



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 13 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2569

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 13 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ	
ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร ศาสตราจารย์ พญ.วนิดา ชื่นกองแก้ว อาจารย์ ดร.มารีสา สุวรรณราช	ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย รองศาสตราจารย์ ดร.วัน เดชพิชัย รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช ชูโต รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิกันต์ กาละ รองศาสตราจารย์ ดร.กันตพร ยอดไชย รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต รองศาสตราจารย์ ดร.โยธิน แสงวงศ์ รองศาสตราจารย์ ดร.อาจันต์ สงทับ รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์ รองศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช รองศาสตราจารย์ ดร. ทพญ.อรุณวรรณ หล้าอุบล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ตรงกุลพิชัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อติญาน ศรีเกษตริน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปริญญา ชัยกองเกียรติ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญกัศ ทัพอักษร นายแพทย์กัศศักดิ์ บำรุงเสนา ดร.เผอญ 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 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญราษฎร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา (เกษียณอายุ) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา โรงพยาบาลสงขลา
บรรณาธิการ	ผู้ช่วยบรรณาธิการ	
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปฐมาภักดิ์ โชติบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา English Language Editor (ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ)
กองจัดการ		
อาจารย์ณัชชา สังข์บุญญ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา นางสาวเสาวนีย์ จุลนวล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา	อาจารย์ ดร.นภชา สิงห์วีระธรรม อาจารย์ ดร.จุฑารัตน์ รอดเนียม อาจารย์ ดร.นิรัชรา ลิลละย์กุล อาจารย์ ดร.อัจฉรา คำมะหิตย์ อาจารย์ ดร.อรอนงค์ ร่องสวัสดิ์ อาจารย์ ดร.ชุติมา เฟื่องใหญ่ อาจารย์ ดร.นพพร ตาแสงสวัสดิ์ Mr.Patrick Wauters	
กำหนดออก	เจ้าของ	
ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา	

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

บทบรรณาธิการวารสาร

สมาชิกวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ทุกท่าน วารสารฯ ได้ดำเนินการมาเป็นปีที่ 13 แล้ว ยังคงได้รับบทความจากหลากหลายสถาบันอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้วารสารมีความน่าเชื่อถือโดยฉบับนี้เป็นที่ 13 ฉบับที่ 3 มีบทความวิจัยจำนวน 15 เรื่อง ทั้งหมดผ่านการพิจารณา กลั่นกรอง และให้คำแนะนำอย่างเข้มข้นจากผู้ทรงคุณวุฒิหลากหลายสถาบันจำนวน 3 คน ตอบบทความ แต่ถึงกระนั้นทางวารสารก็ยังคงเข้มข้นด้วยคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์ของศูนย์อ้างอิงดัชนีวารสารไทย (TCI) เพื่อคัดสรรผลงานที่มีคุณภาพเข้าตีพิมพ์ในวารสารทั้งการรับผ่านระบบ Thai jo ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพงานวิจัย วิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพต่อไป



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ)

บรรณาธิการ

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

สารบัญ

บทความวิจัย :

- e285328 ผลของการใช้รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มต่อความรู้ พฤติกรรม และความพึงพอใจ
ของผู้สูงอายุในชุมชนภายใต้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกเคียน จังหวัดนราธิวาส
*Effects of a Fall-Prevention Program on Knowledge, Behavior, and Satisfaction
among Older Adults in the Community under Khok Khian Subdistrict Health
Promoting Hospital, Narathiwat Province*
วรกร ฟาอิส วาเลาะแต, อัครีมะ กาเซ็ง, โรฮานี บินดียะฮัน
- e284957 การศึกษารูปแบบบริการและต้นทุนรายกิจกรรมการบริการทางทันตกรรมของเด็กอายุ
0-12 ปี กรณีศึกษาจังหวัดเชียงใหม่
*Service Delivery Models and Activity-Based Costs of Dental Services for
Children Aged 0–12 Years: A Case Study of Chiang Mai Province, Thailand*
นภชา สิงห์วีระธรรม, อนนต์ เฟื่องขจร, รักชนก นุชพ่วง, ปิยะนารถ จาติเกตุ,
อารีรัตน์ นิรันดร์สิทธิรักษ์, นันทิยา เสถียรวุฒิมังค์, นุชนารถ ดันกิตติรัตนกุล
- e285784 การศึกษาผลการผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกรอบสะโพกหักจากการดูแลแบบเร่งด่วนใน
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา
*Surgical Outcomes of an Urgent Care Pathway for Older Adults with Hip Fractures
at Somdej Phra Boromrajonani Hospital, Na Thawi District, Songkhla Province*
ปิยะโชค พรหมสุทธิ์
- e286701 ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อจริยธรรมวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลในยุคดิจิทัล
มหาวิทยาลัยราชภัฏในประเทศไทย
*Causal Factors Influencing Professional Ethics among Nursing Students
in the Digital Era: Evidence from Rajabhat Universities in Thailand*
รัชณี ศรีตะวัน, ภูมิพิพัฒน์ รักพรหมงคล, ประจวบ ขวัญมั่น
- e284745 คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังการถ่าย
โอนสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด: กรณีศึกษาจังหวัดนครสวรรค์
*Quality of Work Life among Personnel in Subdistrict Health Promoting Hospitals
after Transfer to Provincial Administrative Organizations:
A Case Study of Nakhon Sawan Province*
ฐิติชญา ปั่นณกิจจากุล, ดาวรุ่ง คำวงศ์

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

- e287225 ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยที่มีนิ่วในท่อน้ำดีซ้ำภายหลังจากผ่าตัดถุงน้ำดี
Life Experiences of Patients with Recurrent Common Bile Duct Stones Following Cholecystectomy
เสาวลักษณ์ เนตรชัง, จิราพร ศรีพลากิจ
- e286077 ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานและกรณีศึกษาเป็นฐานต่อความรู้การให้เหตุผลทางคลินิก และการเรียนรู้แบบนำตนเองของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 รายวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2
A Comparison of the Effects of Team-Based Learning and Case-Based Learning on Knowledge, Clinical Reasoning, and Self-Directed Learning among Third-Year Nursing Students in Adult and Gerontological Nursing II
สมจิตต์ ลินธุชัย, วรรัตน์ แสงหัวช้าง, กุณิสรา ชุนพิณิจ, ภัทรมลวิรัช ภาคพัชรภิมมย์
- e286398 การเปรียบเทียบการจัดบริการสุขภาพดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดลำปาง
Comparison of Health Service Delivery for Dependent Older Adults between Subdistrict Health Promoting Hospitals Participating and Not Participating in the Long-Term Care Fund in Lampang Province
ปาจรีย์ แชนไซ, นกชา สิงห์วีระธรรม, พัลลภ เขียวชัยสกุล
- e286697 ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด
The Effects of a Self-efficacy Enhancement Program on Self-care Behaviors among Lung Cancer Patients Receiving Chemotherapy
อนงค์ศักดิ์ กองนิล, กัมพล อินทรทะกุล, กร วรากรรวุฒิ, อพัชฌิภา บุญหลี่, ธนัญภรณ์ ภูมิ, ไตรรงค์ ชูทรงเดช
- e286102 ผลของโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในตำบลเตาปูน จังหวัดราชบุรี
The Effects of an Awareness-building Program on Stroke Prevention Behaviors among At-risk Individuals in Taopoon Subdistrict, Ratchaburi Province
ปาลิตา จำהלล์, รักชนก คชไกร, จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

- e289089 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมา
Predictors of Quality of Life among Older Adults Aged 80 Years and above in Nakhon Ratchasima Province
ชุตินา รักษ์บางแหลม, วรนิภา กรุงแก้ว
- e285747 ผลของการใช้แผ่นเจลสมุนไพรลดปวดต่อคะแนนความปวดจากกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
The Effects of an Analgesic Herbal Gel Patch on Pain Scores among Students with Office Syndrome at the Boromarajonani Nursing College of Songkhla
ปาริฉัตต์ แสงสง, ปาริชาติ จันทวงศ์, ปิยฉัตร ณ น่าน, ปิยทิพย์ แซ่เฮีย, ปิยวรรณ ทองมาก, ปิยอร รวดเร็ว, ปัทมวรรณ เอี่ยมสงวน, ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ
- e289902 การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดพะเยา
Development of a Holistic Long-Term Care Model for Dependent Older Adults through Network Participation in Phayao Province
จิรศักดิ์ แก้วคำปา, สุพัฒน์ อาสนะ, ชุตติกาญจน์ สมสิงห์ใจ
- e289128 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลปากเกร็ด
Development of a Care Model for Asthma Patients at Pakkred Hospital
อุทัยวรรณ ฤชงควาริน, วรรอง เนลสัน, สุริพร ศิริยะพันธุ์
- e290110 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลศรีธัญญา
The Development of Nursing Practice Guidelines in Recovery Room for Psychiatric Patient with Modified Electroconvulsive Therapy
กันตรัตน์ เชาว์ทัศน์, อัจฉรา คำมะতিชัย

ผลของการใช้รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มต่อความรู้ พฤติกรรม และความพึงพอใจ
ของผู้สูงอายุในชุมชนภายใต้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกเคียน จังหวัดนราธิวาส
Effects of a Fall-Prevention Program on Knowledge, Behavior, and Satisfaction
among Older Adults in the Community under Khok Khian Subdistrict Health
Promoting Hospital, Narathiwat Province

วรกร ฟาอิส วาเลาะเต^{1*}, อัครีมี๊ะ กาเซ็ง¹, โรฮานี บินติฮะซัน²

Warakorn Fa-is Walohtae^{1*}, Akrimah Kaseng¹, Rohanee Binti-Hasan²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, ²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกเคียน จังหวัดนราธิวาส

¹Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University,

²Kok Khian Subdistrict Health Promoting Hospital, Narathiwat Province

(Received: January 13, 2026; Revised: June 1, 2026; Accepted: July 1, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบวัดหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในชุมชนต่อความรู้ พฤติกรรม การป้องกันการพลัดตกหกล้ม และความพึงพอใจต่อการดูแลตามรูปแบบของผู้สูงอายุที่อยู่ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกเคียน จังหวัดนราธิวาส กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกเคียน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม แบบประเมินพฤติกรรม การป้องกันการพลัดตกหกล้ม และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดูแลตามรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI = 1.00) และมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง (KR-20 = .94; Cronbach's alpha = .94-.97) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Mann-Whitney U test ผลการวิจัยพบว่า

1. หลังทดลองผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
2. หลังทดลองผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
3. หลังทดลองผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจต่อการดูแลตามรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 73.07$, $SD = 1.84$)

ควรนำรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ไปใช้ในชุมชนจังหวัดนราธิวาสที่มีบริบทพหุวัฒนธรรม เพื่อเฝ้าระวัง ประเมินความเสี่ยง และปรับสภาพแวดล้อมในบ้าน ลดโอกาสการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมกับพื้นที่

คำสำคัญ: การพลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุ การป้องกันการหกล้ม รูปแบบการดูแลสุขภาพ ชุมชน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: fais.w@pnu.ac.th)

Abstract

This quasi-experimental study employed a two-group posttest-only comparison design to evaluate the effects of a community-based fall prevention model on knowledge, fall prevention behaviors, and satisfaction with the care model among older adults receiving services from Khok Khian Subdistrict Health Promoting Hospital, Narathiwat Province, Thailand. The sample consisted of 60 older adults, who were equally assigned to an experimental group ($n = 30$) and a control group ($n = 30$). The experimental group participated in a researcher-developed community-based fall prevention model for four weeks, whereas the control group received routine care provided by Khok Khian Subdistrict Health Promoting Hospital. The research instruments included a fall prevention knowledge test, a fall prevention behavior assessment, and a satisfaction questionnaire regarding the community-based fall prevention model. All instruments demonstrated excellent content validity (Content Validity Index [CVI] = 1.00) and high reliability (KR-20 = .94; Cronbach's alpha = .94-.97). Data were analyzed using descriptive statistics and the Mann-Whitney U test. The findings revealed as follows.

1. After the intervention, older adults in the experimental group had significantly higher fall prevention knowledge than those in the control group ($p\text{-value} < .001$).
2. After the intervention, older adults in the experimental group demonstrated significantly better fall prevention behaviors than those in the control group ($p\text{-value} < .001$).
3. Participants in the experimental group reported the highest level of satisfaction with the community-based fall prevention model ($M = 73.07$, $SD = 1.84$).

The findings suggest that the community-based fall prevention model should be implemented in multicultural communities throughout Narathiwat Province. The model can facilitate fall surveillance, risk assessment, and home environmental modifications that are tailored to the local context, thereby reducing the risk of falls among community-dwelling older adults.

Keywords: Falls, Older Adults, Fall Prevention, Healthcare Model, Community

บทนำ

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง โดยอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนสูงถึงร้อยละ 26.50 ต่อปี และยังคงเป็นสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บ การเสียชีวิต และความพิการที่ลดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั่วโลกอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และระบบบริการสุขภาพต้องเผชิญภาระจากการดูแลผลกระทบจากการพลัดตกหกล้มอย่างต่อเนื่อง (Salari, Darvishi, Ahmadipanah, Shohaimi, Mohammadi, 2022) ผลการศึกษาทางระบาดวิทยาแสดงให้เห็นว่าปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุมีหลายด้านไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านร่างกาย เช่น ความไม่มั่นคงในการทรงตัว ภาวะถดถอยของระบบกล้ามเนื้อ ปัจจัยด้านโรคเรื้อรัง เป็นต้น ตลอดจนปัจจัยทางจิตใจ เช่น ความกลัวการพลัดตกหกล้ม สภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สัมพันธ์กับอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญ (Li, Hou, Zhao, Xie, Yi, Ding, 2023)

ในบริบทของประเทศไทย ซึ่งกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ปัญหาการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุก็เป็นเรื่องที่พบได้บ่อยและมีผลกระทบทางกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ ข้อมูลจากกรมควบคุมโรคชี้ให้เห็นว่าการพลัดตกหกล้มเป็นสาเหตุการบาดเจ็บที่สำคัญและอยู่ในอันดับต้น ๆ ของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุในระดับประเทศ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการทำความเข้าใจและวางแผนการป้องกัน

มีความสำคัญต่อการลดภาระทั้งด้านบุคคลและระบบสุขภาพ (กองป้องกันการบาดเจ็บ, 2566) การศึกษาก่อนหน้านี้ในประเทศไทย พบว่าอัตราการพลัดตกหกล้มและปัจจัยเสี่ยงมีความแตกต่างกันไปตามลักษณะประชากรและสภาพแวดล้อม เช่น เพศ อายุ ความสามารถในการทรงตัว ปัจจัยภายนอกของที่อยู่อาศัย เป็นต้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยทั้งภายในและภายนอกมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ การศึกษาของ Worapanwisit, Prabpai, Rosengerg (2018) พบว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมและสภาพร่างกายสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุไทย อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและการระบาดของ การพลัดตกหกล้มในบริบทไทยอยู่บ้าง แต่ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงผลของการใช้รูปแบบหรือโปรแกรม การป้องกันการพลัดตกหกล้มที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนโดยตรง โดยเฉพาะการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุ ที่ได้รับรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกเคียน ซึ่งเป็นจุดบริการที่ใกล้ผู้สูงอายุมากที่สุด และมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน ภาวะเสี่ยงต่าง ๆ ในชุมชน (ยุพาพร หงษ์ชูเวช, 2567) ข้อมูลจำนวนและอัตราผู้ป่วยนอก (OPD) ที่มีสาเหตุจาก การพลัดตกหกล้ม (ICD-10: W00-W19) ในผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคนของจังหวัด นครราชสีมา ระหว่างปี พ.ศ. 2560 – 2565 พบว่า โดยภาพรวมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น กล่าวคือ ปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยจำนวน 154 ราย (อัตรา 172.00 ต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคน) ปี พ.ศ. 2561 จำนวน 90 ราย (อัตรา 98.00) ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 486 ราย (อัตรา 513.00) ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 539 ราย (อัตรา 564.00) ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 749 ราย (อัตรา 780.00) และปี พ.ศ. 2565 จำนวน 588 ราย (อัตรา 593.63 ต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคน) ข้อมูลดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าการพลัดตกหกล้มยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดนครราชสีมา และจำเป็นต้องมี มาตรการป้องกันที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ (กองป้องกันการบาดเจ็บ, 2566) จังหวัดนครราชสีมามีบริบทเฉพาะ ทั้งด้านภูมิประเทศ สังคม และวัฒนธรรม เช่น การกระจายตัวของชุมชนในพื้นที่ชนบท ความแตกต่างในการเข้าถึง บริการสุขภาพ และความหลากหลายทางวัฒนธรรม เป็นต้น ซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกัน การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทยส่วนใหญ่มุ่งเน้นการศึกษาปัจจัยเสี่ยง หรือการประเมินความเสี่ยงในประชากรทั่วไป ขณะที่ยังมีการศึกษาค้นคว้าจำกัดเกี่ยวกับการพัฒนาและประเมินผล รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่นำไปใช้จริงในชุมชน ภายใต้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะในบริบท ของจังหวัดนครราชสีมา จึงนับเป็นช่องว่างขององค์ความรู้ที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติม

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ที่สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุในชุมชน และระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา เพื่อศึกษาผลของ รูปแบบต่อความรู้ พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และความพึงพอใจของผู้สูงอายุ อันจะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ สำหรับการใช้อยู่รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การวางแผนบริการ และการกำหนดนโยบายด้านการป้องกัน การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในระดับพื้นที่และระดับประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

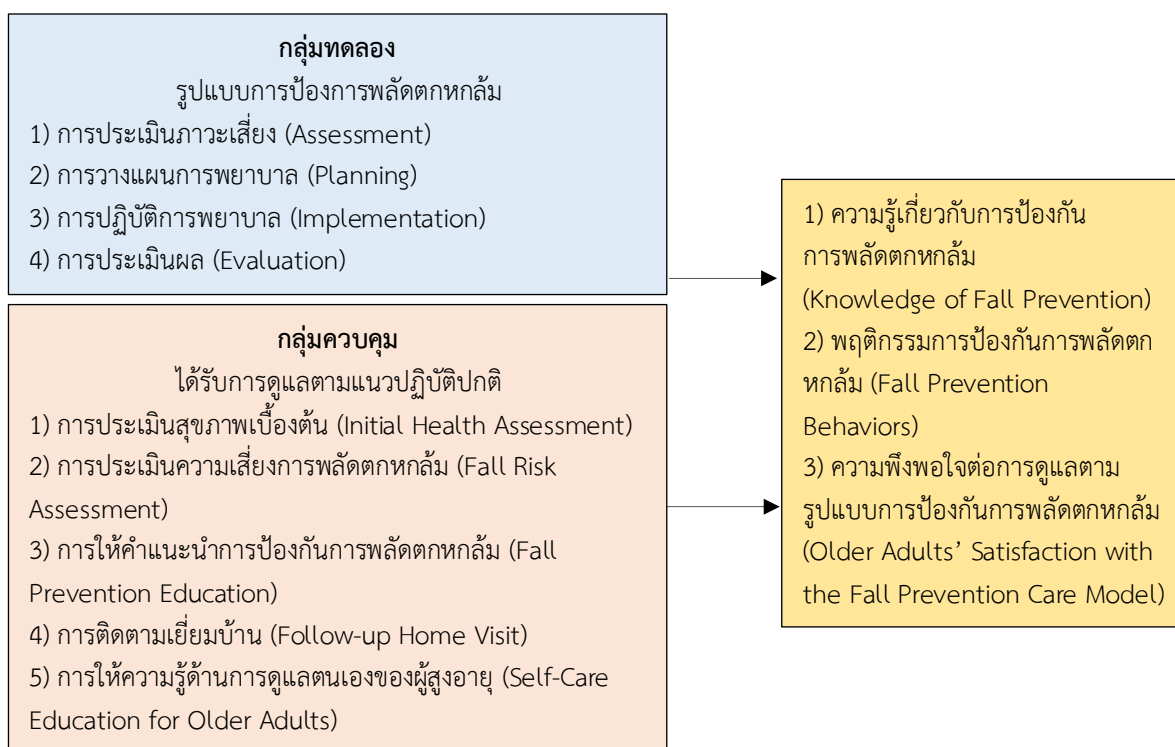
1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบ การป้องกันการพลัดตกหกล้มกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โคกเคียน
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับ รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลโคกเคียน
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองต่อการดูแลตามรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มใน ชุมชน

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มมีระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มมีพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยประยุกต์แนวคิดการประเมินความเสี่ยงการหกล้มของ Hendrich, Bender, Nyhuis (2003) ร่วมกับกระบวนการพยาบาล 4 ขั้นตอนของ ฟาอิส วาเลอะเต, บุญทิพย์ สิริธรรังศรี, นารินทร์ จิตรมนตรี, เจือจันทร์ วัณทิเจริญ (2565) ประกอบด้วย (1) การประเมินความเสี่ยงรายบุคคล (2) การวางแผนการพยาบาลตามปัญหา (3) การปฏิบัติการพยาบาลแบบเฉพาะราย โดยบูรณาการการปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมในบริบทชุมชน และ (4) การประเมินผลลัพธ์หลังการดำเนินรูปแบบผลลัพธ์หลักของการศึกษาได้แก่ ความรู้ พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และความพึงพอใจ แม้เดิมจะได้รับการดูแลตามรูปแบบสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล แต่ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ใช้ในการประเมิน เช่น ประวัติการพลัดตกหกล้ม การทรงตัว การเคลื่อนไหว ภาวะสับสน เวียนศีรษะ การใช้ยา เป็นต้น ล้วนเป็นปัจจัยที่พบได้ทั้งในผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ร่วมกับการประเมินปัจจัยแวดล้อมภายในบ้าน การมีส่วนร่วมของครอบครัว และบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชุมชน เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดนราธิวาส และสามารถใช้เป็นแนวทางในการคัดกรอง เฝ้าระวัง และป้องกันการพลัดตกหกล้มได้อย่างเหมาะสม (ภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบ วัดผลหลังการทดลองเพียงครั้งเดียว (Two-group Posttest-Only Control Group Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุในชุมชนที่อยู่ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส ซึ่งมีลักษณะดังนี้ 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในชุมชนที่ได้รับการบริการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส 2) ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เช่น มีปัญหาทางการเคลื่อนไหว ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน หรือมีภาวะสุขภาพที่อาจเพิ่มความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม เป็นต้น เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในชุมชนภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกเคียน 2) ผู้สูงอายุที่สามารถเคลื่อนไหวและทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง หรือมีคะแนน Activities of Daily Living (ADL) อยู่ระหว่าง 12 – 20 คะแนน และ 3) ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและไม่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง ไม่มีอาการบกพร่องด้านการรับรู้ หรือโรคทางจิตเวชที่ส่งผลต่อการสื่อสารและการเข้าร่วมกิจกรรม เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้เข้าร่วมวิจัยขอถอนตัวระหว่างการศึกษ 2) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนดหรือขาดการติดตามประเมินผล และ 3) ผู้เข้าร่วมวิจัยมีภาวะเจ็บป่วยหรือเหตุจำเป็นที่ทำให้ไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อไปได้

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาสที่มีภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม คำนวณโดยใช้วิธี Power Analysis โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ .05 ระดับอำนาจการทดสอบ .80 และคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากผลการวิจัยของ จิตติมา ทาสวรรณอินทร์ และกรรณิการ์ เทพกิจ (2560) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยมีค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 76.17 และค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 65.60 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 4.519 ค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้ (Effect Size) เท่ากับ 2.33 และเปิดตารางสำเร็จรูปที่ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลุ่มได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 40 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัย (Dropout) ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Polit, Beck, 2021) จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำเป็น 48 คน อย่างไรก็ตาม จากแฟ้มประวัติผู้รับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกเคียน และจากการสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าในพื้นที่ศึกษา พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 60 คน ผู้วิจัยจึงคัดเลือกเข้าศึกษาทั้งหมด เพื่อเพิ่มอำนาจการทดสอบทางสถิติ (Statistical Power) และลดความคลาดเคลื่อนของผลการศึกษาโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ด้วยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัย พัฒนารูปแบบขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ โดยอ้างอิงแนวทางปฏิบัติการพยาบาล บนหลักฐานเชิงประจักษ์ (Hendrich, Bender, Nyhuis, 2003) และประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล 4 ขั้นตอนของ ฟาอิส วาเลาะเต, บุญทิพย์ สิริธรรังศรี, นารินทร์ จิตรมณตรี, เจือจันทน์ วัฒนกิจเจริญ (2565) ได้แก่ (1) การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ครอบคลุมข้อมูลทั่วไป ประวัติการรักษา การชักประวัติ การตรวจร่างกาย และการประเมินความเสี่ยงจากการใช้ยา (2) การวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วยกำหนดข้อวินิจฉัย วัตถุประสงค์ และกิจกรรมการพยาบาล (3) การปฏิบัติการพยาบาล ดำเนินการดูแลเป็นรายบุคคล (Individually Tailored) โดยพยาบาลเลือกกิจกรรมให้สอดคล้องกับความเสี่ยงเฉพาะราย และประยุกต์ใช้ในบริบทชุมชนและที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ครอบคลุมทั้งปัจจัยภายในและภายนอก และ (4) การประเมินผล เป็นการประเมินผลลัพธ์ภายหลังการใช้รูปแบบ โดยพิจารณาจากการบรรลุวัตถุประสงค์ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลในชีวิตประจำวัน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกเคียน ได้แก่ (1) การประเมินสุขภาพเบื้องต้น (2) การประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม (3) การให้คำแนะนำการป้องกันการพลัดตกหกล้ม (4) การติดตามเยี่ยมบ้าน และ (5) การให้ความรู้ด้านการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ใช้วัดผลหลังการใช้รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน แบ่งออกเป็น 2 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามสำหรับกลุ่มทดลอง และแบบสอบถามสำหรับกลุ่มควบคุม แบบสอบถามทั้งสองชุด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง (Developed by the Researcher) จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

2.1 แบบสอบถามสำหรับกลุ่มทดลองแบ่งออกเป็น 8 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (ผู้สูงอายุ) จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพและปัญหาสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 3 การประเมินการใช้รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม จำนวน 3 ข้อ ส่วนที่ 4 การทดลองใช้รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม (เฉพาะกลุ่มทดลอง) จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 5 การประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม (เฉพาะกลุ่มทดลอง) จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 6 แบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม จำนวน 20 ข้อ (ตอบ ถูกหรือผิด ถูก = 1 ผิด = 0 คะแนนรวม 0-20 การแปลผล 16-20 = ดี 11-15 = ปานกลาง ≤ 10 = ต่ำ) ส่วนที่ 7 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ (ระดับคะแนน 1 = ไม่ปฏิบัติเลย, 2 = ปฏิบัติบ้าง, 3 = ปฏิบัติสม่ำเสมอ) และส่วนที่ 8 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 15 ข้อ (เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ 5 = มากที่สุด, 4 = มาก, 3 = ปานกลาง, 2 = น้อย, 1 = น้อยที่สุด)

2.2 แบบสอบถามสำหรับกลุ่มควบคุมแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (ผู้สูงอายุ) จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพและปัญหาสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 3 การประเมินการใช้รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม จำนวน 3 ข้อ ส่วนที่ 4 การประเมินผลการใช้รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม (เฉพาะกลุ่มควบคุม) จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม จำนวน 20 ข้อ (ตอบ ถูกหรือผิด ถูก = 1 ผิด = 0 คะแนนรวม 0-20 การแปลผล 16-20 = ดี 11-15 = ปานกลาง ≤ 10 = ต่ำ) ส่วนที่ 6 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ (ระดับคะแนน 1 = ไม่ปฏิบัติเลย, 2 = ปฏิบัติบ้าง, 3 = ปฏิบัติสม่ำเสมอ)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยรูปแบบและแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลชุมชนและการรักษาโรคเบื้องต้น 1 ท่าน ผลการประเมินพบว่ามีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างและไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน เพื่อประเมินความชัดเจนของข้อคำถามและตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ตรวจสอบความชัดเจนของข้อคำถามและประเมินความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบทดสอบความรู้การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่น Kuder Richardson (KR-20) เท่ากับ .94 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุมีค่า Cronbach's alpha รวมทั้งฉบับเท่ากับ .94 และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดูแลตามรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .97 ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือวิจัยมีความสอดคล้องภายในของข้อคำถามอยู่ในระดับสูง ข้อคำถามสามารถวัดตัวแปรที่ต้องการศึกษาได้อย่างสม่ำเสมอและมีความน่าเชื่อถือ จึงเหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยยื่นขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ และภายหลังได้รับการอนุมัติ ได้ทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกเคียน เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตามเกณฑ์ที่กำหนดจากแฟ้มประวัติผู้รับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกเคียน และจากการสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกในพื้นที่ศึกษา พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 60 คน ผู้วิจัยจึงคัดเลือกเข้าศึกษาทั้งหมด พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ก่อนให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยเตรียมผู้ร่วมวิจัย จำนวน 2 คน เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการวิจัย และผู้ร่วมวิจัยทำหน้าที่สนับสนุนการดำเนินงานและบันทึกข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม ก่อนดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการวิจัย

ขั้นตอนการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 โดยใช้รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมหลักจำนวน 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การประเมินภาวะเสี่ยง 2) การวางแผนการพยาบาล 3) การปฏิบัติการพยาบาล และ 4) การประเมินผล โดยแต่ละกิจกรรมใช้เวลาประมาณ 45 – 60 นาที ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ รายละเอียดของกิจกรรมมีดังนี้

กลุ่มทดลอง

1. การประเมินภาวะเสี่ยง (Assessment) 1) ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุด้วยแบบประเมินมาตรฐาน ได้แก่ การประเมินการทรงตัว การเดิน และประวัติการหกล้มในอดีต 2) ประเมินปัจจัยเสี่ยงด้านร่างกาย ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เวียนศีรษะ การมองเห็นลดลง หรือโรคประจำตัว 3) ประเมินปัจจัยเสี่ยงสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ได้แก่ พื้นลื่น แสงสว่างไม่เพียงพอ และสิ่งกีดขวางทางเดิน และ 4) ประเมินพฤติกรรมสุขภาพและความรู้ของผู้สูงอายุและผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

2. การวางแผนการพยาบาล (Planning) 1) กำหนดแผนการป้องกันการพลัดตกหกล้มตามระดับความเสี่ยงของผู้สูงอายุแต่ละราย 2) วางแผนกิจกรรมส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว 3) วางแผนปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัย และ 4) วางแผนให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเกี่ยวกับวิธีป้องกันการพลัดตกหกล้ม

3. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) 1) ให้ความรู้และสาธิตการออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว 2) แนะนำการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน เช่น การติดราวจับ การจัดแสงสว่าง และการเก็บสิ่งกีดขวาง เป็นต้น 3) ให้คำแนะนำเรื่องการใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมและการลุกนั่งหรือเดินอย่างปลอดภัย และ 4) ติดตามเยี่ยมบ้านหรือให้คำปรึกษา เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม

4. การประเมินผล (Evaluation) 1) ประเมินความรู้และพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบฯ 2) ประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านการทรงตัวและความแข็งแรงของร่างกาย 3) ประเมินการปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัยมากขึ้น และ 4) เปรียบเทียบอัตราการเกิดการพลัดตกหกล้มก่อนและหลังการใช้รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในชุมชน

กลุ่มควบคุม

ก่อนการดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อชี้แจงการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปก่อนการศึกษา จากนั้น กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติปกติ ได้แก่ 1) การประเมินสุขภาพเบื้องต้น 2) การประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม 3) การให้คำแนะนำการป้องกันการพลัดตกหกล้ม 4) การติดตามเยี่ยมบ้าน และ 5) การให้ความรู้ด้านการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมทั้งการให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นและการส่งต่อเมื่อพบปัญหาสุขภาพ ทั้งนี้กลุ่มควบคุมไม่ได้รับกิจกรรมเสริมเฉพาะด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มตลอดระยะเวลาการศึกษาที่กำหนด

ขั้นหลังการทดลอง

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองทันทีภายหลังสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามหลังการศึกษา (Post-test) นอกจากนี้ ภายหลังสิ้นสุด

การทดลอง มีการติดตามผลทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นระยะเวลา 1 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของผลลัพธ์ด้านความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ส่วนความพึงพอใจต่อการดูแลตามรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มประเมินเฉพาะในกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบดังกล่าว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มด้วย Chi-square หรือ Fisher's Exact Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2. การตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า คะแนนความรู้กลุ่มควบคุมมีการแจกแจงแบบปกติ ($p\text{-value} = .188$) ในขณะที่กลุ่มทดลองมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ($p\text{-value} < .05$) สำหรับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มทั้งด้านพฤติกรรมในบ้าน พฤติกรรมขณะเคลื่อนไหว และพฤติกรรมการใช้สิ่งของหรืออุปกรณ์เสริมความปลอดภัย กลุ่มควบคุมมีการแจกแจงแบบปกติ ($p\text{-value} = .893, .561$ และ $.358$ ตามลำดับ) ขณะที่กลุ่มทดลองมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ($p\text{-value} < .01$) ดังนั้นอย่างน้อยหนึ่งกลุ่มมีการแจกแจงแบบไม่ปกติในตัวแปรที่ใช้เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติ Mann-Whitney U test ในการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนคะแนนความพึงพอใจ ซึ่งประเมินเฉพาะในกลุ่มทดลอง ได้วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจ

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ (เลขที่ IRBC-FON-PNU/2025/521109 รับรองวันที่ 11 กันยายน 2568 ถึง 11 กันยายน 2569) ทั้งนี้เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยได้ถ่ายทอดองค์ความรู้และมอบคู่มือการป้องกันการพลัดตกหกล้มแก่กลุ่มควบคุม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับประโยชน์จากการวิจัยอย่างเท่าเทียมกัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ					.417 ^c
ชาย	9	30.00	12	40.00	
หญิง	21	70.00	18	60.00	
อายุ					.605 ^f
60 – 64 ปี	9	30.00	12	40.00	
65 – 69 ปี	18	60.00	14	46.67	
70 – 74 ปี	3	10.00	3	10.00	
75 ปีขึ้นไป	0	0.00	1	3.33	
สถานภาพสมรส					.241 ^f
สมรส	23	76.67	21	70.00	
หม้าย	5	16.67	9	30.00	
หย่าร้าง	2	6.66	0	0.00	

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ระดับการศึกษาสูงสุด					0.817 ^f
ไม่เคยเรียน	2	6.67	2	6.66	
ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า	20	66.67	23	76.67	
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	7	23.33	5	16.67	
อาชีวศึกษาหรือเทียบเท่า	1	3.33	0	0.00	
สถานะการทำงาน					.363 ^f
ว่างงาน	14	46.67	11	36.67	
ทำงานประจำ	3	10.00	1	3.33	
ทำงานอิสระ	13	43.33	18	60.00	

^cChi-square, ^fFisher's exact

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยคิดเป็นร้อยละ 70.00 และ 60.00 ตามลำดับ และส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 65 – 69 ปี ร้อยละ 60.00 และ 46.67 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.67 และ 70.00 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 66.67 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 76.67 ในกลุ่มควบคุม สำหรับสถานะการทำงาน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ว่างงาน ร้อยละ 46.67 รองลงมาคือทำงานอิสระ ร้อยละ 43.33 ขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ทำงานอิสระ ร้อยละ 60.00 รองลงมาคือว่างงาน ร้อยละ 36.67 ผลการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปทั้ง 2 กลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกัน

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มควบคุม (n = 30) และกลุ่มทดลอง (n = 30)

ตัวแปร	กลุ่ม	M	SD	IQR	W	Z	p-value	Effect Size (r)	95% CI
ความรู้	ควบคุม	13.00	2.77	3.75	867.5	6.17	<.001	0.79	6.00-8.00
	ทดลอง	19.93	2.98	1.00					

จากตาราง 2 พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.93 คะแนน (SD = 2.98) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.00 คะแนน (SD = 2.77) แสดงให้เห็นว่าหลังทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (W = 867.5, Z = 6.17, p-value < 0.001) โดยมีค่าประมาณความแตกต่างระหว่างกลุ่มเท่ากับ 7.00 คะแนน (95% CI = 6.00-8.00) และมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง (r = 0.796) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มมีผลต่อการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในระดับมาก

3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมระหว่างกลุ่มควบคุม (n = 30) และกลุ่มทดลอง (n = 30)

ตัวแปร	กลุ่ม	M	SD	IQR	W	Z	p-value	Effect Size (r)	95% CI
1) พฤติกรรมในบ้าน	ควบคุม	22.93	4.94	6.50	783	4.92	<.001	0.635	4.00-7.00
	ทดลอง	28.87	1.57	2.00					
2) พฤติกรรมขณะเคลื่อนไหว	ควบคุม	11.77	2.40	3.75	723	4.03	<.001	0.520	1.00-4.00
	ทดลอง	14.27	1.08	1.75					
3) พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์เสริมความปลอดภัย	ควบคุม	12.07	2.69	5.00	718	3.96	<.001	0.511	1.00-4.00
	ทดลอง	14.67	0.76	0.00					

จากตาราง 3 พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกด้าน ได้แก่ พฤติกรรมในบ้าน พฤติกรรมขณะเคลื่อนไหว และพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์เสริมความปลอดภัย โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจนในทุกมิติของพฤติกรรม

ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมในบ้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($W = 783, Z = 4.92, p\text{-value} < .001, r = 0.635, 95\% CI = 4.00-7.00$) พฤติกรรมขณะเคลื่อนไหว กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($W = 723, Z = 4.03, p\text{-value} < .001, r = 0.520, 95\% CI = 1.00-4.00$) และในด้านพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์เสริมความปลอดภัย กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($W = 718, Z = 3.96, p\text{-value} < .001, r = 0.511, 95\% CI = 1.00-4.00$) โดยขนาดอิทธิพลของทุกด้านอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มมีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในระดับมาก

4. ระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองต่อการดูแลตามรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ตาราง 4 ระดับความพึงพอใจของกลุ่มทดลอง (n = 30)

ตัวแปร	M	SD	ระดับ
1) ด้านเนื้อหา	4.92	0.24	มากที่สุด
2) ด้านการนำไปใช้	4.82	0.39	มากที่สุด
3) ด้านผลลัพธ์ที่สัมผัสได้	4.89	0.32	มากที่สุด
4) ด้านความพึงพอใจโดยรวม	4.86	0.36	มากที่สุด
ภาพรวม	4.87	0.33	มากที่สุด

จากตาราง 4 พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการดูแลตามรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.87, SD = 0.33$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าทุกด้านมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านเนื้อหาหามีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($M = 4.92, SD = 0.24$)

การอภิปรายผล

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)

สะท้อนว่ารูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการบูรณาการการให้ความรู้ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเชื่อมโยงความรู้กับประสบการณ์ในชีวิตประจำวัน และนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง นอกจากนี้ รูปแบบดังกล่าวยังสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Adult Learning Theory) ที่อธิบายว่า ผู้ใหญ่จะเรียนรู้ได้ดีเมื่อเนื้อหามีความเกี่ยวข้องกับปัญหาที่เผชิญจริงและเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สิริมา วังพยอม, สาลี อินทร์เจริญ, กิรติ พลเพชร, กาญจนชญา ศิริโชติ, นวพร แก้วชูเสน (2566); Hill, McPhail, Waldron, Etherton-Beer, Ingram, Flicker et al., (2015); Ong, Soh, Saimon, Wai, Mortell, Soh, (2021); Shin, Shin, Kim, Kim, (2005) ที่พบว่า โปรแกรมการให้ความรู้สามารถเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของรูปแบบในการศึกษาครั้งนี้ อาจไม่ได้เกิดจากการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการผสมผสานการประเมินความเสี่ยงรายบุคคล การฝึกปฏิบัติ และการติดตามอย่างต่อเนื่องโดยบุคลากรสุขภาพและครอบครัว ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ช่วยเปลี่ยนความรู้ให้เป็นความเข้าใจที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ในบริบทจริงของชุมชน อย่างไรก็ตาม การเพิ่มขึ้นของระดับความรู้สะท้อนผลลัพธ์ด้านการเรียนรู้ในระยะสั้น และยังไม่สามารถยืนยันได้ว่าความรู้ที่เพิ่มขึ้นจะคงอยู่ในระยะยาวหรือส่งผลต่อการลดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มได้โดยตรง ดังนั้น ควรมีการติดตามผลในระยะยาวและประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกเพิ่มเติม เช่น การเกิดการพลัดตกหกล้มและการบาดเจ็บ เป็นต้น เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบฯ อย่างรอบด้าน

2. ด้านพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มทั้งด้านพฤติกรรมในบ้าน พฤติกรรมขณะเคลื่อนไหว และพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์เสริมความปลอดภัยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบฯ ที่นำมาใช้สามารถส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความปลอดภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ เนื่องจากรูปแบบไม่ได้มุ่งเน้นเพียงการให้ความรู้แต่บูรณาการการประเมินความเสี่ยงรายบุคคล การฝึกปฏิบัติ การสาธิต การปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตจริง ซึ่งสอดคล้องกับหลักการที่ว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้ เมื่อบุคคลได้รับทั้งความรู้ ทักษะ และการสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมและเครือข่ายทางสังคม ไม่ใช่จากการให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Clemson, Stark, Pighills, Fairhall, Lamb, Ali et al. (2023); Li, Hou, Zhao, Xie, Yi, Ding (2023); Yoo, Jeon, Kim (2013) และ Park (2021) ที่พบว่า โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ประกอบด้วยหลายองค์ประกอบ (Multicomponent Intervention) มีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มมากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตาม จุดเด่นของการศึกษาครั้งนี้ คือ การประยุกต์ใช้รูปแบบให้สอดคล้องกับบริบทชุมชนของจังหวัดนราธิวาส โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกเคียน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมได้อย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นว่าประสิทธิผลของรูปแบบขึ้นอยู่กับความสอดคล้องระหว่างกิจกรรมกับบริบทของชุมชน มากกว่าการใช้รูปแบบฯ เดียวกันในทุกพื้นที่ อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ประเมินผลพฤติกรรมจากแบบสอบถามภายหลังสิ้นสุดการใช้รูปแบบฯ ในระยะสั้น จึงอาจยังไม่สะท้อนความคงอยู่ของพฤติกรรมในระยะยาว และไม่สามารถยืนยันได้ว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวจะนำไปสู่การลดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มจริง ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรติดตามผลในระยะยาวและประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น อัตราการพลัดตกหกล้ม อัตราการบาดเจ็บ และอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นต้น เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบฯ อย่างครอบคลุม

3. ด้านความพึงพอใจต่อการดูแลตามรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการดูแลตามรูปแบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบการดูแลที่นำไปใช้มีเนื้อหาที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และสอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้และแนวปฏิบัติไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจ

ต่อรูปแบบในระดับสูง โดยเฉพาะด้านเนื้อหาซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีรูปแบบที่มีสาระที่ครอบคลุม เข้าใจง่าย และตอบสนองต่อความต้องการในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Jiang, Yuan, Tee, Lam Nogueira (2024); Li, Hou, Zhao, Xie, Yi, Ding, (2023); Francis-Coad, Watts, Etherton-Beer, Panes, Griffiths, Anderson et al. (2019) และ Luk, Chan, Chan (2015) ที่พบว่า โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ได้รับการออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง จะช่วยเพิ่มการยอมรับและความพึงพอใจต่อโปรแกรม อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้สะท้อนเพิ่มเติมว่า ความพึงพอใจไม่ได้เกิดจากกิจกรรมเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการออกแบบบริการที่คำนึงถึงความต้องการเฉพาะบุคคล การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรสุขภาพ ผู้สูงอายุ และครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและความต่อเนื่องของการดูแลในระดับชุมชน อย่างไรก็ตาม ความพึงพอใจเป็นผลลัพธ์ที่ประเมินจากการรับรู้ของผู้เข้าร่วมวิจัย ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม จึงอาจได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ส่วนบุคคลหรือความคุ้นเคยกับผู้ดำเนินกิจกรรม และยังไม่สามารถสะท้อนประสิทธิผลของรูปแบบในระยะยาวได้ ดังนั้น ควรมีการติดตามความพึงพอใจและการคงอยู่ของการมีส่วนร่วมในระยะยาว รวมทั้งศึกษาความคิดเห็นของผู้ดูแลและบุคลากรสุขภาพร่วมด้วย เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการขยายผลสู่พื้นที่อื่น

โดยภาพรวม ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุจะมีประสิทธิผลมากขึ้นเมื่อใช้รูปแบบการดูแลเชิงรุกที่บูรณาการการประเมินความเสี่ยงรายบุคคล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการจัดการสภาพแวดล้อมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าการประยุกต์กรอบการประเมินความเสี่ยงของ Hendrich, Bender, Nyhuis (2003) ร่วมกับกระบวนการพยาบาล 4 ขั้นตอนของ ฟาอิส วาเลซเต, บุญทิพย์ สิริธรงค์, นาริรัตน์ จิตมนตรี, เจือจันทร์ วัฒนจิเจริญ (2565) สามารถพัฒนาเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทบริการสุขภาพปฐมภูมิและชุมชนของจังหวัดนราธิวาสได้ จึงมีศักยภาพในการนำไปใช้เป็นแนวทางมาตรฐานในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ และเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

องค์ความรู้ใหม่จากการศึกษานี้ คือ การแสดงให้เห็นว่าการบูรณาการการประเมินความเสี่ยง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปรับสภาพแวดล้อม และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายสุขภาพชุมชน สามารถพัฒนาเป็นรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมของจังหวัดนราธิวาส และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างเป็นรูปธรรม

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอและจังหวัดสามารถนำรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ไปบูรณาการเป็นแนวทางดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการปฐมภูมิ โดยกำหนดให้มีการคัดกรอง ประเมินความเสี่ยง และติดตามผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องผ่านเครือข่าย รพ.สต. และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายผู้สูงอายุระดับอำเภอ จังหวัด และกระทรวงสาธารณสุข
2. การนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ สามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ลดการบาดเจ็บ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล ภาระการดูแลของครอบครัว และการใช้ทรัพยากรทางสุขภาพในระยะยาว อันเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับผู้บริหารในการตัดสินใจขยายผลสู่พื้นที่อื่น
3. การนำรูปแบบฯ ไปใช้ในพื้นที่อื่นควรมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุข อสม. และภาคีเครือข่ายในชุมชน รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณสำหรับการคัดกรอง ติดตามเยี่ยมบ้าน และปรับสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยควรปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และทรัพยากรของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนารูปแบบการวิจัยเป็นการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) หรือการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Randomized Trial) เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งและความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์
2. ควรศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกเพิ่มเติม เช่น อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม การบาดเจ็บจากการหกล้ม และอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล เป็นต้น เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบในสถานการณ์จริง
3. ควรขยายการศึกษาไปยังผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือมีโรคประจำตัวหลายโรคร่วมกัน เพื่อประเมินความเหมาะสมและประสิทธิผลของรูปแบบในกลุ่มที่มีความเปราะบางมากขึ้น

คำแถลงการณ์การใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้เขียนขอชี้แจงว่าได้ใช้ปัญญาประดิษฐ์เชิงสร้างสรรค์ เพื่อช่วยปรับปรุงสำนวนภาษาและจัดรูปแบบรายการอ้างอิงเท่านั้น โดยเนื้อหา แนวคิด การวิเคราะห์ การตีความผลการวิจัย และข้อสรุปทั้งหมดเป็นผลงานของผู้เขียน ผู้เขียนได้ตรวจสอบและรับรองความถูกต้องของเนื้อหาทั้งหมดก่อนการเผยแพร่ และรับผิดชอบต่อนเนื้อหาในความฉบับนี้ตามหลักจริยธรรมทางวิชาการ

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้วิจัยขอรับรองว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัยและการเผยแพร่บทความฉบับนี้

รายการอ้างอิง

- กองป้องกันกการบาดเจ็บ. (2566). ข้อมูลจำนวนและอัตราผู้ป่วยนอก (OPD) สาเหตุจากการพลัดตกหกล้ม (W00-W19) ในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2560-2565. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2568 จาก <https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?deptcode=dip&news=34701>
- ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์ และกรณิการ์ เทพกิจ. (2560). ผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(3), 186-195.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/101819>
- ฟาอิส วาเลาะเต, บุญทิพย์ สิริธรรังศรี, นารินทร์ จิตมนตรี และเจื้อจันท์ วัฒนกิจเจริญ. (2565). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 9(2), 13-25.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/246002>
- ยุพาพร หงษ์ชูเวช. (2567). การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 18(1), 32-43.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/EAUHJSci/article/view/266906>
- สิริมา วังพยอม, สาลี อินทร์เจริญ, กิรติ พลเพชร, กาญจนชนญา ศิริโชติ และนพพร แก้วชูเสน. (2566). ผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มด้วยการจัดการหลายปัจจัยต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มและการทรงตัวของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดตรัง. *วารสารการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของไทย*, 10(2), 20-37.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/apnj/article/view/263261>

- Clemson, L., Stark, S., Pighills, A. C., Fairhall, N. J., Lamb, S. E., Ali, J., et al. (2023). Environmental interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2023(3), Article CD013258. doi.org/10.1002/14651858.CD013258.pub2
- Francis-Coad, J., Watts, T., Etherton-Beer, C., Panes, G., Griffiths, H., Anderson, M., et al. (2019). Evaluation of older people's knowledge, awareness, motivation and perceptions about falls and falls prevention in residential aged care homes: A tale of two cities. *Ageing & Society*, 39(11), 2541–2559. doi.org/10.1017/S0144686X18000697
- Hendrich, A. L., Bender, P. S., & Nyhuis, A. (2003). Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: A large concurrent case/control study of hospitalized patients. *Applied Nursing Research*, 16(1), 9–21. doi.org/10.1053/apnr.2003.YAPNR2
- Hill, A.-M., McPhail, S. M., Waldron, N., Etherton-Beer, C., Ingram, K., Flicker, L., et al. (2015). Fall rates in hospital rehabilitation units after individualised patient and staff education programmes: A pragmatic, stepped-wedge, cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*, 385(9987), 2592–2599. doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61945-0
- Jiang, H., Yuan, H., Tee, S., & Lam Nogueira, O. C. B. (2024). Perspectives and experiences of community-dwelling older adults who experience falling: A qualitative meta-synthesis. *International Journal of Nursing Sciences*, 11(2), 276–285. doi.org/10.1016/j.ijnss.2024.03.009
- Li, Y., Hou, L., Zhao, H., Xie, R., Yi, Y., & Ding, X. (2023). Risk factors for falls among community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Medicine*, 9, Article 1019094. doi.org/10.3389/fmed.2022.1019094
- Luk, J. K. H., Chan, T. Y., & Chan, D. K. Y. (2015). Falls prevention in the elderly: Translating evidence into practice. *Hong Kong Medical Journal*, 21(2), 165–171. doi.org/10.12809/hkmj144469
- Ong, M. F., Soh, K. L., Saimon, R., Wai, M. W., Mortell, M., & Soh, K. G. (2021). Fall prevention education to reduce fall risk among community-dwelling older persons: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 29(8), 2674–2688. doi.org/10.1111/jonm.13434
- Park, B. M. (2021). Development and effect of a fall prevention program based on King's theory of goal attainment in long-term care hospitals: An experimental study. *Healthcare*, 9(6), Article 715. doi.org/10.3390/healthcare9060715
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Salari, N., Darvishi, N., Ahmadipناه, M., Shohaimi, S., & Mohammadi, M. (2022). Global prevalence of falls in older adults: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 17, Article 334. doi.org/10.1186/s13018-022-03222-1
- Shin, K. R., Shin, S. J., Kim, J. S., & Kim, J. Y. (2005). The effects of fall prevention program on knowledge, self-efficacy, preventive activity related to fall, and depression of low-income elderly women. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 35(1), 104–112. doi.org/10.4040/jkan.2005.35.1.104

- Worapanwisit, T., Prabpai, S., & Rosenberg, E. (2018). Correlates of falls among community-dwelling elderly in Thailand. *Journal of Aging Research*, 2018, Article 8546085.
doi.org/10.1155/2018/8546085
- Yoo, J. S., Jeon, M. Y., & Kim, C. G. (2013). Effects of a fall prevention program on falls in frail elders living at home in rural communities. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 43(5), 613–625.
doi.org/10.4040/jkan.2013.43.5.613

การศึกษารูปแบบบริการและต้นทุนรายกิจกรรมการบริการทางทันตกรรมของเด็กอายุ 0-12 ปี
: กรณีศึกษาจังหวัดเชียงใหม่
Service Delivery Models and Activity-Based Costs of Dental Services for Children
Aged 0–12 Years: A Case Study of Chiang Mai Province, Thailand

นภชา สิงห์วีระธรรม¹, อนนต์ เฟื่องขจร^{2*}, รักชนก นุชพ่วง³, ปิยะนารถ จาติเกตุ⁴,
อารีรัตน์ นิรันดร์สิทธิรัชต์⁴, นันทิยา เสถียรวุฒิวงศ์⁵, นุชนารถ ตันกิตติรัตนกุล⁵

Noppcha Singweratham¹, Anon Fuengkajorn^{2*}, Rakchanok Noochpoung³, Piyanart Chatiketu⁴,
Areerat Nirunsittirat⁴, Nantiya Sathienwuttivong⁵, Nuchanart Tonkittiratanakul⁵

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ²โรงพยาบาลบ่อเกลือ จังหวัดน่าน, ³สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่,

⁴คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ⁵โรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่

¹Faculty of Public Health, Chiang Mai University, ²Boklua Hospital, Nan Province, ³Chiang Mai Provincial Public Health Office, ⁴Faculty of Dentistry, Chiang Mai University, ⁵Hangdong hospital, Chiang Mai Province

(Received: December 29, 2025; Revised: May 30, 2026; Accepted: June 9, 2026)

บทคัดย่อ

การศึกษารูปแบบบริการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดบริการและต้นทุนรายกิจกรรมการ จัดบริการทางทันตกรรมช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี ของโรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาแบบการจัดบริการ คัดเลือกผู้ให้บริการทางทันตกรรมช่องปากแบบ เฉพาะเจาะจงจำนวน 8 คน ทำการสัมภาษณ์แบบกลุ่มด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาต้นทุนการจัดบริการในมุมมองของผู้ให้บริการปีงบประมาณ 2567 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล ต้นทุน วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า

1. รูปแบบการจัดบริการทางทันตกรรมช่องปากเด็ก 0-12 ปี ในสถานบริการมีทันตแพทย์เป็นผู้ ให้บริการเป็นหลัก เช่น การตรวจฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน เป็นต้น โดยทันตภิบาลช่วยให้บริการในหัตถการที่ไม่ ยุ่งยากซับซ้อน ส่วนการจัดบริการนอกสถานบริการมีทันตภิบาลเป็นผู้ให้บริการเป็นหลัก โดยเน้นกิจกรรม ส่งเสริมป้องกันโรค เช่น การทาหรือเคลือบฟลูออไรด์ และการให้ทันตสุขศึกษา เป็นต้น

2. ต้นทุนทางตรงของการจัดบริการทางทันตกรรมช่องปากเด็กอายุ 0-12 ปี เท่ากับ 13,605,650.19 บาท ประกอบด้วย ค่าแรง 12,289,893.58 บาท (ร้อยละ 90.33) ค่าวัสดุ 750,591.28 บาท (ร้อยละ 5.52) และ ค่าครุภัณฑ์ 565,165.33 บาท (ร้อยละ 4.15) ต้นทุนรวมกิจกรรมการส่งเสริมและป้องกันโรคสุขภาพช่องปาก ในสถานบริการ เท่ากับ 486,124.69 บาท ต้นทุนต่อครั้ง เท่ากับ 71.51 บาท ต้นทุนรวมกิจกรรมการส่งเสริมและ ป้องกันโรคสุขภาพช่องปากนอกสถานบริการ เท่ากับ 1,398,628.12 บาท ต้นทุนต่อครั้ง เท่ากับ 75.74 บาท และต้นทุนรวมโครงการกิจกรรมการส่งเสริมและป้องกันโรคสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 793,466.88 บาท ต้นทุน ต่อครั้ง เท่ากับ 99.52 บาท

การศึกษานี้เป็นข้อมูลในการวางแผนจัดสรรงบประมาณ ทรัพยากร และบุคลากร ให้สอดคล้องกับ ต้นทุน ลดภาระการขาดทุนของหน่วยงาน และยังสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับการประเมินความคุ้มค่าของ โครงการส่งเสริมและป้องกันโรคสุขภาพช่องปากได้ในอนาคต

คำสำคัญ: รูปแบบบริการ ต้นทุนรายกิจกรรม บริการทางทันตกรรม เด็กอายุ 0-12 ปี

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: anon.anonymous57190271@gmail.com)

Abstract

This mixed-methods study aimed to examine the service delivery models and activity-based costs of dental services for children aged 0–12 years at Hang Dong Hospital, Chiang Mai Province, Thailand. The study consisted of two phases. In the first phase, the service delivery model was explored through purposive sampling of eight oral healthcare providers. Data were collected using a semi-structured focus group interview and analyzed by content analysis. In the second phase, service delivery costs were examined from the provider's perspective using fiscal year 2024 cost data. Cost information was collected using a cost-recording form and analyzed using descriptive statistics. The findings revealed as follows.

1. The service delivery model for dental care among children aged 0–12 years differed between facility-based and community-based settings. In healthcare facilities, dentists were the primary providers of clinical dental services, including oral examinations, dental restorations, and scaling, while dental nurses provided support for less complex procedures. In outreach settings, dental nurses served as the primary providers, focusing mainly on oral health promotion and disease prevention activities, such as fluoride application and oral health education.

2. The total direct cost of providing dental services for children aged 0–12 years was 13,605,650.19 Thai Baht (THB). Labor costs accounted for THB 12,289,893.58 (90.33%), material costs for THB 750,591.28 (5.52%), and capital (equipment) costs for THB 565,165.33 (4.15%). The total cost of facility-based oral health promotion and disease prevention activities was THB 486,124.69, with an average cost of THB 71.51 per visit. The total cost of community-based oral health promotion and disease prevention activities was THB 1,398,628.12, with an average cost of THB 75.74 per visit. The total cost of oral health promotion and disease prevention projects was THB 793,466.88, with an average cost of THB 99.52 per activity.

The findings provide evidence for planning budget allocation, resource management, and workforce deployment in accordance with actual service costs. Such information may help reduce financial losses incurred by healthcare organizations and serve as baseline data for future economic evaluations of oral health promotion and disease prevention programs.

Keywords: Service Delivery Model, Activity-Based Costing, Dental Services, Children Aged 0–12 Years

บทนำ

องค์การสหพันธ์ทันตกรรมโลก (World Dental Federation: FDI) ได้ให้นิยามใหม่ของคำว่า "สุขภาพช่องปาก" โดยกำหนดให้เป็นส่วนสำคัญของสุขภาพโดยทั่วไปทั้งทางร่างกายและจิตใจ การมีสุขภาพช่องปากที่ดีอยู่ในสิ่งแวดล้อมเหมาะสม ย่อมส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัย (FDI World Dental Federation, 2023) ในปีงบประมาณ 2563 - 2565 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เพิ่มรายการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ที่มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการบางกลุ่มวัยเป็นการจำเพาะ (Fee Schedule) ทั้งในหญิงตั้งครรภ์และเด็กวัยเรียน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและความครอบคลุมของการจัดให้บริการทางทันตกรรมช่องปาก การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเป้าหมายทุกสิทธิ และเพื่อลดความชุกของการเกิดโรคในช่องปาก (สำนักงานทันตสาธารณสุข, 2563; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2567)

จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566 พบว่า กลุ่มเด็กอายุ 3 ปี มีความชุกของการเกิดโรคฟันผุร้อยละ 47.00 และมีค่าเฉลี่ยฟันผุ อุต ถอน 2.50 ซึ่งต่อคน กลุ่มเด็กอายุ 5 ปี มีความชุกของการเกิดโรคฟันผุร้อยละ 72.10 และมีค่าเฉลี่ยฟันผุ อุต ถอน 4.60 ซึ่งต่อคน และกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี มีความชุกของการเกิดโรคฟันผุร้อยละ 49.70 และมีค่าเฉลี่ยฟันผุ อุต ถอน 0.80 ซึ่งต่อคน (สำนักทันตสาธารณสุข, 2567) แสดงให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กของประเทศไทย ที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องวางแผนเตรียมการจัดรูปแบบการให้บริการทางทันตกรรมช่องปากให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของปัญหาสุขภาพช่องปากที่เปลี่ยนแปลงไป โดยทางกระทรวงสาธารณสุขได้เห็นถึงความสำคัญของการป้องกันโรคฟันผุโดยเฉพาะกลุ่มเด็กอายุ 0-12 ปี จึงได้มีการกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญในกลุ่มเด็กอายุ 0-12 ปี ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก การทาหรือเคลือบฟลูออไรด์เฉพาะที่ การเคลือบหลุมร่องฟันแท้ การอุดฟัน การขูดหินปูน รวมถึงการให้ทันตสุขศึกษา เพื่อใช้ในการประเมินการจัดให้บริการทางทันตกรรมช่องปาก ทั้งการเข้าถึงบริการและความครอบคลุมในการจัดบริการ (ระบบ Health Data Center, 2567) ทั้งนี้ในกลุ่มเด็กอายุ 0-12 ปี จัดเป็นช่วงอายุที่สำคัญในการป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปาก เนื่องจากปัญหาสุขภาพช่องปากในเด็กช่วงอายุดังกล่าวสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจ ทั้งด้านพัฒนาการ การเรียนรู้ การเจริญเติบโต และการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร และการรักษาสภาพอารมณ์ให้เป็นปกติ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อเนื่องในระยะยาวของเด็กได้ (สำนักงานทันตสาธารณสุข, 2567)

บริการทางทันตกรรมช่องปาก เป็นบริการที่ส่งเสริมและป้องกันโรค รวมถึงส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากโดยการตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาบำบัด หรือการป้องกันโรคฟัน โรคอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับฟัน โรคอวัยวะภายในช่องปาก โรคขากรรไกรและกระดูกใบหน้าที่เกี่ยวข้องกับขากรรไกร รวมทั้งการกระทำทางศัลยกรรม (สำนักงานทันตสาธารณสุข, 2567) ทั้งนี้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมการดูแลสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในส่วนของบริการทางทันตกรรมช่องปากนี้ด้วย และบริการนี้ยังเป็นการดูแลประชาชนในทุกสิทธิประกันสุขภาพ ไม่จำกัดเฉพาะผู้มีสิทธิบัตรทองเท่านั้น แต่รวมถึงสิทธิประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการ และสิทธิอื่น ๆ หรือครอบคลุมประชาชนไทยทุกคน เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมและป้องกัน มีสุขภาพช่องปากและฟันที่ดี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2566) โดยบริการทางทันตกรรมช่องปากมีทันตบุคลากรเป็นผู้จัดให้บริการหลัก ประกอบไปด้วย ทันตแพทย์และทันตภิบาล โดยทั่วไปทันตแพทย์จะเน้นให้บริการด้านการรักษาโรค และทันตภิบาลจะเน้นให้บริการด้านการส่งเสริมป้องกันโรค เนื่องจากมีขอบเขตงานตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2539 (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ส่งผลให้บริการทางทันตกรรมช่องปากที่สามารถทำได้คือบริการทางทันตกรรมที่ทำเพื่อป้องกันโรค เช่น การใช้สารเคลือบหลุมร่องฟัน การขูดหินปูน การอุดฟันชั่วคราว การอุดฟันไม่ซับซ้อน การถอนฟันที่ขึ้นปกติ การคัดแยกและส่งต่อผู้ป่วยด้านทันตกรรม การบำบัดฉุกเฉินด้านทันตกรรม เป็นต้น และจะต้องให้บริการภายใต้การควบคุมดูแลของทันตแพทย์เท่านั้น ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537 (ทันตแพทยสภา, 2564) จึงทำให้ทันตภิบาลมีข้อจำกัดในการจัดให้บริการทางทันตกรรมช่องปากกับประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะการออกไปให้บริการนอกสถานบริการที่ไม่มีทันตแพทย์คอยควบคุมดูแล อาจส่งผลต่อการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมและสภาวะสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ได้

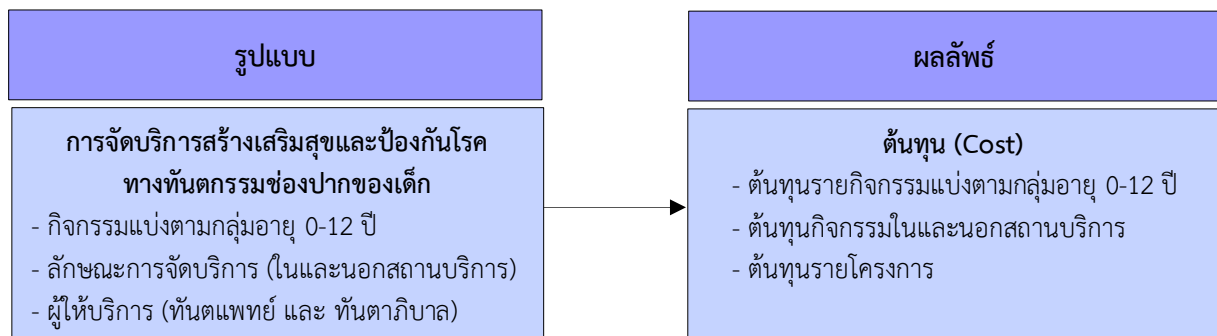
จะเห็นว่าสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดบริการทางทันตกรรมช่องปาก ทั้งด้านการรักษาและด้านการส่งเสริมป้องกันโรคในหลายกิจกรรม รวมถึงโครงการที่เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากด้วย โดยกิจกรรมและโครงการ มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับต้นทุนของการให้บริการ เช่น ค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าครุภัณฑ์ เป็นต้น ประกอบกับยังไม่มีการศึกษาต้นทุนรายกิจกรรมการบริการทางทันตกรรม โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กอายุ 0-12 ปี มาก่อน ดังนั้นการวิเคราะห์ต้นทุนรวมและต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมของบริการทางทันตกรรมช่องปาก ที่แบ่งตามรายกิจกรรมและรายโครงการ จะช่วยเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการนำไปใช้ประกอบการพิจารณาประมาณให้มีความสอดคล้องกับต้นทุนที่เกิดขึ้นจริง เพื่อเป็นประโยชน์ในการบริหารจัดการและปรับปรุงประสิทธิภาพการให้บริการของหน่วยงาน ประชาชนในพื้นที่ที่สามารถเข้าถึงบริการทางทันตกรรมได้มากขึ้น ลดภาระการขาดทุนของหน่วยงาน และยังสามารถประเมินความคุ้มค่าของโครงการส่งเสริมและป้องกันโรคสุขภาพช่องปากได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการจัดบริการทางทันตกรรมช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี
2. เพื่อศึกษาต้นทุนรายกิจกรรมการจัดบริการทางทันตกรรมช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษารูปแบบการจัดบริการทางทันตกรรมช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี ในกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบ่งตามกลุ่มอายุทั้งในและนอกสถานบริการ ในมุมมองของผู้ให้บริการ (Provider Perspective) ที่ส่งผลต่อต้นทุนรายกิจกรรมการบริการทางทันตกรรมที่ประกอบไปด้วย ต้นทุนค่าแรง (Labor Cost) ค่าวัสดุ (Material Cost) และค่าครุภัณฑ์ (Capital Cost) (นฤพร ชูเสน, นภชา สิงห์วีระธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ตวงรัตน์ โพธิ์, อำพล บุญเพียร, 2565) ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษารูปแบบผสมวิธี (Mixed Method) แบบคู่ขนานเข้ากัน (Convergent Parallel Design) (Creswell, Plano Clark, 2018) โดยทำการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Study) ในรูปแบบการจัดบริการทางทันตกรรมช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี และทำการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Study) ที่เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนทางบัญชี (สมคิด แก้วสนธิ, ภิรมย์ กมลรัตนกุล, 2536) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษารูปแบบการจัดบริการทางทันตกรรมช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ภายใต้สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ให้บริการทางทันตกรรมช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี ที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งทันตแพทย์หรือทันตภิบาล ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลทางดง (รพ.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 6 แห่ง ที่มีการให้บริการทางทันตกรรมในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ภายใต้สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ให้บริการทางทันตกรรมช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี (ผู้ให้ข้อมูล) จำนวนทั้งสิ้น 8 คน ทำการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Random Sampling) โดยจะต้องปฏิบัติงานในหน่วยงานอย่างน้อย 5 ปี จาก รพ. ทางดง จำนวน 2 คน และ รพ.สต. ในเขตพื้นที่อีกจำนวน 6 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม (Focus Group Interview) ประกอบด้วยแนวคำถามดังนี้ 1) รูปแบบการจัดบริการ 2) ทรัพยากรที่ใช้ในการจัดบริการ 3) ขั้นตอนการจัดบริการในเครือข่ายบริการ รพ. ทางดง ในมุมมองของผู้ให้บริการ

2. เครื่องบันทึกเสียง สมุดจดบันทึก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบโดยหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านบริการทางทันตกรรมช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย และผู้เชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ระหว่าง .67 – 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขอความร่วมมือในการเข้าสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งนัดหมายเวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์
2. ประสานผู้รับผิดชอบดูแลงานด้านบริการทางทันตกรรมช่องปาก เพื่อขอนัดสัมภาษณ์
3. เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละ 45 - 60 นาที ทั้งนี้ หลังการสัมภาษณ์ให้ถอดเทปประเด็น และรวบรวมข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ จัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาต้นทุนรายกิจกรรมการจัดบริการทางทันตกรรมช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนทางบัญชีของการจัดบริการระหว่างคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) และ รพ.สต. ใช้วิธีการศึกษาต้นทุนรายกิจกรรม (Activities Based Costing: ABC) (อาทร รวีไพบูลย์, 2561) ในมุมมองของผู้ให้บริการ โดยใช้วิธีคำนวณต้นทุนแบบมาตรฐานที่อิงวิธีการพื้นฐานจากแนวทางการคำนวณต้นทุนของงานบริการสาธารณะของกรมบัญชีกลาง (กรมบัญชีกลาง, 2557)

แหล่งข้อมูลในการศึกษา

ข้อมูลต้นทุนทางตรง (Direct Cost) จากฐานข้อมูลงานบริหารของโรงพยาบาลทางต และต้นทุนการจัดบริการทางทันตกรรมช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี จากฐานข้อมูลแผนกทันตกรรมของโรงพยาบาลทางต โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเงินงบประมาณแผ่นดินปีงบประมาณ 2567 แยกตามหน่วยต้น ประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง (Labor Cost: LC) ค่าวัสดุ (Material Cost: MC) และค่าครุภัณฑ์ (Capital Cost: CC) (อาทร รวีไพบูลย์, 2561) และข้อมูลจัดบริการทางทันตกรรมช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนการจัดบริการหน่วยต้นทุน โดยพัฒนาแบบบันทึกข้อมูลต้นทุนจากการศึกษาวิจัยต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้านการแพทย์แผนไทย (นภา สิงห์วีระธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, 2565) ที่ได้ปรับปรุงมาจาก Costing Template ของ อาทร รวีไพบูลย์ (2561) รายละเอียดของเครื่องมือ ได้แก่

1. แบบบันทึกต้นทุนค่าแรง ได้ใช้แบบบันทึก LC1 ที่บันทึกข้อมูล เงินเดือน เงินประจำตำแหน่งทางการบริหาร และเงินประจำตำแหน่งทางวิชาการ ค่าตอบแทน ของทันตแพทย์จำนวน 8 คน และทันตภิบาลจำนวน 10 คน แบบบันทึก LC2 เป็นแบบบันทึกสัดส่วนการทำงานเพื่อใช้กระจายต้นทุนค่าแรง
2. แบบบันทึกค่าวัสดุ ได้ใช้แบบบันทึก MC1 โดยบันทึกวัสดุทั่วไป และวัสดุอื่น ๆ ประกอบด้วย วัสดุอุดฟัน สารเคลือบหลุมร่องฟัน ฟลูออไรด์วานิช และค่าสาธารณูปโภค เช่น ค่าน้ำประปา และ ค่าไฟฟ้า
3. แบบบันทึกค่าลงทุน ได้ใช้แบบบันทึก CC1 โดยแยกไปตามหน่วยต้นทุนเพื่อบันทึกครุภัณฑ์ที่มีมูลค่ามากกว่า 5,000 บาท ตามเกณฑ์ของกรมบัญชีกลาง (กรมบัญชีกลาง, 2562) เช่น ยูนิตทันตกรรม เครื่องชุดหินปูน

เครื่องฉายแสง และอื่น ๆ และแบบบันทึก CC2_1 ใช้บันทึกค่าที่ดินสิ่งก่อสร้าง และอื่น ๆ ในกรณีที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ การจัดบริการทางทันตกรรมช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี

4. แบบบันทึกกิจกรรมการจัดบริการทางทันตกรรมช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การศึกษาครั้งนี้ใช้ปรับปรุงแบบบันทึกข้อมูลต้นทุนจากการศึกษาวิจัยต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมบริการส่งเสริม สุขภาพและป้องกันโรคด้านการแพทย์แผนไทย (นภชา สิงห์วีระธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, 2565) ที่ได้ผ่าน การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) .67

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดเก็บข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยการผลิตโดยมีขั้นตอนดังนี้

1.1 วิเคราะห์กิจกรรมการให้บริการ (Activity Analysis) โดยการศึกษาโครงสร้าง ลักษณะงาน และหน้าที่ความรับผิดชอบของกิจกรรม งานสนับสนุน (Support Unit) ประกอบด้วย งานบริหารงานเบิกจ่าย และงานสนับสนุนบริการอื่น ๆ และกิจกรรมบริการ (Patient Service Unit) ประกอบด้วย งานการจัดบริการทาง ทันตกรรมช่องปากทั้งในและนอกสถานบริการ

1.2 การหาต้นทุนทางตรงของแต่ละกิจกรรม (Direct Cost Determination) ประกอบด้วยต้นทุน ค่าแรง (LC) ค่าวัสดุ (MC) และค่าครุภัณฑ์ (CC)

1.3 กำหนดเกณฑ์การกระจายต้นทุน (Allocation Criteria) การศึกษาครั้งนี้ใช้การกระจายแบบ ลำดับขั้น (Step-down Allocation) โดยการกระจายต้นทุนงานบริหารลงไปยังกิจกรรมการให้บริการใช้เกณฑ์ ปริมาณงานของแต่ละกิจกรรม

1.4 คำนวณต้นทุนรวมทางตรง (Total Direct Cost)

1.5 คำนวณต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost) ตามการจัดบริการทางทันตกรรมช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี

2. อธิบายการเก็บข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องของการกรอกข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูล ดำเนินการ แก้ไขข้อมูลหากพบข้อผิดพลาด

3. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ด้วยการใช้ชุดคำสั่งในการสุ่มตรวจสอบความตรงกันและความสอดคล้อง ของข้อมูลที่บันทึกกับผลลัพธ์โดยรวมของการบันทึกข้อมูล

4. สรุปและรวบรวมรายงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติจำนวน ความถี่ ร้อยละ โดยมี รายละเอียดการคำนวณดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนการจัดบริการทางทันตกรรมช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี ทั้งการจัดบริการใน และนอกสถานบริการ ประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง (LC) ค่าวัสดุ MC) และค่าครุภัณฑ์ (CC)

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

2. วิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนรายกิจกรรมการจัดบริการทางทันตกรรมช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี ทั้งกิจกรรม การจัดบริการในและนอกสถานบริการแบ่งตามกลุ่มอายุ

$$\text{ต้นทุนรายกิจกรรม} = \frac{\text{กิจกรรมการจัดบริการทางทันตกรรมช่องปาก}}{\text{จำนวนคน/ครั้งของการรับบริการ}}$$

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สำนักงานจริยธรรมการวิจัย ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เลขที่โครงการ 29/2567 ลงวันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการจัดบริการทางทันตกรรมช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี

ตาราง 1 กิจกรรมการจัดบริการทางทันตกรรมช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี

กิจกรรมแบ่งตามกลุ่มอายุ	ในสถานบริการ		นอกสถานบริการ		
	ทันตแพทย์	ทันตภิบาล	ทันตแพทย์	ทันตภิบาล	อื่น ๆ
บริการทางทันตกรรมกลุ่มอายุ 0-2 ปี					
ตรวจฟัน	/				
อุดฟัน	/				
ขูดหินปูน					
ทาหรือเคลือบฟลูออไรด์	/	/			
การให้ทันตสุขศึกษา					
บริการทางทันตกรรมกลุ่มอายุ 3-5 ปี					
ตรวจฟัน	/			/	
อุดฟัน	/			/	
ขูดหินปูน					
ทาหรือเคลือบฟลูออไรด์	/	/		/	
แจกแปรงสีฟันและยาสีฟัน				/	/
การให้ทันตสุขศึกษา	/	/		/	
บริการทางทันตกรรมกลุ่มอายุ 6-12 ปี					
ตรวจฟัน	/	/		/	
เคลือบหลุมร่องฟันแท้	/			/	
อุดฟัน	/			/	
ขูดหินปูน	/			/	
ทาหรือเคลือบฟลูออไรด์	/	/		/	
แจกแปรงสีฟันและยาสีฟัน				/	/
การให้ทันตสุขศึกษา	/	/		/	

หมายเหตุ: อื่น ๆ หมายถึง บุคลากรสาธารณสุข เช่น พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น

จากตาราง 1 การจัดบริการทางทันตกรรมช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี พบว่าผู้ให้บริการทางทันตกรรมหลักประกอบด้วยทันตแพทย์และทันตภิบาล โดยการจัดให้บริการในสถานบริการ (รพ. หรือ รพ.สต.) ทันตแพทย์จะเป็นผู้ให้บริการทางทันตกรรมหลัก และในสถานการณ์จัดให้บริการนอกสถานบริการ (โรงเรียน หรือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก) ทันตภิบาลจะเป็นผู้ให้บริการทางทันตกรรมหลัก ซึ่งจะเน้นจัดให้บริการทางทันตกรรมป้องกันและการรักษาที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เช่น การทาหรือเคลือบฟลูออไรด์ การเคลือบหลุมร่องฟันแท้ การขูดหินปูนน้ำลาย การอุดฟันน้ำนม เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีบุคลากรสาธารณสุข (พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข) มาช่วยในกิจกรรมการแจกแปรงสีฟันและยาสีฟันร่วมด้วย

2. ต้นทุนรายกิจกรรมการจัดบริการทางทันตกรรมช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี

ตาราง 2 ต้นทุนทางตรงของการจัดบริการทางทันตกรรมช่องปากเด็กอายุ 0-12 ปี แยกตามรายกิจกรรม

การจัดบริการทันตกรรม	ค่าแรง (ร้อยละ)	ค่าวัสดุ (ร้อยละ)	ค่าครุภัณฑ์ (ร้อยละ)	ต้นทุนรวม (ร้อยละ)
1 ด้านบริหาร	1,489,120.59 (96.11)	11,621.67 (0.75)	48,725.36 (3.14)	1,549,467.62 (100.00)
2 ด้านการรักษา	7,822,594.45 (91.60)	333,542.64 (3.91)	383,587.99 (4.49)	8,539,725.08 (100.00)
3 ด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปาก	1,176,543.93 (89.25)	94,347.49 (7.16)	47,309.43 (3.59)	1,318,200.85 (100.00)
4 อนามัยโรงเรียน (อายุ 6-12 ปี) ใน โรงพยาบาล	257,080.92 (74.06)	59,005.26 (17.00)	31,060.48 (8.94)	347,146.66 (100.00)
5 อนามัยโรงเรียน (อายุ 6-12 ปี) นอกโรงพยาบาล	974,374.19 (83.31)	171,788.07 (14.69)	23,370.58 (2.00)	1,169,532.84 (100.00)
6 โครงการด้านทันตกรรม	570,179.50 (83.66)	80,286.15 (11.78)	31,111.49 (4.56)	681,577.14 (100.00)
รวม	12,289,893.58 (90.33)	750,591.28 (5.52)	565,165.33 (4.15)	13,605,650.19 (100.00)

จากตาราง 2 ต้นทุนทางตรงรวมของกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลทางตง จังหวัดเชียงใหม่ เท่ากับ 13,605,650.19 บาท ประกอบด้วย ค่าแรง 12,289,893.58 บาท (ร้อยละ 90.33) ค่าวัสดุ 750,591.28 บาท (ร้อยละ 5.52) และค่าครุภัณฑ์ 565,165.33 บาท (ร้อยละ 4.15) เมื่อพิจารณาตามรายกิจกรรมพบว่าต้นทุนรวมด้านการรักษา (ชุดหินปูน อุดฟัน ถอนฟัน) สูงที่สุด เท่ากับ 8,539,725.08 บาท รองลงมาคือต้นทุนรวมด้านบริหาร เท่ากับ 1,549,467.62 บาท และต้นทุนรวมด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 1,318,200.85 บาท ตามลำดับ ในส่วน ต้นทุนรวมอนามัยโรงเรียน (อายุ 6-12 ปี) ในโรงพยาบาลน้อยที่สุด เท่ากับ 347,146.66 บาท

ตาราง 3 ต้นทุนกิจกรรมการจัดบริการทางทันตกรรมช่องปากในสถานบริการของเด็กอายุ 0-12 ปี

กิจกรรม	ค่าแรง (บาท)	ค่าวัสดุ (บาท)	ค่าครุภัณฑ์ (บาท)	ต้นทุนรวม (บาท)	ต้นทุนต่อครั้ง (บาท)
บริการทางทันตกรรมกลุ่มอายุ 0-2 ปี					
1 ตรวจฟัน	66,142.06	1,715.65	1,012.31	68,870.02	59.83
2 อุดฟัน	15,113.26	12,867.35	7,592.33	35,572.94	135.26
3 ชุดหินปูน	-	-	-	-	-
4 ทาหรือเคลือบฟลูออไรด์	32,525.11	857.82	506.16	33,889.09	59.87
5 การให้ทันตสุขศึกษา	-	-	-	-	-
บริการทางทันตกรรมกลุ่มอายุ 3-5 ปี					
1 ตรวจฟัน	46,431.61	1,715.65	1,012.31	49,159.57	60.84
2 อุดฟัน	20,859.75	12,867.35	7,592.33	41,319.43	113.83
3 ชุดหินปูน	-	-	-	-	-
4 ทาหรือเคลือบฟลูออไรด์	4,712.12	857.82	506.16	6,076.10	74.10
5 แจกแปรงสีฟันและยาสีฟัน	-	-	-	-	-
6 การให้ทันตสุขศึกษา	72,003.47	2,144.56	1,265.39	75,413.42	60.19

กิจกรรม	ค่าแรง (บาท)	ค่าวัสดุ (บาท)	ค่าครุภัณฑ์ (บาท)	ต้นทุนรวม (บาท)	ต้นทุนต่อครั้ง (บาท)
บริการทางทันตกรรมกลุ่มอายุ 6-12 ปี					
1 ตรวจฟัน	37,582.02	2,573.47	1,518.47	41,673.96	63.72
2 เคลือบหลุมร่องฟันแท้	1,379.16	6,433.68	3,796.16	11,609.00	483.71
3 อุดฟัน	16,894.67	10,722.80	6,326.94	33,944.41	115.46
4 ขูดหินปูน	1,838.88	4,289.12	2,530.78	8,658.78	270.59
5 ทาหรือเคลือบฟลูออไรด์	37,582.02	857.82	506.16	38,946.00	59.55
6 แฉกแปรงสีฟันและยาสีฟัน	-	-	-	-	-
7 การให้ทันตสุขศึกษา	37,582.02	2,144.56	1,265.39	40,991.97	62.68
รวม	390,646.15	60,047.65	35,430.89	486,124.69	71.51

จากตาราง 3 ต้นทุนรวมกิจกรรมการจัดบริการทางทันตกรรมช่องปากในสถานบริการของเด็กอายุ 0-12 ปี เท่ากับ 486,124.69 บาท ประกอบด้วย ค่าแรง 390,646.15 บาท ค่าวัสดุ 60,047.65 บาท ค่าครุภัณฑ์ 35,430.89 บาท และมีต้นทุนต่อครั้ง เท่ากับ 71.51 บาท เมื่อพิจารณาตามรายการกิจกรรมพบว่าต้นทุนรวมการให้ทันตสุขศึกษาของเด็กอายุ 3-5 ปี สูงที่สุด เท่ากับ 75,413.42 บาท และต้นทุนรวมการทาหรือเคลือบฟลูออไรด์ของเด็กอายุ 3-5 ปี น้อยที่สุด เท่ากับ 6,076.10 บาท และเมื่อพิจารณาตามต้นทุนต่อครั้ง พบว่าการเคลือบหลุมร่องฟันแท้ของเด็กอายุ 6-12 ปี สูงที่สุด เท่ากับ 483.71 บาท และการทาหรือเคลือบฟลูออไรด์ของเด็กอายุ 6-12 ปี น้อยที่สุด เท่ากับ 59.55 บาท

ตาราง 4 ต้นทุนกิจกรรมการจัดบริการทางทันตกรรมช่องปากนอกสถานบริการของเด็กอายุ 0-12 ปี

กิจกรรม	ค่าแรง (บาท)	ค่าวัสดุ (บาท)	ค่าครุภัณฑ์ (บาท)	ต้นทุนรวม (บาท)	ต้นทุนต่อครั้ง (บาท)
บริการทางทันตกรรมกลุ่มอายุ 0-2 ปี					
-	-	-	-	-	-
บริการทางทันตกรรมกลุ่มอายุ 3-5 ปี					
1 ตรวจฟัน	111,540.91	4,314.45	882.13	116,737.49	72.42
2 อุดฟัน	23,526.00	21,572.23	4,410.65	49,508.88	145.61
3 ขูดหินปูน	-	-	-	-	-
4 ทาหรือเคลือบฟลูออไรด์	104,206.34	2,157.22	441.07	106,804.63	70.92
5 แฉกแปรงสีฟันและยาสีฟัน	74,037.70	1,078.61	220.53	75,336.84	70.41
6 การให้ทันตสุขศึกษา	74,037.70	3,235.83	661.60	77,935.13	72.84
บริการทางทันตกรรมกลุ่มอายุ 6-12 ปี					
1 ตรวจฟัน	256,156.61	5,393.06	1,102.66	262,652.33	70.95
2 เคลือบหลุมร่องฟันแท้	32,382.85	16,179.17	3,307.99	51,870.01	110.83
3 อุดฟัน	61,029.21	26,965.29	5,513.32	93,507.82	106.02
4 ขูดหินปูน	6,781.02	10,786.12	2,205.33	19,772.47	201.76
5 ทาหรือเคลือบฟลูออไรด์	256,156.61	2,157.22	441.07	258,754.90	69.90
6 แฉกแปรงสีฟันและยาสีฟัน	21,796.15	1,078.61	220.53	23,095.29	73.32
7 การให้ทันตสุขศึกษา	256,156.61	5,393.06	1,102.66	262,652.33	70.95
รวม	1,277,807.71	100,310.87	20,509.54	1,398,628.12	75.74

จากตาราง 4 ต้นทุนรวมกิจกรรมการจัดบริการทางทันตกรรมช่องปากนอกสถานบริการของเด็กอายุ 0-12 ปี เท่ากับ 1,398,628.12 บาท ประกอบด้วย ค่าแรง 1,277,807.71 บาท ค่าวัสดุ 100,310.87 บาท ค่าครุภัณฑ์

20,509.54 บาท และมีต้นทุนต่อครั้ง เท่ากับ 75.74 บาท เมื่อพิจารณาตามรายการกิจกรรมพบว่าต้นทุนรวมการตรวจฟัน และการให้ทันตสุขศึกษาของเด็กอายุ 6-12 ปี สูงที่สุด เท่ากับ 262,652.33 บาท และต้นทุนรวมการอุดฟันของ เด็กอายุ 6-12 ปี น้อยที่สุด เท่ากับ 19,772.47 บาท และเมื่อพิจารณาตามต้นทุนต่อครั้งพบว่า การอุดฟันของ เด็กอายุ 6-12 ปี สูงที่สุด เท่ากับ 201.76 บาท และการทาหรือเคลือบฟลูออไรด์ของเด็กอายุ 6-12 ปี น้อยที่สุด เท่ากับ 69.90 บาท

