีคนที่ไม่มีเงินลำบากก็ใช้วิธีบุคคลค้ำประกัน เช่น ผู้นำชุมชน ผอ.กองสาธารณสุข หรือจะเป็นตัวผมเอง” (P1:DI)

3) บุคลากรนโยบายโดยการจัดทำนโยบายและแผนอย่างเหมาะสม มีกรอบการทำงานที่เป็นนโยบายเชิงบวกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการระยะกลางได้ แม้ว่าการดูแลกลางจะเป็นนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข ส่วนการทำงานของเทศบาลหรือท้องถิ่นจะรับนโยบายจากกระทรวงมหาดไทย ทำให้นโยบายอาจมีความแตกต่างกัน แต่มีเป้าหมายการให้บริการแก้ไขปัญหาคความเดือดร้อนของประชาชนในท้องถิ่น ซึ่งช่วยส่งเสริมและสนับสนุนระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางได้ เช่น นโยบายการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วยของ ทม.เขารูปช้าง เพื่อลดความแออัดและเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านการฟื้นฟูสภาพให้แก่คนในชุมชน

“เรามันอยู่คนกระทรวงนะครับ แต่ว่านโยบายของเราก็จะเป็นภาพกว้าง เรื่องของเรา ก็มีผู้ป่วยประเภท LTC และมีภาวะพึ่งพิง...และก็พยายามที่จะพัฒนาเพื่อให้การช่วยเหลือพี่น้องในชุมชน” (P1:DI)

4) ผู้นำมีการขับเคลื่อนโดยวิสัยทัศน์ที่ให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง สร้างการเชื่อมโยงไปสู่องค์กรอื่น ๆ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

“ทุกกิจกรรมหรือโครงการจะมีคณะกรรมการติดตามงานและรายงานความก้าวหน้า รวมถึงให้หน่วยงานภายนอกมาประเมินงาน เช่น จากทางมหาลัย ทบพทนโยบาย การสำรวจความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการในพื้นที่ซึ่งสามารถร้องเรียนและแจ้งความต้องการมาได้ ผลจากการช่วยเหลือคนในพื้นที่เรื่องนี้ เราได้รับคำชื่นชม”(P1:DI)

5) สนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง การจัดหาเงินทุนช่วยให้เข้าถึงการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและครอบคลุมทุกภาคส่วนของประชากร การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

“ผมจะให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพ...จะเปิดให้ใช้งบเต็มที่ จะให้ใช้งบทั้งเชิงรุกและเชิงรับ...” (P1:DI)

6) พัฒนาและจัดสรรกำลังคน โดยที่หน่วยงานท้องถิ่นและสาธารณสุขพัฒนาหลักสูตรเพิ่มบุคลากรให้สามารถตอบสนองความต้องการของการดูแลระยะกลาง

“เรามีแนวคิดที่ว่า ถ้าเรามีตำแหน่งเป็นพนักงานของเทศบาลเลยดีมัย...จึงได้กำหนดกรอบดำเนินงานฟื้นฟูเป็นพนักงานเทศบาลเทียบเท่ากับราชการ...เขามีความก้าวหน้าในหน้าที่ที่รักษาคนไว้ได้” (P7:DI)

3. ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตในหน่วยบริการสุขภาพและชุมชน ประเด็นที่ 1) การสื่อสารข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ส่วนใหญ่จะมีการให้ข้อมูลโดยตรง ด้วยการสื่อสารด้วยวาจาแก่ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล ให้ทราบปัญหาและแนวทางแก้ไข ส่วนการสื่อสารข้อมูลระหว่างทีมผู้ให้บริการทางสุขภาพด้วยกัน ส่วนมากจะสื่อสารผ่านระบบข้อมูลของหน่วยงานทั้งการรับและส่งข้อมูล 2) ผู้ให้บริการมีการฝึกทักษะการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแล ตั้งแต่ผู้ป่วยยังรักษาตัวในหอผู้ป่วย การรับบริการกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดในโรงพยาบาล ศูนย์ฟื้นฟูของ ทม.เขารูปช้าง รวมถึงขณะลงเยี่ยมบ้าน และยังมีมีการฝึกผ่านระบบ Telemedicine เรียกว่า Tele-rehab 3) การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ อุปกรณ์ช่วยเหลือที่เหมาะสมกับผู้ป่วย จะมีการเบิกอุปกรณ์ตามที่แพทย์พิจารณาว่าจำเป็นต้องใช้ เช่น ไม้เท้า Walker ตัวพยุงข้อไหล สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ใน ทม.เขารูปช้างสามารถติดต่อประสานผ่านแอปพลิเคชัน KRC เพื่อยืมอุปกรณ์ เช่น เตียงนอน เบาะลม รถเข็นได้ โดย ทม.เขารูปช้าง มีสถานที่และบุคลากรด้านการฟื้นฟูเพื่อรองรับบริการผู้ป่วยในชุมชน 4) ระบบการติดตาม เยี่ยมบ้าน ดูแลต่อเนื่องจากทีมผู้ให้บริการสุขภาพตั้งแต่โรงพยาบาล โรงพยาบาลสงขลามีระบบนัดติดตามอาการผู้ป่วย หลังจำหน่าย เยี่ยมบ้าน ประสานการดูแลกับทีมหน่วยบริการในชุมชน คือ รพ.สต.เขาแก้ว เคหะ หมู่ใหญ่ สวนตุล รวมถึงศูนย์ฟื้นฟูของเทศบาล ส่วนทีมผู้ให้บริการในชุมชนมีการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลจากโรงพยาบาล หรือได้รับแจ้งจากสมาชิกในชุมชนเอง และ 5) ข้อมูลอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น รพ.สต. มีอุปกรณ์ช่วยเหลือที่ได้รับบริจาคมาจากภาคีเครือข่ายในชุมชน มีทีมลงเยี่ยมบ้าน มีการจัดทำวัสดุอุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น หมอนหลอดดูดน้ำเป็นเบาะลม กันแผลกดทับ วัดเบาหวานที่อยู่ใน ทม.เขารูปช้าง แบ่งอาหารแห้ง สิ่งของเครื่องใช้ที่ได้รับมาจากการทำบุญมอบให้แก่ รพ.สต.เขาแก้ว โรงเรียนผู้สูงอายุของ ทม.เขารูปช้างมีกิจกรรมให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่มีความพร้อมมาร่วมกิจกรรมได้

เช่น การหิวโหยนำอาหารมารับประทานร่วมกัน ทำกิจกรรมออกกำลังกาย ร้องเพลง เล่นดนตรี มีการแลกเปลี่ยนให้ความรู้ และสอนอาชีพ

การอภิปรายผล

ในการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะกลางในพื้นที่เขต ทม.เขารูปช้าง จ.สงขลา ตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังขององค์การอนามัยโลกครั้งนี้ จากข้อมูลเชิงปริมาณด้านสถานการณ์การได้รับการดูแลระยะกลางจากความมุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแลในระดับจุลภาค และจากข้อมูลเชิงคุณภาพด้านความคิดเห็นของผู้ให้บริการและชุมชนในระดับกลาง และจากผู้บริหาร ซึ่งมีบทบาทในระดับมหภาค พบว่าการมีส่วนร่วมของ 3 ระดับที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกัน คือ การปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยและครอบครัวระดับจุลภาค ซึ่งได้รับการช่วยเหลือจากองค์กรสุขภาพและเครือข่ายชุมชนในระดับกลาง และมีสิ่งแวดล้อมที่เป็นนโยบายเชิงบวกระดับมหภาคช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้ผู้ป่วยที่ยังมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันและจำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน สามารถเพิ่มสมรรถนะทางร่างกายและจิตใจ ลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันและกลับสู่สังคมได้ โดยพบว่า

ระดับจุลภาค คือการปฏิสัมพันธ์ผู้ป่วยและครอบครัว มีประเด็นหลัก 3 ประเด็น คือ 1) การรับทราบข้อมูลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ผู้ให้บริการอาจจะต้องเพิ่มการสื่อสารในส่วนของการให้บริการและสอบถามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น การรับทราบสิทธิประโยชน์และการได้แจ้งปัญหาทางกายและใจกับผู้ให้บริการอยู่ในระดับปานกลาง เพราะบางครั้งอาจจะไม่ได้สื่อสารกับผู้ป่วย ซึ่งถ้าผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหา ย่อมส่งผลให้มีความร่วมมือ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองและสามารถจัดการกับความบกพร่องที่เกิดขึ้นได้ (Khiewchaum, Ngamkhum, & Makha., 2013) 2) การเตรียมความพร้อมและฝึกทักษะ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเตรียมความพร้อมและฝึกทักษะด้านต่าง ๆ เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตประจำวันด้วยตัวเอง ลดภาระการดูแล และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Choengsa-ard, 2019) กลุ่มตัวอย่างได้รับการเตรียมความพร้อมและฝึกทักษะอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้ให้บริการต้องเน้นย้ำและคอยให้คำแนะนำช่วยเหลือด้านความบกพร่องทางร่างกาย ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในกลุ่มผู้ป่วยระยะกลาง ส่วนการฝึกทักษะในการจัดการอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นเรื่องละเอียดอ่อน การเตรียมความพร้อมในการแก้ไขปัญหาต้องใช้เวลาและค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งควรมีสหวิชาชีพเฉพาะทาง เช่น นักจิตวิทยาร่วมในทีมผู้ให้บริการ และ 3) การได้รับแรงจูงใจ กลุ่มตัวอย่างได้รับอยู่ในระดับมาก ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและมีกำลังใจในการฟื้นฟูสภาพ เมื่อผู้ป่วยเห็นคุณค่าจะทำให้เกิดความกระตือรือร้นในการรับการฝึกสมรรถภาพ พยายามช่วยเหลือตัวเอง มีเป้าหมายเป็นแรงขับเคลื่อนจากภายใน จนสามารถต่อสู้กับความบกพร่องทางร่างกายที่เป็นข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตได้ แม้ว่าจะมีปัญหาอุปสรรคทั้งจากร่างกายและความไม่พร้อมทางสังคม และเมื่อครอบครัวเข้าใจก็จะให้ความสำคัญและคอยสนับสนุนผู้ป่วย (Kvaal, Debesay, Bye, & Bergland, 2019) รวมถึงผู้ให้บริการและชุมชนให้ความสำคัญคอยช่วยเหลือดูแลติดตามอาการ เยี่ยมบ้าน จัดบริการในชุมชน ตลอดจนการช่วยเหลือต่าง ๆ เช่น การบริจาคสิ่งของหรือการทำงานแบบจิตอาสาซึ่งจะเป็นการสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้น ในการดูแลระยะกลางจึงจำเป็นต้องมีการให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อม การสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยต้องให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสแสดงความคิดเห็นและความต้องการ เพื่อผสานความร่วมมือกับทีมผู้ให้บริการทางสุขภาพและชุมชน

ระดับกลาง การมีส่วนร่วมการดูแลระยะกลางในระดับกลางเน้นความเชื่อมโยงและการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรสุขภาพกับภาคีเครือข่ายในชุมชนเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้วยสถานะและหน้าที่ของทีมผู้ให้บริการทางสุขภาพที่มีหลายหลากหลายวิชาชีพ ควรมีบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน และมีจิตอาสาของชุมชนช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการมากขึ้น ดังเช่น ทม.เขารูปช้างที่ได้กำหนดตำแหน่งนักกายภาพบำบัดขึ้นเพื่อให้สามารถทำงานประจำได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยการลด

ข้อจำกัดการขาดแคลนนักกายภาพบำบัด โดยมีองค์กรท้องถิ่นและเครือข่ายร่วมกันช่วยเหลือทำให้เพิ่มการเข้าถึง การฟื้นฟูและได้รับการอย่างมีประสิทธิภาพ (Thiemmanee, Sanadisai, & Maneesriwongkul, 2011) ผู้บริหาร ควรสนับสนุนกำลังคนและอุปกรณ์เครื่องมือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามปัญหาและความต้องการ รายบุคคล ซึ่งผู้ป่วยที่อยู่ในระบบการดูแลระยะกลางของหน่วยบริการสุขภาพตั้งแต่แรกส่วนใหญ่จะได้รับการดูแล ต่อเนื่อง แต่ในกรณีของผู้ป่วยที่หลุดออกจากระบบด้วยปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม หรือการค้นพบผู้ป่วยในชุมชน ชุมชนจะมีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้าถึงระบบการดูแลระยะกลางได้ ในด้านกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่มาจากการจัดสรรงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ส่วนใหญ่เน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะยาว (Long-Term Care: LTC) ซึ่งเป็นนโยบายที่เป็น รูปธรรมชัดเจนมากกว่าการดูแลระยะกลาง ขณะที่กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัดที่มาจาก การจัดสรรงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นมีวัตถุประสงค์ หลักในการแก้ปัญหาให้กับกลุ่มคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับ ทม.เขารูปช้างนั้นมีการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรมในการจัดตั้งศูนย์กายภาพบำบัดที่มีนักกายภาพบำบัดทำงานตาม การกิจของเทศบาล โดยบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพทั้งโรงพยาบาลและ รพ.สต.ในพื้นที่ มีการจัดอบรมหลักสูตรผู้ช่วยนักกายภาพบำบัดเพื่อช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านการฟื้นฟู จัดให้มี ธาราคารกายอุปกรณ์ และพัฒนาแอปพลิเคชัน KRC เพื่อสนับสนุนระบบบริการที่รวดเร็ว โดยมีประชาชนทั่วไป ในชุมชน วัด หน่วยงานราชการ และภาคเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมในการระดมทุนสนับสนุนหรือบริจาคสิ่งของและร่วม เป็นเครือข่าย ทำให้ผู้ป่วยระยะกลางได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและครอบคลุม ทั้งยังทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมี กำลังใจและแรงขับเคลื่อนจากการให้ความสำคัญและลดการตีตราต่อค่า (Hirunkhro, 2018)

ระดับมหภาค การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในระดับมหภาคเน้นการมีนโยบายที่มีประสิทธิภาพ มีโครงสร้างพื้นฐาน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแล โดยการวางแผนพัฒนาจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนด นโยบายรวมถึงการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณนั้น ผู้ป่วยและครอบครัวควรแสดงความคิดเห็น ความต้องการ และข้อเสนอแนะเพื่อจะได้มีข้อมูลสำหรับการกำหนดนโยบายหรือข้อตกลงของท้องถิ่นที่ก่อให้เกิดประโยชน์และตรง กับความต้องการให้มากที่สุด โดยผู้ที่มีอำนาจต้องเปิดโอกาสและรับฟังความคิดเห็น และความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว แล้วนำมากำหนดนโยบายเพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นเหล่านั้น (Tyagi, Koh, Luo, Tan, Hoening, Matchar et al., 2019) อย่างไรก็ตาม นโยบายด้านการดูแลระยะกลางในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังไม่ชัดเจน โดยมักรวมอยู่ในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวและคนพิการ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงระบบการดูแล ระยะกลางเพราะข้อจำกัดของจำนวนเจ้าหน้าที่ด้านการฟื้นฟูที่ไม่เพียงพอ ทม.เขารูปช้างได้แก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยจัด ให้มีเจ้าหน้าที่ด้านการฟื้นฟูภายใต้ระเบียบของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ รวมถึง การจัดสรรทรัพยากรในการพัฒนาโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ แสดงให้เห็นถึงการให้ ความสำคัญและสนับสนุนจากผู้ว่า ซึ่งการที่ภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมนี้เองที่สร้างความเข้มแข็งให้กับ การดูแลระยะกลางในชุมชนและผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวจากโรคและกลับไปมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ดังเดิม

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาในพื้นที่ ทม.เขารูปช้าง จ.สงขลา จึงอาจไม่สามารถอนุมาน ไปยังพื้นที่อื่นที่มีความแตกต่างของบริบทได้ทั้งหมด แต่อาจประยุกต์ใช้เป็นตัวอย่างในระบบการดูแลระยะกลาง ในชุมชนได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ในระดับกลาง หน่วยบริการทางสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรร่วมกันจัดทำแนวทาง ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยชุมชนให้ชัดเจน เพื่อให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักและรับทราบบทบาทหน้าที่ และเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางได้อย่างเหมาะสมและดึงศักยภาพของกลุ่มอาสาสมัครอื่น ๆ ในชุมชน เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ และครอบครัวต้นแบบที่มีประสบการณ์ มาร่วมกันพัฒนาระบบการดูแลระยะกลาง ในชุมชน โดยมีทีมหน่วยบริการทางสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษา

2. ระดับกลาง หน่วยบริการทางสาธารณสุขควรพัฒนาระบบข้อมูลที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลที่เป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของหน่วยงานต่าง ๆ แบบไร้รอยต่อ และสามารถให้ผู้ป่วยและครอบครัวตลอดจนผู้ดูแลในชุมชนในระดับจุลภาคได้เข้าถึงข้อมูลได้ตามความเหมาะสม

3. ระดับมหภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการทบทวนกฎหมายและกฎระเบียบที่เป็นข้อจำกัดการเข้าถึงการช่วยเหลือในกลุ่มเปราะบาง รวมถึงการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เอื้อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือครอบคลุมทั่วถึงมากที่สุด เช่น การจัดระบบบริการรถรับส่งให้กับผู้ป่วยไปฟื้นฟูที่หน่วยบริการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาในบริบทพื้นที่อื่น ๆ เพิ่มเติม เพื่อให้ทราบสถานการณ์ปัญหา จุดเด่นและจุดด้อย ตลอดจนบทเรียนของแต่ละพื้นที่ เพื่อนำไปสู่แนวทางในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนและทำการศึกษาวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่มีความครอบคลุมภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเพื่อร่วมกันพัฒนารูปแบบ (Model) และผลักดันให้เกิดเป็นต้นแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อไป

References

- Choengsa-ard, N. (2019). Development of quality for IMC by participation of Atsamat network Roi-Et province. *Journal of Research and Health Innovative Development*, 1(1), 89-98. (in Thai)
- Department of Empowerment Persons with Disabilities. (2022). *Situation Regarding People with Disabilities: Department of Empowerment of Persons with Disabilities*. Retrieved March 20, 2023 from <https://dep.go.th/th/law-academic/knowledge/disabled-person-situation>. (in Thai)
- Hirunkhro, B. (2018). Development of a service system by participation of the community and multidisciplinary team through the home-based rehabilitation nursing program for patients with stroke. *Journal of Humanities and Social Sciences Nakhon Phanom University*, 25th Anniversary Academic Conference Edition, 36-45. (in Thai)
- Hsieh, H., & Shannon, S. (2005) Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1286.
- International Health Policy Development Office. (2010). *Burden of Disease Research Program Thailand*. Retrieved March 20, 2023 from <http://bodthai.net/download/> (in Thai)
- Jannoi, N., Jansook, N., & Wimonmook, R. (2020). A model of IMC in stroke patients, Uthai Thani province. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 10(3), 438-456. (in Thai)
- Khiewchaum, R., Ngamkhum, S., & Makha, K. (2013). The effects of using a clinical nursing guideline for caregivers' preparation in caring for patients with traumatic brain injury. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 23(1), 15-29. (in Thai)
- Krejcie, R.V., & Morgan, DW. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Kvaal, L. A. H., Debesay, J., Bye, A., & Bergland, A. (2019). Health-care professionals' experiences of patient participation among older patients in intermediate care-At the intersection between profession, market and bureaucracy. *Health expectations : An international journal of public participation in health care and health policy*, 22(5), 921-930. doi.org/10.1111/hex.12896

- Limvingsiriwong, A., & Nima, S. (2020). Situation of health risk management from alcohol, tobacco and substance abuse of the community using the innovative chronic care conditions framework in Surat Thani province. *Journal of Health and Health Science*, 4(1), 1-15. (in Thai)
- Nuño, R., Coleman, K., Bengoa, R., & Sauto, R. (2012). Integrated care for chronic conditions: The contribution of the ICCF Framework. *Health Policy*, 105(1), 55–64. doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.10.006
- Pisanbut S. (2012). *Business Research*. 2nd Printing. Bangkok: S. Asia Press. Office of Agricultural Economics. Retrieved March 20, 2023 from <http://mslib.kku.ac.th/elib/multim/book/>. (in Thai)
- Public Health Administration Division Ministry of Public Health. (2012). *Manual for Intermediate Rehabilitation of Patients for Medical Personnel According to the Health Service System Development Plan*. Retrieved March 20, 2023 from <http://www.snmri.go.th/>. (in Thai)
- Songkhla Hospital. (2022). *Documents for Inspection and Supervision of Normal Cases Round 2*, fiscal year 2022, from <https://www.skhospital.go.th/>. (in Thai)
- Songkhla Hospital. (2023). *Report from the Songkhla Hospital Database*. Retrieved September 9, 2023, from <https://www.skhospital.go.th/>. (in Thai)
- Sutin, U., Paluangrit, T., Dangkrajang, S., Sutthinarakorn, W., Prasert, V.(2022). Problems and needs when caring for stroke patient at homes. *International Journal of Public Health Science*. 11(2), 695-705.
- Thiemmanee, R., Sanadisai, S., & Maneesriwongkul, W. (2011). The role of local government organizations in supporting continued treatment for elderly people with chronic diseases: A case study. *Nursing Research and Innovation Journal*, 17(3), 520-532. (in Thai)
- Tyagi, S., Koh, G. C. H., Luo, N., Tan, K. B., Hoenig, H., Matchar, D. B, et al. (2019). Dyadic approach to post-stroke hospitalizations: role of caregiver and patient characteristics. *BMC Neurol*. 19(1), 267. doi.org/10.1186/s12883- 019-1510-4.
- World Health Organization [WHO]. (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Actions : Global Report* (WHO/MNC/CCH/02.01). World Health Organization. Retrieved March 20, 2023 form <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42500/>.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานยา ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง

The Relationship between Health Literacy and Medication Adherence Behaviors among Older Adults with Hypertensive Urgency

อรวรรณ บุรีนอ¹, สุปัตรา บัวที^{2*}

Orawan Bureenork¹, Supatra Buatee^{2*}

¹นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

¹Master of Nursing Student in Adult and Older Adult, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

²Faculty of Nursing, Mahasarakham University

(Received: October 16, 2024; Revised: April 14, 2025; Accepted: April 23, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 73 คน คัดเลือกด้วยวิธีสุ่มแบบง่ายโดยใช้ตารางเลขสุ่ม รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง และแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 และ .87 ตามลำดับ และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันผลการวิจัยพบว่า

1. ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังอยู่ในระดับพอใช้ ($M = 68.72, SD = 1.41$)

2. พฤติกรรมการรับประทานยาโดยรวมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.26, SD = 0.30$)

3. ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.324$)

พยาบาลวิชาชีพควรส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุ โดยเน้นการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการรับประทานยาที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการรับประทานยา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: 64010481011@msu.ac.th)

Abstract

This descriptive correlational study aimed to examine the relationships between health literacy and medication adherence behaviors among older adults with hypertensive urgency. The study included 73 participants aged 60 years and older, selected through simple random sampling, using a random number table. Data were collected using two questionnaires: a health literacy questionnaire regarding medication adherence for older adults with hypertensive urgency, and a medication adherence behavior questionnaire for the same group. The content validity indices of these instruments were 1.00 and 0.87, respectively, and their Cronbach's alpha reliability coefficients were .92 and .85, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient. The results were as follows.

1. The overall level of health literacy in older adults with hypertensive urgency was at a fair level ($M = 68.72$, $SD = 1.41$).

2. The overall medication adherence behavior among the participants was at a moderate level ($M = 2.26$, $SD = 0.30$).

3. Health literacy was moderately and positively correlated with the medication adherence behavior, showing a statistically significant relationship at the .05 level ($r = 0.324$).

Therefore, study confirms that professional nurses should promote appropriate medication adherence behaviors among older adults, and this by focusing on improving access to hypertension medications, and understanding the related information. Therefore, effective strategies to encourage proper medication adherence behaviors is the key.

Keywords: Hypertensive Urgency, Older Adults, Health Literacy, Medication Adherence Behavior

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย และเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรโลก (World Health Organization, 2021) ปัญหาที่พบบ่อย คือการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด สำหรับความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยที่มีช่วงอายุ 60 ขึ้นไป ในปี 2563 - 2565 มีจำนวนร้อยละ 44.86, 45.75, 46.23 ตามลำดับ และอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนร้อยละ 2.71, 2.50 และ 2.58 (Health Data Center, Ministry of Public Health, 2022) สำหรับโรงพยาบาลมหาสารคามในปี 2563 - 2565 พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคอันดับหนึ่งที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 38,916, 37,280, 44,332 ราย ในจำนวนนี้พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วนเข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาสารคามจำนวน 632, 617, 724 ราย (Mahasarakham Hospital, 2022) โดยเป็นผู้สูงอายุร้อยละ 62.18, 65.47, 66.64 ตามลำดับ ด้านการควบคุมความดันโลหิตพบว่าปี 2563 - 2565 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดีในประเทศไทยเท่ากับร้อยละ 58.61, 55.99 และ 53.66 (Health Data Center, Ministry of Public Health, 2022) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นว่าจำนวนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้น แต่อัตราการควบคุมโรคได้ดีมีแนวโน้มลดลง ซึ่งการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ดีนั้นจะส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนตามมา

ภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน (Hypertensive Urgency) คือภาวะที่ความดันโลหิตสูงมากผิดปกติ โดยค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) สูงเกิน 180 มิลลิเมตรปรอท หรือตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure) สูงเกิน 120 มิลลิเมตรปรอท (Whelton, Carey, Aronow, Casey, Collins, Dennison Himmelfarb, et al., 2018) ถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางคลินิก ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเร่งด่วนควรได้รับการรักษาแก้ไขอย่างทันด่วนที่

เพราะหากความดันโลหิตมีแรงดันสูง ประกอบกับผนังหลอดเลือดแดงของผู้สูงอายุมีความยืดหยุ่นน้อย เพราะและอ่อนแอ เมื่อการไหลเวียนไปกระทบอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองแตกเฉียบพลันได้ (Sinsap, Jankra & Jaiman, 2017) โดยในท้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคามพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โดยในปี พ.ศ. 2563 – 2565 จำนวน 363, 375, 499 ราย (Mahasarakham Hospital, 2022) และหากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเร็วขึ้น จะส่งผลให้หลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลง โดยผนังของหลอดเลือดจะถูกทำลายและมีการสะสมของเกร็ดเลือด ทำให้หลอดเลือดมีการบวมและหนาขึ้น เกิดการอุดตันเลือดจึงไม่สามารถไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้ ซึ่งหากผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เป็นเวลานานจะทำให้ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นจากโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคไตวายเรื้อรังร้อยละ 13.4 โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 5.4 และโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 4.3 (Medical Research Network of the Consortium of Thai Medical Schools, 2018) การรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตจึงมีความสำคัญในระยะยาว การรับประทานยาที่ออกฤทธิ์ระยะสั้นจะทำให้กล้ามเนื้อของหลอดเลือดเกิดการคลายตัว จึงช่วยลดแรงต้านทานภายในหลอดเลือดและส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง เลือดไหลผ่านหลอดเลือดได้ดีขึ้นจึงไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ซึ่งจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Jackson & Bellamy, 2015; Lapmag & Kritmetapa, 2020) ดังนั้นการรับประทานยาตามแผนการรักษาจึงมีความจำเป็นอย่างมากสำหรับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้สูงอายุจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง (Meesub, 2021) การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 25 และลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 36 (Panthonglang, Namphonkrang, & Duangsanjan, 2018)

อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาในเรื่องพฤติกรรมรับประทานยาในผู้สูงอายุ เนื่องจากปัจจัยทางกายภาพของผู้สูงอายุ เช่น หลงลืม ตามัว จึงยิ่งส่งเสริมให้เกิดปัญหาการรับประทานยา เช่น การอ่านฉลากยา การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ถูกขนาดเพิ่มหรือลดยาเองและไม่ถูกเวลา ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ และยังพบว่ายารักษาโรคความดันโลหิตสูงเป็นยาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เหลือใช้มากที่สุด มีสาเหตุจากผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเอง เนื่องจากคิดว่าระดับความดันโลหิตของตนเองปกติแล้ว (Sadoyoo, Jirapreeya, Treesak & Sangjam, 2014; Lakkheaw, & Chalikhrua, 2015) นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อมาตรวจตามนัดจะได้รับคำแนะนำให้ดื่มน้ำและอาหารก่อนมาโรงพยาบาล ผู้สูงอายุจึงไม่ได้รับประทานยาลดความดันโลหิตในเวลาเช้า ส่งผลให้มีค่าความดันโลหิตสูงอยู่ในระบบแรงดัน (Mahasarakham Hospital, 2022) พฤติกรรมรับประทานยาเป็นพฤติกรรมที่ต้องอาศัยความร่วมมือและความถูกต้องในการปฏิบัติ บุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญต่อการกระตุ้นความตระหนักในการรับประทานยา (Pichayapinyo, Lagampan, Sujirarat, & Kaewpan, 2015) และการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้นั้นต้องได้รับการส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยภายในตัวบุคคลทำให้เกิดความรอบรู้สุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรับประทานยาในหลากหลายมิติ กล่าวคือหากมีความรู้รอบด้านสุขภาพระดับสูงหรือเพียงพอ จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ดีกว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้สุขภาพในระดับไม่เพียงพอ 2.13 เท่า (Prachai boon, Banchonhattakit, Sirisuwan, Namuang, Padchasuwan, & Sukrueangkul, 2022) และบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัว การศึกษาของ Thongma (2020) พบว่าพฤติกรรมการรับประทานยาในระดับต่ำ เป็นพฤติกรรมสุขภาพหนึ่งที่ส่งผลให้การควบคุมความดันโลหิตอยู่ในระดับต่ำ จะเห็นได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งทางตรงและทางอ้อม หากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงจะส่งผลต่อพฤติกรรมการกินยาที่ดีขึ้น

จากการเก็บข้อมูลเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ซึ่งเข้ารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 30 คน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาด้านความรู้ด้านสุขภาพ โดยปัญหาอันดับแรกคือ ด้านการประเมินข้อมูลสุขภาพ โดยพบว่าไม่สามารถพิจารณาว่าข้อมูลสุขภาพใดควรเชื่อถือได้จำนวน 18 คน รองลงมาคือด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วย 16 คนไม่ได้ตรวจสุขภาพประจำปีหรือไม่สังเกตอาการของตนเอง ด้านการเข้าใจข้อมูลพบว่า 15 คนไม่ค่อยอ่านฉลากยา และด้านการเข้าถึงข้อมูลพบว่า

ผู้สูงอายุ 12 คนรู้สึกว่ายากต่อการสอบถามข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพในด้านพฤติกรรมมารับประทานยา พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังมีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายจากการใช้ยา ได้แก่ การลืมรับประทานยาหลังจากดื่มน้ำอาหารก่อนตรวจหรือรักษา (18 คน) การลืมรับประทานยา หรือรับประทานยาไม่ครบตามแพทย์สั่ง (8 คน) และบางส่วนหยุดรับประทานยาเองเมื่อไม่มีอาการ (4 คน) ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมโรคและความเสี่ยงในการเกิดภาวะฉุกเฉินซ้ำ แม้จะมีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้อยู่ในภาวะเรื้อรัง ทำให้ยังขาดข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วนและเฉพาะเจาะจง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังในท้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Sorensen, Van den Broucke, Fullam, Doyle, Pelikan, & Slonska (2012) เป็นกรอบแนวคิดหลัก เพื่อให้ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นฐานในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและออกแบบกิจกรรมการดูแลที่ตอบโจทย์กลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Sorensen, Van den Broucke, Fullam, Doyle, Pelikan, & Slonska (2012) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึง (Access) เป็นความสามารถที่จะแสวงหาค้นหาและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยา 2) การเข้าใจ (Understand) เป็นความสามารถที่จะแสวงหาค้นหาและรับข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยา 3) การประเมิน (Appraise) เป็นความสามารถในการอธิบายการตีความ การกลั่นกรองและประเมินข้อมูลที่ได้รับจากการเข้าถึง และ 4) การประยุกต์ใช้ (Apply) เป็นความสามารถในการสื่อสารและใช้ข้อมูลในการตัดสินใจในการรักษาและปรับปรุงสุขภาพตนเอง เพื่อบำรุงหรือปรับปรุงคุณภาพในการใช้ชีวิต โดยกรอบแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา พฤติกรรมการรับประทานยาถือว่าเป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ได้แก่ การอ่านฉลากยา วิธีการรับประทานยาเพิ่มหรือลดขนาดยาเอง การหยุดยาเอง เป็นต้น หากมีความรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะทำให้มีการปรับเปลี่ยนด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีคือ สามารถควบคุมความดันโลหิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงเลือกตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการรับประทานยา ตามกรอบแนวคิดมาศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในกลุ่มผู้สูงอายุมาสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาความสัมพันธ์ (Correlational Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่มารับบริการห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างเดือนกันยายน – พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาค่า r จากงานวิจัยที่ผ่านมาเพื่อใช้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับงานวิจัย เรื่องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง (Wongruen & Numkham, 2020) ได้ค่าสหพันธ์ ($r = .31$) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ α เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบที่ .80 แทนค่าลงในโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power แบบหาความสัมพันธ์หนึ่งทาง ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 63 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 (Polit, & Beck, 2022) เท่ากับ 10 คน ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งสิ้นเท่ากับ 73 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยใช้ตารางเลขสุ่ม (Table of Random Digits) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม และมีค่าความดันโลหิตตั้งแต่ 180/110 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศมีสติปัญญาและการรับรู้ปกติ โดยผ่านการประเมินด้วยแบบทดสอบ Mini-Cog และมีคะแนนมากกว่า 3 คะแนนจากคะแนนเต็ม 5 คะแนน (Elderly Health Screening and Assessment Tool Development Committee, Ministry of Public Health, 2021) และสามารถอ่าน เขียน ฟัง และสื่อสารภาษาไทยได้ มีการมองเห็นและการได้ยินในระดับปกติเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) มีดังนี้ ผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติรุนแรงในระหว่างการสัมภาษณ์ เช่น ปวดศีรษะหรือเวียนศีรษะอย่างรุนแรง และผู้ป่วยที่ขอลอนตัวจากการวิจัยภายหลังจากการให้ความยินยอมแล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้ ประวัติการล้มรับประทานยา และผู้ดูแล
2. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดของโซเรนเซนและคณะ Sorensen, Van den Broucke, Fullam, Doyle, Pelikan, & Slonska (2012) และดัดแปลงจากเครื่องมือประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Division of Health Education, 2023) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านที่ 2 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ด้านที่ 3 ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และด้านที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพเกณฑ์การให้คะแนนความรู้ด้านสุขภาพใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาค (Interval Scale) หรือมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

กำหนดค่าน้ำหนักของการประเมินเป็น 5 ระดับตามเกณฑ์ของ (Division of Health Education, 2023) โดยแบ่งเกณฑ์ระดับความรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 4 ระดับ คือ

- คะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน หรือน้อยกว่าร้อยละ 60 อยู่ในระดับไม่ดี
- คะแนนช่วง 12 – 13.9 คะแนนหรือร้อยละ 60 – 70 อยู่ในระดับพอใช้
- คะแนนช่วง 14 – 15.9 คะแนนหรือร้อยละ 70 – <80 อยู่ในระดับดี
- คะแนนช่วง 16 – 20 คะแนนหรือร้อยละ ≥ 80 อยู่ในระดับดีมาก

3. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเร่งด่วน ดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมรับประทานยาและการตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในจังหวัดลำพูน (Chaiyata, 2017) เนื่องจากมีจำนวนข้อคำถามเหมาะสมกับบริบทของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คือ จำนวน 8 ข้อ คำถาม ระดับการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ

- ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ
- ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง
- ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางสาขาความเชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 1 คน แพทย์เฉพาะทางสาขาความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง 1 คน เกสซ์กร 1 คน และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1 คน การตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา แบบสอบถามแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเร่งด่วน และแบบสอบถามพฤติกรรมรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเร่งด่วน มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ เท่ากับ 1.00, .87 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเร่งด่วน ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วนที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) โดยแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเร่งด่วนมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 แบบสอบถามพฤติกรรมพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเร่งด่วนมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและประสานขอความร่วมมือกับทีมพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การคัดเข้าผู้ร่วมวิจัย แล้วแจ้งผู้วิจัยเพื่อลดยกเลิกในการเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อพบผู้ป่วยตรงกับลำดับในตารางเลขสุ่ม 3 หลักที่วางแผนไว้และยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง หากไม่ยินยอมก็จะเลื่อนไปลำดับถัดไปตามตารางเลขที่สุ่มไว้

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างหลังจากที่ระดับความดันลดลงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ขณะอยู่ในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินรอเตรียมจำหน่ายกลับบ้านเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย แนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงเอกสารการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น สิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลและไม่มีผลต่อกระบวนการรักษา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย จึงให้ลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยรวมทั้งแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบว่าสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อ

3. ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับแบบสอบถาม และสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม โดยใช้แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการรับประทานยา ใช้เวลา 15 – 20 นาทีเก็บข้อมูลในช่วงเดือน กันยายน - พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 จำนวน 73 คน

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ

5. ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ สรุปผลการวิจัย และอภิปรายผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง วิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยวิธีการของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) เนื่องจากผู้วิจัยทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ Kolmogorov-Smirnov Test ผลการทดสอบ พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality Test) ($p\text{-value} = .085$) ร่วมกับการตรวจสอบตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) โดยพิจารณาจากกราฟเปรียบเทียบความน่าจะเป็น (Normal Probability-Probability Plot of Standardized Residuals) พบว่า มีแนวโน้มเป็นเส้นตรง สรุปได้ว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติและใช้เกณฑ์ที่ใช้ในการบรรยายขนาดความสัมพันธ์ (Thato, 2021)

$r > .70$	หมายถึง	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
$r = .30 - .70$	หมายถึง	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
$r < .30$	หมายถึง	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
$r = 0$	หมายถึง	ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

จริยธรรมวิจัย

วิจัยเรื่องนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมมหาวิทยาลัยมหาสารคาม (เลขที่ 325-332/2566 ลงวันที่ 25 สิงหาคม 2566) และจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคาม (เลขที่ MSKH_REC66-01-028/2566 ลงวันที่ 10 กรกฎาคม 2566)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 50.68 เป็นผู้สูงอายุตอนต้น คือ มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 58.90 ระดับศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 87.67 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่อยู่ด้วยกันกับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 50.68 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอาชีพทำไร่ ทำนา ทำสวน เกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 46.57 ในด้านสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 91.78 ด้านรายได้ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 5,145.21 บาท/เดือน นอกจากนี้พฤติกรรมการเคี้ยวหรือไม่กินยาส่วนใหญ่ไม่ได้กินยาหลังอาหารเช้า เนื่องจากไม่ได้รับประทานอาหารเช้า คิดเป็นร้อยละ 50.68 และส่วนใหญ่มีผู้ดูแลเป็นหลาน คิดเป็นร้อยละ 73.97

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยา ($n = 73$)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยา	M	SD	M%	แปลผล
องค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	15.00	2.09	75	ดี
องค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	14.26	2.23	71.30	ดี
องค์ประกอบที่ 3 ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	13.18	3.47	65.89	พอใช้
องค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	12.53	2.28	62.67	พอใช้
รวม	54.97	0.95	68.71	พอใช้

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังด้วยโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($M = 54.97, SD = 0.95$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ในระดับดีที่สุด ($M = 15.00, SD = 2.09$) รองลงมา คือ ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ($M = 14.26, SD = 2.23$) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยาต่ำที่สุด ได้แก่ การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพการแสวงหาข้อมูลสุขภาพ ($M = 12.53, SD = 2.28$)

3. ผลการศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังด้วย

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยา ($n = 73$)

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยาโดยรวม	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.50)	0	0
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.51 – 2.50)	61	83.60
สูง (คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.00)	12	16.40
$M = 2.26, SD = 0.30, Min = 1.63, Max = 2.88$		

จากตาราง 2 กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการรับประทานยาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.26, SD = 0.30$)

4. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังด้วย

ตาราง 3 ตารางแสดงค่าความสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานยา ($n = 73$)

ตัวแปร	พฤติกรรมการรับประทานยา	
	r	p -value
องค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	.214	.035
องค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	.227	.027
องค์ประกอบที่ 3 ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	.241	.020
องค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	.345	.001
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยาโดยรวม	.324	.003

r = Pearson's product moment correlation coefficient, p -value < .05

จากตาราง 3 ผลการศึกษาความสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานยา พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังด้วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .324$) เมื่อพิจารณารายด้านใน 4 องค์ประกอบ พบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($r = .214, p$ -value < .05) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ($r = .227, p$ -value < .05) และการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ ($r = .241, p$ -value < .05) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังด้วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p -value < .05) และการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ($r = .345, p$ -value < .01) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังด้วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p -value < .05)

การอภิปรายผล

1. การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเร่งด่วน ผลวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงเร่งด่วน โดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 68.71 สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป (Roma & Kloyiam, 2019) พบว่าคนไทยร้อยละ 19 มีความรอบรู้ไม่เพียงพอพบมากในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ในด้านมิติสุขภาพที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ ด้านผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ถึงร้อยละ 87.67 ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดของความสามารถในการอ่านและเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ รวมถึงการแสวงหาความรู้และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าอัตราการอ่านหนังสือของคนไทยที่ลดลงตามวัย และพบผู้สูงอายุเพียงครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่ยังคงมีการอ่านหนังสืออย่างต่อเนื่อง กล่าวได้ว่าระดับความสามารถในการอ่าน การรับรู้ทางสายตา การได้ยินเสียง การประมวลผล การทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพที่ลดลงส่งผลทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (Kaeodumkoeng & Thummakul, 2015) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Thongma (2020) ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงน้อยมักเป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งจะส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตที่อยู่ในระดับต่ำด้วยเช่นกัน สรุปคือผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำจะมีพฤติกรรมมารับประทานยาที่อยู่ในระดับต่ำ และพฤติกรรมมารับประทานยาในระดับต่ำเป็นพฤติกรรมสุขภาพหนึ่งที่ส่งผลให้การควบคุมความดันโลหิตอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน โดยอภิปรายความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านได้ดังนี้

ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง แต่ยังขาดความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ การติดต่อเบอร์สายด่วนสุขภาพที่จะให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือปัญหาสุขภาพ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจากความเสื่อมตามกระบวนการสูงอายุมีปัญหา เช่น ด้านการมองเห็น ความจำ ขาดทักษะการใช้เทคโนโลยี เช่น โทรศัพท์มือถือ สื่อออนไลน์ เป็นต้น อีกทั้งพบว่าหากมีอาการผิดปกติหรืออาการข้างเคียง ผู้สูงอายุจะเพิ่มยา ลดยา หรือหยุดรับประทานยาลดความดันโลหิตโดยไม่ได้มีการหาข้อมูลที่น่าเชื่อถือเพื่อยืนยันความเชื่อของตน (Thongma, 2020) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ruanphet, Ngomsangad, Suttipun, Rungthanakiat, Bonkhunthod, & Phanram (2023) ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้สุขภาพด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับดี

ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับดี ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และเข้าใจข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ รวมถึงการบริการสุขภาพที่จะสามารถนำไปสู่การวิเคราะห์และตัดสินใจด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ง่ายและได้รับข้อมูลสุขภาพจากบุคลากรสุขภาพอยู่บ่อยครั้ง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Nuntakamol, Markmee, & Saengoen (2022) ได้ศึกษาปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลท่าชัย อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับดี และงานวิจัยของ Ruanphet, Ngomsangad, Suttipun, Rungthanakiat, Bonkhunthod, & Phanram (2023) ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้สุขภาพด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับดี

ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้เกี่ยวกับ

การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ โดยเมื่อมีการติดปฏิกิริยาสามารถซักถามแพทย์ พยาบาล เภสัชกร หรือ ผู้ให้บริการสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงก่อนเพิ่ม ลด หรือ หยุดยา แต่อยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้ หากกลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการประเมินข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง จะทำให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการตรวจสอบข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือและนำมาปรับใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แตกต่างกับงานวิจัยของ Ariyasit (2023) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าทักษะด้านการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 72.7 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ความสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ รวมถึงการบริการสุขภาพจะสามารถนำไปสู่ การวิเคราะห์และตัดสินใจด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม

การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพการแสวงหาข้อมูลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้สุขภาพ เกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพการแสวงหาข้อมูลสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถนำข้อมูลความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพได้ อยู่ในระดับต่ำ Boonsatien & Rianthipyasakul (2020) กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอยู่ใน ระดับต่ำ ถึงระดับพอใช้และอยู่ในขั้นพื้นฐานที่ช่วยให้เข้าใจข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ทำให้สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ หรือร่วมมือกับการรักษาของแพทย์ได้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีทักษะด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การสื่อสาร สุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีซึ่งเป็นผลมาจากความเสื่อมถอยของร่างกาย โดยเฉพาะปัญหาการมองเห็น การได้ยิน ความจำ การเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แตกต่าง กับงานวิจัยของ Ariyasit (2023) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้สุขภาพด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ใน ระดับดีมากร้อยละ 81.5

2. การศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเร่งด่วน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 83.60 สอดคล้องกับงานวิจัย ของ Boonsin, Poum & Makmai (2021) พบว่าพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอยู่ใน ระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเร่งด่วน โดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่ค่อยดีนัก นอกจากนี้ยังเกิดจากปัจจัยอื่น ได้แก่ พฤติกรรมที่เคยลิ้มรับประทานยา ร้อยละ 82.19 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพทำไร่ ทำนา ทำสวน เกษตรกร เวลาทำงานจะเริ่มตั้งแต่เช้าตรู่จึงส่งผลให้บางวันอาจจะลืมกินยา โดยจากงานวิจัยของ Lakkheaw & Chalikhrua (2015) ที่ศึกษาความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 74 อาศัยอยู่กับหลาน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมรับประทานยาได้

3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงเร่งด่วน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยาโดยรวมมีความสัมพันธ์ ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยา ($r = .324, p\text{-value} < .05$) สอดคล้องกับ งานวิจัยของ Kareesun, Malathum & Sutti (2019) ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ariyasit (2023) ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ ในทางบวกกับแปรผันตามความรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) จะเห็นได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของจากการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งทางตรงและทางอ้อม หากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงจะส่งผลต่อพฤติกรรมกินยาที่ดีขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60 – 69 ปี (ร้อยละ 58.90) ซึ่งแม้เป็นช่วงวัยที่เริ่มมีประสบการณ์ด้านสุขภาพ

มากขึ้น แต่ยังเผชิญกับปัญหาด้านความจำ การเข้าใจข้อมูล และมักต้องพึ่งพาผู้อื่น เช่น หลาน (ร้อยละ 73.97) ผู้ป่วยมีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 87.67 ซึ่งสัมพันธ์กับความสามารถในการอ่านฉลากยา และทำความเข้าใจคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพอย่างจำกัด และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรซึ่งมีรูปแบบการใช้ชีวิตที่ไม่เป็นระบบ ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา โดยเฉพาะการลืมหรือขาดความต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Tanukaew, Wattanakitkileart, Sriyuktasuth, & Chattranukulchai (2022) แสดงให้เห็นว่าอายุ การศึกษาและอาชีพมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ และงานวิจัยของ Thongma (2020) พบว่าความสามารถในการอ่านและวิเคราะห์ข้อมูลเป็นตัวแปรสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารการพยาบาล

1.1 จัดทำแนวปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วย และญาติ เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านทางสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง

1.2 ออกแบบระบบคัดกรองระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วนทุกคน ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้สามารถวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) อย่างเหมาะสมตามศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละราย

1.3 จัดทีมสหวิชาชีพเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนเพื่อดูแลแบบรายกรณี โดยเน้นพยาบาลเวชปฏิบัติและเภสัชกรชุมชนเป็นผู้ร่วมประเมินและติดตามผลการใช้อย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล

2.1 จัดทำการพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเร่งด่วน โดยนำประเด็นการเข้าใจข้อมูลสุขภาพในหัวข้อท่านรับประทานยาหรือใช้ยาให้ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง และการตรวจตามนัดเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงที่คะแนนในระดับดีมาก มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบแนวทางการจำหน่ายให้มีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ถูกต้อง และสัมพันธ์กับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

2.2 พยาบาลหรือบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องสามารถพัฒนาสื่อหรือนวัตกรรมในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับประทานยาที่เหมาะสมกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้

2.3 จัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านทางสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมรับประทานยาที่ดี เน้นการเสริมสร้างการประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับและการประยุกต์ใช้ข้อมูลให้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง โดยใช้เครือข่ายสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลได้มากขึ้น

3. ด้านการวิจัย

3.1 พัฒนางานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยา โดยเน้นในด้านการประเมินข้อมูลสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ

ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายเกี่ยวกับความรอบรู้และพฤติกรรมรับประทานยาและเพิ่มเติมในส่วนการมาตรวจตามนัด ทั้งในผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในชุมชนที่รับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเปิดมุมมองใหม่ ๆ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาต่อไป

2. ควรศึกษาพฤติกรรมอื่นเพิ่มเติมที่เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลถึงโรคความดันโลหิตสูง เช่น พฤติกรรมด้านอาหาร พฤติกรรมด้านออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ ดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้นำมาพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพต่อไป

References

- Ariyasit, J. (2023). The correlation between health literacy and health behavior in hypertension patients. *Region 3 Medical and Public Health Journal*, 20(3), 117–123. (in Thai)
- Boonsatien, W., & Rianthipyasakul, O. (2020). *Health literacy: Situation and its impact on the health status of the elderly*. *Journal of Nursing and Health*, 2(1), 1–19. (in Thai)
- Boonsin, C., Poum, A., & Makmai, P. (2021). Drug use behavior among elderly patients with hypertension in Phetchabun province. *Science and Technology Northern Journal*, 2(2), 16–28. (in Thai)
- Chaiyata, E. (2017). *The Association between Health Literacy, Medication Intake, and Doctor's Appointment Behavior among Patients with Chronic Diseases in Lamphun Province* [dissertation]. Bangkok: Thammasat University. (in Thai)
- Division of Health Education. (2023). *Health Literacy and Health Behavior Assessment form for Patients with Hypertension, 2023*. Ministry of Public Health. Retrieved June 30, 2023 from <https://hed.hss.moph.go.th/tool-hlhb/> (in Thai)
- Elderly Health Screening and Assessment Tool Development Committee, Ministry of Public Health. (2021). *Screening and Health Assessment Guidelines for the Elderly, 2021*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Health Data Center, Ministry of Public Health. (2022). *Hypertension Morbidity Rate per Population (Fiscal years 2020–2022)*. Retrieved April 10, 2023 from <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/6b9af46d0cc1830d3bd34589c108> (in Thai)
- Health Data Center, Ministry of Public Health. (2022). *Morbidity and Mortality Rate due to Hypertension (Fiscal years 2020–2022)*. Retrieved April 10, 2023 from <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/e46c73b57c9eeb2f07759a9e9bc50fb3> (in Thai)
- Health Data Center, Ministry of Public Health. (2022). *Percentage of Hypertensive Patients with Well-Controlled Blood Pressure (Fiscal years 2020–2022)*. Retrieved April 10, 2023 from <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/2e3813337b6b5377c2f68affe247d5f9> (in Thai)
- Jackson, R. E., & Bellamy, M. C. (2015). Antihypertensive drugs. *BJA Education*, 15(6), 280–285.
- Kaeodumkoeng, K., & Thummakul, D. (2015). Health literacy promotion in the aging population. *Journal of Health Science Research*, 9(2), 1–8. (in Thai)
- Kareesun, K., Malathum, P., & Sutti, N. (2019). Relationships among health literacy, knowledge about hypertension control, and health behavior in older persons with hypertension. *Rama Nursing Journal*, 25(3), 280–295. (in Thai)
- Lakkheaw, A., & Chalikhrua, T. (2015). Health literacy and factors related to medication among patients with hypertension at Ban Piang Luang Subdistrict health promoting hospital, Chiang Mai Province. *6th National and International Academic Conference and Research Presentation*, 6(1), 635–649. Retrieved June 30, 2022 from <http://journalgrad.sru.ac.th/index.php/5-01/article/view/328/287> (in Thai)
- Lapmag, A., & Kritmetapa, K. (2020). Pharmacotherapy of hypertension in patients with chronic kidney disease. *KKU Journal of Medicine*, 6(3), 11–20. (in Thai)

- Maharakham Hospital. (2022). *Statistics Report of Hypertension Patients, Accident and Emergency Room, Maharakham Hospital, 2020–2022*. Retrieved June 30, 2022 from <https://www.mkh.go.th/th/> (in Thai)
- Medical Research Network of the Consortium of Thai Medical Schools. (2018). *An Assessment on Quality of Care among Patients Diagnosed with Type 2 Diabetes and Hypertension Visiting Hospitals of Ministry of Public Health and Bangkok Metropolitan Administration in Thailand*. Retrieved June 30, 2022 from https://dmht.thaimedresnet.org/document/DMHT_slide_20180911_final2059.pdf (in Thai)
- Meesub, P. (2021). Prevalence and factors affecting uncontrolled blood pressure in elderly hypertensive patients in Chiang Khong Hospital, Chiang Rai Province. *NCDs Management*, 4(2), 61–69. (in Thai)
- Nuntakamol, J., Markmee, P., & Saengoen, S. (2022). Health literacy factors influencing on hypertension preventive behaviors among risk group with hypertension in Tha Chai subdistrict, Si Satchanalai district, Sukhothai province. *Science and Technology Northern Journal*, 3(3), 18-37. (in Thai)
- Panthonglang, W., Namphonkrang, P., & Duangsanjan, W. (2018). Factors influencing the health behavior of uncontrolled hypertension patients. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(4), 152–165. (in Thai)
- Pichayapinyo, P., Lagampan, S., Sujirarat, D., & Kaewpan, W. (2015). Factors Associated with Health Behavior in Diabetic Patients with Risk of Cardiovascular Disease. Retrieved June 30, 2022, from <http://164.115.27.97/digital/files/original/6f2aaae5d7c729f0881d71ca3a5427e1.pdf> (in Thai)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2022). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.
- Prachai boon, T., Banchonhattakit, P., Sirisuwan, P., Namuang, A., Padchasuwan, N. H., & Sukrueangkul, A. (2022). Association between health literacy and quality of life among elderly in the upper northeast of Thailand. *Health Science Journal Thai*, 4(2), 48–56. doi.org/10.55164/hsjt.v4i2.253599 (in Thai)
- Roma, W., & Kloyiam, S. (2019). *Thai Health Literacy Survey (THL-S) of Thai Aged 15 years and above, 2019*. Nonthaburi: Health Systems Research Institute, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Ruanphet, K., Ngomsangad, Y., Suttipun, N., Rungthanakiat, P., Bonkhunthod, P., & Phanram, M. (2023). Health Literacy and Health Behaviors of Persons in Mueang District Buriram Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 17(2), 479-492. (in Thai)
- Sadoyoo, S., Jirapreeya, N., Treesak, C., & Sangjam, P. (2014). Leftover medications in patients with chronic diseases from home health care visits: A community study in Bangkok. *Dialogue on Pharmacy and Health Care Practice*, 1(1), 1–7. (in Thai)
- Sinsap, N., Jankra, J., & Jaiman, B. (2017). Hypertension in elderly: A silent killer. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 28(1), 100–111. (in Thai)

- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), 1–13.
- Tanukaew, D., Wattanakitkileart, D., Sriyuktasuth, A., & Chattranukulchai, P. (2022). Factors predicting medication adherence in patients with essential hypertension. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 15(1), 127–143. (in Thai)
- Thato, R. (2021). *Nursing Research: Concepts to Application* (Revised Edition). Degree Vision Company Limited. (in Thai)
- Thongma, P. (2020). Health literacy and health outcomes in hypertensive patients. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 13(1), 50–62. (in Thai)
- Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Jr, Collins, K. J., Dennison Himmelfarb, C., et al. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension (Dallas, Tex. : 1979)*, 71(6), 1269–1324. doi.org/10.1161/HYP.0000000000000066
- Wongruan, W., & Numkham, L. (2020). The relationship between health literacy, medication-taking behavior, and adherence to appointments among patients with chronic diseases in Maetha District, Lampang Province. *Journal of Public Health Naresuan University*, 2(3), 41–53. (in Thai)
- World Health Organization. (2021). *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization Publications.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุสมผลต่อความรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุสมผลและพฤติกรรมการใช้อย่างสมเหตุสมผลของผู้สูงอายุในอำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง

The Effects of a Rational Drug Use Literacy Promotion Program on Rational Drug Use Literacy and Behavior among Older Adults in Sop Prap District, Lampang Province

พิกุล อุดธิยา¹, ยงยุทธ แก้วเต็ม^{1*}, สุชาติ เครือชัย¹, ณัฐฐภรณ์ ปัญจขันธ¹, เครือวัลย์ สารเถื่อนแก้ว¹
Pikul Audthiya¹, Yongyuth Kaewtem^{1*}, Suchart Kreuangchai¹, Nutthaporn Panchakhan¹,
Kruawan Santheunkaew¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

(Received: December 5, 2024; Revised: April 23, 2025; Accepted: April 24, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุสมผลต่อความรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุสมผล และพฤติกรรมการใช้อย่างสมเหตุสมผลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลสบปราบกับการพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการในโรงพยาบาลสบปราบ จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มใช้ขนาดของบล็อกสุ่มไปเรื่อย ๆ โดยใช้ขนาดของบล็อกคือ 6 ทำให้ได้ 10 บล็อก โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุสมผลเป็นการสร้างความรู้พื้นฐาน ฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูล การจัดการตนเอง และทบทวนความรู้เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล จำนวน 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุสมผลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และแบบประเมินพฤติกรรมการใช้อย่างสมเหตุสมผลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง รวบรวมข้อมูลระหว่าง 8 มกราคม - 2 เมษายน 2566 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired T Test และสถิติ Independent T Test ผลการวิจัยพบว่า

1. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมด้านการใช้อย่างสมเหตุสมผลหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < .05$)

2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการใช้อย่างสมเหตุสมผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < .05$)

ดังนั้นควรนำโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุสมผลในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่คล้ายคลึงกันเพื่อลดผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากยาได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุสมผล ความรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุสมผล พฤติกรรมการใช้อย่างสมเหตุสมผล ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: thun716@gmail.com)

Abstract

This randomized controlled clinical trial aimed to compare the effects of a new rational drug Use Literacy Promotion Program on the rational drug use literacy level and the behavior level of 60 older adults with chronic diseases, receiving services from the Sop Prap Regional Hospital in Lampang in 2023. Participants were randomly assigned into either experimental or control group (30 each), using the block randomization technique with a block size of six, resulting in 10 blocks. The control group received standard nursing care, while the experimental group participated in the 12-week Rational Drug Use Literacy Promotion Program. Program included foundational knowledge building, skill training in accessing drug-related information, self-management strategies, and literacy reinforcement in rational drug use. Data were collected using a Rational Drug Use Literacy Assessment and a Rational Drug Use Behavior Assessment for older adults with chronic conditions. The data collection period was from January 8 to April 2, 2023. Statistical analysis was conducted using both paired and independent t-tests. Results showed as follows.

1. After receiving the program, the experimental group showed a statistically significant increase in mean scores for both rational drug use literacy and behavior, compared to their pre-intervention scores ($p\text{-value} < .05$).

2. The post-intervention scores of the experimental group were also significantly higher than those of the control group in both literacy and behavior regarding rational drug use ($p\text{-value} < .05$).

Therefore, the Rational Drug Use Literacy Promotion Program shall be applied in similar contexts, so to help reduce adverse drug reactions and complications among older adults with chronic illnesses.

Keywords: Rational Drug Use Literacy Promotion Program, Rational Drug Use Literacy, Rational Drug Use Behavior, Older Adults with Chronic Diseases

บทนำ

การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุขทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกรายงานถึงการ用药ในประเทศกำลังพัฒนามากกว่าร้อยละ 50 มีการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ การใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็น การใช้ยาผิดเกินความจำเป็น การใช้ยาหลายขนานร่วมกัน การสั่งใช้ยาไม่เป็นไปตามแนวทางการรักษา และการใช้ยารักษาด้วยตนเองที่ไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลให้ประชาชนมีโอกาสได้รับอันตรายจากผลข้างเคียงของยาเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะตามมา (World Health Organization, 2019) สอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่มีการใช้ยาไม่สมเหตุผลทั้งในสถานพยาบาลและชุมชน ทำให้ผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลนานกว่าปกติเพราะเชื้อดื้อยาและยังทำให้มีอัตราการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 20,000 - 38,000 คน (Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, 2020) อันตรายจากการใช้ยาไม่สมเหตุผลจำเป็นที่จะต้องเฝ้าระวังอย่างมาก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุประชากรของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก สอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่พบว่า จำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยในปี พ.ศ. 2560, 2564, 2567 มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.7, 19.6, 20.0 ตามลำดับ (National Statistical Office, 2024) ในประชากรกลุ่มนี้มีการใช้ยามากที่สุด ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย จึงทำให้ผู้สูงอายุร้อยละ 70 - 80 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวานความดันโลหิตสูง หัวใจ ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ผลกระทบจากการใช้ยาหลายขนานอาจก่อให้เกิดปฏิกิริยาของยาต่อผู้ป่วย และการเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยาต่อยา ทำให้ฤทธิ์ของยาเพิ่มขึ้นหรือลดลง เกิดปัญหาในกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ส่งผลให้มีความไม่ปลอดภัยจากการใช้ยาและอาจทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตได้

ดังนั้นการให้ความสำคัญการใช้ยาอย่างสมเหตุผลลดการเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ และลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาในผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็น

ความรู้ด้านสุขภาพ คือทักษะทางปัญญาและสังคมที่ขึ้นาก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถจำแนกระดับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ความรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน 2) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และ 3) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ เพื่อพัฒนาความสามารถของบุคคลทุกระดับให้สูงขึ้น (Nutbeam, 2008) ความรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ (Sookpool, Kingmala, Pangasuk, & Yeanyoun, 2020) แต่จากการสำรวจกลับพบว่าผู้สูงอายุไทยมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำไปจนถึงระดับพอใช้ (Boonsathean & Rianthipphayasakul, 2020) นอกจากนั้นยังพบปัญหาในการฟังและอ่าน มีการสูญเสียความจำและความสามารถในการคิด อ่านฉลากยาไม่ได้หรืออ่านแล้วไม่เข้าใจ ไม่กล้าถามบุคลากรทางการแพทย์เมื่อมีข้อสงสัย ทำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล การสร้างความรู้ด้านสุขภาพจึงต้องพัฒนาทักษะสำคัญให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายและบริบทสังคม โดยกำหนดทักษะที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาเพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ทักษะทางปัญญา 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 5) การจัดการตนเอง และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Kaewdumkerng, 2021) เพื่อให้นำไปปฏิบัติจนเกิดผลลัพธ์และคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .251, p\text{-value} < .001$) (Panurat, Bhoosahas, & Thutsaringkarnsakul, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าความรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r = .77, p\text{-value} < .01$) (Thummakul & Pumtha-i, 2021) ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่สมเหตุผลจึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีทักษะความเข้าใจข้อมูลยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ การเข้าถึงแหล่งข้อมูลผ่านช่องทางต่าง ๆ การประเมินและตัดสินใจเพื่อนำไปใช้ การเลือกรับบริการและการเลือกใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้องเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมและปลอดภัยจากการใช้ยา การนำความรู้ด้านสุขภาพมาพัฒนาเป็นโปรแกรมเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชน พบว่า ในต่างประเทศได้ศึกษาถึงโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและความรู้สุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยให้ความรู้ ผูกทักษะการใช้กลุ่มร่วมกันค้นหาปัญหา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน จำนวน 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ในด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและมีความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) (Guner, 2021) และโปรแกรมการให้ความรู้โดยพยาบาลเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและความรู้สุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการให้ความรู้และฝึกทักษะ จำนวน 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ในด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและมีความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Cakmak & Pakyuz, 2021) สำหรับการศึกษาในประเทศไทย มีการศึกษาน้อยมากในการนำความรู้ด้านสุขภาพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลสบปราบ อ.สบปราบ จ.ลำปาง ช่วงปีงบประมาณ 2560 - 2564 พบปัญหาความไม่ปลอดภัยด้านยาของผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยเกิดแพ้ยาซ้ำ/แพ้ยากลุ่มเดียวกันในระบบของโรงพยาบาล 9 ราย จากนอกระบบของโรงพยาบาล 17 ราย ส่วนใหญ่ได้รับยาจากคลินิก/สถานพยาบาลเอกชน ร้านยา ร้านชำ รวมทั้งพบปัญหาผู้ป่วยใช้ยาไม่ถูกต้อง มีอัตราการขาดนัดหรือขาดยา ประกอบกับอำเภอสบปราบมีโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 32.83 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยเนื่องจากผู้สูงอายุ มักจะมีโรคร่วมหลายโรค เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาร่วมกันหลายชนิดและใช้ยาดูติดต่อกันเป็นเวลานาน จากสถานการณ์

ดังกล่าวควรให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหาด้านการใช้อย่างสมเหตุผลในผู้สูงอายุ โดยนำความรอบรู้สุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสุขภาพมาประยุกต์ใช้ ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ผลโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลต่อความรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล และพฤติกรรมการใช้อย่างสมเหตุผลของผู้สูงอายุเพื่อเพิ่มความรู้ด้านการใช้ยา ส่งเสริมพฤติกรรมการใช้อย่างสมเหตุผล เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

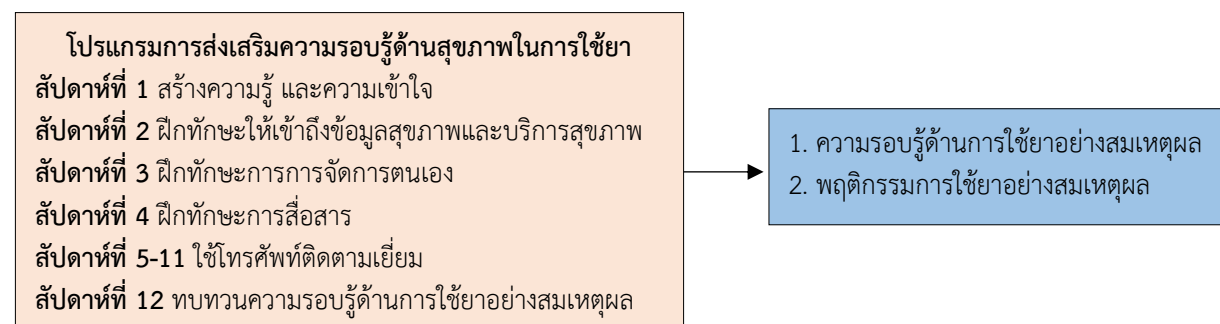
1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้อย่างสมเหตุผลในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้อย่างสมเหตุผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

สมมติฐานวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้อย่างสมเหตุผลภายในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้อย่างสมเหตุผลของกลุ่มทดลองสูงหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2008) โดยนำ 6 องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การฝึกทักษะให้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) การสร้างความรู้ และความเข้าใจ 3) การฝึกทักษะการสื่อสาร 4) การฝึกทักษะการจัดการตนเอง 5) การฝึกทักษะการตัดสินใจ และ 6) การฝึกทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Kaewdumkerng, 2021) ร่วมกับหลักการในการใช้อย่างสมเหตุผลมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรม โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ ทันสมัย มีทักษะทางปัญญา ในการพิจารณาเนื้อหาที่ได้รับและรู้เท่าทันสื่อ มีทักษะในการติดต่อสื่อสาร มีทักษะการจัดการตนเอง มีทักษะในการตัดสินใจด้านสุขภาพที่ดีส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลและมีพฤติกรรมการใช้อย่างสมเหตุผลที่ดีขึ้น (ภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 79 ปี ที่มาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล สบปราบ อ.สบปราบ จ.ลำปาง โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) การได้ยินปกติ สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 2) มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี โดยประเมินจากแบบวัด Barthel Activities of Daily Living: ADL ซึ่งจะต้องได้ระดับคะแนนอย่างน้อย 12 คะแนนใน 20 คะแนน (Mahoney & Barthel, 1965) 3) รู้สึกดีและมีอาการรับรู้ปกติ โดยผ่านการประเมินการรับรู้ของผู้สูงอายุด้วยแบบประเมิน The Mental Status Questionnaire (MSQ) ซึ่งต้องได้คะแนนอย่างน้อย 8 คะแนนใน 10 คะแนน (Kahn, Goldfarb, Pollack, & Peck., 1960) และ 4) ยินยอมและเต็มใจเข้าร่วมในการวิจัยเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือ มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ เช่น โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดและสมอง หรือได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม เกณฑ์ถอนออก (Withdrawal or Termination Criteria) คือ มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเกิดขึ้นในระหว่างเข้าร่วมการทดลอง และ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 79 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสบปราบ จำนวน 60 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าขนาดอิทธิพล = 0.97 จากการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 (Duangsanjun, Suttharattanakun, & Kiriram, 2022) จากการเปิดตารางประมาณค่าขนาดตัวอย่าง โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ 0.80 เพราะได้จากการคำนวณ โดยใช้ค่า type II error (β) โดยค่า Power = $1 - \beta$ นิยมกำหนดค่า β ร้อยละ 20 จึงได้ค่า Power ร้อยละ 80 และกำหนดความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .05 (Burns & Grove, 2009) ทำให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คน เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุที่อาจไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ต่อเนื่อง ดังนั้นเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างเข้ามาร้อยละ 35 คิดเป็น 8 คน รวมเป็น 30 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน ทำให้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน การสุ่มใช้ขนาดของบล็อกอาจสุ่มเปลี่ยนไปเรื่อย ๆ (Random Permuted Blocks) ใช้ขนาดของบล็อกคือ 6 ทำให้ได้ 10 บล็อก โดยกำหนดดังนี้ (E = กลุ่มทดลอง C = กลุ่มควบคุม) ECECEC, CCEECE, EECCEC, EEECCC, EECCCE, CCCEEE, ECCEEC, CEECEE, EEECCC หรือ CECECE เพื่อทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยผู้ช่วยวิจัยที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำกิจกรรมของโปรแกรม การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองโดยนำบล็อกที่แบ่งไว้ทั้งหมด 10 บล็อกพิมพ์รหัสที่แบ่งไว้ตามบล็อก นำใส่ซองเอกสารสีน้ำตาลไว้ทั้งหมด 10 ซอง ให้ผู้ช่วยวิจัยทำการหยิบสุ่ม 1 ซอง จาก 10 ซอง ไปเรื่อย ๆ เพื่อคัดกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมจนได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน รวมทั้งหมด 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ผู้บริหารจัดการยา จำนวนยาที่ได้รับ และโรคประจำตัว

1.2 แบบสอบถามความรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของกองสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน 2) ด้านความรู้สุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ และ 3) ด้านความรู้ขั้นวิจารณ์ญาณ ลักษณะคำถามเป็นปรนัยและมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งด้านความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน จำนวน 5 ข้อ คะแนนมีค่าระหว่าง 5 - 20 คะแนน ด้านความรู้สุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์มีจำนวน 5 ข้อ คะแนนมีค่าระหว่าง 5 - 25 คะแนน และด้านความรู้ขั้นวิจารณ์ญาณจำนวน 4 ข้อ คะแนนมีค่าระหว่าง 4 - 16 คะแนน

1.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยผู้วิจัยสร้างเครื่องมือจากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นปรนัย และมาตราประมาณค่า 4 ระดับ แบ่งเป็นปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย ข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 11 ข้อ คะแนนรวมทั้งฉบับมีค่าระหว่าง 11 - 44 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลซึ่งพัฒนาจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุ ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านครอบครัว เกษตรกร และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ได้ทำการปรับแก้ไขเนื้อหาในเรื่องการใช้ยาให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ส่วนแบบสอบถามความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้สูงอายุผู้วิจัยผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงข้อคำถามในบางข้อที่อ่านแล้วอาจทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจยากและเกิดความสับสน จึงทำการแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ นำผลการพิจารณาคำแนะนำค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) แบบสอบถามความรู้ และพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .94 และ .97 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามการตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนำความเที่ยงโดยนำไปใช้ในผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลสบปราบ จำนวน 30 ราย และไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย เพื่อหาความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่า .87 และ .89 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และแบบสอบถาม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-test)

ขั้นทดลอง

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ให้ความรู้และฝึกทักษะที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยใช้ระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ เป็นผลเนื่องมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าในระยะเวลา 12 สัปดาห์สามารถทำให้พฤติกรรมความรู้ในด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Taherian & Motamedi, 2022; Marshall, Butler, Lambert, Timon, Joyce, & Warters, 2025) นอกจากนี้การสร้างความรู้ความเข้าใจฝึกทักษะต่าง ๆ โดยใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ครั้งนี้เนื่องจากต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างค่อยเป็นค่อยไปในการฝึกฝน สร้างความมั่นใจให้ผู้สูงอายุสามารถพัฒนาความรู้ด้านการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการจัดกิจกรรมทั้งหมดจำนวน 5 ครั้งในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, 4, 5-11 และ 12 ใช้เวลาสัปดาห์ละประมาณ 3 - 5 ชั่วโมง ในสัปดาห์ที่ไม่มีกิจกรรมจะใช้โทรศัพท์ในการติดตามเยี่ยม ในสัปดาห์ที่ 12 ประเมินผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการใช้ยาโดยใช้แบบสอบถามความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ดังมีรายละเอียดของโปรแกรม ดังนี้

ตาราง 1 รายละเอียดของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุ (12 สัปดาห์)

ครั้งที่/สัปดาห์ที่	กิจกรรม
กลุ่มทดลอง ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) การสร้างความรู้และความเข้าใจ (Cognitive Skill) ผ่านกิจกรรมที่ชื่อว่า “ฮอบบี้ดีไว้เข้าถึงง่าย”	ผู้วิจัยดำเนินการด้วยตนเอง แบ่งเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 5 คน กิจกรรมใช้เวลา จำนวน 2 ชั่วโมง มีการพักเบรกให้ผู้สูงอายุ จำนวน 2 ครั้ง ๆ ละ 15 นาที ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรอบรู้ด้านการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลก่อนการทดลอง ให้ความรู้ผู้สูงอายุเกี่ยวกับยาที่ใช้อยู่ประจำให้เป็นไปตามหลักการใช้อย่างสมเหตุผล จัดกิจกรรมกลุ่มโดยกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประสบการณ์ซึ่งกันและกันในเรื่องของความรู้เดิม ความเชื่อหรือทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาในอดีต รวมไปถึงผลลัพธ์การใช้ยาที่ผ่านมาเป็นอย่างไร หลังจากนั้นทำการสรุปความรู้และยกตัวอย่างการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องในสถานการณ์ต่าง ๆ แล้วทำให้เกิดผลเสียอย่างไรต่อร่างกาย หลังจากนั้นได้แจกคู่มือความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลเพื่อให้ผู้สูงอายุได้เวลาทบทวนทำให้มีการจดจำและปฏิบัติได้ถูกต้อง
ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ฝึกทักษะให้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access Skill) ผ่านกิจกรรมที่ชื่อว่า “ฮู้เท่าฮู้ทัน หลอกกันไม่ได้”	ในกิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้และสอนทักษะการเข้าถึงช่องทางต่าง ๆ จากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือและนำมาปฏิบัติได้ รวมไปถึงวิธีการตรวจสอบแหล่งข้อมูลว่ามีความน่าเชื่อถือของข้อมูล ร่วมการฝึกทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ด้วยกิจกรรม “ฮู้เท่าฮู้ทัน หลอกกันไม่ได้” โดยมีกิจกรรมการอ่านฉลากยา ฉลากอาหาร หลังจากนั้นให้ในกลุ่มเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการได้รับข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ เกี่ยวกับการใช้ยาและอาหารเสริมต่าง ๆ และเมื่อได้รับแล้วเชื่อและปฏิบัติตามหรือไม่อย่างไร ส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มเล่าประสบการณ์การปฏิบัติตามข่าวสารที่ได้รับและผลเป็นอย่างไร หลังจากนั้นผู้วิจัยได้อธิบายไปถึงข้อมูลเกี่ยวกับยาและการใช้ยาอาหารเสริมจากข้อมูลต่าง ๆ ที่สมาชิกในกลุ่มได้รับ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารเสริมประเภทไหนรับประทานได้และประเภทไหนที่ควรหลีกเลี่ยง หลังจากนั้นผู้วิจัยได้สรุปถึงข้อมูลที่นำเชื่อถือได้ควรเป็นอย่างไร นอกจากนั้นแนะนำวิธีการใช้แอปพลิเคชันที่มีประโยชน์ต่อการใช้อย่างสมเหตุผล
ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) ฝึกทักษะการจัดการตนเอง (Self-management Skill) โดยผ่านกิจกรรม “ใช้ยาฮือ ถูก บ่ยุ่งยากใจ อยู่กับโรคได้ปลอดภัยจากยา”	กิจกรรมประกอบด้วย การใช้กลุ่มย่อยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ติดตามความตั้งใจในการกำหนดเป้าหมาย และวางแผนร่วมกันเพื่อให้ไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาที่สมเหตุสมผลหรือปัญหาและอุปสรรคในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของแต่ละคน ร่วมกับการฝึกทักษะการตัดสินใจ (Decision-making Skill) โดยนำปัญหาและอุปสรรคที่แต่ละคนพบเจอ นำมาตั้งเป็นปัญหาและร่วมกันหาแนวทางการแก้ไข หลังจากนั้นให้แต่ละคนนำปัญหาของตนเองที่พบเจอในอดีตที่ผ่านมาและทำการวิเคราะห์ถึงการตัดสินใจในอดีตว่ามีความถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ และหากเกิดเหตุการณ์แบบในอดีตท่านจะทำการตัดสินใจอย่างไร ผู้วิจัยคอยสนับสนุนและให้ข้อเสนอแนะถึงทางเลือกนั้นว่าแต่ละทางนั้นมีความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพอย่างไร ข้อเสนอแนะทางเลือกที่เหมาะสมกับสุขภาพและให้มีหลากหลายทางเลือกเพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการตัดสินใจเลือกด้วยตัวเอง
ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) ฝึกทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) ผ่านกิจกรรม “สงสัยไต่ถาม บ่ต้องอายไค้ ถามไปไค้ฮู้”	ซักถามถึงข้อสงสัยเกี่ยวกับยาที่ผู้สูงอายุใช้เป็นประจำและเกิดปัญหาในการใช้ยา และร่างรายการคำถามที่ผู้สูงอายุต้องการถามบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการใช้ยา หลังจากนั้นนำมาฝึกทักษะการตั้งคำถามและให้ฝึกถามแบบบทบาทสมมติ (Role play) กับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและยังเป็นการสร้างความมั่นใจในการซักถามกับแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษาให้แก่ผู้สูงอายุเมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการใช้อย่างสมเหตุผล และสำหรับสัปดาห์ที่ 5 - 11 ใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมสัปดาห์ละ 1 ครั้งเพื่อติดตามปัญหา และให้คำปรึกษา

ครั้งที่/สัปดาห์ที่	กิจกรรม
ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 12)	ให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมกลุ่มย่อยและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หลังจากนั้นให้ผู้เข้าร่วมโครงการ
ทบทวนทักษะความรู้และ	ตอบแบบสอบถามความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และพฤติกรรมการใช้ยาอย่าง
พฤติกรรมการใช้ยา	สมเหตุผลในผู้สูงอายุหลังการทดลอง
กลุ่มควบคุม	ได้รับการดูแลตามปกติจากโรงพยาบาลและคณะผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วน
ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)	บุคคล แบบสอบถามความรู้ด้านการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2-11)	ได้รับการดูแลและคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาตามมาตรฐานปกติ เมื่อมารับบริการ
ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 12)	นักกลุ่มควบคุมมาตอบแบบสอบถามความรู้ด้านการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยา
	อย่างสมเหตุผลในผู้สูงอายุหลังการทดลอง เพื่อนำข้อมูลไปเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง

ชั้นหลังการทดลอง

ประเมินผลในสัปดาห์ที่ 12 โดยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่ม 2 กลุ่มทำแบบสอบถาม (Post-test) ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล รวบรวมข้อมูลระหว่าง 8 มกราคม - 2 เมษายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อใช้อธิบายคุณลักษณะทางประชากรและเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Dependent T Test โดยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของความแตกต่างระหว่างคะแนนก่อนและหลังทดสอบของกลุ่มทดลอง (Normality) ด้วย Shapiro-wilk Test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ($p\text{-value} > .05$)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test โดยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของความแตกต่างระหว่างคะแนนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Kolmogorov-smirnov พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติและทดสอบข้อตกลงสำหรับสถิติ Independent T Test ด้วยการทดสอบ Levene's Test พบว่าข้อมูลมีความแปรปรวนทั้งสองกลุ่มเท่ากัน ($p\text{-value} > .05$)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เลขที่ E2565-103 ลงวันที่ 17 พฤศจิกายน 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป ($n = 30$)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง($n = 30$)		กลุ่มควบคุม ($n = 30$)		$p\text{-value}$
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ					.798 ^a
หญิง	14	46.67	15	50.00	
ชาย	16	53.33	15	50.00	