ตาราง 5 ต้นทุนกิจกรรมการจัดบริการทางทันตกรรมช่องปาก แยกตามรายการโครงการ

กิจกรรม	ค่าแรง (บาท)	ค่าวัสดุ (บาท)	ค่าครุภัณฑ์ (บาท)	ต้นทุนรวม (บาท)	ต้นทุนต่อครั้ง (บาท)
1 จัดอบรมครูอนามัย รร./ครู ศพด./ อสม. / เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	11,475.11	13,566.07	5,790.95	30,832.13	228.39
2 จัดอบรมแกนนำนักเรียน	11,050.11	13,566.07	5,790.95	30,407.13	233.90
3 ฝึกทักษะการแปรงฟันในชมรมผู้สูงอายุ	12,750.12	21,293.27	9,089.47	43,132.86	287.55
4 แจกแปรงและฝึกแปรงฟัน ANC (รพ.สต.)	5,780.06	589.19	251.51	6,620.76	97.36
5 แจกแปรงและฝึกผู้ปกครองแปรงฟันให้ เด็ก 0-2 ปี (รพ.สต.)	65,365.63	2,356.75	1,006.03	68,728.41	89.37
6 ฝึกผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็ก 3-5 ปี (ศพด.)	27,370.26	6,186.48	2,640.83	36,197.57	112.41
7 ให้ทันตสุขศึกษาผู้ป่วยเบาหวาน รายบุคคล	118,916.14	-	-	118,916.14	85.00
8 ฝึกทักษะการแปรงฟันในเด็กประถม	212,502.03	11,783.77	5,030.14	229,315.94	91.73
9 ฝึกทักษะการแปรงฟันในประชาชนทั่วไป	212,502.03	11,783.77	5,030.14	229,315.94	91.73
รวม	677,711.49	81,125.37	34,630.02	793,466.88	99.52

หมายเหตุ: รร. = โรงเรียน, ศพด. = ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก, อสม. = อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ANC = Antenatal Care, รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จากตาราง 5 ต้นทุนรวมโครงการกิจกรรมการจัดบริการทางทันตกรรมช่องปาก เท่ากับ 793,466.88 บาท ประกอบด้วย ค่าแรง 677,711.49 บาท ค่าวัสดุ 81,125.37 บาท ค่าครุภัณฑ์ 34,630.02 บาท และมีต้นทุนต่อครั้ง เท่ากับ 99.52 บาท เมื่อพิจารณาตามรายการโครงการพบว่าต้นทุนรวมกิจกรรมฝึกทักษะการแปรงฟันในเด็กประถม และประชาชนทั่วไป สูงที่สุด เท่ากับ 229,315.94 บาท และต้นทุนรวมกิจกรรมแจกแปรงสีฟันและฝึกแปรงฟัน ANC (รพ.สต.) น้อยที่สุด เท่ากับ 6,620.76 บาท และเมื่อพิจารณาตามต้นทุนต่อครั้ง พบว่ากิจกรรมฝึกทักษะ การแปรงฟันในชมรมผู้สูงอายุ สูงที่สุด เท่ากับ 287.55 บาท และกิจกรรมให้ทันตสุขศึกษาผู้ป่วยเบาหวานรายบุคคล น้อยที่สุด เท่ากับ 85.00 บาท

การอภิปรายผล

การจัดบริการทางทันตกรรมช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี พบว่าผู้ให้บริการทางทันตกรรมหลักประกอบด้วย ทันตแพทย์และทันตภิบาล โดยกิจกรรมการจัดบริการทางทันตกรรมช่องปากในสถานบริการในโรงพยาบาล มีทันตแพทย์เป็นผู้ให้บริการเป็นหลัก เช่น การตรวจฟัน อุดฟันทั้งฟันแท้และฟันน้ำนม ขูดหินปูน ทาหรือเคลือบ ฟลูออไรด์ และการเคลือบหลุมร่องฟันแท้ และจะมีทันตภิบาลช่วยให้บริการสำหรับการรักษาในเหตุการณ์ที่ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน และเน้นการดูแลรักษาฟันน้ำนม เช่น การทาหรือเคลือบฟลูออไรด์ การแจกแปรงสีฟันและยาสีฟัน และการให้ทันตสุขศึกษา เป็นต้น ส่วนกิจกรรมการจัดบริการทางทันตกรรมช่องปากนอกสถานบริการในโรงเรียน และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จะมีทันตภิบาลเป็นผู้ให้บริการเป็นหลัก โดยเน้นกิจกรรมส่งเสริมป้องกันโรค เช่น การทา หรือเคลือบฟลูออไรด์ และการให้ทันตสุขศึกษา เป็นต้น เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่ไม่มีความยุ่งยากซับซ้อนและใช้

อุปกรณ์เครื่องมือที่ต้องอาศัยความคล่องตัวสามารถเคลื่อนย้ายได้ง่าย ในส่วนของกิจกรรมการแจกแปรงสีฟัน และยาสีฟันนอกสถานบริการจะมีบุคลากรสาธารณสุข เช่น พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข คอยช่วยในการจัดกิจกรรมร่วมด้วย ทั้งนี้การจัดบริการทางทันตกรรมช่องปากเป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เด็กปฐมวัยของกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (กองทันตสาธารณสุข, 2550) และแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2568 ของกลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักงานทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักงานทันตสาธารณสุข, 2567) อีกทั้งการดำเนินงานดังกล่าวยังเป็นตัวชี้วัดและเป้าหมายของสำนักทันตสาธารณสุข เพื่อให้เกิดเป้าหมายการบริการด้านทันตสาธารณสุขทั้งเชิงรับและเชิงรุกในการพัฒนาระดับสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี ซึ่งพบว่าตัวชี้วัดและเป้าหมายในช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2565 (อนนต์ เพื่องขจร, นกษา สิงห์วีรธรรม, พัลลภ เชียวชัยสกุล, จักรกฤษณ์ วังราชภูร์, 2567) มีการเปลี่ยนแปลงไปตามบริบทของนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และไม่ได้น้อยหรือมากเกินไปจากขอบเขตการจัดให้บริการทางทันตกรรมช่องปากที่พบ

ต้นทุนทางตรงรวมของกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดเชียงใหม่ เท่ากับ 13,605,650.19 บาท ประกอบด้วย ค่าแรง 12,289,893.58 บาท (ร้อยละ 90.33) ค่าวัสดุ 750,591.28 บาท (ร้อยละ 5.52) และค่าครุภัณฑ์ 565,165.33 บาท (ร้อยละ 4.15) สอดคล้องไปกับการศึกษาต้นทุนการจัดบริการในแผนกทันตกรรม โรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ที่มีขนาดโรงพยาบาลและประชากรในเขตรับผิดชอบใกล้เคียงกัน ที่พบว่าต้นทุนทางตรงรวมปี พ.ศ. 2564 เท่ากับ 9,586,341.97 บาท และมีสัดส่วนต้นทุนค่าแรงสูงที่สุดอยู่โดยระหว่างร้อยละ 82.30 - 87.55 (นฤพร ชูเสน, นกษา สิงห์วีรธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ดวงรัตน์ โพธิ์, อำพล บุญเพียร, 2565) รวมถึงการศึกษาต้นทุนแบบศูนย์ต้นทุนในแผนกทันตกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (กชพร ลากสุวรรณสกุล, ตามพวรรณ คุณคำ, 2555) ที่มีสัดส่วนต้นทุนค่าแรงสูงที่สุดอยู่โดยระหว่างร้อยละ 72.30 - 81.75 และยังเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาต้นทุนอื่น ๆ ในการจัดบริการสุขภาพ เช่น การศึกษาต้นทุนโปรแกรมภาคบังคับของภาครัฐในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสถานบริการ (วิน เตชะเคหะกิจ, นกษา สิงห์วีรธรรม, ธนะวัฒน์ วงศ์ผืน, 2561) การศึกษาต้นทุนรายกิจกรรมการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสถานบริการกระทรวงสาธารณสุข (นกษา สิงห์วีรธรรม, ธนิตา ขุนบุญจันทร์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ปพนพัทธ์ อธิษฐ์ดิษฐ์, มนต์วี อดุลย์รัตน์, 2564) ทั้งนี้การจัดบริการด้านทันตกรรมต้องดำเนินการโดยทันตแพทย์และทันตภิบาล ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะด้าน จึงส่งผลต่อต้นทุนค่าแรงที่สูง นอกจากนี้ยังพบว่าต้นทุนรวมกิจกรรมการจัดบริการทางทันตกรรมช่องปากในสถานบริการของเด็กอายุ 0-12 ปี เท่ากับ 486,124.69 บาท ซึ่งต้นทุนรวมการให้ทันตสุขศึกษาของกลุ่มเด็กอายุ 3-5 ปี สูงที่สุด เท่ากับ 75,413.42 บาท (ต้นทุนต่อหน่วย เท่ากับ 60.19 บาท) และต้นทุนรวมการทาหรือเคลือบฟลูออไรด์ของกลุ่มเด็กอายุ 3-5 ปี น้อยที่สุด เท่ากับ 6,076.10 บาท (ต้นทุนต่อหน่วย เท่ากับ 74.10 บาท) ต้นทุนรวมกิจกรรมการจัดบริการทางทันตกรรมช่องปากนอกสถานบริการของเด็กอายุ 0-12 ปี เท่ากับ 1,398,628.12 บาท ซึ่งต้นทุนรวมการตรวจฟันและการให้ทันตสุขศึกษาของกลุ่มเด็กอายุ 6-12 ปี สูงที่สุด เท่ากับ 262,652.33 บาท (ต้นทุนต่อหน่วย เท่ากับ 70.95 บาท) และต้นทุนรวมการอุดฟันของฟันของฟันของกลุ่มเด็กอายุ 6-12 ปี น้อยที่สุด เท่ากับ 19,772.47 บาท (ต้นทุนต่อหน่วย เท่ากับ 201.76 บาท)

ต้นทุนรวมโครงการกิจกรรมการจัดบริการทางทันตกรรมช่องปาก เท่ากับ 793,466.88 บาท (ต้นทุนต่อครั้ง เท่ากับ 99.52 บาท) เมื่อพิจารณาตามรายโครงการพบว่าต้นทุนรวมกิจกรรมฝึกทักษะการแปรงฟันในเด็กประถม และประชาชนทั่วไปสูงที่สุด เท่ากับ 229,315.94 บาท (ต้นทุนต่อครั้ง เท่ากับ 91.73 บาท) และต้นทุนรวมกิจกรรมแจกแปรงสีฟันและฝึกแปรงฟัน ANC (รพ.สต.) น้อยที่สุด เท่ากับ 6,620.76 บาท (ต้นทุนต่อครั้ง เท่ากับ 97.36 บาท) สอดคล้องกับการศึกษาต้นทุนกิจกรรมทันตสาธารณสุขปี พ.ศ. 2562 และ ปี พ.ศ. 2564 ของโรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด (นฤพร ชูเสน, นกษา สิงห์วีรธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ดวงรัตน์ โพธิ์, อำพล บุญเพียร, 2565) จะเห็นได้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาที่แยกตามรายโครงการทั่วไป และยังไม่ลงรายละเอียดของโครงการ โดยเฉพาะกิจกรรมการจัดบริการส่งเสริมและป้องกันโรคสุขภาพช่องปากของกลุ่มเด็กอายุ 0-12 ปี ที่ทำให้เห็นถึงข้อมูลต้นทุนอย่างละเอียดแยกออกเป็นรายกิจกรรม ซึ่งจะส่งผลต่อการพิจารณาการจัดสรรและการเข้าถึงทรัพยากร

ในส่วนของการจัดให้บริการทางทันตกรรมช่องปากได้อย่างชัดเจน ดังนั้นเพื่อให้สามารถพิจารณาต้นทุนและทรัพยากรที่ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรที่มีการศึกษาต้นทุนรายกิจกรรมที่สามารถมองเห็นถึงรายละเอียดของแต่ละกิจกรรมในการดำเนินงาน (อาทร รุ่งไพบูลย์, 2561; สมคิด แก้วสนธิ, ภิรมย์ กมลรัตนกุล, 2536) เพื่อที่จะเป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัยการศึกษารูปแบบการจัดบริการทางทันตกรรมด้านการรักษา และด้านการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปากกิจกรรมการจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากเด็ก 0-12 ปี ที่เป็นการศึกษาต้นทุนทางตรงเท่านั้น ไม่ได้ครอบคลุมต้นทุนทางอ้อมของโรงพยาบาล (Indirect Cost) และต้นทุนของผู้ป่วย (Direct Nonmedical Cost)

การนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษารูปแบบและต้นทุนรายกิจกรรมการบริการทางทันตกรรมในครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงรูปแบบกิจกรรมการจัดให้บริการทางทันตกรรมช่องปากทั้งในและนอกสถานบริการ รวมถึงผู้รับผิดชอบหลักในแต่ละกิจกรรม และยังทราบถึงข้อมูลต้นทุนการจัดให้บริการรายกิจกรรม เพื่อเป็นประโยชน์ในการบริหารจัดการและปรับปรุงประสิทธิภาพการจัดบริการของหน่วยงาน โดยเฉพาะหน่วยงานในระดับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ภายใต้สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้มีการวางแผนจัดสรรงบประมาณ ทรัพยากร และบุคลากร ให้สอดคล้องกับต้นทุนลดภาระการขาดทุนของหน่วยงาน และยังสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับการประเมินความคุ้มค่าของโครงการส่งเสริมและป้องกันโรคสุขภาพช่องปากได้ในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาต้นทุนรายกิจกรรมของงานบริการทันตกรรมช่องปากในกลุ่มอื่น ๆ เช่น การคัดกรองโรคเหงือกและมะเร็งช่องปาก การทำฟันเทียมสำหรับผู้สูงอายุเสียฟัน เป็นต้น เพื่อจะได้มีข้อมูลที่ใช้ในการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างครอบคลุมมากขึ้นในอนาคตต่อไป
2. ควรเพิ่มพื้นที่ในการศึกษา รวมถึงการศึกษาในบริบทของพื้นที่ที่ถ่ายโอน รพ.สต. ไปยังองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ทราบถึงรูปแบบและต้นทุนการจัดบริการที่เกิดขึ้นหลังการถ่ายโอน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนทุนการวิจัย ผ่านทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

คำแถลงการณ์การใช้ปัญญาประดิษฐ์

คณะผู้วิจัยขอรับรองว่าเนื้อหา แนวคิด ระเบียบวิธีวิจัย การวิเคราะห์ และการอภิปรายผลทั้งหมดในบทความนี้เป็นผลงานของคณะผู้วิจัย โดยมีได้ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการจัดทำ

ผลประโยชน์ทับซ้อน

คณะผู้วิจัยขอยืนยันว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใด ๆ ในการเผยแพร่บทความนี้

รายการอ้างอิง

- กขพร ลาภสุวรรณสกุล และตามพวรรณ คุณคำ. (2555). การวิเคราะห์ต้นทุนทางบัญชีและต้นทุนบริการทางเศรษฐกิจศาสตร์โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. ปทุมธานี: โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.

- กรมบัญชีกลาง. (2557). *แนวทางการคำนวณต้นทุนผลผลิตของงานบริการสาธารณะประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557*. กรุงเทพมหานคร: สำนักมาตรฐานด้านการบัญชีภาครัฐ.
- กรมบัญชีกลาง. (2562). *คู่มือการบัญชีภาครัฐ เรื่องที่ดิน อาคาร และอุปกรณ์*. กรุงเทพมหานคร: กรมบัญชีกลาง.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหาร ส่วนท้องถิ่นอื่นหรือสภาเทศบาลไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2539*. กระทรวงสาธารณสุข.
- กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักงานทันตสาธารณสุข. (2567). *แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568*. นนทบุรี: กรมอนามัย.
- กองทันตสาธารณสุข. (2550). *แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการในโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ทันตแพทยสภา. (2564). *พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537*. ทันตแพทยสภา.
- นงา สิงห์วีระธรรม และกิตติพร เนาว์สุวรรณ. (2565). รูปแบบและต้นทุนการจัดบริการรักษาผู้ป่วยด้วยการแพทย์ผสมผสานตามหลักธรรมานามัยในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในประเทศไทย. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 16(3), 136–149. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/259434>
- นงา สิงห์วีระธรรม, ธนิตา ขุนบุญจันทร์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ปพนพัทธ์ อธิษฐ์ดิษฐ์ และมนัสวี อดุลย์รัตน์. (2564). ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้านการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 13(3), 89–107. <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/248777>
- นฤพร ชูเสน, นงา สิงห์วีระธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ดวงรัตน์ โพธิ์ และอำพล บุญเพียร. (2565). ต้นทุนและผลกระทบทางการเงินของการจัดการทันตสาธารณสุขในสถานบริการก่อนการระบาดและระหว่างการะบาดของโรคโควิด-19 อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 16(1), 76–87. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/254259>
- ระบบ Health Data Center. (2567). *ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- วิน เตชะเคหะกิจ, นงา สิงห์วีระธรรม และธนวัฒน์ วงศ์พันธ์. (2561). *ต้นทุนบริการและผลกระทบทางงบประมาณของโปรแกรมภาคบังคับของภาครัฐในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- สมคิด แก้วสนธิ และภิรมย์ กมลรัตนกุล. (2536). *เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข: การวิเคราะห์และประเมินผลบริการสาธารณสุข* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานทันตสาธารณสุข. (2561). *รายงานผลการสำรวจสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานทันตสาธารณสุข. (2563). *คู่มือการบริหารจัดการการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากที่มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการบางกลุ่มวัยเป็นการจำเพาะ*. นนทบุรี: บริษัทสหมิตรพรินต์แอนด์พับลิชชิง จำกัด.
- สำนักงานทันตสาธารณสุข. (2567). *แนวทางการจัดการบริการสุขภาพช่องปากสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- สำนักงานทันตสาธารณสุข. (2567). *รายงานผลการสำรวจสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2566). *ผลการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนประสิทธิภาพของความร่วมมือในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงานประเมินประสิทธิภาพของความร่วมมือในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 วันที่ 20 ธันวาคม 2566.

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2567). *ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายเงินบริการสาธารณสุขภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- อนนต์ เพ็ญขจร, นกษา สิงห์วีธรรม, พัลลภ เชียวชัยสกุล และจักรกฤษณ์ วัชรราชวร (2567). เปรียบเทียบสัดส่วนการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมและสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 0–12 ปีระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปยังองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในเขตพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทย. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 11(2), e268398.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/268398>
- อาทร รื้อไพบูลย์. (2561). *การวิเคราะห์ต้นทุนในการพัฒนาระบบสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ศักดิ์โสภาคการพิมพ์.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. (3rd ed.). Los Angeles, CA: SAGE.
- FDI World Dental Federation. (2023). *2023 Annual Report*. Geneva, Switzerland: Author.

การศึกษาผลการผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักจากการดูแลแบบเร่งด่วน
ในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา
Surgical Outcomes of an Urgent Care Pathway for Older Adults with Hip Fractures
at Somdej Phra Boromrajonani Hospital, Na Thawi District, Songkhla Province

ปิยะโชค พรหมสุทธิ์

Piyachock Promsut

โรงพยาบาลสะเตา จังหวัดสงขลา

Sadao Hospital, Songkhla Province

(Received: February 2, 2026; Revised: May 26, 2026; Accepted: June 11, 2026)

บทคัดย่อ

การศึกษาย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหากระดูกหัก
รอบสะโพกแบบเร่งด่วนในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา ตั้งแต่เดือน
มกราคม 2564 ถึง ธันวาคม 2667 ในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก จำนวน 134 คน อายุมากกว่า 60 ปี รวบรวม
ข้อมูลตั้งแต่ 1 มกราคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2567 เก็บข้อมูลการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ การผ่าตัดได้ใน
24 ชั่วโมง 24 - 48 ชั่วโมง 48 - 72 ชั่วโมง และมากกว่า 72 ชั่วโมง ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระยะเวลาในการ
นอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษา สถิติที่ใช้ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
สถิติ Fisher's Exact Test สถิติ Kruskal Wallis Test และ สถิติ Mann-Whitney U Test ผลวิจัยพบว่า
การผ่าตัดได้ภายใน 24 ชั่วโมงแรกมีระยะเวลาในการรักษา ค่าใช้จ่ายน้อยกว่าผ่าตัดหลัง 48 ชั่วโมง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) แต่ภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = .376$)
การดูแลผ่าตัดผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักใน 24 ชั่วโมงแรก สามารถลดระยะเวลาการรักษาตัวใน
โรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษา และลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ดีกว่าผ่าตัดหลัง 24 ชั่วโมง

คำสำคัญ: ผู้ป่วยสูงอายุ กระดูกสะโพกหัก การผ่าตัดเร่งด่วน

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kae_kung4@hotmail.com)

Abstract

This retrospective study aimed to evaluate surgical outcomes in elderly patients with hip fractures treated under emergency care at Somdet Phra Borommarachini Hospital, Na Thawi District, Songkhla Province, between January 2021 and December 2024. A total of 134 patients aged over 60 years with hip fractures were included. Data were collected on surgical timing (within 24 hours, 24 – 48 hours, 48 – 72 hours, and more than 72 hours), postoperative complications, length of hospital stay, and treatment costs. Statistical analyses included frequency, percentage, mean, standard deviation, Fisher's Exact test, Kruskal–Wallis test, and Mann–Whitney U test.

The results showed that surgery performed within the first 24 hours significantly reduced hospital stay and treatment costs compared with surgery after 48 hours (p -value < .001). However, postoperative complications did not differ significantly between groups (p -value = .376).

Early surgical intervention within 24 hours for elderly patients with hip fractures can effectively reduce hospitalization duration, treatment costs, and postoperative complications compared with delayed surgery beyond 24 hours.

Keywords: Elderly Patients, Hip Fracture, Emergency Surgery

บทนำ

โรคกระดูกพรุนเป็นปัญหาสำคัญหนึ่งในผู้สูงอายุไทย แนวทางเวชปฏิบัติในปัจจุบันของทั้ง American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) และ National Institute for Health and Care Excellence (NICE) แนะนำให้ผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักได้รับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพและเข้ารับการผ่าตัดโดยเร็วภายใน 24 – 48 ชั่วโมง หากไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นตัวภาวะกระดูกพรุนจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม มากขึ้น โดยการหกล้มที่ไม่รุนแรง ซึ่งผู้ป่วยกระดูกรอบสะโพกหักจะมีอัตราการเสียชีวิตในปีแรกร้อยละ 19 และร้อยละ 80.00 ไม่สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้เหมือนเดิม (Daraphongsataporn, Saloa, Sriruanthong, Philawuth, Waiwattana, Chonyuen et al., 2020) จากการศึกษาในต่างประเทศ (Mattisson, Bojan, Enocson, 2018) พบอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุที่หกล้ม และมีกระดูกหักใน 1 ปี ประมาณร้อยละ 26 มีอัตราการเสียชีวิตประมาณหนึ่งในสาม เมื่อมีการติดตามไป 1.5 ปี พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 2.30 เกิดภาวะฟุ้งฟิงร้อยละ 40.00 ไม่สามารถเดินได้ด้วยตัวเองมากถึงร้อยละ 80.00 และพบว่ามีโอกาสเกิดการหักกระดูกซ้ำภายหลังหักครั้งแรกภายใน 1 ปี ร้อยละ 2.30 - 2.50 นอกจากนี้การศึกษาแบบ randomized controlled trial ขนาดใหญ่ (HIP ATTACK Trial) รายงานว่าการเร่งผ่าตัดในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมีแนวโน้มช่วยลดภาวะแทรกซ้อนสำคัญและเพิ่มโอกาสการฟื้นตัวเมื่อเทียบกับการรักษาตามมาตรฐาน (Borges, Bhandari, Guerra-Farfan, Patel, Sigamani, Umer et al., 2020) (จิตติมา เอกวิโรจนสกุล, 2562) ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา มีผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหากระดูกรอบสะโพกหักเฉลี่ยปีละ 30 - 40 คน ซึ่งมีปัญหาในการผ่าตัดผู้ป่วยกลุ่มนี้ล่าช้าเกิน 72 ชั่วโมง ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุขได้มีการตั้งโครงการ Capture the fracture เพื่อลดปัญหาเหล่านี้ (ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) โดยมีการกำหนดให้ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี ที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักจากถื่นนตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility Fracture) อันได้แก่ Femoral neck fracture, Intertrochanteric fracture และ Subtrochanteric Fracture ได้รับการผ่าตัดรักษาภายใน 72 ชั่วโมง (3 วัน) สอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติของ American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) ที่แนะนำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักได้รับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ และควรได้รับการผ่าตัดโดยเร็วภายใน 24 – 48 ชั่วโมง หากไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ (O'Connor & Switzer, 2022) จากการทบทวนวรรณกรรมแบบ Systematic Review และ Meta-Analysis ในต่างประเทศ (Simunovic, Devereaux,

Sprague, Guyatt, Schemitsch, Debeer et al, 2010; Moja, Piatti, Pecoraro, Ricci, Virgili, Salanti et al., 2012) พบว่าการผ่าตัดภายใน 24 – 48 ชั่วโมง สัมพันธ์กับการลดอัตราการเสียชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อน และลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเมื่อเทียบกับการผ่าตัดที่ล่าช้า เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกข้อสะโพกหัก หากได้รับการผ่าตัดเร็วจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โรงพยาบาลจึงต้องมีการจัดตั้งทีม Capture the fracture เพื่อให้เกิดการผ่าตัดให้เร็วขึ้น ให้เป็นไปตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการให้ผ่าตัดผู้ป่วยกลุ่มนี้ภายใน 72 ชั่วโมง โดยแนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับ Fragility Fracture Network ที่สนับสนุนการจัดระบบการดูแลแบบ multidisciplinary เพื่อเพิ่มคุณภาพการรักษา ลดภาวะแทรกซ้อน และลดการเกิดกระดูกหักซ้ำในผู้สูงอายุ ซึ่งมีแพทย์ออร์โธปิดิกส์ อายุรแพทย์ วัสดุแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาล กายภาพ ร่วมกันดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งผ่าตัดและกลับบ้าน โดยมีการวัดผลในด้านต่าง ๆ เช่น ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

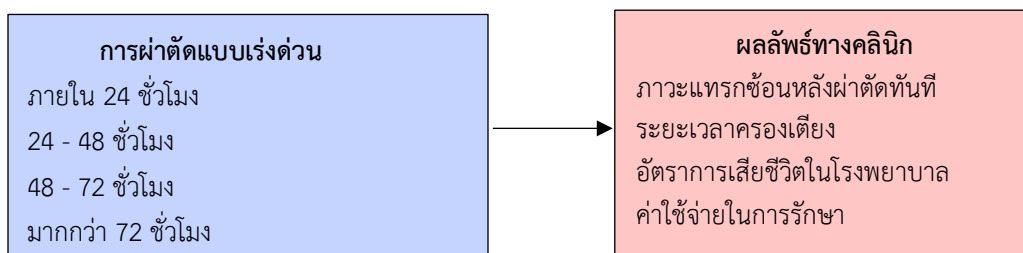
เพื่อศึกษาผลการผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหากระดูกหักรอบสะโพกแบบร่งด่วนในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา ตั้งแต่เดือนมกราคม 2564 ถึง ธันวาคม 2667

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาในการผ่าตัดกับผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทันที ระยะเวลาในการนอน อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษา ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาหวี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสงขลา ทำให้สามารถผ่าตัดได้อย่างรวดเร็วภายใต้ความพร้อมของทีมผ่าตัด ห้องผ่าตัดและผู้ป่วย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ตั้งอยู่บนแนวคิดว่าการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักอย่างรวดเร็วดังกล่าวข้างต้น โดยคำนึงถึงปัจจัยก่อนผ่าตัดเช่น โรคร่วมของผู้ป่วย ระดับสมรรถภาพของผู้ป่วย ระดับความเสี่ยงทางวิสัญญี ถ้ามีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ทีมผ่าตัดได้ดี จะช่วยให้ผ่าตัดได้เร็ว ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา (ทรงพล ตระกูลเงินไทย, 2565)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้การศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Study)

ประชากร

ผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกหักรอบสะโพกหักอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา จำนวน 134 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยเก็บข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) จากโปรแกรม HosXP ก่อนนำมาบันทึกในแบบบันทึกที่สร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และการเกิดภาวะแทรกซ้อน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลผู้ป่วย 60 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีกระดูกรอบสะโพกหัก (Fracture Intertrochanteric of Femur, Fracture Neck of Femur, Fracture Sub Trochanteric of Femur) ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2567 จาก HosXP โดยแบ่งเป็นผ่าตัดใส่เหล็กตรึงกระดูกต้นขา 92 ราย เปลี่ยนข้อสะโพกใหม่จำนวน 42 รายหาข้อมูลโดยใช้ ICD 10 ที่วินิจฉัยผู้ป่วยกระดูกหักรอบสะโพกทั้งหมดที่นอนโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) โดยแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Fisher's Exact

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test ในการวิเคราะห์ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และสถิติ Kruskal Wallis Test ในการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยทำหนังสือขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ระดับจังหวัดของจังหวัดสงขลา หมายเลขรับรอง 93/2567 ลงวันที่ 30 กันยายน 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลผู้ป่วยทั่วไปจำนวน 134 คน แบ่งเป็น ผ่าตัดใน 24 ชั่วโมง เป็นจำนวน 39 คน อายุเฉลี่ย 80.26 ปี เป็นชาย 8 คน หญิง 31 คน ผ่าตัดใน 24 - 48 ชั่วโมง เป็นจำนวน 43 คน อายุเฉลี่ย 80.07 ปี เป็นชาย 15 คน หญิง 28 คน ผ่าตัดใน 48 - 72 ชั่วโมง เป็นจำนวน 34 คน อายุเฉลี่ย 80.67 ปี เป็นชาย 15 คน หญิง 19 คน ผ่าตัดหลัง 72 ชั่วโมงจำนวน 18 คน อายุเฉลี่ย 77.67 ปี แบ่งเป็นชาย 10 คน หญิง 8 คน อายุเฉลี่ยในกลุ่มผ่าตัดเร็ว 81.38 ปี กลุ่มผ่าตัดหลัง 72 ชั่วโมงอายุเฉลี่ย 85.30 ปี

2. ผลการผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหากระดูกหักรอบสะโพกแบบร่งด่วนในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา

ตาราง 1 เปรียบเทียบระยะเวลาในการผ่าตัดกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test

ภาวะแทรกซ้อน	ไม่มีภาวะแทรกซ้อน		มีภาวะแทรกซ้อน		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ		
ผ่าตัดใน 24 ชั่วโมง	36	92.3	3	7.7	3.068	.376
ผ่าตัดใน 24-48 ชั่วโมง	38	88.4	5	11.6		
ผ่าตัดใน 48-72 ชั่วโมง	28	82.4	6	17.6		
ผ่าตัดหลัง 72 ชั่วโมง	14	77.8	4	22.2		

จากตารางพบว่า ภาวะแทรกซ้อนระหว่างที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาตัวด้วยการผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงพบภาวะแทรกซ้อนจำนวน 3 คน จาก 39 คน ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 2 ราย แผลกดทับ 1 ราย กลุ่มที่ได้รับผ่าตัดใน 24 - 48 ชั่วโมง พบภาวะแทรกซ้อน 5 คน จาก 38 คน ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 2 ราย แผลกดทับ 1 ราย เสียชีวิตในโรงพยาบาล 1 ราย เสียชีวิต 1 ปี หลังผ่าตัด 1 ปี 2 กลุ่ม ผ่าตัดใน 48 - 72 ชั่วโมง พบภาวะแทรกซ้อน 6 คน จาก 34 คน ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 2 ราย เส้นเลือดสมองตีบ 2 ราย ภาวะหายใจล้มเหลว 1 ราย แผลกดทับ 1 ราย และกลุ่มผ่าตัดหลัง 72 ชั่วโมง พบภาวะแทรกซ้อน 4 คน จาก 14 คน ภาวะหายใจล้มเหลว 1 ราย ติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ราย เส้นเลือดสมองตีบ 1 ราย ปอดติดเชื้อ 1 ราย เมื่อนำมาวิเคราะห์ ด้วยสถิติ Fisher's Exact Test) พบว่าการผ่าตัดในแต่ละกลุ่มมีภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = .376$)

ตาราง 2 เปรียบเทียบระยะเวลาในการนอนกับระยะเวลาในการผ่าตัดโดยใช้สถิติ Kruskal Wallis Test

ระยะเวลาในการผ่าตัด	จำนวน	M	SD	IQR	M rank	χ^2	p-value
ใน 24 ชั่วโมง	39	6.13	3.89	1.00	47.42	32.04	< .001
24 - 48 ชั่วโมง	43	6.37	1.96	2.00	58.01		
48 - 72 ชั่วโมง	34	9.50	5.23	4.00	92.38		
หลัง 72 ชั่วโมง	18	9.06	4.00	7.25	86.67		

ตาราง 3 เปรียบเทียบรายคู่ระยะเวลาในการนอนกับระยะเวลาในการผ่าตัดโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

ระยะเวลาในการผ่าตัด	จำนวน	M	SD	IQR	M Rank	Z	p-value
ใน 24 ชั่วโมง	39	6.13	3.89	1.00	37.58	-1.518	.064
24 - 48 ชั่วโมง	43	6.37	1.96	2.00	45.23		
ใน 24 ชั่วโมง	39	6.13	3.89	1.00	25.62	-4.958	<.001*
48 - 72 ชั่วโมง	34	9.50	5.23	4.00	50.06		
ใน 24 ชั่วโมง	39	6.13	3.89	1.00	24.42	-3.094	.006
หลัง 72 ชั่วโมง	18	9.06	4.00	7.25	38.92		
24 - 48 ชั่วโมง	43	6.37	1.96	2.00	29.63	-4.196	<.001*
48 - 72 ชั่วโมง	34	9.50	5.23	4.00	50.85		
24 - 48 ชั่วโมง	43	6.37	1.96	2.00	27.15	-2.654	.004
หลัง 72 ชั่วโมง	18	9.06	4.00	7.25	40.19		
48 - 72 ชั่วโมง	34	9.50	5.23	4.00	26.47	-0.019	.492
หลัง 72 ชั่วโมง	34	9.06	4.00	7.25	26.56		

จากตารางพบว่า ระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใน 24 ชั่วโมง มีระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.13 วัน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใน 24 - 48 ชั่วโมง มีระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.37 วัน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใน 48 - 72 ชั่วโมง มีระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 9.50 วัน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลัง 72 ชั่วโมง มีระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 9.06 วัน เมื่อนำผลการศึกษามาวิเคราะห์ทางสถิติการทดสอบของแมนและวิทนี (The Mann-Whitney U Test) พบว่ากลุ่มที่มีการผ่าตัดใน 24 ชั่วโมง ใช้ระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ผ่าตัด 24 - 48 ชั่วโมง 48 - 72 ชั่วโมง และหลัง 72 ชั่วโมงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลกับระยะเวลาในการผ่าตัดโดยใช้สถิติ Kruskal Wallis Test

ระยะเวลาในการผ่าตัด	จำนวน	M	SD	IQR	Mean rank	χ^2	p-value
ใน 24 ชั่วโมง	39	55,192.26	13,689.69	12,126.00	53.74	15.450	<.001
24 - 48 ชั่วโมง	43	55,888.09	13,205.57	17,747.00	60.33		
ใน 24 ชั่วโมง	34	65,694.84	19,013.77	20,474.75	82.74		
48 - 72 ชั่วโมง	18	68,434.67	19,753.82	36,650.50	85.67		

จากตารางพบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใน 24 ชั่วโมง มีค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 55,192.26 บาท ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใน 24 - 48 ชั่วโมง มีค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 55,888.09 บาท ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใน 48 - 72 ชั่วโมง มีค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 65,694.84 บาท ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลัง 72 ชั่วโมง มีค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 68,434.67 บาท โดยค่าใช้จ่ายจะมีการคำนวณจากค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ อัตราค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลตามระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล เมื่อนำผลการศึกษามาวิเคราะห์ทางสถิติการทดสอบของครัสคาลและวอลลิส (The Kruskal-Wallis One Way Analysis of Variance by Ranks Test) พบว่ากลุ่มที่มีการผ่าตัดใน 24 ชั่วโมง มีค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มผ่าตัดใน 24 - 48 ชั่วโมง 48 - 72 ชั่วโมง และผ่าตัดหลัง 72 ชั่วโมงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)

การอภิปรายผล

ผู้สูงอายุที่มีปัญหากระดูกสะโพกหักมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงได้มีการจัดทำโครงการ Capture the fracture ซึ่งเป็นการลดระยะเวลาในการผ่าตัด อย่างไรก็ตามการจะผ่าตัดได้เร็วขึ้นกับหลายปัจจัย ตั้งแต่ตัวผู้ป่วย บุคลากร ทรัพยากร เครื่องมือ ในส่วนของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา ได้มีการจัดทำแนวทางการผ่าตัดผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักใน 72 ชั่วโมง ตามโครงการ Capture the fracture แต่เนื่องด้วยมีบุคลากรและทรัพยากรที่พร้อม จึงสามารถทำการผ่าตัดได้อย่างเร็วใน 24 ชั่วโมง จึงได้มีการศึกษาผลการผ่าตัดเปรียบเทียบกับกลุ่มผ่าตัดในช่วงเวลาต่าง ๆ คือ 24 - 48 ชั่วโมง 48 - 72 ชั่วโมง และหลัง 72 ชั่วโมง ตั้งแต่ 2564 - 2567 โดยมีผู้ป่วย 134 คน ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด จากการศึกษาพบว่า การผ่าตัดใน 24 ชั่วโมง พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดไม่ต่างกับการผ่าตัด 24 - 48 ชั่วโมง 48 - 72 ชั่วโมง และหลัง 72 ชั่วโมง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบได้หลังผ่าตัด คือ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปอดติดเชื้อ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แผลกดทับ เส้นเลือดสมองตีบ ภาวะหายใจล้มเหลวและเสียชีวิต ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ตามการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ (นที ธนทรัพย์สิน, อมรศักดิ์ รูปสูง, จิราพร เพิ่มเยาว์, 2566; ส่องศรี หล้าป่าซาง, ณิกานต์ ไชยรังสี, ศิริพจน์ ศรีบัณฑิตกุล, วรพจน์ ปลื้มฤดี, 2564; Hagino, Endo, Harada, Iwamoto, Mashiba, Mori et al., 2017; Leal, Gray, Prieto-Alhambra, Arden, Cooper, Javaid et al., 2016) แม้ว่าการศึกษานี้จะไม่พบความแตกต่างของภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่แนวทางของ AAOS และ NICE ยังคงแนะนำให้ดำเนินการผ่าตัดโดยเร็ว เนื่องจากมีหลักฐานคุณภาพสูงสนับสนุนว่าการผ่าตัดเร็วช่วยลดภาวะแทรกซ้อนโดยรวมและส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วย

ด้านระยะเวลาในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่า การผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงจะลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และสามารถกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้เร็วกว่ากลุ่มผ่าตัดหลัง 24 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใน 24 ชั่วโมง ใช้เวลาในการรักษาตัวเฉลี่ยประมาณ 6 วัน ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มอื่น แต่ใกล้เคียงกับการผ่าตัดใน 24 - 48 ชั่วโมง ส่วนการผ่าตัดหลัง 48 ชั่วโมง จะใช้เวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ยประมาณ 9 วัน ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Simunovic, Devereaux, Sprague, Guyatt, Schemitsch, Debeer et al. (2010) และ Moja, Piatti, Pecoraro, Ricci, Virgili, Salanti et al. (2012) ซึ่งรายงานว่าการผ่าตัด

ภายใน 24 – 48 ชั่วโมง ช่วยลดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ และยังลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานานอีกด้วย

ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใน 24 ชั่วโมง มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยประมาณ 55,192 บาท ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มอื่น แต่ใกล้เคียงกับการผ่าตัดใน 24 - 48 ชั่วโมง ส่วนการผ่าตัดหลัง 48 ชั่วโมง มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยมากกว่า 65,000 บาท ทำให้เห็นว่า ถ้าผ่าตัดช้าจะทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา ทรัพยากร รวมถึงความแออัดที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ยังมีการเพิ่มค่าใช้จ่ายของญาติและผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นภาระต่อครอบครัวของผู้ป่วยโดยตรง ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Leal, Gray, Prieto-Alhambra, Arden, Cooper, Javid et al., 2016 ที่พบว่าระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก โดยการลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลสามารถลดต้นทุนด้านการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญ

จากข้อมูลการศึกษาทั้งหมด พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเร็วใน 24 ชั่วโมง จะช่วยลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งผลการศึกษารังนี้สอดคล้องกับการศึกษา HIP ATTACK Trial (Borges, Bhandari, Guerra-Farfan, Patel, Sigamani, Umer et al., 2020) ซึ่งรายงานว่า การผ่าตัดเร็วมีแนวโน้มช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนสำคัญ และสนับสนุนการพัฒนาระบบ Fast-track Hip Fracture Care การผ่าตัดเร็วนี้มีหลายปัจจัย ทั้งบุคลากร ทรัพยากร ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วย รวมถึงตัวผู้ป่วย ซึ่งประสิทธิภาพที่ได้จากการผ่าตัดเร็วจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยจะช่วยลดภาระงานของบุคลากร ทรัพยากร รวมถึงความแออัดในโรงพยาบาล แต่ประโยชน์สูงสุดตกอยู่กับผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้การรับการรักษาเหมาะสม รวดเร็ว ปลอดภัย สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เร็วขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ดีขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

ในกระบวนการผ่าตัดที่เร็วขึ้น ต้องอาศัยปัจจัยหลาย ๆ อย่าง ทั้งตัวผู้ป่วยเอง แพทย์ผ่าตัด ทีมห้องผ่าตัด ทีมวิสัญญี ทีมกายภาพ ทีมพยาบาลหลังผ่าตัด ซึ่งถ้ามีความพร้อมที่ดี ก็จะส่งผลให้การรักษาได้ประสิทธิภาพที่ดี มีความปลอดภัย ลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย และภาวะแทรกซ้อน ปัจจุบันหลายประเทศได้พัฒนาระบบ Fracture Liaison Service เพื่อสนับสนุนการประเมินผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และการฟื้นฟูหลังผ่าตัดแบบบูรณาการ ซึ่งมีรายงานว่าสามารถลดภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตได้ โดยสามารถนำไปพัฒนาต่อเป็นนโยบายระดับจังหวัดและระดับประเทศ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ AAOS และ NICE ที่สนับสนุนให้ทุกโรงพยาบาลพัฒนาระบบ Fracture Liaison Service ที่มีทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เพื่อทดสอบว่าการผ่าตัดเร็วช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหรือไม่ ต้องมีการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในแต่ละกลุ่มว่ามีคุณภาพชีวิตอย่างไรหลังผ่าตัด ซึ่งอาจติดตามไปตั้งแต่ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปีหลังผ่าตัด โดยศึกษาในเรื่องของการกลับไปเดิน เคลื่อนไหว การช่วยเหลือตัวเอง การล้มซ้ำหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และการเสียชีวิตหลังผ่าตัด เพื่อยืนยันว่าการผ่าตัดเร็วช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

คำแถลงการณ์การใช้ปัญญาประดิษฐ์

ในการจัดทำบทความวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence) เพื่อช่วยในการปรับปรุงการใช้ภาษา การเรียบเรียงประโยค และการตรวจสอบไวยากรณ์ของต้นฉบับ อย่างไรก็ตาม เครื่องมือดังกล่าวไม่ได้ถูกใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการศึกษา หรือการสร้างข้อสรุป ผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบต่อความถูกต้อง ความสมบูรณ์ และความน่าเชื่อถือของเนื้อหาทั้งหมดในงานวิจัยนี้

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้เขียนได้ประกาศว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใด ๆ ที่อาจเกิดขึ้นเกี่ยวกับการวิจัย การเขียน และ/หรือการตีพิมพ์บทความนี้

รายการอ้างอิง

- จิตติมา เอกวิโรจน์สกุล. (2562). การป้องกันกระดูกหักซ้ำในผู้สูงอายุที่เคยกระดูกสะโพกหักในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 สุพรรณบุรี. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 38(1), 39–49.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/183017>
- ทรงพล ตระกูลเงินไทย. (2565). ประสิทธิภาพของโครงการ Capture the fracture ในการรักษากระดูกต้นขาหักบริเวณสะโพกแบบนอกเยื่อหุ้มข้อในผู้สูงอายุ. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 37(1), 253–262. <http://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/257335/175411>
- นที ธนทรัพย์สิน, อมรศักดิ์ รูปสูง และจิราพร เพิ่มเยาว์. (2566). ผลลัพธ์ของการเร่งผ่าตัดรักษากระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพเปราะบาง. *เชื่องรายเวชสาร*, 15(2), 20–29.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/crmjournal/article/view/261388>
- ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the Fracture. สืบค้นเมื่อ 9 เมษายน 2565 จาก <https://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=965>
- ส่องศรี หล้าป่าซาง, นิชกานต์ ไชยรังสี, ศิริพจน์ ศรีบัณฑิตกุล, และ วรพจน์ ปลื้มฤดี. (2564). ประสิทธิภาพของรูปแบบ Fracture Liaison Service ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกรอบสะโพกหัก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 1(1), 40–54.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/article/view/250274>
- Borges, F. K., Bhandari, M., Guerra-Farfan, E., Patel, A., Sigamani, A., Umer, M., & HIP ATTACK Investigators. (2020). Accelerated surgery versus standard care in hip fracture (HIP ATTACK): An international, randomised, controlled trial. *The Lancet*, 395(10225), 698–708.
[doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30058-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30058-1)
- Daraphongsataporn, N., Saloa, S., Sriruanthong, K., Philawuth, N., Waiwattana, K., Chonyuen, P., et al. (2020). One-year mortality rate after fragility hip fractures and associated risk in Nan, Thailand. *Osteoporosis and Sarcopenia*, 6(2), 65–70. doi.org/10.1016/j.afos.2020.05.005
- Hagino, H., Endo, N., Harada, A., Iwamoto, J., Mashiba, T., Mori, S., et al. (2017). Survey of hip fractures in Japan: Recent trends in prevalence and treatment. *Journal of Orthopaedic Science*, 22(5), 909–914. doi.org/10.1016/j.jos.2017.06.003
- Leal, J., Gray, A. M., Prieto-Alhambra, D., Arden, N. K., Cooper, C., Javaid, M. K., et al. (2016). Impact of hip fracture on hospital care costs: A population-based study. *Osteoporosis International*, 27(2), 549–558. doi.org/10.1007/s00198-015-3277-9
- Mattisson, L., Bojan, A., & Enocson, A. (2018). Epidemiology, treatment and mortality of trochanteric and subtrochanteric hip fractures: Data from the Swedish fracture register. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 19(1), 369. doi.org/10.1186/s12891-018-2276-3
- Moja, L., Piatti, A., Pecoraro, V., Ricci, C., Virgili, G., Salanti, G., et al. (2012). Timing matters in hip fracture surgery: Patients operated within 48 hours have better outcomes: A meta-analysis and meta-regression of over 190,000 patients. *PLoS ONE*, 7(10), e46175.
doi.org/10.1371/journal.pone.0046175

- O'Connor, M. I., & Switzer, J. A. (2022). AAOS clinical practice guideline summary: Management of hip fractures in older adults. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 30(20), e1291–e1296. doi.org/10.5435/JAAOS-D-22-00125
- Simunovic, N., Devereaux, P. J., Sprague, S., Guyatt, G. H., Schemitsch, E., Debeer, J., et al. (2010). Effect of early surgery after hip fracture on mortality and complications: Systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 182(15), 1609–1616. doi.org/10.1503/cmaj.092220

ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อจริยธรรมวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลในยุคดิจิทัล
มหาวิทยาลัยราชภัฏในประเทศไทย

Causal Factors Influencing Professional Ethics among Nursing Students
in the Digital Era: Evidence from Rajabhat Universities in Thailand

รัชณี ศรีตะวัน^{1*}, ภูมิพัฒน์ รักพรหมงคล², ประจวบ ขวัญมัน²

Ratchanee Sritawan^{1*}, Poompipat Rukponmongkol², Prajob Khwanmun²

¹นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร,

²คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

¹ Student Doctor of Philosophy (Educational Administration) Kamphaeng Phet Rajabhat University,

² Faculty of Education, Kamphaeng Phet Rajabhat University

(Received: March 8, 2026; Revised: May 25, 2026; Accepted: June 11, 2026)

บทคัดย่อ

วิจัยแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องและจริยธรรมวิชาชีพ 2) สร้างโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อจริยธรรมวิชาชีพ และ 3) จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจริยธรรมวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลในยุคดิจิทัล มหาวิทยาลัยราชภัฏในประเทศไทย การวิจัยครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย ประกอบด้วย นักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏในประเทศไทย จำนวน 530 คน โดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น และพยาบาลวิชาชีพจากแหล่งฝึกภาคปฏิบัติ และนักวิชาการ และผู้ทรงคุณวุฒิด้านจริยธรรมวิชาชีพ จำนวน 10 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์มีโครงสร้าง เครื่องมือวิจัยมีความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .991 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ด้วยการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลประกอบด้วย 6 ปัจจัย ได้แก่ คุณลักษณะ ภายใน พื้นฐานแห่งจริยธรรมวิชาชีพ จิตสำนึกคุณธรรมเพื่อส่วนรวม การส่งเสริมจริยธรรมในระบบการศึกษา การปลูกฝังและถ่ายทอดจริยธรรมวิชาชีพ และสมรรถนะดิจิทัลในวิชาชีพพยาบาล

2. โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับดี ($\chi^2 = 713.196$, $df = 224$, $GFI = 0.891$, $AGFI = 0.850$, $NFI = 0.950$, $CFI = 0.970$, $RMSEA = 0.066$) โดยปัจจัยด้านสมรรถนะ ดิจิทัลในวิชาชีพพยาบาลมีอิทธิพลรวมสูงสุด ต่อจริยธรรมวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล รองลงมา คือ ปัจจัยด้านการปลูกฝังและถ่ายทอดจริยธรรมวิชาชีพ และปัจจัยด้านการส่งเสริมจริยธรรมในระบบการศึกษา ตามลำดับ

3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายพบว่า การพัฒนาจริยธรรมวิชาชีพในยุคดิจิทัลควรดำเนินการในลักษณะ “ระบบนิเวศจริยธรรมดิจิทัล โดยบูรณาการนโยบาย หลักสูตร การจัดการเรียนรู้ อาจารย์ต้นแบบ และการพัฒนาสมรรถนะดิจิทัลเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมวิชาชีพที่มีความรับผิดชอบ โปร่งใส และเคารพสิทธิผู้ป่วยในบริบทสังคมดิจิทัล

ดังนั้น จึงควรกำหนดนโยบายและมาตรการในการเสริมสร้างจริยธรรมวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยราชภัฏอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง และยั่งยืน เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของสังคมดิจิทัลในอนาคต

คำสำคัญ: ปัจจัยเชิงสาเหตุ จริยธรรมวิชาชีพพยาบาล นักศึกษาพยาบาล ยุคดิจิทัล มหาวิทยาลัยราชภัฏ

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

Abstract

This mixed-methods research aimed to: (1) examine factors related to professional ethics, (2) develop a causal relationship model influencing professional ethics, and (3) propose policy recommendations for strengthening professional ethics among nursing students in the digital era at Rajabhat Universities in Thailand. The study involved 530 nursing students selected through stratified random sampling, along with 10 professional nurses from clinical training sites, academics, and experts in professional ethics. Data were collected using questionnaires and structured interviews. The research instruments demonstrated high reliability (Cronbach's $\alpha = .991$). Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and structural equation modeling, while qualitative data were analyzed through content analysis. Findings revealed as follows.

1. Six key factors associated with professional ethics among nursing students: personal attributes, foundations of nursing ethics, moral consciousness for the public good, promotion of ethics within the education system, cultivation and transmission of professional ethics, and digital competence in nursing practice.

2. The causal relationship model demonstrated good fit with empirical data ($\chi^2 = 713.196$, $df = 224$, $GFI = 0.891$, $AGFI = 0.850$, $NFI = 0.950$, $CFI = 0.970$, $RMSEA = 0.066$). Among these, digital competence in nursing practice exerted the strongest overall influence on professional ethics, followed by cultivation and transmission of professional ethics, and promotion of ethics within the education system.

3. Policy recommendations emphasized the development of professional ethics in the digital era through a "digital ethics ecosystem," integrating policies, curricula, learning management, role-model educators, and digital competence development. This integration aims to foster responsible, transparent, and patient-rights-respecting professional behavior in the context of digital society.

Therefore, systematic and sustainable policies and measures should be established to strengthen professional ethics among nursing students at Rajabhat Universities.

Keywords: Causal Factors, Nursing Professional Ethics, Nursing Students, Digital Era, Rajabhat Universities

บทนำ

การอุดมศึกษาทั่วโลกในศตวรรษที่ 21 กำลังเผชิญกับความท้าทายที่ซับซ้อนภายใต้บริบทของโลกดิจิทัลที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สถาบันอุดมศึกษาจึงจำเป็นต้องปรับโครงสร้างและกระบวนการจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับพลวัตดังกล่าว โดยมุ่งพัฒนาทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ทั้งด้านการคิดวิเคราะห์ การเรียนรู้ด้วยตนเอง การสื่อสาร และ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อผลิตบัณฑิตที่สามารถปรับตัวและดำรงชีวิตในโลกอนาคตได้อย่างยั่งยืน (Waller, Smith, Johnson, 2019) สอดคล้องกับแนวคิดของ สุรพงษ์ กันทะสมุญ และ ภูมิพิพัฒน์ รักพรหมมงคล (2568) ที่ระบุว่า การบริหารงานวิชาการในยุคดิจิทัลเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพการศึกษา และทำให้สถานศึกษาสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเทคโนโลยีได้อย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมในระบบการศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 54 กำหนดให้รัฐดำเนินการให้ประชาชนได้รับการศึกษาและส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580) มุ่งพัฒนาคนไทยในทุกมิติให้เป็นคนดี คนเก่ง และมีคุณภาพ

(2/15)

พร้อมด้วยคุณธรรม จริยธรรม และทักษะในศตวรรษที่ 21 ขณะที่แผนการอุดมศึกษาเพื่อผลิตและพัฒนากำลังคน ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2566 – 2570 ได้กำหนดวิสัยทัศน์ “อุดมศึกษาสร้างคน สร้างปัญญา ปลุกฝังคุณธรรม เพื่อพัฒนาสังคมไทยอย่างยั่งยืน” โดยมุ่งพัฒนากำลังคนที่มีทั้งสมรรถนะทางวิชาชีพ คุณธรรมจริยธรรม และสมรรถนะดิจิทัล สอดคล้องกับมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 ที่กำหนดให้คุณธรรมจริยธรรม เป็นหนึ่งในหกด้านของมาตรฐานผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้สำเร็จการศึกษา (กระทรวงศึกษาธิการ, 2560)

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่สังคมคาดหวังมาตรฐานด้านคุณธรรมและจริยธรรมในระดับสูง ฟลอเรนซ์ นิติงเกล เชื่อมั่นว่าพยาบาลต้องมีความเมตตา กรุณา (Compassion) และความเอื้ออาทร (Caring) เป็นคุณธรรม พื้นฐานในการดูแลผู้ป่วย (Nightingale, 1969) ผลสำรวจความเชื่อมั่นต่อวิชาชีพในสหรัฐอเมริกาพบว่า พยาบาลเป็น วิชาชีพที่ได้รับการยอมรับด้านความซื่อสัตย์และจริยธรรมสูงสุดต่อเนื่องหลายปี โดยมีระดับความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง ร้อยละ 79.00 – 85.00 (Reinhart, 2020; Brennan, 2023) อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยกลับพบปัญหาการร้องเรียน ด้านจริยธรรมวิชาชีพพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น ทั้งพฤติกรรมผิดวินัย การไม่รักษาเกียรติศักดิ์ของวิชาชีพ การละเมิด มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล และพฤติกรรมบริการที่ไม่เหมาะสม (วีณา จีระแพทย์, เพ็ญพักตร์ อุทิศ, สายสมร เฉลยกิตติ, 2563) ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์และความเชื่อมั่นของสังคมต่อวิชาชีพพยาบาล (จิรัชญา เหล่าคมพญาจารย์, อติรัตน์ เหล่าคมพญาจารย์, เขมิกา เสี่ยงเพราะ, จิรภา วิลาวรรณ, ยุวดี บุญเนา, สมฤทัย ผดุงพล, 2563)

ในยุคดิจิทัล เทคโนโลยีด้านสุขภาพ เช่น ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) ระบบเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Health Records: EHRs) เทคโนโลยีความเป็นจริงเสมือน (Virtual Reality: VR) และระบบข้อมูลสุขภาพขนาดใหญ่ (Big Data) ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญต่อการจัดบริการสุขภาพและการศึกษา พยาบาล เทคโนโลยีเหล่านี้แม้ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย แต่ก็ก่อให้เกิดประเด็นจริยธรรมใหม่ที่ซับซ้อน เช่น การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ความโปร่งใสในการใช้ข้อมูล และความรับผิดชอบต่อผลลัพธ์จากการใช้ เทคโนโลยีดิจิทัล (Hariyati, Handiyani, Zaharany, 2024; รัชยา คิมระ, พาพิรุณ น้อยตาแสง, พงศ์ธรา วิจิตเวช ไพศาล, 2566) สอดคล้องกับแนวโน้มการศึกษาระดับนานาชาติที่ให้ความสำคัญกับแนวคิด “Digital Ethics in Nursing” และ “Digital Ethical Ecosystem” ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาระบบนิเวศจริยธรรมควบคู่กับสมรรถนะดิจิทัล ของบุคลากรทางสุขภาพ (Bayram, Yilmaz, Çelik, 2025; International Council of Nurses [ICN], 2023) การปลูกฝังและพัฒนาจริยธรรมวิชาชีพตั้งแต่ช่วงต้นของการศึกษาพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ผลการสำรวจ ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ปีการศึกษา 2566 – 2567 พบว่านักศึกษาให้ความสำคัญกับคุณธรรมจริยธรรมในระดับมากที่สุด และเสนอให้มีการจัดกิจกรรม หรือกระบวนการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมอย่างเป็นรูปธรรม สะท้อนให้เห็นว่านักศึกษาตระหนักว่าพยาบาล จำเป็นต้องมีทั้งความรู้ ทักษะวิชาชีพ และจิตวิญญาณแห่งความเมตตาควบคู่กัน

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับจริยธรรมวิชาชีพพยาบาลส่วนใหญ่มุ่งศึกษาปัจจัยด้านคุณลักษณะ ส่วนบุคคลหรือพฤติกรรมเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติงานทางคลินิก ขณะที่งานวิจัยที่บูรณาการปัจจัยด้านระบบ การศึกษา การปลูกฝังจริยธรรม และสมรรถนะดิจิทัลในรูปแบบโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุยังมีจำกัด โดยเฉพาะใน บริบทมหาวิทยาลัยราชภัฏ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการผลิตพยาบาลเพื่อชุมชนและท้องถิ่น ทั้งนี้ การพัฒนาจริยธรรม วิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลมีลักษณะเปลี่ยนแปลงตามระดับชั้นปี โดยระดับพื้นฐาน (ชั้นปีที่ 1 – 2) มุ่งเน้น การปลูกฝังค่านิยมและคุณลักษณะภายใน ส่วนระดับวิชาชีพ (ชั้นปีที่ 3 – 4) เน้นการตัดสินใจเชิงจริยธรรมใน สถานการณ์จริงทางคลินิก (Kohlberg, 1981) จึงจำเป็นต้องมีข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อใช้เป็นฐานในการกำหนดนโยบาย และแนวทางพัฒนาจริยธรรมวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลในยุคดิจิทัลอย่างเหมาะสมและยั่งยืน

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยทั้งทางตรงและทางอ้อมที่เกี่ยวข้องและจริยธรรมวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลในยุค ดิจิทัล มหาวิทยาลัยราชภัฏในประเทศไทย

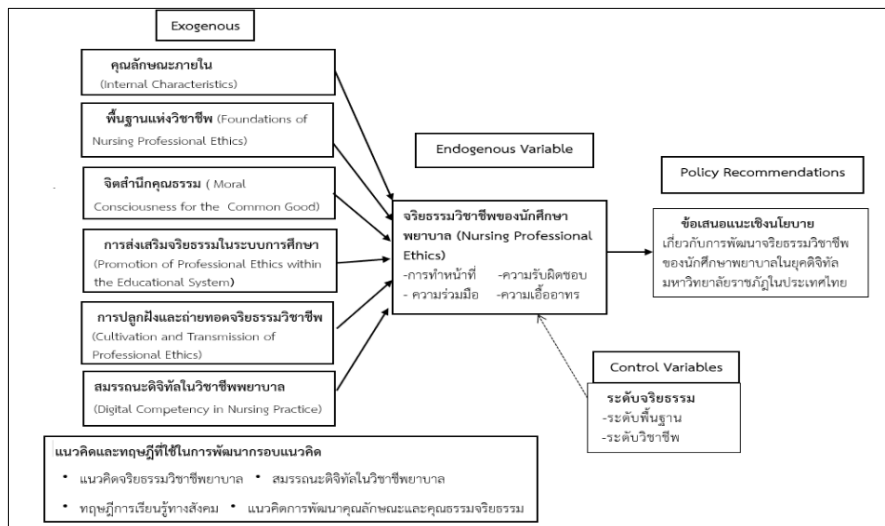
2. เพื่อพัฒนาและตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของจริยธรรมวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลกับข้อมูลเชิงประจักษ์
3. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจริยธรรมวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลในยุคดิจิทัล

สมมติฐานวิจัย

คุณลักษณะภายใน พื้นฐานแห่งจริยธรรมวิชาชีพพยาบาล จิตสำนึกคุณธรรมเพื่อส่วนรวม การส่งเสริมจริยธรรมในระบบการศึกษา การปลูกฝังและถ่ายทอดจริยธรรมวิชาชีพ และสมรรถนะดิจิทัลในวิชาชีพพยาบาล มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อจริยธรรมวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิด 1) จริยธรรมวิชาชีพพยาบาล (Nursing Professional Ethics) เป็นหลักและแนวทางที่กำกับการตัดสินใจและพฤติกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลให้เคารพสิทธิ ศักดิ์ศรี และประโยชน์ของผู้รับบริการ โดยสะท้อนผ่านการทำหน้าที่แทน ความรับผิดชอบ ความร่วมมือ และความเอื้ออาทร (สภาการพยาบาล, 2567) 2) แนวคิดการพัฒนาคุณลักษณะด้านจิตพิสัย (Affective Domain Development) อธิบายการพัฒนาคุณค่าและคุณลักษณะภายในของบุคคลอย่างเป็นลำดับ จากการรับรู้ การตอบสนอง การเห็นคุณค่า การจัดระบบค่านิยมจนเกิดเป็นลักษณะนิสัย ซึ่งเป็นฐานของการแสดงพฤติกรรมจริยธรรมอย่างมั่นคงและต่อเนื่อง (Krathwohl, Bloom, Masia, 1964) 3) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) อธิบายว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการเรียนรู้ผ่าน การสังเกตและเลียนแบบบุคคลต้นแบบ โดยมีกระบวนการความสนใจ การจดจำ การแสดงพฤติกรรมตามแบบ และแรงจูงใจ จึงเป็นฐานสำคัญของการปลูกฝังและถ่ายทอดจริยธรรมจากครอบครัว อาจารย์ และบุคลากรวิชาชีพ (Bandura, 1986) และ 4) แนวคิดสมรรถนะดิจิทัลในวิชาชีพพยาบาล (Digital Competency in Nursing Profession) เป็นความสามารถในการเข้าใจ ใช้ และประยุกต์เทคโนโลยีและสารสนเทศดิจิทัลในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และมีจริยธรรม รวมถึงการแก้ปัญหาและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางดิจิทัลในบริบทวิชาชีพ (สภาการพยาบาล, 2567)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) แบบ Explanatory Sequential Design ใช้วิจัยเชิงปริมาณเป็นระยะแรก (QUAN) ซึ่งเป็นส่วนหลักของการวิจัย และตามด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qual) เพื่ออธิบายและสนับสนุนผลการวิจัยเชิงปริมาณ

วิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตร 4 ปี) จากมหาวิทยาลัยราชภัฏในประเทศไทย จำนวน 12 แห่ง ปีการศึกษา 2567 รวมทั้งสิ้น 3,617 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีจากมหาวิทยาลัยราชภัฏในประเทศไทย จำนวน 12 แห่ง ครอบคลุมทุกชั้นปี การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงแนวคิดอัตราส่วนระหว่างจำนวนกลุ่มตัวอย่างต่อจำนวนพารามิเตอร์สำหรับการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) ตามเกณฑ์ 20:1 (Hair, Black, Babin, Anderson, 2019) โดยโมเดลการวิจัยประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้จำนวน 24 ตัวแปร จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 480 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 530 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Sampling) ตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละมหาวิทยาลัย และแต่ละชั้นปี จากนั้นดำเนินการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ครอบคลุมตัวแปร 7 ด้าน ได้แก่ คุณลักษณะภายใน (CHAR) 15 ข้อ พื้นฐานจริยธรรมวิชาชีพ (ATTI) 13 ข้อ จิตสำนึกเพื่อส่วนรวม (RESP) 13 ข้อ การส่งเสริมจริยธรรมในระบบการศึกษา (EDUC) 14 ข้อ การปลูกฝังและถ่ายทอดจริยธรรม (MORA) 12 ข้อ สมรรถนะดิจิทัล (EPRO) 16 ข้อ และจริยธรรมวิชาชีพ (ETHICS) 18 ข้อ และแปลผลตามเกณฑ์ค่าเฉลี่ย (บุญชม ศรีสะอาด, 2560) แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับน้อยที่สุดถึงมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน มีค่า IOC อยู่ระหว่าง .60 – 1.00 และนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน พบว่าค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .65 – .85 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (Cronbach's alpha) เท่ากับ .991

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบโมเดลการวัดด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันทั้งระดับองค์ประกอบอันดับหนึ่ง (First-order CFA) และอันดับสอง (Second-order CFA) ตามแนวคิด two-step approach ของ Anderson และ Gerbing (1988) ก่อนการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง โดยพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมากกว่า .60 ค่า Composite Reliability (CR) มากกว่า .70 และค่า Average Variance Extracted (AVE) มากกว่า .50 ผลการวิเคราะห์ พบว่าโมเดลการวัดมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ดี โดยค่า χ^2/df , CFI, TLI, RMSEA และ SRMR ผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ นอกจากนี้ การตรวจสอบความตรงเชิงจำแนก (Discriminant Validity) ตามเกณฑ์ Fornell และ Larcker (1981) พบว่าค่า $\sqrt{AVE}$ ของทุกของทุกตัวแปรแฝงสูงกว่าค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝงอื่น แสดงว่าเครื่องมือวิจัยมีคุณภาพเหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างต่อไป

แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างได้รับการตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยประสานงานกับคณะพยาบาลศาสตร์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏทั้ง 12 แห่ง เพื่อขอความอนุเคราะห์เผยแพร่แบบสอบถามออนไลน์ผ่าน Google Forms ไปยังนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูลก่อนตอบแบบสอบถาม ใช้ระยะเวลาเก็บข้อมูล 4 สัปดาห์ ได้แบบสอบถามกลับคืนจำนวน 530 ชุด และมีข้อมูลสมบูรณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ได้จำนวน 500 ชุด คิดเป็นร้อยละ 94.34 ทั้งนี้ ผู้วิจัยตระหนักถึงข้อจำกัดของการเก็บข้อมูลแบบออนไลน์ที่อาจเกิด selection bias จากการเข้าถึงเทคโนโลยีและความสนใจในการตอบแบบสอบถาม

จึงดำเนินการติดตามและประชาสัมพันธ์การตอบแบบสอบถามผ่านอาจารย์ประจำชั้น และช่องทางสื่อสารของแต่ละมหาวิทยาลัยอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มอัตราการตอบกลับและลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) โดยผู้วิจัยตรวจสอบความเป็นปกติของข้อมูลด้วยค่าความเบ้ (Skewness) และความโด่ง (Kurtosis) พบว่า ข้อมูลบางตัวแปรจะมีการแจกแจงไม่เป็นปกติเล็กน้อย แต่เนื่องจากขนาดกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนมากเพียงพอ จึงยังสามารถใช้การวิเคราะห์ SEM ด้วยวิธี Maximum Likelihood ได้ โดยตีความผลอย่างระมัดระวัง (Kline, 2023) และตรวจสอบปัญหา Multicollinearity ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง .538 – .879 แสดงว่าไม่เกิดปัญหา Multicollinearity ในระดับรุนแรง

วิธีเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) จำนวน 10 คน ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย ผู้บริหารหรือผู้กำหนดนโยบายด้านการศึกษาพยาบาล จำนวน 4 คน นักวิชาการด้านพยาบาลศาสตร์ และจริยธรรมวิชาชีพ จำนวน 4 คน พยาบาลวิชาชีพจากแหล่งฝึกปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย

แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างสำหรับผู้เชี่ยวชาญจริยธรรม จำนวน 10 ข้อคำถาม โดยประเด็นคำถามครอบคลุม 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) โครงสร้างปัจจัยเชิงระบบที่ส่งผลต่อจริยธรรมวิชาชีพในยุคดิจิทัล (2) ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อจริยธรรมวิชาชีพทั้ง 6 ปัจจัย ได้แก่ CHAR, ATTI, RESP, EDUC, MOR และ EPRO รวมถึงความสัมพันธ์เชิงอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมระหว่างปัจจัย (3) ความหลากหลายของนักศึกษาตามระดับชั้นปี และสถานะทางการเงิน และ (4) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแบบบูรณาการในระดับหลักสูตร ระดับสถาบัน และระดับชาติ เพื่อส่งเสริมจริยธรรมวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลในบริบทมหาวิทยาลัยราชภัฏอย่างเป็นระบบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยและจริยธรรมวิชาชีพ โดยพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย ความชัดเจนของภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหาตามกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข และนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบซ้ำ จนได้รับการรับรองว่ามีความเหมาะสมก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งแบบสัมภาษณ์รายบุคคลทางระบบออนไลน์ และนัดหมายวันเวลาในการสัมภาษณ์ล่วงหน้าตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล การสัมภาษณ์ดำเนินการแบบรายบุคคลในรูปแบบออนไลน์ผ่านการสื่อสารทางไกลใช้เวลาประมาณ 45 – 60 นาที ต่อคน โดยผู้วิจัยบันทึกข้อมูลทั้งในรูปแบบการจดบันทึก และการบันทึกเสียง การสนทนา ทั้งนี้ได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลก่อนดำเนินการทุกครั้ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้อง

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

โดยตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล การทบทวนโดยผู้ทรงคุณวุฒิ การบันทึกกระบวนการวิจัย และการตรวจสอบข้อมูล แบบสามเส้าในด้านแหล่งข้อมูล (Data Triangulation) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลที่มีบทบาทและประสบการณ์แตกต่างกัน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารนโยบายด้านการพยาบาลและการศึกษา กลุ่มที่ 2 นักวิชาการด้านพยาบาลศาสตร์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านจริยธรรมวิชาชีพ และกลุ่มที่ 3 พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์จากแหล่งฝึกปฏิบัติ รวมทั้งสิ้น 10 ท่าน (K1–K10) การเปรียบเทียบข้อมูลจากทั้ง 3 กลุ่ม ช่วยให้

มุมมองที่ครอบคลุมและลวดลายที่อาจเกิดจากการพึ่งพาแหล่งข้อมูลเพียงกลุ่มเดียวร่วมกับการสะท้อนคิดของผู้วิจัย เพื่อยืนยันความถูกต้อง ลวดลาย และเสริมความเข้มแข็งของผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงประเด็น (Thematic Content Analysis) โดยนำผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณมาใช้ในการกำหนดประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวทาง Explanatory Sequential Design และดำเนินการบูรณาการข้อมูล (Mixing Point) ในขั้นการอธิบายและสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายร่วมกัน ระหว่างผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

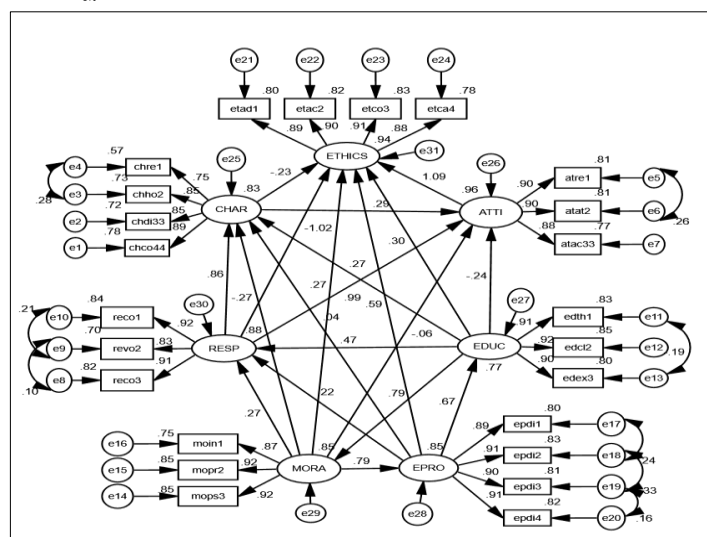
จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์นไบร่รอนจริยธรรม เลขที่ NREC 0089/2568 ลงวันที่ 5 กันยายน 2568

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและจริยธรรมวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลในยุคดิจิทัล มหาวิทยาลัยราชภัฏในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1-2 จำนวน 252 คน (ร้อยละ 50.40) และกู้ยืมเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา (กยศ.) จำนวน 380 คน (ร้อยละ 76.00) ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏในประเทศไทยมีจริยธรรมวิชาชีพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องอยู่ในระดับสูงทุกด้าน โดยประกอบด้วย 6 ปัจจัย ได้แก่ 1) คุณลักษณะภายในที่เอื้อต่อจริยธรรม 2) พื้นฐานแห่งจริยธรรมวิชาชีพพยาบาล 3) จิตสำนึกคุณธรรมเพื่อส่วนรวม 4) การส่งเสริมจริยธรรมในระบบการศึกษา 5) การปลูกฝังและถ่ายทอดจริยธรรมวิชาชีพ และ 6) สมรรถนะดิจิทัลในวิชาชีพพยาบาล ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ จริยธรรมวิชาชีพและปัจจัยพื้นฐานแห่งจริยธรรมวิชาชีพพยาบาล (ATTI) ($M = 4.77$, $SD = 0.39$) รองลงมา คือ ปัจจัยด้านจิตสำนึกคุณธรรมเพื่อส่วนรวม (RESP) ($M = 4.73$, $SD = 0.41$) ขณะที่ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด แต่อยู่ในระดับสูง คือ คุณลักษณะภายในที่เอื้อต่อจริยธรรม (CHAR) ($M = 4.67$, $SD = 0.41$) สะท้อนให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏในประเทศไทยมีจริยธรรมวิชาชีพอยู่ในระดับสูงทุกด้าน

2. ผลการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์ของปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อจริยธรรมวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลในยุคดิจิทัล มหาวิทยาลัยราชภัฏในประเทศไทย



ภาพ 2 แสดงผลการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง

จากภาพ 2 พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า $\chi^2 = 713.196$, $df = 224$, $CMIN/df = 3.184$, $CFI = .968$, $NFI = .954$ และ $RMSEA = .066$ ซึ่งผ่านเกณฑ์การพิจารณาความสอดคล้องของโมเดลตามแนวทางของ Hair, Black, Babin, Anderson (2019) และ Kline (2023) เมื่อพิจารณาอิทธิพลทางตรง (Direct Effect) พบว่า ปัจจัยพื้นฐานแห่งจริยธรรมวิชาชีพพยาบาล (ATTI) ส่งอิทธิพลต่อจริยธรรมวิชาชีพ (ETHICS) สูงที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 1.09$, $p\text{-value} < .001$) รองลงมา คือ ปัจจัยด้านจิตสำนึกคุณธรรมเพื่อส่วนรวม (RESP) ที่ส่งอิทธิพลต่อปัจจัยพื้นฐานแห่งจริยธรรมวิชาชีพพยาบาล (ATTI) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .99$, $p\text{-value} < .001$) อย่างไรก็ตาม พบว่าค่าสัมประสิทธิ์บางเส้นทางมีค่าสูงกว่าเกณฑ์ที่นิยมใช้ในโมเดลสมการโครงสร้าง ซึ่งอาจสะท้อนความสัมพันธ์ร่วมระหว่างตัวแปรแฝงหรือปรากฏการณ์ Suppressor Effect ผู้วิจัยจึงได้ตรวจสอบความเหมาะสมของโมเดลเพิ่มเติม โดยไม่พบค่า residual variance ติดลบหรือความผิดปกติของโมเดล ทั้งนี้ โมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของจริยธรรมวิชาชีพได้ร้อยละ 94.10 ($R^2 = .941$)

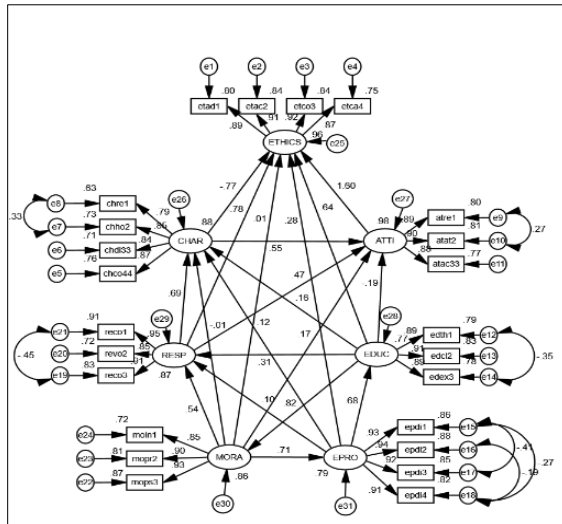
ตาราง 1 แสดงค่าสถิติการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพลทางตรง (Direct Effects) อิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effects) และอิทธิพลรวม (Total Effects) ระหว่างตัวแปรในโมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อจริยธรรมวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลในยุคดิจิทัล มหาวิทยาลัยราชภัฏในประเทศไทย โดยวิเคราะห์โมเดลตามสมมติฐาน

ตัวแปรสาเหตุ	ตัวแปรตาม	อิทธิพลทางตรง	อิทธิพลทางอ้อม	อิทธิพลรวม
EPRO → ETHICS		.591	.818	1.409
MORA → ETHICS		.270	1.060	1.330
EDUC → ETHICS		.300	.875	1.175
RESP → ETHICS		-1.016	1.156	.140
CHAR → ETHICS		-.231	.314	.083
ATTI → ETHICS		1.094	.000	1.094

จากตาราง 1 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง ทางอ้อม และอิทธิพลรวมของโมเดล พบว่า สมรรถนะดิจิทัลในวิชาชีพพยาบาลมีอิทธิพลรวมสูงสุดต่อจริยธรรมวิชาชีพ (TE = 1.409) รองลงมาคือ การปลูกฝังและถ่ายทอดจริยธรรม (TE = 1.330) และการส่งเสริมจริยธรรมในระบบการศึกษา (TE = 1.175) นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐาน พบว่าเส้นทาง $ATTI \rightarrow ETHICS$ ($\beta = 1.095$) และ $RESP \rightarrow ETHICS$ ($\beta = -.997$) มีค่าเข้าใกล้หรือเกินช่วง ± 1 ซึ่งอาจสะท้อนภาวะ multicollinearity หรือ suppressor effect ระหว่างตัวแปรแฝงที่มีความสัมพันธ์กันสูง อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ตรวจสอบ Heywood cases แล้วไม่พบค่าความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนติดลบ และพิจารณาค่า Modification Index (MI) ร่วมกับกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีก่อนยืนยันโมเดลส่งผลให้โมเดลยังคงมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับที่ยอมรับได้

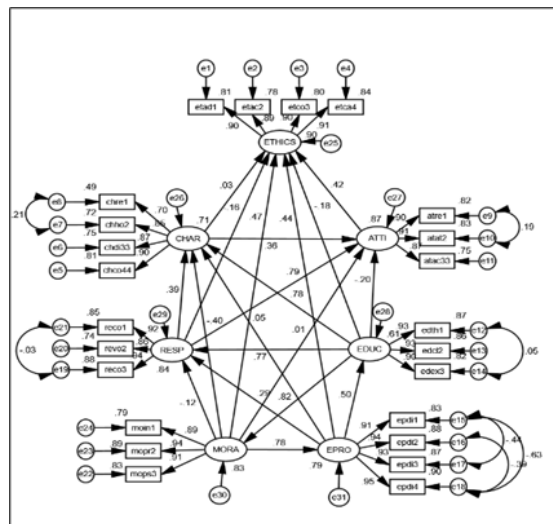
3. แสดงโมเดลกลุ่มพหุ ระดับจริยธรรมของชั้นปี (Multi-group : Year) ของโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อจริยธรรมวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลในยุคดิจิทัล มหาวิทยาลัยราชภัฏในประเทศไทย

3.1 โมเดลกลุ่มพหุ ระดับจริยธรรมของชั้นปี (Multi-group : Year) ระดับพื้นฐาน (ชั้นปีที่ 1 และ ชั้นปีที่ 2) ระดับวิชาชีพ (ชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4) ของโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อจริยธรรมวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลในยุคดิจิทัล มหาวิทยาลัยราชภัฏในประเทศไทย



Chi-square= 1243.314 df = 450 CMIN/df = 2.76
CFI= .949 NFI= .923 RMSEA= .059

ภาพ 3 แสดงโมเดลกลุ่มพหุ ระดับปัจจัยธรรมของชั้นปี
ระดับพื้นฐาน (ชั้นปีที่ 1 และ ชั้นปีที่ 2)



Chi-square= 1243.314 df = 450 CMIN/df = 2.76
CFI= .949 NFI= .923 RMSEA= .059

ภาพ 4 แสดงโมเดลกลุ่มพหุ ระดับปัจจัยธรรมของชั้นปี
วิชาชีพ (ชั้นปีที่ 3 และ ชั้นปีที่ 4)

จากภาพ 3 ผลโมเดลกลุ่มพหุ ระดับพื้นฐาน (ชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 2) พบว่าเส้นอิทธิพล ส่งผลไปยังจริยธรรมสูงสุด คือ ปัจจัยด้านการปลูกฝังและถ่ายทอดจริยธรรมวิชาชีพ (MORA) มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย = .47 รองลงมาด้านสมรรถนะดิจิทัลในวิชาชีพพยาบาล (EPRO) มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย = .44 และจากภาพ 4 ผลโมเดลกลุ่มพหุ ระดับวิชาชีพ (ชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4) พบว่าเส้นอิทธิพลสูงสุด คือด้านพื้นฐานแห่งจริยธรรมวิชาชีพ (ATTI) ของนักศึกษาพยาบาลในยุคดิจิทัล ส่งผลไปยังตัวแปรจริยธรรมวิชาชีพ มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (Regression coefficient) = 1.60 รองลงมา การส่งเสริมจริยธรรมในระบบการศึกษา (EDUC) ของนักศึกษาพยาบาลในยุคดิจิทัล ส่งผลไปยังตัวแปรปัจจัยด้านการปลูกฝังและถ่ายทอดจริยธรรมวิชาชีพ (MORA) มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (Regression coefficient) = .82

3.2 ผลการวิเคราะห์ การทดสอบความไม่แปรเปลี่ยน (Invariant) ของโมเดลการวัด กลุ่มระดับจริยธรรมของชั้นปี (Multi-group : Year) (ระดับพื้นฐานและระดับวิชาชีพ) ของโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อจริยธรรมวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลในยุคดิจิทัล มหาวิทยาลัยราชภัฏในประเทศไทย

ตาราง 2 ผลการทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของกลุ่ม จำแนกตามระดับจริยธรรมของชั้นปี (Multi-group : Year)

Model	χ^2	df	CFI	$\Delta\chi^2$	Model Comparison Δdf	p	ΔFI
configural	1243.314	450	.949	-	-	-	-
Metric	1275.344	467	.948	32.029	17	.015	.002
Scalar	1330.507	491	.946	55.163	24	.000	.004
Structural weights	1410.336	511	.942	79.829	20	.000	.005
Structural residuals	1422.048	518	.942	11.712	7	.110	.001

จากตาราง 2 ผลการทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลการวัด จำแนกตามระดับจริยธรรมของชั้นปี (ระดับพื้นฐาน ชั้นปีที่ 1-2 และระดับวิชาชีพ ชั้นปีที่ 3-4) พบว่า โมเดลมีความไม่แปรเปลี่ยนในทุกระดับของการทดสอบ ได้แก่ ระดับโครงสร้าง (Configural Invariance) ระดับเมตริก (Metric Invariance) ระดับสเกลาร์ (Scalar Invariance)

ระดับน้ำหนักโครงสร้าง (Structural Weights) และระดับค่าความคลาดเคลื่อนเชิงโครงสร้าง (Structural Residuals) โดยค่าความแตกต่างของดัชนีความสอดคล้องของโมเดล (ΔCFI) ในทุกขั้นตอนของการทดสอบมีค่าไม่เกิน .01 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด แสดงให้เห็นว่า โมเดลมีความเสถียรและมีโครงสร้างการวัดที่เท่าเทียมกันระหว่างกลุ่มที่เปรียบเทียบ ทั้งในด้านระดับชั้นปีและสถานการณ์กู้ยืมเงินเพื่อการศึกษา

3.3 การเปรียบเทียบ การวิเคราะห์ของกลุ่มระดับจริยธรรมของชั้นปี (Multi-group: Year) (ระดับพื้นฐานและระดับวิชาชีพ) ของโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อจริยธรรมวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลในยุคดิจิทัล มหาวิทยาลัยราชภัฏในประเทศไทย

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแฝงของปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อจริยธรรมวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลในยุคดิจิทัล จำแนกตามระดับชั้นปี

ตัวแปร	ชั้นปี		p-value	Cohen's d
	พื้นฐาน	วิชาชีพ		
ETHICS	16.61	16.37	.046	0.18
CHAR	10.58	10.34	.003	0.27
ATTI	10.01	9.78	<.001	0.29
RESP	16.02	15.62	<.001	0.30
EDUC	15.80	15.36	<.001	0.30
MORA	12.05	11.74	<.001	0.30
EPRO	17.37	16.97	.004	0.26

จากตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแฝงของปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อจริยธรรมวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลในยุคดิจิทัล พบว่า เมื่อจำแนกตามระดับชั้นปี นักศึกษาระดับพื้นฐานมีค่าเฉลี่ยสูงกว่านักศึกษาระดับวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเกือบทุกตัวแปร ได้แก่ จริยธรรมวิชาชีพ คุณลักษณะภายในที่เอื้อต่อจริยธรรม พื้นฐานแห่งจริยธรรมวิชาชีพ จิตสำนึกคุณธรรมเพื่อส่วนรวม การส่งเสริมจริยธรรมในระบบการศึกษา การปลูกฝังและถ่ายทอดจริยธรรม และสมรรถนะดิจิทัลในวิชาชีพพยาบาล โดยมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับเล็ก (Cohen's d = 0.18 – 0.30) ในขณะที่เมื่อจำแนกตามสถานะการกู้ยืมเงินเพื่อการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยของทุกตัวแปรระหว่างกลุ่มนักศึกษาที่กู้ยืมและไม่กู้ยืมเงินเพื่อการศึกษา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีขนาดอิทธิพลในระดับเล็กมาก (Cohen's d = 0.00 – 0.06) สะท้อนให้เห็นว่าสถานะการกู้ยืมเงินเพื่อการศึกษาไม่ได้ส่งผลต่อระดับจริยธรรมวิชาชีพหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญ

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากผู้เชี่ยวชาญ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 10 คน ซึ่งประกอบด้วยผู้บริหาร นักวิชาการ และพยาบาลวิชาชีพจากแหล่งฝึกภาคปฏิบัติ สะท้อนว่า การพัฒนาจริยธรรมวิชาชีพพยาบาลในยุคดิจิทัลต้องดำเนินการในลักษณะ “ระบบนิเวศจริยธรรมดิจิทัล” (Digital Ethical Ecosystem) ที่เชื่อมโยงนโยบาย หลักสูตร อาจารย์ แหล่งฝึก และนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีคุณลักษณะภายในเป็นฐานสำคัญ และใช้อาจารย์กับพยาบาลที่เลี้ยงเป็นแบบอย่างด้านจริยธรรม (Ethical Role Model) ควบคู่กับวินัยเชิงสร้างสรรค์ (Constructive Discipline) ดังคำกล่าวที่ว่า “นักศึกษาจะเรียนรู้จริยธรรมได้ดีที่สุดจากสถานการณ์จริง และ role model ของอาจารย์กับพยาบาลที่เลี้ยง” (K5) ด้านสมรรถนะดิจิทัล ผู้เชี่ยวชาญเสนอให้พัฒนาสมรรถนะดิจิทัลสู่ “สมรรถนะเชิงจริยธรรม” โดยกำหนด PLOs/CLOs ด้านจริยธรรมดิจิทัล ครอบคลุม Privacy, Informed Consent, Access Control และ Audit Trail ภายใต้กรอบ TIGER Framework และ PDPA ดังคำกล่าวที่ว่า “ต้องใช้เทคโนโลยีอย่างมีจริยธรรมและรับผิดชอบต่อข้อมูลผู้ป่วย” (K7)