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
อายุ					.409 ^a
60 - 69 ปี	19	63.33	22	73.30	
70 - 80 ปี	11	36.67	8	26.70	
ระดับการศึกษา					.727 ^b
ประถมศึกษา	23	76.70	24	80.00	
มัธยมศึกษา	4	13.30	4	13.33	
ปริญญาตรี	3	10.00	2	6.67	
อาชีพ					.560 ^b
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12	40.00	16	53.33	
ค้าขาย	5	16.67	1	3.34	
เกษตรกรรม	7	23.33	7	23.33	
ข้าราชการบำนาญ	3	10.00	4	13.33	
รับจ้าง	3	10.00	2	6.67	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					.308 ^b
< 1,000 บาท	15	50.00	18	60.00	
1,000 - 5,000 บาท	8	26.67	9	30.00	
> 5,000 - 10,000 บาท	2	6.67	1	3.33	
> 10,000 บาท	3	10.00	2	6.67	
สถานภาพสมรส					.846 ^b
สมรส	22	73.34	23	76.66	
โสด	3	10.00	2	6.67	
หม้าย	4	13.33	3	10.00	
หย่า/แยก	1	3.33	2	6.67	
ผู้บริหารจัดการยา					.700 ^b
ทำด้วยตนเอง	27	90.00	25	83.33	
คู่สมรส	1	3.33	3	10.00	
บุตรหลาน	2	6.67	2	6.67	
จำนวนยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล					.429 ^b
1 ชนิด	3	10.00	4	13.33	
2 ชนิด	7	23.33	5	16.67	
3 ชนิด	13	43.34	12	40.00	
> 3 ชนิด	7	23.33	9	30.00	

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
โรคประจำตัว					.634 ^b
1 โรค	7	23.33	8	26.67	
2 โรค	14	46.67	12	40.00	
3 โรค	1	23.33	9	30.00	
> 3 โรค	2	6.67	1	3.33	

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 53.33) อายุระหว่าง 60 - 69 ปี (ร้อยละ 63.33) ($M = 69.5$, $SD = 0.49$) ระดับการศึกษา ประถมศึกษา (ร้อยละ 76.70) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 40.00) รายได้ต่อเดือนโดยเฉลี่ย มากกว่า 1,000 บาท (ร้อยละ 50.00) สถานภาพสมรสสมรส (ร้อยละ 73.34) ผู้บริหารจัดการยา ทำด้วยตนเอง (ร้อยละ 90.00) จำนวนยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล 3 ชนิด ได้แก่ ยาลดความดันโลหิตสูง ยาโรคเบาหวาน และยาลดไขมันในเส้นเลือด รองลงมาคือมากกว่า 3 ชนิด ได้แก่ ยาลดความดันโลหิตสูง ยาโรคเบาหวาน ยาลดไขมันในเลือดสูง และยาต้านการแข็งตัวของเลือด และ 1 ชนิด ได้แก่ ยาโรคลดความดันโลหิตสูง หรือยาโรคเบาหวาน ตามลำดับ (ร้อยละ 43.34) โรคประจำตัวมากที่สุดคือ 2 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ตามลำดับ (ร้อยละ 46.67)

สำหรับกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงและเพศชาย (ร้อยละ 50) อายุระหว่าง 60 - 69 ปี (ร้อยละ 73.30) ($M = 68.5$, $SD = 0.45$) ระดับการศึกษา ประถมศึกษา (ร้อยละ 80.00) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 53.33) รายได้ต่อเดือนโดยเฉลี่ย น้อยกว่า 1,000 บาท (ร้อยละ 60.00) สถานภาพสมรสสมรส (ร้อยละ 76.66) ผู้บริหารจัดการยา ทำด้วยตนเอง (ร้อยละ 83.33) จำนวนยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล 3 ชนิด (ร้อยละ 40.00) โรคประจำตัว 2 โรค (ร้อยละ 40.00) ทั้งนี้เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปพบว่า ข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคุณสมบัติพื้นฐานที่ใกล้เคียงกัน

2.เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม
ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างความรู้และพฤติกรรมโดยรวมทุกระดับภายในกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 30)

ตัวแปร	M	SD	p-value (1-tailed)
กลุ่มทดลอง (n = 30)			
ความรู้ก่อนทดลอง	26.81	2.90	<.001
ความรู้หลังทดลอง	47.47	4.82	
พฤติกรรมก่อนทดลอง	22.30	3.04	<.001
พฤติกรรมหลังทดลอง	42.70	1.37	
กลุ่มควบคุม (n=30)			
ความรู้ก่อนทดลอง	26.90	4.44	.093
ความรู้หลังทดลอง	25.03	4.19	
พฤติกรรมก่อนทดลอง	22.10	2.64	.181
พฤติกรรมหลังทดลอง	21.73	1.84	

จากตาราง 3 เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง ความรอบรู้ด้านการใช้ยา ค่าเฉลี่ยก่อนเข้าร่วม ($M = 26.81$, $SD = 2.90$) ค่าเฉลี่ยหลังเข้าร่วม ($M = 47.47$, $SD = 4.82$) และพฤติกรรมการใช้ยา ค่าเฉลี่ยก่อนเข้าร่วม ($M = 22.30$, $SD = 3.04$) ค่าเฉลี่ยหลังเข้าร่วม ($M = 42.70$, $SD = 1.37$) แสดงว่าค่าคะแนนเฉลี่ยทั้งด้านความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลภายในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง (วัตถุประสงค์ที่ 2) ความรอบรู้ด้านการใช้ยา ค่าเฉลี่ยหลังเข้าร่วมของกลุ่มทดลอง ($M = 47.47$, $SD = 4.82$) ค่าเฉลี่ยหลังเข้าร่วมของกลุ่มควบคุม ($M = 25.03$, $SD = 4.19$) และพฤติกรรมการใช้ยา ค่าเฉลี่ยหลังเข้าร่วมของกลุ่มทดลอง ($M = 42.70$, $SD = 1.37$) ค่าเฉลี่ยหลังเข้าร่วมของกลุ่มควบคุม ($M = 21.73$, $SD = 1.84$) สรุปได้ว่าค่าคะแนนเฉลี่ยทั้งด้านความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม

การอภิปรายผล

1. เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาภายในกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมได้ อาจเป็นผลจากการใช้กิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การได้รับความรู้ผ่านวีดิทัศน์เกี่ยวกับเรื่องการใช้ยาซึ่งเป็นวิธีการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยเป็นสื่อที่ผู้สูงอายุให้ความสนใจ และการใช้ภาษาในสื่อวีดิทัศน์มีการใช้คำที่สื่อสารเข้าใจง่ายและตรงกับสิ่งที่ผู้สูงอายุอยากรู้ (Sap-in & Khaoroptham, 2017) ประกอบกับการมอบคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถทบทวนความรู้ได้อย่างต่อเนื่องที่บ้านในกรณีที่จดจำข้อมูลไม่ได้หรือเกิดความสงสัย สามารถกลับมาอ่านซ้ำได้ นอกจากนี้การที่พฤติกรรมการใช้ยาหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง เนื่องมาจากการฝึกทักษะการสื่อสารโดยใช้แบบบทบาทสมมติโดยจัดกิจกรรมกลุ่ม ๆ ละ 5 คน ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนที่เหมาะสมและไม่มากเกินไปสำหรับการจัดกิจกรรมกับผู้สูงอายุ (Department of Health Service Support, 2021) เป็นกิจกรรมสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาทักษะการซักถามกับบุคลากรทางการแพทย์มีข้อสงสัยเกี่ยวกับยาที่ตนเองใช้ ได้แก่ ยาวิตามิน อาหารเสริม เพื่อคลายกังวลในสิ่งที่สงสัยเกี่ยวกับการใช้ยาของตนเอง หลังจากการได้ฝึกทักษะแล้วยังส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจและกล้าซักถามข้อมูลมากขึ้น เพราะก่อนการทดลองผู้สูงอายุไม่กล้าถามในสิ่งที่ตนเองสงสัย อาจเพราะความเกรงใจและกลัวว่าจะไปรบกวนเวลาทำงานของแพทย์และพยาบาล จึงต้องปฏิบัติตามที่แพทย์และพยาบาลบอก แต่เมื่อได้รับความรู้และฝึกทักษะการสื่อสาร มีผู้สูงอายุหลายรายนำสิ่งที่ไม่เข้าใจเกี่ยวกับยาบางตัวไปปรึกษาแพทย์และพยาบาลเมื่อมีการนัดตรวจ และได้รับคำปรึกษาที่ดีและรับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยซักถามแม้ว่าบางครั้งจำไม่ได้ แพทย์และพยาบาลจะรับฟังอย่างใจเย็นและอธิบายด้วยความเข้าใจทำให้จดจำได้ช่วยให้ผู้สูงอายุมั่นใจมากขึ้น ตลอดจนรู้เท่าทันสื่อและสามารถเลือกรับข้อมูลจากแหล่งที่เชื่อถือได้ นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อให้กำลังใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้และพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีขึ้นและการที่ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทำให้มีความรอบคอบเกี่ยวกับการซื้อยาชุด ยาสมุนไพรจากคำแนะนำของเพื่อนบ้านหรือผู้ป่วยด้วยโรคเดียวกัน หรือการโฆษณาชวนเชื่อจากสื่อต่าง ๆ ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ สื่อออนไลน์บนโทรศัพท์มือถือ แต่หากไม่แน่ใจจะถามข้อมูลก่อนซื้อจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อป้องกันผลร้ายที่อาจจะเกิดกับภาวะสุขภาพของตนเอง หากสมาชิกในกลุ่มเกิดปัญหาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล สมาชิกในกลุ่มต่างช่วยกันคิดสร้างเป้าหมายร่วมกัน ให้กำลังใจกันในกลุ่ม และเมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา เช่น รับประทานแล้วเกิดอาการที่ไม่สบาย แต่ไม่แน่ใจว่าเกิดจากยาหรือไม่ สมาชิกในกลุ่มเสนอแนวทางโดยให้สื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการเลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่พบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) (Srisahnok, 2023) นอกจากนี้ในโปรแกรมยังมีการให้คำปรึกษาเมื่อกลุ่มทดลองพบกับปัญหาในเรื่องการใช้ยา มีการให้กำลังใจ ให้คำชื่นชมเมื่อมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง

2. เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมีประสิทธิภาพสูงกว่าการดูแลตามปกติ เนื่องจากการได้รับความรู้ได้ฝึกทักษะและมีการติดตามผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาอย่างถูกต้อง และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Mei, Xu, Cai, Wan, Zhao, Lv, et al. (2024) ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05 และการศึกษาของ Bayindir, Sarikaya, Dulger, & Seker (2022) ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการใช้ยาอย่างสมเหตุผลดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) นอกจากนั้นการแจกคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้แก่กลุ่มทดลองในวันแรกทำให้ผู้สูงอายุได้นำกลับไปทบทวนและลองปฏิบัติตามกรณีเกิดความสงสัยหรือจดจำไม่ได้สามารถนำกลับมาอ่านซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการการศึกษาลงของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพและลักษณะทางประชากรและสังคมของบุคคลต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการใช้ยาอย่างสมเหตุผลดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) (Bayindir, Sarikaya, Dulger & Seker, 2022) ดังนั้นโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสามารถเพิ่มระดับความรู้ด้านการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มทดลองดีขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) และการที่กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมเป็นผลมาจากการจัดกิจกรรมกลุ่มในโปรแกรมที่มีความหลากหลายร่วมกับการมีบรรยากาศที่เป็นกันเอง โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรื่องเล่าของกันและกัน ซึ่งส่วนใหญ่จะพบปัญหาและอุปสรรคการใช้ยาที่คล้ายคลึงกันในหลายประเด็น ได้แก่ การลืมรับประทานยา การรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการรับประทานยาที่ต่อเนื่องและมีหลายชนิด การซื้อยาสมุนไพรหรืออาหารเสริมมารับประทาน และได้รับคำแนะนำจากผู้ขายให้หยุดการใช้ยาแผนปัจจุบันเพื่อให้เห็นประสิทธิภาพของยาหรืออาหารเสริมนั้น ๆ การปรับเปลี่ยนยาเอง การหยุดยาและไม่กลับไปตรวจตามนัด เพราะคิดว่าตนเองหายแล้ว การซื้อยาชุดแก้ปวดจากร้านขายของชำ เป็นต้น หลังจากการฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการสร้างความรู้ด้านการใช้ยา ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการสื่อสารโดยเฉพาะกับบุคลากรทางการแพทย์ ทักษะการตัดสินใจ เมื่อนำปัญหาและอุปสรรคมาใช้ในการอภิปรายกันในกลุ่มสมาชิกส่วนมากต่างแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมที่กระทำผ่านมานั้นไม่ถูกต้อง และเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหามาเพื่อให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง ซึ่งการฝึกทักษะการรู้เท่าทันสื่อและการเลือกรับข้อมูลจากแหล่งที่เชื่อถือได้เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองสามารถประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลเกี่ยวกับยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ดีขึ้นและสามารถตรวจสอบความไม่น่าเชื่อถือของยาและสอบถามข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ก่อนตัดสินใจซื้อเสมอ

จากการศึกษา สรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาโปรแกรมที่มีความเหมาะสมกับบริบทและความต้องการของผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงทั้งการให้ความรู้ การพัฒนาทักษะที่จำเป็น การใช้กระบวนการกลุ่ม และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและการตัดสินใจให้ผู้สูงอายุมีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและปลอดภัยยิ่งขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง รวมถึงการวางแผนพัฒนาและส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่

2. บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำแนวทางจากโปรแกรมไปปรับใช้ในการให้คำแนะนำและติดตามการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พร้อมทั้งใช้รูปแบบการประเมินความรอบรู้และพฤติกรรมการใช้ยาในการติดตามผลการดูแลระยะยาวเพื่อลดปัญหาการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

3. หน่วยงานด้านสาธารณสุขสามารถนำรูปแบบไปใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่เพื่อดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบองค์รวม เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาว รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของโปรแกรม เช่น ปัจจัยด้านครอบครัว ชุมชน และระบบสุขภาพ เพื่อประเมินความยั่งยืนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของการใช้ยา

2. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีความหลากหลายของโรคและบริบททางสังคมที่แตกต่างกัน เพื่อทดสอบความเหมาะสมของโปรแกรมในวงกว้าง

3. ควรมีการพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในรูปแบบดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชัน หรือสื่อออนไลน์ต่าง ๆ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและความสะดวกในการใช้งาน

References

- Bayindir, C. A., Sarikaya, S. P., Dulger, H., & Seker, E. (2022). The effects of health literacy and sociodemographic characteristics on the rational use of medication in health students: a cross-sectional study. *Journal Education Community Health*, 9(4), 190-194. doi:10.34172/jech.2022.1979
- Boonsathean, W., & Rianthipphayasakul, O. (2020). The relationship between health literacy and self-management among persons with type 2 diabetes mellitus living in communities, Pathum Thani province. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 14(1), 198-212. (in Thai)
- Burns, N., & Grove, S. (2009). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence*. 6th Edition, Saunders Elsevier, St. Louis.
- Cakmak, V., & Pakyuz, S. C. (2021). The effects of education given by nurses on rational drug use and health literacy of patients receiving hypertension treatment. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 8(4), 246–252.
- Department of Health Service Support. (2021). *Self-Assessment System for Rational Drug Use*. Retrieved January 7, 2025 from <https://rdumrd.hss.moph.go.th/document/RDU-Report-Manual.pdf> (in Thai)
- Duangsanjun, W., Suttharattanakun, S., Kiriram, P. (2022). Effects of a health literacy enhancement program on health promoting behaviors and hemoglobin A1C level among elderly with Type 2 Diabetes. *Thai Journal of Nursing*, 71(2), 28-37. (in Thai)
- Kaewdumkerng, K. (2021). *Health Literacy: Processes, Practices, Evaluation Tools*. ID Digital Print. (in Thai)
- Kahn, R.L., Goldfarb, A.I., Pollack, M., & Peck, A. (1960). Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. *American Journal of Psychiatry*, 117, 326-328.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61–65.

- Marshall, N., Butler, M., Lambert, V., Timon, M. C., Joyce, D., & Warters, A. (2025). Health literacy interventions and health literacy-related outcomes for older adults: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 25, 319. doi.org/10.1186/s12913-025-12457-7
- Mei, C., Xu, B., Cai, X., Wan, M., Zhao, Z., Lv, Y., et al. (2024). Factors affecting the medication literacy of older adults and targeted initiatives for improvement: a cross-sectional study in central China. *Frontiers in Public Health*, 11, 1249022. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10826508/>
- National Statistical Office. (2024). Executive Summary: *The Survey of Older Persons in Thailand 2024*. Retrieved January 3, 2025 from https://nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2024/20241003145311_94190.pdf. (in Thai)
- Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67, 2072-2078.
- Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. (2020). *Rational Drug Use Community: RDU Community*. Nonthaburi: Health Administration Division. (in Thai)
- Panurat, S., Bhoosahas, P., & Thutsaringkarnsakul, S. (2019). Factors related to health literacy among the elderly in Pak Phli district, Nakhon Nayok province. *Journal of Police Nurse*, 11(1), 86-94. (in Thai)
- Sap-in, R., & Khaoroptham, Y. (2017). The elderly and media in Thailand. *Dhuraku Pundit Communication Arts Journal*, 11(2), 367-387. (in Thai)
- Sookpool, A., Kingmala, C., Pangsuk, P., Yeanyoun, T. (2020). Effectiveness of health literacy and health behavior development program for working people. *Journal of Health Science*, 29(3), 419-429. (in Thai)
- Srisahnok, T. (2023). *The Development of The Health Literacy Enhancing Program for The Elderly in Terms of Medications and Health Products Usage in The Northeastern Elderly Schools. Doctor Kasem Foundation*. Retrieved January 3, 2025 from <https://www.doctorkasem-foundation.org/wp-content/uploads/2023/09/02126504.pdf>. (in Thai)
- Taherian, Z., & Motamedi, N. (2022). Effect of a 12-week community-based intervention to improve social capital, quality of life, self-care, and health literacy among older people: A quasi-experimental trial. *Advanced Biomedical Research*, 11, 23. doi.org/10.4103/abr.abr_101_21
- Thummakul, D., & Pumtha-i, T. (2021). Relationship between health literacy and health behavior of the elderly in Bang Phlat district, Bangkok. *Journal of Health Science Research*, 15(1), 106-118. (in Thai)
- World Health Organization. (2019). *Promoting Rational Use of Medicines: Core Components*. Retrieved January 11, 2025 from <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h301>

การวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องสำหรับพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

Competencies of Factor Analysis of the Competency in Caring for Peritoneal Dialysis Patients among Professional Nurses at a Tertiary Hospital

หทัยรัตน์ โกสิงห์¹, กาญจนา ศรีสวัสดิ์^{2*}, สายสมร เฉลยภักดี³

Hathairat Kosing¹, Kanjana Srisawad^{2*}, Saisamorn Chaleoykitti³

¹นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารทางการพยาบาล) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช,

²สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, ³มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

¹Master of Nursing Student (Nursing Administration), Sukhothai Thammathirat Open University,

²Faculty of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, ³Kasetsart University

(Received: December 17, 2024; Revised: March 23, 2025; Accepted: April 15, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องของพยาบาลวิชาชีพ และ 2) ศึกษาระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ จำนวน 340 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง มีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ อยู่ระหว่าง .60 - 1.00 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบหลักและหมุนแกนแบบมูมาด้วยวิธีแวนแม็กซ์ ผลการวิจัยพบว่า

1. องค์ประกอบของสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสื่อสาร การสอน และเทคโนโลยี จำนวน 23 ตัวแปร 2) ความรู้และทักษะการล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 14 ตัวแปร 3) การให้คำปรึกษา จำนวน 6 ตัวแปร 4) การวิจัยและพัฒนาจำนวน 6 ตัวแปร 5) การดูแลก่อนและหลังผ่าตัดวางสาย Tenckhoff จำนวน 4 ตัวแปร และ 6) จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ์ จำนวน 4 ตัวแปร วัดได้จากตัวบ่งชี้องค์ประกอบจำนวน 57 ตัวแปร ซึ่งมีค่าน้ำหนักปัจจัยองค์ประกอบอยู่ในช่วง .458 - .830 องค์ประกอบทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 74.82

2. สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องของพยาบาลวิชาชีพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.45, SD = 0.82$)

ข้อเสนอแนะ โรงพยาบาลควรนำองค์ประกอบสมรรถนะทั้ง 6 ด้าน มาใช้เป็นกรอบในการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลให้มีประสิทธิภาพและเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

คำสำคัญ: สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลตติยภูมิ พยาบาลวิชาชีพ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Kanjana.sri@stou.ac.th)

Abstract

This descriptive research aimed to: 1) analyze the exploratory components of the competency in caring for patients undergoing peritoneal dialysis among professional nurses in a tertiary hospital, and 2) evaluate the competency level of those professional nurses. The sample group consisted of 340 professional nurses working in inpatient or outpatient departments at a tertiary hospital, selected through stratified random sampling. The research instruments included a personal information questionnaire, as well as a professional nurse competency assessment form on caring for patients undergoing peritoneal dialysis. The content validity of assessment form by IOC ranged from .60 to 1.00, and its reliability was at the .88 level. Data were analyzed using descriptive statistics and exploratory factor analysis. The results were as follows.

1. The competency in caring for patients undergoing peritoneal dialysis among professional nurses in tertiary hospitals was divided in 6 distinct components: 1) communication, teaching, and technology (23 variables), 2) knowledge and skills in peritoneal dialysis (14 variables), 3) counseling (6 variables), 4) research and development (6 variables), 5) pre- and post-Tenckhoff catheter insertion care (4 variables), and 6) ethics and patient rights advocacy (4 variables), measured by 57 component indicators, with factor loadings ranging from .458 to .830. All components together explained 74.82% of the competency in caring for patients undergoing peritoneal dialysis among professional nurses.

2. The overall competency level of professional nurses in caring for patients undergoing peritoneal dialysis in tertiary hospitals was at a moderate level ($M = 3.45$, $SD = 0.82$).

Therefore, tertiary hospitals should implement the six competency components as a framework for developing professional competency of nurses who care for peritoneal dialysis patients.

Keywords: Competency in Caring for Patients Undergoing Peritoneal Dialysis, Tertiary Hospitals, Professional Nurses, Exploratory Factor Analysis

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) นับว่าเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลก มีความชุกร้อยละ 13.40 และต้องการการบำบัดทดแทนไตอยู่ระหว่าง 4.902 ถึง 7.083 ล้านคน (Hill, Fatoba, Oke, Hirst, O'Callaghan, Lasserson, et al., 2016; Lv, & Zhang, 2019) ในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 11.60 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.50 (Kanjanaabuch & Takkavatakarn, 2020) ประมาณ 170,774 คน ได้รับการบำบัดทดแทนไต คิดเป็นความชุก 2,580 คนต่อ 1 ล้านประชากร (The Nephrology Society Thailand, 2020) และมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous ambulatory Peritoneal Dialysis) เป็นการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตที่รัฐบาลมีนโยบายให้เป็นวิธีการรักษาลำดับแรก ซึ่งเป็นวิธีที่ง่ายและไม่ซับซ้อน สามารถทำได้ที่บ้านและเข้าถึงบริการได้ง่าย ทำให้ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันมีจำนวน 34,467 ราย (The Nephrology Society Thailand, 2020) การล้างไตทางช่องท้องอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง เช่น การติดเชื้อในช่องท้อง การติดเชื้อที่ช่องสายทางออก น้ำยาไม่ไหลเข้า-ออก ปวดท้องขณะเปลี่ยนน้ำยาเข้า ไส้เลื่อน ภาวะน้ำเกิน อัลบูมินในเลือดต่ำ เป็นต้น (Kanjanaabuch & Takkavatakarn, 2020) ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย เพิ่มภาระให้กับครอบครัว สังคม ประเทศและในรายที่รุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยต้องสิ้นสุดการล้างไตทางช่องท้องหรือสูญเสียชีวิต หากมีทีมดูแลรักษาที่มีความรู้ ความสามารถ มีทักษะ

ในการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง สามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนได้อย่างทันทั่วที่ ให้การรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือบรรเทาความรุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สูญเสียชีวิต

พยาบาลเฉพาะทางการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (PD Nurse) เป็นสมาชิกของทีมดูแลรักษาที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีสมรรถนะทั้งคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีความรู้ ทักษะ ความสามารถและคุณลักษณะส่วนบุคคลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล จากการสังเคราะห์เอกสารวิชาการเกี่ยวข้องพบว่าสมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ปฏิบัติการพยาบาลเป็นคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีความรู้ ทักษะความสามารถที่ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง 2) การให้คำปรึกษา เป็นคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีความรู้ ทักษะความสามารถและคุณลักษณะส่วนบุคคลที่จำเป็นต้องใช้ในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง 3) การสื่อสาร การสอนและเทคโนโลยี เป็นคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ใช้สื่อสารสนเทศและเทคโนโลยีการล้างไตทางช่องท้อง ได้อย่างเหมาะสม 4) จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ เป็นคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีความรู้ ทักษะ ความสามารถและคุณลักษณะส่วนบุคคลที่ใช้ในการให้การพยาบาลถูกต้องตามหลักมาตรฐาน มีจริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ 5) วิจัยและพัฒนางาน เป็นคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีความรู้ ทักษะ ความสามารถและคุณลักษณะส่วนบุคคลที่จำเป็นต้องใช้ในการวิจัยและพัฒนา งานเกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้อง 6) การบริหารจัดการเป็นคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่แสดงถึงการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง 7) การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เป็นคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่แสดงถึงการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนจำหน่าย อย่างเหมาะสม (American Nephrology Nurses Association [ANNA], 2011; Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists [CANNT], 2014; The Nephrology Society of Thailand, 2020)

หน่วยไตโรงพยาบาลสมุทรปราการ (2566) มีผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่เข้ามานอนรักษาตัวอยู่ใน โรงพยาบาล ตั้งแต่ พ.ศ. 2561 – 2566 จำนวน 199, 218, 256, 258 , 259 และ 262 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้น ส่งผลให้พยาบาลเฉพาะทางการล้างไตทางช่องท้อง ดูแลผู้ป่วยที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยไม่ทั่วถึง ตามมาตรฐานพยาบาลเฉพาะทางการล้างไตทางช่องท้อง 1 คน ดูแลผู้ป่วย 50 คน แต่พยาบาลเฉพาะทางการล้างไต มีจำนวน 2 คน ต้องดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 262 คน คิดเป็นสัดส่วน 1 ต่อ 131 คน มีภาระงาน ร้อยละ 130 เกินกว่ามาตรฐานกำหนด ส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาลทำให้การประเมินภาวะสุขภาพและดูแลผู้ป่วยไม่ทั่วถึง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยไม่เพียงพออาจส่งผลต่อการดูแลตนเองที่บ้าน ด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยช่วยดูแลผู้ป่วย ล้างไตทางช่องท้อง แต่จากรายงานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาล พบว่า พยาบาลปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้อง ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 38 การเก็บตัวอย่างจากถุงน้ำยาในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อ ในช่องท้อง ส่งตรวจไม่ถูกต้อง ร้อยละ 22 การผสมยาปฏิชีวนะในถุงน้ำยาไม่ถูกต้อง ร้อยละ 34 (Chatrattanalux, Peampoonsavat, Wongsakorn & Posayaanuwat, 2016) จากปัญหาดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ทำให้ค่าใช้จ่ายจากการใช้ยาปฏิชีวนะสูงขึ้น หากติดเชื้อรุนแรงต้องเฝ้าสาย Tenckhoff ออก เปลี่ยนวิธีเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแทน ทำให้รัฐต้องสูญเสียเงินงบประมาณมากขึ้น ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นตามไปด้วย จากที่กล่าวมาข้างต้น สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องของ พยาบาลวิชาชีพ มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องและต้องมีการพัฒนา อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการบำบัดทดแทนไตที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน (Luweera, 2018) การทบทวนวรรณกรรมพบช่องว่างความรู้เกี่ยวกับกรอบสมรรถนะที่ผ่านการตรวจสอบเชิงประจักษ์สำหรับ พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในโรงพยาบาลตติยภูมิในประเทศไทย แม้ว่าจะมีโมเดลสมรรถนะ ทางพยาบาลทั่วไปและมาตรฐานสากล แต่ยังขาดหลักฐานเกี่ยวกับองค์ประกอบสมรรถนะจำเป็นสำหรับพยาบาล ไทยในสาขาเฉพาะทางนี้ งานวิจัยจึงมุ่งวิเคราะห์องค์ประกอบเพื่อระบุสมรรถนะหลักสำหรับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยล้างไต

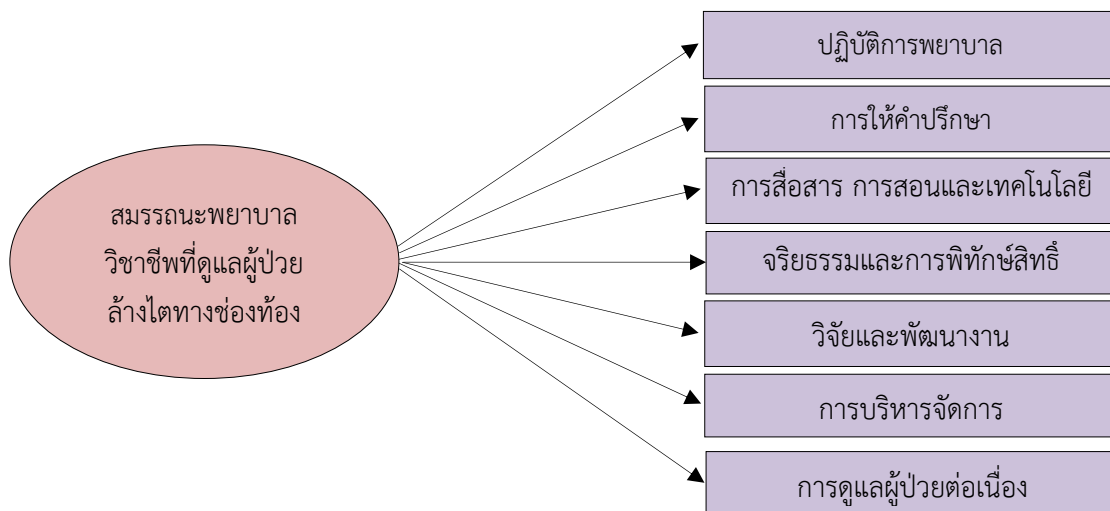
ทางช่องท้อง ผลการวิจัยจะช่วยพัฒนากรอบสมรรถนะที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข และส่งเสริมคุณภาพมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง
2. เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำสมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางการลำไส้ทางช่องท้องที่ได้จากการสังเคราะห์เอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ทั้งหมด 7 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ปฏิบัติการพยาบาล 2) การให้คำปรึกษา 3) การสื่อสาร การสอนและเทคโนโลยี 4) จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ 5) วิจัยและพัฒนางาน 6) การบริหารจัดการ และ 7) การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (ANNA, 2011; CANNT, 2014; Khansamree, 2009; Lindberg, Lundström-Landegren, Johansson, Lidén & Holm, 2012) มาใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 433 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 เมษายน 2564) (Samutprakarn Hospital, 2021)

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในและมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องอย่างน้อย 1 ปี และไม่อยู่ในช่วงลาพักงานหรือลาศึกษาต่อ ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ ตามแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และตามสัดส่วนของจำนวนพยาบาลวิชาชีพแต่ละหอผู้ป่วย จำนวน 340 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน และหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบรายการ (Check List) และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิดสมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย (ANNA, 2011) สมาคมพยาบาลและเทคโนโลยีโรคไตแห่งแคนาดา (CANNT, 2014) และปรับปรุงจากแบบสอบถามของ Khansamree (2009) ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ คือ 1) การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 18 ข้อ 2) การให้คำปรึกษา จำนวน 9 ข้อ 3) การสื่อสาร การสอน และเทคโนโลยี จำนวน 10 ข้อ 4) จริยธรรม และการพิทักษ์สิทธิ จำนวน 6 ข้อ 5) วิจัยและพัฒนางาน จำนวน 7 ข้อ 6) การบริหารจัดการ จำนวน 3 ข้อ และ 7) การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง จำนวน 4 ข้อ จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 57 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด (1) น้อย (2) ปานกลาง (3) มาก (4) และมากที่สุด (5) แปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ย แบ่งตามเกณฑ์ Srisaard (2014) ดังนี้

- 1.00 - 1.49 หมายถึง มีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอยู่ในระดับน้อยที่สุด
- 1.50 - 2.49 หมายถึง มีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอยู่ในระดับน้อย
- 2.50 - 3.49 หมายถึง มีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอยู่ในระดับปานกลาง
- 3.50 - 4.49 หมายถึง มีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอยู่ในระดับมาก
- 4.50 - 5.00 หมายถึง มีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง .60 - 1.00 จึงนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองภายหลังได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งผู้วิจัยส่งแบบวัดสมรรถนะผ่านรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วย แจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่าง 1 ชุด จำนวน 64 ข้อ ใช้ระยะเวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 30 นาที โดยผู้วิจัยติดตามขอรับแบบสอบถามคืนกลับมาทั้งสิ้น 340 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 และนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา คือ จำนวน และ ร้อยละ
2. สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยวิธี Principal Axis Factoring (PAF) และ Factor Analysis Rotation โดยวิธี Varimax การหมุนแกนแบบ Orthogonal

3.1 ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ทดสอบโดยใช้ Kolmogorov – Smirnov test พบค่า $p\text{-value} = .200$ ($p\text{-value} > 0.05$) แปลว่าแจกแจงเป็นโค้งปกติ

3.2 การตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลดำเนินการโดยใช้สถิติ Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) และการทดสอบ Bartlett's Test of Sphericity โดยกำหนดเกณฑ์ว่าค่า KMO ควรมากกว่า .50 และ Bartlett's test ต้องมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่า KMO เท่ากับ 0.970 ซึ่งสูงมาก และ Bartlett's

test มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 23468.147$, $df = 1596$, $p\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าข้อมูลมีความสัมพันธ์กัน อย่างเพียงพอและมีความเหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบ

3.3 ในการวิเคราะห์องค์ประกอบ ตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) น้อยกว่า 0.40 จะถูกคัดออกจากการวิเคราะห์ เนื่องจากแสดงถึงความสัมพันธ์ที่ไม่เพียงพอกับองค์ประกอบนั้น ๆ สำหรับการกำหนด จำนวนองค์ประกอบ ใช้เกณฑ์ค่าไอเกน (Eigenvalue) ที่มากกว่า 1 ร่วมกับการพิจารณา Scree Plot เพื่อระบุจำนวน องค์ประกอบที่เหมาะสมสำหรับโมเดล

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามเอกสารเลขที่ (Nq00364) จากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ วันที่ 17 มีนาคม 2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.40 อายุ 26 - 30 ปี ร้อยละ 25.60 สถานภาพโสด ร้อยละ 62.90 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.90 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 94.70 มีประสบการณ์การทำงาน 1 - 10 ปี ร้อยละ 59 ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วย ในอายุรกรรม ร้อยละ 39.30

2. องค์ประกอบเชิงสำรวจของสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องของพยาบาลวิชาชีพ

ตาราง 1 องค์ประกอบย่อยขององค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องของพยาบาล วิชาชีพ

องค์ประกอบสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องของพยาบาลวิชาชีพ	จำนวนข้อ
ด้านการสื่อสาร การสอน และเทคโนโลยี	23
ด้านความรู้และทักษะการล้างไตทางช่องท้อง	14
ด้านการให้คำปรึกษา	6
ด้านการวิจัยและพัฒนางาน	6
ด้านการดูแลก่อนและหลังผ่าตัดวางสาย Tenckhoff	4
ด้านจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ	4

จากตาราง 1 พบว่า องค์ประกอบย่อยขององค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยล้างไตทาง ช่องท้อง จำแนกได้ 6 ด้าน โดยเรียงด้านที่มีจำนวนข้อมากที่สุดไปด้านที่มีจำนวนข้อน้อยที่สุด ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 การสื่อสาร การสอนและเทคโนโลยี ประกอบด้วยตัวแปร 23 ข้อ องค์ประกอบที่ 2 ความรู้และทักษะการล้างไต ทางช่องท้อง ประกอบด้วยตัวแปร 14 ข้อ องค์ประกอบที่ 3 การให้คำปรึกษา ประกอบด้วยตัวแปร 6 ข้อ องค์ประกอบที่ 4 การวิจัยและพัฒนางาน ประกอบด้วยตัวแปร 6 ข้อ องค์ประกอบที่ 5 การดูแลก่อนและหลังผ่าตัด วางสาย Teckhoff ประกอบด้วยตัวแปร 4 ข้อ และองค์ประกอบที่ 6 จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ ประกอบด้วย ตัวแปร 4 ข้อ

ตาราง 2 องค์ประกอบเชิงสำรวจและค่าน้ำหนักองค์ประกอบของสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องของพยาบาลวิชาชีพ

องค์ประกอบเชิงสำรวจและตัวแปรขององค์ประกอบ	ค่า Factor Loading
องค์ประกอบที่ 1 การสื่อสาร การสอน และเทคโนโลยี	
1. สามารถให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้อง	.709
2. มีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนและกระบวนการล้างไตทางช่องท้อง	.699
3. มีทักษะในการสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับกระบวนการล้างไตทางช่องท้องหลักการป้องกันการติดเชื้อ	.686
4. มีความรู้ความเข้าใจในคำสั่งการรักษาของแพทย์ ร้อยละความเข้มข้นน้ำยา จำนวนรอบและเวลาที่น้ำยาค้างท้อง	.673
5. สามารถสร้างแรงจูงใจเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงการมีส่วนร่วม	.672
6. มีทักษะในการสื่อสารให้คำแนะนำการนำน้ำยาล้างไตไปผสมยาฆ่าเชื้อและการสื่อสารเป็นลายลักษณ์อักษร	.668
7. สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยถึงวิธีการปรับตัวต่ออาการหลังการรักษาด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องได้	.663
8. สามารถชี้แนะและให้ข้อมูลผู้ป่วยและผู้ดูแลในการใช้อุปกรณ์และนัดกรรมการล้างไตทางช่องท้อง	.662
9. สามารถวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง	.661
10. มีความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการยาคำสั่งการใช้ยา	.660
11. มีความรู้ เข้าใจในระบบงานใช้เครื่องมือในการประสานงานอย่างเหมาะสม	.649
12. มีความรู้เกี่ยวกับข้อบ่งชี้ ข้อดีข้อเสียและข้อห้าม ของการล้างไตทางช่องท้อง	.633
13. เข้าใจสิทธิการรักษาทั่วไปและสิทธิในการล้างไตทางช่องท้อง	.609
14. สามารถถ่ายทอดความรู้และนำสื่อสารสนเทศมาใช้ได้เหมาะสม	.596
15. สามารถประเมินความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ เศรษฐกิจ สังคม	.595
16. มีความรู้และทักษะในการให้ข้อมูลได้ถูกต้องตามสิทธิการรักษา	.592
17. มีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา และการรักษาโรคไตวายเรื้อรังและโรคไตวายฉับพลัน	.582
18. มีทักษะในการติดต่อสื่อสาร การถ่ายทอดข้อมูล การใช้ภาษา รับฟังความคิดเห็น	.581
19. มีทักษะในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการสื่อสาร ส่งต่อข้อมูล	.572
20. มีความรู้เรื่องการบันทึกน้ำยาเข้า-ออก และให้คำแนะนำการควบคุมน้ำ	.565
21. มีทักษะในการประสานงาน ตัดสินใจ แก้ปัญหา	.545
22. มีทักษะในการให้ข้อมูล ประมวลข้อมูล จับประเด็นสำคัญในการประสานงานส่งต่ออย่างตรงประเด็นและครบถ้วน	.517
23. มีความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมน้ำหนักองค์ประกอบ	.458
องค์ประกอบที่ 2 ความรู้และทักษะการล้างไตทางช่องท้อง	
1. มีทักษะในการทำแผลทางออกของสาย และม้วนเก็บสายเทนซ์คอฟฟ์	.772
2. สามารถใช้หลักในการป้องกันการติดเชื้อในทุกขั้นตอน	.769
3. ลงบันทึกและสรุปผลน้ำยาล้างไตเข้า – ออกได้อย่างถูกต้อง	.754
4. มีทักษะการตรวจประเมินแผล และแผลทางออกของสายได้ถูกต้อง	.753
5. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อในช่องท้องได้	.736
6 จัดเตรียมอุปกรณ์น้ำยาล้างไตและยาฉีดเพิ่มเลือดได้	.625
7. สามารถเก็บตัวอย่างน้ำยาล้างไตทางช่องท้องเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการได้อย่างถูกต้อง	.625
8. สามารถให้การพยาบาลเบื้องต้นกับผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้อง	.620
9. มีทักษะการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตทางช่องท้องตามขั้นตอนได้ถูกต้อง	.593
10. สามารถจัดเตรียมและบริหารยาปฏิชีวนะในน้ำยาล้างไตทางช่องท้องได้อย่างถูกต้อง	.571
11. สามารถบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล	.561

องค์ประกอบเชิงสำรวจและตัวแปรขององค์ประกอบ	ค่า Factor Loading
12. สามารถวางแผนจำหน่ายให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลต่อเนื่อง	.531
13. สามารถวางแผนการรักษาพยาบาลร่วมกับทีมสุขภาพ	.523
14. สามารถตรวจร่างกาย ชักประวัติ และแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้อย่างถูกต้อง	.481
องค์ประกอบที่ 3 การให้คำปรึกษา	
1. มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ในการให้คำปรึกษา	.782
2. มีทักษะในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ใช้พื้นฐานด้านจิตวิทยา ภาษาที่เข้าใจง่ายและเหมาะสม	.781
3. มีความกระตือรือร้นพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง	.763
4. มีบุคลิกภาพ และบุคลิกลักษณะน่าเชื่อถือ	.642
5. มีทัศนคติที่ดีต่อการให้การพยาบาล	.595
6. มีทักษะในประเมินความพร้อมของผู้ป่วย และครอบครัวทั้งด้านจิตใจสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ	.577
องค์ประกอบที่ 4 การวิจัยและพัฒนางาน	
1. สามารถนำผลวิจัยมาประยุกต์ใช้พัฒนางานอย่างเหมาะสม และต่อเนื่อง	.830
2. สามารถวิเคราะห์ปัญหา และทำงานวิจัยจากงานประจำ (R2R) ร่วมกับทีมสหสาขา	.812
3. ให้ความร่วมมือสร้างเสริมหน่วยงานให้เกิดการเรียนรู้ในการดำเนินการวิจัย	.761
4. สามารถใช้คอมพิวเตอร์ในการจัดระบบข้อมูลและพัฒนาแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องได้	.742
5. สรุปประเด็นความรู้จากประสบการณ์ของตนเองจากตำรา บทความวิชาการ งานวิจัย และถ่ายทอดให้ผู้อื่นเข้าใจได้	.761
6. ตระหนักในสิ่งที่ตนไม่รู้และมีคำถามที่เกิดจากการปฏิบัติงานที่จะนำไปสู่การแสวงหาความรู้	.594
องค์ประกอบที่ 5 การดูแลก่อนและหลังผ่าตัดวางสาย Tenckhoff	
1. มีทักษะการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดวางสาย Tenckhoff ได้ถูกต้อง	.754
2. มีทักษะการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดวางสาย Tenckhoff ได้ถูกต้อง	.722
3. ประเมินภาวะโภชนาการได้ถูกต้อง	.693
4. มีทักษะในการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทันสมัยในการล้างไตทางช่องท้องได้อย่างถูกต้อง	.645
องค์ประกอบที่ 6 จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ	
1. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เอื้ออาทร เมตตา กรุณา รับฟังปัญหาและเคารพในคุณค่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	.700
2. สามารถจัดการปัญหาทางด้านคุณธรรม จริยธรรมและวิชาชีพได้อย่างเหมาะสม	.595
3. ให้การพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	.579
4. ตระหนักในข้อจำกัดสมรรถนะของตนเองไม่เสี่ยงในการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลเสียต่อผู้รับบริการ	.573

จากตาราง 2 พบว่าองค์ประกอบเชิงสำรวจของสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ โดยเรียงตามลำดับจำนวนตัวแปรจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การสื่อสาร การสอนและเทคโนโลยี ประกอบด้วย 23 ตัวแปร มีน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง .458 - .709 ตัวแปรที่มีน้ำหนักมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ตัวแปรที่ 1 สามารถให้คำแนะนำการปฏิบัติตนและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน มีน้ำหนัก .709 ตัวแปรที่ 2 ความรู้เรื่องการปรับกระบวนการล้างไตให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย มีน้ำหนัก .699 และตัวแปรที่ 3 มีทักษะการสอนและดูแลเกี่ยวกับการล้างไตและการป้องกันการติดเชื้อ มีน้ำหนัก.686

องค์ประกอบที่ 2 ด้านความรู้และทักษะการล้างไตทางช่องท้อง ประกอบด้วย 14 ตัวแปร มีน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง .481 - .772 ตัวแปรที่มีน้ำหนักมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ตัวแปรที่ 1 มีทักษะในการทำผลทางออกของสายและม้วนเก็บสาย Tenckhoff ได้ถูกต้อง มีน้ำหนัก .772 ตัวแปรที่7 สามารถใช้หลักในการป้องกัน

การติดเชื้อในขณะปฏิบัติงานทุกขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง มีน้ำหนัก .769 และตัวแปรที่ 6 ลงบันทึกและสรุปผลน้ำยาล้างไตเข้า – ออกได้อย่างถูกต้องในสมุดบันทึกน้ำยาและแฟ้มประวัติผู้ป่วย น้ำหนัก .754

องค์ประกอบที่ 3 ด้านการให้คำปรึกษา ประกอบด้วย 6 ตัวแปร มีน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง .577 - .782 ตัวแปรที่มีน้ำหนักมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ตัวแปรที่ 1 มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ในการให้คำปรึกษา มีน้ำหนัก .782 ตัวแปรที่ 2 มีทักษะในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว มีน้ำหนัก .781 และตัวแปรที่ 3 มีความกระตือรือร้นพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง มีน้ำหนัก .763

องค์ประกอบที่ 4 ด้านวิจัยและพัฒนางาน มีจำนวนตัวแปรที่อธิบายองค์ประกอบ จำนวน 6 ข้อ มีน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง .594 - .830 ตัวแปรที่มีน้ำหนักมากที่สุด 3 อันดับแรก คือตัวแปรที่ 1 สามารถนำผลวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง มีน้ำหนัก .830 ตัวแปรที่ 2 สามารถวิเคราะห์ปัญหาและทำงานวิจัยจากงานประจำ (R2R) ร่วมกับทีมสหสาขา มีน้ำหนัก .812 และตัวแปรที่ 3 ให้ความร่วมมือสร้างเสริมหน่วยงานให้เกิดการเรียนรู้ในการดำเนินการวิจัย มีน้ำหนัก .761

องค์ประกอบที่ 5 ด้านการดูแลก่อนและหลังผ่าตัดดวงสาย Tenckhoff มีจำนวนตัวแปรที่อธิบายองค์ประกอบ จำนวน 4 ข้อ มีน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง .645 - .754 ตัวแปรที่มีน้ำหนักมากที่สุด 3 อันดับแรก คือตัวแปรที่ 1 มีทักษะการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดดวงสาย Tenckhoff ได้ถูกต้อง มีน้ำหนัก .754 ตัวแปรที่ 2 มีทักษะการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดดวงสาย Tenckhoff ได้ถูกต้อง มีน้ำหนัก .722 และตัวแปรที่ 3 สามารถประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องได้อย่างถูกต้อง มีน้ำหนัก .693

องค์ประกอบที่ 6 ด้านจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ มีจำนวนตัวแปรที่อธิบายองค์ประกอบ จำนวน 4 ข้อ มีน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง .573 - .700 ตัวแปรที่มีน้ำหนักมากที่สุด 3 อันดับแรก คือตัวแปรที่ 1 ตระหนักในข้อจำกัดสมรรถนะของตนเอง ไม่เสี่ยงในการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลเสียต่อผู้รับบริการและปรึกษาผู้รู้เพื่อความปลอดภัย มีน้ำหนัก .700 ตัวแปรที่ 2 สามารถจัดการปัญหาทางด้านคุณธรรม จริยธรรม และวิชาชีพได้อย่างเหมาะสม มีน้ำหนัก .595 และตัวแปรที่ 3 ให้การพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีน้ำหนัก .579

3. ระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องของพยาบาลวิชาชีพ

ตาราง 3 ระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องของพยาบาลวิชาชีพ (n = 340 คน)

สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องของพยาบาลวิชาชีพ	M	SD	การแปลผล
ด้านการสื่อสาร การสอน และเทคโนโลยี	3.36	0.83	ปานกลาง
ด้านความรู้และทักษะการล้างไตทางช่องท้อง	3.50	0.83	มาก
ด้านการให้คำปรึกษา	3.81	0.68	มาก
ด้านวิจัยและพัฒนางาน	3.39	0.77	ปานกลาง
ด้านการดูแลก่อนและหลังผ่าตัดดวงสาย Tenckhoff	3.68	0.82	มาก
ด้านจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ	2.94	0.97	ปานกลาง
ภาพรวม	3.45	0.82	ปานกลาง

จากตาราง 3 พบว่าระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องของพยาบาลวิชาชีพภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.45$, $SD = 0.82$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการให้คำปรึกษา ($M = 3.81$, $SD = 0.68$) รองลงมาคือด้านการดูแลก่อนและหลังผ่าตัดดวงสาย Tenckhoff ($M = 3.68$, $SD = 0.82$) และด้านความรู้และทักษะการล้างไตทางช่องท้อง ($M = 3.50$, $SD = 0.83$) น้อยที่สุดคือด้านจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ ($M = 2.94$, $SD = 0.97$)

การอภิปรายผล

1. องค์ประกอบเชิงสำรวจของสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยลำไตทางช่องท้องของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) ด้านการสื่อสาร การสอน และเทคโนโลยี 2) ด้านความรู้และทักษะการลำไตทางช่องท้อง 3) ด้านการให้คำปรึกษา 4) ด้านวิจัยและพัฒนางาน 5) ด้านการดูแลก่อนและหลังผ่าตัดวางสาย Tenckhoff และ 6) ด้านจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ เมื่อพิจารณาเป็นรายองค์ประกอบ พบว่า

1.1 ด้านการสื่อสาร การสอน และเทคโนโลยี องค์ประกอบที่ 1 การสื่อสาร การสอน และเทคโนโลยี มีความสำคัญสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยลำไตทางช่องท้อง โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง .458 - .709 ประกอบด้วย 23 ตัวแปร ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าทักษะการสื่อสารและการสอนมีความสำคัญสูงสุด โดยเฉพาะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนและการป้องกันการติดเชื้อ นอกจากนี้การเสริมพลังผู้ป่วยช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิต ความรู้ทางคลินิกและความสามารถในการประยุกต์ใช้เป็นอีกองค์ประกอบสำคัญ พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการลำไตและสามารถปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (Chen, Chang, Liu, Ho, Weng & Tsai, 2018) การใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยก็มีความสำคัญ สอดคล้องกับแนวโน้มการใช้ eHealth ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Diamantidis & Becker, 2014) การดูแลแบบองค์รวมและการเสริมพลังผู้ป่วยเป็นส่วนสำคัญ พยาบาลต้องสามารถประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุมและสร้างแรงจูงใจให้มีส่วนร่วมในการรักษา การจัดการความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนเป็นองค์ประกอบสำคัญ รวมถึงการประสานงานและการทำงานเป็นทีมก็มีความสำคัญ ดังการศึกษาของ (Reeves, Pelone, Harrison, Goldman & Zwarenstein, 2017) ที่พบว่าการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การพัฒนาสมรรถนะในด้านนี้อาจทำได้จากการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการที่เน้นการพัฒนาทักษะการสื่อสาร การใช้เทคโนโลยี และการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงการสร้างแนวทางปฏิบัติที่ครอบคลุมเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยลำไตทางช่องท้องในระยะยาว

1.2 ด้านความรู้และทักษะการลำไตทางช่องท้อง องค์ประกอบที่ 2 ความรู้และทักษะการลำไตทางช่องท้อง มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง .481 - .772 ประกอบด้วย 14 ตัวแปร สะท้อนถึงความสำคัญของความรู้และทักษะเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วย ทักษะที่มีน้ำหนักสูงสุดคือการทำแผลและการดูแลสาย Tenckhoff ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ (Li, Szeto, Piraino, de Arteaga, Fan, Figueiredo, et al., 2016) ที่เน้นความสำคัญของการป้องกันการติดเชื้อในการดูแลผู้ป่วยลำไตทางช่องท้อง และผลการวิจัยของ (Castro, Dell'Aquila, Fernandes, Pecoits-Filho, Burdmann & Divino-Filho, 2018) ที่ศึกษาความรู้และทัศนคติของพยาบาลในหน่วยลำไตทางช่องท้องเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในช่องท้อง (Peritonitis) พบว่าความรู้สัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิภาพการทำงาน นอกจากนี้ความสามารถในการบันทึกข้อมูล การประเมินอาการ การจัดการอุปกรณ์และการวางแผนจำหน่าย สะท้อนถึงความสำคัญของการจัดการความรู้ การคิดวิเคราะห์ และการดูแลแบบองค์รวม

1.3 ด้านการให้คำปรึกษา องค์ประกอบที่ 3 การให้คำปรึกษา มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง .577 - .782 ประกอบด้วย 6 ตัวแปร สะท้อนถึงความสำคัญของทักษะการให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยลำไตทางช่องท้อง ตัวแปรที่มีน้ำหนักสูงสุดคือ การมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ในการให้คำปรึกษา รวมถึงความเอื้ออาทร มีเมตตา และการให้ข้อมูลอย่างเท่าเทียม การให้คำแนะนำและสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ในการฟอกไตทางช่องท้องเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และครอบครัว อย่างเหมาะสมจะสามารถแก้ไขอุปสรรคและทำให้สามารถฟอกไตทางช่องท้องที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Oliver, Abra, Béchade, Brown, Sanchez-Escuredo, Johnson, et al., 2024) การมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ในการให้คำปรึกษามีความสำคัญมาก ความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ทักษะในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้พื้นฐานด้านจิตวิทยาและภาษาที่เข้าใจง่าย บุคลิกภาพที่น่าเชื่อถือและทัศนคติที่ดีต่อการพยาบาลผู้ป่วยลำไตทางช่องท้อง มีความสำคัญในการสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือจากผู้ป่วย ทักษะในการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม (Schell & Green, 2014) เน้นการมีส่วนร่วมให้

ความสำคัญกับการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมรักษา การให้ความรู้ และการเสริมพลังให้กับผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลรักษาสอดคล้องกับเป้าหมายและวิถีชีวิตของผู้ป่วยมากที่สุด

1.4 ด้านวิจัยและพัฒนางาน องค์ประกอบที่ 4 วิจัยและพัฒนางาน มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง .594 – .830 ประกอบด้วย 6 ตัวแปร สะท้อนถึงความสำคัญของการวิจัยและการพัฒนางานในการดูแลผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง ตัวแปรที่มีน้ำหนักสูงสุดคือ ความสามารถในการนำผลวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ (Yodchai, Oumtane, Matchim & Niyomthai, 2018) พบว่าสมรรถนะด้านการวิจัยและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ได้รับการระบุว่าเป็นด้านที่ต้องการการพัฒนามากที่สุด สอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Nursing) ของ (Melnyk, Gallagher-Ford, Long & Fineout-Overholt, 2014) ที่พบว่าการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจในงานของพยาบาล ความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหาและทำงานวิจัยจากงานประจำ (R2R) ร่วมกับทีมสหสาขา

1.5 ด้านการดูแลก่อนและหลังผ่าตัดวางสาย Tenckhoff องค์ประกอบที่ 5 การดูแลก่อนและหลังผ่าตัดวางสาย Tenckhoff มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง .645 – .754 ประกอบด้วย 4 ตัวแปร สะท้อนถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยในช่วงวิกฤตของการเริ่มต้นการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง ตัวแปรที่มีน้ำหนักสูงสุดคือ ทักษะการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดวางสาย Tenckhoff สอดคล้องกับแนวคิดการฟื้นฟูที่ดีขึ้นหลังการผ่าตัด (Enhanced Recovery After Surgery: ERAS) ของ Ljungqvist, Scott, & Fearon (2017) ที่เน้นการเตรียมผู้ป่วยอย่างรอบด้านเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและเร่งการฟื้นตัว ทักษะการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดวางสาย Tenckhoff มีความสำคัญสูง โดยเฉพาะในช่วงแรกหลังการวางสาย ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การติดตามและประเมินผลลัพธ์ของการดูแลอย่างเป็นระบบจะช่วยให้เกิดการพัฒนาคูณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง

1.6 ด้านจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ องค์ประกอบที่ 6 จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง .573 – .700 ประกอบด้วย 4 ตัวแปร สะท้อนถึงความสำคัญของการปฏิบัติงานบนพื้นฐานของจริยธรรมและการเคารพสิทธิผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง ตัวแปรที่มีน้ำหนักสูงสุดคือ การตระหนักในข้อจำกัดสมรรถนะของตนเอง สอดคล้องกับหลักจริยธรรมทางการแพทย์เรื่องการไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beauchamp & Childress, 2019) ความสามารถในการจัดการปัญหาทางด้านคุณธรรม จริยธรรม และวิชาชีพ มีความสำคัญสูง (Goethals, Gastmans, & de Casterlé, 2020) เนื่องจากพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักเผชิญกับประเด็นทางจริยธรรมที่ซับซ้อน การให้การพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered Care) และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลจึงมีความสำคัญ ดังการศึกษาของ (Ladin, Lin, Hahn, Zhang, Koch-Weser & Weiner, 2017) พบว่าการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการรักษาและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องของพยาบาลวิชาชีพภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากโรงพยาบาลมีการพัฒนาสมรรถนะเป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องปีละ 1 ครั้ง พยาบาลวิชาชีพเข้าอบรมเพียง 1 - 2 คนต่อหน่วยงาน ขาดระบบพี่เลี้ยงที่มีประสิทธิภาพ ไม่มีแผนพัฒนาบุคลากรที่ชัดเจน รวมถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องสำหรับผู้ดูแลประจำหอผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุมทุกประเด็น แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในระดับสมรรถนะเป็นรายด้านแล้วพบว่าพยาบาลมีความโดดเด่นในด้านการให้คำปรึกษา ซึ่งมีความสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สะท้อนถึงความเข้าใจและความสามารถในการสื่อสารเพื่อให้กำลังใจและคำแนะนำที่มีคุณค่า สอดคล้องกับ Chongjarearn (2023) ที่เน้นความสำคัญของการสร้างสัมพันธภาพที่ดี การให้เกียรติ และทักษะการให้คำปรึกษาต่าง ๆ อย่างไรก็ตามด้านจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิมีคะแนนต่ำสุด อาจเนื่องมาจากภาระงานที่มาก จากข้อมูลที่ระบุว่าพยาบาลเฉพาะทางล้างไตทางช่องท้องมีภาระงานมากกว่ามาตรฐาน ทำให้การให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย อาจถูกลดความสำคัญลงเมื่อเทียบกับการดูแลทางคลินิกที่จำเป็นเร่งด่วน นอกจากนี้ในการดูแลผู้ป่วยที่ล้างไตมักมีประเด็นจริยธรรมที่ซับซ้อน เช่น การตัดสินใจในการรักษา ความขัดแย้งระหว่างเป้าหมายการรักษากับคุณภาพชีวิต (Butler, Vig, O'Hare, Liu, Hebert

& Wong, 2019) ซึ่งพยาบาลอาจยังขาดกรอบการปฏิบัติงานที่ชัดเจนในการจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าว รวมทั้งความไวต่อประเด็นทางจริยธรรม (Ethical Sensitivity) ของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง (Rajhi, Koura, & Hussein, 2024) ยิ่งเป็นปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อสมรรถนะด้านนี้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่ให้บริการล้างไตทางช่องท้องควรนำองค์ประกอบสมรรถนะทั้ง 6 ด้านไปใช้ในการประเมินสมรรถนะของพยาบาล โดยกำหนดระดับสมรรถนะที่คาดหวังตามประสบการณ์ของพยาบาล และใช้ผลการประเมินวางแผนพัฒนารายบุคคล
2. ควรมีการจัดทำคู่มือหรือแนวทางการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้องค์ประกอบทั้ง 6 ด้านเป็นกรอบในการพัฒนา
3. ควรมีการจัดตั้งระบบพี่เลี้ยง (Mentorship Program) เพื่อส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลรุ่นใหม่ โดยกำหนดโครงสร้างและกระบวนการที่ชัดเจน สร้างระบบติดตามและประเมินผลความก้าวหน้า

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์และความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องของพยาบาลวิชาชีพ
2. เนื่องจากมีข้อจำกัดในการศึกษาประชากรกลุ่มเดียว ควรขยายการศึกษาวิจัยไปโรงพยาบาลตติยภูมิในระดับเดียวกัน
3. ควรศึกษาวิจัยและพัฒนากลไกส่งเสริมสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องของพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะด้านจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ

References

- American Nephrology Nurses Association (ANNA). (2011). Information and Documentation. In N. Gomez & D. Castner (Eds.), *Nephrology Nursing Scope and Standards* (7th ed.) pp. 16-36.
<https://www.annanurse.org/download/reference/association/standardsOfPractice>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8th ed.). Oxford University Press. (in Thai)
- Butler, C. R., Vig, E. K., O'Hare, A. M., Liu, C. F., Hebert, P. L., & Wong, S. P. Y. (2020). Ethical concerns in the care of patients with advanced kidney disease: A national retrospective study, 2000-2011. *Journal of General Internal Medicine*, 35(4), 1035-1043. doi.org/10.1007/s11606-019-05466-w
- Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists (CANNT). (2014). *Nursing Standards and Practice Recommendations*. Retrieved April 2, 2025
https://www.researchgate.net/publication/269693028_Canadian_Association_of_Nephrology_Nurses_and_Technologists_Nephrology_Nursing_Standards_and_Practice_Recommendations
- Castro, M. C. M. D., Dell'Aquila, R., Fernandes, N. M. D. S., Pecoits-Filho, R., Burdmann, E. A., & Divino-Filho, J. C. (2018). Knowledge and attitudes of nurses in peritoneal dialysis units in relation to peritonitis prevention. *Nephrology Nursing Journal*, 45(3), 261-270.

- Chatrattanalux, W., Peampoonsavat, S., Wongsakorn, P., Posayaanuwat, S. (2016). The development model of nursing in patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis at Samutprakan hospital. *Journal of Nursing and Therapeutic Care*, 34(2), 58–66. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/64305> (in Thai)
- Chen, Y. C., Chang, L. C., Liu, C. Y., Ho, Y. F., Weng, S. C., & Tsai, T. I. (2018). The roles of social support and health literacy in self-management among patients with chronic kidney disease. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(3), 265-275. doi.org/10.1111/jnu.12377
- Chongjarearn, A. (2023). Role of registered nurse in peritoneal dialysis patients caring towards best nursing practice in new-normal era. *Journal of Health and Health Management*, 9(2), 1–15. (in Thai)
- Diamantidis, C. J., & Becker, S. (2014). Health information technology (IT) to improve the care of patients with chronic kidney disease (CKD). *BMC Nephrology*, 15(1), 7. doi.org/10.1186/1471-2369-15-7
- Goethals, S., Gastmans, C., & de Casterlé, B. D. (2020). Nurses' ethical reasoning and behaviour: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 102, 103443. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103443
- Hill, N. R., Fatoba, S. T., Oke, J. L., Hirst, J. A., O'Callaghan, C. A., Lasserson, D. S., & Hobbs, F. D. (2016). Global prevalence of chronic kidney disease - A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 11(7). e0158765. doi.org/10.1371/journal.pone.0158765.
- Kanjanabuch, T., & Takkavatakarn, K. (2020). Global dialysis perspective: Thailand. *Kidney360*, 1(7), 671–675. doi.org/10.34067/KID.0000762020
- Khansamree, O. (2009). Competency of Professional Nurses Providing Care to Peritoneal Dialysis Patients at Government Hospitals [Master's thesis, Chulalongkorn University]. NRCT DOI System. https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_doil=10.14457/CU.the.2009.209 (in Thai)
- Ladin, K., Lin, N., Hahn, E., Zhang, G., Koch-Weser, S., & Weiner, D. E. (2017). Engagement in decision-making and patient satisfaction: A qualitative study of older patients' perceptions of dialysis initiation and modality decisions. *Nephrology, dialysis, transplantation: official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*, 32(8), 1394–1401. doi.org/10.1093/ndt/gfw307
- Li, P. K., Szeto, C. C., Piraino, B., de Arteaga, J., Fan, S., Figueiredo, A. E., et al. (2016). ISPD peritonitis recommendations: 2016 update on prevention and treatment. *Peritoneal Dialysis International*, 36(5), 481-508. doi.org/10.3747/pdi.2016.00078
- Lindberg, M., Lundström-Landegren, K., Johansson, P., Lidén, S., & Holm U. (2012). Competencies for practice in renal care: a national Delphi study. *Journal of Renal Care*, 38(2). 69-75.
- Ljungqvist, O., Scott, M., & Fearon, K. C. (2017). Enhanced recovery after surgery: A review. *JAMA Surgery*, 152(3), 292-298. doi.org/10.1001/jamasurg.2016.4952
- Luweera. U. (2018). *Manual of Dialysis*. Bangkok: Numdaxon Printing. (in Thai)
- Lv, J. C., & Zhang, L. X. (2019). Prevalence and disease burden of chronic kidney disease. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1165, 3–15. doi.org/10.1007/978-981-13-8871-2_1

- Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Long, L. E., & Fineout-Overholt, E. (2014). The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: Proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(1), 5-15. doi.org/10.1111/wvn.12021
- Oliver, M. J., Abra, G., Béchade, C., Brown, E. A., Sanchez-Escuredo, A., Johnson, D. W., Guedes, A. M. et al. (2024). Assisted peritoneal dialysis: Position paper for the ISPD. *Peritoneal Dialysis International*, 44(3), 160-170. doi.org/10.1177/08968608241246447
- Rajhi, F. A., Koura, H., & Hussein, G. (2024). Ethics sensitivity among dialysis nurses in Jazan region: A descriptive cross-sectional study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 13(1), 93–100. doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1688_22
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6), CD000072. doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3
- Schell, J. O., & Green, J. A. (2014). Communication skills training for dialysis decision-making and end-of-life care in nephrology. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 9(12), 2049-2051. doi.org/10.2215/CJN.08880914
- Srisaard, B. (2014). *Preliminary Research* (8th ed.). Bangkok: Sureewiyasarn. [in Thai]
- The Nephrology Society of Thailand. (2020). Thailand renal replacement therapy 2020. *Thailand Renal Replacement Therapy*, 1, 1–102. (in Thai)
- Yodchai, K., Oumtane, A., Matchim, Y., & Niyomthai, N. (2018). Thai nephrology nurse competency: A Delphi technique. *Journal of Renal Care*, 44(2), 81-89. (in Thai)

ผลการใช้หุ่นนวัตกรรมการใส่สายยางอาหารทางปากในทารกต่อทักษะและประสิทธิภาพ ของหุ่นในนักศึกษาพยาบาล

The Effects of an Innovative Infant Oral Feeding Tube Insertion Manikin on the Nursing Students' Skills

จิรารัตน์ พร้อมมูล¹, กฤติกา อินทรณรงค์^{1*}, ชุตินา เพ็งใหญ่¹, ชัญญานุช เครือหลี¹, ดวงพร มั่งมี¹
Jirarat Prommul¹, Kritika Intaranarong^{1*}, Chutima Perngyai¹, Chanyanuch Klerlhee¹,
Tuangporn Mangmee¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

(Received: February 7, 2025; Revised: May 21, 2025; Accepted: June 6, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบวัดเฉพาะหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาผลการใช้หุ่นนวัตกรรมการใส่สายยางอาหารทางปากในทารก ต่อทักษะและประสิทธิภาพของหุ่นในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา 2) เปรียบเทียบทักษะการใส่สายยางอาหารทางปากในทารกจากการใช้หุ่นนวัตกรรมการใส่สายยางอาหารทางปากในทารกกับเกณฑ์ร้อยละ 80 3) เปรียบเทียบประสิทธิภาพหุ่นนวัตกรรมการใส่สายยางอาหารทางปากในทารก กับเกณฑ์ค่าเฉลี่ยในระดับดีขึ้นไป (>3.50) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ก่อนฝึกปฏิบัติงานในรายวิชาปฏิบัติการเด็กและวัยรุ่น 1, 2 หอผู้ป่วยเด็กอ่อน โรงพยาบาลสงขลา หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิดและหอผู้ป่วยอภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 49 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) หุ่นฝึกการใส่สายยางอาหารทางปากในทารก 2) แบบประเมินประสิทธิภาพหุ่นฝึกการใส่สายยางทางปากในทารก 3) แบบสอบถามประเมินทักษะพฤติกรรมกรใส่สายยางทางปากในทารก ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ ระหว่าง .67 - 1.00 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา .77 และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละ โดยใช้สถิติ One – sample T test ผลการวิจัย พบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยทักษะการใส่สายยางอาหารทางปากในทารก หลังทดลองจากการใช้หุ่นนวัตกรรมการใส่สายยางอาหารทางปากในทารก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. คะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพหุ่นนวัตกรรมการใส่สายยางอาหารทางปากในทารก อยู่ในระดับดีขึ้นไป ($M = 4.73$, $SD = 0.32$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ดังนั้นหุ่นนวัตกรรมหุ่นฝึกทักษะการใส่สายยางอาหารทางปากในทารก สามารถนำไปใช้ในด้านวิชาการ การเรียนการสอนวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นทั้งในภาคทดลองและภาคปฏิบัติ ตลอดจนการให้ผู้เรียนสามารถฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

คำสำคัญ: หุ่นฝึกทักษะการใส่สายยางอาหารทางปากในทารก นักศึกษาพยาบาล นวัตกรรม

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

Abstract

This quasi-experimental posttest only study from the Songkhla Boromarajonani College of Nursing aimed to: 1) examine the effects of a new manikin for infant oral feeding tube insertion on the skill level of 49 third-year nursing students as well as perceived effectiveness of manikin by students; 2) compare the students' feeding tube insertion skill to an 80% performance benchmark; and 3) evaluate the manikin's effectiveness against a benchmark mean score of 3.50 (good level or above). The sample consisted of 49 third-year nursing students preparing for pediatric and adolescent clinical practice in the neonatal units of Songkhla Hospital, as well as in the intermediate and intensive neonatal care units of Hat Yai General Hospital. The research instruments included: 1) an innovative infant oral feeding tube insertion manikin, 2) a manikin-based performance evaluation form, and 3) a behavioral skills assessment checklist for oral feeding tube insertion in infants. The content validity index of the instruments ranged from .67 to 1.00, with Cronbach's alpha reliability coefficients of .77 and .92, respectively. Data were analyzed using mean, standard deviation, frequency, percentage, and one-sample t-test. The results showed as follows.

1. The mean posttest score for infant oral feeding tube insertion skill level was significantly higher than the benchmark, with statistical significance at the .001 level.

2. The average score for manikin effectiveness was at a good level or higher ($M = 4.73$, $SD = 0.32$), statistically significant at the .001 level.

These findings suggest that the innovative manikin is a valuable tool for academic instruction and practical training in pediatric and adolescent nursing. It enables students to independently practice and enhance their clinical skills in a safe, simulation-based controlled environment.