ด้านจิตสำนึกคุณธรรมเพื่อส่วนรวม ควรส่งเสริมผ่าน Service Learning กิจกรรมจิตอาสา และการเรียนรู้จากชุมชน เพื่อสร้างวัฒนธรรมจริยธรรมจากภายในกลุ่มนักศึกษา โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล “บางคนแม้เจียบก็มีความรับผิดชอบต่อส่วนรวมได้เช่นกัน” (K8) และควรพัฒนาความรับผิดชอบต่อสังคมทั้งในโลกจริงและโลกดิจิทัล (K10)

ด้านการส่งเสริมจริยธรรมในระบบการศึกษา ควรออกแบบเป็นระบบนิเวศทางการศึกษาที่เชื่อมโยงนโยบายหลักสูตร บุคลากร และการประเมินผล โดยใช้หลักสูตรแบบเกลียวซ้อน (Spiral Curriculum) บูรณาการกรอบ 3Rs+6EPs+4ECs (K3) ผ่าน Ethics Round, Reflection, Service Learning และ E-Portfolio ส่วนการปลูกฝังและถ่ายทอดจริยธรรม ควรดำเนินการผ่านระบบพี่เลี้ยงด้านจริยธรรมดิจิทัล (Digital Ethical Mentoring System) และวัฒนธรรมองค์กรแบบ Just Culture ที่เน้นการพัฒนาและการสะท้อนคิดมากกว่าการลงโทษ โดย “อาจารย์ต้องมีคุณค่าภายในครบ 3Rs คิดดี พูดดี ทำดี” (K3) ทั้งนี้ การพัฒนาจริยธรรมควรสอดคล้องกับระดับชั้นปี โดยปี 1–2 เน้นค่านิยมพื้นฐาน ส่วนปี 3–4 เน้นการตัดสินใจเชิงจริยธรรมและภาวะผู้นำ

โดยสรุปผู้วิจัยสังเคราะห์ข้อเสนอแนะทั้งหมดภายใต้กรอบ PSPO: Policy–System–Practice–Outcome ครอบคลุมระดับหลักสูตร สถาบัน และระดับชาติ เพื่อพัฒนามาตรฐานสมรรถนะจริยธรรมดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลให้สอดคล้องกับ PDPA และแนวทาง WHO/UNESCO อันจะนำไปสู่การผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มี “ความรู้คู่คุณธรรม” อย่างยั่งยืนในยุคดิจิทัล

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยสะท้อนว่า จริยธรรมวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลในยุคดิจิทัลเป็นผลจากการบูรณาการของหลายปัจจัยที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ได้แก่ คุณลักษณะภายใน พื้นฐานแห่งจริยธรรมวิชาชีพ จิตสำนึกคุณธรรมเพื่อส่วนรวม การส่งเสริมจริยธรรมในระบบการศึกษา การปลูกฝังและถ่ายทอดจริยธรรม และสมรรถนะดิจิทัลในวิชาชีพพยาบาล โดยปัจจัยด้านคุณลักษณะภายใน เช่น ความรับผิดชอบ ความซื่อสัตย์ และความเมตตากรุณาเป็นรากฐานสำคัญของพฤติกรรมเชิงจริยธรรม สอดคล้องกับแนวคิดของ Kohlberg (1981) และ Rest (1986) ที่อธิบายว่าการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเกิดจากกระบวนการภายในและการพัฒนาความเข้มแข็งทางศีลธรรม รวมทั้งสอดคล้องกับกรอบจริยธรรมวิชาชีพของ สภาการพยาบาล (2567) และ ICN (2021) ที่เน้นคุณค่าทางวิชาชีพ ความรับผิดชอบ และการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ปัจจัยพื้นฐานแห่งจริยธรรมวิชาชีพ โดยเฉพาะทัศนคติต่อวิชาชีพ และการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมวิชาชีพโดยตรง ซึ่งสอดคล้องกับ ICN (2021) ที่ชี้ว่าคุณค่าทางวิชาชีพเป็นแกนหลักของจริยธรรมพยาบาล ปัจจัยด้านจิตสำนึกคุณธรรมเพื่อส่วนรวม เช่น การมีจิตอาสาและการทำงานเป็นทีม การส่งเสริมจริยธรรมในระบบการศึกษา และการปลูกฝังถ่ายทอดจริยธรรมเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาคุณธรรมผ่านกระบวนการเรียนรู้และแบบอย่างทางวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ บุรีรัตน์ สืบพัฒน์ธิดา และภูมิพิพัฒน์ รักพรหมงคล (2565) และแนวคิดการพัฒนาคุณธรรมผ่านสถาบันการศึกษา ที่เน้นบทบาทของสิ่งแวดล้อมทางการเรียนรู้ นอกจากนี้ สมรรถนะดิจิทัลในวิชาชีพพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญในบริบทยุคดิจิทัล โดยไม่เพียงเกี่ยวข้องกับทักษะเทคโนโลยี แต่รวมถึงการใช้เทคโนโลยีอย่างมีจริยธรรม โดยเฉพาะประเด็นข้อมูลสุขภาพและ AI ซึ่งสอดคล้องกับ Kirm และ Hong (2022) ที่ชี้ว่าการใช้เทคโนโลยีในงานพยาบาลต้องควบคู่กับความรับผิดชอบต่อจริยธรรม

โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยพื้นฐานแห่งจริยธรรมวิชาชีพมีอิทธิพลทางตรงสูงสุดต่อจริยธรรมวิชาชีพ สะท้อนว่าทัศนคติและคุณค่าทางวิชาชีพเป็นกลไกสำคัญในการกำกับพฤติกรรมของนักศึกษา สอดคล้องกับ Boozaripour, Abbaszadeh, Shahriari, Borhani (2018); Wiisak, Stolt, Igoumenidis, Chiappinotto, Gastmans, Keogh et al. (2024) และกรอบจริยธรรมของ ICN (2021) สมรรถนะดิจิทัลส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อจริยธรรมวิชาชีพ สะท้อนว่าวิชาชีพพยาบาลในยุคดิจิทัลจำเป็นต้องผสาน “Digital Competency” กับ “Ethical Responsibility” โดยเฉพาะประเด็นข้อมูลสุขภาพ ความเป็นส่วนตัว และการใช้เทคโนโลยีอย่างมีจริยธรรม สอดคล้องกับ Hariyati, Handiyani, Zaharany (2024); Yang (2024) และ Kirm, Hong

(2022) ขณะที่ปัจจัยด้านคุณลักษณะภายใน แม้ไม่ส่งผลทางตรง แต่มีอิทธิพลทางอ้อมผ่านปัจจัยอื่น สะท้อนบทบาทของ “ฐานรากเชิงคุณธรรม” ซึ่งสอดคล้องกับ Poorchangizi, Borhani, Abbaszadeh, Mirzaee, Farokhzadian, (2019) นอกจากนี้ ปัจจัยด้านการส่งเสริมจริยธรรมในระบบการศึกษาและการปลูกฝังถ่ายทอดจริยธรรมวิชาชีพ มีบทบาทสำคัญในฐานะ “กลไกเชิงระบบ” ที่เชื่อมโยงและขับเคลื่อนการพัฒนาจริยธรรมผ่านกระบวนการเรียนรู้ การมีต้นแบบ และสภาพแวดล้อมทางการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ บุรีรัตน์ สืบพัฒน์ธิดา และภูมิพิพัฒน์ รักพรหมงคล (2565) สำหรับสมรรถนะดิจิทัล พบว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อจริยธรรมวิชาชีพ โดยสะท้อนบริบทใหม่ของวิชาชีพพยาบาลที่ต้องผสาน “Digital Competency” กับ “Ethical Responsibility” ซึ่งสอดคล้องกับ Hariyati, Handiyani, Zaharany (2024); Yang (2024) นอกจากนี้ ปัจจัยด้านจิตสำนึกคุณธรรม เพื่อส่วนรวมมีอิทธิพลทางตรงในทิศทางลบ แต่ทางอ้อมเป็นบวก สะท้อนว่าความรับผิดชอบต่อสังคมต้องได้รับการหล่อหลอมผ่านกรอบวิชาชีพจึงจะนำไปสู่พฤติกรรมจริยธรรมที่เหมาะสม สอดคล้องกับ Kohlberg (1981) ผลการวิเคราะห์โมเดลพหุกลุ่มยืนยันว่าโครงสร้างโมเดลมีความสอดคล้องกันระหว่างกลุ่ม (Invariance) แต่ระดับอิทธิพลแตกต่างกันตามชั้นปีและสถานะทางเศรษฐกิจ สนับสนุนแนวคิดว่าการพัฒนาจริยธรรมควรคำนึงถึง “ความหลากหลายของผู้เรียน” มากกว่าการใช้แนวทางเดียวกันทั้งหมด

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐาน พบว่าเส้นทางจากปัจจัยพื้นฐานแห่งจริยธรรมวิชาชีพ (ATTI) ไปยังจริยธรรมวิชาชีพ (ETHICS) มีค่า $\beta = 1.095$ และเส้นทางจากจิตสำนึกคุณธรรมเพื่อส่วนรวม (RESP) ไปยังจริยธรรมวิชาชีพ มีค่า $\beta = -.997$ ซึ่งเป็นค่าที่เข้าใกล้หรือเกินช่วง ± 1 อาจสะท้อนภาวะ multicollinearity หรือ suppressor effect ระหว่างตัวแปรแฝงที่มีความสัมพันธ์กันสูง อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาพร้อมกับกรอบแนวคิดการวิจัยที่มองว่าจริยธรรมวิชาชีพ จิตสำนึกสาธารณะ และคุณค่าทางวิชาชีพเป็นโครงสร้างเชิงนามธรรมที่เชื่อมโยงกันในลักษณะบูรณาการ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบ Heywood cases แล้ว ไม่พบค่าความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนติดลบ และได้พิจารณาค่า Modification Index (MI) ร่วมกับเหตุผลเชิงทฤษฎีก่อนยืนยันโมเดล ส่งผลให้โมเดลยังคงมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับที่ยอมรับได้ นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์พหุกลุ่มพบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 1–2 มีระดับจริยธรรมสูงกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3–4 ซึ่งอาจสะท้อนภาวะ “moral erosion” เมื่อเผชิญสถานการณ์จริงทางคลินิกและแรงกดดันจากสภาพแวดล้อมการฝึกปฏิบัติ สอดคล้องกับ Dehkordi, Kianian, Nasrabadi (2024) ที่พบว่าสภาพแวดล้อมทางคลินิกมีผลต่อทัศนคติและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล ขณะเดียวกัน ผลการวิเคราะห์ยังสะท้อนว่าการพัฒนาจริยธรรมควรคำนึงถึงความแตกต่างของผู้เรียนทั้งด้านชั้นปีและบริบททางเศรษฐกิจ มากกว่าการใช้แนวทางเดียวกันทั้งหมด

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับผลการวิเคราะห์ SEM สะท้อนว่า การพัฒนาจริยธรรมวิชาชีพในยุคดิจิทัลควรดำเนินการในลักษณะ “ระบบนิเวศจริยธรรมดิจิทัล” (Digital Ethical Ecosystem) โดยเฉพาะในบริบทมหาวิทยาลัยราชภัฏที่มีพันธกิจในการพัฒนาท้องถิ่นและบริการชุมชน จึงควรบูรณาการจริยธรรมในทุกชั้นปีผ่าน Service Learning, Reflection, Simulation และการมีต้นแบบทางวิชาชีพ รวมทั้งพัฒนาสมรรถนะดิจิทัลให้เป็น “สมรรถนะเชิงจริยธรรม” ครอบคลุม privacy, informed consent, access control และ audit trail ภายใต้กรอบ PDPA และมาตรฐานวิชาชีพ โดยผู้เชี่ยวชาญเสนอว่า “ทักษะดิจิทัลของนักศึกษาพยาบาลไม่ควรหยุดแค่การใช้เทคโนโลยีได้ แต่ต้องใช้เทคโนโลยีอย่างมีจริยธรรมและรับผิดชอบต่อข้อมูลผู้ป่วย” (K7) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามแบบประเมินตนเอง (Self-report measure) ซึ่งอาจเกิด Social Desirability Bias ทำให้ผู้ตอบมีแนวโน้มตอบตามบรรทัดฐานทางวิชาชีพ ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยจริยธรรมอยู่ในระดับสูง อีกทั้งผลการวิจัยสะท้อนบริบทของมหาวิทยาลัยราชภัฏในประเทศไทย จึงควรใช้ความระมัดระวังในการอ้างอิงผลไปยังสถาบันการศึกษาพยาบาลประเภทอื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ระดับนโยบาย 1) กำหนดนโยบาย Digital Nursing Ethics Policy ระดับชาติ บูรณาการจริยธรรมข้อมูลสุขภาพและสมรรถนะดิจิทัลในมาตรฐานบัณฑิตพยาบาล 2) พัฒนารอบสมรรถนะจริยธรรมดิจิทัลขั้นต่ำของบัณฑิตพยาบาลให้เชื่อมโยงกับ PDPA การคุ้มครองข้อมูลสุขภาพ และการใช้ AI อย่างมีจริยธรรม
2. ระดับสถาบัน 1) กำหนดการพัฒนาจริยธรรมดิจิทัลเป็นยุทธศาสตร์ 2) จัดตั้งกลไกส่งเสริมจริยธรรม เช่น Digital Ethics Center หรือระบบพี่เลี้ยงจริยธรรม เพื่อสร้างวัฒนธรรมองค์กรแบบ Just Culture
3. ระดับหลักสูตรและการเรียนการสอน 1) บูรณาการ Nursing Digital Ethics และปัจจัยจากโมเดลเป็นผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตร 2) ใช้ Simulation, Ethics Round, Service Learning และ Reflection พัฒนาการตัดสินใจ
4. ระดับบุคคล 1) อาจารย์และพยาบาลพี่เลี้ยงพัฒนา Digital Professionalism และเป็นต้นแบบทางจริยธรรม 2) นักศึกษาพยาบาลพัฒนาคุณลักษณะภายใน จิตสำนึกเพื่อส่วนรวม และสมรรถนะดิจิทัลควบคู่กัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. วิจัยพัฒนาและประเมินโปรแกรมส่งเสริมจริยธรรมดิจิทัลสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยใช้แนวคิดระบบนิเวศจริยธรรมดิจิทัล และศึกษาผลต่อการตัดสินใจเชิงจริยธรรม
2. วิจัยพัฒนาโมเดลสมรรถนะดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์ทางการพยาบาล ที่ส่งผลต่อจริยธรรมวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลในระบบสุขภาพดิจิทัล

คำแถลงการณ์การใช้ปัญญาประดิษฐ์

บทความนี้มีการใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์เพื่อปรับปรุงสำนวนภาษาและความชัดเจนของข้อความเท่านั้น โดยไม่มีการใช้ออกแบบการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล หรือการตีความผลการวิจัย ผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบต่อความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสมบูรณ์ของเนื้อหาทั้งหมดในบทความนี้

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้วิจัยขอยืนยันว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใด ๆ ในการเผยแพร่บทความนี้

รายการอ้างอิง

- กระทรวงศึกษาธิการ. (2560). *ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาล-ศาสตร์ พ.ศ. 2560*. ราชกิจจานุเบกษา, 135(ตอนพิเศษ 1 ง), 7. สืบค้นเมื่อ 29 กันยายน 2567 จาก <https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/E/001/7.PDF>
- จิรัชญา เหล่าคมพฒณาจารย์, อติรัตน์ เหล่าคมพฒณาจารย์, เขมิกา เสียงเพรา, จิรภา วิลาวรรณ, ยุติ บุญเนา และ สมฤทัย ผดุงพล. (2563). การพัฒนาตัวบ่งชี้สมรรถนะด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมายวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการแพทย์รพ อุดรธานี*, 28(3), 284-294. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/248506>
- บุญชม ศรีสะอาด. (2560). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น.
- บุรียรัตน์ สือพัฒน์ และภูมิพัฒน์ รักพรหมงคล. (2565). การพัฒนาชุมชนแห่งการเรียนรู้ทางวิชาชีพเพื่อการนิเทศในโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็กในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย. *วารสาร International Journal of Social Sciences: Current and Future Research Trends*, 13(1), 15-27. https://ijsscfrjournal.isrra.org/index.php/Social_Science_Journal/article/view/935

- รัฐยา คิมูระ, พาพิรุณ น้อยตาแสง, และพงศ์ธรา วิจิตเวชไพศาล. (2566) ปัญญาประดิษฐ์ นวัตกรรมในงานการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 24(3), 15-22.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/263603>
- วีณา จีระแพทย์, เพ็ญพักตร์ อุทิศ และสายสมร เฉลยกิตติ. (2563). การสังเคราะห์ความรู้จากคำร้องเรียนผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาลต่อสภาการพยาบาล. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 12(2), 290–300.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/view/246068>
- สภาการพยาบาล. (2567). *คู่มือส่งเสริมจริยธรรมสำหรับองค์การพยาบาล: กลไกและการปฏิบัติ*. กรุงเทพมหานคร: สภาการพยาบาล.
- สุรพงษ์ กันทะขมภู และภูมิพัฒน์ รักพรหมงคล. (2568). รูปแบบการบริหารงานวิชาการสู่ความเป็นเลิศในยุคดิจิทัลของสถานศึกษาประเภทศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานในเขตภาคเหนือ. *วารสารการบริหารการปกครองและนวัตกรรมท้องถิ่น*, 9(1), 255–272.
<https://doi.org/10.14456/jlgisrru.2025.16>
- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*, 103(3), 411–423.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.103.3.411>
- Bandura, A. (1986, May). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 359-373. <https://doi.org/10.1521/jscp.1986.4.3.359>
- Bayram, A., Bal, B., Chiappinotto, S., & Palese, A. (2026). Digital ethics in nursing: A scoping review. *International nursing review*, 73(1), e70141. <https://doi.org/10.1111/inr.70141>
- Brenan, M. (2023). *Nurses Retain Top Ethics Rating in U.S., but Below 2020 High*. Gallup. Retrieved September 29, 2024 from <https://news.gallup.com/poll/467804/nurses-retain-top-ethics-rating-below-2020-high.aspx>
- Boozaripour, M., Abbaszadeh, A., Shahriari, M., & Borhani, F. (2018). Ethical values in nursing education: A literature review. *Electronic Journal of General Medicine*, 15(3), em19.
<https://doi.org/10.29333/ejgm/85500>
- Dehkordi, L. M., Kianian, T., & Nasrabadi, A. N. (2024). Nursing students' experience of moral distress in clinical settings: A phenomenological study. *Nursing Open*, 11(3), e2141.
<https://doi.org/10.1002/nop2.2141>
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39–50.
<https://doi.org/10.2307/3151312>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate Data Analysis* (8th ed.). Boston, MA: Cengage Learning.
- Hariyati, R. T. S., Handiyani, H., & Zaharany, T. A. (2024). Digital nursing promotion has increased ethics digital literacy: Program improvement. *F1000Research*, 13, 366.
<https://doi.org/10.12688/f1000research.139211.1>
- International Council of Nurses. (2021). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva: ICN. Retrieved September 29, 2024 from https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf
- Kirm, M. R., & Hong, B. (2022) Nursing ethical considerations in the AI-based technologies. *J-Institute*, 7(2), 10–21. <https://doi.org/10.22471/ai.2022.7.2.10>

- Kline, R. B. (2023). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (5th ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Kohlberg, L. (1981). *Essays on Moral Development: Vol. 1. The Philosophy of Moral Development*. San Francisco, CA: Harper & Row. Retrieved September 29, 2024 from <https://www.worldcat.org/oclc/7544994>
- Krathwohl, D. R., Bloom, B. S., & Masia, B. B. (1964). *Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals: Handbook II: The Affective Domain*. New York, NY: David McKay.
- Nightingale, F. (1969). *Notes on Nursing: What It is, and What It is not*. New York, NY: Dover Publications. Retrieved September 29, 2024 from <https://www.gutenberg.org/ebooks/17366>
- Poorchangizi, B., Borhani, F., Abbaszadeh, A., Mirzaee, M., & Farokhzadian, J. (2019). The importance of professional values from nursing students' perspective. *BMC Nursing*, 18, 26. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0351-1>
- Reinhart, R. J. (2020). *Nurses Continue to Rate Highest in Honesty, Ethics*. Gallup. Retrieved September 29, 2024, from <http://news.gallup.com/poll/274673/nursescontinue-rate-highest-honesty-ethics.aspx>
- Rest, J. R. (1986). *Moral development: Advances in Research and Theory*. New York, NY: Praeger. Retrieved September 29, 2024 from <https://www.worldcat.org/oclc/12550064>
- Waller, R. E., Smith, J. T., & Johnson, L. M. (2019). Higher Education in the Age of VUCA: Challenges and Strategic Responses. In J. A. Miller (Ed.), *Global Perspectives on 21st Century Education* (pp. 73–83). New York, NY: Global Education Press. Retrieved September 29, 2024 from <https://doi.org/10.20849/jed.v3i2.613>
- Wiisak, J., Stolt, M., Igoumenidis, M., Chiappinotto, S., Gastmans, C., Keogh, B., et al. (2024). Factors contributing to the promotion of moral competence in nursing. *Nursing ethics*, 31(8), 1367–1388. <https://doi.org/10.1177/09697330241235305>
- Yang, Y. (2024). Influences of digital literacy and moral sensitivity on artificial intelligence ethics awareness among nursing students. *Healthcare*, 12, 2172. <https://doi.org/10.3390/healthcare12212172>

คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ภายหลังการถ่ายโอนสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด: กรณีศึกษาจังหวัดนครสวรรค์
Quality of Work Life among Personnel in Subdistrict Health Promoting Hospitals
after Transfer to Provincial Administrative Organizations:
A Case Study of Nakhon Sawan Province

จิตติชญา ปันณกิจจากุล¹, ดาวรุ่ง คำวงศ์^{2*}

Thitichaya Pannakijjakul¹, Daoroong Komeong^{2*}

¹นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยวารีใต้ อำเภอหนองบัว จังหวัดนครสวรรค์,

²วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Master of Public Health Program Student, Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok,

Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute,

Ban Huai Wari Tai Sub-district Health Promoting Hospital, Nong Bua District, Nakhon Sawan Province,

²Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,

Praboromarajchanok Institute

(Received: December 22, 2025; Revised: June 25, 2026; Accepted: July 1, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานของรวมถึงศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ภายหลังการถ่ายโอนสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากร รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 – 2567 จำนวน 320 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ที่มีค่าความเชื่อมั่น .97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตการทำงานก่อนและหลังการถ่ายโอนโดยใช้สถิติ Paired t-test และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน กำหนดระดับนัยสำคัญที่น้อยกว่า .05 ผลวิจัยพบว่า

1. คุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมทั้ง 8 องค์ประกอบของบุคลากรในรพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอนอยู่ในระดับสูง ($M = 3.93$, $SD = 0.62$) และมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการถ่ายโอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.17$, $p\text{-value} < .001$) โดยทุกองค์ประกอบมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรหลังการถ่ายโอนได้แก่ ด้านกระบวนการบริหารด้านการสนับสนุนและเวชภัณฑ์ ด้านระบบสารสนเทศ ด้านการให้บริการสุขภาพ และอายุงาน โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานได้ร้อยละ 63.5 ($R^2 = 0.641$, $Adjusted R^2 = 0.635$, $p\text{-value} < .05$)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร โดยปัจจัยด้านการบริหารจัดการและการสนับสนุนระบบบริการเป็นปัจจัยสำคัญ ดังนั้น ผู้บริหารควรพัฒนาระบบบริหารและการสนับสนุนทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานและประสิทธิภาพการปฏิบัติงานภายหลังการถ่ายโอน

คำสำคัญ: การถ่ายโอน คุณภาพชีวิตการทำงาน บุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัด

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: daoroong.k@scphpl.ac.th)

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to: (1) examine and compare the quality of work life (QWL) of personnel in Subdistrict Health Promoting Hospitals (SHPHs), and (2) identify the factors influencing QWL following the transfer of SHPHs to the Nakhon Sawan Provincial Administrative Organization (PAO). The study sample consisted of 320 SHPH personnel transferred during fiscal years 2023 – 2024, selected using stratified random sampling. Data were collected through an online questionnaire with a reliability coefficient of .97. Descriptive statistics were used to summarize the data. Differences in mean QWL scores before and after the transfer were analyzed using a paired t-test, while factors associated with QWL were identified using stepwise multiple regression analysis. Statistical significance was set at $p\text{-value} < .05$. The findings revealed as follows.

1. The overall quality of work life across all eight dimensions was at a high level ($M = 3.93$, $SD = 0.62$). The mean overall QWL score after the transfer was significantly higher than that before the transfer ($t = 8.17$, $p\text{-value} < .001$), with all eight dimensions demonstrating statistically significant improvements ($p\text{-value} < .001$).

2. Significant predictors of QWL following the transfer included administrative processes, support for pharmaceuticals and medical supplies, health information systems, healthcare service delivery, and years of work experience. Together, these variables explained 63.5% of the variance in QWL ($R^2 = 0.641$, $Adjusted R^2 = 0.635$, $p\text{-value} < .05$).

This study demonstrates that the transfer of SHPHs to Provincial Administrative Organizations is associated with improvements in personnel's quality of work life. Key determinants were management processes and service support systems. Therefore, administrators should continuously enhance management systems and resource support to promote work life quality and operational efficiency following the transfer.

Keywords: Transfer, Quality of Work Life, Public Health Personnel, Subdistrict Health Promoting Hospital, Provincial Administrative Organization

บทนำ

การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายการกระจายอำนาจของรัฐบาลไทย ซึ่งมุ่งหวังให้การบริหารจัดการในระดับท้องถิ่นมีความเหมาะสมและตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ดีขึ้น การกระจายอำนาจรัฐจากส่วนกลางให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น เริ่มตั้งแต่มีการตรารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 จนถึงพุทธศักราช 2550 โดยเฉพาะการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น มีพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่น พุทธศักราช 2542 (สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, 2566) ซึ่งได้มีการดำเนินการถ่ายโอนสถานีนอนามัยไปยังองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาล ภายในปี 2551 เป็นครั้งแรก จำนวน 15 แห่ง ยังพบว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานมากมาย เช่น แนวทางการดำเนินงาน และการประสานงานระหว่างพื้นที่ ทำให้บุคลากรสาธารณสุขเกิดความไม่มั่นใจในการทำงาน (จักรกฤษณ์ วังราชกูร์, 2554) ต่อมาเมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2564 มีราชกิจจานุเบกษาประกาศ ว่าด้วยเรื่องหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และ รพ.สต. ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) (สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่น, 2566) โดยภายในปีงบประมาณ 2565 ได้มีการดำเนินการถ่ายโอนสะสม จำนวน 81 แห่ง ซึ่งเป็นการถ่ายโอนไปยังเทศบาลตำบล 34 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 27 แห่ง เทศบาลเมือง 11 แห่ง เทศบาลนคร 8 แห่ง และเมืองพัทยา 1 แห่ง ในปีงบประมาณ 2566 ได้มีการดำเนินการถ่ายโอนรพ.สต. ให้แก่ อบจ. จำนวน 3,262 แห่ง จนถึงปีงบประมาณ 2567 มีการดำเนินการถ่ายโอน จำนวน 931 แห่ง (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2567) ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวน รพ.สต. ทั้งหมด 9,872 แห่ง โดยตั้งแต่ปี 2551 มีการดำเนินการถ่ายโอนไปแล้ว 4,274 แห่ง (ร้อยละ 43.29) โดยมีการถ่ายโอนให้แก่ อบจ. 4,193 แห่ง (ร้อยละ 98.13) เทศบาลตำบล 34 แห่ง (ร้อยละ 0.80) องค์การบริหารส่วนตำบล 27 แห่ง (ร้อยละ 0.61) เทศบาลเมือง 11 แห่ง (ร้อยละ 0.26) เทศบาลนคร 8 แห่ง (ร้อยละ 0.19) และเมืองพัทยา 1 แห่ง (ร้อยละ 0.02)

จังหวัดนครสวรรค์มีจำนวน รพ.สต. ทั้งหมด 190 แห่ง ในปีงบประมาณ 2566 มีการดำเนินการถ่ายโอนให้แก่ อบจ. ไปแล้ว 99 แห่ง ต่อมาในปีงบประมาณ 2567 ได้ดำเนินการถ่ายโอนเพิ่มอีก 12 แห่ง รวมเป็น 111 แห่ง (ร้อยละ 58.42) ในปีงบประมาณ 2566 และ 2567 มีบุคลากรใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนสู่ อบจ. จำนวน 472 คน และ 55 คน ตามลำดับ รวมเป็น 527 คน จังหวัดนครสวรรค์มีแผนยุทธศาสตร์สุขภาพระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ที่ชัดเจน โดยมุ่งเน้นการพัฒนาาระบบสุขภาพแบบบูรณาการ การส่งเสริมเศรษฐกิจสุขภาพ และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ แผนยุทธศาสตร์นี้เป็นกรอบสำคัญในการศึกษาผลกระทบและแนวทางการปรับปรุงจากการถ่ายโอน รพ.สต. เพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและตอบโจทย์ความต้องการของประชาชน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, 2567) เนื่องจากเป็นศูนย์กลางของเขตสุขภาพที่ 3 โดยครอบคลุมจังหวัดใกล้เคียง เช่น พิจิตร ชัยนาท อุทัยธานี และกำแพงเพชร ทำให้จังหวัดนครสวรรค์มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพเชิงพื้นที่ โดยสามารถเป็นตัวอย่างที่ดีในการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ทั้งในแง่ของการบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2564) อีกทั้งจังหวัดนครสวรรค์อยู่ในกลุ่มที่มี รพ.สต. ถ่ายโอนร้อยละ 50.00 – 90.00 ซึ่งแตกต่างจากบางจังหวัดที่ถ่ายโอนทั้งหมด หรือบางจังหวัดถ่ายโอนไม่ถึงร้อยละ 50.00 ทำให้การศึกษาในพื้นที่นี้เป็นกรณีศึกษาที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับจังหวัดอื่น ๆ ที่มีความคล้ายคลึงกัน

การกระจายอำนาจในรูปแบบการถ่ายโอนจาก รพ.สต. ไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 และ 2567 ครั้งนี้ถือได้ว่าเป็นการถ่ายโอนจำนวนมาก เมื่อเทียบกับการถ่ายโอนก่อนหน้านี้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้อาจมีผลกระทบต่อความสามารถในการให้บริการสุขภาพของ รพ.สต. และคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรใน รพ.สต. จากการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินผลกระทบภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ. ที่ผ่านมา พบว่าทรัพยากรบุคคลเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการให้บริการกับประชาชนในพื้นที่ กล่าวคือ การไม่มีบุคลากรถ่ายโอนไปด้วยทำให้ไม่มีผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. หรือการปิดบริการที่สามารถเคยดำเนินการได้ที่ รพ.สต. เช่น บริการทันตกรรมจากการยังไม่มีทันตแพทย์กำกับดูแลเหมือนใน รพ. แม้ช่วยเดิมของกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้พบว่าปัจจัยทางการเงินของ รพ.สต. เป็นอีกปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ในเรื่องของงบประมาณจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รูปแบบของการได้รับทางการเงินส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการขัดแย้งระหว่างหน่วยงานต่างสังกัด ในขณะที่การจัดการเกี่ยวกับยาเวชภัณฑ์ และครุภัณฑ์เครื่องมือแพทย์ เป็นอีกปัจจัยที่จะส่งผลกระทบต่อการให้บริการสุขภาพ โดย รพ.สต. ที่ถ่ายโอน มีแนวโน้มที่จะได้รับการสนับสนุนในเรื่องยา เวชภัณฑ์ และครุภัณฑ์เครื่องมือแพทย์ต่าง ๆ จากโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่น้อยลง ส่งผลให้ความสามารถในการให้บริการของ รพ.สต. ลดลง (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, นภชา สิงห์วีระธรรม, มโน มณีฉาย, ดาวรุ่ง คำวงศ์, จิรยุทธ์ สินธุพันธุ์, พัลลภ เชียวชัยสกุล และคณะ, 2566) อีกทั้งการประเมินผลการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 3 ยังพบว่าการจัดการด้านกำลังคน ด้านคุณภาพข้อมูล ด้านยาและเวชภัณฑ์ที่ยังมีปัญหา (ปณิดา อีรสุทธกุล, บัญชา พร้อมดิษฐ์, จันทิมา นวมะวัฒน์, 2561) และจากการศึกษารายงานสรุปภาพรวมโครงการวิจัยประเมินผลนโยบายการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสู่ อบจ. พบจุดอ่อนที่สำคัญคือ สำนักงานงบประมาณยังไม่ได้สนับสนุนงบประมาณเพื่อการสรรหาบุคลากรตามกรอบโครงสร้างอัตรากำลัง อีกทั้ง รพ.สต. ยังมีบุคลากรไม่ครบตามมาตรฐานกรอบอัตรากำลัง และภายหลังการถ่ายโอนลักษณะงานที่รับผิดชอบส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงในด้านความสัมพันธ์ระหว่าง รพ.สต. กับสำนักงานสาธารณสุข

อำเภอ (สสอ.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) พบว่าแอ่งกว่าเดิม ทำให้การประสานงานยุ่งยากขึ้น ขึ้น (อุดม ทมโมลิต, ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, วรพิตย์ มีมาก, วีระวัฒน์ ปันนิตามัย, นิธินันท์ ธรรมารณนธ์, จันทราชุม หากาญจนะ และคณะ, 2567) จากการศึกษาที่ผ่านมาดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ใน 6 องค์ประกอบหลักของระบบสุขภาพตามท้องที่การอนามัยโลกกำหนด ได้แก่ การให้บริการสุขภาพ การเงินด้าน สุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลด้านสุขภาพ การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (สกล สันธูพรหม, อีริเดช นรุตถ์รักษา, สุกัญญา พงศ์ประภาอำไพ, คณิดา นรุตถ์รักษา, 2566)

จากธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ได้ระบุถึงปัญหาการขาดแคลนบุคลากร และภาระงานที่หนักเกินไป ส่งผลต่อความเครียดและคุณภาพการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะบุคลากร สาธารณสุขใน รพ.สต. ที่เป็นด่านหน้าของระบบบริการสุขภาพ และจากการศึกษาผลกระทบของการถ่ายโอนด้าน สาธารณสุขมีการศึกษาในหลายประเด็น เช่น ความพึงพอใจและผลกระทบต่อระบบบริการ หรือการประเมินผล การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขต่อองค์ประกอบระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก แต่ยังไม่พบการศึกษาใน ด้านคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขหลังจากที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ในเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอนสู่ อบจ. กรณีศึกษาจังหวัดนครสวรรค์ โดยใช้แนวคิดของวอลตัน (Walton, 1973) ซึ่งครอบคลุม 8 องค์ประกอบ ได้แก่ การได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม สภาพการปฏิบัติงานน่าอยู่ น่าทำงานและส่งเสริมสุขภาพ ความก้าวหน้า และความมั่นคงในงาน โอกาสในการพัฒนาและการใช้ความสามารถของบุคคล การทำงานร่วมกันและความสัมพันธ์ กับบุคคลอื่น ประชาธิปไตยและความยุติธรรมในการทำงาน ความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว และความภูมิใจ ในองค์กร เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการกำหนดนโยบาย และแนวทางพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของ บุคลากรสาธารณสุข อีกทั้งสนับสนุนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ในระยะยาว

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรใน รพ.สต. ก่อนและหลังการถ่ายโอนสู่ อบจ. นครสวรรค์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านการจัดการระบบสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของ บุคลากรใน รพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอนสู่ อบจ. นครสวรรค์

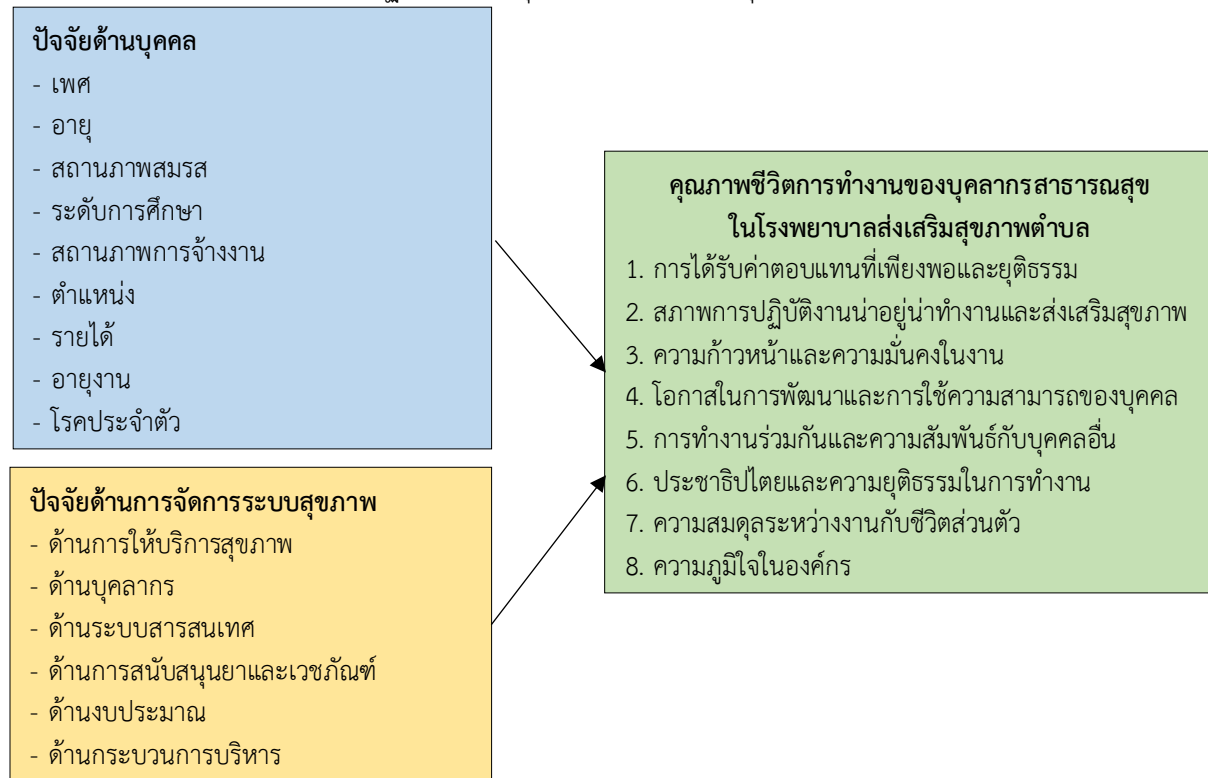
สมมติฐานวิจัย

1. คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรใน รพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอนสูงกว่าก่อนการถ่ายโอนสู่ อบจ. นครสวรรค์
2. ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านการจัดการระบบสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของ บุคลากรใน รพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอนสู่ อบจ. นครสวรรค์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตการทำงานของวอลตัน (Walton, 1973) ซึ่งการปรับโครงสร้าง การทำงานและระบบบริหารงานใหม่ อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร ทั้งด้านค่าตอบแทน สภาพแวดล้อมการทำงาน และความมั่นคงในงาน เชื่อมโยงกับทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow, 1943) ซึ่งอธิบายว่า “ความต้องการพื้นฐาน ไปจนถึงความต้องการในระดับสูงขึ้น เช่น การบรรลุศักยภาพและความสำเร็จ ในชีวิตการทำงาน มีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยปัจจัยด้านรายได้ ตำแหน่งงาน และระดับการศึกษา สามารถตอบสนองความต้องการของบุคลากรในระดับต่าง ๆ ได้ สำหรับปัจจัยด้านการจัดการระบบสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก คือ Six Building Blocks of Health Systems โดยนำองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์เป็นตัวแปรที่ใช้ศึกษา จำนวน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการให้บริการสุขภาพ ด้านบุคลากร ด้านระบบสารสนเทศ ด้านการสนับสนุนและเวชภัณฑ์ ด้านงบประมาณ และด้านกระบวนการบริหาร (World Health Organization [WHO], 2007) ซึ่งองค์ประกอบดังกล่าว มีบทบาทสำคัญต่อประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ และอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ โดยการเปลี่ยนแปลงการจัดการระบบสุขภาพภายหลังการถ่ายโอน สามารถอธิบายได้ด้วย ทฤษฎีระบบของ (Von Bertalanffy, 1968) ซึ่งอธิบายว่า “ระบบการทำงานในองค์กรสุขภาพต่าง ๆ จะต้องทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานของบุคลากรและยกระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน ภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ภายในจังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งได้ถ่ายโอนภารกิจจากกระทรวงสาธารณสุขไปสู่ อบจ.นครสวรรค์ ตามนโยบายการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2565 โดยนับรวมบุคลากรทุกตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน ณ รพ.สต. ที่เข้าสู่อายุถ่ายโอนทั้งหมด ในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 472 คน ในปีงบประมาณ 2567 จำนวน 55 คน รวมเป็น 527 คน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2567)

เกณฑ์การคัดเข้า คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนสู่ อบจ. จังหวัดนครสวรรค์ ในปีงบประมาณ 2566 – 2567 มีประสบการณ์ปฏิบัติงานก่อนการถ่ายโอนไม่น้อยกว่า 1 ปี และยังคงปฏิบัติงานหลังการถ่ายโอนจนถึงช่วงเก็บข้อมูล เป็นข้าราชการ พนักงานราชการ หรือพนักงานจ้างที่มีตำแหน่งงานชัดเจน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ บุคลากรที่อยู่ระหว่างการลาออก ลาศึกษาต่อ โอนย้าย หรือมาช่วยราชการชั่วคราว ในช่วงเก็บข้อมูล รวมถึงผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนตามที่กำหนด หรือมีข้อจำกัดในการเปิดเผยข้อมูลบางส่วน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำ รพ.สต. ในเขตจังหวัดนครสวรรค์ ที่ถ่ายโอนสู่ อบจ. ช่วงปีงบประมาณ 2566 ถึง 2567 กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง กรณีการประมาณค่าเฉลี่ยที่ทราบจำนวนประชากร Cochran (1977) โดยกำหนดจำนวนประชากรเป้าหมาย (N) = 527 คน ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($Z = 1.96$) ค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าช่วงความเชื่อมั่น (α) = .05 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (d) = .05 และใช้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (σ) = 0.64 อ้างอิงจากการศึกษาของ กรรฐ อุติเนตร, ทศพร ชูศักดิ์, พรรณี บัญชรหัตถกิจ (2567) ดังนี้

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

จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 288 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (Missing) จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 ดังนั้น จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 320 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเป็นชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ในแต่ละอำเภอ จากนั้นหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามสัดส่วนประชากรแต่ละอำเภอ

ตาราง 1 จำนวนบุคลากรกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มตามจำนวนสัดส่วนบุคลากรในแต่ละอำเภอที่ถ่ายโอน รพ.สต. ($n = 320$)

ลำดับ	อำเภอที่ถ่ายโอน (ร้อยละ)	กลุ่มตัวอย่าง รพ.สต. จำนวน (แห่ง)	บุคลากร	กลุ่มตัวอย่าง
			ชรก./ ลจป./ พนร./ พกส/ ลูกจ้างทั่วไป จำนวน (คน)	ชรก./ ลจป./ พนร./ พกส/ ลูกจ้างทั่วไป จำนวน (คน)
1	บรรพตพิสัย (5.88)	1	4	2
2	ไพศาลี (13.33)	2	12	7
3	ตากถ้ำ (37.5)	6	23	15
4	พยุหะคีรี (46.15)	6	22	14
5	ท่าตะโก (56.25)	9	43	26
6	ลาดยาว (72.22)	13	53	32
7	ชุมแสง (73.33)	11	34	21
8	เมือง (73.91)	17	110	66
9	หนองบัว (86.67)	13	59	36
10	แม่เปิน (100)	3	0	0
11	เก้าเลี้ยว (100)	6	44	26
12	ตากฟ้า (100)	11	33	21
13	แม่วงก์ (100)	10	59	35
14	ชุมตาบง (100)	3	31	19
รวม	14	111	527	320

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์จากแบบสอบถามของผู้ที่ศึกษาไว้แล้วของ กระทรวงสาธารณสุข (2565) โดยปรับให้สอดคล้องกับบริบทประชากรในพื้นที่ และได้จากการทบทวนเอกสารและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการศึกษารั้งนี้ โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยด้านบุคคล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพการจ้างงาน ตำแหน่ง รายได้ อายุงาน โรคประจำตัว โดยมีลักษณะเป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการจัดการระบบสุขภาพใน รพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอนสู่ อบจ. 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการให้บริการสุขภาพ ด้านบุคลากร ด้านระบบสารสนเทศ ด้านการสนับสนุนและเวชภัณฑ์ ด้านงบประมาณ

และด้านกระบวนการบริหาร ด้านละ 5 ข้อ รวม 30 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ (Likert, 1967) โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงบวกจากเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามเชิงลบกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนในทิศทางตรงกันข้าม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงานที่พัฒนามาจากแนวความคิดวอลตัน (Walton, 1973) และ กระทรวงสาธารณสุข (2565) ได้แบ่งการวัดออกเป็น 8 องค์ประกอบ ได้แก่ การได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอ และยุติธรรม สภาพการปฏิบัติงานน่าอยู่ น่าทำงานและส่งเสริมสุขภาพ ความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน โอกาสในการพัฒนาและการใช้ความสามารถของบุคคล การทำงานร่วมกันและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ประชาธิปไตย และความยุติธรรมในการทำงาน สมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว และความภูมิใจในองค์กร องค์ประกอบละ 5 ข้อ รวม 40 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงบวกจากเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามเชิงลบกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนในทิศทางตรงกันข้ามโดยระดับของคุณภาพชีวิตการทำงาน แบ่งระดับเป็น 5 ระดับ (Best, 1977) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00	หมายถึง คุณภาพชีวิตระดับสูงมาก
ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20	หมายถึง คุณภาพชีวิตระดับสูง
ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40	หมายถึง คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60	หมายถึง คุณภาพชีวิตระดับต่ำ
ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80	หมายถึง คุณภาพชีวิตระดับต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยและการจัดการสุขภาพ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา เนื้อหา และโครงสร้างของแบบสอบถาม โดยได้คำนวณความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC: Index of Item - Objective Congruence) อยู่ในช่วง .67 – 1.00 และได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่าง ใน รพ.สต. หลังการถ่ายโอนสู่ อบจ. จังหวัดพิจิตร จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามการจัดการระบบสุขภาพ เท่ากับ .955 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงาน เท่ากับ .957

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการความร่วมมือไปยัง อบจ. และผู้อำนวยการ รพ.สต. รวมถึงจัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย มอบเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นแนบคิวอาร์โค้ดในเอกสารชี้แจงสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกในกลุ่มไลน์ของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน เพื่อให้สแกนตอบแบบสอบถามออนไลน์ โดยรอการตอบกลับประมาณ 1 เดือน เมื่อได้รับข้อมูลครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 320 คน คิดเป็นร้อยละ 100 แล้วผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมที่ใช้ในการวิเคราะห์ทางสถิติ ก่อนนำไปวิเคราะห์ผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านการจัดการระบบสุขภาพ และคุณภาพชีวิตการทำงาน แสดงเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรใน รพ.สต. ก่อนและหลังการถ่ายโอนสู่ อบจ. จังหวัดนครสวรรค์ โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $< .05$ ทั้งนี้ได้ตรวจสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลด้วยก่อนการวิเคราะห์ ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test

3. วิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านการจัดการระบบสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรใน รพ.สต. ภายหลังจากถ่ายโอนสู่ อบจ. จังหวัดนครสวรรค์ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $< .05$

ก่อนการวิเคราะห์ ได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยแปลงตัวแปรอิสระที่เชิงกลุ่ม ได้แก่ เพศ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพการจ้างงาน และตำแหน่งงานเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variables) ก่อนนำเข้าสู่การวิเคราะห์ ผลการตรวจสอบพบว่า ค่าคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระต่อกัน (Independence of Errors) โดยค่า Durbin-Watson เท่ากับ 2.082 ซึ่งอยู่ในช่วงที่ยอมรับได้ (1.50 – 2.50) และไม่พบปัญหาความสัมพันธ์ของค่าคลาดเคลื่อน (Autocorrelation) สำหรับภาวะพหุสหสัมพันธ์ (Multicollinearity) พบว่าค่า Variance Inflation Factor (VIF) อยู่ระหว่าง 1.05 – 2.22 ซึ่งน้อยกว่า 10 แสดงว่าไม่พบปัญหาตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง นอกจากนี้ ค่าคลาดเคลื่อน (Normality of Residuals) มีการแจกแจงใกล้เคียงการแจกแจงปกติ โดยค่าเฉลี่ยของค่าคลาดเคลื่อน (Residual Mean) เท่ากับ 0.00068 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standardized Residual) เท่ากับ 0.991 ทั้งนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นไปตามข้อตกลงของการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เอกสารรับรองเลขที่ IRRB of SCPHPL 10/2567.2.4 ลงวันที่ 26 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.25 บุคลากรส่วนใหญ่ปฏิบัติงานประจำรพ.สต.ขนาด M (กลาง) มากที่สุด ร้อยละ 64.06 ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 2566 มากที่สุด ร้อยละ 92.19 ในด้านอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30–39 ปี และ 50–59 ปี ร้อยละ 31.56 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 57.19 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 85.63 บุคลากรส่วนมากเป็นข้าราชการประเภทวิชาการ ร้อยละ 54.06 ตำแหน่งงานส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 41.25 อายุงาน พบว่าส่วนใหญ่อายุงานมากกว่า 21 ปี ร้อยละ 36.88 ส่วนมากมีรายได้ต่อเดือน 15,000 – 30,000 บาท ร้อยละ 39.38 และกลุ่มตัวอย่างบุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.88 ไม่มีโรคประจำตัว

2. ข้อมูลคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในรพ.สต. ก่อนและหลังการถ่ายโอนสู่อบจ.นครสวรรค์

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำ รพ.สต. ในจังหวัดนครสวรรค์ ก่อนและหลังถ่ายโอนสู่ อบจ. จำแนกตามองค์ประกอบ ($n = 320$)

องค์ประกอบ	ก่อน			หลัง			t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
1. การได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม	3.39	0.59	ปานกลาง	3.55	0.70	สูง	4.01	$< .001$
2. สภาพการปฏิบัติงานที่น่าทำงานและส่งเสริมสุขภาพ	3.74	0.59	สูง	4.05	0.59	สูง	11.11	$< .001$
3. ความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน	3.66	0.55	สูง	3.96	0.57	สูง	9.83	$< .001$
4. โอกาสในการพัฒนาและการใช้ความสามารถของบุคคล	3.62	0.56	สูง	3.90	0.64	สูง	7.78	$< .001$

องค์ประกอบ	ก่อน			หลัง			t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
5. การทำงานร่วมกันและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น	3.82	0.61	สูง	4.05	0.61	สูง	7.39	< .001
6. ประชาธิปไตยและความยุติธรรมในการทำงาน	3.71	0.67	สูง	3.98	0.63	สูง	8.01	< .001
7. ความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว	3.52	0.60	สูง	3.80	0.66	สูง	8.16	< .001
8. ความภูมิใจในองค์กร	3.87	0.62	สูง	4.13	0.56	สูง	9.10	< .001
รวม	3.67	0.60	สูง	3.93	0.62	สูง	8.17	< .001

จากตาราง 2 พบว่า หลังการถ่ายโอนคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรใน รพ.สต. ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง และมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการถ่ายโอน (ก่อน $M = 3.67$, $SD = 0.60$; หลัง $M = 3.93$, $SD = 0.62$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.17$, $p\text{-value} < .001$) เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่าทั้ง 8 องค์ประกอบ มีคะแนนเฉลี่ยภายหลังการถ่ายโอนสูงกว่าก่อนการถ่ายโอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) โดยด้านสภาพการปฏิบัติงานน่าอยู่ทำงานและส่งเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุด (ก่อน $M = 3.74$, $SD = 0.59$; หลัง $M = 4.05$, $SD = 0.59$) รองลงมาคือ ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน (ก่อน $M = 3.66$, $SD = 0.55$; หลัง $M = 3.96$, $SD = 0.57$) ส่วนด้านการได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม มีคะแนนเฉลี่ยภายหลังการถ่ายโอนต่ำที่สุด และมีการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (ก่อน $M = 3.39$, $SD = 0.59$; หลัง $M = 3.55$, $SD = 0.70$)

3. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในรพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอนสู่อบจ.จังหวัดนครสวรรค์

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในรพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอนสู่อบจ.นครสวรรค์

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในรพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอนสู่อบจ.	B	SE	Beta	t	p-value
ด้านกระบวนการบริหาร	2.111	0.257	.365	8.228	< .001
ด้านระบบสารสนเทศ	1.511	0.330	.232	4.582	< .001
ด้านการสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์	1.405	0.272	.236	5.160	< .001
ด้านการให้บริการสุขภาพ	0.932	0.322	.133	2.894	.004
อายุงาน	0.161	0.082	.068	1.969	.050

ค่าคงที่ = 7.633, $R = 0.800$, $R^2 = 0.641$, Adjusted $R^2 = 0.635$, $F = 110.910$, $p\text{-value} < .05$

จากตาราง 3 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรใน รพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอนสู่ อบจ. นครสวรรค์ ได้ 5 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านการจัดการระบบสุขภาพ ประกอบด้วย ด้านกระบวนการบริหาร ($Beta = .365$, $p\text{-value} < .001$) ด้านการสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ ($Beta = .236$, $p\text{-value} < .001$) ด้านระบบสารสนเทศ ($Beta = .232$, $p\text{-value} < .001$) ด้านการให้บริการสุขภาพ ($Beta = .133$, $p\text{-value} = 0.004$) รวมทั้งปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุงาน ($Beta = .068$, $p\text{-value} = .05$) โดยตัวแปรทุกตัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานและสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรใน รพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอนสู่ อบจ. นครสวรรค์ได้ ร้อยละ 63.50 ทั้งนี้ สามารถเขียนสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในรพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอนสู่ อบจ.นครสวรรค์ ดังนี้

$$Y = 7.633 + 2.111(\text{ด้านกระบวนการบริหาร}) + 1.511(\text{ด้านระบบสารสนเทศ}) + 1.405(\text{ด้านการสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์}) + 0.932(\text{ด้านการให้บริการสุขภาพ}) + 0.161(\text{อายุงาน})$$

ส่วนปัจจัยด้านการจัดการระบบสุขภาพ ได้แก่ ด้านบุคลากร และด้านงบประมาณ รวมทั้งปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพการจ้างงาน ตำแหน่งงาน รายได้ และโรคประจำตัว ไม่พบว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรใน รพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอนสู่ อบจ. นครสวรรค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$)

การอภิปรายผล

คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร รพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอนสู่ อบจ. นครสวรรค์ อยู่ในระดับสูงทั้ง 8 องค์ประกอบ และมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการถ่ายโอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังถ่ายโอน พบองค์ประกอบที่มีค่าความแตกต่างมากที่สุด ได้แก่ องค์ประกอบด้านสภาพ การปฏิบัติงานน่าอยู่ทำงานและส่งเสริมสุขภาพ โดยมีค่าเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Walton (1973) ที่ระบุว่า “สภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีเป็นองค์ประกอบสำคัญของ คุณภาพชีวิตการทำงาน โดยเฉพาะการมีเครื่องมือ เครื่องใช้สำนักงาน วัสดุ อุปกรณ์ เพียงพอ อยู่ในสภาพที่ดี พร้อมใช้งาน เหมาะสมกับการทำงานและทันสมัย” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นื่องนุช ฉัตรศรีทองกุล (2565) ที่ได้ศึกษาความพึงพอใจและความคาดหวังของบุคลากร รพ.สต. ที่ประสงค์ถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. แล้ว พบว่า “บุคลากรมีความคาดหวังสูงต่อการปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงานภายหลังการถ่ายโอน” จากการศึกษานี้อาจเนื่องมาจาก อบจ. มีงบประมาณและอำนาจในการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ได้คล่องตัวกว่าระบบเดิมจากกระทรวง สาธารณสุข ส่งผลให้สามารถปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี การกระจายอำนาจของ Rondinelli (1981) ที่อธิบายว่า “การถ่ายโอนอำนาจ (Devolution) ทำให้องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นมีความคล่องตัวในการบริหารจัดการทรัพยากร” ส่วนองค์ประกอบด้านความก้าวหน้าและความมั่นคง ในงานมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะเรื่องของโอกาสก้าวหน้าในการเลื่อนตำแหน่ง หรือเลื่อนระดับที่สูงขึ้นอย่างเหมาะสม ไม่ซ้ำเกินไปเมื่อเทียบกับช่วงก่อนการถ่ายโอน ซึ่งแตกต่างจากความกังวลในช่วงเริ่มต้นของบุคลากรตามการศึกษาของ ตุลยวดี หล่อตระกูล (2563) ซึ่งได้ศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้แก่องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ที่ระบุว่า “บุคลากรมีความกังวลต่อความมั่นคง และความก้าวหน้าในสายอาชีพเป็นสิ่งที่บุคลากรมีความกังวล” อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของ Maslow (1943) ที่ระบุว่า “เมื่อความต้องการพื้นฐานได้รับการตอบสนอง บุคลากรจะมุ่งสู่ความต้องการระดับสูงขึ้น รวมถึงความต้องการ ความมั่นคงและการพัฒนาตนเอง” จากการศึกษาครั้งนี้การที่ อบจ. มีโครงสร้างองค์กรที่ชัดเจนและมีตำแหน่งงาน ที่หลากหลาย อาจทำให้เปิดโอกาสความก้าวหน้าให้บุคลากรมากขึ้น ส่วนองค์ประกอบที่มีค่าความแตกต่างน้อยที่สุด คือ ด้านการได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม โดยหลังการถ่ายโอนพบว่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยไม่ได้มี นัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าบุคลากรยังคงมีความพึงพอใจต่อค่าตอบแทนในระดับใกล้เคียงกับเดิม มีเพียงด้าน ค่าตอบแทนที่ได้รับเหมาะสมและเพียงพอกับค่าครองชีพในปัจจุบัน และค่าตอบแทนที่ได้รับจากการทำงานทำให้ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ ที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษา การประเมินการจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิโดย รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนไปสู่ อบจ. ในปีงบประมาณ 2566 ของ อุดม ทุมไธสิต, รติพร ถึงฝั่ง, หลี เหมรินเหลียง, จิรวัฒน์ ศรีเรือง (2567) ที่พบว่า “บุคลากรที่ถ่ายโอนยังมีปัญหา เรื่องค่าตอบแทนที่ไม่เทียบเท่ากับก่อนการถ่ายโอน” ประเด็นนี้สะท้อนถึงข้อจำกัดด้านงบประมาณของ อบจ. อาจด้วยระยะเวลาของการถ่ายโอนสู่ อบจ. อาจทำให้ยังไม่สามารถปรับค่าตอบแทนได้มากนัก ซึ่งสอดคล้องกับ ทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg, Mausner, Snyderman (1959) ที่ระบุว่า “ค่าตอบแทนเป็นปัจจัยต่ำจุน (Hygiene Factors) ที่หากไม่เพียงพอก็อาจจะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ แต่การเพิ่มค่าตอบแทนเพียงอย่างเดียวก็ไม่ได้สร้าง แรงจูงใจในการทำงานได้โดยตรง”

ทั้งนี้ ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านการจัดการระบบสุขภาพสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานได้สูงถึงร้อยละ 63.8 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ได้ตั้งไว้โดยปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติสามารถอธิบายผลแยกเป็นรายด้านดังนี้

ด้านกระบวนการบริหาร พบว่ามีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าการบริหารจัดการสามารถตอบสนองต่อความต้องการของบุคลากรได้ดี อีกทั้งยังช่วยให้การทำงานมีความคล่องตัวและเป็นระบบ มีการให้การสนับสนุนที่ดีในการทำงาน และการจัดการทรัพยากรบุคคลใน รพ.สต. มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2000) ที่ระบุว่า “ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพ” จากผลการศึกษาการที่ อบจ. มีการบริหารที่โปร่งใส ยุติธรรม และรับฟังความคิดเห็นของบุคลากร ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน และยังสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ที่ถ่ายโอนภารกิจเข้าสู่ อบจ. ของ กรรฐ อุติเนตร, ทศพร ชูศักดิ์, พรณิ บัญชรหัตถกิจ (2567) ที่พบว่า “ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน”

ด้านระบบสารสนเทศ มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานในระดับสูง จากการศึกษาพบว่า รพ.สต. มีอุปกรณ์การติดต่อสื่อสารในการปฏิบัติงานเพียงพอ ได้รับข้อมูลสำคัญในการทำงานจากหน่วยงานต่าง ๆ การประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ในกระทรวงสาธารณสุขยังได้รับความร่วมมือกันเป็นอย่างดี อีกทั้งข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยมีความปลอดภัยและไม่ถูกละเมิดหลังการถ่ายโอน และบุคลากรสามารถขอความช่วยเหลือทางเทคนิคเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับระบบสารสนเทศได้อย่างรวดเร็ว การมีระบบข้อมูลที่ดีอาจช่วยให้การทำงานมีประสิทธิภาพ ลดความซ้ำซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของ Holmgren, Hendrix, Maisel, Everson, Bazemore, Rotenstein et al. (2024) ที่พบว่า “ระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพช่วยลดภาระงานและเพิ่มคุณภาพการให้บริการ”

ด้านการสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาโดยใช้กรอบ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (Six Building Blocks) ของ สมธนิก โชติช่วงฉัตรชัย (2566) ที่พบว่า “การจัดหายาและเวชภัณฑ์เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย” ซึ่งให้เห็นถึงความท้าทายในการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง อบจ. และกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอาจต้องมีการพัฒนาต่อไป อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, นกษา สิงห์วีระธรรม, มโน มณีฉาย, ดาวรุ่ง คำวงศ์, จิรยุทธ์ สินธุพันธุ์, พัลลภ เขียวชัยสกุล และคณะ (2566) ที่พบว่า “การสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการให้บริการสุขภาพ”

ด้านการให้บริการสุขภาพ แม้จะมีผลน้อยที่สุดแต่ยังคงมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า แม้การถ่ายโอนภารกิจจะทำให้โครงสร้างการบริหารเปลี่ยนแปลงไป แต่รูปแบบการให้บริการด้านสุขภาพในพื้นที่ยังคงมีความต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ อุดม ทุมโฆสิต, ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, วรพิทย์ มีมาก, วีระวัฒน์ ปันนิตามัย, นิธินันท์ ธรรมกรนนท์, จันทราหนู มหากาญจนะ และคณะ (2567) ที่พบว่า “ร้อยละ 60.00 ของบริการหลังการถ่ายโอนยังคงเหมือนเดิม แสดงว่าความต่อเนื่องของการบริการช่วยรักษาเสถียรภาพของการจัดการระบบสุขภาพ”

และปัจจัยด้านบุคคลเพียงปัจจัยเดียวที่มีนัยสำคัญ คือ อายุงาน อาจเป็นไปได้ว่าบุคลากรที่มีประสบการณ์การทำงานยาวนานมีความรู้สึغبวกต่อการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น อาจเป็นเพราะพวกเขามีความเข้าใจในวัฒนธรรมขององค์กรและสามารถปรับตัวได้ดีกว่า ส่วนด้านบุคลากรและด้านงบประมาณไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาหลายชิ้นที่พบว่า การขาดแคลนบุคลากรและงบประมาณเป็นปัญหาสำคัญ (สลิธร เทพตระการพร, ศุภางค์ วัฒนเสย, จิรภัทร หลงกุล, ศติยา อิวาโนวิช, สิริมา มงคลสัมฤทธิ์, 2566) และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, นกษา สิงห์วีระธรรม, มโน มณีฉาย, ดาวรุ่ง คำวงศ์, จิรยุทธ์ สินธุพันธุ์, นิตยธิดา ภัทรธีรกุล และคณะ (2568) อาจเป็นเพราะบุคลากรได้ปรับตัวกับสถานการณ์แล้ว หรืออาจมีปัจจัยอื่นที่ขัดเขยื้อนข้อจำกัดเหล่านี้

จากการศึกษา ค้นพบว่าภายหลังการถ่ายโอนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวม แตกต่างจากความกังวลเริ่มต้น ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการถ่ายโอนไม่ได้ส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตการทำงานตามที่หลายฝ่ายกังวล อีกทั้งปัจจัยการจัดการระบบสุขภาพ ด้านกระบวนการบริหารมีความสำคัญมากกว่าปัจจัยด้านทรัพยากร

ซึ่งการบริหารที่ดี มีระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ และการสนับสนุนยาเวชภัณฑ์และที่เหมาะสม มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานมากกว่าปัจจัยด้านบุคลากรและด้านงบประมาณ ในเรื่องของการปรับตัวและการเรียนรู้ หลังผ่านช่วงเปลี่ยนผ่านมา 1-2 ปี บุคลากรสามารถปรับตัวและพบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานดีขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีการบริหารการเปลี่ยนแปลงของ Lewin (1951) ที่อธิบายถึงกระบวนการปรับตัวที่ต้องใช้เวลา การศึกษานี้ให้ข้อมูลสำคัญสำหรับการพัฒนานโยบายการถ่ายโอน รพ.สต. ในอนาคต โดยเน้นย้ำความสำคัญของการพัฒนาระบบบริหารจัดการมากกว่าการมุ่งเน้นเพียงการเพิ่มทรัพยากรเพียงอย่างเดียว

แม้ว่าการศึกษานี้จะครอบคลุมคุณภาพชีวิตการทำงานทั้ง 8 องค์ประกอบตามแนวคิดของ Walton และสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนบริหารทรัพยากรบุคคลและการพัฒนาคุณภาพชีวิตบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนแล้วได้ แต่ยังมีข้อจำกัดที่สำคัญ คือ การประเมินคุณภาพชีวิตการทำงานก่อนการถ่ายโอนเป็นการประเมินย้อนหลัง ซึ่งอาจมีระยะเวลาย้อนหลัง 1-3 ปี จึงอาจเกิดความคลาดเคลื่อนจากการจดจำข้อมูลในอดีตได้ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างให้เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานทั้งก่อนและหลังการถ่ายโอน และมีประสบการณ์ปฏิบัติงานก่อนการถ่ายโอนไม่น้อยกว่า 1 ปี รวมทั้งระบุช่วงเวลาก่อนและหลังการถ่ายโอนอย่างชัดเจนในแบบสอบถาม พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์แก่ผู้ตอบก่อนเก็บข้อมูล เพื่อช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการตอบแบบสอบถามให้มากที่สุด อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากร รพ.สต. ในจังหวัดนครสวรรค์เท่านั้น ดังนั้น การนำผลการศึกษาไปอ้างอิงกับพื้นที่อื่นควรพิจารณาความแตกต่างของบริบทด้านการบริหารจัดการ งบประมาณ และนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่ร่วมด้วย

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. กระทรวงสาธารณสุขสามารถนำผลการศึกษาเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาแนวทางการบริหารระบบข้อมูลสุขภาพ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับจังหวัดนครสวรรค์ และพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสารสนเทศ อาทิ การจัดทีมที่ปรึกษา การนิเทศงาน และการติดตามประเมินผล เพื่อให้ รพ.สต. สามารถดำเนินงานได้สอดคล้องกับมาตรฐานบริการสุขภาพระดับชาติ
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถนำผลการศึกษาเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาแนวทางการจัดสรรงบประมาณให้มีความยืดหยุ่นและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยคำนึงถึงการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนสำหรับยาและเวชภัณฑ์ การจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ การพัฒนาระบบสารสนเทศ และการให้บริการสุขภาพ เพื่อช่วยให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสะท้อนคุณภาพชีวิตการทำงานที่เหมาะสม
3. อบจ. ในฐานะหน่วยงานที่รับการถ่ายโอน สามารถนำข้อมูลไปกำหนดนโยบายด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล โดยส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านวิชาชีพ การบริหารงานสุขภาพ และการใช้ระบบสารสนเทศ รวมทั้งพิจารณาจัดสรรอัตรากำลังให้เพียงพอตามกรอบมาตรฐาน เพื่อช่วยลดภาระงานซึ่งส่งผลต่อความพึงพอใจและคุณภาพการทำงานโดยตรง การกำหนดเส้นทางความก้าวหน้าในสายอาชีพที่ชัดเจน เพื่อสร้างแรงจูงใจแก่บุคลากรกลุ่มบุคลากรที่มีอายุงานมาก และเสริมสร้างความผูกพันในองค์กร

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานระหว่าง รพ.สต. ที่ถ่ายโอนกับที่ไม่ถ่ายโอนในจังหวัดเดียวกัน เพื่อให้เข้าใจถึงผลกระทบของโครงสร้างการบริหารต่อคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน และเพื่อสนับสนุนการพัฒนานโยบายถ่ายโอนในอนาคต
2. ควรศึกษาผลกระทบของคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีขึ้นต่อคุณภาพการให้บริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยเฉพาะปัจจัยด้านกระบวนการบริหารและระบบสารสนเทศ ซึ่งมีผลต่อประสิทธิภาพการบริการ
3. ควรศึกษาระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตการทำงานในระยะ 3-5 ปี หลังการถ่ายโอน ซึ่งจะช่วยให้เห็นแนวโน้มปัญหา การปรับตัว และปัจจัยที่ยังคงส่งผลในระยะยาว เช่น ความมั่นคงในอาชีพและความคืบหน้าของระบบบริหารท้องถิ่น

คำแถลงการณ์การใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้วิจัยได้ใช้ปัญญาประดิษฐ์ เพื่อช่วยในการปรับปรุงการใช้ภาษา และตรวจสอบความถูกต้องของไวยากรณ์ จัดรูปแบบการเขียน

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้วิจัยไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนทั้งในด้านการเงิน ผลประโยชน์ส่วนบุคคล หรือผลประโยชน์ทางวิชาการ ที่อาจมีอิทธิพลต่อการดำเนินการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล การแปลผล และการนำเสนอผลการวิจัยในบทความนี้

รายการอ้างอิง

- กรวธ อุติเนตร, ทศพร ชูศักดิ์ และพรณี บัญชรหัตถกิจ. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ที่ถ่ายโอนภารกิจเข้าสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี*, 33(2), B97-B107. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/270863>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- จักรกฤษณ์ วัชรภูมิจ. (2554). การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข: ความเป็นมา สถานการณ์และแนวโน้มในอนาคต. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 5(4), 530-538. <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3450>
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, นกษา สิงห์วีระธรรม, มโน มณีฉาย, ดาวรุ่ง คำวงศ์, จิรยุทธ์ สินธุพันธุ์, นิตยธิดา ภัทรธีรกุล และคณะ. (2568). การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566: ระยะที่ 2. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 12(2), e277236. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/277236>
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, นกษา สิงห์วีระธรรม, มโน มณีฉาย, ดาวรุ่ง คำวงศ์, นิตยธิดา ภัทรธีรกุล, สุพัศตรา เสนาลัย และคณะ. (2566). การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566: ระยะที่ 1. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ตุลยวดี หล่อตระกูล. (2563). ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อการถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษา: สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารวิชาการอยุธยาศึกษา*, 12(1), 64-72. <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/jas/article/view/245381>
- น้องนุช ฉัตรศรีทองกุล. (2565). ความพึงพอใจและความคาดหวังของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อการบริหารงาน กรณีศึกษา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ประสงค์ถ่ายโอน ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา*, 10(29), 60-72. <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/PPHJ/article/view/1019>
- ปณิตา ธีรสุทธกุล, บัญชา พร้อมดิษฐ์, และจันทิมา นวมะวัฒน์. (2561). การประเมินผลการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 3. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 35(2), 203-213. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ppkjournal/article/view/113195>

- สกล สินธุพรหม, ชีรเดช นรัตถรักษา, สุกัญญา พงศ์ประภาอำไพ, และคณิดา นรัตนรักษา. (2566). การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด กรณีศึกษาจังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์*, 17(3), 309-322. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JDPC3/article/view/262366>
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2567). *ข้อมูลถ่ายโอนภารกิจ สอน./รพ.สต.ไปสู่อปท.* สืบค้นเมื่อ 2 ตุลาคม 2567 จาก <http://lookerstudio.google.com/reporting/4552d076-ab49-469f-9e05-e1505be8f3c8/page>
- สมณีก โขติช่วงฉัตรชัย. (2566). *คณะทำงาน HSIU เล็ง งานวิจัย พร้อมใช้ทุนแก้ปัญหา การถ่ายโอนฯ รพ.สต.. Hfocus.org.* สืบค้นเมื่อ 7 ธันวาคม 2567 จาก <http://www.hfocus.org/content/2023/10/28595>
- สสิธร เทพตระการพร, ศุภางค์ วัฒนเสย, จิรภัทร หลงกุล, คติยา อีวานโนวิช, และสิริมา มงคลสัมฤทธิ์. (2566). *มุมมองและความคาดหวังของประชาชนต่อการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่การบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.* นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. (2566). *แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2564). *นโยบายสาธารณะ การพัฒนาระบบสุขภาพเชิงพื้นที่แบบมีส่วนร่วม กรณีการถ่ายโอน รพ.สต.* สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2568 จาก <https://www.nationalhealth.or.th/th/node/3606>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์. (2567). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดนครสวรรค์ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570).* ฉบับปรับปรุง เมษายน 2567. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์. (2567). *แนวทางการจัดสรรงบประมาณรายหัว OP/PP งบค่าเสื่อม ปี 2568.* ฉบับปรับปรุง เมษายน 2567. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์.
- อุดม ทมไธสิต, ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, วรพิทย์ มีมาก, วีระวัฒน์ ปันนิตามัย, นิธินันท์ ธรรมาภรณ์, จันทราบุษ มหากาญจนะ และคณะ. (2567). *สรุปภาพรวม โครงการวิจัยประเมินผลนโยบายการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด.* นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อุดม ทมไธสิต, รติพร ถึงฝั่ง, หลี เจริญเสียง, และจิรวัฒน์ ศรีเรือง. (2567). *การประเมินการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดในปีงบประมาณ 2566.* *วารสารพัฒนาสังคมและยุทธศาสตร์การบริหาร*, 26(2), 1-38. <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/jsd/article/view/272838>
- Best, J. W. (1977). *Research in Education* (3rd ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling Techniques* (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1959). *The Motivation to Work* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Holmgren, A. J., Hendrix, N., Maisel, N., Everson, J. E., Bazemore, A., Rotenstein, L. S., et al. (2024). Electronic health record usability, satisfaction, and burnout for family physicians. *JAMA Network Open*, 7(8), e2426956. doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.26956
- Lewin, K. (1951). *Field Theory in Social Science: Selected Theoretical Papers*. New York: Harper & Row.
- Likert, R. (1967). The Method of Constructing an Attitude Scale. In M. Fishbein (Ed.), *Readings in Attitude Theory and Measurement* (pp. 90-95). New York, NY: Wiley & Sons.

- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396.
doi.org/10.1037/h0054346
- Rondinelli, D. A. (1981). Government decentralization in comparative perspective: Theory and practice in developing countries. *International Review of Administrative Sciences*, 47(2), 133-145. doi.org/10.1177/002085238004700205
- Von Bertalanffy, L. (1968). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. New York: George Braziller.
- Walton, R. E. (1973). Quality of work life: What is it? *Sloan Management Review*, 15(1), 11-21.
- World Health Organization. (2000). *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2007). *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action*. Geneva: World Health Organization.

ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยที่มีนิ่วในท่อน้ำดีซ้ำภายหลังจากการผ่าตัดถุงน้ำดี Life Experiences of Patients with Recurrent Common Bile Duct Stones Following Cholecystectomy

เสาวลักษณ์ เนตรชัง¹, จิราพร ศรีพลากิจ^{1*}

Saowaluk Netchang¹, Jiraporn Sripalakich^{1*}

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

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

(Received: March 27, 2026; Revised: July 1, 2026; Accepted: July 15, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยที่มีนิ่วในท่อน้ำดีซ้ำภายหลังจากการผ่าตัดถุงน้ำดี ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ ได้รับการยืนยันทางรังสีวิทยาหรือ ERCP ว่ามีนิ่วในท่อน้ำดีซ้ำภายหลังจากการผ่าตัดถุงน้ำดีอย่างน้อย 1 ครั้ง มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง ณ สถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกและมีความเป็นส่วนตัว วิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางของ Colaizzi 7 ขั้นตอน และตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยการตรวจสอบสามเส้า การทำ Member Checking และการรักษา Audit Trail ตลอดกระบวนการวิจัย ผลวิจัยพบว่า

ข้อค้นพบ 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ ประเด็นที่ 1 ความตกใจและความสับสนเมื่อทราบว่าเกิดนิ่วซ้ำ ซึ่งครอบคลุมความไม่เชื่อต่อการวินิจฉัย ความกลัวต่อการรักษาที่ต้องเผชิญซ้ำ และการตั้งคำถามต่อสาเหตุของการเกิดซ้ำ ประเด็นที่ 2 ผลกระทบที่ทอดยาวในทุกมิติของชีวิต ครอบคลุมความเจ็บปวดและข้อจำกัดทางร่างกาย ภาระทางจิตใจและความไม่แน่ใจในอนาคต และผลกระทบต่อครอบครัวและภาระค่าใช้จ่าย ประเด็นที่ 3 การค้นหาหนทางและการปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับโรค ครอบคลุมการปรับพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง การพึ่งพาแรงสนับสนุนทางสังคมและจิตใจ และการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา และ ประเด็นที่ 4 ความต้องการการดูแลที่มองเห็นตัวตนและต่อเนื่อง ครอบคลุมความต้องการข้อมูลที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างแท้จริงจากบุคลากรสุขภาพ และระบบติดตามดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย

ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการกลับมาเป็นนิ่วซ้ำในท่อน้ำดีก่อให้เกิดประสบการณ์ที่ซับซ้อนในลักษณะวงจรแห่งความไม่แน่นอนที่วนซ้ำ ซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยการรักษาทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาการดูแลแบบองค์รวมที่ตอบสนองต่อทุกมิติของประสบการณ์ชีวิต รวมถึงการสร้างระบบการดูแลต่อเนื่องที่เชื่อมโยงโรงพยาบาลกับชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ประสบการณ์ชีวิต นิ่วในท่อน้ำดีซ้ำ การผ่าตัดถุงน้ำดี ปรากฏการณ์วิทยา การพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: jiraporn@unc.ac.th)

Abstract

This descriptive phenomenological study aimed to describe the lived experiences of patients with recurrent common bile duct (CBD) stones following cholecystectomy. Twelve participants were purposively recruited based on the following inclusion criteria: a) radiological imaging or endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) confirmation of recurrent CBD stones occurring at least once after cholecystectomy, b) age 18 years or older, c) ability to communicate in Thai, and d) willingness to participate in the study. Data were collected through semi-structured in-depth interviews, conducted in a private setting chosen by each participant. Data were analyzed using Colaizzi's seven-step phenomenological method. The trustworthiness of the findings was ensured through methodological triangulation, member checking, and maintaining a comprehensive audit trail throughout the research process. The result showed that:

Four major themes emerged from the analysis. Theme 1: Shock and confusion upon learning of stone recurrence, disbelief regarding the diagnosis, fear of undergoing repeated treatment, and questioning the causes of recurrence. Theme 2: Prolonged impacts across all dimensions of life, including physical pain and functional limitations, psychological distress and uncertainty about the future, as well as the impacts on family life and financial burden. Theme 3: Seeking ways to cope and adapt to living with the disease as manifestations of participants' efforts to modify their health behaviors, to rely on social and emotional support, and to actively seek information about the disease and its treatment. Theme 4: The need for person-centered and continuous care highlights the need for clear and comprehensible information, genuine emotional support from healthcare professionals, and continuous follow-up care after hospital discharge through an effective healthcare system.

The findings demonstrate that recurrent common bile duct (CBD) stones create a complex experience characterized by a recurring cycle of uncertainty that cannot be addressed solely through medical treatment. Nurses play a pivotal role in developing holistic, person-centered care that responds to the physical, psychological, social, and informational dimensions of patients' lived experiences. Furthermore, establishing an effective continuum of care linking hospitals and community-based services is essential to improving long-term patient outcomes.

Keywords: Lived Experiences, Recurrent Common Bile Duct Stones (CBD), Cholecystectomy, Phenomenology, Nursing

บทนำ

โรคนิ่วในถุงน้ำดีและท่อทางเดินน้ำดีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญระดับโลก จากการศึกษาอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อถิมาณ ซึ่งรวบรวมข้อมูลจาก 115 การศึกษา และผู้เข้าร่วมกว่า 32 ล้านคนทั่วโลก พบว่าความชุกของนิ่วในถุงน้ำดีอยู่ที่ร้อยละ 6.10 โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 7.60 และ 5.40 ตามลำดับ) และมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Qi, Chen, Han, Li, Shu, Hu, 2024) ในจำนวนผู้ป่วยโรคนิ่วในถุงน้ำดีทั้งหมดพบว่าร้อยละ 5 – 30 มีนิ่วในท่อทางเดินน้ำดีร่วมด้วย ซึ่งถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่นำไปสู่การเจ็บป่วยรุนแรง เช่น ภาวะดีซ่าน ท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ตับอ่อนอักเสบ และการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งล้วนส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยของผู้ป่วย (Wu, Xu, Xu, 2021) การรักษามาตรฐานสำหรับนิ่วในท่อทางเดินน้ำดีในปัจจุบัน

คือการส่องกล้องร่วมกับการใช้รังสีเอกซ์ (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: ERCP) ซึ่งมีอัตราความสำเร็จในการกำจัดนิ่วสูงถึงร้อยละ 95 อย่างไรก็ตาม แม้จะรักษาสำเร็จ ผู้ป่วยยังคงมีความเสี่ยงต่อการเกิดนิ่วซ้ำ (Recurrent Common Bile Duct Stones: Recurrent CBDS) ซึ่งถูกนิยามว่าเป็นนิ่วที่ตรวจพบตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป หลังจากการรักษาด้วย ERCP จนกระทั่งท่อทางเดินน้ำดีปลอดนิ่ว (Mansour, Kluger, Khuri, 2022) จากการทบทวนอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์ห่อภิรมานที่รวบรวม 37 การศึกษา ครอบคลุมผู้ป่วยจำนวน 12,952 ราย พบว่าอัตราการเกิดนิ่วซ้ำในท่อทางเดินน้ำดีอยู่ที่ร้อยละ 12.60 (95% CI: 11.2–13.9) โดยปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุดคือ ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางของท่อทางเดินน้ำดีที่กว้างตั้งแต่ 15 มิลลิเมตรขึ้นไป รวมถึงการมีนิ่วหลายก้อน การมี Periapillary Diverticulum และประวัติการผ่าตัดถุงน้ำดี (Kozyk, Giri, Harindranath, Trivedi, Strubchevska, Barik et al., 2023) ผลการศึกษายังระบุว่าผู้ป่วยบางรายเผชิญกับการเกิดนิ่วซ้ำหลายครั้งในระยะเวลาอันสั้น ซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยทำนายในกลุ่มนี้ยังมียังอยู่อย่างจำกัด

การเกิดนิ่วซ้ำในท่อทางเดินน้ำดีภายหลังการผ่าตัดถุงน้ำดีมิใช่เพียงปัญหาทางการแพทย์ที่ซับซ้อนเท่านั้น หากแต่ยังก่อให้เกิดผลกระทบอย่างลึกซึ้งต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ในด้านร่างกาย ผู้ป่วยมักเผชิญกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นซ้ำและควบคุมได้ยาก ส่งผลต่อความสามารถในการทำงานและดำเนินชีวิตประจำวัน ในด้านจิตใจ ความไม่แน่นอนว่าโรคจะกลับมาเมื่อใดก่อให้เกิดความวิตกกังวล เรือรังและกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับและสุขภาพจิตโดยรวม ในด้านสังคมและเศรษฐกิจ การเข้ารับการรักษาซ้ำหลายครั้งนำมาซึ่งค่าใช้จ่ายที่สะสม การสูญเสียรายได้ในช่วงพักฟื้น และความรู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัวผู้ดูแล หลักฐานจากการวิจัยยืนยันว่าผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ทางระบบทางเดินน้ำดีซ้ำมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลที่ยาวนานกว่า ค่าใช้จ่ายที่สูงกว่า และมีอัตราการผ่าตัดแบบเปิดสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (Bergeron, Doyon, Manière, Désilets, 2023) นอกจากนี้ การวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อนยังพบว่า ผู้ป่วยเผชิญกับความยากลำบากในการเปลี่ยนบทบาท ภาระทางจิตใจจากความไม่แน่ใจในโรค การขาดความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอ และความกดดันทางเศรษฐกิจอย่างมีนัยสำคัญ (Liu, Ye, Chang, Wu, Yuan, Wang et al., 2025) ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานที่ยืนยันว่าภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษาโรคระบบทางเดินน้ำดีส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในทุกมิติ ทั้งด้านข้อจำกัดทางร่างกาย ความเจ็บปวด และการทำงานด้านจิตใจ (Hashem, Fouad, Abd-Elhalem, Youssif, El-Aziz, 2025)

ในบริบทของประเทศไทย แม้โรคนี้ในถุงน้ำดีจะเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ โดยเฉพาะในภาคเหนือ ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมอาหารและลักษณะทางพันธุกรรมที่เอื้อต่อการเกิดนิ่ว แต่ข้อมูลเกี่ยวกับขนาดและความสำคัญของปัญหาการเกิดนิ่วซ้ำในท่อทางเดินน้ำดีภายหลังการผ่าตัดถุงน้ำดีในบริบทไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด งานวิจัยส่วนใหญ่ที่มีอยู่ในประเทศไทยมุ่งเน้นไปที่การศึกษาทางคลินิก เช่น ปัจจัยเสี่ยง อัตราการเกิดซ้ำ และผลลัพธ์การรักษา ในขณะที่มิติด้านประสบการณ์และความต้องการของผู้ป่วยยังไม่ได้รับการศึกษาอย่างเพียงพอ แม้ว่าการวิจัยในระดับนานาชาติจะให้ความสนใจต่อปัจจัยเสี่ยง กลไกการเกิดซ้ำ และการพัฒนาแบบจำลองทำนายทางคลินิกอย่างกว้างขวาง แต่เมื่อพิจารณาองค์ความรู้ที่มีอยู่ทั้งในและต่างประเทศ พบว่ายังขาดงานวิจัยที่มุ่งสำรวจ "ประสบการณ์ที่มีชีวิต" (Lived Experiences) ของผู้ป่วยที่เกิดนิ่วซ้ำในท่อทางเดินน้ำดีจากมุมมองของผู้ป่วยเอง โดยตรง โดยเฉพาะในบริบทของระบบสุขภาพไทยซึ่งมีลักษณะเฉพาะด้านวัฒนธรรม วิถีชีวิต และโครงสร้างการดูแลสุขภาพที่แตกต่างจากบริบทตะวันตก ช่องว่างทางความรู้นี้เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยในเชิงองค์รวม การเข้าใจว่าผู้ป่วยรับรู้ ตีความ รับมือ และแสวงหาความหมายของประสบการณ์การกลับมาเป็นนิ่วซ้ำอย่างไร จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการสร้างพื้นฐานสำหรับการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและตอบสนองต่อบริบทชีวิตของผู้ป่วยอย่างแท้จริง การวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้ระเบียบวิธีปรากฏการณ์วิทยาจึงเหมาะสมที่สุดสำหรับการสำรวจแก่นสาระของประสบการณ์ดังกล่าว เนื่องจากช่วยให้ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงความหมายของประสบการณ์จากมุมมองของผู้ที่เผชิญกับสถานการณ์นั้นจริง ๆ ได้อย่างลึกซึ้ง โดยไม่ตีกรอบความเข้าใจด้วยสมมติฐานหรือทฤษฎีที่มีอยู่ก่อน สิ่งที่ได้จากการวิจัยในลักษณะนี้จะเป็น

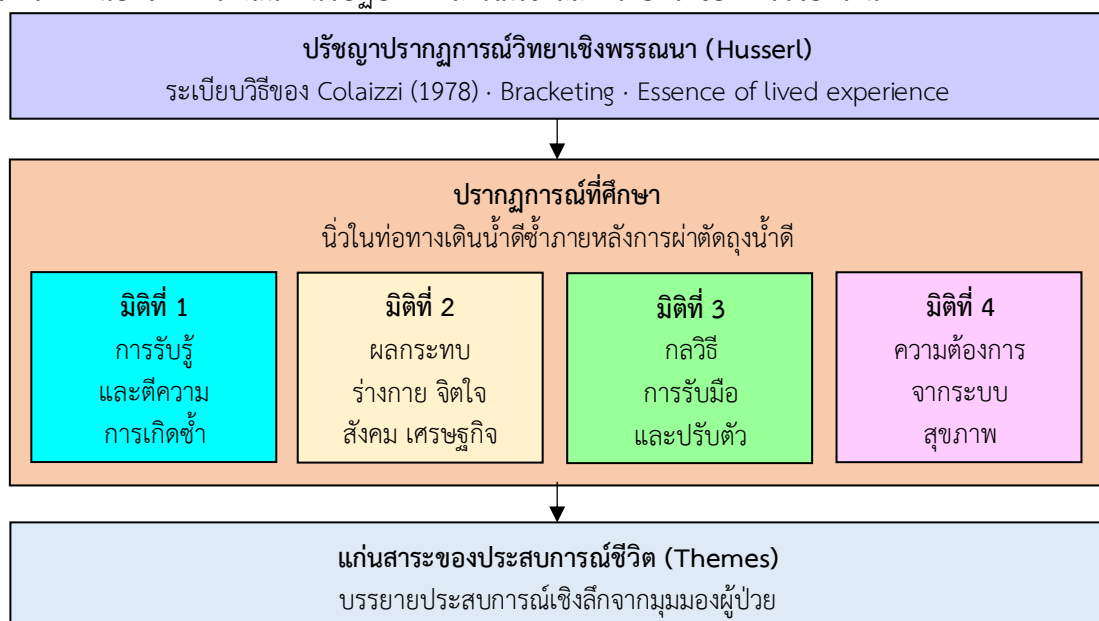
องค์ความรู้ที่ช่วยให้พยาบาลและบุคลากรสุขภาพเข้าใจผู้ป่วยได้อย่างรอบด้านมากขึ้น และนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินน้ำดีที่ตอบสนองต่อชีวิตจริงของผู้ป่วยในระบบสุขภาพไทยต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยที่มีนิ่วในท่อทางเดินน้ำดีซ้ำภายหลังการผ่าตัดถุงน้ำดี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ยึดรากฐานทางปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนาของ Husserl (1970) ซึ่งมีแนวคิดหลักว่าการเข้าใจประสบการณ์ของมนุษย์อย่างแท้จริงนั้น ต้องเริ่มจากการมองสิ่งที่เกิดขึ้นผ่านสายตาของผู้ที่อยู่ในประสบการณ์นั้นโดยตรง ไม่ใช่การนำกรอบความรู้หรือทฤษฎีที่มีอยู่ก่อนมาตีความทับ กระบวนการที่ทำให้สิ่งนี้เป็นไปได้คือการ "วางวงเล็บ" (Bracketing) หรือที่เรียกว่า Epoché ซึ่งผู้วิจัยจะบันทึกและรับรู้ถึงความเชื่อ ทศนคติ และประสบการณ์ทางคลินิกของตนเองที่มีต่อปรากฏการณ์ที่ศึกษา แล้ววางสิ่งเหล่านั้นไว้ก่อน เพื่อเปิดรับความหมายของประสบการณ์จากมุมมองของผู้ป่วยอย่างเต็มที่ แนวคิดนี้นำมาสู่การปฏิบัติผ่านระเบียบวิธีวิเคราะห์ข้อมูล 7 ขั้นตอนของ Colaizzi (1978) ซึ่งได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายในการวิจัยทางการพยาบาล เนื่องจากช่วยให้ผู้วิจัยสามารถถอดรหัสความหมายของประสบการณ์ชีวิตออกมาเป็นแก่นสาระ (Themes) ที่ลึกและครอบคลุมได้อย่างเป็นระบบ ปรากฏการณ์ที่เป็นจุดสนใจของการวิจัยครั้งนี้ คือ การกลับมาเป็นนิ่วในท่อทางเดินน้ำดีซ้ำภายหลังการผ่าตัดถุงน้ำดี โดยการสำรวจประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยครอบคลุม 4 มิติ ซึ่งสะท้อนความเป็นองค์รวมของการเผชิญกับความเจ็บป่วยซ้ำ ได้แก่ มิติที่หนึ่ง การรับรู้และตีความการเกิดซ้ำ ซึ่งเกี่ยวกับว่าผู้ป่วยเข้าใจและให้ความหมายกับการเกิดนิ่วซ้ำอย่างไร มิติที่สอง ผลกระทบต่อชีวิตในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ มิติที่สาม กลวิธีการรับมือและการปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับโรค และมิติที่สี่ ความต้องการจากระบบการดูแลสุขภาพ การสังเคราะห์ประสบการณ์จากทั้ง 4 มิตินี้จะนำไปสู่การบรรยายแก่นสาระของประสบการณ์ชีวิต (Themes) ซึ่งเป็นผลลัพธ์หลักของการวิจัยที่จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินน้ำดีในบริบทของระบบสุขภาพไทยต่อไป ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย ประกอบด้วยส่วนหลัก 3 ส่วน ได้แก่ ฐานปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนาของ Husserl และระเบียบวิธีของ Colaizzi ปรากฏการณ์ที่ศึกษาซึ่งครอบคลุม 4 มิติ และแก่นสาระของประสบการณ์ชีวิตที่ได้จากการวิเคราะห์ โดยได้ตัดกล่อง "แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินน้ำดี" ออกจากภาพ เนื่องจากการพัฒนาแนวปฏิบัติดังกล่าวไม่ใช่ผลลัพธ์โดยตรงของการวิจัยครั้งนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้ระเบียบวิธีปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive Phenomenological Research) ซึ่งมีรากฐานมาจากปรัชญาของ Husserl (1970) ที่มุ่งเข้าถึงแก่นสาระของประสบการณ์ที่มีชีวิต (Essence of Lived Experience) โดยการศึกษาปรากฏการณ์จากมุมมองของผู้ที่อยู่ในประสบการณ์นั้นจริง ๆ โดยไม่นำกรอบความรู้หรือสมมติฐานที่มีอยู่ก่อนมาตีความทับ แนวคิดนี้นำมาสู่การปฏิบัติผ่านระเบียบวิธีวิเคราะห์ข้อมูล 7 ขั้นตอนของ Colaizzi (1978) ซึ่งเป็นที่ยอมรับในการวิจัยทางการแพทย์อย่างกว้างขวาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีนิ่วในท่อน้ำดีเข้าภายหลังจากการผ่าตัดถุงน้ำดี ที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่ให้บริการผู้ป่วยในเขตบริการสุขภาพที่ 2 และพื้นที่ใกล้เคียง

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ผู้ให้ข้อมูลต้องมีคุณสมบัติครบทุกข้อ ดังนี้

1. ได้รับการยืนยันทางรังสีวิทยาหรือ ERCP ว่ามีนิ่วในท่อน้ำดีเข้าอย่างน้อย 1 ครั้ง
2. นิ่วที่เกิดขึ้นต้องตรวจพบหลังจากการรักษาครั้งแรกไม่น้อยกว่า 6 เดือน
3. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
4. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
5. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยลงนามในใบยินยอม

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ผู้ที่มีภาวะสับสน ไม่สามารถสื่อสารได้อย่างต่อเนื่อง มีโรคประจำตัวรุนแรงที่กำลังอยู่ในระยะวิกฤต หรืออยู่ระหว่างการรักษาแบบฉุกเฉิน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง

คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหน่วยศัลยกรรมและคลินิกศัลยกรรมนอกโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เพื่อช่วยในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด การเก็บข้อมูลดำเนินการต่อเนื่องจนกระทั่งถึงจุดอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) กล่าวคือ เมื่อการสัมภาษณ์รายใหม่ไม่ทำให้ข้อมูลประเด็นหรือความหมายใหม่เพิ่มเติมอีกต่อไป ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 12 คน จึงถือว่าข้อมูลเข้าสู่ภาวะอิ่มตัว สอดคล้องกับหลักการวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยาที่มักใช้ผู้ให้ข้อมูลประมาณ 10 – 15 คน (Shorey, Ng, 2022)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยถือเป็นเครื่องมือหลักที่สำคัญที่สุด ผู้วิจัยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินน้ำดีมากกว่า 5 ปี มีความรู้ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ และผ่านการฝึกอบรมทักษะการสัมภาษณ์เชิงลึก ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการ Bracketing อย่างเป็นระบบและทบทวนแนวคิดเรื่องปรากฏการณ์วิทยากับผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถรับฟังและรับรู้ประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลได้อย่างเปิดกว้างและเป็นกลาง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 คือแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาหลังผ่าตัดถุงน้ำดี จำนวนครั้งที่เกิดนิ่วซ้ำ และวิธีการรักษาที่ได้รับ

ส่วนที่ 2 คือแนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview Guide) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์ทางคลินิก ประกอบด้วยคำถามหลักและคำถามสำรวจเพิ่มเติมครอบคลุมประสบการณ์ของผู้ป่วยตั้งแต่การรับรู้ว่าเกิดนิ่วซ้ำ ผลกระทบต่อชีวิตในมิติต่าง ๆ กลวิธีการรับมือ ตลอดจนความต้องการการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ ตัวอย่างคำถามหลัก เช่น "ขอให้ท่านเล่าถึงประสบการณ์ที่เผชิญ

ตั้งแต่แรกที่ทราบว่าฉันมีนิวกลับมาอีกครั้งได้ไหมคะ" และ "การเป็นนิวซ้ำครั้งนี้ส่งผลต่อชีวิตประจำวันของท่านอย่างไรบ้าง" ส่วนคำถามสำรวจ เช่น "ท่านรู้สึกอย่างไรในตอนนั้น" และ "ช่วยเล่าให้ฟังเพิ่มเติมได้ไหมคะ"

ส่วนที่ 3 คือสมุดบันทึกภาคสนาม (Field Notes) สำหรับบันทึกภาษากาย บรรยายการสัมภาษณ์ และข้อสังเกตเพิ่มเติมของผู้วิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลศัลยกรรม ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพ แนวปรากฏการณ์วิทยา และอายุรแพทย์หรือศัลยแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านโรคทางเดินน้ำดี ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจนของภาษา และความเหมาะสมของลำดับคำถาม ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะดังกล่าวมาปรับปรุงแนวคำถามก่อนนำไปทดลองใช้ จากนั้นนำคำถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองสัมภาษณ์กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 2 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษา ความเหมาะสมของลำดับคำถาม และระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ก่อนนำมาปรับปรุงครั้งสุดท้าย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินน้ำดี ผู้วิจัยจึงดำเนินการ Bracketing ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล โดยบันทึกทัศนคติ ความเชื่อ และประสบการณ์ทางคลินิกของตนเองที่มิต่อปรากฏการณ์ที่ศึกษาไว้ในสมุดบันทึกสะท้อนคิด (Reflexive Journal) อย่างละเอียด การดำเนินการดังกล่าวช่วยให้ผู้วิจัยตระหนักถึงอคติที่อาจเกิดขึ้น และเปิดรับความหมายของประสบการณ์จากมุมมองของผู้ให้ข้อมูลได้อย่างแท้จริง

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองทุกราย โดยนัดหมายสัมภาษณ์ ณ สถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกและมีความเป็นส่วนตัว ได้แก่ บ้านพักของผู้ให้ข้อมูล ห้องพักแพทย์หรือห้องให้คำปรึกษาของคลินิกศัลยกรรม หรือสถานที่ส่วนตัวอื่นที่ผู้ให้ข้อมูลเลือก

3. ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยใช้เวลาสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลผ่านการพูดคุยอย่างเป็นกันเอง เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไว้วางใจและพร้อมที่จะเล่าประสบการณ์อย่างเปิดเผย จากนั้นผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามในใบยินยอม และขอความยินยอมในการบันทึกเสียง ระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยรักษาท่าทีการรับฟังอย่างตั้งใจ (Active Listening) และระมัดระวังไม่นำความเชื่อหรือประสบการณ์ของตนเองไปชี้นำคำตอบของผู้ให้ข้อมูล

4. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ดำเนินการครั้งละ 45–90 นาที โดยผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิดเป็นหลัก และใช้คำถามสำรวจ (Probing Questions) เพื่อขยายความเข้าใจ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 ราย ได้รับการนัดสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 เพื่อยืนยันและขยายความข้อมูลในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน

5. สำหรับการสัมภาษณ์ที่ดำเนินการในห้องพักแพทย์หรือห้องให้คำปรึกษาของคลินิกศัลยกรรม ผู้วิจัยพบว่าบางครั้งมีเสียงรบกวนจากภายนอกและผู้ให้ข้อมูลบางรายรู้สึกไม่สะดวกใจที่จะพูดในสถานที่ทางการ ซึ่งผู้วิจัยแก้ไขด้วยการย้ายไปพูดคุยในบริเวณที่เงียบและเป็นส่วนตัวมากขึ้น และใช้เวลาสร้างความไว้วางใจเพิ่มเติมก่อนเริ่มสัมภาษณ์จริง

6. ผู้วิจัยถอดความบันทึกเสียงเป็นลายลักษณ์อักษร (Verbatim Transcription) ภายใน 24 – 48 ชั่วโมงหลังสัมภาษณ์ เพื่อรักษาความสมบูรณ์ของข้อมูล และบันทึกข้อสังเกตเพิ่มเติมในสมุดบันทึกภาคสนามควบคู่กันไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลตาม 7 ขั้นตอนของ Colaizzi (1978) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยอ่านข้อมูลการสัมภาษณ์ถอดความทั้งหมดซ้ำหลายรอบ เพื่อทำความเข้าใจภาพรวม (Read All Descriptions) ขั้นตอนที่ 2 สกัดข้อความหรือประโยคที่มีความหมายสำคัญต่อปรากฏการณ์ที่ศึกษา (Extract Significant Statements) ขั้นตอนที่ 3 กำหนดความหมายจากข้อความสำคัญแต่ละข้อ (Formulate

Meanings) ขั้นตอนที่ 4 จัดกลุ่มความหมายที่เกี่ยวข้องกันเป็นประเด็นหรือกลุ่มประเด็น (Organize into Theme Clusters) ขั้นตอนที่ 5 พัฒนาคำอธิบายโดยละเอียดที่ครอบคลุมประสบการณ์ทั้งหมด (Develop Exhaustive Description) ขั้นตอนที่ 6 กำหนดโครงสร้างพื้นฐานของประสบการณ์ (Identify Fundamental Structure) และขั้นตอนที่ 7 ตรวจสอบความถูกต้องของผลการวิเคราะห์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูล (Member Checking) โดยนำเสนอประเด็นที่ได้กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันว่าสะท้อนประสบการณ์ของตนได้อย่างถูกต้องครบถ้วน

ในระหว่างกระบวนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยพบว่าความท้าทายหลักคือการรักษาสมดุลระหว่างการตีความที่ลึกซึ้งกับการคงความหมายดั้งเดิมของผู้ให้ข้อมูลไว้ ผู้วิจัยแก้ไขปัญหานี้ด้วยการกลับไปอ่านข้อมูลต้นฉบับซ้ำและปรึกษาร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพในทุกขั้นตอนสำคัญ

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลดำเนินการตามเกณฑ์ 4 ประการของ Lincoln และ Guba (1985) โดยในแต่ละประการ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ทั้งด้านแหล่งข้อมูล โดยเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลายราย และด้านวิธีการโดยใช้ทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึกและการบันทึกภาคสนาม ร่วมกับการทำ Member Checking โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้อง และการปรึกษาร่วมกับผู้เชี่ยวชาญในทุกขั้นตอนสำคัญ

2. ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ผู้วิจัยบรรยายบริบทของผู้ให้ข้อมูลและสถานการณ์การวิจัยอย่างละเอียดในตาราง 1 เพื่อให้ผู้อ่านสามารถพิจารณาได้ว่าข้อค้นพบสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้หรือไม่

3. ความสม่ำเสมอ (Dependability) ผู้วิจัยบันทึกกระบวนการวิจัยอย่างเป็นระบบตลอดทุกขั้นตอน ตั้งแต่การออกแบบการวิจัย การเก็บข้อมูล ไปจนถึงการวิเคราะห์ เพื่อให้กระบวนการวิจัยสามารถตรวจสอบและทำซ้ำได้

4. การยืนยันได้ (Confirmability) ผู้วิจัยรักษา Audit Trail ของกระบวนการวิเคราะห์ทุกขั้นตอน โดยเก็บรักษาข้อมูลดิบ บันทึกการถอดความ บันทึกการวิเคราะห์ และการตัดสินใจในแต่ละขั้นตอนไว้อย่างครบถ้วน เพื่อให้ผู้ตรวจสอบภายนอกสามารถติดตามเส้นทางการได้มาซึ่งข้อสรุปได้

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรดิตถ์ เลขที่ BCNUT REC No. 003/2569 วันที่รับรอง 20 มกราคม 2569

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	8	66.67
ชาย	4	33.33
อายุ (ปี)		
40 – 49	3	25.00
50 – 59	5	41.67
60 – 71	4	33.33
$M = 57.30, SD = 8.60$		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา-มัธยมศึกษา	8	66.67
อนุปริญญา-ปริญญาตรีขึ้นไป	4	33.33
สถานภาพสมรส		
แต่งงาน	10	83.33
โสด/หม้าย/หย่าร้าง	2	16.67
อาชีพ		
เกษตรกร	5	41.67
รับจ้างทั่วไป	4	33.33
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2	16.67
แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	8.33
จำนวนครั้งที่เกิดนิ่วซ้ำ		
1 ครั้ง	8	66.67
2 ครั้งขึ้นไป	4	33.33
ระยะเวลาหลังผ่าตัดถุงน้ำดี		
น้อยกว่า 2 ปี	3	25.00
2-5 ปี	6	50.00
มากกว่า 5 ปี	3	25.00
วิธีการรักษาที่ได้รับครั้งล่าสุด		
ERCP	10	83.33
ผ่าตัดสำรวจท่อทางเดินน้ำดี	2	16.67

จากตาราง 1 ผู้ให้ข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 12 คน เป็นเพศหญิง 8 คน (ร้อยละ 66.67) และเพศชาย 4 คน (ร้อยละ 33.33) อายุอยู่ในช่วง 42 – 71 ปี อายุเฉลี่ย 57.30 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา จำนวน 8 คน (ร้อยละ 66.67) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่แต่งงานแล้ว จำนวน 10 คน (ร้อยละ 83.33) อาชีพหลักคือเกษตรกรและรับจ้างทั่วไป ระยะเวลาหลังการผ่าตัดถุงน้ำดีอยู่ในช่วง 1 – 9 ปี วิธีการรักษาที่ได้รับส่วนใหญ่คือ ERCP จำนวน 10 คน (ร้อยละ 83.33) และผ่าตัดเปิดท่อทางเดินน้ำดีซ้ำ 2 คน (ร้อยละ 16.67)

2. ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยที่มีนิ่วในท่อทางเดินน้ำดีซ้ำภายหลังการผ่าตัดถุงน้ำดี จากการวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางของ Colaizzi (1978) พบประเด็นหลัก (Themes) จำนวน 4 ประเด็น และประเด็นย่อย (Sub-themes) จำนวน 12 ประเด็น โดยประเด็นทั้ง 4 สะท้อนให้เห็นประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ มิติการรับรู้และตีความการเกิดซ้ำ มิติผลกระทบต่อชีวิตในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ มิติกลวิธีการรับมือ และการปรับตัว และมิติความต้องการจากระบบการดูแลสุขภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 การรับรู้และตอบสนองเมื่อทราบว่าเกิดนิ่วซ้ำ ผู้ให้ข้อมูลทุกรายแสดงออกถึงความรู้สึกตกใจและไม่เชื่อเมื่อแพทย์แจ้งว่ามีนิ่วเกิดขึ้นอีกครั้ง เนื่องจากส่วนใหญ่เข้าใจว่าการผ่าตัดถุงน้ำดีจะช่วยขจัดปัญหานิ่วออกไปอย่างถาวร ความรู้สึกดังกล่าวแบ่งออกเป็น 3 ประเด็นย่อย ได้แก่

2.1.1 ความไม่เชื่อและการตั้งคำถามต่อการวินิจฉัย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รายงานว่าเมื่อทราบผลการตรวจ รู้สึกสับสนและไม่แน่ใจว่าตนเข้าใจถูกต้องหรือไม่ บางรายถึงขั้นขอให้แพทย์อธิบายซ้ำหลายครั้ง และบางรายขอผลการตรวจด้วยตนเอง เพราะไม่อาจยอมรับได้น่าจะกลับมาได้อีกหลังจากที่ผ่าตัดถุงน้ำดีออกไปแล้ว ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งบรรยายว่า

"ผ่าตัดเอาถุงน้ำดีออกไปแล้วนะคะ แล้วจะมีนิ่วได้ยังไงอีก ตอนหมอบอกก็ยังไม่ค่อยเชื่อเลย คิดว่าตัวเองได้ยื่นผิดหรือเปล่า" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 2)

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลอีกรายได้สะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกไม่เชื่อที่ชัดเจนยิ่งขึ้นว่า

"หมอบอกแล้วยังไม่เชื่อ ขอดูฟิล์มเอง ขอให้หมออธิบายอีกรอบ อีกรอบ จนหมอบอกว่าเห็นชัดมาก นี้อยู่ในท่อ ถึงจะยอมรับได้" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 8)

2.1.2 ความกลัวต่อการรักษาที่ต้องเผชิญซ้ำและสิ่งที่ทำให้ยังคงตัดสินใจเข้ารับการรักษา เมื่อผ่านพ้นความสับสนแรกเริ่ม ผู้ให้ข้อมูลเริ่มตระหนักว่าต้องเข้ารับการรักษาอีกครั้งและเกิดความกลัวต่อขั้นตอนการรักษา โดยเฉพาะการส่องกล้อง ERCP ที่ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเคยมีประสบการณ์ที่ไม่สบายมาก่อน ความไม่สบายที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงครอบคลุมทั้งความเจ็บปวดระหว่างทำหัตถการ อาการท้องอืดและไม่สบายท้องที่คงอยู่นานหลายชั่วโมง หลังการส่องกล้อง รวมถึงความกังวลเรื่องภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า

"กลัวมากครับ ครั้งที่แล้วทำแล้วมันเจ็บ ท้องอืดทั้งคืน ตอนรู้งานต้องทำอีกก็นึกถึงตอนนั้นเลย ไม่อยากไป" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 7)

อย่างไรก็ตาม แม้จะกลัว ผู้ให้ข้อมูลทุกรายยังคงตัดสินใจเข้ารับการรักษาโดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้ตัดสินใจ ได้แก่ ความรุนแรงของอาการที่ทนไม่ไหว การที่ครอบครัวคอยผลักดันและพาไปโรงพยาบาล รวมถึงความห่วงใยต่อสุขภาพระยะยาวของตนเอง ผู้ให้ข้อมูลที่เกิดนิ่วซ้ำครั้งที่ 2 หรือมากกว่านั้น รายงานว่าตัดสินใจได้เร็วกว่าครั้งแรก เพราะรู้แล้วว่าถ้าไม่รักษาอาการจะแย่ลง

"ครั้งแรกถึงเลยอยู่นาน แต่พอเป็นครั้งที่สองก็รู้งานแล้วว่าต้องไป ไม่มีทางเลือกอื่น ปวดจนทำอะไรไม่ได้ สุดท้ายก็ต้องยอมรักษา" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 3)

2.1.3 การตั้งคำถามต่อสาเหตุและการโทษตนเอง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่พยายามค้นหาสาเหตุของการเกิดนิ่วซ้ำ โดยโยงไปถึงพฤติกรรมกินอาหาร การทำงาน หรือสิ่งที่ตนเองปฏิบัติหลังผ่าตัด ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งสะท้อนว่า

"นึกแล้วนึกอีกว่าทำอะไรผิดไหม กินอะไรที่ไม่ควรกินไหม ก็ไม่รู้จะโทษใครได้นอกจากตัวเอง" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 5)

2.2 ผลกระทบที่ทอดยาวในทุกมิติของชีวิต การกลับมาเป็นนิ่วซ้ำส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและครอบครัว และเศรษฐกิจ โดยผู้ให้ข้อมูลรายงานผลกระทบเหล่านี้ส่งสมและขยายใหญ่ขึ้นทุกครั้งที่เกิดซ้ำ ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

2.2.1 ความเจ็บปวดและข้อจำกัดทางร่างกายที่ควบคุมไม่ได้ ผู้ให้ข้อมูลทุกรายบรรยายถึงความเจ็บปวดในช่องท้องด้านขวาบนที่กลับมาซ้ำเป็นอาการนำ บางรายมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และเบื่ออาหาร ซึ่งรบกวนการใช้ชีวิตประจำวันอย่างมาก อาการเหล่านี้ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างชัดเจน ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า

"ปวดขึ้นมาแบบไม่รู้ตัว บางทีกำลังทำนาอยู่ก็ต้องหยุดนอนลงกับพื้น ทำอะไรต่อไม่ได้เลย" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 4)

ผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันยังครอบคลุมถึงการไม่สามารถยกของหนัก ทำงานบ้าน หรือออกไปทำงานนอกบ้านได้ในช่วงที่มีอาการกำเริบ ซึ่งสร้างความลำบากให้กับผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรและรับจ้างที่ต้องพึ่งพารายได้รายวัน

"ตอนปวดมากเดินไปห้องน้ำยังต้องให้คนพยุง ทำอะไรเองไม่ได้เลย ทำนาก็ทำไม่ได้ รายได้ก็หยุด แต่ค่าใช้จ่ายยังวิ่งอยู่" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 6)

2.2.2 ภาระทางจิตใจ ความหมดหวัง และความไม่แน่นอนในอนาคต ผู้ให้ข้อมูลหลายรายแสดงออกถึงความวิตกกังวลอย่างต่อเนื่อง ความรู้สึกหมดหวังที่รู้สึกว่าการนี้คงไม่หายขาด และความกลัวว่าจะเกิดซ้ำอีกในอนาคต โดยไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด ความไม่แน่นอนนี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับและสภาพอารมณ์โดยรวม ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า

"กลัวตลอดว่าจะเป็นอีก บางคืนนอนไม่หลับ คิดวนเวียนอยู่ว่าถ้าเป็นอีกจะทำยังไง ลูกจะดูแลได้ไหม" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 9)

ความรู้สึกหมดหวังปรากฏชัดเจนในผู้ให้ข้อมูลที่เกิดนิ่วซ้ำมากกว่า 2 ครั้ง ซึ่งเริ่มรู้สึกว่าไม่ว่าจะรักษาที่ครั้งก็คงต้องวนซ้ำแบบนี้ไปเรื่อย ๆ

"เป็นสามครั้งแล้ว ก็รู้สึกว่ามันคงไม่หายหรอก รักษาไปก็เป็นอีก แคนนี่ถึงก็เหนื่อยแล้ว บางทีก็ถามตัวเองว่า รักษาไปทำไม แต่ก็ต้องรักษา จะทำยังไงได้" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 12)

2.2.3 ผลกระทบต่อครอบครัวและภาระค่าใช้จ่ายที่สะสม ผู้ให้ข้อมูลทุกรายกล่าวถึงความรู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัว ทั้งในด้านการต้องพึ่งพาการดูแลและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นซ้ำซาก รวมถึงการขาดรายได้ในช่วงพักฟื้น ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งสะท้อนว่า

"รู้สึกผิดมากที่ต้องให้ลูกพาไปโรงพยาบาลที่ไร้ค่าใช้จ่าย ลูกก็ต้องหยุดงานมาดูแล อยากหายให้เร็ว ๆ จะได้ไม่เป็นภาระ" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 11)

ผู้ให้ข้อมูลที่เกิดนิวซ้าหลายครั้งรายงานว่าการใช้จ่ายสะสมเป็นปัญหามาก บางรายต้องกู้ยืมเงินหรือขายทรัพย์สินเพื่อจ่ายค่ารักษา ในขณะที่บางรายเริ่มลังเลว่าจะรักษาต่อหรือไม่เพราะกังวลเรื่องภาระที่ตกอยู่กับลูกหลาน

"ครั้งนี้เป็นครั้งที่สามแล้ว ค่าใช้จ่ายก็สามเท่าของครั้งแรก ลูกไม่ได้บ่นนะ แต่เราเห็นเองว่าเขาลำบาก อยากบอกหมอว่าขอไม่รักษาได้ไหม แต่ก็รู้ว่าถ้าไม่รักษาจะเป็นอันตราย" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 4)

2.3 การค้นหาหนทางและการปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับโรค แม้ผู้ให้ข้อมูลจะเผชิญกับความยากลำบาก แต่ทุกรายแสดงให้เห็นถึงความพยายามในการปรับตัวและค้นหาวิธีการรับมือที่หลากหลายประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

2.3.1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองและความไม่แน่ใจในสิ่งที่ปฏิบัติ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รายงานว่าหลังจากทราบว่าเกิดนิวซ้า ได้พยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารมัน ของทอด และเครื่องในสัตว์ รวมถึงพยายามดื่มน้ำให้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลหลายรายระบุว่าไม่แน่ใจว่าสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ถูกต้องหรือไม่ เนื่องจากไม่ได้รับข้อมูลที่ชัดเจนจากบุคลากรสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า

"ก็พยายามระวังอาหารนะ ไม่กินของมัน ไม่กินหมูสามชั้น แต่ก็กลัวว่าพอไหม ใครบอกอะไรก็เชื่อหมด เพราะไม่รู้จริง ๆ ว่าต้องทำอะไร" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่ม พบว่าผู้ที่เกิดนิวซ้าครั้งแรกมักปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวดมากแต่ขาดทิศทางที่ชัดเจน ในขณะที่ผู้ที่เกิดซ้ำครั้งที่ 2 ขึ้นไปมีประสบการณ์มากกว่าแต่บางรายเริ่มรู้สึกเหนื่อยและผ่อนปรนกฎที่ตนวางไว้ลงบ้าง เพราะพบว่าแม้จะระวังมากแค่ไหนก็ยังเกิดซ้ำได้อยู่ดี

"ครั้งแรกก็งดหมดเลย ไม่กินของมันเลยสักนิด แต่ก็ยังเป็นอีก พอครั้งที่สองก็คิดว่าระวังพอประมาณ ก็น่าจะพอ เพราะงดหมดก็ยังไม่ได้อยู่ดี" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 10)

2.3.2 การพึ่งพาแรงสนับสนุนทางสังคม จิตใจ และศาสนา ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ระบุว่าครอบครัว โดยเฉพาะคู่สมรสและบุตร เป็นแหล่งกำลังใจหลักในการเผชิญกับความเจ็บป่วย ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งบอกเล่าว่า

"ถ้าไม่มีสามีคอยพาไปโรงพยาบาล คอยให้กำลังใจ คงสู้ไม่ได้หรอก ทุกครั้งที่ปวดก็โทรหาเขาก่อนเลย" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 6)

นอกจากครอบครัวแล้ว ผู้ให้ข้อมูลหลายรายยังพึ่งพาหลักธรรมทางศาสนาพุทธในการเผชิญกับความไม่แน่นอน โดยมองว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นส่วนหนึ่งของกรรม ซึ่งช่วยให้ยอมรับสถานการณ์ได้ง่ายขึ้น บางรายยังพึ่งพาการพูดคุยกับผู้ป่วยรายอื่นที่เคยเผชิญประสบการณ์คล้ายกัน ซึ่งให้ทั้งข้อมูลและกำลังใจที่รู้สึกว่าเข้าใจกันได้มากกว่า

"ทำบุญตักบาตรทุกวัน ขอให้หายป่วย ก็รู้สึกใจเย็นขึ้น คิดว่าทำดีที่สุดแล้ว ที่เหลือก็แล้วแต่บุญกรรม" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 7)

"มีเพื่อนที่เป็นเหมือนกัน คุยกันแล้วรู้สึกดีขึ้น เพราะเข้าใจกัน ไม่ต้องอธิบายมาก เขาก็บอกว่าเขาก็เป็นอยู่เนี่ย ก็ยังผ่านมาได้" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 2)

2.3.3 การแสวงหาข้อมูลและการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ผู้ให้ข้อมูลหลายรายรายงานว่าพยายามแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาจากแหล่งต่าง ๆ ได้แก่ สื่อออนไลน์ การซักถามแพทย์และพยาบาล และการพูดคุยกับผู้ป่วยรายอื่น อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลบางรายรายงานว่าข้อมูลที่ได้รับความขัดแย้งกัน ทำให้เกิดความสับสนและยากต่อการตัดสินใจ ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า

"ค้นในโทรศัพท์ก็มีข้อมูลเยอะมาก บางทีก็สับสนว่าจะเชื่ออะไร บางเว็บบอกกินได้ บางเว็บบอกห้ามกิน อยากให้หมอหรือพยาบาลบอกตรง ๆ ว่าต้องทำอะไรบ้าง" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 1)

2.4 ความต้องการการดูแลที่มองเห็นตัวตนและต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลทุกรายแสดงออกถึงความต้องการการดูแลจากบุคลากรสุขภาพที่เกินกว่ามิติการรักษาทางกาย ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

2.4.1 ความต้องการข้อมูลที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และตรงกับชีวิตจริง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ระบุว่าต้องการข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุที่เกิดนี้ขึ้นซ้ำ สัญญาณอาการที่ต้องระวัง แนวทางการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน และข้อบ่งชี้ที่ควรรีบพบแพทย์ โดยต้องการข้อมูลที่เข้าใจง่าย เป็นภาษาพูด และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเอง ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งบอกเล่าว่า

"อยากให้พยาบาลอธิบายให้ฟังแบบง่าย ๆ ว่าต้องกินอะไร ห้ามทำอะไร ไม่ต้องใช้คำยาก แคบอกตรง ๆ ว่าทำอะไรได้ ทำอะไรไม่ได้ก็พอ" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 8)

2.4.2 ความต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์และการรับฟังอย่างแท้จริง ผู้ให้ข้อมูลหลายรายสะท้อนว่าต้องการให้บุคลากรสุขภาพรับฟังความรู้สึกและความกังวลของตนอย่างจริงจัง ไม่ใช่เพียงตรวจรักษาอาการทางกายเท่านั้น บางรายรู้สึกว่าการพบแพทย์ในแต่ละครั้งสั้นมาก ไม่มีโอกาสได้สอบถามหรือระบาย ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวด้วยน้ำเสียงอ่อนแอว่า

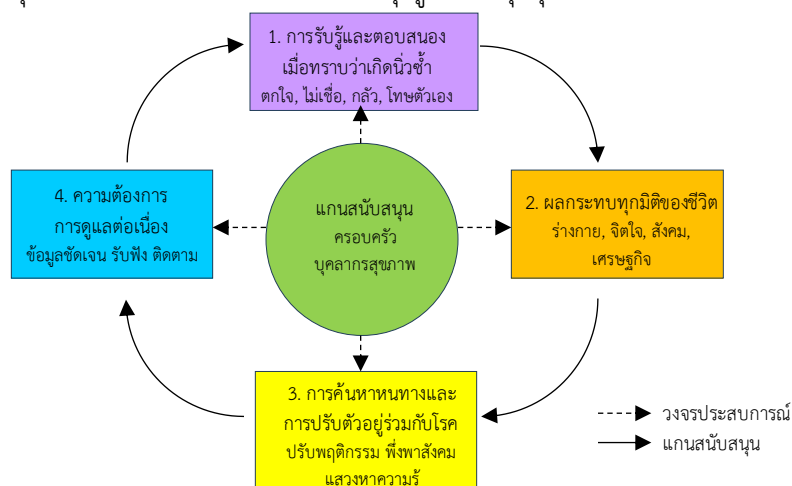
"บางทีก็แค่อยากให้พยาบาลนั่งฟังสักหน่อย ไม่ต้องทำอะไรมาก แครู้ว่ามีคนรับฟังอยู่ก็ดีขึ้นแล้ว ไปหาหมอแต่ละทีก็รีบมาก ไม่กล้าถามอะไร" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 10)

2.4.3 ความต้องการระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย ผู้ให้ข้อมูลทุกรายแสดงความต้องการให้มีระบบการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นการโทรศัพท์ติดตาม การนัดหมายที่ชัดเจน หรือช่องทางที่สามารถปรึกษาได้เมื่อมีความกังวล โดยผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รายงานว่าปัจจุบันรู้สึกโดดเดี่ยวและไม่รู้ว่าจะติดต่อใครได้เมื่อมีอาการผิดปกติในช่วงที่อยู่ที่บ้าน ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า

"อยากให้มีคนโทรมาถามว่าเป็นยังไงบ้าง หรือมีเบอร์ที่โทรถามได้เลยตอนกังวล ตอนนี้อยู่คนเดียวก็ไม่ได้แต่นอนกังวลอยู่คนเดียว" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 12)

สรุปโครงสร้างพื้นฐานของประสบการณ์ชีวิต จากการวิเคราะห์ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยที่มีนิวในต่อทางเดินน้ำดีซ้ำภายหลังการผ่าตัดถุงน้ำดีทั้ง 4 ประเด็นหลัก สามารถสรุปโครงสร้างพื้นฐานของประสบการณ์ชีวิต (Fundamental Structure) ได้ว่า ผู้ป่วยเผชิญกับวงจรแห่งความไม่แน่นอนที่วนซ้ำ เริ่มจากความตกใจและสับสนเมื่อทราบว่าเกิดซ้ำ นำไปสู่ผลกระทบที่ส่งผลในทุกมิติของชีวิต แต่ขณะเดียวกันก็แสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการปรับตัวและการค้นหาหนทางรับมือ โดยมีครอบครัวและบุคลากรสุขภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญในการผ่านพ้นวงจรดังกล่าว

ภาพ 2 แสดงโมเดลวงจรแห่งความไม่แน่นอนที่วนซ้ำ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ส่วนที่เชื่อมโยงกันเป็นวงจร ได้แก่ การรับรู้เมื่อเกิดซ้ำ ผลกระทบที่สะสม กลวิธีรับมือ และความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง โดยครอบครัวและบุคลากรสุขภาพทำหน้าที่เป็นตัวกลางที่ช่วยพยุงผู้ป่วยในทุกจุดของวงจร



ภาพ 2 แสดงโมเดลวงจรแห่งความไม่แน่นอนที่วนซ้ำ

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นประสบการณ์ที่ลึกซึ้งและซับซ้อนใน 4 ประเด็นหลัก ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงมิติของชีวิตมนุษย์ที่เชื่อมโยงกันอย่างแยกไม่ออก ดังต่อไปนี้

ประเด็นหลักที่ 1 การรับรู้และตอบสนองเมื่อทราบว่าเกิดนิวซ์้า ผลการวิจัยพบว่าผู้ให้ข้อมูลทุกรายแสดงออกถึงความตกใจ ไม่เชื่อ และสับสนอย่างเห็นได้ชัดเมื่อทราบว่าเกิดนิวซ์้า สิ่งที่น่าสนใจคือปฏิกิริยาเหล่านี้ไม่ได้เกิดจากการไม่รู้จักรโรค หากแต่เกิดจากความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนว่าการผ่าตัดถุงน้ำดีจะยุติปัญหานิวซ์้าได้อย่างถาวร เมื่อความเป็นจริงทางคลินิกขัดแย้งกับความเชื่อนี้ ผู้ป่วยจึงต้องเผชิญกับสิ่งที่นักวิจัยด้านปรากฏการณ์วิทยาเรียกว่า "ประสบการณ์ที่ทำลายโลกเดิม" (World-disrupting Experience) ซึ่งหมายถึงเหตุการณ์ที่พังทลายกรอบความหมายและความเข้าใจเดิมของบุคคล ทำให้ต้องเริ่มต้นสร้างความหมายใหม่ให้กับสถานการณ์ที่ไม่คาดคิด ปรากฏการณ์นี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Mishel เรื่องความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย (Uncertainty in Illness Theory) ซึ่งอธิบายว่าความไม่แน่นอนเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถกำหนดความหมายให้กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ชัดเจน โดยเฉพาะเมื่อสัญญาณและอาการของโรคมีลักษณะที่ซับซ้อนและไม่คาดเดาได้ Eppel-Meichlinger และ Mayer (2024) ได้ยืนยันแนวคิดนี้ผ่านการศึกษาระยะยาวในผู้ป่วยที่มีเนื้องอกบริเวณอวัยวะเพศหญิง พบว่าความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยเป็นความเครียดทางจิตสังคมที่ส่งผลเชิงลบต่อการจัดการตนเองและกลวิธีการรับมืออย่างต่อเนื่อง และที่สำคัญคือความไม่แน่นอนนี้ไม่ได้สิ้นสุดลงหลังการรักษา แต่วิธีการกลับมาตลอดเส้นทางของการเจ็บป่วย ซึ่งตรงกับที่ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าแม้จะรักษาสำเร็จมาแล้วหลายครั้ง ความกลัวว่าจะเกิดซ้ำอีกก็ยังคงอยู่ไม่จางหาย ความกลัวต่อการกระบวนการรักษาซ้ำ โดยเฉพาะ ERCP นั้น ผู้ให้ข้อมูลอธิบายให้เห็นภาพชัดเจนว่าครอบคลุมทั้งความเจ็บปวดระหว่างทำหัตถการ อาการท้องอืดที่คงอยู่นานหลังการส่องกล้อง และความกังวลต่อภาวะแทรกซ้อนที่อาจตามมา สิ่งนี้สอดคล้องกับหลักฐานที่ Romanazzo, Mansueto, Cosci (2022) รายงานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบว่า ผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดหรือหัตถการทางการแพทย์มักประสบกับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ และความกลัวนี้มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์หลังการรักษาที่ไม่พึงประสงค์ รวมถึงการฟื้นตัวที่ช้ากว่าและความพึงพอใจต่อการรักษาที่ต่ำกว่า สิ่งที่น่าสนใจเป็นพิเศษในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่พยายามโยงสาเหตุการกลับมาเป็นซ้ำเข้าหาตนเอง ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมการกิน การทำงานหนัก หรือการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด กลไกการโทษตนเองนี้เป็นปรากฏการณ์ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ เนื่องจากการมีคำอธิบายใด ๆ แม้จะเป็นคำอธิบายที่โทษตนเอง ยังดีกว่าการต้องอยู่กับความรู้สึกไร้อำนาจในการควบคุมชีวิตของตน (Mishel, 1988; Stanton, Revenson, Tennen, 2007) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มพบว่าผู้ที่เกิดนิวซ์้าครั้งแรกมีความตกใจและความสับสนในระดับที่รุนแรงกว่า เนื่องจากยังยึดติดกับความเชื่อว่าการผ่าตัดครั้งแรกควรจะแก้ปัญหาได้แล้ว ในขณะที่ผู้ที่เกิดซ้ำครั้งที่ 2 ขึ้นไป แม้ความตกใจจะลดลง แต่กลับมีความรู้สึกสิ้นหวังและยอมแพ้มากกว่า ซึ่งบ่งชี้ว่าการเกิดซ้ำซ้อนมีผลสะสมต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยในลักษณะที่แตกต่างกัน

ประเด็นหลักที่ 2 ผลกระทบที่ทอดยาวในทุกมิติของชีวิต ผลการวิจัยชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการกลับมาเป็นนิวซ์้าส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทุกมิติ ในด้านร่างกาย ความเจ็บปวดช่องท้องที่เกิดขึ้นกะทันหันและควบคุมไม่ได้ ส่งผลโดยตรงต่อความสามารถในการทำงานและกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะในผู้ให้ข้อมูลที่ประกอบอาชีพเกษตรกรและรับจ้าง ซึ่งต้องพึ่งพาร่างกายในการหารายได้ การหยุดงานเพียงไม่กี่วันก็ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจครัวเรือนได้ทันที สิ่งนี้สอดคล้องกับที่ Kozyk, Giri, Harindranath, Trivedi, Strubchevska, Barik et al. (2023) รายงานจากการทบทวนอย่างเป็นระบบในผู้ป่วย 12,952 ราย ว่าการเกิดนิวซ์้าในท่อทางเดินน้ำดีเป็นภาวะแทรกซ้อนระยะยาวที่พบบ่อยที่สุด และส่งผลให้ความพึงพอใจของผู้ป่วยลดลงและการใช้ทรัพยากรสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในด้านจิตใจ ผู้ให้ข้อมูลรายงานความวิตกกังวลอย่างต่อเนื่องและความกลัวว่าจะเกิดซ้ำอีกในอนาคต ที่น่าสังเกตคือในกลุ่มที่เกิดนิวซ์้ามากกว่า 2 ครั้ง ความรู้สึกหมดหวังและสิ้นหวังปรากฏขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนที่บุคลากรสุขภาพควรให้ความสนใจเป็นพิเศษเพราะอาจนำไปสู่การปฏิเสธการรักษาในที่สุด ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ Ni Néill, Richards, Hennessey, Ryan, Fortune (2023) ที่ศึกษาความทุกข์ทางจิตใจในผู้ป่วยโรคนิวซ์้าทางเดินปัสสาวะ พบว่าผู้ป่วยมักรายงานความกลัวต่อการกลับมาเป็นซ้ำและความรู้สึกสูญเสียการควบคุมชีวิต ซึ่ง

ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับและสุขภาพจิตโดยรวมในระยะยาว แม้ว่าจะเป็นการศึกษาในผู้ป่วยนิวตัมระบบ แต่กลไกทางจิตวิทยาที่ผู้ป่วยประสบมีความคล้ายคลึงกันอย่างมีนัยสำคัญ ในด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ให้ข้อมูลทุกรายกล่าวถึงความรู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัวและค่าใช้จ่ายที่สะสม ที่น่าสังเกตคือความรู้สึกเป็นภาระนี้ไม่ได้เกิดขึ้นเพียงครั้งเดียว แต่ทวีความรุนแรงและลึกซึ้งขึ้นทุกครั้งที่เกิดซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยมองเห็นด้วยตนเองว่าครอบครัวต้องแบกรับภาระทั้งด้านเวลา แรงงาน และการเงินซ้ำแล้วซ้ำเล่า สิ่งนี้สอดคล้องกับที่ Liu, Ye, Chang, Wu, Yuan, Wang et al. (2025) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคทางเดินน้ำดีและตับอ่อนที่ต้องดูแลหาลอดระบายนอกโรงพยาบาล พบว่าภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูงและการต้องพึ่งพิงผู้อื่นก่อให้เกิดความกดดันทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ และยังส่งผลกระทบเป็นลูกโซ่ต่อรายได้และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ข้อค้นพบเหล่านี้ตอกย้ำให้เห็นว่าการเจ็บป่วยซ้ำไม่ใช่เพียงปัญหาของปัจเจกบุคคล แต่เป็นปัญหาที่กระทบต่อระบบครอบครัวในวงกว้าง

ประเด็นหลักที่ 3 การค้นหาหนทางและการปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับโรค แม้ผู้ให้ข้อมูลจะเผชิญกับความยากลำบากอย่างมาก แต่ทุกรายก็แสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการปรับตัวและค้นหาวิถีรับมือที่หลากหลาย ที่น่าสังเกตคือวิถีรับมือของผู้ที่เกิดนิวซ้ำครั้งแรกกับผู้ที่เกิดซ้ำครั้งที่ 2 ขึ้นไปมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน กลุ่มแรกมักปรับตัวดิ้นรนอย่างขมขื่นแต่ขาดทิศทางที่ชัดเจน เพราะไม่รู้ว่าจะสิ่งที่ทำอยู่ถูกต้องหรือไม่ ในขณะที่กลุ่มหลังมีวิถีที่ชัดเจนกว่าจากประสบการณ์ที่สะสม แต่บางส่วนเริ่มผ่อนคลายการปฏิบัติตนลงเพราะพบว่าแม้จะระวังมากเพียงใดก็ยังเกิดซ้ำได้อยู่ดี อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ระบุว่าไม่แน่ใจว่าสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ถูกต้องหรือไม่ เนื่องจากขาดข้อมูลที่ชัดเจนและเชื่อถือได้จากบุคลากรสุขภาพ ช่องว่างนี้สะท้อนให้เห็นปัญหาเชิงระบบที่สำคัญ เพราะเมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลที่เชื่อถือได้จากแหล่งที่ควรเชื่อถือได้มากที่สุด คือบุคลากรสุขภาพ พวกเขาหันไปพึ่งแหล่งข้อมูลออนไลน์ที่มีคุณภาพไม่แน่นอน ซึ่งยิ่งสร้างความสับสนและความกังวลเพิ่มขึ้น สิ่งนี้สอดคล้องกับที่ Liu, Ye, Chang, Wu, Yuan, Wang et al. (2025) พบว่าการขาดความรู้ความเข้าใจในโรคของผู้ป่วยก่อให้เกิดความไม่แน่ใจเชิงลบและนำไปสู่กลวิธีการรับมือที่ไม่มีประสิทธิผล ในด้านการพึ่งพาครอบครัวและแหล่งสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องอย่างยิ่งกับการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพของ Schulman-Green และ Feder (2021) ที่ศึกษาบทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่คุกคามชีวิต พบว่าครอบครัวมีบทบาทหลายมิติ ทั้งการจัดการอารมณ์ การเข้าถึงทรัพยากร และการให้ความหมายต่อประสบการณ์การดูแล ในบริบทของประเทศไทย ซึ่งวัฒนธรรมการพึ่งพาครอบครัวมีความแข็งแกร่ง บทบาทของครอบครัวจึงมีความหนักแน่นและลึกซึ้งกว่าในบริบทตะวันตก สอดคล้องกับที่ Hagedoorn, Paans, Jaarsma, Keers, van der Schans, Luttik (2017) ศึกษาบทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากมุมมองของพยาบาล พบว่าการที่บุคลากรสุขภาพให้ความสนใจและรับรู้ถึงบทบาทของครอบครัวเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่องและมีประสิทธิผล นอกจากนี้สิ่งที่ไม่ได้ปรากฏในงานวิจัยต่างประเทศ แต่พบชัดเจนในการวิจัยครั้งนี้คือการพึ่งพาหลักธรรมทางพุทธศาสนาในการประกอบจิตใจ ผู้ให้ข้อมูลหลายรายใช้กรอบความคิดเรื่องกรรมและบุญในการยอมรับสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งเป็นกลไกเฉพาะของบริบทวัฒนธรรมไทยที่บุคลากรสุขภาพควรเข้าใจและนำมาประกอบในการให้การดูแล

ประเด็นหลักที่ 4 ความต้องการการดูแลที่มองเห็นตัวตนและต่อเนื่อง ประเด็นนี้เป็นหัวใจสำคัญที่สุดของการวิจัยและมีนัยสำคัญต่อการพัฒนาการพยาบาลโดยตรง ผู้ให้ข้อมูลทุกรายแสดงความต้องการที่ชัดเจนใน 3 ระดับ ได้แก่ ข้อมูลที่เข้าใจง่ายและปฏิบัติได้จริง การรับฟังอย่างแท้จริงจากบุคลากรสุขภาพ และระบบติดตามดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย ในด้านความต้องการข้อมูล สิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการนั้นชัดเจนมาก คือไม่ใช่ข้อมูลวิชาการที่ซับซ้อน แต่เป็นข้อมูลที่เป็นภาษาชาวบ้าน ปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน และตรงกับวิถีชีวิตของคนในชนบทที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เช่น กินอะไรได้บ้าง ยกของหนักได้แค่ไหน และเมื่อไหร่ควรรับมาโรงพยาบาล สิ่งนี้สอดคล้องกับที่ Liu, Ye, Chang, Wu, Yuan, Wang et al. (2025) พบว่าการขาดความรู้ความเข้าใจในโรคของผู้ป่วยก่อให้เกิดความไม่แน่ใจเชิงลบและนำไปสู่กลวิธีการรับมือที่ไม่มีประสิทธิผล ในด้านความต้องการระบบติดตามดูแล ผลการวิจัยสอดคล้องกับที่ Ge, Zhang, Fan, Yang, Chu, Zhou et al. (2023) ศึกษาบทบาทของพยาบาลชุมชนในการให้การดูแลต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าการเชื่อมโยงข้อมูล ความสัมพันธ์ และการจัดการอย่างต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญในการลดการกลับเป็นซ้ำและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ Ljungholm, Edin-

Liljegren, Ekstedt, Klinga (2022) ได้ศึกษาความต้องการด้านการดูแลต่อเนื่องจากมุมมองของทีมสหวิชาชีพ พบว่าการดูแลต่อเนื่องที่มีคุณภาพจำเป็นต้องอาศัยการสื่อสารและความโปร่งใสของข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการในระดับต่าง ๆ และบทบาทของพยาบาลในการเชื่อมประสานระหว่างระดับบริการถือเป็นแกนกลางที่ขาดไม่ได้ ความต้องการของผู้ให้ข้อมูลที่ต้องการ "มีหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถโทรได้เมื่อมีปัญหา" นั้น สะท้อนให้เห็นช่องว่างที่สำคัญมากในระบบสุขภาพไทย เพราะในความเป็นจริง สิ่งผู้ป่วยต้องการไม่ได้ซับซ้อนเลย เพียงแค่รู้ว่ามีคนที่สามารถติดต่อได้เมื่อมีความกังวล ก็เพียงพอที่จะช่วยลดความโดดเดี่ยวและความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ สิ่งนี้สอดคล้องกับที่ Xu, Yang, Chen, Wu, Feng (2023) ศึกษาการเปลี่ยนผ่านการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในบริบทของประเทศจีน พบว่าผู้ป่วยต้องการช่องทางติดต่อกับผู้ดูแลทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องหลังจำหน่าย เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาได้ทันเวลา ซึ่งบริบทของจีนมีความใกล้เคียงกับไทยทั้งในด้านวัฒนธรรมการพึ่งพาครอบครัวและโครงสร้างระบบสุขภาพ

ภาพรวมของข้อค้นพบ โดยรวมแล้ว ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงโครงสร้างพื้นฐานของประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยนิวซ์ในหอทางเดินน้ำดีว่าเป็น "วงจรแห่งความไม่แน่นอนที่วนซ้ำ" ซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยการรักษาทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว ที่สำคัญคือวงจรนี้ไม่ได้เป็นแค่การวนซ้ำของอาการทางกาย แต่เป็นการวนซ้ำของประสบการณ์ทางจิตใจและสังคมที่สะสมและเข้มข้นขึ้นทุกครั้ง โดยเฉพาะในผู้ที่เกิดซ้ำหลายครั้ง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระบบการดูแลสุขภาพจำเป็นต้องมีแนวทางที่แตกต่างกันสำหรับสองกลุ่มนี้ ข้อค้นพบนี้สนับสนุนบทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแลหลักที่สามารถเชื่อมโยงมิติทางร่างกาย จิตใจ สังคม และข้อมูลเข้าด้วยกันได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง ซึ่งการออกแบบรูปแบบการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Person-centred Care) บนพื้นฐานความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตที่ได้จากการวิจัยนี้ จะเป็นจุดเริ่มต้นที่มีความหมายสำหรับการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลศัลยกรรมทางเดินน้ำดีในบริบทสุขภาพไทยต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติ พัฒนาทักษะการสื่อสารให้ข้อมูลเป็นภาษาพูดที่ปฏิบัติได้จริง ฝึกทักษะการรับฟังอย่างตั้งใจ และพัฒนาระบบติดตามดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย โดยเฉพาะในกลุ่มที่เกิดนิวซ์ซ้ำมากกว่า 2 ครั้ง ซึ่งมีความเสี่ยงต่อความรู้สึกสิ้นหวังและอาจปฏิเสธการรักษา ควรได้รับการประเมินสุขภาพจิตเป็นพิเศษ
2. ด้านการศึกษาพยาบาล สถาบันการศึกษาควรบูรณาการเนื้อหาด้านจิตสังคมของผู้ป่วยนิวซ์ในหลักสูตรพยาบาลศัลยกรรม และฝึกนักศึกษาให้ดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยซ้ำซ้อนอย่างเป็นองค์รวม
3. ด้านการบริหารจัดการบริการสุขภาพ ผู้บริหารควรพัฒนาคลินิกติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัดนิวซ์อย่างเป็นระบบ และจัดสรรเวลาให้พยาบาลมีเวลาเพียงพอในการให้ข้อมูลและสนับสนุนทางอารมณ์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวเพื่อพัฒนาแนวทางสนับสนุนครอบครัวอย่างครอบคลุม
2. พัฒนาและทดสอบโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยออกแบบแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่เกิดซ้ำครั้งแรกกับกลุ่มที่เกิดซ้ำหลายครั้ง
3. ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในบริบทชุมชนภาคเหนือของไทย เพื่อระบุจุดแทรกแซงที่เหมาะสมในการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ

คำแถลงการณ์การใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้วิจัยใช้ Claude (Anthropic) เป็นเครื่องมือปัญญาประดิษฐ์เพื่อสนับสนุนการสืบค้นวรรณกรรม การตรวจสอบเอกสารอ้างอิง และการแก้ไขภาษา ทั้งนี้เนื้อหาทางวิชาการทั้งหมด การตีความข้อมูล การวิเคราะห์เชิงประเด็น และการตัดสินใจขั้นสุดท้ายเกี่ยวกับต้นฉบับเป็นความรับผิดชอบของผู้วิจัยแต่เพียงผู้เดียว

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ไม่มี

รายการอ้างอิง

- Bergeron, E., Doyon, T., Manière, T., & Désilets, É. (2023). Delay for cholecystectomy after common bile duct clearance with ERCP is just running after recurrent biliary event. *Surgical Endoscopy*, 37(12), 9546–9555. <https://doi.org/10.1007/s00464-023-10423-0>
- Colaizzi, P. F. (1978). Psychological Research as the Phenomenologist Views it. In R. S. Valle & M. King (Eds.), *Existential-phenomenological Alternatives for Psychology* (pp. 48–71). New York, NY: Oxford University Press.
- Eppel-Meichlinger, J., & Mayer, H. (2024). From existential uncertainty to a new mindset promoting recovery: Exploring the development of uncertainty experience in women with vulvar neoplasia – A qualitative longitudinal study. *BMC Women's Health*, 24, 35. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-02889-4>
- Ge, J., Zhang, Y., Fan, E., Yang, X., Chu, L., Zhou, X., et al. (2023). Community nurses are important providers of continuity of care for patients with chronic diseases: A qualitative study. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 60, 00469580231160888. <https://doi.org/10.1177/00469580231160888>
- Hagedoorn, E. I., Paans, W., Jaarsma, T., Keers, J. C., van der Schans, C., & Luttik, M. L. (2017). Aspects of family caregiving as addressed in planned discussions between nurses, patients with chronic diseases and family caregivers: A qualitative content analysis. *BMC Nursing*, 16, 37. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0231-5>
- Hashem, A. H., Fouad, M. E., Abd-Elhalem, S. S., Youssif, E. H., & El-Aziz, G. M. A. (2025). Effect of high-quality nursing care on postoperative complications and quality of life for patients undergoing common bile duct exploration. *BMC Nursing*, 24, 524. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03119-4>
- Husserl, E. (1970). *The Crisis of European Sciences and Transcendental Phenomenology* (D. Carr, Trans.). Evanston, IL: Northwestern University Press.
- Kozyk, M., Giri, S., Harindranath, S., Trivedi, M., Strubchevska, K., Barik, R. K., et al. (2023). Recurrence of common bile duct stones after endoscopic clearance and its predictors: A systematic review. *DEN Open*, 4(1), e294. <https://doi.org/10.1002/deo2.294>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, CA: SAGE.
- Liu, J., Ye, X., Chang, S., Wu, Z., Yuan, B., Wang, Q., et al. (2025). Tube-bearing experience of patients with biliary and pancreatic diseases outside the hospital: Based on qualitative study. *BMC Gastroenterology*, 25, 733. <https://doi.org/10.1186/s12876-025-04317-9>
- Ljungholm, L., Edin-Liljegren, A., Ekstedt, M., & Klinga, C. (2022). What is needed for continuity of care and how can we achieve it? – Perceptions among multiprofessionals on the chronic care trajectory. *BMC Health Services Research*, 22, 686. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08023-0>

- Mansour, S., Kluger, Y., & Khuri, S. (2022). Primary recurrent common bile duct stones: Timing of surgical intervention. *Journal of Clinical Medicine Research*, 14(11), 441–448.
<https://doi.org/10.14740/jocmr4826>
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225–232.
<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x>
- Ní Néill, E., Richards, H. L., Hennessey, D., Ryan, E. M., & Fortune, D. G. (2023). Psychological distress in patients with urolithiasis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Urology*, 209(1), 58–70. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000003032>
- Qi, X., Chen, H., Han, T., Li, W., Shu, X., & Hu, Y. (2024). Global epidemiology of gallstones in the 21st century: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 22(8), 1586–1595. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2024.01.051>
- Romanazzo, S., Mansueto, G., & Cosci, F. (2022). Anxiety in the medically ill: A systematic review of the literature. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 873126. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.873126>
- Schulman-Green, D., & Feder, S. L. (2021). Family caregiver support of patient self-management during chronic, life-limiting illness: A qualitative metasynthesis. *Journal of Family Nursing*, 27(1), 55–72. <https://doi.org/10.1177/1074840720977180>
- Shorey, S., & Ng, E. (2022). A Social–Ecological Model of Grandparenting Experiences: A Systematic Review. *The Gerontologist*, 62, e193–e205.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnaa172>
- Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565–592.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085615>
- Wu, Y., Xu, C. J., & Xu, S. F. (2021). Advances in risk factors for recurrence of common bile duct stones. *International Journal of Medical Sciences*, 18(4), 1067–1074.
<https://doi.org/10.7150/ijms.52974>
- Xu, X., Yang, X., Chen, L., Wu, Q., & Feng, L. (2023). Transition of care from hospital to home for older people with chronic diseases: A qualitative study of older patients' and health care providers' perspectives. *Frontiers in Public Health*, 11, 1128885.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1128885>

ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานและกรณีศึกษาเป็นฐานต่อความรู้
การให้เหตุผลทางคลินิก และการเรียนรู้แบบนำตนเองของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3
รายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2

Effects of Team-Based Learning and Case-Based Learning
on Knowledge, Clinical Reasoning, and Self-Directed Learning
among Third-Year Nursing Students in Adult and Gerontological Nursing II

สมจิตต์ สินธุชัย, วรรัตน์ แสงหัวช้าง*, กุลิสรา ขุนพินิจ ภัทรมลวิรัช ภคพัชรภิมย์

Somchit Sinthuchai, Wanarat Sanghuachang*, Kulisara Khunpinit, Patramonwiral Phakhapatchpirom

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

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

(Received: March 27, 2026; Revised: July 1, 2026; Accepted: July 15, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานและกรณีศึกษาเป็นฐานต่อความรู้ การให้เหตุผลทางคลินิกและการเรียนรู้แบบนำตนเองของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 รายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี จำนวน 118 คน สุ่มได้กลุ่มที่เรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐาน และกรณีศึกษาเป็นฐาน กลุ่มละ 60 และ 58 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบวัดความรู้ 2) แบบวัดการให้เหตุผลทางคลินิก และ 3) แบบวัดการเรียนรู้แบบนำตนเอง มีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .88, .94 และ .94 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .91, .94 และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา และการทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้ การให้เหตุผลทางคลินิกและการเรียนรู้แบบนำตนเองของกลุ่มที่เรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. คะแนนเฉลี่ยความรู้ การให้เหตุผลทางคลินิกของกลุ่มที่เรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยการเรียนรู้แบบนำตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
3. คะแนนเฉลี่ยความรู้ การให้เหตุผลทางคลินิกหลังทดลองของกลุ่มที่เรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐาน และกรณีศึกษาเป็นฐานไม่แตกต่างกัน แต่คะแนนเฉลี่ยการเรียนรู้แบบนำตนเองของกลุ่มที่เรียนโดยใช้ทีมเป็นฐานสูงกว่าการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยเสนอแนะให้อาจารย์จัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐาน เพื่อส่งเสริมความรู้ การให้เหตุผลทางคลินิกและการเรียนรู้แบบนำตนเอง และจัดการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาเป็นฐานเพื่อส่งเสริมความรู้ และการให้เหตุผลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: การจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐาน การจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน ความรู้ การให้เหตุผลทางคลินิก การเรียนรู้แบบนำตนเอง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: viyakan@bcns.ac.th)

Abstract

This two-group pretest–posttest design quasi-experimental study examined the comparative effects of team-based learning and case-based learning on knowledge, clinical reasoning, and self-directed learning among third-year nursing students enrolled in Adult and Gerontological Nursing II academic course. The sample consisted of 118 third-year nursing students from the Saraburi Boromarajonani College of Nursing, randomly assigned to either the team-based learning group ($n = 60$) or the case-based learning group ($n = 58$). Research instruments included: (1) a knowledge test, (2) a clinical reasoning assessment, and (3) a self-directed learning scale with content values yielding .88, .94, and .94, respectively and reliability coefficients of .91, .94, and .95, respectively. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and t-tests. Results were as follows.

1. After the intervention, the team-based learning group demonstrated statistically significant improvements in knowledge, clinical reasoning, and self-directed learning.

2. The case-based learning group showed statistically significant improvements as well in knowledge and clinical reasoning, while self-directed learning scores increased but did not reach statistical significance.

3. Post-intervention comparisons indicated no significant differences between the two groups in knowledge and clinical reasoning. However, self-directed learning scores were significantly higher in the team-based learning group compared to the case-based learning group.

This study suggests that instructors should employ team-based learning to enhance knowledge, clinical reasoning, and self-directed learning, while case-based learning remains effective for improving knowledge and clinical reasoning among nursing students.

Keywords: Team-Based Learning, Case-Based Learning, Knowledge, Clinical Reasoning, Self-Directed Learning

บทนำ

ปัจจุบันสถานการณ์ปัญหาสุขภาพมีความซับซ้อนและหลากหลายมากขึ้น ความต้องการการบริการสุขภาพของผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้น ประกอบกับความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีการดูแลสุขภาพ พยาบาลจำเป็นต้องมีทักษะการใช้เหตุผลทางคลินิก (Varma, Karuveetil, Fernandez, Halcomb, Rolls, Kumar et al., 2025) ในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพ เพื่อตัดสินใจในการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้รับบริการ (Yao, Fu, Zhu, Jia, Dong, Shi et al., 2023) ทักษะดังกล่าวเป็นสมรรถนะหลักที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการให้มีคุณภาพและความปลอดภัย (Mwale, Mukwato, Kabinga-Makukula, 2025) จากการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ พบว่าขาดความสามารถการบูรณาการความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก (Saifan, Devadas, Daradkeh, Abdel-Fattah, Aljabery, Michael, 2021) รวมทั้งขาดทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการใช้เหตุผลทางคลินิก (Englund, 2020) จึงเป็นความท้าทายของสถาบันการศึกษาพยาบาลในการจัดการเรียนการสอนเพื่อเตรียมนักศึกษาให้สามารถเชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล และมีสมรรถนะในการให้เหตุผลทางคลินิก (Varma, Karuveetil, Fernandez, Halcomb, Rolls, Kumar et al., 2025) นอกจากนี้ในสถานการณ์คลินิกที่มีการเปลี่ยนแปลงองค์ความรู้ในการดูแลผู้รับบริการให้ทันสมัยและมีคุณภาพมากขึ้น พยาบาลต้องมีคุณสมบัติในการเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อนำองค์ความรู้ใหม่มาดูแลผู้รับบริการ ซึ่งต้องอาศัยความสามารถในการเรียนรู้แบบนำตนเอง (Self-directed Learning) เพื่อส่งเสริมความสามารถในการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong Learning) (Thu, Thi, Nhi, Chi, 2024; Varma, Karuveetil, Fernandez, Halcomb,

Rolls, Kumar et al., 2025) ซึ่งกลยุทธ์การสอนที่จะส่งเสริมความรู้ ความสามารถในการให้เหตุผลทางคลินิก และการเรียนรู้แบบนำตนเอง ได้แก่ การเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานและการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน กลยุทธ์การเรียนรู้ทั้ง 2 วิธี เป็นการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) ที่ใช้กรณีศึกษาเป็นสื่อในการกระตุ้นความรู้ที่มีอยู่ของผู้เรียนมาประยุกต์ใช้กับกรณีศึกษาจากผู้ป่วยจริง (Burgess, Matar, Roberts, Haq, Wynter, Singer et al., 2021) เป็นวิธีการสอนที่ช่วยให้ผู้เรียนมีความคงทนของความรู้ (Durable Learning) เพื่อประยุกต์ความรู้เชิงทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก (Mechtel, Kitt-Lewis, Reaves, Sinacori, O'Brien, Logan et al., 2024)

การเรียนรู้แบบทีมเป็นฐาน (Team-Based Learning: TBL) เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ประกอบด้วย การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง การรับประกันความพร้อมของผู้เรียนในการนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาที่ซับซ้อนของกรณีศึกษาจากผู้ป่วยจริง (Parmelee, Michaelsen, Cook, Hudes, 2012) กระบวนการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานช่วยให้ผู้เรียนจดจ่อกับการเรียน เพิ่มแรงจูงใจในการเรียน คะแนนการทดสอบความรู้เพิ่มขึ้น ส่งเสริมทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ความสามารถในการให้เหตุผลทางคลินิก และการแก้ปัญหาทางการพยาบาล รวมทั้งส่งเสริมการเรียนรู้แบบนำตนเอง (Burgess, Matar, Roberts, Haq, Wynter, Singer et al., 2021; Yeung, Yuen, Chen, Lam, 2023) ดังการศึกษาของ El-Banna, Whitlow, & McNelis (2020) ศึกษาผลการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานกับการเรียนแบบบรรยายของนักศึกษาพยาบาลที่เรียนรายวิชาเภสัชวิทยาพบว่า กลุ่มที่เรียนโดยใช้ทีมเป็นฐานมีค่าเฉลี่ยคะแนนสอบตามเกณฑ์มาตรฐาน (Standardized Test) และคะแนนสอบปลายภาค (Final Exam) สูงกว่าการเรียนแบบบรรยาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee และ Park (2021) ศึกษาผลการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานกับการเรียนแบบบรรยายของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่เรียนรายวิชาการพยาบาลสุขภาพสตรี พบว่า กลุ่มที่เรียนโดยใช้ทีมเป็นฐานมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การแก้ปัญหาทางการพยาบาล และการเรียนรู้แบบนำตนเอง สูงกว่าการเรียนแบบบรรยาย

การเรียนรู้แบบกรณีศึกษาเป็นฐาน (Case-Based Learning: CBL) เป็นวิธีการเรียนรู้ที่ผู้เรียนมีส่วนร่วม คิดวิเคราะห์และลงมือปฏิบัติ (Active Learning) โดยวิธีการสืบเสาะ (Inquiry Method) มีการประยุกต์ใช้ความรู้จากทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติ (Williams, 2005) ที่ส่งเสริมการเรียนรู้เชิงลึก (Deep Learning) และการเรียนรู้อย่างมีความหมาย (Meaningful Learning) (Perez, Howey, Green, obrega, Kebbe, Amin, et al., 2023) มีจุดมุ่งหมายเพื่อเตรียมผู้เรียนให้มีความพร้อมสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก โดยการใช้กรณีศึกษาจากผู้ป่วยจริง และใช้คำถามปลายเปิดที่กระตุ้นการเรียนรู้ เพื่อให้ผู้เรียนได้ใช้กระบวนการให้เหตุผลทางคลินิกเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาล และนำไปปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง โดยวิธีดังกล่าวเป็นการส่งเสริมให้นักศึกษามีการให้เหตุผลทางคลินิกและการคิดอย่างมีวิจารณญาณมากขึ้น ซึ่ง McLean (2016) ทบทวนการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาเป็นฐานและการนำไปใช้ในการเรียนการสอนทางสาธารณสุข พบว่าเป็นวิธีการเรียนรู้เชิงลึกที่ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-directed Learning) การใช้เหตุผลทางคลินิก (Clinical Reasoning) การแก้ปัญหาทางคลินิก (Clinical Problem Solving) และการตัดสินใจ (Decision Making) ทักษะเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก ดังการศึกษาของ Yu, Hu, Ling, Zhuang, Chen, Chen et al. (2021) พบว่า ผลของการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานมีผลต่อคะแนนความรู้ การคิดอย่างมีวิจารณญาณและความสามารถในการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Cheng, Hung, Chen, Liou, Chu (2024) ที่พบว่า การเรียนแบบกรณีศึกษาส่งผลต่อการให้เหตุผลทางคลินิก การเรียนรู้โดยการนำตนเองและการทำงานร่วมกันเป็นทีม

การให้เหตุผลทางคลินิกและการเรียนรู้แบบนำตนเอง เป็นสมรรถนะหลักที่สำคัญของนักศึกษาพยาบาล ในการก้าวสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพ อย่างไรก็ตาม จากรายงานผลการประเมินของผู้ใช้บัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี ปีการศึกษา 2566 พบว่า ผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านทักษะทางปัญญา/การคิดวิเคราะห์ และด้านความรู้ทางวิชาการ มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดตามลำดับ (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี, 2566) ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินบัณฑิตพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ส่วนใหญ่ยังมีคะแนนทักษะทางปัญญาและการคิดวิเคราะห์ในระดับน้อย (นายนันต์ เตชะวนิช, นิรันดร์

จุลทรัพย์, จรัส อติวิทยากรณ์, 2567) สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาวิธีการจัดการเรียนรู้เพื่อยกระดับสมรรถนะดังกล่าว การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการเปรียบเทียบระหว่าง TBL หรือ CBL กับการเรียนแบบบรรยายเท่านั้น ยังมีข้อจำกัดในการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์การเรียนรู้ระหว่าง TBL และ CBL ในบริบทของนักศึกษาพยาบาล ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานและการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน ต่อความรู้ การให้เหตุผลทางคลินิก และการเรียนรู้แบบนำตนเองของนักศึกษาพยาบาล เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ และเป็นแนวทางในการจัดการเรียนรู้ที่เหมาะสมในการพัฒนาสมรรถนะที่สำคัญของนักศึกษาพยาบาล

วัตถุประสงค์วิจัย

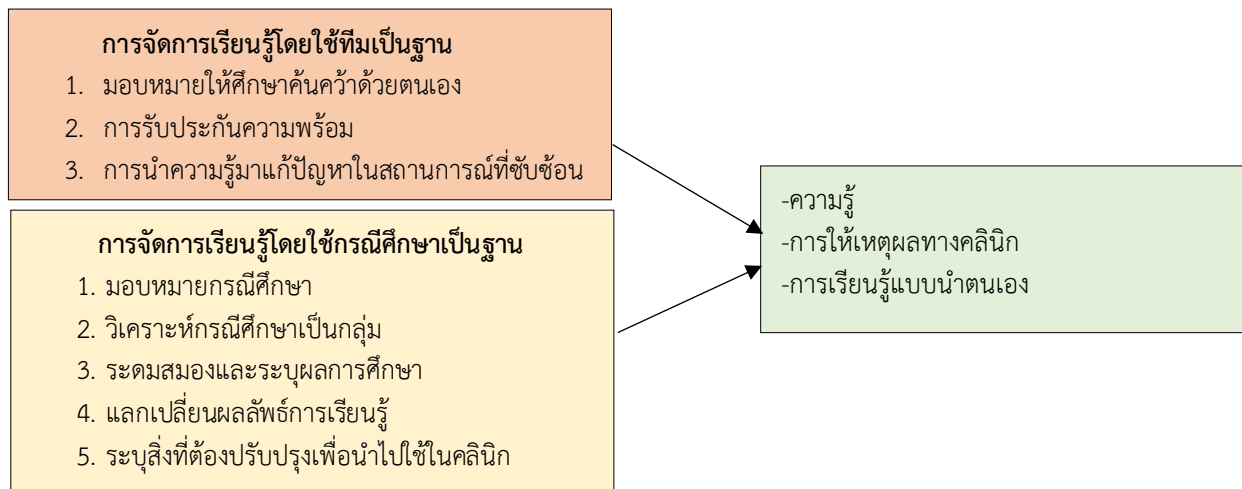
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การให้เหตุผลทางคลินิก และการเรียนรู้แบบนำตนเองของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐาน และก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การให้เหตุผลทางคลินิก และการเรียนรู้แบบนำตนเองหลังการเรียนรู้ระหว่างกลุ่มที่เรียนโดยใช้ทีมเป็นฐานและกลุ่มที่เรียนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน

สมมติฐานวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานและกรณีศึกษาเป็นฐานมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การให้เหตุผลทางคลินิกและการเรียนรู้แบบนำตนเองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง
2. นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานและกรณีศึกษาเป็นฐานมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การให้เหตุผลทางคลินิกและการเรียนรู้แบบนำตนเองหลังทดลองไม่แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐาน ประกอบด้วยกระบวนการเรียนรู้ 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) มอบหมายให้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง (Preparation) 2) การรับประกันความพร้อม (Readiness Assurance) เป็นกระบวนการประเมินความพร้อมของผู้เรียนเพื่อให้เชื่อมั่นถึงความพร้อมของผู้เรียนในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ ประกอบด้วย การทดสอบความรู้พื้นฐานรายบุคคล (Individual Readiness Assurance Test: iRAT) ด้วยแบบทดสอบปรนัย และทดสอบรายกลุ่ม (Team Readiness Assurance Test: tRAT) ด้วยแบบทดสอบเดียวกันกับรายบุคคล และ 3) การนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่ซับซ้อน (Application of Course Concepts) จากกรณีศึกษาของผู้ป่วยจริง (Parmelee, Michaelsen, Cook, Hudes, 2012) สำหรับการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาเป็นฐาน เป็นวิธีการเรียนรู้ที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมคิดวิเคราะห์และลงมือปฏิบัติ โดยวิธีการสืบเสาะ มีการประยุกต์ใช้ความรู้จากทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติที่ส่งเสริมการเรียนรู้เชิงลึกและการเรียนรู้อย่างมีความหมายโดยใช้กรณีศึกษาจากผู้ป่วยจริง ประกอบด้วยกระบวนการเรียนรู้ 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กำหนดสถานการณ์ 2) กลุ่มร่วมกันวิเคราะห์กรณีศึกษา 3) ระดมสมอง 4) กำหนดวัตถุประสงค์ 5) ระบุการค้นพบหรือผลการศึกษา 6) แลกเปลี่ยนผลลัพธ์การเรียนรู้ และ 7) ระบุสิ่งที่ต้องปรับปรุงเพื่อนำไปใช้ในคลินิก (Williams, 2005) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำ CBL มาประยุกต์ใช้ 5 ขั้นตอน ทั้งนี้การเรียนรู้ทั้ง 2 วิธีจะส่งให้นักศึกษามีความรู้ การให้เหตุผลทางคลินิกซึ่งเป็นกระบวนการทางปัญญาและกลยุทธ์การคิดเพื่อทำการตัดสินใจแก้ปัญหา ประเมินผลลัพธ์ สะท้อนคิด และเรียนรู้จากประสบการณ์ (Levettt-Jones, 2023) ตลอดจนเกิดการเรียนรู้แบบนำตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถริเริ่มด้วยตนเอง พิจารณาความต้องการในการเรียนรู้ กำหนดเป้าหมายในการเรียนรู้ แหล่งเรียนรู้ เลือกและนำกลยุทธ์การเรียนรู้ที่เหมาะสมไปปฏิบัติ และประเมินผลลัพธ์จากการเรียนรู้ (Knowles, 1975)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรบุรี ลงทะเบียนเรียนรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2568 จำนวน 118 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรทั้งหมดจำนวน 118 คน จัดกลุ่มคละเกรดเฉลี่ยสะสม (GPAX) ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ เป็น 20 กลุ่ม ๆ ละ 5-6 คน แล้วสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม TBL 10 กลุ่ม จำนวน 60 คน และกลุ่ม CBL 10 กลุ่ม จำนวน 58 คน แม้ว่าการวิจัยครั้งนี้ใช้ประชากรทั้งหมด ผู้วิจัยได้คำนวณย้อนหลัง (Post-hoc Power Analysis) ด้วยโปรแกรม G*Power ($\alpha = .05$, $n_1 = 60$, $n_2 = 58$) พบว่า คะแนนหลังเรียนด้านความรู้มีขนาดอิทธิพล (d) = 0.14 อำนาจการทดสอบ ($1 - \beta$) = .12 และด้านการให้เหตุผลทางคลินิก มีค่า $d = 0.16$ ค่า $1 - \beta = .14$ ขณะที่ด้านการเรียนรู้แบบนำตนเอง มีค่า $d = 0.64$ และค่า $1 - \beta = .93$ แสดงให้เห็นว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ($N = 118$) มีความเพียงพอและมีพลังในการทดสอบทางสถิติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 การเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานประกอบด้วย

1.1.1 คู่มือการเรียนรู้แบบทีมเป็นฐานและแผนการสอนรายบท เรื่อง การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาระบบหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 2 แผน ได้แก่ 1) การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุโรคหัวใจล้มเหลวและกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และ 2) การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดส่วนปลายอุดตัน แผนละ 3 ชั่วโมง รวม 6 ชั่วโมง

1.1.2 แบบทดสอบวัดความรู้เพื่อประเมินความพร้อมของผู้เรียนในการเรียนรู้แบบทีมเป็นฐานเป็นข้อสอบแบบปรนัย 4 ตัวเลือก ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการทำแบบทดสอบประกอบการเรียนแบบทีม 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 ประกอบด้วย การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุโรคหัวใจล้มเหลวและกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำนวน 15 ข้อ ชุดที่ 2 ประกอบด้วย การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดส่วนปลายอุดตัน จำนวน 15 ข้อ โดยแบบทดสอบรายบุคคล (iRAT) เป็นแบบทดสอบ Google form แบบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 15 ข้อ ทำรายบุคคลและแบบทดสอบรายทีม (tRAT) เป็นแบบทดสอบ Google form ชนิดทราบผลทันที (Immediate Feedback Assessment Technique Form: IF-AT) เป็นแบบทดสอบชุดเดียวกับ iRAT ซึ่งร่วมกันทำเป็นทีม

1.1.3 กรณีศึกษาจากสถานการณ์ที่ซับซ้อนของผู้ป่วยจริงในคลินิก เพื่อฝึกการนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล เป็นแบบทดสอบปรนัย 4 ตัวเลือก ประกอบด้วยสถานการณ์การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุโรคหัวใจล้มเหลวและกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำนวน 8 ข้อ และการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดส่วนปลายอุดตัน จำนวน 8 ข้อ

1.2 การเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานประกอบด้วย

1.2.1 คู่มือการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาเป็นฐานและแผนการสอนรายบท เรื่อง การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีภาวะระบบหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 2 แผน ได้แก่ การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุโรคหัวใจล้มเหลวและกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดส่วนปลายอุดตัน แผนละ 3 ชั่วโมง รวม 6 ชั่วโมง

1.2.2 กรณีศึกษา 4 สถานการณ์ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดส่วนปลายอุดตัน กรณีศึกษาทั้งหมดผู้วิจัยสร้างขึ้นจากข้อมูลผู้ป่วยจริงในคลินิก มีคำถามที่สำคัญที่ผู้เรียนต้องวิเคราะห์สาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษาและปัญหาทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ และเกรดเฉลี่ยสะสม

2.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุโรคหัวใจล้มเหลว กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดส่วนปลายอุดตัน เป็นแบบทดสอบปรนัย 4 ตัวเลือก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนหนังสือ/ตำรา การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่ละโรคประกอบด้วยคำถามจำนวน 5 ข้อเกี่ยวกับการประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การพยาบาลและการให้เหตุผล และการประเมินผลการพยาบาล รวมจำนวนแบบวัดทั้งหมด 20 ข้อ

2.3 แบบวัดการให้เหตุผลทางคลินิก (The Nurse Clinical Reasoning Scale: NCRS) พัฒนาโดย Liou, Liu, Tsai, Tsai, Lin, Chang et al. (2015) ความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .94 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90 ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือและใช้กระบวนการแปลแบบไป-กลับ (Forward-backward Translation) เครื่องมือมีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 อันดับ จาก 1-5 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง

2.4 แบบวัดการเรียนรู้แบบนำตนเอง (The Self-directed Learning Instrument: SDLI) พัฒนาโดย Cheng, Lee-Hsieh, Turton, Lin (2014) ความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .94 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94 ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือและใช้กระบวนการแปลแบบไป-กลับ เครื่องมือมีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 อันดับ จาก 1-5 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แผนการสอนการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐานและกรณีศึกษาเป็นฐานผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และการวัดประเมินผล จำนวน 3 คน มีค่า IOC ระหว่าง .67-1.00

2. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุโรคหัวใจล้มเหลว กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดส่วนปลายอุดตัน ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และการวัดประเมินผล จำนวน 3 คน มีค่า IOC ระหว่าง .67 - 1.00 นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพทุธบาท จำนวน 30 คน มีค่า KR-20 เท่ากับ .91 หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข

3. แบบวัดการให้เหตุผลทางคลินิกและแบบวัดการเรียนรู้แบบนำตนเอง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพทุธบาท จำนวน 30 คน ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์

แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .78 และ .79 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของกลุ่มตัวอย่าง 118 คน เท่ากับ .94 และ .95 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เพื่อควบคุมอคติจากผู้วิจัย (Researcher Bias) ผู้วิจัยมอบหมายให้เจ้าหน้าที่งานวัดและประเมินผล เป็นผู้ดำเนินการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Pretest และ Posttest) และควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนดังนี้ 1) ผู้สอนทั้ง 4 คน ได้รับการอบรมและมีประสบการณ์การจัดการเรียนรู้แต่ละวิธีเป็นมาตรฐานเดียวกัน 2) แยกอาคาร และห้องเรียนโดยจัดการเรียนการสอนในวันและเวลาเดียวกัน และ 3) ขอความร่วมมือผู้เรียนงดแลกเปลี่ยนเนื้อหา และสื่อการเรียนรู้ระหว่างกลุ่มตลอดการทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนทดลอง

ผู้เรียนทำแบบทดสอบก่อนเรียน (Pretest) วัดความรู้ การให้เหตุผลทางคลินิก และการเรียนรู้แบบนำตนเอง ก่อนเรียน ใช้เวลาทั้งหมด 60 นาที

ขั้นทดลอง

กลุ่มการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐาน (TBL)

1. จัดการเรียนรู้แบบทีมเป็นฐาน จำนวนทั้งหมด 2 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง โดยมีรายละเอียดดังนี้
 - 1.1 มอบหมายให้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง (Preparation: Pre-class) จากเอกสารและตำราเรื่องการพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาระบบหัวใจและหลอดเลือด ตอบคำถามที่เป็นแนวคิดสำคัญ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และอาการแสดง การรักษาและการพยาบาล
 - 1.2 การรับประกันความพร้อมของผู้เรียน (Readiness Assurance)
 - 1.2.1 ทำแบบทดสอบความรู้พื้นฐานรายบุคคล (iRAT) ใน google form จำนวน 15 ข้อ
 - 1.2.2 ทำแบบทดสอบความรู้พื้นฐานรายกลุ่ม (tRAT) ซึ่งเป็นชุดเดียวกับรายบุคคลใน google form ชนิดทราบผลทันที (Immediate Feedback Assessment Technique Form: IF-AT)
 - 1.2.3 รับฟังการสรุปแนวคิดที่มีข้อขัดแย้ง และไม่ชัดเจนจากการทำ iRAT & tRAT
 - 1.3 การนำความรู้มาใช้ในการแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่ซับซ้อน (Application of Course Concepts)
 - 1.3.1 ศึกษาสถานการณ์กรณีศึกษาและคำถามจำนวน 8 ข้อ ทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในโจทย์ และอภิปรายคำตอบและเหตุผลในทีม เขียนคำตอบที่ทีมเลือกในกระดาษคำตอบที่แจกให้
 - 1.3.2 ผู้สอนแจกกระดาษคำตอบ ก. ข. ค. และ ง. ลักษณะเป็นกระดาษขนาด A4 จำนวน 4 สี สำหรับการแสดงคำตอบแต่ละข้อในช่วงอภิปราย
 - 1.3.3 ผู้สอนเริ่มเฉลยคำตอบแต่ละข้อ โดยให้นักศึกษาแต่ละทีมยกกระดาษคำตอบ ก. ข. ค. และ ง. ตามที่ตอบคำถามไว้ในข้อ 1.3.1
 - 1.3.4 ผู้สอนให้ผู้เรียนอภิปรายคำตอบที่ถูกต้องโดยอธิบายเหตุผลในการตอบคำถาม
 - 1.3.5 ผู้สอนสรุปแนวคิดที่ผู้เรียนสงสัยและยังไม่กระจ่าง โดยเฉพาะข้อคำถามที่แต่ละทีมเลือก คำตอบที่ผิดมากที่สุด

กลุ่มการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน (CBL)

ขั้นทดลอง

1. จัดการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาเป็นฐาน จำนวนทั้งหมด 2 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง โดยมีรายละเอียดดังนี้
 - 1.1 มอบหมายกรณีศึกษา ให้ศึกษาจากเอกสารและตำรา เรื่องการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาระบบหัวใจ และหลอดเลือด เกี่ยวกับสาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา และการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการเรียน

1.2 วิเคราะห์กรณีศึกษาเป็นกลุ่ม แต่ละกลุ่มร่วมกันวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษากับทฤษฎี โดยวิเคราะห์สาเหตุ อาการ อาการแสดง และการรักษา โดยแต่ละกลุ่มแสดงคำตอบในโปรแกรม Mentimeter ผู้สอน ตรวจสอบคำตอบ และให้ข้อมูลย้อนกลับกับกลุ่ม โดยเน้นให้ผู้เรียนคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล

1.3 ระดมสมองและระบุผลการศึกษาในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

1.4 แลกเปลี่ยนผลลัพธ์การศึกษา กลุ่มนำเสนอปัญหาสำคัญ 2 อันดับแรก ตามลำดับความสำคัญ ประกอบด้วยข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน และการวางแผนการพยาบาลตามลำดับความสำคัญ 5 ข้อแรก ใน Excel Google Sheet ผู้สอนกระตุ้นการอภิปรายกลุ่มใหญ่เพื่อหาข้อสรุปที่ถูกต้อง โดยเน้นการคิดวิเคราะห์ และการให้เหตุผลทางคลินิก