Keywords: Infant Oral Feeding Tube Insertion Manikin, Nursing Students, Innovation

บทนำ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา เป็นสถาบันการศึกษาที่จัดการศึกษาตามปรัชญาของสถาบันพระบรมราชชนก ในการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มุ่งเน้นชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น และระบบบริการในสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ที่มุ่งผลิตบัณฑิตที่มีความรอบรู้ ทั้งภาคทฤษฎี ภาคทดลองในห้องปฏิบัติการพยาบาลของวิทยาลัยฯ ภาคปฏิบัตินักศึกษาฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณจริงที่สถานบริการสุขภาพทุกระดับ โดยเน้นความรู้ สมรรถนะและทักษะด้านวิชาชีพพยาบาล โดยจะต้องผ่านการฝึกปฏิบัติหัตถการกับผู้ป่วยจริง (Praboromarajchanok Institute Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2021)

การจัดการเรียนการสอนภาคทดลองเป็นหัวใจสำคัญของการจัดการศึกษาพยาบาล เทคนิคการพยาบาลต่าง ๆ ไม่สามารถเรียนรู้หรือพัฒนาได้ จากการเรียนทฤษฎีเท่านั้น แต่ต้องพัฒนาทักษะจากการฝึกปฏิบัติจริง โดยมีอาจารย์ผู้สอนคอยชี้แนะอย่างใกล้ชิด ให้สามารถปฏิบัติทักษะได้อย่างถูกต้อง ก่อนออกฝึกภาคปฏิบัติเพื่อปฏิบัติหัตถการกับผู้ป่วยจริง จึงมีความจำเป็นต่อการเสริมทักษะการทำหัตถการในการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล การจัดสถานการณ์จำลองในห้องปฏิบัติการซึ่งหุ่นจำลองนับเป็นสื่อการสอนที่ทำให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์การเรียนรู้จากการเรียนรู้ของจริง ซึ่งอาจารย์ผู้สอนไม่สามารถนำผู้ป่วยจริงมาใช้ในการสอนทักษะการฝึกปฏิบัติได้ สามารถฝึกฝนทบทวนซ้ำ ๆ ได้ ทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองและฝึกฝนให้เกิดความชำนาญในทักษะที่ได้ฝึกเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจากการปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยด้วยทักษะที่ไม่ชำนาญ อาจทำให้เกิดอันตรายและก่อให้เกิดปัญหาทางจริยธรรมตามมาได้ (Yimyaem, 2016)

การฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการกับหุ่นจำลองหรือแบบจำลอง เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะทางการแพทย์ต่าง ๆ ของนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทักษะที่อาจก่อให้เกิดความเจ็บปวดหรือไม่สุขสบายแก่ผู้รับบริการ และยังเป็นปัญหาทางด้านจริยธรรมหากมีการกระทำซ้ำ ๆ เกินความจำเป็น ได้แก่ การฉีดยา การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการฉีดยาเข้าชั้นใต้ผิวหนัง และการฉีดยาเข้าชั้น (Nontaput, & Chotiban, 2021; Rompipat, 2020; Choeychom, & Rujiwatthanakorn, 2015; Chonlatankampanat, Suwannarat, & Pornngam, 2020) เป็นต้น นักศึกษาพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีการฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการซ้ำ ๆ หลายครั้ง จนสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง มีความพร้อมและความมั่นใจที่จะไปปฏิบัติจริงกับผู้รับบริการ ดังนั้นการพัฒนาหุ่นจำลองต่าง ๆ เพื่อช่วยส่งเสริมทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษา จึงควรมีการพัฒนาผ่านกระบวนการวิจัยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การใช้งานหุ่นจำลองเกิดประโยชน์สูงสุด สามารถใช้ในการพัฒนาทักษะต่าง ๆ ของนักศึกษาได้ตรงตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Chonlatankampanat, Suwannarat, & Pornngam, 2020)

ในรายวิชาการปฏิบัติการเด็กและวัยรุ่น 1, 2 ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา ได้จัดประสบการณ์ให้นักศึกษาขึ้นฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกวิกฤตและกึ่งวิกฤต ซึ่งหอผู้ป่วยทารกที่มีความวิกฤตต่อชีวิต สอดคล้องกับทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อยต้องอยู่ในตู้อบ และได้รับออกซิเจน กิจกรรมการพยาบาลและการรักษาของทารกแรกเกิดในภาวะวิกฤตมีความซับซ้อน ทารกต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้นักศึกษามีภาวะวิตกกังวลหรือมีความเครียดในการทำหัตถการใส่สายยางทางปากในทารก (Wangruangsatid, Wangruangsatid, Thongrat, Wanchai, & Rangsiyanon, 2017) ซึ่งนักศึกษาจำเป็นต้องปฏิบัติกับทารกแรกเกิดมีหลายทักษะ เช่น การทำความสะอาดสายสะดือ การเช็ดตา การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ การฉีดยาเข้าชั้นใต้ผิวหนัง และการใส่สายยางทางปากในทารก โดยเฉพาะทักษะการใส่สายยางอาหารทางปาก ถ้าปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง ใส่สายยางอาหารผิดเข้าสู่หลอดลม ทำให้ทารกมีปัญหาระบบทางเดินหายใจล้มเหลวและอาจส่งผลให้ทารกเสียชีวิตได้ ปัจจุบันหุ่นฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลต้องนำเข้าจากต่างประเทศ ซึ่งทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ อาจสืบเนื่องจากหุ่นฝึกทักษะต่าง ๆ ในทารกมีราคาสูง ส่งผลทำให้ไม่สามารถจัดซื้อหุ่นฝึกทักษะต่าง ๆ ในทารกได้

การขึ้นฝึกปฏิบัติงานในรายวิชาการปฏิบัติการเด็กและวัยรุ่น 1, 2 ที่ผ่านมานักศึกษาไม่ได้ฝึกทดลองทักษะการใส่สายยางทางปากในทารก เนื่องจากไม่มีหุ่นในการฝึกทักษะการใส่สายยางทางปากในทารก ส่งผลให้นักศึกษามีความวิตกกังวล และขาดความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะการใส่สายยางทางปากในทารก ในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานหอผู้ป่วยทารกวิกฤตและกึ่งวิกฤต ในรายวิชาการปฏิบัติการเด็กและวัยรุ่น 1,2 “การใส่สายยางทางปากในทารก” เป็นอีกหัตถการหนึ่งที่ผู้เรียนจำเป็นต้องได้รับการฝึกฝน จนเกิดทักษะที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานและความมั่นใจ เพื่อให้การปฏิบัติหัตถการมีความถูกต้องแม่นยำ อันจะนำไปสู่ความปลอดภัยของผู้ป่วยเด็ก จากการศึกษาของ Prommul, Nelson, Perngyai, Damsangsawat, Klerlhee, & Nawsuwan (2024) เรื่องการพัฒนานวัตกรรม “หุ่นฝึกการใส่สายยางทางปากในทารก” ซึ่งได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนงบประมาณด้านวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม ประจำปีงบประมาณ 2566 ได้สร้างพัฒนาหุ่นฝึกทักษะการใส่สายยางทางปากในทารก ผู้วิจัยสามารถนำหุ่น มาใช้ในการเรียนการสอนในรายวิชาการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 และ 2 โดยให้นักศึกษาฝึกทักษะการใส่สายยางทางปากในทารก ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานเพื่อเพิ่มความมั่นใจ ความชำนาญและความถูกต้องแม่นยำ อันจะนำไปสู่ความปลอดภัยของทารก

จากข้อมูลและแนวคิดข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการใช้หุ่นนวัตกรรมการใส่สายยางอาหารทางปากในทารก ต่อทักษะและประสิทธิผลของหุ่นในนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้นักศึกษาสามารถฝึกปฏิบัติหลาย ๆ ครั้ง จนเกิดความมั่นใจ เพื่อให้เกิดทักษะความคิด ความเข้าใจ เกิดทักษะและความชำนาญมากขึ้น (Psychomotor Domain) จากการฝึกปฏิบัติซ้ำ ๆ จนเกิดความชำนาญ มีความตระหนักถึงความปลอดภัยและความสุขสบายของผู้ป่วย รวมทั้งเกิดความมั่นใจก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยกับผู้ป่วยจริง

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

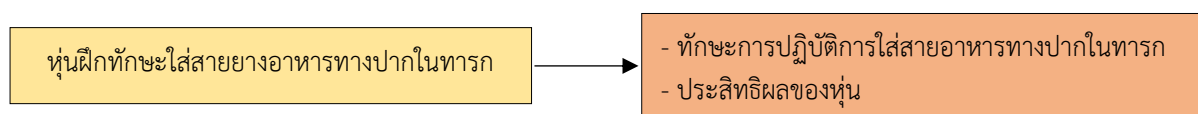
เพื่อศึกษาผลการใช้หุ่นนวัตกรรมการใส่สายยางอาหารทางปากในทารก ต่อทักษะและประสิทธิผลของหุ่น
ในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการใส่สายยางอาหารทางปากจากการใช้หุ่นนวัตกรรมการใส่สายยางอาหารทางปาก
ในทารก กับเกณฑ์ร้อยละ 80
2. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลหุ่นนวัตกรรมการใส่สายยางอาหารทางปากในทารก กับเกณฑ์ค่าเฉลี่ยใน
ระดับดีขึ้น (>3.50)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ (System Theory) (Donabedian, 2005) องค์ประกอบ
หลักของทฤษฎีประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ปัจจัยนำเข้า (inputs) ได้แก่ หุ่นนวัตกรรมการใส่สายยางอาหาร
ทางปากในทารก โดยการพัฒนานวัตกรรม “หุ่นฝึกการใส่สายยางทางปากในทารก” ของ Prommul, Nelson,
Perngyai, Damsangsawat, Klerlhee, & Nawsuwan (2024) 2) กระบวนการ (Processes) ได้แก่ การนำนวัตกรรม
หุ่นนวัตกรรมการใส่สายยางอาหารทางปากในทารก ที่สร้างขึ้นไปใช้เป็นการสอนในการฝึกปฏิบัติทักษะการใส่
สายยางอาหารทางปากในทารกของนักศึกษาพยาบาล และ 3) ผลลัพธ์ (Outputs) ได้แก่ การฝึกทักษะการใส่สายยาง
อาหารทางปากในทารก ประกอบด้วย คะแนนทักษะการใส่สายยางอาหารทางปากในทารก และคะแนนประสิทธิผล
ของหุ่นนวัตกรรมการใส่สายยางอาหารทางปากในทารกของนักศึกษาพยาบาล



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดเฉพาะหลัง
การทดลอง (One Group Only Post- test)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา ซึ่งลงทะเบียนเรียนรายวิชา
ปฏิบัติการพยาบาลทารกและวัยรุ่น 1, 2 ในภาคการศึกษาที่ 2 ระหว่าง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือน
กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 จำนวน นักศึกษาทั้งหมด 99 คน

กลุ่มตัวอย่าง

นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ขึ้นฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กก่อน โรงพยาบาลสงขลา หอผู้ป่วย
กึ่งวิกฤตทารกแรกเกิดและหอผู้ป่วยอภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลหาดใหญ่ กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีคำนวณโดยใช้
โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก Mean:
Difference from constant (one sample case) เลือกการทดสอบทางเดียว กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect
Size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง (Cohen, 1988) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power
= 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 45 คน แต่เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย

เด็กอ่อนโรงพยาบาลสงขลา จำนวน 36 คน หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิดและหอผู้ป่วยอภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 13 คน ผู้วิจัยจึงมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 49 คน

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ หุ่นฝึกการใส่สายยางทางปากในทารกและอุปกรณ์ที่ใช้ในการใส่สายยางอาหารทางปากทารก ได้แก่ สายยางอาหารเบอร์ 8 กระบอกฉีดยา (Syring) ขนาด 10 ซีซี พลาสเตอร์ ถังมือกรรไกร หูฟัง (Stethoscope) และผ้าห่อตัวเด็ก



ภาพ 2 หุ่นฝึกการใส่สายยางทางปากในทารกและอุปกรณ์ที่ใช้ในการใส่สายยางอาหารทางปากทารก

2. เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามเรื่องผลการใช้หุ่นนวัตกรรมการใส่สายยางอาหารทางปากในทารก ต่อทักษะและประสิทธิผลของหุ่นในนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยใช้แบบประเมินประสิทธิผลนวัตกรรมหุ่นฝึกการใส่สายยางทางปากในทารก จากวิจัยเรื่องการพัฒนาวัตกรรมการ “หุ่นฝึกการใส่สายยางทางปากในทารก” ของ Prommul, Nelson, Perngyai, Damsangsawat, Klerlhee, & Nawsuwan (2024) ซึ่งมีค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง .67 – 1.00 แบบประเมินทักษะพฤติกรรมกรรมการใส่สายยางทางปากในทารก และแบบสอบถามความพึงพอใจของนักศึกษาต่อวัตกรรมการได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ .77 และ .92 ตามลำดับ แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ เคยมีประสบการณ์ในการฝึกใส่สายยางทางปากในทารกมาก่อนหรือไม่ จำนวนครั้งที่เคยฝึก และท่านเคยฝึกกับอุปกรณ์/หุ่นฝึกการใส่สายยางชนิดใด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประเมินทักษะพฤติกรรมกรรมการใส่สายยางทางปากในทารก จำนวน 20 ข้อ โดยประเมินพฤติกรรมกรรมการใส่สายยางทางปากในทารกที่สร้างขึ้น มีเกณฑ์การให้คะแนน 2 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่ถูกต้อง (0 คะแนน) ปฏิบัติถูกต้อง (1 คะแนน) คะแนนรวมของแบบประเมินทักษะพฤติกรรมกรรมการใส่สายยางทางปากในทารก สูงสุด 20 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน ส่วนแบบประเมินต้องได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 60 ขึ้นไป ถึงจะผ่าน (College of Nursing Boromarajonani Songkhla, 2021) โดยแบ่งระดับคะแนนทักษะพฤติกรรมกรรมการใส่สายยางทางปากในทารก เป็น 3 ระดับดังนี้

17 - 20 คะแนน (ร้อยละ 81.00 - 100) หมายถึง มีทักษะการใส่สายยางทางปากในทารกระดับดี

15 - 16 คะแนน (ร้อยละ 71.00 - 80.00) หมายถึง มีทักษะการใส่สายยางทางปากในทารกระดับปานกลาง

12 - 14 คะแนน (ร้อยละ 60.00 - 70.00) หมายถึง มีทักษะการใส่สายยางทางปากในทารกระดับพอใช้

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประสิทธิผลหุ่นนวัตกรรมการใส่สายยางอาหารทางปากในทารก จำนวนทั้งสิ้น 11 ข้อ ด้านประสิทธิภาพการใช้งาน ด้านคุณลักษณะของหุ่นจำลอง ด้านความปลอดภัยในการใช้หุ่นและความพึงพอใจต่อการใช้หุ่นในภาพรวม โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยแบบประเมินลักษณะมาตรฐานค่า

5 ระดับ จาก 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด ถึง 1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด การแปลความหมาย ประสิทธิผลหุ่น จากคะแนนเฉลี่ยระดับ ดังนี้ (Tansiri, Prasertwong, Kathikarn, Traipak, & Insakol, 2018)

- คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง ประสิทธิผลหุ่นอยู่ในระดับมากที่สุด
- คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง ประสิทธิผลหุ่นอยู่ในระดับมาก
- คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง ประสิทธิผลหุ่นอยู่ในระดับปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง ประสิทธิผลหุ่นอยู่ในระดับน้อย
- คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง ประสิทธิผลหุ่นอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของคุณภาพของ หุ่นนวัตกรรมและแบบสอบถาม จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ผู้สอนที่มีประสบการณ์ ด้านการใส่สายยางอาหารทางปากในทารก จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการทำหุ่นด้วยยางพารา จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการให้บริการในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดจำนวน 1 ท่าน โดยผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่าน พิจารณาลงความเห็น ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ .67 และ 1.00

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามทดลองใช้กับนักศึกษารายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ในปีการศึกษา 2566 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา จำนวน 30 คน ได้ค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ .77 และ .92 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการขอพิจารณาศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัย การสาธารณสุข สิรินคร จังหวัดยะลา และก่อนเก็บข้อมูลได้ชี้แจงรายละเอียดครอบคลุมข้อมูล
2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา เพื่อขอเก็บข้อมูลวิจัย
3. ผู้วิจัยมีการนัดหมาย กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 จำนวน 49 คน เพื่อดำเนินการเก็บ ข้อมูลวิจัย เมื่อนัดหมาย วันเวลาได้แล้ว ก็พบกลุ่มตัวอย่างวิจัย
4. ผู้วิจัยชี้แจงชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบและบอกวัตถุประสงค์

ขั้นตอนการทดลอง

5. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม พร้อมทั้ง อธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัย หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างลงมือปฏิบัติทักษะการใส่สายยางทางปาก ตามขั้นตอนดังนี้

5.1 ขั้นตอนการเตรียม

- 5.1.1 ตรวจสอบแผนการรักษา
- 5.1.2 ประเมินผู้ป่วยด้านกายภาพ/สรีรภาพ เช่น ดูเสมหะก่อนใส่สายยางอาหารทางปาก
- 5.1.3 แจ้งให้ญาติ/บิดา มารดา รับทราบเกี่ยวกับแผนการรักษาใส่สายยางทางปาก
- 5.1.4 ล้างมือ 7 ขั้นตอน
- 5.1.5 เตรียมอุปกรณ์ให้อาหารได้ครบถ้วน ได้แก่ สายยางอาหารเบอร์ 8 กระบอกฉีดยา (Syring)

ขนาด 10 ซีซี หูฟัง (Stethoscope) พลาสเตอร์ ถุงมือ กรรไกรและผ้าห่อตัวเด็ก

5.2 ขั้นตอนการปฏิบัติ

- 5.2.1 จัดท่าผู้ป่วยในท่า Fowler's Position หรือนอนศีรษะสูง 45 องศา พร้อมห่อตัวให้ผู้ป่วย
- 5.2.2 ใส่ถุงมือสะอาด
- 5.2.3 วัดความยาวของสายให้อาหารถูกต้อง (ปลายจมูก ถึง ตีงหู ถึง จุดกึ่งกลางระหว่างใต้ลิ้นปี่) กับสะดือ เพื่อระบุความลึกของสายให้อาหาร โดยมีการติดพลาสเตอร์เพื่อระบุตำแหน่งที่วัดได้
- 5.2.4 ใส่สายให้อาหารทางปากอย่างนุ่มนวลโดยให้ผู้ป่วยเงยหน้าขึ้นเล็กน้อย
- 5.2.5 ใส่สายอาหารถึงระดับความลึกที่ประเมินไว้

5.2.6 ขณะใส่สายให้อาหาร ให้สังเกตอาการ ไอ สำลัก หน้าเขียว หายใจหอบ ให้รีบดึงออก

5.2.7 ทดสอบตำแหน่งของสายอยู่ในกระเพาะอาหารถูกต้อง

กรณีวิธีที่ 1 มีการอธิบายได้ถูกต้องจากนักศึกษา คือ ต่อกระบอกฉีดยาสำหรับให้อาหาร (Syringe Feed) และดูดของเหลวในกระเพาะอาหาร (Gastric Content)

พร้อมสังเกตลักษณะ สีของสิ่งคัดหลั่งจากกระเพาะอาหาร

กรณีวิธีที่ 2 ต้องทดสอบ (เนื่องจากต้องมีการทดสอบหุ่นนวดกรรม) ต่อ กระบอกฉีดยาสำหรับให้อาหาร (Syringe Feed) ให้ดันลม 3 มิลลิลิตร พร้อมฟังเสียงตำแหน่งบริเวณกระเพาะอาหาร

5.2.8 ติดสายให้อาหารด้วยพลาสติก ไม่ให้เกิดการดึงรั้งบริเวณใต้ริมฝีปาก

5.2.9 ปิดจุกสายให้อาหารให้แน่น

5.2.10 จัดท่าของทารกในตำแหน่งท่านอนที่เหมาะสม

5.2.11 เขียนวันที่ใส่สายยางและวันที่หมดอายุไว้บนพลาสติกที่ตรงสายยาง

5.2.12 ถอดถุงมือ

5.3 ขั้นตอนการเก็บและการบันทึก

5.3.1 เก็บ syringe feed และ/หรือถาด

5.3.2 ล้างมือ 7 ขั้นตอน

5.3.3 บันทึกทางการพยาบาล การใส่สายยางทางปาก

ขณะที่กลุ่มตัวอย่างลงมือปฏิบัติทักษะการใส่สายยางทางปาก ผู้วิจัยทำการประเมินแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประเมินทักษะพฤติกรรมกรรมการใส่สายยางทางปากในทารก

ขั้นหลังทดลอง

6. กลุ่มตัวอย่างทำการประเมินตอบแบบสอบถามเรื่องผลการใช้หุ่นนวดกรรมการใส่สายยางอาหารทางปาก ในทารกต่อทักษะและคุณภาพของหุ่นในนักศึกษาพยาบาลในส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 3 แบบสอบถาม ประสิทธิภาพหุ่นนวดกรรมการใส่สายยางอาหารทางปากในทารก

7. ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินผล (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติ โดยคำนวณ ค่าความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์ คะแนนประเมินทักษะการใส่สายยางทางปากในทารกคุณภาพของหุ่น โดยคำนวณ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบทักษะการใส่สายอาหารทางปาก และเปรียบเทียบประสิทธิภาพหุ่นนวดกรรมการใส่สายยางอาหารทางปากในทารก โดยใช้สถิติ One – sample T Test ซึ่งผู้วิจัยทดสอบการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ด้วยสถิติ Shapiro-wilk Test

จริยธรรมวิจัย

โครงร่างวิจัยขอรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินคร จังหวัดยะลา รหัส SCPHYLIB - 2566/237 รับรองตั้งแต่ 3 พฤศจิกายน 2566 - 3 พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป นักศึกษาเพศหญิงจำนวน 49 คน คิดเป็น ร้อยละ 100.00 นักศึกษาอายุ 21 ปี มากที่สุด จำนวน 27 คน คิดเป็น ร้อยละ 55.10 รองลงมาคืออายุ 20 ปี จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 44.90 นักศึกษาไม่เคยมี ประสบการณ์มากที่สุด จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 91.80 และเคยมีประสบการณ์ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 8.20

2. เปรียบเทียบทักษะการใส่สายอาหารทางปากจากการใช้หุ่นนวัตกรรมการใส่สายยางอาหารทางปากในทารก

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละทักษะพฤติกรรมการใส่สายยางทางปากในทารกของนักศึกษา (n = 49)

ทักษะพฤติกรรมการใส่สายยางทางปากในทารก	N	ร้อยละ
ระดับดี	36	73.50
ระดับปานกลาง	10	20.40
ระดับพอใช้	3	6.10

จากตาราง 1 พบว่า นักศึกษามีทักษะพฤติกรรมการใส่สายยางทางปากในทารกในระดับดีมากที่สุด จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 73.50 รองลงมาในระดับปานกลาง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 20.40 และระดับพอใช้ จำนวน 3 คน เป็นร้อยละ 6.10

3. เปรียบเทียบประสิทธิผลหุ่นนวัตกรรมการใส่สายยางอาหารทางปากในทารกกับเกณฑ์ค่าเฉลี่ยในระดับดีขึ้นไป (>3.50)

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ และระดับประสิทธิผลหุ่นนวัตกรรมการใส่สายยางอาหารทางปากในทารก (n = 49)

รายการประเมิน	M	SD	ระดับ
1. ด้านประสิทธิภาพการใช้งาน	4.73	0.61	มากที่สุด
1.1 การใช้หุ่นจำลองช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ ในการพัฒนาทักษะการใส่สายยางทางปากในทารกได้ด้วยตนเอง	4.81	0.55	มากที่สุด
1.2 หลังจากใช้หุ่นจำลองการใส่สายยางทางปากในทารก ทำให้ผู้เรียนมีความมั่นใจ ช่วยลดความวิตกกังวลในการฝึกปฏิบัติบนผู้ป่วย	4.75	0.62	มากที่สุด
1.3 การใช้หุ่นจำลองการใส่สายยางทางปากในทารกมีความเสมือนจริงในการฝึกกับผู้ป่วย	4.38	0.95	มาก
1.4 สามารถใช้หุ่นจำลองการใส่สายยางทางปากในทารกฝึกซ้ำได้หลายครั้ง	4.93	0.42	มากที่สุด
1.5 สามารถพัฒนาสมรรถนะการใส่สายยางทางปากในทารกได้ตามมาตรฐาน	4.77	0.60	มากที่สุด
1.6 ผู้เรียนมีความสุขเพลิดเพลินกับการใช้หุ่นจำลองการใส่สายยางทางปากในทารก	4.79	0.65	มากที่สุด
2. ด้านคุณลักษณะของหุ่นจำลอง	4.65	0.57	มากที่สุด
2.1 ความเสมือนจริงของสีและความนิ่มของหุ่นจำลอง	4.46	0.97	มาก
2.2 ความสมบูรณ์ของโครงสร้างตามหลักกายวิภาค เช่น ขนาด สัดส่วน อวัยวะที่เกี่ยวข้องมีความเสมือนจริง	4.67	0.73	มากที่สุด
2.3 ความประณีต สวยงาม ของหุ่นจำลอง	4.65	0.62	มากที่สุด
2.4 วัสดุของหุ่นจำลองมีความทนทานและดูแลง่าย	4.83	0.53	มากที่สุด
3. ด้านความปลอดภัยในการใช้หุ่น	4.83	0.89	มากที่สุด
4. ความพึงพอใจต่อการใช้หุ่นในภาพรวม	4.85	0.50	มากที่สุด
รวม	4.73	0.32	มากที่สุด

จากตาราง 2 ประสิทธิภาพหุ่นนวัตกรรมการใส่สายยางอาหารทางปากในทารกในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.73, SD = 0.32$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านประสิทธิภาพ ($M = 4.73, SD = 0.61$) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ สามารถใช้หุ่นจำลองการใส่สายยางทางปากในทารกฝึกซ้ำได้หลายครั้ง ($M = 4.93, SD = 0.42$) รองลงมาคือ การใช้หุ่นจำลองช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ ในการพัฒนาทักษะการใส่สายยางทางปากในทารกได้ด้วยตนเอง ($M = 4.81, SD = 0.55$) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การใช้หุ่นจำลองการใส่สายยางทางปากในทารก

มีความเหมือนจริงในการฝึกกับผู้ป่วย ($M = 4.38, SD = 0.95$) ในด้านคุณลักษณะของหุ่นจำลอง ($M = 4.65, SD = 0.57$) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ วัสดุของหุ่นจำลองมีความทนทานและดูแลง่าย ($M = 4.83, SD = 0.53$) รองลงมาคือ ความประณีต สวยงาม ของหุ่นจำลอง ($M = 4.65, SD = 0.62$) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ความเหมือนจริงของสีและความนิ่มของหุ่นจำลอง ($M = 4.46, SD = 0.97$) สำหรับด้านความปลอดภัยในการใช้หุ่น ($M = 4.83, SD = 0.89$) และด้านความพึงพอใจต่อการใช้หุ่นในภาพรวม ($M = 4.85, SD = 0.50$)

ตาราง 3 เปรียบเทียบทักษะการใส่สายอาหารทางปากในทารกและเปรียบเทียบประสิทธิผลหุ่นนวัตกรรมการใส่สายยางอาหารทางปากในทารก กับเกณฑ์ ($n = 49$)

ตัวแปร	เกณฑ์	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P-value</i> (1 -tailed)
ทักษะการใส่สายอาหารทางปาก	ร้อยละ 80	85.85	13.07	3.14	48	.001
ประสิทธิผลหุ่นนวัตกรรมการใส่สายยางอาหารทางปาก	> 3.50	4.73	0.32	26.45	48	.001

จากตาราง 3 หลังทดลองจากการใช้หุ่นนวัตกรรมการใส่สายยางอาหารทางปากในทารก คะแนนเฉลี่ยทักษะการใส่สายอาหารทางปากในทารกสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยประสิทธิผลหุ่นนวัตกรรมการใส่สายยางอาหารทางปากในทารกมากกว่าเกณฑ์ค่าเฉลี่ยในระดับดีขึ้นไป (> 3.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การอภิปรายผล

1. คะแนนเฉลี่ยทักษะการใส่สายอาหารทางปากในทารก หลังทดลองจากการใช้หุ่นนวัตกรรมการใส่สายยางอาหารทางปากในทารก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 85.85 ($SD = 13.07$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 กลุ่มทดลองยังสามารถฝึกฝนทักษะจากหุ่นเหมือนจริงนี้ด้วยตัวเองได้ตามต้องการ ส่งผลทำให้เกิดความพร้อมและความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติ ซึ่งผลของการพัฒนาสื่อการสอนเหมือนจริงช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดทักษะจากประสบการณ์เหมือนจริงและเกิดความมั่นใจ รวมทั้งต้องการฝึกเพื่อความชำนาญเพิ่มขึ้น (Pataipakaipet, & Nithitantiwat, 2020) การจัดการเรียนรู้ที่ใช้หุ่นนวัตกรรมการเรียนรู้เป็นฐานในการบูรณาการเรียนรู้เป็นการมุ่งเน้นให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง พร้อมทั้งเป็นการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลอีกด้วย (Yingyod, Tangkratok, Ajtham, Phianthanakan, Phonthana, & Trinathawan, 2020) กับการศึกษาของ Rompipat (2020) ศึกษาการพัฒนาแบบจำลองเพื่อฝึกฉีดวัคซีนเข้าในหนัง และประสิทธิผลของการใช้แบบจำลองต่อทักษะการปฏิบัติและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ผลการวิจัยพบว่าแบบจำลองมีรูปแบบเป็นแผ่นหนังจำลองหล่อด้วยยางซิลิโคน สามารถใช้ฝึกปฏิบัติการฉีดวัคซีนเข้าในหนัง มีคะแนนเฉลี่ยการประเมินคุณภาพอยู่ในระดับดี มีความคงทนในการใช้งานและใช้สาคิดได้อย่างต่อเนื่อง คะแนนความพึงพอใจต่อการใช้แบบจำลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมฝึกฉีดวัคซีนเข้าในหนังของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นการใช้แบบจำลองที่พัฒนาใหม่สามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความพึงพอใจในการฝึกทักษะการฉีดวัคซีนเข้าในหนังมากขึ้น

2. คะแนนเฉลี่ยประสิทธิผลหุ่นนวัตกรรมการใส่สายยางอาหารทางปากในทารกอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.73, SD = 0.61$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การจัดสถานการณ์จำลองในห้องปฏิบัติการซึ่งหุ่นจำลองนับเป็นสื่อการสอนที่ทำให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์การเรียนรู้รองจากการเรียนรู้ของจริง ซึ่งอาจารย์ผู้สอนไม่สามารถนำผู้ป่วยจริงมาใช้ในการสอนทักษะการฝึกปฏิบัติได้ สามารถฝึกฝนทบทวนซ้ำ ๆ ได้ ทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองและฝึกฝนให้เกิดความชำนาญในทักษะที่ได้ฝึก เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจากการปฏิบัติกับผู้ป่วยด้วยทักษะที่ไม่ชำนาญ อาจทำให้เกิดอันตรายและก่อให้เกิดปัญหาทางจริยธรรมตามมาได้

(Yimyaem, 2016) ซึ่งสอดคล้องกับ Henkaew, Thongsawat, & Yotkat (2018) ได้ทำการวิจัยเรื่องการพัฒนาหุ่นต้นแบบ “ดีต่อใจ” เพื่อฝึกการกดหน้าอกสำหรับนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่าหุ่นต้นแบบ “ดีต่อใจ” เพื่อฝึกการกดหน้าอกมีลักษณะเป็นหุ่นผ้าหุ้มยางพารา ภายในมีสปริงและแผ่นวงจรรับน้ำหนักอิเล็กทรอนิกส์ต่อพ่วงกับจอแสดงผล และเมื่อนำไปทดลองใช้พบว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่คะแนนความพึงพอใจต่อวัตกรรมการนี้ในระดับมากและมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Nontaput, & Chotiban (2021) ศึกษาการพัฒนาวัตกรรมการให้สารน้ำบริเวณแขน พบว่าคุณภาพหุ่น ความพึงพอใจ และความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาลที่ใช้หุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าหุ่นเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของ Sinsawad, & Chuawong (2022) ศึกษาการพัฒนาวัตกรรมการหัดทักษะการดูดเสมหะ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้นวัตกรรมการหัดทักษะการดูดเสมหะสูงกว่าหุ่นดูดเสมหะของวิทยาลัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การศึกษาของ Chaivasang, Machompoo, Sakulkaemaruehai, Sridet, & Nanudorn, (2022) และการศึกษาของ Chotiban, Nawsuwan, Nontaput, & Rodniam (2013) พบว่าหุ่นฝึกที่พัฒนาขึ้นจากยางพาราธรรมชาติทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมาก

และพัฒนาให้มีประสิทธิภาพ ลักษณะกายวิภาคของทารกมีความเหมือนจริงยิ่งขึ้น นักศึกษาสามารถฝึกปฏิบัติทักษะต่าง ๆ ซ้ำๆ จากหุ่นฝึกการใส่สายยางทางปากในทารก จนทำให้เกิดความชำนาญในทักษะนั้น ๆ และมั่นใจจนสามารถไปให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ อันจะนำไปสู่การเสริมสร้างและพัฒนาทักษะการปฏิบัติหัตถการแก่ผู้รับบริการ ที่ถูกต้อง แม่นยำ และปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ เป็นที่ยอมรับของสถาบันการศึกษายาบาลอื่น ๆ และสิ่งที่สำคัญที่สุดสามารถนำนวัตกรรมหุ่นฝึกการใส่สายยางทางปากในทารก สามารถนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ รายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

การนำผลวิจัยไปใช้

1. นักศึกษาที่ได้ฝึกการใส่สายยางทางปากในทารกจากหุ่นนวัตกรรมที่ได้สร้างขึ้น ทำให้เกิดความมั่นใจในการทดลองปฏิบัติการในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทั่วประเทศ
2. พยาบาลจบใหม่สามารถนำหุ่นฝึกการใส่สายยางทางปากในทารกไปใช้ฝึกการใส่สายยางทางปากในทารก ในหอผู้ป่วยอภิบาลทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยทารกถึงวิกฤตและวิกฤต โรงพยาบาลทั่วประเทศ
3. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทั่วประเทศ และโรงพยาบาลทั่วประเทศที่มีหอผู้ป่วยวิกฤตและถึงวิกฤตในทารกแรกเกิด ลดงบประมาณในการจัดซื้อหุ่นฝึกการใส่สายยางทางปากในทารกจากต่างประเทศ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาหุ่นฝึกการใส่สายยางทางปากในทารก โดยเพิ่มความสมบูรณ์ของโครงสร้างตามหลักกายวิภาค
2. ควรมีการทดลองเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้หุ่นเดิม และกลุ่มที่ใช้หุ่นที่พัฒนาทักษะฝึกการใส่สายยางทางปากในทารก โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง

References

- Chaivasang, P., Machompoo, N., Sakulkaemaruehai, C., Sridet, R., & Nanudorn, A. (2022). Development of an innovative model from natural rubber for practicing suture skills. *Journal of Health Science Research*, 16(3), 13-25. (in Thai)
- Cheycom, S., & Rujiwattanakorn, D. (2015). Using innovative arm puppets in practicing intravenous fluid administration. The veins of nursing students. *Ramathibodi Nursing News*, 21(3), 395-407. (in Thai)

- Chonlatankampanat, W., Suwannarat, K., & Pornngam, K. (2020). The development of a part-changed newborn model innovation to promote self-confidence and nursing practice skills among nursing students. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 34(1). 1-16. (in Thai)
- Chotiban, P., Nawsuwan, K., Nontaput, T., & Rodniam, J. (2013). Innovation of assisted models for practicing basic nursing skills. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 5(3), 1-12 (in Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2 ed.) Hillsdale. Ni Lawrence Earm Associates.
- College of Nursing Boromarajonani Songkhla. (2021). *Strategic Plan, Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Fiscal Year 2022-2026*. Boromarajonani College of Nursing, Songkhla.
- Donabedian A. (2005). Evaluating the quality of medical care. 1966. *The Milbank quarterly*, 83(4), 691–729. doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Henkaew, W., Thongsawat, T., & Yotkat, P. (2018). Development of DeeTorJai Model for chest compression training among nursing students. *Nursing Journal*, 45(4), 171-180. (in Thai) <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/162685>
- Nontaput, T., & Chotiban, P. (2021). Intravenous venipuncture: New development in training on arm manikin. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 8(3), 49-60. (in Thai)
- Pataipakaipet W., & Nithitantiwat P. (2020). Mechanism of labor simulator for nursing students. *Journal of Health and Nursing Research*, 36(3), 233-243. (in Thai)
- Praboromarajchanok Institute Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2021). *Strategic plan of Praboromarajchanok Institute Specialized Higher Education Institutions under the Ministry of Public Health Fiscal Year 2020-2024*. Praboromarajchanok Institute Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Prommul, J., Nelson, W., Perngyai, C., Damsangawat, N., Klerlhee, T., & Nawsuwan, K. (2024). *Developmental Innovation of Neonate Model Used for Orogastric Intubation*. Praboromarajchanok Institute Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Songkhla.
- Rompipat, S. (2020). Developing a model for intradermal injection and its effect upon performance skills and satisfaction levels of third-year nursing students. *Journal of Science and Technology (Science Technology)*, 29(4), 688-700. (in Thai)
- Sinsawad, P., & Chuawong, P. (2022). Innovative development of assisted model for suction skill. *Journal of The Royal Thal Ammy Nurses*. 23(3), 409-410. (in Thai)
- Tansiri, P., Prasertwong, S., Kathikarn, R., Traipak, C., & Insakol, C. (2018). *The Effectiveness of The Teaching Techniques of Injection by Using A Newly Produced Models*. Kanchanaburi: Faculty of Nursing Western University. <https://www.western.ac.th/pages/nsk-portfolio-teacher-s-workdf>. (in Thai)

- Wangruangsatid, R., Thongrat, Y., Wanchai, A., & Rangsiyanon, J. (2017). Perceived neonatal critical care nurse practitioner competencies of trainees completing the neonatal critical care nurse practitioner program. *Journal of Nursing and Health Care*, 35(4), 185-193. (in Thai)
- Yimyaem, S. (2016). Developing stimulation model for to training clinical skill of health sciences students. *Nursing Journal*, 43(2), 142 – 151. (in Thai)
- Yingyod, P., Tangkratok, P., Ajtham, W., Phianthanakan, N., Phonthana, p., & Trinathawan. W. (2020). A study of learning management using innovation as a base for nursing students in the 21st century. *Journal of Health Science, Boromarajonani College of Nursing, Saraphisit-Prasong*, 4(2), 101-121. (in Thai)

การเปรียบเทียบรูปแบบและต้นทุนการจัดบริการสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปยังองค์การปกครอง
ส่วนท้องถิ่นในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง

A Comparative Study on Service Models and Health Care Costs in Palliative Care
between Transferred and Non-Transferred Subdistrict Health Promoting Hospitals to
Local Administrative Organizations in the Primary Care Network of Lampang Hospital

วันวิสาข์ เทียมเย็น¹, นกษา สิงห์วีระธรรม^{2*}, พัลลภ เชี่ยวชัยสกุล²

Wanwisa Tiemyen¹, Noppcha Singweratham^{2*}, Pallop Siewchaisakul²

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าเทียง จังหวัดลำปาง, ²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹Ban Pa Hiang Tumbon Health Promotion Hospital, Lampang Province,

²Faculty of Public Health Chiang Mai University

(Received: March 16, 2025; Revised: June 13, 2025; Accepted: June 13, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธีมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และรูปแบบ 2) เปรียบเทียบต้นทุนการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และรูปแบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 11 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ขั้นตอนที่ 2 การเปรียบเทียบต้นทุนการจัดบริการ ศึกษาข้อมูลต้นทุนการจัดบริการและต้นทุนผู้ป่วยระดับรายบุคคล ประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าครุภัณฑ์ ปีงบประมาณ 2567 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า

1. นโยบายการจัดบริการ การรับส่งต่อข้อมูลการให้บริการ บุคลากร การเบิกยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ผู้ป่วยประคับประคองเป็นไปในทิศทางเดียวกันระหว่างระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไป อปท. ทั้งนี้แม้ว่า ในช่วงแรกของการถ่ายโอนยังพบปัญหาด้านการประสานงาน แต่เมื่อมีการทำบันทึกข้อตกลง (MOU) ระดับจังหวัด ทำให้การประสานงาน มีความคล่องตัวมากขึ้น

2. กิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประคับประคองจำนวน 148 คน อายุเฉลี่ย 71 ปี เป็นผู้ป่วยมีโรคเรื้อรังระดับปานกลาง ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน ต้นทุนรวมเท่ากับ 684,519.51 บาท มีต้นทุนค่าแรง ค่าลงทุน ค่าวัสดุ ร้อยละ 98.11, 1.59 และ 0.30 ตามลำดับ ต้นทุนผู้ป่วยต่อคน เท่ากับ 4,625.13 บาท ต้นทุนต่อครั้ง เท่ากับ 3,259.62 บาท และพบต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยในกลุ่มเสพติดที่ใช้ในการบรรเทาอาการปวดมีต้นทุนสูงสุด เท่ากับ 7,481.65 ต่อคน

การทราบต้นทุนผู้ป่วยระดับรายบุคคลทำให้เห็นถึงการใช้ทรัพยากรในการจัดบริการ เพื่อเป็นประโยชน์ในการบริหารจัดการทรัพยากรและปรับปรุงรูปแบบการจัดบริการในบริบทของโรงพยาบาลแม่ข่ายในสถานการณ์การถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อปท. ต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยประคับประคอง ต้นทุนการจัดบริการ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: noppcha.s@cmu.ac.th)

Abstract

This mixed-methods research aimed to: 1) explore the current situation and service models, and 2) compare the costs for palliative care services between Subdistrict Health Promoting Hospitals (SHPHs) that have been transferred or not to a Local Administrative Organizations (LAO) in the primary care network of Lampang Hospital. The study was conducted in two phases. Phase 1 involved examining the situation and service models of palliative care through in-depth interviews, using a semi-structured interview guide with 11 purposively selected palliative care providers. Data were analyzed using content analysis. Phase 2 focused on comparing service costs. Cost data were collected at both the service level and the individual patient level, including labor, materials, and equipment costs for the fiscal year 2024. Data were analyzed and presented using descriptive statistics. The results revealed as follows.

1. The policies, service referral systems, personnel, drug and non-drug supplies for palliative care patients were found to be aligned between transferred and non-transferred SHPHs. Although coordination issues were initially observed after the transfer, the implementation of a province-level Memorandum of Understanding (MOU) improved coordination efficiency.

2. A total of 148 home visit activities were conducted for palliative care patients, with an average patient age of 71 years. Most patients had moderate chronic illnesses, with no significant differences between the transferred and non-transferred groups. The total cost of services was 684,519.51 THB, with labor, capital, and material costs accounting for 98.11%, 1.59%, and 0.30%, respectively. The average cost per patient was 4,625.13 THB, and the cost per visit was 3,259.62 THB. The highest individual service cost was for opioid medications used for pain relief, at 7,481.65 THB per person.

Understanding individual patient-level costs provides insights into resource utilization for service provision, which can support more effective resource management and inform improvements in service models within the context of SHPH transfers to LAOs.

Keywords: Palliative Care Patients, Service Cost, Primary Care Network, Local Administrative Organization

บทนำ

การกระจายอำนาจระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการปฏิรูปงานและการบริหารจากการบริหารส่วนกลาง ถ่ายโอนไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเป็นการจัดระเบียบการบริหารของภาครัฐ ซึ่งดำเนินการตามหลักการกระจายอำนาจ (Decentralization) มีการใช้อำนาจที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน (Cohen, & Peterson, 1999) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ถือเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีบทบาทในการจัดบริการตามแนวทางที่พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 มีขอบเขตการดำเนินการบริการสาธารณสุขผสมผสาน ทั้งในระดับ บุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากการจัดบริการสาธารณสุขและการแพทย์ เช่น ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Suppatheerathada, 2020) ในประเทศไทย ปัญหาที่ทำให้การถ่ายโอนไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เกิดจากความไม่ชัดเจนในนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข (Netipothi, 2006) โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการประเมินความพร้อมที่สูงเกินไป (Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee, 2021) ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีนโยบายในการถ่ายโอนและมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณ (Saengmano, Siriwohan, &

Phichai, 2014) อีกทั้งในการถ่ายโอนนั้นประชาชนและชุมชนยังไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการถ่ายโอนและการกิจด้านสาธารณสุข (Kulthanmanusorn, Saengruang, & Wanwong, 2012) สภาพปัญหาพื้นที่ที่ถ่ายโอนไปแล้วพบปัญหาเชิงโครงสร้างองค์กรและโครงสร้างพื้นฐาน ประกอบไปด้วย ระบบการบริหารงานบุคคล (Pitayarangsarit, Tosanguan, & Sumalee, 2010) การกำกับติดตาม การบริหาร ที่เกิดจากส่วนราชการขาดการบูรณาการแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน (Techaatik, & Nakham, 2010) รวมถึงการกังวลปัญหาการเมืองท้องถิ่น (Kulthanmanusorn, Saengruang, & Wanwong, 2012) ดังนั้นการกระจายอำนาจด้านบริการสาธารณสุขในรูปแบบการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อปท. ถือเป็นจุดเปลี่ยนของระบบสุขภาพในการดูแลสุขภาพของประชาชน

การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลที่มุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว (Department of Medical Services, 2020) มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการพยากรณ์ของโรค การรักษา และผลประโยชน์จากความเสี่ยงของการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจรับการรักษาได้ดียิ่งขึ้น (Mack, Cronin, Keating, Taback, Huskamp, Malin, et al.) โดยการดูแลแบบประคับประคองจะคำนึงถึงความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัว การรักษาแบบประคับประคองตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจนถึงช่วงที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต แบบองค์รวมจนถึงวาระสุดท้าย เมื่อกล่าวถึงผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง คนทั่วไปอาจคิดถึงภาพของผู้ป่วยที่หมดหวัง รอความตาย ใกล้เสียชีวิต ไม่สามารถรับการดูแลหรือการรักษาใด ๆ ได้อีก แต่แท้จริงแล้วสามารถช่วยเหลือบรรเทาอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ (Sriratanaban, Singhavira, Kamwong, & Maneechay, 2024) ในปี พ.ศ.2567 ประเทศไทยมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยประคับประคองและต้องรับแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ทั้งหมด 209,990 ราย (Health Data Center, 2024) โดยเครือข่ายดูแลประคับประคองแห่งประเทศไทย พบความชุกของผู้ป่วยระยะท้ายร้อยละ 18.72 เป็นกลุ่มโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่นที่ไม่ใช่มะเร็ง ร้อยละ 55.66 และ 44.44 ตามลำดับ ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการปรึกษาและอยู่ในการดูแลของศูนย์ดูแลประคับประคองเพียงร้อยละ 17 เท่านั้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากศูนย์ดูแลประคับประคอง พบว่ามีแผนการดูแลล่วงหน้า ร้อยละ 88.7 ในขณะที่กลุ่มที่ไม่มีทีมดูแลประคับประคองพบ ร้อยละ 15.7 ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ไม่มีแผนการดูแลล่วงหน้าได้รับการรักษาที่รุกรานและไม่ก่อเกิดประโยชน์สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Pairojkul, Thongkhamcharoen, Raksasataya, Sorasit, Nakawiro, Sudsa, et al., 2001) และถึงแม้ว่าจะมีการดูแลแบบองค์รวม แต่บุคลากรทางการแพทย์ยังไม่มีความพร้อมหรือความเข้าใจในการนำวิธีการดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ รวมถึงขาดหลักฐานเชิงวิชาการที่จะมาสนับสนุนประเด็นเรื่องความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการใช้การดูแลผู้ป่วยประคับประคองมีค่าใช้จ่ายสูง ข้อมูลจากโรงพยาบาลของรัฐและองค์กรชุมชนในประเทศไทยจำนวน 7 แห่ง พบว่า ต้นทุนที่ใช้ในแผนกผู้ป่วยในมีค่าเฉลี่ย 6,451.68 บาทต่อรายต่อวัน ในขณะที่ต้นทุนในการเยี่ยมบ้านมีค่าเฉลี่ย 1,338.57 บาทต่อครั้ง (Vankun, Saramunee, & Chaiyasong, 2021) จะเห็นได้ว่าการดูแลแบบประคับประคองช่วยลดต้นทุนโดยตรงต่อวัน อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับผู้ป่วยการดูแลแบบปกติ การทราบถึงต้นทุนการจัดบริการจึงมีความสำคัญต่อหน่วยบริการทางการแพทย์เพื่อให้ทราบถึงต้นทุนผู้ป่วยระดับรายบุคคล ต้นทุนต่อหน่วยซึ่งจะทราบถึงลำดับความสำคัญของปัญหาการบริหารจัดการด้านงบประมาณ เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานขององค์กรและการประเมินความคุ้มค่าทางสาธารณสุข (Chaikledkaew, 2014) และยังพบว่าต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมีต้นทุนสูง คิดเป็นร้อยละ 52.72 ของต้นทุนรวมต่อราย ซึ่งมากกว่าต้นทุนในการจัดบริการในชุมชน ดังนั้นการศึกษาความชุกของผู้ป่วยแบบประคับประคองอาจช่วยในการประเมินสถานการณ์ความต้องการด้านการดูแลประคับประคองได้ (Keramatikerman, 2020) ช่วยให้สถานบริการด้านสุขภาพดำเนินการบริการรักษาสุขภาพผู้ป่วยแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแบบประคับประคอง

โรงพยาบาลลำปางเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายให้กับเครือข่ายบริการปฐมภูมิทั้ง รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปยัง อปท. มีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนบุคลากร ยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยากำหนดรูปแบบแนวทางการดูแลสุขภาพประชาชนให้เป็นไปตามมาตรฐาน ปัจจุบันโรงพยาบาลลำปางรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เฉลี่ย 5 ปีย้อนหลัง แบบผู้ป่วยใน (Inpatient Department) จำนวน 388 ราย เฉลี่ย 439 ครั้ง

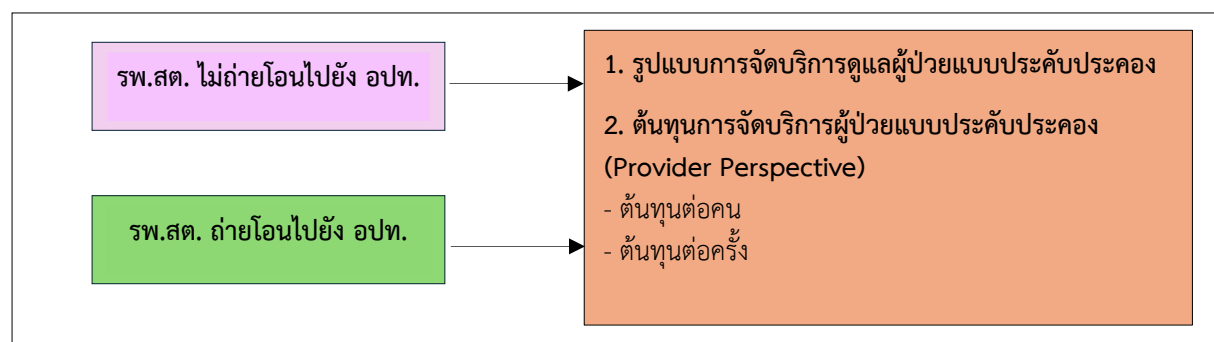
แบบผู้ป่วยนอก (Outpatient Department) 954 ราย เฉลี่ย 3,399 ครั้ง โดยเริ่มดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย ระยะประคับประคองรหัส ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision) Z51.5 ต่อด้วยการดูแลทั้งในและนอกสถานบริการ จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตแบบไร้รอยต่อ สถานการณ์การถ่ายโอน รพ.สต. เป็นการเปลี่ยนแปลงการจัดการบริการปฐมภูมิในระบบสุขภาพ (Medical Information Center, 2024) อีกทั้งการทราบต้นทุนการบริการยังมีความสำคัญต่อการพัฒนารูปแบบการจัดการบริการในเครือข่าย บริการปฐมภูมิทั้ง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปยัง อปท. การศึกษาครั้งนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบ การจัดการบริการและเปรียบเทียบต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาล ลำปาง โดยมุ่งหวังให้ได้ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้มีคุณภาพ และต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น ภายใต้โครงสร้างการบริหารจัดการรูปแบบใหม่ของท้องถิ่นเพื่อให้สามารถเข้าใจถึงผลกระทบ ของการถ่ายโอนบริการต่อการดำเนินงานและต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระดับชุมชนได้ดียิ่งขึ้น ช่วยให้เห็นถึงข้อดีและข้อเสียของการถ่ายโอนบริการ รวมทั้งนำไปสู่การปรับปรุงรูปแบบการจัดการบริการและบริหาร จัดการการสนับสนุนงบประมาณแบบเฉพาะพื้นที่ (Area-Based Budgeting) สำหรับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนเพื่อลด ความเหลื่อมล้ำในการให้บริการ ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างระบบสุขภาพที่เข้มแข็งและยั่งยืนในระยะยาว เพื่อนำผลการวิจัย ไปวางแผนการกำหนดรูปแบบการจัดการบริการผู้ป่วยแบบประคับประคองและการวางแผนบริหารจัดการงบประมาณ ในการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยประคับประคองต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ รูปแบบการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอน และไม่ถ่ายโอนไป อปท. ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง
2. เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนการบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไป อปท. ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาสถานการณ์ รูปแบบและต้นทุนการบริการที่มีค่าใช้จ่ายเพื่อดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง ในเครือข่ายหน่วยบริการประจำหรือคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง (Contracting Unit for Primary care: CUP) ทั้งในและนอกสถานบริการ ในมุมมองผู้ให้บริการ (Provider Perspective) ประกอบด้วย รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปยัง อปท. ในเขตอำเภอเมืองลำปางโดยการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาเฉพาะ รูปแบบการบริการของ รพ.ลำปาง ที่เกิดขึ้นจริงเท่านั้น ภาพที่ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods) แบบคู่ขนานเข้ากัน (Convergent Parallel Design) (Creswell & Plano Clark, 2018) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ รูปแบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไป อปท. ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ โรงพยาบาลแม่ข่าย (รพ.ลำปาง) และ รพ.สต. ที่มีการให้บริการทางสุขภาพในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง เขตอำเภอเมือง จำนวน 27 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) คือ รพ.สต. ที่มีการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จากขนาดเล็ก (S) กลาง (M) และ ใหญ่ (L) อย่างละ 1 แห่ง จากกลุ่ม รพ.สต. ถ่ายโอนและรพ.สต. ไม่ถ่ายโอนกลุ่มละ 3 แห่ง รวมเป็น 6 แห่ง โดยต้องมีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager: CM) ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย 1) ระดับ CUP แพทย์ 1 คน พยาบาล 2 คน 2) ระดับ รพ.สต. ผู้อำนวยการ รพ.สต. แห่งละ 1 คน และพยาบาลผู้รับผิดชอบงานประคับประคอง 1 คน รวม 13 คน การศึกษาครั้งนี้ จะเก็บข้อมูลจนเกิดการอิ่มตัวของข้อมูลที่เกิดจากกลุ่มตัวอย่าง (Data Saturation in Sampling) ตาราง 1

ตาราง 1 แสดงกลุ่มตัวอย่าง

สถานการถ่ายโอน สถานพยาบาล/รพ.สต.	ขนาด	แพทย์	ผู้ให้ข้อมูล (คน)		รวม
			พยาบาล	ผอ.รพ.สต.	
โรงพยาบาลแม่ข่าย					
1.โรงพยาบาลลำปาง	A	1	2	-	3
กลุ่ม รพ.สต.ถ่ายโอน					
1. รพ.สต.ใหม่จำบอน ตำบลต้นธงชัย	S	-	1	1	2
2. รพ.สต.บ้านท่าซัว ตำบลบ่อแก้ว	M	-	1	1	2
3. รพ.สต.บ้านม่วงแงว ตำบลบ่อแก้ว	L	-	1	1	2
กลุ่ม รพ.สต. ไม่ถ่ายโอนฯ					
1. รพ.สต.บ้านเสด็จ ตำบลเสด็จ	S	-	1	1	2
2. รพ.สต.บ้านท่าโทก ตำบลทุ่งฝาย	M	-	1	1	2
3. รพ.สต.บ้านต้นธงชัย ตำบลต้นธงชัย	L	-	1	1	2
รวม		1	8	6	13

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth Interview) ประกอบด้วย แนวคำถามดังนี้ 1) รูปแบบการจัดบริการ 2) ทริพยากรที่ใช้ในการจัดบริการ 3) ขั้นตอนการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในเครือข่ายบริการ โรงพยาบาลลำปาง ในมุมมองผู้ให้บริการ

2. เครื่องบันทึกเสียง สมุดจดบันทึก สำหรับจดข้อมูลและแฟ้มข้อมูลของผู้วิจัย สำหรับเก็บข้อมูลที่ได้จากการจำแนก และหมวดหมู่ของข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบโดยหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย และผู้เชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง .67 – 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเข้าสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล นัดหมายเวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามความประสงค์และความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล

2. ประสานผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อขอนัดสัมภาษณ์ รูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในสถานบริการ (รพ.ลำปาง) และนอกสถานบริการในระดับชุมชน (รพ.สต.)

3. เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละ 45 – 60 นาที ทั้งนี้หลังการสัมภาษณ์ให้ถอดเทปประเด็นและรวบรวมข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ จัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ประกอบด้วยขั้นตอน การจัดแฟ้ม (Establishing Files) การลงรหัสข้อมูล (Coding the Data) การจัดประเภทของข้อมูล (Identify Unit) การพัฒนาและการสร้างหมวดหมู่ (Developing Categories) การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ (Interpretively Determine Connections) การตรวจสอบความถูกต้อง (Verification) และการสรุปและรายงานการวิจัย (Report) จากนั้นผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา การเขียนรายงานมีความคิดรวบยอดที่สมบูรณ์ กระชับ ชัดเจน และมีการนำเสนอผลการวิจัยเป็นลักษณะพรรณนา (Descriptive Explanation)

ขั้นตอนที่ 2 เปรียบเทียบต้นทุนการจัดบริการในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปยัง อพท. ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง

วิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนทางบัญชี ในมุมมองของผู้ให้บริการ (Provider Perspective) เป็นการอิงวิธีการพื้นฐานจากแนวทางการคำนวณต้นทุนผลผลิตของงานด้านการบริการสาธารณะของกรมบัญชีกลาง (Office of Public Accounting Standards, 2014) ตามคู่มือการศึกษาต้นทุนหน่วยบริการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (Health Insurance Group, 2013)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ข้อมูลต้นทุนการจัดบริการผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลลำปาง ปีงบประมาณ 2567 กลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลต้นทุนการจัดบริการและข้อมูลต้นทุนผู้ป่วยระดับรายบุคคลของผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่ถูกวินิจฉัยโดยแพทย์ ICD - 10 รหัส Z51.5 และ Z71.8 (Medical Information Center, 2024) จากฐานข้อมูลทางการแพทย์ โปรแกรม HIS_OPD ระหว่างเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง จำนวน 148 ราย

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนทางตรงการดูแลและะย่ายในผู้ป่วยประคับประคองที่บ้าน และกิจกรรมอื่น ๆ โดยแยกแบบบันทึกข้อมูลต้นทุนแยกตามหน่วยต้นทุน (Cost Center) (Riewpaiboon, Kheawcharoen, Batsungnoen, Wongphan, Techakehakij, Singweratham, et al., 2018) ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกต้นทุนค่าแรง (Labor Cost) ได้ใช้แบบบันทึกข้อมูล เงินเดือน เงินประจำตำแหน่งทางการบริหารและเงินอื่น ๆ เช่น เงินประจำตำแหน่งทางวิชาการ ค่าตอบแทน และใช้สัดส่วนการทำงานเพื่อใช้กระจายต้นทุน

1.2 แบบบันทึกค่าวัสดุ (Material Cost) ยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา และวัสดุอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการ และใช้สัดส่วนเวลาการใช้งานเพื่อใช้กระจายต้นทุน

1.3 แบบบันทึกค่าลงทุน (Capital Cost) ครุภัณฑ์และอาคารสถานที่ตามเกณฑ์ของกรมบัญชีกลาง และแบบบันทึกค่าที่ดิน/สิ่งก่อสร้าง (Office of Public Accounting Standards, 2014) และใช้สัดส่วนการทำงานเพื่อใช้กระจายต้นทุน

2. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยระดับรายบุคคลจากงานข้อมูลทางการแพทย์ ฐานข้อมูล HIS_OPD ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแบบประคับประคองประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทั่วไป โรคหลัก โรคร่วม และต้นทุนยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาสำหรับบริการทางการแพทย์สำหรับการดูแลผู้ป่วย (Khiaocharoen, Zungsontiporn, Khattiyod, Wanwong, Baimuang, & Pannarunothai, 2020)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 จัดทำรายละเอียดรายการข้อมูลตัวแปรต้นทุนทางตรงและแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยระดับรายบุคคล ที่ต้องการทั้งหมด โดยอิงตามโครงสร้างของฐานข้อมูลด้านการแพทย์และการดูแลระยะท้ายในผู้ป่วยประคับประคอง ที่บ้านในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง

ขั้นที่ 2 เก็บข้อมูลต้นทุนตามแบบการเก็บข้อมูลต้นทุนอิงแนวมาตรฐานและตามกิจกรรม

ขั้นที่ 3 ทีมผู้วิจัยตรวจสอบการเก็บข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล หากพบข้อผิดพลาด

ดำเนินการตรวจสอบกับสถานบริการ

ขั้นที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนผู้ป่วยระดับรายบุคคล และแบบบันทึกข้อมูลต้นทุนทางตรงการดูแลระยะท้าย ในผู้ป่วยประคับประคองที่บ้านในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง

ขั้นที่ 5 สรุปและรวบรวมรายงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Excel 2010 โดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ และการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง โดยมีรายละเอียดการคำนวณดังนี้

1. การคำนวณต้นทุนทางตรงต่อครั้ง ประกอบด้วย ผลรวมของต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุน หารด้วย จำนวนคนและจำนวนครั้งของการเข้ารับบริการ

$$\text{ต้นทุนทางตรงต่อครั้ง} = \frac{\text{LC} + \text{MC} + \text{CC}}{\text{จำนวนคน/ครั้งของการรับบริการ}}$$

2. การประเมินภาวะโรคร่วม (Comorbidity) โดยใช้แบบประเมิน Charlson Comorbidity Index (CCI) มีการประเมินทั้งหมด 21 โรคร่วม โดยคะแนนรวมจะถูกจัดออกเป็น 4 ระดับคือ ค่าคะแนนรวมเท่ากับ 0 คะแนน คือ ไม่มีโรคร่วม ค่าคะแนนรวมเท่ากับ 1-2 คะแนนมีโรคร่วมน้อย ค่าคะแนนรวมเท่ากับ 3 - 4 คะแนน มีโรคร่วม ปานกลางและค่าคะแนนรวมมากกว่า 4 คะแนนขึ้นไป คือ มีโรคร่วมมาก (Charlson, Pompei, Ale, & MacKenzie, 1987)

3. การคำนวณผู้ป่วยระดับรายบุคคล คำนวณจากผลรวมของค่าบริการทางการแพทย์ ยากลุ่มเสพติดที่ใช้ บรรเทาอาการปวด ค่ายารักษาเฉพาะโรค ค่ายารักษาเฉพาะอาการ และค่าเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา (Khiaocharoen, Zungsontiporn, Khattiyod, Wanwong, Baimuang, & Pannarunothai, 2020)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาล ลำปาง เลขที่โครงการ EC-128/67 ลงวันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ.2567

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ รูปแบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปยัง อปท. ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง

ตาราง 2 นโยบายกิจกรรมในการให้บริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในบริบท ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลลำปาง

ประเด็น	ใน รพ.ลำปาง	นอก รพ.ลำปาง	
		รพ.สต. ไม่ถ่ายโอน	รพ.สต.ถ่ายโอน
การเปลี่ยนแปลงด้านนโยบายในการให้บริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในบริบท รพ.ลำปาง (รพ.แม่ข่าย)			
ด้านนโยบาย	ดำเนินนโยบาย และตัวชี้วัดตาม Service Plan	ดำเนินการตามตัวชี้วัด สธ.ตอบกลับข้อมูลผ่าน COC	ดำเนินการตามตัวชี้วัด สธ.ตอบกลับข้อมูลผ่าน COC
การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองด้วยกระบวนการ Family Meeting	คลินิกประคับประคองเป็นผู้ดำเนินการจัดทำก่อนส่งผู้ป่วยกลับบ้าน	คลินิกประคับประคองเป็นผู้ดำเนินการจัดทำก่อนส่งผู้ป่วยกลับบ้าน	คลินิกประคับประคองเป็นผู้ดำเนินการจัดทำก่อนส่งผู้ป่วยกลับบ้าน
การดูแลแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนืองที่บ้านหรือชุมชน	กลุ่มการพยาบาลชุมชน ออกเยี่ยมบ้านทุกวันพุธ/พฤหัสบดี	รพ.ออกเยี่ยมด้วยกรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องรับการดูแลซับซ้อน	รพ.ออกเยี่ยมด้วยกรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องรับการดูแลซับซ้อน
มีระบบการจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่ายสามารถบริหารจัดการต่อเนืองที่บ้านได้	คลินิกประคับประคองมีแพทย์ ประคับประคอง ญาติสามารถเบิกยาและเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่ายใช้ต่อเนืองที่บ้าน	รพ.ลำปางสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่ายบริหารจัดการต่อเนืองที่บ้านได้	รพ.ลำปางสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่ายบริหารจัดการต่อเนืองที่บ้านได้
การ Consulting	รับ Consulting จาก ward	- เคสที่หนักอุปกรณ์เยาะใช้ Telemedicine - พยาบาล รพ.สต.ปรึกษาผ่านไลน์กลุ่มระดับอำเภอ	- เคสที่หนักอุปกรณ์เยาะใช้ Telemedicine - พยาบาล รพ.สต.ปรึกษาผ่านไลน์กลุ่มระดับอำเภอ
การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยประคับประคอง	ก่อน Discharge พยาบาล COC เข้าประเมินผู้ป่วยใน Ward เพื่อวางแผนการดูแลร่วมกับญาติก่อนส่งผู้ป่วยกลับบ้าน	- ผ่านระบบ COC link - Line group - โทรศัพท์	- ผ่านระบบ COC link - Line group - โทรศัพท์
บุคลากรด้านการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคอง			
จำนวนและตำแหน่งของบุคลากร	- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) 3 คน - พยาบาลกลุ่มการพยาบาลชุมชน 7 คน - จพ.ธุรการ 2 คน	- พยาบาลกลุ่มการพยาบาลชุมชน 1 คน - จพ.ธุรการ 1 คน - พยาบาลวิชาชีพ (CM) 1 คน	- พยาบาลวิชาชีพ (CM) 1 คน - จพ.ธุรการ 1 คน - พยาบาลวิชาชีพ (CM) 1 คน
การหมุนเวียนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine)/ พยาบาล จาก รพ.ลำปาง	- แพทย์/พยาบาล round Ward Case เตรียมจำหน่ายกลับบ้านดูแลต่อเนือง	- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) จาก รพ.ลำปาง จำนวน 1 คนเวียนให้บริการประจำ รพ.สต. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เยี่ยมร่วมกับ รพ.สต. - ทีมพยาบาล COC ออกเยี่ยมร่วม ในเคสที่มีความซับซ้อน วันพุธ – พฤหัส (*ถ้าไม่มีเคส ไม่ออก)	- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) จาก รพ.ลำปาง จำนวน 1 คนเวียนให้บริการประจำ รพ.สต. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เยี่ยมร่วมกับ รพ.สต. - ทีมพยาบาล COC ออกเยี่ยมร่วม ในเคสที่มีความซับซ้อน วันพุธ – พฤหัส (*ถ้าไม่มีเคส ไม่ออก)

ประเด็น	ใน รพ.ลำปาง	นอก รพ.ลำปาง	
		รพ.สต. ไม่ถ่ายโอน	รพ.สต.ถ่ายโอน
ทรัพยากร ยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา			
การจัดเตรียมอุปกรณ์ก่อนออกเยี่ยมบ้าน	รพ.จัดเตรียมอุปกรณ์บางส่วนไปด้วย หากไม่เพียงพอจึงนำมาใช้	จัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับใช้เยี่ยมบ้านทุกครั้ง	จัดเตรียมอุปกรณ์ไว้บางส่วน แต่ใช้ของคนไข้ที่บ้าน
การสนับสนุนทรัพยากร ยา และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาจาก CUP	IPD (ward) เบิกยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาใช้ใน ward	สนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา รวมถึงอุปกรณ์ เช่น เครื่องช่วยหายใจ (มีจำนวนจำกัด) สายดูดเสมหะ	สนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา รวมถึงอุปกรณ์ เช่น เครื่องช่วยหายใจ (มีจำนวนจำกัด) สายดูดเสมหะ
วิธีการเบิกของ การควบคุมการเบิกของและการตรวจเช็คของที่เบิกจากทางโรงพยาบาลลำปาง	IPD (ward) เบิกยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาใช้ใน ward รายผู้ป่วย	ญาติผู้ป่วยเป็นผู้เบิกที่ศูนย์ COC	ญาติผู้ป่วยเป็นผู้เบิกที่ศูนย์ COC
ความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลลำปางกับ รพ.สต.			
การประชุมอบรม	เข้าร่วมการประชุมอบรมตามภาระงาน	มีหนังสือทางราชการเชิญไปอบรม และเข้าร่วมการประชุม	ช่วงแรกของการถ่ายโอนรอความชัดเจนของ MOU จึงทำให้ไม่ได้เข้าร่วมประชุม

หมายเหตุ : MOU = Memorandum of Understanding, CUP = คู่มือปฏิบัติการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ, COC = การส่งต่อผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

จากตาราง 2 สถานการณ์ และรูปแบบนโยบายกิจกรรมในการให้บริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในบริบท รพ.แม่ข่าย ร่วมกับ กลุ่ม รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน มีประเด็นสำคัญที่เหมือนกันและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ได้แก่ การดำเนินนโยบาย และตัวชี้วัดตาม Service Plan โดยการรับส่งต่อผู้ป่วย ตลอดจนการส่งต่อข้อมูลการให้บริการ ผ่าน COC link มีบุคลากร คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ การเบิกยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ญาติผู้ป่วยสามารถมาเบิกได้โดยให้สิทธิ์เบิกเดือนละ 1 ครั้งต่อราย ส่วนการปรึกษาและส่งต่อในกรณีผู้ป่วยต้องการการดูแลที่ซับซ้อน ในกลุ่ม รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนสามารถประสานผู้รับผิดชอบงานของ รพ.ลำปางได้ทั้งใน Line Group และโทรศัพท์ได้โดยตรง ทั้งนี้แม้ว่าในช่วงแรกของการถ่ายโอนการประสานงานต่าง ๆ ทั้งการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน และการประสานงานขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่เข้าร่วมประชุมหรืออบรมที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ อาจมีความสับสน ลำช้า ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ แต่เมื่อการทำสนธิสัญญา MOU ระดับจังหวัด ทำให้การประสานงานต่าง ๆ มีความคล่องตัวในการดำเนินงานมากขึ้น

2. ต้นทุนการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระหว่าง รพ.สต.ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง

ตาราง 3 ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคอง

ค่าแรง (ร้อยละ)	ค่าวัสดุ (ร้อยละ)	ค่าลงทุน (ร้อยละ)	ต้นทุนรวม (ร้อยละ)	ต้นทุนต่อผู้ป่วย (n=148)	ต้นทุนต่อครั้ง (n=210)
671,555.45 (98.11)	2,091.20 (0.30)	10,872.85 (1.59)	684,519.51 (100.00)	4,625.13	3,259.62

จากตาราง 3 ต้นทุนรวมเท่ากับ 684,519.51 บาท คิดสัดส่วนต้นทุนพบว่าต้นทุนค่าแรง ค่าลงทุน ค่าวัสดุ ร้อยละ 98.11, 1.59 และ ร้อยละ 0.30 ตามลำดับ ต้นทุนต่อผู้ป่วยเท่ากับ 4,625.13 บาทต่อคน ต้นทุนต่อครั้งเท่ากับ 3,259.62 บาท

ตาราง 4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระดับประคองที่ได้รับการเยี่ยมบ้านจาก รพ.ลำปาง จำนวน 148 ราย

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยระดับประคองที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน (n = 148)					
	รพ.สต.ไม่ถ่ายโอน (n = 94)		รพ.สต.ถ่ายโอน (n = 54)		ทั้งหมด	ร้อยละ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	46	61.33	29	38.67	75	100.00
หญิง	48	65.75	25	34.25	73	100.00
อายุ (ปี) (M = 71 ปี)						
50 - 59	14	51.85	13	48.15	27	100.00
60 - 69	19	61.29	12	38.71	31	100.00
70 - 79	19	67.90	9	32.10	28	100.00
80 - 89	32	76.20	10	23.80	42	100.00
90 - 99	6	46.15	7	(53.85)	13	100.00
สิทธิการรักษา						
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	81	68.64	37	31.36	118	100.00
เบิกตรง	7	35.00	13	65.00	20	100.00
อื่นๆ	6	60.00	4	40.00	10	100.00
Charlson's comorbidity score; n (%)						
≥ 3	94	60.00	54	40.00	148	100.00

ตาราง 4 การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระดับประคองที่ได้รับการเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาลลำปาง ในช่วงปีงบประมาณ 2567 พบว่า ในกลุ่ม รพ.สต. ไม่ถ่ายโอนได้รับการเยี่ยมบ้านจาก รพ.ลำปาง จำนวน 94 ราย กลุ่ม รพ.สต.ถ่ายโอน จำนวน 54 ราย มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 71 ปี และส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) และประเมินภาวะโรคร่วม (Comorbidity) รวมได้ค่าคะแนนรวมในระดับมากกว่าเท่ากับ 3 หมายถึงการมีโรคร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน

ตาราง 5 เปรียบเทียบต้นทุนผู้ป่วยระดับรายบุคคลของการให้บริการผู้ป่วยระดับประคองแยกตามกลุ่มยา

รายการต้นทุน	รพ.สต.ไม่ถ่ายโอน (n = 94)		รพ.สต.ถ่ายโอน (n = 54)		รวม (n = 148)	
	บาท (M)		บาท (M)		บาท (M)	
1. ค่าบริการทางการแพทย์	23,995.00	(255.27)	4,687.00	(86.80)	28,682.00	(193.80)
2. ยากลุ่มเสพติดที่ใช้ บรรเทาอาการปวด	657,270.00	(6,992.23)	450,014.00	(8,333.59)	1,107,284.00	(7,481.65)
3. ยารักษาเฉพาะโรค	545,550.00	(5,803.72)	191,095.00	(3,538.80)	736,645.00	(4,977.33)
4. ยารักษาเฉพาะอาการ	277,572.00	(2,952.89)	135,185.00	(2,503.43)	412,757.00	(2,788.90)
5. เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา	356,330.00	(3,790.74)	141,245.00	(2,615.65)	497,575.00	(3,361.99)
รวมทั้งสิ้น	1,860,717.00	(19,794.86)	922,226.00	(17,078.26)	2,782,943.00	(18,803.67)

ตาราง 5 การเปรียบเทียบต้นทุนผู้ป่วยระดับรายบุคคลของการให้บริการผู้ป่วยระดับประคองระดับรายบุคคลพบว่า ต้นทุนยากลุ่มเสพติดที่ใช้ในการบรรเทาอาการปวด รวมทั้งชนิดฉีด หยอด และกิน มีต้นทุนมากที่สุด คือ 1,107,284 บาท เฉลี่ย 7,481.65 บาทต่อคน และค่าบริการทางการแพทย์ น้อยที่สุด คือ 28,682 บาท เฉลี่ย 193.80 บาทต่อคน

การอภิปรายผล

สถานการณ์และรูปแบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปยัง อปท. ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปางด้านนโยบายและรูปแบบการจัดบริการ การสนับสนุนบุคลากรด้านการพยาบาล การรับส่งต่อข้อมูล ทรัพยากรยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา และความสัมพันธ์ระหว่าง รพ.แม่ข่าย กับ รพ.สต. เป็นไปในทิศทางเดียวกันระหว่าง รพ.สต. ทั้งสองกลุ่ม สอดคล้องกับความสัมพันธ์ระหว่าง CUP กับ รพ.สต. บางพื้นที่ที่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงในการจัดบริการระหว่างกลุ่ม รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปยัง อปท. (Sriratanaban, Singweratham, Komwong & Maneechay, 2024) แสดงให้เห็นว่า CUP สามารถจัดบริการตามนโยบายในลักษณะเดิมก่อนการถ่ายโอน ทั้งนี้รูปแบบของการจัดบริการสุขภาพนั้นสามารถเริ่มทำได้ไม่จำกัดสถานที่ เช่น หอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลในชุมชนไม่มีการปรับระบบรูปแบบกิจกรรมจึงไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มผู้ป่วยประคับประคอง (Monpolsri, Singweratham, Dithaprawat, Phaekhuntod, & Jatturakasem, 2022) เป็นไปตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาล Service Plan กระทรวงสาธารณสุข (Nursing Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2018) สามารถจัดกิจกรรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ด้วยกระบวนการ Family Meeting ดูแลทางด้านจิตใจให้กำลังใจทั้งผู้ป่วยและญาติเป็นสิ่งสำคัญ (Aswateerakul, Wongkum, Puangpho, & Yodmongkol, 2013) ตามหลักการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลทางด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณและศาสนา (Department of Thai Traditional Medicine and Alternative Medicine, 2018) อีกทั้งยังมีการดำเนินการการให้บริการผู้ป่วยนอกอำนวยความสะดวกให้ญาติผู้ป่วยมารับยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาได้ โดยให้สิทธิ์การเบิกเดือนละ 1 ครั้ง สอดคล้องไปกับการจัดบริการเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข (Srivaniachakorn, 2008)

ต้นทุนรวมต่อหน่วยเฉลี่ยบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง มีค่าคะแนนรวมภาวะโรคร่วม (Comorbidity) ผู้ป่วยมีโรคเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไป อปท. ต้นทุนต่อผู้ป่วยเท่ากับ 4,625.13 บาทต่อคน ต้นทุนต่อครั้ง เท่ากับ 3,259.62 บาท คิดสัดส่วนต้นทุนพบว่าต้นทุนค่าแรง ค่าลงทุน ค่าวัสดุ ร้อยละ 98.11, 1.59 และ ร้อยละ 0.30 ตามลำดับ เนื่องจาก รพ.ลำปาง ได้ดำเนินกิจกรรมในบริบท รพ.แม่ข่าย ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ คือ การดำเนินนโยบาย และตัวชี้วัด และการรับส่งต่อผู้ป่วย ตลอดจนการส่งต่อข้อมูล การให้บริการ มีบุคลากรแบบสหวิชาชีพ คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ และการเบิกยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ตลอดจนการปรึกษาและส่งต่อในกรณีผู้ป่วยต้องการการดูแลที่ซับซ้อน สามารถประสานผู้รับผิดชอบงานของ รพ.ลำปางได้ทั้งใน Line Group และโทรศัพท์ที่ได้โดยตรง จะเห็นได้ว่าต้นทุนค่าแรงมีสัดส่วนมากที่สุด ซึ่งสัดส่วนต้นทุนค่าแรงจากทีมสหวิชาชีพที่มาจากแหล่งเงินงบประมาณ ซึ่งมีผลทำให้ค่าแรงเพิ่มขึ้น เกิดจากอัตราการขึ้นเงินเดือนข้าราชการทำให้ต้นทุนค่าแรงภาพรวมเพิ่มขึ้น และมีการจ้างบุคลากรสายสนับสนุน เช่น เจ้าหน้าที่งานธุรการ และอื่น ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานสนับสนุนบริการ (Supasarn, & Wisersith, 2019) แสดงให้เห็นถึงการจัดบริการของ CUP เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของค่าแรงที่ถือว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดในต้นทุนของ CUP เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาการจัดบริการในระดับปฐมภูมิที่ผ่านมา (Singweratham, Phodah, Techakehakij, Bunpean, Siechaisakul, & Nawsuwan, et al., 2023)

ต้นทุนผู้ป่วยระดับรายบุคคลการให้ยา กลุ่มเสพติดที่ใช้ในการบรรเทาอาการปวดมีต้นทุนสูงที่สุดเฉลี่ย 7,481.65 ต่อคน รองลงมาคือกลุ่มเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา 3,361.99 ต่อคน ยารักษาเฉพาะอาการ 2,788.90 บาทต่อคน ยารักษาเฉพาะโรค เฉลี่ย 4,977.33 ต่อคน และค่าบริการทางการแพทย์ เฉลี่ย 193.80 มีความสอดคล้องกับการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีความแตกต่างกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง คือ กลุ่มผู้ป่วยประคับประคองมีต้นทุนค่ายาเป็นสัดส่วนสูงสุด รองลงมาเป็นต้นทุนค่าวัสดุทางการแพทย์ เช่น ชุดทำแผล เป็นต้น (Supasarn, & Wisersith, 2019) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับต้นทุนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเขตสุขภาพที่ 7 มีค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์

และค่าบริหารจัดการระบบเป็นต้นทุนหลักมากกว่ายา (National Health Security Office, Thammasat University, 2017) ทั้งนี้อาจแตกต่างกันในรูปแบบของการจัดบริการ ขนาดของโรงพยาบาล การจัดสรรกำลังคน และการเข้าถึงยา กลุ่มเสพติดที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบต้นทุนต่อหน่วยของงานบริการผู้ป่วยประคับประคองและบริการกิจกรรมเยี่ยมบ้านในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ประเมินการจากข้อมูลผู้ป่วยประคับประคองที่ได้รับการเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาลลำปางเท่านั้น จึงอาจจะส่งผลให้ต้นทุนการจัดบริการมีความแตกต่างกัน

ข้อจำกัดในงานวิจัย การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีประมาณการต้นทุนทางตรง ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปางและคิดเฉพาะต้นทุนทางตรงในมุมมองผู้ให้บริการเท่านั้น ดังนั้นต้นทุนรวมอาจจะไม่สะท้อนถึงต้นทุนของการเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้ป่วยประคับประคองแยกตามกลุ่มยา รวมถึงการคิดต้นทุนในการจัดบริการผู้ป่วย เป็นเพียงการคิดต้นทุนในมุมมองของผู้ให้บริการเท่านั้น มิได้รวมต้นทุนจากบริบทกองทุนและการได้รับการจัดสรรงบประมาณจากหน่วยงานอื่น ๆ จึงอาจจะไม่ครอบคลุมการจัดบริการดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่บ้าน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ปรับปรุงรูปแบบการจัดบริการและการจัดสรรทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยมีระบบการจัดบริการที่ชัดเจนเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ร่วมกับการพิจารณาการสนับสนุนงบประมาณแบบเฉพาะพื้นที่ (Area-Based Budgeting) เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการ
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาระบบกำกับดูแลการจัดบริการในระดับ รพ.สต. ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีความต่อเนื่องในช่วงการปรับเปลี่ยนระบบบริการปฐมภูมิ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาต้นทุนรายกิจกรรมของการจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อทราบทรัพยากรที่ใช้ในการจัดบริการระหว่างพื้นที่ที่มีการจัดการการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น
2. ควรศึกษาผลกระทบระยะยาวของการถ่ายโอน รพ.สต. ที่มีต่อคุณภาพบริการสุขภาพของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เป็นการจัดบริการระหว่าง รพ.สต. และหน่วยบริการประจำหรือคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ

References

- Aswateerakul, N., Wongkum, P., Puangpho, T., & Yodmongkol, P. (2013). *A Guide for the Public: Palliative Care for End-of-Life Patients*. Nonthaburi, National Health Commission Office (NHCO).
- Chaikledkaew, U. (2014). *Health Technology Assessment Manual for Thailand, Version 2*. Development of the Health Technology Assessment Manual for Thailand. Nonthaburi: wacharin p.p. printing co., 978-616-11-1963-8. (in Thai)
- Charlson, M. E., Pompei, P., Ales K. L., & MacKenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *Journal of Chronic Disease*, 40(4), 373-383.
- Cohen, J. M., & Peterson, S. B. (1999). *Administrative Decentralization: Strategies for Developing Countries*. Colorado: Kumarian Press.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. (3rd ed.). Los Angeles.

- Department of Medical Services. (2020). *Guideline for palliative care for healthcare professionals. Department of Medical Services Journal*, 41(1), 19-22. (in Thai)
- Department of Thai Traditional Medicine and Alternative Medicine. (2018). *Manual for Integrated Palliative Care for End-of-Life Patients*. Bangkok, Best Step Advertising. (in Thai)
- Health Insurance Group. (2013). *A Handbook on Unit Cost Analysis of Health Care Service*. Bangkok: The Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Health Data Center. (2024). *Palliative Care Including Family Meeting and Advance Care Planning (ACP) with Patients and Families*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Keramatikerman, M. (2020). *Efficacy of complementary and alternative therapies in cancer patients: A systematic review*, *Biomed J Sci & Tech Res*, 29(1), 22126-9.
- Khiaocharoen, O., Zungsontiporn, C., Khattiyod, T., Wanwong, Y., Baimuang, C. & Pannarunothai, S. (2020). *Unit cost per disease methodology for Thailand: Micro-costing method*. *Journal of Health Systems Research*, 14(2), 74-156. (in Thai)
- Kulthanmanusorn, A., Saengruang, N., & Wanwong, Y. (2012). *Evaluation of The Devolved Health Centers: Synthesis Lesson Learnt from 51 Health Centers and Policy Options*. Retrieved January 11, 2025, from <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4866> (in Thai)
- Mack, J. W., Cronin, A., Keating, N. L., Taback, N., Huskamp, H. A., Malin, J. L., et al. (2008). Associations between end-of-life discussion characteristics and care received near death: a prospective cohort study. *J Clin Oncol*, 30(35), 4387-4395.
- Medical Information Center. (2024). *Report of Patients Diagnosed with Code Z51.5*. Medical Information Center of Lampang Hospital. (in Thai)
- Monpolsri, E., Singweratham, N., Dithaprawat, B., Phaekhantod, S., & Jatturakasem, N. (2022). *A model of complimentary care of Dhammanamai principles on palliative care for cancer patients*. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin*, 12(2), 114-129.
- National Health Security Office, Thammasat University. (2017). *Cost Evaluation of Palliative Care Services in Health Region 7*. NHSO.
- Netipothi, W. (2006). *The Political Process of Public Health Decentralization in Thailand: studying the Case of Primary Care Units*. Health Systems Research Institute. (in Thai)
- Nursing Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2018). *Guidelines for the Development of Nursing Service System: Service Plan*. Pathum Thani: Sia Tawan Publishing Company. (in Thai)
- Office of Public Accounting Standards. (2014). *A Guide for Unit Cost Calculation of Public Services for Fiscal Year 2557 B.E.* Bangkok: The Comptroller General's Department. (in Thai)
- Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee. (2021). *Guidelines for Transferring Missions of The Chaloem Phrakiat 60th Anniversary Nawaminthrachini Health Station and Subdistrict Health Promoting Hospital to the Provincial Administrative Organization*. Bangkok: The Prime Minister's Office. (in Thai)
- Pairojkul, S., Thongkhamcharoen, R., Raksataya, A., Sorasit, C., Nakawiro, P., Sudsa, S., et al. (2001). Integration of specialist palliative care into tertiary hospitals: A multicenter point prevalence survey from Thailand. *Palliative Medicine Reports*, 2(1), 272-280.

- Pitayarangsarit, S., Tosanguan, J., & Sumalee, H. (2010). *The Role of Local Administrative Organizations in Health Promotion and Policy Recommendations for Decentralization of Health Promotion*. (Research Report). Health Systems Research Institute. (in Thai)
- Riewpaiboon, A., Kheawcharoen, O., Batsungnoen, P., Wongphan, T., Techakehakij, W., ingweratham, N. et al. (2018). *Cost Analysis of Health Promotion and Disease Prevention Services*. Bangkok: Faculty of Pharmacy, Mahidol University. (in Thai)
- Saengmano, S., Siriwohan, S., & Phichai, K. (2014). Problems of transferring district health promoting hospitals from the ministry of public health to local government organizations in Chiang Mai province. *Journal of Graduate Research*, 5(2), 25–35. (in Thai)
- Singweratham, N., Phodah, T., Techakehakij, W., Bunpean, A., Siechaisakul, P., Nawsuwan, et al. (2023). A comparison of the unit costs of health care services providers with and without transferred to the local administrative organization of the tambon health promoting hospitals. *Princes of Naradhiwas University Journal*, 15(3), 251-264. (in Thai)
- Sriratanaban, J., Singweratham, N., Komwong, D., & Maneechay, M. (2024). Assessment of population health impacts from the transfer of sub-district health promoting hospitals to the provincial administrative organizations in 2023: Phase 1 potential warning signs. *Health Systems Research Journal*, 18(2), 152-172.
- Srivanichakorn, S. (2008). *Over-crowding problems in hospitals*. *Journal of Health Systems Research*, 1(3-5), 216-223. (in Thai)
- Supasarn, P., & Wiserith, W. (2019). *Study of unit cost and activity based costing of nursing care for palliative care in cancer patients, Nang Rong hospital, Buriram province*. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19, 158–165. (in Thai)
- Suppatheerathada, C. (2020). Policy recommendations for budget allocation as subsidies to System of Public Health Centers to Local Government Organizations. *Health Systems Research Journal*, 3(1), 113-130. (in Thai)
- Techaatik, S., & Nakham, P. (2010). Studying and monitoring the development of the transfer system of public health centers to local government organizations. Nonthaburi, *Health Systems Research Journal*, 3(1), 113-130. (in Thai)
- Vankun, P., Saramunee, K., & Chaiyasong, S. (2021). Cost of palliative care for cancer patients of a community hospital in Khon Kaen province. *Journal of Health Systems Research*, 15(3), 310-325. (in Thai)

โปรแกรมการจัดการตนเองแบบสหวิทยาการต่อระดับการทำงานของข้อเข่าและการหกล้ม ในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมระยะต้นร่วมกับสูญเสียการทรงตัวระดับน้อย ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

The Effects of an Interdisciplinary Self-Management Program on Knee Function and Falls in Older Adults with Early-Stage Knee Osteoarthritis and Mild Balance Impairment in Mueang District, Uttaradit Province

ธนากร ธนวัฒน์¹, ศรัณยู เรือนจันทร์^{1*}, จงรัก ดวงทอง¹, กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ์¹, ภาควณิ โชคทวีพานิชย์²
Thanakorn Thanawat¹, Saranyoo Ruanjan^{1*}, Jongruk Duangthong¹, Kittiwann Junrith¹,
Bhakkhum Choktaweepanich²

¹หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

²หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาการออกกำลังกาย คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

¹Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Uttaradit Rajabhat University,

²Sport Science and Exercise Program, Faculty of Science and Technology, Uttaradit Rajabhat University

(Received: February 8, 2025; Revised: April 18, 2025; Accepted: July 8, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองแบบสหวิทยาการต่อระดับการทำงานของข้อเข่าและการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีอาการข้อเข่าเสื่อมระยะต้น ร่วมกับการสูญเสียการทรงตัวระดับน้อย จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุอายุระหว่าง 60 - 80 ปี จำนวน 84 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 42 คน ระยะเวลาดำเนินการ 20 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบสหวิทยาการของ Lorig & Holman ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมสุขศึกษาและออกกำลังกายตามปกติ ประเมินความเจ็บปวดของข้อเข่า ความสามารถในการทำงานของข้อเข่า พฤติกรรมการจัดการตนเอง การทรงตัว ความกลัวการหกล้ม และพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Pair T Test สถิติ Independent T Test และสถิติ Two Ways Repeated ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ผลการวิจัยพบว่า

1. หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบสหวิทยาการ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 20 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดของข้อเข่า และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำงานของข้อเข่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเอง การทรงตัว ความกลัวการหกล้ม และพฤติกรรมป้องกันการหกล้มเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแบบสหวิทยาการ 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 20 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดของข้อเข่า และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำงานของข้อเข่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเอง การทรงตัว ความกลัวการหกล้ม และพฤติกรรมป้องกันการหกล้มเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเองแบบสหวิทยาการสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุเข่าเสื่อมที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในชุมชนได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเองแบบสหวิทยาการ การทำงานของข้อเข่า การหกล้ม ผู้สูงอายุเข่าเสื่อม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sruanjan@gmail.com)

Abstract

This randomized controlled trial aimed to examine the effects of an interdisciplinary self-management program on knee function and falls among older adults with early-stage knee osteoarthritis and mild balance impairment in Uttaradit Province of Thailand. The participants were 84 older adults aged 60 – 80 years, randomly assigned to either the intervention group or the control group, with 42 participants in each group. The intervention lasted 20 weeks. The experimental group received an interdisciplinary self-management program based on the model of Lorig & Holman, while the control group received standard health education and exercise. Outcomes assessed included knee pain, knee function, self-management behaviors, balance, fear of falling, and fall prevention behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, independent t-test, and two-way repeated measures ANOVA, with a significance level set at .05. The results showed as follows.