1.5 ระบุสิ่งที่ต้องปรับปรุงเพื่อนำไปใช้ในคลินิก ทีมร่วมกันวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียของตนเอง เพื่อปรับปรุง ผู้สอนให้ข้อมูลย้อนกลับในสิ่งที่ผู้เรียนทำได้ดีและสิ่งที่ต้องพัฒนาในการใช้กระบวนการพยาบาลและเหตุผล เพื่อนำไปใช้ในคลินิก

ขั้นหลังทดลอง

หลังจากสิ้นสุดการเรียนรู้ในครั้งที่ 2 ให้ผู้เรียนทำแบบทดสอบ Posttest วัดความรู้ การให้เหตุผลทางคลินิก และการเรียนรู้แบบนำตนเอง ที่เป็นชุดเดียวกันกับ Pretest ใช้เวลา 60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและคะแนนเฉลี่ยตัวแปรตามก่อนทดลองของทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent Samples t-test

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การให้เหตุผลทางคลินิก และการเรียนรู้แบบนำตนเองก่อนและหลังทดลองในแต่ละกลุ่มด้วยสถิติ Paired Samples t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การให้เหตุผลทางคลินิก และการเรียนรู้แบบนำตนเองหลังทดลองระหว่างสองกลุ่มด้วยสถิติ Independent Samples t-test

ทั้งนี้ ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ โดยมีค่า Skewness และ Kurtosis อยู่ระหว่าง -0.38 ถึง 0.45 ไม่พบค่าผิดปกติ (Outliers) ผลทดสอบของเลวิน (Levene's Test) ยืนยันว่าข้อมูลของกลุ่มทดลองมีความแปรปรวนเท่ากันในทุกตัวแปร ($p\text{-value} > .05$) และผลต่างคะแนนก่อน-หลังทดลอง และคะแนนหลังทดลองมีการแจกแจงแบบปกติ (Kolmogorov-Smirnov Test, $p\text{-value} > .05$) ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบที (t-test)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เลขที่โครงการวิจัย EC-01-2025 เลขที่หนังสือรับรอง BCNS EC-01-2025 ลงวันที่ 22 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและตัวแปรตามของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 เปรียบเทียบอายุ เกรดเฉลี่ย ความรู้ การให้เหตุผลทางคลินิก และการเรียนรู้แบบนำตนเองก่อนทดลองระหว่างกลุ่มที่เรียนแบบทีมเป็นฐาน (TBL) ($n = 60$) และกรณีศึกษาเป็นฐาน (CBL) ($n = 58$)

ตัวแปรตาม	TBL		CBL		<i>t</i>	<i>p-value</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
อายุ	20.45	1.10	20.36	0.61	0.535	.593
เกรดเฉลี่ยสะสม	2.99	2.40	2.98	2.50	-0.002	.998

ตัวแปรตาม	TBL		CBL		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ความรู้	6.21	1.94	5.82	2.00	1.070	.287
การให้เหตุผลทางคลินิก	54.43	8.14	54.32	8.40	0.069	.945
การเรียนรู้แบบนำตนเอง	79.95	9.98	77.77	8.63	1.263	.209

จากตาราง 1 ก่อนทดลอง กลุ่มที่เรียนโดยใช้ทิมเป็นฐานและกรณีศึกษาเป็นฐานมีอายุเฉลี่ย เกรดเฉลี่ยสะสม คะแนนเฉลี่ยความรู้ การให้เหตุผลทางคลินิก และการเรียนรู้แบบนำตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีความเท่าเทียมกันก่อนการทดลอง

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การให้เหตุผลทางคลินิก และการเรียนรู้แบบนำตนเองของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้โดยใช้ทิมเป็นฐาน และก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การให้เหตุผลทางคลินิกและการเรียนรู้แบบนำตนเองก่อนและหลังทดลองของกลุ่มที่เรียนแบบทิมเป็นฐาน (TBL) (n = 60) และกรณีศึกษาเป็นฐาน (CBL) (n = 58)

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อนทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value	Cohen's d
		M	SD	M	SD			
ความรู้	TBL	6.21	1.94	12.05	1.57	-17.522	<.001	2.26
	CBL	5.82	2.00	12.22	0.70	-23.747	<.001	3.12
การให้เหตุผลทางคลินิก	TBL	54.43	8.14	58.93	7.37	-4.438	<.001	0.57
	CBL	54.32	8.44	57.74	7.67	-2.525	.014	0.33
การเรียนรู้แบบนำตนเอง	TBL	79.95	9.98	85.08	8.85	-4.918	<.001	0.63
	CBL	77.77	8.63	79.79	10.81	-1.150	.255	0.15

จากตาราง 2 คะแนนเฉลี่ยความรู้ การให้เหตุผลทางคลินิกและการเรียนรู้แบบนำตนเองของกลุ่มที่เรียนแบบทิมเป็นฐานหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (p -value < .001), .001 (p -value < .001) และ .001 (p -value < .001) ตามลำดับ และคะแนนเฉลี่ยความรู้และการให้เหตุผลทางคลินิกของกลุ่มที่เรียนแบบกรณีศึกษาเป็นฐานหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (p -value < .001) และ .01 (p -value < .01) ตามลำดับ ส่วนคะแนนเฉลี่ยการเรียนรู้แบบนำตนเองระหว่างก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การให้เหตุผลทางคลินิกและการเรียนรู้แบบนำตนเองหลังทดลองระหว่างกลุ่มที่เรียนแบบทิมเป็นฐาน (TBL) (n = 60) และกรณีศึกษาเป็นฐาน (CBL) (n = 58)

ตัวแปร	TBL		CBL		t	p-value	Cohen's d
	M	SD	M	SD			
ความรู้	12.05	1.57	12.22	0.70	-.770	.443	0.14
การให้เหตุผลทางคลินิก	58.93	7.37	57.74	7.68	.860	.391	0.16
การเรียนรู้แบบนำตนเอง	85.08	8.85	79.79	10.81	2.912	.004	0.64

จากตาราง 3 คะแนนเฉลี่ยความรู้และการให้เหตุผลทางคลินิกหลังทดลองระหว่างกลุ่มที่เรียนแบบทีมเป็นฐานและแบบกรณีศึกษาเป็นฐานไม่แตกต่างกัน สำหรับคะแนนเฉลี่ยการเรียนรู้โดยการนำตนเองหลังทดลองของกลุ่มที่เรียนแบบทีมเป็นฐานสูงกว่าแบบกรณีศึกษาเป็นฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p\text{-value} < .01$)

การอภิปรายผล

ความรู้ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มที่เรียนแบบทีมเป็นฐานและกรณีศึกษาเป็นฐานหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังทดลองของกลุ่มที่เรียนแบบทีมเป็นฐานและกรณีศึกษาเป็นฐานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สาเหตุที่คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และคะแนนเฉลี่ยหลังเรียนของกลุ่มที่เรียนแบบทีมเป็นฐานและกรณีศึกษาเป็นฐานไม่แตกต่างกันเนื่องจากกลยุทธ์การเรียนรู้ทั้ง 2 วิธี เป็นการเรียนรู้ที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ซึ่งการเรียนรู้แบบทีมเป็นฐาน ผู้เรียนศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองโดยการศึกษาเอกสาร ตำราที่มีเนื้อหาตามผลลัพธ์การเรียนรู้ เพื่อนำความรู้มาใช้ในการทำแบบทดสอบความรู้พื้นฐานรายบุคคล (iRAT) และรายกลุ่ม (tRAT) เป็นการรับประกันความพร้อมในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาในสถานการณ์จริงในคลินิก ซึ่งเป็นการส่งเสริมการนำความรู้เดิมมาประยุกต์ใช้กับข้อมูลใหม่ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้เรียนมีความรู้เพิ่มขึ้น นอกจากนี้การอภิปรายและการแบ่งปันความรู้กับเพื่อนร่วมทีม และระหว่างทีมสามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาได้ดีและจดจำได้นานขึ้น (Ulfa, Igarashi, Takahata, Shishido, Horiuchi, 2021) สำหรับการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาเป็นฐาน ผู้เรียนมีการเตรียมความพร้อมก่อนเรียนเช่นกัน และได้รับการส่งเสริมการนำความรู้เชิงทฤษฎีมาใช้แก้ปัญหาในกรณีศึกษาจริงที่พบในคลินิก จะเห็นได้ว่าทั้ง TBL และ CBL ส่งผลให้การเรียนรู้ของผู้เรียนดีขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเรียนไม่แตกต่างกัน เนื่องจากการเรียนทั้ง 2 วิธี เรียนรู้ผ่านบริบทสถานการณ์จริง เป็นสถานการณ์ที่ผู้เรียนนำความรู้จากทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ กระตุ้นให้เกิดการคิดวิเคราะห์ มีส่วนร่วมในการปฏิสัมพันธ์ในชั้นเรียน และอภิปรายความรู้ที่เกี่ยวข้องภายใต้การแนะนำของผู้สอน เพื่อช่วยในการซึมซับความรู้ จึงช่วยให้สามารถเก็บรักษาความรู้และความเข้าใจได้ (Varma, Karuveetil, Fernandez, Halcomb, Rolls, Kumar et al., 2025) ผู้เรียนใช้เวลาส่วนใหญ่ในชั้นเรียนในการประยุกต์ความรู้ไปใช้มากกว่าการเรียนรู้แบบบรรยาย สอดคล้องกับพีระมิดการเรียนรู้ (Learning Pyramid) ที่แสดงให้เห็นว่า การอภิปรายช่วยให้การจดจำดีขึ้นกว่าการบรรยายหรือการอ่าน (Letrud, Hernes, 2018) โดยรวมแล้ว กลยุทธ์การเรียนรู้เชิงรุก แบบ TBL และ CBL จึงเป็นวิธีการสอนที่มีคุณค่าในการเพิ่มความรู้ ความจำระยะยาวและการคิดวิเคราะห์ ซึ่งการศึกษานี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Haley, Brown, Koerber, Nicholas, Belcher (2020) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานกับทีมเป็นฐานต่อระดับการเรียนรู้ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่เรียนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานมีความเข้าใจแนวคิดหลังเรียนมากกว่ากลุ่มที่เรียนแบบทีมเป็นฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มที่เรียนแบบทีมเป็นฐานมีคะแนนความรู้ มากกว่าการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน แต่การนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ไม่แตกต่างกัน

การให้เหตุผลทางคลินิก ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการให้เหตุผลทางคลินิกของกลุ่มที่เรียนแบบทีมเป็นฐานและกรณีศึกษาเป็นฐานหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และ ($p\text{-value} < .01$) คะแนนเฉลี่ยการให้เหตุผลทางคลินิกหลังทดลองของกลุ่มที่เรียนแบบทีมเป็นฐานและกรณีศึกษาเป็นฐานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจาก ในกระบวนการเรียนรู้โดยใช้ทีมเป็นฐาน นอกจากการเตรียมความพร้อมและการรับประกันความพร้อมที่กล่าวมาแล้ว ในขั้นการนำความรู้มาประยุกต์ใช้ ผู้เรียนจะนำความรู้จากขั้นการรับประกันความพร้อมมาประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาที่ซับซ้อนจากสถานการณ์จริงในคลินิก มีการอภิปรายร่วมกันภายในทีมและระหว่างทีมในประเด็นการประเมินสภาพ การตีความข้อมูลบ่งชี้ปัญหา การวินิจฉัยการพยาบาล การพยาบาล และการประเมินผล คำถามจากสถานการณ์จริงในคลินิกจำเป็นต้องใช้ความรู้และการให้เหตุผลทางคลินิก ผู้เรียนต้องคิดอย่างมีวิจารณญาณเพื่อบูรณาการความรู้ที่ได้รับและใช้เหตุผลทางคลินิกที่เหมาะสม ขั้นตอนนี้จึงเป็นการกระตุ้นให้ผู้เรียนใช้ความรู้ คิดวิเคราะห์ และคิดอย่างมีวิจารณญาณในการแก้ปัญหา ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสามารถในการให้เหตุผลทางคลินิก (Ulfa, Igarashi, Takahata, Shishido, Horiuchi, 2021) สอดคล้องกับ

Ishizuka, Shikino, Takada, Sakai, Ototake, Kobayashi et al. (2025) ที่กล่าวว่า TBL เป็นกลยุทธ์การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพที่ช่วยให้ผู้เรียนเรียนรู้การใช้เหตุผลทางคลินิกผ่านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การที่ผู้เรียนได้เรียนรู้อย่างลึกซึ้งขึ้นเป็นปัจจัยที่พัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหาและทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Yeung, Yuen, Chen, Lam, 2023) สำหรับการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน เป็นรูปแบบการศึกษาที่ใช้สถานการณ์จริงในคลินิกเช่นกัน เพื่อให้ผู้เรียนเชื่อมโยงการเรียนรู้เชิงทฤษฎีกับปฏิบัติ พัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผู้เรียนมีการทำงานร่วมกันระหว่างเรียน ผ่านการตั้งคำถาม การวิเคราะห์สถานการณ์อย่างมีเหตุผล การระบุปัญหาและการพยาบาล การแบ่งปันข้อมูลเชิงลึก การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการแก้ปัญหาาร่วมกัน ช่วยพัฒนาทักษะการคิดเชิงวิจารณ์ญาณไปพร้อม ๆ การช่วยเพิ่มพูนความสามารถในการให้เหตุผลทางคลินิกและการตัดสินใจ (Xiang, Liu, Liu, Liu, Wu, Fan, 2025) จะเห็นได้ว่า TBL และ CBL เป็นวิธีการเรียนรู้ที่ผู้เรียนเปลี่ยนบทบาทจากการเรียนรู้เชิงรับเป็นเชิงรุก ช่วยให้ผู้เรียนเชื่อมโยงความรู้เชิงทฤษฎีและการประยุกต์ใช้ความรู้และการให้เหตุผลทางคลินิก (Burgess, Matar, Roberts, Haq, Wynter Singer et al., 2021) ผ่านกรณีศึกษาจริงในคลินิก พัฒนาทักษะการการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การวิเคราะห์ และการใช้เหตุผลทางคลินิก ในการตีความข้อมูลที่รวบรวมได้ ระบุปัญหาทางการพยาบาล ตัดสินใจในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และการพยาบาล เพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงในคลินิก (Maia, Andrade, Afonso, Costa, Valente, Espregueira-Mendes, 2023)

การเรียนรู้แบบนำตนเอง ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยการเรียนรู้แบบนำตนเองของกลุ่มที่เรียนแบบทีมเป็นฐานหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่คะแนนเฉลี่ยการเรียนรู้แบบนำตนเองหลังทดลองของกลุ่มที่เรียนแบบกรณีศึกษาเป็นฐานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนเฉลี่ยการเรียนรู้แบบนำตนเองหลังทดลองระหว่างกลุ่มที่เรียนแบบทีมเป็นฐานสูงกว่าแบบกรณีศึกษาเป็นฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับสาเหตุที่คะแนนเฉลี่ยการเรียนรู้แบบนำตนเองหลังทดลองระหว่างกลุ่มที่เรียนแบบทีมเป็นฐานสูงกว่าแบบกรณีศึกษาเป็นฐาน อาจเนื่องจากการเรียนแบบ TBL มีการทดสอบทั้งรายบุคคลและรายทีมเพื่อรับประกันความพร้อมของผู้เรียน ทำให้ผู้เรียนตั้งใจในการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง โดยการศึกษาเอกสาร ตำรา ก่อนเข้าเรียน เพื่อนำความรู้มาทดสอบความรู้รายบุคคลและรายทีมด้วยแบบทดสอบปรนัย ซึ่งจากการประเมินผลการจัดการเรียนรู้ ผู้เรียนที่เรียนแบบ TBL สะท้อนว่า “พวกหนูตั้งใจเตรียมความพร้อมโดยอ่านหนังสือก่อนเรียนเพราะกลัวทำแบบทดสอบแล้วได้คะแนนน้อย รู้สึกอาย” “เป็นการเรียนที่หนูต้องอ่านหนังสือมาก่อน ถ้าไม่มีความรู้จะทำแบบทดสอบไม่ได้ และตอนเข้ากลุ่มก็จะไม่มีความรู้ไปอภิปรายช่วยเพื่อนในทีม” “เหมือนการเรียนที่ต้องแข่งกับตัวเอง และแข่งกับเพื่อนทีมอื่น ทีมเราจะได้คะแนนเท่าไรก็ขึ้นกับเพื่อนในทีม เลยต้องช่วยกันอ่านหนังสือมา” กระบวนการเรียนแบบ TBL ดังกล่าวจึงส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถกำกับตนเองในการเรียนรู้ ควบคุมและจัดการตนเองในการศึกษาค้นคว้า และเห็นความสำคัญของการเรียนรู้แบบนำตนเอง ถึงแม้ว่าการเรียนแบบ CBL ผู้เรียนจะมีการเตรียมความพร้อมก่อนเรียนเช่นกัน แต่กระบวนการเรียนรู้จะไม่มีการทำแบบทดสอบรายบุคคล และรายกลุ่มเพื่อนำความรู้ไปแก้ปัญหา ซึ่งกระตุ้นความรับผิดชอบและการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างเป็นระบบ โดย CBL มุ่งเน้นกระบวนการสืบเสาะ วิเคราะห์ และอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อแก้ปัญหาจากกรณีศึกษาโดยตรง โดยไม่มีการทดสอบความพร้อมก่อนเรียน ความแตกต่างของกลวิธีดังกล่าวอาจอาจเป็นสาเหตุที่ผู้เรียนขาดแรงจูงใจในการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ก่อนเรียนแบบ TBL จากเหตุผลดังกล่าวอาจส่งผลให้การเรียนแบบทีมเป็นฐานมีคะแนนเฉลี่ยการเรียนรู้แบบนำตนเองสูงกว่าการเรียนแบบกรณีศึกษาเป็นฐาน ซึ่งผลการศึกษาคล้ายคลึงกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบของ Xiaoyan, Lifeng, Jin (2024) ที่พบว่า การศึกษาการเรียนรู้แบบทีมเป็นฐาน 7 เรื่อง ผู้เรียนมีคะแนนเฉลี่ยการเรียนรู้แบบนำตนเองหลังเรียนสูงกว่าการเรียนแบบบรรยายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบของ Varma, Karuveettil, Fernandez, Halcomb, Rolls, Kumar et al. (2025) พบว่า การศึกษาการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาเป็นฐาน 4 เรื่อง ผู้เรียนมีคะแนนเฉลี่ยการเรียนรู้แบบนำตนเองหลังเรียนไม่แตกต่างกับกลุ่มที่เรียนแบบบรรยายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดของกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มนักศึกษาพยาบาลของสถาบันการศึกษาเพียง 1 แห่ง จึงเป็นบริบทเฉพาะของสถาบัน และการวัดผลในระยะสั้นอาจส่งผลต่อความคงทนและความยั่งยืนของความสามารถ การให้เหตุผลทางคลินิกและการเรียนรู้แบบนำตนเอง

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้สอนควรนำการจัดการเรียนรู้แบบทีมเป็นฐานและกรณีศึกษาเป็นฐานไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลแต่ละสาขา โดยจากผลการวิจัยพบคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเรียนของการเรียนแบบ TBL และ CBL ประมาณร้อยละ 60 ประเด็นที่ผู้เรียนทำแบบทดสอบได้น้อย ได้แก่ การตัดสินใจเรียงลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล การพยาบาลอันดับแรก หรือการพยาบาลที่สำคัญที่สุด ดังนั้นในการนำผลการวิจัยไปใช้ ผู้สอนควรออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ที่เน้นให้ผู้เรียนวิเคราะห์ อภิปรายและให้เหตุผลทางคลินิกเชิงลึก ในการจัดลำดับความสำคัญดังกล่าวเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความคงทนของความรู้ และความสามารถของการให้เหตุผลทางคลินิก โดยวัดผลหลังการทดลองในระยะเวลา 3 เดือนหรือ 6 เดือน
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการเรียนรู้ที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมวิธีอื่น ๆ เช่น การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem - Based Learning: PBL) โดยออกแบบการเรียนรู้ที่เน้นกระบวนการคิดเชิงลึกในการให้เหตุผลทางคลินิก และฝึกจัดลำดับความสำคัญและการตัดสินใจในสถานการณ์ที่ซับซ้อน

คำแถลงการณ์การใช้ปัญญาประดิษฐ์

ขอรับรองว่าบทความวิจัยนี้ไม่ได้ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการจัดทำ

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ไม่มี

รายการอ้างอิง

- นัยนันต์ เตชะวนิช, นิรันดร์ จุลทรัพย์ และ จรัส อติวิทยากรณ์. (2567). กลยุทธ์การพัฒนาทักษะในอนาคตของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 11(3), e270587.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/270587>
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี. (2566). *รายงานประเมินความพึงพอใจผู้ใช้บัณฑิต.งานทะเบียนและประเมินผล* กลุ่มงานด้านวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก.
- Burgess, A., Matar, E., Roberts, C., Haq, I., Wynter, L., Singer, J., et al. (2021). Scaffolding medical student knowledge and skills: team-based learning (TBL) and case-based learning (CBL). *BMC Medical Education*, 21(1), 238. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02638-3>

- Cheng, C. Y, Hung, C. C, Chen, Y. J., Liou, S. R., & Chu, T. P. (2024). Effects of an unfolding case study on clinical reasoning, self-directed learning, and team collaboration of undergraduate nursing students: A mixed methods study. *Nurse Education Today*, 137, 106168. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106168>
- Cheng, S. F., Lee-Hsieh, J., Turton, M. A., & Lin, K. C. (2014). Validation of self-directed learning instrument and establishment of normative data for nursing students in Taiwan: Using polytomous item response theory. *The Journal of Nursing Research*, 22(2), 90-100. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000027>
- El-Banna, M. M, Whitlow, M., & McNelis, A. M. (2020). Improving pharmacology standardized test and final examination scores through team-based learning. *Nurse Educator*, 45(1), 47-50. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000671>.
- Englund, H. (2020). Using unfolding case studies to develop critical thinking skills in baccalaureate nursing students: A pilot study. *Nurse Education Today*, 93, 104542. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104542>
- Haley, C. M., Brown, B., Koerber, A., Nicholas, C. L, & Belcher, A. (2020). Comparing case-based with team-based learning: Dental students' satisfaction, level of learning, and resources needed. *Journal of Dental Education*, 84(4), 486-494. <https://doi.org/10.21815/JDE.019.190>
- Ishizuka, K., Shikino, K., Takada, N., Sakai, Y., Ototake, Y., Kobayashi, T., et al. (2025). Enhancing clinical reasoning skills in medical students through team-based learning: a mixed-methods study. *BMC medical education*, 25(1), 221. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-06784-w>
- Knowles, M., (1975). *Self-Directed Learning: A Guide for Learners and Teachers*. New York: Association Press.
- Lee, S., & Park, H.J. (2021). The effects of team-based learning on nursing students' learning performance with a focus on high-risk pregnancy in Korea: a quasi-experimental study. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 27(4), 388-397. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2021.11.16>
- Letrud, k., & Hernes, S. (2018). Excavating the origins of the learning pyramid myths. *Cogent Education*, 5(1), 1518638. <https://doi.org/10.1080/2331186X.2018.1518638>
- Levett-Jones, T. (2023). *Clinical Reasoning: Learning to Think Like a Nurse*. 3rd ed. Melbourne: Pearson Australia.
- Liou, S. R., Liu, H. C, Tsai, H. M., Tsai, Y. H., Lin, Y. C., Chang, C. H., et al. (2015). The development and psychometric testing of a theory-based instrument to evaluate nurses' perception of clinical reasoning competence. *Journal of Advanced Nursing*, 72(3), 707-717. <https://doi.org/10.1111/jan.12831>
- McLean, S. F. (2016). Case-based learning and its application in medical and health-care fields: A review of worldwide literature. *Journal of Medical Education and Curriculum Development*, 3, 39-49. <https://doi.org/10.4137/JMECD.S20377>
- Mechtel, M., Kitt-Lewis, E., Reaves, C., Sinacori, B., O'Brien, T., Logan, P., et al. (2024). Durable learning strategies in nursing education: State-of-the-evidence review. *Journal of Nursing Education*, 63(1), 24-31. <https://doi.org/10.3928/01484834-20231112-05>

- Mwale, O. G., Mukwato, P. K., & Kabinga-Makukula, M. (2025). Acquisition of clinical reasoning skills by undergraduate nursing students in Malawi; towards the development of a middle-range theory: a qualitative study. *BMC Nursing*, 24(1), 416. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03064-2>
- Parmelee, D., Michaelsen, L. K., Cook, S., & Hudes, P. D. (2012). Team-based learning: A practical guide: AMEE guide no. 65. *Medical Teacher*, 34(5), e275-287. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.651179>
- Perez, A., Howey, M., Green, J. L., Nobrega, M. T. C., Kebbe, M., Amin, M., et al. (2023). Multiple cases in case-based learning: A qualitative description study. *European Journal of Dental Education*, 27(4), 1067-1076. <https://doi.org/10.1111/eje.12900>
- Saifan, A., Devadas, B., Daradkeh, F., Abdel-Fattah, H., Aljabery, M., & Michael, L. M. (2021). Solutions to bridge the theory-practice gap in nursing education in the UAE: a qualitative study. *BMC Medical Education*, 21(1), 490. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02919-x>
- Thu, N. H. A., Thi, H. L., Nhi, N. T. H., Chi, V. T. Q., & My, T. T. (2024). Factors associated with self-directed learning among undergraduate nursing students in Vietnam. *Nurse education in practice*, 78, 104031. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.104031>
- Ulfa, Y., Igarashi, Y., Takahata, K., Shishido, E., & Horiuchi, S. (2021). Effectiveness of team-based learning on postpartum hemorrhage in midwifery students in Indonesia: A quasi-experimental study. *Nurse education today*, 105, 105015. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105015>
- Varma, B., Karuveettil, V., Fernandez, R., Halcomb, E., Rolls, K., Kumar, S. V., et al. (2025). Effectiveness of case-based learning in comparison to alternate learning methods on learning competencies and student satisfaction among healthcare professional students: A systematic review. *Journal of education and health promotion*, 14, 76. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_510_24
- Williams, B. (2005). Case based learning a review of the literature: is there scope for this educational paradigm in prehospital education?. *Emergency medicine journal: EMJ*, 22(8), 577-581. <https://doi.org/10.1136/emj.2004.022707>
- Xiang, Y., Liu, D., Liu, L., Liu, I.C., Wu, L., & Fan, H. (2025). Impact of case-based learning on critical thinking dispositions in Chinese nursing education: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Medicine*, 12, 1452051. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1452051>
- Xiaoyan, W., Lifeng, Y., & Jing, J. (2024). Effects of TBL teaching on nursing students' knowledge, practical skills and core ability: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Practice*, 80:104125. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.104125>
- Yao, J., Fu, R., Zhu, M., Jia, L., Dong, X., Shi, Y., et al. (2023). Case-based learning interventions for undergraduate nursing students in a theoretical course: A review of design, implementation, and outcomes. *Journal of Professional Nursing*, 46, 119-133. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2023.03.007>
- Yeung, M. M., Yuen, J. W., Chen, J. M., & Lam, K. K. (2023). The efficacy of team-based learning in developing the generic capability of problem-solving ability and critical thinking skills in nursing education: A systematic review. *Nurse education today*, 122, 105704. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105704>

Yu, Z., Hu, R., Ling, S., Zhuang, J., Chen, Y., Chen, M., et al. (2021). Effects of blended versus offline case-centred learning on the academic performance and critical thinking ability of undergraduate nursing students: A cluster randomised controlled trial. *Nurse education in practice*, 53, 103080. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103080>

การเปรียบเทียบการจัดบริการสุขภาพดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุนดูแลระยะยาว
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดลำปาง

Comparison of Health Service Delivery for Dependent Older Adults between
Subdistrict Health Promoting Hospitals Participating and Not Participating
in the Long-Term Care Fund in Lampang Province

ปจรรย์ แสงไช¹, นกชา สิงห์วีระธรรม^{2*}, พัลลภ เชี่ยวชัยสกุล²

Pajaree Kaekai, Noppcha Singweratham^{2*}, Pallop Siewchaisakul²

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, ² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹Lampang Provincial Public Health Office, ²Faculty of Public Health Chiang Mai University

(Received: February 23, 2026; Revised: May 30, 2026; Accepted: June 11, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธีโดยเลือกใช้แบบคู่ขนานเข้าหากัน มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษารูปแบบการจัดบริการ และ 2) เปรียบเทียบต้นทุนและประสิทธิผลการจัดบริการสุขภาพดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดลำปาง ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 วิจัยเชิงคุณภาพศึกษาแบบการจัดบริการ เลือกตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 12 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ขั้นตอนที่ 2 วิจัยเชิงปริมาณเปรียบเทียบต้นทุนและประสิทธิผลการจัดบริการปีงบประมาณ 2567 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลต้นทุน ประกอบด้วย ค่าวัสดุและค่าเย็บผ้า และแบบบันทึกข้อมูลคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) กลุ่มตัวอย่าง 292 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน สถิติ Sign Test และ สถิติ Mann-Whitney U-Test ผลการวิจัยพบว่า

1. รูปแบบการจัดบริการ ทั้ง 2 กลุ่ม เน้นการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นหลักและมีการประเมิน ADL ตลอดจนมีระบบการดูแลต่อเนื่องผ่านโปรแกรม COC ในกลุ่ม รพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC มีกลไกการบริหารจัดการและงบประมาณเหมาะสมที่ชัดเจน 10,442 บาทต่อคน/ต่อปี มีผู้ดูแลที่ได้รับค่าตอบแทนและเย็บผ้าสม่ำเสมอตามแผนการดูแลรายบุคคล ในขณะที่กลุ่ม รพ.สต. ที่ไม่เข้าร่วมกองทุน LTC มีนโยบายสนับสนุนที่ไม่ชัดเจน ไม่มีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลและใช้งบประมาณภายในร่วมกับการระดมทรัพยากรจากภาคประชาสังคม

2. ต้นทุนการจัดบริการ พบว่า มีค่ามัธยฐานของต้นทุนรวมทั้งหมดระหว่าง รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุน LTC แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p\text{-value} < .001$) และประสิทธิผลการจัดบริการ พบว่า ค่ามัธยฐาน คะแนน ADL ทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ทั้งก่อนและหลังได้รับบริการ พบว่าไม่แตกต่างกัน

การบริหารจัดการภายใต้กองทุน LTC สามารถระดับคะแนน ADL ได้เท่าเทียมกับการดูแลแบบปกติแต่ใช้ต้นทุนรวมทั้งหมดต่ำกว่า ถือว่าระบบมีประสิทธิภาพทางต้นทุนที่คุ้มค่ามากกว่า จึงควรสนับสนุนให้อปท. ที่ยังไม่เข้าร่วมกองทุน LTC เข้ามาบริหารจัดการภายใต้กองทุนนี้เพื่อความยั่งยืนทางการเงินของระบบสาธารณสุข

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต้นทุน ประสิทธิภาพ

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

Abstract

This mixed-methods study employed a convergent parallel design. The objectives were to examine models of health service delivery and compare the costs and effectiveness of health service delivery for dependent older adults between Subdistrict Health Promoting Hospitals (SHPHs) participating and not participating in the Long-Term Care (LTC) Fund for Older Adults with Dependency under the National Health Security System in Lampang Province. The study was conducted in two phases. Phase 1 involved a qualitative investigation of service delivery models among long-term care system managers or personnel responsible for services for older adults with dependency. A purposive sample of 12 participants was recruited. Data were collected through in-depth interviews, using a semi-structured interview guide, and analyzed using content analysis. Phase 2 involved a quantitative comparison of the costs and effectiveness of service delivery during fiscal year 2024. Data were collected using cost-recording forms, covering material and home-visit costs together with records of Activities of Daily Living (ADL) scores. The sample consisted of 292 older adults with dependency. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, as well as median and inferential statistics, including the Sign Test and the Mann-Whitney U Test. Results were as follows:

1. Service delivery models: Both groups primarily emphasized home-based health care, conducted ADL assessments, and provided continuity of care through the Continuity of Care (COC) program. SHPHs participating in the LTC Fund had clearly defined management mechanisms and a fixed annual bundled budget of 10,442 baht per person. Paid caregivers conducted regular home visits in accordance with individualized care plans. In contrast, SHPHs not participating in the LTC Fund had unclear supportive policies, did not develop individualized care plans, and relied on internal budgets supplemented by resource mobilization from civil society organizations.

2. Service delivery costs: The median total cost differed significantly between SHPHs participating and not participating in the LTC Fund ($p\text{-value} < .001$). Regarding effectiveness, the median ADL scores showed no significant differences within or between the two groups before and after receiving services.

In conclusion, management under the LTC Fund maintained ADL scores at a level comparable to that achieved through usual care while incurring lower total costs, indicating greater cost-effectiveness. Therefore, local administrative organizations that have not yet participated in the LTC Fund should be encouraged to participate in it, and promote the public health system's financial sustainability.

Keywords: Dependent Older Adults, Long-Term Care Fund, Cost, Effectiveness

บทนำ

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) มีรายงานการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร คาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึง 2.1 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 ซึ่งทวีปเอเชียจะเป็นภูมิภาคที่มีประชากรสูงวัยมากที่สุดในโลก (WHO, 2022) สำหรับประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20.00 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่ามีแนวโน้มจะเพิ่มสูงถึงร้อยละ 28 ภายในปี พ.ศ. 2578 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) ผู้สูงอายุ

(2/16)

เป็นวัยที่ร่างกายมีความเสื่อมถอยทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจและสภาวะโดยรวม (WHO, 2020) ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทำให้เข้าสู่ภาวะพึ่งพิงและทุพพลภาพมากขึ้น ทั้งนี้ ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2565 – 2567 พบว่าผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นถึง 4 – 5 เท่าในอีก 20 ปีข้างหน้า (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562) สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งในปัจจุบันและอนาคต รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขทั้งในด้านการรักษาพยาบาลซ้ำ (Re-admit/Re-visit) ซึ่งก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างมาก (สุนิษา มะลิวัลย์, 2567) และต้นทุนการจัดบริการที่ครอบคลุมทั้งค่าตอบแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) ทีมหมอบรรเทา (Family Care Team: FCT) รวมถึงค่าวัสดุอุปกรณ์และค่าเสียโอกาสของผู้ดูแล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าต้นทุนที่เกิดขึ้นจริงมักสูงกว่างบประมาณที่รัฐจัดสรรให้ (ศรีเรือน ดีพูน, 2562)

จากสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประเทศไทยได้พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวอย่างเป็นระบบ โดยในปี พ.ศ. 2559 รัฐบาลได้กำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านการพัฒนาการดูแลระยะยาว มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ร่วมกันขับเคลื่อนนโยบาย โดยตั้งกองทุนผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มี อปท. เข้าร่วมตามความสมัครใจและความพร้อม ทั้งนี้ การดำเนินงานต้องมีบุคลากรที่ผ่านการอบรมผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) และ CG หลักสูตร 70 ชั่วโมง ในระยะแรกมีงบประมาณสนับสนุนประมาณ 5,000 บาทต่อคนต่อปี (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชัช เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร, บวรศม สิริพันธ์, 2561) และต่อมาได้ปรับเป็นงบเหมาจ่าย 10,442 บาทต่อคนต่อปี (ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2567) อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังพบปัญหาการจัดบริการที่แยกส่วน ขาดการบูรณาการระหว่างการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) และการดูแลระยะยาว (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชัช เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร, บวรศม สิริพันธ์, 2561) อีกทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 712 แห่ง ยังไม่เข้าร่วมโครงการ เนื่องจากปัญหาด้านการบริหารจัดการและข้อจำกัดด้านระเบียบงบประมาณ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบางส่วนยังไม่สามารถเข้าถึงการดูแลตามแผนรายบุคคล (Care Plan) ได้อย่างทั่วถึง (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2565)

จังหวัดลำปางเป็นพื้นที่ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 29.88 ซึ่งสูงที่สุดในประเทศไทยและเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศไทยที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุอยู่ที่ร้อยละ 21.44 (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2568) จากข้อมูลผลการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุในปีงบประมาณ 2568 พบว่า ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการคัดกรองความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) ร้อยละ 81.15 โดยจำแนกเป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ 97.47 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.06 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.47 เมื่อคัดกรองสุขภาพแล้วจะมีการส่งเสริมและป้องกันด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อชะลอการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงในกลุ่มติดสังคม สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่องที่บ้านโดยเชื่อมโยงการดูแลกับสถานพยาบาลผ่านระบบการทำงานของทีมนักสุขภาพปฐมภูมิ รวมถึงจัดระบบให้คำปรึกษาแก่เครือข่ายในพื้นที่ระบบการบริหารจัดการยา เวชภัณฑ์และคลังอุปกรณ์เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่บ้านและชุมชน (Home Health Care) แม้ว่า อปท. ในจังหวัดลำปางส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.33 เข้าร่วมกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) แต่ยังมีอีก 17 แห่ง ที่ไม่ได้เข้าร่วมซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการเข้าถึงบริการและความต่อเนื่องในการดูแลที่บ้าน (อังคณา จำปาวาน, กรกช วิจิตรจรัสแสง, ปาจารย์ แสงไข, 2568) และการวิจัยเชิงประเมินผลที่ครอบคลุมถึงด้านรูปแบบ ต้นทุนและประสิทธิผลการจัดบริการยังมีน้อย ผู้วิจัยจึงใช้การวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกซึ่งไม่สามารถหาข้อมูลในเชิงปริมาณได้ เพื่อวิเคราะห์บริบทการจัดบริการในพื้นที่ควบคู่ไปกับการวิเคราะห์ข้อมูลหัตถ์ภูมิเชิงปริมาณจากฐานข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิ โปรแกรม JHCIS รพ.สต. เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนและประสิทธิผลอย่างเป็นรูปธรรม ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประเด็นดังกล่าว เพื่อนำผลการวิจัยไปวางแผนกำหนดนโยบายสาธารณสุขและปรับปรุงระบบบริการให้

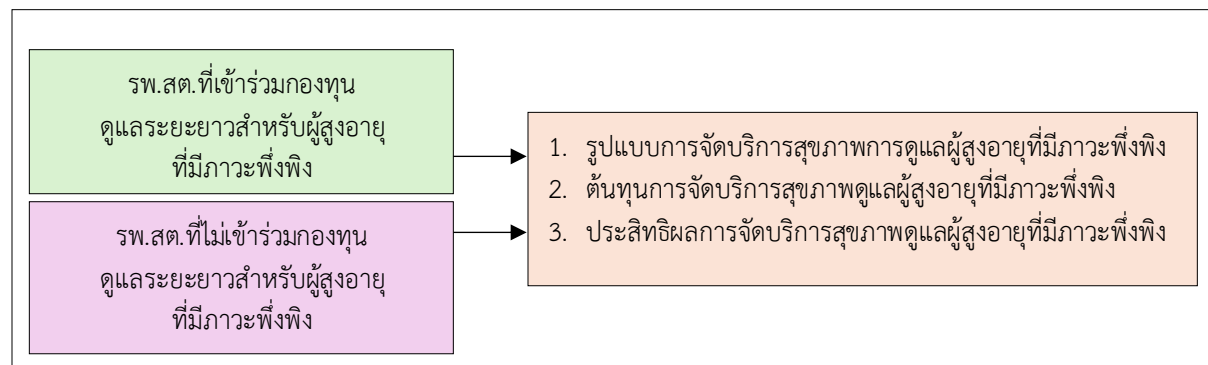
มีประสิทธิภาพเป็นแนวทางในการบริหารจัดการและจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลที่ครอบคลุมมีความคุ้มค่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการจัดบริการสุขภาพดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดลำปาง
2. เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนและประสิทธิผลการจัดบริการสุขภาพดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดลำปาง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบ เปรียบเทียบต้นทุนและประสิทธิผลการจัดบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดลำปาง ทั้งในและนอกสถานบริการใช้แนวคิดการประเมินจากมุมมองของผู้ให้บริการ (Provider Perspective) ในการวิเคราะห์และเปรียบเทียบต้นทุนร่วมกับผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยมุ่งเน้นการจัดเก็บและคำนวณค่าใช้จ่ายค่าวัสดุ ประกอบด้วย เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาและวัสดุอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการและค่าเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้ไม่ได้นำต้นทุนทางอ้อมมานับรวมในการวิเคราะห์ (โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 2567) ประกอบด้วย รพ.สต.ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุน LTC ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดลำปาง ในการศึกษานี้จะศึกษาเฉพาะรูปแบบการจัดบริการของ รพ.สต. ในจังหวัดลำปางที่เกิดขึ้นจริงเท่านั้น (ภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods) โดยเลือกใช้แบบคู่ขนานเข้าหากัน (Convergent Parallel Design) (Creswell, Creswell, 2018) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษารูปแบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่าง รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุน LTC จังหวัดลำปาง ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ รพ.สต. ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดลำปาง ที่มีการจัดบริการสุขภาพดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งเข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุน LTC ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 65 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ รพ.สต. ที่มีการจัดบริการสุขภาพดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากขนาดของ รพ.สต. ขนาดเล็ก (S) และกลาง (M) อย่างละ 3 แห่ง ทั้งเข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุน LTC ในพื้นที่ 3 อำเภอ จังหวัดลำปาง กลุ่มละ 6 แห่ง รวมทั้งสิ้นจำนวน 12 แห่ง ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวหรือผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์มากกว่า 2 ปี แห่งละ

1 คน รวม 12 คน การศึกษาครั้งนี้จะเก็บข้อมูลจนเกิดการอิ่มตัวของข้อมูลที่เกิดจากกลุ่มตัวอย่าง (Data Saturation in Sampling) จึงยุติการสัมภาษณ์

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth Interview) ประกอบด้วยแนวคำถาม ดังนี้ 1) นโยบายการดำเนินงาน 2) กลไกการบริหารจัดการ 3) บุคลากรในการปฏิบัติงาน 4) การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในสถานบริการ 5) การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนอกสถานบริการ และ 6) ต้นทุนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่าง รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุน LTC จังหวัดลำปาง รวม 21 ข้อ

2. เครื่องบันทึกเสียง สมุดจดบันทึกและแฟ้มข้อมูลของผู้วิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลการดูแลสูงอายุและผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง .67 – 1.00 (Rovinelli, Hambleton, 1977) แล้วนำไปทดลองใช้ (Pilot Test) กับผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวหรือผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะที่พบมาปรับปรุงแก้ไขในแนวคำถามให้มีความสมบูรณ์และเข้าใจง่ายก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเข้าสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอมจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างเป็นทางการ นัดหมายเวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามความประสงค์และความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล

2. ประสานผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุเพื่อยืนยันเวลา สถานที่นัดสัมภาษณ์ล่วงหน้าก่อนวันและเวลานัดแต่ละแห่ง 2 - 3 วัน

3. เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละ 45 – 60 นาที ทั้งนี้ หลังการสัมภาษณ์ให้ถอดเทปประเด็นและรวบรวมข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ จัดหมวดหมู่และวิเคราะห์ข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของข้อมูล (Trustworthiness and Validity) โดยใช้เทคนิคการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) (Denzin, 2017) เพื่อยืนยันความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วย

1. การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) โดยการรวบรวมข้อมูล 2 แหล่ง คือ จากเอกสารบันทึกทางการแพทย์ (Medical Records) และจากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ (Providers)

2. การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีวิทยา (Methodological Triangulation) ใช้การเก็บข้อมูลแบบผสมวิธีทั้งเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกคู่ขนานไปกับเชิงปริมาณ ได้แก่ การคำนวณต้นทุนต่อหน่วยและประสิทธิภาพ โดยใช้คะแนน ADL

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ประกอบด้วย 1) จัดทำแฟ้ม 2) กำหนดรหัสข้อมูลเพื่อจัดหมวดหมู่ 3) แบ่งหมวดหมู่ประเภทของข้อมูล 4) แยกประเภทเป็นหัวข้อย่อ 5) เชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ 6) ตรวจสอบความถูกต้อง โดยนำข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วมาตรวจสอบซ้ำเพื่อให้เกิดความถูกต้องของข้อมูล และ 7) การสรุปรายงานการวิจัย (Report) ที่ได้จากการคิดรวบยอดที่สมบูรณ์ กระชับ ชัดเจนและมีการนำเสนอผลการวิจัยเป็นลักษณะพรรณนา (Descriptive Explanation)

ขั้นตอนที่ 2 เปรียบเทียบต้นทุนและประสิทธิผลการจัดบริการสุขภาพดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่าง รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุน LTC จังหวัดลำปาง ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost) ในมุมมองของผู้ให้บริการ (Provider Perspective) โดยอิงวิธีการพื้นฐานจากแนวทางการคำนวณต้นทุนผลผลิตในงานด้านบริการสาธารณะของกรมบัญชีกลาง (กรมบัญชีกลาง, 2557) ตามคู่มือการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการ (Unit Cost) (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556) และวิเคราะห์ประสิทธิผลการจัดบริการสุขภาพดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้คะแนน ADL ปิงปิงประมาณ 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ข้อมูลต้นทุนและผลลัพธ์การประเมินกิจวัตรประจำวันการเข้ารับบริการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากฐานข้อมูล

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. ได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และมีคะแนน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุประเภทติดเตียง มีคะแนน ADL เท่ากับ 0 - 4 คะแนน และผู้สูงอายุประเภทติดบ้านมีคะแนน ADL เท่ากับ 5 - 11 คะแนน
2. มีประวัติได้รับการดูแลสุขภาพจาก รพ.สต. เช่น การคัดกรองสุขภาพ การให้คำแนะนำสุขภาพ และการเยี่ยมบ้าน ไม่น้อยกว่า 3 เดือน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) มีข้อมูลประวัติการรับบริการหรือข้อมูลคะแนน ADL ไม่สมบูรณ์
- อุมูลหน่วยบริการปฐมภูมิ โปรแกรม JHCIS รพ.สต. ในจังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2567
- กลุ่มตัวอย่าง คือ ข้อมูลต้นทุนการเข้ารับบริการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) เท่ากับ 0 - 11 คะแนน และผลลัพธ์จากฐานข้อมูลหน่วยบริการเครือข่ายปฐมภูมิ โปรแกรม JHCIS รพ.สต. ทั้ง 12 แห่ง โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ 2 กลุ่มอิสระ ภายใต้สมมติฐานแบบ two-tailed และเงื่อนไขของขนาดอิทธิพล (Effect Size) ซึ่งได้จากการผลการศึกษางานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เท่ากับ 0.33 (Crocker, Young, Forster, Brown, Goodwin, Wright, 2013) ระดับนัยสำคัญ เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบ (Power of Test, $1 - \beta$) เท่ากับ .80 ซึ่งสามารถเป็นตัวแทนของประชากรได้ด้วยความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 292 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มในเขตรับผิดชอบ รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุน LTC กลุ่ม ๆ ละ 146 ราย แล้วทำการคำนวณสัดส่วนตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุในแต่ละ รพ.สต. จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล ได้แก่ ค่าวัสดุ ประกอบด้วยเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาและวัสดุอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการและค่าเยี่ยมบ้าน โดยเก็บจำนวนครั้งการเยี่ยมบ้านรายบุคคลของผู้สูงอายุเป็นค่าจ้าง CG และค่าเยี่ยมบ้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/CM ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567
2. แบบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ กรอกรายละเอียดข้อมูลทุติยภูมิผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการจากฐานข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิ โปรแกรม JHCIS รพ.สต. ซึ่งเป็นข้อมูลผู้สูงอายุรายบุคคล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สิทธิการรักษา และข้อมูลผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยใช้ดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL Index) (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2564) ประกอบด้วยคะแนน ADL ก่อนและหลังได้รับการดูแลสุขภาพจาก รพ.สต. ไม่น้อยกว่า 3 เดือน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุและสร้างแบบบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุรายบุคคล โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์และแบบบันทึกข้อมูลต้นทุนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตใช้ข้อมูลทางการแพทย์และข้อมูลต้นทุนสำหรับศึกษาวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง
3. ผู้วิจัยประสานกลุ่มงานสุขภาพจิตใจดี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง และรพ.สต. เพื่อดึงข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลและข้อมูลต้นทุนในการจัดบริการ
4. ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สรุปและรวบรวมรายงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล (Normality Test) ด้วยวิธี Shapiro-Wilk Test แล้วพบว่าข้อมูลมีความไม่สอดคล้องกับข้อตกลงเบื้องต้นในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการกระจายของข้อมูลมีความเบ้และไม่ได้มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ดังนั้น เพื่อรักษาความถูกต้อง แม่นยำและป้องกันอคติทางสถิติ (Statistical Bias) จึงจำเป็นต้องเปลี่ยนมาใช้สถิติแบบนอนพารามิเตอร์ (Non-parametric test) ซึ่งมีความเหมาะสมและสะท้อนความจริงของข้อมูลมากกว่า

1. การวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนการจัดบริการด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Excel 2010 และโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง ประกอบด้วย Median และ Mean และสถิติเชิงอนุมาน Mann-Whitney U-Test โดยมีรายละเอียดการคำนวณดังนี้

การคำนวณต้นทุนทางตรงต่อคน ประกอบด้วย ผลรวมของต้นทุนค่าวัสดุและค่าเยี่ยมบ้านต่อคนหารด้วยจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556)

$$\text{ต้นทุนทางตรงต่อคน} = \frac{\text{ผลรวมค่าวัสดุต่อคน} + \text{ผลรวมค่าบริการเยี่ยมบ้านต่อคน}}{\text{จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง}}$$

โดยอัตราค่าวัสดุทางการแพทย์แต่ละรายการอ้างอิงจากผลสืบราคาวัสดุทางการแพทย์ร่วมจังหวัดลำปาง สำหรับปีงบประมาณ 2568 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2568) ส่วนอัตราค่าบริการเยี่ยมบ้าน CG อ้างอิงจากการประมาณการค่าตอบแทน CG ตามที่ระบุในแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ซึ่งผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการ LTC ระดับท้องถิ่นและอัตราค่าบริการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อ้างอิงจากประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องอัตราค่าบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2568 (กระทรวงสาธารณสุข, 2568)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลประสิทธิผลในการจัดบริการสุขภาพดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เปรียบเทียบคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังภายในกลุ่ม รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุน LTC โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน Sign test เนื่องจากตรวจสอบลักษณะสถิติพรรณนาพบว่า ผลต่างของคะแนน ADL มีความเบ้อย่างรุนแรงและไม่มีความสมมาตรของการแจกแจง (Asymmetric distribution) อีกทั้งข้อมูลมีค่าสุดโต่ง (Extreme Outliers) ปรากฏอยู่จำนวนหนึ่ง หากใช้สถิติ Wilcoxon จะให้ผลลัพธ์ที่บิดเบือนได้ ส่วนการเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่าง รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุน ใช้สถิติ Mann-Whitney U-Test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่โครงการ ET041/2568 ลงวันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่าง รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดลำปาง

ตาราง 1 รูปแบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่าง รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดลำปาง

ประเด็น	กลุ่มรพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC (n = 6)	กลุ่มรพ.สต. ที่ไม่เข้าร่วมกองทุน LTC (n = 6)
นโยบายการดำเนินงาน	นโยบายของผู้บริหารมีความชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและจัดตั้งศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ	ทิศทางนโยบายในการสนับสนุนต่อการเข้าร่วมกองทุน LTC ยังไม่ชัดเจน
กลไกการบริหารจัดการ	- มีกลไกการบริหารกองทุนอย่างชัดเจน - มีคำสั่งคณะกรรมการกองทุน LTC และแต่งตั้ง CM และ CG ที่ได้รับคำตอบแทนตามแผนการดูแล - จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) โดยทีมสหวิชาชีพ - มีการติดตามและรายงานผลการปฏิบัติงานที่ชัดเจนผ่านกลุ่มไลน์และรายงานการเยี่ยมบ้านของ CG โดยมี CM เข้ามามีส่วนร่วมติดตาม	- มีทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต., อสม. และญาติ/ผู้ดูแลหลักในการดูแลโดยมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ญาติและอสม. ให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้ด้วยตนเอง - มีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในบาง รพ.สต. - รูปแบบการกำกับติดตามและการรายงานผลยังไม่ชัดเจนแต่มีการติดตามร่วมกับการประชุม อสม. ประจำเดือน
บุคลากรในการปฏิบัติงาน	มีบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย ได้แก่ CM และมี CG ได้รับคำตอบแทนในการดูแล	- มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุใน รพ.สต. และ อสม. ในการดูแล - บางแห่งมี CM และมี CG แต่ไม่ได้รับคำตอบแทน
การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในสถานบริการ	- สำรวจและค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง - ประเมินคัดกรอง ADL และบันทึกข้อมูลในโปรแกรม LTC สปสช. - จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) และประชุมคณะกรรมการฯ - ประชุมและวางแผนบริหารจัดการและควบคุมกำกับ CG - ประเมิน ADL ซ้ำ 9 เดือนและ 12 เดือน - บันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านและทำหัตถการในโปรแกรม JHCIS - จัดทำ Case conference ทบทวนและปรับปรุงแผนการดูแลใหม่ - รับ-ส่งต่อผ่านโปรแกรม COC จาก รพ.ลำปาง รพช. และ รพ.สต. - ประสานงานกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกสถานบริการ	- สำรวจและค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง - ประเมินคัดกรอง ADL บันทึกในโปรแกรม JHCIS และคัดกรอง 9 ด้านผ่านแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. - มีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในบาง รพ.สต. - มีการติดตามงานพร้อมกับการประชุม อสม. ในทุกเดือน - รับ-ส่งต่อผ่านโปรแกรม COC จากรพ.ลำปาง รพช. และ รพ.สต. - ประสานงานกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกสถานบริการ
การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนอกสถานบริการ	- มีการเยี่ยมบ้านและการประเมินสุขภาพ โดย CM และ CG หรือทีมสหวิชาชีพ - ความถี่ในการเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอและต่อเนื่องตามแผนการดูแลรายบุคคล - ระบบการส่งต่อคนไข้จากโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลชุมชนและรพ.สต. ผ่านโปรแกรม COC และมีบริการรถรับ-ส่ง โดยเชื่อมประสานกับผู้ป่วยจาก รพ.สต.	- มีการเยี่ยมบ้านและการประเมินสุขภาพ โดยพยาบาลร่วมกับ อสม./CG ในบางพื้นที่/ทีมสหวิชาชีพ - ความถี่ในการเยี่ยมบ้านไม่สม่ำเสมอตามภาระงานและเหตุจำเป็นเร่งด่วนหรือเมื่อได้รับแจ้งจาก อสม. /ญาติ/ลงเยี่ยมพร้อมกับทีม COC - ระบบการส่งต่อคนไข้จากโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลชุมชนและรพ.สต. ผ่านโปรแกรม COC และส่วนใหญ่ไม่มีบริการรถรับ-ส่งผู้ป่วยจากอปท.
ต้นทุนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	- งบประมาณเฉพาะจากกองทุน LTC รายบุคคลต่อปี - การสนับสนุนอุปกรณ์ได้รับการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นผ่านกองทุน LTC และกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง	- งบประมาณปกติของ รพ.สต.หรือเงินบำรุงของโรงพยาบาลแม่ข่าย - การสนับสนุนอุปกรณ์จากการบริจาค/จัดซื้อเองโดยผู้ป่วย/งบ กปท. และกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลำปาง

ประเด็น	กลุ่มรพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC (n = 6)	กลุ่มรพ.สต. ที่ไม่เข้าร่วมกองทุน LTC (n = 6)
ปัญหาอุปสรรค	- ขั้นตอนเบิกจ่ายซับซ้อน/ล่าช้า - งบประมาณที่ได้รับมาและค่าตอบแทน CG ไม่เพียงพอ - ปัญหาโปรแกรม LTC ไม่เสถียร - บางแห่งมีการดำเนินงานไม่ต่อเนื่องเนื่องจากผู้รับผิดชอบงานโยกย้ายหรือมี CG ไม่เพียงพอ	- บุคลากร รพ.สต.และอปท.งบประมาณไม่เพียงพอ - สิ่งสนับสนุนไม่เพียงพอ เช่น ผ้าอ้อม วัสดุทางการแพทย์ที่จำเป็น - ของที่ได้มาจากการบริจาคไม่เหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ขนาดผ้าอ้อมผู้ใหญ่ - ประชาชนยังมีความรู้ LTC ไม่เพียงพอ จึงไม่ได้รับสิ่งสนับสนุนตามสิทธิที่ควรได้รับ - บางแห่งมีการดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร
ข้อเสนอแนะ	- ลดขั้นตอนการเบิกจ่ายงบประมาณ - เพิ่มค่าตอบแทน CG หรือมีการจ้างนักบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม - มีงบประมาณถึงผู้สูงอายุโดยตรง - เพิ่มการอบรม CM และ CG ใหม่ให้มีจำนวนมากขึ้น และฟื้นฟูศักยภาพ - แจ้งปิดปรับปรุงโปรแกรมฯ ล่วงหน้า	- ผลักดันแกนนำผู้สูงอายุให้ช่วยเหลือดูแลตัวเองได้ - มีการจ้างนักบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม - มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. และ CG เดิม ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

หมายเหตุ : LTC = Long Term Care, CM = Care Manager, CG = Caregiver, อสม. = อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ADL = Activities of Daily Living, กปท. = กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น, อปท. = องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น, รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จากตาราง 1 รูปแบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่าง รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุน LTC ในจังหวัดลำปาง มีประเด็นที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ได้แก่ เน้นการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นหลัก (Home Health Care) โดยการเยี่ยมบ้านและการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนมีระบบการดูแลต่อเนื่องผ่านโปรแกรม COC (Continuity Of Care: COC) เชื่อมโยงการทำงานร่วมกันตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลชุมชน จนถึงรพ.สต. ทั้งนี้ มีความแตกต่าง ได้แก่ กลุ่ม รพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC มีนโยบายและกลไกการบริหารจัดการที่ชัดเจนจาก อปท. และใช้แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในการกำกับดูแลโดย CM และมี CG ในการเยี่ยมบ้านซึ่งมีความสม่ำเสมอตามแผนการดูแลรายบุคคลได้รับค่าตอบแทนตามระเบียบกองทุน LTC พร้อมมีระบบรับ-ส่งจาก อปท. ในการไปรักษาตามนัดที่โรงพยาบาล รวมถึงมีงบประมาณสนับสนุนรายหัวเพิ่มเติมจากงบดำเนินงานปกติ แต่กลุ่ม รพ.สต. ที่ไม่เข้าร่วมกองทุน LTC ยังคงมีข้อจำกัดด้านความพร้อมของบุคลากรในสังกัด อปท. และ รพ.สต. รวมถึงทิศทางนโยบายที่สนับสนุนต่อการเข้าร่วมกองทุน LTC ยังไม่ชัดเจน มีการดูแลเยี่ยมบ้านโดยทีมบุคลากรสาธารณสุขประจำ รพ.สต.และอสม. ไม่มีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในบางพื้นที่ ซึ่งมีความถนัดในการเยี่ยมบ้านไม่แน่นอนและขาดแคลนระบบสนับสนุนรับ-ส่งเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ในส่วนของงบประมาณใช้งบประมาณภายในหน่วยบริการร่วมกับการระดมทรัพยากรจากการบริจาคและกองทุนอื่น ๆ

2. การเปรียบเทียบต้นทุนและประสิทธิผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่าง รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดลำปาง

ตาราง 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดลำปาง

ข้อมูลทั่วไป	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=292)				ทั้งหมด	ร้อยละ
	กลุ่มรพ.สต. ที่เข้าร่วม		กลุ่มรพ.สต. ที่ไม่เข้าร่วม			
	กองทุน LTC (n = 146)		กองทุน LTC (n = 146)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	52	35.62	53	36.30	105	35.96
หญิง	94	64.38	93	63.70	187	64.04
อายุ (M = 79 ปี)						
60 - 69 ปี	18	12.33	41	28.08	59	20.21
70 - 79 ปี	48	32.88	45	30.82	93	31.85
80 - 89 ปี	45	30.82	40	27.40	85	29.10
90 ปีขึ้นไป	35	23.97	20	13.70	55	18.84
สิทธิการรักษา						
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	141	96.58	134	91.78	275	94.18
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ ประกันสังคม	5	3.42	12	8.22	17	5.82
กลุ่มผู้สูงอายุตามคะแนน ADL						
ติดบ้าน (5 - 11 คะแนน)	111	76.03	97	66.44	208	71.23
ติดเตียง (0 - 4 คะแนน)	35	23.97	49	33.56	84	28.77

จากตาราง 2 การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดลำปาง ในช่วงปีงบประมาณ 2567 พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะทางประชากรที่ใกล้เคียงกัน ในกลุ่ม รพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 79 ปี ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อแยกกลุ่มผู้สูงอายุตามคะแนน ADL พบว่า ผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดบ้านโดยกลุ่ม รพ.สต.ที่เข้าร่วมกองทุน LTC พบร้อยละ 76.03 และกลุ่ม รพ.สต.ที่ไม่เข้าร่วมกองทุน LTC พบร้อยละ 66.44

ตาราง 3 การเปรียบเทียบต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่าง รพ.สต.ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดลำปาง (บาท)

ระดับภาวะพึ่งพิง	ค่าวัสดุ	ค่าเยี่ยมบ้าน	ต้นทุนรวม	ต้นทุนต่อคน			
				Min	Max	Median	Mean
กลุ่มรพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC (n = 146)							
ติดบ้าน (n = 111)	560,394.66	1,014,600.00	1,574,994.66	7,527.50	31,543.90	13,649.00	14,189.14
ติดเตียง (n = 35)	430,494.42	368,400.00	798,894.42	15,391.68	40,581.30	20,599.50	22,825.55
รวม	990,889.08	1,383,000.00	2,373,889.08	7,527.50	40,581.30	16,224.25	16,259.51
กลุ่มรพ.สต. ที่ไม่เข้าร่วมกองทุน LTC (n = 146)							
ติดบ้าน (n = 97)	914,097.14	1,165,200.00	2,079,297.14	6,927.50	43,302.90	16,573.50	21,436.05
ติดเตียง (n = 49)	613,238.62	738,600.00	1,351,838.62	13,820.68	61,835.18	18,525.06	27,588.54
รวม	1,527,335.76	1,903,800.00	3,431,135.76	6,927.50	61,835.18	17,212.68	23,500.93

จากตาราง 3 ต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า กลุ่ม รพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC มีค่ามัธยฐานต้นทุนรวมต่อคนอยู่ที่ 16,224.25 บาท และกลุ่ม รพ.สต.ที่ไม่เข้าร่วมกองทุน LTC ค่ามัธยฐาน 17,212.68 บาท เมื่อแยกกลุ่มตามคะแนน ADL พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีต้นทุนรวมต่อคนสูงสุดทั้งในกลุ่ม รพ.สต.ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุน LTC คือ 20,599.50 บาท และ 18,525.06 บาท ตามลำดับ

ตาราง 4 การเปรียบเทียบต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่าง รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดลำปาง ด้วยการทดสอบสถิติ Mann-Whitney U Test (บาท)

ระดับภาวะพึ่งพิง	กลุ่ม รพ.สต. ที่เข้าร่วม LTC (n = 146)	กลุ่ม รพ.สต. ที่ไม่เข้าร่วม LTC (n = 146)	p-value
	Median (IQR)	Median (IQR)	
กลุ่มติดบ้านต้นทุนรวม	13,649.00 (12,632.02)	16,573.50 (17,098.84)	< .001
กลุ่มติดเตียงต้นทุนรวม	20,599.50 (6,898.84)	18,525.06 (20,936.02)	.475
ต้นทุนรวมทั้งหมด	16,224.25 (13,084.30)	17,212.68 (20,991.42)	< .001

จากตาราง 4 จากการเปรียบเทียบต้นทุนการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่าง รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดลำปาง พบว่า ในภาพรวมค่ามัธยฐานของต้นทุนรวมทั้งหมดระหว่าง รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุน LTC แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p\text{-value} < .001$) โดยพบว่า รพ.สต. ที่ไม่เข้าร่วมกองทุน LTC มีค่ามัธยฐานต้นทุนรวมเท่ากับ 17,212.68 บาท สูงกว่า รพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC เท่ากับ 16,224.25 บาท เมื่อจำแนกตามระดับภาวะพึ่งพิงพบว่า กลุ่มติดบ้านมีค่ามัธยฐานของต้นทุนรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ส่วนกลุ่มติดเตียง พบว่า ค่ามัธยฐานต้นทุนรวมไม่แตกต่างกัน

ตาราง 5 การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังภายในกลุ่ม รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดลำปาง ด้วยการทดสอบสถิติ Sign test

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ก่อนการให้บริการ LTC		หลังการให้บริการ LTC		p-value
	Med	IQR	Med	IQR	
กลุ่มรพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC (n = 146)	8	6	8	6	.215
กลุ่มรพ.สต. ที่ไม่เข้าร่วมกองทุน LTC (n = 146)	8	6	7.5	7	.280

จากตาราง 5 การเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ก่อนและหลังได้รับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายในกลุ่มเดียวกัน พบว่า กลุ่ม รพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC มีค่ามัธยฐานคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) เท่ากับ 8 ทั้งก่อนและหลัง ขณะที่กลุ่ม รพ.สต. ที่ไม่เข้าร่วมกองทุน LTC มีค่ามัธยฐานคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ลดลงจาก 8 เป็น 7.5 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ก่อนและหลังการให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

ตาราง 6 การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่าง รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) จังหวัดลำปาง ด้วยการทดสอบสถิติ Mann-Whitney U-test

คะแนน ADL	กลุ่ม รพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC (n = 146)		กลุ่มรพ.สต. ที่ไม่เข้าร่วมกองทุน LTC (n = 146)		p-value
	Med	IQR	Med	IQR	
ก่อนการให้บริการ LTC	8	6	8	6	.326
หลังการให้บริการ LTC	8	6	7.5	7	.058

จากตาราง 6 การเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ระหว่าง รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดลำปาง พบว่า ก่อนได้รับการบริการ ทั้ง 2 กลุ่ม มีค่ามัธยฐานคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) เท่ากันที่ 8 คะแนน และไม่มีความแตกต่างกัน สำหรับหลังได้รับการบริการ พบว่า กลุ่ม รพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC มีค่ามัธยฐานคะแนน ADL เท่ากับ 8 คะแนน ขณะที่กลุ่ม รพ.สต. ที่ไม่เข้าร่วมกองทุน LTC มีค่ามัธยฐานคะแนน ADL ลดลงอยู่ที่ 7.5 คะแนน อย่างไรก็ตาม เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มหลังได้รับการบริการ พบว่า ค่ามัธยฐานคะแนน ADL ของทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

การอภิปรายผล

รูปแบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่าง รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุน LTC จังหวัดลำปาง ด้านการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนอกสถานบริการเน้นการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) โดยการเยี่ยมบ้านและประเมิน ADL มีระบบการดูแลต่อเนื่องที่ไร้รอยต่อผ่านโปรแกรม COC เป็นไปในทิศทางเดียวกันระหว่าง รพ.สต. ทั้ง 2 กลุ่ม สอดคล้องกับแนวคิดของการดูแลระยะยาวในการจัดบริการแบบบูรณาการระหว่างสุขภาพกับสังคมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) รวมถึงนโยบายหมอบริการและพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ที่มุ่งเน้นการดูแลใกล้บ้านใกล้ใจและการเยี่ยมบ้านเชิงรุก (Home Visit) โดยทีมสหวิชาชีพ (คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ, 2562) และแนวทางพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ดูแลใกล้บ้าน ใกล้ใจ ไร้รอยต่อ เชื่อมโยงกับระบบดูแลในปฐมภูมิผ่านกลไก 3 หมอ โดย อสม. ประเมิน/คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามาดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง แม้ในพื้นที่ที่ไม่เข้าร่วมกองทุน LTC (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2567) ทั้งนี้ มีความแตกต่างกันด้านนโยบายกลไกการบริหารจัดการ บุคลากรในการปฏิบัติงานและต้นทุนการดูแลที่ชัดเจนในกลุ่ม รพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC มีระเบียบของกองทุน LTC ในการแต่งตั้ง CM และ CG รวมถึงการทำ Care Plan อย่างเป็นระบบใช้ในการพิจารณาเบิกจ่ายงบประมาณเฉพาะจากกองทุน LTC รายบุคคลต่อปี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2567) ส่วนกลุ่ม รพ.สต. ที่ไม่เข้าร่วมกองทุน LTC มีการให้บริการตามความจำเป็นโดยบุคลากรสาธารณสุขประจำ รพ.สต. และ อสม. หรือครอบครัวและชุมชนทำหน้าที่ดูแลแทน Caregiver เป็นไปตามรูปแบบการให้บริการปกติตามมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกระทรวงสาธารณสุข (กรมอนามัย, 2563) อีกทั้ง กลุ่มที่เข้าร่วมกองทุน LTC มีการเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอมากกว่า เนื่องจากระบบกองทุน LTC มีกลไกค่าตอบแทน CG เป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้เกิดความถี่ในการจัดบริการเชิงรุก (ยศ วัชรคุปต์, วรรณภา คุณากรวงศ์, พลิชฐ์ พัจนา, สาวีณี สุริยันรตกร, 2561) ที่ส่งผลดีต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ต้นทุนรวมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่าง รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุน LTC ทั้ง 2 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) โดย รพ.สต. ที่ไม่เข้าร่วมกองทุน LTC มีค่ามัธยฐานต้นทุนรวม 17,212.68 บาท สูงกว่า รพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC 16,224.25 บาท เนื่องจากรูปแบบการจัดบริการและการทำงานของกลุ่ม รพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC มีกลไกการบริหารจัดการทรัพยากรผ่านแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ที่ชัดเจน ซึ่งเป็นเครื่องมือควบคุมการใช้ทรัพยากรให้เป็นไปตามความจำเป็นของชุดสิทธิประโยชน์ ทำให้การเบิกจ่ายค่าวัสดุและค่าเยี่ยมบ้านเป็นไปอย่างเป็นระบบมากกว่า สอดคล้องกับระเบียบของกองทุน LTC บังคับให้ต้องมีการแต่งตั้ง CM และ CG รวมถึงการทำ Care Plan อย่างเป็นระบบเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาการเบิกจ่ายงบประมาณเฉพาะจากกองทุน LTC รายบุคคลต่อปี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2567) ในขณะที่รูปแบบการจัดบริการและการทำงานของกลุ่ม รพ.สต. ที่ไม่เข้าร่วมกองทุน LTC มีกระบวนการจัดการที่มีแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในบางแห่งเท่านั้น รวมถึงแนวทางด้านการใช้จ่ายงบประมาณไม่ชัดเจนเป็นไปตามสถานการณ์เงินบำรุง รพ.สต. หรือโรงพยาบาล การบริจาคอาจจะไม่แน่นอนหรือไม่เหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ขนาดผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เมื่อพิจารณาในมุมมองผู้ให้บริการต้นทุนค่าวัสดุอุปกรณ์ในกลุ่ม รพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC จะถูกจำกัดด้วย

งบประมาณชุดสิทธิประโยชน์ทำให้ผู้ให้บริการต้องบริหารจัดการภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด สอดคล้องกับแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขที่ว่า การเปลี่ยนจากการจ่ายเงินตามรายการมาเป็นการจ่ายแบบเหมาจ่ายตามแผนการดูแล (Care Plan) ช่วยให้ผู้ใช้บริการเกิดความตระหนักด้านต้นทุนและพยายามจัดการบริการให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ภายใต้งบประมาณที่ได้รับให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยตามมาตรฐานการดูแลที่กำหนด (Drummond, Sculpher, Claxton, Stoddart, Torrance, 2015) ทำให้ อบท. และ รพ.สต. บริหารจัดการงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม เมื่อแยกกลุ่มตามระดับภาวะพึ่งพิงที่เป็นไปตามคะแนน ADL พบว่า กลุ่มติดบ้านมีค่ามัธยฐานของต้นทุนรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) เนื่องจากรูปแบบการจัดบริการและการทำงานของกลุ่ม รพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC จะมีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ที่ชัดเจน ทำให้เกิดการวางแผนการใช้วัสดุสิ้นเปลืองและตารางการเยี่ยมบ้านที่มีประสิทธิภาพมากกว่าและกิจกรรมพื้นฐานจะส่งต่อให้ CG ทำหน้าที่ดูแลทำให้ค่าบริการเยี่ยมบ้านลดลง ซึ่งพยาบาลหรือทีมสหวิชาชีพจะให้บริการในบางกรณีที่มีภาวะพึ่งพิงซับซ้อน อย่างไรก็ตาม กลุ่มติดเตียงมีต้นทุนรวมของกลุ่ม รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุน LTC ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากรูปแบบการจัดบริการและการทำงานส่วนใหญ่ใช้บุคลากรในการให้บริการเยี่ยมบ้านที่มีความถี่มากกว่าและกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีการใช้วัสดุเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาและวัสดุอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการที่มากกว่า สอดคล้องกับต้นทุนต่อหน่วยจำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มติดเตียงกลุ่มที่ 4 ซึ่งมีคะแนน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 มีค่ามากที่สุดต้นทุน เท่ากับ 7,758.06 บาท (ณภัฏ รัตนวิชัย, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2561) ทั้งนี้ ต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงนั้นอาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วย เช่น โรคประจำตัว โรคร่วม ลักษณะทางเศรษฐกิจ การมีผู้ดูแลและภาระหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยบริการในช่วงเวลานั้น ๆ ดังนั้น ควรจัดบริการตามแนวทางการจัดสรรทรัพยากรที่เน้นการดูแลผู้สูงอายุและความต้องการรายบุคคลที่ให้ความสำคัญกับความเหมาะสมของการใช้ทรัพยากรและการบริหารต้นทุนในระดับชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

ประสิทธิผลการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่าง รพ.สต. ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ก่อนและหลังการได้รับบริการไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการระบบการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้นและสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นแต่ระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน (อนันต์ คำอ่อน, 2565) และการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นการดูแลเชิงสังคม (Social Care) เพื่อประคับประคองไม่ให้สุขภาพแย่ลงมากกว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในการเพิ่มคะแนน ADL ให้สูงขึ้น (สมฤทธิ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิรัช เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร, บวรศม สิริพันธ์, 2561) ทั้งนี้ เนื่องจากจังหวัดลำปางมีรูปแบบการจัดบริการและการทำงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันในการมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นหลักโดยการเยี่ยมบ้านและประเมิน ADL ตลอดจนมีระบบการดูแลต่อเนื่องที่ไร้รอยต่อ สอดคล้องกับแนวทางพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ดูแลใกล้บ้าน ใกล้ใจ ไร้รอยต่อ เชื่อมโยงกับระบบดูแลในปทุมภูมิผ่านกลไก 3 หมอ เข้ามาทดแทนบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระบบ LTC ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2567) ถึงแม้จะขาดงบประมาณเฉพาะบุคคล แต่ในกลุ่ม รพ.สต. ที่เข้าร่วมกองทุน LTC มีความถี่ในการจัดบริการที่มากกว่า มีการบริหารจัดการที่เป็นระบบและมีการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล ควรส่งผลต่อประสิทธิผลที่ดีกว่าคะแนน ADL หลังการดูแลและระหว่างกลุ่มของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 71.23 ซึ่งมีสภาวะความเสี่ยงตามวัยสูง ทำให้การเพิ่มขึ้นของคะแนน ADL ทำได้ยากกว่ากลุ่มที่ป่วยด้วยโรคเฉียบพลันแล้วรับการฟื้นฟู ทั้งนี้ การดูแลมักเป็นการประคับประคองสถานะเดิมไม่ทำให้ทรุดลงมากกว่าการฟื้นฟูให้กลับมาดีขึ้นและประสิทธิผลของการดูแลระยะยาวไม่สามารถวัดด้วยคะแนน ADL เพียงอย่างเดียวแต่ควรครอบคลุมถึงคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจ (อนันต์ คำอ่อน, 2565) ซึ่งในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงการที่ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับหรือการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะถือเป็นประสิทธิผลที่สำคัญยิ่งกว่าการเพิ่มขึ้นของคะแนน ADL (ศิริณี ศรีหาคาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, วชิร ออมโรจน์วรวุฒิ, ปิยธิดา คูทธิบุญรัตน์, ธารา รัตนอำนาจศิริ, นวลละออง ทองโคตร, 2561)

ข้อจำกัดในงานวิจัย การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะ รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้ครอบคลุมหน่วยบริการที่ถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. หรือ อบต. ซึ่งอาจมีบริบทการบริหารจัดการที่แตกต่างกันและเป็นการวิเคราะห์จากมุมมองของผู้ให้บริการเป็นหลักโดยยังไม่ได้คำนวณต้นทุนทางอ้อม เช่น ค่าเสียโอกาสของญาติหรือผู้ดูแล รวมถึงการวิเคราะห์ประสิทธิผลใช้คะแนน ADL เพียงอย่างเดียวอาจไม่สะท้อนมิติด้านคุณภาพชีวิตหรือความพึงพอใจและระยะเวลาติดตามผล 1 ปี อาจสั้นเกินกว่าจะเห็นการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพทางกายที่ชัดเจน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. สนับสนุนให้ อบต. ที่ยังไม่เข้าร่วมกองทุน LTC เข้ามาบริหารจัดการภายใต้กองทุนนี้ เพื่อความยั่งยืนทางการเงินของระบบสาธารณสุขเนื่องจากการดูแลภายใต้ระบบกองทุนมีประสิทธิภาพทางต้นทุนสูงกว่าการดูแลแบบปกติ
2. ควรพัฒนา CG หรือเน้นการฝึกทักษะให้ญาติหรือผู้ดูแลในการทำกายภาพบำบัดพื้นฐาน เพื่อให้ผลลัพธ์สุขภาพคงที่โดยไม่ต้องใช้ทรัพยากรสูงเกินความจำเป็นในการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
3. ควรมีการจัดทำคลังวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ในระดับตำบลหรืออำเภอ เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรร่วมกันทั้งในกลุ่มติดบ้านและติดเตียงจะช่วยลดการสำรองวัสดุซ้ำซ้อนในแต่ละ รพ.สต.

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในมิติด้านคุณภาพชีวิต เช่น ภาระของผู้ดูแล เพื่อประเมินประสิทธิผลเชิงลึก
2. ควรเปรียบเทียบประสิทธิผลและต้นทุนระหว่าง รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ. เพื่อพัฒนารูปแบบการทำงานภายใต้บริบทการกระจายอำนาจ
3. ควรศึกษาต้นทุนให้ครอบคลุมทั้งต้นทุนทางตรงและทางอ้อม (Indirect Costs) เพื่อให้เห็นภาพรวมภาระต้นทุนที่แท้จริงของครอบครัวและสังคม

คำแถลงการณ์การใช้ปัญญาประดิษฐ์

บทความนี้มิได้ประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการดัดแปลง ปรับปรุง หรือแก้ไข ในกระบวนการใดๆ ตลอดการจัดทำ

ผลประโยชน์ทับซ้อน

คณะผู้วิจัยขอยืนยันว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใดๆ ในการเผยแพร่บทความนี้

รายการอ้างอิง

- กรมการปกครอง. (2568). สถิติจำนวนประชากร ปี พ.ศ. 2568. กระทรวงมหาดไทย. สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2568 จาก <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/mainpage>
- กรมบัญชีกลาง. (2557). แนวทางการคำนวณต้นทุนผลผลิตของงานบริการสาธารณะ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557. สำนักมาตรฐานด้านการบัญชีภาครัฐ.
- กรมอนามัย. (2563). แนวทางการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2568). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2568. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 142 ตอนพิเศษ 58 ง.
- คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ. (2562). พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา.

- โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. (2567). แนวทางการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ณปักษ์ รัตนวิชัย และสุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2561). การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว โรงพยาบาลด่านขุนทด. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(พิเศษ), 259-268. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/164720>
- ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2567). เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567. ส่วนที่ 2 ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หน้า 34. สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2568 จาก https://eh.anamai.moph.go.th/th/ltc/download?id=121916&mid=33527&mkey=m_document&lang=th&did=18939
- ยศ วัชรคุปต์, วรรณภา คุณากรวงศ์, พิชญ์ พังนา, และสาวิณี สุริยันต์กร. (2561). ประสิทธิภาพของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 12(4), 608-624. <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5000>
- ศรีเรือน ดีพูน. (2562). ต้นทุนบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 34(2), 275-289. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/210094>
- ศิราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, วัชร อมรโรจน์วรคุณิ, ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, ธารา รัตนอำนวยศิริ, และ นวลละออง ทองโคตร. (2561). ข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะ กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. (2564). คู่มือการประเมินคัดกรองความถดถอย 9 ด้านในผู้สูงอายุ. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2568 จาก https://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2021/10/book_1.pdf
- สุนิษา มะลิวัลย์. (2567). ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุไทยในอนาคตอีก 20 ปี. สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2568 จาก <https://hfd.anamai.moph.go.th/th/news-anamai-3/229198>
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิษั เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร, และบรรคม ลิระพันธ์. (2561). โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 มิถุนายน 2568 จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4850?locale-attribute=th>
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2556). คู่มือการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการ (Unit Cost). กลุ่มประกันสุขภาพ.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง). สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). บทสรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 มิถุนายน 2568 จาก https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241003145311_94190.pdf
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. (2567). การตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2 กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดลำปาง. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. (2568). ผลการสำรวจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุร่วมจังหวัดลำปาง ประจำปีงบประมาณ 2568. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง.

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2567). คู่มือการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2567. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. (2565). ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ของตัวชี้วัดและความรู้ที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์ตัวชี้วัดที่ 3.15 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan. สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2568 จาก https://eh.anamai.moph.go.th/th/3-15-66/download?id=100722&mid=37729&mkey=m_document&lang=th&did=30783
- อนันต์ คำอ่อน. (2565). การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พื้นที่นำร่องอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. โรงพยาบาลชุมแพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น.
- อังคณา จำปาวาน, กรกช วิจิตรจรัสแสง, และปจรรย์ แผลไข. (2568). การตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติรอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. ประเด็นที่ 5 สถานชีวาภิบาล
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (5th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Crocker, T., Young, J., Forster, A., Brown, L., Goodwin, M., & Wright, J. (2013). The effectiveness of physical rehabilitation for older people living in long-term care: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Age and Ageing*, 42(Suppl. 1), i30–i31. <https://doi.org/10.1093/ageing/aft083>
- Denzin, N. K. (2017). *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods* (5th ed.). New York, NY: Routledge.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes* (4th ed.). Oxford, England: Oxford University Press.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Journal of Educational Research*, 2(2), 49–60.
- World Health Organization. (2020). *Decade of Healthy Ageing: Baseline Report*. Retrieved June 5, 2025 from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
- World Health Organization. (2022). *Ageing and health*. Retrieved June 5, 2025 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

The Effects of a Self-efficacy Enhancement Program on Self-care Behaviors among Lung Cancer Patients Receiving Chemotherapy

อนงค์ศักดิ์ กองนิล¹, กัมพล อินทรทะกุล^{1*}, กร วรากรวรวิฑูรี¹, อพชนิภา บุญหลี่¹, ธัญญภรณ์ ภูมิ¹, ไตรรงค์ ชูทรงเดช²
Anongsak Kongnin¹, Kampon Introntakun^{1*}, Gorn Vrakornvoravuti¹, Apatnipa Boonlee¹,
Tanunporn Phumee¹, Trirong Choosongdet²

¹คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช, ²ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลสุรินทร์

¹Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, ²Department of Internal Medicine, Surin Hospital

(Received: March 7, 2026; Revised: July 14, 2026; Accepted: July 17, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุมนี้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดประยุกต์แนวคิดสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรามาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมที่ครอบคลุมการสร้างประสบการณ์ตรงการเรียนรู้จากแบบอย่าง การโน้มน้าวทางวาจาและการจัดการภาวะอารมณ์กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 60 คน คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด และสุ่มจัดสรรเข้ากลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ด้วยวิธีสุ่มแบบบล็อกสลับลำดับ (Random Permuted Blocks) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามแนวทางมาตรฐานปกติเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-Square Test, Fisher Exact Test, Paired T-Test และ Independent T-Test ผลการวิจัยพบว่า

1. ภายในกลุ่มพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 27.255, p\text{-value} < .001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($t = .399, p\text{-value} = .699$)

2. ระหว่างกลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ($t = .100, p\text{-value} = .911$) แต่หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -27.777, p\text{-value} < .001$)

ดังนั้น โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนอาจนำมาใช้เป็นแนวทางเบื้องต้นสำหรับพยาบาลหรือบุคลากรสุขภาพในการให้ความรู้ สนับสนุน และติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อส่งเสริมความต่อเนื่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยมะเร็งปอด ยาเคมีบำบัด

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

Abstract

This randomized controlled trial study aimed to examine the effects of a self-efficacy enhancement program on self-care behaviors among patients with lung cancer receiving chemotherapy. Bandura's concept of self-efficacy was applied to develop a program encompassing mastery experiences, vicarious learning, verbal persuasion, and management of emotional states. The sample consisted of 60 patients with lung cancer receiving chemotherapy who met the specified eligibility criteria. Participants were randomly allocated to an experimental ($n = 30$) or control group ($n = 30$), using random permuted block allocation. The experimental group received the self-efficacy enhancement program for 8 weeks, whereas the control group received usual nursing care in accordance with standard guidelines. Data were collected using a demographic questionnaire and a self-care behavior assessment scale. Data were analyzed using descriptive statistics, the chi-square test, Fisher's exact test, paired t-test, and independent t-test. The results were as follows.

1. Within-group comparison: Following the intervention, the experimental group demonstrated a statistically significant increase in mean self-care behavior scores compared with baseline ($t = 27.255, p\text{-value} < .001$). In contrast, no statistically significant difference was found between the pre- and post-intervention mean self-care behavior scores in the control group ($t = .399, p\text{-value} = .699$).

2. Between-group comparison: At baseline, there was no statistically significant difference in mean self-care behavior scores between the experimental and control groups ($t = .100, p\text{-value} = .911$). However, following the intervention, the experimental group had significantly higher mean self-care behavior scores than the control group ($t = -27.777, p\text{-value} < .001$).

These results suggest that the self-efficacy enhancement program may be used as an initial approach for nurses and other healthcare professionals to provide education, support, and follow-up regarding self-care behaviors through the LINE application, thereby promoting continuity of self-care among patients with lung cancer receiving chemotherapy.