1. After 8 weeks of intervention and at the 20-week follow-up, the experimental group showed a statistically significant decrease in mean scores for knee pain and knee function limitations ($p\text{-value} < .05$), and a statistically significant increase in mean scores for self-management behaviors, balance, fear of falling, and fall prevention behaviors ($p\text{-value} < .05$).

2. Compared to the control group, the experimental group demonstrated significantly greater improvements in all measured outcomes, including reductions in knee pain and knee function limitations, and increases in self-management behaviors, balance, fear of falling, and fall prevention behaviors, at both post-intervention and follow-up periods ($p\text{-value} < .05$).

The findings suggest that this new interdisciplinary self-management program is an effective approach to improving knee function and reducing fall risk among older adults with early-stage knee osteoarthritis in the community.

Keywords: Interdisciplinary Self-management Program, Knee Function, Falls, Older Adults with Knee Osteoarthritis

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดในปี พ.ศ. 2574 ซึ่งถือเป็นช่วงวัยที่ร่างกายเสื่อมสภาพของหลายระบบ ส่งผลให้เกิดปัญหาการหกล้มที่พบเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนมีหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ อายุ เพศ ความบกพร่องของการมองเห็น กล้ามเนื้อส่วนขาอ่อนแรง ระบบทางเดินปัสสาวะ การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทและสมอง โรคประจำตัวที่มีผลต่อการเคลื่อนไหว ข้อเข่าเสื่อม (Lecktip, Woratanarat, Bhubhanil, & Lapmanee, 2019; Sopat, 2023) ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใส่รองเท้าที่ไม่เหมาะสม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เกี่ยวกับการจัดสภาพบ้านที่พิกอาศัยที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ (Hongchuvech, 2023) ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค รายงานว่าผู้สูงอายุเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้ม 3 คนต่อวัน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (Department of Disease Control, 2020) จากการสำรวจในปี 2565 พบว่า มีผู้สูงอายุเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้ม 1,255 คนต่อปี จังหวัดอุดรธานีเป็นจังหวัดทางภาคเหนือที่มีจำนวนผู้สูงอายุเป็นลำดับที่ 9 ของประเทศ หรือร้อยละ 23.59 ของประชากรทั้งหมด (Department of Older Persons, 2023) จากรายงานด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานีมีอัตราการเสียชีวิตจากการหกล้มเป็นอันดับ 3 ในเขตสุขภาพที่ 2 และยังพบว่ามีผู้สูงอายุที่มีอาการรุนแรงจากข้อเข่าเสื่อมมากจนต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 15.4 ต่อปี (Department of Older Persons, 2023)

การหกล้มส่งผลกระทบต่อหลายด้าน นำไปสู่การสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและเพิ่มค่าใช้จ่ายเพื่อรักษาตัวที่สถานพยาบาล ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความกลัวไม่กล้าออกจากบ้าน ส่งผลให้หลีกเลี่ยงการเข้าสังคมและอาจนำไปสู่ภาวะพึ่งพิงและคุณภาพชีวิตลดลง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะของข้อเข่าเสื่อมตามวัยร่วมด้วยการศึกษาที่ผ่านมาระบุว่าข้อเข่าเสื่อมเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการหกล้ม โดยผู้สูงอายุที่มีอาการข้อเข่าเสื่อมในระดับเริ่มต้นมีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุสุขภาพดีไม่มีข้อเข่าเสื่อมถึง 2.65 เท่า (Odd ratio = 2.65, 95%CI 1.74-4.01) (Rosadi, Jankaew, Wu, Kuo, & Lin, 2022) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุป้องกันและชะลอการเกิดข้อเข่าเสื่อมด้วยตนเองจึงเป็นกลวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุได้ในระยะยาว

การป้องกันข้อเข่าเสื่อมไม่ให้รุนแรงมากขึ้นเป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุโดยต้องมุ่งเน้นการจัดการตนเองแบบสหวิทยาการ งานวิจัยครั้งนี้ได้ออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองแบบสหวิทยาการโดยประยุกต์ “1ร4อ” มาใช้ ประกอบด้วย ร1 รับรู้ เป็นกระบวนการสร้างความตระหนัก อ1 การออกกำลังกายเพื่อเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและการควบคุมการทรงตัว อ2 การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง ปลอดภัย ง่ายในชุมชน อ3 การจัดการอารมณ์ผ่านเทคนิคผ่อนคลายและการใช้สมุนไพรไทยบำบัด และ อ4 อุปกรณ์ช่วยเดิน นอกจากนี้ยังมีการใช้เทคโนโลยีและวิทยาการทางการแพทย์สมัยใหม่มาผสมผสานเพื่อเป็นแนวทางการตรวจประเมินร่างกายเบื้องต้น ช่วยทำให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักถึงความเสี่ยงจากการละเลยการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเป็นรูปธรรม

การจัดการตนเองมีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ถือเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในการดูแลสุขภาพในระยะยาว โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยสามารถดูแลและจัดการอาการเจ็บป่วยเรื้อรังของตนเองได้ แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman (2003) เป็นแนวคิดด้านสุขภาพที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลอาการเจ็บป่วยของตนเองได้ดีขึ้น จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา มีการศึกษาค่อนข้างน้อยเกี่ยวกับการใช้แนวคิดการจัดการตนเองและประยุกต์กับศาสตร์สุขภาพที่หลากหลายกับผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม โดยการศึกษาที่ใกล้เคียงของประเทศโปแลนด์ โดย Mziray, Nowosad, Sliwinska, Chwesiuk, & Matgorzewicz (2024) พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองอย่างครอบคลุมทุกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มสามารถลดอุบัติการณ์การหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิกและทางสถิติ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มุ่งเน้น การวัดสัดส่วนของร่างกาย ภาวะโภชนาการและความอยากอาหารของผู้สูงอายุเป็นหลัก ดังนั้น การศึกษาปัจจัยด้านกายภาพและปัจจัยด้านพฤติกรรมอย่างครอบคลุมนั้น อาจสามารถช่วยป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมได้

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์เป็นหน่วยงานด้านการศึกษาของจังหวัดอุดรดิตถ์ ได้ดำเนินงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัด โดยมีหลักสูตรสาขาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุและมีการบูรณาการความร่วมมือการทำงานกับหน่วยงานเครือข่ายในพื้นที่ โดยตำบลป่าเขาและตำบลคั่งตะเกาอำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ ได้รับการเลือกเป็นพื้นที่ต้นแบบเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน ประกอบกับทั้ง 2 ตำบล มีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับต้นของอำเภอเมืองอุดรดิตถ์ ทางคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจใช้โปรแกรมการจัดการตนเองแบบสหวิทยาการ ของ Lorig & Holman (2003) ตามกรอบการดำเนินงาน 1ร4อ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมระยะต้นร่วมกับสูญเสียการทรงตัวระดับน้อย

วัตถุประสงค์วิจัย

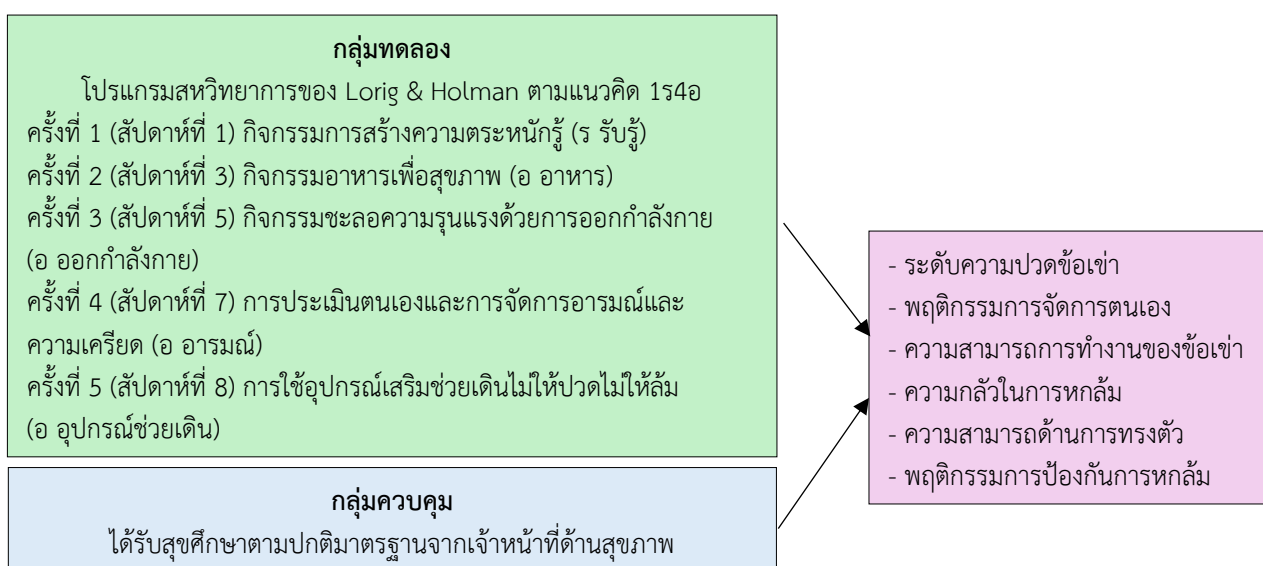
1. เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองแบบสหวิทยาการ ต่อระดับความปวดข้อเข่า พฤติกรรมการจัดการตนเอง ความสามารถการทำงานของข้อเข่า ความกลัวในการหกล้ม ความสามารถด้านการทรงตัวในการทำกิจกรรม และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ของผู้สูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อมระยะต้นร่วมกับการสูญเสียการทรงตัวในระดับน้อย ในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์

2. เพื่อเปรียบเทียบผลก่อน หลัง จากการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองแบบสหวิทยาการ (กลุ่มทดลอง) เปรียบเทียบกับการได้รับสุขศึกษาตามปกติมาตรฐาน (กลุ่มควบคุม) ต่อระดับความปวดข้อเข่า พฤติกรรมการจัดการตนเอง ความสามารถการทำงานของข้อเข่า ความกลัวในการหกล้ม ความสามารถด้านการทรงตัวในการทำกิจกรรม

และพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีข้อเข่าเสื่อมระยะต้นร่วมกับมีการสูญเสียการทรงตัวระดับน้อย ในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman (2003) ประกอบด้วยการจัดการตนเอง ภายใต้กรอบ 1ร4อ คือ ร1 รับรู้ คือ การให้ความรู้และความตระหนักถึงผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม อ1 ออกกำลังกาย คือ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและเพิ่มการทรงตัว อ2 อาหารเพื่อสุขภาพ คือ อาหารทางเลือกที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง มีสรรพคุณเป็นยาสมุนไพรปลอดภัยและหาง่าย และ อ3 อารมณ์ คือ การปรับความนึกคิด การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การจัดการความเครียด และ อ4 อุปกรณ์ช่วยเดิน ต่อระดับระดับความปวดข้อเข่า พฤติกรรมการจัดการตนเอง ความสามารถในการทำงานของข้อเข่า ความกลัวในการหกล้ม ความสามารถด้านการทรงตัวในการทำกิจกรรม พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Quasi-Experimental Research) เปรียบเทียบผลการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม แบบวัดซ้ำ 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุทุกคน อายุระหว่าง 60 - 80 ปี ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่ ตำบลคันทะเภา และตำบลป่าเป้า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ในตำบลคันทะเภาและตำบลป่าเป้า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี อายุ 60 - 80 ปี จำนวน 84 คน ที่ได้รับการคัดกรองจากนักกายภาพบำบัดว่ามีภาวะข้อเข่าเสื่อมระยะต้นร่วมกับสูญเสียการทรงตัวระดับน้อยโดย มีคุณลักษณะตามเกณฑ์การคัดเข้า-การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมระยะต้นโดยใช้ Oxford Knee Score ระดับความรุนแรงไม่เกินระดับ 3 หรือคะแนนรวมไม่ต่ำกว่า 30 คะแนน 2) ไม่เคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมข้างใดข้างหนึ่ง 3) เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการสูญเสียการทรงตัวในระดับน้อย ประเมินจาก Timed Up & Go Test ต้องไม่เกิน 10 วินาที 4) สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี ประเมินจาก Barthel index โดยได้คะแนนตั้งแต่ 12 คะแนน

ขึ้นไป 6) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ประเมินจาก MMSE-Thai 2002 ต้องไม่ต่ำกว่า 23 คะแนน จาก 30 คะแนน
7) สามารถสื่อสาร อ่าน เขียนภาษาไทยได้ 8) สมัยใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1) มีอาการกำเริบของโรคอย่างฉับพลันในระหว่างการทำกิจกรรมการออกกำลังกาย เช่น โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคหัวใจล้มเหลว โรคความดันโลหิตสูงระยะรุนแรง มีข้อเสื่อมบริเวณใดบริเวณหนึ่งของร่างกายแบบรุนแรง มีอาการปวดข้ออย่างมากขณะเคลื่อนไหว โรคระบบทางเดินหายใจระยะรุนแรง 3) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างน้อย ร้อยละ 80 4) มีโรคประจำตัวและแพทย์ไม่อนุญาตให้ออกกำลังกาย

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*power version 3.1.9.2 (Sanitlou, Sartphet, & Naphaarrak, 2019) Test family เลือก T Tests สำหรับ Statistical คือ Mean; Difference between Two dependent Mean ((Two groups) กำหนดการทดสอบแบบ Two tailed อำนาจการทดสอบ (1- β) เท่ากับ 0.95 ระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ 0.05 ขนาดอิทธิพล (Effect size) อ้างอิงจากของ Cohen (1997) ใช้ค่าของขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง เท่ากับ 0.4 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน ป้องกันการสูญหายอีกร้อยละ 20 (Grove, Burn, & Gray, 2013) รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 84 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 42 คน และกลุ่มควบคุม 42 คน

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองการจัดการตนเองของ Lorig & Holman (2003) ตามแนวคิด 1ร4อ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 กิจกรรมการสร้างความรู้ (ร รับรู้) ครั้งที่ 2 กิจกรรมอาหารเพื่อสุขภาพกับโรคข้อเข่าเสื่อม (อ อาหาร) ครั้งที่ 3 กิจกรรมชะลอความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมและป้องกันการหกล้มด้วยการออกกำลังกาย (อ ออกกำลังกาย) ครั้งที่ 4 การจัดการอารมณ์และความเครียด (อ อารมณ์) และครั้งที่ 5 การใช้อุปกรณ์เสริมช่วยเดินไม่ให้ปวดไม่หกล้ม (อ อุปกรณ์ช่วยเดิน) สำหรับกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับสุขศึกษา สื่อสุขภาพ คู่มือ และแผ่นพับเกี่ยวกับการดูแลตนเองจากข้อเข่าเสื่อมและการป้องกันการหกล้มจากเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. โดยทั้ง 2 กลุ่ม ใช้ระยะเวลาในการให้โปรแกรมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่ปวดเข่า ประวัติการเคยหกล้ม ปัญหาการมองเห็น ปัญหาด้านการเคลื่อนไหวและการก้าวเดิน การออกกำลังกายและความถี่ในการออกกำลังกาย

2.2 เครื่องมือสำหรับประเมินข้อเข่าเสื่อมและการทำงานของข้อเข่า

2.2.1 การประเมินระดับความปวดของข้อเข่า ประเมินโดยมาตรวัดความปวดข้อเข่าด้วยตัวเลข (Numeric Rating Scales: NRS) (Euasobhon, Atisook, Bumrunghatudom, Zinboonyahgoon, Saisavoe, & Jensen, 2022) มีข้อคำถาม 1 ข้อ แบ่งตัวเลขตั้งแต่ 0 - 10 โดยตำแหน่งซ้ายมือสุดตรงกับความรู้สึกไม่ปวดเลย แทนค่าด้วย เลข 0 และความรู้สึกของอาการปวดข้อเข่าจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ไปทางขวามือ ตำแหน่งปลายสุดด้านขวามือคือ 10 วิธีการประเมิน คือให้ผู้สูงอายุพิจารณาความปวดข้อเข่าด้วยตนเองและทำสัญลักษณ์ลงบนตัวเลขระดับความเจ็บปวดในแบบประเมิน

2.2.2 การประเมินความสามารถในการทำงานของข้อเข่า ใช้แบบประเมินของ WOMAC (American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2004) จำนวน 17 ข้อ คะแนนเต็ม 68 คะแนน มีคะแนนเป็นระดับตั้งแต่ 0 - 4 ได้แก่ ไม่มีเลย น้อย ปานกลาง รุนแรง และรุนแรงที่สุด ยิ่งคะแนนที่สูงขึ้นของ WOMAC ย่อมบ่งชี้ถึงข้อจำกัดในการทำงานหรือชีวิตประจำวันที่ย่ำแย่ลง

2.2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันเข่าเสื่อม มีข้อคำถาม จำนวน 24 ข้อ คะแนนเต็ม 120 คะแนน ดัดแปลงข้อคำถามจากงานวิจัยที่ผ่านมา (Chuaychan, Moolsart, & Heebthamai, 2018) ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scales) 5 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ปฏิบัติ

บ่อยครั้ง ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย การแปลผลหากผลรวมของคะแนนยิ่งมาก หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับที่ดีมากขึ้น

3. เครื่องมือสำหรับประเมินการทรงท่าและความเสี่ยงต่อการหกล้ม

3.1 แบบประเมินความสามารถด้านการทรงตัว ใช้แบบประเมินความเสี่ยงของการหกล้ม ของ Burge Balance Scale (BBS) (Lima, Ricci, Nogueira, & Perracini, 2018) ทั้งหมด 14 กิจกรรม มีระดับการให้คะแนน ตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน คะแนนเต็ม 56 คะแนน หากคะแนนรวมได้น้อยกว่า 45 คะแนน หมายถึง มีภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มสูง

3.2 แบบสอบถามความกลัวในการหกล้ม ฉบับแปลเป็นภาษาไทย (Thai FES-I) โดย Thiamwong & Petsirasa (2009) ข้อคำถามเกี่ยวกับระดับความกลัวการหกล้มเมื่อปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ 16 กิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมทางกายและกิจกรรมทางสังคมที่มีความง่ายและยาก ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่กลัวหกล้มเลย กลัวหกล้มเล็กน้อย กลัวหกล้มมาก และกลัวหกล้มมากที่สุด การแปลผลค่าคะแนน หากผลรวมของทุกข้อยิ่งมาก หมายถึง ผู้สูงอายุกลัวการหกล้มมาก

3.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ดัดแปลงจากการศึกษาที่ผ่านมาของ Tiparat, Rodniam, & Suwanweala (2022) ข้อคำถามเกี่ยวกับความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เพื่อป้องกันการหกล้ม จำนวน 25 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ การแปลผลหากผลรวมของทุกข้อยิ่งมาก หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่เหมาะสมอย่างมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้สำหรับการทดลอง ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองไปตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ นักกายภาพบำบัด อาจารย์ด้านสาธารณสุขศาสตร์ และอาจารย์ด้านพยาบาลศาสตร์ เพื่อหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) (Pattanasombutsook, 2021) โดยค่า CVI หลังการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญทุกคน ได้เท่ากับ 1.00

2. สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการเห็นชอบความตรงเชิงเนื้อหา (Item Objective Congruence Index; IOC) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยในแต่ละข้อมีค่าความตรงระหว่าง 0.67 - 1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่น จำนวน 30 คน โดยตัวแปรระดับความเจ็บปวด และตัวแปรความสามารถด้านการทรงตัว ได้ทดสอบค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบซ้ำ (Test and Re-Test Reliability) จำนวน 2 ครั้ง พบว่ามีค่า Intraclass Correlation Coefficient (ICC) เท่ากับ .93 และ .87 ตามลำดับ สำหรับตัวแปรพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความสามารถในการทำงานของข้อเท้า ความกลัวในการหกล้ม พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า มีค่าความเชื่อมั่น (r) เท่ากับ .85, .87, .94 และ .97 ตามลำดับ (โดยค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ต้องไม่น้อยกว่า .70) (Ahmed & Ishtiaq, 2021)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยเสนอถึงหน่วยงานและบุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความร่วมมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ประชาสัมพันธ์โครงการผ่านผู้นำชุมชน เมื่อผู้สูงอายุในพื้นที่ตอบรับเข้าร่วมงานวิจัย ครบจำนวน 84 คน ผู้ช่วยนักวิจัยทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อกำหนดผู้สูงอายุในแต่ละตำบลลงในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของโปรแกรมที่ใช้

3. ก่อนดำเนินการจัดกิจกรรม ผู้วิจัยนัดหมาย วันเวลา สถานที่กับผู้สูงอายุ แนะนำตัวและทีมงาน ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมกลุ่มวิจัยพร้อมทั้งพิกัดสิทธิ์ผู้สูงอายุ โดยอธิบายวัตถุประสงค์

รายละเอียด ขั้นตอนการปฏิบัติตัว รวมถึงประโยชน์ ผลดี-ผลเสีย ต่าง ๆ พร้อมทั้งให้เอกสารที่เกี่ยวข้องและใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยเพื่อให้ผู้สูงอายุลงนาม จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) กับผู้สูงอายุ

ขั้นตอนทดลอง

สำหรับกลุ่มทดลอง ใช้โปรแกรมสหวิทยาการของ Lorig & Holman (2003) ตามแนวคิด 1540 เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรมที่ทำ ได้แก่ กิจกรรมการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับข้อเข่าเสื่อมและการหกล้มในผู้สูงอายุ (ร รับรู้) ด้วยวิธีการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมให้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ ประกอบด้วยสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโครงสร้างร่างกายของตนเอง โดยใช้โปรแกรม Posture Analysis ตรวจมวลกระดูกด้วยเครื่อง Dexa Scan วัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ให้ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม บรรยายและยกตัวอย่างการจัดสภาพบ้าน รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมปลอดภัย สรุปและร่วมกันอภิปรายผลหลังการอบรม รวมระยะเวลาที่ใช้ 180 นาที

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 3) กิจกรรมที่ทำ ได้แก่ กิจกรรมอาหารเพื่อสุขภาพ (อ อาหาร) กับโรคข้อเข่าเสื่อมที่เลือกใช้วัตถุดิบจากชุมชน ประกอบด้วยการบรรยายและสาธิตปฏิบัติเมนูอาหารพื้นบ้าน ที่มุ่งเน้นอาหารที่มีแคลเซียมสูงหาง่าย เช่น ปลาตัวเล็กและนม การวิเคราะห์แหล่งสารอาหารที่ติดกระดูกและข้อต่อที่สามารถหาซื้อได้จากชุมชน สรุปและร่วมกันอภิปรายผลหลังการอบรมให้ความรู้ รวมระยะเวลาที่ใช้ 150 นาที

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 5) กิจกรรมที่ทำ ได้แก่ การออกกำลังกายเพื่อชะลอความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมและป้องกันการหกล้ม (อ ออกกำลังกาย) ประกอบด้วย การบรรยายเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อป้องกันข้อเข่าเสื่อมและการทรงตัว ประกอบด้วย การสาธิตการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดและบริหารพิสัยข้อเข่ากิจกรรมออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของขาแบบมีแรงต้าน การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างการทรงตัว โดยแต่ละท่าของการออกกำลังกายจะบริหารท่าละ 10 ครั้ง จำนวน 2-3 ชุดต่อวัน (Wang, Li, McCabe, & Li, 2019) สรุปและรับฟังข้อเสนอแนะสอบถามปัญหาและอุปสรรคจากการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยตนเอง ระยะเวลาที่ใช้ 180 นาที

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 7) กิจกรรมที่ทำ ได้แก่ การประเมินตนเองและให้ข้อมูลสำคัญด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด (อ อารมณ์) การประเมินความเครียดด้วย ST5 ด้วยตนเอง การฝึกเทคนิคการจัดการความเครียดตามสถานการณ์ การจับคู่สนทนาและระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการก๊วการหกล้ม หรือประสบการณ์เคยหกล้มในอดีต การให้คำปรึกษาเพื่อลดความวิตกกังวลเมื่อเจ็บป่วย สรุปและร่วมกันอภิปรายผลหลังการทำกิจกรรม รวมระยะเวลาที่ใช้ 150 นาที

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8) กิจกรรมที่ทำ ได้แก่ การใช้อุปกรณ์เสริมช่วยเดินไม่ให้ปวด ไม่ให้ล้ม ให้ความรู้เพื่อเสริมสร้างความตระหนักเกี่ยวกับอุปกรณ์ช่วยเดินอย่างมั่นคง เช่น ไม้เท้า โครงเหล็กช่วยเดิน ร่วมกับสาธิตการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุได้ฝึกปฏิบัติใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เพื่อช่วยลดการลงน้ำหนักที่ข้อเข่า ข้อเท้า และช่วยเพิ่มการทรงตัว สร้างความมั่นใจและทำให้ร่างกายมีการทรงตัวที่ดีขึ้น สรุปและร่วมกันอภิปรายผลหลังการทำกิจกรรม รวมระยะเวลาที่ใช้ 150 นาที

สำหรับกลุ่มควบคุม ไม่มีการให้โปรแกรมใด ๆ เพิ่มเติม มีเพียงตอบแบบสอบถามและประเมินระดับความเจ็บปวด ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ตรวจการทรงตัวตามปกติ และได้รับสุขศึกษาตามปกติมาตรฐานจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพของ รพ.สต. โดยหลังจากสิ้นสุดระยะเวลา 8 สัปดาห์แล้ว หากผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมมีความต้องการเข้ารับโปรแกรมการสอนเช่นเดียวกับผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำการนัดหมายวันเวลาเพื่อจัดโปรแกรมดังกล่าวให้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม

ขั้นหลังการทดลอง

ดำเนินการสรุปกิจกรรมและคืนข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องแก่ผู้สูงอายุและบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง จากนั้นให้อาสาสมัครทำแบบประเมิน (Post-test) หลังเสร็จสิ้นการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม จากนั้นจะประเมินตัวแปรต่าง ๆ ซ้ำ เมื่อครบระยะเวลา 20 สัปดาห์ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยในแต่ละสัปดาห์ของช่วงการติดตามผล อาสาสมัครสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่จะติดต่อกับผู้สูงอายุทางโทรศัพท์และทางไลน์กลุ่มเพื่อติดตามผลจากการอบรมตามโปรแกรม และกระตุ้นเตือนการออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุกวันพุธช่วงเช้า

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ทำการวิเคราะห์โดยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square Test, T Test for Independent Sample กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวน เพื่อหาหลักเกณฑ์การแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normality) โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติทุกชุดข้อมูล ($p\text{-value} > .05$)
 4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับความปวดข้อเข่า พฤติกรรมการจัดการตนเอง ความสามารถในการทำงานของข้อเข่า ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและความคล่องแคล่วว่องไว ความกลัวในการหกล้ม ความสามารถด้านการทรงตัว และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ในระยะก่อน-หลังการให้โปรแกรม 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 20 สัปดาห์ ใช้สถิติ Two Way Repeated Measure ANOVA โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายคู่ในแต่ละช่วงเวลา ด้วย Bonferroni Post Hoc กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของ Repeated Measure ANOVA พบว่าการทดสอบ Compound Symmetry โดยใช้ Mauchly's Test of Sphericity ไม่มีการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้น จึงใช้ผลการทดสอบภายใต้เงื่อนไข Sphericity Assumed ($p\text{-value} > .05$)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ หมายเลขโครงการ COA. No. 089/66 รับรองเมื่อวันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ($n = 84$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง ($n = 42$) จำนวน	ร้อยละ	กลุ่มควบคุม ($n = 42$) จำนวน	ร้อยละ	$p\text{-value}$
เพศ					.832 ^a
ชาย	16	38.09	17	40.48	
หญิง	26	61.91	25	59.52	
ปัญหาด้านการมองเห็น					.044 ^a
มองเห็นชัดเจนโดยไม่สวมแว่นตา	15	35.72	12	28.57	
มองเห็นชัดเจนโดยสวมแว่นตา	23	54.76	23	54.76	
มองเห็นไม่ชัดเจน/มัว	4	9.52	7	16.66	
การออกกำลังกาย					1.000 ^a
ออกกำลังกาย	32	76.19	27	64.29	
ไม่ออกกำลังกาย	10	23.81	15	35.71	
จำนวนครั้งการออกกำลังกาย/สัปดาห์					
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	26	61.91	30	71.43	
มากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์	16	38.09	12	28.57	
ประวัติการล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา					.144 ^a
ไม่มี	32	76.19	35	83.34	
มี	10	23.81	7	16.66	
อายุ (ปี)	$(M = 67.23, SD = 2.91)$		$(M = 68.14, SD = 2.32)$		.086 ^b

(8/13)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 42)		กลุ่มควบคุม (n = 42)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)	(M = 25.01, SD = 4.64)		(M = 24.03, SD = 4.54)		1.000 ^b
ระยะเวลาที่ปวดเข่า (เดือน)	(M = 15.24, SD = 6.82)		(M = 16.72, SD = 4.04)		.712 ^b

^aChi-square test, ^bt-test for independent sample

จากตาราง 1 พบว่าผู้สูงอายุทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.91 และร้อยละ 59.52 ตามลำดับ กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 67.23 ปี ($SD = 2.91$) กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 68.14 ปี ($SD = 2.32$) กลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.01 kg/m^2 ($SD = 4.64$) และกลุ่มควบคุมมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.03 kg/m^2 ($SD = 4.54$) ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาเฉลี่ยของอาการปวดเข่า 15.24 เดือน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.82) และกลุ่มควบคุม 16.72 เดือน ($SD = 4.04$) ทั้งสองกลุ่มมองเห็นชัดเจนโดยสวมแว่นตา ร้อยละ 54.76 เท่ากัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ออกกำลังกาย ร้อยละ 76.19 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 64.29 ในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ออกกำลังกาย 1 - 2 ครั้งต่อสัปดาห์ (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 61.91 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 71.43) สำหรับประวัติการล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการล้ม ร้อยละ 76.19 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 83.34 ในกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า เพศ การออกกำลังกาย จำนวนครั้ง การออกกำลังกาย ประวัติการล้มในรอบ 1 ปี อายุ ดัชนีมวลกาย และระยะเวลาที่ปวดเข่าของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} > .05$) มีเพียงปัญหาด้านการมองเห็นที่กลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .044$)

2. แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะเวลาต่าง ๆ คือ ก่อนให้โปรแกรม หลังให้โปรแกรม 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผลหลังให้โปรแกรม 20 สัปดาห์

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ในระยะก่อนให้โปรแกรม หลังการให้โปรแกรม 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 20 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 42) กับกลุ่มควบคุม (n = 42)

ตัวแปร	ก่อนได้รับ โปรแกรม <i>M(SD)</i>	หลังได้รับ โปรแกรม <i>M(SD)</i>	ระยะติดตามผล <i>M(SD)</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p-value</i>
ระดับความเจ็บปวดของข้อเข่า (คะแนน)								
กลุ่มทดลอง	6.42 (1.00)	4.74 (0.91) ^a	3.64 (0.62) ^{a,b}	56.20	2.0	28.10	43.29 ^c	< .001
กลุ่มควบคุม	6.23 (1.00)	5.62 (0.63) ^a	5.80 (0.74)					
ความสามารถการทำงานของข้อเข่า (คะแนน)								
กลุ่มทดลอง	46.23 (15.92)	26.81 (15.23) ^a	16.90 (14.84) ^{a,b}	39.25	2.0	19.62	7.66 ^c	< .001
กลุ่มควบคุม	43.34 (14.57)	38.73 (17.20) ^a	35.82 (13.25) ^a					
พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันเข่าเสื่อม (คะแนน)								
กลุ่มทดลอง	81.94 (5.00)	96.21 (7.04) ^a	100.43 (6.46) ^{a,b}	897.28	2.0	448.64	13.1 ^c	< .001
กลุ่มควบคุม	75.46 (3.82)	89.00 (5.43) ^a	91.91 (6.50) ^a					
ความกลัวในการหกล้ม (คะแนน)								
กลุ่มทดลอง	53.94 (2.52)	41.52 (3.18) ^a	35.71 (2.27) ^{a,b}	535.16	2.0	267.58	39.68 ^c	< .001
กลุ่มควบคุม	50.36 (2.67)	36.26 (2.74) ^a	43.38 (2.50) ^{a,b}					
ความสามารถด้านการทรงตัวในการทำกิจกรรม (คะแนน)								
กลุ่มทดลอง	44.97 (3.45)	49.22 (3.94) ^a	51.5 (2.20) ^{a,b}	53.14	2.0	26.57	3.29 ^c	.004
กลุ่มควบคุม	42.66 (3.60)	47.35 (2.96) ^a	49.1 (2.82) ^{a,b}					

ตัวแปร	ก่อนได้รับ โปรแกรม M(SD)	หลังได้รับ โปรแกรม M(SD)	ระยะติดตามผล M(SD)	SS	df	MS	F	p-value
พฤติกรรมกรรมการป้องกันการหกล้ม (คะแนน)								
กลุ่มทดลอง	52.90 (3.10)	59.27 (3.26) ^a	62.63 (2.75) ^{a,b}	721.06	2.0	360.53	38.81 ^c	< .001
กลุ่มควบคุม	54.74 (3.52)	56.82 (2.90)	57.82 (2.18)					

SS = Sum of Square, df = Degree of freedom, MS = Mean Square

^a p-value < .05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มกับช่วงก่อนได้รับโปรแกรม ด้วย Bonferroni post hoc

^b p-value < .05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มกับช่วงหลังได้รับโปรแกรม 8 สัปดาห์ ด้วย Bonferroni post hoc

^c Sphericity Assumed

จากตาราง 2 ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเจ็บปวดของข้อเข่า การทำงานของข้อเข่า ความสามารถในการทำงานของข้อเข่า พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันเข่าเสื่อม ความกลัวในการหกล้ม ความสามารถด้านการทรงตัวในการทำกิจกรรม พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ในแต่ละช่วงเวลา พบว่า ในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 20 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดของข้อเข่า คะแนนการทำงานของข้อเข่าและการกลัวการหกล้มลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันเข่าเสื่อม ความสามารถด้านการทรงตัวในการทำกิจกรรม และพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม หลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 และระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 20 พบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังให้โปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 และระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 20 พบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยของความเจ็บปวดของข้อเข่า การทำงานของข้อเข่าและการกลัวการหกล้มในกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันเข่าเสื่อม ความสามารถด้านการทรงตัวในการทำกิจกรรม และพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม พบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001, .004, < .001$ ตามลำดับ)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความปวดของข้อเข่าและความสามารถในการทำงานของข้อเข่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 8 และระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 20 เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม เนื่องมาจากอาสาสมัครเป็นผู้สูงอายุตอนต้นและตอนกลาง ซึ่งถือเป็นกลุ่มสูงวัยที่มีความสามารถในการจัดการตนเองได้ดี การได้รับความรู้เพื่อสร้างความตระหนักเกี่ยวกับวิธีดูแลข้อเข่าและวิธีการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นอันตราย เช่น การปรับเปลี่ยนท่าทางในการเดินและเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน การฝึกใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เพื่อเพิ่มความปลอดภัยและมั่นใจในการเดิน สอดคล้องกับแนวคิดของ Lorig และ Holman (2003) ที่ระบุว่า การจัดการตนเองโดยเน้นการสร้างความรู้ความตระหนักในตัวเองสามารถช่วยลดความเจ็บปวดและเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมตามหลัก 1ร4อ ที่มุ่งเน้นให้ตระหนักถึงผลกระทบของโรคข้อเข่าเสื่อมและความเสี่ยงจากการหกล้ม ทำให้เกิดการดูแลตนเองอย่างจริงจัง การออกกำลังกายที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า ช่วยลดแรงกดบนข้อเข่าและเพิ่มการรองรับน้ำหนักของข้อต่อ ทำให้อาการปวดเข่าลดลง งานวิจัยอื่น ๆ สนับสนุนให้เห็นว่าการออกกำลังกายที่เหมาะสมร่วมกับการดูแลตนเองมีบทบาทสำคัญในการลดความเจ็บปวดในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม (Wang, Li, McCabe, & Li, 2019) โปรแกรมการจัดการตนเองที่ส่งเสริมการออกกำลังกายและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลข้อเข่า การส่งเสริมการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงและสมุนไพรที่ปลอดภัย สามารถช่วยส่งเสริมสุขภาพข้อต่อและลดการอักเสบ ทำให้ช่วยบรรเทาอาการปวดข้อเข่าได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองสามารถจัดการกับความเจ็บปวดได้ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

ความกลัวการหกล้มเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นใจในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ความกลัวการหกล้มในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 และในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 20 ซึ่งเป็นผลมาจากการให้ความรู้และการฝึกฝนการทรงตัวตามโปรแกรม และการฝึกการเคลื่อนไหวอย่างถูกวิธี การสร้างสถานการณ์ให้ผู้สูงอายุได้แสดงบทบาทสมมติ หากเกิดเหตุการณ์ที่เสีย การทรงตัวขณะทำกิจกรรม ซึ่งจะเป็นการสร้างความเคยชินและเกิดการเรียนรู้ (Motor Learning) ทำให้ร่างกาย เกิดกระบวนการปรับรูปแบบการทรงตัวและสมดุลร่างกายไปตามสถานการณ์นั้น ๆ ได้อย่างเหมาะสม การลด ความกลัวการหกล้มนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการดำเนินชีวิตประจำวันมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา ที่ผ่านมาของ Schinkel-Ivy, Inness, & Mansfield (2016) ที่ระบุว่าการเสริมสร้างความมั่นใจในการเคลื่อนไหว สามารถลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับงานศึกษาอย่างเป็นระบบของ Raposo, Ramos, & Lucia Cruz (2021) ที่ได้สรุปเกี่ยวกับการให้โปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการฝึกออกกำลังกาย และการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ผลการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วม มีความกลัวการหกล้มลดลงและมีการปรับปรุงความสมดุลและความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในกลุ่มทดลองพบว่า ระยะหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 และระยะ ติดตามมีระดับคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สามารถอธิบายได้จากการนำใช้แนวคิดการจัดการตนเอง ของ Lorig & Holman (2003) ที่ได้อธิบายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองผ่านการรับรู้ปัญหา การพัฒนาทักษะและการสร้าง แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งเกี่ยวข้องกับ 3 องค์ประกอบหลัก คือ การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงการหกล้ม เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง การทรงตัวที่ไม่ดี การใช้ยาที่มีผลข้างเคียง และอุปสรรคในสภาพแวดล้อมที่อาจทำให้เกิด การหกล้ม การจัดการบทบาทชีวิต เช่น การเลือกทำกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงในการหกล้ม และการจัดการ อารมณ์ เช่น การให้ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ผ่านการเห็นความสำเร็จของผู้อื่น หรือการทำกิจกรรมเล็ก ๆ ที่ปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Saelee & Suttanon (2018) ที่ระบุว่า การส่งเสริมการป้องกันการหกล้มโดยการให้ความรู้และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในบ้านมีผลต่อการลด อุบัติการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ โปรแกรมการจัดการตนเองที่ใช้ในงานวิจัยนี้ได้รวบรวมองค์ความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จำเป็น ซึ่งเป็นการเพิ่มความตระหนักในผู้สูงอายุและลด ความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุในชีวิตประจำวัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองแบบสหวิทยาการ โดยประยุกต์ตามแนวคิด 1ร4อ ที่มุ่งเน้น การสร้างความตระหนักต่อภาวะสุขภาพของตนเองร่วมกับการนำใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ สามารถลดระดับ ความปวดของข้อเข่าและลดความเสี่ยงต่อการหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น งานวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไป ประยุกต์ใช้เป็นโปรแกรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้จัดกิจกรรม สำหรับป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมระยะต้นได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลในระยะยาวของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม การจัดการตนเอง เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ เพิ่มเติม เช่น สุขภาพจิตและความสามารถในการดำเนิน ชีวิตประจำวันในระยะเวลานานกว่า 6 เดือนขึ้นไป

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (กองทุนส่งเสริม ววน.) ประจำปีงบประมาณ 2567

References

- Ahmed, I., & Ishtiaq, S. (2021). Reliability and validity: Importance in medical research. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 71(10), 2401–2406.
- American Academy of Orthopaedic Surgeons. (2004). *Osteoarthritis of The Knee state of The Condition*. Retrieved October 15, 2023, from <http://aaos.org/Research/documents/OAinfoKnee-State>
- Chuaychan, T., Moolsart, S., & Heebthamai, D. (2018). The development of a management model for knee osteoarthritis in a community by collaboration between nurse practitioners and village health volunteers. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(2), 43–59. (in Thai)
- Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for The Behavioral Sciences*. Academic Press.
- Department of Disease Control. (2020). *Seniors are Safe from Falling During COVID-19*. Retrieved March 10, 2025 from <http://www.thaincd.com/2016/media.php?tid=&gid=1-015&searchText=&pn=2>. (in Thai)
- Department of Older Persons. (2023). *The Situation of Thai Older Persons in 2022*. Bangkok: Amarin Corporation Public Company Limited. (in Thai)
- Euasobhon, P., Atisook, R., Bumrungratudom, K., Zinboonyahoon, N., Saisavoey, N., & Jensen, M. P. (2022). Reliability and responsivity of pain intensity scales in individuals with chronic pain. *Pain*, 163(12), e1184–e1191.
- Grove, S., Burns, N., & Gray, J. (2013). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation* (7th ed.). Missouri: Elsevier Saunders.
- Hongchuvech, Y. (2023). Reducing the risk factors of falls in the elderly. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 18(1), 32-43. (in Thai)
- Lecktip, C., Woratanarat, T., Bhuhbanil, S., & Lapmanee, S. (2019). Risk factors for falls in elderly. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 26(1), 85–102. (in Thai)
- Lima, C. A., Ricci, N. A., Nogueira, E. C., & Perracini, M. R. (2018). The Berg Balance Scale as a clinical screening tool to predict fall risk in older adults: A systematic review. *Physiotherapy*, 104(4), 383–394.
- Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1–7.
- Mziray, M., Nowosad, K., Sliwinska, A., Chwesiuk, M., & Małgorzewicz, S. (2024). Malnutrition and fall risk in older adults: A comprehensive assessment across different living situations. *Nutrients*, 16(21), 3694.
- Pattanasombutsook, M. (2021). Validation of nursing research reports and proper use of social science research instruments in publishing. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 8(2), 189-204. (in Thai)
- Raposo, F., Ramos, M., & Lúcia Cruz, A. (2021). Effects of exercise on knee osteoarthritis: A systematic review. *Musculoskeletal Care*, 19(4), 399–435.

- Rosadi, R., Jankaew, A., Wu, P. T., Kuo, L. C., & Lin, C. F. (2022). Factors associated with falls in patients with knee osteoarthritis: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*, 101(48), e32146.
- Saelee, P., & Suttanon, P. (2018). Risk factors for falls in people with knee osteoarthritis: Systematic review. *Journal of Urban Medicine*, 62(4), 281–288.
- Sanitlou, N., Sartphet, W., & Naphaarrak, Y. (2019). Sample size calculation using G*POWER program. *Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology*, 5(1), 496–507. (in Thai)
- Schinkel-Ivy, A., Inness, E. L., & Mansfield, A. (2016). Relationships between fear of falling, balance confidence, and control of balance, gait, and reactive stepping in individuals with sub-acute stroke. *Gait & Posture*, 43, 154–159.
- Sopat, B. (2023). Factors affecting falls among the elderly in Huai Thap Than District, Sisaket Province. *Research Community Health Innovation Journal*, 2(2), 76–89. (in Thai)
- Thiamwong, L., & Petsirasa, R. (2009). Intrinsic risk factors of falls among Thai older adults in long-term institutional care. *Thai Journal of Nursing Council*, 24(1), 77–78. (in Thai)
- Tiparat, W., Rodniam, J., & Suwanweala, P. (2022). The effects of an enhancing health literacy program with family participation on health literacy of caregivers, fall prevention behaviours, and balance of older adults at risk for fall. *Princess Naradhiwas University Journal*, 14(3), 72–91. (in Thai)
- Wang, H., Li, J., McCabe, T., & Li, Y. (2019). Effectiveness of an educational intervention combining exercise to reduce fear of falling among older adults with knee osteoarthritis: A randomized controlled trial. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 42(3), 135–142.

โมเดลสมการเชิงโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง
การเรียนรู้ในองค์กร กับบรรยากาศนวัตกรรม ต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม
ของผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิ

A Structural Equation Model on Transformational Leadership,
Organizational Learning, and Innovation Climate on Innovation Performances
among First-Line Nursing Managers in Tertiary Care Hospitals

ศจิรัตน์ โกศล¹, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย^{1*}, กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร¹

Sajeerat Kosol¹, Phechnoy Singchungchai^{1*}, Kannikar Chatdokmaiprai¹

¹นักศึกษาปริญญาเอก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน, ²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

¹Doctoral Student Faculty of Nursing, Christian University, ²Faculty of Nursing, Christian University

(Received: March 27, 2025; Revised: July 22, 2025; Accepted: August 13, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปริมาณนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้ในองค์กร บรรยากาศนวัตกรรม และผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม 2) ทดสอบโมเดลสมการเชิงโครงสร้างความสัมพันธ์ทั้งสี่ตัวแปร และ 3) ศึกษาอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมระหว่างตัวแปร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 311 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม เครื่องมือวิจัย มี 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2-5 เป็นแบบสอบถามตัวแปรที่ศึกษา รวม 37 ข้อ แบบประเมินค่า 5 ระดับ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้ค่า CVI เท่ากับ .81 - .94 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .95 - .98 และค่าความตรงเชิงโครงสร้างมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์โมเดลสมการเชิงโครงสร้างผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อตัวแปรทั้ง 4 ตัว อยู่ในระดับมาก ($M = 3.12, SD = 0.46$)

2. โมเดลสมการเชิงโครงสร้างความสัมพันธ์ทั้ง 4 ตัวแปร มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (χ^2/df) (CMIN/DF) = 0.24, $GFI = 0.99$, $AGFI = 0.98$, $CFI = 1.00$, $SRMR = 0.02$, $RMSEA = 0.00$)

3. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีอิทธิพลทางตรงต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม ($\beta = .06$) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมผ่านการเรียนรู้ในองค์กร ($\beta = .25$) และผ่านบรรยากาศนวัตกรรม ($\beta = .43$)

การศึกษาครั้งนี้ เกิดองค์ความรู้ใหม่ในการยืนยันความสอดคล้องของโมเดลกับหลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ให้เห็นว่าสามารถนำมาใช้ได้จริงกับผู้บริหารทางการพยาบาลภาครัฐ จึงควรทดสอบและขยายการพัฒนาเครื่องมือวิจัยในโรงพยาบาลเอกชนเพื่อให้ครอบคลุมบริบทของการพยาบาลไทย

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้ในองค์กร บรรยากาศนวัตกรรม ผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Professorphechnoy@gmail.com)

Abstract

This quantitative research on first-line nurse managers from tertiary hospitals in Thailand aimed to: 1) examine the levels of transformational leadership, organizational learning, innovation climate, and innovation performance; 2) test the structural equation model of relationships among the four variables; and 3) investigate the direct and indirect influences among the variables. The sample consisted of 311 first-line nurse managers from tertiary hospitals, selected using stratified random sampling. The research instruments were divided into five parts, one for general information and 4 questionnaires measuring the studied variables, totaling 37 items on a 5-point rating scale. The instruments had a content validity index (CVI) ranging from 0.81 to 0.94, Cronbach's alpha coefficients ranging from 0.95 to 0.98, and construct validity was consistent with empirical data. Data were analyzed using mean, standard deviation, and structural equation modeling. The results showed the following.

1. The mean scores for perceptions of all four variables were at a high level ($M = 3.12$, $SD = 0.46$).

2. The structural equation model of the four variables fit the empirical data ($\chi^2/df = 0.24$, $GFI = 0.99$, $AGFI = 0.98$, $CFI = 1.00$, $SRMR = 0.02$, $RMSEA = 0.00$).

3. Transformational leadership had a direct influence on innovation performance ($\beta = .06$). In addition, transformational leadership indirectly influenced innovation performance through organizational learning ($\beta = .25$) and through the innovation climate ($\beta = .43$).

This study contributes new knowledge by confirming the model's consistency with empirical evidence, suggesting its applicability to nurse managers in the public healthcare sector. Further testing and development of the research instrument in private hospital settings are recommended to encompass the broader context of nursing in Thailand.

Keywords: Transformational Leadership, Organizational Learning, Innovation Climate, Innovation Performance

บทนำ

ผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์การบริหารงานของผู้บริหารที่สามารถบริหารงานได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในองค์กรภาคธุรกิจและในองค์กรสุขภาพ (Robertson, Caruana & Ferreira, 2023) ผู้บริหารที่มีความเป็นผู้นำในการสร้างแรงจูงใจ และสนับสนุนให้สมาชิกในองค์กรเกิดความคิดสร้างสรรค์จะช่วยให้เกิดนวัตกรรมบริการใหม่ ๆ ในองค์กรที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาการทำงาน เกิดความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากร นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างยั่งยืน (Bass & Riggio, 2006) หากองค์กรใดมีผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมที่ดีจะส่งผลให้เกิดความได้เปรียบทางการแข่งขัน (Tidd & Bessant, 2015) จากการทบทวนงานวิจัย พบว่าการเรียนรู้ในองค์กรยังเป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้สมาชิกเกิดความคิดสร้างสรรค์ และมีแนวคิดใหม่ ๆ ที่ก่อให้เกิดการพัฒนาองค์กรให้บรรลุเป้าหมาย (Puspitawati & Ricky, 2024) นอกจากนี้การสร้างบรรยากาศนวัตกรรมจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการสร้างนวัตกรรมทั้งในระดับบุคคล และทีม นำสู่ระดับองค์กรได้ (Jiang, Wang, Zhang & Liu, 2023) หากผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาลมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและมีกระบวนการบริหารให้เกิดการเรียนรู้ในองค์กร การสร้างบรรยากาศนวัตกรรม จะช่วยให้เกิดผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมบรรลุเป้าหมายซึ่งมีความสำคัญในการให้บริการทางสุขภาพในยุคปัจจุบัน (Thanomsaksri, Singchangchai, & Pathumarak, 2020) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาล

ระดับตติยภูมิที่ให้บริการทางการแพทย์ขั้นสูง มีการใช้เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรมเพื่อมาส่งเสริมประสิทธิภาพการให้บริการอย่างยั่งยืน (Flegal, 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรมมีหลักฐานยืนยันพบว่าผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมไม่ได้ขึ้นอยู่กับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเพียงอย่างเดียว แต่ต้องเกิดจากกระบวนการการเรียนรู้ในองค์กรด้วย (Jimenez-Jeminez, & Sanz Valle, 2011; Jiang, Wang, Zhang & Liu, 2023) ดังการศึกษาโมเดลสมการเชิงโครงสร้างของ การ์เซีย –โมราเลส, จิเมเนซ-บาร์ริโนว และ เกอเทียเรซ-เกอเทียเรซ (Garcia-Morales, Jimenez-barrionuevo, & Gutierrez- Gutierrez, 2012) พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางตรงต่อการเรียนรู้ในองค์กร การเรียนรู้ในองค์กรมีอิทธิพลทางตรงต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม โดยมีการเรียนรู้ในองค์กรเป็นตัวแปร นอกจากนี้ยังพบว่าบรรยากาศนวัตกรรมเป็นปัจจัยสนับสนุนการเกิดผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมที่ดีในองค์กร ดังการศึกษาโมเดลสมการเชิงโครงสร้างของ ซูเรค และเคลลี (Zuraik & Kelly, 2018) พบว่า บรรยากาศนวัตกรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม โดยมีบรรยากาศนวัตกรรมเป็นตัวแปรส่งผ่าน

จากการศึกษาที่ผ่านมา ผู้วิจัยได้ค้นพบการศึกษาโมเดลสมการเชิงโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้ในองค์กร และผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรที่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Aragon-Correa, Garcia-Morales, & Cordon-Pozo, 2007) และยังมีการศึกษาที่พบว่า บรรยากาศนวัตกรรม เป็นกระบวนการบริหารที่สนับสนุนผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรอีกด้วย แต่เป็นการศึกษาในองค์กรภาคธุรกิจ ยังไม่พบการศึกษาในองค์กรพยาบาล ซึ่งเป็นองค์กรมุ่งเน้นการให้บริการทางสุขภาพตามมาตรฐานให้ความสำคัญกับการนำการวิจัยและนวัตกรรมมาพัฒนาคุณภาพการพยาบาล จึงขยายการทดสอบความรู้ในเชิงศาสตร์การบริหารทางการแพทย์ เพื่อทดสอบว่าโมเดลเชิงโครงสร้างที่กล่าวมานี้มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในองค์กรพยาบาลตามบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิ ในประเทศไทย การศึกษารุ่นนี้เพื่อเพิ่ม ความรู้ใหม่ในเชิงการบริหารทางการแพทย์ เกี่ยวกับตัวแปรที่ส่งผลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิ สำหรับผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาล สามารถนำองค์ความรู้ที่ได้เพื่อวางแผนการพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำของผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านนวัตกรรมบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาล การเรียนรู้ในองค์กร บรรยากาศนวัตกรรม และผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม
2. เพื่อทดสอบความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของโมเดลสมการเชิงโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาล การเรียนรู้ในองค์กร และบรรยากาศนวัตกรรมต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมดังนี้
 - 3.1 ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางตรงต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม
 - 3.2 ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมผ่านการเรียนรู้ในองค์กร
 - 3.3 ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมผ่านบรรยากาศนวัตกรรม

สมมติฐานวิจัย

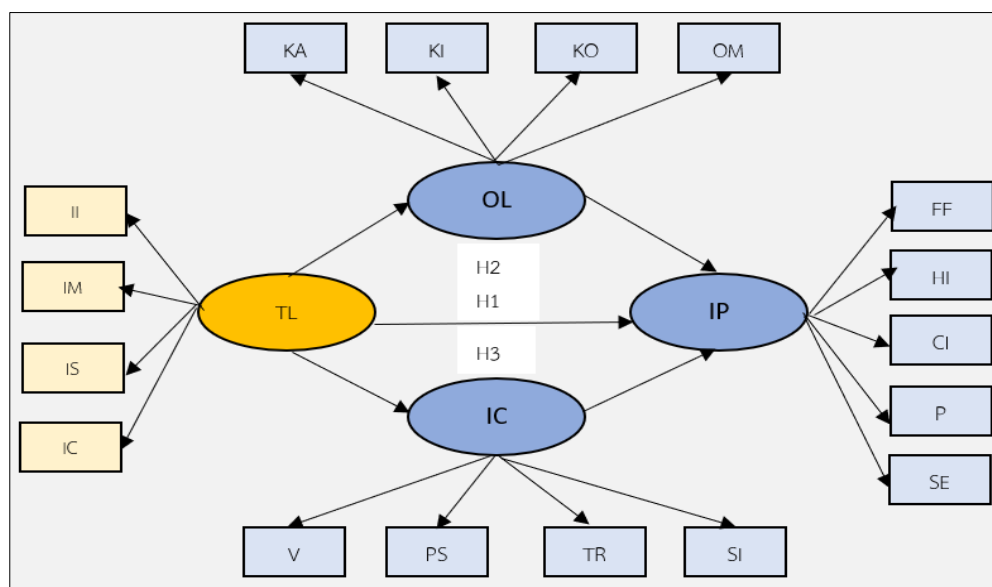
1. ระดับการรับรู้ต่อตัวแปรภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้ในองค์กร บรรยากาศนวัตกรรม และผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมอยู่ในระดับมาก

2. โมเดลสมการเชิงโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้ในองค์กร บรรยากาศนวัตกรรมต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์
3. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลโดยตรงต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม
4. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมผ่านการเรียนรู้ในองค์กร
5. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมผ่านบรรยากาศนวัตกรรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่ผ่านมาผู้วิจัยได้ค้นพบการศึกษาของ Aragon-Correa, Garcia-Morales, & Cordon-Pozo (2007) ในรูปแบบโมเดลสมการเชิงโครงสร้างที่ระบุตัวแปร ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้ในองค์กร และผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม และจากการทบทวนงานวิจัยพบว่ายังมีตัวแปรบรรยากาศนวัตกรรมที่ส่งผลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำโมเดลดังกล่าวมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยเพื่อทดสอบทฤษฎี (Theory Testing) ในรูปแบบโมเดลสมการเชิงโครงสร้างของตัวแปร ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้ในองค์กร บรรยากาศนวัตกรรม และผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม สังเคราะห์ความเชื่อมโยงของตัวแปร และนำมาสร้างเป็นโมเดลสมมติฐานการวิจัย ดังภาพ 1

ผู้วิจัยสังเคราะห์กรอบแนวคิดทั้ง 4 ตัวแปรจากการทบทวนทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัยที่ผ่านมา และนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาโดยตัวแปรส่วนนำ (Antecedent) ได้แก่ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership: TL) ของ บาสและริจีโอ (Bass & Riggio, 2006) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การมีอิทธิพลเชิงอุดมคติ (Idealized Influence: II) 2) การสร้างแรงบันดาลใจ (Inspiration Motivation: IS) 3) การกระตุ้นทางปัญญา (Intellectual Stimulation: IS) และ 4) การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล (Individualized Consideration: IC) ตัวแปรสื่อกลาง (Mediating) ได้แก่ การเรียนรู้ในองค์กร (Organizational Learning: OL) การศึกษานี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Huber (1991) และ Jimenez-Jimenez, & Sanz Valle (2011) มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) การแสวงหาความรู้ (Knowledge Acquisition: KA) 2) การอธิบายความรู้หรือสารสนเทศ (Knowledge Interpretation: KI) 3) การแพร่กระจายความรู้ (Knowledge Distribution: KD) และ 4) การส่งสมความรู้ในองค์กร (Organizational Memory: OM) และบรรยากาศนวัตกรรม (Innovation Climate: IC) ของ Anderson & West (1998) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) วิสัยทัศน์ด้านนวัตกรรม (Vision: V) 2) ความปลอดภัยในการเข้าร่วม (Participation Safety: PS) 3) การปฐมนิเทศงาน (Task Orientation: TR) และ 4) การสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม (Innovation Support: IS) สำหรับตัวแปรตาม (Consequence) ได้แก่ ผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม (Innovation Performance: IP) ของ Birchall, Chanaron, Tovstiga, & Hillenbrand (2011) มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) มุ่งเน้นอนาคต (Future Focus: FF) 2) ผลกระทบที่มีต่อตลาดสุขภาพ (Health Market Impact: HI) 3) ชีตความสามารถและภาพลักษณ์ (Capability Image: CI) 4) กระบวนการด้านนวัตกรรม (Process) และ 5) ความยั่งยืนและประสิทธิผลโดยรวม (Sustainability Effectiveness: SE)



ภาพ 1 กรอบการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

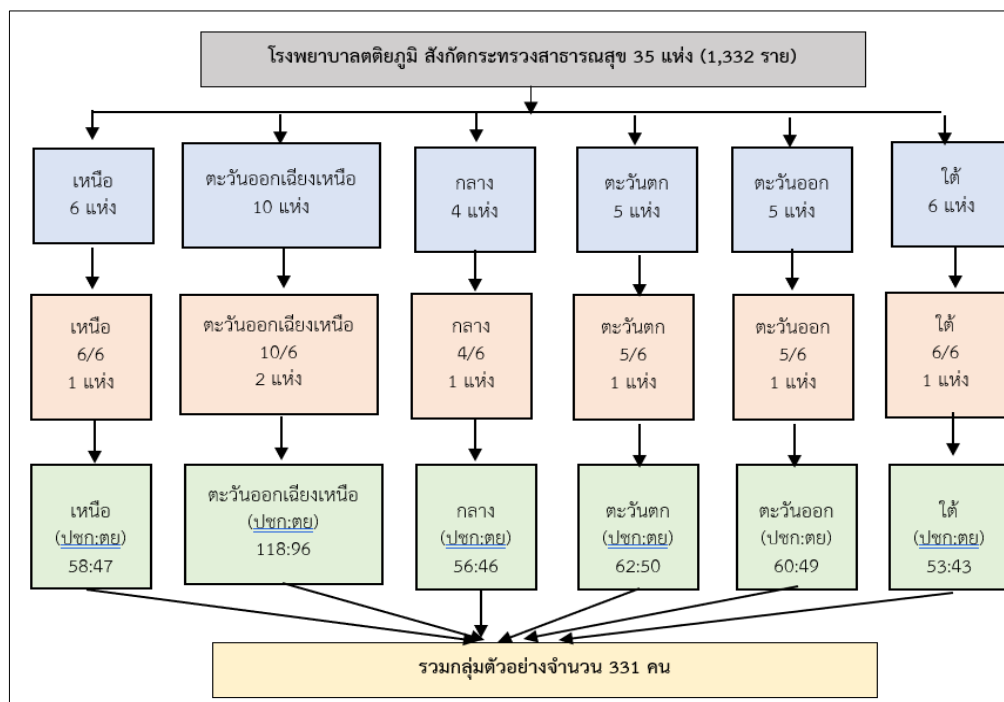
การวิจัยเชิงปริมาณโดยการวิเคราะห์โมเดลสมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Model)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิ 1,322 คน (Nursing Division of Ministry of Public Health Thailand, 2023)

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาลมีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยจนเสร็จสิ้นโครงการวิจัยได้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่าง 298 คน เพื่อป้องกันการสูญหายและความไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ผู้วิจัยกำหนดค่าทดแทนการสูญหาย (d) ร้อยละ 10 โดยคำนวณจากสูตร $N1 = n/(1-d)$ (Gupta, Attri, Singh, Karu, & Karu, 2016) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 331 คน การสุ่มตัวอย่างใช้เทคนิคการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Random Sampling) ตามภูมิภาคทั้งหมด 6 ภาค (Office of the Nation Economic and Social Development Board, 2009) หลังจากนั้นผู้วิจัยใช้เทคนิคสุ่มอย่างง่าย ในการสุ่มโรงพยาบาลตามสัดส่วนของโรงพยาบาลแต่ละภูมิภาค ดังนี้ ภาคเหนือ 1 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2 แห่ง ภาคกลาง 1 แห่ง ภาคตะวันออก 1 แห่ง ภาคตะวันตก 1 แห่ง และภาคใต้ 1 แห่ง รวม 7 แห่ง ผู้วิจัยคำนวณหาสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล และสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 331 คน ดังภาพ 2



ภาพ 2 ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้วิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการพัฒนาเครื่องมือของ เบิร์นส์และโกรฟ (Burns & Grooves, 2011) ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับตัวแปร ประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การอบรมด้านบริหาร และด้านนวัตกรรม ประสบการณ์การสร้างนวัตกรรม การสนับสนุนด้านงบประมาณ และที่ปรึกษาด้านนวัตกรรมในหน่วยงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีดัดแปลงข้อคำถาม (Adaptation) หลังได้รับอนุญาตจาก ลักษณะ ศรีบุญวงศ์ ที่ประยุกต์จากทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของแบส มี 4 ด้าน จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ด้านการมีอิทธิพลเชิงอุดมคติมี 4 ข้อ ด้านการสร้างแรงบันดาลใจมี 3 ข้อ ด้านการกระตุ้นทางปัญญามี 2 ข้อ และด้านการคำนึงถึงปัจเจกบุคคลมี 2 ข้อ เป็นมาตรวัดลิเกิร์ตแบบประมาณค่า 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเรียนรู้ในองค์กร ผู้วิจัยสร้างเอง ตามแนวคิดการพัฒนาเครื่องมือของเบิร์นส์และโกรฟ (Burns & Groves, 2010) โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้ในองค์กรของ ฮูเบอร์ (Huber, 1991) และ Jimenez-Jimenez, & Sanz Valle, 2011) มี 2 ด้าน จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านความรู้จริงเกี่ยวกับสารสนเทศ วิจัย และนวัตกรรม มี 4 ข้อ และ 2) ด้านการแบ่งปันความรู้และสารสนเทศเพื่อสร้างงานวิจัย นวัตกรรม มี 2 ข้อ เป็นมาตรวัดลิเกิร์ตแบบประมาณค่า 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามบรรยากาศนวัตกรรม ผู้วิจัยใช้วิธีดัดแปลงข้อคำถาม (Adaptation) หลังได้รับอนุญาตจาก สุขมงคล เลิศภิมมย์สุข ที่ประยุกต์จากแนวคิดบรรยากาศนวัตกรรมของแอนเดอร์สันและเวสต์ (Anderson & West, 1990) มี 4 ด้าน จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านวิสัยทัศน์ มี 2 ข้อ 2) ด้านความปลอดภัย ในการมีส่วนร่วม มี 3 ข้อ 3) ด้านการปฐมนิเทศงาน มี 3 ข้อ และ 4) ด้านการสนับสนุนนวัตกรรม มี 3 ข้อ เป็นมาตรวัดลิเกิร์ตแบบประมาณค่า 5 ระดับ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม ผู้วิจัยใช้วิธีดัดแปลงข้อคำถาม (Adaptation) หลังได้รับอนุญาตจาก กรุณา ลิ้มเจริญ มี 4 ด้าน จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ 1) มุมมองในอนาคตมี 3 ข้อ 2) ผลกระทบที่มี

ต่อการตลาดสุขภาพมี 2 ข้อ 3) ชีตความสามารถและภาพลักษณ์มี 2 ข้อ และ 5) ด้านความยั่งยืนและประสิทธิผล โดยรวม มี 2 ข้อ เป็นมาตรวัดลิกเกอร์แบบประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ คะแนน 3.50 - 4.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างรับรู้อยู่ในระดับมากที่สุด คะแนน 2.50 - 3.49 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างรับรู้อยู่ในระดับมาก คะแนน 1.50 - 2.49 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 0.50 - 1.49 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างรับรู้อยู่ในระดับน้อย และคะแนน 0.00 - 0.49 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างรับรู้อยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่า CVI ดังนี้ แบบสอบถามภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีค่า CVI เท่ากับ .94 การเรียนรู้ในองค์กร ค่า CVI เท่ากับ .81 บรรยาภาคนวัตกรรม ค่า CVI เท่ากับ .81 และ ผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม ค่า CVI เท่ากับ .82

2. ความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยสถิติวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) พบว่ามีความสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีค่าความสอดคล้องทั้งฉบับ ดังนี้ χ^2/df (CMIN/DF) = 1.68 GFI=.98 AGFI= 0.95, CFI =.95, SRMR =.025 RMSEA =.036 และมีค่า AVE อยู่ระหว่าง .71 ถึง .77 CR อยู่ระหว่าง .88 ถึง .93 แสดงว่ามี Convergent Validity ค่า MSV เท่ากับ .67 ดังนั้น MSV < AVE ASV เท่ากับ .58 ดังนั้น ASV < AVE แสดงว่ามี Discriminant Validity

3. ความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนและวิเคราะห์ความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .95, .98, .95 และ .97 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยคริสเตียน และจากโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 แห่งแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ติดต่อประสานงานผู้รับผิดชอบของแต่ละโรงพยาบาล หลังจากนั้นติดต่อผู้ช่วยวิจัยของแต่ละโรงพยาบาลผ่านช่องทางการประชุมออนไลน์ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูลการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้การเก็บข้อมูลเป็นไปอย่างถูกต้อง

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2567 รวมใช้เวลา 3 เดือน ด้วยวิธีการส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ โดยใส่ซองแยกแต่ละคนตามจำนวนแต่ละโรงพยาบาล

3. เมื่อเก็บข้อมูลวิจัยเสร็จแล้ว ผู้ประสานงานจัดส่งแบบสอบถามคืนกลับผู้วิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบจำนวนแบบสอบถามที่ได้รับคืน จำนวน 325 ฉบับ จาก 331 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 98.19 ผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนคงเหลือ 311 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 93.95 จึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและค่าสถิติการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ผู้วิจัยใช้สถิติ ทดสอบ ดังนี้ 1) การทดสอบด้วยสถิติ Kolomogorov - Smirnov (K-S Test) มีค่า $p\text{-value}$ > .05 แสดงว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และ 2) โดยการทดสอบค่าความเบ้ และค่าความโด่ง พบว่า ค่าความเบ้อยู่ระหว่าง 0.02 ถึง - 0.36 และค่าความโด่ง อยู่ระหว่าง -0.27 ถึง -1.07 ซึ่งมีค่าอยู่ในระหว่าง -2.00 ถึง 3.50 แสดงว่า การแจกแจงของข้อมูลปกติ

3. ตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 14 ตัวแปร ปรากฏว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกทุกคู่ และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ อยู่ช่วงระหว่าง .28 - .83 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.90 แสดงว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตไม่เกิดปัญหา Multicollinearity

4. วิเคราะห์อิทธิพลทางตรง ทางอ้อมและความสอดคล้องของโมเดลสมการโครงสร้างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ลิสเรล โดยผ่านเกณฑ์ตรวจสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ SEM และกำหนดค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบดังนี้ χ^2/df (CMIN/DF) <3, GFI => .90, AGFI => .90, CFI => .90, SRMR =<.05, RMSEA =<.38 (Schumacker & Lomax, 2010)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัย คริสเตียน (เลขที่ น. 03/2561 ลงวันที่ 7 มีนาคม 2562)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 309 คน คิดเป็นร้อยละ 99.36 มีอายุระหว่าง 38 - 53 ปี มากที่สุดจำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 52.09 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์อบรมหลักสูตรการบริหาร จำนวน 257 คน คิดเป็นร้อยละ 82.64 แต่พบว่าไม่เคยได้รับการอบรมด้านนวัตกรรมมากที่สุด จำนวน 204 คน คิดเป็นร้อยละ 65.59 และส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การสร้างนวัตกรรม จำนวน 172 คน คิดเป็นร้อยละ 55.31 ในส่วนของความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรสังเกตของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้ในองค์กร บรรยากาศนวัตกรรม และผลการดำเนินงาน ด้านนวัตกรรม จำนวน 14 ตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) อยู่ระหว่าง 0.68 ถึง 0.78 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p -value < .01

2. ระดับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาล การเรียนรู้ในองค์กร บรรยากาศ นวัตกรรม และผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม

ตาราง 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้ในองค์กร บรรยากาศนวัตกรรม และผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม

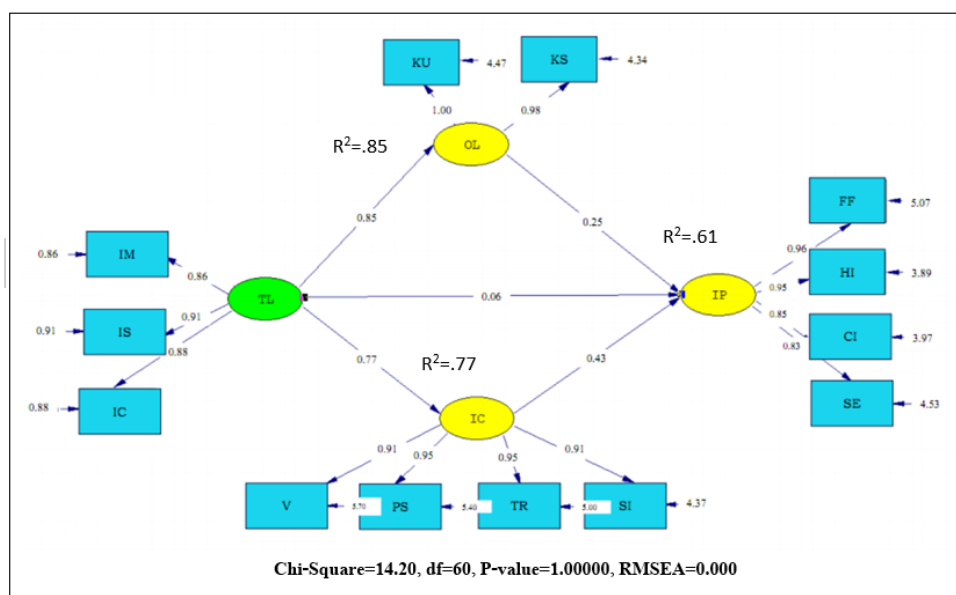
ตัวแปร	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับการรับรู้
ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership)	3.12	0.46	มาก
การมีอิทธิพลเชิงอุดมคติ (II)	2.43	0.50	ปานกลาง
การสร้างแรงบันดาลใจ (IM)	3.21	0.55	มาก
การกระตุ้นทางสติปัญญา (IS)	3.35	0.55	มาก
การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล (IC)	3.31	0.54	มาก
การเรียนรู้ในองค์กร (Organizational Learning)	3.07	0.52	มาก
ความรู้จริงเกี่ยวกับสารสนเทศ วิจัย และนวัตกรรม (KU)	3.08	0.68	มาก
การแบ่งปันความรู้สารสนเทศเพื่อสร้างงานวิจัย นวัตกรรม (KS)	3.20	0.54	มาก
บรรยากาศนวัตกรรม (Innovation Climate)	2.85	0.47	มาก
ด้านวิสัยทัศน์ (V)	2.91	0.56	มาก
ด้านความปลอดภัยในการมีส่วนร่วม (PS)	3.23	0.49	มาก
ด้านการปฐมนิเทศงาน (TR)	3.22	0.58	มาก
ด้านการสนับสนุนนวัตกรรม (IS)	3.07	0.58	มาก
ผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม (Innovation Performance)	3.11	0.48	มาก
มุมมองในอนาคต (FF)	3.20	0.49	มาก
ผลกระทบต่อตลาดสุขภาพ (HI)	3.11	0.51	มาก
ขีดความสามารถและภาพลักษณ์ (CI)	3.05	0.53	มาก
ความยั่งยืนและประสิทธิภาพโดยรวม (SI)	2.92	0.55	มาก

จากตาราง 1 พบว่า ผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาล มีระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง อยู่ในระดับมาก ($M = 3.12, SD = 0.46$) โดยตัวแปรสังเกตได้ด้านการกระตุ้นทางสติปัญญา มีค่าเฉลี่ยระดับมากที่สุด ($M = 3.35, SD = 0.55$) รองลงมาคือด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล ($M = 3.31, SD = 0.55$) และด้านการสร้าง แรงบันดาลใจ ($M = 3.21, SD = 0.54$) ส่วนด้านการมีอิทธิพลเชิงอุดมคติมีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง ($M = 2.43, SD = 0.55$) และตัวแปรสังเกตได้ส่วนค่าเฉลี่ยการเรียนรู้ในองค์กรอยู่ในระดับมาก ($M = 3.07, SD = 0.52$) ตัวแปรสังเกตได้ ของการเรียนรู้ในองค์กรมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทุกตัวระหว่าง 3.08 ถึง 3.20 ซึ่งตัวแปรด้านการแบ่งปันความรู้สารสนเทศ เพื่อสร้างงานวิจัย นวัตกรรมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 3.20, SD = 0.54$) ในส่วนของค่าเฉลี่ยการรับรู้บรรยากาศนวัตกรรม อยู่ในระดับมาก ($M = 2.85, SD = 0.47$) ตัวแปรสังเกตได้ทุกตัวอยู่ในระดับมาก โดยตัวแปรความปลอดภัยในการมีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 3.23, SD = 0.49$) และค่าเฉลี่ยการรับรู้ผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.11, SD = 0.48$) ตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านมุมมองในอนาคต ($M = 3.20, SD = 0.49$)

3. ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลสมการโครงสร้างของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้ ในองค์กร บรรยากาศนวัตกรรม และผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมตามโมเดลสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ตาราง 2 ค่าสถิติความสอดคล้องของโมเดลสมมติฐานการวิจัย

ค่าดัชนี	เกณฑ์ที่ใช้พิจารณา	ค่าสถิติของโมเดลสมมติฐาน	ผลการตรวจสอบ
Chi-Square	$p\text{-value} \geq .05$	1.00	ผ่านเกณฑ์
χ^2/df (CMIN/DF)	<3	.24	ผ่านเกณฑ์
GFI	>.90	.99	ผ่านเกณฑ์
AGFI	>.90	.98	ผ่านเกณฑ์
CFI	>.90	1.00	ผ่านเกณฑ์
SRMR	<.05	.02	ผ่านเกณฑ์
RMSEA	<.08	.00	ผ่านเกณฑ์



ภาพ 3 โมเดลสมการเชิงโครงสร้างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้ในองค์กร กับบรรยากาศนวัตกรรมต่อผล การดำเนินงานด้านนวัตกรรมหลังปรับโมเดล

จากตาราง 2 และ ภาพ 3 พบว่า ผลการทดสอบ ครั้งที่ 1 พบว่า ค่าดัชนีที่ได้ไม่สอดคล้องข้อมูลเชิงประจักษ์มีค่าสถิติดังนี้ χ^2/df (CMIN/DF) = 2.82, Goodness of Fit Index (GFI) = .89, Adjust Goodness of Fit Index (AGFI) = .87, Comparative Fit index (CFI) = .90, Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = .10 ผู้วิจัยจึงดำเนินการ ปรับโมเดลครั้งที่ 2 ด้วยวิธีแบบ ML ร่วมกับการพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้ หลังปรับโมเดล พบว่ามีความสอดคล้อง กับข้อมูลเชิงประจักษ์

สำหรับผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลสมการเชิงโครงสร้างตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ หลังปรับโมเดล พบว่า โมเดลสมการเชิงโครงสร้างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้ในองค์กร บรรยากาศนวัตกรรม และผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมตามการรับรู้ของผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาล โรงพยาบาล ตติยภูมิที่ผ่านเกณฑ์สถิติที่กำหนดดังนี้ χ^2/df (CMIN/DF) = 0.24, GFI = 0.99, AGFI = 0.98, CFI = 1.00, SRMR = 0.02, RMSEA = 0.00 จึงอธิบายได้ว่า โมเดลสมการเชิงโครงสร้างตามสมมติฐานสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตาราง 2 และ ภาพ 3)

4. อิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม โดยผ่านตัวแปรการเรียนรู้ในองค์กร และบรรยากาศนวัตกรรมดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ค่าสถิติวิเคราะห์อิทธิพลเส้นทางทดสอบสมมติฐานโมเดลสมการเชิงโครงสร้างของปัจจัยที่มีผลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม (n = 311)

Hypothesis	Structural Path Relationship	Standardized Regression Coefficient			t	Hypothesis test
		Direct	Indirect	Total		
H1	TL → IP	.06	-	.06	1.39*	ยอมรับ
H2	TL → OL → IP	.06	.21	.27	4.43*	ยอมรับ
H3	TL → IC → IP	.06	.33	.39	4.43*	ยอมรับ

*p-value < .01

จากตาราง 3 พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางตรงต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .06$, $p\text{-value} < .01$) และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลการดำเนินการนวัตกรรมผ่านการเรียนรู้ในองค์กร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (TE = .27) และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางอ้อม ต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม ผ่านบรรยากาศนวัตกรรม (TE = .39) และจากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสามารถทำนายการเรียนรู้ในองค์กรได้ ร้อยละ 85.00 ($R^2 = .85$) ทำนายบรรยากาศนวัตกรรมได้ร้อยละ 77.0 ($R^2 = .77$) และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้ในองค์กร บรรยากาศนวัตกรรมสามารถทำนายผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมได้ร้อยละ 61.00 ($R^2 = .61$)

การอภิปรายผล

1. ผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิมีระดับการรับรู้ต่อภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้ในองค์กร บรรยากาศนวัตกรรม และผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมอยู่ในระดับมาก แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณารายด้านของแต่ละตัวแปร ยกตัวอย่างเช่น องค์ประกอบด้าน ด้านการมีอิทธิพลเชิงอุดมคติมีการรับรู้ในระดับปานกลาง อภิปรายตามทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงได้ว่า ผู้บริหารที่มีอิทธิพลเชิงอุดมคติจะต้องแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการแก้ปัญหาด้วยวิธีการใหม่ ๆ จนเป็นที่ประจักษ์ (Bass & Avolio, 2006) เมื่อพิจารณาจากข้อมูลทั่วไป ผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการสร้างนวัตกรรมเป็นที่ประจักษ์แก่สมาชิก จึงทำให้การรับรู้ต่ำกว่าด้านอื่น ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการขาดการอบรมด้านนวัตกรรม ทำให้ไม่สามารถเป็นแบบอย่างในการเป็นนักนวัตกรรมได้ (Limjaroen, Singchangchai, & Pathumarak, 2021) สำหรับตัวแปร

การเรียนรู้ในองค์กร พบว่ามีการรับรู้ในระดับมากทั้งสองด้าน สอดคล้องกับข้อมูลทั่วไปที่พบว่าทุกโรงพยาบาล มีนโยบายสนับสนุนการดูแลสุขภาพด้วยงานวิจัย และนวัตกรรมทำให้ผู้บริหารสนับสนุนการแลกเปลี่ยนความรู้เพื่อให้สมาชิกเกิดความคิดใหม่ ๆ ในการแก้ปัญหา เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่าส่งเสริมการเรียนรู้ในองค์กร ช่วยส่งเสริมการเกิดผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม (Singchungchai, 2019; Cui, Lim, & Song, 2022) ในส่วนของ ตัวแปรบรรยากาศนวัตกรรม พบว่าด้านวิสัยทัศน์มีการรับรู้ที่น้อยที่สุด และตัวแปรผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม พบว่าด้านกระบวนการด้านนวัตกรรมมีคะแนนการรับรู้ที่น้อยที่สุด สอดคล้องกับข้อมูลทั่วไปที่พบว่าผู้บริหารระดับต้น ทางโรงพยาบาลส่วนใหญ่มองว่าการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการสร้างนวัตกรรมยังไม่เพียงพอ ไม่ว่าจะเป็นด้านการอบรม หรือการจัดที่ปรึกษาด้านนวัตกรรมส่งผลให้การสร้างสรรค์นวัตกรรมในองค์กรยังไม่บรรลุ เป้าหมาย เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่ากำหนดวิสัยทัศน์ และการสนับสนุนด้านทรัพยากรและงบประมาณ เป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมในองค์กร (Robertson, Caruana, & Ferreira, 2023)

2. โมเดลสมการเชิงโครงสร้างระหว่าง ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้ในองค์กร บรรยากาศนวัตกรรม และผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ อธิบายได้ว่า การศึกษารั้วนี้เป็นการนำ แนวคิดทฤษฎีที่เป็นกระบวนการที่เดียวกันคือการเกิดนวัตกรรมในองค์กร จึงทำให้โมเดลที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้อง กับข้อมูลเชิงประจักษ์ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาโมเดลหลังปรับและมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แล้วจะเห็นได้ว่าองค์ประกอบด้านการมีอิทธิพลเชิงอุดมคติของตัวแปรภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงหายไป สอดคล้อง กับคะแนนการรับรู้ด้านการมีอิทธิพลเชิงอุดมคติน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับองค์ประกอบด้านอื่น อภิปรายตามทฤษฎี ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของบาสและริจีโอ (Bass & Riggio, 2006) ได้ว่าการมีอิทธิพลเชิงอุดมคติผู้นำต้องเป็น แบบอย่างในการนำแนวคิดใหม่ ๆ มาแก้ปัญหาจนสำเร็จเป็นที่ประจักษ์ จึงจะทำให้เกิดความศรัทธาและไว้วางใจ เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้บริหารส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การสร้างนวัตกรรม จากในปรากฏการณ์ผู้บริหาร ระดับต้นทางโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมด้านนวัตกรรม ทำให้ขาดความรู้ความสามารถในการสร้าง ผลงานนวัตกรรมเป็นที่ประจักษ์ ไม่สามารถเป็นแบบอย่างแก่สมาชิกได้ ส่งผลให้การดำเนินงานด้านนวัตกรรม ยังไม่บรรลุเป้าหมาย เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่าผู้นำที่มีอิทธิพลเชิงอุดมคติจะช่วยสร้างแรงจูงใจ และความเชื่อมั่น ให้กับสมาชิกในการสร้างสิ่งใหม่ ๆ หรือในแนวคิดใหม่ ๆ ในการแก้ปัญหาของหน่วยงาน (Cui, Lim, & Song, 2022) ดังนั้นองค์กรพยาบาลจึงควรสนับสนุนผู้บริหารระดับต้นทางโรงพยาบาลได้รับการอบรมและพัฒนาด้านนวัตกรรม เพื่อจะได้เป็นแบบอย่างให้กับสมาชิกในองค์กรด้านการสร้างสรรค์นวัตกรรม เมื่อพิจารณาผลการวิจัยที่พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้ในองค์กร บรรยากาศนวัตกรรมสามารถทำนายผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม ได้ร้อยละ 61.00 ($R^2 = 61$) แสดงให้เห็นว่ายังมีตัวแปรอื่น ๆ อีกร้อยละ 39 ที่นอกเหนือจากตัวแปรที่กล่าวมาข้างต้น ที่สามารถส่งผลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลตติยภูมิ ได้เช่นกันซึ่งควรต้องทำการศึกษา ต่อไปเพื่อนำมาพัฒนาให้เกิดผลการดำเนินการด้านนวัตกรรมบรรลุตามเป้าหมายต่อไป

3. อิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม โดยผ่านตัวแปรการเรียนรู้ในองค์กร และบรรยากาศนวัตกรรม จากผลการวิจัยพบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีอิทธิพลทางตรงต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมอยู่ในระดับน้อย ($\beta = .06$) เมื่อพิจารณาจากโมเดลพบว่า ตัวแปร ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงคงเหลือ 3 องค์ประกอบ โดยไม่มีด้านการมีอิทธิพลเชิงอุดมคติ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ ค่าอิทธิพลทางตรงของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับน้อยดังการศึกษาที่พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการมีอิทธิพลเชิงอุดมคติมีอิทธิพลต่อการสร้างสรรค์นวัตกรรมของสมาชิกในระดับสูง (Ongsawang & Nilrat, 2018; Ngaithe & Aof, 2023) และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม โดยผ่านการเรียนรู้ในองค์กร โดยรวม เท่ากับ .27 อภิปรายได้ว่าผู้บริหารระดับต้นทางโรงพยาบาลรับรู้เกี่ยวกับภาวะ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการจัดกระบวนการการเรียนรู้ในองค์กร เพื่อส่งเสริมการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กร การพยาบาลผ่านการสนับสนุนให้สมาชิกเข้าถึงข้อมูล สารสนเทศ ความรู้เพื่อให้เกิดความเข้าใจด้านวิจัย นวัตกรรม อย่างถ่องแท้ และแบ่งปันความรู้ ดังนั้นการส่งเสริมความสามารถของการเรียนรู้ในองค์กร จึงถือได้ว่าเป็นแรงผลักดัน ที่สำคัญของการเกิดผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กร (Tohidi, Seyedaliakbar, & Mandegari, 2018)

นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม โดยผ่านบรรยากาศนวัตกรรมโดยรวม เท่ากับ .39 ($TE = .39, p\text{-value} < .01$) อภิปรายได้ว่าผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาลรับรู้เกี่ยวกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการสร้างบรรยากาศนวัตกรรมในองค์กร เพื่อส่งเสริมการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของ อารอน และซัมเมอร์เฟลด์ (Aarons & Sommerfeld, 2015) พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสามารถทำนายได้ว่า จะเกิดบรรยากาศนวัตกรรมในระดับทีมในองค์กรสูงขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารการพยาบาลระดับสูงควรส่งเสริมการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาลทั้งในปัจจุบัน และในรุ่นต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีอิทธิพลเชิงอุดมคติที่เป็นแบบอย่างด้านการสร้างสรรค์นวัตกรรมแก่สมาชิก เพื่อส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมในองค์กรการพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน
2. องค์กรพยาบาลควรส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ในองค์กร และการสร้างบรรยากาศนวัตกรรม โดยการกำหนดวิสัยทัศน์ด้านนวัตกรรมให้ชัดเจน ควรเน้นการจัดกิจกรรมหรือแพลตฟอร์มที่ส่งเสริมการแบ่งปัน แลกเปลี่ยนความรู้ เพื่อให้เกิดความคิดใหม่ ๆ เปิดกว้างให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ โดยไม่มีผลกระทบเชิงลบ
3. ควรประยุกต์ใช้เครื่องมือวิจัยเพื่อประเมินการรับรู้ของผู้บริหารทางการพยาบาลในองค์กรการพยาบาลทุกระดับเพื่อให้มีข้อมูลสำหรับเป็นโอกาสพัฒนาด้านนวัตกรรมทางการพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาโมเดลสมการโครงสร้างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้ในองค์กร บรรยากาศนวัตกรรม และผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม ในองค์กรการพยาบาล ในบริบทของโรงพยาบาลระดับอื่น ๆ และในกลุ่มผู้บริหารการพยาบาลระดับกลาง (Middle Manager) และระดับสูง (Top Manager)
2. ควรขยายการพัฒนาเครื่องมือวิจัย ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเรียนรู้ในองค์กร บรรยากาศนวัตกรรม และผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากมีบริบทแตกต่างจากภาครัฐ ทั้งนี้เพื่อให้มีเครื่องมือในการวัดตัวแปรที่เกี่ยวกับผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมที่ครอบคลุมทุกองค์กรพยาบาลในประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

- Aarons, G. A., & Sommerfeld, D. (2015). Leadership, innovation climate, and attitudes toward evidence-based practice during a statewide implementation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(2), 423-431.
- Anderson, N. R., & West, M. A. (1998). Measuring climate for work group innovation: Development and validation of the team climate inventory. *Journal of Organizational Behavior*, 19(3), 235-258.
- Aragon-Correa, I. A., Garcia-Morales, J., & Cordon-Pozo, E. (2007). Leadership and organizational learning's role on innovation and performance: Lesson from Spain. *Journal of Industrial Marketing Management*, 36, 349-358.
- Bass, B. M., & Riggio, R. E. (2006). *Transformational Leadership 2nd Edition*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Birchall, D., Chanaron, J. J., Tovstiga, G. & Hillenbrand, C. (2011). Innovation performance measurement: Current practices, issues and management challenges. *Int. J. Technology Management*, 56(1), 1-20.