Keywords: Self-efficacy Enhancement Program, Self-care Behaviors, Lung Cancer Patients, Chemotherapy

บทนำ

โรคมะเร็งปอดนับเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั้งในระดับโลกและประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่า มะเร็งปอดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งอันดับหนึ่งในเพศชายทั่วโลก และอยู่ในอันดับต้นของเพศหญิงในหลายประเทศ สะท้อนถึงความรุนแรงและภาระของโรคในประชากรหลายกลุ่ม (World Health Organization, 2025) สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากโครงการเฝ้าระวังโรคมะเร็งระดับโลก (Global Cancer Observatory: GLOBOCAN 2022) ภายใต้นโยบายงานวิจัยโรคมะเร็งระหว่างประเทศ (International Agency for Research on Cancer) พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่รวม 183,541 ราย โดยมีมะเร็งปอดพบ 23,494 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.80 และเป็นมะเร็งที่พบบ่อยอันดับ 2 เมื่อรวมทั้งสองเพศ อีกทั้งมีอัตราการอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานตามอายุ 18.1 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการเสียชีวิต 15.00 ต่อประชากรแสนคน (International Agency for Research on Cancer, 2024) ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การได้รับควันพิษและฝุ่นละอองขนาดเล็ก การสัมผัสแร่ใยหิน และสารเคมีในสิ่งแวดล้อมจากการปฏิบัติงาน (Sirisomboon, Tayanun, Tanskul, Puetdapongpaphanij, Sirisoonthornphibul, Teerakomolwit et al., 2024) แม้ในหลายประเทศที่อัตราการสูบบุหรี่ลดลง อุบัติการณ์มะเร็งปอดมีแนวโน้มลดลงอย่างช้า ๆ แต่ในบางประเทศรวมถึงประเทศไทย แนวโน้มของโรคมะเร็งปอดยังคงทรงตัวหรือลดลง

เพียงเล็กน้อย สะท้อนว่ามะเร็งปอดยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องให้ความสำคัญต่อการรักษาและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (International Agency for Research on Cancer, 2024)

การรักษา มะเร็งปอดมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด การฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัด การรักษาแบบมุ่งเป้า และการรักษาด้วยภูมิคุ้มกันบำบัด (มานิตย์ แซ่เตียว, 2562) ทั้งนี้ การให้ยาเคมีบำบัดเป็นแนวทางที่ใช้บ่อยและมักใช้ร่วมกับการรักษาอื่น แม้ยาเคมีบำบัดจะมีประสิทธิภาพในการควบคุมโรค แต่สามารถก่อให้เกิดผลข้างเคียงทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น อาการอ่อนเพลียเรื้อรัง คลื่นไส้ เบื่ออาหาร หมดแรง ภูมิคุ้มกันต่ำ จนเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า (Carnio, Di Stefano, Novello, 2016; อนุชิต มะรอปิ, ฟาอิส วาเลาะเตต, สุรุติ ดอเลาะ, 2567) อาการดังกล่าวอาจรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ลดความสามารถในการจัดการอาการ และทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการดูแลตนเอง ซึ่งไม่เพียงส่งผลต่อคุณภาพชีวิต แต่ยังส่งผลต่อความต่อเนื่องในการรักษา และการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเอง (Abu El-Kass, Ragheb, Hamed, Turkman, Zaki, 2021)

ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยสนับสนุนหลายด้าน ได้แก่ ความรู้และทักษะในการจัดการอาการ ความพร้อมทางร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการสนับสนุนจากครอบครัวและทีมสุขภาพ โดยเฉพาะปัจจัยด้านจิตสังคมที่ช่วยให้ผู้ป่วยกล้าลงมือปฏิบัติและคงพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งคือสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ซึ่งหมายถึงความเชื่อมั่นของบุคคลว่าตนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่จำเป็นให้บรรลุผลลัพธ์ตามที่ต้องการได้ (Artino, 2012) เมื่อผู้ป่วยมีสมรรถนะแห่งตนสูง จะมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้เหมาะสมมากขึ้น (Zhang, Kwekkeboom, Petrini, 2015) ขณะที่ผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดอาจส่งผลกระทบต่อกิจวัตร ความสามารถ และความมั่นใจในการดูแลตนเอง (Abu El-Kass, Ragheb, Hamed, Turkman, Zaki, 2021) นอกจากนี้ สมรรถนะแห่งตนในการจัดการอาการยังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยรับมือกับความทุกข์จากอาการได้ดีขึ้น (Liang, Chao, Tseng, Tsay, Lin, Tung, 2016) ดังนั้น การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องระหว่างการรักษา

จากแนวคิดด้านจิตวิทยาสุขภาพของ Bandura (1977) อธิบายว่า ความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลสามารถพัฒนาได้จาก 4 แหล่ง ได้แก่ 1) ประสบการณ์จากการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง 2) การเรียนรู้จากแบบอย่าง 3) การโน้มน้าวหรือสนับสนุนทางวาจา และ 4) การจัดการภาวะอารมณ์และการตอบสนองทางร่างกาย แนวคิดดังกล่าวจึงสามารถนำมาใช้เป็นฐานในการออกแบบกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการดูแลตนเอง เรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น ได้รับกำลังใจ และจัดการความวิตกกังวลระหว่างการรักษา อันจะเอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมที่ประยุกต์แนวคิดสมรรถนะแห่งตนสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ โดยการสนับสนุนทางโทรศัพท์ช่วยลดความทุกข์ทางจิตใจและส่งเสริมการดูแลตนเอง (Chen, Qin, Chaimongkol, 2024) ขณะที่การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลช่วยเพิ่มการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารกับทีมสุขภาพ และความต่อเนื่องในการจัดการตนเอง ส่งผลให้พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งดีขึ้น (Lim, Kwok, Williams, Koczwara, 2023; Tuominen, Leino-Kilpi, Poraharju, Cabutto, Carrion, Lehtiö et al., 2024) จากผลการศึกษาที่ผ่านมาจึงนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่ผสมผสานกิจกรรมการเรียนรู้กับการสนับสนุนผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในบริบทประเทศไทย พบว่ามีการประยุกต์แนวคิดสมรรถนะแห่งตนในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด (ปรารณา กันทอน, เกษร สำเภาทอง, 2564) ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (สมปอง พะมูลิลา, อรุณ กลิ่นบัว, จมร เมะลาชี, วรชมน ปาพรม, ชลียา วามะลุน, 2567) แต่ยังไม่พบการพัฒนาและทดสอบโปรแกรมที่ออกแบบเฉพาะสำหรับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งเป็นกลุ่มที่เผชิญภาวะอาการและผลข้างเคียงหลายด้าน โดยเฉพาะความอ่อนเพลียและอาการรบกวนที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (Carnio, Di Stefano, Novello, 2016) รวมทั้งอาจลดความสามารถและความ

มั่นใจในการดูแลตนเอง (Abu El-Kass, Ragheb, Hamed, Turkman, Zaki, 2021) นอกจากนี้ การให้ความรู้ตามปกติ อาจยังไม่เพียงพอต่อการสนับสนุนให้ผู้ป่วยนำความรู้ไปปฏิบัติและแก้ไขอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา จึงจำเป็นต้องมีโปรแกรมที่ส่งเสริมทั้งความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ และการติดตามสนับสนุน ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรม ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยแตกต่างจากการให้ความรู้ทั่วไปตรง ที่ออกแบบกิจกรรมตามแหล่งส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนทั้ง 4 ด้าน ร่วมกับสื่อการเรียนรู้และการติดตามผ่าน แอปพลิเคชันไลน์เป็นรายสัปดาห์ตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติ เรียนรู้จากแบบอย่าง ได้รับ กำลังใจ และจัดการอารมณ์หรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลตนเอง โปรแกรมมุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถ วางแผน ติดตาม และปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างสม่ำเสมอในชีวิตประจำวัน ผลการศึกษาคาดว่าจะ เป็น ข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด ภายใน กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังและก่อนการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด ระหว่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง ส่วนกลุ่ม ควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน
2. ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดจากทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1977) ซึ่งเชื่อว่าบุคคลจะตัดสินใจลงมือกระทำพฤติกรรม เมื่อมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Perceived Self-efficacy) ว่าสามารถปฏิบัติได้สำเร็จ และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectation) ว่าการกระทำนั้น จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดี ในการวิจัยนี้ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมุ่งเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย มะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยเชื่อมโยงแหล่งส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนทั้ง 4 ด้านกับกิจกรรมของโปรแกรม ได้แก่ 1) ประสบการณ์จากการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง โดยให้ผู้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมาย ฝึกปฏิบัติ และบันทึกพฤติกรรม การดูแลตนเอง 2) การเรียนรู้จากแบบอย่าง โดยรับชมวิดีโอตัวอย่างการดูแลตนเองในสถานการณ์ใกล้เคียงและนำไป ทดลองปฏิบัติ 3) การโน้มน้าวทางวาจา โดยได้รับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะเชิงบวก กำลังใจ และการติดตามรายบุคคล ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และ 4) การจัดการภาวะทางอารมณ์และร่างกาย โดยฝึกผ่อนคลายและได้รับคำปรึกษา เพื่อจัดการความเครียด ความวิตกกังวล และอุปสรรคในการดูแลตนเอง กิจกรรมดังกล่าวคาดว่าจะส่งเสริมความมั่นใจ และความต่อเนื่องในการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองทั้งด้านการจัดการผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด การดูแล ระบบทางเดินหายใจ โภชนาการ การพักผ่อน สุขอนามัยส่วนบุคคล และสุขภาพจิตใจ สรุปเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

1. ประสบการณ์ตรง (Performance accomplishment)
2. การเรียนรู้ผ่านแบบอย่าง (Vicarious experience)
3. การโน้มน้าวทางวาจา (Verbal persuasion)
4. การควบคุมภาวะอารมณ์ (Emotional arousal)

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย
มะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) วัตถุประสงค์ ก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Control Group Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งปอด และเข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12A และหอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นเพศชายหรือหญิง อายุ 20 ปี ขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งปอดในทุกระยะของโรค และอยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในทุกสูตร ตั้งแต่ครั้งที่ 1 ขึ้นไป 3) ไม่มีประวัติสมองเสื่อมหรือภาวะบกพร่องทางการรู้คิด โดยมีคะแนน Mini-cog test มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนนขึ้นไป (Borson, Scanlan, Chen, Ganguli, 2003) 4) มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถใช้งานแอปพลิเคชันพื้นฐานได้ เช่น แอปพลิเคชันไลน์ และ 5) ความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก ดังนี้ 1) ผู้เข้าร่วมมีการยุติหรือเปลี่ยนแผนการรักษาจากยาเคมีบำบัดเป็นวิธีการรักษาอื่นในระหว่างดำเนินโปรแกรม 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกสัปดาห์หรือตลอดระยะเวลาของโปรแกรม 3) ไม่สามารถตอบแบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองได้ครบทั้งก่อนและหลังโปรแกรม 4) มีภาวะวิกฤตที่แพทย์พิจารณาว่า ไม่เหมาะสมต่อการเข้าร่วมโปรแกรม

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power (Faul, Erdfelder, Lang, Buchner, 2007) โดยกำหนดการทดสอบแบบสองด้าน ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 (Cohen, 1992) เนื่องจากไม่พบการศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียงกันและมีข้อมูลเพียงพอสำหรับประมาณขนาดอิทธิพล ผู้วิจัยจึงอ้างอิงเกณฑ์ของ Cohen (1988) และกำหนดขนาดอิทธิพลระดับมาก (Cohen's $d = .80$) สำหรับการคำนวณขนาดตัวอย่าง ผลการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 26 คนต่อกลุ่ม เมื่อเผื่อการสูญหายร้อยละ 10 (Sakpal, 2010) ได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 29 คนต่อกลุ่ม ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 30 คนต่อกลุ่ม เพื่อให้สอดคล้องกับการสุ่มแบบบล็อก ขนาด 6 รวมทั้งสิ้น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในหอผู้ป่วย 2 แห่งของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งมีแนวทางการพยาบาลตามปกติใกล้เคียงกัน เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จึงสุ่มจัดสรรเป็นรายบุคคลเข้าสู่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม เพื่อลดอคติในการจัดกลุ่ม การสุ่มจัดสรรใช้วิธีสุ่มแบบบล็อกสลับลำดับ (Random Permuted Blocks) กำหนดขนาดบล็อกเท่ากับ 6 คน โดยแต่ละบล็อกประกอบด้วยกลุ่มทดลอง 3 คน และกลุ่มควบคุม 3 คน กำหนดให้ E หมายถึงกลุ่มทดลอง และ C หมายถึงกลุ่มควบคุม ลำดับการจัดสรรภายในบล็อกได้รับการสุ่มสลับ เช่น ECECEC, CCEECE, EECCEC, EEECCC, EECCCC, CCCEEE, ECCEEC, CEECCE, EECCCC หรือ CECECE สำหรับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน จึงใช้จำนวน 10 บล็อก เนื่องจากแต่ละบล็อกมีผู้เข้าร่วม 6 คน และเมื่อดำเนินการครบ 10 บล็อก จะได้กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ผู้ช่วยวิจัยซึ่งไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมเป็นผู้จัดทำลำดับการสุ่มล่วงหน้า และปิด

การจัดสรรโดยบรรจุผลการสุ่มลงในซองทึบแสงปิดผนึกเรียงหมายเลขตามลำดับ (Sequentially Numbered Opaque Sealed Envelopes) เมื่อมีผู้เข้าร่วมรายใหม่ ผู้ช่วยวิจัยเปิดซองตามหมายเลขลำดับต่อเนื่องเพื่อกำหนดให้เข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ครอบคลุมข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ เป็นต้น

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การจัดการผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด การดูแลระบบทางเดินหายใจ การดูแลด้านโภชนาการ การพักผ่อนให้เพียงพอ การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล การดูแลสุขภาพจิตใจ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) แบบประเมินเป็น มาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 30 ข้อ ให้คะแนน ตั้งแต่ 1 = ไม่เคยปฏิบัติเลย ถึง 5 = ปฏิบัติเป็นประจำ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 30 – 150 คะแนน และนำมาคำนวณเป็นค่าเฉลี่ยคะแนนรวม (ช่วง 1.00 – 5.00) โดยค่าเฉลี่ยที่สูงขึ้นสะท้อนถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น การแปลผลใช้เกณฑ์ของ Best (1977) แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (4.21 – 5.00) มาก (3.41 – 4.20) ปานกลาง (2.61 – 3.40) น้อย (1.81 – 2.60) และน้อยที่สุด (1.00 – 1.80)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Bandura (1977) โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ในการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติตนที่เหมาะสม โปรแกรมนี้ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ การสร้างประสบการณ์ตรงผ่านกิจกรรมดูแลสุขภาพ การเรียนรู้จากแบบอย่าง เช่น วิดีโอการดูแลตนเอง การให้กำลังใจด้วยถ้อยคำจากบุคลากรทางการแพทย์ การเสริมสร้างภาวะอารมณ์เชิงบวก เช่น การจัดการความวิตกกังวล โปรแกรมใช้รูปแบบการบรรยาย การให้คำปรึกษา และการสนับสนุนผ่านสื่อการเรียนรู้ ได้แก่ แผ่นพับ คู่มือ วิดีโอ หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Book: e-book) และการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์กระตุ้นเตือน สื่อสาร และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถรับข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ตรวจสอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ อาจารย์พยาบาล และพยาบาล ประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และ .95 ตามลำดับ ส่วนโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและสื่อประกอบ ได้แก่ วิดีโอให้ความรู้ แผ่นพับ และหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ได้รับการประเมินความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) มีค่าอยู่ระหว่าง .67 - 1.00 ผู้วิจัยปรับปรุงเนื้อหาและรูปแบบของโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อนำไปใช้ในการทดลองจริง (สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, 2563)

ความเที่ยง (Reliability) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 ราย และวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .84 นอกจากนี้ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย พบว่าสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามขั้นตอน และเข้าใจสื่อประกอบ โดยผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะไปปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริงในการทดลอง (สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, 2563)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้ช่วยวิจัยขออนุญาตผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ประสานงานกับแพทย์และพยาบาลเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ และเข้าพบผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษา สิทธิในการถอนตัว และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล เมื่อผู้ป่วยยินยอม จึ่งลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม จากนั้นผู้ช่วยนักวิจัยดำเนินการสุ่มจัดสรรกลุ่มด้วยการสุ่มแบบบล็อกสลับ

ลำดับ จนครบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย แล้วจึงให้ผู้เข้าร่วมทำแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการทดลองใช้เวลาประมาณ 20 – 30 นาที การดำเนินการในทั้งสองกลุ่มอยู่ในช่วงเวลาเดียวกัน โดยจัดกิจกรรมและติดต่อผู้เข้าร่วมเป็นรายบุคคล แยกช่องทางการสื่อสาร และขอความร่วมมือไม่เผยแพร่สื่อหรือรายละเอียดของโปรแกรมแก่ผู้ป่วยรายอื่น เพื่อลดการปนเปื้อนระหว่างกลุ่ม

3. กลุ่มทดลอง ได้รับกิจกรรมดังนี้

3.1 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูราเป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยกิจกรรม ได้แก่ การสร้างประสบการณ์สำเร็จจากการลงมือทำจริง การเรียนรู้ผ่านแบบอย่าง การให้กำลังใจ และข้อเสนอแนะ และการจัดการอารมณ์ โปรแกรมดำเนินการผ่านแอปพลิเคชันไลน์ร่วมกับสื่อประกอบ ได้แก่ วีดีโอ ให้ความรู้ แผ่นพับ และหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ กำหนดกิจกรรมหลักสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 40 – 60 นาที และมีการฝึกปฏิบัติในชีวิตประจำวันใช้เวลาประมาณ 10 – 15 นาทีต่อวัน พร้อมการติดตามสั้น ๆ ทางไลน์สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 5 – 10 นาที โดยมีรายละเอียดรายสัปดาห์ดังนี้

3.2 สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมเริ่มต้นอย่างมั่นใจ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ อธิบายเป้าหมายของโปรแกรม กติกาการสื่อสาร และฝึกใช้แอปพลิเคชันไลน์ให้ผู้ป่วยสื่อสารได้คล่อง จากนั้นมอบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์และสรุปแผ่นพับฉบับย่อให้ผู้ป่วยเลือกพฤติกรรมเป้าหมายที่ทำได้จริง 1 – 2 ข้อ พร้อมเริ่มแบบบันทึกพฤติกรรมเพื่อสร้างความสำเร็จตั้งแต่สัปดาห์แรก ใช้เวลาประมาณ 60 นาที

3.3 สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมดูตัวอย่างแล้วทำตามได้ ผู้ป่วยรับชมวีดีโอแสดงตัวอย่างการดูแลตนเอง พร้อมอภิปรายสั้น ๆ ผ่านไลน์เกี่ยวกับสิ่งที่ทำได้และสิ่งที่ยาก จากนั้นเลือก 1 พฤติกรรมไปทดลองปฏิบัติและรายงานผลเป็นข้อความสั้นหรือภาพถ่ายตามความเหมาะสม ใช้เวลาประมาณ 45 – 60 นาที

3.4 สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมโค้ชส่วนตัวและกำลังใจรายบุคคล ผู้วิจัยทบทวนแบบบันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วยแต่ละราย และให้ข้อเสนอแนะเชิงบวกแบบเฉพาะบุคคลผ่านไลน์ โดยเน้นการชมจุดที่ทำได้ดีร่วมกับข้อเสนอแนะที่ทำได้ทันที พร้อมตั้งเป้าหมายรายสัปดาห์แบบง่ายเพื่อเพิ่มความมั่นใจ ใช้เวลาประมาณ 40–50 นาที

3.5 สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมจัดการอารมณ์ ทำได้ต่อเนื่อง ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการจัดการความเครียดและอารมณ์ที่เป็นอุปสรรคต่อการทำพฤติกรรม แนะนำแบบฝึกผ่อนคลายแบบสั้น พร้อมส่งวีดีโอฝึกปฏิบัติให้ทำตาม และเปิดช่องทางให้ผู้ป่วยสอบถามปัญหาเป็นรายบุคคลผ่านไลน์ตามเวลาที่กำหนด ใช้เวลาประมาณ 45–60 นาที

3.6 สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมสร้างแผนสุขภาพให้เข้ากับชีวิตจริง โดยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมนำความรู้และทักษะที่ได้รับมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของตน เช่น วางแผนอาหาร การพักผ่อน สุขอนามัย หรือการดูแลด้านจิตใจ โดยกำหนดเป้าหมายที่ทำได้จริงและสามารถวัดผลได้ ผู้วิจัยติดตามผลในช่วงกลางสัปดาห์ พร้อมทั้งปรับระดับความยากของกิจกรรมให้เหมาะสมกับศักยภาพของแต่ละบุคคล เพื่อส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลาประมาณ 40–50 นาที

3.7 สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมแก้อุปสรรคด้วยแผนเฉพาะตัว ผู้วิจัยช่วยผู้ป่วยวิเคราะห์อุปสรรคที่ทำให้พฤติกรรมสะดุด และร่วมกันวางแผนรับมือเป็นขั้นตอน พร้อมให้ผู้ป่วยฝึกตัดสินใจเลือกทางออกที่เหมาะสมกับตนเอง และทบทวนเนื้อหาเสริมผ่านหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เพื่อใช้อ้างอิงต่อเนื่อง ใช้เวลาประมาณ 45–60 นาที

3.8 สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมทบทวนความก้าวหน้าและเสริมแรง ผู้วิจัยสรุปความก้าวหน้าของผู้ป่วยจากแบบบันทึก ชี้ให้เห็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงและสิ่งที่ทำได้ดี พร้อมให้กำลังใจและย้ำจุดแข็งของผู้ป่วย กระตุ้นให้รักษาพฤติกรรมที่ดี และเลือก 1 พฤติกรรมที่ต้องการทำต่อเนื่องหลังจบโปรแกรม ใช้เวลาประมาณ 40–50 นาที

3.9 สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมสรุปผลและต่อยอดสู่การทำด้วยตนเอง ผู้วิจัยทบทวนสาระสำคัญทั้งหมด ช่วยผู้ป่วยจัดทำแผนดูแลตนเองต่อเนื่องหลังจบโปรแกรม และมอบชุดสื่อสำหรับทบทวน ได้แก่ วีดีโอ แผ่นพับ และหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ พร้อมให้กำลังใจและปิดโปรแกรมอย่างเหมาะสม ใช้เวลาประมาณ 50 – 60 นาที

4. กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของหอผู้ป่วย ได้แก่ การดูแลตามแผนการรักษา การประเมินอาการ และการให้คำแนะนำตามปกติ โดยไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และไม่มีการติดตามเพิ่มเติมจากทีมวิจัยนอกเหนือจากการตอบแบบประเมินตามกำหนด

5. ผู้เข้าร่วมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองด้วยเครื่องมือชุดเดิม ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที ก่อนตอบแบบประเมิน ผู้เก็บข้อมูลชี้แจงด้วยความเดียวกันว่าไม่มีคำตอบถูกหรือผิด คำตอบไม่มีผลต่อการรักษา และขอให้ตอบตามพฤติกรรมที่ปฏิบัติจริง จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมตอบแบบประเมินด้วยตนเองในบริเวณที่มีความเป็นส่วนตัว โดยผู้เก็บข้อมูลหลีกเลี่ยงการชี้นำหรือแสดงความคิดเห็นต่อคำตอบ เมื่อผู้เข้าร่วมตอบแบบประเมินเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ และจัดเก็บข้อมูลโดยใช้รหัสแทนชื่อเพื่อรักษาความลับของผู้เข้าร่วม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลส่วนบุคคลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคุณลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบร้อยละ Chi-Square Test, Fisher Exact Test และ Independent T-Test ตามลักษณะของข้อมูล

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent T-Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วย Shapiro-Wilk Test มีค่า $p\text{-value} > .05$ ซึ่งเป็นการแจกแจงเป็นแบบปกติ

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent T-Test เนื่องจากผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วย Shapiro-Wilk Test มีค่า $p\text{-value} > .05$ ซึ่งเป็นการแจกแจงเป็นโค้งปกติ และทดสอบข้อตกลงสำหรับสถิติ Independent T-Test ด้วยการทดสอบ Levene's Test พบว่า $p\text{-value} > .05$ ซึ่งข้อมูลมีความแปรปรวนทั้งสองกลุ่มเท่ากัน

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่โครงการวิจัย 163/68 E ลงวันที่ 10 กันยายน 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ภูมิหลัง	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.438 ^b
ชาย	14	46.67	18	60.00	
หญิง	16	53.33	12	40.00	
ช่วงอายุ (ปี)					.974 ^c
	$M = 59.60, SD = 11.88, Min = 37, Max = 77$		$M = 59.70, SD = 11.70, Min = 38, Max = 77$		
ระยะของโรค					.438 ^b
ระยะ III	12	40.00	16	53.33	
ระยะ IV	18	60.00	14	46.67	

ภูมิหลัง	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
รายได้ (บาท/เดือน)					.353 ^a
ไม่มีรายได้	3	10.00	1	3.33	
5,000 - 10,000	6	20.00	7	23.33	
10,001-20,000	4	13.33	2	6.67	
20,001-30,000	5	16.67	2	6.67	
30,001-40,000	11	36.67	13	43.33	
40,001-50,000	1	3.33	5	16.67	
สถานภาพสมรส					.212 ^a
โสด	2	6.67	5	16.67	
คู่	25	83.33	19	63.33	
หม้าย	3	10.00	6	20.00	
อาชีพ					.207 ^a
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	30.00	11	36.67	
รับจ้าง	10	33.33	14	46.67	
ค้าขาย	3	10.00	0	0.00	
ข้าราชการ	8	26.67	5	16.66	
ระดับการศึกษา					.822 ^a
ประถมศึกษา	12	40.00	16	53.34	
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	3.33	2	6.67	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	5	16.67	4	13.33	
อนุปริญญาตรี/ปวส.	5	16.67	4	13.33	
ปริญญาตรี	7	23.33	4	13.33	

^aChi-square, ^bFisher's Exact Test, ^cIndependent t-test

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มควบคุมจำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.33 มีอายุเฉลี่ย 59.60 ปี ($SD = 11.88$) ช่วงอายุ 37 – 77 ปี ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งปอดระยะ IV ร้อยละ 60.00 มีรายได้อยู่ในช่วง 30,001 – 40,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 36.67 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 83.33 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.33 และมีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 40.00 ส่วนกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.00 มีอายุเฉลี่ย 59.70 ปี ($SD = 11.70$) ช่วงอายุ 38 – 77 ปี ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งปอดระยะ III ร้อยละ 53.33 มีรายได้อยู่ในช่วง 30,001 – 40,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 43.33 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 63.33 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 46.67 และมีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 53.34 เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลภูมิหลังระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า เพศ อายุ ระยะของโรค รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ และระดับการศึกษาไม่แตกต่างกัน

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังและก่อนการทดลอง

ตาราง 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังและก่อนการทดลอง

กลุ่ม	หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		Mean Difference	95% CI of Mean Difference	t	P-value
	M	SD	M	SD				
กลุ่มควบคุม (n = 30)	2.66	0.28	2.64	0.26	0.02	-0.08 ถึง 0.13	0.399	.699
กลุ่มทดลอง (n = 30)	4.45	0.21	2.63	0.32	1.82	1.68 ถึง 1.96	27.255	<.001

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลอง ($M = 2.66$, $SD = 0.28$) และก่อนการทดลอง ($M = 2.64$, $SD = 0.26$) ไม่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลอง ($M = 4.45$, $SD = 0.21$) สูงวก่อนการทดลอง ($M = 2.63$, $SD = 0.32$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 27.255$, $p\text{-value} < .001$)

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

การทดสอบ	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		M Difference	95% CI of M Difference	t	p-value
	M	SD	M	SD				
ก่อนการทดลอง	2.64	0.27	2.63	0.32	0.01	-0.14 ถึง 0.16	.100	.911
หลังการทดลอง	2.66	0.28	4.45	0.21	-1.79	-1.92 ถึง -1.66	-27.777	<.001

จากตาราง 3 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($M = 2.64$, $SD = 0.27$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($M = 2.63$, $SD = 0.32$) ไม่แตกต่างกัน ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($M = 4.45$, $SD = 0.21$) สูงวกกลุ่มควบคุม ($M = 2.66$, $SD = 0.28$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = -27.777$, $p\text{-value} < .001$)

การอภิปรายผล

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน ผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1977) ที่ระบุว่า ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจลงมือทำ ความพยายาม และความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพ โปรแกรมในการวิจัยนี้ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านการสร้างประสบการณ์สำเร็จ การเรียนรู้จากแบบอย่าง การได้รับกำลังใจ และการจัดการอารมณ์โดยกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1–3 มีการกำหนดเป้าหมาย การเรียนรู้จากตัวแบบ และการให้คำแนะนำรายบุคคล ส่วนสัปดาห์ที่ 4–8 มีการจัดการอารมณ์ การแก้ไขอุปสรรค การทบทวนความก้าวหน้า และการวางแผนดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง พร้อมติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพื่อกระตุ้นเตือนให้คำแนะนำ และเสริมแรง จึงช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและปฏิบัติการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ลักษณะกิจกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนอย่างเป็นระบบและการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลช่วยส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง (Chen, Qin, Chaimongkol, 2024; Lim, Kwok, Williams, Koczwara, 2023; Tuominen, Leino-Kilpi, Poraharju, Cabutto, Carrion, Lehtiö et al., 2024) ผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับ

การศึกษาของ Zhang, Kwekkeboom, Petrini (2015) ที่พบว่าสมรรถนะแห่งตนสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และการศึกษาของ Abu El-Kass, Ragheb, Hamed, Turkman, Zaki (2021) ที่พบว่าระดับสมรรถนะแห่งตนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังป่วยมักเผชิญภาวะอาการและความเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง (Carnio, Di Stefano, Novello, 2016) การช่วยให้ผู้ป่วยฝึกทักษะที่ละขั้น กำหนดเป้าหมายที่ทำได้จริง และได้รับการเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง จึงเอื้อต่อการคงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า เมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนและประสบความสำเร็จซ้ำ ๆ จะเกิดความเชื่อมั่นและปฏิบัติพฤติกรรมได้สม่ำเสมอมากขึ้น (Artino, 2012)

2. ก่อนการทดลอง คณะแผนกวิจัยพฤติกรรมและการดูแลตนเองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีพื้นฐานด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองใกล้เคียงกัน จึงช่วยลดความเป็นไปได้ที่ความแตกต่างภายหลังเกิดจากความแตกต่างพื้นฐานเดิมของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวอาจสะท้อนถึงผลของกิจกรรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการติดตามอย่างต่อเนื่องผ่านแอปพลิเคชัน มากกว่าการพยาบาลตามมาตรฐานเพียงอย่างเดียว อธิบายได้ว่าโปรแกรมไม่ได้มุ่งเพียงให้ข้อมูล แต่ช่วยเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเอง ผ่านองค์ประกอบทั้ง 4 ของแนวคิดสมรรถนะแห่งตน ได้แก่ 1) การสร้างประสบการณ์ตรงจากการกำหนดเป้าหมายและลงมือปฏิบัติ 2) การเรียนรู้จากแบบอย่างผ่านวิดีโอ 3) การโน้มน้าวทางวาจาผ่านคำแนะนำกำลังใจ และการติดตามทางแอปพลิเคชัน และ 4) การจัดการภาวะอารมณ์ผ่านการฝึกผ่อนคลายและการให้คำปรึกษา ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยค่อย ๆ เกิดความมั่นใจและจัดการอุปสรรคในการดูแลตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อว่าตนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมได้จริง และนำไปสู่การลงมือปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Chen, Qin, Chaimongkol (2024) ที่พบว่าโปรแกรมสนับสนุนแบบมีโครงสร้างช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง (Self-care) เมื่อผู้ป่วยมั่นใจมากขึ้น จะกล้าลงมือทำและทำซ้ำได้ต่อเนื่อง จึงทำให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ซึ่งเชื่อมโยงกับผลของงานวิจัยนี้ที่กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ สอดคล้องกับการทบทวนของ Lim, Kwok, Williams, Koczwara (2023) ที่พบว่าเมื่อมีการสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างเป็นระบบ เช่น การให้ความรู้ที่เป็นขั้นตอน การตั้งเป้าหมาย การติดตาม และการสะท้อนผล ผู้ป่วยมะเร็งจะปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น เพราะการดูแลตนเองไม่ใช่แค่รู้ แต่ต้องมีระบบช่วยให้ทำได้จริง ซึ่งตรงกับกลไกของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการวิจัยนี้ อีกทั้งสอดคล้องกับ Tuominen, Stolt, Meretoja, Leino-Kilpi (2018) ที่พบว่าเครื่องมือหรือวิธีสนับสนุนแบบมีปฏิสัมพันธ์ช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมและเสริมพลัง (Empowerment) ให้ผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ป่วยไม่ได้เป็นเพียงผู้รับข้อมูล แต่ได้มีส่วนร่วมในการประเมินและตัดสินใจดูแลตนเอง ทำให้เกิดความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมมากขึ้น จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีประสิทธิภาพในการเพิ่มระดับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด อีกทั้งผลลัพธ์ที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นการเสริมแรงและการฝึกปฏิบัติของผู้ป่วยให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังเป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเคมีบำบัดในหน่วยงานให้เป็นระบบมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้การนำไปใช้ในทางปฏิบัติจะช่วยสนับสนุนบทบาทผู้ป่วยในการจัดการตนเองและลดปัญหาการดูแลตนเองที่ไม่สม่ำเสมอระหว่างการรักษา

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างมาจากโรงพยาบาลเดียวจึงอาจจำกัดการอ้างอิงผลไปใช้ในบริบทอื่น การประเมินผลเฉพาะก่อนและหลังจบโปรแกรม 8 สัปดาห์จึงยังไม่สะท้อนผลในระยะยาว และการวัดผลเป็นแบบรายงานตนเอง ซึ่งอาจมีอคติจากการตอบแบบสอบถาม รวมทั้งอาจมีปัจจัยร่วม เช่น ระยะเวลาและสูตรยาเคมีบำบัดที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปควรขยายการศึกษาในหลายหน่วยบริการและติดตามผลระยะยาวมากขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำผลการวิจัยและองค์ประกอบของโปรแกรมไปใช้เป็นแนวทางเบื้องต้นในการพัฒนาชุดโปรแกรม หรือสื่อการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยควรปรับเนื้อหาและทดสอบความเหมาะสมให้สอดคล้องกับอาการข้างเคียงและบริบทของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มก่อนนำไปใช้
2. พยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรด้านสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการหรือโรงพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับบริบทของการศึกษาครั้งนี้ เพื่อส่งเสริมความมั่นใจในการจัดการอาการข้างเคียงและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด
3. หน่วยงานหรือองค์กรสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวปฏิบัติและระบบบริการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบต่อเนื่อง รวมถึงสนับสนุนสื่อการสอนและการพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อยกระดับคุณภาพการบริการให้มีมาตรฐาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาติดตามผลหลังจบโปรแกรมในระยะยาว เช่น 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์ด้านอาการข้างเคียง พร้อมวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนควบคู่กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อยืนยันกลไกการเปลี่ยนแปลงตามกรอบแนวคิดของแบนดูรา
2. ขยายกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ศึกษาให้หลากหลายมากขึ้นในหลายโรงพยาบาลและหลายบริบทบริการ เพื่อเพิ่มความครอบคลุมและความสามารถในการอ้างอิงผลไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดในภาพรวม รวมทั้งควรขยายผลโปรแกรมไปยังผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยปรับเนื้อหาให้เหมาะกับอาการข้างเคียงเฉพาะโรค
3. ศึกษาผลของโปรแกรมร่วมกับตัวแปรผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์จากเคมีบำบัด ความเหนื่อยล้า ภาวะโภชนาการ คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจต่อการดูแล เพื่อสะท้อนผลลัพธ์เชิงสุขภาพที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

คำแถลงการณ์การใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์เชิงสร้างสรรค์ในบางขั้นตอนของการจัดทำบทความ เพื่อช่วยตรวจสอบภาษา ปรับความกระชับ และเรียบเรียงเนื้อหา โดยมีได้ใช้ในการสร้างข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล หรือแปลผลการวิจัย ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนและตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาทั้งหมดก่อนเผยแพร่

ผลประโยชน์ทับซ้อน

คณะผู้วิจัย ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนในงานวิจัยนี้

รายการอ้างอิง

- ปรารธนา กันทอน และเกษร สำเภาทอง. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ดูแล. *วารสารการพยาบาล*, 23(2), 14-29.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/vnj/article/view/252697/173674>
- มานิตย์ แซ่เตียว. (2562). *โรคมะเร็งปอด*. อุบลราชธานี: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือมาตรฐานการทำงานเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดและการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยา*. กรุงเทพมหานคร: นิเวศธรรมดาการพิมพ์.

- สมปอง พะมูลิลา, อรุณ กลิ่นบัว, จมร เมาะลาชี, วรชมน ปาพรหม, และชลียา วามะลุน. (2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 25(3), 320-328.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/271844/184871>
- สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. (2563). *การพัฒนาเครื่องมือสำหรับการวิจัยทางการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อนุชิต มะรอป, ฟาอิส วาเลาะเต, และสุรวุฒิ ดอเลาะ. (2567). ประสบการณ์ชีวิตตามมุมมองโลก 5 ใบของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 11(3), e271806.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/271806/184191>
- Abu El-Kass, S., Ragheb, M. M., Hamed, S. M., Turkman, A. M., & Zaki, A. T. (2021). Needs and self-care efficacy for cancer patients suffering from side effects of chemotherapy. *Journal of Oncology*, 2021(1), e8880366. doi.org/10.1155/2021/8880366
- Artino, A. R., Jr. (2012). Academic self-efficacy: from educational theory to instructional practice. *Perspectives on Medical Education*, 1(2), 76-85. doi.org/10.1007/s40037-012-0012-5
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191
- Best, J. W. (1977). *Research in Education* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Borson, S., Scanlan, J. M., Chen, P., & Ganguli, M. (2003). The Mini-Cog as a screen for dementia: Validation in a population-based sample. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(10), 1451–1454. doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51465.x
- Carnio, S., Di Stefano, R. F., & Novello, S. (2016). Fatigue in lung cancer patients: symptom burden and management of challenges. *Lung Cancer: Targets and Therapy*, 7(1), 73-82. doi.org/10.2147/lctt.S85334
- Chen, X., Qin, Y., & Chaimongkol, N. (2024). Effectiveness of a phone-based support program on self-care self-efficacy, psychological distress, and quality of life among women newly diagnosed with breast cancer: A randomized controlled trial. *European Journal of Oncology Nursing*, 71(1), 102-110. doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102643
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- 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
- International Agency for Research on Cancer. (2024). *Thailand Fact Sheet*. Global Cancer Observatory. Retrieved June 29 from <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/764-thailand-fact-sheet.pdf>

- Liang, S. Y., Chao, T. C., Tseng, L. M., Tsay, S. L., Lin, K. C., & Tung, H. H. (2016). Symptom-management self-efficacy mediates the effects of symptom distress on the quality of life among Taiwanese oncology outpatients with breast cancer. *Cancer Nursing*, 39(1), 67-73. doi.org/10.1097/ncc.0000000000000244
- Lim, D. S. C., Kwok, B., Williams, P., & Koczwara, B. (2023). The impact of digital technology on self-management in cancer: Systematic review. *JMIR Cancer*, 9(1), 145-155. doi.org/10.2196/45145
- Sakpal, T. V. (2010). Sample size estimation in clinical trial. *Perspectives in Clinical Research*, 1(2), 67-69. doi.org/10.4103/2229-3485.71856
- Sirisomboon, A., Tayanun, G., Tanskul, N., Puetdapongpaphanij, S., Sirisoonthornphibul, T., Teerakomolwit, C., et al. (2024). A review: Epidemiology and risk factors of lung cancer patients in Thailand. *SciTech Research Journal*, 7(2), 155-168. https://ph02.tci-thaijo.org/index.php/jstrmu/article/view/253034/171084
- Tuominen, L., Leino-Kilpi, H., Poraharju, J., Cabutto, D., Carrion, C., Lehtiö, L., et al. (2024). Interactive digital tools to support empowerment of people with cancer: A systematic literature review. *Supportive Care in Cancer*, 32(6), 396-405. doi.org/10.1007/s00520-024-08545-9
- Tuominen, L., Stolt, M., Meretoja, R., & Leino-Kilpi, H. (2018). Effectiveness of nursing interventions among patients with cancer: An overview of systematic reviews. *Journal of Clinical Nursing*, 28(1), 135-148. doi.org/10.1111/jocn.14762
- World Health Organization. (2025). *Cancer. [Fact Sheet]*. Retrieved June 29, 2025, from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer
- Zhang, Y., Kwekkeboom, K., & Petrini, M. (2015). Uncertainty, self-efficacy, and self-care behavior in patients with breast cancer undergoing chemotherapy in China. *Cancer Nursing*, 38(3), 19-26. doi.org/10.1097/ncc.0000000000000165

ผลของโปรแกรมการสร้างความรู้ตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในตำบลเตาปูน จังหวัดราชบุรี

The Effects of an Awareness-building Program on Stroke Prevention Behaviors among At-risk Individuals in Taopoon Subdistrict, Ratchaburi Province

ปาไลตา จำเหล¹, รักชนก คชไกร^{2*}, จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์²

Palita Jamle¹, Rukchanok Koshakri^{2*}, Juntima Rerkluenrit²

¹นักศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹Master Student, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner,
Faculty of Nursing, Mahidol University ²Faculty of Nursing, Mahidol University

(Received: February 12, 2026; Revised: July 6, 2026; Accepted: July 7, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความรู้ตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในตำบลเตาปูน จังหวัดราชบุรี จำนวนทั้งสิ้น 60 คน สุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ จำนวน 30 คน ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างความรู้ตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาราบ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .766 ทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired T-Test และ สถิติ Independent T-Test ผลการวิจัยพบว่า

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

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

บุคลากรทางสุขภาพควรนำโปรแกรมฯ ไปใช้เป็นแนวทางการดำเนินงาน ในการสร้างเสริมความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โปรแกรมการสร้างความรู้ตระหนักรู้ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: rukchanok.kos@mahidol.ac.th)

Abstract

This two-group quasi-experimental study employed a pretest-posttest design to examine the effects of an awareness-building program on stroke prevention behaviors among individuals at risk of stroke in Tao Poon Subdistrict of Ratchaburi Province. A total of 60 participants were recruited through simple random sampling, using the drawing of lots method and equally assigned to an experimental group and a control group, with 30 participants in each group. The experimental group received an 8-week awareness-building program designed to promote stroke prevention behaviors, whereas the control group received standard care from the local Subdistrict Health Promoting Hospital. Data were collected using a personal information form and a stroke prevention behavior questionnaire with a content validity index of 1.00 and a reliability coefficient of .766. Data were analyzed using descriptive statistics, Paired T-Test, and Independent T-Test. The results showed as follows.

1. After the intervention, the experimental group had significantly higher mean scores for awareness of stroke prevention behaviors compared to both their pretest scores and the control group (p -value < .05).

2. After the intervention, the experimental group also demonstrated significantly higher mean scores for stroke prevention behaviors compared to both their pretest scores and the control group (p -value < .05).

These results suggest that healthcare personnel should consider implementing this program as a guideline for promoting awareness and stroke prevention behaviors among individuals at risk of stroke in the community.

Keywords: Stroke Prevention Behaviors, Awareness-Building Program, Individuals at Risk of Stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease: CVD หรือ Stroke) จัดเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบในวงกว้างทั้งในระดับประเทศและระดับโลก โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ซึ่งมักได้รับผลกระทบในระยะยาวจากภาวะความพิการ การพึ่งพิงผู้อื่น รวมถึงการสูญเสียชีวิต อันนำไปสู่การต่อครอบครัว ชุมชน และระบบเศรษฐกิจโดยรวม รายงานขององค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization: WSO) ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2561 โรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของประชากรโลก โดยมีผู้ป่วยสะสมประมาณ 80 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวมากกว่า 50 ล้านราย คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 62.50 ของการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคนี้ในบริบทของประเทศไทย (WSO, 2018) ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค ในปี พ.ศ. 2563 ชี้ให้เห็นว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 5 ของประชาชน โดยในปี ค.ศ. 2016 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวเฉลี่ยทุก 3 นาที 33 วินาที (สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) นอกจากนี้ รายงานของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American Heart Association [AHA], 2021) ระบุว่าในปี ค.ศ. 2019 มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 6.6 ล้านราย สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มภาระโรคที่ยังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และตอกย้ำถึงความจำเป็นในการพัฒนามาตรการป้องกันและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปของพื้นที่รับผิดชอบ พบแนวโน้มการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายปีที่ผ่านมา โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบจำนวน 3 ราย และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยจำนวน 3 ราย โดยมีผู้เสียชีวิต

จำนวน 1 ราย นอกจากนี้จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โดยข้อมูลในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2567 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 132, 148 และ 150 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 2, 2 และ 4 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน จำนวน 14, 15 และ 19 คน และผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 2, 3 และ 7 คน รวมกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดจำนวน 150, 168 และ 180 คนตามลำดับ ซึ่งประชากรกลุ่มดังกล่าวจัดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นในพื้นที่พบว่า ผู้ป่วยที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักมีปัจจัยพื้นฐานจากโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาราบ, 2567) ผู้ป่วยบางรายเคยมีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน แต่ไม่สามารถรับรู้ว่าเป็นอาการผิดปกติที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน จึงขาดการจัดการหรือการเข้ารับบริการทางการแพทย์อย่างทันท่วงที ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในเวลาต่อมา (รักนิรันดร์ ตานันต์, จริยาวัตร คมพยัคฆ์, อรพินท์ สีขาว, 2561) สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาราบ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี จากการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และรวบรวมสถิติในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการ จำนวน 30 ราย พบว่า กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับค่อนข้างดี อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดด้านความตระหนักรู้และการนำความรู้ดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการความเครียด และการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาราบ, 2567)

การสร้างความรู้ความตระหนักรู้โรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญมาก มีเป้าหมายสำคัญให้ประชาชนและผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาอย่างรวดเร็ว เพราะสามารถลดโอกาสจากภาวะพิการ หากตัดสินใจเข้ารับการรักษาทันเวลาที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดเหตุภายนอกโรงพยาบาล ควรส่งเสริมให้ภาคประชาชนได้มีความรู้ เกิดความตระหนัก โดยสามารถประเมินการรับรู้การเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Foundation, 2022) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง การรับรู้การนำโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้สมรรถนะความสามารถของตนเอง (กาญจนา โมมาลา, พิสุทธิ์ คงคำ, 2563) และพบว่าผู้ป่วยที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะระดับไขมันในเลือดสูงส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แต่ขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (ดลพร ตันทนงศักดิ์กุล, วิณา เทียงธรรม, ปาหนัน พิษญญิณ, 2565) ดังนั้น การรณรงค์ให้ความรู้ด้านสุขภาพและการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะการรับรู้การเตือน ปัจจัยเสี่ยง และความสำคัญของการเข้ารับการรักษาอย่างทันท่วงที จึงเป็นแนวทางสำคัญในการลดความสูญเสียจากความพิการและการเสียชีวิต การเสริมสร้างความตระหนักรู้จะช่วยให้กลุ่มเสี่ยงสามารถพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม และนำความรู้ไปใช้ในการตัดสินใจด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพในบริบทของจังหวัดราชบุรี ข้อมูลจากแผนพัฒนาจังหวัดราชบุรี พ.ศ. 2561 – 2564 ระบุว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของจังหวัด (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และข้อมูลเพื่อการพัฒนาจังหวัด สำนักงานศาลากลางจังหวัดราชบุรี, 2560)

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Breckler (1986) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความรู้ความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในตำบลเตาปูน จังหวัดราชบุรี ซึ่งอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาราบ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี โดยผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการสร้างความรู้ความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยกิจกรรมหลักจำนวน 5 กิจกรรม มุ่งเน้นการเสริมสร้างความตระหนักรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์หรือความเครียด ผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนการศึกษาค้นคว้าที่จะช่วยส่งเสริมความสามารถของกลุ่มเสี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่การลดโอกาส

การเกิดโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ รวมถึงลดอัตราการอุบัติการณ์ของภาวะโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว ผลจากการศึกษาครั้งนี้คาดว่าจะจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยสามารถนำไปสู่การสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน นอกจากนี้ งานวิจัยยังสอดคล้องกับนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases: NCDs) ซึ่งโดยโรคหลอดเลือดสมองจัดเป็นหนึ่งในโรคสำคัญของกลุ่มดังกล่าว อีกทั้งยังมีความเชื่อมโยงโดยตรงกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3 (Sustainable Development Goal 3: SDG 3) เกี่ยวข้องโดยตรงกับเป้าหมายหลักด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี โดยมุ่งเน้นให้มั่นใจว่าทุกคนมีชีวิตที่สุขภาพดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกช่วงวัย (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในตำบลเตาปูน จังหวัดราชบุรี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

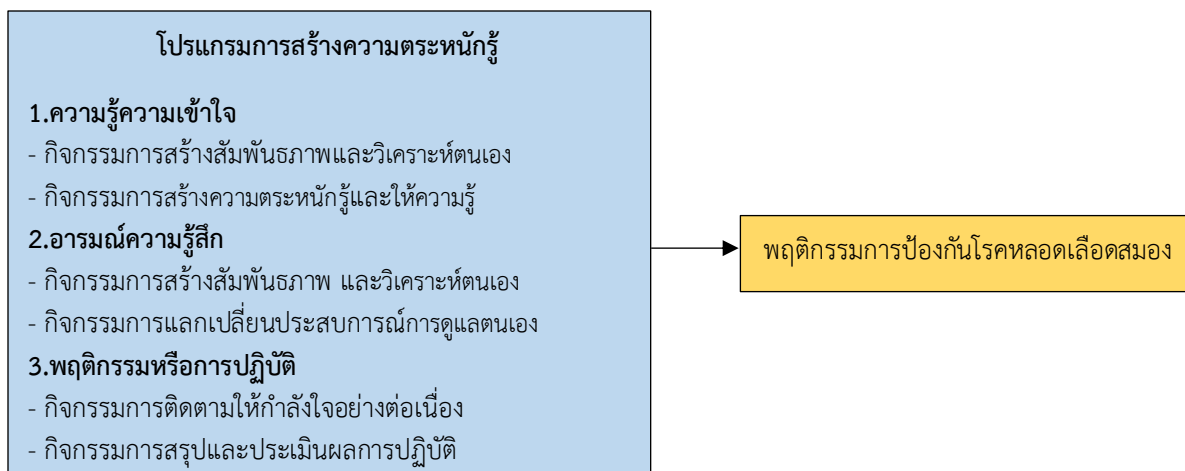
1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้

สมมติฐานวิจัย

1. กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ ภายหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ
2. กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการตระหนักรู้ตามแนวคิดของ Breckler (1986) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดย Breckler (1986) ให้แนวคิดการตระหนักรู้ของบุคคลว่า เมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้า คือ ข้อมูลข่าวสารหรือความรู้ต่าง ๆ จะก่อให้เกิดความรู้สำนึกว่ามีสิ่งนั้นอยู่ จำแนกและรับรู้เป็นพฤติกรรม ที่เกี่ยวกับความรู้สึก และอารมณ์ ความสำนึก ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อสิ่งหนึ่ง หรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง และกล่าวถึงองค์ประกอบสำคัญของความตระหนักรู้มี 3 ประการ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Component) ค่านิยมความเชื่อ (Affective Component) และพฤติกรรม (Behavioral Component) หรือการปฏิบัติ โดยความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญ ที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม ความเชื่อหรือความมั่นใจใน สิ่งต่าง ๆ ว่าเป็นสิ่งถูกต้องเป็นจริงให้ความไว้วางใจ พฤติกรรมเป็น การแสดงออกทั้งทางวาจา กริยา ท่าทาง ที่มีต่อสิ่งเร้าหรือแนวโน้มที่บุคคลปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรม ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงออกแบบโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือโรคไขมันในเลือดสูงที่เสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และมารับบริการในหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาราบ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี จำนวน 180 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้ามีดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือโรคไขมันในเลือดสูง และประเมินโอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในคนไทย (Thai CV Risk Score) มีผลความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า ในกลุ่มเสี่ยงสูง (Risk $\geq$ 20%) 3) เป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ และ 4) ไม่มีภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการคิด การจำผ่านเกณฑ์การถามตอบโดยใช้แบบประเมิน TMSE (Thai Mental State Examination) ได้คะแนนตั้งแต่ 23 คะแนนขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือโรคไขมันในเลือดสูง เสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาราบ ตำบลเตาปูน อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ด้วยโปรแกรม G*power version 3.1.9.4 ซึ่งมีการกำหนดการหาค่าของขนาดกลุ่มตัวอย่าง เป็นการทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว (One-tailed) ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 power = .80 ส่วนค่า effect size ได้จากงานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง (ทิตาวดี สิงห์โค, ศากุล ช่างไม้, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, 2563) ได้ค่า effect size = .727 พบว่าต้องใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัย (Drop Out) จึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Burns, Grove, 2013) รวมเป็นจำนวน 30 ราย รวมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มละ จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับใช้ถามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเป็นแบบสอบถามที่มาจากแบบสอบถามของ วรรัตน์ ทิพย์รัตน์, โสภิต สุวรรณเวลา, ประไพศิ สิงห์สม, สายพิน เม้งเอียด (2561)

เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบและเติมคำและข้อความสั้น ๆ จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา แหล่งข้อมูลที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีเพื่อน หรือครอบครัวเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และประเภทของความเครียด (เช่น โรคอ้วน การสูบบุหรี่ หรือการดื่มแอลกอฮอล์)

1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามของ วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, โสภิต สุวรรณเวลา, ประไพพิศ สิงห์สม, สายพิน เม่งเอียด (2561) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกจำนวน 12 ข้อ และทางลบจำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ บ่อยที่สุด บ่อย นาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย โดยให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0 – 3 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 60 คะแนนมากแปลว่าพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองดี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยคือ โปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดของ Breckler (1986) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมซึ่งแนวคิดของ Breckler (1986) ประกอบไปด้วย 3 ปัจจัย คือ 1) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Component) จะเริ่มต้นจากระดับง่ายและมีการพัฒนาเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ 2) อารมณ์ความรู้สึก (Affective Component) เป็นความรู้สึกด้านทัศนคติ ค่านิยมความตระหนักชอบหรือไม่ชอบ ดีหรือไม่ดี เป็นองค์ประกอบในการประเมินสิ่งเร้าต่าง ๆ 3) พฤติกรรม (Behavioral Component) เป็นการแสดงออกทั้งทางวาจา กิริยา ท่าทางที่มีต่อสิ่งเร้า หรือแนวโน้มที่บุคคลจะกระทำ โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการทั้งหมด 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 “การสร้างสัมพันธ์ภาพ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างทำความรู้จักซึ่งกันและกัน รวมถึงการวิเคราะห์ตนเอง” กิจกรรมที่ 2 “สร้างความตระหนักรู้และให้ความรู้เกี่ยวกับหลอดเลือดสมอง” กิจกรรมที่ 3 “การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเอง” กิจกรรมที่ 4 “การติดตามให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง” และ กิจกรรมที่ 5 “สรุปและประเมินผลการปฏิบัติ”

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ท่าน คำนวณหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item Objective: IOC) ของโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง ได้เท่ากับ 1 จากนั้นปรับแก้ไขโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือ ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 ราย ที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเตาปูน ตำบลเตาปูน อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี เพื่อประเมินประสิทธิภาพของเครื่องมือ โดยแบบประเมินความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ใช้วิธีการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .768 และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .77 หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้ามารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาราบ ตำบลเตาปูน อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยขออนุมัติดำเนินการวิจัยและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และดำเนินการขออนุญาตจากนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดราชบุรี
2. ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย รวมถึงสิทธิต่าง ๆ ของผู้เข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
3. ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพร้อม ๆ กันในช่วงเวลาเดียวกัน เพื่อป้องกันการเกิดปัจจัยรบกวน (Confounding Factor) ระหว่างการดำเนินการวิจัย

ขั้นทดลอง

กลุ่มทดลอง

ดำเนินการทดลองโดยแบ่งเป็นทั้งหมด 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1) กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ วิเคราะห์ตนเอง และการตั้งเป้าหมายระยะสั้น และสิ้นสุดโปรแกรม จัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ใช้เวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาราบ เพื่ออธิบายขั้นตอนและรายละเอียดของการตอบแบบสอบถามให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการสร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างทำความรู้จักซึ่งกันและกัน การวิเคราะห์ตนเอง การเล่าถึงประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในช่วงเวลาที่ผ่านมา อุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความเชื่อหรือค่านิยมในการเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง การแสวงหาความรู้หรือการได้รับข้อมูลในอดีต การตั้งเป้าหมายระยะสั้นและระยะสิ้นสุดโปรแกรม และทำแบบประเมินโอกาสเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในคนไทย (Thai CV Risk) และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (Pre-test)

สัปดาห์ที่ 2 (ครั้งที่ 2) กิจกรรมที่ 2 การสร้างความตระหนักรู้และให้ความรู้เกี่ยวกับหลอดเลือดสมอง จัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ใช้เวลา 60 นาที โดยมีการสร้างความตระหนักรู้และให้ความรู้เกี่ยวกับหลอดเลือดสมองด้วยวิธีการบรรยายอย่างมีส่วนร่วมผ่านสื่อในรูปแบบอินโฟกราฟิก (Infographic) โดยเนื้อหาประกอบไปด้วย 4 หัวข้อ คือ ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง อาการของโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และสรุปสาระสำคัญเกี่ยวกับเนื้อหาที่ได้รับจากการบรรยายให้ความรู้ในข้างต้นให้ครอบคลุมทั้ง 4 หัวข้อ

สัปดาห์ที่ 3 (ครั้งที่ 3) กิจกรรมที่ 3 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเอง และสะท้อนปัญหาแต่ละบุคคล จัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ใช้เวลา 60 นาที โดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเอง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายอารมณ์ความรู้สึก เพื่อสะท้อนปัญหาที่ผ่านมาของแต่ละบุคคล สรุปปัญหา อุปสรรคที่ทำให้การปฏิบัติไม่สำเร็จ และสรุปประเด็นสำคัญจากการร่วมกันวิเคราะห์ โดยเน้นย้ำในเรื่องโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงในการเกิดอันตรายจากโรคหลอดเลือดสมอง

สัปดาห์ที่ 4, 5, 6 และ 7 (ครั้งที่ 4, 5, 6 และ 7) กิจกรรมที่ 4 การติดตามให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง โดยการสนทนาทางวิดีโอ (Video Call) เป็นรายบุคคล ใช้เวลาครั้งละ 15 นาที รวม 4 ครั้ง โดยติดตามให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง Video call เป็นรายบุคคล เพื่อเพิ่มทักษะและประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และให้กำลังใจ ข้อเสนอแนะ และดำเนินการค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 8 (ครั้งที่ 8) กิจกรรมที่ 5 การสรุปและประเมินผลการปฏิบัติ จัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ใช้เวลา 60 นาที โดยมีการสรุปและประเมินผลการปฏิบัติ ทบทวนการบรรลุเป้าหมายของตนเองว่าสามารถทำได้ตามที่ตั้งไว้หรือไม่ ดำเนินการแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกันสรุปประเด็นเกี่ยวกับการถ่ายทอดแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้อื่น และทำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (Post-test)

กลุ่มควบคุม

ดำเนินการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตามมาตรฐานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาราบ โดยมีการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

วันแรกของสัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1) ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Pre-test) ใช้เวลาประมาณ 40 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายผู้เข้าร่วมวิจัยในสัปดาห์ที่ 7

สัปดาห์ที่ 2 – 6 ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันตามปกติ

สัปดาห์ที่ 7 (ครั้งที่ 2) ผู้วิจัยแจกแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองพร้อมทั้งให้ความรู้และสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สื่อการนำเสนอผ่านโปรแกรม Microsoft PowerPoint ใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายผู้เข้าร่วมวิจัยในสัปดาห์ที่ 8

วันสุดท้ายของสัปดาห์ที่ 8 (ครั้งที่ 3) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Post-test) หลังจากนั้นกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลอง (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยคำนวณค่าเฉลี่ย ความถี่ และร้อยละ ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุ และคำนวณความถี่ ร้อยละ สำหรับข้อมูลเชิงกลุ่ม ได้แก่ เพศ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา แหล่งข้อมูลที่ได้รับข่าวสารโรคหลอดเลือดสมอง การมีเพื่อนหรือครอบครัวเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และประเภทของความถี่ และใช้สถิติ Chi-Square และ Fisher's Exact Test ในการวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม ได้แก่ เพศ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา แหล่งข้อมูลที่ได้รับข่าวสารโรคหลอดเลือดสมอง การมีเพื่อนหรือครอบครัวเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และประเภทของความถี่ ส่วนอายุ ใช้สถิติ Independent T-Test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent T-Test ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ($p\text{-value} = .200$)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired T-Test ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ($p\text{-value} = .200$)

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองหมายเลข IRB-NS2025/933.0203 เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.933 ^b
ชาย	4	13.33	7	23.33	
หญิง	26	86.67	23	76.67	
อายุ	M = 63.03, SD = 9.48		M = 60.93, SD = 9.37		.392 ^a
ศาสนา					
พุทธ	30	100	30	100	-
สถานภาพ					.477 ^b
โสด	6	20.00	3	10.00	
สมรส	14	46.67	22	73.33	
หม้าย	8	26.67	3	10.00	
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	2	6.67	2	6.67	
ระดับการศึกษา					.269 ^c
ประถมศึกษา	13	43.33	14	46.67	
มัธยมศึกษา	9	30.00	11	36.67	
ปวช. ปวส. อนุปริญญา	8	26.67	5	16.67	
แหล่งข้อมูลที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง					1.000 ^c
โทรทัศน์	2	6.67	4	13.33	
อินเทอร์เน็ต	0	0	1	3.33	
หนังสือพิมพ์	1	3.33	0	0	
บุคคลในครอบครัว	3	10.00	0	0	
ญาติ	0	0	1	3.33	
แพทย์	3	10.00	3	10.00	
พยาบาล	16	53.33	17	56.67	
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2	6.67	3	10.00	
เภสัชกร	3	10.00	1	3.33	
มีเพื่อน หรือครอบครัวเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง					1.000 ^c
ไม่มี	5	16.67	7	23.33	
มี					
1 - 5 ปี	5	16.67	4	13.33	
6 - 10 ปี	14	46.67	13	43.33	
11 - 15 ปี	3	10.00	5	16.67	
มากกว่า 20 ปี	3	10.00	1	3.33	

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ประเภทของความเครียด					.708 ^c
โรคอ้วน	19	63.33	17	56.67	
การสูบบุหรี่	1	3.33	2	6.67	
การดื่มแอลกอฮอล์	5	16.67	2	6.67	
อื่นๆ(ความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูง)	5	16.67	9	30.00	

หมายเหตุ: ^a Independent t- test; ^b Chi square test ; ^c Fisher's Exact test

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีลักษณะข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน โดยแต่ละกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 86.67 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 76.67) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 63.03 ปี และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 60.93 ปี ทั้งสองกลุ่มนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสมากที่สุด (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 46.67 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 73.33) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 43.33 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 46.67) ทั้งสองกลุ่มได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองจากพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 53.33 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 56.67) กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่มีเพื่อน หรือครอบครัวเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 83.33 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 76.67) และประเภทของความเครียดส่วนใหญ่มีภาวะอ้วน (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 63.33 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 56.67) ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกตามรายด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกตามรายด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง	1.80	0.17	1.78	0.14	410	.683
หลังการทดลอง	2.63	0.11	2.03	0.12	19.308	<.001
ด้านการบริโภคอาหาร	1.73	0.23	2.49	0.19	13.156	<.001
ด้านการออกกำลังกาย	1.64	0.24	2.69	0.15	19.775	<.001
ด้านการจัดการความเครียด	2.05	0.27	2.75	0.13	12.591	<.001
พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.03	0.12	2.63	0.11	7.637	<.001

จากตาราง 2 พบว่าภายหลังให้โปรแกรมการสร้างความรู้ตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 8 สัปดาห์ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มควบคุม 0.60 คะแนน โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 2.63 ($SD = 0.11$) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 2.03 ($SD = 0.12$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลอง

ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และพบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการจัดการความเครียดมากที่สุด ($M = 2.05$, $SD = 0.27$) รองลงมา ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ($M = 1.73$, $SD = 0.23$) และด้านการออกกำลังกาย ($M = 1.64$, $SD = 0.24$) จะเห็นได้ว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความรู้ความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)

การอภิปรายผล

1. ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความรู้ความตระหนักรู้ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ผลการวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างความรู้ความตระหนักรู้สามารถส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายได้จากการที่โปรแกรมการสร้างความรู้ความตระหนักรู้มุ่งเน้นการพัฒนาความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้กลุ่มทดลองตระหนักถึงความรุนแรงของโรคและความจำเป็นในการป้องกันอย่างจริงจัง เมื่อกลุ่มทดลองมีความรู้ควบคู่กับความตระหนักรู้ที่เพิ่มขึ้น จึงนำไปสู่การจัดการตนเองด้านสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีการตั้งเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับบริบทและข้อจำกัดของตนเอง ซึ่งช่วยเพิ่มความมั่นใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง รูปแบบการจัดกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลอง ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสะท้อนคิด และการเรียนรู้จากเพื่อนร่วมกลุ่ม ยังช่วยเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การมีเพื่อนร่วมกลุ่มคอยให้กำลังใจ ติดตาม และแลกเปลี่ยนแนวทางการดูแลตนเอง ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และเพิ่มความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพที่วางไว้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา ทองเพชร, ชลันดา บุตรพุ่ม, เพชรรุ่ง เดชบุญญจิตต์, อรุณ แสงแดง (2565) ซึ่งรายงานว่าการใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม ช่วยให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ดีขึ้น เนื่องจากผู้เข้าร่วมได้รับโอกาสในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์ผลจากพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และนำข้อมูลที่เหมาะสมไปใช้ในการตั้งเป้าหมายและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของตน

อีกประเด็นหนึ่งที่มีส่วนสำคัญต่อผลลัพธ์ของการวิจัย คือ การติดตามเสริมแรงอย่างต่อเนื่องผ่านวิดีโอคอลรายบุคคล ซึ่งช่วยเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงกิจกรรมและลดข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่ ส่งผลให้กลุ่มทดลองสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างสม่ำเสมอ การติดตามดังกล่าวยังช่วยสร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจ และความพึงพอใจต่อการดูแลจากบุคลากรสุขภาพ ซึ่งมีบทบาทในการเสริมแรงเชิงบวกและกระตุ้นให้กลุ่มทดลองรักษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับการศึกษาของ ภคพร กลิ่นหอม (2566) ที่พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักรู้ร่วมกับการติดตามให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ สามารถเพิ่มคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการผสมผสานองค์ประกอบด้านความรู้ ความตระหนักรู้ และการติดตามเสริมแรง เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นอย่างยั่งยืน

โดยสรุป โปรแกรมการสร้างความรู้ความตระหนักรู้ที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ ซึ่งเน้นการให้ความรู้ การตั้งเป้าหมาย การจัดการตนเอง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม และการติดตามเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง สามารถส่งเสริมพฤติกรรม

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีศักยภาพในการนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

2. กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้สามารถส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยสามารถอธิบายผลดังกล่าวตามทฤษฎีของ Breckler (1986) ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบของทัศนคติ ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านอารมณ์และความรู้สึก และด้านพฤติกรรม

ในด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Component) โปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้เน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เช่น สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และแนวทางการป้องกัน ผ่านการบรรยาย การสาธิต และการสื่อสารแบบสองทางผ่านวิดีโอคอล ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นและตระหนักถึงความเสี่ยงของโรค ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับเพียงการให้ความรู้ทั่วไป แม้จะมีความรู้เพิ่มขึ้น แต่ยังไม่เด่นชัดในด้านการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่อง (Breckler, 1984)

ในด้านอารมณ์และความรู้สึก (Affective Component) การใช้สื่อการสอนที่มีภาพประกอบ วิดีโอ และกรณีตัวอย่างผู้ป่วยจริง ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความรู้สึกตระหนักถึงผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ความพิการหรือการสูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน ขณะเดียวกันยังช่วยเสริมสร้างความหวังและแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและการติดตามให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องผ่านวิดีโอคอล ยังช่วยให้กลุ่มทดลองเกิดความรู้สึกอบอุ่น มีคุณค่าในตนเอง และมีความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมากยิ่งขึ้น (กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต, 2565)

ในด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) เมื่อกลุ่มทดลองมีทั้งความรู้ที่ถูกต้องและแรงจูงใจทางอารมณ์ จึงนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การลดการบริโภคอาหารเค็มและอาหารที่มีไขมันสูง การตรวจวัดความดันโลหิตเป็นประจำ และการปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ผ่านวิดีโอคอล อย่างต่อเนื่อง ซึ่งการมีช่องทางในการติดตามและให้คำแนะนำอย่างสม่ำเสมอช่วยเสริมแรงให้กลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม โปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยเสริมสร้างความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะเมื่อมีการติดตามให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย (วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, โสภิต สุวรรณเวลา, ประไพพิศ สิงห์เสมอ, สายพิน เม่งเอียด, 2561)

เมื่อองค์ประกอบทั้งสามด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านอารมณ์และความรู้สึก และด้านพฤติกรรม ทำงานร่วมกันตามแนวคิดของ Breckler (1986) ย่อมส่งผลให้พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, โสภิต สุวรรณเวลา, ประไพพิศ สิงห์เสมอ, สายพิน เม่งเอียด (2561) ที่พบว่าการเสริมสร้างความรู้สามารถส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อาจอธิบายได้ว่า โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเน้นการให้ข้อมูลและความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การสังเกตอาการเตือนของโรค และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้แบบสามองค์ประกอบของ Breckler ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบด้านความคิด (Cognitive Component) ด้านความรู้สึก (Affective Component) และด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมเกิดความเข้าใจ มีทัศนคติเชิงบวก และแสดงพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างความรู้ที่จัดขึ้นสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรคมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมการสร้างความรู้ต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นโปรแกรมต้นแบบในการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเกิดความตระหนักในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถขยายผลไปสู่กลุ่มวัยอื่น ๆ ในพื้นที่จังหวัดราชบุรีได้อย่างเหมาะสม
2. โปรแกรมการสร้างความรู้ต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ เช่น พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ในการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยสามารถประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบทและทรัพยากรของแต่ละพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว
3. สามารถนำโปรแกรมห้ดังกล่าวไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างความรู้ในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการศึกษาในระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งสามารถสะท้อนผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงของตัวแปรได้ในระยะสั้นเท่านั้น ดังนั้น การวิจัยในครั้งต่อไป ควรมีการติดตามและประเมินผลในระยะยาว เพื่อประเมินความคงทนของความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างความรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อยลง เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มอายุน้อยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปัจจุบัน
3. ควรส่งเสริมการศึกษาวิจัยและพัฒนาแกนนำชุมชนรุ่นใหม่ เพื่อให้สามารถนำโปรแกรมการสร้างความรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไปใช้เป็นเครื่องมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเฉพาะโรคได้อย่างทั่วถึงและยั่งยืน

คำแถลงการณ์การใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้วิจัยมีการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (Gemini) เฉพาะในขั้นตอนการปรับปรุงภาษา การสะกดคำ และการเรียบเรียงประโยคเพื่อความสละสลวยเท่านั้น โดย AI ไม่ได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยหรือการสร้างข้อสรุปใด ๆ และผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบต่อนเนื้อหาทั้งหมดของบทความนี้

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้วิจัยไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใด ๆ ทั้งในด้านการเงิน ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล หรือผลประโยชน์ทางวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือส่งผลกระทบต่อผลการศึกษาวิจัยในบทความฉบับนี้

รายการอ้างอิง

- กาญจนา โม้มาลา และพิสุทธิ คงขำ. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเก่า อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี. *วารสาร มฉก, วิชาการ*, 24(2), 172–185.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/HCUJOURNAL/article/view/242219/167564>
- กลุ่มงานยุทธศาสตร์และข้อมูลเพื่อการพัฒนาจังหวัด สำนักงานศาลากลางจังหวัดราชบุรี. (2560). *แผนพัฒนาจังหวัดราชบุรี พ.ศ. 2561–2564*. จังหวัดราชบุรี.
- กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต. (2565). *หลักสูตร 3 หมวดสำหรับป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน*. สืบค้นเมื่อ 2 พฤษภาคม 2569 จาก <https://chrome-extension://efaidnbmninnnibpcajpcglclefindmkaj/https://dmhpd.dmh.go.th/wp-content/uploads/2024>
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2561 – 2580*. สืบค้นเมื่อ 2 พฤษภาคม 2569 จาก https://stopcorruption.moph.go.th/index.php/main/p_detail/page/60
- จิตรลดา สมประเสริฐ, วารุณี ผ่องแผ้ว, ดวงทิพย์ อนันต์ศุภมงคล, และนฤมล พรหมภิบาล. (2565). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียด และคุณภาพการนอนหลับของนิสิตพยาบาล. *วารสารพยาบาล*, 71(2), 19-27.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/257179/176182/1038856>
- ดลพร ตันทนงศักดิ์กุล, วิณา เทียงธรรม, และปาหนัน พิษณุภิญโญ. (2565). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยที่มีโรคร่วม ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะระดับไขมันในเลือดสูงโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 38(3), 91-104. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/255701>
- ทิตาวดี สิงห์โค, ศากุล ช่างไม้, และทิพา ต่อสกุลแก้ว. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*, 16(2), 42-60.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JCP/article/view/240967/168573>
- ภคพร กลิ่นหอม, จินต์ทิพา ศิริกุลวิวัฒน์, และเอกรินทร์ อ่วม่อม. (2566). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 6(2), 102-118.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/article/view/259867>
- รักนรินทร์ ตานันต์, จริยาวัตร คมพยัคฆ์, และอรพินท์ สีขาว. (2561). ความตระหนักรู้ในการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูง. *วารสาร มฉก.วิชาการ*, 22(43), 13-26.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/HCUJOURNAL/article/view/161332?PageSpeed=noscript>
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาราบ. (2567). *รายงานสถิติผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประจำปีงบประมาณ 2565–2567*. จังหวัดราชบุรี.
- วรรัตน์ ทิพย์รัตน์, ไสภิต สุวรรณเวลา, ประไพพิศ สิงห์สม, และสายพิน เม่งเอียด. (2561). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอำเภอเมือง จังหวัดตรัง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(2), 70-85.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/130692>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รายงานประจำปีสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.

- American Heart Association. (2021). *2021 Heart Disease and Stroke Statistics Update Fact Sheet at a Glance*. Retrieved June 20, 2025 from https://www.heart.org/-/media/phd-fifiles-2/science-news/2/2021-heart-and-strokeupdate/2021_heart_disease_and_stroke_statistics_update_fact_sheet_at_a_glance.pdf
- Breckler, S. W. (1986). *Attitude Structure and Function*. New York: L Eribaum Association.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2013). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Stroke Foundation. (2022). *Transient ischemic attack (TIA)*. Retrieved June 20, 2025 from <https://strokefoundation.org.au/media/mbeae/transient-ischaemic-attack.pdf>
- World Stroke Organization. (2018). *Annual Report 2017*. World Stroke Organization. Retrieved June 20, 2025 from <http://www.world-stroke.org/about-wso/wso-annual-report>.

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมา
Predictors of Quality of Life among Older Adults
Aged 80 Years and above in Nakhon Ratchasima Province

ชุตินา รักษาบางแหลม¹, วรนิภา กรุงแก้ว^{1*}
Chutima Rukbanglam¹, Waranipa Kungkaew^{1*}
¹คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา
¹Faculty of Nursing, Nakhonratchasima College

(Received: May 30, 2026; Revised: August 9, 2026; Accepted: October 3, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป ในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 129 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 6 ส่วนคือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง 3) แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ 4) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 5) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และ 6) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือส่วนที่ 3 และ 5 ระหว่าง .67 - 1.00 ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคด้านสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ .71 และพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ .78 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอย พหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมา มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 61.24 ระดับดีร้อยละ 36.43 และระดับต่ำร้อยละ 2.33
2. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ (Beta = .459) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Beta = .232) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 27.40 ($\text{adj}R^2 = .274, p\text{-value} < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ดังนั้นสถานบริการสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งการตั้งรับและเชิงรุก ตลอดจนการปรับสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ที่พักอาศัย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป และสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนานโยบายและแผนการดำเนินงานส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป พฤติกรรมสุขภาพ สิ่งแวดล้อม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: waranipa@nmc.ac.th)

Abstract

This descriptive study aimed to examine quality of life and identify predictors of quality of life among adults aged 80 years and older. The sample consisted of 129 adults aged 80 years and older residing in Nakhon Ratchasima Province, selected using multistage random sampling. The research instruments were: 1) a demographic questionnaire, 2) a self-rated health status questionnaire, 3) a questionnaire assessing environmental factors supporting health behaviors, 4) an assessment of activities of daily living, 5) a health behavior questionnaire, and 6) a quality-of-life questionnaire. Content validity was assessed by three experts, with content validity index values for Sections 3 and 5 ranging from .67 to 1.00. Reliability testing yielded Cronbach's alpha coefficients of .71 for environmental factors supporting health behaviors and .78 for health behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis. The results were as follows.

1. Among adults aged 80 years and older in Nakhon Ratchasima Province, 61.24% had a moderate overall quality of life, 36.43% had a good quality of life, and 2.33% had a low quality of life.

2. The significant predictors of quality of life were health behaviors (Beta = .459) and environmental factors supporting health behaviors (Beta = .232). Together, these predictors explained 27.40% of the variance in quality of life (adjR² = .274, *p*-value < .001), with statistical significance at the .001 level.

Therefore, healthcare facilities should provide both passive and proactive health promotion activities and improve environmental factors that support health behaviors, including housing conditions, opportunities for social participation, and access to healthcare services to enhance the quality of life of adults aged 80 years and older. These findings may also provide useful evidence for developing policies and action plans to promote a better quality of life among older adults.

Keywords: Quality of Life, Adults Aged 80 Years and above, Health Behaviors, Environmental

บทนำ

ปัจจุบันโครงสร้างสังคมทั่วโลกได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากสัดส่วนของผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) มีการคาดการณ์ว่าผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มสูงขึ้นทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก โดยในปี พ.ศ. 2562 ประชากรโลกมากกว่า 1 พันล้านคนมีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคนภายในปี พ.ศ. 2573 และ 2.1 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 3.00 ต่อปี โดยในปี พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2050) (World Health Organization, 2023) ในทวีปเอเชียมีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดในโลกและสัดส่วนผู้สูงอายุในทวีปเอเชียจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้วคือประเทศญี่ปุ่น ซึ่งเป็นประเทศที่มีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดในโลกและเป็นประเทศอันดับแรก ๆ ของโลกที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบเต็มตัว ผลสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่าปัจจุบันประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางกำลังประสบกับการเปลี่ยนแปลงคือภายในปี 2050 สองในสามของประชากรโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะอาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (World Health Organization, 2025) ทำให้สังคมโลกกลายเป็นสังคมแห่งผู้สูงอายุ กระบวนการเกิดสังคมผู้สูงอายุในแต่ละประเทศจะเกิดขึ้นในช่วงเวลาแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยสภาพแวดล้อม อาทิ ความเจริญมั่งคั่งทางเศรษฐกิจ ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และการแพทย์ เป็นต้น ซึ่งล้วนส่งผลต่อสุขภาพและการมีอายุยืนยาวของประชาชน

ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเทียบเท่ากับประเทศที่พัฒนาแล้วในหลายประเทศ ซึ่งถือว่ามียอัตรการเติบโตเป็นอันดับ 3 ในทวีปเอเชีย รองมาจากประเทศเกาหลีใต้และประเทศญี่ปุ่น และประเทศไทยได้เข้าใกล้สังคมสูงวัย

มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จากสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 10.00 ปัจจุบันประชากรสูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมากคือสูงกว่าร้อยละ 4.00 ต่อปี คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีสัดส่วนประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นอยู่ที่ร้อยละ 26.90 ของประชากรทั้งประเทศและคาดว่าในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด เนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28.00 และผลการสำรวจประชากรไทยในปี พ.ศ. 2565 - 2567 คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy: LE) คือค่าเฉลี่ยของจำนวนปีที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่จนกระทั่งเสียชีวิตในเพศชายเท่ากับ 70.50, 71.50, 71.80 ปี และเพศหญิง 78.30, 79.20, 79.60 ปี ตามลำดับ และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพ (Health-Adjusted Life Expectancy: HALE) คือค่าเฉลี่ยของจำนวนปีที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาพที่สมบูรณ์ จนกระทั่งเสียชีวิตในเพศชายเท่ากับ 65.30, 66.00, 66.20 ปี และเพศหญิงเท่ากับ 69.70, 70, 70 ปี ตามลำดับ โดยแนวโน้มของการมีอายุคาดเฉลี่ยและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกปี (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2567) การเพิ่มขึ้นของอายุผู้สูงอายุจึงเป็นที่ต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องให้ความใส่ใจทั้งด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจสูงกว่าวัยอื่น ๆ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลให้การทำงานของระบบต่าง ๆ ลดลง การสนใจสิ่งแวดล้อม ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมลดน้อยลง ทำให้ห่างจากสังคม ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองหรือกิจวัตรประจำวันไม่คล่องแคล่ว เหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจในตนเอง รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมและผู้อื่นลดลง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวนา พัฒนศรี, ธนิกานต์ ศักดาพร, 2560)

จากผลการสำรวจประชากรในปี พ.ศ. 2567 พบมีประชากรทั้งหมด 64,989,504 คน ในจำนวนนี้แบ่งเป็นผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 13,450,391 คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 20.70 เมื่อจำแนกตามช่วงวัยพบว่าเป็นกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี จำนวน 7,593,731 คน กลุ่มอายุ 70 - 79 ปี จำนวน 3,987,082 คน กลุ่มอายุ 80 - 89 ปี จำนวน 1,516,689 คน กลุ่มอายุ 90 - 99 ปี จำนวน 311,470 คน และกลุ่มอายุ 100 ปีขึ้นไป จำนวน 41,419 คน (กรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย, 2567) และจากการประเมินสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2567 พบว่าผลการประเมินภาวะสุขภาพร่างกายโดยรวมส่วนใหญ่มีสุขภาพดี ร้อยละ 45.30 รองลงมาสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.50 สุขภาพไม่ดี ร้อยละ 8.60 สุขภาพดีมาก ร้อยละ 3.50 และน้อยที่สุดมีสุขภาพไม่ได้อย่างมาก ร้อยละ 1.00 และผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ คือ ออกกำลังกาย รับประทานอาหารผักและผลไม้สด ดื่มน้ำสะอาด วันละ 8 แก้วหรือมากกว่าเป็นประจำ ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และไม่สูบบุหรี่ มีเพียงร้อยละ 26.20 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 96.86 ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ขณะที่ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.55 ในปี พ.ศ. 2561 เป็นร้อยละ 0.63 ในปี พ.ศ. 2567 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2568) ซึ่งสะท้อนถึงการใช้ชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่จะนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังและมีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพสูงขึ้น รวมทั้งโรคที่มีความซับซ้อนขึ้น เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคการเคลื่อนไหวผิดปกติ ซึ่งต้องการการดูแลและเฝ้าระวังเพิ่มขึ้นและต้องอาศัยผู้ดูแลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะและมีทักษะการดูแลในระดับสูงเพิ่มขึ้น

จังหวัดนครราชสีมามีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับ 1 ในจังหวัดที่มีขนาดใหญ่ (ไม่รวม กทม.) จากผลการสำรวจในปี 2567 มีจำนวน 14,027,411 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 20.00 ของประชากรทั้งประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2567) จากข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุทั้งด้านจำนวนและคุณภาพชีวิต สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของผู้สูงอายุในอนาคต และด้วยเหตุที่ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีบทบาทและคุณค่าในสังคมไทย จึงต้องให้ความสำคัญและอุปถัมภ์ผู้สูงอายุให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี ภาวะสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ แต่การเพิ่มขึ้นของอายุย่อมส่งผลกระทบต่อปัญหาที่จะตามมาจากความเปราะบางทางด้านสุขภาพมากกว่าวัยอื่น ๆ การเตรียมพร้อมรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ก่อนย่อมเป็นประโยชน์ต่อชีวิตความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หากไม่มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตหรือสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การดูแลผู้สูงอายุสิ่งสำคัญคือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต้องมีการเตรียมพร้อมเพื่อรองรับปัญหาต่าง ๆ ของผู้สูงอายุที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต ต้องตระหนักในการสร้างสุขภาวะสูงวัยอย่างยั่งยืน การศึกษาหรือค้นหาข้อมูลที่มีปัจจัยเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุหรือปัจจัยที่มีผลหรือส่งผลกระทบมีอายุที่ยืนยาว ทำให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวิเคราะห์ถึงปัจจัยต่าง ๆ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม และสังคม ที่อาจส่งผลต่อ

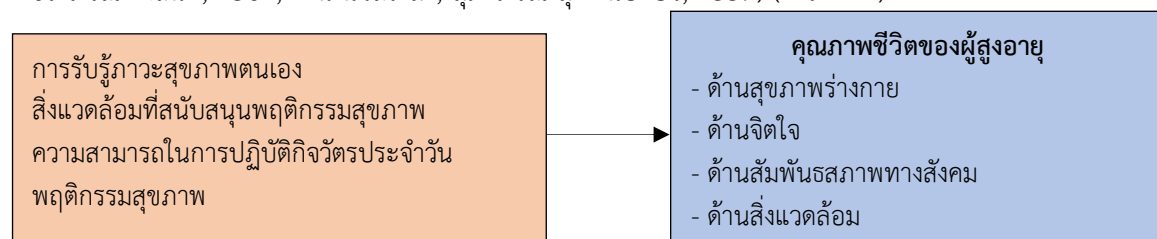
โอกาสในการมีสุขภาพดีของแต่ละบุคคลและยังส่งผลเชื่อมโยงต่อการพัฒนาในระดับกลุ่มคน ชุมชนและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะทำการวิจัย เรื่องคุณภาพและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา และให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งความมีสุขภาพทางกายที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 1997) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล, วิระวรรณ ตันติพัฒน์สกุล, วณิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, ราณี พรมานะรังกุล, 2545) และจากทบทวนวรรณกรรมพบว่าตัวแปรอิสระ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ สุขภาพ (กู้เกียรติ ก้อนแก้ว, ภาณุมาศ ทองเหลี่ยม, ศิริยากร ทรัพย์ประเสริฐ, 2562) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) และพฤติกรรมสุขภาพ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565; พัชราภรณ์ พัฒนะ, 2562; เคน นวลไธสง, สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2559) (ดังภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational Predict Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 11,062 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) อาศัยในพื้นที่อย่างน้อย 6 เดือน 2) ไม่มีความเจ็บป่วยทางกายที่อยู่ในระยะมีอาการกำเริบหรือระยะวิกฤต เช่น ระดับความดันโลหิตสูง (BP > 140/90 mmHg) ระดับน้ำตาลในเลือดสูง (FBS > 126 mg/dl) 3) ไม่มีความผิดปกติทางจิตใด ๆ สำหรับเกณฑ์ในการแยกออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) คือ 1) ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย และ 2) ไม่สามารถสื่อสารได้

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 129 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก F-test, Statistical test เลือก Linear multiple regression: fix model, R² deviation from zero กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.15 (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .95 ตัวแปรอิสระ (Number of Predictors) ตัวแปรต้นจำนวน 4 ตัวแปร ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งตามสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตามอำเภอในจังหวัดนครราชสีมา โดยแบ่งอำเภอตามโซนของการนิเทศงาน สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา ใน 6 โซน สุ่มมาโซน ๆ ละ 1 อำเภอ โซน 1 คืออำเภอเมือง โซน 2 คืออำเภอโชคชัย โซน 3 คืออำเภอ

โนนแดง โชน 4 คืออำเภอบ้านเหลื่อม โชน 5 คืออำเภอพระทองคำ และโชน 6 คืออำเภอสว่างเนิน และสุ่มตำบลในแต่ละอำเภอมาเป็นเกณฑ์ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ใช้การสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) ผู้สูงอายุมีอายุ 80 ปีขึ้นไปของแต่ละตำบลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาเรียงลำดับจากน้อยไปหามาก พร้อมทั้งใส่เลขกำกับ สุ่มให้ได้ขนาดตัวอย่าง รวมทั้งสิ้น 129 คน และเมื่อทราบกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจะติดต่อกลับไปยังเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแต่ละแห่งเพื่อขอข้อมูลเบื้องต้นและทำการนัดหมายเพื่อสัมภาษณ์ต่อไป

ตาราง 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ลำดับ	อำเภอ	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
1	เมือง	5,010	58
2	โชคชัย	1,595	19
3	โนนแดง	603	7
4	บ้านเหลื่อม	483	6
5	พระทองคำ	1,082	13
6	สว่างเนิน	2,289	27
รวมทั้งสิ้น		11,062	129

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม และเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ ความพอเพียงของรายได้ ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง ในรอบปีที่ผ่านมา ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา และในปัจจุบัน ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถาม กำหนดให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือกคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ และมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ ระดับมากที่สุดให้ 5 คะแนน ระดับมากให้ 4 คะแนน ระดับปานกลางให้ 3 คะแนน ระดับน้อยให้ 2 คะแนน และระดับน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้ 1.00 - 1.49 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด 1.50 - 2.49 หมายถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับน้อย 2.50 - 3.49 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง 3.50 - 4.49 หมายถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก และ 4.50 - 5.00 หมายถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ บ้านที่พักอาศัย บริเวณรอบบ้านที่อาศัย การคมนาคม สภาพชุมชน บุคคลที่ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ด้วย บุคคลที่ดูแลเมื่อเจ็บป่วย การเป็นสมาชิกชมรม การเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม/ศาสนา ตำแหน่งทางสังคม ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ใช่ และ ไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ และมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ ใช่ ให้ 2 คะแนน และ ไม่ใช่ ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้ 1.00 - 1.50 คะแนน หมายถึง ไม่ใช่สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ และ 1.51 - 2.00 คะแนน หมายถึง ใช่สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน Barthel Activities of Daily Living: ADL จำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ กำหนดให้ผู้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง

และไม่ได้ปฏิบัติเลย โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก จำนวน 18 ข้อ ข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ข้อ 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ปรับตามเกณฑ์ของ Likert Scale 5 ระดับ จากปฏิบัติเป็นประจำ 5 คะแนน ให้ 5 คะแนน ถึงไม่ได้ปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามทางลบ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 17, 18 จากปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 1 คะแนน ถึงไม่ได้ปฏิบัติเลย ให้ 5 คะแนน ข้อคำถามทางลบ เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life Brief – Thai, WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (ค่าความตรงเท่ากับ .6515 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .8406) ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ แบ่งเป็นคุณภาพชีวิต 4 ด้านดังนี้

1) ด้านสุขภาพร่างกาย ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24

2) ด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23

3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25

4) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

ส่วนข้อที่ 1 และ 26 เป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม โดยมีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9, 11 ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ให้ค่าน้ำหนักถ่วงเกณฑ์ให้คะแนนจากระดับ 5 มากที่สุด ถึง ระดับ 1 ไม่เลย แบ่งระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมมีคะแนนตั้งแต่ 26 - 130 คะแนน เป็น 3 ระดับ และแยกเป็นองค์ประกอบย่อยได้ ดังนี้

26 - 60 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตไม่ดี

61 - 95 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตปานกลาง

96 - 130 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตดี

ตาราง 2 แสดงแบ่งระดับคุณภาพชีวิตรายรวมและรายด้าน

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตดี
1. ด้านสุขภาพร่างกาย	7 - 16	17 - 26	27 - 35
2. ด้านจิตใจ	6 - 14	15 - 22	23 - 30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 - 7	8 - 11	12 - 15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8 - 18	19 - 29	30 - 40

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพและแบบสอบถามสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรม การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลและพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ใหญ่และการพยาบาลผู้สูงอายุ และอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการวิจัย เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามตัวแปรในแต่ละข้อ (Item-Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปที่อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แทน KR-20 เพื่อให้

ครอบคลุมการวัดความสอดคล้องภายในของแบบวัดทุกประเภท โดยแบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ .71 และพฤติกรรมสุขภาพได้ค่าเท่ากับ .78

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยนครราชสีมา ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยนักวิจัยระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2569 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มมีกระบวนการขอความยินยอม (Informed Consent Process) ให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจเป็นอย่างดี และตัดสินใจอย่างอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วม ในการวิจัยมีการให้คำชี้แจงและมีเอกสารแสดงความยินยอม (Consent Form) ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และอธิบายถึงระบบการเก็บรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง ได้ข้อมูลคืน 129 ชุดคิดเป็นร้อยละ 100.00

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด
2. วิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้ความถี่และร้อยละ
3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้สถิติถดถอยพหุ (Multiple Regression) นำเข้าตัวแปรแบบขั้นตอน (Stepwise) ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) (Hair, Black, Babin, Anderson, 2019) ดังนี้

3.1 การมีข้อมูลลักษณะการแจกแจงปกติ (Normality) และตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในแนวเส้นตรง แสดงว่าข้อมูลชุดนี้มีการแจกแจงปกติและความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

3.2 ทดสอบความแปรปรวนค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ต้องมีความเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) และข้อมูลไม่มี Outliers โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter Plot

3.3 ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นสูง (Multicollinearity) โดยพิจารณาจากค่า Tolerance เท่ากับ .990 และค่า VIF เท่ากับ 1.010

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยนครราชสีมา ได้หมายเลขรับรอง รหัส NMCEC- 0013/2568 (Certificate Number NMCEC- 0013/2568) ลงวันที่ 17 ธันวาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 129)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	39	30.23
หญิง	90	69.77
อายุ ($M = 84.63$, $SD = 3.71$, $Min = 80$, $Max = 98$)		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	15	11.63
ประถมศึกษา	99	76.74
ปวส./อนุปริญญา	12	9.30
ปริญญาตรีขึ้นไป	3	2.33

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 129)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	87	67.44
ข้าราชการบำนาญ	6	4.65
รับจ้าง	7	5.43
เกษตรกร	24	18.60
อื่น ๆ	5	3.88
แหล่งมาของรายได้		
จากสวัสดิการของรัฐ	53	41.09
จากบุตรหลาน	37	28.68
จากการประกอบอาชีพ/เงินบำนาญ	15	11.63
อื่น ๆ	24	18.60
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	68	52.71
ไม่เพียงพอ	61	47.29

จากตาราง 3 พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 69.77 อายุเฉลี่ย 84.63 ปี อายุสูงสุด 98 ปี อายุต่ำสุด 80 ปี การศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 76.74 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 67.44 รายได้จากสวัสดิการของรัฐ ร้อยละ 41.09 และมีรายได้เพียงพอร้อยละ 52.71

2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมา

ตาราง 4 จำนวน และร้อยละคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมา จำแนกรายข้อ

ข้อความ	M	SD
1. พอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด	3.47	0.82
2. ไม่มีการเจ็บปวดร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัวทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ	3.05	0.77
3. มีกำลังเพียงพอที่จะทำงานหรือการดำเนินกิจวัตรประจำวันในแต่ละวัน	3.47	0.88
4. พอใจกับการนอนหลับของท่าน	3.55	0.83
5. รู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง)	3.78	0.77
6. มีสมาธิในการทำงานดี	3.44	0.90
7. รู้สึกพอใจในตนเอง	3.72	0.80
8. ยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเองได้	3.77	0.90
9. ไม่มีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล	3.93	0.97
10. รู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	3.62	0.84
11. ไม่จำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตรอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	3.24	0.96
12. พอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา	3.43	0.91
13. พอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา	3.86	0.79
14. พอใจกับการช่วยเหลือเพื่อนที่เคยได้รับจากเพื่อน	3.73	0.84
15. รู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีในแต่ละวัน	3.86	0.75
16. พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่เป็นอยู่ตอนนี้	3.97	0.71
17. มีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น	3.18	0.96
18. พอใจที่จะไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น	3.92	0.75
19. ได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน	3.46	0.81
20. มีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด	3.57	0.81

ข้อความ	M	SD
21. มีสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพท่าน	3.82	0.75
22. พอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน (การคมนาคม)	3.60	0.98
23. รู้สึกว่าชีวิตของท่านมีความหมาย	3.88	0.72
24. สามารถไปไหนมาไหนได้ดี	3.32	1.11
25. พอใจในชีวิตทางเพศหรือวิธีการจัดการผ่อนคลายทางเพศ	2.16	1.36
26. คุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) ในระดับใด	3.71	0.79

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมา

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตไม่ดี		คุณภาพชีวิตปานกลาง		คุณภาพชีวิตดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านสุขภาพร่างกาย	4	3.10	94	72.87	31	24.03
2. ด้านจิตใจ	3	2.33	55	42.64	71	55.04
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	12	9.30	82	63.57	35	27.13
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	3	2.33	58	44.96	68	52.71
ภาพรวม	3	2.33	79	61.24	47	36.43

จากตาราง 4 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมา จำแนกรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ “พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่เป็นอยู่ตอนนี้” ($M = 3.97, SD = 0.71$) รองลงมาคือ ไม่มีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล ($M = 3.93, SD = 0.97$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือพอใจในชีวิตทางเพศหรือวิธีการจัดการผ่อนคลายทางเพศ ($M = 2.16, SD = 1.36$) โดยระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมา ในภาพรวมมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.24 ระดับดีร้อยละ 36.43 และระดับต่ำร้อยละ 2.33 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านที่มีร้อยละคุณภาพชีวิตระดับดีมากที่สุดคือด้านจิตใจร้อยละ 55.04 รองลงมาคือด้านสิ่งแวดล้อมร้อยละ 52.71 และน้อยที่สุดคือด้านร่างกายร้อยละ 24.03 (ตาราง 5)

3. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมา

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมา

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	30.02	8.98		3.342	.001
พฤติกรรมสุขภาพ	15.20	2.51	.459	6.066	<.001
สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อพฤติกรรมสุขภาพ	2.22	0.73	.232	3.062	.003
$R = .534, R^2 = .285 \text{ adj}R^2 = .274 \text{ df} = 2,128 \text{ } F = 25.136 \text{ SE}_{est} = 11.635, p - \text{value} < .001$					

จากตาราง 6 พบว่าปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ ($Beta = .459$) และสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อพฤติกรรมสุขภาพ ($Beta = .232$) ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ถูกตัดออกเพราะไม่มีนัยสำคัญ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 27.40 ($\text{adj}R^2 = .274, p - \text{value} < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสามารถเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้

คะแนนดิบ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ = $30.02 + 15.20 (\text{พฤติกรรมสุขภาพ}) + 2.22 (\text{สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อพฤติกรรมสุขภาพ})$

คะแนนมาตรฐาน

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ = .459 (พฤติกรรมสุขภาพ) + .232 (สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อพฤติกรรมสุขภาพ)
จากคะแนนมาตรฐานอธิบายได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น 1 หน่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมาเพิ่มขึ้น .459 และ .232 หน่วยตามลำดับ

การอภิปรายผล

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จังหวัดนครราชสีมาในภาพรวมมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.24 สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดมหาสารคามของ อรสุตา ตันตยานนท์ และ แคนวีย์ สายรักษา (2566) และผลการศึกษากฎหมายชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน ในจังหวัดกำแพงเพชร ของ กุเกียรติ์ ก้อนแก้ว, ภาณุมาศ ทองเหลี่ยม, ศิริยากร ทรัพย์ประเสริฐ (2562) พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพมั่นคงรายได้ ส่วนใหญ่มาจากเงินสวัสดิการของรัฐ ซึ่งส่งผลต่อรายได้กับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในสภาวะทางเศรษฐกิจปัจจุบันมีความไม่พอเพียงสูง ทำให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมาอยู่ในระดับที่ไม่ดีเท่าที่ควร ข้อมูลจากสำนักงานสถิติจังหวัดนครราชสีมา พบว่าผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา มีรายได้ไม่น้อยกว่า 30,000 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งเป็นรายได้ต่ำกว่าเกณฑ์ความยากจน คิดเป็น ร้อยละ 30.54 สูงเป็นอันดับ 1 ของประเทศ (สำนักงานสถิติจังหวัดนครราชสีมา สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2568) สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6 ของ จุฑามาศ วงจันทร์, สุวรรณ วุฒิณฤทธิ, ลัดดา เหลืองรัตนมาศ (2565) พบว่าปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองพยอม อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคามของ พิชญ์ พิมพ์เมือง, นพมาศ ช้างเดชา, หฤหรรษ์ พิมพ์เมือง (2567) พบว่าปัญหาที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตคือความกังวลด้านเศรษฐกิจ จากจำนวนผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่น้อยร้อยละ 61.82 และมีหนี้สินสูงร้อยละ 45.34 แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคือการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนให้มีอาชีพเสริมเพื่อเพิ่มรายได้ และการส่งเสริมสนับสนุนการซื้อขายของกันภายในชุมชน สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และชุมชนในการทำกิจกรรมร่วมกัน เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา สอดคล้องกับการศึกษาของ อธิรัตน์ ราศรี และอาจินต์ สงทับ (2564) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดพิษณุโลก พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชน มีผลทางบวกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน หากชุมชนให้ความสำคัญและใส่ใจผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้าน จะก่อให้เกิดแรงผลักดันและมีแรงจูงใจในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป ในจังหวัดนครราชสีมา เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากหลายปัจจัยทั้งด้านบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม และตัวแปรที่สามารถทำนายได้มากที่สุดคือพฤติกรรมสุขภาพ (Beta = .459) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับผลการศึกษาค่าความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการจัดการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุมีการปฏิบัติอย่างเหมาะสมและถูกต้องเป็นประจำสม่ำเสมอจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (ฐิติกร โกษณ์เจริญ และวิทยา ตันอารีย์, 2566) ทั้งนี้พฤติกรรมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่เชื่อมตรงกับมิติคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การเคลื่อนไหวร่างกาย การพักผ่อน การใช้อย่างถูกต้อง และการพบแพทย์ตามนัด ล้วนช่วยคงสมรรถภาพ ลดอาการกำเริบของโรค และเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยปัจจัยที่ใช้พยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน เช่น การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ สภาพสิ่งแวดล้อม การทำกิจกรรมทางศาสนา อายุ การมีส่วนร่วมทางสังคม และลักษณะครอบครัว (กุเกียรติ์ ก้อนแก้ว, ภาณุมาศ ทองเหลี่ยม, ศิริยากร ทรัพย์ประเสริฐ, 2562) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านร่างกาย ด้านปัญญา และด้านจิตใจ (จิรัชยา เคล้าดี, สุภชัย นาคสุวรรณ, จักรวาล สุขไมตรี, 2560)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากหลายปัจจัยทั้งด้านบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม (Rondón García, Ramírez Navarro, 2018) และการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกตามหลักของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย (Physical Domain) 2) ด้านจิตใจ (Psychological Domain) 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) และการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต (World Health Organization, 1997) ซึ่งปัจจัยด้านร่างกายและสภาพแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่อาจส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น ทำให้เกิดการลื่นล้ม หกล้ม หรือเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ สภาพแวดล้อมภายในบ้านที่มีแสงสว่างไม่เพียงพอ พื้นห้องน้ำเปียก ลื่น ระดับพื้นทางเดินไม่สม่ำเสมอ การจัดเก็บสิ่งของไม่เป็นระเบียบ การระบายอากาศที่ไม่เหมาะสม เหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยจากสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมได้ (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม, 2560)

สำหรับมิติของสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อพฤติกรรมสุขภาพ ($\beta = .232$) สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สอดคล้องไปกับการศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านในจังหวัดกำแพงเพชร (กุเกียรติ ก้อนแก้ว, ภาณุมาศ ทองเหลี่ยม, ศิริยากร ทรัพย์ประเสริฐ, 2562) ทั้งนี้คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือการรับรู้เกี่ยวกับมิติของสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ทั้งด้านความปลอดภัย ที่อยู่อาศัย การเงิน บริการสุขภาพ ข่าวดาร นันทนาการ สิ่งแวดล้อม และการคมนาคม (World Health Organization, 1997) การที่ผู้สูงอายุได้อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี สะดวก และปลอดภัยแก่การใช้ชีวิตจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (เจษฎา นกน้อย, วรรณภรณ์ บริพันธ์, 2560) การจัดสภาพแวดล้อมที่ดีภายในบ้านส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นความภูมิใจของผู้สูงอายุ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2560) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุส่งผลให้ความต้องการด้านสิ่งแวดล้อมของวัยสูงอายุแตกต่างจากคนกลุ่มวัยอื่น ในผู้สูงอายุที่มีอายุยืนพฤติกรรมสุขภาพ ไม่ใช่เพียงพฤติกรรมปัจจุบัน แต่สะท้อนถึงวิถีชีวิตสะสมระยะยาว การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุเป็นการลดโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ (ณิรนา อภาจารัส, ณิรนา อภาจารัส, อุไรพร ถินสถิตย์, ปาริชาติ จ่านาง, พรณิกายจน วังกุม, กัลยลักษณ์ ทับทิมใส และคณะ, 2565) การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านของผู้สูงอายุเป็นการดำเนินการดูแล ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในและรอบบริเวณบ้านให้เอื้ออำนวยต่อการสร้างเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ (นงนุช วงศ์สว่าง, กิรติ กิจธิรุฒพิงค์, ธนะวัฒน์ รวมสุข, 2564) จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นที่ควรทำให้เกิดความเหมาะสมระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Person-Environment Fit) จากสภาพสภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการเตรียมพร้อมสำหรับรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ก่อนย่อมเป็นประโยชน์ต่อชีวิตความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในทุกมิติ หากการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุไม่เหมาะสม อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตหรือสภาวะจึงเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญ

การนำผลวิจัยไปใช้

1. จัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุยืนโดยสถานบริการ บุคลากรสาธารณสุข ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เช่น การออกกำลังกายตามสภาพร่างกาย โภชนาการที่เหมาะสม และการตรวจสุขภาพประจำปีโดยจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง มีการติดตามเยี่ยมบ้านโดย อสม.
2. พัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมให้เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ เช่น จัดให้มีทางเดินที่ปลอดภัย แสงสว่างเพียงพอ มุมออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ จุดพักผ่อนที่มีร่มเงา และส่งเสริมการรวมกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุในชุมชน

3. เสริมสร้างความมั่นคงทางรายได้และการเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุความร่วมมือของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครราชสีมา จัดสวัสดิการส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะพื้นที่ทางไกล ส่งเสริมการรวมกลุ่มผลิตภัณฑ์ชุมชน สนับสนุนกองทุนสวัสดิการชุมชน และจัดบริการรถรับ-ส่ง

4. จัดบริการให้คำปรึกษาและส่งเสริมสุขภาพทางจิตใจและเพศวิถีในผู้สูงอายุ โดยให้ความรู้และคำปรึกษาเรื่องสุขภาพทางเพศในวัยสูงอายุ และเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตภายใต้กิจกรรมกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้ความรู้เรื่องการปรับตัวทางเพศในวัยสูงอายุอย่างเหมาะสม และเสริมสร้างพลังผ่านการทำกิจกรรมที่มีความหมาย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยทำนายตัวแปรอื่น เช่น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและรายได้ การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะโรคประจำตัว การเข้าถึงบริการทางสังคม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน ความผูกพันทางจิตวิญญาณ หรือนโยบายสวัสดิการของท้องถิ่น โดยอาจใช้การวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (SEM) เพื่อให้เห็นภาพปัจจัยเชิงสาเหตุที่ครอบคลุมมากขึ้น

2. ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยต่ำอย่างลึกซึ้งเพื่อทำความเข้าใจบริบททัศนคติ ความเชื่อ และอุปสรรคเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศในวัยสูงอายุ รวมถึงความคาดหวังต่อการจัดการด้านนี้ ซึ่งข้อมูลเชิงลึกที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบโปรแกรมหรือนโยบายที่ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ

3. ศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อออกแบบโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการปรับสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนต่อสุขภาพเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ

คำแถลงการณ์การใช้ปัญญาประดิษฐ์

มีการใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการปรับสำนวนทางภาษาเท่านั้น และตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้วิจัย

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้วิจัยขอยืนยันว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใด ๆ ในการเผยแพร่บทความนี้

รายการอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564*. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2568 จาก

<https://drive.google.com/file/d/1AzA7XPBra2btoqeTs9O5Mhk0oD7naNZ/view>.

กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2567). *รายงานสถิติจำนวนประชากรแยกอายุ ระบบสถิติทางการทะเบียน*. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2568 จาก

https://stat.bora.dopa.go.th/new_stat/webPage/statByAge.php

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2568). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2567*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท โกโกลีนท์ (ไทยแลนด์) จำกัด.

กู้เกียรติ ก้อนแก้ว, ภาณุมาศ ทองเหลียม และศิริยากร ทรัพย์ประเสริฐ. (2562). ศึกษาปัจจัยพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร, *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(3), 394-401. <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/7185/6611>

จิรัชยา เคล้าดี, สุภชัย นาคสุวรรณ และจักรวาล สุขโมตรี. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารราชพฤกษ์*, 15(1), 27-32.

<https://so05.tci-thaijo.org/index.php/Ratchaphruekjournal/article/view/90779/71259>

- จุฑามาศ วงจันทร์, สุวรรณ วุฒิธรณฤทธิ์ และลัดดา เหลืองรัตนมาศ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร*, 12(1), 32-49.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/article/view/248949/172736>
- เจษฎา นกน้อย และวรรณภรณ์ บริพันธ์. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 9(3), 94-105. <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/99140>
- จิตติกร โภชน์เจริญ และวิทยา ตันอารีย์. (2566). พฤติกรรมการจัดการสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลแม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสู่ชุมชน*, 1(3), 12-24.
<https://li02.tci-thaijo.org/index.php/STC/article/view/533>
- ณิรุษ อาภาจรัส, ณิรุษ อาภาจรัส, อุไรพร ถินสถิตย์, ปาริชาติ จำนงการ, พรณิกายจน วังกุ่ม, กัลยลักษณ์ ทับทิมใส, และคณะ. (2565). การพัฒนามาตรฐานการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 16(1), 1-12.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/253093/173003>
- เด่น นวลโงสง และสุภาภรณ์ สุตหนองบัว. (2559). *วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์*, 11(ฉบับพิเศษ), 89-104.
<https://so05.tci-thaijo.org/index.php/JSSRA/article/view/71023/63927>
- อติรัตน์ ราศิริ และอาจินต์ สงทับ. (2564). ผลการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารเครือข่ายและวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 8(1), 127-139. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/issue/view/16673/4141>
- นงนุช วงศ์สว่าง, กิรติ กิจธีรวิมพิงศ์ และธนะวัฒน์ รวมสุข. (2564). การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ: บทบาทของพยาบาลอนามัยชุมชน. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 1(1), 68-77. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHQJ/article/view/245900>
- พัชรภรณ์ พัฒนะ. (2562). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4. *พุทธชินราชเวชสาร*, 36(1), 21-33. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/BMJ/article/view/218455>
- พิชญ์ พิมพ์เมือง, นพมาศ ช่างเดชา และหฤหรรษ์ พิมพ์เมือง. (2567). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองพยอม อำเภอดงพานหิน จังหวัดพิจิตร. *วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร*, 5(1), 41-54.
https://phichit.moph.go.th/research_view.php?yp=y5p1&ref_id=b04
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวนา พัฒนศรี และธนิกานต์ ศักดาพร. (2560). *โรงเรียนผู้สูงอายุ: ชุดความรู้การพัฒนาเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). (2560). *คู่มือการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย*. สืบค้นเมื่อ 23 มกราคม 2568 จาก
https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1614761105-453_0.pdf
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กลุ่มงานพัฒนาดัชนีภาวะโรคแห่งประเทศไทย. (2567). *อายุคาดเฉลี่ยและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพของประชากรไทย พ.ศ. 2562-2567 ระดับประเทศและจังหวัด*. สืบค้นเมื่อ 22 ตุลาคม 2568 จาก <https://le-hale.bodthai.net/>
- สำนักงานสถิติจังหวัดนครราชสีมา สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2568). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 จังหวัดนครราชสีมา*. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2568 จาก <https://shorturl.asia/J4r1b>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2567). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 ระดับจังหวัด*. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2568 จาก
https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20250103144326_47137.pdf

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2567). *ตัวชี้วัดดัชนีสำคัญของประเทศไทย 2567*. สืบค้นเมื่อ 22 ตุลาคม 2568 จาก <https://www.nso.go.th/public/e-book/Indicators-Thailand/Thailand-Indicators-2567/24/>
- สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. (2560). *การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง*. สืบค้นเมื่อ 22 ตุลาคม 2568 จาก <https://multimedia.anamai.moph.go.th/associates/bound-elder/>
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิพัฒนกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะรังกุล. (2545). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย*. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2568 จาก <https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>
- อรสุดา ตันตยานนท์ และแดนวิชัย สายรักษา. (2566). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารสหวิทยาการ วิจัยและวิชาการ*, 3(6), 385-398. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/IARJ/article/view/270620/180732>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (2nd). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- 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.
- Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E. R. (2019). *Multivariate Data Analysis* 7th ed. New Jersey: Pearson Education.
- Rondón García, L. M., & Ramírez Navarro, J. M. (2018). The impact of quality of life on the health of older people from a multidimensional perspective. *Journal of aging research*, 2018, 4086294. <https://doi.org/10.1155/2018/4086294>
- World Health Organization. (1997). *WHOQOL-BREF Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment, Field Trial Version*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). *Thailand's Leadership and Innovations Towards Healthy Aging*. Retrieved October 22, 2025 from <https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/thailands-leadership-and-innovation-towards-healthy-ageing>
- World Health Organization, (2025). *Ageing and Health*. Retrieved October 22, 2025 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

ผลของการใช้แผ่นเจลสมุนไพรลดปวดต่อคะแนนความปวดจากกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม
ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
The Effects of an Analgesic Herbal Gel Patch on Pain Scores among Students
with Office Syndrome at the Boromarajonani Nursing College of Songkhla

ปาริฉัตร แสงสง¹, ปาริชาติ จันทวงศ์¹, ปิยฉัตร ณ นาน¹, ปิยทิพย์ แซ่เฮีย¹, ปิยวรรณ ทองมาก¹,
ปิยอร รวดเร็ว¹, ปัทมวรรณ เอี่ยมสงวน¹, ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ^{1*}

Parichat Sangsong¹, Parichat Jantawong¹, Piyachad Na-nan¹, Piyatip Senghia¹, Piyawan Thongmak¹,
Piyaon Ruadrew¹, Patthamawan Aemsahaun¹, Trongrit Thongmeekhaun^{1*}

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

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

(Received: January 30, 2026; Revised: August 10, 2026; Accepted: August 12, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของแผ่นเจลสมุนไพรลดปวดต่อคะแนนความปวดจากกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ 58 ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2568 คัดเลือกแบบเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แผ่นเจลสมุนไพรลดปวด ซึ่งผลิตจากน้ำสมุนไพร 4 ชนิด ผสมกับผงเจลลาติน ทำเป็นแผ่นเจลสำหรับแปะบริเวณที่ปวด และคู่มือการใช้ 2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามคะแนนความปวด ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ระหว่าง .67 - 1.00 และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามคะแนนความปวดโดยใช้วิธีทดสอบซ้ำ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น เท่ากับ .79 นำแผ่นเจลสมุนไพรไปแปะบริเวณที่มีอาการปวดต่อเนื่องจนครบ 1 วัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยหา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าทีแบบจับคู่ ผลการวิจัยพบว่า

ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้แผ่นเจลสมุนไพรลดปวด ($M = 1.33$, $SD = 1.97$) ลดลงจากก่อนใช้ ($M = 4.43$, $SD = 1.83$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 11.20$, $df = 29.00$)

ดังนั้นวิทยาลัยพยาบาล ควรส่งเสริมให้มีการนำแผ่นเจลสมุนไพรลดปวด มาใช้ในการดูแลอาการปวดจากกลุ่มออฟฟิศซินโดรมในกลุ่มนักศึกษา ซึ่งมีประสิทธิผลที่ดีในการลดปวด ใช้งานง่าย และสะดวก

คำสำคัญ: เจลสมุนไพรลดปวด คะแนนความปวด อาการออฟฟิศซินโดรม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: trongrit@bcnsc.ac.th)

Abstract

This one-group pretest–posttest quasi-experimental study aimed to examine the effects of an analgesic herbal gel patch on pain scores among nursing students experiencing office syndrome. The sample consisted of 30 third-year students of the Bachelor of Nursing Science program in the 2025 academic year, selected through purposive sampling. Research instruments included: (1) the intervention tool an analgesic herbal gel patch prepared from extracts of four medicinal herbs combined with gelatin powder, formed into gel sheets for application on painful areas, accompanied by a usage manual; (2) a pain score questionnaire validated by three experts, yielding a content validity index between 0.67 and 1.00, with test–retest reliability producing an intraclass correlation coefficient of 0.79. Participants applied the gel sheets continuously for one day. Data were analyzed using mean, standard deviation, and paired t-test. The results showed that

The mean pain score after using the analgesic herbal gel patch ($M = 1.33$, $SD = 1.97$) was significantly lower than that before the intervention ($M = 4.43$, $SD = 1.83$) at the .001 significance level ($t = 11.20$, $df = 29.00$).

Therefore, nursing colleges should promote the use of analgesic herbal gel patches for managing office syndrome-related pain among students. The intervention demonstrated good effectiveness in reducing pain and was easy and convenient to use.

Keywords: Analgesic Herbal Gel Patch, Pain Score, Office Syndrome

บทนำ

ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสมัยใหม่ ทำให้สถาบันการศึกษาต้องปรับรูปแบบการเรียนการสอนให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง เช่น การใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ การใช้สื่อต่าง ๆ รูปแบบแบบออนไลน์ เป็นต้น นักศึกษาจึงจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือที่เกี่ยวข้อง เช่น คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต แอปพลิเคชัน สื่อออนไลน์ เป็นต้น ในการนั่งเรียน สืบค้น หรือทำงานหน้าจอคอมพิวเตอร์ เป็นระยะเวลานาน หรือเกือบจะตลอดทั้งวัน ประกอบกับนักศึกษาอาจจะละเลยต่อการดูแลสุขภาพร่างกาย จึงทำให้เกิดกลุ่มอาการที่เรียกว่า “ออฟฟิศซินโดรม” ซึ่งเป็นความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดขึ้นจากการทำงานด้วยท่าทางที่ไม่ถูกต้องและซ้ำ ๆ กันเป็นเวลานาน ด้วยท่าทางหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดอาการที่พบบ่อย ได้แก่ ปวดเมื่อยบริเวณคอ บ่า ไหล่ หลัง หรือแขน รวมถึงอาการตึง หรืออักเสบของกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น ซึ่งสภาวะเหล่านี้ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อประสิทธิภาพในการเรียนและคุณภาพชีวิตอีกด้วย (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2566)

นักศึกษาพยาบาล นับเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการ “ออฟฟิศซินโดรม” เช่นกัน เนื่องจากการเรียนการสอนมีการใช้เทคโนโลยีที่สมัยใหม่ โดยในภาคทฤษฎีนักศึกษาต้องใช้คอมพิวเตอร์หรือแท็บเล็ต นั่งเรียน เขียนรายงาน ทบทวนตำรา หรือดูสื่อออนไลน์ต่าง ๆ เป็นเวลานาน ส่วนในภาคปฏิบัตินอกจากต้องใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่แล้ว ยังต้องปฏิบัติตามกิจกรรมพยาบาลในท่าทางที่ไม่เหมาะสม เช่น อยู่ในท่ายืนหรือนั่งเป็นเวลานาน การใช้ท่าทางที่ไม่ถูกต้อง เป็นต้น (ชลดา โต๊ะสิงห์, ชนิกันต์ จันทระ, ชมพูนุช เขียนคำ, ชลดา ปะนาโท, ชลธิชา พงษ์พินา, ชลธิ วัฒนะพล และคณะ, 2566) แม้นักศึกษาพยาบาลจะมีความรู้ทางด้านสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยดังกล่าว แต่ส่วนใหญ่ละเลยวิธีการป้องกัน ดังข้อมูลการสำรวจนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ 58 ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2568 จำนวน 139 คน พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม จำนวน 37 คน (ร้อยละ 26.60) เช่น นั่งเรียนมากกว่า 6 ชั่วโมง (ร้อยละ 57.60) นั่งหลังค่อม จำนวน 106 คน (ร้อยละ 76.30) นั่งเรียนหรืออ่านหนังสือเป็นเวลานาน จำนวน 126 คน (ร้อยละ 90.60) เป็นต้น ส่งผลให้

นักศึกษาพยาบาลมีอาการของกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม เช่น ปวด/เมื่อยคอ บ่า ไหล่ เป็นต้น จำนวน 74 คน (ร้อยละ 53.20) โดยมีระดับความรุนแรงของอาการ 4 คะแนน จำนวน 29 คน (ร้อยละ 25.80) 5 คะแนน จำนวน 24 คน (ร้อยละ 21.90) 3 คะแนน จำนวน 23 คน (ร้อยละ 20.30) ซึ่งอาการดังกล่าวนอกจากส่งผลต่อความไม่สุขสบายทางกายแล้วยังส่งผลต่อประสิทธิภาพในการเรียน การปฏิบัติงานฝึกภาคปฏิบัติ และสุขภาพในระยะยาว (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา, 2568)

การลดปวดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม สามารถทำได้หลายแนวทางทั้งแบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ได้แก่ 1) การรับประทานยา ได้แก่ ยาลดการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ มีข้อดี คือ ลดปวดได้ดีและรวดเร็ว แต่มีข้อเสีย คือ ระคายเคืองกระเพาะอาหาร ส่งผลเสียต่อไต และหลอดเลือดหัวใจได้ (ปราณี ทุ์ไพเราะ, 2564) 2) การกายภาพบำบัด เป็นการฟื้นฟูและเสริมสร้างความสามารถในการใช้ร่างกายด้วยเทคนิคต่าง ๆ เช่น การดึง นวด ประคบ ร่วมกับการบริหารร่างกาย มีข้อดี คือ ลดปวดได้ดีและค่อนข้างปลอดภัย (สมโรจน์ จิรวิภากร, 2565) แต่มีข้อเสีย ผู้บำบัดที่ต้องมีความชำนาญ และต้องทำอย่างต่อเนื่องหลายครั้งต่อสัปดาห์ และแบบการแพทย์แผนโบราณ ได้แก่ 1) การนวดแผนไทย ซึ่งเป็นศาสตร์การบำบัดที่มีรากฐานมาจากภูมิปัญญาพื้นบ้านผสมผสานกับหลักการทางกายวิภาคศาสตร์และแนวคิดเรื่องพลังชีวิตของร่างกาย มีข้อดีคือ ลดปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเรื้อรัง เช่น ปวดคอ ปวดไหล่ ปวดหลัง กระตุ้นการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลือง ลดการอักเสบของกล้ามเนื้อ และทำให้รู้สึกผ่อนคลาย แต่มีข้อเสีย คือ ผู้นวดต้องมีความชำนาญ และต้องทำอย่างต่อเนื่องหลายครั้งต่อสัปดาห์ (อภิรดี ธรรมสรณ์, 2560) 2) การใช้สมุนไพรลดปวด เช่น ไพล ขมิ้นชัน เถาเอ็นอ่อน เป็นต้น โดยอาจใช้เดี่ยว ๆ หรือผสมเป็นสูตรยาต่าง ๆ มีข้อดี คือ ช่วยลดการอักเสบและคลายกล้ามเนื้อได้ดี มีวิธีการหลากหลายให้เลือก เช่น ยารับประทาน ยาทา ลูกประคบ พอก เป็นต้น แต่มีข้อเสีย คือ รสชาติขม กลิ่นแรง มีความเหนอะหนะ ทำให้เกิดความมันบนผิวหนังมาก ไม่สะดวกใช้ (ปัทมา ทองธรรมชาติ, ศุภะลักษณ์ พิกคำ, อรุณี ยันตรปรกรณ์, เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล, 2564; สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์, วีรภัทร พิสิก, คณาพงษ์ เกิดแสง, ขวาร์ตน์ เหลืองอร่าม, 2565)

จะเห็นได้ว่า การลดปวดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมแต่ละวิธีมีประสิทธิผลการลดปวดได้ดีใกล้เคียงกัน แต่มีข้อจำกัดที่แตกต่างกันไป เช่น ต้องใช้ระยะเวลาต่อเนื่อง ไม่สะดวกในการใช้ มีความสกปรก ไม่ปลอดภัย ไม่เหมาะสมกับวิถีชีวิต เป็นต้น ทั้งนี้หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ซึ่งมีการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติที่แน่นมาก เมื่อนักศึกษามีอาการออฟฟิศซินโดรมขึ้นมาแล้ว การไปพบแพทย์เพื่อรับยา การทำกายภาพหรือนวด อาจทำได้ยาก การซื้อยามารับประทานอาจไม่ปลอดภัย การกินหรือประคบสมุนไพรอาจไม่สะดวกใช้ ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดจะพัฒนาวิธีการลดปวดที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของนักศึกษาพยาบาล คือ “แผ่นเจลสมุนไพรลดปวด” ขึ้น โดยนำสมุนไพรที่มีประสิทธิผลการลดปวดได้ดีและมีความปลอดภัย 4 ชนิด ได้แก่ ขิง ข่า ใบพลู ต้นกระดุกไค้ดำ (วรกานต์ มุกประดับ, 2563; แพรวนภา เอี้ยวเจริญ, พิมพ์พิชา สำราญราษฎร์, พิมพ์วีร์ โชติสุวรรณกุล, เพชรรัตน์ งามสม, เพียงจันทร์ วิทิตพันธ์, ภัณฑิรา อรุณรัตน์พร และคณะ, 2565; ศิริลักษณ์ เมืองไทย, ญาณิกา สิงาม, นันทิกาญจน์ ชูศรี, ปภาณิน สุขประเสริฐ, มาลินี ฤทธิชัย, กลชล ไชยน้อย และคณะ, 2569) และนำลักษณะผลิตภัณฑ์ที่สะดวกในการใช้ โดยทำเป็นแผ่นเจลสำหรับแปะบริเวณที่ปวด ซึ่งแผ่นเจลมีคุณสมบัติในการเก็บกักและปล่อยซึมซับสารสกัดสมุนไพรให้ไปออกฤทธิ์ได้ดีทางผิวหนัง สามารถแปะได้ทุกบริเวณที่ปวด เช่น คอ บ่า ไหล่ เป็นต้น และตอบสนองต่อวิธีการดำเนินชีวิต โดยใช้งานง่าย สะดวก ใช้ได้ทุกที่ ทุกเวลา (ฐมาพร เชี่ยวชาญ, กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน, อภิรดี พาผล, 2567) จึงเห็นได้ว่า “แผ่นเจลสมุนไพรลดปวด” เหมาะสมกับการนำไปใช้ตามวิถีชีวิตประจำวันของนักศึกษาพยาบาลที่มีข้อจำกัดด้านกิจกรรม เวลา และสถานที่ ทั้งนี้หากผลการวิจัยได้ผลลัพธ์ที่ดี จะนำไปสู่การผลิตและใช้กับนักศึกษาพยาบาลอย่างแพร่หลาย รวมทั้งใช้ในกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของแผ่นเจลสมุนไพรลดปวดต่อคะแนนความปวดจากกลุ่มอาการโรคออฟฟิศซินโดรมของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการทดลอง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนความปวดจากกลุ่มอาการโรคออฟฟิศซินโดรมของนักศึกษาพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานวิจัย

หลังการใช้แผ่นเจลสมุนไพรลดปวด คะแนนความปวดจากกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของนักศึกษาพยาบาลลดลง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ (System Theory) (Donabedian, 2005) และ Pain Theory (Melzack, Wall, 1965) ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ แผ่นเจลสมุนไพรลดปวด ซึ่งผลิตจากสมุนไพรที่มีสรรพคุณลดปวด 4 ชนิด ได้แก่ ขิง ข่า ใบพลู ต้นกระดุกไก่ดำ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2568; แพรวนภา เอี้ยวเจริญ, พิมพ์พิชชา สำราญราษฎร์, พิมพ์วีร์ โชติสุวรรณกุล, เพชรรัตน์ งามสม, เพียงจันทร์ วิทิตพันธ์, ภณทิรา อรุณรัตน์พร และคณะ, 2565) และแผ่นเจล ซึ่งทำจากผงเจลลาตินมีคุณสมบัติในการเก็บกักและปล่อยซึมซับสารสกัดสมุนไพรที่มีประสิทธิภาพต่อการลดปวดอย่างต่อเนื่องและออกฤทธิ์ได้ดีทางผิวหนัง (ฐมาพร เชี่ยวชาญ, กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน, อภิรดี พาผล, 2567) 2) กระบวนการ (Processes) ได้แก่ การนำแผ่นเจลสมุนไพรลดปวดไปใช้ โดยแปะแผ่นเจลบริเวณที่มีอาการปวดต่อเนื่องเป็นเวลา 24 ชั่วโมง ซึ่งเป็นระยะเวลาที่เพียงพอให้ตัวยาสมุนไพรซึมผ่านผิวหนังและออกฤทธิ์ทางสรีรวิทยาได้เต็มที่ (กัลยกุล ฤทธิโส, ดวงกมล จันทร์สงค์, ปิยธิดา ชุมคช, สุกัญญา รัตน์ะ, วิทวัส หมาดือ, กุสุมาลย์ น้อยผา, 2562) และ 3) ผลลัพธ์ (Outputs) ได้แก่ การทดสอบประสิทธิภาพของแผ่นเจลสมุนไพรลดปวด ด้วยการเปรียบเทียบคะแนนความปวดก่อนและหลังการใช้ ตามเกณฑ์คะแนนความปวด ตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน (รวินันท์ นุชศิลป์, เพชรธยา แป้นวงษา, ปรียฉัตร สิงหาบุตร, พชรินทร์ จันทร์หอม, 2567) ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One-Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ 58 ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2568 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา จำนวน 139 คน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) มีอาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณ คอ บ่า ไหล่ หลังจากการนั่งเรียนหรือทำกิจกรรมเป็นเวลานาน โดยมีคะแนนความปวด 2 คะแนนขึ้นไป 2) ไม่อยู่ระหว่างการรักษาอาการปวดด้วยวิธีการต่าง ๆ 3) ไม่มีประวัติการแพ้สมุนไพร 4) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และ 5) สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการใช้แผ่นเจลสมุนไพรลดปวดได้ครบตามแผน คือ ต้องแปะแผ่นเจลสมุนไพรลดปวดบริเวณที่มีอาการปวดต่อเนื่องจนครบ 1 วัน (24 ชั่วโมง) เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) แพ้เจลสมุนไพรลดปวดในระหว่างการทดลอง 2) ใช้การรักษาอาการปวดด้วยวิธีการอื่นในระหว่างการทดลอง และ 3) แปะแผ่นเจลสมุนไพรลดปวดบริเวณที่มีอาการปวดต่อเนื่องไม่ครบ 1 วัน (24 ชั่วโมง)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ 58 ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2568 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากโปรแกรม G*Power ซึ่งมีการประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect Size) เท่ากับ .50 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Cohen, 1977) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ .05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ .80 โดยศึกษาจากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เรื่อง ประสิทธิภาพของแผ่นแปะสมุนไพรบรรเทาอาการปวดข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุตำบลคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี (วรกานต์มุกประดับ, 2563) คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 27 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 แผ่นเจลสมุนไพรลดปวด ซึ่งผลิตจากสมุนไพรที่มีสรรพคุณลดปวดได้ดีและปลอดภัย 4 ชนิด ได้แก่ ขิง ข่า ใบพลู ต้นกระดุกไค้ดำ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2568; แพรวนภา เอี้ยวเจริญ, พิมพ์พิชา สำราญราษฎร์, พิมพ์วีร์ โชติสุวรรณกุล, เพชรรัตน์ งามสม, เพียงจันทร์ วิทิตพันธ์, ภันทิรา อรุณรัตน์พร และคณะ, 2565) นำมาอย่างละ 100 กรัม ต้มในน้ำสะอาด 1 ลิตร จนเดือดครบ 20 นาที นำมารองด้วยผ้าขาวบาง ได้เป็นน้ำสมุนไพร แล้วนำไปผสมกับผงเจลาติน 2 ช้อนชา นำส่วนผสมมาเทลงใส่พิมพ์สี่เหลี่ยม นำไปแช่ตู้เย็น 30 นาที เพื่อให้ส่วนผสมเซตตัวจับกันเป็นเจล หลังจากนั้นจึงตัดแผ่นเจล ขนาดกว้าง 6 เซนติเมตร ยาว 8 เซนติเมตร นำมาแปะกับแผ่นฟิกซ์โซมูล ขนาดกว้าง 10 เซนติเมตร ยาว 12 เซนติเมตร บรรจุภาชนะแล้วแช่เย็นไว้ นำออกแปะบริเวณที่ปวดเมื่อยต้องการ

1.2 คู่มือการใช้แผ่นเจลสมุนไพรลดปวด ซึ่งมีข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการใช้แผ่นแปะสมุนไพรลดปวด และข้อควรระวัง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามคะแนนความปวดจากกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติการแพ้สมุนไพร ตำแหน่งเกิดอาการออฟฟิศซินโดรม การดูแลรักษาออฟฟิศซินโดรมที่เกิดขึ้นของครั้งที่ผ่านๆมา ระยะเวลาการหายจากอาการออฟฟิศซินโดรม การเกิดอาการแพ้ขณะใช้แผ่นเจลสมุนไพรลดปวด โดยคำถามเป็นแบบรายการให้ตอบ และเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคะแนนความปวด เป็นแบบสอบถามคะแนนความปวดก่อนและหลังใช้แผ่นเจลสมุนไพรลดปวด ครบ 1 วัน (24 ชั่วโมง) เป็นแบบ NRS (Numerical Rating Scale) โดยให้ผู้ตอบบันทึกคะแนนความปวดของตนเอง มีช่วงคะแนน ตั้งแต่ 0 คะแนน คือ ไม่ปวดเลย จนถึง 10 คะแนน คือ ปวดมากที่สุด (รวินันท์ นุชศิลป์, เพชรธยา แป้นวงษา, ปริญธร สิงหาบุตร, พชรินทร์ จันทรหอม, 2567)

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านเภสัชกรรม 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 คน พิจารณาตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่าระหว่าง .67 - 1.00 และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามคะแนนความปวด โดยนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีอาการปวดจากกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมที่ไม่เข้ากับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ด้วยวิธี Test-Retest Reliability โดยทดสอบซ้ำห่างกัน 24 ชั่วโมง ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass Correlation Coefficient: ICC) เท่ากับ .79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการทดลอง

- 1.1 ทำหนังสือขออนุญาตถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา เพื่อขอเก็บข้อมูลวิจัย
- 1.2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณคอ บ่า ไหล่ จากการนั่งเรียน/ทำกิจกรรมต่อเนื่องนาน ตามจำนวนและเกณฑ์การคัดเลือก
- 1.3 ชี้แจงชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบและบอกวัตถุประสงค์
- 1.4 ให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกคะแนนความปวดจากกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของตนเองตามเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองใช้แผ่นเจลสมุนไพรลดปวด

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 ให้กลุ่มตัวอย่างใช้เจลสมุนไพรทาบริเวณท้องแขน ขนาดเท่าเหรียญสิบ ทั้งไว้ 1 ชั่วโมง แล้วสังเกตว่ามีอาการแพ้ เช่น คัน ผื่น แสบร้อน เป็นต้น หรือไม่ ซึ่งไม่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการดังกล่าว

2.2 ให้กลุ่มตัวอย่างใช้แผ่นเจลสมุนไพรตามคำแนะนำ โดยแปะแผ่นเจลสมุนไพรลดปวดบริเวณที่มีอาการปวด ได้แก่ คอ บ่า ไหล่ โดยแปะต่อเนื่องจนครบ 1 วัน (24 ชั่วโมง)

2.3 ติดตามและสอบถามอาการที่อาจเกิดการแพ้เจลสมุนไพรลดปวด เช่น คัน ผื่น แสบร้อน เป็นต้น ภายหลังจากใช้แผ่นเจลสมุนไพรลดปวดแล้ว 24 ชั่วโมง ซึ่งไม่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการดังกล่าว

3. ขั้นตอนหลังการทดลอง

3.1 ให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกคะแนนความปวดจากกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของตนเอง ตามเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลหลังการทดลองใช้แผ่นเจลสมุนไพรลดปวด

3.2 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลวิจัยจากแบบสอบถามทั้งหมด และเตรียมนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนความปวดจากกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของนักศึกษาพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired Sample T-Test ผู้วิจัยได้ตรวจสอบการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) โดยหาค่าสถิติทดสอบ Skewness และ Kurtosis พบว่า ก่อนทดลอง เท่ากับ 0.312 และ -0.545 ตามลำดับ และหลังทดลอง เท่ากับ 1.323 และ 0.437 ตามลำดับซึ่งมีค่าอยู่ในช่วงระหว่าง -2.00 ถึง 3.50 แสดงว่า การแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ (Lei, Lomax, 2005)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา เลขที่ BCNSK 11/2568 ลงวันที่ 28 สิงหาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	30	100.00
อายุ (ปี)		
20	11	36.67
21	19	63.33
$M = 20.60, SD = 0.49$		
ประวัติการแพ้ยา สารเคมี สมุนไพร และอื่น ๆ		
ไม่แพ้	30	100.00
ตำแหน่งเกิดอาการออฟฟิศซินโดรมที่เกิด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ปวดคอ	15	50.00
บ่า	18	60.00
ไหล่	22	73.33

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การดูแลรักษาอาการออฟฟิศซินโดรมครั้งที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	5	16.70
ซื้อยาทานเอง	4	13.30
รักษากับแพทย์	5	16.70
นวดแผนไทย	10	33.30
ประคบอุ่น	20	66.74
นวดด้วยตนเอง	12	40.00
ไม่ได้ทำอะไร		
ระยะเวลาการหายจากอาการออฟฟิศซินโดรม		
1 สัปดาห์	25	83.34
มากกว่า 1 สัปดาห์	4	13.33
1 เดือนขึ้นไป	1	3.33
เกิดอาการแพ้ เช่น คัน ผื่น แสบร้อน เป็นต้น ขณะใช้แผ่นเจลสมุนไพรลดปวด		
ไม่มี	30	100.00

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 อายุส่วนใหญ่ 21 ปี จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 ($M = 20.60, SD = 0.49$) ไม่มีประวัติการแพ้ยา สารเคมี หรือสมุนไพร จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100 มีอาการออฟฟิศซินโดรมที่เกิด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) มากที่สุด คือ ปวดไหล่ จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 77.33 การดูแลรักษาอาการออฟฟิศซินโดรมครั้งที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) มากที่สุด คือ นวดด้วยตนเอง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.74 ระยะเวลาการหายจากอาการออฟฟิศซินโดรม มากที่สุด คือ 1 สัปดาห์ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.30 และกลุ่มตัวอย่างไม่เกิดอาการแพ้ เช่น คัน ผื่น แสบร้อน เป็นต้น ขณะใช้แผ่นเจลสมุนไพรลดปวด จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00

2. ข้อมูลการเปรียบเทียบคะแนนความปวดจากกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้แผ่นเจลสมุนไพรลดปวด

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนความปวดจากกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการใช้แผ่นเจลสมุนไพรลดปวด ($n = 30$)

ระดับความปวด	ระดับคะแนน	M	SD	t	df	$p\text{-value}$ (1-tailed)
ก่อนทดลอง	10	4.43	1.83	11.2	29	<.001
หลังทดลอง	10	1.33	1.97			

จากตาราง 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดจากกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้แผ่นแปะเจลสมุนไพรลดปวด ($M = 1.33, SD = 1.97$) ต่ำกว่าก่อนการใช้ ($M = 4.43, SD = 1.83$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 11.2, df = 29$)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความปวดจากกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้แผ่นเจลสมุนไพรลดปวดต่ำกว่าก่อนการใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยที่ว่า หลังการใช้ “แผ่นเจลสมุนไพรลดปวด” ที่ผลิตโดยการนำสมุนไพร 4 ชนิด ได้แก่ ขิง ข่า ใบพลู ต้นกระดุกไก่ดำ สรรพคุณด้านการอักเสบและลดปวด (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2568; แพรวนภา เอี้ยวเจริญ, พิมพ์พิชชา สำราญราษฎร์, พิมพ์วีร์ โชติสุวรรณกุล, เพชรรัตน์ งามสม, เพ็ญจันทร์ วิทิตพันธ์, ภณทิรา อรุณรัตน์พร

และคณะ, 2565) โดยทำเป็นน้ำสมุนไพรมาผสมกับเจลลาติน ซึ่งมีคุณสมบัติในการเก็บกักและปล่อยซึมซับสารสกัดสมุนไพรที่มีประสิทธิภาพต่อการลดปวดได้อย่างต่อเนื่อง (ฐมาพร เชี่ยวชาญ, กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน, อภิรดี พาผล, 2567) ทำให้คะแนนความปวดจากกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของนักศึกษาพยาบาลลดลง อธิบายได้ตามทฤษฎีความปวด (Pain Theory) 2 ทฤษฎีหลัก คือ 1) ทฤษฎีการควบคุมประตู (Gate Control Theory) อธิบายได้ว่าแผ่นเจลเย็นและน้ำมันหอมระเหยจากสมุนไพร ได้แก่ สารสกัดจากขิง ข่า และใบพลู จะเข้ากระตุ้นตัวรับความรู้สึกเย็น และตัวรับสัมผัสได้ผิวหนัง ซึ่งจะส่งกระแสประสาทผ่านเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ที่มีปลอกไมอีลิน ไปกระตุ้นเซลล์ประสาทประสาทราก ในเนื้อเยื่อส่วนหลังของไขสันหลัง ให้ทำการสกัดกันหรือ "ปิดประตู" ไม่ให้กระแสประสาทนำความปวดจากกล้ามเนื้อที่หดเกร็งไปสู่สมองส่วนรับรู้ความรู้สึกได้ และ 2) ทฤษฎีทางเคมีชีวภาพ (Biochemical Theory) อธิบายได้ว่า สารสำคัญจากต้นกระดุกไค้ดำ ได้แก่ ฟลาโวนอยด์ และสารสำคัญในใบพลู ได้แก่ อัลคาลอยด์ มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่คล้ายสารกลุ่มโอปิออยด์ จะเข้าไปกระตุ้นระบบควบคุมความปวดจากส่วนกลาง ส่งผลให้สมองและไขสันหลังส่วนบนกระตุ้นให้หลั่งสารต้านความปวดตามธรรมชาติ ได้แก่ เอ็นดอร์ฟินและเอนเคฟาลินออกมา และไปจับกับตัวรับโอปิออยด์ ช่วยยับยั้งการหลั่งสารสื่อประสาทที่นำความปวด ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลรับรู้ถึงความเจ็บปวดลดลง (Melzack, Wall, 1965; Ebru, Milan, Aaron, 2021; กรมการแพทย์, 2568) รวมทั้งการที่แผ่นเจลสมุนไพรลดปวด มีขนาดกะทัดรัด พกพาสะดวก ใช้งานง่าย และมีความปลอดภัย สามารถใช้ได้โดยไม่มีข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่ แม้อยู่ในหอพัก ระหว่างการเรียน และปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับวิถีชีวิตของนักศึกษาพยาบาลยุคปัจจุบัน ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริลักษณ์ เมืองไทย, ญาณิกา สิงาม, นันทิกานุจน์, ชุศรี, ปภาณิน สุขประเสริฐ, มาลินี ฤทธิชัย, กลชล ไชยน้อย และคณะ (2569) เรื่อง ผลของการใช้แผ่นเจลสมุนไพรเพื่อลดปวดในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดออฟฟิศซินโดรม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนางพญา พบว่า แผ่นเจลสมุนไพรสามารถลดปวดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และงานวิจัยของ ปัทมา ทองธรรมชาติ, ศุภะลักษณ์ พักคำ, อรุณี ยันตรปรกรณ์, เบญจวรรณ พูนธนาวิวัฒน์กุล (2564) เรื่อง การพัฒนาแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรพอกเข้าบรรเทาอาการปวดสำหรับผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบางแม่นาง จังหวัดนนทบุรี พบว่า หลังจากการใช้ผลิตภัณฑ์พอกเข้าในรูปแบบแผ่นแปะเจลสมุนไพรค่าเฉลี่ยระดับอาการปวดเขาลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นักศึกษาพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพอาการออฟฟิศซินโดรม โดยเน้นการใช้แผ่นเจลสมุนไพรลดปวด ซึ่งเป็นวิธีการดูแลสุขภาพที่ปลอดภัย ควบคู่กับการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การใช้การออกกำลังกาย การยืดเหยียด และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเรียน
2. วิทยาลัยและสถาบันการศึกษา สามารถนำผลการวิจัยไปบูรณาการเข้ากับหลักสูตรการศึกษา เพื่อให้ นักศึกษามีความรู้ ด้านสมุนไพร การลดปวดโดยไม่พึ่งพายา และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพป้องกันอาการออฟฟิศซินโดรม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการใช้แผ่นเจลสมุนไพรลดปวดในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย เช่น นักศึกษากลุ่มอื่น ๆ กลุ่มวัยทำงาน ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีอาการปวดเรื้อรัง
2. ควรศึกษาวิจัยประสิทธิภาพของแผ่นเจลสมุนไพรลดปวด เปรียบเทียบกรณีตำแหน่งการใช้ต่างกัน หรือ เปรียบเทียบกับการรักษาด้วยวิธีอื่น รวมถึงการศึกษาวิจัยการพัฒนาแผ่นเจลสมุนไพรลดปวดที่มีส่วนผสมของสมุนไพรอื่น ๆ และการควบคุมคุณภาพที่ชัดเจน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและให้มีความหลากหลายยิ่งขึ้น

คำแถลงการณ์การใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้วิจัยขอรับรองว่า การเผยแพร่บทความฉบับนี้ ไม่ได้ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการจัดทำ โดยเนื้อหาการเขียนทั้งหมดเป็นของผู้วิจัย ซึ่งได้ตรวจสอบความถูกต้องก่อนการเผยแพร่ และจะรับผิดชอบต่อนเนื้อหาในบทความฉบับนี้ตามหลักจริยธรรมทางวิชาการ

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้วิจัยขอรับรองว่า การดำเนินการวิจัยและการเผยแพร่บทความฉบับนี้ ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใด ๆ

รายการอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2568). *คู่มือการใช้ยาสมุนไพรในเวชปฏิบัติ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอ แอนด์ เจ เมดิคอล จำกัด.
- กัลย์กมล ฤทธิโสภ, ดวงกมล จันทรวงศ์, ปิยธิดา ชุมคช, สุกัญญา รัตนะ, วิทวัส หมดดี, และกุสุมาลย์ น้อยผา. (2562). *ประสิทธิผลและความพึงพอใจต่อสเปรย์สมุนไพรบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อจากการเล่นกีฬา*. ในการประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 16 “เกษตรกำแพงแสน ตามรอยพ่อ สานต่อศาสตร์แห่งแผ่นดิน” (หน้า 2768-2777). นครปฐม: วิทยาเขตกำแพงแสน มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (2566). *ออฟฟิศซินโดรม โรคน่ากลัวของคนวัยทำงาน*. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2568 จาก <https://url.in.th/OgKqv>
- ชลดา โต๊ะสิงห์, ชนิกันต์ จันทรง, ชมพูนุช เทียนคำ, ชลดา ปะนาโท, ชลธิชา พงษ์พินา, ชลธิ วัฒนะพล, ชลสิทธิ์ สีบุญ, และคณะ. (2566). การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลต่อการเกิดการปวดหลังส่วนล่าง บ่า ไหล่ และคอของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 รุ่นที่ 39 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. *วารสารวิจัยนวัตกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางสุขภาพ*, 2(1), 23-34.
<https://he03.tci-thaijo.org/index.php/PBRI/article/view/1192>
- ฐมาพร เชี่ยวชาญ, กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน, และอภิรดี พาผล. (2567). *ประสิทธิผลแผ่นแปะสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุ*. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 7(2), 12-20.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/article/view/268360>
- ปัทมา ทองธรรมชาติ, ศุภะลักษณ์ พิกคำ, อรุณี ยันตรปรกรณ์, และเบญจวรรณ พูนธนาวิวัฒน์กุล. (2564). การพัฒนาแผ่นแปะไฮโดรเจลสมุนไพรพอกเข้าบรรเทาอาการปวดเข่าสำหรับผู้มารับบริการที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแม่นาง จังหวัดนนทบุรี. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(3), 67-79.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/article/view/249201>
- ปราณี ทุไพบระ. (2564). *คู่มือยา*. กรุงเทพมหานคร: N P Press Limited Partnership.
- แพรวนภา เอี้ยวเจริญ, พิมพ์พิชชา สำราญราษฎร์, พิมพ์วิทย์ โชติสุวรรณกุล, เพชรรัตน์ งามสม, เพ็ญจันทร์ วิจิตพันธ์, ภัณฑิรา อรุณรัตน์พร และคณะ. (2565). *นวัตกรรม “แผ่นเจลสมุนไพรลดปวดข้อเข่า”*. ในการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 14 “วิจัยสร้าง Innovation and Technology เพื่อรองรับสังคมไทยสู่ยุค Digital World” (หน้า 1673-1688). นครปฐม: สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- รวินันท์ นุชศิลป์, เพชรธยา แป้นวงษา, ปริยฉัตร สิงหาบุตร, และพัชรินทร์ จันทร์หอม. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน โดยพยาบาลเวชปฏิบัติ นักการแพทย์แผนไทย และหมอนวดแผนไทย ชุมชนในชุมชน. *วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ*, 36(3), 66-85.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUNS/article/view/264490>

- วรกานต์ มุกประดับ. (2563). ประสิทธิภาพของแผ่นแปะสมุนไพรบรรเทาอาการปวดข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี. ใน *การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 11 "Global Goals, Local Actions: Looking Back and Moving Forward 2020"* (หน้า 1120-1127). กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา. (2568). *ผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงและการอาการออฟฟิศซินโดรมใน นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2568*. สงขลา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา.
- ศิริลักษณ์ เมืองไทย, ญาณิกา สิงาม, นันทิกาญจน์ ชูศรี, ปภาณิน สุขประเสริฐ, มาลินี ฤทธิชัย, กลชล ไชยน้อย, และ คณะ. (2569). ผลของการใช้แผ่นเจลสมุนไพรเพื่อลดปวดในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดออฟฟิศซินโดรม. *วารสาร ศูนย์อนามัยที่ 9*, 20(1), 74-86.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/276320>
- สมโรจน์ จิริวิภากร. (2565). การป้องกันและรักษากลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของกำลังพลกองทัพอากาศแบบ องค์กรวม. *แพทยสารทหารอากาศ*, 68(1), 40-48.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/rtafmg/article/view/255568/175816>
- สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์, วีรภัทร พิสิก, คณาพงษ์ เกิดแสง, และชฎารัตน์ เหลืองอร่าม. (2565). การพัฒนาผลิตภัณฑ์ยา หม่องตำรับยาทพพระเส้นรูปแบบแท่งเพื่อบรรเทาอาการปวดคอ บ่า ไหล่ จากออฟฟิศซินโดรมสำหรับ บุคลากรอาจารย์และนักศึกษา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 9(3), 72-85.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/252997/174671>
- อภิรดี ธรรมสรณ์. (2560). *การศึกษามูลของการนวดแผนไทยต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มคนวัยทำงาน*. สาร นิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ วิทยาลัยการแพทย์ บัณฑิตการ, มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์.
- Cohen, J. (1977). *Statistical Power for The Behavioral Sciences* (2nd Edition). New York: Academic Press.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Ebru, A., Milan, S., & Aaron, S. (2021). Herbal medicine for pain management: Efficacy and drug interactions. *Journal of Evidence-Based Integrative Medicine*, 26, 1-15.
- Lei, M., & Lomax, R. G. (2005). The effect of varying degrees of nonnormality in structural equation modeling. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 12(1), 1-27.
https://doi.org/10.1207/s15328007sem1201_1
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150(3699), 971-979.

การพัฒนาแบบแผนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดพะเยา

Development of a Holistic Long-Term Care Model for Dependent Older Adults through Network Participation in Phayao Province

จิรศักดิ์ แก้วคำปา¹, สุพัฒน์ อาสนะ^{2*}, ชุติกานุจน์ สมสิงห์ใจ³

Cheerasak Keawkhampa¹, Supat Assana^{2*}, Chutikan Somsingjai³

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, ²วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก, ³โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแฝก

¹Phayao Provincial Public Health Office, ²Sirinhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health
and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, ³Pafaek Sub District Health Promoting Hospital

(Received: June 30, 2026; Revised: September 7, 2026; Accepted: July 17, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดพะเยา ดำเนินการ 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ บริบท และความต้องการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ 9 อำเภอ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 30 คน ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบตามแผนการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง เป็นระยะเวลา 6 เดือน ในพื้นที่นำร่อง 9 พื้นที่ และระยะที่ 4 ประเมินผลและรับรองรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 16 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired T-Test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากครอบครัวร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความต้องการให้ดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อม โดยด้านสิ่งแวดล้อมมีความต้องการสูงที่สุด

2. รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดพะเยา คือ P-CARE Impact Loop with Area-Based Adaptation ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และข้อมูลสะท้อนกลับ โดยบูรณาการพลังความรู้พลังภาคประชาชน และพลังนโยบายเป็นกลไกขับเคลื่อน พร้อมปรับการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบพบว่า ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบ ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้น และความเสี่ยงต่อการหกล้มภายในบ้านลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกกลุ่มพื้นที่ ($p\text{-value} < .001$) คุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเฉพาะพื้นที่เมืองและกึ่งเมือง ($p\text{-value} < .001$) ส่วนพื้นที่ชนบทและภูเขา/ห่างไกลไม่พบความแตกต่างกัน

ข้อเสนอเชิงระบบในการพัฒนาแบบแผนการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ได้แก่ แนวทาง Active Aging สำหรับพื้นที่เมืองและกึ่งเมือง Community Participation สำหรับพื้นที่ชนบท และ Community Outreach ร่วมกับ Telecare สำหรับพื้นที่ภูเขาและห่างไกลเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดูแลแบบองค์รวม การดูแลระยะยาว การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: supataana@scphkk.ac.th)

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate a holistic long-term care model for dependent older adults through network participation in Phayao Province. The study was conducted in four phases. Phase 1 examined the situation, context, and long-term care needs of dependent older adults across nine districts, involving 400 participants. Phase 2 focused on model development through a participatory process involving 30 stakeholders. Phase 3 implemented the developed model using a one-group pretest-posttest design over a six-month period in nine pilot areas. Phase 4 evaluated and validated the model with 16 experts and relevant stakeholders. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and the paired t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis. The findings revealed that:

1. Most dependent older adults received care from their families in collaboration with village health volunteers and primary care units. They expressed a need for holistic care encompassing physical, psychological, social, spiritual, and environmental dimensions, with the environmental dimension being the area of greatest need.

2. The developed model, termed P-CARE Impact Loop with Area-Based Adaptation, comprised four components: inputs, processes, outcomes, and feedback. It integrated knowledge, community participation, and policy mechanisms as driving forces, with operational adjustments tailored to local contexts.

3. The implementation of the model demonstrated that, following the intervention, older adults showed improved ability to perform activities of daily living (ADL) and a significantly reduced risk of falls within the home across all types of areas ($p\text{-value} < .001$). Quality of life and mental health significantly improved specifically in urban and semi-urban areas ($p\text{-value} < .001$), whereas no statistically significant differences were observed in rural and mountainous/remote areas.

System-level recommendations for developing context-appropriate care models include an Active Aging approach for urban and semi-urban areas, Community Participation for rural areas, and Community Outreach combined with Telecare for mountainous and remote areas. These approaches aim to sustainably enhance the quality of life of older adults.

Keywords: Dependent Older Adults, Holistic Care, Long-Term Care, Network Participation

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสู่สังคมสูงวัยเป็นปรากฏการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นทั่วโลก โดยองค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2593 ประชากรโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 2 พันล้านคน ส่งผลให้หลายประเทศต้องเผชิญกับความท้าทายในการจัดระบบสุขภาพและสวัสดิการสังคม โดยเฉพาะการดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และสอดคล้องกับความต้องการที่ซับซ้อนของแต่ละบุคคล (World Health Organization [WHO], 2015) สำหรับประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ โดยในปี พ.ศ. 2567 มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 20.00 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นตามไปด้วย กลุ่มดังกล่าวต้องการการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นระบบ ขณะที่ระบบบริการสุขภาพและการดูแลระยะยาวยังเผชิญข้อจำกัดด้านทรัพยากร บุคลากร และการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567)

จังหวัดพะเยา พบว่ามีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศอย่างต่อเนื่อง ในช่วงปี พ.ศ. 2565 – 2567 มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 109,790 คน เป็น 118,824 คน คิดเป็นร้อยละ 23.63 – 25.77 ของประชากรทั้งหมด แสดงถึงการเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super-aged Society) สถานการณ์ผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2567 จำแนกตามระดับความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน (ADL) พบว่า มีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 96,703 คน คิดเป็นร้อยละ 93.13 กลุ่มติดบ้าน จำนวน 6,510 คน คิดเป็นร้อยละ 6.27 โดยพบว่าเป็นกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงปานกลางถึงรุนแรง และกลุ่มติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 573 คน คิดเป็นร้อยละ 0.55 แสดงถึงผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มติดบ้านที่มีความต้องการในการดูแลที่บ้าน (Home-based Care) มากกว่าการอยู่ในสถานพยาบาล แต่พบว่าปัจจัยนำเข้าทั้งด้านบุคลากรงบประมาณ และระบบข้อมูลในพื้นที่ยังคงมีจำกัดและดำเนินงานแบบแยกส่วน ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลในระบบบริการสาธารณสุข (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2568) แม้ภาครัฐจะมีนโยบายและกลไกการดำเนินงาน LTC ผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แต่ในทางปฏิบัติ การดำเนินงานกลับมุ่งเน้นความครอบคลุมเฉพาะกลุ่มติดเตียง ขณะที่กลุ่มติดบ้านยังเข้าถึงบริการ LTC มีข้อจำกัดด้านบริบทของพื้นที่ ขาดการเชื่อมประสานระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การเข้าถึงบริการ รวมถึงขาดรูปแบบการดูแลแบบองค์รวมที่ชัดเจนและมีมาตรฐานเดียวกัน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2566)

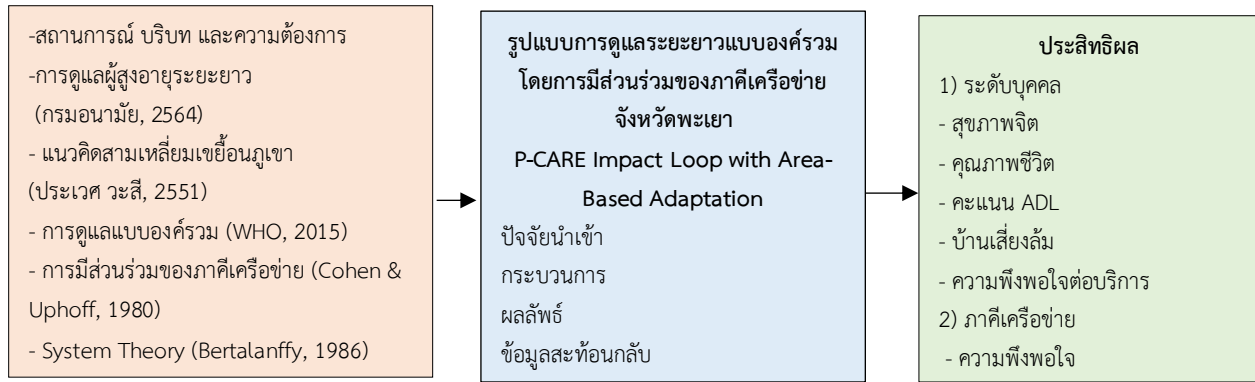
จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังมุ่งเน้นด้านสุขภาพกายเป็นหลัก ขณะที่มิติด้านจิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมยังไม่ได้รับการบูรณาการอย่างเพียงพอ (วุฒิฉาน ห้วยทราย และศรายุทธ ชุสนทน์, 2566) อีกทั้งยังขาดรูปแบบการดูแลแบบองค์รวมที่เชื่อมโยงองค์ประกอบของระบบและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจังหวัดพะเยา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบ (Bertalanffy, 1968) เพื่อบูรณาการการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม และเสริมประสิทธิภาพของระบบการดูแลในระดับชุมชน ให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ บริบท และความต้องการการดูแลระยะยาวแบบองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพะเยา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดพะเยา
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดพะเยา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้ แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (กรมอนามัย, 2564) ทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา (ประเวศ วะสี, 2551) เป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนร่วมกับทฤษฎีเชิงระบบ (Systems Theory) (Bertalanffy, 1968) แนวคิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (Cohen, Uphoff, 1980) และแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care Model) (WHO, 2015) ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 สถานการณ์ บริบท และความต้องการการดูแลระยะยาวแบบองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพะเยา (R1: Research) เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) ระยะเวลา 2 เดือน ระหว่างเดือนสิงหาคม 2568 ถึงเดือนกันยายน 2568

พื้นที่ดำเนินการวิจัย

พื้นที่ 9 อำเภอในจังหวัดพะเยา ได้แก่ เมืองพะเยา จุน เชียงคำ เชียงม่วน ดอกคำใต้ ปง แม่ใจ ภูซาง ภูกามยาว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านในพื้นที่จังหวัดพะเยาที่ผ่านการประเมิน ADL ทั้งหมด 6,510 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านในจังหวัดพะเยาที่ผ่านการประเมิน ADL จำนวน 400 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Krejcie และ Morgan (1970) กำหนดระดับค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนที่ระดับ .05 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 363 คน เพื่อความครอบคลุมและการกระจายตัวของข้อมูล ซึ่งเป็นข้อมูลระดับจังหวัด จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด จำนวน 400 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) แบ่งเป็นระดับอำเภอและระดับตำบล จัดสรรขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรของแต่ละตำบล (Proportional Allocation) และทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากบัญชีรายชื่อด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่คืนที่ จนครบจำนวน 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 17 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง 2) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) จำนวน 10 ข้อ 3) สถานการณ์และรูปแบบการดูแล จำนวน 8 ข้อ 4) บริบทและความพร้อมของครอบครัวและชุมชน จำนวน 7 ข้อ โดยใช้มาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) แปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Best (1981) คือระดับน้อย 1.00 – 2.33 คะแนน ระดับปานกลาง 2.34 – 3.67 คะแนน และระดับมาก 3.68 – 5.00 คะแนน 5) ความต้องการการดูแลแบบองค์รวม 5 มิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม จำนวน 26 ข้อ โดยใช้มาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด แปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Best (1981) คือระดับน้อย 1.00 – 2.33 คะแนน ระดับปานกลาง 2.34 – 3.67 คะแนน และระดับมาก 3.68 – 5.00 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง .80 – 1.00 จากนั้นหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำ

แบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) จำนวน 30 คน แล้วหาค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องภายใน (Coefficient of Internal Consistency) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าทั้งฉบับเท่ากับ .70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม พร้อมหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุข (สสจ.) จังหวัดพะเยาติดต่อผู้ประสานงานในแต่ละพื้นที่ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ชี้แจงสิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความยินยอม การรักษาความลับและการมีผลประโยชน์ร่วมในงานวิจัย
3. ผู้วิจัยติดตามเก็บรวบรวมแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง จากนั้นนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบและให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดพะเยา (D1: Development) ใช้วิธีการเชิงคุณภาพระยะเวลา 2 เดือน ระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2568

ผู้ให้ข้อมูล

คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักคือ ทีมสหวิชาชีพ รพ.สต./CUP 9 คน, เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลการประเมิน ADL 9 คน, ตัวแทนภาคีเครือข่าย ผู้บริหาร อปท. และนักสังคมสงเคราะห์ 18 คน ผู้แทน สสจ.พะเยา และ อบจ.พะเยา 2 คน จำนวนทั้งหมด 38 คน โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) ที่เป็นผู้มีข้อมูลที่หลากหลายตามวัตถุประสงค์การวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามแบบสนทนากลุ่ม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดเชิงระบบโดยมีองค์ประกอบหลักประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลผลิต (Output) และข้อมูลป้อนกลับ (Feedback)
2. แบบสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อการทดลองใช้รูปแบบฯ ของกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของการทดลองใช้รูปแบบ ความถูกต้องทางวิชาการและองค์รวม ความสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ความชัดเจนและการมีส่วนร่วม และความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามแนวคิดของ Likert

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลแบบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Source Triangulation) เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลและความสอดคล้องของข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขรูปแบบให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อผู้วิจัยได้ร่างรูปแบบฯ จากระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดพะเยา โดยสนทนากลุ่ม (Focus Group) ผู้วิจัยได้นัดหมายวันเวลา สถานที่กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก
2. ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group) กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก และผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 2 คน ทำหน้าที่เป็นผู้จดบันทึกและผู้อำนวยความสะดวก ผู้วิจัยเริ่มต้นการสนทนากลุ่มด้วยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ทราบพร้อมทั้งขอความร่วมมือจากผู้ให้ข้อมูลหลักในการให้ข้อมูลชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมวิจัย ลงนามในใบยินยอม กำหนดรหัสผู้ให้ข้อมูลหลัก และดำเนินการสนทนากลุ่มตามแนวคำถามที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวม (R2: Research) ตามแผนการทดลองแบบกลุ่มเดียววัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest) ระยะเวลาทดลองใช้รูปแบบ 6 เดือน ระหว่างเดือนธันวาคม 2568 ถึงเดือนพฤษภาคม 2569

พื้นที่วิจัย

พื้นที่นำร่อง 9 อำเภอ โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และผู้วิจัยดำเนินการจัดกลุ่มจัดกลุ่มพื้นที่โดยพิจารณาเกณฑ์การจำแนกพื้นที่วิเคราะห์บริบทพื้นที่ตามลักษณะทางภูมิศาสตร์ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความหนาแน่นประชากร และศักยภาพของเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ร่วมกับเกณฑ์การจำแนกชุมชนเมืองและชนบท (กรมโยธาธิการและผังเมือง, 2565) เพื่อให้ครอบคลุมบริบทการดำเนินงานที่หลากหลายของจังหวัดพะเยา แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มเมืองและกึ่งเมือง 2) กลุ่มชนบท และ 3) กลุ่มพื้นที่ภูเขาและหุบเขา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ 9 อำเภอ จังหวัดพะเยา แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) กลุ่มผู้บริหารระดับนโยบาย ยุทธศาสตร์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) กลุ่มผู้ปฏิบัติงานและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงาน LTC และ 3) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลหลัก (Caregiver) ในชุมชน

กลุ่มตัวอย่างหลักในการวิจัยเชิงทดลองครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่อง 9 อำเภอ การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power สำหรับการวิเคราะห์สถิติ Paired T-Test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ .80 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size; Cohen's d) เท่ากับ .15 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 352 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุติดบ้านที่มีภาวะพึ่งพิงและมีข้อจำกัดด้านสมรรถภาพทางกาย ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการติดตาม (Attrition) และเพียงพอในการดำเนินการในพื้นที่นำร่องทั้ง 9 อำเภอ ครอบคลุมบริบทพื้นที่เมืองและกึ่งเมือง พื้นที่ชนบท และพื้นที่ภูเขา/หุบเขา และกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างในระยะทดลองเป็นคนละกลุ่มกับผู้เข้าร่วมการศึกษาในระยะที่ 1 โดยได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 400 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) คือ มีภาวะพึ่งพิง ($5 \leq ADL \leq 11$ คะแนน) ในพื้นที่และมีผู้ดูแลหลัก (Caregiver) ที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการตลอดระยะเวลา 6 เดือน สำหรับ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ย้ายภูมิลำเนาหรือย้ายสถานพยาบาลระหว่างการทดลอง ปฏิเสธการเข้าร่วม หรือมีอาการเจ็บป่วยวิกฤตที่ไม่สามารถประเมินผลได้

สำหรับกลุ่มผู้บริหาร อปท. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงาน LTC และผู้ดูแลหลัก (Caregiver) จัดเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ในการประเมินกระบวนการและความพึงพอใจเชิงคุณภาพ ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจงจำนวนอำเภอละ 5 คน เพื่อเข้าร่วมการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก เลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติคือมีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารและปฏิบัติงานดูแลระยะยาวไม่น้อยกว่า 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะทดลองและประเมินผลรูปแบบ ประกอบด้วยเครื่องมือมาตรฐานและเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 6 ฉบับ ดังนี้

1. แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index) (กรมควบคุมโรค, 2564) มีคะแนนรวม 0 – 20 คะแนน โดยคะแนนที่สูงขึ้นแสดงถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้น แบ่งระดับภาวะพึ่งพิงเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ 0 – 4 คะแนน พึ่งพิงรุนแรง 5 – 8 คะแนน พึ่งพิงปานกลาง 9 – 11 คะแนน และไม่เป็นภาวะพึ่งพิงตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

2. แบบวัดสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (T-GMHA-15) (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563) จำนวน 15 ข้อ คะแนนรวม 60 คะแนน แบ่งผลการประเมินเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป 0 – 42 คะแนน สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป 43 – 49 คะแนน และสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป 50 – 60 คะแนน

3. แบบวัดคุณภาพชีวิตชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) (กรมสุขภาพจิต, 2545) จำนวน 26 ข้อ ใช้มาตราประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวม 26 – 130 คะแนน แปลผล 3 ระดับ ได้แก่ คุณภาพชีวิตไม่ดี (26 – 60 คะแนน) คุณภาพชีวิตปานกลาง (61 – 95 คะแนน) คุณภาพชีวิตดี (96 – 130 คะแนน)

4. แบบประเมินข้อสังเกต “บ้านเสียงลั่น” (กรณีการผู้สูงอายุ, 2563) จำนวน 10 ข้อ แผลผล 3 ระดับ ได้แก่ เสียงต่ำ (0 - 2 คะแนน) เสียงปานกลาง (3 - 5 คะแนน) เสียงสูง (6 คะแนนขึ้นไป)

5. แบบสังเกตบันทึกการดำเนินงานระหว่างทดลองใช้รูปแบบ เพื่อใช้บันทึกกระบวนการดำเนินงานตามรูปแบบ กิจกรรมที่ดำเนินการ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จำนวนผู้เข้าร่วม ปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนข้อเสนอแนะและแนวทางปรับปรุงการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่

6. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบ เครื่องมือเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ (1) ปัจจัยนำเข้า (2) กระบวนการ (3) ผลผลิต/ผลลัพธ์ และ (4) ข้อมูลสะท้อนกลับ และส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย ดังนี้ 4.51 – 5.00 หมายถึง มากที่สุด 3.51 – 4.50 หมายถึง มาก 2.51 – 3.50 หมายถึง ปานกลาง 1.51 – 2.50 หมายถึง น้อย และ 1.00 – 1.50 หมายถึง น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ด้านสาธารณสุข การดูแลผู้สูงอายุ และการวัดและประเมินผล พบค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง .80–1.00 และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ สำหรับแบบสอบถามความพึงพอใจ นำไปทดลองใช้ (Try-out) กับ กลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .71 ส่วนแบบบันทึกการดำเนินงานตรวจสอบความเหมาะสมและความครอบคลุมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย นายแพทย์ระดับเชี่ยวชาญ 2 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุขระดับเชี่ยวชาญ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ 1 ท่านและนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน รวมจำนวน 5 ท่าน ก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือประสานงานถึงภาคีเครือข่ายเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย
2. นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการทำวิจัย รวมทั้งรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมวิจัย และการขอความยินยอมตามขั้นตอนของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
3. เก็บข้อมูล ADL คุณภาพชีวิต สุขภาพจิต บ้านเสียงลั่นก่อนทดลองใช้รูปแบบ (Pretest)
4. ทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น
5. เก็บข้อมูล ADL คุณภาพชีวิตโดยรวม สุขภาพจิต บ้านเสียงลั่นหลังทดลองใช้รูปแบบ (Posttest)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนน ADL คุณภาพชีวิตโดยรวม สุขภาพจิต การเสียงลั่นก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ ด้วยสถิติ Paired T-Test ทั้งนี้ทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-smirnov พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ($p\text{-value} > .05$)

ระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวม (D2: Development) ใช้วิธีเชิงคุณภาพ ระยะเวลา วันที่ 1 – 15 มิถุนายน 2569

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ทีมสหวิชาชีพ รพ.สต. CUP จำนวน 6 คน ผู้นำชุมชน และผู้บริหารท้องถิ่น จำนวน 6 คน ผู้แทนจาก สสจ. พะเยา และ อบจ. พะเยา จำนวน 2 คน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านผู้สูงอายุ LTC จำนวน 2 คน จำนวนทั้งหมด 16 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) มีลักษณะเป็น “Information-rich Case”

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประเมินรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดพะเยา เหมือนกับระยะที่ 3 ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบประเมินคุณภาพของรูปแบบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลแบบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Source Triangulation) โดยเปรียบเทียบข้อมูลจาก ผู้นำชุมชน ผู้แทนจาก สสจ.พะเยา และผู้บริหารท้องถิ่น ร่วมกับการเปรียบเทียบข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และเอกสารประกอบ เพื่อยืนยันความถูกต้องและความสอดคล้องของข้อมูลจากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขรูปแบบให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดประชุมถอดบทเรียนและสรุปร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยนำเสนอผลการทดลองการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพื่ออภิปรายผลร่วมกันเสนอแนะในการปรับปรุง
2. รวบรวมข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)
3. ปรับปรุงรูปแบบฉบับสมบูรณ์ และเสนอต่อผู้บริหารเพื่อกำหนดนโยบายและขยายผลเพื่อเข้าสู่นโยบายของจังหวัดพะเยา
4. จัดทำรายงานผลการวิจัยและข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อขยายผลไปยังพื้นที่อื่นในจังหวัดพะเยา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยนำมาวิเคราะห์แก่นสาระ Thematic Analysis ตามแนวทางของ Krueger (1998) และจัดระบบข้อมูลและลดทอนข้อมูลที่ไม่จำเป็นออก (Data reduction) จากนั้นผู้วิจัยจะทำการตีความ (Interpret) โดยพยายามตีความหมายออกมาจากข้อมูลที่มีอยู่และหาความเชื่อมโยงของข้อมูลที่ปรากฏ
2. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา เลขที่โครงการวิจัย 040/2568 ลงวันที่ 7 สิงหาคม 2568

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ บริบท และความต้องการการดูแลระยะยาวแบบองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพะเยา
 - 1.1 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากบุตร/ธิดาร้อยละ 69.36 ได้รับการเยี่ยมบ้านจาก อสม. เดือนละ 2-3 ครั้งร้อยละ 41.07 ได้รับการเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ร้อยละ 42.13 โดยการเยี่ยมเดือนละ 1 ครั้ง หรือน้อยกว่าร้อยละ 58.0 ได้รับการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลประจำอำเภอ พบว่าไม่เคยได้รับการเยี่ยมบ้านร้อยละ 56.38 ด้านความต่อเนื่องของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 47.96 ด้านความเพียงพอของการดูแลที่ได้รับในปัจจุบันอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 43.62 ความต้องการเพิ่มเติมในกรณีที่ได้รับการดูแลไม่เพียงพอ พบว่าผู้สูงอายุต้องการการสนับสนุน/แบ่งเบาภาระผู้ดูแล ร้อยละ 40.31 การให้ความรู้/คำแนะนำแก่ผู้ดูแลร้อยละ 36.28 ด้านร่างกาย เช่น การตรวจสุขภาพ การทำกายภาพบำบัด ร้อยละ 36.22 และด้านจิตใจ ร้อยละ 34.69
 - 1.2 บริบทและความพร้อมของครอบครัวและชุมชนต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตาราง 1 บริบทและความพร้อมของครอบครัวและชุมชนต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n = 400)

บริบทและความพร้อมของครอบครัว/ชุมชน	M	SD	แปลผล
1. สมาชิกในครอบครัวร่วมมือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.92	0.82	มาก
2. การประเมินระดับการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)	3.65	0.95	ปานกลาง
3. การประเมินระดับความร่วมมือและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	3.91	0.73	มาก
4. การประเมินการรับรู้และความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง	3.82	0.83	มาก
5. การประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวม ไปใช้ในชุมชน	3.80	1.20	มาก
6. เห็นด้วยกับแนวคิดที่ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงควรได้รับการดูแลที่บ้านโดยครอบครัวเป็นหลัก	4.19	0.76	มาก
7. การประเมินความสำคัญของความร่วมมือจากหลายฝ่าย (เช่น ครอบครัว ชุมชน อปท. รพ.สต.)	4.06	0.77	มาก
ความต้องการในภาพรวม	4.02	0.91	มาก

จากตาราง 1 ผลการศึกษาบริบทและความพร้อมของครอบครัวและชุมชนต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าส่วนใหญ่มีความต้องการอยู่ในระดับมาก ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ เห็นด้วยกับแนวคิดที่ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงควรได้รับการดูแลที่บ้านโดยครอบครัวเป็นหลัก ($M = 4.19, SD = 0.76$) รองลงมา คือการประเมินความสำคัญของความร่วมมือจากหลายฝ่าย (เช่น ครอบครัว ชุมชน อปท. รพ.สต.) ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($M = 4.06, SD = 0.77$) และอยู่ในระดับปานกลาง คือการประเมินระดับการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($M = 3.65, SD = 0.95$)

1.3 ความต้องการในการดูแลแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ

ตาราง 2 ความต้องการในการดูแลแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ ($n = 400$)

ความต้องการ	M	SD	แปลผล
1. ความต้องการด้านร่างกาย	3.79	0.88	มาก
2. ความต้องการด้านจิตใจ	3.86	0.82	มาก
3. ความต้องการด้านสังคม	3.42	0.94	ปานกลาง
4. ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ	3.18	1.05	ปานกลาง
5. ความต้องการทางด้านสิ่งแวดล้อม	3.90	0.84	มาก
รวม	3.61	0.91	มาก

จากตาราง 2 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความต้องการการดูแลแบบองค์รวม อยู่ในระดับมาก คือด้านสิ่งแวดล้อมมากที่สุด ($M = 3.90, SD = 0.84$) รองลงมาคือ ด้านจิตใจ ($M = 3.86, SD = 0.82$) และด้านร่างกาย ($M = 3.79, SD = 0.88$) และอยู่ในระดับปานกลางคือ ด้านสังคม ($M = 3.42, SD = 0.94$) และด้านจิตวิญญาณ ($M = 3.18, SD = 1.05$) อยู่ในระดับปานกลาง