- Burns, N. & Grove, S. K. (2010). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (6th ed.). Saunders Elsevier.
- Cui, F., Lim, H., & Song, J. (2022). The influence of leadership style in China SMEs on enterprise innovation performance. *MDPI Journal*, 14 (3249), 1-17.
- Flegel, K. (2015). Tertiary hospitals must provide general care. *Canadian Medical Association Journal*, 187(4), 235-245.
- Garcia-Morales, V. S., Jimenez-Barrionuevo, M. M., & Gutierrez-Gutierrez, L. (2014). Transformational leadership influence on organizational performance through organizational learning and innovation. *Journal of Business Research*, 65(2), 1040-1050.
- Gupta, K. K., Attri, J. P., Singh, A., Karu, H., & Karu, G. (2016). Basic concepts for sample size calculation: Critical step for any clinical trials. *Saudi J Anaesth*, 10(3), 328-331.
- Huber, G. P. (1991). Organizational learning: The contributing processes and the literatures. *Organization Science*, 2(1), 88-115.
- Jiang, W., Wang, H., Zhang, Y., & Liu, W. (2023). Transformational leadership, adaptability, and job crafting. *Journal of Vocational Behavior*, 100, 185-195.
- Jimenez-Jimenez, D., & Sanz-Valle, R. (2011). Innovation, organizational learning, and performance. *Journal of Business Research*, 64(4), 408-417.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Limjaroen, K., Singchangchai, P., & Pathumarak, N. (2021). A structural equation model of transformational leadership, innovation management, and innovation performance as perceived by first-line nurse managers of general hospitals under ministry of public health. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*, 15(3), 150-161. (in Thai)
- Ngaithe, L., & Aol, G. (2023). Effect of idealized influence and inspirational motivation on staff performance. *European Journal of Business and Management*, 8(30), 6-13.
- Nursing Division of Ministry of Public Health Thailand. (2023). *National Nursing Service Strategy 2019-2024 according to the National Strategy Plan 20 years*. Retrieved Aug 18, 2023 from www.don.go.th. (in Thai)
- Office of the Nation Economic and Social Development Board. (2009). *Regional and Provincial Products for The New Base Year 1981-1991*. Retrieved March 20, 2023 from <http://www.nesdb.go.th>. (in Thai)
- Ongsawang, A., & Nilrat, N. (2018). Transformational leadership, and characteristics of followers that influence organization effectiveness in sub-district health promoting hospitals, Narathiwat province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(2), 272-287. (in Thai).
- Puspitawati, R., & Ricky, R. (2024). The influence of idealized influence, inspirational motivation, intellectual stimulation and individualized consideration on teaching behavior mediated by entrepreneurial behavior. *Petra International Journal of Business Studies*, 7(2), 201-210.
- Robertson, J., Caruana, A., & Ferreira, C. (2023). Innovation performance: The effect of knowledge-based dynamic capabilities in cross-country innovation ecosystem. *Journal of International Business Review*, 32(2), 1-14.

- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2010). *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling* (3rded.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Singchungchai, P. (2019). Innovative leadership in nursing management. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(1), 260-267. (in Thai).
- Thanomsaksri, N., Singchangchai, P., & Pathumarak, N. (2020). Factors influencing innovation performance in nursing organizations as perceived by head nurses of community hospitals under the ministry of public health. *Journal of Health and Nursing Research*, 36(2), 77-94. (in Thai)
- Tidd, J., & Bessant, J. (2015). *Management Innovation* (5thed.) West Sussex; Wiley.
- Tohidi, M., Seyedaliakbar, M., & Mandegari, M. (2018). Organizational learning and the effect on innovation. *Journal of Enterprise Information Management*, 25(3), 219-245.
- Zuraik, A., & Kelly, L. (2018). The role of CEO transformational leadership and innovation climate in exploration and exploitation. *European Journal of Innovation Management*, 3(12), 1-12.

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล ระดับต้นในเขตสุขภาพที่ 10

Digital Leadership among First-Line Nurse Administrators in Health Region 10: A Confirmatory Factor Analysis

ธีระพรณ์ สุรักษ์¹, กาญจนา ศรีสวัสดิ์^{2*}, สังวรณ์ จัตุระโท³

Theerapun Surak¹, Kanjana Srisawad^{2*}, Sungworn Ngudgratoke³

¹นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารทางการแพทย์พยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช,

²สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, ³สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

¹Master's Degree Student, Department of Nursing Administration, Sukhothai Thammathirat Open University

²School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

³School of Educational Studies, Sukhothai Thammathirat Open University

(Received: April 1, 2025; Revised: July 17, 2025; Accepted: August 14, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะผู้นำดิจิทัลและวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้น ในเขตสุขภาพที่ 10 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้นที่ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 210 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้ค่าความตรงระหว่าง .60 ถึง 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96 เก็บรวบรวมข้อมูลผ่าน Google Form สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ผลการวิจัยพบว่า

1. ภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้น ในเขตสุขภาพที่ 10 ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.67$, $SD = 0.66$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านวิสัยทัศน์ดิจิทัล รองลงมา คือ ด้านคุณลักษณะของผู้นำดิจิทัล

2. ภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้น ในเขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) วิสัยทัศน์ดิจิทัล 2) ความรู้ความเข้าใจ และความสามารถทางดิจิทัลและเทคโนโลยีสารสนเทศ 3) คุณลักษณะของผู้นำดิจิทัล 4) ทักษะทางวิทยาการสารสนเทศ และ 5) การพัฒนาระบบบริการเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารดิจิทัล และองค์ประกอบเชิงยืนยันของภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้น มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาได้จากค่าไคสแควร์เท่ากับ 165.06 ค่าที่องศาอิสระเท่ากับ 137 ค่าโอกาสความน่าจะเป็นเท่ากับ 0.051 ค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ 0.031 และ 0.013 มีค่าเข้าใกล้ 0 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนเท่ากับ 0.934 และดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้วเท่ากับ 0.889 มีค่าเข้าใกล้ 1 และค่าสถิติไคสแควร์สัมพัทธ์เท่ากับ 1.200

ดังนั้นผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้นในเขตสุขภาพที่ 10 สามารถนำผลวิจัยนี้มาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมหรือพัฒนาภาวะผู้นำดิจิทัล ซึ่งประกอบด้วยวิสัยทัศน์ดิจิทัล ความรู้ความเข้าใจ และความสามารถทางดิจิทัลและเทคโนโลยีสารสนเทศ คุณลักษณะของผู้นำดิจิทัล ทักษะทางวิทยาการสารสนเทศ และการพัฒนาระบบบริการเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารดิจิทัล เพื่อให้องค์กรบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลของกระทรวงสาธารณสุข และการบริหารงานอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำดิจิทัล ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้น การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kanjana.sri@stou.ac.th)

Abstract

The objectives of this study were to examine digital leadership and to analyze the confirmatory components of digital leadership among first-line nurse administrators in Health Region 10. The sample consisted of 210 first-line nurse administrators, selected through stratified random sampling. Research instruments included a personal information questionnaire and a digital leadership scale, with content validity indices ranging from .60 to 1.00, and a Cronbach's alpha coefficient of .96. Data were collected via Google Forms. Statistical analyses employed percentage, mean, standard deviation, and confirmatory factor analysis. The results showed as follows.

1. The overall digital leadership scores of first-line nurse administrators in Health Region 10 were at a high level ($M = 3.67$, $SD = 0.66$). The highest mean score was found for the digital vision dimension, followed by digital leadership characteristics.

2. Digital leadership of first-line nurse administrators in Health Region 10 comprised five components: 1) digital vision, 2) digital and information technology knowledge, understanding, and competence, 3) digital leadership characteristics, 4) information science skills, and 5) development of digital information and communication technology services. Confirmatory factor analysis indicated that the model of digital leadership was consistent with empirical data, with $\chi^2 = 165.06$, $df = 137$, $p\text{-value} = 0.051$, $RMSEA = 0.031$, $SRMR = 0.013$, $GFI = 0.934$, $AGFI = 0.889$, and $\chi^2/df = 1.200$.

The study suggests that first-line nurse administrators in Health Region 10 can apply this CFA analysis as a framework for promoting and enhancing digital leadership. This includes strengthening digital vision, knowledge, understanding, as well as digital and IT competence, leadership characteristics, information science skills, and development of digital ICT services, in order to achieve organizational goals in alignment with the Ministry of Public Health's digital health strategy and to improve administrative efficiency.

Keywords: Digital Leadership, First-line Nurse Administrators, Confirmatory Factor Analysis

บทนำ

ยุคดิจิทัลหมายถึงช่วงเวลาและเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเข้ามามีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานและชีวิตประจำวันอย่างรวดเร็ว ภาวะผู้นำดิจิทัลจึงเป็นความสามารถของผู้บริหารในการใช้เทคโนโลยีและข้อมูลดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ วางแผน และพัฒนาบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในองค์กรพยาบาลที่ต้องเผชิญกับความท้าทายจากการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีอย่างต่อเนื่อง ภาวะผู้นำดิจิทัลช่วยให้ผู้บริหารสามารถบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย และทันเวลา ส่งเสริมการพัฒนาทักษะดิจิทัลของบุคลากร พร้อมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม (Avolio, 2014) นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในยุคศาสตร์สุขภาพดิจิทัลเน้นให้หน่วยงานต่าง ๆ รวมถึงองค์กรพยาบาล ต้องพัฒนาศักยภาพด้านดิจิทัลเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงนี้ (Netwong, 2021) ทำให้ภาวะผู้นำดิจิทัลเป็นทักษะจำเป็นสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ที่เป็นกลุ่มหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กรสู่ความสำเร็จและการบริการที่มีคุณภาพ งานวิจัยที่ผ่านมาได้ศึกษาภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาล พบว่า มีองค์ประกอบหลัก 5 ด้าน ได้แก่ วิสัยทัศน์ดิจิทัล ความรู้ความเข้าใจและความสามารถทางดิจิทัลและเทคโนโลยีสารสนเทศ คุณลักษณะของผู้นำดิจิทัล ทักษะทางวิทยาการสารสนเทศ และการพัฒนาระบบบริการเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารดิจิทัล (Avolio, 2014; Karakose, Kocabas, Yirci, Papadakis, Ozdemir, & Demirkol, 2022) ผู้บริหารทางการพยาบาลจำเป็นต้องมีทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูลดิจิทัล (Christian & Michael, 2019)

มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัลที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการบริหารทางการพยาบาล ภาวะผู้นำดิจิทัลจึงเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล (Pasolong, Nilna, & Justina, 2021) โดยเฉพาะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ของผู้บริหารทางการพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการและกำกับดูแลพยาบาลวิชาชีพให้สามารถรับผิดชอบและจัดบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ (Karakose, Kocabas, Yirci, Papadakis, Ozdemir, & Demirkol, 2022)

ภาวะผู้นำดิจิทัลเป็นทักษะที่จำเป็นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในการผสมผสานทักษะทางเทคโนโลยีและการเป็นผู้นำในการดูแลสุขภาพ มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีเข้ากับการดูแลผู้ป่วย สามารถนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการปรับปรุงการให้บริการและการบริหารจัดการในองค์กรสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถสร้างและสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมการเรียนรู้และการทำงานของบุคลากรทางการพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กรและตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้ (Karakose, Kocabas, Yirci, Papadakis, Ozdemir, & Demirkol, 2022) จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าภาวะผู้นำดิจิทัลของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลางที่ร้อยละ 46.9 (Sinan, Ferhat & Murat, 2024) ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการและการตัดสินใจ แสดงให้เห็นว่าควรมีการพัฒนาภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาล และจากการสังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) วิสัยทัศน์ดิจิทัล 2) ความรู้ความเข้าใจและความสามารถทางดิจิทัลและเทคโนโลยีสารสนเทศ 3) คุณลักษณะของผู้นำดิจิทัล 4) ทักษะทางวิทยาการสารสนเทศ และ 5) การพัฒนาระบบบริการเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารดิจิทัล ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดของ Avolio (2014)

ภาวะผู้นำทางการพยาบาลระดับต้นโดยพื้นฐานแล้วเน้นการบริหารจัดการทีม การดูแลคุณภาพการพยาบาลและการประสานงานระหว่างบุคลากร แต่ในยุคดิจิทัล ภาวะผู้นำดิจิทัลเข้ามาเติมเต็มทักษะใหม่ ๆ ที่จำเป็นสำหรับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการบริหารจัดการ อาทิ การนำข้อมูลดิจิทัลมาใช้ในการตัดสินใจ การบริหารความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งการส่งเสริมให้ทีมพยาบาลปรับตัวและพัฒนาทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศให้ทันสมัย ภาวะผู้นำทั้งสองจึงต้องทำงานประสานกันให้เกิดการบริหารที่มีประสิทธิภาพและตอบโจทย์ยุคสมัยใหม่ (Karakose, Kocabas, Yirci, Papadakis, Ozdemir, & Demirkol, 2022) และในบริบทของภาวะผู้นำดิจิทัลสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ข้อมูลเชิงประจักษ์หมายถึงหลักฐานและข้อมูลที่ถูกเก็บรวบรวม วิเคราะห์และพิสูจน์มาอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้ในการตัดสินใจและปรับปรุงการบริหารจัดการทางการพยาบาลในยุคดิจิทัล การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์นี้ช่วยให้ผู้บริหารสามารถประเมินความต้องการและประสิทธิภาพของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ รวมถึงความพร้อมและทักษะดิจิทัลของบุคลากรภายในหน่วยงาน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาภาวะผู้นำดิจิทัลอย่างแท้จริง (Avolio, 2014) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากภาวะผู้นำดิจิทัลยังไม่มีนิยามเชิงปฏิบัติการที่ชัดเจน รวมทั้งข้อความหรือรายการ (Items) ที่ใช้วัดยังไม่แน่ชัดว่าผู้บริหารได้นำไปใช้หรือปฏิบัติมากน้อยเพียงใด ข้อมูลเชิงประจักษ์จึงมีบทบาทสำคัญในการสะท้อนสถานการณ์จริงและการปฏิบัติที่เกิดขึ้นในองค์กรพยาบาล ตลอดจนชี้แนะแนวทางพัฒนาทักษะและองค์ความรู้ของผู้บริหารในด้านเทคโนโลยีดิจิทัล ซึ่งจะช่วยให้การบริหารงานทางการพยาบาลมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับเปลี่ยนแปลงของยุคดิจิทัลได้อย่างเหมาะสม (Pasolong, Nilna, & Justina, 2021)

ยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลของกระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในระบบสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและการให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนอย่างรวดเร็วและแม่นยำ (Ministry of Public Health, 2020) การบรรลุเป้าหมายนี้จำเป็นต้องอาศัยผู้นำที่มีความสามารถในการบริหารจัดการภายใต้บริบทของยุคดิจิทัล โดยเฉพาะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นซึ่งมีบทบาทสำคัญในการกำกับดูแลและจัดการบริการพยาบาลเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในเขตสุขภาพที่ 10 และนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) เพื่อตรวจสอบว่ามีความสอดคล้อง

กับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ เพื่อให้ผลการวิจัยนี้เป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมหรือพัฒนาภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นในเขตสุขภาพที่ 10 และช่วยให้องค์กรบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลของกระทรวงสาธารณสุข พร้อมทั้งบริหารงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

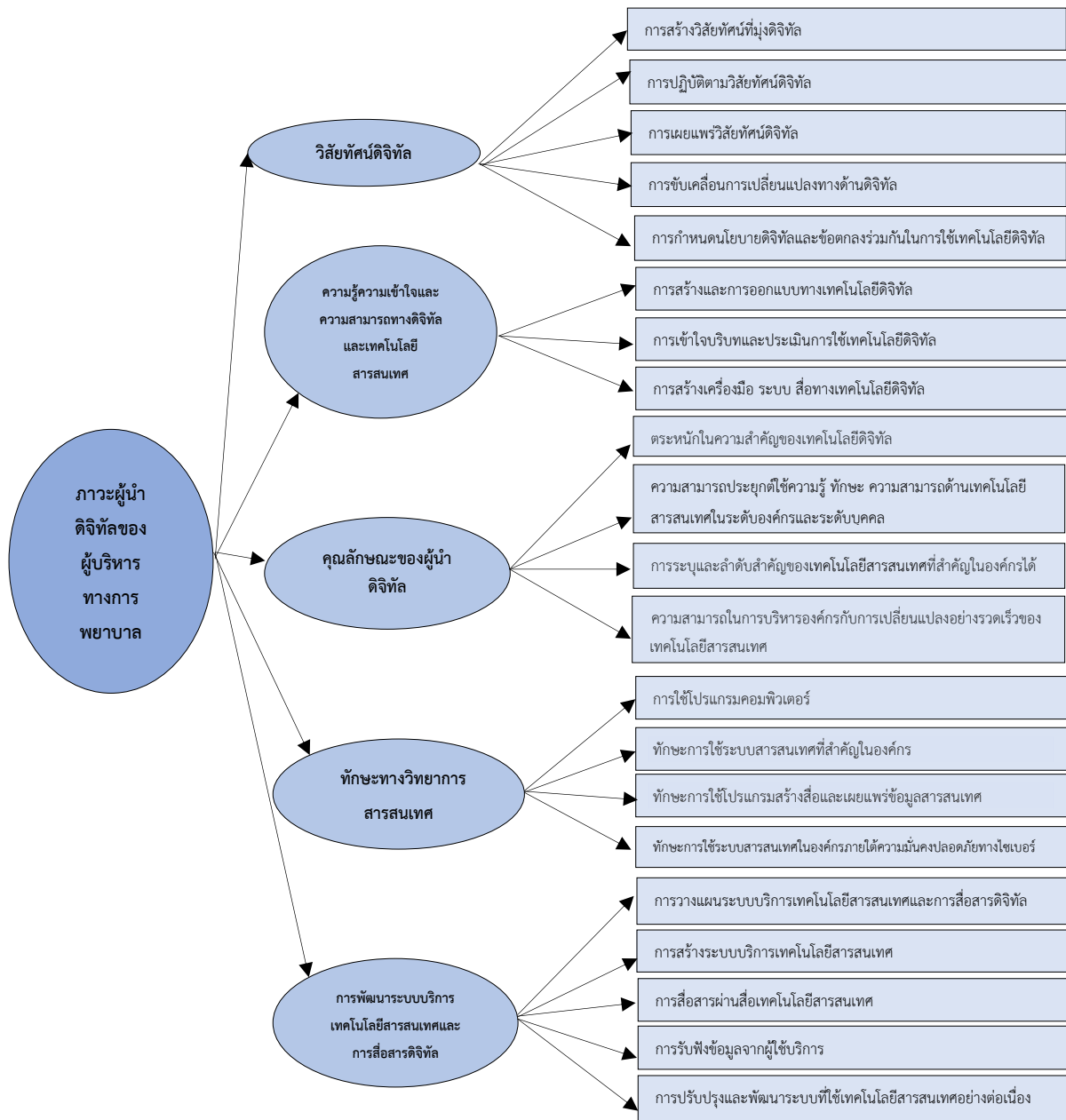
1. เพื่อศึกษาภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น ในเขตสุขภาพที่ 10
2. เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นในเขตสุขภาพที่ 10

สมมติฐานวิจัย

องค์ประกอบของภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นในเขตสุขภาพที่ 10 มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 1) วิสัยทัศน์ดิจิทัล 2) ความรู้ความเข้าใจและความสามารถทางดิจิทัลและเทคโนโลยีสารสนเทศ 3) คุณลักษณะของผู้นำดิจิทัล 4) ทักษะทางวิทยาการสารสนเทศ และ 5) การพัฒนาระบบบริการเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารดิจิทัล

กรอบแนวคิดการวิจัย

ภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการแพทย์ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 1) วิสัยทัศน์ดิจิทัล 2) ความรู้ความเข้าใจและความสามารถทางดิจิทัลและเทคโนโลยีสารสนเทศ 3) คุณลักษณะของผู้นำดิจิทัล 4) ทักษะทางวิทยาการสารสนเทศ และ 5) การพัฒนาระบบบริการเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารดิจิทัล สอดคล้องกับของแนวคิดของ Avolio (2014) และงานวิจัย Wang, Liu, & Chen (2023) พบว่า การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพดิจิทัลช่วยเสริมสร้างภาวะผู้นำดิจิทัลและเพิ่มขีดความสามารถในการบริหารงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ งานวิจัยของ Kumar, Patel, & Thomas (2022) ได้ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของผู้นำดิจิทัลในบริบทของการดูแลสุขภาพ โดยมุ่งเน้นที่การพัฒนาและการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในองค์กรสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงขึ้นดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้บริหารทางพยาบาลระดับต้นที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 299 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารทางพยาบาลระดับต้นที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 10 มีประสบการณ์การบริหารทางพยาบาลระดับต้นอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป จากขั้นตอนการคำนวณสูตรดังกล่าวจะได้กลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 191 คน เพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (Gupta, 2016) จึงได้กลุ่มตัวอย่าง 210 คน จึงได้กลุ่มตัวอย่าง 210 คน ซึ่งสอดคล้องกับข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงยืนยันที่จำนวนตัวอย่าง ต้องมีจำนวนตัวอย่างประมาณ 1 : 10 ของตัวแปร

ที่สังเกตได้ แนวคิดของแฮร์และคณะ (Hair, Risher, Sarstedt & Ringle, 2019) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามขนาดของโรงพยาบาล และสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน หอผู้ป่วย/แผนกที่ปฏิบัติงาน และประสบการณ์การบริหารจัดการทางพยาบาลระดับต้น

ส่วนที่ 2 เป็นแบบวัดภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) ทัศนคติดิจิทัล 10 ข้อ 2) ความรู้ความเข้าใจและความสามารถทางดิจิทัลและเทคโนโลยีสารสนเทศ 10 ข้อ 3) คุณลักษณะของผู้นำดิจิทัล 10 ข้อ 4) ทักษะทางวิทยาการสารสนเทศ 10 ข้อ 5) การพัฒนาระบบบริการเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารดิจิทัล 10 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น

4 หมายถึง การปฏิบัติหรือตรงกับความเป็นจริงมาก

3 หมายถึง การปฏิบัติหรือตรงกับความเป็นจริงปานกลาง

2 หมายถึง การปฏิบัติหรือตรงกับความเป็นจริงน้อย

1 หมายถึง การปฏิบัติหรือตรงกับความเป็นจริงน้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น (Silanoi, 2017) มีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย การแปลความหมาย

4.50 - 5.00 หมายถึง ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นมีการปฏิบัติหรือตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

3.50 - 4.49 หมายถึง ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นมีการปฏิบัติหรือตรงกับความเป็นจริงมาก

2.50 - 3.49 หมายถึง ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นมีการปฏิบัติหรือตรงกับความเป็นจริงปานกลาง

1.50 - 2.49 หมายถึง ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นมีการปฏิบัติหรือตรงกับความเป็นจริงน้อย

1.00 - 1.49 หมายถึง ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นมีการปฏิบัติหรือตรงกับความเป็นจริงน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า IOC ระหว่าง .60 -1.00 สำหรับการหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มาปรับปรุงแก้ไข แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) รายองค์ประกอบเท่ากับ .84 - .89 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.96 ก่อนนำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลไปยังหัวหน้าพยาบาลและผู้ประสานงาน โดยแนบ QR Code เพื่อใช้ตอบแบบสอบถามจาก Google Form โดยขอความอนุเคราะห์ให้ตอบกลับภายใน 2 สัปดาห์ จากนั้นนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามเพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้การวิเคราะห์ความถี่ คือ จำนวน และร้อยละ

2. วิเคราะห์ภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โดยใช้สถิติพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) ด้วยโปรแกรม AMOS ของภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โดยตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลโครงสร้างองค์ประกอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้

3.1 ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบโดยความเบ้และความโด่ง ด้วยทดสอบด้วยสถิติ Z ของ Skewness และ Kurtosis โดยพบค่าความเบ้อยู่ระหว่าง - 0.24 ถึง 0.17 และค่าความโด่งอยู่ระหว่าง - 0.79 ถึง 0.33

3.2 การตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร ตรวจสอบโดยใช้สถิติ KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) พบว่ามีค่าเท่ากับ .928 ซึ่งมีค่ามากกว่า .50 แสดงว่าข้อมูลมีความเหมาะสมที่จะนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบได้ และ Bartlett's test of sphericity ค่า Chi-square = 4763.966, df = 210, p = 0.00 ซึ่งแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์กันเพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบได้

4. การตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่าโมเดลภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในเขตสุขภาพที่ 10 มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาได้จากค่า Chi-square (χ^2) ซึ่งต้องไม่แตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > .05) หมายความว่า โมเดลเหมาะสมกับข้อมูลค่า อัตราส่วน χ^2 ต่อองศาอิสระ (χ^2/df) ซึ่งเกณฑ์ทั่วไปรับได้คือไม่เกิน 2 หรือบางงานอาจใช้ไม่เกิน 3 เพื่อบอกว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูล ค่า RMSEA ที่สมควรมีค่าน้อยกว่า 0.05 แสดงถึงความคลาดเคลื่อนของโมเดลที่ต่ำ ค่า RMR ควรมีค่าน้อยหรือใกล้ศูนย์ ค่า GFI และ AGFI ควรมีค่าประมาณ 0.90 หรือสูงกว่า เพื่อแสดงถึงความเหมาะสมของโมเดล

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันที่เกี่ยวข้องอย่างครบถ้วน ได้แก่ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ NS No 29/2567 ลงวันที่ 9 ธันวาคม 2567 โรงพยาบาลมุกดาหาร เลขที่ MEC 25/68 ลงวันที่ 8 มกราคม 2568 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ 105/67 S ลงวันที่ 10 มกราคม 2568 และโรงพยาบาลศรีสะเกษ เลขที่ SSKHREC No.063/2567 ลงวันที่ 22 มกราคม 2568 เพื่อรับรองความถูกต้องและความปลอดภัยในการดำเนินการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ตามหลักจริยธรรมสากล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 98.58 มีอายุระหว่าง 46 - 50 ปี ร้อยละ 40.01 สถานภาพสมรสร้อยละ 72.85 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 99.04 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 70.95 มีรายได้อยู่ระหว่าง 30,000 - 50,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 71.42 ปฏิบัติงานอยู่ที่แผนกศัลยกรรมร้อยละ 23.81 มีประสบการณ์การบริหารทางการพยาบาลระดับต้น มากกว่า 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 53.82

2. ผลการวิเคราะห์ระดับภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น (n = 210)

ภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น	M	SD	การแปลผล
1. วิสัยทัศน์ดิจิทัล	3.76	0.69	มาก
2. ความรู้ความเข้าใจและความสามารถทางดิจิทัลและเทคโนโลยีสารสนเทศ	3.59	0.60	มาก
3. คุณลักษณะของผู้นำดิจิทัล	3.68	0.62	มาก
4. ทักษะทางวิทยาการสารสนเทศ	3.62	0.61	มาก
5. การพัฒนาระบบบริการเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารดิจิทัล	3.65	0.69	มาก
ภาพรวม	3.67	0.66	มาก

จากตาราง 1 พบว่าค่าเฉลี่ยภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.67, SD = 0.66$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านวิสัยทัศน์ดิจิทัล ($M = 3.76, SD = 0.69$) รองลงมา คือ ด้านคุณลักษณะของผู้นำดิจิทัล ($M = 3.68, SD = 0.62$) ด้านการพัฒนาระบบบริการเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารดิจิทัล ($M = 3.65, SD = 0.69$) ด้านทักษะทางวิทยาการสารสนเทศ ($M = 3.62, SD = 0.61$) และน้อยที่สุดคือ ด้านความรู้ความเข้าใจและความสามารถทางดิจิทัลและเทคโนโลยีสารสนเทศ ($M = 3.59, SD = 0.60$)

3. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งของภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งโมเดลภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในเขตสุขภาพที่ 10

ตัวแปรสังเกตได้	องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งโมเดลภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในเขตสุขภาพที่ 10			
	b _{sc}	SE	t	ความเที่ยง (R ²)
อันดับหนึ่ง				
การสร้างวิสัยทัศน์ที่มุ่งดิจิทัล	.907	.046	16.425	0.823
การเผยแพร่วิสัยทัศน์ดิจิทัล	.799	.069	13.697	0.639
การปฏิบัติตามวิสัยทัศน์ดิจิทัล	.837	.074	12.717	0.701
การขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงทางด้านดิจิทัล	.828	.052	16.703	0.686
การกำหนดนโยบายดิจิทัลและข้อตกลงร่วมกันในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	.820	<-->	<-->	0.672
การสร้างและการออกแบบทางเทคโนโลยีดิจิทัล	.741	.072	13.145	0.549
การเข้าใจบริบทและประเมินการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	.662	.076	12.053	0.438
การสร้างเครื่องมือ ระบบ สื่อทางเทคโนโลยีดิจิทัล	.820	<-->	<-->	0.438
ตระหนักในสำคัญของเทคโนโลยีดิจิทัล ความสามารถประยุกต์ใช้	.748	.069	12.655	0.560
ความรู้ ทักษะ				
ความสามารถด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในระดับองค์กรและระดับบุคคล	.822	<-->	<-->	0.676
การระบุและลำดับสำคัญของเทคโนโลยีสารสนเทศที่สำคัญในองค์กรได้	.833	.065	14.942	0.693
ความสามารถในการบริหารองค์กรกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของ	.854	.058	15.508	0.729
เทคโนโลยีสารสนเทศ				
การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์	.677	.071	12.102	0.459
ทักษะการใช้ระบบสารสนเทศที่สำคัญในองค์กร	.745	.061	14.152	0.555
ทักษะการใช้โปรแกรมสร้างสื่อและเผยแพร่ข้อมูลสารสนเทศ	.848	.054	18.306	0.720
ทักษะการใช้ระบบสารสนเทศในองค์กรภายใต้ความมั่นคงปลอดภัย	.919	<-->	<-->	0.844
ทางไซเบอร์				
การวางแผนระบบบริการเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารดิจิทัล	.967	.053	18.823	0.935
การสร้างระบบบริการเทคโนโลยีสารสนเทศ	.896	.058	16.705	0.803
การสื่อสารผ่านสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ	.888	.060	16.395	0.789
การรับฟังข้อมูลจากผู้ให้บริการ	.849	.049	18.836	0.720
การปรับปรุงและพัฒนาระบบที่ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง	.816	<-->	<-->	0.666

Chai-square = 165.069, DF = 137, p = 0.051, $\chi^2/df = 1.205$, GFI = .934, CFI = .994, RMR = .013, RMSEA = .031

หมายเหตุ : **p < .01, bsc หมายถึง คำนวณหาค่าองค์ประกอบมาตรฐาน เครื่องหมาย <--> หมายถึง พหาวามิตอร์บั้งคับจึงไม่รายงานผลค่า SE และ t

จากตาราง 2 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ ความรู้ความเข้าใจและความสามารถทางดิจิทัลและเทคโนโลยีสารสนเทศ รองลงมาคือ คุณลักษณะของผู้นำดิจิทัล ทักษะทางวิทยาการสารสนเทศ วิสัยทัศน์ดิจิทัล และน้อยที่สุดคือ การพัฒนาระบบบริการเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารดิจิทัล (ค่าสัมประสิทธิ์คะแนนมาตรฐานของน้ำหนักเท่ากับ 1.036, 1.003, 0.967, 0.932 และ 0.882 ตามลำดับ) และแต่ละองค์ประกอบสามารถเรียงลำดับความสำคัญของตัวแปรสังเกตได้ดังนี้

ด้านวิสัยทัศน์ดิจิทัล วัดได้จากตัวแปรสังเกตได้ 5 ตัวแปรโดยที่ การสร้างวิสัยทัศน์ที่มุ่งดิจิทัลมากที่สุด รองลงมาได้แก่ การปฏิบัติตามวิสัยทัศน์ดิจิทัล การขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงทางด้านดิจิทัล การกำหนดนโยบายดิจิทัลและข้อตกลงร่วมกันในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และการเผยแพร่วิสัยทัศน์ดิจิทัล (ค่าสัมประสิทธิ์คะแนนมาตรฐานของน้ำหนักเท่ากับ 0.823, 0.701, 0.686, 0.672 และ 0.639 ตามลำดับ)

ด้านความรู้ความเข้าใจและความสามารถทางดิจิทัลและเทคโนโลยีสารสนเทศ วัดได้จากตัวแปรสังเกตได้ 3 ตัวแปร โดยที่การสร้างและการออกแบบทางเทคโนโลยีดิจิทัลมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานสูงสุด รองลงมาคือ การเข้าใจบริบทและประเมินการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และการสร้างเครื่องมือ ระบบ สื่อทางเทคโนโลยีดิจิทัล ตามลำดับ (ค่าสัมประสิทธิ์คะแนนมาตรฐานของน้ำหนักเท่ากับ 0.549, 0.438 และ 0.438 ตามลำดับ)

ด้านคุณลักษณะของผู้นำดิจิทัล วัดได้จากตัวแปรสังเกตได้ 4 ตัวแปรโดยที่ความสามารถในการบริหารองค์กรกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีสารสนเทศมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานสูงสุด รองลงมาคือ การระบุและลำดับความสำคัญของเทคโนโลยีสารสนเทศที่สำคัญในองค์กร ความสามารถด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในระดับองค์กรและระดับบุคคล และความตระหนักในความสำคัญของเทคโนโลยีดิจิทัลพร้อมทั้งความสามารถประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะ ตามลำดับ (ค่าสัมประสิทธิ์คะแนนมาตรฐานของน้ำหนักเท่ากับ 0.729, 0.693, 0.676 และ 0.560 ตามลำดับ)

ด้านทักษะทางวิทยาการสารสนเทศ วัดได้จากตัวแปรสังเกตได้ 4 ตัวแปรโดยที่ทักษะการใช้ระบบสารสนเทศในองค์กรภายใต้ความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานสูงสุด รองลงมาคือ ทักษะการใช้โปรแกรมสร้างสื่อและเผยแพร่ข้อมูลสารสนเทศ ทักษะการใช้ระบบสารสนเทศที่สำคัญในองค์กรและการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ตามลำดับ (ค่าสัมประสิทธิ์คะแนนมาตรฐานของน้ำหนักเท่ากับ 0.844, 0.720, 0.555 และ 0.459 ตามลำดับ)

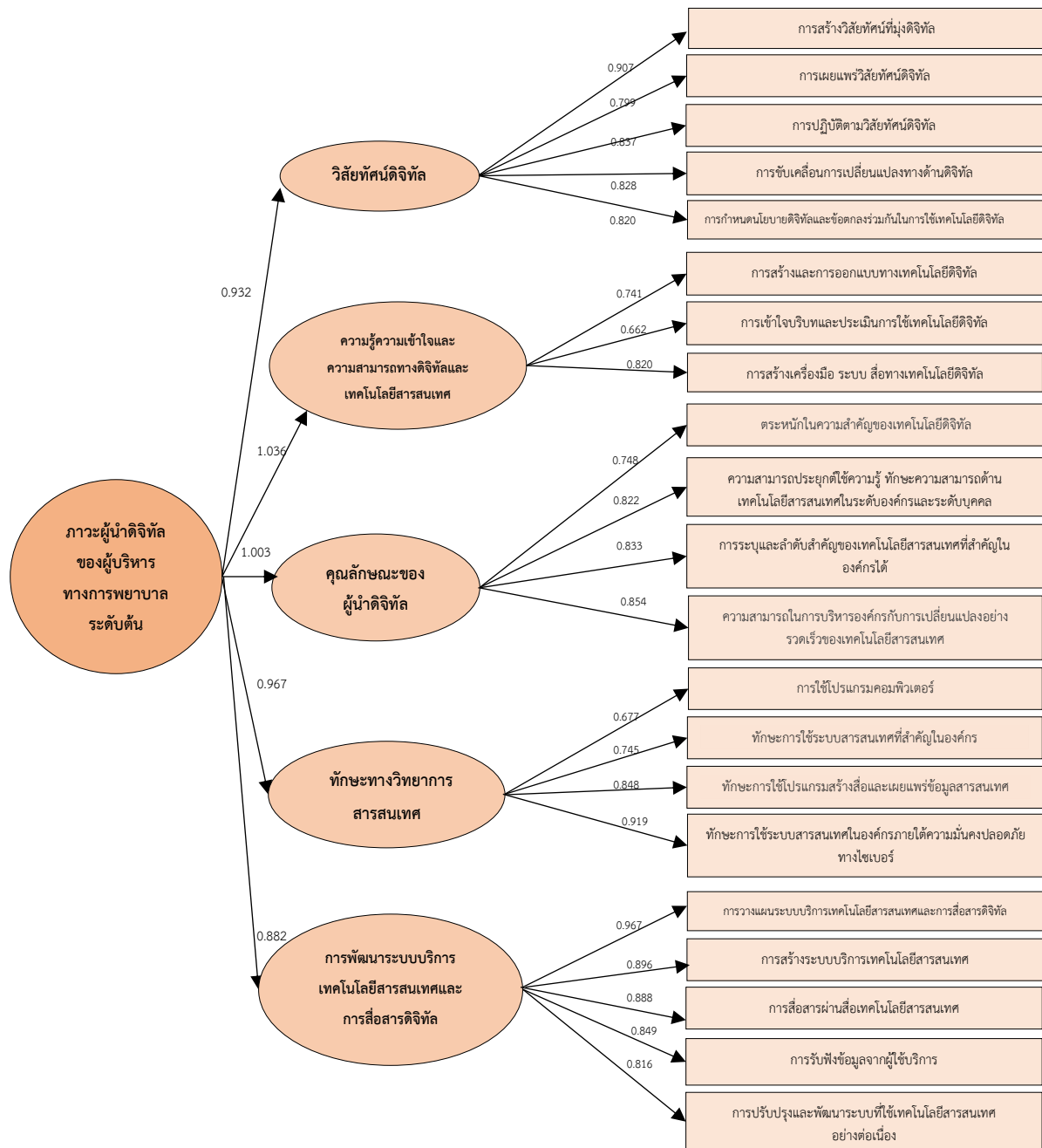
ด้านการพัฒนาระบบบริการเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารดิจิทัล วัดได้จากตัวแปรสังเกตได้ 5 ตัวแปร โดยที่การวางแผนระบบบริการเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารดิจิทัลมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานสูงสุด รองลงมาคือ การสร้างระบบบริการเทคโนโลยีสารสนเทศ การสื่อสารผ่านสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ การรับฟังข้อมูลจากผู้ให้บริการ และการปรับปรุงและพัฒนาระบบที่ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง ตามลำดับ (ค่าสัมประสิทธิ์คะแนนมาตรฐานของน้ำหนักเท่ากับ 0.935, 0.803, 0.789, 0.720 และ 0.666 ตามลำดับ)

4. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสองของภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล ระดับต้น

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสองโมเดลภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล ระดับต้นในเขตสุขภาพที่ 10

ตัวแปรสังเกตได้	องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสองโมเดลภาวะผู้นำดิจิทัล ของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับต้นในเขตสุขภาพที่ 10			
	b_{sc}	SE	t	ความเที่ยง (R^2)
อันดับสอง				
ด้านวิสัยทัศน์ดิจิทัล	.932	<-->	<-->	0.869
ด้านความรู้ความเข้าใจและความสามารถทางดิจิทัลและ เทคโนโลยีสารสนเทศ	1.036	.057	14.053	1.073
ด้านคุณลักษณะของผู้นำดิจิทัล	1.003	.075	12.019	1.005
ด้านทักษะทางวิทยาการสารสนเทศ	.967	.063	13.302	0.936
ด้านการพัฒนาระบบบริการเทคโนโลยีสารสนเทศและ การสื่อสารดิจิทัล	.882	.078	11.698	0.779

Chai-square = 165.069, df = 137, p -value = 0.051, χ^2/df = 1.205, GFI = .934, CFI = .994, RMR = .013, RMSEA = .031



ภาพ 2 โมเดลภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางพยาบาลระดับต้น

จากตาราง 3 พบว่า โมเดลภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางพยาบาลระดับต้นในเขตสุขภาพที่ 10 มีความสอดคล้อง กับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาได้จากค่า Chi-square = 165.069, $df = 137$, $p\text{-value} = 0.051$ กล่าวคือ ค่า χ^2 แตกต่างจากศูนย์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าดัชนี RMSEA = 0.031 และ RMR = 0.013 มีค่าเข้าใกล้ 0 ค่าดัชนี GFI = 0.934 และ AGFI = 0.889 มีค่าเข้าใกล้ 1 และ $(\chi^2/df = 1.2005)$ ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 2 (Schumacker & Lomax, 2010) น้ำหนักองค์ประกอบของตัวบ่งชี้ทั้ง 5 ตัว มีค่าเป็นบวก มีค่าตั้งแต่ 0.882 - 1.036 ซึ่งเกินเกณฑ์ที่กำหนด คือ 0.30 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกค่า (ภาพ 2)

การอภิปรายผล

1. ภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นในเขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) วิสัยทัศน์ดิจิทัล 2) ความรู้ความเข้าใจและความสามารถทางดิจิทัลและเทคโนโลยีสารสนเทศ 3) คุณลักษณะของผู้นำดิจิทัล 4) ทักษะทางวิทยาการสารสนเทศและ 5) การพัฒนาระบบบริการเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารดิจิทัล ผลการวิจัย พบว่าภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.67, SD = 0.66$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Khunphun (2018) ศึกษาเรื่องภาวะผู้นำดิจิทัลทางการแพทย์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการบริหารการพยาบาลกลุ่มเจนวาย พบว่า ภาวะผู้นำดิจิทัลของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการบริหารการพยาบาลกลุ่ม เจนวาย ความสำคัญอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ Margreet, Richtsje, & Barf (2023) พบว่า ภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการแพทย์เป็นความสามารถที่สำคัญในการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ซึ่งจะเห็นว่าภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นมีความสำคัญต่อการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้รับบริการ เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร และผลักดันให้องค์กรพยาบาลก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลงในยุคดิจิทัล

2. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นในเขตสุขภาพที่ 10 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งของภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นในเขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ พบว่า ภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นโดยเรียงจากสำคัญที่สุดอันดับดังนี้

2.1 ด้านที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ ความรู้ความเข้าใจและความสามารถทางดิจิทัลและเทคโนโลยีสารสนเทศ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน เท่ากับ 1.036 หากมีการพัฒนาภาวะผู้นำดิจิทัลเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจและความสามารถทางดิจิทัลและเทคโนโลยีสารสนเทศจะยิ่งทำให้ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นมีภาวะผู้นำดิจิทัลในระดับสูงขึ้น เมื่อพิจารณาตามตัวแปรสังเกตได้ พบว่าการสร้างเครื่องมือ ระบบ สื่อทางเทคโนโลยีดิจิทัลเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการพัฒนาภาวะผู้นำดิจิทัล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการสนับสนุนการทำงานและการสื่อสารภายในองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้การบริหารจัดการงานพยาบาลสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้ดียิ่งขึ้น รวมถึงเป็นการสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจให้กับบุคลากรในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างเต็มศักยภาพสอดคล้องกับการศึกษาของ McGowan, Seyed, Patrick, & Barton (2019) ที่กล่าวว่าภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการแพทย์มีการพัฒนาทักษะความรู้ความเข้าใจและความสามารถทางดิจิทัลและเทคโนโลยีสารสนเทศ เน้นย้ำถึงความสำคัญของภาวะผู้นำที่มีวิสัยทัศน์เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีในองค์กรพยาบาล ซึ่งสามารถสร้างแรงจูงใจให้ทีมงานพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพและช่วยให้การนำเทคโนโลยีมาใช้ในระบบการดูแลสุขภาพประสบความสำเร็จได้ดียิ่งขึ้น

2.2 ด้านที่มีน้ำหนักองค์ประกอบรองลงมา คือ ด้านคุณลักษณะของผู้นำดิจิทัล มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน เท่ากับ 1.003 แสดงให้เห็นว่า ภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นด้านคุณลักษณะของผู้นำดิจิทัลอยู่ในระดับมาก ตามบริบทของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 10 ที่เน้นให้บุคลากรมีความตระหนักและให้ความสำคัญในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และเน้นให้บุคลากรมีความสามารถในการประยุกต์ใช้ความรู้ ทักษะและความสามารถด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในระดับองค์กรและในระดับบุคคล โดยเมื่อพิจารณาตามตัวแปรสังเกตได้ พบว่า ความสามารถในการบริหารจัดการองค์กรภายใต้บริบทของการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีสารสนเทศ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมการพัฒนาภาวะผู้นำดิจิทัล ผู้นำที่มีทักษะในการปรับตัวและจัดการกับการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นสามารถเสริมสร้างความเชื่อมั่นให้แก่บุคลากรภายในองค์กร รวมทั้งสามารถขับเคลื่อนกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ส่งผลให้การดำเนินงานขององค์กรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับการพัฒนาในยุคดิจิทัล สอดคล้องกับการศึกษาของ Faisal, Tirta, Mohammad & Rano (2024) พบว่า การดำเนินงานเพื่อให้บริการสุขภาพอย่างครอบคลุมและทั่วถึงในยุคดิจิทัลนั้น ผู้นำองค์กรโรงพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้และความเข้าใจด้านเทคโนโลยีดิจิทัลอย่างลึกซึ้ง โดยเฉพาะความสามารถในการบริหารจัดการที่ท้าทายซึ่งต้องอาศัยการประเมินบริบทขององค์กรอย่างรอบด้านและสามารถบูรณาการระบบ

เทคโนโลยีสารสนเทศให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาของ John & Francis (2024) พบว่า คุณลักษณะของผู้นำดิจิทัลนั้นมีความสำคัญซึ่งผู้นำในยุคดิจิทัล ควรมีความสามารถในการประเมินปัจจัยภายในและภายนอกองค์กรอย่างรอบคอบ เพื่อเสริมสร้างความมุ่งมั่นในการพัฒนาองค์กรและขับเคลื่อนวัฒนธรรมองค์กรให้เข้มแข็งขึ้น

2.3 ด้านวิสัยทัศน์ดิจิทัล แสดงให้เห็นว่าผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นในเขตสุขภาพที่ 10 มีความคิดเห็นว่างค์ประกอบการสร้างวิสัยทัศน์ที่มุ่งดิจิทัล มีการกำหนดทิศทางและเป้าหมายที่ชัดเจนในการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในองค์กรหรือระบบสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งรวมถึงการใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย และสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ ในบริการสุขภาพ การกำหนดนโยบายและแนวทางการเปลี่ยนแปลงสู่อนาคตทางเทคโนโลยีควรมาพร้อมการคาดการณ์แนวโน้มในอนาคต การวางแผนการดำเนินงานด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลที่ชัดเจน เพื่อสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายขององค์กร ความสามารถในการเข้าใจและประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดของอาวลิโอ (Avolio, 2014) และการศึกษาของ McGowan, Seyed, Patrick & Barton (2019) พบว่า ภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการแพทย์ ประกอบด้วย วิสัยทัศน์ดิจิทัล คุณลักษณะของผู้นำดิจิทัล การพัฒนาทักษะความรู้ความเข้าใจ ความสามารถทางดิจิทัล ดังนั้น ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นควรได้รับการอบรม พัฒนาด้านการสร้างวิสัยทัศน์ที่มุ่งดิจิทัลให้เพิ่มมากขึ้นเพื่อการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างมีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

2.4 ด้านทักษะทางวิทยาการสารสนเทศ แสดงให้เห็นว่ามีความคิดเห็นว่างค์ประกอบทักษะการใช้ระบบสารสนเทศในองค์กรภายใต้ความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ มีการปรับตัวเข้ากับรูปแบบการให้บริการด้านวิทยาการสารสนเทศที่เปลี่ยนแปลง มีระบบงานสารสนเทศตามวิวัฒนาการในยุคของสุขภาพดิจิทัล มีความสามารถในการประเมินข้อมูลด้านวิทยาการสารสนเทศอย่างมีวิจารณญาณ สร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างบุคลากร ชุมชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน โดยทักษะนี้มีความสำคัญในการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลและความเชื่อมั่นของผู้ป่วย สอดคล้องกับ Kaihlanen, Virtanen, Kainiemi, Sulosaari, & Heponiemi (2024) ที่พบว่าสมรรถนะด้านดิจิทัลของบุคลากรทางการแพทย์ครอบคลุมทั้งด้านเทคโนโลยีการจัดการข้อมูล การสื่อสารและจริยธรรม นอกจากนี้การให้ความสำคัญกับการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยทางไซเบอร์ ดังนั้น ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น ควรได้รับการอบรมพัฒนาการใช้ระบบสารสนเทศในองค์กรภายใต้ความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์เพื่อความปลอดภัยของข้อมูล องค์กรและผู้รับบริการ

2.5 ด้านที่มีน้ำหนักองค์ประกอบน้อยที่สุด คือ ด้านการพัฒนาระบบบริการเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารดิจิทัล มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน เท่ากับ 0.882 แสดงให้เห็นว่าผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นจำเป็นต้องพัฒนาหรือส่งเสริมด้านนี้ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ การสื่อสารระหว่างเครือข่ายองค์กรที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งมีความหลากหลายทั้งด้านภูมิศาสตร์ และทรัพยากรบุคคลการพัฒนาาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศจึงเผชิญกับความท้าทายมากกว่าพื้นที่อื่น ๆ ความสามารถของผู้บริหารในการวางแผนระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารจึงมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างภาวะผู้นำดิจิทัล เพราะการวางแผนที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล และรองรับความต้องการของผู้รับบริการ จะช่วยให้การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบบริการสุขภาพเป็นไปอย่างราบรื่นและเกิดประสิทธิผลสูงสุด เมื่อพิจารณาตามตัวแปรสังเกตได้ พบว่า การวางแผนระบบบริการเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารดิจิทัล มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Muthuram, Dhakshinamoorthy & Rajendran (2023) ที่เน้นย้ำถึงความสำคัญของระบบบริการเทคโนโลยีสารสนเทศการเสริมสร้างทักษะด้านสารสนเทศทางการแพทย์และการสื่อสารดิจิทัล ซึ่งไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกเท่านั้น แต่ยังช่วยลดข้อผิดพลาด ลดความซ้ำซ้อนของการทำงานและยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้มีความครอบคลุมและปลอดภัยยิ่งขึ้น

และโมเดลภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาได้จากค่า $\text{Chai-square} = 165.069$, $df = 137$, $p = 0.051$ กล่าวคือค่า χ^2 แตกต่างจากศูนย์อย่างไม่มีนัยสำคัญ

ทางสถิติ อีกทั้งค่าดัชนี RMR=.013 และ RMSEA = .031 มีค่าเข้าใกล้ 0 ค่าดัชนี GFI = .934 และ AGFI = .889 มีค่าเข้าใกล้ 1 และ $\chi^2/df = 1.2005$ ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 2

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหาร

1.1 การนำเสนอผลวิจัยต่อผู้บริหาร ควรจัดทำรายงานหรือสรุปผลวิจัยในรูปแบบที่เข้าใจง่าย เน้นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่แสดงความจำเป็นของการพัฒนาภาวะผู้นำดิจิทัลในองค์กร พร้อมเสนอให้มันนโยบายสนับสนุนการเรียนรู้และพัฒนาตนเองของผู้บริหารระดับต้นเป็นระบบและต่อเนื่อง

1.2 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้บริหารระดับต้น สนับสนุนให้ผู้บริหารระดับต้นเข้าร่วมในกระบวนการวางแผนนโยบายดิจิทัล เช่น การประชุมเชิงกลยุทธ์ การประชุมเชิง

1.3 การใช้ผลวิจัยในการประเมินและพัฒนา ควรจัดทำเครื่องมือประเมินภาวะผู้นำดิจิทัล โดยนำผลการวิจัยมาใช้งานพัฒนาอย่างเป็นระบบ

2. ด้านการบริการพยาบาล

2.1 การพัฒนาระบบบริการเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง หน่วยงานควรวางแผนพัฒนาระบบสารสนเทศด้วยยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน โดยวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เน้นพัฒนาระบบที่สนับสนุนการบริการสุขภาพ

2.2 การรับฟังข้อมูลจากผู้ใช้บริการ ควรเปิดช่องทางรับฟังความคิดเห็นจากผู้บริการอย่างหลากหลาย เช่น แบบสอบถามออนไลน์ กล้องรับความคิดเห็น เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับความสะดวก ความแม่นยำ และความปลอดภัยของระบบสารสนเทศ เพื่อนำข้อมูลไปปรับปรุงระบบให้ตอบโต้และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.3 การพัฒนาเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ หน่วยงานควรลงทุนในงานวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีที่ช่วยลดภาระงานของพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพเพิ่มความสามารถในการสื่อสารข้อมูลและสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาภาวะผู้นำดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นเพียงแค่การศึกษาแค่แห่งเดียว ทำให้ยังไม่ครอบคลุม ดังนั้น การขยายการศึกษาภาวะผู้นำดิจิทัลไปยังทุกเขตสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและนำไปสู่การพัฒนาที่เหมาะสมกับแต่ละบริบทในวงกว้างมากขึ้น

2. ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะผู้นำดิจิทัล การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลช่วยให้องค์กรสามารถวางแผนและพัฒนาภาวะผู้นำดิจิทัลได้ตรงจุดและมีประสิทธิภาพมากขึ้น การทราบปัจจัยสำคัญช่วยลดช่องว่างในการปฏิบัติจริง และเสริมสร้างความแข็งแกร่งในการรับมือกับความเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี

References

- Avolio, B. J. (2014). Examining leadership and organizational behavior across the boundaries of science. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 66(4), 288-292.
- Christian, J., & Michael, J. (2019). Eliciting e-leadership style and trait preference among nurses via conjoint analysis. *Enfermería Clínica*, 9(1), 78-80.
- Faisal. B., Tirta. N. M., Mohammad. H., & Rano, K. R. (2024). Does digital leadership impact the performance of lower-middle-class hospitals. *International Journal of Innovation and Technology Management*, 21(6), 2450044.

- Hair, J. F., Risher, J. J., Sarstedt, M., & Ringle, C. M. (2019). When to use and how to report the results of PLS-SEM. *European Business Review*, 31, 2-24.
- John A. D., & Francis, K. A. (2024). Organizational culture, e-leadership, and commitment among administrators of a Christian community: Inputs to management efficiency. *International Journal of Open-Access, Interdisciplinary & New Educational Discoveries of ETCOR Educational Research Center (iJOINED ETCOR)*, 3(1), 224–240.
- Kaihlanen, A. M., Virtanen, L., Kainiemi, E., Sulosaari, V., & Heponiemi, T. (2024). Continuing education in digital skills for healthcare professionals-mapping of the current situation in EU member states. *Internal Journal Health Policy Management*, 13(1), 1-12.
- Karakose, T., Kocabas, I., Yirci, R., Papadakis, S., Ozdemir, T. Y., & Demirkol, M. (2022). The development and evolution of digital leadership: A bibliometric mapping approach-based study. *Sustainability*, 14(23), 16171.
- Khunphun, P. (2018). *A Study of Ward Head Nurses' Leadership in Nursing Administration among Generation Y*. Retrieved March 22, 2024, from <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/61341>
- Kumar, S., Patel, V., & Thomas, J. (2022). The role of digital leadership in advancing nursing care quality. *Journal of Clinical Nursing*, 31(1-2), 45–53.
- Margreet, V. D. C., Richtsje, A., & Barf, H. (2023). Nursing leadership in hospital practice. A research program into perceptions, experiences, and self-assessment of leadership competencies of nurses in a top-clinical hospital in the Netherlands. *Science Talks*, 5, 100127.
- McGowan, M. P., Seyed, H. H. D., Patrick, M. M., & Barton, D. (2019). Diagnosis and treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *Journal American Heart Association*, 8(24), e013225.
- Ministry of Public Health. (2020). *Digital Health Strategy*. Bangkok: Bureau of Policy and Strategy.
- Muthuram, G., Dhakshinamoorthy, S., & Rajendran, R. (2023). Assessment of nurses' competencies in informatics-Towards embracing digital future. *Journal of Nursing and Health Science*, 12(1), 45–52.
- Netwong, T. (2021). Integration of digital learning and design thinking to overcome COVID-19 challenges with creative innovation. *Sakon Nakhon Rajabhat University Journal of Management Science*, 1(1), 27–40.
- Pasolong, H., Nilna, M., & Justina, A. J. (2021). Digital leadership in facing challenges in the era of Industrial Revolution 4.0. *Webology*, 18, 975-990.
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2010). *A Beginners Guide to Structural Equation Modeling*. New York: Routledge.
- Silanoi, L. (2017). *Quatitative Research Methodologies for Humanities and Social Sciencesb (Focus on business management, tourism and hotel)*. (2nd ed.). Faculty of Tourism and Hotel Management: Mahasarakham University. (in Thai)
- Sinan, T., Ferhat O. A., & Murat, B. (2024). Can digital leadership transform AI anxiety and attitude in nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 57(5), 28-38.
- Wang, Y., Liu, X., & Chen, Y. (2023). Digital leadership and its impact on nursing management performance in the digital health era. *Journal of Healthcare Leadership*, 15, 101–110.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมerkการกักัตนเองในการเลิกยา
ของผูัติตสารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลสุรินทร์
The Effects of an Empowerment Program on Self-Regulation Behavior for
Drug Withdrawal among Amphetamine-Addicted Patients at Surin Hospital

วันเพ็ญ ทัดศรี¹, ดรุณี เอื้อพรปัญญา^{2*}, วาสนา แก้วหล้า²
Wanphen Thadsri¹, Darunee Uapornpanya^{2*}, Wasana Kaewla²
¹มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์, ²โรงพยาบาลสุรินทร์
¹Surindra Rajabhat University, ²Surin Hospital

(Received: July 18, 2025; Revised: September 12, 2025; Accepted: September 19, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาถึงทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมerkการกักัตนเองในการเลิกยาของผูัติตสารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในที่ติตสารเสพติดประเภทแอมเฟตามีนจำนวน 51 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 10 กิจกรรม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และแบบสอบถามพฤติกรรมerkการกักัตนเอง ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ในแต่ละกิจกรรมระหว่าง .80 – 1.00 แบบประเมินพฤติกรรมerkการกักัตนเองเพื่อการเลิกยาได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ผลการวิจัยพบว่า

หลังการทำกลุ่มบำบัดตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผูัติตสารเสพติดประเภทแอมเฟตามีนมีพฤติกรรมerkการกักัตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($Z = -6.216, p\text{-value} < .001$)

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมerkการกักัตนเองในการเลิกยาของผูัติตสารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน สามารถเพิ่มพฤติกรรมerkการกักัตนเองในการเลิกใช้ยาแอมเฟตามีน จึงควรมีการนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในหอผู้ป่วยให้ได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พฤติกรรมerkการกักัตนเอง ผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: thadsri.wanphen@gmail.com)

Abstract

This quasi-experimental one-group pretest–posttest design study aimed to investigate the effects of an empowerment program on self-regulation behavior for drug withdrawal among amphetamine-addicted patients at Surin Hospital. The study sample comprised 51 inpatients with amphetamine addiction, selected through purposive sampling. The research instrument was the empowerment program, consisting of 10 activities. The data collection tools included a self-regulation behavior questionnaire. Content validity indices of the program activities ranged between .80 and 1.00. Reliability of the self-regulation behavior assessment for drug withdrawal showed a Cronbach’s alpha coefficient of .96. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and the Wilcoxon Signed Rank test.

The results indicated that, after participation in the program, amphetamine-addicted patients demonstrated a statistically significant improvement in self-regulation behavior for drug withdrawal ($Z = -6.216, p\text{-value} < 0.001$).

The results of this study demonstrate that this program can enhance self-regulation behavior for drug withdrawal among amphetamine-addicted patients. Therefore, it is recommended for implementation in inpatient wards.

Keywords: Empowerment Program, Self-regulation Behavior, Amphetamine-addicted Patients

บทนำ

จากรายงานยาเสพติดโลกของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) จากการเพิ่มจำนวนของประชากร พบว่าจะมีจำนวนผู้ติดยาเสพติดทั่วโลกจะเพิ่มขึ้น 11 เปอร์เซ็นต์ภายในปี พ.ศ. 2573 (United Nations Office on Drugs and Crime, 2021) สำหรับประเทศไทย สํารวจโดยกรมราชทัณฑ์ (Inmate Information System Information and Communication Technology Center, 2023) ณ วันที่ 1 มกราคม 2566 พบว่า มีผู้ต้องราชทัณฑ์ติดยาเสพติดทั้งสิ้น 206,361 คน หรือเทียบเท่าร้อยละ 78.67 ของผู้ต้องขังทั่วประเทศ จะเห็นได้ว่าคดียาเสพติดนับว่าเป็นคดีที่พบผู้ต้องหามากที่สุดเมื่อเทียบกับคดีอื่น ๆ ในประเทศไทย สถิติผู้ต้องราชทัณฑ์คดีพระราชบัญญัติยาเสพติดแบบแยกตามประเภทของตัวยา 3 อันดับทีพบมากที่สุด ได้แก่ 1) เมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) จำนวน 129,686 คน 2) ยาไอซ์ จำนวน 17,762 คน 3) กัญชา จำนวน 1,051 คน ยาบ้าเป็นสารเสพติดที่มีการแพร่ระบาดอย่างมาก สารประเภทนี้มีแพร่ระบาดอยู่ 3 รูปแบบด้วยกัน คือ แอมเฟตามีน ซัลเฟต (Amphetamine Sulfate) เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) จะมีฤทธิ์แรงกว่า Amphetamine ทั้งในแง่การกระตุ้น การเสพติด และเมทแอมเฟตามีนไฮโดรคลอไรด์ (Methamphetamine Hydrochloride) ซึ่งมีฤทธิ์แรงมาก ทำให้ตื่นตัว เคลื่อนไหวมาก ไม่ง่วงนอน เบื่ออาหาร และเกิดการเสพติดได้ง่าย ซึ่งจากผลการตรวจพิเศษ ยาบ้าปัจจุบันที่พบอยู่ในประเทศไทย มักพบว่ามีเมทแอมเฟตามีนไฮโดรคลอไรด์ผสม สาเหตุที่ทำให้คนเสพยาบ้ามีความสุข เนื่องจากออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทโดยเฉพาะสมองในส่วนของระบบประสาทส่วนกลางที่มีหน้าที่ควบคุมความพอใจ ด้วยการไปกระตุ้นให้มีการหลั่งสารสื่อประสาท ที่เรียกว่า Dopamine ให้ออกจากปมประสาทมากขึ้น ทำให้เกิดความพอใจ เกิดการกระตุ้นให้แสวงหาและกลับไปใช้อีก จากการวิจัยเรื่องรูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่จังหวัดปัตตานี กรณีศึกษา ผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลในศูนย์บำบัด บ้านแสนสุข และสถาบันปอเนาะพัฒนาเยาวชน พบว่า สาเหตุการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ได้แก่ ขาดความเข้มแข็งด้านจิตใจ ผู้ปกครองและครอบครัวเล็งดูในลักษณะปล่อยปละละเลย ขาดทักษะในการปฏิเสธ ขาดกิจกรรมหรืออาชีพหลัก ผู้ที่ติดยาเสพติดไม่ต้องการที่จะเลิกใช้สารเสพติดด้วยใจจริง (Arrahimee, Laipaporne, Jeawkokand,

& Saengthong, 2021) จากการแพร่ระบาดของยาบ้ากระจายไปทั่ว ทำให้โอกาสการเข้าถึงเป็นไปได้โดยง่าย แม้ว่าครอบครัวจะเป็นปัจจัยป้องกันที่สำคัญ แต่ก็ยังมีโอกาสที่เด็กวัยรุ่นจะเข้าถึงยาเสพติดได้ ความเข้าใจ ใกล้ชิด เอาใจใส่ ไว้วางใจในครอบครัว เป็นปัจจัยที่สำคัญมาก โดยเฉพาะโอกาสที่จะได้ปรึกษาปัญหาต่าง ๆ ความห่างเหิน การตามใจ มากเกินไป ขาดระเบียบวินัยในชีวิต เหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยง ผู้ที่เสพยาบ้ามานาน และเสพยาปริมาณมากจะมีโอกาสที่จะเกิดอาการโรคจิตได้มากและเป็นเรื้อรังแล้ว ผู้ที่พึ่งเสพยาครั้งแรกหรือเสพยาปริมาณไม่มากก็มีโอกาสเกิดอาการโรคจิตได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การตอบสนองหรือความไวในการเกิดของแต่ละคน กรรมพันธุ์ เพศ และ วัย เป็นต้น ปัญหาที่เกิดขึ้นมาจากการใช้ยาเสพติด ก็คือ ความล้มเหลวในบทบาทหน้าที่ เมื่อก่อนเคร่งมาก เมื่อก้าวในขณะที่ต้องเรียน ทำงาน หรือรับผิดชอบครอบครัว เสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่าง ๆ ถูกจับกุมจากพฤติกรรมไม่เหมาะสม ทะเลาะวิวาท อาละวาด ทำลายข้าวของ ก่ออาชญากรรม เกิดปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว และชุมชน (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand, 2015)

จากข้อมูลระบบการบำบัดรักษาเสพติด (บสต.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ของกระทรวงสาธารณสุข (Office of the Secretariat, Committee on Drug Addiction Treatment and Rehabilitation, Ministry of Public Health, 2024) มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติด 196,895 ราย มีผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษารายใหม่ ทั้งประเทศจำนวน 31,247 ราย มีจำนวนผู้กลับมาเสพยา 47,123 ราย และผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงที่มีอาการทาง จิตและพฤติกรรมก่อความรุนแรงถึงร้อยละ 90 ข้อมูลจากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบ 2 ปีงบประมาณ 2567 จังหวัดสุรินทร์มีผู้ป่วยยาเสพติดในปี พ.ศ.2565 ปี พ.ศ.2566 จำนวน 1,884 ราย และ 2,015 ราย ตามลำดับ ส่วนในปี พ.ศ.2567 มีผู้ป่วย 1,445 ราย เป็นข้อมูลจาก 1 ตุลาคม 2566 ถึง 23 มิถุนายน 2567 (Surin Hospital, 2025) มีเพศชายร้อยละ 93.61 เพศหญิงร้อยละ 6.39 ยาเสพติดที่ใช้ 3 อันดับแรก ได้แก่ ยาบ้า กระท่อม กัญชา ร้อยละ 94.05, 2.90, 2.11 ตามลำดับ จากสถิติของโรงพยาบาลสุรินทร์ พ.ศ. 2565 – 2567 พบว่า มีผู้ติดสารเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาใน หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจำนวน 109 คน 283 คน และ 452 คน ตามลำดับ ซึ่งเพิ่มขึ้นทุกปี กลับมาเสพยาใน 1 เดือน ร้อยละ 54.7 สาเหตุของการใช้ยา คือ เพื่อนชวน อยากลอง สอดคล้องกับการศึกษาผลการพัฒนาโปรแกรมจิตสังคมบำบัดประยุกต์ ในผู้ป่วยสารเสพติด อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัด สุโขทัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบสองในสามเริ่มใช้สารเสพติดครั้งแรกเมื่ออายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 63.4 จากสาเหตุ เพื่อนชวน ร้อยละ 44.0 และอยากลอง ร้อยละ 28.4 (Luechoowong, 2024) การรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วย ได้แก่ การได้รับยา การให้สุขภาพจิตศึกษา การให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาแบบสั้น (Brief Intervention)

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) เป็นอีกวิธีหนึ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการกระตุ้นให้ผู้ที่เสพยาเสพติดอดทนอดกลั้นและยอมรับสภาพความเป็นจริงที่เป็นอยู่ เกี่ยวกับตนเอง สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณในสถานการณ์นั้น ตัดสินใจโดยเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมด้วยตนเอง และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและช่วยเหลือให้บุคคลควบคุม ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและชีวิต ทำให้มีพลัง มีความผาสุกและตระหนักในศักยภาพของตน เพื่อพัฒนา ความสามารถของตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย ผลการพัฒนา รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้นำ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดของแกนนำชมรมทูปีนัมเบอร์วัน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และสมรรถนะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Kantathip, & Aemart, 2025) จากงานวิจัย การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเสพยาเสพติดและครอบครัวเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยา ผลการวิจัย พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ มีประสิทธิภาพในการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านมีความตระหนักในคุณค่าแห่งตน 2) ด้านมีความพึงพอใจในตนเอง 3) ด้านมีความสามารถแก้ปัญหาและจัดการสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ 4) ด้านมีความยึดมั่นผูกพัน และ 5) ด้านมีความสามารถ พัฒนาตนเอง (Pochnagone, 2021) และจากงานวิจัยของต่างประเทศ เรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปกป้องวัยรุ่น จากการใช้สารเสพติดต่อการรับรู้สมรรถนะตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง และความกล้า แสดงออก พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง และความกล้าแสดงออก มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (Uyaroglu & Ozcan, 2022)

จากทฤษฎีการเรียนรู้แบบกำกับตนเอง (Self-Regulated Learning) ของ Bandura (1991) เป็นทฤษฎีที่เน้นการเรียนรู้ผ่านการสังเกต การเลียนแบบ และการสร้างแบบจำลอง โดยผู้เรียนมีความสามารถในการควบคุมความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเอง กระบวนการประกอบด้วย การสังเกตตนเอง การตั้งเป้าหมาย การวางแผน การประเมินผล และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความเหมาะสม โดยแบนดูราเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคล ไม่ได้เป็นผลมาจากการเสริมแรง และการลงโทษจากภายนอกเพียงอย่างเดียว แต่บุคคลสามารถกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึกและการกระทำของตนเอง ด้วยผลลัพธ์ที่หามาให้ตนเองได้ การกำกับตนเองจึงเป็นความสามารถพื้นฐานที่บุคคลสามารถทำได้ด้วยตนเอง โดยการฝึกฝนและพัฒนาตนเองตามกระบวนการธรรมชาติของพฤติกรรมมนุษย์ และกระตุ้นเตือนให้เลิกละเสพติดได้อย่างเหมาะสม และถาวร จะสามารถช่วยเหลือให้ผู้ผ่านการบำบัดสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้อย่างมีความสุข (McLeod, 2025) รวมทั้งการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกละเสพติด การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและการเลิกละเสพติด และเจตคติต่อการเลิกละเสพติด (Roopkhaw, 2022)

จากการเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัวของผู้ป่วยในที่ติดสารเสพติด ดึกจิตเวช โรงพยาบาลสุรินทร์ และมีการกลับไปเสพซ้ำในระยะเวลา 1 เดือน ร้อยละ 54.7 การรักษายาบาลในหอผู้ป่วย ได้แก่ การได้รับยา การให้สุขภาพจิตศึกษา การให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำแบบสั้น (Brief intervention) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจให้ผู้ติดยาเสพติดได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ทบทวน กำกับตนเอง โดยการนำการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสร้างแรงเสริมมาใช้ เพราะเป็นกระบวนการที่บุคคลที่มีความสัมพันธ์ร่วมกันมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูล ความคิด ความรู้สึกได้เรียนรู้การทำงาน และการใช้ทรัพยากรร่วมกันเป็นกระบวนการที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน และสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Gibson, 1995) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่ติดยาแอมเฟตามีน มีความสามารถในการกำกับและจัดการกับชีวิตของตนเอง จะทำให้บุคคลรู้คุณค่าและรับรู้ถึงความสามารถของตนเองและผู้อื่นในด้านการแก้ปัญหา และดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพที่เหมาะสม ไม่เกิดปัญหาต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองของผู้ติดยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลสุรินทร์

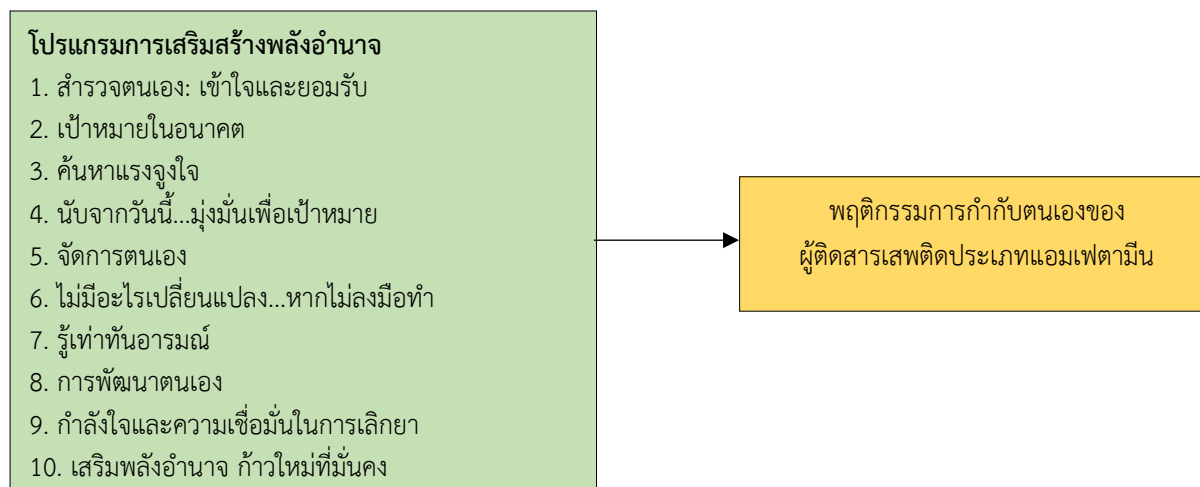
สมมติฐานวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองของผู้ติดยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาลสุรินทร์ มีพฤติกรรมการกำกับตนเองเพิ่มขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการเสริมพลังอำนาจของ Gibson (1991; 1995) ซึ่งมองว่าเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลมีความสามารถและอำนาจในการควบคุมชีวิตตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการสร้างความร่วมมือและปฏิสัมพันธ์ที่เท่าเทียมกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ โดยการเคารพศักยภาพและเสริมสร้างพลังภายในของบุคคล ได้ขออนุญาตใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Boonyamane & Nukaew (2024) ประกอบด้วยกิจกรรม 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) สำรวจตนเอง: เข้าใจและยอมรับ 2) เป้าหมายในอนาคต 3) ค้นหาแรงจูงใจ 4) นับจากวันนี้...มุ่งมั่นเพื่อเป้าหมาย 5) จัดการตนเอง 6) ไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง...หากไม่ลงมือทำ 7) รู้เท่าทันอารมณ์ 8) การพัฒนาตนเอง 9) กำลังใจและความเชื่อมั่นในการเลิกละ และ 10) เสริมพลังอำนาจ ก้าวใหม่ที่มั่นคง เนื่องจากปัจจัยแวดล้อมมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมกระบวนการนี้ เน้นจิตสังคมบำบัดจากการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่ม แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้แบบกำกับตนเอง (Self-Regulated Learning) ของ Bandura (1991) เป็นทฤษฎีที่เน้นการเรียนรู้ผ่านการสังเกต การเลียนแบบ และการสร้างแบบจำลอง โดยผู้เรียนสามารถควบคุมกระบวนการเรียนรู้ของตนเองได้

ผ่านการตั้งเป้าหมาย การสังเกตตนเอง การประเมินตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกำกับตนเอง (Self-Regulation) จึงได้นำมาใช้ในการทำกลุ่มจิตสังคัมบำบัดเพื่อให้เกิดการเรียนรู้แบบกำกับตนเอง (ภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The one Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยทุกโรคที่มารับบริการในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสุรินทร์ ในปี พ.ศ. 2568 จำนวน 1,614 คน (1 ตุลาคม 2567 ถึง 30 มิถุนายน 2568)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่เข้ายาเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสุรินทร์ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2568 สุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) กำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือ อายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าติดยาแอมเฟตามีน ไม่มีปัญหาในการสื่อสารหรือการทำความเข้าใจภาษาไทย สำหรับเกณฑ์คัดออกคือ มีภาวะจิตเวชจากสารเสพติด โดยการประเมินสภาพจิตผู้ป่วยที่มี Perception ผิดปกติ เช่น อาการหลงผิด และ ประสาทสัมผัสการรับรู้ผิดปกตินอกจากระยะถอนยาบ้าจำนวน 51 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2009) ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two dependent means (Matched Paired) เลือก One tailed กำหนดค่าอิทธิพลเท่ากับ .355 จากงานวิจัยเรื่องการพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Boonyamanee, & Nukaew, 2024) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และ ค่า Power = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 51 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วยกิจกรรม 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) สำรวจตนเอง: เข้าใจและยอมรับ 2) เป้าหมายในอนาคต 3) ค้นหาแรงจูงใจ 4) นับจากวันนี้...มุ่งมั่นเพื่อเป้าหมาย 5) จัดการตนเอง 6) ไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง...หากไม่ลงมือทำ 7) รู้เท่าทันอารมณ์ 8) การพัฒนาตนเอง 9) กำลังใจและความเชื่อมั่นในการศึกษา และ 10) เสริมพลังอำนาจ ก้าวใหม่ที่มั่นคง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ และสถานภาพ

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมerkการก้ากับตนเองเพื่การเล็ยาเสพติดได้ขออนุญาตการใช้แบบประเมินพฤติกรรมerkการก้ากับตนเองเพื่การเล็ยาเสพติดของ Boonyamanee & Nukaew (2024) ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือได้ค่าความเที่ยงสัมพันธ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .96 จำนวน 33 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม ขั้นตอนการสังเกตตนเอง ขั้นตอนการตัดสินใจ และขั้นตอนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ (0-4) ไม่เป็นจริง เป็นจริงน้อย เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงมาก และเป็นจริงมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยทั้งโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจและแบบประเมินพฤติกรรมerkการก้ากับตนเองเพื่การเล็ยาเสพติดจากงานวิจัยเรื่องการพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมerkการก้ากับตนเอง (Boonyamanee, & Nukaew, 2024) ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ในแต่ละกิจกรรม (Item-Objective Congruence Index: IOC) ผลอยู่ระหว่าง .80 – 1.00 แบบประเมินพฤติกรรมerkการก้ากับตนเองเพื่การเล็ยาเสพติด ได้ค่าความเที่ยงสัมพันธ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .96 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำกิจกรรมกับไปทดลองใช้กับผู้ป่วยนอกที่ติดยาแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟู โดยได้ลดระยะเวลาการทำกิจกรรมกลุ่ม จากกิจกรรมละ 60 นาที เป็น 30 นาที ได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยติดยาแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสุรินทร์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha เท่ากับ .93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนทดลอง

1. ผู้วิจัยขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
2. ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยเพื่อหากลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และมีความสนใจรับฟังรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย
3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยทำการอธิบายความเป็นมาของปัญหาชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
4. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมตามโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม
5. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมerkการก้ากับตนเอง

ขั้นทดลอง

ผู้วิจัยทำกิจกรรมทุกวัน กิจกรรมละ 30 นาที ได้รวมกิจกรรมที่ 1 กับ 2 กิจกรรมที่ 3 กับ 4 กิจกรรมที่ 5 กับ 6 กิจกรรมที่ 7 กับ 8 และ กิจกรรมที่ 9 กับ 10 วันละ 60 นาที ซึ่งผู้ป่วย 1 คน จะได้เข้ากลุ่มอย่างน้อย 5 วัน และ ทุกคน ต้องได้ทำครบทุกกิจกรรม

ตาราง 1 ชื่อกิจกรรม วัตถุประสงค์กิจกรรม ลักษณะกิจกรรม และผลลัพธ์ของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์กิจกรรม	ลักษณะกิจกรรม	ผลลัพธ์
กิจกรรมที่ 1 สำรวจตนเอง: เข้าใจและยอมรับ	1. เพื่อให้มีการสะท้อนคิด ทบทวนตนเอง เข้าใจตนเอง และยอมรับสภาพการณ์จริง เกี่ยวกับพฤติกรรมerkการใช้ยา เสพติด	1. ให้ข้อมูลความรู้ 2. ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สะท้อนมุมมองและ ศักยภาพของตนเอง ความคิดเกี่ยวกับการเล็ยา และการนำไปปฏิบัติและ	มีการทบทวนตนเองและ ประเมินพฤติกรรมerkการใช้ยา เสพติดของตนเอง

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์กิจกรรม	ลักษณะกิจกรรม	ผลลัพธ์
	2. เพื่อให้เห็นคุณค่าของตนเอง และนำไปปฏิบัติและคงไว้เพื่อพัฒนาตนเอง	คงไว้เพื่อพัฒนาการกำกับตนเอง	
กิจกรรมที่ 2 เป้าหมายในอนาคต	เพื่อให้มีการสะท้อนคิด ทบทวนตนเอง สำนวญตัวเอง และสิ่งที่เป็นอุปสรรคในการบรรลุเป้าหมายชีวิต	1. เขียนเส้นทางชีวิตตั้งแต่เริ่มใช้ยาเสพติดจนถึงปัจจุบัน และวางแผนอนาคต 2. แลกเปลี่ยนประสบการณ์	1. ภาพเส้นทางชีวิตและอุปสรรคในการเลิกยาเสพติด 2. บอกปัญหาอุปสรรคและนำมาวางแผนเป้าหมาย
กิจกรรมที่ 3 ค้นหาแรงจูงใจ	เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจและกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการใช้ยาเสพติด และเรียนรู้การกำกับตนเองเพื่อการเลิกยา ตัดสินใจที่จะเลือกวิธีปฏิบัติและคงไว้	1. ทบทวนความรู้สึกที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และให้คะแนนความตั้งใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกยา (แรงจูงใจ) 2. ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้	มีการบอกแรงจูงใจที่จะพยายามเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการใช้ยาเสพติด
กิจกรรมที่ 4 นับจากวันนี้...มุ่งมั่นเพื่อเป้าหมาย	เพื่อให้สามารถกำหนดเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของตนเองและทบทวนวิธีการปฏิบัติตนเอง เลือกวิธีปฏิบัติและคงไว้	1. ให้ข้อมูลเรื่องการแก้ไขปัญหายา 2. ทำกิจกรรม “วางแผนเพื่อเป้าหมาย” และ “พลังบวกเติมพลังชีวิต” 3. มอบหมายการบ้าน	1. สามารถบอกจุดมุ่งหมายในชีวิต 2. กำหนดเป้าหมายที่ต้องการกระทำด้วยตนเอง
กิจกรรมที่ 5 จัดการตนเอง	เพื่อให้สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ลงมือปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่แก้ไขปัญหายา	1. ให้ข้อมูลเรื่องหลักการปฏิเสธ 2. ทำกิจกรรม “คิดดีๆมีทางออก”	มีแนวทางและวิธีการแก้ปัญหาที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติด
กิจกรรมที่ 6 ไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง..... หากไม่ลงมือทำ	1. เพื่อให้มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เหมาะสม 2. เพื่อให้มีพลังอำนาจในการกำกับดูแลตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติด	ให้ข้อมูลเรื่องความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมจำลองสถานการณ์ ฝึกทักษะการปฏิเสธ กิจกรรม “อย่าโกรธเรานะ” และ “เปรียบเทียบผลดี ผลเสียของการปฏิเสธ”	สามารถบอกวิธีการกำกับตนเองต่อสิ่งที่ยั่วชวนจากภายนอกได้ไม่ว่าจะอยู่ในสิ่งแวดล้อมใด
กิจกรรมที่ 7 รู้เท่าทันอารมณ์	1. เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนวิธีควบคุมอารมณ์และเลือกแนวทาง วิธีปฏิบัติที่เหมาะสม 2. เพื่อให้มีพลังอำนาจ มีความสามารถ คงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่เลือกใช้	1. ให้ข้อมูลเรื่อง ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม และอภิปรายร่วมกันในประเด็น “พฤติกรรมเสพติด” 2. ทำกิจกรรม “ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม”	สามารถบอกวิธีการจัดการกับความรู้สึกของตนเอง มีการวางแผนการจัดการสัญญาณอันตรายต่าง ๆ

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์กิจกรรม	ลักษณะกิจกรรม	ผลลัพธ์
กิจกรรมที่ 8 การพัฒนาตนเอง	1. เพื่อให้มีการสะท้อนคิด วิเคราะห์ และแยกแยะ ตัวกระตุ้น ที่ทำให้เกิด ความรู้สึกอยากยา 2. เพื่อให้มีแนวทางและ ตัดสินใจเลือกปฏิบัติในสิ่ง ที่เหมาะสมเพื่อจัดการกับ ตัวกระตุ้น	1. ทำกิจกรรม “รู้จัก ตัวกระตุ้น” 2. ให้ข้อมูลเรื่อง ความรู้สึก อยากยาและตัวกระตุ้น ปรากฏการณ์ความรู้สึก อยากเสพยา การจัดการกับ ความอยากยา และการ หลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น และฝึก วิเคราะห์และแยกแยะ ตัวกระตุ้น 3. ฝึกทักษะการเผชิญกับ ความรู้สึกอยากยาและ วิธีการจัดการกับความ รู้สึกอยากยา	1. สามารถบอกพฤติกรรม เสี่ยงหรือตัวกระตุ้นที่ทำให้ เกิดความรู้สึกอยากยาของ ตนเองได้ 2. สามารถบอกวิธีการ จัดการกับความอยากยาเสพ ติดได้
กิจกรรมที่ 9 กำลังใจและความเชื่อมั่น ในการเลิกยา	1. เพื่อให้มีการสะท้อนคิด วิเคราะห์และพิจารณา แนวทางหรือวิธีการที่ เหมาะสมกับตนเองในการ ปฏิบัติและคงไว้เพื่อการเลิก เสพยาเสพติด 2. เพื่อให้สามารถกำกับดูแล ตนเองในการเลิกยาได้	นำบุคคลต้นแบบที่สามารถ เลิกยาเสพติดได้มาแล้ว ประสพการณ์ วิธีการที่ทำให้ สามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้	1. มีการพูดคุยและสอบถาม ประสพการณ์การเลิกยาเสพ ติดจากบุคคลต้นแบบ 2. ได้มีการวางแผนทางใน การกำกับดูแลตนเองเพื่อ การเลิกยาเสพติด
กิจกรรมที่ 10 เสริมพลังอำนาจ ก้าวใหม่ ที่มั่นคง	1. เพื่อให้มีการทบทวน วิธีการต่าง ๆ สามารถ กำหนด เป้าหมายในการ เปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนในการ เลิกยา 2. เพื่อให้มีพลังอำนาจ ใน การกำกับดูแลตนเองเพื่อ การเลิกเสพยาเสพติดและ คงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มี ประสิทธิภาพ	1. ให้ข้อมูลเรื่องเคล็ดลับใน การเลิกยา 2. ทำกิจกรรม “แผนการ ป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ” 3. ทำกิจกรรม “แบบ ประเมินหลังทำกิจกรรม” 4. เขียนคำมั่นสัญญา	1. บอกเป้าหมายในการเลิก เสพยาเสพติดได้ 2. มีการประกาศตนเอง อย่างแน่วแน่ โดยการเขียน คำมั่นสัญญา

ที่มา : (Boonyamanee & Nukaew, 2024)

ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมการกำกับตนเอง (Posttest) ทันทีหลังการบำบัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

- วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- วิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการกำกับตนเองของผู้ติดสารเสพติดประเภทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาล สุรินทร์ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank test (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2019) เนื่องจากข้อมูลไม่แจกแจงเป็นโค้งปกติ (Shapiro-wilk test, $p\text{-value} < .001$)

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยได้รับจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลสุรินทร์ เลขที่ 31/2568 ลงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 30.24 ปี เพศชาย ร้อยละ 100 สถานะภาพโสด ร้อยละ 68.63 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 58.82

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุเฉลี่ย 30.24 ปี ($SD = 8.57$, $Min = 17$ ปี, $Max = 54$ ปี)		
เพศ		
ชาย	51	100.00
สถานะภาพ		
โสด	35	68.63
สมรส	5	9.80
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	11	21.57
อาชีพ		
รับจ้าง	30	58.82
เกษตรกรกรรม	9	17.65
ว่างงาน	10	19.61
ค้าขาย	2	3.92

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการกำกับตนเองของผู้ติดตามเสฟติดประเภทแอมเฟตามีน ก่อน-หลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตาราง 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการกำกับตนเองของผู้ติดตามเสฟติดประเภทแอมเฟตามีนระหว่าง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ	n	M	SD	Z	p-value (1-tailed)
ก่อนเข้าร่วม	51	30.96	14.32	-6.216	<.001
หลังเข้าร่วม	51	113.74	15.12		

จากตาราง 2 พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้เข้าร่วมวิจัยมีพฤติกรรมการกำกับตนเองในการเลิกยาเพิ่มขึ้นก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

อภิปรายผล

หลังการทำกลุ่มโดยโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองของผู้ติดตามเสฟติดประเภทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลสุรินทร์ มีคะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้ เนื่องจากแนวคิดการเสริมพลังอำนาจเป็นการสร้างความร่วมมือและปฏิสัมพันธ์ที่เท่าเทียมกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ โดยการเคารพศักยภาพและเสริมสร้างพลังภายในของบุคคล เพื่อให้บุคคลมีความสามารถและอำนาจในการควบคุมชีวิตตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Gibson, 1991; 1995) และแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้แบบกำกับตนเอง (Self-Regulated Learning) ของ Bandura (1991) เป็นทฤษฎีที่เน้นการเรียนรู้ผ่านการสังเกต การเลียนแบบ และตั้งเป้าหมาย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกำกับตนเอง (Self-Regulation) จะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะ

เมื่อบริการกระตุ้นใช้เวลาประมาณ 3 ถึง 7 วันแล้วแต่บุคคล เมื่อมีความพร้อมจากการประเมินของผู้วิจัย จึงได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วย มีความรู้เท่าทันพฤติกรรมและการเสพติด ยอมรับตนเอง จากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วย ได้ทบทวนพฤติกรรม คิดถึงสภาพตนเองจากการสะท้อนจากสังคม สิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยสัมผัส เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่ได้จากสมาชิกกลุ่ม พบแรงจูงใจ ตัดสินใจต่อการแก้ปัญหาที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งด้านความคิดและการจัดการกับอารมณ์ มีการวางแผนการดำเนินชีวิต ได้รับการส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหา ทักษะการปฏิเสธ ดังนั้นหากมีการวางแผนทักษะการปฏิเสธไว้ล่วงหน้าจะช่วยให้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control) และหลีกเลี่ยงการใช้ยาและสารเสพติดในอนาคตของตนเองได้ (Dokchan, Skulphan, & Sethabouppha, 2025)

สำหรับการเลิกยาของผู้ติดยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีนในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งถือเป็นผลลัพธ์ที่น่าพอใจอย่างยิ่งในการประเมินประสิทธิผลของการทำกลุ่มโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีความมุ่งมั่นตั้งใจในการเลิกยา สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อความตั้งใจ ในการเลิกสารเสพติดของผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน พบว่า ความตั้งใจในการเลิกสารเสพติดของผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Krongmaneerat, Awae, & Tohpaeroh, 2024) รวมทั้งการศึกษาของ Boonyamanee, & Nukaew (2024) และการศึกษาของ Satakunakorn, Suvanayos, & Sethabouppha, (2024) โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมกำกပ်ตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่าเมื่อเวลาผ่านไป ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกำกပ်ตนเองเพื่อเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากงานวิจัยเรื่องผลของการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันการใช้อาหารเสริมในวัยรุ่นที่มีความสามารถในการควบคุมตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง และระดับความกล้าแสดงออก พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในตนเองของวัยรุ่นในกลุ่มทดลองในการวัดหลังการทดลองและในการติดตามผลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) และพบว่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในด้านคะแนนความสามารถในตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง และความกล้าแสดงออก มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) สรุปได้ว่าโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถเพิ่มระดับความสามารถในตนเองของวัยรุ่นในการป้องกันการใช้อาหารเสริม ส่งเสริมการพัฒนาความภาคภูมิใจในตนเอง และส่งผลในเชิงบวกต่อความกล้าแสดงออก (Uyaroglu, & Ozcan, 2022) จะเห็นว่าโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมกำกပ်ตนเองของผู้ติดยาเสพติด เหมาะสมในการนำไปใช้ในหอผู้ป่วยใน ร่วมกับกิจกรรมการรักษา การพยาบาล ในหอผู้ป่วยได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมกำกပ်ตนเองของผู้ติดยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีนในการปรับใช้เวลาในหอผู้ป่วยใน ด้วยคำนี้ถึงระยะเวลาจำนวนวันนอน ซึ่งผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษานาน 12 วัน ระยะเวลาในการพ้นจากการถอนยา และพร้อมในการเข้ากลุ่มบำบัดใช้เวลาเฉลี่ย 5 วัน ดังนั้นเวลาที่เหลือเป็นเวลาของการเข้าร่วมตามโปรแกรมกลุ่ม ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยใช้เวลา 5 วันใน 1 คนจนครบทุกกิจกรรม ในการทำกลุ่มโดยรวมกิจกรรม 10 กิจกรรม เป็นกิจกรรมละ 30 นาทีในเวลา 1 วันจะได้ 2 กิจกรรมใช้เวลาวันละ 1
2. สามารถนำไปประยุกต์ใช้ร่วมกับการทำจิตสังคมบำบัดอื่น ๆ ที่ทำอยู่แล้วในหอผู้ป่วย ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษา การให้คำปรึกษาแบบสั้นในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ซึ่งจิตสังคมเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อเพิ่มการกระตุ้นเตือนซ้ำ ๆ ให้มีความรู้เท่าทันพฤติกรรมและการเสพติด ทั้งด้านความคิด อารมณ์ การกำกပ်พฤติกรรมตนเอง ทำให้สามารถเลิกยาเสพติดได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลการบำบัดจิตสังคมบำบัดแบบกลุ่มด้วยโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในระยะยาว เช่น ติดตามต่อเนื่อง 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน หรือ 12 เดือน ผลลัพธ์ด้านกลับไปเสพซ้ำเพื่อติดตามความคงทนในการกำกับตนเอง การลด ละ เลิก สารแอมเฟตามีน
2. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มอื่น เช่น ผู้ติดสุรา หรือสารเสพติดอื่น ๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจมากขึ้น จะสามารถช่วยกำกับพฤติกรรมการใช้สุราหรือสารเสพติดอื่น ๆ ได้

References

- Arrahimee, A., Laipaporne, S., Jeawkokand, J., & Saengthong, T. (2021). Pattern of Self-Defense against Substance Re-use of Substance Abusers in Pattani Province: A Case Study of Drug Treatment Patients in Ban Saen Suk Treatment Center and the Pondok Institute for Youth Development. Faculty of Humanities and Social Sciences, Prince of Songkla University.
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 248–287. doi.org/10.1016/0749-5978(91)90022-L
- Boonyamanee, B., & Nukaew, O. (2024). The development and effects of an enhancing empowerment program on self-regulation for quitting illegal drugs among patients with amphetamine addiction during rehabilitation phase. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 11(2), e267558. (in Thai)
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. (2015). *Facilitator's Manual: Training Curriculum on the Care of Patients with Alcohol and Amphetamine Use Disorders with Psychiatric Problems for Nurses*. Department of Mental Health.
- Dokchan, P., Skulphan, S., & Sethabouppha, H. (2025). Effects of the addiction preventive program on behavioral intention to non-drug and substance used among early adolescents. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 12(1), e268505 (in Thai)
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149–1160.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354–361.
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advance Nursing*, 21(6), 1201–1210.
- Hair, J. F., Jr., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate Data Analysis* (8th ed.). Cengage.
- Inmate Information System Information and Communication Technology Center. (2023). *Corrections Statistics RT.103 Survey as of January 1, 2023*. Retrieved July 1, 2025 from http://www.correct.go.th/rt103pdf/report_rt103_pdf.php?date=01-01-2023. (in Thai)

- Kantathip, J., & Aemart, A. (2025). *Development of an Empowerment Model for Change Agent Leadership in Behavioral Prevention and Drug Problem Resolution Among TO BE NUMBER ONE Club Leaders in Educational Institutions, Ratchaburi Province. Ratchaburi Provincial Public Health Office*. Retrieved July 17, 2025 from <https://rbpho.moph.go.th/upload-files/13032025-103440-8948.docx>. (in Thai)
- Krongmaneerat, S., Awae, W., & Tohpaeroh, M. (2024). The effect of a self-efficacy promoting program on the intention to drug abstinence among persons with amphetamine induced psychosis. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 11(3), e270473. (in Thai)
- Luechoowong, M. (2024). Effects of applied psychosocial treatment program in substance abuse patients, Kong Krailat district, Sukhothai province. *Journal of Health Science of Thailand*, 33(2), 288-296. (in Thai)
- McLeod, S. (2025). *Albert Bandura's Social Learning Theory*. Retrieved July 15, 2025 from <https://www.simplypsychology.org/bandura.html>.
- Office of the Secretariat, Committee on Drug Addiction Treatment and Rehabilitation, Ministry of Public Health. (2024) *The Current Situation of Drug Addiction Treatment and Rehabilitation*. Retrieved July 16, 2025 from <https://ncmc.moph.go.th/home/index/dash>. (in Thai)
- Pochanagone, S. (2021). *The Development Empowering Deans of Patient Additions and Family for Relaps*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for Doctor of Philosophy (Development Education) Department of Education Foundations Graduate School, Silpakorn University. (in Thai)
- Roopkhaw, K. (2022). Predictors Of Intention to Stop Among Substance Abuse User after Addicted Treatment at Phetchabun Province. Thesis in Public Health Program, Naresuan University. (in Thai)
- Satakunakorn, S., Suwanayos, C., & Sethabouppha. H. (2024). *Effect of the empowerment enhancement program on amphetamine use behaviors among patients with amphetamine use disorders. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 38(3), 49-63. (in Thai)
- Surin Hospital. (2025). Psychiatric in Patient Ward Data. Surin Hospital. (in Thai)
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2021). *Pandemic Effects Ramp up Drug Risks, as Youth Underestimate Cannabis Dangers*. Retrieved July 16, 2025 from <https://www.unodc.org/wdr2021/>
- Uyaroglu, A., & Ozcan, A. (2022). The effect of empowerment training in protecting adolescents from substance abuse on self-efficacy, self-esteem, and assertiveness levels. *Addictions: The Turkish Journal on Addictions*, 9(3), 269-276.

การพัฒนาแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อออนไลน์ ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง โรงพยาบาลปทุมธานี

Development of a Health Literacy Enhancement Model Using Online Media for High-Risk Pregnant Women at Pathum Thani Hospital

นิธินันท์ ศิรбарมีสิทธิ์¹, วรกรรณ เนลสัน^{2*}

Nithinan Sirabameesith¹, Warongrong Nelson^{2*}

¹โรงพยาบาลปทุมธานี,

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Pathum Thani Hospital,

²Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

(Received: April 15, 2025; Revised: September 13, 2025; Accepted: September 15, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ สร้างและพัฒนาแบบ ทดลองใช้ และศึกษาประสิทธิภาพของการสร้างความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง โรงพยาบาลปทุมธานี การดำเนินงานแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา และความต้องการจากเจ้าหน้าที่ จำนวน 12 คน ระยะที่ 2 การพัฒนาแบบโดยอาศัยข้อมูลจากแบบบันทึก ประวัติและการรักษาของผู้ป่วย รวมถึงการสนทนากลุ่ม ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบกับกลุ่มตัวอย่าง หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง จำนวน 30 ราย และระยะที่ 4 การประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสนทนากลุ่ม โดยมีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) อยู่ระหว่าง .67 – 1.00 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Paired T Test ขณะที่ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้ การวิเคราะห์เชิงประเด็น ผลการวิจัยพบว่า

1. หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งขาดการสนับสนุนจากผู้ใกล้ชิด และบุคลากรทางการแพทย์มีข้อจำกัดด้านเวลาและแนวปฏิบัติในการให้คำปรึกษา

2. ได้รูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ที่เรียกว่า AUDOI Model ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินการเข้าถึง (Assessment) การสร้างความเข้าใจ (Understand) การถามไถ่แลกเปลี่ยน (Discussion) การยืนยันและสัญญาใจ (OK) และการปฏิบัติจริง (I Can Do)

3. ภายหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่า คะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001

ดังนั้นการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ควรใช้สื่อที่เหมาะสมกับ บริบทของผู้ใช้ และควรพัฒนาให้สามารถเข้าถึงได้ง่าย มีเนื้อหาที่เชื่อถือได้ และสอดคล้องกับความต้องการ เฉพาะกลุ่ม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตนเองและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

คำสำคัญ: รูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง สื่อออนไลน์

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: warongrong.n.@bcnnon.ac.th)

Abstract

This research aimed to analyze the situation, develop a model, implement, and evaluate the effectiveness of health literacy promotion through online media among high-risk pregnant women at Pathum Thani Hospital. The study was conducted in four phases: (1) situational analysis, problems, and needs assessment among 12 healthcare personnel; (2) model development using patient medical history records and focus group discussions; (3) model implementation with a sample of 30 high-risk pregnant women; and (4) evaluation of the outcomes. Research instruments included a health literacy assessment questionnaire and focus group guidelines. Content validity, assessed using the Index of Item-Objective Congruence (IOC), ranged from .67 to 1.00, while reliability was measured by Cronbach's alpha coefficient, which was .86. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and the paired t-test, whereas qualitative data were analyzed through thematic analysis. The findings revealed that:

1. Pregnant women lack knowledge and understanding of self-care, engage in inappropriate health behaviors, and receive little support from close relatives. In addition, healthcare personnel face time constraints and limitations in providing counseling.

2. A health literacy promotion model utilizing online media for high-risk pregnant women, known as the AUDOI Model, was developed. It consists of five components: Assessment (evaluating access), Understand (building understanding), Discussion (asking and exchanging), OK (confirmation and commitment), and I can do (practical implementation).

3. After applying the model, it was found that both health literacy scores and health care behaviors significantly increased at the statistical level of .01 and .001.

Therefore, promoting health literacy among pregnant women with high-risk conditions should involve the use of media that is appropriate to the users' context. It should be developed to ensure easy accessibility, contain reliable content, and align with the specific needs of this group to enhance self-care effectiveness and reduce the risk of potential complications.

Keywords: Health Literacy Enhancement Model, High-risk Pregnant Women, Online Media

บทนำ

การตั้งครรภ์เป็นช่วงเวลาสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ อย่างไรก็ตามหญิงตั้งครรภ์บางรายอาจประสบภาวะเสี่ยงสูง (High-Risk Pregnancy) ซึ่งหมายถึงภาวะที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพของมารดาหรือทารกมากกว่าปกติ ภาวะนี้อาจเกิดจากปัจจัยทางสุขภาพของมารดาที่มีมาก่อนการตั้งครรภ์ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หรือเกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ เช่น ครรภ์เป็นพิษ ภาวะแท้งคุกคาม และภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2020) ซึ่งส่งผลกระทบต่ออัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก รวมถึงภาวะคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักแรกเกิดต่ำ (Liu, Oza, Hogan, Perin, Rudan, Lawn, et al., 2019) นอกจากนี้ปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็กยังคงเป็นประเด็นสำคัญในระบบสาธารณสุขของประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ซึ่งเผชิญกับความเครียดที่เพิ่มขึ้นต่อภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ภาวะการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง (High-Risk Pregnancy) ในประเทศไทยเป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุของมารดาที่น้อยกว่า 17 ปี หรือมากกว่า 35 ปี การมีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และการตั้งครรภ์แฝด ซึ่งจากข้อมูลของ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2566 พบว่า อัตราการคลอดของมารดาที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี เท่ากับ 23.4 คนต่อผู้หญิง 1,000 คน แม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลงจากปีก่อนหน้า แต่ยังคงเป็นอัตราที่สูงเมื่อเทียบกับประเทศอื่นในภูมิภาค (Suwanampa & Purksametan, 2023) จากรายงานจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่าประมาณร้อยละ 15 ของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยมีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารก รวมไปถึงการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นอีกหนึ่งปัญหาที่พบในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง (Karabutr, Klomyong, Sripum, Ngarmkhum, & Prasertsri, 2025) โดยอัตราการคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทยอยู่ที่ประมาณร้อยละ 10 - 12 ของการคลอดทั้งหมด ในขณะที่ค่าเฉลี่ยโลกอยู่ที่ร้อยละ 9.6 (Kitcharoentananurux, 2024) สถานการณ์หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงในโรงพยาบาลปทุมธานีระหว่างปี 2563 - 2565 พบว่า อัตราการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 47.04 เป็น 59.41 ในขณะที่อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การคลอดก่อนกำหนดและทารกน้ำหนักตัวน้อย เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.85 นอกจากนี้ยังพบว่ามีทารกเสียชีวิตในครรภ์จากภาวะเสี่ยงเพิ่มขึ้น โดยมีสาเหตุหลักมาจากการขาดความรู้ในการดูแลตนเอง การไม่มาฝากครรภ์ตามนัด และการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ แม้ว่าจะมีระบบคัดกรองและแนวทางปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้อยู่แล้ว แต่ยังพบว่าบางส่วนขาดความรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (World Health Organization [WHO], 2017)

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามแนวคิดของ Nutbeam (2000; 2008) เป็นผลลัพธ์เชิงสมรรถนะที่เกิดจากการเรียนรู้และการสื่อสารด้านสุขภาพ ไม่ได้จำกัดเพียงทักษะการอ่านหรือการเขียน แต่ยังรวมถึงศักยภาพในการใช้ข้อมูลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเสริมสร้างสุขภาพ มีองค์ประกอบสำคัญ 3 มิติ ได้แก่ 1) ความรอบรู้เชิงหน้าที่ (Functional health literacy) คือ ทักษะพื้นฐานด้านการอ่าน เขียน และความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ เช่น ฉลากยา คู่มือสุขภาพ หรือคำแนะนำการรักษา 2) ความรอบรู้เชิงปฏิสัมพันธ์ (Interactive/Communicative Health Literacy) คือ ความสามารถในการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนการประยุกต์ใช้คำแนะนำให้เหมาะสมกับบริบทของตน และ 3) ความรอบรู้เชิงวิพากษ์ (Critical Health Literacy) คือ ความสามารถในการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล วิเคราะห์ความเสี่ยงและประโยชน์ ตลอดจนการใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจเชิงลึกอย่างเหมาะสม รวมถึงการสะท้อนถึงบทบาทของความรู้ด้านสุขภาพในฐานะปัจจัยกำหนดทางสังคมระดับกลางของสุขภาพ (Midstream Social Determinants of Health) ซึ่งมีผลต่อความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพในสังคม (Nutbeam, 2008)

จะเห็นว่าความรู้ด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ดีจะสามารถเลือกพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ป้องกันโรคเรื้อรัง เข้าถึงบริการสุขภาพ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม (Tavananezhad, Bolbanabad, Ghelichkhani, Effati-Daryani, & Mirghafourvand, 2022) ในทางกลับกัน ผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำอาจประสบปัญหาในการเข้าใจคำแนะนำทางการแพทย์ การใช้ยาอย่างถูกต้อง อาจนำไปสู่ภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้นหรือเพิ่มภาระให้กับระบบบริการสาธารณสุข องค์การอนามัยโลก (WHO, 2017) ยังชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเป็นกลยุทธ์สำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ และสนับสนุนระบบสุขภาพที่ยั่งยืนในระยะยาว ดังนั้นควรได้รับการส่งเสริมในทุกระดับตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ไปจนถึงระดับนโยบาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Guler, Sahin, Ozdemir, Unsal, & Uslu Yuvasi, 2021) การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำเกี่ยวข้องกับโดยตรงกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และอาจนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ในระยะยาว (Zibellini, Muscat, Kizirian, & Gordon, 2021)

สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง การเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นประเด็นที่มีความสำคัญเนื่องจากกลุ่มนี้จำเป็นต้องเผชิญกับข้อมูลจำนวนมากและการตัดสินใจที่ซับซ้อนในช่วงการตั้งครรภ์ การพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อออนไลน์ที่ครอบคลุมทั้งสามมิติตามแนวคิดของ Nutbeam จะช่วย

เพิ่มทักษะการเข้าถึงและทำความเข้าใจข้อมูล การสื่อสารเชิงปฏิสัมพันธ์กับบุคลากร และการวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ เพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสม ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์สามารถดูแลตนเองและทารกในครรภ์ได้อย่างปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และยกระดับคุณภาพการดูแลสุขภาพโดยรวม สามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตของมารดาและทารกได้ (Asadi, Amiri, & Safinejad, 2020) ในทางกลับกัน หากหญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ด้านสุขภาพ อาจทำให้ไม่สามารถเข้าใจความเสี่ยงที่ตนเผชิญได้อย่างชัดเจน นำไปสู่การเพิกเฉยต่อคำแนะนำทางการแพทย์ การใช้ยาผิดวิธี หรือไม่มาตรวจตามนัด ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ การคลอดก่อนกำหนด หรือภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Nola Holness, 2018)

การใช้เทคโนโลยีและสื่อดิจิทัลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะสื่อออนไลน์ ซึ่งเป็นช่องทางที่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ง่ายและสะดวกมากขึ้น การศึกษาพบว่า การใช้แพลตฟอร์มออนไลน์ เช่น เว็บไซต์ แอปพลิเคชัน และโซเชียลมีเดีย สามารถช่วยเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Jia, Pang, & Liu, 2021) และที่สำคัญสามารถช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่อง การศึกษาของ Tachasuksri, Siriarunrat, Suppasri, Suppaseemanont, Boonnate, & Kwannate (2017) แสดงให้เห็นว่าการใช้สื่อออนไลน์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสามารถช่วยเพิ่มการรับรู้ การเข้าใจ และการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลปทุมธานียังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการใช้สื่อออนไลน์เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนารูปแบบที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของโรงพยาบาลและสอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงสามารถเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง ส่งเสริมความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และส่งผลดีต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์

วัตถุประสงค์วิจัย

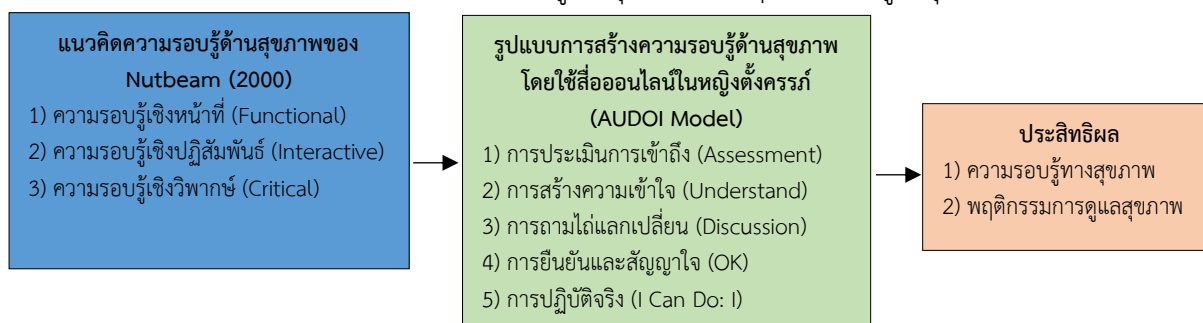
1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาและความต้องการของหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลปทุมธานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

3.1 เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงสามารถอธิบายได้ผ่านการบูรณาการแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ ความรู้เชิงหน้าที่ (Functional) ที่เกี่ยวข้องกับทักษะการอ่าน เขียน และเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ความรู้เชิงปฏิสัมพันธ์ (Interactive) ที่มุ่งเน้นการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการประยุกต์ใช้ และความรู้เชิงวิพากษ์ (Critical) ซึ่งหมายถึงความสามารถในการประเมิน วิเคราะห์ และตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณ แนวคิดทั้งสามมิติถือเป็นหัวใจสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาว เมื่อเชื่อมโยงกับ AUDOI Model ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินการเข้าถึง (Assessment) การสร้างความเข้าใจ (Understand) การถามไถ่แลกเปลี่ยน (Discussion) การยืนยันและสัญญาใจ (OK) และการปฏิบัติจริง (I Can Do) จะเห็นได้ว่าขั้นตอนเหล่านี้สอดคล้องกับมิติของ Nutbeam อย่างชัดเจน ขั้นตอนการประเมินและการสร้างความเข้าใจสอดคล้องกับ Functional Literacy ที่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงและตีความข้อมูลได้ถูกต้อง ขณะที่การถามไถ่และการยืนยันเชื่อมโยงกับ Interactive Literacy เนื่องจากเปิดโอกาสให้เกิดการสื่อสารสองทาง การมีส่วนร่วม และการตัดสินใจร่วมกัน สุดท้าย ขั้นตอน

“ฉันทำได้” สอดรับกับ Critical Literacy เพราะเป็นการนำความรู้ที่ผ่านการประเมินแล้วมาปรับใช้จริงในชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสมซึ่งจะส่งผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (ภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีขั้นตอนการดำเนินงาน 3 ระยะดังนี้
ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาและความต้องการของหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลปทุมธานี ใช้วิธีวิเคราะห์จากเอกสารและวิธีเชิงคุณภาพดังนี้

วิธีวิเคราะห์จากเอกสาร

1. ทบทวนเอกสารเวชระเบียนสรุปผลการดำเนินงานคณะกรรมการแม่และเด็กระดับจังหวัดและอำเภอ วิเคราะห์ข้อมูลสภาพปัญหาการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงจากการตั้งครรภ์และการคลอดย้อนหลังระยะ 3 ปี (2565 - 2567) และศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพจากเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูง จำนวน 30 ราย ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าข่ายมีภาวะเสี่ยงสูง เช่น เคยแท้ง ≥ 3 ครั้ง คลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ ตั้งครรภ์แฝด มีเลือดออก ความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การใช้สารเสพติดและสูบบุหรี่ มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ 2) มีปัจจัยจากการตั้งครรภ์ปัจจุบัน เช่น น้ำคร่ำมากหรือน้อยผิดปกติ 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) สามารถใช้สมาร์ตโฟนได้ และ 5) มีความสนใจและยินยอมเข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้ทั้งนั้นโดยศึกษาจากเวชระเบียนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงที่มารับบริการฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลปทุมธานี การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธี การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) เพื่อสรุปข้อมูลโดยรวม ได้แก่ พฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการดูแล การตอบสนองต่อการปรับยา ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอด ภาวะทารกต้องเข้ารับการดูแลในผู้ป่วยวิกฤตเด็กทารก (Newborn Intensive Care Unit: NICU) การมีความเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงสถานภาพของคู่สมรสหรือคู่นอน ผลการวิเคราะห์พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับน้ำตาลที่ไม่พึงประสงค์ ต้องมีการปรับยา และมีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างคลอด เช่น ทารกต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (NICU)

วิธีเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้ดูแลงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดปทุมธานี และผู้ดูแลงานฝากครรภ์โรงพยาบาลปทุมธานี จำนวน 12 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก และปฏิบัติงาน ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลปทุมธานี ไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) อาศัยอยู่ในจังหวัดปทุมธานี และ 3) มีความสนใจและยินยอมให้ข้อมูล และมีเกณฑ์คัดออก ดังนี้ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด และ 2) ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1) ตัวผู้วิจัย ซึ่งต้องพัฒนาทักษะด้านการวิจัยเชิงคุณภาพผ่านการศึกษานวนคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส และประวัติการทำงาน
- 3) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview Guide) (Juangtrakul, 2010)
- 4) แบบบันทึกการสนทนา สำหรับจดบันทึกพฤติกรรม คำพูด และบริบทที่เกี่ยวข้อง
- 5) เครื่องบันทึกเสียง เพื่อความแม่นยำในการถอดความและป้องกันข้อผิดพลาดในการจดบันทึก
- 6) กล้องถ่ายรูป เพื่อบันทึกเหตุการณ์สำคัญและบรรยากาศการเก็บข้อมูล ทั้งหมดนี้ช่วยให้การวิจัยมีความถูกต้องและครบถ้วนในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือขอลงพื้นที่เก็บข้อมูลและชี้แจงวัตถุประสงค์ แก่กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นประสานงานเพื่อนัดหมายสัมภาษณ์ พร้อมส่งประเด็นสัมภาษณ์ล่วงหน้า ซึ่งกระบวนการดำเนินการก่อนการสนทนาและสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึงสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วม หรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อการทำงานหรือความสัมพันธ์ส่วนตัว ผู้เข้าร่วมทุกคนลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอม (Informed Consent Form) จากนั้นจึงเริ่มกระบวนการสนทนากลุ่มโดยยึดตามแนวคำถามหลัก พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างอิสระ เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูง การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสนทนากลุ่มกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Group Discussion) ใช้ระยะเวลาประมาณ 15 - 20 นาที

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

1. การตรวจสอบด้านข้อมูล (Data Triangulation) เป็นการเปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นการวิจัย เพื่อวิเคราะห์ความสอดคล้องหรือความแตกต่างของข้อมูลที่ได้ โดยแหล่งข้อมูลหลักที่ใช้ในการเปรียบเทียบ ได้แก่

1.1 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของการวิจัย โดยเน้นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ตรง ความเข้าใจ และความต้องการด้านความรู้ทางสุขภาพ รวมถึงรูปแบบการใช้สื่อออนไลน์

1.2 บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลในหน่วยงานบริการฝากครรภ์ของโรงพยาบาลปทุมธานี ซึ่งให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม ปัญหา และข้อจำกัดของหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ

1.3 ข้อมูลจากสื่อออนไลน์และแหล่งสารสนเทศด้านสุขภาพที่หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงและใช้งานจริง เพื่อเปรียบเทียบกับความเข้าใจและการใช้งานจริงของกลุ่มเป้าหมาย

การเปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เหล่านี้ ช่วยให้สามารถยืนยันข้อมูล (Confirming Evidence) และระบุดูข้อมูลที่ขัดแย้งกัน (Disconfirming Evidence) ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบที่ตอบสนองความต้องการอย่างแท้จริง (Juangtrakul, 2010)

2. การตรวจสอบด้านวิธีการ (Methodological Triangulation) เป็นการใช้เทคนิคการเก็บข้อมูลที่หลากหลาย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งและรอบด้านซึ่งการวิจัยครั้งนี้ใช้การสนทนากลุ่มกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Group Discussion) ดังนี้

2.1 การสัมภาษณ์เชิงลึก ดำเนินการกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงแบบรายบุคคล โดยใช้แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง เพื่อสำรวจประสบการณ์ ความเชื่อ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพ และการใช้สื่อออนไลน์ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์

2.2 การสนทนากลุ่ม ดำเนินการกับทั้งกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การระดมสมอง และการอภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับเนื้อหา รูปแบบ และความเหมาะสมของสื่อที่ใช้ส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ ข้อมูลที่ได้จากวิธีการทั้งสองถูกนำมาเปรียบเทียบ วิเคราะห์ความสอดคล้อง และใช้ในการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงรูปแบบเพื่อพัฒนาเครื่องมือหรือสื่อออนไลน์ที่ตอบโจทย์การใช้งานจริง

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังใช้เทคนิคการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (Member Checking) โดยนำสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล ลดอคติของผู้วิจัย และเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic analysis) กับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ประกอบด้วยขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) อ่านข้อมูลทั้งหมดอย่างละเอียดหลายรอบเพื่อให้เข้าใจบริบท 2) แยกหน่วยความหมายสำคัญ (Significant Statements) 3) สกัดรหัสข้อมูล (Coding) และจัดกลุ่มเป็นประเด็นหลัก (Themes) 4) สรุปความหมายและตีความ และ 5) ยืนยันความถูกต้องของข้อมูลโดยให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ (Member check) โดยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลปทุมธานีในช่วง 3 เดือนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์

ในระยะที่ 2 ของการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อออนไลน์ผ่านกระบวนการที่มีขั้นตอนอย่างเป็นระบบ ดังนี้

1. การทบทวนวรรณกรรม (Review of Literature and Best Practices) ผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ ตลอดจนแนวทางเวชปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของหญิงตั้งครรภ์ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและสื่อออนไลน์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูงตามมาตรฐานของกรมอนามัย และแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก ผลการทบทวนวรรณกรรมถูกใช้เป็นฐานข้อมูลและแนวทางในการกำหนดองค์ประกอบเบื้องต้นของรูปแบบการพัฒนา

2. การจัดทำร่างระบบบริการพยาบาลและแนวปฏิบัติในการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูง ผู้วิจัยได้ร่วมกับทีมพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข จัดทำร่างระบบบริการพยาบาลและแนวทางการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง โดยอิงตามกลยุทธ์ของคณะกรรมการแม่และเด็กระดับชาติ (Maternal and Child Health Board: MCH Board) ซึ่งการออกแบบร่างโปรแกรมนี้ครอบคลุม แนวทางการคัดกรองตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ครั้งแรก การระบุความเสี่ยงแบบรายกรณี ช่องทางการสื่อสารผ่านระบบดิจิทัลระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับบุคลากร แนวทางให้คำปรึกษาและติดตามผลอย่างเป็นระบบผ่านสื่อออนไลน์

3. การสนทนากลุ่มกับทีมปฏิบัติการในงานสูติกรรม เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลแบบบูรณาการและรองรับการใช้สื่อออนไลน์ ผู้วิจัยได้จัดการสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งเป็นทีมปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ พยาบาลแผนกฝากครรภ์ (Antenatal Care: ANC) จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานประจำห้องคลอด จำนวน 5 คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยหลังคลอด จำนวน 4 คน และเจ้าหน้าที่เวชกรรมที่รับผิดชอบงานฝากครรภ์ จำนวน 1 คน ซึ่งการสนทนากำหนดการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติเดิมและปัญหาที่พบ ความคิดเห็นต่อการนำสื่อออนไลน์มาใช้ในการส่งเสริมความรู้ ความเหมาะสมของเนื้อหา กิจกรรม และกลไกการติดตามผ่านระบบออนไลน์

4. การปรับปรุงและพัฒนาระบบโดยให้แพทย์และพยาบาลร่วมประเมิน ภายหลังจากการพัฒนารูปแบบและกิจกรรมเบื้องต้น ผู้วิจัยได้นำเสนอต่อแพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้องเพื่อทำการประเมินความเหมาะสม (Appropriateness) ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง (Feasibility) และความครบถ้วนของเนื้อหาและกระบวนการ (Content Validity) โดยใช้แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการให้บริการ และจัดเวทีปรับปรุงร่วมกับผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้ระบบมีความเชื่อมโยงกับบริบทการปฏิบัติงานจริง และตอบสนองต่อความต้องการของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเป้าหมาย

เครื่องมือในระยะที่ 2 ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกประวัติและการรักษาของผู้ป่วยในรูปแบบรายการตรวจสอบ (Check List) ซึ่งใช้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา เช่น ค่าเฉลี่ยและร้อยละ 2) การสนทนากลุ่ม (Focus Group) กับบุคลากรสาธารณสุขด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure Interview) เพื่อ 2.1) จัดทำร่างระบบบริการพยาบาลและแนวปฏิบัติในการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงตามกลยุทธ์ของคณะกรรมการ MCH Board 2.2) สนทนากลุ่มกับทีมปฏิบัติการในงานสูติกรรมเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแล

2.3) ปรับปรุงระบบโดยให้แพทย์และพยาบาลร่วมประเมินและพัฒนากิจกรรม 3) การพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงผ่านสื่อออนไลน์ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ขั้นตอนที่ 2 การสร้างความเข้าใจด้วยแบบฝึกหัด ขั้นตอนที่ 3 การถามไถ่และเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ขั้นตอนที่ 4 การยืนยันและสัญญาใจ โดยให้ผู้เข้าร่วมเปรียบเทียบแนวทางดูแลตนเอง และขั้นตอนที่ 5 การปฏิบัติจริง โดยเน้นเกี่ยวกับ “ฉันทำได้” จัดทำแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและติดตามผล

เครื่องมือชุดนี้ประกอบด้วย 1) แบบสนทนากลุ่ม 2) แบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง และ 3) รูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ซึ่งออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลปทุมธานีและกลุ่มเป้าหมาย (Juangtrakul, 2010)

ระยะที่ 3 การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์ ขั้นตอนนี้มีการใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pre-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ 1) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับบริการ ซึ่งมารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลปทุมธานี ระหว่างเดือน ธันวาคม 2567 – มีนาคม 2568

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ คือ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่เข้ารับบริการ ซึ่งมารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลปทุมธานี จำนวน 30 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงตาม Classifying Form ได้แก่ ประวัติการตั้งครรภ์ในอดีต เช่น เคยแท้ง 3 ครั้งขึ้นไป คลอดก่อนกำหนด หรือภาวะครรภ์เป็นพิษประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน เช่น ครรภ์แฝด ตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 35 ปี มีเลือดออก หรือค่าความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การใช้สารเสพติด สูบบุหรี่หรือประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคหัวใจ 2) มีปัจจัยจากการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน ได้แก่ ตั้งครรภ์แฝด มีปริมาณน้ำคร่ำมากหรือน้อยผิดปกติ 3) สามารถสื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทย 4) สามารถใช้สมาร์ทโฟน และ 5) มีความสนใจและความยินยอมให้ข้อมูล และมีเกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ไม่เข้าข่ายการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง 2) ย้ายที่อยู่หรือย้ายสถานที่การฝากครรภ์ระหว่างการตั้งครรภ์ 3) มีภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงขณะตั้งครรภ์ 4) ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และ 5) ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two dependent means กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.8 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power = 0.8 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่าง 21 คน และเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 30 เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง รวมเป็น 30 คน โดยใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยนี้ใช้เครื่องมือ 2 ส่วน ได้แก่

1. รูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ในรูปแบบ QR Code ซึ่งให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์ เช่น ภาวะโภชนาการ ทนตสุขภาพ การรับประทานยา การออกกำลังกาย และ ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ โดยพัฒนาและปรับปรุงจากคู่มือ โรงเรียนพ่อแม่ของศูนย์อนามัยในรูปแบบ QR Code

2. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ประกอบด้วยแบบประเมินข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ โรคประจำตัว อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก และจำนวนการตั้งครรภ์แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 20 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การได้ตอบ การซักถาม การตัดสินใจ และการนำไปใช้ โดยตอบแบบ 5 ระดับ (Likert Scale) ระดับ 1 = น้อยที่สุด ระดับ 2 = น้อย ระดับ 3 = ปานกลาง ระดับ 4 = มาก และระดับ 5 = มากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติรีเวช พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านผดุงครรภ์ และอาจารย์

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติศาสตร์ พบว่าข้อคำถามทั้งหมดมีค่า IOC อยู่ในช่วง .67 - 1.00 ซึ่งแสดงถึงระดับความสอดคล้องที่ดีในแต่ละข้อ ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงถ้อยคำให้มีความชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทกับกลุ่มเป้าหมาย และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) ทำการทดลองใช้กับกลุ่มประชากรใกล้เคียง 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) = .86 ผลที่ได้แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีถึงดีมาก สามารถนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายจริงได้อย่างน่าเชื่อถือ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
2. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำการกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม
3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (Pretest)

ขั้นทดลอง

1. ทำการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง โดยใช้ Classifying Form ดิสดิกเกอร์แยกประเภท และแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย
2. ให้ความรู้ผ่านสื่อออนไลน์ โดยติด QR Code ความรู้ที่สมดุฝักครรภ์ เนื้อหาครอบคลุม การดูแลตนเอง โภชนาการ ทันทสุขภาพ การออกกำลังกาย และภาวะเสี่ยง
3. ดำเนินการตามโปรแกรม AUDOI Model ซึ่งมี 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินการเข้าถึง (Assessment) ให้ข้อมูลสุขภาพ 2) การสร้างความเข้าใจ (Understand) ผ่านการทำแบบฝึกหัด 3) การถามไถ่แลกเปลี่ยน (Discussion) ผ่านการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและฝึกแก้ปัญหา 4) การยืนยันและสัญญาใจ (OK) กระตุ้นให้ตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 5) การปฏิบัติจริง โดยการเน้นเกี่ยวกับ “ฉันทำได้” (I Can Do) และมีการติดตามผล การเข้าร่วมกิจกรรม มีจำนวน 4 ครั้ง และประเมินผลหลังการเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 1 ครั้ง

ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (Posttest)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ผู้วิจัยตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของข้อมูลเพื่อพิจารณาว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) โดยการใช้ Shapiro-Wilk test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดน้อยกว่า 50 คน ($n = 30$) ซึ่งเหมาะกับการทดสอบความปกติของข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ผลการทดสอบค่าความแตกต่างระหว่างคะแนนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (posttest-pretest) ด้วย Shapiro-Wilk test พบว่าค่า $W = 0.967$ และ $p\text{-value} = 0.318$ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบค่าความเบ้ (Skewness) และความโด่ง (Kurtosis) ของค่าความแตกต่าง พบว่า Skewness = -0.412 และ Kurtosis = 0.247 ซึ่งค่าทั้งสองอยู่ในช่วง -1 ถึง +1 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ถือว่าใกล้เคียงกับการแจกแจงปกติ

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลปทุมธานี ได้หมายเลขรับรอง EC-PTH A084-67 ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

1. การศึกษาเวชระเบียนย้อนหลัง (พ.ศ. 2565 – 2567) และการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็ก รวมถึงการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงในโรงพยาบาลทุมธานี พบประเด็นสำคัญที่สะท้อน สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการ ดังนี้

1.1 หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงในพื้นที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 8 – 12 ต่อปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 – 35 ปี ซึ่งมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นถึงมัธยมศึกษาตอนปลาย และส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป รายได้ไม่แน่นอน และไม่มีหลักประกันรายได้ต่อเนื่อง ปัญหาสำคัญที่พบจากเวชระเบียนย้อนหลัง ได้แก่ ประวัติ ทารกตายในครรภ์ แท้งซ้ำ (มากกว่า 2 ครั้ง) คลอดก่อนกำหนด ภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus: GDM) และความดันโลหิตสูงในครรภ์

1.2 ปัญหาสำคัญ พบปัญหาเชิงระบบและระดับปัจเจก ดังนี้

1.2.1 ด้านผู้รับบริการ พบว่าหญิงตั้งครรภ์จำนวนมาก ขาดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่คุมอาหาร ไม่รับยาตามนัด ไม่มาตรวจตามนัด นอกจากนี้ขาดการสนับสนุนจากญาติหรือสามี ส่งผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ

1.2.2 ด้านระบบบริการ ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นระบบสำหรับการติดตามหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ระบบคัดกรองยังไม่ครอบคลุมหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในระบบประกันสังคม หรือคลินิกเอกชน บุคลากรมีข้อจำกัดด้านเวลาในการให้คำปรึกษาเชิงลึกในแต่ละราย

1.3 ความต้องการที่สำคัญจากการจำแนกได้เป็น 4 ด้านหลัก ได้แก่ 1) การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ต้องการแนวทางที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์และญาติสามารถเข้าใจภาวะเสี่ยงของตนเองได้ง่าย และนำไปปฏิบัติจริง ต้องการเนื้อหาที่เข้าใจง่าย ชัดเจน และสื่อสารเป็นภาษาชาวบ้าน นอกจากนี้ต้องการให้พัฒนาสื่อที่เข้าถึงง่าย ต้องการให้มีสื่อออนไลน์ ได้แก่ คลิปวิดีโอสั้น อินโฟกราฟิก LINE Official ที่สามารถให้ข้อมูลสุขภาพแบบเข้าใจง่าย ช่องทางการสื่อสารควรอยู่บนแพลตฟอร์มที่ใช้ประจำ เช่น Facebook หรือ LINE มากกว่าการแจกเอกสาร และ 2) การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลที่เป็นระบบ โดยต้องการแนวปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับบุคลากรพยาบาลในแต่ละจุดบริการ ได้แก่ ฝากครรภ์ ห้องคลอด และหลังคลอด และควรมีระบบติดตามหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงหลังกลับบ้านอย่างเป็นระบบ

1.4 ผลการวิจัยโดยใช้แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

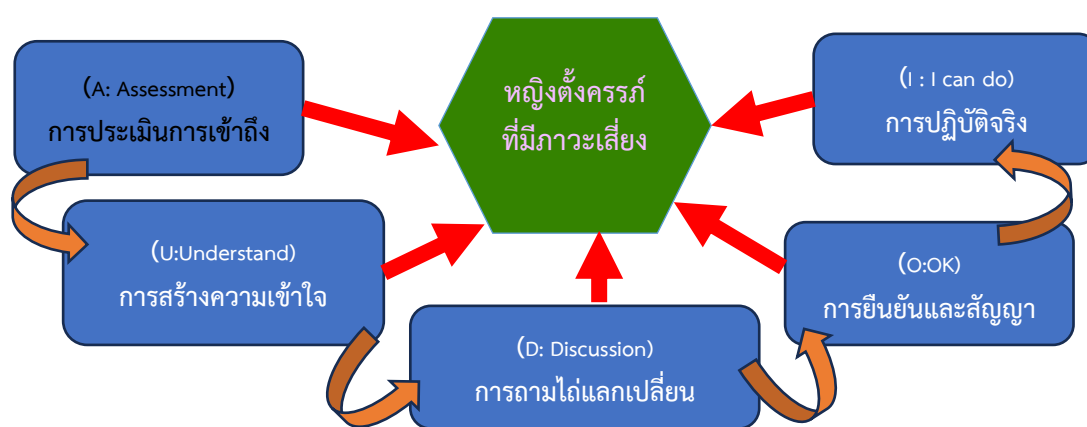
ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 20 – 35 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีสถานภาพสมรส และมีประสบการณ์ด้านอนามัยแม่และเด็กมากกว่า 10 – 20 ปี ดังตัวอย่างการสนทนาต่อไปนี้

“พยาบาลประจำคลินิกฝากครรภ์: เราคิดว่าถ้าออกแบบสื่อให้ดูง่ายกว่านี้ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายหน่อย และมีหลายแบบให้เลือกดู เช่น วิดีโอ อินโฟกราฟิก หรือแบบการ์ตูน ก็จะช่วยให้คุณแม่ตั้งครรภ์เข้าใจมากขึ้น ไม่เบื่อด้วย”

“แพทย์ประจำคลินิก: ถ้ารูปแบบสื่อสามารถเชื่อมโยงกับระบบส่งต่อของโรงพยาบาลชุมชน หรือหน่วยบริการใกล้บ้านได้ จะดีมาก เพราะบางรายต้องดูแลต่อเนื่อง การมีข้อมูลหรือสื่อที่สื่อสารไปถึงทุกระดับจะช่วยลดความเข้าใจผิดในการดูแลได้เยอะ” นอกจากนี้ “ควรมีให้เลือกหลายแบบ บางคนชอบอ่าน บางคนชอบฟัง หรือเปิดจากมือถือได้ง่าย ๆ” ดังนั้นข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนวทางการพัฒนาสื่อออนไลน์ให้มีความหลากหลาย เข้าถึงง่าย และใช้ภาษาที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ทุมธานี และสามารถนำไปพัฒนาเป็นต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. รูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง (AUDIO Model) ภายใต้กรอบแนวคิดการสร้างความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) มีอยู่ด้วยกัน 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินการเข้าถึง (Assessment: A) การดำเนินขั้นตอนแรกโดยเน้นการประเมินว่าบุคคลสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้มากน้อยเพียงใด ผ่านช่องทางที่เหมาะสม ได้แก่ สื่อออนไลน์ เว็บไซต์ และแพลตฟอร์มการสื่อสารที่ใช้บ่อย

เพื่อดูว่าผู้รับสารมีโอกาสรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องครบถ้วนหรือไม่ 2) การสร้างความเข้าใจ (Understand: U) หลังจากเข้าถึงข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเน้นการทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความ “เข้าใจ” เนื้อหาสุขภาพอย่างถูกต้อง และเหมาะสม ไม่เพียงแค่การอ่านได้ แต่ต้องตีความได้ เข้าใจความหมาย และสามารถเชื่อมโยงกับชีวิตประจำวันได้ โดยหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงสามารถเข้าใจวิธีปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพตนเองและทารก 3) การถามไถ่ แลกเปลี่ยน (Discussion: D) องค์ประกอบนี้เน้นการสื่อสารแบบ 2 ทาง เปิดโอกาสให้ผู้รับสารสามารถ ซักถาม พูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ กับผู้ให้ความรู้หรือกับกลุ่มเพื่อนที่มีสถานการณ์ใกล้เคียงกัน เพื่อสร้างความกระจ่าง ลดความเข้าใจผิด และเพิ่มความมั่นใจในการดูแลสุขภาพ 4) การยืนยันและสัญญาใจ (OK: O) ขั้นตอนการตัดสินใจ ยืนยันและให้คำมั่น ในการนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้จริงในชีวิตประจำวัน องค์ประกอบนี้ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงมีความรู้สึกผูกพันและรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง และ 5) การปฏิบัติจริง โดยเน้น “ฉันทำได้” (I Can Do: I) เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่สะท้อนถึงความสามารถในการลงมือปฏิบัติจริง หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ต้องมั่นใจว่าสามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปปรับใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ อย่างเหมาะสม ได้แก่ การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ รวมไปถึงการดูแลสุขภาพครรภ์อย่างเคร่งครัด (ภาพ 2)



ภาพ 2 รูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง (AUDIO Model)

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง

3.1 ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 21 - 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 80 มีอาชีพเป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 36.67) และมีการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 56.67) และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน โดยส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 76.67) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 60) สำหรับประวัติการตั้งครรภ์ในอดีต พบว่ามีผู้ที่เคยไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 60)

3.2 ผลการเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้สื่อออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง โรงพยาบาลปทุมธานี

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำแนกเป็นรายด้าน (n = 30)

ความรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	df	p-value (1-tailed)
	M	SD	M	SD			
การเข้าถึง	3.11	1.62	4.32	0.91	-12.32	29	.001
ทักษะการเข้าใจ	3.15	2.52	4.53	1.32	-14.22	29	.001
ทักษะการตอบโต้ซักถาม	2.18	1.58	4.37	2.01	-14.88	29	.001
ทักษะการตัดสินใจ	2.98	2.50	4.44	1.99	-15.11	29	<.001
ทักษะการนำไปปฏิบัติ	2.44	2.11	4.13	1.43	-11.21	29	<.001

จากตาราง 1 พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 30)

พฤติกรรมด้านสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	df	p-value (1-tailed)
	M	SD	M	SD			
อาหาร	2.19	3.62	3.45	2.27	-3.50	229	<.001
การรับประทานยา	2.45	2.98	3.69	2.11	-2.80	229	<.001
ออกกำลังกาย	2.59	3.23	3.11	2.14	-2.00	229	.001
มาตรวจตามนัด	3.12	4.51	4.19	4.19	-4.20	229	.001

จากตาราง 1 พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการตรวจตามนัดหมาย เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001

การอภิปรายผล

1. การวิเคราะห์สถานการณ์หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง พบว่าอัตราการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง (WHO, 2017) ภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตของทารกในครรภ์มีสาเหตุจากการขาดความรู้ ไม่มาตามนัด ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ มาตรวจดูแลที่มีอยู่อาจไม่เพียงพอ (Ghanbari, Majlessi, Ghaffari, & Mahmoodi Majdabadi, 2020) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) สำคัญต่อการดูแลตนเอง (Nutbeam, 2000) การพัฒนารูปแบบสร้างความรอบรู้ฯ จึงเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับสถานการณ์และทฤษฎี เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง ลดความเสี่ยง และส่งผลดีต่อสุขภาพแม่และทารกในครรภ์

2. รูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์ (AUDOI Model) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิด Health Literacy (Nutbeam, 2000) ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ การซักถาม การตัดสินใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง และนำไปใช้ได้จริงในบริบทโรงพยาบาลปทุมธานี โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความพึงพอใจในระดับมาก สะท้อนถึงความเหมาะสมของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นมา (Samlee, Hirunwatthanakul, & Promasatayaprot, 2024) ซึ่งเน้นการใช้สื่อออนไลน์สอดคล้องกับแนวโน้มการเข้าถึงข้อมูลในปัจจุบันของประชาชน (Seechalee & Duangsong, 2022) องค์ประกอบที่หลากหลาย ได้แก่ ข้อมูล ทักษะ แลกเปลี่ยน และกำลังใจ ซึ่งช่วยส่งเสริมความรู้ฯ ครอบคลุมทุกด้าน

3. หลังใช้รูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์ พบว่าความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองหลังเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Songsermpong, Rodphothong, & Piriyaudomporn (2023) ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ฯ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น การใช้สื่อออนไลน์ทำให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ง่าย เปิดโอกาสให้ซักถาม และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008) ที่ระบุว่าความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ คือ ความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นมุ่งพัฒนาทักษะเหล่านี้โดยให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ รวมทั้งการใช้สื่อออนไลน์ซึ่งช่วยให้เข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพได้สะดวก ซึ่งรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นได้ส่งเสริมให้เรียนรู้จากประสบการณ์ผู้อื่น แลกเปลี่ยน และรับการสนับสนุน นอกจากนี้การประเมินรูปแบบฯ พบความพึงพอใจระดับมาก อาจมาจากรูปแบบฯ การให้ความรู้ผ่านสื่อออนไลน์ที่เข้าถึงง่ายและรวดเร็ว นอกจากนั้นจากผลการวิจัย พบว่ารูปแบบ AUDOI Model ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ

ได้แก่ การประเมินการเข้าถึง (Assessment: A) การสร้างความเข้าใจ (Understand: U) การถามไถ่แลกเปลี่ยน (Discussion: D) การยืนยันและสัญญาใจ (OK: O) และการปฏิบัติจริง (I can do: I) มีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้าร่วมอย่างเป็นรูปธรรม โดยผลการทดสอบแสดงให้เห็นว่าความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์หลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในด้านการเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจ การซักถามและโต้ตอบ การตัดสินใจ รวมถึงการนำความรู้ไปใช้จริง นอกจากนี้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร การรับประทานยาตามคำแนะนำ การมาตรวจตามนัด และการออกกำลังกาย มีการพัฒนาขึ้นอย่างชัดเจน อีกทั้งเมื่อประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบดังกล่าว พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีระดับความพึงพอใจสูง เนื่องจากสื่อออนไลน์ที่ใช้สามารถเข้าถึงง่าย มีความหลากหลายและเป็นมิตรต่อผู้ใช้ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และตอบสนองต่อบริบทและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเหมาะสม ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนว่าการพัฒนาสื่อออนไลน์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงสามารถเข้าใจและจัดการสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น แต่ยังช่วยสร้างแรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทิศทางที่เหมาะสมและยั่งยืน อันนำไปสู่การลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ทั้งยังเป็นแนวทางที่สามารถพัฒนาต่อยอดเพื่อนำไปใช้ในบริบทอื่นของการดูแลสุขภาพได้อย่างกว้างขวางต่อไป

โดยสรุปผลการวิจัยข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการใช้สื่อออนไลน์เป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง โดยเฉพาะในด้านความเข้าใจ การตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ และการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมในช่วงตั้งครรภ์ จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับการพัฒนาโดยใช้สื่อออนไลน์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Nutbeam (2000) ที่ชี้ว่าการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต้องอาศัยการจัดการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสามารถช่วยลดข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลของประชาชนได้ โดยเฉพาะในช่วงตั้งครรภ์ที่ผู้หญิงมักมีข้อจำกัดด้านการเดินทางและเวลาพักผ่อน นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่าผู้เข้าร่วมมีทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น เช่น การเข้ารับการฝากครรภ์ตรงตามนัด การรับประทานยาที่มีประโยชน์ และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าเนื้อหาสื่อออนไลน์ที่พัฒนา มีความเหมาะสมทั้งด้านเนื้อหา รูปแบบ และการสื่อสารที่เข้าใจง่าย เข้าถึงได้สะดวก และตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง

เมื่อเปรียบเทียบกับส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบดั้งเดิมที่อาศัยการให้คำปรึกษาในคลินิกเพียงอย่างเดียว พบว่ารูปแบบออนไลน์สามารถเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจได้ต่อเนื่อง รวมถึงสามารถเป็นแหล่งข้อมูลที่หญิงตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงได้ซ้ำเมื่อมีข้อสงสัย ซึ่งเป็นการส่งเสริมความสามารถในการจัดการตนเองด้านสุขภาพ (Self-management) ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานของ Tavananezhad, Bolbanabad, Ghelichkhani, Effati-Daryani, Mirghafourvand (2022) ซึ่งเน้นว่า การพัฒนา Health literacy ต้องออกแบบให้สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และความสามารถในการเข้าถึงสื่อสารสนเทศของกลุ่มเป้าหมาย การใช้สื่อออนไลน์ในงานวิจัยนี้ช่วยลดข้อจำกัดด้านการเดินทาง การรอคอย และเพิ่มความต่อเนื่องของการเรียนรู้ จึงเหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงที่ต้องการความรู้เฉพาะทางอย่างรวดเร็วและเข้าใจง่าย และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Souza, Santos, Dantas, Sousa, Moreira, & Silva (2022) พัฒนาแอปพลิเคชันสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ก็พบว่าการใช้เทคโนโลยีสามารถเพิ่มอัตราการฝากครรภ์ตรงตามนัด และลดภาวะแทรกซ้อนได้เช่นเดียวกัน โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นหรือหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ยังมีข้อจำกัดในด้านขนาดกลุ่มตัวอย่างและบริบทเฉพาะของโรงพยาบาลปทุมธานี ดังนั้นในการนำผลการวิจัยไปใช้ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและสภาพแวดล้อมของแต่ละพื้นที่ อีกทั้งควรมีการติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินผลกระทบของโปรแกรมต่อภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์และผลลัพธ์ต่อทารกในอนาคต

การนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริการสุขภาพแม่และเด็กในสถานพยาบาล หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลปทุมธานี หรือโรงพยาบาลชุมชน สามารถนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นประยุกต์ใช้ในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง เพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลที่เป็นได้ตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถจัดการตนเอง ในระหว่างตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถใช้สื่อออนไลน์ที่พัฒนาเป็นเครื่องมือ ประกอบการให้คำปรึกษาในคลินิกฝากครรภ์ และใช้ในการติดตามประเมินรายบุคคล
2. ด้านการพัฒนานโยบายสุขภาพ ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการผลักดันให้เกิด การบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลกับระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัว หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ห่างไกล หรือกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์
3. ด้านการเรียนการสอนและการอบรมบุคลากร ผลวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นกรณีศึกษาสำหรับการเรียนการสอน ในหลักสูตรด้านสาธารณสุข พยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาเข้าใจ การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการส่งเสริมสุขภาพ ใช้เป็นแนวทางในการอบรมบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้ ในการออกแบบสื่อสุขภาพออนไลน์ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและสามารถใช้ในการติดตามผลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลการใช้สื่อออนไลน์โดยดำเนินการวิจัยแบบติดตามผล (Follow-up Study) เพื่อศึกษาว่า การใช้สื่อออนไลน์ในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในระยะยาว อย่างไร เช่น การปฏิบัติตามคำแนะนำ การมาฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง หรือผลลัพธ์ทางสุขภาพของมารดาและทารก
2. ควรพัฒนาสื่อให้มีความหลากหลายและเหมาะสมกับระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ใช้ โดยในการวิจัยครั้งต่อไปควรทดลองพัฒนาและเปรียบเทียบประสิทธิภาพของสื่อหลายรูปแบบ เช่น วิดีโอคลิป อินโฟกราฟิก บทเรียนออนไลน์ หรือแอปพลิเคชันสุขภาพ เพื่อศึกษาว่าสื่อรูปแบบใดเหมาะสมกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการรู้หนังสือและทักษะดิจิทัลแตกต่างกัน
3. ควรบูรณาการการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัว โดยศึกษาบทบาทของผู้ให้บริการสุขภาพ (พยาบาล/แพทย์) และครอบครัว (เช่น คู่สมรสหรือผู้ดูแล) ในการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ใช้สื่อออนไลน์ อย่างต่อเนื่องและเกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งนี้เพื่อพัฒนาโมเดลการสื่อสารสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน

References

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). *Obstetric Care for High-Risk Pregnancies*. ACOG Publications.
- Asadi, L., Amiri, F., & Safinejad, H. (2020). Investigating the effect of health literacy level on improving the quality of care during pregnancy in pregnant women covered by health centers. *Journal of Education and Health Promotion*, 9(1), 286.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. doi.org/10.3758/BF03193146
- Ghanbari, S., Majlessi, F., Ghaffari, M., & Mahmoodi Majdabadi, M. (2020). Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of Shahid Beheshti Medical University. *Daneshvar Medicine*, 19(6), 1-12.

- Guler, D. S., Sahin, S., Ozdemir, K., Unsal, A., & Uslu Yuvaci, H. (2021). Health literacy and knowledge of antenatal care among pregnant women. *Health & Social Care in the Community*, 29(6), 1815-1823.
- Jia, X., Pang, Y., & Liu, L. S. (2021). Online health information seeking behavior: A systematic review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(12), 1740. doi.org/10.3390/healthcare9121740
- Juangtrakul, C. (2010). *Research Methodology in Social Sciences*. O.S. Printing House. (in Thai)
- Karabutr, T., Klomyong, S., Sripum, J., Ngarmkhum, R., & Prasertsri, U. (2025). The effects of a Preventive Program on the intention behaviors to prevent preterm labor and rate of preterm birth. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 12(1), e272388.
- Kitcharoentananurux, P. (2024). Factors associated with preterm birth among pregnant women at Sisaket Hospital. *Medical Journal of Sisaket Surin Buriram Hospitals*, 39(3), 631–640.
- Liu, L., Oza, S., Hogan, D., Perin, J., Rudan, I., Lawn, J. E., et al. (2019). Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–15: An updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *The Lancet*, 388(10063), 3027–3035. doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31593-8
- Nola Holness, C. N. M. (2018). High-risk pregnancy. *Women's Health Across the Lifespan, An Issue of Nursing Clinics, E-Book*, 53(2), 241.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. doi.org/https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Samlee, S., Hirunwatthanakul, P., & Promasatayaprot, V. (2024). Results of the health literacy program for pregnant women in Borabue hospital, Borabue district, Mahasarakham province. *Lampang Medical Journal*, 45(1), 9–17.
- Seechalee, P., & Duangsong, R. (2022). The effects of pregnancy prevention program by application of health literacy concept among secondary school female students in Udon Thani province. *KKU Journal for Public Health Research*, 15(1), 24-36. (in Thai)
- Songsermpong, S., Rodphothong, J., & Piriyaudomporn., P. (2023). Development of a care model for high-risk pregnant women in the digital transformation era. *Journal of Health Science*, 32(1), s125-s137. (in Thai)
- Souza, F. M. L. C., Santos, W. N., Dantas, J. C., Sousa, H. R. A., Moreira, O. A. A., & Silva, R. A. R. (2022). Development of a mobile application for prenatal care and content validation. *Acta Paul Enferm*, 35, eAPE01861.
- Suwanampa, T., & Purksametanan, T. (2023). Effects of a mobile application-based health education program on health literacy in pregnant women. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 38(1), 98-111. (in Thai)
- Tachasuksri, T., Siriarunrat, S., Suppasri, P., Suppaseemanont, W., Boonnate, N., & Kwannate, C. (2017). Causal model for quality of life among pregnant women. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(1), 28-46. (in Thai)

- Tavananezhad, N., Bolbanabad, A. M., Ghelichkhani, F., Effati-Daryani, F., & Mirghafourvand, M. (2022). The relationship between health literacy and empowerment in pregnant women: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 351.
- World Health Organization. (2017). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth*. Retrieved September 1, 2025 from <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.02>
- Zibellini, J., Muscat, D. M., Kizirian, N., & Gordon, A. (2021). Effect of health literacy interventions on pregnancy outcomes: A systematic review. *Women and Birth*, 34(2), 180-186.

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

ทิพย์ศิริ สหวรพันธุ์¹, อารีรัตน์ นวลแยม², ปฐมามาศ โชติบัณ¹, ธารินี นนทพุท^{1*},
ชลธร อินทวรรณ¹, ผาณิต หลีเจริญ¹

Tipsiri Sahaworapan¹, Areerat Nualyam², Pattamamas Chotiban¹, Tharinee Nontaput^{1*},
Chonlatorn Intarawanno¹, Phanit Leecharoen¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, ²โรงพยาบาลหาดใหญ่
¹Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarachanok Institute,
²Hatyai 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 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก ในแต่ละปี 17 ล้านคนเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนอายุ 70 ปี (World Health Organization [WHO], 2022) ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหันมาสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองและเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตตนเองให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น จึงเกิดพฤติกรรมในการแสวงหาการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน (Complementary Therapies) ซึ่งเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น (Jiratsatit & Samakkeekarom, 2020) จากสำรวจความชุกทั่วโลกของการเลือกการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีรายงานว่าอยู่ร้อยละ 9.80 - 76.00 ความชุกของการเลือกดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และมะเร็งอยู่ร้อยละ 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)

การศึกษาค้นคว้าวิจัยใช้กรอบแนวคิดการใช้บริการสุขภาพของแอนเดอร์เซน (Andersen, 1995) เป็นแนวคิดที่อธิบายพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตทางสุขภาพที่ดี 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

การศึกษาค้นคว้าได้รับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของต่างประเทศมีการศึกษาอย่างแพร่หลาย และการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตามการศึกษาค้นคว้าดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในประเทศไทยยังมีจำกัด มีการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง หญิงมีครรภ์ และโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการหาปัจจัยที่ส่งผลหรือเกี่ยวข้องกับระดับคุณภาพชีวิต จากที่กล่าวมา แม้ว่าจะมีงานวิจัยในต่างประเทศจำนวนมาก แต่ในประเทศไทยยังขาดการศึกษาเชิงเปรียบเทียบที่ครอบคลุมผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยรวม และยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับ สิทธิการรักษา รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน ระยะเวลาที่ใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและศึกษาเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานจำแนกตาม อายุ รายได้ สิทธิการรักษา รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน และระยะเวลาที่ใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน งานวิจัยนี้จึงมีความสำคัญต่อการกำหนดแนวทางการจัดบริการสุขภาพแบบผสมผสานเพื่อพัฒนา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานจำแนกตามอายุ รายได้ สิทธิการรักษา รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน และระยะเวลาที่ได้รับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน

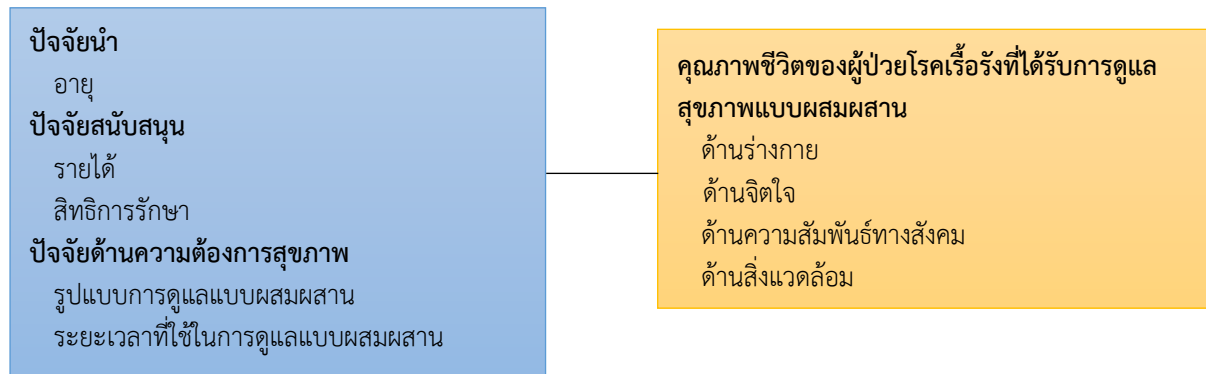
สมมติฐานวิจัย

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 โดยมีคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเข้า (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 และได้รับการรักษาด้วยยาแล้ว ไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีระดับ Functional Heart Classification I-III) 5) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และได้รับการรักษาด้วยยาแล้วไม่น้อยกว่า 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 หรืออาการไม่สบายตัวต่าง 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 (α) 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 สิทธิการรักษา แหล่งที่อยู่อาศัย ลักษณะการอาศัย โรคที่ได้รับการวินิจฉัยและระยะเวลาการดำเนินโรค การรู้จักการดูแลแบบผสมผสานจากแหล่งข้อมูลลักษณะได้รับการสนับสนุนให้ใช้การดูแลแบบผสมผสาน และระยะเวลาที่ได้รับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน แบบสอบถามเป็นแบบให้เติมคำตอบและแบบตรวจสอบรายการ (Check List) จำนวนข้อคำถามมีทั้งหมด 13 ข้อ

2 แบบสอบถามการใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน ได้แก่ รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน ความถี่และอาการไม่พึงประสงค์ แบบสอบถามเป็นแบบให้เติมคำตอบและแบบตรวจสอบรายการ (Check List) ประกอบไปด้วย 3 หัวข้อ ได้แก่ 1) สมุนไพร/ ยาชีวภาพ 2) การบำบัดทางกายภาพ และ 3) การบำบัดทางจิตวิญญาณ/ ระบบร่างกายและจิตใจ โดยพัฒนามาจากปรับรูปแบบตามรูปแบบการดูแลสุขภาพของของศูนย์การแพทย์เสริมและการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (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 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา 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 จากนั้นพยาบาลประจำคลินิกจะเป็นผู้ติดต่อกลุ่มตัวอย่างก่อนทีมผู้วิจัยเข้าพบ ในห้องให้ข้อมูล ณ คลินิกแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพื่อให้พยาบาลสอบถามความพร้อมในการเข้าพบ และแนะนำทีมผู้วิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินการสร้างสัมพันธภาพ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง 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 ± 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
ด้านสุขภาพกาย	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
ด้านจิตใจ	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 รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล (เชิงลบ)	3.52	0.98	มาก
6. ความรู้สึกว่าคุณมีค่า	3.49	0.73	มาก
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	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
ด้านสิ่งแวดล้อม	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
โดยรวมทุกด้าน	3.30	0.42	ปานกลาง

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

อยู่ในระดับมาก ($M = 3.47, SD = 0.55$) เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ 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 การได้รับยาแผนโบราณจะส่งผลต่อความรู้สึกที่ดีและมั่นใจในการรักษามากขึ้น ทำให้ส่งผลต่อทางด้านจิตใจของผู้ป่วย (Jirratsatit & Samakkeekarom, 2020)

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

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 (Chompoopan, Chompoopan, Kechit, Seedaket, Niponchai, & Eungpinichpong, 2022) ทำให้เห็นผลทางสุขภาพได้ชัดในรูปธรรมมากกว่าการเลือกรูปแบบการดูแลด้วยระบบร่างกายและจิตใจ ประกอบไปด้วย การทำสมาธิ/ สวดมนตร์/ ละหมาด/ ฝึกลมหายใจ ทั้งนี้การบำบัดชีวภาพเห็นผลทางร่างกายที่จับต้องได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจและมั่นใจมากกว่า (Prasopthum, Insawek, Pouyfung, 2022)

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

ข้อจำกัดของงานวิจัยครั้งนี้คือการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกซึ่งอยู่ใน 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 รูปแบบการดูแล กับคุณภาพชีวิต
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* (10th 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>

ผลของการใช้ Line Official Account “Malnutrition” ต่อความรู้ ความพึงพอใจ และ ประสบการณ์ของผู้ดูแลเด็กวัยหัดเดิน ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดนราธิวาส The Effects of Using the Line Official Account “Malnutrition” on the Knowledge, Satisfaction, and Experiences of Parents of Toddlers in Narathiwat Municipality

ฮัมดี มาเย^{1*}, กิรติ บินอุม่า¹, จิรัชญา นบnun¹, ซารีนา สร้อยสน¹, อนันต์ มรรคาเขตต์¹, ศิขรินทร์ พรหมประทีป¹
Hamdee Mayae^{1*}, Kirati Binuma¹, Jiratchaya Nobnun¹, Sareena Soison¹, Anan Mankaket¹,
Sikarin Phomprateep¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
¹Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University

(Received: June 8, 2025; Revised: September 16, 2025; Accepted: September 17, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลระหว่างก่อนและหลังให้ความรู้ภาวะโภชนาการเด็กวัยหัดเดินผ่าน Line Official Account “Malnutrition” เพื่อประเมินความพึงพอใจการใช้ Line Official Account “Malnutrition” และเพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยหัดเดินให้มีภาวะโภชนาการปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลเด็กวัยหัดเดิน จำนวน 27 คน จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 6 แห่งในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดนราธิวาส เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย Line Official Account “Malnutrition” แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลัง แบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบสัมภาษณ์ประสบการณ์ของผู้ดูแลเด็กวัยหัดเดินที่มีภาวะโภชนาการปกติ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .86 ความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เท่ากับ .83 (KR-20) และแบบสอบถามความพึงพอใจด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. ความรู้ของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการใช้งาน ($p\text{-value} < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยจาก 6.11 ($SD = 1.36$) เพิ่มขึ้นเป็น 7.96 ($SD = 1.31$)
2. ความพึงพอใจต่อการใช้งาน Line Official Account “Malnutrition” อยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะด้านการนำไปใช้จริง ($M = 4.93$, $SD = 0.26$)
3. ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กวัยหัดเดินให้มีภาวะโภชนาการปกติ มีการดูแลการจัดอาหาร การสังเกตพฤติกรรมทารก และการใช้เทคโนโลยีที่เข้าใจง่ายและนำไปใช้ได้จริง

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า Line Official Account “Malnutrition” เป็นสื่อดิจิทัลที่สามารถใช้คัดกรองภาวะโภชนาการของเด็กวัยหัดเดินผ่านการกรอกข้อมูลด้านน้ำหนัก ส่วนสูง อายุ และเพศ ซึ่งสามารถประเมินและแปลผลออกมาได้อย่างชัดเจน พร้อมทั้งให้คำแนะนำด้านโภชนาการที่เหมาะสมแก่ผู้ดูแล

คำสำคัญ: เด็กวัยหัดเดิน Line Official Account ภาวะโภชนาการ ผู้ดูแล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Hamdee.m@pnu.ac.th)

Abstract

This mixed-methods study aimed to: 1) compare parents' knowledge scores before and after receiving nutritional education for toddlers through the Line Official Account "Malnutrition", 2) assess parents' satisfaction with the channel, and 3) explore parents' experiences in maintaining toddlers' a normal nutritional status. Participants were 27 caregivers of toddlers from six child development centers in Narathiwat Municipality. There were four research instruments: 1) the contents of the Line "Official Account" called "Malnutrition", 2) a pre- and post-test knowledge questionnaire, 3) a satisfaction questionnaire, and 4) an interview guide. The content validity index (CVI) of the instruments was measured at the 0.86 level. Reliability of knowledge test (KR-20) yielded 0.83, and the satisfaction questionnaire showed a reliability (Cronbach's alpha) of 0.89. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests, while content analysis was used for qualitative data. Results were as follows.

1. Parents' knowledge significantly improved after using the Line channel "Malnutrition" (p -value < .001), with mean scores increasing from 6.11 ($SD = 1.36$) to 7.96 ($SD = 1.31$).

2. Satisfaction with the channel was rated at a high level, particularly regarding the application of content to real practices ($M = 4.93$, $SD = 0.26$).

3. Caregivers' experiences in maintaining toddlers' nutritional status included meal preparation, observation of eating behaviors, and the use of a social media that was familiar.

Overall, this study indicates that the Line Official Account "Malnutrition" is a useful digital tool for screening toddlers' nutritional status by inputting weight, height, age, and sex. The channel seems to effectively provide appropriate nutritional guidance to parents and caregivers.

Keywords: Toddlers, Line Official Account, Malnutrition, Caregivers

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาภาวะโภชนาการ ทั้งภาวะขาดสารอาหารและภาวะน้ำหนักเกิน ยังคงเป็นประเด็นสำคัญด้านสุขภาพของเด็กทั่วโลก โดยในปี พ.ศ. 2565 พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 148.10 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22.30 มีภาวะแคะแกระแกร็งจากการขาดสารอาหารเรื้อรัง จำนวน 45 ล้านคน มีภาวะขาดสารอาหาร และ 37 ล้านคน มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยกลุ่มเด็กที่ได้รับผลกระทบส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในทวีปเอเชีย ร้อยละ 52 และทวีปแอฟริกา ร้อยละ 43 (UNICEF, World Health Organization, & World Bank Group, 2023) สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2566 พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีภาวะเตี้ยร้อยละ 11.30 มีเป้าหมายไม่เกินร้อยละ 10 ภาวะขาดสารอาหารร้อยละ 5.40 มีเป้าหมายไม่เกินร้อยละ 5 และภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 9.30 เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 9 (UNICEF Thailand, 2023) จากการศึกษาของ Phongphuttha, Sittichai, & Yusoh (2022) พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในจังหวัดนราธิวาส มีภาวะเตี้ยร้อยละ 29 และมีภาวะทุพโภชนาการเฉียบพลันร้อยละ 11 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศที่มีเป้าหมายภาวะเตี้ยร้อยละ 10 และภาวะทุพโภชนาการเฉียบพลันร้อยละ 5 ตามลำดับ นอกจากนี้ข้อมูลจาก Health Data Center (2022) ระบุว่า ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 69,370 คน ในจังหวัดนราธิวาส มีภาวะสูงตีสมส่วน ร้อยละ 51.22 ภาวะเตี้ยร้อยละ 22.06 ภาวะขาดสารอาหารร้อยละ 8.56 และภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 9.51 สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการคัดกรองและให้คำแนะนำภาวะโภชนาการอย่างเป็นระบบ เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการในเด็กวัยหัดเดินอย่างเหมาะสมและยั่งยืน

ภาวะทุพโภชนาการในเด็กวัยหัดเดินเป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากโภชนาการมีบทบาทโดยตรงต่อการเจริญเติบโต และพัฒนาการทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา (Barrera, Rothenberg, Barrows, & Dominguez,

(2/13)

2020) โดยเด็กที่มีภาวะขาดสารอาหารจะมีการเจริญเติบโตช้า มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง อ่อนเพลีย และมีพัฒนาการทางสติปัญญาล่าช้ารวมถึงมีภาวะสมมติสน (Chen, Guedes, Cooper, & Lung, 2022) ในขณะที่เด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินจะมีแนวโน้มเกิดภาวะเหนื่อยง่าย มีลักษณะผิวหนังเป็นปื้นดำหนา ซึ่งเป็นสัญญาณบ่งบอกความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Díaz-Rizzolo, Llauredó, Falguera, & Farran-Codina, 2021) นอกจากนี้เด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต จะมีภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อการเรียนและคุณภาพชีวิต (Puder & Munsch, 2022) การป้องกันภาวะทุพโภชนาการในเด็กวัยหัดเดินจำเป็นต้องส่งเสริมการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการครบทั้ง 5 หมู่ การรับประทานอาหารอย่างหลากหลายวันละ 3 มื้อ พร้อมดื่มนมเสริมตามความต้องการของร่างกาย และส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย รวมถึงการนอนหลับอย่างเพียงพอ เนื่องจากการนอนที่ไม่เหมาะสมส่งผลกระทบต่อการหลั่งฮอร์โมนการเจริญเติบโต (Rosanbalm & Murray, 2020) ความรู้ของพ่อแม่หรือผู้ดูแลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลภาวะโภชนาการที่เหมาะสมในเด็กวัยหัดเดิน เพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการและส่งเสริมการพัฒนาที่สมวัย จากงานวิจัยของ Limvongvatana, Pithan, & Yodchai (2022) เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชัน Line Official Account สำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า การใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลดังกล่าวสามารถเพิ่มความรู้ ความมั่นใจ และลดความเครียดของมารดาได้อย่างมีนัยสำคัญ การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และสามารถเข้าถึงได้สะดวกโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ช่วยเพิ่มศักยภาพในการดูแลเด็กวัยหัดเดินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาได้แสดงให้เห็นว่าการใช้สื่อดิจิทัล เช่น Line Official Account สามารถเพิ่มพูนความรู้และสร้างความมั่นใจให้กับผู้ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การศึกษาของ Limvongvatana, Pithan, & Yodchai (2022) ที่พัฒนาสื่อสำหรับมารดาทารกคลอดก่อนกำหนด พบว่าสามารถช่วยเพิ่มความรู้ ความมั่นใจ และลดความเครียดของผู้ดูแลได้ แต่ยังไม่พบงานวิจัยที่นำสื่อดิจิทัลมาใช้กับกลุ่มผู้ปกครองเด็กวัยหัดเดินเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการโดยตรง ทั้งที่วัยหัดเดินถือเป็นช่วงวัยสำคัญซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสมทั้งการขาดสารอาหารและภาวะน้ำหนักเกิน (UNICEF Thailand, 2023) การขาดการศึกษาที่เจาะจงในกลุ่มนี้ทำให้ผู้ดูแลยังขาดแหล่งข้อมูลที่เหมาะสมและเข้าถึงง่ายในการดูแลเด็กวัยหัดเดิน จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาและประเมินผลการใช้ Line Official Account “Malnutrition” เพื่อเป็นนวัตกรรมที่ช่วยเพิ่มพูนความรู้ด้านโภชนาการแก่ผู้ปกครองเด็กวัยหัดเดิน ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้งาน และสำรวจประสบการณ์จริงในการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ผลลัพธ์ที่ได้จะช่วยเติมเต็มช่องว่างทางวิชาการ และสามารถประยุกต์ใช้สื่อดิจิทัลเพื่อการส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยหัดเดินในระดับชุมชนได้อย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์วิจัย

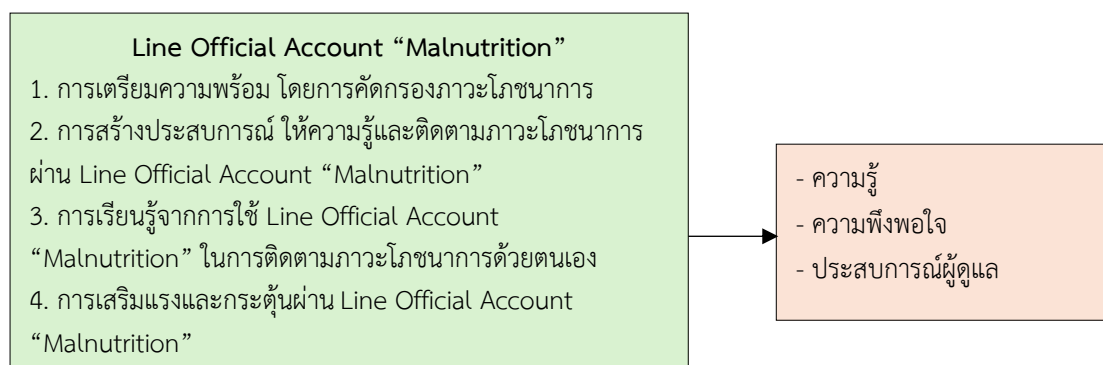
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลระหว่างก่อนและหลังให้ความรู้ภาวะโภชนาการเด็กวัยหัดเดินผ่าน Line Official Account “Malnutrition”
2. เพื่อศึกษาคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลในการใช้งานการคัดกรองและให้ความรู้ภาวะโภชนาการผ่าน Line Official Account “Malnutrition”
3. เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยหัดเดินให้มีภาวะโภชนาการปกติ

สมมติฐานวิจัย

1. ผู้ดูแลเด็กวัยหัดเดินมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการหลังได้รับความรู้ผ่าน Line Official Account “Malnutrition” สูงวก่อนได้รับความรู้
2. ความพึงพอใจของผู้ดูแลในการใช้งานการคัดกรองและให้ความรู้ภาวะโภชนาการผ่าน Line Official Account “Malnutrition” ระดับของคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura (1997) ซึ่งอธิบายว่าพฤติกรรมเกิดขึ้นได้จากการสังเกต การเลียนแบบ และการได้รับการเสริมแรง โดยมีความเชื่อมั่นในตนเองเป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การใช้ Line Official Account “Malnutrition” จึงออกแบบให้เชื่อมโยงกับแนวคิดดังกล่าว ได้แก่ การเตรียมความพร้อมผ่านการคัดกรองโภชนาการ (Direct Experience) การสร้างประสบการณ์เรียนรู้ด้วยการให้ข้อมูลและติดตามโภชนาการ (Modeling) การเรียนรู้ด้วยตนเองในการติดตามภาวะโภชนาการของบุตร (Self-efficacy) และการเสริมแรงเชิงบวกผ่านการติดตามอย่างต่อเนื่อง (Reinforcement) ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) โดยใช้การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง (One-Group Pretest Posttest Design) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ดำเนินการ 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิธีเชิงปริมาณ การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง (One-Group Pretest Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ดูแลและเด็กวัยหัดเดินที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2567 ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาลเมือง จังหวัดนราธิวาส จำนวน 6 ศูนย์ รวม 259 คน

เกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) ผู้ดูแลเด็กวัยหัดเดินที่มีบุตรหรือหลาน มารับบริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตเทศบาลเมืองนราธิวาส 2) เด็กวัยหัดเดินที่มารับบริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตเทศบาลเมืองนราธิวาส 3) ผู้ดูแลเด็กวัยหัดเดินยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก 1) ผู้ดูแลเด็กวัยหัดเดินไม่มีสมาร์โฟน 2) สมาร์โฟนของผู้ดูแลเด็กวัยหัดเดินไม่สามารถใช้งานแอปพลิเคชัน Line

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลและเด็กวัยหัดเดิน ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคำนวณด้วยโปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-test, Statistical test เลือก Means: Differences between two dependent means (matched paired) เลือก One tailed กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน จึงกระจายจำนวนกลุ่มตัวอย่างไปยังแต่ละโรงเรียนตามสัดส่วนของประชากร ระบุจำนวนกลุ่มตัวอย่างย่อย (n_1) ของแต่ละโรงเรียนได้จากการพิจารณาสัดส่วนของประชากรในโรงเรียน (N_1) เมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมด (N) เพื่อให้ได้สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ Line Official Account “Malnutrition” ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย เครื่องมือในการคัดกรองภาวะโภชนาการผ่านโปรแกรม NutStatCal ของสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล และคำแนะนำภาวะโภชนาการเด็กวัยหัดเดิน การกำหนดเมนูอาหารในช่วยวัยเด็กหัดเดิน ภาวะขาดสารอาหาร และภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และร่วมกับนำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) มาประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างความสามารถของผู้ดูแลเด็กวัยหัดเดิน ให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้และสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลเด็กได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง



ภาพ 2 Line Official Account “Malnutrition”

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม คือ

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ และแบบทดสอบความรู้ของผู้ดูแลเด็กวัยหัดเดินเกี่ยวกับภาวะโภชนาการในเด็กวัยหัดเดิน Pre-test จำนวน 10 ข้อ และ Post-test จำนวน 10 ข้อ เลือกตอบถูกหรือผิด ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 10 คะแนน

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กวัยหัดเดินในการใช้งาน Line Official Account “Malnutrition” มีจำนวน 7 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านให้ความรู้และความพึงพอใจในภาพรวมของการใช้งาน Line Official Account “Malnutrition” มีการให้คะแนนเป็นแบบ Likert Scale 5 ระดับ คือ ระดับมากที่สุด 5 คะแนน ระดับมาก 4 คะแนน ระดับปานกลาง 3 คะแนน ระดับน้อย 2 คะแนน และระดับน้อยที่สุด 1 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .86 ปรับถ้อยคำของคำถามให้กระชับ ชัดเจน และเข้าใจง่าย จัดลำดับข้อคำถามให้สอดคล้องกับลำดับเนื้อหา และระดับความยากง่าย จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กและเด็กวัยหัดเดิน ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน จำนวน 20 คน หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิเคราะห์แบบทดสอบความรู้ด้วยสูตร KR-20 ได้ค่าเท่ากับ .83 และวิเคราะห์แบบประเมินความพึงพอใจด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .89 และแบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กวัยหัดเดินที่มีภาวะโภชนาการปกติได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ โดยการเพิ่มคำถามเปิดเพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลเด็กให้ข้อมูลประสบการณ์และลดคำถามที่ซ้ำซ้อน จากนั้นผู้วิจัยได้นำไปทดลองสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียง จำนวน 5 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจและปรับปรุงลำดับคำถามให้เหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลและเด็กวัยหัดเดิน พร้อมอธิบายรายละเอียดการเข้าร่วมวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ และการพิทักษ์สิทธิของผู้ดูแลและเด็กวัยหัดเดิน
2. ขอความร่วมมือจากผู้ดูแลในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม
3. ให้ผู้ดูแลทำแบบสอบถาม Pre-test เพื่อประเมินความรู้ก่อนการทดลอง

ขั้นทดลอง

1. คัดกรองภาวะโภชนาการของเด็กวัยหัดเดินผ่าน Line Official Account “Malnutrition”
2. ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเด็กวัยหัดเดิน ผ่าน Line Official Account “Malnutrition” โดยครอบคลุมข้อมูลด้านโภชนาการและการส่งเสริมภาวะโภชนาการ
3. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นผ่านช่องทาง Line Official Account “Malnutrition”

ขั้นหลังการทดลอง

1. นัดหมายผู้ดูแล 1 สัปดาห์ เพื่อทำแบบสอบถาม Post-test โดยกำหนดช่วงเวลาให้ห่างจากการทำ Pre-test เพื่อลดโอกาสที่ผู้ดูแลจะจดจำคำตอบเดิมได้ และปรับลำดับคำถามใน Post-test ให้แตกต่างจากแบบสอบถามก่อนการทดลอง
2. ให้ผู้ดูแลตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ Line Official Account “Malnutrition”
3. หากผู้ดูแลมีคำถามเพิ่มเติมหลังการวิจัย สามารถติดต่อสอบถามได้ผ่าน Line Official Account “Malnutrition”

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ
2. เปรียบเทียบความรู้ของผู้ดูแลระหว่างก่อนและหลังให้ความรู้ภาวะโภชนาการเด็กวัยหัดเดินผ่าน Line Official Account “Malnutrition” ใช้สถิติ Paired T Test โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (Test of Normality) โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk ค่า p -value เท่ากับ .09 พบว่าตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ
3. วิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ดูแลในการใช้งานการคัดกรองและให้ความรู้ภาวะโภชนาการผ่าน Line Official Account “Malnutrition” ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 2 วิธีเชิงคุณภาพ

พื้นที่ทำการวิจัย

ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตเทศบาลเมือง จังหวัดนราธิวาส

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ดูแลเด็กวัยหัดเดินที่ใช้ Line Official Account “Malnutrition” ในการคัดกรองภาวะโภชนาการ และผลการคัดกรองพบว่ามีภาวะโภชนาการปกติ จำนวน 14 คน คัดเลือกโดยวิธีแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กวัยหัดเดินที่มีภาวะโภชนาการปกติ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลโภชนาการของเด็กวัยหัดเดิน ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ 1) คุณมีวิธีการดูแลโภชนาการของบุตร/หลานอย่างไร 2) คุณคิดว่าอะไรเป็นปัจจัยที่ช่วยให้เด็กมีภาวะโภชนาการปกติ 3) คุณเคยได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำด้านโภชนาการจากที่ใดบ้าง 4) หลังจากใช้ Line Official Account “Malnutrition” คุณมีความคิดเห็นอย่างไร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ดูแลที่ดูแลเด็กวัยหัดเดินที่ใช้ Line Official Account “Malnutrition” ประเมินมีภาวะโภชนาการปกติเข้าร่วมการสัมภาษณ์แบบรายบุคคล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กวัยหัดเดินที่มีภาวะโภชนาการปกติ ใช้เวลา 30 นาที โดยผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียงเพื่อนำข้อมูลมาถอดเทปและวิเคราะห์เนื้อหาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ที่เน้นกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ โดยเห็นถึงความสำคัญของการจัดการข้อมูลอย่างรอบคอบและการอธิบายขั้นตอนการวิเคราะห์ (Elo, Kääriäinen, Kanste, Pölkki, Utriainen, & Kyngäs, 2014) เริ่มจากการถอดเทปเสียงการสัมภาษณ์ออกมาเป็นข้อความอ่านข้อมูลซ้ำหลายรอบเพื่อทำความเข้าใจภาพรวมของเนื้อหา จากนั้นสร้างรหัสข้อมูล (Coding) และจัดกลุ่มรหัสที่มีความหมายหรือประเด็นคล้ายกันให้อยู่ด้วยกัน เมื่อได้กลุ่มรหัสแล้ว ผู้วิจัยนำมาสังเคราะห์เป็นหัวข้อหลักและหัวข้อย่อยเพื่อให้เห็นประเด็นสำคัญและความเชื่อมโยงของข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลผ่านเกณฑ์สำคัญ 3 ด้าน (Ahmed, 2024) ได้แก่

1. ความเชื่อมั่นของข้อมูล (Credibility) ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลทุกครั้งก่อนหยุดสัมภาษณ์ในแต่ละหัวข้อ และจะสรุปสาระสำคัญของการสนทนาให้ผู้ให้ข้อมูลฟัง เพื่อยืนยันความถูกต้อง
2. ความคงเส้นคงวา (Dependability) ผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบตั้งแต่ขั้นตอนการออกแบบวิธีการวิจัยและแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ พร้อมให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง เพื่อให้ขั้นตอนการวิจัยมีความเป็นระบบและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย
3. ความเป็นกลาง (Confirmability) ผู้วิจัยจัดเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ ได้แก่ ไฟล์บันทึกเสียง บันทึกถอดความการสัมภาษณ์ เพื่อให้สามารถตรวจสอบที่มาของข้อมูลได้ภายหลัง ทั้งนี้ การเก็บข้อมูลสิ้นสุดเมื่อข้อมูลที่ได้รับมีความอิ่มตัว และผู้วิจัยจึงดำเนินการสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างรอบคอบ

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ เลขที่รับรอง IRBC-FON-PNU/2024/142808 ลงวันที่ 28 สิงหาคม 2567 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย โดยไม่กระทบต่อการได้รับบริการของเด็กวัยหัดเดิน ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และรายงานผลในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยตัวตนของผู้เข้าร่วม เพื่อให้มั่นใจว่าผู้เข้าร่วมได้รับการพิทักษ์สิทธิตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและเด็กวัยหัดเดิน (n=27)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศของผู้ดูแล		
ชาย	8	29.63
หญิง	19	70.37
อายุของผู้ดูแล		
20 - 30 ปี	11	40.74
31 - 40 ปี	16	59.26

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาของผู้ดูแล		
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	3.71
มัธยมศึกษาตอนปลาย	12	44.44
อนุปริญญา	4	14.81
ปริญญาตรี	10	37.04
อาชีพของผู้ดูแล		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	7.41
รับจ้าง	12	44.44
ค้าขาย	8	29.63
ข้าราชการ	5	18.52
รายได้ของผู้ดูแล		
< 10,000 บาท	4	14.81
11,000 - 20,000 บาท	9	33.33
21,000 - 30,000 บาท	7	25.93
> 30,000 บาท	7	25.93
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับเด็ก		
บิดา	7	25.93
มารดา	14	51.85
อื่น ๆ	6	22.22
เพศของเด็กวัยหัดเดิน		
ชาย	19	70.37
หญิง	8	29.63
อายุ		
2 ปี	14	51.85
3 ปี	13	48.15
น้ำหนักแรกคลอดของเด็กวัยหัดเดิน		
< 2,599 กรัม	4	14.81
2,600 - 3,099 กรัม	11	40.74
3,100 - 3,599 กรัม	11	40.74
> 3,600 กรัม	1	3.71
ภาวะโภชนาการเด็กวัยหัดเดิน		
ภาวะโภชนาการปกติ	14	51.85
ภาวะทุพโภชนาการ	13	48.15

จากตารางพบว่า ผู้ดูแลเด็กวัยหัดเดินส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.37 อยู่ในช่วงอายุ 31 – 40 ปี ร้อยละ 59.26 และมีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 44.44 รองลงมาคือปริญญาตรี ร้อยละ 37.04 อาชีพส่วนใหญ่คือรับจ้าง ร้อยละ 44.44 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 11,000 – 20,000 บาท ร้อยละ 33.33 สำหรับความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับเด็ก พบว่าเป็นมารดามากที่สุด ร้อยละ 51.85 รองลงมาคือบิดา ร้อยละ 25.93 ในส่วนของเด็กวัยหัดเดิน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.37 มีอายุ 2 ปี ร้อยละ 51.85 มีน้ำหนักแรกเกิดในช่วง 2,600 – 3,599 กรัม ร้อยละ 40.74 และ 3,100 - 3,599 กรัม ร้อยละ 40.74 และภาวะโภชนาการเด็กวัยหัดเดินพบว่าปกติ ร้อยละ 51.85 และมีภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 48.15

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ระหว่างก่อนและหลังให้ความรู้ภาวะโภชนาการกับผู้ดูแลเด็กวัยหัดเดินผ่าน Line Official Account “Malnutrition”

ตาราง 2 คะแนนความรู้ระหว่างก่อนและหลังให้ความรู้ภาวะโภชนาการกับผู้ดูแลเด็กวัยหัดเดินผ่าน Line Official Account “Malnutrition” (n=27)

คะแนนความรู้ภาวะโภชนาการ	M	SD	t	df	p-value (1-tailed)
ก่อนให้ความรู้	6.11	1.36	9.737	26	<.001
หลังให้ความรู้	7.96	1.31		26	

จากตารางพบว่า ผู้ดูแลเด็กวัยหัดเดินมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการหลังได้รับความรู้ผ่าน Line Official Account “Malnutrition” สูงกว่าก่อนการได้รับความรู้ โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนการให้ความรู้เท่ากับ 6.11 ($SD = 1.36$) และหลังการให้ความรู้เท่ากับ 7.96 ($SD = 1.31$) การวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.737, p\text{-value} < .001$)

3. คะแนนความพึงพอใจต่อการใช้งาน Line Official Account “Malnutrition”

ตาราง 3 คะแนนความพึงพอใจต่อการใช้งาน Line Official Account “Malnutrition” (n=27)

ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ					M	SD
	มากที่สุด จำนวน (%)	มาก จำนวน (%)	ปานกลาง จำนวน (%)	น้อย จำนวน (%)	น้อยมาก จำนวน (%)		
1. ด้านความรู้							
เนื้อหามีความครอบคลุม	22 (48.90)	5 (11.10)	0	0	0	4.81	0.39
ภาษาที่ใช้สามารถเข้าใจง่าย	20 (44.40)	7 (15.60)	0	0	0	4.74	0.44
สามารถนำเนื้อหาไปใช้ได้จริง	25 (55.60)	2 (4.40)	0	0	0	4.93	0.26
2. ด้านภาพรวมของการใช้ Line Official Account							
สามารถใช้งานได้ง่าย	23 (51.10)	3 (6.70)	1 (2.20)	0	0	4.81	0.48
สะดวกรวดเร็วในการใช้งาน	20 (44.40)	6 (13.30)	1 (2.20)	0	0	4.70	0.54
เหมาะสมและความสวยงาม	22 (48.90)	3 (6.70)	2 (4.40)	0	0	4.74	0.59
ความพึงพอใจในภาพรวม	21 (46.70)	6 (13.30)	0	0	0	4.78	0.42

จากตารางพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อเนื้อหาในด้านความรู้เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะหัวข้อ “สามารถนำเนื้อหาไปประยุกต์ใช้ได้จริง” ($M = 4.93, SD = 0.26$) รองลงมาคือ “เนื้อหาที่มีความครอบคลุม” ($M = 4.81, SD = 0.39$) และ “ภาษาเข้าใจง่าย” ($M = 4.74, SD = 0.44$) ในด้านการใช้งาน พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถใช้งานได้ง่าย ($M = 4.81, SD = 0.48$) เห็นว่ามีความเหมาะสมและสวยงาม ($M = 4.74, SD = 0.59$) และมีความพึงพอใจต่อการใช้งานในภาพรวม ($M = 4.78, SD = 0.42$) โดยไม่มีผู้ตอบแบบสอบถามที่ให้คะแนนในระดับ “น้อย” หรือ “น้อยมาก”

4. ประสพการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยหัดเดินให้มีภาวะโภชนาการปกติจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กวัยหัดเดินที่มีภาวะโภชนาการปกติ จำนวน 14 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ ดังนี้

4.1 คุณมีวิธีการดูแลโภชนาการของบุตร/หลานอย่างไร

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการเลือกอาหารที่หลากหลาย ครบ 5 หมู่ จัดมื้ออาหารตามวัย และหลีกเลี่ยงอาหารหวานหรืออาหารแปรรูป โดยนิยมทำอาหารเองที่บ้านเพื่อลดความเสี่ยงจากสารปรุงแต่ง

“ทุกเช้าเราจะทำข้าวต้มไก่ใส่ไข่ให้ลูก เพราะเขาชอบ กินง่าย แล้วก็บดผักใส่ไปด้วยค่ะ” (ผส.2)

“พยายามให้ลูกกินข้าวตรงเวลา และให้กินผลไม้หลังอาหารเกือบทุกมื้อ” (ผส.5)

4.2 คุณคิดว่าอะไรเป็นปัจจัยที่ช่วยให้เด็กมีภาวะโภชนาการปกติ

ผู้ดูแลระบุว่าปัจจัยสำคัญคือความใส่ใจของผู้ปกครอง การจัดอาหารให้เหมาะสมกับวัย การปลูกฝังนิสัยการกินตั้งแต่เด็ก และการสังเกตความเปลี่ยนแปลงของร่างกายหรือพฤติกรรมกรกินของเด็กอย่างต่อเนื่อง

“คอยดูว่าเขากินไหม ผอมลงหรือเปล่า ถ้าเห็นกินน้อยก็จะเปลี่ยนเป็นเมนูที่เขาชอบค่ะ” (ผส.7)

“เด็กจะกินดีถ้าเรากินด้วยกัน เป็นแบบอย่างให้เขาด้วย” (ผส.11)

4.3 คุณเคยได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำด้านโภชนาการจากที่ใดบ้าง

ข้อมูลจะได้จากเจ้าหน้าที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ และสื่อออนไลน์

“จะอ่านจากกลุ่มเฟซบุ๊กแม่และเด็กค่ะ แต่ข้อมูลก็เยอะ บางทีก็ไม่แน่ใจว่าอันไหนเชื่อถือได้” (ผส.6)

“คุณครูศูนย์เด็กเล็กจะแนะนำเรื่องอาหาร ตอนนั้นก็เริ่มสนใจมากขึ้นค่ะ” (ผส.9)

4.4 หลังจากใช้ Line Official Account “Malnutrition” คุณมีความคิดเห็นอย่างไร

ผู้ดูแลทุกคนให้ความคิดเห็นในเชิงบวก โดยเห็นว่าเนื้อหาครอบคลุม เข้าใจง่าย มีภาพประกอบ และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง โดยเฉพาะเรื่องเมนูอาหารและแนวทางการจัดอาหารให้ครบ 5 หมู่

“พอได้อ่านจากไลน์ ก็เริ่มเข้าใจว่าลูกควรได้อะไรบ้างในแต่ละมื้อ ไม่ใช่แค่กินอิ่มค่ะ” (ผส.4)

“มีเมนูอาหาร รูปตัวอย่างอาหารด้วย เราเลยจัดอาหารให้ลูกได้ถูกต้องมากขึ้น” (ผส.1)

อภิปรายผล

1. ผลการวิเคราะห์คะแนนความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของเด็กวัยหัดเดิน ก่อนและหลังการใช้ Line Official Account “Malnutrition” พบว่า คะแนนความรู้หลังการให้คำแนะนำสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลในการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการในกลุ่มผู้ดูแล ผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้ผ่านแนวคิดของ Bandura (1977) ที่เริ่มต้นจากการเตรียมความพร้อม ผ่านการคัดกรองภาวะโภชนาการของเด็กเพื่อสร้างการตระหนักรู้และเป็นฐานข้อมูลสำหรับผู้ดูแล ต่อด้วยการสร้างประสบการณ์ ผ่านการให้ความรู้และติดตามภาวะโภชนาการในรูปแบบที่เข้าใจง่ายและสอดคล้องกับสถานการณ์จริง ทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสเรียนรู้ทั้งจากสื่อและจากการปฏิบัติจริง จากนั้นเข้าสู่ขั้นตอน การเรียนรู้ด้วยตนเอง ที่เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลติดตามภาวะโภชนาการของเด็กผ่านระบบได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการตัดสินใจและการดูแล และสุดท้ายคือ การเสริมแรงและกระตุ้น ผ่านการสื่อสารและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยสร้างแรงจูงใจและทำให้ผู้ดูแลรักษาพฤติกรรมที่เหมาะสม การใช้ Line Official Account นำเสนอเนื้อหาผ่านภาพประกอบ แผนภูมิ และตัวอย่างสถานการณ์ที่เหมาะสมต่อการดูแลเด็ก ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ผ่านการสังเกตแบบจำลอง (Modeling) และนำไปปรับใช้ในการดูแลเด็กได้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเนื้อหา มีความชัดเจน เข้าใจง่าย และตอบโจทย์การใช้งานจริงในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Mangmee, Perngyai, Chumprasert, & Kherlee (2024) ที่ได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม โดยพบว่าผู้ดูแลมีคะแนนความรู้ พฤติกรรม และทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า เมื่อมีการผสมผสานเครื่องมือสนับสนุนทางวิชาการเข้ากับการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถช่วยเสริมศักยภาพของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chen, Guedes, Cooper, & Lung (2022) พบว่าการให้ความรู้ผู้ดูแลผ่านแอนิเมชันสองภาษา ส่งผลให้คะแนนความรู้และทัศนคติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อเนื้อหาสอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมของกลุ่มเป้าหมาย เช่นเดียวกับ Wang, Zhang, Li, & Sun (2023) ที่พบว่าแอปพลิเคชันมือถือด้านโภชนาการสามารถเพิ่มพูนความรู้และสนับสนุนพฤติกรรมกรดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อมีการออกแบบให้เหมาะสมกับผู้ใช้งานและมีการโต้ตอบได้ นอกจากนี้ ผลวิจัยของ Hassandra, Kalajas-Tilga, & Koka (2022) ซึ่งใช้สื่อดิจิทัลสองภาษาในการให้ความรู้ด้านสุขภาพเด็กแก่ผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และสามารถนำความรู้ไปปรับใช้ได้จริงในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยในครั้งนี้ ดังนั้นการใช้ Line Official Account ในการให้ความรู้ด้านโภชนาการจึงไม่เพียงแต่ช่วยยกระดับความรู้ของผู้ดูแล แต่ยังสามารถส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเชิงบวกได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะในชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านการ

เข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนให้มีการใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลในลักษณะนี้อย่างต่อเนื่องจึงเป็นแนวทางสำคัญที่ควรผลักดันในระดับนโยบายและสาธารณสุขชุมชน

2. ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลที่ใช้ Line Official Account “R&D. Malnutrition” ในการใช้งาน การรับข้อมูล และความรู้ด้านภาวะโภชนาการเด็กวัยหัดเดิน พบว่าผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับสูงทั้งในด้านเนื้อหาและการใช้งาน โดยเฉพาะหัวข้อ “สามารถนำเนื้อหาไปประยุกต์ใช้ได้จริง” ได้รับคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($M = 4.93$, $SD = 0.26$) รองลงมาคือ “ความเข้าใจง่ายของภาษา” ($M = 4.74$, $SD = 0.44$) และ “ความเหมาะสมของรูปแบบสื่อ” ($M = 4.74$, $SD = 0.59$) สะท้อนถึงความสอดคล้องของเนื้อหาต่อบริบทการใช้งานจริงของผู้ดูแล โดยเฉพาะในชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและการเข้าถึงการบริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Phan, Nguyen, Tran, & Do (2022) ที่พบว่าการใช้สื่อสารด้านสุขภาพผ่านสื่อดิจิทัลช่วยเพิ่มการเข้าถึงและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการได้อย่างมีนัยสำคัญ การที่เนื้อหาสามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวันยังเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนความรู้เชิงบวกต่อสื่อดิจิทัล (Thongsri, Bao, & Chongsuphajsiddhi, 2021) และเสริมสร้างความมั่นใจของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพเด็ก (Sukonthaman, Thavorncharoensap, & Teerawattananon, 2020) นอกจากนี้ แนวคิดของ Bandura (1977) เรื่องการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning) สามารถอธิบายผลลัพธ์ได้อย่างชัดเจน โดยระบุว่าผู้เรียนมีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้มากขึ้น เมื่อได้รับแบบอย่างที่ดีและสอดคล้องกับประสบการณ์ของตนเอง ในกรณีนี้ Line Official Account ทำหน้าที่เป็น “แบบจำลอง” ที่นำเสนอแนวทางการดูแลเด็กผ่านคำแนะนำและภาพประกอบ ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Nguyen, Do, Tran, & Le (2023) ที่พบว่าการใช้สื่อออนไลน์แบบโต้ตอบช่วยกระตุ้นแรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) และเพิ่มการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ความพึงพอใจในระดับสูงที่พบในการศึกษานี้ไม่เพียงสะท้อนถึงความสำเร็จของการออกแบบสื่อให้เหมาะสมกับผู้ใช้งานเท่านั้น แต่ยังตอกย้ำศักยภาพของสื่อดิจิทัลในการเสริมพลัง (Empowerment) ให้แก่ผู้ดูแลเด็กวัยหัดเดิน เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลและส่งเสริมสุขภาพเด็กอย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับ Alqahtani, Al Ghamdi, Al Qahtani, Al Humaidi, & Al Qahtani (2021) ที่พบว่าสื่อดิจิทัลที่ตอบโต้กับบริบทของผู้ใช้สามารถเพิ่มทั้งความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมในระยะยาว

3. ผลการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยหัดเดินให้มีภาวะโภชนาการปกติ จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ดูแลมีแนวทางการดูแลที่เป็นระบบ ครอบคลุมทั้งการจัดเตรียมอาหาร การปรับเมนูและวิธีการตามความชอบของเด็ก การสร้างพฤติกรรมที่ดี และการใช้เทคโนโลยีเป็นเครื่องมือช่วยเรียนรู้ โดยเฉพาะการเข้าถึง Line Official Account “Malnutrition” ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นแหล่งข้อมูลที่เข้าใจง่าย ใช้งานสะดวก และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1997) ที่อธิบายว่าการเรียนรู้ผ่านแบบอย่าง (Modeling) และการเสริมแรง (Reinforcement) สามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จริงในบริบทครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Wu, Li, Xu, & Zhao (2023) ที่ศึกษาการใช้แอปพลิเคชันมือถือเพื่อคัดกรองภาวะทุพโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียนในชนบทของจีน พบว่าผู้ดูแลสามารถประเมินภาวะโภชนาการได้แม่นยำขึ้น และนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจดูแลเด็กอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ Wang, Zhang, Chen, & Liu (2023) พบว่าการใช้แอปพลิเคชันด้านสุขภาพสามารถเพิ่มพูนความรู้ด้านโภชนาการ และกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะเมื่อข้อมูลมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทครอบครัว และสอดคล้องกับ Nguyen, Do, Tran, & Le (2023) ที่พบว่าการใช้สื่อออนไลน์แบบโต้ตอบช่วยเสริมแรงจูงใจภายใน และการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติและปรับพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว รวมทั้ง Phan, Nguyen, Tran, & Do (2022) ที่ยืนยันว่าการสื่อสารด้านสุขภาพผ่านสื่อดิจิทัลช่วยเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลและความพึงพอใจของผู้ใช้อย่างมีนัยสำคัญ

การนำผลวิจัยไปใช้

1. ผู้ดูแลเด็กสามารถใช้ Line Official Account “Malnutrition” เป็นเครื่องมือประเมินภาวะโภชนาการของเด็กวัยหัดเดิน และรับคำแนะนำที่เข้าใจง่าย เพื่อนำไปใช้ในการดูแลเด็กวัยหัดเดินในชีวิตประจำวัน

2. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือหน่วยงานสาธารณสุข สามารถนำแพลตฟอร์มนี้ไปใช้ในงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยหัดเดิน เช่น การคัดกรองโภชนาการเบื้องต้น และการให้ความรู้ผู้ปกครอง โดยไม่ต้องใช้เจ้าหน้าที่จำนวนมาก
3. สามารถนำแบบรูปแบบ Line Official Account ปรับใช้กับเรื่องสุขภาพอื่น ๆ และปรับใช้ได้ทุกช่วงวัย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรประเมินภาวะโภชนาการของเด็กเป็นผลลัพธ์ที่ได้จากการใช้ Line Official Account “Malnutrition”
2. ขยายกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นและหลากหลายพื้นที่ เพื่อให้ผลการวิจัยมีความครอบคลุม และสามารถนำไปใช้ทั่วไปได้ในระดับจังหวัดหรือประเทศ
3. ควรมีการติดตามผลหลังจากการใช้ Line Official Account “Malnutrition” ในระยะ 3 – 6 เดือน เพื่อประเมินผลต่อพฤติกรรมและการเลี้ยงดูและภาวะโภชนาการของเด็กวัยหัดเดิน
4. พัฒนาเนื้อหาที่หลากหลายมากขึ้นในแพลตฟอร์ม Line เช่น การเพิ่มคลิปวิดีโอ ภาพเคลื่อนไหว หรือระบบตอบกลับอัตโนมัติ เพื่อเพิ่มความน่าสนใจและประสิทธิภาพในการเรียนรู้

References

- Ahmed, M. (2024). Criteria for establishing trustworthiness in qualitative research. *Qualitative Research Journal*, 24(2), 123–135.
- Alqahtani, N., Al Ghamdi, S., Al Qahtani, A., Al Humaidi, M., & Al Qahtani, M. (2021). The role of culturally tailored digital health interventions in improving caregiver engagement. *BMC Health Services Research*, 21, 1245.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*. W.H. Freeman.
- Barrera, M., Rothenberg, S. J., Barrows, C., & Dominguez, B. (2020). Nutrition and early childhood development: A global perspective. *Early Childhood Research Quarterly*, 52, 23–35.
- Chen, B., Guedes, C., Cooper, S., & Lung, C. (2022). Malnutrition and cognitive development in early childhood. *Child: Care, Health and Development*, 48(4), 485–492.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for The Behavioral Sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum.
- Díaz-Rizzolo, D. A., Llauradó, E., Falguera, M., & Farran-Codina, A. (2021). Childhood obesity and risk factors for type 2 diabetes. *Nutrients*, 13(5), 1605.
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K., & Kyngäs, H. (2014). Qualitative content analysis: A focus on trustworthiness. *SAGE Open*, 4(1), 1–10.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191.
- Hassandra, M., Kalajas-Tilga, H., & Koka, A. (2022). The impact of bilingual digital health education on caregivers' knowledge. *Health Education Research*, 37(2), 105–117.
- Health Data Center. (2022). *Child Health Statistics: Narathiwat Province*. Ministry of Public Health, Thailand.
- Limvongvatana, M., Pithan, P., & Yodchai, K. (2022). Development of a Line Official Account for mothers of premature infants: Enhancing knowledge, confidence, and reducing stress. *Journal of Nursing Science*, 40(3), 15–28.

- Mangmee, T., Perngyai, C., Chumprasert, W., & Kherlee, C. (2024). The effectiveness of a preschool child development promotion program combined with social support on caregivers' knowledge, behavior, and skills in Chaiburi Subdistrict, Phatthalung Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 11(3), e270777.
- Nguyen, T. H., Do, H. L., Tran, Q. M., & Le, A. T. (2023). Interactive online media and caregiver motivation: Implications for child health. *JMIR Pediatrics and Parenting*, 6, e42984.
- Phan, T. T., Nguyen, T. H., Tran, Q. M., & Do, H. L. (2022). Digital health communication and parental satisfaction: Evidence from Vietnam. *Journal of Medical Internet Research*, 24(8), e35678.
- Phongphuttha, S., Sittichai, R., & Yusoh, S. (2022). Nutritional status among children under 5 years old in Narathiwat province, Thailand. *Journal of Health Research*, 36(5), 897–906.
- Puder, J. J., & Munsch, S. (2022). Psychological correlates of childhood obesity. *International Journal of Obesity*, 46, 1–10.
- Rosanbalm, K. D., & Murray, D. W. (2020). Promoting self-regulation in early childhood: The role of nutrition and sleep. *Early Childhood Education Journal*, 48, 653–663.
- Sukonthaman, P., Thavorncharoensap, M., & Teerawattananon, Y. (2020). Empowering caregivers through digital health interventions: A Thai perspective. *Health Policy and Technology*, 9(4), 100486.
- Thongsri, N., Bao, Y., & Chongsuphajaisiddhi, T. (2021). Factors influencing satisfaction with e-health services in Thailand. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7483.
- UNICEF Thailand. (2023). *The State of Children in Thailand 2023*. UNICEF Thailand.
- UNICEF, World Health Organization, & World Bank Group. (2023). *Levels and Trends in Child Malnutrition: UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates*. UNICEF. <https://data.unicef.org>
- Wang, H., Zhang, J., Chen, Y., & Liu, Y. (2023). Improving child nutrition knowledge through mobile health: Evidence from a quasi-experimental study. *Nutrients*, 15(2), 376.
- Wang, L., Zhang, X., Li, Y., & Sun, J. (2023). Mobile nutrition applications and caregiver knowledge: A randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 23, 456.
- Wu, Y., Li, X., Xu, Q., & Zhao, H. (2023). Mobile application-based malnutrition screening for preschool children in rural China. *Public Health Nutrition*, 26(5), 1123–1133.

ผลของการใช้รูปแบบบริการตามแนวคิดลีนต่อระยะเวลาการรับบริการและความพึงพอใจ
ของผู้ให้บริการและผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือดแบบวันเดียวกลับบ้าน
โรงพยาบาลสุรินทร์

The Effectiveness of a Lean Service Model on Service Duration and Satisfaction
among Healthcare Providers and Caregivers of Pediatric Thalassemia Patients
Receiving Day Care Blood Transfusion at Surin Hospital

ภัทราวดี ประทีปรัตชาวาลย์¹, รศิกัญจน์ พลจำรัสพัชญ์^{2*}, สุภัทรา หอมพิลา¹,
ณวริษฐ์ พิระถาวรวิทย์², ภาวิณี แพงสุข², ชลดา กิ่งมาลา², ยุพาตา มะลิลา²

Pattarawadee Prateeputchawal¹, Rasikan Polchamratpat^{2*}, Supattra Hompila¹,

Nawarit Peerathawornvit², Pavinee Pangsuk², Chonlada Kingmala², Yupada Malila²

¹โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์, ²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Surin Hospital, Surin Province, ²Boromarajonani College of Nursing, Surin

Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

(Received: June 2, 2025; Revised: September 25, 2025; Accepted: September 25, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบบริการตามแนวคิดลีนต่อระยะเวลาการรับบริการและความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือดแบบวันเดียวกลับบ้าน โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 30 ราย ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) รูปแบบการให้บริการแก่ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือดแบบวันเดียวกลับบ้าน โรงพยาบาลสุรินทร์ 2) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการให้บริการ 3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการ และ 4) แบบบันทึกระยะเวลาแต่ละขั้นตอนในการให้บริการได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และแบบประเมินชุดที่ 2 และ 3 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติ Paired t-test ผลการวิจัย พบว่า

1. หลังการทดลอง ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือดแบบวันเดียวกลับบ้าน โรงพยาบาลสุรินทร์ มีระยะเวลาการรับบริการน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 รวมรอบเวลาทั้งหมดที่ใช้ในกระบวนการจากจุดเริ่มต้นจนสิ้นสุดกระบวนการให้บริการ (Total Turnaround Time: TAT) ลดลงจาก 852.30 นาที ($SD = 90.831$) เหลือ 755.70 นาที ($SD = 78.391$)

2. ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ผู้ให้บริการผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือดแบบวันเดียวกลับบ้าน โรงพยาบาลสุรินทร์มีคะแนนความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน

3. ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือดแบบวันเดียวกลับบ้าน โรงพยาบาลสุรินทร์มีคะแนนความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน

ควรสนับสนุนให้โรงพยาบาลพิจารณาขยายผลการประยุกต์ใช้แนวคิดลีนไปยังหน่วยบริการอื่น เช่น แผนกเจาะเลือด แผนกตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบการให้บริการแบบวันเดียวกลับบ้าน ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย แนวคิดลีน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Rasikan@bcnsurin.ac.th)

Abstract

This one-group pretest–posttest quasi-experimental study aimed to examine the effects of implementing a new lean service model on service duration and satisfaction among healthcare providers and caregivers of pediatric thalassemia patients receiving day care blood transfusion at Surin Hospital. The study sample consisted of 30 participants, selected through purposive sampling. Data were collected from November to December 2024. Research instruments included: 1) the lean service model for pediatric thalassemia patients receiving day care blood transfusion at Surin Hospital, 2) a satisfaction questionnaire for caregivers, 3) a satisfaction questionnaire for healthcare providers, and 4) a service duration record form for each step of the service process. The content validity index of the instruments was 1.00, and the Cronbach's alpha coefficients for the satisfaction questionnaires were .87 and .89, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests. The research findings were as follows.

1. After implementation, pediatric thalassemia patients receiving day care blood transfusion at Surin Hospital experienced a statistically significant reduction in service duration compared to pre-implementation ($p\text{-value} < .001$). The total turnaround time (TAT) from the beginning to the end of the service process decreased from 852.30 minutes ($SD = 90.831$) to 755.70 minutes ($SD = 78.391$).

2. Satisfaction scores among healthcare providers showed no significant difference between pre- and post-implementation.

3. Satisfaction scores among caregivers also showed no significant difference between pre- and post-implementation.

The findings suggest that hospitals should consider expanding the application of lean principles to other service units, such as the phlebotomy and laboratory departments, to further improve efficiency and reduce patient waiting times.

Keywords: Day-care Service Model, Pediatric Thalassemia Patients, Lean Concept

บทนำ

โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขในประเทศไทยและภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เนื่องจากมีความชุกสูงและเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม พบว่าประชากรไทยประมาณ 1 ใน 3 มียีนผิดปกติของธาลัสซีเมีย (Jintawong & Sirinavin, 2021) และมีทารกแรกเกิดที่เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงรายใหม่สูงถึงประมาณ 12,000 คนต่อปี (Jintawong & Sirinavin, 2021) โรคนี้เกิดจากความผิดปกติของยีนที่ควบคุมการสร้างฮีโมโกลบิน ทำให้ร่างกายสร้างเซลล์เม็ดเลือดแดงที่ไม่สมบูรณ์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซีดเรื้อรังและมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะติดเชื้อ และภาวะโลหิตจางรุนแรง (Aessopos, Farmakis, & Hatziliami, 2007) ในระดับจังหวัด สถิติผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสุรินทร์ระหว่างปี พ.ศ. 2564 - 2566 มีจำนวน 297, 463 และ 497 รายตามลำดับ (Surin Hospital Medical Records, 2021–2023) ซึ่งแสดงให้เห็นแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลนี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการวางแผนบริการสุขภาพที่เหมาะสม และชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในการเฝ้าระวังโรคตั้งแต่ระยะพาหะ เพื่อลดการเกิดโรครุนแรงในทารกแรกเกิด

โรคธาลัสซีเมียส่งผลกระทบต่อหลายมิติ ทั้งต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เด็กที่ป่วยมักมีการเจริญเติบโตช้ากว่าเด็กปกติ มีอาการโลหิตจางตั้งแต่กำเนิด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่สามารถทำกิจกรรมหรือเล่นกับเพื่อนวัยเดียวกันได้เหมือนเด็กทั่วไป และมีภาวะตับม้ามโต (Stanford Medicine Children's Health, n.d.) ผู้ป่วยบางรายอาจมี

ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจหรือโรคตับ ทำให้ต้องได้รับการติดตามทางการแพทย์อย่างใกล้ชิด ด้านจิตใจ เด็กที่ป่วยธาลัสซีเมียมักประสบปัญหาสภาพลักษณะตนเองแตกต่างจากเพื่อนวัยเดียวกัน ทำให้ความมั่นใจและคุณค่าในตนเองลดลง อาจเกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล การแยกตัว และความเครียดในการปรับตัวต่อการรักษา (Psychological Aspects in Children and Adolescents With Major Thalassemia, 2015) ด้านเศรษฐกิจ การดูแลรักษาโรคธาลัสซีเมียเป็นภาระหนักต่อครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยชนิดรุนแรงต้องรับเลือดเป็นประจำทุก 3 – 4 สัปดาห์ และต้องใช้ยาลดธาตุเหล็กตลอดชีวิต โดยมีค่าใช้จ่ายตลอดอายุขัยสูงถึง 1,260,000 – 6,680,000 บาทต่อราย (Chaikledkaew, Chittikun, Talungjit, Wongkrajang, Malasai, Saengrungruang, et al., 2022) นอกจากนี้ การเจ็บป่วยเรื้อรังยังส่งผลต่อการศึกษา การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และลดโอกาสในการทำงานของผู้ปกครอง ส่งผลต่อความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของครอบครัวโดยรวม

ในจังหวัดสุรินทร์ ปัญหาที่พบคือจำนวนผู้ป่วยเด็กที่มารับเลือดมีมากเกินกว่ากำลังพยาบาลที่มีอยู่ ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในขั้นตอนการให้บริการ ทั้งการรับผู้ป่วย การตรวจร่างกาย การบันทึกเวชระเบียน และการให้เลือดผู้ป่วยบางรายต้องกลับบ้านหลังเวลา 20.00 น. ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และความสามารถของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยรายอื่นในหอผู้ป่วยไปพร้อมกัน โดยเฉลี่ยมีผู้ป่วยเด็กประมาณ 15 – 20 รายต่อสัปดาห์ที่นัดหมายเพื่อรับบริการ และในจำนวนนี้ประมาณ 10 – 15 รายจำเป็นต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล (Admit) การดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มรูปแบบต้องใช้เวลาและทรัพยากรบุคลากรทางการแพทย์สูง ส่งผลให้เกิดความเครียดในการทำงานและความเหนื่อยล้าของพยาบาล ซึ่งอาจลดคุณภาพการดูแลและเพิ่มโอกาสเกิดความผิดพลาดการจัดลำดับความสำคัญและปรับกระบวนการทำงานจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

การให้บริการผู้ป่วยแบบวันเดียวกลับบ้าน เป็นแนวทางที่ช่วยลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย และเพิ่มความสะดวกให้ผู้ป่วยและครอบครัว การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและทักษะการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดภาระงานของบุคลากร และเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ (Saengthong, Hownam, & Phantong, 2020) งานวิจัยยังชี้ว่าการใช้สื่อแอนิเมชัน 3 มิติช่วยให้เด็กวัยเรียนและผู้ปกครองปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาและมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังมีช่องว่างในการปรับปรุงกระบวนการบริการ เช่น การรอคอยที่ไม่จำเป็น การเคลื่อนไหวที่ไม่ก่อประโยชน์ และขั้นตอนซ้ำซ้อนซึ่งสามารถแก้ไขได้ด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิดลีน (Lean) เพื่อลดความสูญเปล่า เพิ่มประสิทธิภาพ และยกระดับคุณภาพการพยาบาล (Fillingham, 2007; Womack & Jones, 2003; Radnor & Boaden, 2008; Young & McClean, 2008; Brandao, Paixao, Costa, & Dias, 2020) การนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้เป็นฐานไปสู่วัตถุประสงค์การวิจัย คือ การลดระยะเวลาการรอคอย เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ปกครอง ลดภาระงานของบุคลากร และพัฒนากระบวนการให้บริการแบบวันเดียวกลับบ้านให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งคาดว่าจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งสร้างความยั่งยืนให้ระบบบริการสุขภาพในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบบริการตามแนวคิดลีนต่อระยะเวลาการรับบริการและความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือดแบบวันเดียวกลับบ้าน โรงพยาบาลสุรินทร์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการรับบริการของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือดแบบวันเดียวกลับบ้าน โรงพยาบาลสุรินทร์ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ให้บริการผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือดแบบวันเดียวกลับบ้าน โรงพยาบาลสุรินทร์ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

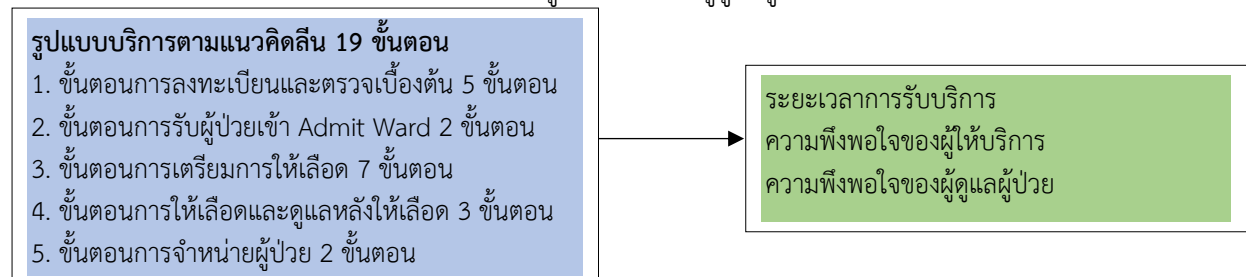
3. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือดแบบวันเดียวกลับบ้าน โรงพยาบาลสุรินทร์ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานวิจัย

1. หลังการทดลอง ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือดแบบวันเดียวกลับบ้าน โรงพยาบาลสุรินทร์มีระยะเวลาการรับบริการน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. หลังการทดลอง ผู้ให้บริการผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือดแบบวันเดียวกลับบ้าน โรงพยาบาลสุรินทร์มีคะแนนความพึงพอใจมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. หลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือดแบบวันเดียวกลับบ้าน โรงพยาบาลสุรินทร์มีคะแนนความพึงพอใจมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้แนวคิดลีน (Lean) ซึ่งเน้นการลดของเสีย (Waste) และเพิ่มคุณค่าให้ผู้รับบริการผ่านการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง (Jasti & Kodali, 2015) เครื่องมือ DOWNTIME ถูกนำมาวิเคราะห์ของเสียใน 8 ประเภท ได้แก่ 1) Defects (ข้อผิดพลาด) 2) Overproduction (ผลิตเกิน) 3) Waiting (การรอ) 4) Not Utilizing Talent (ไม่ใช้ความสามารถ) 5) Transportation (การขนส่ง) 6) Inventory (สินค้าคงคลัง) 7) Motion (การเคลื่อนไหวไม่จำเป็น) และ 8) Extra processing (กระบวนการไม่จำเป็น) (Lean Enterprise Institute, n.d.) การนำ DOWNTIME มาประยุกต์ใช้กับกระบวนการบริการผู้ป่วย เพื่อตรวจสอบขั้นตอนที่สร้างคุณค่า (Value-added) และขั้นตอนที่ไม่สร้างคุณค่า (Non-value-added) โดยแบ่งกระบวนการเป็น Pre-lean สำหรับเก็บข้อมูลและระบุของเสีย สร้างคุณค่า (Value-added) เพื่อปรับขั้นตอนสำคัญ เช่น การให้เลือด การตรวจร่างกาย และการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล และ Post-lean สำหรับประเมินผลหลังปรับปรุง การลดขั้นตอนที่ไม่สร้างคุณค่าตามหลัก DOWNTIME จะช่วยลดของเสียและขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน ทำให้การให้บริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น ระยะเวลาการรับบริการ และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยใช้รูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือด แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ กำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีอายุตั้งแต่ 3 - 15 ปี 2) ผู้ดูแลมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้เป็นอย่างดี 3) ผู้ป่วยเด็กไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด และได้รับอนุญาตจากแพทย์ให้กลับบ้านได้ตามปกติหลังรับบริการ สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะซีดรุนแรง

(Severe Anemia) จำเป็นต้องได้รับเลือดมากกว่า 1 ครั้ง และหรือจำเป็นต้องนอนพักรักษาตัวโรงพยาบาล 2) ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด เช่น ปฏิกิริยาแพ้เลือด (Transfusion Reaction) หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นที่ต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติม

กลุ่มที่ 2 : ผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ กุมารแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ เจ้าหน้าที่ธนาคารเลือด และพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ ที่ให้บริการผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือด โรงพยาบาลสุรินทร์ กำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป 2) มีประสบการณ์ในการดูแลและให้บริการผู้ป่วยเด็กที่ได้รับให้เลือดอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป สำหรับเกณฑ์คัดออกคือ บุคลากรที่กำลังเข้ารับการศึกษาฝึกอบรมระยะยาวเกิน 1 เดือน หรือไม่สามารถปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วยได้ตลอดช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูล

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือด โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยผู้ป่วยเด็กมีอายุตั้งแต่ 3 - 15 ปี ที่ต้องมารับบริการ ณ แผนกกุมารเวชกรรม ในวันศุกร์ของทุกเดือน

2. ผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ กุมารแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ เจ้าหน้าที่ธนาคารเลือด และพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้

คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two dependent means (Matched Paired) เลือก One tailed กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถควบคุมการออกจากกลุ่มขณะทำการทดลองได้จึงเผื่อกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คนต่อกลุ่ม สำหรับงานวิจัยนี้แบ่งออกเป็น ผู้ดูแลผู้ป่วย 30 คน และ ผู้ให้บริการ 30 คน การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive) ตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้าคัดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการให้บริการแก่ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือดแบบวันเดียวกลับบ้าน โรงพยาบาลสุรินทร์ตามแนวคิดสั้น แสดงขั้นตอนการทำงานทั้งหมดตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดกระบวนการ ที่มีการระบุขั้นตอนการทำงาน 1. เจ้าหน้าที่ทะเบียน เปิดบัตร VN และพิมพ์ใบนำทาง 2. พยาบาล ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง 3. เจาะเลือดตามใบนัด 4. ชักประวัติและรอฟผลเลือด 5. พบแพทย์เพื่อวินิจฉัยและรับคำสั่งการรักษา 6. เจ้าหน้าที่ทะเบียนและพยาบาล ward ลงทะเบียน Admit และพาผู้ป่วยเดินทางไปยัง ward 7. พยาบาล ward ชักประวัติซ้ำ เช่น ไข้ ยื่นยอมรับการรักษา และตรวจสอบคำสั่งแพทย์ 8. พิมพ์ใบ G/M ในระบบ HOSxP 9. เจาะเลือด G/M พร้อมเปิดเส้นเลือดดำ On NSS Lock เพื่อเตรียมการให้เลือด จากนั้น ใบ G/M และ Tube G/M จะถูก 10. ส่งไปยังธนาคารเลือด โดยพยาบาล ward 11. รวบรวมใบสั่งยาและส่งห้องยา และ 12. จัดทำเวชระเบียน เพื่อบันทึกข้อมูลการรักษา 13. เจ้าหน้าที่ธนาคารเลือดเตรียมเลือดให้พร้อม 14. ผู้ป่วยรับเลือดจากธนาคารเลือด โดยพยาบาล ward ก่อนการให้เลือด ผู้ป่วยจะ 15. ได้รับยาก่อนการให้เลือด ตามคำสั่งแพทย์ 16. พยาบาล ward ให้เลือดตาม Work Instruction (WI) 17. สังเกตอาการผู้ป่วยหลังให้เลือดครบ 30 นาที 18. พยาบาล ward พิมพ์ใบนัด ให้ยา และให้คำแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแล 19. จำหน่ายผู้ป่วยออกจากระบบ HOSxP

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อรูปแบบการให้บริการเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบบสอบถามนี้มีจำนวน 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล จำนวน 9 ข้อ 2) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อรูปแบบการให้บริการจำนวน 18 ข้อ ใช้มาตรประมาณค่าแบบ ลิเคิร์ต 5 ระดับ โดยให้ 1 คะแนน = พึงพอใจน้อยที่สุด ถึง 5 คะแนน = พึงพอใจมากที่สุด

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อรูปแบบการให้บริการ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบบสอบถามนี้มีจำนวน 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้บริการ จำนวน 4 ข้อ 2) แบบประเมิน

ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ จำนวน 5 ข้อ ใช้มาตราประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ โดยให้ 1 คะแนน = พึงพอใจน้อยที่สุด ถึง 5 คะแนน = พึงพอใจมากที่สุด

2.3 แบบบันทึกระยะเวลาแต่ละขั้นตอนในการรับบริการ จำนวน 19 ขั้นตอน เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เพื่อวัดระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการให้บริการผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ทั้ง 19 ขั้นตอน ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ โดยมีรายละเอียดดังนี้ ขั้นตอนการบันทึกเวลาตามจริง เริ่มจากเวลาที่ผู้ป่วยเปิดบัตร VN และสิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากระบบ HOSxP การประเมินระยะเวลา ใช้นาฬิกาจากมือถือสมาร์ทโฟน ซึ่งมีการกำหนดเวลาตามมาตรฐานนาฬิกาโลก บันทึกเป็นหน่วยนาฬิกา รายการขั้นตอนทั้ง 19 ขั้นตอน ครอบคลุมตั้งแต่เปิดบัตร VN พิมพ์ใบนำทาง ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เจาะเลือด ชักประวัติ พบแพทย์ ลงทะเบียน Admit ชักประวัติซ้ำ เชนไบยนิยอม พิมพ์ใบ G/M เจาะเลือด G/M ส่งธนาคารเลือด รวบรวมใบส่งยา จัดทำเวชระเบียน เตรียมเลือด รับเลือด ให้ยา ให้เลือดตาม WI สังเกตอาการหลังให้เลือด และพิมพ์ใบนัด ให้ยาและคำแนะนำ จนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากระบบ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือทั้ง 4 ชุด ได้แก่ 1) รูปแบบการให้บริการแก่ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือดแบบวันเดียวกลับบ้าน โรงพยาบาลสุรินทร์ 2) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อรูปแบบการให้บริการ 3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อรูปแบบการให้บริการ และ 4) แบบบันทึกระยะเวลาแต่ละขั้นตอนในการรับบริการ ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์อายุรศาสตร์เชี่ยวชาญด้านโรคเด็กโรคธาลัสซีเมีย 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลเด็ก 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล สาขการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น จำนวน 1 ท่าน ทำการพิจารณาความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) ผลการประเมินพบว่า ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00 แสดงว่ามีความตรงตามเนื้อหาในระดับสูงมาก

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความพึงพอใจไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 ราย เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการคำนวณพบว่า แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อรูปแบบการให้บริการ และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อรูปแบบการให้บริการ ได้ค่าเท่ากับ .87 และ .89 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 2 เดือน

ขั้นตอนทดลอง

1. ผู้วิจัยขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุรินทร์
2. ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยเพื่อหากลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และมีความสนใจรับฟังรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย
3. เมื่อผู้สนใจเข้าร่วมโครงการครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยทำการอธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมตามรูปแบบการให้บริการ ตลอดจนการพิทักษ์ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
4. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายรูปแบบการให้บริการทั้ง 19 ขั้นตอนของรูปแบบเดิมและรูปแบบใหม่ที่ปรับปรุงตามแนวคิดสิน พร้อมตอบคำถามข้อสงสัย เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ให้บริการเข้าใจการดำเนินงานอย่างชัดเจน ในขั้นนี้ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูล Pretest ประกอบด้วย

4.1 แบบบันทึกระยะเวลา 19 ขั้นตอน เริ่มบันทึกจากเวลาที่ผู้ป่วยเปิดบัตร VN และสิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากระบบ HOSxP วัดเป็นนาฬิกา เพื่อสะท้อนเวลาที่ใช้ในแต่ละขั้นตอนของรูปแบบเดิม

4.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลและผู้ให้บริการ ต่อบริการที่ผ่านมา โดยประเมินความพึงพอใจจากแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (1 = พึงพอใจน้อยที่สุด ถึง 5 = พึงพอใจมากที่สุด) พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม

ขั้นตอนทดลอง

ผู้วิจัยนำรูปแบบการให้บริการใหม่ตามแนวคิดลิ้นมาประยุกต์ใช้ สามารถสรุปดังนี้

ขั้นตอนการลงทะเบียนและตรวจเบื้องต้น จำนวน 5 ขั้นตอน

1. เปิดบัตร VN และพิมพ์ใบนำทาง
2. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง
3. เจาะเลือดตามใบนัด
4. ชักประวัติ รอมลเลือด
5. พบแพทย์

ขั้นตอนการรับผู้ป่วยเข้า Admit Ward จำนวน 2 ขั้นตอน

6. ลงทะเบียน Admit ward และเดินทางมาที่ ward
7. ชักประวัติ เชนใบยินยอมการรักษา ตรวจสอบคำสั่งแพทย์

ขั้นตอนการเตรียมการให้เลือด จำนวน 7 ขั้นตอน

8. พิมพ์ใบ G/M ในระบบ HOSxP
9. เจาะเลือด G/M เปิดเส้นเลือดดำ On NSS lock
10. นำใบ G/M, Tube G/M ส่งธนาคารเลือด
11. รวบรวมใบส่งยาใส่ตะกร้าส่งห้องยา
12. จัดทำเวชระเบียน
13. ธนาคารเลือดเตรียมเลือด
14. รับเลือดจากธนาคารเลือด

ขั้นตอนการให้เลือดและดูแลหลังให้เลือด จำนวน 3 ขั้นตอน

15. ให้อาหารก่อนให้เลือด
16. การให้เลือดตาม WI (Work Instruction)
17. สังเกตอาการหลังให้เลือดหมด 30 นาที

ขั้นตอนการจำหน่ายผู้ป่วย จำนวน 2 ขั้นตอน

18. พิมพ์ใบนัด ให้อา และให้คำแนะนำ
19. จำหน่ายออกจากระบบ HOSxP

ผู้วิจัยบันทึกระยะเวลาในแต่ละขั้นตอนของรูปแบบลิ้น (Post-lean) และให้ผู้ดูแลและผู้ให้บริการทำ

Posttest วัดความพึงพอใจรูปแบบบริการใหม่

ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกระยะเวลาและแบบสอบถามความพึงพอใจ Pre-Post เพื่อวิเคราะห์ว่าการปรับปรุงรูปแบบบริการลดระยะเวลาและเพิ่มความพึงพอใจได้มากน้อยเพียงใด

การควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน

1. จัดตารางนัดผู้ป่วยให้สม่ำเสมอ ลดความแออัด
2. ใช้ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยคนเดียวบันทึกเวลาและเก็บแบบสอบถามทุกครั้งเพื่อลด bias
3. ตรวจสอบให้ทุกขั้นตอนปฏิบัติตาม Work Instruction เดียวกัน

บทบาทผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

1. ผู้วิจัยหลัก วางแผนวิธีเก็บข้อมูล ประสานงานทีมสุขภาพ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล
2. ผู้ช่วยวิจัย บันทึกเวลาในแต่ละขั้นตอน แจกและเก็บแบบสอบถาม และสังเกตกระบวนการให้บริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบระยะเวลาการให้บริการ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ และความพึงพอใจของผู้ดูแลระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test ทดสอบการแจกแจงโค้งปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ($p\text{-value} = .150$)

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยได้รับจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลสุรินทร์ เลขที่ 44/2567 ลงวันที่ 17 มิถุนายน 2567

ผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบระยะเวลาการรับบริการของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือดแบบวันเดียวกลับบ้าน โรงพยาบาลสุรินทร์ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 1 แสดงผลการเปรียบเทียบระยะเวลา(นาทีก่อนและหลังการทดลอง)ที่ใช้ในกระบวนการตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดกระบวนการ ก่อนและหลังการทดลอง (N = 30)

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดกระบวนการ	M	SD	t	p-value (1-tailed)
ก่อนการทดลอง	852.30	90.831	3.38	<.001
หลังการทดลอง	755.70	78.391		

ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือดแบบวันเดียวกลับบ้านมีระยะเวลาการรับบริการเฉลี่ยลดลงจาก 852.30 นาที เหลือ 755.70 นาที โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ซึ่งสะท้อนว่าแนวทางการให้บริการตามแนวคิด Lean สามารถลดระยะเวลาการให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือดแบบวันเดียวกลับบ้าน โรงพยาบาลสุรินทร์ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก จำนวน 30 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.33 สถานภาพสมรส ร้อยละ 56.67 อายุเฉลี่ย 40.93 ปี ($SD = 14.853$) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000 - 15,000 ร้อยละ 53.33 จบชั้นมัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา ร้อยละ 53.33 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.67 สิทธิการคุ้มครองการรักษาพยาบาลสิทธิบัตรทอง ร้อยละ 86.67 สำหรับข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 อายุเฉลี่ย 44.83 ปี ($SD = 9.336$) ผู้ทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 43.33 รองลงมาคือตำแหน่งผู้ช่วยเหลือคนไข้ ร้อยละ 30.00 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 18 ปี ($SD = 11.678$)

ตาราง 2 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแล และผู้ให้บริการต่อการใช้รูปแบบการให้บริการแก่ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือดแบบวันเดียวกลับบ้าน ก่อนและหลังการทดลอง

ความพึงพอใจ	M	SD	t	p-value (1-tailed)
ผู้ให้บริการ (N = 30)				
ก่อนการทดลอง	18.73	3.35	-855	.200
หลังการทดลอง	18.00	3.87		
ผู้ดูแล (N = 30)				
ก่อนการทดลอง	71.86	9.44	-193	.424
หลังการทดลอง	71.40	8.15		

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้ดูแลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ($p\text{-value} = .200$ และ $p\text{-value} = .424$ ตามลำดับ) แสดงว่าแม้จะมีการปรับปรุงรูปแบบการให้บริการตามแนวคิดสันแต่ระดับความพึงพอใจของทั้งสองกลุ่มยังคงอยู่ในระดับสูงใกล้เคียงเดิม

อภิปรายผล

หลังการทดลอง พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือดแบบวันเดียวกลับบ้าน โรงพยาบาลสุรินทร์ มีระยะเวลาการรับบริการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในกระบวนการ (Process Time: PT) ลดลงจาก 650 นาที เหลือ 585 นาที ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยทั้งกระบวนการ (Delayed Time: DT) ลดลงจาก 202.30 นาที เหลือ 170.70 นาที รวมรอบเวลาทั้งหมดที่ใช้ในกระบวนการจากจุดเริ่มต้นจนสิ้นสุดกระบวนการให้บริการ (Total Turnaround Time: TAT) ลดลงจาก 852.30 นาที ($SD=90.831$) เหลือ 755.70 นาที ($SD=78.391$) การลดระยะเวลาเกิดจากการปรับปรุงกระบวนการตามแนวคิดสัน เช่น การลดขั้นตอนซ้ำซ้อน การลดเวลารอคอย (Waiting) และการจัดลำดับขั้นตอนให้ต่อเนื่อง ลดการเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็น (Motion) และกระบวนการเกินจำเป็น (Extra Processing) ผลลัพธ์นี้สะท้อนว่าแนวคิดสันสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการในบริบทเฉพาะของโรงพยาบาลสุรินทร์ ซึ่งมีความหนาแน่นของผู้ป่วยสูงและอัตราค่ารักษาพยาบาลจำกัด สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่คาดว่า การใช้แนวคิดสันจะลดระยะเวลาการรับบริการโดยรวม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dawongsri & Kakhai (2023) ที่พบว่าการประยุกต์ใช้แนวคิดสันสามารถลดขั้นตอนย่อยจาก 13 ขั้นตอนเหลือ 9 ขั้นตอน เวลารอคอยลดลง โดยเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในกระบวนการ (Process Time: PT) ลดลงจาก 58.25 นาที เหลือ 51.98 นาที เวลารอคอยเฉลี่ยทั้งกระบวนการ (Delayed Time: DT) ลดลงจาก 306.98 นาที เหลือ 137.55 นาที ระยะเวลาตั้งแต่กดคิวจนถึงพบแพทย์ (Pre-doctor Time) ลดลงจาก 73.29 นาที เหลือ 48.40 นาที รวมรอบเวลาทั้งหมดที่ใช้จากจุดเริ่มต้นจนสิ้นสุดกระบวนการให้บริการ (Total Turnaround Time: TAT) ลดลงจาก 365.23 นาที เหลือ 189.53 นาที นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ dos Santos, Leite, & de Carvalho (2020) ที่พบว่าการใช้เครื่องมือและหลักการสันสามารถลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นและลดระยะเวลาการให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการลดเวลารอคอยของผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จในการลดระยะเวลารอคอยเฉลี่ยทั้งกระบวนการ (DT) และรวมรอบเวลาทั้งหมด (TAT) สอดคล้องกับการศึกษาของแผนกรังสี โรงพยาบาลตติยภูมิที่พบว่า การให้บริการทางการแพทย์มีกระบวนการที่ซับซ้อนและใช้เวลานาน หลังจากนั้นได้นำเครื่องมือสันมาประยุกต์ใช้ออกแบบการแก้ปัญหาให้เหมาะสมกับระบบการให้บริการทางการแพทย์ พบว่าสามารถลดขั้นตอนและเวลาการให้บริการทางการแพทย์ทั้ง 2 ประเภท ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเก่า/ผู้ป่วยนัดจาก 3 ขั้นตอน เหลือ 2 ขั้นตอน เดิมใช้เวลา 310 นาที ลดเหลือ 190 นาที และ 2) ผู้ป่วยใหม่/ไม่ตรงนัดจาก 8 ขั้นตอน เหลือ 6 ขั้นตอน เดิมใช้เวลา 770 นาที ลดเหลือ 530 นาที อีกทั้งยังสามารถให้บริการคนไข้ได้เพิ่มขึ้นจาก 24 คนเป็น 50 คนต่อวัน ส่งผลให้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพภาคบริการทางการแพทย์ได้ยิ่งขึ้น (Wannasri, 2016)

สำหรับความพึงพอใจก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ผู้ให้บริการและผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือดแบบวันเดียวกลับบ้าน โรงพยาบาลสุรินทร์ มีคะแนนความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = .424$) และคะแนนความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ก่อนและหลังการใช้แนวคิดสันไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = .200$) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Dawongsri & Kakhai (2023) ที่พบว่าคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังประยุกต์ใช้แนวคิดสันเพิ่มขึ้นจาก 34.05 คะแนน ($SD = 2.95$) เป็น 41.74 คะแนน ($SD = 2.51$) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และคะแนนความพึงพอใจของบุคลากรหลังการประยุกต์ใช้แนวคิดสันมีค่าเพิ่มขึ้นจาก 56.90 คะแนน ($SD = 3.08$) เป็น 65.90 คะแนน ($SD = 5.88$) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) อภิปรายได้ว่า แม้ว่าจะไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจในทั้งสองกลุ่มยังคงอยู่ในระดับสูง ซึ่งอาจแสดงให้เห็นว่า ระบบการให้บริการเดิมมีระดับความพึงพอใจที่ดีอยู่แล้ว ทำให้การปรับปรุงรูปแบบตามแนวคิดสันในระยะสั้น อาจยังไม่สะท้อนผลในมุมมองของผู้ใช้งานโดยตรง ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า สาเหตุที่ความพึงพอใจไม่เปลี่ยนแปลงอาจเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงกระบวนการยังใหม่ บุคลากรและผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก

อาจยังไม่รับรู้ถึงความแตกต่างอย่างชัดเจน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลหลังการใช้แนวคิดสินอาจสั้นเกินไป ซึ่งอาจทำให้ผลกระทบยังไม่ปรากฏอย่างเต็มรูปแบบ บริบทของโรงพยาบาลสุรินทร์ เช่น ความหนาแน่นของผู้ป่วยและอัตราค่าห้องบุคลากร มีผลต่อความพึงพอใจ เนื่องจากผู้ให้บริการต้องบริหารจัดการงานหลายด้านพร้อมกัน การลดขั้นตอนและระยะเวลาให้บริการจึงเป็นประโยชน์ต่อการบริหารคิวและทรัพยากร แม้ว่าผลลัพธ์ความพึงพอใจยังไม่เปลี่ยนแปลงชัดเจน สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ว่าการปรับปรุงกระบวนการจะเพิ่มความพึงพอใจ แต่ผลระยะสั้นอาจยังไม่ปรากฏเต็มที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ (Mazzocato, Savage, Brommels, Aronsson, Donnelly, Sculli, et al., 2010) ที่พบว่า การส่งผลของ Lean ต่อความพึงพอใจเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและขึ้นอยู่กับบริบทและกลไกการนำไปใช้ที่เหมาะสม ซึ่งสนับสนุนประเด็นว่าปัจจัยภายนอก เช่น บรรยากาศของหน่วยงาน ภาระงาน และความคุ้นชินของบุคลากร อาจมีส่วนสำคัญในการบดบังผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจในระยะเริ่มต้น แม้ผลการวิเคราะห์จะไม่แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ โดยรวมการใช้แนวคิดสินสามารถลดขั้นตอนจาก 22 ขั้นตอนเหลือ 19 ขั้นตอนลดระยะเวลาการให้บริการโดยรวม (TAT ลดเฉลี่ย 96.60 นาที; $p\text{-value} < 0.001$) ได้อย่างชัดเจน ส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพของระบบบริการและการบริหารจัดการทรัพยากรในโรงพยาบาลสุรินทร์ ผลด้านระยะเวลามีความสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ผลด้านความพึงพอใจ แม้ไม่แตกต่างเชิงสถิติ แต่ยังคงอยู่ในระดับสูง สอดคล้องบางส่วนกับสมมติฐานข้อที่ 2 ข้อค้นพบนี้เน้นย้ำว่าการประยุกต์แนวคิดสินในบริบทเฉพาะของโรงพยาบาลที่มีความหนาแน่นสูงสามารถเพิ่มประสิทธิภาพโดยรวม แม้ว่าผลต่อความพึงพอใจอาจต้องใช้เวลาติดตามยาวขึ้นเพื่อให้เห็นผลชัดเจน

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาเห็นอย่างชัดเจนว่า การประยุกต์ใช้แนวคิดสินประสบความสำเร็จอย่างยิ่งในการลดระยะเวลาให้บริการโดยรวม (TAT) ของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือดแบบวันเดียวกลับบ้าน โดย TAT ลดลงจาก 852.30 นาที เหลือ 755.70 นาที ซึ่งเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ การประยุกต์แนวคิดสินช่วยลดเวลารอคอยของผู้ป่วยและผู้ดูแล ลดขั้นตอนซ้ำซ้อน เช่น รอพบแพทย์ (Waiting) เคลื่อนไหวไม่จำเป็น (Motion) กระบวนการเกินจำเป็น (Extra Processing) และการขนส่ง (Transportation) ทำให้ทรัพยากรถูกใช้เต็มที่ ลดงานซ้ำ และเพิ่มประสิทธิภาพคิวบริการของโรงพยาบาล สนับสนุนให้โรงพยาบาลพิจารณา ขยายผลการประยุกต์ใช้แนวคิดสินไปยังกระบวนการบริการอื่น ๆ ที่ซับซ้อนหรือใช้เวลานาน เช่น แผนกเจาะเลือด แผนกตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดเวลารอคอยของผู้ป่วยต่อไป แม้ว่าความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้ดูแลผู้ป่วยจะยังไม่แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แต่การลดขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการที่เกิดขึ้นนั้น เป็นประโยชน์โดยตรงต่อการบริหารจัดการทรัพยากรและคิวบริการโดยรวมของโรงพยาบาล และควรดำเนินการต่อเนื่องเพื่อผลลัพธ์ที่ยั่งยืนยิ่งขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรให้เวลาบุคลากรและผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กปรับตัวกับระบบใหม่ 3 – 6 เดือน ก่อนเก็บข้อมูลอีกครั้ง เพื่อสะท้อนผลกระทบที่แท้จริง
2. ผลความพึงพอใจที่ไม่แตกต่างกันอาจมาจากหลายปัจจัย การวิจัยครั้งถัดไปจึงควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุม เพื่อทำความเข้าใจและปรับปรุงได้ตรงจุด
3. ควรส่งเสริมการประยุกต์ใช้ในกระบวนการบริการสุขภาพอื่น ๆ เพื่อยกระดับคุณภาพและประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยในภาพรวม

References

- Aessopos, A., Farmakis, D., & Hatziliami, A. (2007). Heart disease in thalassemia intermedia: A review of the pathophysiology and clinical features. *Haematologica*, 92(5), 658–665.

- Brandao, C. R., Paixao, E. J. O., Costa, E. M., & Dias, C. A. (2020). Lean methodology in healthcare: A systematic review of literature. *Journal of Health Organization and Management*, 34(4), 481-499.
- Chaikledkaew, U., Chittikun, J., Talungjit, P., Wongkrajang, P., Malasai, K., Saengrungruang, S., & Mahasirimongkol, S. (2022). *Economic Evaluation of Genetic Testing for the Diagnosis of Thalassemia Carriers in Couples in Thailand*. Health Systems Research Institute. (in Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Dawongsri, B. & Kakhai, R. (2023). The development care process of diabetic retinopathy patients by lean concept. *Udon Thani Hospital Medical Journal*, 31(2), 276-292. (in Thai)
- dos Santos, P. H., Leite, L. A., & de Carvalho, M. M. (2020). Lean healthcare: A systematic review of implementation barriers and facilitators. *Total Quality Management & Business Excellence*, 31(7-8), 754-777.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Fillingham, D. (2007). Application of lean thinking to health care. *Clinical Medicine*, 7(3), 253-256.
- Jasti, N. V. K., & Kodali, R. (2015). Lean production: Literature review and trends. *International Journal of Lean Six Sigma*, 6(2), 118-148.
- Jintawong, S., & Sirinavin, C. (2021). Epidemiology of thalassemia among the hill tribe population in Thailand. *PLoS ONE*, 16(2), e0246736. doi.org/10.1371/journal.pone.0246736
- Lean Enterprise Institute. (n.d.). Waste. Retrieved May 1, 2025 from https://www.lean.org/WhoWeAre/NewsArticleDocuments/Lean_Waste_Definitions.pdf
- Mazzocato, P., Savage, C., Brommels, M., Aronsson, H., Donnelly, P. D., Sculli, G. L., et al. (2010). Lean thinking in healthcare: A realist review of the literature. *Quality & Safety in Health Care*, 19(5), 376-382.
- Psychological Aspects in Children and Adolescents with Major Thalassemia: A Case-Control Study. (2015). *ResearchGate*. Retrieved May 1, 2025 from https://www.researchgate.net/publication/277626060_Psychological_Aspects_in_Children_and_Adolescents_With_Major_Thalassemia_A_Case-Control_Study
- Radnor, Z., & Boaden, R. (2008). *The Lean Approach to Service Improvement: A Guide to the Application of Lean Principles to Service Delivery*. Manchester Business School.
- Saengthong, W., Hownarn, C., & Phantong, W. (2020). Effects of supporting system and formal education on knowledge and self-care behavior of school-aged children with thalassemia. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 7(2), 39-50. (in Thai)
- Stanford Medicine Children's Health. (n.d.). *Beta Thalassemia in Children*. Retrieved May 1, 2025 from <https://www.stanfordchildrens.org/en/topic/default?id=beta-thalassemia-in-children-90-P02330>
- Surin Hospital Medical Records. (2021-2023). Summary Report of Pediatric Thalassemia Patients Receiving Regular Blood Transfusions 2021-2023. [Unpublished raw data]. (in Thai)

- Wannasiri, U. (2016). Application of lean concept to healthcare services to reduce system waste: A case study of the radiotherapy department in a tertiary hospital. Naresuan University Journal: *Science and Technology*, 24(3), 75-85. (in Thai)
- Womack, J. P., & Jones, D. T. (2003). *Lean Thinking: Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation*. Free Press.
- Young, T., & McClean, S. (2008). A problem structuring method for the application of lean thinking in healthcare. *The Journal of the Operational Research Society*, 59(1), 3-10.

การเปรียบเทียบรูปแบบและต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลลำปาง ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

Comparison of Care Models and Costs for Bedridden Older Adults under the Primary Care Network of Lampang Hospital between Transferred and Non-Transferred Subdistrict Health Promoting Hospitals to Local Administrative Organizations

สุกสันต์ บุตรตาคำ¹, นกษา สิงห์วีระธรรม^{2*}, พัลลภ เชี่ยวชัยสกุล²

Suphasan Buttakham¹, Noppcha Singweratham^{2*}, Pallop Siewchaisakul²

¹เทศบาลตำบลน้ำแพร่พัฒนา จังหวัดเชียงใหม่, ²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹Namphaeaphattana Subdistrict Municipality, Chiang Mai Province, ²Faculty of Public Health Chiang Mai University

(Received: April 10, 2025; Revised: August 19, 2025; Accepted: September 25, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธีมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ 2) เปรียบเทียบต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ระหว่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ใช้วิธีเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 6 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ขั้นตอนที่ 2 การเปรียบเทียบต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ใช้วิธีเชิงปริมาณ โดยศึกษาข้อมูลต้นทุนรายกิจกรรมมุมมองผู้ให้บริการ ปีงบประมาณ 2567 ประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าครุภัณฑ์ โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลต้นทุน วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า

1. สถานการณ์และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมีแนวทางการดำเนินงานที่คล้ายคลึงกันระหว่างรพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไป อปท. โดยได้รับการสนับสนุนด้านบุคลากรจากโรงพยาบาลแม่ข่ายใช้โปรแกรมการส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วย ผ่านระบบผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพียงแต่ในช่วงระยะแรกของการถ่ายโอนมีข้อจำกัดในการสนับสนุนทรัพยากรสำหรับการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

2. กิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 299 คน อายุเฉลี่ย 74 ปี ต้นทุนทางตรงการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของ รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน มีค่ามัธยฐานต้นทุนต่อหน่วย 2,240.48 และ 2,228.24 บาทต่อคน ตามลำดับ ต้นทุนรายกิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียงกลุ่มสีเขียวมี 4 กิจกรรม รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน มีค่ามัธยฐาน ระหว่าง 167.24 – 1,003.46 และ 164.72 – 1,250.12 บาทต่อคน ตามลำดับ กลุ่มสีเหลืองมี 13 กิจกรรม รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน มีค่ามัธยฐาน ระหว่าง 76.97 – 461.81 และ 72.34 – 434.07 บาทต่อคนตามลำดับ และกลุ่มสีแดงมี 15 กิจกรรม รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน มีค่ามัธยฐาน ระหว่าง 64.73 – 424.73 และ 64.29 – 424.29 บาทต่อคน ตามลำดับ

ข้อมูลต้นทุนรายกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง มีส่วนในการพิจารณาการจัดสรรทรัพยากรและบริหารต้นทุนได้อย่างเหมาะสมตามรายละเอียดกิจกรรมการจัดบริการที่มีความซับซ้อนตามลักษณะของผู้สูงอายุติดเตียงให้เกิดประโยชน์สูงสุด

คำสำคัญ: ต้นทุน การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: noppcha.s@cmu.ac.th)

Abstract

This mixed-methods research aimed to study the situation and care models for bedridden older adults and to compare the care costs between subdistrict health promoting hospitals (SHPHs) that had been transferred to local administrative organizations (LAOs) and those that had not. The study was conducted in two phases. Phase 1 explored the situation and care models using a qualitative approach. Six purposively selected key informants were interviewed in-depth, using a semi-structured interview guide, and data were analyzed using content analysis. Phase 2 compared the costs of care using a quantitative approach, using activity-based costs from the provider in the fiscal year 2024. Costs included labor and equipment, recorded through a cost data form, and analyzed with descriptive statistics. The results were as follows.

1. The care models for bedridden older adults were similar between transferred and non-transferred SHPHs. Both received personnel support from the parent hospital, using referral and follow-up programs through the home-based continuing care system. However, during the early phase of transfer, limitations in resource support from the parent hospitals were observed.

2. Among 299 bedridden older adults ($M = 74$ years) receiving home visits, the median direct cost per person was 2,240.48 THB for transferred SHPHs and 2,228.24 THB for non-transferred SHPHs. Activity-based costs for green-level patients included four activities, with median costs ranging from 167.24 – 1,003.46 THB and 164.72 – 1,250.12 THB per person for transferred and non-transferred SHPHs, respectively. For yellow-level patients, 13 activities were identified, with median costs of 76.97 – 461.81 THB and 72.34–434.07 THB per person, respectively. For red-level patients, 15 activities were identified, with median costs of 64.73–424.73 THB and 64.29–424.29 THB per person, respectively.

Activity-based cost data play a crucial role in guiding appropriate resource allocation and cost management, taking into account the complexity of services required for bedridden older adults to maximize efficiency and health benefits.

Keywords: Service Cost, Bedridden Older Adults Care, Subdistrict Health Promoting Hospital, Local Administrative Organization

บทนำ

สถานการณ์สังคมสูงอายุในระดับภาพรวมอาเซียนอยู่ที่ร้อยละ 7.11 โดยประเทศไทยมีจำนวนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากเป็นอันดับสองในอาเซียน เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราผู้สูงอายุของแต่ละประเทศ พบว่าประเทศไทยซึ่งมีสัดส่วนมากที่สุดถึงร้อยละ 12.59 (Statistical Forecasting Division, 2021) และมีอัตราพึ่งพิงทางอายุของผู้สูงอายุอยู่ที่ร้อยละ 14.50 มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐต่อค่าใช้จ่ายของประเทศโดยรวมสูงถึงร้อยละ 79.50 และมีภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อประชากรวัยทำงานในภาคเหนือประเทศไทยมีสัดส่วนมากที่สุดคือ 104.60 ต่อพันประชากร ที่เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง “ติดเตียง” ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องการผู้ดูแลอย่างสมบูรณ์มากถึงร้อยละ 2 ของประชากรผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพิง (Thai Older Persons Research and Development Institute Foundation, 2020) และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากปัญหาทางด้านประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบความซับซ้อนของโรคในกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง (Rasiri & Songthap, 2021) ส่วนใหญ่มีพยาธิสภาพของโรคที่ทำให้เกิดความพิการจำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมของตนเอง จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันให้ผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน (Songsri, 2014) ต้องการการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์และด้านการรักษา

(2/16)

โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ด้านการดูแลผู้ป่วยในการทำกิจกรรมชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (Phuaksawat, Nakkhun, & Rotchanarak, 2016) การดูแลผู้สูงอายุมีค่าใช้จ่ายสูงจากการศึกษาต้นทุนบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน มีค่าต้นทุนต่อหน่วย 204,199.30 บาทต่อคนต่อปี ค่าต้นทุนรายกิจกรรมบริการ หากผู้สูงอายุเข้าทำการรักษาในโรงพยาบาลหน่วยงานรัฐต้องดูแลงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุ จากการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาลด่านขุนทด มีค่าต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 4,903.69 บาท และค่าเฉลี่ยต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลเท่ากับ 700.81 บาทต่อคน (Ratanavichai, 2021) หากผู้สูงอายุมีภาวะป่วยแทรกซ้อนต้องทำการรักษาในโรงพยาบาลจะทำให้เกิดค่าใช้จ่ายและงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงต้องเตรียมพร้อมทางงบประมาณในการรองรับในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเพิ่มมากขึ้น (Supasarn, 2018) การกำหนดนโยบายที่ชัดเจนทั้งด้านรูปแบบการจัดบริการและต้นทุนการจัดบริการให้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมในระดับชุมชนเป็นไปในทิศทาง (Strategic and Planning Division of Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, 2019) การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านเป็นงานบริการด้านปฐมภูมิที่สนับสนุนนโยบายดังกล่าว โดยเน้นการจัดบริการสุขภาพแบบผสมผสานบทบาทหน้าที่ทางสังคมในชุมชนท้องถิ่นต่อการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (Sawatphon, & Srisuraphol, 2021) จากสถานการณ์ปัจจุบันรัฐต้องกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้กำหนดให้ อปท. มีและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะ เพื่อประโยชน์ของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยตรงในท้องถิ่นของตนเอง (Office of the Council of State, 1999) จึงทำให้มีหน่วยบริการสาธารณสุขถ่ายโอนไปยัง อปท. ต้องมีภาระหน้าที่ในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงด้วย ที่ผ่านมามีหน่วยบริการสาธารณสุขที่ถ่ายโอนไปยัง อปท. พบปัญหาการดำเนินงานด้านสาธารณสุขหลากหลายด้านที่อาจจะส่งผลต่อการจัดบริการในระดับปฐมภูมิ (Suphanchaimat, Noree, Pagaiya, Hongthong, Nimnual, & Hengsiri, 2024) การถ่ายโอนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภารกิจที่ต้องรับผิดชอบ (Sriratanaban, Singweratham, Komwong, & Maneechay, 2024) ตลอดจนความพร้อมของหน่วยงานในการปฏิบัติงานซึ่งส่งผลต่อการบริการและต้นทุนที่อาจจะเกิดขึ้น (Singweratham, Phodha, Techakehakij, Siewchaisakul, Bunpean, & Chautrakarn, 2024)

จังหวัดลำปางมีผู้สูงอายุติดเตียงที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้านถึงร้อยละ 26.67 จากผู้สูงอายุติดเตียงทั้งหมด จึงต้องมีระบบการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่มีประสิทธิภาพ ที่เกิดจากการดำเนินงานร่วมกันระหว่าง รพ.สต. และเครือข่ายบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลลำปาง เพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการดูแลให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ รวมถึงจังหวัดลำปางมีการถ่ายโอนภารกิจรพ.สต. ไปยังอปท. ตามกฎหมายจากจำนวนผู้สูงอายุติดเตียงที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงที่ส่งผลต่อต้นทุนการดูแลรักษาพยาบาล รวมถึงการถ่ายโอนรพ.สต. ในระดับพื้นที่ ดังนั้นวิจัยครั้งนี้ต้องการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในเครือข่ายบริการปฐมภูมิและต้นทุนการจัดบริการที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างเครือข่ายบริการปฐมภูมิ เพื่อนำเสนอรูปแบบในการพัฒนาการดูแลเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการจัดบริการ รวมถึงทราบถึงทรัพยากรที่ใช้เพื่อให้เกิดการจัดสรรที่มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายของภารกิจการถ่ายโอนสาธารณสุข

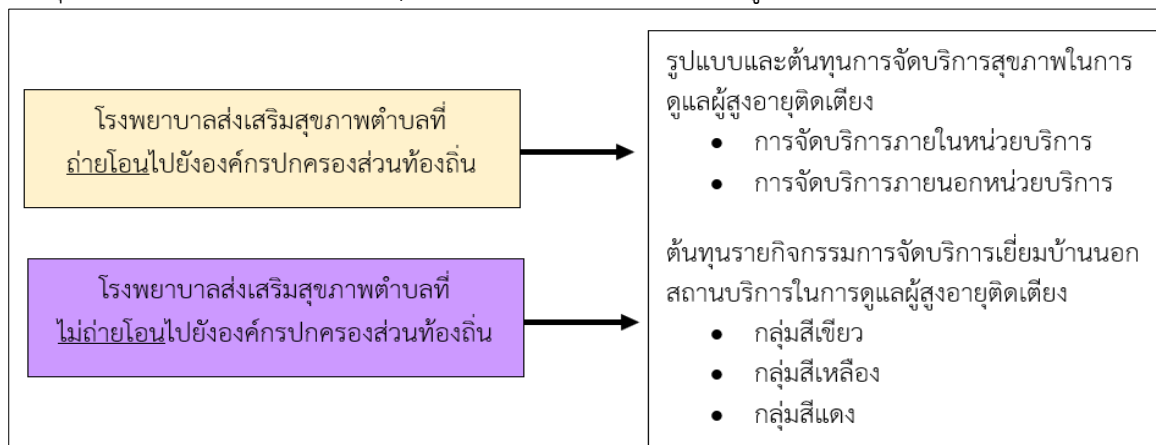
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาการเปรียบเทียบรูปแบบกิจกรรมการเยี่ยมบ้านและต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ในมุมมองผู้ให้บริการ ศึกษาเฉพาะรูปแบบกิจกรรมเยี่ยมบ้านของ รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปยัง อปท.

ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ทั้งในและนอกสถานบริการโดยจำแนกกิจกรรมการจัดบริการตามเกณฑ์การประเมินในโปรแกรม COC โรงพยาบาลลำปาง เป็น 3 กลุ่ม ที่เกิดขึ้นจริงเท่านั้น คือ กลุ่มสีเขียว สีเหลือง และสีแดง (Department of Health, 2020) ดังรูปภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods) โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ระหว่าง กลุ่ม รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไป อปท. ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ประชากรและผู้ให้ข้อมูล

ประชากร คือ รพ.สต. ที่ให้บริการทางสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง เขตอำเภอเมือง จำนวน 27 แห่ง

ผู้ให้ข้อมูล ใช้วิธีคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคัดเลือก รพ.สต. ที่มีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager; CM) จากขนาดเล็ก (S) กลาง (M) ใหญ่ (L) อย่างละ 1 แห่ง จากกลุ่ม รพ.สต. ถ่ายโอน และ รพ.สต. ไม่ถ่ายโอน กลุ่มละ 3 แห่ง รวมเป็น 6 แห่ง ผู้ให้ข้อมูล คือ บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ปฏิบัติงานอย่างน้อย 2 ปี ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่เป็น CM แห่งละ 1 คน รวม 6 คน การศึกษาครั้งนี้จะเก็บข้อมูลจนเกิดการอิ่มตัวของข้อมูลที่เกิดจากกลุ่มตัวอย่าง (Data Saturation in Sampling) (ตาราง 1)

ตาราง 1 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

สถานะการถ่ายโอน สถานพยาบาล/รพ.สต.	ขนาด	ผู้ให้ข้อมูล (คน)		รวม
		พยาบาล	อื่นๆ	
กลุ่มรพ.สต.ถ่ายโอน				
1. รพ.สต.ทรายทอง ตำบลเสด็จ	S	1	-	1
2. รพ.สต.บ้านท่าข้าว ตำบลบ่อแฮ้ว	M	1	-	1
3. รพ.สต.บ้านม่วงแงว ตำบลบ่อแฮ้ว	L	1	-	1
กลุ่มรพ.สต.ไม่ถ่ายโอน				
1. รพ.สต.บ้านเสด็จ ตำบลเสด็จ	S	1	-	1
2. รพ.สต.บ้านท่าโทก ตำบลทุ่งฝาย	M	1	-	1
3. รพ.สต.บ้านต้นธงชัย ตำบลต้นธงชัย	L	1	-	1
รวม		6	-	6

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth Interview) ประกอบด้วย แนวคำถามดังนี้ 1) รูปแบบการดูแล 2) ทรัพยากรที่ใช้ในการจัดบริการ 3) กองทุนค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงใน รพ.สต. เครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

2. เครื่องบันทึกเสียง คอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกข้อมูลและเพิ่มข้อมูลของผู้วิจัย สำหรับเก็บข้อมูลที่ได้จากการจำแนก และหมวดหมู่ของข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบโดยหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย และผู้เชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง .67 – 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเข้าสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล นัดหมายเวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามความประสงค์และความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล หรือการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์
2. ประสานผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เพื่อขอเพื่อขออนุญาตสัมภาษณ์ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง นอกสถานบริการในระดับชุมชน (รพ.สต.)
3. เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยทีมวิจัยที่ผ่านการซักซ้อมความเข้าใจถึงประเด็นคำถาม ให้มีความเข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยเริ่มการสัมภาษณ์ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ ครั้งละ 45 – 60 นาที ทั้งนี้หลังการสัมภาษณ์ ให้ถอดเทปประเด็นและรวบรวมข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ จัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์ข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลครั้งนี้ตามแนวคิดของ Denzin, Lincoln, MacLure, Otterstad, Torrance, Cannella, et al. (2018) ดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility) ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่ตรงกับคุณสมบัติที่กำหนด และใช้คำถามสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้มีความถูกต้อง ร่วมกับการตรวจสอบความถูกต้องของการตีความข้อมูลและทบทวนกับทีมวิจัย เพื่อลดความลำเอียงและเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล
2. การนำไปใช้ (Transferability) ผู้วิจัยอธิบายบริบทของการศึกษา ได้แก่ ลักษณะของการจัดบริการ และระดับการจัดบริการ เพื่อให้เข้าใจและสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในบริบทอื่นที่มีความคล้ายคลึงได้
3. สามารถตรวจสอบได้ (Auditability) ผู้วิจัยจัดเก็บข้อมูลทั้งหมดจากการวิจัยอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วยเสียงที่ถักบันทึก หรือเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้สามารถนำมาตรวจสอบซ้ำได้
4. การยืนยันได้ (Confirmability) ผู้วิจัยตรวจสอบผลของการวิจัยโดยมีการอภิปรายและการตรวจสอบผลลัพธ์กับสมาชิกในทีมวิจัย เพื่อความหลากหลายและการลดความลำเอียง และให้ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากการจดบันทึกและการถอดเทปมาวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย 1) จัดทำแฟ้ม (Establishing Files) 2) กำหนดรหัสข้อมูลเพื่อจัดหมวดหมู่ (Coding the Data) 3) แบ่งหมวดหมู่ประเภทของข้อมูล (Identify Unit) 4) แยกประเภทเป็นหัวข้อย่อย (Developing Categories) 5) เชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ (Interpretively Determine Connections) 6) ตรวจสอบความถูกต้อง (Verification) 7) การสรุปรายงานการวิจัยที่ได้จากความคิดรวบยอดที่สมบูรณ์ กระชับ ชัดเจน (Report) จากนั้นนำเสนอผลการวิจัยเป็นลักษณะพรรณนา (Descriptive Explanation)

ขั้นตอนที่ 2 เปรียบเทียบต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปยัง อปท. ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง ขั้นตอนนี้ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research)

เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนรายกิจกรรม (Activities Based Costing) โดยการวิเคราะห์ทางบัญชี ในมุมมองของผู้ให้บริการ (Provider Perspective) เป็นการอิงวิธีการพื้นฐานจากแนวทางคำนวณต้นทุนผลผลิตของงานด้านการบริการ สาธารณะของกรมบัญชีกลาง (Office of Public Accounting Standards, 2014) ตามคู่มือการศึกษาต้นทุนหน่วย บริการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (Health Insurance Group, 2013)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (COC) โรงพยาบาลลำปาง ปีงบประมาณ 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ข้อมูลผู้สูงอายุ จำนวน 299 คน ที่ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตร ประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) (Department of Health, 2020) และจำแนกเป็นกลุ่มผู้ป่วยตาม สีเขียว สีเหลือง และสีแดง ตามเกณฑ์การประเมินในโปรแกรม COC โรงพยาบาลลำปาง

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงทั้งในและนอกสถานบริการ เพื่อสัมภาษณ์ ผู้ปฏิบัติงานจากการปฏิบัติงานจริง (Empirical Costing Approach) เพื่อใช้ในการกระจายต้นทุนค่าแรง (Labor Cost: LC) ค่าวัสดุ (Material Cost: MC) และค่าครุภัณฑ์ (Capital Cost: CC) ลงไปในแต่ละกิจกรรม การให้บริการตามการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม ปีงบประมาณ 2567 (Singweratham, Khunboonchan, Nawsuwan, Atitdid, & Adulyara, 2021)

2. แบบบันทึกข้อมูลกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง แยกรายกิจกรรมการให้บริการตามเกณฑ์ในโปรแกรม COC โรงพยาบาลลำปาง คือ กลุ่มสีเขียว สีเหลือง และสีแดง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 สร้างแบบบันทึกข้อมูลกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง แยกรายกิจกรรมการให้บริการ

ขั้นที่ 2 เก็บข้อมูลต้นทุนตามแบบการเก็บข้อมูลต้นทุนอิงแนวมาตรฐานและตามกิจกรรมบริการตรวจสอบ ความถูกต้องของข้อมูล หากพบข้อผิดพลาดจะดำเนินการตรวจสอบกับสถานบริการ

ขั้นที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนรายกิจกรรม และแบบบันทึกข้อมูลต้นทุนทางตรงการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ทั้งในและนอกสถานบริการในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง

ขั้นที่ 4 สรุปและรวบรวมรายงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Excel 2010 โดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ และการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง มีรายละเอียดการคำนวณดังนี้

1. วิเคราะห์ต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง ระหว่างกลุ่ม รพ.สต.ถ่ายโอน และไม่ถ่ายโอน ไปยัง อปท. และการคำนวณต้นทุนรายกิจกรรม โดยแบ่งเป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 การคำนวณต้นทุนต่อหน่วย

$$\text{ต้นทุนต่อหน่วย} = \frac{\text{ต้นทุนค่าแรงทั้งหมด} + \text{ต้นทุนค่าวัสดุทั้งหมด} + \text{ต้นทุนค่าลงทุนทั้งหมด} + \text{ต้นทุนสนับสนุนทั้งหมด}}{\text{จำนวนผู้สูงอายุติดเตียง}}$$

ส่วนที่ 2 การคำนวณต้นทุนค่าแรง

$$\text{ต้นทุนค่าแรง} = \frac{\text{ค่าแรงต่อกิจกรรม} \times \text{เวลาทำงานต่อกิจกรรม}}{\text{เวลาทำงานรวม}}$$

ส่วนที่ 3 การคำนวณต้นทุนค่าวัสดุ

$$\text{ต้นทุนค่าวัสดุ} = \text{ราคาต่อหน่วย} \times \text{ปริมาณที่ใช้}$$

ส่วนที่ 4 การคำนวณต้นทุนค่าลงทุน

$$\text{ค่าเสื่อมราคาต่อปี} = \frac{\text{ราคาครุภัณฑ์}}{\text{จำนวนปีที่ใช้งาน}}$$

2. การคำนวณต้นทุนรายกิจกรรมการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยคำนวณจากการจำแนกกิจกรรมโดยใช้เกณฑ์การประเมินผ่านโปรแกรม COC โรงพยาบาลลำปาง แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กิจกรรมการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยสีเขียว สีเหลือง และสีแดง (Singweratham & Nawsuwan, 2022)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่โครงการ ET051/2567 ลงวันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ.2567

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ระหว่าง รพ.สต.ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปยังอปท. ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง

ตาราง 2 รูปแบบและขั้นตอนกิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนในบริบท รพ.สต.

ประเด็น/หัวข้อ	รพ.สต. ถ่ายโอน	รพ.สต. ไม่ถ่ายโอน
การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในสถานบริการ (รพ.สต.)	- ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยที่ส่งมาจาก รพ.ลำปาง ผ่านโปรแกรม COC LINK ทุกวัน - ศึกษาเคสผู้สูงอายุติดเตียงตามประเภท (แยกสีตามความรุนแรง) เพื่อจัดเตรียมอุปกรณ์และวางแผนการออกเยี่ยมบ้านให้ทันตามเวลา - ประสานงานญาติผู้สูงอายุติดเตียง/อสม.ในพื้นที่ - ออกเยี่ยมบ้านโดย พยาบาล CM เป็นหลัก ร่วมกับหมออนามัย (มอศ.) และ อสม. กรณีมีความซับซ้อน ด้านครอบครัวและสังคม ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ร่วมด้วย เช่น บริษัทเอกชนในพื้นที่/อบต./ทต.	- ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยที่ส่งมาจาก รพ.ลำปางผ่านโปรแกรม COC LINK ทุกวัน - ศึกษาเคสผู้สูงอายุติดเตียงตามประเภท (แยกสีตามความรุนแรง) เพื่อจัดเตรียมอุปกรณ์และวางแผนการออกเยี่ยมบ้านให้ทันตามเวลา - ประสานงานญาติผู้สูงอายุติดเตียง/อสม. ในพื้นที่ - ออกเยี่ยมบ้านโดย พยาบาล CM เป็นหลักร่วมกับอสม. กรณีมีความซับซ้อน ด้านครอบครัวและสังคม ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ร่วมด้วย ในพื้นที่/อบต./ทต.
นโยบายการดำเนินงาน	- ก่อนและหลังการถ่ายโอนดำเนินการตามนโยบาย และตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับ รพ.ลำปาง ตามเดิม - ในระยะแรกของการถ่ายโอน มีปัญหาด้านระบบรายงานในระบบโปรแกรม COC LINK การประสานงาน และการติดตามรายงาน ต่อมาเมื่อมีความชัดเจนด้านนโยบายการจัดบริการของ รพ.ลำปางมากขึ้น สามารถติดตามรายงานผ่านไลน์กลุ่ม และเวทีย คปสอ. ประจำเดือนเหมือนเดิม	ดำเนินการตามนโยบาย และตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับ รพ.ลำปาง ตามเดิม มีระบบรายงานในระบบโปรแกรม COC LINK และโปรแกรม JHCIS และติดตามรายงานผ่านไลน์กลุ่ม และเวทีย คปสอ.ประจำเดือน
บุคลากรในการปฏิบัติงาน	- ผู้รับผิดชอบหลักงานผู้สูงอายุติดเตียง คือ พยาบาล 4 คน - เจ้าหน้าที่อื่น ๆ (นวก.สาธารณสุข/จพ.ทันตา) - อสม./CG	- ผู้รับผิดชอบหลักงานผู้สูงอายุติดเตียง คือ พยาบาล 3 คน และ มอศ. ประจำหมู่บ้าน - เจ้าหน้าที่อื่น ๆ เช่น นวก.สาธารณสุข - อสม./CG
การสนับสนุนทรัพยากรอุปกรณ์เครื่องมือ และเวชภัณฑ์ที่มีใช้จาก โรงพยาบาลลำปาง	- มีแพทย์/สหวิชาชีพหมุนเวียน (Family Care Team) ประจำเดือน - มีข้อจำกัดในการเบิกวัสดุ อุปกรณ์ และเครื่องมือ - การสนับสนุนจาก รพ. ลำปาง มีความล่าช้าเนื่องจากมีข้อจำกัด หรือระเบียบทางราชการ	- มีแพทย์/สหวิชาชีพหมุนเวียน (Family Care Team) ประจำเดือน - ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือ และเวชภัณฑ์ที่มีใช้จาก รพ. ลำปาง แต่อาจไม่เหมาะสมสำหรับใช้งาน เช่น การเบิกผ้าห่อเครื่องมือ ขนาดที่ได้ อาจไม่ตรงตามความต้องการ

ประเด็น/หัวข้อ	รพ.สต. ถ่ายโอน	รพ.สต. ไม่ถ่ายโอน
	- ไม่สามารถขอยืมอุปกรณ์ระหว่าง รพ.สต. ในโซน ที่ไม่ได้ถ่ายโอนมาเนื่องจากอยู่คนละสังกัด	
การประสานงานร่วมกันระหว่าง รพ.สต. กับ โรงพยาบาลลำปาง	- ช่วงระยะแรกของการถ่ายโอน การประสานงาน ขอลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน พบปัญหาของขั้นตอน การขออนุญาตเข้าพื้นที่ - มีการประชุม คปสอ.ระดับอำเภอประจำเดือน ตามเดิม	- มีการประชุม คปสอ.ระดับอำเภอประจำเดือน
การส่งต่อผู้ป่วย	- ดำเนินการส่งต่อ และตอบกลับข้อมูลคนไข้จาก รพ.ลำปางผ่านโปรแกรม COC LINK - กลุ่มไลน์ COC ระดับอำเภอ สามารถใช้ส่งต่อ เคสและ ประึกษา - กรณี เคสเร่งด่วน/มีความซับซ้อน รพ.ลำปาง ติดต่อผู้รับผิดชอบหลักให้เร่ง ดำเนินการ	- ดำเนินการส่งต่อและตอบกลับข้อมูลคนไข้จาก รพ.ลำปางผ่านโปรแกรม COC LINK กลุ่มไลน์ COC ระดับอำเภอ สามารถใช้ส่งต่อเคส และ ประึกษา - กรณี เคสเร่งด่วน/มีความซับซ้อน รพ.ลำปาง ติดต่อ ผู้รับผิดชอบหลักให้เร่งดำเนินการ

หมายเหตุ : CM = Care manager ,CG = Care giver, อสม. = อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, อบต. = องค์การบริหารส่วนตำบล, ทต = เทศบาลตำบล, คปสอ. = คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ, รพ. = โรงพยาบาล, นวก. = นักวิชาการ, จพ. = เจ้าพนักงาน, รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จากตาราง 2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของ รพ.สต.ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปยังอปท. เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยจำนวนและตำแหน่งของบุคลากร มีจำนวนใกล้เคียงกัน อสม. และ Care Giver ของรพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน Long Term Care (LTC) มีรูปแบบกิจกรรมเยี่ยมบ้านตามรายละเอียดกิจกรรมการจัดบริการที่มีความซับซ้อนตามลักษณะของผู้สูงอายุติดเตียง การสนับสนุนบุคลากรจากโรงพยาบาลลำปาง มีแพทย์หมุนเวียน (Family Care Team) ประจำเดือน การประสานงาน มีการดำเนินงานร่วมกันสม่ำเสมอ นอกจากนี้การรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยใช้โปรแกรม COC โรงพยาบาลลำปาง ทั้งนี้มีความแตกต่างที่พบ คือ รพ.สต.ถ่ายโอนมีข้อจำกัดด้านการสนับสนุนในหลาย ๆ ด้านจากโรงพยาบาลลำปางล่าช้า เนื่องจากระเบียบทางราชการ เช่น การเบิกวัสดุ อุปกรณ์ ในระยะแรกของการถ่ายโอน

2. ต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง ระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอน และไม่ถ่ายโอน ไปยังอปท. ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง

ตาราง 3 ต้นทุนทางตรงระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอน และ รพ.สต. ไม่ถ่ายโอน (บาท)

หน่วยบริการ	ค่าแรง	ค่าวัสดุ	ค่าลงทุน	ต้นทุนรวม	ต้นทุนต่อหน่วย
รพ.สต.ถ่ายโอน (n = 3)					
ค่าต่ำสุด (Minimum)	5,024.25	40.00	526.98	5,591.23	698.90
ค่าสูงสุด (Maximum)	94,305.83	10,700.00	3,043.13	108,048.97	4,480.21
ค่ามัธยฐาน (Median)	15,700.77	3,546.00	1,341.42	27,742.19	2,240.48
ค่าเฉลี่ย (Mean)	28,435.31	4,762.00	1,901.31	35,098.62	2,464.24
รพ.สต.ไม่ถ่ายโอน (n = 3)					
ค่าต่ำสุด (Minimum)	11,421.71	40.00	501.89	12,194.02	1,524.25
ค่าสูงสุด (Maximum)	85,735.71	10,700.00	2,343.38	98,779.10	4,065.21
ค่ามัธยฐาน (Median)	27,435.43	3,546.00	1,277.54	28,396.04	2,228.24
ค่าเฉลี่ย (Mean)	30,829.33	4,762.00	1,414.78	37,006.11	2,594.95

จากตาราง 3 ต้นทุนทางตรงการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ของรพ.สต.ถ้ายโอน มีค่ามัธยฐานค่าแรง 15,700.77 บาท ค่ามัธยฐานค่าวัสดุ 3,546.00 บาท และค่ามัธยฐานค่าลงทุน 1,341.42 บาท ค่ามัธยฐานต้นทุนต่อหน่วย 2,240.48 บาท ส่วน รพ.สต. ไม่ถ้ายโอน มีค่ามัธยฐานค่าแรง 27,435.43 บาท ค่ามัธยฐานค่าวัสดุ 3,546 บาท และค่ามัธยฐานค่าลงทุน 1,277.54 บาท ค่ามัธยฐานต้นทุนต่อหน่วย 2,228.24 บาท

ตาราง 4 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุติดเตียงผ่านระบบ COC ที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน จำนวน 299 ราย

ข้อมูลทั่วไป	ผู้สูงอายุติดเตียงที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน (N = 299)					
	รพ.สต. ถ้ายโอน		รพ.สต. ไม่ถ้ายโอน		ทั้งหมด	
	(n = 169)		(n = 130)		(ร้อยละ)	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)		
เพศ						
ชาย	71	(54.62)	84	(49.70)	155	(51.84)
หญิง	59	(45.38)	85	(50.30)	144	(48.16)
อายุ (ปี) (M = 74, SD = 6.75)						
60-69	57	(43.85)	66	(39.05)	123	(41.14)
70-79	37	(28.46)	45	(26.63)	82	(27.42)
80-89	26	(20.00)	41	(24.26)	67	(22.41)
90-99	10	(7.69)	17	(10.06)	27	(9.03)
กิจกรรมเยี่ยมบ้านตามสีกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง (ค่าคะแนนแต่ละกลุ่ม)						
สีเขียว	17	(13.08)	18	(10.65)	35	(11.70)
สีเหลือง	54	(41.54)	78	(46.15)	132	(44.15)
สีแดง	59	(45.38)	73	(43.20)	132	(44.15)

จากตาราง 4 การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุติดเตียง ที่ได้รับบริการเยี่ยมบ้านจาก รพ.สต. ทั้ง 2 กลุ่ม ในช่วงปีงบประมาณ 2567 พบว่า การเยี่ยมบ้านในรพ.สต.ถ้ายโอน จำนวน 130 รายต่อปี และ รพ.สต. ไม่ถ้ายโอนมีจำนวน 169 รายต่อปี อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 74 ปี เมื่อแยกรายละเอียดการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์กิจกรรมการดูแล พบว่า ผู้สูงอายุทั้ง รพ.สต.ถ้ายโอนและไม่ถ้ายโอนเป็นผู้ป่วยในกลุ่มสีแดงมากที่สุด คือ รพ.สต.ถ้ายโอน พบร้อยละ 45.59 และ รพ.สต.ไม่ถ้ายโอน พบผู้สูงอายุติดเตียง ร้อยละ 43.20

ตาราง 5 เปรียบเทียบต้นทุนต่อหน่วยของงานเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียงกลุ่มสีเขียว (บาทต่อคน)

กิจกรรม	กลุ่มสีเขียว							
	รพ.สต. ถ้ายโอน (n=17)				รพ.สต. ไม่ถ้ายโอน (n=18)			
	Min	Max	Md	M	Min	Max	Md	M
รับเคสจาก ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง COC รพ.ลำปาง								
รับแจ้งเคสจากโปรแกรม COC /								
เคสด่วนในไลน์	378.49	2,139.09	1,003.46	1,173.68	828.68	1,933.37	988.30	1,250.12
เตรียมออกเยี่ยมบ้าน								
ศึกษา Case	63.08	356.52	167.24	195.61	138.11	322.23	164.72	208.35
ประสานญาติ สอบถามความต้องการ								
ของคนไข้	-	-	-	-	-	-	-	-
ประสานพื้นที่	-	-	-	-	-	-	-	-
จัดเตรียมอุปกรณ์	-	-	-	-	-	-	-	-

กิจกรรม	กลุ่มสีเขียว							
	รพ.สต. ถ่ายโอน (n=17)				รพ.สต.ไม่ถ่ายโอน (n=18)			
	Min	Max	Md	M	Min	Max	Md	M
ประเมินทางกายและสภาพแวดล้อม								
ประเมินยา	-	-	-	-	-	-	-	-
การพูดคุยแนวทางการดูแลรักษากับ ผู้ดูแลในครอบครัว	-	-	-	-	-	-	-	-
การให้คำปรึกษาด้านสภาพจิตใจและการจัด สิ่งแวดล้อม	-	-	-	-	-	-	-	-
ประเมิน ADL ซ้ำ	126.16	713.03	334.49	391.23	276.23	644.46	329.43	416.71
การคัดกรองขณะเยี่ยมบ้าน								
ทำแผล	-	-	-	-	-	-	-	-
Suctions	-	-	-	-	-	-	-	-
ทำความสะอาด สายดูดเสมหะ	-	-	-	-	-	-	-	-
เปลี่ยนสายสวน	-	-	-	-	-	-	-	-
บันทึกข้อมูล								
บันทึกข้อมูลคัดกรอง JHCIS	-	-	-	-	-	-	-	-
ตอบกลับโปรแกรม COC	131.16	718.03	339.49	396.23	281.23	649.46	334.43	421.71

หมายเหตุ : Min = ค่าต่ำสุด, Max = ค่าสูงสุด, Md (Median) = ค่ามัธยฐาน, M (Mean) = ค่าเฉลี่ย

จากตาราง 5 การเปรียบเทียบต้นทุนรายกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงกลุ่มสีเขียว มี 4 กิจกรรมพบว่า รพ.สต.ถ่ายโอน มีค่ามัธยฐาน ระหว่าง 167.24– 1,003.46 บาท และ รพ.สต.ไม่ถ่ายโอน มีค่ามัธยฐาน ระหว่าง 164.72 – 1,250.12 บาท กิจกรรมรับเคสจากศูนย์ดูแลต่อเนื่อง COC โรงพยาบาลลำปาง (รับแจ้งเคสจากโปรแกรม COC /เคสด่วนในไลน์) มีต้นทุนรายกิจกรรมสูงสุด ทั้งใน รพ.สต.ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน คือ 1,173.68, 1,250.12 บาทต่อคน ตามลำดับ รองลงมาเป็นกิจกรรมบันทึกข้อมูล (บันทึกข้อมูลคัดกรอง JHCIS และตอบกลับโปรแกรม COC) คือ 396.23, 421.71 บาทต่อคนตามลำดับ

ตาราง 6 เปรียบเทียบต้นทุนต่อหน่วยของงานเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียงกลุ่มสีเหลือง (บาทต่อคน)

กิจกรรม	กลุ่มสีเหลือง							
	รพ.สต. ถ่ายโอน (n=54)				รพ.สต.ไม่ถ่ายโอน (n=78)			
	Min	Max	Md	M	Min	Max	Md	M
รับเคสจาก ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง COC รพ.ลำปาง								
รับแจ้งเคสจากโปรแกรม COC / เคสด่วนในไลน์	176.87	942.97	461.81	527.22	373.85	847.20	434.07	551.71
เตรียมออกเยี่ยมบ้าน								
ศึกษา Case	29.48	157.16	76.97	87.87	62.31	141.20	72.34	91.95
ประสานญาติ สอบถามความ ต้องการของคนไข้	29.48	157.16	76.97	87.87	62.31	141.20	72.34	91.95
ประสานพื้นที่	58.96	314.32	153.94	175.74	124.62	282.40	144.69	183.90
จัดเตรียมอุปกรณ์	63.96	319.32	158.94	180.74	129.62	287.40	149.69	188.90
ประเมินทางกายและสภาพแวดล้อม								
ประเมินยา	29.48	157.16	76.97	87.87	62.31	141.20	72.34	91.95
การพูดคุยแนวทางการดูแลรักษา กับผู้ดูแลในครอบครัว	58.96	314.32	153.94	175.74	124.62	282.40	144.69	183.90

กิจกรรม	กลุ่มสีเหลือง							
	รพ.สต. ถ่ายโอน (n=54)				รพ.สต.ไม่ถ่ายโอน (n=78)			
	Min	Max	Md	M	Min	Max	Md	M
การให้คำปรึกษาด้านสภาพจิตและ การจัดสิ่งแวดล้อม	88.43	471.49	230.90	263.61	186.93	423.60	217.03	275.85
ประเมิน ADL ขั้น หัตถการขณะเยี่ยมบ้าน	58.96	314.32	153.94	175.74	124.62	282.40	144.69	183.90
ทำแผล	389.48	517.16	436.97	447.87	422.31	501.20	432.34	451.95
Suctions	53.48	181.16	100.97	111.87	86.31	165.20	96.34	115.95
ทำความสะอาด สายดูดเสมหะ	-	-	-	-	-	-	-	-
เปลี่ยนสายสวน	-	-	-	-	-	-	-	-
บันทึกข้อมูล								
บันทึกข้อมูลหัตถการ JHCIS	58.96	314.32	153.94	175.74	124.62	282.40	144.69	183.90
ตอบกลับโปรแกรม COC	63.96	319.32	158.94	180.74	129.62	287.40	149.69	188.90

หมายเหตุ: Min = ค่าต่ำสุด, Max = ค่าสูงสุด, Md (Median) = ค่ามัธยฐาน, M (Mean) = ค่าเฉลี่ย

จากตาราง 6 การเปรียบเทียบต้นทุนรายกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงกลุ่มสีเหลือง มี 13 กิจกรรมพบว่า รพ.สต.ถ่ายโอน มีค่ามัธยฐาน ระหว่าง 76.97 – 461.81 บาท และ รพ.สต.ไม่ถ่ายโอน มีค่ามัธยฐาน ระหว่าง 72.34 – 434.07 บาท กิจกรรมรับแจ้งเคสจากโปรแกรม COC /เคสด่วนในไลน์ มีต้นทุนรายกิจกรรมสูงสุด ทั้งใน รพ.สต.ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน คือ 527.22, 551.71 บาทต่อคน ตามลำดับ รองลงมากิจกรรมหัตถการขณะเยี่ยมบ้าน (ทำแผล) คือ 447.87, 451.95 ตามลำดับ

ตาราง 7 เปรียบเทียบต้นทุนต่อหน่วยของงานเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียงกลุ่มสีแดง (บาทต่อคน)

กิจกรรม	กลุ่มสีแดง							
	รพ.สต. ถ่ายโอน (n=59)				รพ.สต.ไม่ถ่ายโอน (n=73)			
	Min	Max	Md	M	Min	Max	Md	M
รับเคสจาก ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง COC รพ.ลำปาง								
รับแจ้งเคสจากโปรแกรม COC / เคสด่วนในไลน์	146.08	834.42	388.39	456.29	321.92	754.96	385.77	487.55
เตรียมออกเยี่ยมบ้าน								
ศึกษา Case	24.35	139.07	64.73	76.05	53.65	125.83	64.29	81.26
ประสานญาติ สอบถาม ความต้องการของคนไข้	24.35	139.07	64.73	76.05	53.65	125.83	64.29	81.26
ประสานพื้นที่	48.69	278.14	129.46	152.10	107.31	251.65	128.59	162.52
จัดเตรียมอุปกรณ์	53.69	283.14	134.46	157.10	112.31	256.65	133.59	167.52
ประเมินทางกายและสภาพแวดล้อม								
ประเมินยา	24.35	139.07	64.73	76.05	53.65	125.83	64.29	81.26
การพูดคุยแนวทางการดูแลรักษากับ ผู้ดูแลในครอบครัว	48.69	278.14	129.46	152.10	107.31	251.65	128.59	162.52
การให้คำปรึกษาด้านสภาพจิตและ การจัดสิ่งแวดล้อม	73.04	417.21	194.19	228.15	160.96	377.48	192.88	243.77
ประเมิน ADL ขั้น	48.69	278.14	129.46	152.10	107.31	251.65	128.59	162.52

กิจกรรม	กลุ่มสีแดง							
	รพ.สต. ถ่ายโอน (n=59)				รพ.สต.ไม่ถ่ายโอน (n=73)			
	Min	Max	Md	M	Min	Max	Md	M
หัตถการขณะเยี่ยมบ้าน								
ทำแผล	384.35	499.07	424.73	436.05	413.65	485.83	424.29	441.26
Suctions	48.35	163.07	88.73	100.05	77.65	149.83	88.29	105.26
ทำความสะอาด สายดูดเสมหะ	34.35	149.07	74.73	86.05	63.65	135.83	74.29	91.26
เปลี่ยนสายสวน	48.35	163.07	88.73	100.05	77.65	149.83	88.29	105.26
บันทึกข้อมูล								
บันทึกข้อมูลหัตถการ JHCIS	48.69	278.14	129.46	152.10	107.31	251.65	128.59	162.52
ตอบกลับโปรแกรม COC	53.69	283.14	134.46	157.10	112.31	256.65	133.59	167.52

หมายเหตุ : Min = ค่าต่ำสุด, Max = ค่าสูงสุด, Md (Median) = ค่ามัธยฐาน, M (Mean) = ค่าเฉลี่ย

จากตาราง 7 การเปรียบเทียบต้นทุนรายกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงกลุ่มสีแดงมี 13 กิจกรรมกลุ่มสีแดง มี 15 กิจกรรม พบว่า รพ.สต.ถ่ายโอน มีค่ามัธยฐาน ระหว่าง 64.73 – 424.73 บาท และรพ.สต.ไม่ถ่ายโอน มีค่ามัธยฐาน ระหว่าง 64.29 – 424.29 บาท โดยต้นทุนรายกิจกรรมการรับแจ้งเคสจากโปรแกรม COC /เคสส่วนในไลน์มีต้นทุนสูงที่สุดสูงสุด ทั้งในรพ.สต.ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน คือ 456.29, 487.55 บาทต่อคน รองลงมาเป็นกิจกรรมหัตถการขณะเยี่ยมบ้าน (ทำแผล) คือ 424.73, 441.26 บาทต่อคน ตามลำดับ

อภิปรายผล

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของ รพ.สต.ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน พบว่า รพ.สต.ทั้งสองกลุ่มมีแนวทางการดำเนินงานที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งด้านบุคลากร กิจกรรมเยี่ยมบ้าน โดยรูปแบบการดูแลนั้นสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนการรับการสนับสนุนด้านบุคลากรจากโรงพยาบาลลำปาง (CUP) มีแพทย์หมุนเวียนประจำเดือนในรูปแบบทีมสหวิชาชีพ (Family Care Team) ช่วยให้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียงได้แบบองค์รวมและอย่างต่อเนื่อง การประสานงานและประชุมร่วมกัน มีความสม่ำเสมอ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยใช้โปรแกรม (Continuing of Care: COC Link) เป็นเครื่องมือหลักในการส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วย ช่วยให้เกิดความรวดเร็วและลดข้อผิดพลาดในการถ่ายทอดข้อมูลระหว่างหน่วยงาน (National Health Security Office, 2021) ทั้งนี้ความแตกต่างระหว่าง รพ.สต. ทั้ง 2 กลุ่ม อาจมีข้อจำกัดในการสนับสนุนบางประการ โดยเฉพาะในช่วงระยะแรกของการถ่ายโอน เนื่องจากติดปัญหาระเบียบราชการเกี่ยวกับการเบิกจ่ายวัสดุและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ทำให้เกิดความล่าช้าในการจัดหาทรัพยากรสำหรับการดูแลผู้ป่วย (Singweratham, Phodha, Techakehakij, Siewchaisakul, Bunpean, & Chautrakarn, 2024) ปัญหาดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพในระยะแรกของการถ่ายโอน (Sriratanaban, Singweratham, Komwong, & Maneechay, 2024) โดยรูปแบบการดูแลของผู้สูงอายุติดเตียงตามเกณฑ์การประเมิน COC โรงพยาบาลลำปาง ประกอบด้วย ผู้ป่วยกลุ่มสีเขียว สีเหลือง และสีแดง ที่เป็นไปตามนโยบายส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในระบบสุขภาพปฐมภูมิ และการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Ministry of Public Health, 2022)

ต้นทุนทางตรงการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของ รพ.สต.ถ่ายโอน และไม่ถ่ายโอน มีค่ามัธยฐานต้นทุนต่อหน่วย 2,240.48 และ 2,228.24 บาท ตามลำดับ เนื่องจากรูปแบบการจัดบริการของ รพ.สต.ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน มีกระบวนการที่คล้ายกัน ขั้นตอนกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงถูกกำหนดโดยเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง อีกทั้งยังเป็นการดำเนินการตามนโยบายและตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการสนับสนุนทรัพยากรบุคลากร อุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ทั้งรพ.สต.ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน ยังคงได้รับการสนับสนุนตามเดิม

ปัญหาในการดำเนินงานในระยะแรกของถ่ายโอนได้รับการแก้ไขโดยมีการจัดทำบันทึกข้อตกลงร่วมกัน พร้อมทั้ง ทบทวน วางแผน และออกแบบการเฝ้าระวังผลกระทบทางสุขภาพต่อประชาชนให้กับ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อปท. มีความสอดคล้องกับประเด็นสัญญาณการเปลี่ยนแปลงเบื้องต้นในระดับเครือข่ายปฐมภูมิ (Sriratanaban, Singweratham, Komwong, & Maneechay, 2024) นอกจากนี้ระบบการรับส่งต่อผู้สูงอายุติดเตียงใช้โปรแกรม (Continuing of Care: COC Link) ยังดำเนินการตามเดิม ต้นทุนทางตรงการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ของรพ.สต. ถ่ายโอน มีค่านิยามฐานค่าแรง 15,700.77 บาท ค่านิยามฐานค่าวัสดุ 3,546.00 บาท ค่านิยามฐานค่าลงทุน 1,341.42 บาท ค่านิยามฐานต้นทุนต่อหน่วย 2,240.48 บาท รพ.สต. ไม่ถ่ายโอน มีค่านิยามฐานค่าแรง 27,435.43 บาท ค่านิยามฐานค่า วัสดุ 3,546 บาท และ ค่านิยามฐานค่าลงทุน 1,277.54 บาท ค่านิยามฐานต้นทุนต่อหน่วย 2,228.24 บาท จะเห็นได้ว่า สัดส่วนของต้นทุนค่าแรงมีค่ามากที่สุด เนื่องจากกิจกรรมส่วนใหญ่ใช้บุคลากรในการให้บริการในแต่ละกิจกรรม ในรพ.สต. ไม่ถ่ายโอนมีต้นทุนค่าแรงสูงกว่ารพ.สต. ถ่ายโอน เนื่องจากเงินเดือนของพยาบาล รพ.สต.ถ่ายโอนมีความแตกต่างค่อนข้างมาก ในส่วนต้นทุนค่าวัสดุนั้นมีต้นทุนที่ใกล้เคียงกัน เนื่องจากกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง มีรูปแบบที่เหมือนกัน ต้นทุนค่าลงทุนทั้ง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน มีต้นทุนที่ใกล้เคียงกัน เนื่องจากการใช้ ครุภัณฑ์ลักษณะคล้ายกัน อาคารสถานที่มีการคำนวณพื้นที่การให้บริการผู้ป่วยต่อรายเช่นเดียวกัน ประกอบกับ รพ.สต. ถ่ายโอนมีอาคารและครุภัณฑ์เดิม ก่อนถ่ายโอนไปยัง อปท. แสดงให้เห็นว่าการรับการจัดสรรงบประมาณที่มี สัดส่วนและแหล่งที่ได้รับแตกต่างกันไม่ได้ส่งผลต่อต้นทุนการจัดบริการ (Singweratham, Khunboonchan, Nawsuwan, Atitdid, & Adulyara, 2021)

การเปรียบเทียบต้นทุนรายกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง แยกตามเกณฑ์ประเมินผู้ป่วยโปรแกรม COC โรงพยาบาลลำปาง ได้แก่ กลุ่มสีเขียว มี 4 กิจกรรม มีค่านิยามฐาน ระหว่าง 164.72 – 1,250.12 บาทต่อคน เป็นกลุ่ม ที่มีต้นทุนรายกิจกรรมสูงที่สุด ซึ่งสูงกว่ากลุ่มสีแดงที่มีกิจกรรมการดูแลถึง 15 กิจกรรม มีค่านิยามฐาน ระหว่าง 64.29 – 424.73 บาทต่อคน ทั้งนี้คำนวณต้นทุนรายกิจกรรมเกิดจาก การนำต้นทุนรวมมาหารด้วยจำนวนผู้ป่วย ซึ่งผู้สูงอายุ ติดเตียงกลุ่มสีเขียว มีจำนวน 35 คน น้อยกว่ากลุ่มสีแดง ที่มีจำนวน 132 คน จึงส่งผลให้ต้นทุนรายกิจกรรมของกลุ่ม สีเขียวนั้นมีต้นทุนที่สูงมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยสีอื่น ๆ มีค่านิยามฐานต้นทุนรายกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง อยู่ระหว่าง 64.29 – 1,250.12 บาทต่อกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว ในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลด่านขุนทด (Ratanavichai, 2021) และการศึกษาต้นทุนบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน จังหวัดศรีสะเกษ มีค่าต้นทุนรายกิจกรรม อยู่ระหว่าง 538.30 – 845.60 บาท ซึ่งเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมทำให้ต้นทุนรายกิจกรรมมีต้นทุนที่สูงมากขึ้น รวมถึงการศึกษารูปแบบและต้นทุนการจัดบริการรักษาผู้ป่วยด้วยการแพทย์ผสมผสานตามหลักธรรมาภิบาลในผู้ป่วย มะเร็งระยะท้ายในประเทศไทย กิจกรรมกายานามัยมีต้นทุนสูงสุดระหว่าง 1,362.98 - 27,531.76 บาทต่อคน (Singweratham & Nawsuwan, 2022) สะท้อนถึงต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงนั้น ขึ้นอยู่กับความรุนแรง และความซับซ้อนของโรค ดังนั้นการจัดสรรงบประมาณที่จะใช้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในแต่ละกลุ่มควรมี ความความแตกต่างกันที่สามารถสะท้อนถึงลักษณะของการจัดบริการ เช่น การใช้ทรัพยากรในแต่ละกิจกรรม มีความซับซ้อนและการใช้เวลาในการให้บริการแตกต่างกัน รวมถึงควรจัดบริการตามแนวทางการจัดสรรทรัพยากร ที่เน้นการดูแลผู้สูงอายุที่เน้นความต้องการรายบุคคล (Ministry of Public Health, 2022) ที่ให้ความสำคัญกับความ เหมาะสมของการใช้ทรัพยากรและการบริหารต้นทุนในระดับชุมชน

ข้อจำกัดในงานวิจัย การศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุการถ่ายโอนรพ.สต. ไปยัง อปท. ครั้งนี้เป็นการศึกษา ในช่วงเปลี่ยนผ่านของการถ่ายโอนในจังหวัดลำปาง ซึ่งยังไม่มียุทธศาสตร์ของผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ที่ชัดเจน ยังดำเนินงานตามตัวชี้วัดรูปแบบการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข จึงทำให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ไม่แตกต่างกัน โดยการวิเคราะห์ต้นทุนรายกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมถูกกำหนดโดยเกณฑ์การประเมิน ของโปรแกรม COC โรงพยาบาลลำปาง เป็นเพียงรูปแบบการจัดบริการหนึ่งที่มีการดำเนินการในการดูแลผู้สูงอายุ ติดเตียงในเฉพาะจังหวัดลำปาง คิดต้นทุนในมุมมองของผู้ให้บริการเท่านั้น และไม่ได้คิดต้นทุนกิจกรรมการจัดบริการ

เป็นรายครั้ง ทั้งยังมิได้รวมต้นทุนจากบริบทกองทุนและการได้รับการจัดสรรงบประมาณจากหน่วยงานอื่น ๆ ซึ่งอาจจะไม่สะท้อนการดำเนินงานในพื้นที่ที่มีรูปแบบการดำเนินงานที่แตกต่างออกไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ทราบรูปแบบและต้นทุนในการการวางแผนการจัดสรรทรัพยากรในการดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะสม รวมถึงยังเป็นการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในหน่วยบริการที่กำลังจะถ่ายโอนไปยัง อปท. ในอนาคต
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำกับติดตามรูปแบบการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ ระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอน และไม่ถ่ายโอน ให้มีทิศทางการดำเนินงานไปทิศทางเดียวกันไม่ให้เกิดผลกระทบต่อนักผู้สูงอายุติดเตียงที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเก็บข้อมูลรายการกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเป็นรายครั้ง เพื่อให้สามารถวิเคราะห์และคำนวณต้นทุนรายการกิจกรรมที่จะเกิดขึ้นในแต่ละครั้ง เพื่อทำให้ได้ต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุแต่ละกิจกรรมทำให้เกิดการจัดบริการในกลุ่มผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์งบประมาณในการดำเนินงานผู้สูงอายุติดเตียงได้อย่างเหมาะสม
2. ควรมีการศึกษาต้นทุนทางตรง และต้นทุนรายการกิจกรรมการจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดเตียงในระดับจังหวัด จะทำให้เห็นภาพต้นทุนจากรูปแบบการจัดบริการมากยิ่งขึ้น
3. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของต้นทุนการดูแล เช่น ต้นทุนค่าแรงผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver: CG)

References

- Denzin, N. K., Lincoln, Y. S., MacLure, M., Otterstad, A. M., Torrance, H., Cannella, G. S., et al. (2018). Critical qualitative methodologies reconceptualization and emergent construction. *International Review of Qualitative Research*, 10(4), 482-498. doi.org/10.1525/irqr.2017.10.4.482
- Department of Health. (2020). *Guidelines for Promoting Healthy Aging and Longevity (Individual Wellness Plan) for The Elderly*. Bureau of Elderly Health, Department of Health, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Health Insurance Group. (2013). *Manual for Unit Cost Analysis of Health Services*. Bangkok: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2022). *Guidelines for Long Term Care of The Elderly in the Primary Health Care System*. Bangkok: Bureau of Policy and Strategy. (in Thai)
- National Health Security Office. (2021). *COC Link System User Manual for Healthcare Personnel*. Bangkok: Data Management Division. (in Thai)
- Office of Public Accounting Standards. (2014). *A Guide for Unit Cost Calculation of Public Services for Fiscal Year 2557 B.E.* Bangkok: The Comptroller General's Department. (in Thai)
- Office of the Council of State. (1999). *Decentralization Plan and Procedure Act, B.E. 2542*. (in Thai)

- Phuaksawat, P., Nakkhun, N., & Rotchanarak, W. (2016). Situations, problems, and health care needs for home-bound and bed-bound chronically ill patients in Suratthani municipal community. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 26(2), 54-66. (in Thai)
- Rasiri, T., & Songthap, A. (2021). Factors predicting health promotion behaviors of homebound older adults in Phitsanulok province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 8(1), 127-139. (in Thai)
- Ratanavichai, N. (2021). *A Study of Unit Cost and Nursing Activity Base Costing of Dependent elderly for Longterm Care System, Dankhontod Hospital*. A thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. (in Thai)
- Sawatphon, C., & Srisuraphol, W. (2021). Developing the potential of local communities for the depended elderly care in northeast of Thailand. *Journal of MCU Palisueksabuddhaghosa Review*, 8(1), 43-56. (in Thai)
- Singweratham, N., Khunboonchan, T., Nawsuwan, K., Atitdid, P., & Adulyara, M. (2021). Unit cost of Thai traditional medicine service activities for health promotion and disease prevention in health care providers under ministry of public health for the 2018 fiscal year. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 13(3), 89-90. (in Thai)
- Singweratham, N., & Nawsuwan, K. (2022). Model and unit cost on Complimentary of Dhammanamai Principles Care of cancer patients at the end of life in Thailand. *Journal of Health Science Research*, 16(3), 136-150. (in Thai)
- Singweratham, N., Phodha, T., Techakehakij, W., Siewchaisakul, P., Bunpean, A., & Chautrakarn, S. (2024). Unit cost study for health care service in Chaloem Phra Kiat 60 years Nawamin Maharachini health center and Tambon health promoting hospital with transferred to the provincial administrative organizations. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 15(3), 251-264. (in Thai)
- Songsri, C. (2014). The home care model of Mae-Non Tambon health promoting hospital, Muang Udon Thani. *Journal of Nursing and Health Care*, 32, 155-161. (in Thai)
- Sriratanaban, J., Singweratham N., Komwong, D., & Maneechay M. (2024). Assessment of population health impacts subsequent to the transfer of Sub-District health promoting hospitals to the provincial administrative organizations in 2023: Phase 1 potential warning signs. *Journal of Health System Research*, 18(2), 152-172. (in Thai)
- Statistical Forecasting Division. (2021). *The Situation of Thai Elderly in Spatial Dimensions 2021*. Bangkok: National Statistical Office. (in Thai)
- Strategic and Planning Division of Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. (2019). *Guidelines for Public Health Operations at the Local Level*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Supasarn, P. (2018). *A Study of Unit Cost and Activity Based Costing of Nursing Care for Palliative Cancer Patients, Nang Rong Hospital, Buriram Province*. A thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. (in Thai)

- Suphanchaimat, R., Noree, T., Pagaiya, N., Hongthong, P., Nimnual, I., & Hengsiri, P. (2024). *The Effects of Decentralizing Health-Promoting Hospitals to Local Governments on Primary Health Care System: Case Study of the 3-Healthcare Provider Teams in 5 Provinces*. Nonthaburi: Health Systems Research Institute. (in Thai)
- Thai Older Persons Research and Development Institute Foundation. (2020). *The Situation of Thai Elderly, 2019*. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (in Thai)

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

กองบรรณาธิการ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ขอเชิญสมาชิก และ ผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านการสอน การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์ เผยแพร่ ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง โดยลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14 หรือ 12 กรณีมีจำนวนหลายคอลัมน์) โดยพิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน - ล่าง, ซ้าย - ขวา 2.54 cm. **โดยรวมเนื้อหาและรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า**
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 17 (หนา) ไว้หน้าแรกตรงกลาง
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 14 (หนา) อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุ ตัวเลขเป็นตัวยกอยู่ท้ายชื่อ และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 12 (หนา) ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกอยู่หน้า ให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลัก เพิ่ม e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทย **จำนวนคำไม่เกิน 400 คำ** และบทคัดย่อภาษาอังกฤษ **ไม่เกิน 400 คำ**
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา)
7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อย่อยให้ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดอักษร 15 (หนา)
8. การใช้ตัวเลขคำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
9. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบ ทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า

3 ซม. หัวข้อย่อถัดมาให้อยู่หน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 เซนติเมตร และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข เช่น

1.
 - 1.1
 - 1.1.1
 - 1)
 - 1.1)
 -

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตาราง และระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้น ๆ คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือสีก็ได้ ภาพต้องเป็นภาพที่มีความคมชัด ส่วนภาพเขียนลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาดที่เหมาะสม กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาได้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย

11. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้
 - บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
 - บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
 - บทนำ
 - วัตถุประสงค์วิจัย
 - สมมติฐานวิจัย (ถ้ามี)
 - กรอบแนวคิดการวิจัย
 - ระเบียบวิธีวิจัย
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
 - การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - การวิเคราะห์ข้อมูล
 - จริยธรรมวิจัย
 - ผลการวิจัย
 - อภิปรายผล
 - การนำผลการวิจัยไปใช้
 - ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
 - References

บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives

- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
 - Population and Sample
 - Research Instrument
 - Validity and Reliability of the Research Instrument
 - Data Collection
 - Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- Discussion
- Implication of the Results
- Recommendation for Further Study
- References

12. บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ
- Abstract
- บทนำ
- เนื้อเรื่อง
- สรุป
- ข้อเสนอแนะ
- References

บทความวิชาการ (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Content
- Conclusion
- Suggestion
- References

13. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6th Edition และเป็นไปตามรูปแบบที่วารสารกำหนด ทั้งนี้ทางวารสารใช้การอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษโดยแปลอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้เป็นภาษาอังกฤษ โดยสามารถศึกษาเพิ่มเติมจาก <https://dekgenius.com/> ดังนี้

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้ระบบนาม - ปี (Name – year system) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., ดังตัวอย่าง

(Nawsuwan, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, & Singsri, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, Singsri, Singhasem, Suwannaraj, Janpes, et al., 2015)

การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม - ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” กรณีชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม”...

“พยาบาลจึงจะต้องเป็นนักคิด และมีการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ความสงสัยที่เกิดขึ้นตลอดเวลา” (Kunaviktikul, 2007)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Nawsuwan (2017)

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “et al.,” สำหรับบทความหนังสือหรือเอกสาร ที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in Thai) ดังตัวอย่าง

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Songkhla*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

Fraenkel, R. J., Wallen, E. N., & Hyun, H. H. (2012). *How to Design and Evaluate Research in Education*. (8th ed.). New York: McGraw-Hill.

2. ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

Praboromarajchanok Institute of Health Workforce Development. (2013). *Collection of Academic Performance in Humanized Service Mind*. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

3. การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

Waite, J. (2011). *Information and Documentation*. In Potter, A. P., Perry, G. A., Stockert, A. P. & Hall, A. ” Basic Nursing Challenge. (pp. 142-164). Missouri: Mosby/Elsevier.

4. การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต

Heubecke, E. (2008). *The New Face of Nursing: Expanding Patient Advocacy with Leadership, Creativity, and Vision*. Johns Hopkins Nursing Magazine. Retrieved November 3, 2013 from <https://magazine.nursing.jhu.edu/>.

5. การอ้างอิงจากวารสาร

Sheiham, A. (2006). Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *British Dental Journal*, 201(10), 625-626.

กรณีบทความวิจัยที่มีเลขรหัสบทความ (e) หรือเลข DOI ให้อ้างอิง ดังนี้

Sahaworapan, T., Nilmanat, K., & Thasaneesuwat, S. (2023). Competency of nurse practitioners in advance care planning (acp) for patients with renal replacement therapy and related factors. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(3), e258128. (in Thai)

Nawsuwan, K., Oupra, R., Singweratham, N., & Thepakorn, P. (2023). Uncovering the underlying aspects of successful COVID-19 prevention and control in Thailand through factor analysis: Lessons we have not yet learned from village health volunteers. *Belitung nursing journal*, 9(5), 505–511. doi.org/10.33546/bnj.2735

6. วิทยานิพนธ์

Nawsuwan, K. (2015). *Indicators Development of Nursing Students's Identities in Nursing Colleges, Ministry of Public Health*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Doctor of Education Degree in Educational Administration Faculty of Education and Liberal Arts, Hatyai University. (in Thai)

การส่งบทความ

ให้ส่งทางระบบออนไลน์มาที่ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ผ่านเว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet> หรือ และแนบแบบฟอร์มตามที่วารสารฯ กำหนด

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ มีกำหนดออก 3 ฉบับต่อปี คือ ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน) ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม) ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม)

รายการตรวจสอบก่อนส่งบทความ

1. บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. หากเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือปริญญานิพนธ์ต้องผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย
3. บทความจะต้องพิมพ์ภายใต้รูปแบบตามที่วารสารกำหนดอย่างเคร่งครัด

4. บทความที่ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่ จะต้องแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงวุฒิ หรือกองบรรณาธิการก่อน จึงจะถือว่าหนังสือรับรองการตีพิมพ์จะสมบูรณ์ หากไม่แก้ไขจะถือสิทธิ์ว่าไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการใด ๆ ทั้งสิ้น

เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ

1. บทความต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ และวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ เป็นวารสารที่มีผู้พิจารณาบทความ (Peer - review) ตรวจสอบเนื้อหา บทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 3 ท่านต่อบทความ โดยผู้พิจารณาบทความจะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double blind) ทั้งนี้บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ บุคคลอื่นไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

2. บทความต้องได้รับการยอมรับการตีพิมพ์จากผู้พิจารณาบทความ 2 ใน 3 ท่าน จึงจะได้รับการตีพิมพ์

3. บทความต้องจัดพิมพ์ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด

4. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ด้วยระบบออนไลน์

5. วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสมและความคิดเห็นของผู้เขียน

6. วารสารฯ จะดำเนินการเก็บค่าตีพิมพ์หลังจากบรรณาธิการวารสารตอบรับการตีพิมพ์ (Accepted) ในระบบ ซึ่งจะมี e-mail แจ้งรายละเอียดชำระค่าตีพิมพ์

7. ผู้เขียนต้องชำระการตีพิมพ์บทความ

7.1 บทความภาษาไทย จำนวน 5,000 บาท

7.2 บทความภาษาอังกฤษ จำนวน 6,000 บาท

8. อาจารย์ นักศึกษา ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ไม่ต้องชำระค่าตีพิมพ์

2.54 ซม.

(enter ขนาด 15)

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

การวิเคราะห์ข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

(enter ขนาด 15)

จริยธรรมวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

(enter ขนาด 15)

ผลการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1ชื่อตาราง.....

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
เพศ		
หญิง (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ชาย (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 15)

(อธิบายใต้ตาราง) จากตารางพบว่า.....

(enter ขนาด 15)

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

ตาราง 2ชื่อตาราง.....

(หัวข้อ)สมรรถนะการพยาบาล	หัวข้อ	หัวข้อ
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 15)

(อธิบายใต้ตาราง) จากตารางพบว่า.....

(enter ขนาด 15)

อภิปรายผลการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

การนำผลการวิจัยไปใช้ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

References (ขนาด 16 หน้า) ไม่ต้องกันหลัง

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 ถัดไป (1.25 ซม.) การอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ และการอ้างอิงต้องมีใน References และบทความ (ขนาดอักษร 15 ไม่หนา) การจัดหน้าไม่ต้องกันหลัง เช่น
Sahaworapan, T., Nilmanat, K., & Thasaneesuwan, S. (2023). Competency of nurse practitioners in advance care planning (ACP) for patients with renal replacement therapy and related factors. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(3), e258128. (in Thai)

Template บทความวิชาการ

2.54 ซม.

2.54 ซม.

2.54 ซม.

บทความใช้รูปแบบ font TH SarabunPSK ทั้งบทความ

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17
ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น กิตติพร เนาว์สุวรรณ^{1*}, ปฐมามาศ โชติบัณ¹ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)
ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ เช่น Kittiporn Nawsuwan^{1*}, Pattamamas Chotibun¹ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)
สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น ¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ เช่น ¹Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาดตัวอักษร 12 หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ไม่ต้องใช้ “ , ” ในการกั้นคำ เช่น

▶ การพัฒนาองค์กรแห่งความสุข, บุคลากร

ย่อหน้า 1.75 ซม.

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:.....) (ขนาด 12 ไม่หนา)

2.54 ซม.

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 ถัดไป (1.25 ซม.) การอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ การอ้างอิงต้องมีใน references และ บทความ (ขนาดอักษร 15 ไม่นหนา) การจัดหน้าไม่ต้องกั้นหลัง เช่น Sahaworapan, T., Nilmanat, K., & Thasaneesuwan, S. (2023). Competency of nurse practitioners in advance care planning (ACP) for patients with renal replacement therapy and related factors. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(3), e258128. (in Thai)