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดพะเยา

ตาราง 3 รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดพะเยาที่พัฒนาขึ้น

กิจกรรมหลัก	รายละเอียดการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้น
Input (ปัจจัยนำเข้า)	1. ทุนเครือข่ายและมนุษย์: บูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน รพ.สต. เทศบาล/อปท. วัด ผู้ดูแล บจ. และเครือข่ายบริการ 2. พลังความรู้ (ฐานข้อมูลเชิงระบบ): พัฒนา "ฐานข้อมูลผู้สูงอายุรายบุคคล" (สุขภาพกาย-ใจ-สังคม-สิ่งแวดล้อม) โดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน ได้แก่ ADL, WHOQOL-BREF-THAI, แบบประเมินบ้านเสี่ยงล้ม และ Mental Health Check-In เพื่อคัดกรองความเครียดและความโดดเดี่ยว 3. ทรัพยากรและทุนทางสังคม: พลังภาคประชาชน ครอบครัว ชมรมผู้สูงอายุ อสม. โรงเรียนผู้สูงอายุ และการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเสนอต่อ อปท. เพื่อสนับสนุนงบประมาณ
Process (กระบวนการ)	ขั้นที่ 1: ใช้พลังความรู้เป็นฐาน คัดกรองและประเมินองค์รวม จำแนกกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านตามสี่ (เขียว: ADL 12 ขึ้นไป เหลือง: ADL 5-11 แดง: ADL 0-4) ร่วมกับการตรวจสุขภาพจิต ขั้นที่ 2: บูรณาการความรู้และพลังชุมชน วางแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ กลุ่มเพื่อนอาสา ผู้ป่วยและครอบครัว ขั้นที่ 3: พลังภาคประชาชนดำเนินงานหลัก ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านเชิงรุก ดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้านเชิงจิตวิญญาณโดยใช้ต้นทุนวัฒนธรรมชุมชน และกิจกรรมธรรมาตราแปลงสิ่งของเป็นทุนช่วยเหลือผู้ยากไร้ ขั้นที่ 4: พลังนโยบายขับเคลื่อนระบบ ประสานงานผ่าน "ชุดข้อเสนอความจำเป็น อปท. สัญจร" เพื่อเชื่อมโยงงบประมาณ ทรัพยากร อุปกรณ์ฟื้นฟูสภาพทางกาย ผ่านเวทีสะท้อนคำขอความจำเป็นพื้นฐาน
Output (ผลผลิต ผลลัพธ์)	1. ระดับผู้สูงอายุ: คะแนน ADL ดีขึ้นหรือคงสภาพ เช่น ลูกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า 2. ระดับครอบครัว: ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะความมั่นใจเพิ่มขึ้น และมีส่วนร่วมในแผนการรักษาดูแล

กิจกรรมหลัก	รายละเอียดการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้น
	3. ระดับชุมชน: เกิดกลไกจิตอาสาและการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบระดับตำบล มีกองทุนสวัสดิการชุมชนช่วยเหลือ 4. ระดับบริการสุขภาพ: มีแผน Care Plan รายบุคคลที่ชัดเจน มีระบบการส่งต่อและประสานงานเชื่อมโยงไร้รอยต่อ 5. ระดับนโยบาย: รูปแบบการดูแลได้รับการบรรจุเข้าสู่แผนพัฒนาท้องถิ่นของ อบต. อย่างเป็นทางการเพื่อความยั่งยืน ความร่วมมือด้านสุขภาพ (MOU) องค์การบริหารส่วนจังหวัดพะเยา
Feedback (ข้อมูลสะท้อน กลับ)	การติดตามประเมินผลและการสะท้อนข้อมูลกลับตามวงจรการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง - เดือนที่ 1 – 2 ระยะเตรียมความพร้อมและปรับตัวของผู้เกี่ยวข้อง - เดือนที่ 3 – 4 ติดตามผลการทำกิจกรรมตาม Care Plan และประเมินสมรรถภาพทางกายและใจ - เดือนที่ 5 – 6 ประเมินผลสัมฤทธิ์เมื่อผลลัพธ์เริ่มคงตัว จัดประชุมสะท้อนผลระดับตำบลเพื่อปรับปรุงแผนการรักษา และใช้ข้อมูลใหม่มาเสนอต่อเวที อบต. สัญจรรอบถัดไป

จากตาราง 3 การสังเคราะห์ผลการวิจัยระยะที่ 2 ผู้วิจัยได้พัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดพะเยา ขับเคลื่อนผ่านพลังหลัก 3 ประการ ได้แก่ พลังความรู้ พลังภาคประชาชน และพลังนโยบาย ที่เชื่อมโยงกันเป็นวงจรการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เริ่มจากการใช้พลังความรู้ ในการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมและจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) พลังภาคประชาชนเป็นกลไกหลักในการจัดการดูแลด้านกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ บนฐานทรัพยากรชุมชนทุนทางสังคมศักยภาพพื้นที่และใช้พลังนโยบายในการบูรณาการงบประมาณ ทรัพยากร และการสนับสนุนเชิงโครงสร้าง ซึ่งจะส่งผลลัพธ์ในระดับผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน ระบบบริการ และนโยบาย ที่มีระบบติดตามประเมินผลและสะท้อนข้อมูลกลับเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องนี้ เป็นการดูแลแบบบูรณาการมีเป้าหมายสูงสุดคือการเสริมพลังผู้สูงอายุและครอบครัว ลดภาวะพึ่งพิง และยกระดับคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนในบริบทชุมชน

ระยะที่ 3 (R2: Research) การทดลองใช้รูปแบบ

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ 400 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71 มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 45.75 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.50 อาศัยอยู่กับครอบครัวหรือญาติ ร้อยละ 83.75 และมีรายได้หลักจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 90.50 ลักษณะประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย มีข้อจำกัดด้านการศึกษาและพึ่งพาระบบสวัสดิการภาครัฐเป็นแหล่งรายได้สำคัญ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มพื้นที่ทดลอง ได้แก่ กลุ่มพื้นที่เมืองและกึ่งเมือง กลุ่มพื้นที่ชนบท และกลุ่มพื้นที่ภูเขาหรือห่างไกล พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา การอยู่อาศัย และแหล่งรายได้หลัก ไม่มีความแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างในแต่ละพื้นที่มีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันซึ่งเหมาะสมสำหรับการประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบ แต่ก็ยังพบว่ารายได้ต่อปีและระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) ก่อนการทดลองใช้รูปแบบ มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มพื้นที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

ตาราง 4 สรุปผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ จำแนกตามกลุ่มพื้นที่ทดลอง (n=400)

กลุ่มพื้นที่	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		95% CI ของผลต่าง	t	df	p-value	Cohen's d
	M	SD	M	SD					
ADL									
เมืองและกึ่งเมือง	9.43	1.64	9.78	1.33	[0.25, 0.45]	7.227	133	<.001	0.62
ชนบท	9.26	1.78	9.54	1.45	[0.15, 0.41]	4.146	132	<.001	0.36
ภูเขา/ห่างไกล	9.05	2.03	9.32	1.81	[0.17, 0.37]	5.281	132	<.001	0.46
คุณภาพชีวิตโดยรวม									
เมืองและกึ่งเมือง	73.96	14.49	79.75	13.53	[3.09, 8.49]	4.234	133	<.001	0.37
ชนบท	75.86	13.96	74.08	12.42	[-5.77, 2.21]	0.882	132	.381	0.08
ภูเขา/ห่างไกล	79.18	12.34	76.81	14.84	[-6.03, 1.29]	1.281	132	.202	0.11

กลุ่มพื้นที่	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		95% CI ของผลต่าง	t	df	p-value	Cohen's d
	M	SD	M	SD					
สุขภาพจิต									
เมืองและกึ่งเมือง	41.09	6.06	42.87	5.59	[0.59, 2.97]	2.948	133	.004	0.25
ชนบท	42.49	6.05	42.09	5.84	[-2.43, 1.63]	0.389	132	.699	0.03
ภูเขา/ห่างไกล	41.93	6.11	42.24	5.12	[-1.21, 1.83]	0.404	132	.687	0.04
บ้านเสี่ยงล้ม									
เมืองและกึ่งเมือง	4.51	3.27	3.76	2.35	[-0.94, -0.56]	7.842	133	<.001	0.68
ชนบท	3.97	3.24	3.49	2.56	[-0.66, -0.30]	5.162	132	<.001	0.45
ภูเขา/ห่างไกล	3.35	2.90	2.95	2.40	[-0.54, -0.26]	5.518	132	<.001	0.48

หมายเหตุ: แปลขนาดอิทธิพล (Cohen, 1988): < 0.20 = น้อยมาก, 0.20–0.49 = เล็กน้อย, 0.50–0.79 = ปานกลาง, ≥ 0.80 = มาก

จากตาราง 4 หลังการใช้รูปแบบ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกกลุ่มพื้นที่ ($p\text{-value} < .001$) ส่วนความเสี่ยงต่อการหกล้มภายในบ้านลดลงอย่างมีนัยสำคัญในทุกพื้นที่ ($p\text{-value} < .001$) สำหรับคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิต พบว่าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเฉพาะพื้นที่เมืองและกึ่งเมือง ($p\text{-value} < .001$ และ $p\text{-value} = .004$ ตามลำดับ) ส่วนพื้นที่ชนบทและภูเขา/ห่างไกล ยังไม่พบความแตกต่าง สรุปได้ว่ารูปแบบมีผลชัดเจนต่อการเพิ่ม ADL และลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในทุกบริบทพื้นที่ ส่วนผลด้านคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตมีความแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ ซึ่งควรนำไปพิจารณาในการปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ต่อไป

ตาราง 5 ผลการสังเคราะห์ผลการรูปแบบและข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกกลุ่มพื้นที่

กลุ่มพื้นที่	พื้นที่	ผลลัพธ์ที่พบ	ประเด็นที่สะท้อนจากผลการทดลอง	ข้อเสนอเชิงระบบ
เมืองและกึ่งเมือง	1) เมือง	- ADL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ	สะท้อนถึงความพร้อมของระบบ	ส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม เช่น
	2) ดอกคำใต้	- สุขภาพจิตดีขึ้น	บริการสุขภาพ การเข้าถึงบริการ และ	การทำกิจกรรมจิตอาสา การ
	3) จุน	- คุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น	การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องของ CG	รวมกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ และกิจกรรม
	4) แม่ใจ	- บ้านเสี่ยงล้มลดลง	และภาคีเครือข่าย	Active Aging
ชนบท	1) ปง	- ADL เพิ่มขึ้น	ระบบการดูแลด้านสุขภาพกายมี	พัฒนากลุ่มอาชีพผู้สูงอายุ ส่งเสริม
	2) เชียงคำ	- บ้านเสี่ยงล้มลดลง	ประสิทธิภาพ แต่การพัฒนาด้าน	ธนาคารเวลา (Time Bank) จัดตั้ง
	3) ภูมามยาว	- คุณภาพชีวิตดีขึ้นบางพื้นที่	คุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตยังได้รับ	ศูนย์ดูแลกลางวัน (Day Care) และ
ภูเขา/ห่างไกล	1) เชียงม่วน	- ADL เพิ่มขึ้น	ผลจากปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม	เพิ่มกิจกรรมทางสังคมในชุมชน
	2) ภูซาง	- บ้านเสี่ยงล้มลดลง	และภาวะของผู้ดูแล	
		- คุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตเปลี่ยนแปลงไม่ชัดเจน	การดูแลด้านกายภาพสามารถดำเนินการได้ดี แต่ยังมีข้อจำกัดด้าน	การติดตามสุขภาพจิต ส่งเสริม Telehealth/Telecare และพัฒนาเครือข่ายดูแลระดับชุมชน

ระยะที่ 4 (D2: Development) การประเมินผลและสรุปรูปแบบที่สมบูรณ์

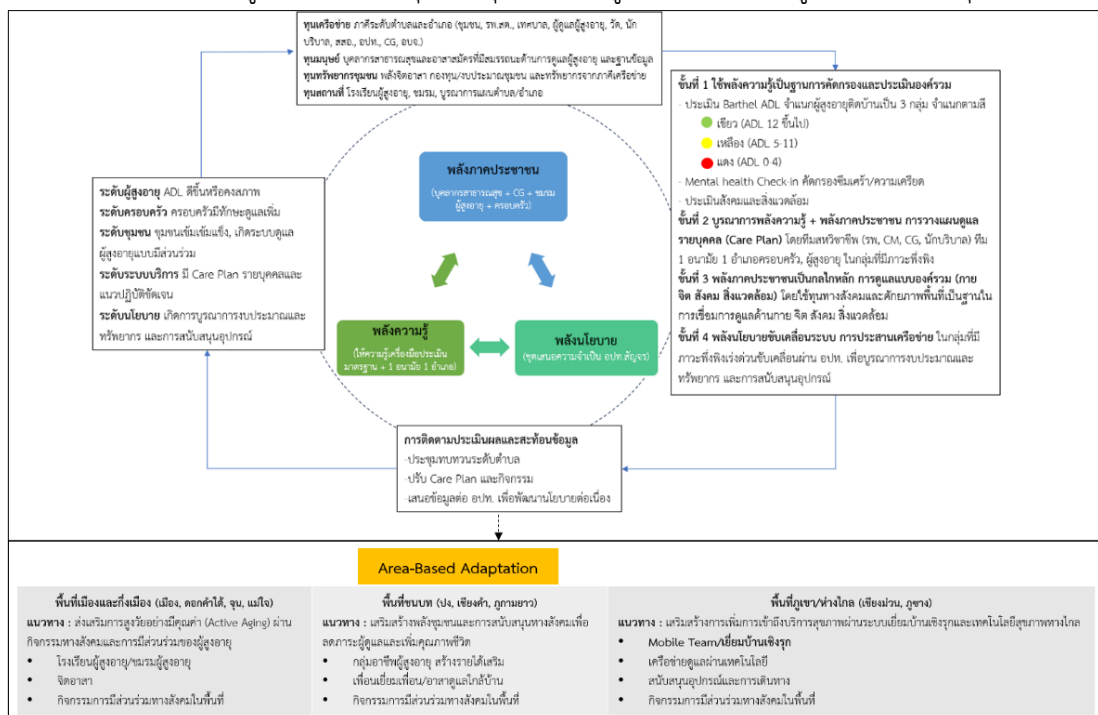
ผลการประเมินภายหลังการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) และความเสี่ยงต่อการหกล้มในบ้านของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น ขณะที่ผลด้านคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตมีความแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงควรมีองค์ประกอบหลักร่วมกันและปรับกระบวนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับทรัพยากร สภาพแวดล้อม และศักยภาพของเครือข่ายในแต่ละพื้นที่

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ จากการสะท้อนความคิดเห็นของผู้ดูแลและผู้เกี่ยวข้อง พบข้อมูลสำคัญ คือ 1) การดูแลมีความต่อเนื่องและเป็นระบบมากขึ้น จากการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างครอบครัว ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข และหน่วยบริการ 2) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นกลไกสำคัญ ที่ช่วยสนับสนุนการดูแลและแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุได้ตรงกับความต้องการ และ 3) บริบทพื้นที่มีผลต่อการดำเนินงาน ทั้งด้านการเข้าถึงบริการทรัพยากร และความเข้มแข็งของชุมชน จึงจำเป็นต้องปรับวิธีการดูแลให้เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ ดังนั้น จึงได้มีการปรับปรุงรูปแบบเป็น P-CARE Impact Loop with Area-Based Adaptation โดยพื้นที่เมืองและกึ่งเมืองเน้น Active Aging และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ พื้นที่ชนบทเน้น พลังครอบครัว พลังชุมชน และการสนับสนุนทางสังคม และพื้นที่ภูเขาและห่างไกลเน้น การเข้าถึงบริการสุขภาพเชิงรุก (Community Outreach) ร่วมกับ Telecare/Telehealth เพื่อให้รูปแบบสามารถนำไปใช้ได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ดังนี้

พื้นที่เมืองและกึ่งเมือง ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอดอกคำใต้ อำเภอจุน และอำเภอแม่ใจ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีคุณค่า (Active Aging) ผ่านกิจกรรมทางสังคมและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ

พื้นที่ชนบท ได้แก่ อำเภอปง อำเภอเชียงคำ และอำเภอภูพานยาว มุ่งเน้นการเสริมสร้างพลังชุมชน และการสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดภาระผู้ดูแลและเพิ่มคุณภาพชีวิต

พื้นที่ภูเขาและห่างไกล ได้แก่ อำเภอเชียงม่วน และอำเภอภูซาง มุ่งเน้นการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพผ่านระบบเยี่ยมบ้านเชิงรุกและเทคโนโลยีสุขภาพทางไกล เพื่อให้การดูแลระยะยาวมีความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่และสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน และผลการประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่ามีความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุดและคุณภาพของรูปแบบภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ดังภาพ



ภาพ 2 รูปแบบ P-CARE Impact Loop with Area-Based Adaptation

การอภิปรายผล

1. สถานการณ์ บริบท และความต้องการการดูแลระยะยาวแบบองค์รวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพะเยา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากครอบครัวร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและหน่วยบริการปฐมภูมิ สะท้อนว่าครอบครัวและชุมชนยังเป็นกลไกหลักของการดูแลระยะยาว อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุยังมีความต้องการการสนับสนุนด้านการแบ่งเบาภาระผู้ดูแล การพัฒนาความรู้ของผู้ดูแล และการดูแลด้านร่างกายและจิตใจเพิ่มเติม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชาลี เอี่ยมมมา และรัชนิวัลย์ ปาณรูป (2563) ที่พบว่า

การดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เขตสุขภาพที่ 1 มีการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพและมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว อยู่ระหว่างร้อยละ 80 – 100 ความสามารถและความคิดเห็นของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ในการปฏิบัติงาน ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับสูงข้อเสนอแนะในการดูแล ควรเน้นการดูแลทั้งกาย ใจ และสวัสดิการทางสังคม โดยใช้แนวคิดชุมชนเป็นฐานในการให้บริการ ประกอบด้วย การบริการสุขภาพในชุมชน การบริการสังคมในชุมชน รวมถึงการจัดระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

2. รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดพะเยา ภายใต้รูปแบบ P-CARE Impact Loop with Area-Based Adaptation ที่พัฒนาขึ้นซึ่งประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และข้อมูลสะท้อนกลับ ภายใต้การขับเคลื่อนด้วยพลังความรู้พลังภาคประชาชน และพลังนโยบาย ส่งผลให้เกิดการบูรณาการการทำงานระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับแนวทางของ WHO (2015) กล่าวว่า การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อส่งเสริมทั้งสมรรถภาพทางกาย สุขภาวะทางจิต และคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน ดังนี้

2.1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในทุกกลุ่มพื้นที่มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้น และมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มภายในบ้านลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่ารูปแบบดังกล่าวสามารถพัฒนาสมรรถภาพทางกายและการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี (Healthy Ageing) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2015) และแนวทางการดูแลระยะยาวของกรมอนามัยที่เน้นการบูรณาการฟื้นฟูสมรรถภาพควบคู่กับการปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมปลอดภัยเพื่อความปลอดภัยระบบ

2.2 ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นเห็นได้ชัดในกลุ่มพื้นที่เมืองและกึ่งเมือง แต่ในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ภูเขาห่างไกลยังไม่มีเปลี่ยนแปลงทางสถิติที่แตกต่างกันอย่างชัดเจนนั้น สะท้อนให้เห็นว่ามิติด้านจิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและต้องอาศัยปัจจัยแวดล้อมที่ครอบคลุม การที่ผู้สูงอายุในพื้นที่เมืองและกึ่งเมืองมีคะแนนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากความพร้อมของระบบบริการสุขภาพ การคมนาคมขนส่ง ตลอดจนโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและการส่งเสริมสุขภาวะในระดับสังคมที่มีมากกว่า (อรทัย กักผล, 2552) ขณะที่ผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ห่างไกลหรือภูเขายังคงต้องเผชิญกับข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ ความโดดเดี่ยว และภาระงานดูแลที่ตกอยู่กับผู้ดูแลในครอบครัวเป็นหลัก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วุฒิฉาน ห้วยทราย และศรายุทธ ชูสุทน (2566) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนพึ่งพิงปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมและเศรษฐกิจของครอบครัวอย่างมาก ดังนั้น การบูรณาการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและการหนุนเสริมพลังชุมชนจึงสำคัญในพื้นที่ชนบท (Cohen, Uphoff, 1980)

2.3 ความแตกต่างของผลลัพธ์ในแต่ละบริบท ด้านบริบททางเศรษฐกิจและภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ ซึ่งอาจสัมพันธ์กับสภาพภูมิศาสตร์ การเข้าถึงทรัพยากรทางสังคม และศักยภาพของระบบสนับสนุนในชุมชน แม้พื้นที่ที่ทดลองจะมีความแตกต่างกันในบริบททางสังคมและเศรษฐกิจ แต่ยังคงมีความคล้ายคลึงกันในลักษณะพื้นฐานส่วนใหญ่ จึงสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลในการศึกษาผลของรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดพะเยา ในบริบทพื้นที่ที่หลากหลายได้อย่างเหมาะสม และเพื่อสะท้อนศักยภาพของรูปแบบในการประยุกต์ใช้ในระดับจังหวัดได้อย่างครอบคลุม ทำให้ผู้วิจัยต้องปรับปรุงรูปแบบเพื่อสร้างรูปแบบตามบริบทแต่ละพื้นที่ ดังนี้ 1) แนวคิด Active Aging ในเขตเมืองและกึ่งเมืองมุ่งเน้นการส่งเสริมศักยภาพและการมีส่วนร่วมทางสังคม (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2566) 2) แนวคิด Community Participation ในเขตชนบท เน้นสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดตั้งศูนย์สวัสดิการชุมชนและแบ่งเบาภาระครอบครัว (คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2562) และ 3) แนวคิด Community Outreach ในเขตภูเขาและพื้นที่ห่างไกล เน้นการให้บริการเชิงรุกร่วมกับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร (Telecare) เพื่อลดอุปสรรคด้านระยะทางและการคมนาคม (Conway, 2019)

3. การประเมินผลรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดพะเยา พบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้น และความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกกลุ่มพื้นที่ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลเชิงป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) การเยี่ยมบ้านเชิงรุก และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และทีมสหวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ญาณพัฒน์ ทรงเย็น (2568) ที่พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีกระบวนการ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การเตรียมการเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ 2) การดำเนินงานดูแลสุขภาพแบบบูรณาการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (การประเมินปัญหาความต้องการ การประสานความร่วมมือ การดูแลแบบครบวงจร) และ 3) การให้คำปรึกษาและติดตามประเมินผลเพื่อปรับปรุงพัฒนาส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และความรู้ในการดูแลและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Leichsenring (2004) ที่พบว่า ระบบการดูแลระยะยาวที่มีประสิทธิภาพควรบูรณาการบริการสุขภาพและบริการสังคมผ่านความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ พร้อมทั้งออกแบบการดูแลให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของบริการและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดงานวิจัยเนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้น อยู่ภายใต้บริบทเฉพาะของจังหวัดพะเยา จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน โดยควรปรับให้เหมาะสมกับทรัพยากร ระบบบริการสุขภาพ และศักยภาพของแต่ละพื้นที่

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. รูปแบบการดูแล P-CARE Impact Loop with Area-Based Adaptation หน่วยบริการสุขภาพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการทั้งในด้านบริบททางภูมิศาสตร์และสังคมของตนเอง

2. ผลการวิจัยพบว่า ควรใช้ผลการประเมิน ADL สุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่ได้จากฐานข้อมูลรายบุคคล นำมาจัดทำเป็นแผนการดูแลรายบุคคล (Individual Care Plan) และประสานงานส่งต่อข้อมูลและดูแลผู้สูงอายุร่วมกันอย่างเป็นระบบระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่และ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามผลในระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อประเมินความยั่งยืนและความคงอยู่ของผลลัพธ์ด้านความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพึ่งพิง

2. ควรศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและตัวชี้วัดความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในบริบทของแต่ละพื้นที่

คำแถลงการณ์การใช้ปัญญาประดิษฐ์

ไม่มี

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ไม่มี

รายการอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2563). *บ้านปลอดภัย ไม่เสี่ยงล้ม*. กรุงเทพมหานคร: กรมกิจการผู้สูงอายุ.
- กรมควบคุมโรค. (2564). *คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564*. กรุงเทพมหานคร: วจันตาคีรี เอชเอ็น.
- กรมโยธาธิการและผังเมือง. (2565). *เกณฑ์การจำแนกชุมชนเมืองและชนบทเพื่อการวางแผนพัฒนาพื้นที่*. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงมหาดไทย.
- กรมสุขภาพจิต. (2545). *เครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- กรมอนามัย. (2564). *คู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว*. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2562). *แนวทางการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- ชาลี เอี่ยมมา และรัชณีวัลย์ ปาณรูป. (2563). การศึกษารูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานระบบดูแลและระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตสุขภาพที่ 1. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 13(1), 128–135.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/254823/173111>
- ญาณพัฒน์ ทรงเย็น. (2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลกักไศ อำเภอนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 10(6), 262–270. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/5197/3911>
- ประเวศ วะสี. (2551). *สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาและทุนทางสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- วุฒิฉาน ห้วยทราย และศรายุทธ ชูสุทน. (2566). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 32(1), 65–69.
<https://www.thaidj.org/index.php/JHS/article/view/13292/10865>
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). *แผนพัฒนาภาคเหนือ พ.ศ. 2566–2570*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (2568). *รายงานสถิติและฐานข้อมูลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดพะเยา*. พะเยา: กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2567). *แนวทางการดำเนินงานระบบการดูแลและระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care)*. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- อรรถัย กักผล. (2552). *การมีส่วนร่วมของประชาชน*. นนทบุรี: สถาบันพระปกเกล้า.
- Bertalanffy, L. von. (1968). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. New York, NY: George Braziller.
- Best, J. W. (1981). *Research in education (4th ed.)*. Prentice-Hall.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *World Development*, 8(3), 213–235.
[doi.org/10.1016/0305-750X\(80\)90011-0](https://doi.org/10.1016/0305-750X(80)90011-0)
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Conway, M. (2019). *Theory of Change: A Practical Tool for Action, Results and Learning*. New York, NY: ActKnowledge.

- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
- Krueger, R. A. (1998). *Developing questions for focus groups (Focus Group Kit 3)*. Sage Publications.
- Leichsenring, K. (2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*, 4, e10. <https://doi.org/10.5334/ijic.91>
- World Health Organization. (2015). *World Report on Ageing and Health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลปากเกร็ด Development of a Care Model for Asthma Patients at Pakkred Hospital

อุทัยวรรณ ภูชงควาริน¹, วรกรรณ เนลสัน^{2*}, สุรีพร ศิริยะพันธุ์³
Uthaiwan Phuchongkawarin¹, Warongrong Nelson^{2*}, Sureeporn Siriyapan³

¹แผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปากเกร็ด,

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,

³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

¹Outpatient Nursing Service, Pakkred Hospital,

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

³Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Pattani Campus

(Received: May 31, 2026; Revised: September 17, 2026; Accepted: September 30, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด และ 3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดที่พัฒนาขึ้น การวิจัยดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ โดยการวิเคราะห์เอกสาร การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแล และระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหอบหืด 34 คน และทีมสหสาขาวิชาชีพ 10 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวคำถามสัมภาษณ์ แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบสอบถามความคิดเห็นของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบฯ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตMini-AQLQ เครื่องมือการวิจัยมีค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82, .84, และ .87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติการทดสอบ Dependent T-Test และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา พบว่า ผู้ป่วยยังขาดความรู้และทักษะการดูแลตนเอง ใช้ยาพ่นไม่ถูกต้อง รวมไปถึงการพ่นไม่ถูกวิธี และขาดการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ระบบบริการยังขาดแนวทางมาตรฐานและการบูรณาการของทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ Pakkred ATMA Model ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินผู้ป่วย การใช้เทคโนโลยีผ่าน LINE Official Account การจัดการยา และการดูแลแบบมีส่วนร่วม

3. การติดตามประเมินผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการอยู่ในระดับสูง มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 5.76, SD = 0.74$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < .05$

สรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้ในการช่วยส่งเสริมการดูแลตนเอง เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ และสามารถประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลได้ทุกระดับ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยโรคหอบหืด ระบบบริการสุขภาพ

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

Abstract

Asthma is a chronic disease and a major global public health issue, with a continuously rising number of cases, particularly among adults and the elderly, and is also a leading cause of death worldwide. The objectives of this research and development study were to: 1) examine the situation and analyze problems regarding asthma patient care; 2) develop a care model for asthma patients; and 3) evaluate the effectiveness of the developed care model. The research was conducted in three phases: Phase 1 involved studying and analyzing the situation through document analysis, interviews, and focus group discussions; Phase 2 involved developing the care model; and Phase 3 involved evaluating the model's effectiveness using a quasi-experimental, one-group pre-test/post-test design. The sample consisted of 34 asthma patients and a multidisciplinary team of 10 professionals. The research instruments consisted of interview guidelines, a satisfaction questionnaire, a questionnaire based on the multidisciplinary team's opinions on the model, and the Mini-AQLQ quality of life assessment tool. The instruments demonstrated IOC values ranging from .67 to 1.00 and Cronbach's alpha coefficients of .82, .84, and .87. Data were analyzed using descriptive statistics, the dependent t-test, and content analysis. The research findings revealed that:

1. An analysis of the situation shows that patients lack self-care knowledge and skills, specifically regarding the correct use and administration of inhalers, and lack continuous communication. Meanwhile, the service system lacks standardized guidelines and integration among the multidisciplinary team.

2. The developed model, known as the Pakkred ATMA Model, comprises four components: patient assessment, technology utilization via LINE Official Account, medication management, and participatory care.

3. Evaluation of the developed model revealed that, following its implementation, patients reported high levels of satisfaction with the service and a good overall quality of life ($M = 5.76$, $SD = 0.74$), with statistical significance at the $p\text{-value} < .05$ level.

In conclusion, the developed asthma care model can help promote self-care, enhance communication between patients and the healthcare team, and be applied in hospitals at various levels.

Keywords: Care Model Development, Asthma Patients, Healthcare Service System

บทนำ

โรคหอบหืด (Asthma) เป็นปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่ส่งผลกระทบในระดับโลก โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2021) รายงานว่าในปี ค.ศ. 2019 มีผู้ป่วยโรคหอบหืดมากกว่า 262 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคนี้นักว่า 455,000 ราย โดยกลุ่มผู้สูงอายุ มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มวัยอื่น เนื่องจากมีโรคร่วมและการตอบสนองต่อการรักษาที่แตกต่างกัน สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2564 ระบุว่าแนวโน้มการป่วยและการนอนโรงพยาบาลจากโรคหอบหืดในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนเพิ่มขึ้น และส่วนใหญ่เกิดจากการควบคุมโรคที่ไม่เพียงพอ การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด จากการสรุปตามรายงานสถิติกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2564 ถึง 2566 เพิ่มขึ้นปีต่อปีร้อยละ 12.07 ถึง 29.46 (เจริญสุข อัครพิพิธ, วัฒนา ชยวัช, 2567) เช่นเดียวกับสถิติโรงพยาบาลปากเกร็ดในปี พ.ศ. 2565 – 2567 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยพบผู้ป่วยโรคหอบหืด จำนวน 988, 1180, และ 1,314 ราย ตามลำดับ

(2/15)

โรคหอบหืดเป็นโรคอักเสบเรื้อรังของหลอดลม มีอาการสำคัญ ได้แก่ หายใจมีเสียงวี๊ด ไอ หอบเหนื่อย และแน่นหน้าอก โดยอาการแปรปรวนและสัมพันธ์กับการตีบของหลอดลมเป็นระยะ เมื่อสัมผัสสิ่งกระตุ้น เช่น สารก่อภูมิแพ้ การติดเชื้อไวรัส การเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศ หรือการออกกำลังกาย อาจเกิดอาการกำเริบรุนแรงจนต้องรับการรักษาฉุกเฉิน หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอาจเสียชีวิตได้ การทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ส่งผลต่อการควบคุมโรคและเพิ่มความเสี่ยงต่อการกำเริบ ทั้งนี้ ปัจจัยดังกล่าวเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลตนเองและการป้องกันการกำเริบ มีสาเหตุโดยตรงของการเกิดโรค ซึ่งสะท้อนถึงความสำคัญของการส่งเสริมความรู้ ทักษะ และความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาวอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดย สุวรรณ จิตต์วรารักษ์ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ (2564) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการป้องกันโรค รวมถึงแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันการกำเริบโรคหอบหืดได้ ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยควรครอบคลุมความรู้และการรับรู้ของผู้ป่วย การสนับสนุนจากผู้ดูแล ตลอดจนการให้ความรู้ การติดตามอาการ และการเข้าถึงคำปรึกษาจากระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการ หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ควรศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวในบริบทของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลและลดการกำเริบของโรค

จากการวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดของโรงพยาบาลปากเกร็ดในปี พ.ศ. 2563 – 2564 พบผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำปีละ 1 ราย โดยสาเหตุสำคัญคือการใช้ยาไม่สม่ำเสมอและขาดทักษะการใช้ยาพ่น เช่น ใช้ยาเฉพาะเมื่อมีอาการ หดยาควบคุมเมื่ออาการดีขึ้น เข้าใจยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ทำให้ติดยา หรือเกิดผลข้างเคียงรุนแรง และใช้ยาบรรเทาอาการแทนยาควบคุม นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายใช้ยาพ่นไม่ถูกวิธี เช่น ไม่เขย่ากระป๋องยา ไม่หายใจออกก่อนสูด ไม่ประสานการกดยากับการหายใจเข้า หรือไม่กลืนหายใจหลังสูด ส่งผลให้ยาเข้าสู่หลอดลมลดลงและควบคุมโรคได้ไม่ดี (Global Initiative for Asthma [GINA], 2023) ซึ่งปัญหาดังกล่าวเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ได้แก่ ความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้าใจและความกังวลเกี่ยวกับยา การลืมใช้ยา ตลอดจนข้อจำกัดด้านการมองเห็น ความจำ และการประสานการใช้ยาพ่น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมักมีความสม่ำเสมอในการใช้ยาและทักษะการใช้ยาพ่นต่ำกว่า (Antimisariis, Folz, Huntington-Moskos, & Polivka, 2024) รวมถึงการขาดผู้ดูแลช่วยติดตาม และข้อจำกัดของระบบบริการด้านการให้คำแนะนำ การสาธิตย้อนกลับ การประเมินเทคนิคซ้ำ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ควรประเมินความสม่ำเสมอและเทคนิคการใช้ยาพ่นก่อนปรับเปลี่ยนการรักษา พร้อมจัดการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับความรอบรู้ ความเชื่อ ความต้องการ และข้อจำกัดเฉพาะบุคคล (GINA, 2023)

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดของโรงพยาบาลปากเกร็ดในปัจจุบันแสดงให้เห็นลักษณะของพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง แต่ยังไม่สามารถอธิบายได้อย่างชัดเจนว่าปัญหาดังกล่าวเกิดจากปัจจัยด้านผู้ป่วย ผู้ดูแล กระบวนการให้ความรู้ หรือความต่อเนื่องของระบบบริการในสัดส่วนและลักษณะใด จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความเชื่อเกี่ยวกับยา ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนจากผู้ดูแล ตลอดจนขั้นตอนการให้ความรู้ และติดตามผู้ป่วย เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มีแนวทางชัดเจน ได้แก่ การประเมินปัญหาเป็นรายบุคคล การสาธิตและประเมินทักษะการใช้ยาพ่นด้วยวิธีสาธิตย้อนกลับ การให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วม และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ เพื่อให้รูปแบบการดูแลสอดคล้องกับปัญหาและบริบทของพื้นที่ ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งเสริมการใช้ยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ และลดโอกาสเกิดอาการกำเริบและการกลับมารักษาซ้ำ

จากการทบทวนการศึกษาของ นิตานถ ณะนวล, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, วรณช แสงเจริญ (2566) พบว่า การใช้ยาพ่นอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอมีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคหอบหืดที่ดีขึ้น และช่วยลดโอกาสเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินจากอาการกำเริบอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น การประเมินเทคนิคการใช้ยาพ่นและความร่วมมือในการใช้จึงควรดำเนินการทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาติดตามการรักษา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมโรคและลดการกำเริบ

ในระยะยาว (Rackow, Drennan, Pinnock, & Dima, 2025) แม้โรงพยาบาลปากเกร็ดจะจัดบริการแบบ One Stop Service เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและลดระยะเวลาการรอคอย แต่การสื่อสารและประสานงานของทีมสหสาขาวิชาชีพยังไม่เป็นระบบ ทำให้การเชื่อมโยงข้อมูล การวางแผนรักษา และการติดตามผู้ป่วยขาดความต่อเนื่อง จึงควรพัฒนาระบบดูแลที่เชื่อมโยงตั้งแต่การรักษาในโรงพยาบาล การเตรียมจำหน่าย การส่งต่อข้อมูล จนถึงติดตามที่บ้าน เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเอง ลดการกำเริบ และป้องกันการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ

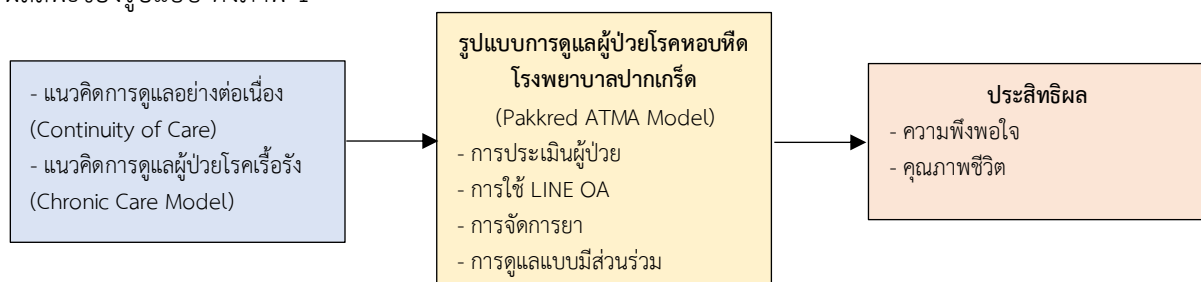
ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดของโรงพยาบาลปากเกร็ด โดยประยุกต์แนวคิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care) แบบจำลองการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) และแนวทางของ Global Initiative for Asthma เพื่อเชื่อมโยงการสื่อสาร การประสานงาน และการส่งต่อข้อมูลของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นระบบ ควบคู่กับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองและใช้ยาพ่นได้อย่างถูกต้อง อันจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมโรค ลดการกำเริบและการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ ตลอดจนยกระดับคุณภาพการดูแลตามมาตรฐาน และเป็นต้นแบบสำหรับพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ และปัญหาและการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลปากเกร็ด
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลปากเกร็ด
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลปากเกร็ด

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยบูรณาการแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดของสมาคมโรคหอบหืดแห่งประเทศไทย ร่วมกับแนวคิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care) ซึ่งเชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่การรับบริการ การเตรียมจำหน่าย การส่งต่อข้อมูล และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ของ Wagner ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การสนับสนุนการจัดการตนเอง การทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ และการใช้ระบบสารสนเทศ (Haggerty, Reid, Freeman, Starfield, Adair, & McKendry, 2003; Wagner, Austin, & Von Korff, 1996) พร้อมประยุกต์หลักการฝึกปฏิบัติ (Training) เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลปากเกร็ด โดยดำเนินการตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ของ Borg และ Gall (1983) 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ 2) สร้างและพัฒนารูปแบบ และ 3) ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลปากเกร็ด ใช้การวิจัยวิเคราะห์เอกสารร่วมกับวิธีเชิงคุณภาพ ดังนี้

วิธีวิเคราะห์เอกสาร

โดยการวิเคราะห์เอกสารข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) และรายงานสภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคหอบหืดจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลปากเกร็ด ในปี พ.ศ. 2563 - 2564 โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยสรุปเนื้อหาทั้งหมดแล้วจึงนำมาสังเคราะห์ ยกร่างเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อสนับสนุนแนวทางที่ยกร่าง

วิธีเชิงคุณภาพ

ประชากร ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคหอบหืด/หรือญาติ ที่มารับบริการคลินิกโรคหอบหืด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปากเกร็ด ในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558 และ 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพ หมายถึงพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก เกสเซอร์ นักและกายภาพบำบัด จำนวน 10 คน

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคหอบหืด/ญาติ ที่มารับบริการคลินิกโรคหอบหืด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปากเกร็ด และ 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ เกสเซอร์ และนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดในโรงพยาบาลปากเกร็ด จำนวนกลุ่มละ 10 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) กำหนดคุณสมบัติคือ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องโดยตรง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สะท้อนมุมมองที่หลากหลาย ทั้งนี้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกำหนดตามหลักการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยพิจารณาความอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) เป็นสำคัญ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม เป็นเครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่ดัดแปลงจากการศึกษาของ สุริพร ศิริยะพันธุ์, นิธิดา ขายเกตุ และ เนตรชนก สันตรัตติ (2564) และปรับให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลปากเกร็ด แบ่งเป็น 2 ชุด ชุดละ 8 ข้อ ได้แก่ แนวคำถามสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยโรคหอบหืดหรือญาติที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคหอบหืด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และแนวคำถามสนทนากลุ่มสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยครอบคลุมความรุนแรงของโรค ความต้องการข้อมูลเพื่อดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน แนวทางการดูแลผู้ป่วย และปัญหาการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ อายุรแพทย์ และแพทย์ประจำคลินิกโรคหอบหืด ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง .67 – 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการกับผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้การสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ ครั้งละประมาณ 60 นาที ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นเฉพาะตามความเหมาะสม ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสพการณ์ และข้อเสนอแนะอย่างอิสระและทั่วถึง พร้อมจดบันทึกประเด็นสำคัญและบรรยากาศการสนทนา รวมทั้งขอความยินยอมก่อนบันทึกเสียง เพื่อนำไปถอดความและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพอย่างถูกต้องและครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยถอดเทปแบบคำต่อคำ ตรวจสอบกับบันทึกภาคสนาม อ่านข้อมูลซ้ำ กำหนดรหัส (Coding) จัดกลุ่มเป็นประเด็นย่อยและประเด็นหลัก และตีความอย่างเป็นระบบ พร้อมตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการเปรียบเทียบข้อมูลจากหลายแหล่ง และการตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล (Member Checking)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลปากเกร็ด

1. ผู้วิจัยศึกษา วิเคราะห์ และสังเคราะห์เอกสาร งานวิจัย และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด เพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลปากเกร็ด
2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและการสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยโรคหอบหืด และผู้ให้บริการ กลุ่มละ 3 – 5 คน ใช้เวลาประมาณ 60 นาที โดยขอความยินยอมในการบันทึกเสียง สรุปประเด็นสำคัญให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง และถอดเทปแบบคำต่อคำเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
3. ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการศึกษาเอกสารและการสัมภาษณ์วิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อจัดทำร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลปากเกร็ด
4. ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ อายุรแพทย์ และแพทย์ประจำคลินิกโรคหอบหืด ตรวจสอบความเหมาะสม พร้อมให้ข้อเสนอแนะในการเพิ่มเติมการประเมินปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย
5. ผู้วิจัยปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะ และประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิประเมินว่ารูปแบบมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้ คิดเป็นร้อยละ 100
6. ผู้วิจัยนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลปากเกร็ด ฉบับสมบูรณ์ ไปทดลองใช้ในขั้นตอนที่ 3 ของการวิจัย

ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลปากเกร็ด เป็นการใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre-test Post-test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ 1) ผู้ป่วยโรคหอบหืด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปากเกร็ด และ 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลปากเกร็ด

กลุ่มตัวอย่าง คือ

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหอบหืดที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลปากเกร็ด กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยเลือกกลุ่มการทดสอบ T-Tests และสถิติ Means: Difference between two dependent means (Matched Pairs) กำหนดการทดสอบสมมติฐานแบบสองทาง (Two-tailed) ขนาดอิทธิพลระดับปานกลางเท่ากับ .50 ตามแนวคิดของ Cohen (1988) ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และอำนาจการทดสอบ .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 34 คน คัดเลือกด้วยวิธีแบบเจาะจง (Purposive sampling) เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อายุ 20 ปีขึ้นไป ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และสามารถอ่านออกเขียนได้ ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ มีอาการหอบหืดกำเริบรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้
2. ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 10 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้าเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำและมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด และคัดออกผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ในเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลปากเกร็ดที่พัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 2 ซึ่งกิจกรรมของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด ได้แก่ การประเมินอาการและระดับการควบคุมโรค การให้ความรู้และฝึกการใช้ยาพ่นที่ถูกต้อง การส่งเสริมการดูแลตนเอง การติดตามอาการผ่าน Line OA และการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมโรคได้ดี ลดการกำเริบ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดของผู้ป่วยโรคหอบหืด/หรือญาติต่อการรับบริการที่คลินิกโรคหอบหืด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปากเกร็ด ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก

แบบสำรวจความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยที่มีต่อการบริการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลนครศรีธรรมราช ของ วาสนา สวัสดิ์ถิ่นฐาน, อมรพันธุ์ ธาณิรัตน์ และ ชาริพย์ วิเศษธาร (2558) จำนวน 20 ข้อ ผู้ป่วยโรคหอบหืด/หรือญาติใช้แบบประเมินชุดเดียวกัน ซึ่งญาติตอบในกรณีที่ผู้ป่วยไม่พร้อมให้ข้อมูล ข้อคำตอบให้เลือก 5 ระดับ เป็น คะแนนจาก 1 - 5 คะแนน หมายถึง 1 คือ พึงพอใจน้อยที่สุด จนถึง 5 คือ พึงพอใจมากที่สุด

2.3 ความพึงพอใจต่อการบริการ LINE OA สำหรับแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหอบหืด/หรือญาติ หลักต่อการบริการ LINE OA แบบสอบถาม มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ เป็น คะแนนจาก 1 - 5 คะแนน หมายถึง 1 คือ พึงพอใจน้อยที่สุด จนถึง 5 คือ พึงพอใจมากที่สุด โดยคำนวณเป็นจำนวน และร้อยละ

2.4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหอบหืด ฉบับย่อ (Thai Mini Asthma Quality of Life Questionnaire: Thai Mini AQLQ) (Lertsinudom, Johns, Chanthawong, Boonsawat, & Samosorn, 2010) ประกอบด้วย 4 ด้าน รวม 15 ข้อคำถาม ได้แก่ ด้านอาการของโรค ด้านการทำการกิจกรรม ด้านอารมณ์ความรู้สึก และด้านสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม ผู้ตอบแบบสอบถามจะประเมินระดับความรุนแรงหรือความถี่ของปัญหาที่ตนเองประสบในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยใช้มาตรวัดแบบ Likert 7 ระดับ ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1 = มีปัญหาหนักที่สุด ถึง 7 = ไม่มีปัญหาเลย

2.5 แบบสอบถามความคิดเห็นของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความคิดเห็นของทีมนักศึกษาพยาบาลของ สุริพร ศิริยะพันธุ์, นิธิตา ชายเกตุ และเนตรชนก สันตรัตน์ (2564) จำนวน 5 ข้อ คะแนนจาก 1 - 5 คะแนน ได้แก่ คะแนนที่ 1 คือ ความคิดเห็นระดับน้อยที่สุด ถึง คะแนนที่ 5 คือ ความคิดเห็นระดับมากที่สุด ซึ่งแบ่งกลุ่มคะแนนเป็น 4 กลุ่ม คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล อายุรแพทย์ และแพทย์ประจำคลินิกโรคหอบหืด ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง .67 – 1.00 จากนั้นปรับปรุงตามข้อเสนอแนะและทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) พบว่า แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการ Line OA และแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อการดูแลมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .82, .84 และ .87 ตามลำดับ

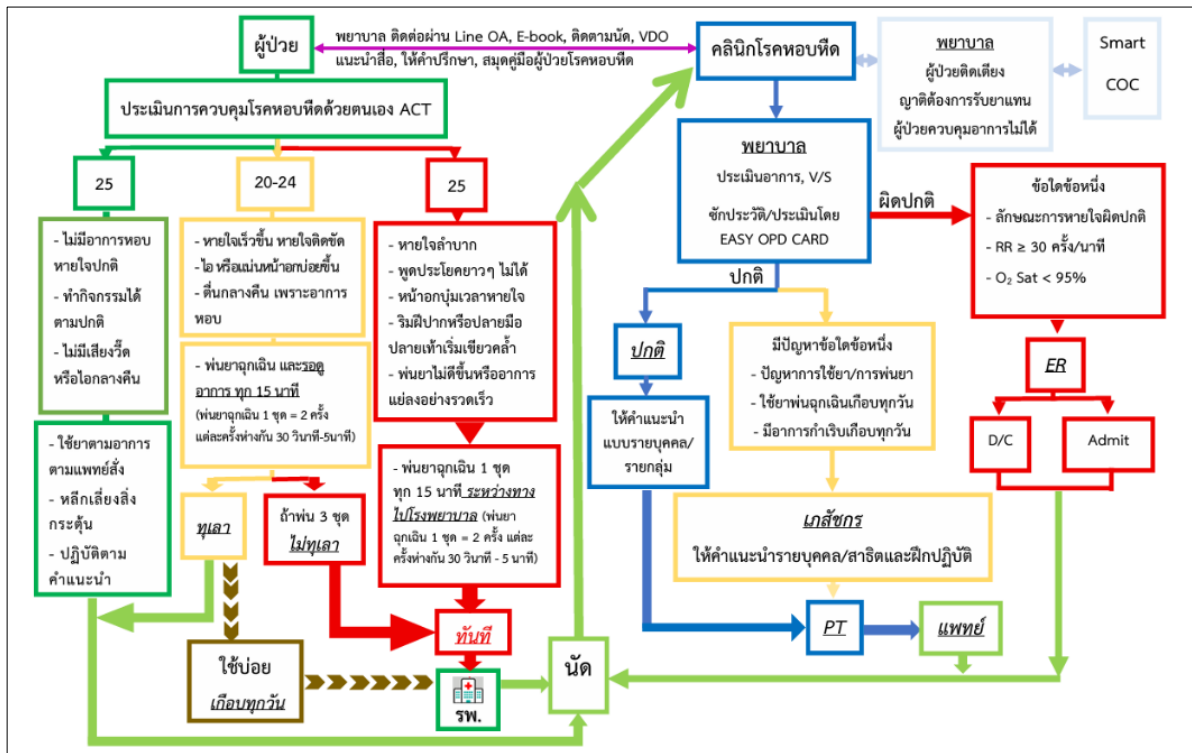
การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
2. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะงานวิจัย ลักษณะรูปแบบการโค่วิถีชีวิตเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยโรคหอบหืด วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดการวิจัยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำการกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม

ขั้นการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยนอก ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังประกาศใช้ 1 เดือน ในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ดังภาพ 2



ภาพ 2 รูปแบบกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลปากเกร็ด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ และความพึงพอใจต่อบริการ LINE OA โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหอบหืด ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Dependent T-Test ซึ่งจากผลการตรวจสอบการแจกแจงปกติของค่าผลต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการเข้ารับรูปแบบการดูแล ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk พบว่า ค่า $W = 0.973$ และค่า $p\text{-value} > .05$ แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Dependent T-Test และสามารถนำไปเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองได้

จริยธรรมวิจัย

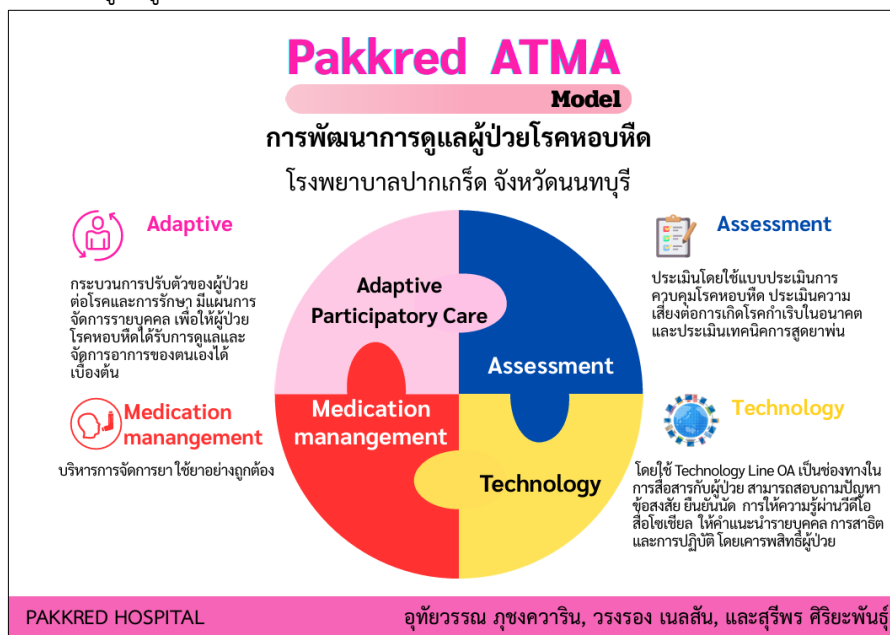
งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองและอนุมัติเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เอกสารรับรองเลขที่ 6/2568 ลงวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดของโรงพยาบาลปากเกร็ดพบว่า ผู้ป่วยยังเข้ารับบริการทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในอย่างต่อเนื่อง โดยบางรายมีอาการกำเริบจนต้องรับบริการห้องฉุกเฉินหรือกลับเข้ารับรักษาซ้ำ สะท้อนถึงข้อจำกัดในการควบคุมโรค แม้มีทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ แต่ยังคงขาดแนวทางบูรณาการและมาตรฐานปฏิบัติร่วมกัน ทำให้การให้ข้อมูลด้านยา การออกกำลังกาย การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และโภชนาการไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน อีกทั้งการให้ความรู้ยังจำกัดอยู่ในโรงพยาบาล และขาดสื่อสนับสนุนกับระบบติดตามหลังกลับบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายขาดความมั่นใจในการดูแลตนเองและควบคุมโรคได้ไม่ดี

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพพบ 4 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) การดูแลตามระดับความรุนแรง โดยจำแนกผู้ป่วยและกำหนดการดูแล การให้ความรู้ และการติดตามให้เหมาะสมกับความสามารถในการดูแลตนเอง 2) การสนับสนุนการดูแลตนเอง โดยจัดทำคู่มือหรือสมุดประจำตัวที่ครอบคลุมการใช้ยา การออกกำลังกาย โภชนาการ และการจัดการเมื่อมีอาการกำเริบ โดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ 3) การพัฒนาแนวทางดูแลแบบบูรณาการและเป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลและเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแล และ 4) การพัฒนาระบบสื่อสารผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น LINE OA สำหรับให้คำปรึกษา ติดตามอาการ และเผยแพร่ความรู้ ผลการศึกษานี้สะท้อนช่องว่างของระบบบริการและเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลปากเกร็ดและความต้องการของผู้ป่วย

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยหอบหืด โรงพยาบาลปากเกร็ด



ภาพ 3 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลปากเกร็ด

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมุ่งเน้นการประเมินอาการ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาอย่างถูกต้อง การส่งเสริมการดูแลตนเอง การติดตามอาการผ่านระบบ LINE OA รวมถึงการประสานงานระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรค ลดการกำเริบ ลดการกลับมารักษาซ้ำ และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พร้อมทั้งเป็นแนวทางการดูแลที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในหน่วยบริการของโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

รูปแบบ Pakkred ATMA Model ประกอบด้วย องค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่ การประเมิน (Assessment) การใช้เทคโนโลยีผ่าน LINE OA การจัดการยา (Medication Management) และการดูแลแบบปรับตัวและมีส่วนร่วม (Adaptive-participatory Care) ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านการประเมิน (Assessment) เป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการ โดยมุ่งเน้นการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ทั้งด้านอาการ ความรุนแรงของโรค พฤติกรรมสุขภาพ และความรู้ในการดูแลตนเอง ข้อมูลที่ได้จากการประเมินถูกนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลเฉพาะราย ซึ่งช่วยให้การดูแลมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย

2. องค์ประกอบด้านการใช้เทคโนโลยี ได้มีการนำ LINE OA มาใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสารและติดตามผู้ป่วยแบบต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้ รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา และติดต่อกับทีมสุขภาพได้สะดวก ส่งผลให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดการขาดนัด และเพิ่มการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

3. องค์ประกอบด้านการจัดการยา (Medication Management) มุ่งเน้นการพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ป่วยในการใช้ยาอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะการใช้ยาพ่น ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่พบในผู้ป่วยโรคหอบหืด มีการดำเนินกิจกรรมทั้งการให้ความรู้ การสาธิต และการติดตามผลการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้ดีขึ้น และลดโอกาสการกำเริบของโรค

4. องค์ประกอบด้านการดูแลแบบปรับตัวและมีส่วนร่วม (Adaptive-participatory Care) เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการดูแลตนเอง โดยเน้นการปรับตัวต่อโรคและสิ่งกระตุ้น การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้านการรักษา และการใช้แผนการดูแลเฉพาะบุคคล เช่น Asthma Action Plan ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

นอกจากนี้ กระบวนการฝึกอบรม (Training) ยังเป็นกลไกสำคัญที่สนับสนุนการดำเนินงานของรูปแบบโดยใช้แนวทางการเรียนรู้เชิงรุก ผ่านการฝึกปฏิบัติและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลตนเองมากขึ้น ผลจากการพัฒนารูปแบบดังกล่าว พบว่า ผู้ป่วยโรคหอบหืดมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน มีพฤติกรรมการใช้ยาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมากขึ้น อัตราการกำเริบของโรคลดลง และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ขณะเดียวกัน ทีมสุขภาพมีระบบการติดตามและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้การดูแลมีความต่อเนื่องและสามารถลดภาระงานในระยะยาวได้

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลปากเกร็ด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 91.43 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40 ปีขึ้นไป ถึงมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 68.57 สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดที่เข้ารับบริการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุ ในด้านสถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแล้ว คิดเป็นร้อยละ 54.29 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 45.72

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละความพึงพอใจสำหรับการใช้บริการ Line OA สำหรับผู้ป่วยโรคหอบหืด/หรือญาติ โรงพยาบาลปากเกร็ด

รายการ	M	SD	ระดับความพึงพอใจ
ด้านรูปแบบและการใช้งาน			
1. คุณพอใจการใช้งาน Line OA ใช้งานง่าย สะดวก เป็นมิตรกับผู้ใช้	4.29	0.83	มาก
2. คุณพอใจกับความชัดเจนของข้อมูลและเข้าใจง่าย	4.26	0.85	มาก
3. คุณพอใจกับการออกแบบและรูปแบบของ Line OA	4.23	0.91	มาก
4. คุณพอใจกับความหลากหลายของบริการที่ Line OA นำเสนอ	4.29	0.89	มาก
5. Line OA มีการนำเสนอข้อมูลถูกต้อง แม่นยำ และรวดเร็ว	4.31	0.87	มาก
ด้านข้อมูลและเนื้อหา			
6. ข้อมูลและเนื้อหาถูกต้อง ชัดเจน ตรงกับความต้องการ	4.31	0.90	มาก
7. ข้อมูลและเนื้อหาครบถ้วน ครบคลุม	4.26	0.89	มาก
8. ข้อมูลและเนื้อหาเป็นปัจจุบัน ทันต่อเหตุการณ์	4.31	0.87	มาก
9. ข้อมูลและเนื้อหาที่น่าเชื่อถือ	4.40	0.81	มาก
ด้านประโยชน์ที่ได้รับ			
10. Line OA มีช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่	4.49	0.78	มาก
11. Line OA ช่วยให้เข้าถึงข้อมูล ระบบ และบริการได้รวดเร็ว	4.29	0.93	มาก
12. Line OA มีประโยชน์สำหรับผู้	4.51	0.78	มากที่สุด

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ป่วยโรคหอบหืดและ/หรือญาติมีความพึงพอใจต่อการใช้บริการ Line OA โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ระหว่าง 4.23 – 4.51 คะแนน โดยรายการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ “Line OA มีประโยชน์สำหรับผู้ไ้” ($M = 4.51, SD = 0.78$) อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา คือ “Line OA มีช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่” ($M = 4.49, SD = 0.78$) และ “ข้อมูลและเนื้อหา มีความน่าเชื่อถือ” ($M = 4.40, SD = 0.81$) ซึ่งอยู่ในระดับมาก ส่วนรายการที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ “ความพึงพอใจต่อการออกแบบและรูปแบบของ Line OA” ($M = 4.23, SD = 0.91$)

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n = 34)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
คะแนนคุณภาพชีวิต	50.46	9.62	58.71	9.35	8.05	<.001

จากตาราง 2 พบว่า หลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 58.71, SD = 9.35$ และ $M = 50.46, SD = 9.62$ ตามลำดับ; $t = 8.05, df = 34, p\text{-value} < .001$)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ซึ่งมุ่งศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด พบช่องว่างสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ การจำแนกระดับความรุนแรงและการวางแผนดูแลเฉพาะรายยังไม่ชัดเจน การสนับสนุนการดูแลตนเองและสื่อสารกับทบทวนความรู้หลังกลับบ้านยังไม่เพียงพอ แนวทางปฏิบัติร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพหลังกลับบ้านยังขาดความต่อเนื่อง ปัญหาเหล่านี้เชื่อมโยงกัน กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ จดจำคำแนะนำได้ไม่ครบถ้วน หรือมีข้อจำกัดด้านความรู้รอบรู้สุขภาพ แต่ไม่มีสื่อทบทวนและช่องทางขอคำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ย่อมเพิ่มโอกาสใช้ยาพ่นไม่ถูกวิธีหรือไม่สม่ำเสมอ ขณะเดียวกัน ความแตกต่างของข้อมูลจากผู้ให้บริการอาจทำให้ผู้ป่วยสับสนและขาดความมั่นใจในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ พบว่าความรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดของผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนโรคหืดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุดารัตน์ วันงามวิเศษ, พนิดา ภูตระกูล, วริณญา อาจธรรม, สุนา ยวดยิ่ง, 2568) และสอดคล้องกับแนวทาง GINA (2023) ที่เน้นให้ตรวจสอบเทคนิคการใช้ยาพ่นและความสม่ำเสมอในการใช้ยาก่อนพิจารณาปรับการรักษา ผลระยะที่ 1 จึงชี้ว่าปัญหาไม่ได้เกิดจากตัวผู้ป่วยเพียงฝ่ายเดียว แต่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างข้อจำกัดของผู้ป่วย กระบวนการให้ความรู้ การทำงานร่วมกันของทีม และความต่อเนื่องของระบบบริการ ซึ่งเป็นเหตุผลสำคัญที่ต้องพัฒนารูปแบบให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลปากเกร็ด

ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 คือ การพัฒนา Pakkred ATMA Model ประกอบด้วย การประเมิน (Assessment) การใช้เทคโนโลยีผ่าน LINE OA (Technology) การจัดการยา (Medication Management) และการดูแลแบบปรับตัวและมีส่วนร่วม (Adaptive-participatory Care) องค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ตอบสนองต่อช่องว่างที่พบใน ระยะที่ 1 โดยตรง การประเมินช่วยจำแนกปัญหาและกำหนดแผนดูแลเฉพาะราย เทคโนโลยีช่วยเชื่อมการดูแลระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน การจัดการยามุ่งแก้ปัญหาความรู้และเทคนิคการใช้ยาพ่น ส่วนการดูแลแบบปรับตัวและมีส่วนร่วมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยร่วมตัดสินใจและใช้แผนปฏิบัติการโรคหอบหืดตามความต้องการของตน การจัดองค์ประกอบดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลอย่างต่อเนื่องที่ให้ความสำคัญกับความต่อเนื่องของข้อมูล ความสัมพันธ์ และการจัดการบริการ (Haggerty, Reid, Freeman, Starfield, Adair, & McKendry, 2003) และสอดคล้องกับ Chronic Care Model ที่เชื่อมทีมบริการซึ่งมีการเตรียมความพร้อมกับผู้ไ้ที่ได้รับการสนับสนุนให้จัดการตนเอง (Wagner, Austin, & Von Korff, 1996) นอกจากนี้ การกำหนดขั้นตอนประเมิน ให้ความสำคัญ ฝึกปฏิบัติ

ติดตาม และสื่อสารร่วมกัน ยังช่วยนำข้อเสนอของ GINA (2023) เรื่องการประเมินอาการ ปัจจัยเสี่ยง ความร่วมมือในการใช้ยา เทคนิคการใช้ยาพ่น และการมีแผนปฏิบัติการ ไปสู่การปฏิบัติในระบบบริการได้ชัดเจนขึ้น

จุดเด่นของ Pakkred ATMA Model คือ การพัฒนาจากข้อมูลปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในพื้นที่ มีใช้การนำแนวทางภายนอกมาใช้โดยไม่ปรับให้เข้ากับบริบท และใช้ LINE OA ซึ่งเป็นเทคโนโลยีที่ผู้ป่วยเข้าถึงได้เป็นช่องทางเสริมการดูแลตามปกติ หลักฐานจากการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่าเทคโนโลยีดิจิทัลมีศักยภาพในการสนับสนุนความร่วมมือในการใช้ยาควบคุมโรคหอบหืด แม้ผลลัพธ์จะแตกต่างตามองค์ประกอบและบริบทของแต่ละการศึกษา (Chan, De Simoni, Wileman, Holliday, Newby, Chisari et al., 2022) ขณะที่การศึกษาของ นิตานาถ ณะนวล, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, และวรรณุช แสงเจริญ (2566) สนับสนุนความสำคัญของเทคนิคการใช้ยาสูดและความร่วมมือในการใช้ยาต่อการควบคุมโรค ดังนั้น การผสมผสานการสาธิต การฝึกปฏิบัติ การทบทวนการใช้ยา และช่องทางสื่อสารต่อเนื่องไว้ในรูปแบบเดียว จึงมีความเหมาะสมในเชิงกระบวนการ อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้รายงานผลเปรียบเทียบเทคนิคการใช้ยาพ่น ความสม่ำเสมอในการใช้ยา หรือระดับการควบคุมโรคก่อนและหลังใช้รูปแบบ จึงควรตีความว่าองค์ประกอบด้านการจัดการยามีความสอดคล้องกับแนวทางและหลักฐานเดิม โดยยังไม่อาจสรุปจากข้อมูลครั้งนี้โดยตรงว่าองค์ประกอบดังกล่าวทำให้พฤติกรรมการใช้ยาหรือการควบคุมโรคดีขึ้น

ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ด้านความพึงพอใจ พบว่าผู้ป่วยและ/หรือญาติมีความพึงพอใจต่อบริการ LINE OA อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดโดยค่าเฉลี่ยรายข้ออยู่ระหว่าง 4.23 - 4.51 คะแนน รายการที่ได้คะแนนสูงสุด คือ LINE OA มีประโยชน์สำหรับผู้ให้ (M = 4.51, SD = 0.78) รองลงมา คือ มีช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่ (M = 4.49, SD = 0.78) และข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ (M = 4.40, SD = 0.81) ผลดังกล่าวสะท้อนว่าผู้ใช้ให้คุณค่ากับประโยชน์ การเข้าถึงทีมสุขภาพ และความน่าเชื่อถือของข้อมูล มากกว่าอุปลักษณะของระบบเพียงอย่างเดียว จึงสนับสนุนความเหมาะสมของ LINE OA ในฐานะช่องทางเสริมความต่อเนื่องของการดูแลและการเข้าถึงคำปรึกษาสอดคล้องในทิศทางเดียวกับการศึกษาที่ประยุกต์ใช้ LINE หรือการดูแลทางไกลเพื่อสนับสนุนความรู้ ทักษะการใช้ยาพ่น และการติดตามผู้ป่วยโรคหอบหืด (พรพิทกัล พลหาญ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คงนิจ พงศ์ถาวรรกมล, 2561; Thavornwattanayong & Nuallaong, 2023) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมดี มาแย, กิรติ บินอุมมา, จิรัชญา นบูนุ่น, ซารินา สร้อยสน, อนันต์ มรรคาเขตต์, และศิรินทร์ พรหมประทีป (2568) ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อ LINE OA ในระดับสูงโดยเฉพาะด้านการนำเนื้อหาไปใช้จริง (M = 4.93, SD = 0.26) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ใช้ให้ความสำคัญกับเนื้อหาที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ ทั้งนี้ผลความพึงพอใจในงานวิจัยนี้เป็นความพึงพอใจต่อบริการ LINE OA โดยเฉพาะ ไม่ควรตีความแทนความพึงพอใจต่อรูปแบบ Pakkred ATMA Model ทุกองค์ประกอบ

ด้านคุณภาพชีวิต หลังใช้รูปแบบผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพิ่มจาก 50.46 คะแนน (SD = 9.62) เป็น 58.71 คะแนน (SD = 9.35; $t = 8.05$, $p\text{-value} < .001$) ผลนี้แสดงว่าภายหลังเข้าร่วมกระบวนการดูแล ผู้ป่วยรับรู้คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคหอบหืดดีขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจอธิบายได้จากการทำงานร่วมกันของหลายองค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินและวางแผนรายบุคคล การให้ความรู้และฝึกทักษะ การจัดการยา การใช้แผนปฏิบัติการ และการมีช่องทางติดตามปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีข้อมูลและความมั่นใจในการจัดการอาการในชีวิตประจำวัน การตีความนี้สอดคล้องกับ Hodkinson et al. (2020) ซึ่งพบว่าการสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีการติดตามอย่างสม่ำเสมอและมีองค์ประกอบครบถ้วน สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหอบหืดได้ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง จึงยังไม่สามารถแยกผลของรูปแบบออกจากปัจจัยอื่น เช่น การเปลี่ยนแปลงตามเวลา การได้รับบริการตามปกติ หรือความตระหนักที่เพิ่มขึ้นจากการเข้าร่วมวิจัยได้อย่างสมบูรณ์

โดยสรุป ผลการศึกษานี้สนับสนุนว่า Pakkred ATMA Model เป็นรูปแบบที่พัฒนาจากปัญหาจริงของพื้นที่ มีโครงสร้างเชื่อมโยงการประเมิน เทคโนโลยี การจัดการยา และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และสามารถนำแนวคิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง Chronic Care Model และข้อเสนอแนะของ GINA มาจัดเป็นกระบวนการปฏิบัติที่ชัดเจน

ผลที่มีหลักฐานรองรับโดยตรงในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ใช้มีความพึงพอใจต่อบริการ LINE OA ในระดับสูง และคะแนนคุณภาพชีวิตหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ จุดแข็งของการศึกษาคือการพัฒนาแบบอย่างเป็นขั้นตอนจากข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพและการมีส่วนร่วมของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพ ส่วนข้อจำกัดคือกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กมาจากโรงพยาบาลแห่งเดียวไม่มีกลุ่มควบคุม และผลลัพธ์ที่รายงานยังไม่ครอบคลุมตัวชี้วัดสำคัญ ได้แก่ ระดับการควบคุมโรค เทคนิคและความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟัน อาการกำเริบ การมารับบริการฉุกเฉิน การกลับมารักษาซ้ำ ตลอดจนความคิดเห็นของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพต่อการนำรูปแบบไปใช้ ดังนั้น ผลการศึกษาจึงควรใช้สนับสนุนความเป็นไปได้และประสิทธิผลเบื้องต้นในบริบทโรงพยาบาลปากเกร็ด และควรมีการศึกษาที่มีกลุ่มเปรียบเทียบระยะติดตามยาวขึ้น และวัดผลลัพธ์ทางคลินิกกับผลลัพธ์ด้านกระบวนการอย่างครบถ้วนก่อนขยายผลไปยังหน่วยบริการอื่น

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการสุขภาพสามารถนำรูปแบบ Pakkred ATMA Model ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง เพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมโรค และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
2. บุคลากรสุขภาพสามารถนำรูปแบบของเทคโนโลยี LINE OA มาใช้เป็นช่องทางในการให้ความรู้ ติดตามอาการ และสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลและลดโอกาสการกำเริบของโรค

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของ Pakkred ATMA Model โดยใช้การวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ขยายพื้นที่ศึกษาไปยังโรงพยาบาลอื่น และติดตามผลในระยะยาว เพื่อการอ้างอิงผลไปใช้ในบริบทที่กว้างขึ้น
2. ควรศึกษาการใช้ LINE OA ในการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยประเมินอัตราการใช้งาน การตอบสนองต่อเนื้อหา ปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากร เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงระบบให้เหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริงในงานประจำ

คำแถลงการณ์การใช้ปัญญาประดิษฐ์

ไม่มี

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ไม่มี

รายการอ้างอิง

- เจริญสุข อัครพิพิธ และวัฒนา ชยธวัช. (2567). การพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยโรคหอบหืดและโรคหลอดลมอักเสบด้วยวิธีบ็อกซ์และเจนกินส์. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 7(3), 64–76.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/article/view/268728>
- นิตานถ ณะนวล, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, และวรรณุช แสงเจริญ. (2566). ความสัมพันธ์ของการใช้ยาสูดอย่างถูกวิธี ความร่วมมือในการใช้ยา และความสามารถในการควบคุมโรคหืด. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 19(2), 45-60.
<https://doi.org/10.14456/ijps.2023.10>
- พรตติกา พลหาญ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, และคณินิจ พงศ์ถาวรภมร. (2561). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการใช้ยาสูดโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อการควบคุมอาการในผู้ป่วยโรคหืด. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(3), 93–103. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/233089>

- วาสนา สวัสดิ์ถิ่นฐาน, อมรพันธุ์ ธาณรัตน์, และธารทิพย์ วิเศษธาร. (2558). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาสารคามศรีธรรมราช. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(1), 144–156. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/36245>
- สุดารัตน์ วันงามวิเศษ, พนิดา ภูตระกูล, วริณญา อาจธรรม, และสุมนา ยวดยิ่ง. (2568). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้คอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดของผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนโรคหืด. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี*, 19(1), e277131. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/277131>
- สุริพร ศิริยะพันธุ์, นิฐดา ชายเกตุ, และเนตรชนก สันตรัตติ. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลยะลา. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(2), 1-15. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/article/view/245298>
- สุวรรณ จิตต์วรารักษ์ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหืดในคลินิกโรคหอบหืด โรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์*, 11(1), 15–26. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/article/view/245820>
- อัมดี มาแะ, กิรติ บินอูมา, จิรัชญา นบูนุ่น, ซารินา สร้อยสน, อนันต์ มรรคาเขตต์, และศิรินทร์ พรหมประทีป. (2568). ผลของการใช้ Line Official Account “Malnutrition” ต่อความรู้ ความพึงพอใจ และประสบการณ์ของผู้ดูแลเด็กวัยหัดเดินในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดนราธิวาส. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 12(3), e280128. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/280128>
- Antimisiaris, D., Folz, R. J., Huntington-Moskos, L., & Polivka, B. J. (2024). Specific medication literacy in older adults with asthma. *The Journal for Nurse Practitioners*, 20(5), 104979. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2024.104979>
- Borg, W. R., & Gall, M. D. (1983). *Educational Research: An Introduction* (4th ed.). New York, NY: Longman.
- Chan, A., De Simoni, A., Wileman, V., Holliday, L., Newby, C. J., Chisari, C., et al. (2022). Digital interventions to improve adherence to maintenance medication in asthma. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6), CD013030. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013030.pub2>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for The Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- 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.
- Global Initiative for Asthma. (2023). *Global strategy for asthma management and prevention* (2023 update). Retrieved April 28, 2025, from <https://www.ginasthma.org>
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219–1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- Hodkinson, A., Bower, P., Grigoroglou, C., Zghebi, S. S., Pinnock, H., Kontopantelis, E., et al. (2020). Self-management interventions to reduce healthcare use and improve quality of life among patients with asthma: Systematic review and network meta-analysis. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 370, m2521. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2521>

- Lertsinudom, S., Johns, N. P., Chanthawong, S., Boonsawat, W., & Samosorn, C. (2010). Validity and reliability of the Thai Mini Asthma Quality of Life Questionnaire. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet*, 93(3), 373–377.
- Rackow, P., Drennan, A., Pinnock, H., & Dima, A. L. (2025). Optimizing adherence to medication to improve outcomes in asthma. *Current opinion in pulmonary medicine*, 31(3), 262–269. <https://doi.org/10.1097/MCP.0000000000001166>
- Thavornwattanayong, W., & Nuallaong, P. (2023). Outcomes of telepharmacy on asthma control at Ratchaburi Hospital. *Journal of Health Science and Medical Research*, 41(4), Article e2022928. <https://doi.org/10.31584/jhsmr.2022928>
- Wagner, E. H., Austin, B. T., & Von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly*, 74(4), 511–544. <https://doi.org/10.2307/3350391>
- World Health Organization. (2021). *Global Strategy on Digital Health 2020–2025*. Retrieved May 28, 2025, from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924>

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า ชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลศรีธัญญา

Development of Nursing Practice Guidelines in the Recovery Room for Psychiatric Patients Undergoing Modified Electroconvulsive Therapy at Srithanya Hospital

กันตรัตน์ เชาว์ทัศน์¹, อัจฉรา คำมะতিย์^{2*}

Kantarat Chaothat¹, Adchara Khammathit^{2*}

¹โรงพยาบาลศรีธัญญา, ²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครอุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Srithanya Hospital, ²Boromarajonani College of Nursing Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromarajanok Institute

(Received: July 7, 2026; Revised: September 22, 2026; Accepted: September 24, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้น สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลศรีธัญญา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 คน และผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาด้วยไฟฟ้าจำนวน 34 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นตามหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ แบบวัดความรู้ของพยาบาล แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ และแบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนสมรรถนะก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ผลการวิจัยพบว่า

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึกประกอบด้วยมาตรฐาน 5 ด้าน ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมก่อนรับผู้ป่วย 2) การรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย 3) การประเมินผู้ป่วย 4) การติดตามอาการ และ 5) การพิจารณาจำหน่ายผู้ป่วย
2. ภายหลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($M = 14.50, SD = 0.53$) และมีคะแนนทักษะการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($M = 3.84, SD = 0.18$) ในด้านทัศนคติ พยาบาลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงที่สุด ($M = 4.90, SD = 0.31$) และประเมินว่าแนวปฏิบัติมีความเหมาะสมด้านความง่ายต่อการปฏิบัติ ในระดับสูงที่สุด ($M = 4.87, SD = 0.34$) สำหรับผลลัพธ์ในกลุ่มผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 23.53 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ อาการปวดศีรษะ (ร้อยละ 29.41) ซึ่งอยู่ในระดับที่ไม่รุนแรงและสามารถจัดการได้ตามแนวปฏิบัติ

สรุปได้ว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพและสามารถช่วยยกระดับมาตรฐานการพยาบาลในห้องพักฟื้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การวิจัยและพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาล การรักษาด้วยไฟฟ้า(ECT) ยาระงับความรู้สึก สมรรถนะพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: adcharakham@bcnu.ac.th)

Abstract

This Research and Development (R&D) study aimed to develop and evaluate the implementation of clinical practice guidelines (CPG) for nursing care in the recovery room for psychiatric patients undergoing anesthetized electroconvulsive therapy (ECT) at Srithanya Hospital. The participants consisted of 10 professional nurses working in the ECT unit and 34 psychiatric patients receiving ECT. The research instruments included the evidence-based CPG, which was validated for content validity by experts, a nursing knowledge assessment scale, a clinical nursing skill evaluation form, a CPG quality assessment form, and a feasibility questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, and the differences in competency scores before and after implementation were compared using the Wilcoxon Signed-Rank Test. The findings revealed that:

1. These guidelines established standardized protocols across five domains: 1) Pre-admission preparation, 2) Patient handover and information transfer, 3) Patient assessment, 4) Symptom monitoring, and 5) Discharge criteria.

2. Regarding the outcome, after the implementation of the CPG, professional nurses' mean knowledge scores increased significantly at the .01 level ($M = 14.50$, $SD = 0.53$). Clinical nursing skill scores also improved significantly at the .05 level ($M = 3.84$, $SD = 0.18$). Regarding attitudes, nurses reported the highest level of confidence in patient care ($M = 4.90$, $SD = 0.31$) and rated the feasibility of the guidelines, particularly in terms of transferability, at the highest level ($M = 4.87$, $SD = 0.34$). Among the 34 patients, 23.53% experienced no post-treatment complications. The most frequent complication was headache (29.41%), which was non-serious and manageable under the established guidelines.

In conclusion, the developed clinical practice guidelines are effective and can significantly enhance nursing standards and patient safety in the recovery room.

Keywords: Research and Development (R&D), Clinical Practice Guidelines (CPG), Electroconvulsive Therapy (ECT), Anesthesia, Nursing Competence

บทนำ

การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy: ECT) เป็นการรักษาทางการแพทย์ชนิดหนึ่งโดยใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นสมองของผู้ป่วยเพื่อเหนี่ยวนำให้เกิดการชัก และส่งผลให้อาการทางจิตเวชดีขึ้น (Dai, Zhang, Deng, Tang, Zhao, 2024; Maixner, Hermida, McDonald, 2021) การรักษาด้วยไฟฟ้ามีประสิทธิภาพในการรักษาโรคทางจิตเวชที่รุนแรงและดื้อต่อการรักษา เช่น ผู้โรคซึมเศร้ารุนแรง โรคซึมเศร้าที่มีอาการทางจิตร่วม (Dai, Zhang, Deng, Tang, Zhao, 2024; Mishra, Sin Fai Lam, Calcia, McMullen, 2021; Saitua, Schneider, Libuy, 2021) โรคจิตเภท และ โรคอารมณ์สองขั้ว (Dai, Zhang, Deng, Tang, Zhao, 2024; Sinclair, Zhao, Qi, Nyakyoma, Kwong, Adams, 2019; Stojanović, Simić, Tepšić Ostojić, Gojković, Petković Ćurčin, 2024)

การรักษาด้วยไฟฟ้าแบ่งเป็น 2 แบบ ได้แก่ การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบไม่ใช้ยาระงับความรู้สึก (Unmodified ECT) และแบบใช้ยาระงับความรู้สึก (Modified ECT) (Dai, Zhang, Deng, Tang, Zhao, 2024; Narayan, Deepanshu, 2022) เมื่อเปรียบเทียบ Modified ECT กับ Unmodified ECT พบว่า Modified ECT จะมีอาการไม่พึงประสงค์ (Adverse Effect) ที่น้อยกว่าเช่น ความจำ ภาวะสับสน อาการปวดศีรษะ อาการปวดกล้ามเนื้อ (Thirthalli, Sinha, Sreeraj, 2023) องค์การอนามัยโลกจึงมีข้อเสนอแนะให้ใช้ Modified ECT มากกว่า Unmodified

ECT เพราะปลอดภัย มีอัตราการเสียชีวิตต่ำและมีความคุ้มค่าคุ้มทุน (World Health Organization & Office of the High Commissioner for Human Rights, 2023; Dai, Zhang, Deng, Tang, Zhao, 2024)

สำหรับบุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยไฟฟ้าประกอบด้วย 1) จิตแพทย์ 2) วิศวณิแพทย์ และหรือพยาบาลวิสัญญี 3) พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกอบรมการรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งพยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในทุกกระยะ (Ahn, Shin, Joung, 2024; Taha Abd El-Raof, Abd El Hameed Loutfi, Elias Abdel-Aziz, 2022) ได้แก่ การตรวจสอบสัญญาณชีพ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) การประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย ภาวะสับสน เพื่อ และการดูแลที่ช่วยเหลือสำหรับอาการแพ้ สับสน การประเมินทางเดินหายใจ การหายใจ การให้ออกซิเจน การประเมินการไหลเวียนโลหิต การวัดออกซิเจนในเลือด การประเมินและจัดการความปวด การเฝ้าระวังและจำแนกระดับ ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การตัดสินใจรายงานแพทย์ หรือส่งต่ออย่างทันทั่วทั้งที่ ตลอดจนการพิจารณาย้ายผู้ป่วยตามเกณฑ์การจำหน่ายออกจากห้องฟักฟื้น Thirthalli, Sinha, Sreeraj, 2023) ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องได้รับการฝึกทักษะและมีแนวปฏิบัติในการปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐานสากล

ในประเทศไทยการรักษาด้วยไฟฟ้าเริ่มนำมาใช้ตั้งแต่ปี 2488 เป็นต้นมา จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าส่วนมากร้อยละ 94.20 การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเวช ดำเนินการโดยไม่ใช้ยาระงับความรู้สึก เนื่องจากขาดอุปกรณ์ บุคลากรและวิสัญญีแพทย์ (Chanpattana, Kramer, 2004) การรักษาด้วยไฟฟ้าพบว่าผู้ป่วยมักพบอาการไม่พึงประสงค์ คือ อาการปวดศีรษะ ผลกระทบต่อการรู้คิด และปวดกล้ามเนื้อ โรคทางจิตเวชที่รักษาด้วยไฟฟ้ามากที่สุด คือ โรคจิตเภท รองลงมาคือโรคอารมณ์สองขั้ว และโรคซึมเศร้า ข้อบ่งชี้ของการรักษาด้วยไฟฟ้า คือ การต่อต้านการรักษาด้วยยา ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูง พฤติกรรมก้าวร้าว มีประวัติการตอบสนองที่ต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา และการแพ้ยา (Kittayarak, Ittasakul, 2022)

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ การรักษาด้วยไฟฟ้าด้วยยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลศรีธัญญา ให้การรักษาด้วยไฟฟ้าแก่ผู้ป่วยทั้งแบบใช้ยาระงับความรู้สึกและไม่ใช้ยาระงับความรู้สึก ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบไม่ใช้ยาระงับความรู้สึก มีการเกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ มากกว่าการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก เช่น ปวดหลัง เวียนศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และปวดศีรษะ เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก ก็ยังก่อให้เกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ได้เช่นเดียวกัน แต่สามารถหายได้ใน 2 - 24 ชั่วโมง (Mukhtar, Regenold, Lisanby, 2023) จากข้อมูลดังกล่าว เป็นพื้นฐานของนโยบายในโรงพยาบาลศรีธัญญา ในการปรับเปลี่ยนการรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกทั้งหมด

สำหรับการรักษาด้วยไฟฟ้า โรงพยาบาลศรีธัญญา มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่คู่มือการใช้และแบบบันทึกการให้บริการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก ซึ่งเป็นการพยาบาลก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้าเพื่อลดความกลัวและวิตกกังวล รวมถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและใช้เป็นแนวทางการพยาบาลมาจนถึงปัจจุบัน (สันติชัย ฉ่ำจิตรชื่น, สว่างจิตร์ วสุวัต และ กันตรัตน์ เชาว์ทัศน์, 2567) ต่อมามีการพัฒนาแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกเพื่อเป็นต้นแบบในการให้บริการ โดยมีแนวปฏิบัติสำหรับทีมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยไฟฟ้าทั้งระยะก่อนระหว่าง และหลังการรักษาด้วยไฟฟ้า (สันติชัย ฉ่ำจิตรชื่น, สว่างจิตร์ วสุวัต และ กันตรัตน์ เชาว์ทัศน์, 2567) จากการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติเดิมพบว่า ขั้นตอนการดูแลหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าที่ห้องฟักฟื้นโดยพยาบาลวิชาชีพ ยังไม่ครอบคลุมตามมาตรฐานการพยาบาลห้องฟักฟื้นตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น การประเมินความปวด โดยใช้แบบประเมินความปวด (Pain Score) เพราะพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงเรื่องความปวดมากถึงร้อยละ 15.00 มีการประเมินความสับสน แต่ไม่มีการระบุระดับความสับสน เป็นเพียงการตรวจสอบว่ามีความสับสนหรือไม่ ซึ่งส่งผลต่อการวางแผนการพยาบาลในแต่ละระดับความสับสนแตกต่างกัน และยังพบภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าในระดับ E ขึ้นไป(ภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการรักษา) ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการปวด อาการสับสนหลังชัก หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจลำบากสูงหลังทำ ได้รับการประเมินและมีการรักษาที่ล่าช้า (Delay Treatment) มากถึงร้อยละ 20.00 ประกอบกับ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องฟักฟื้น

เป็นพยาบาลวิชาชีพที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงาน ไม่มีทีมจิตแพทย์ วิทยาลัยพยาบาล เหมือนก่อนและระหว่างทำการรักษาด้วยไฟฟ้า จึงอาจส่งผลกระทบต่อสมรรถนะสำคัญในการพยาบาลที่ห้องพักฟื้น

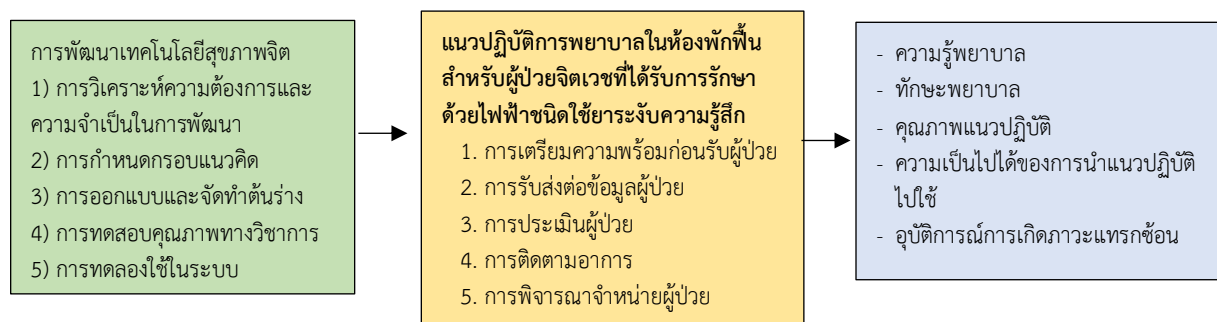
จากโอกาสพัฒนาดังกล่าว กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี มีบทบาทสำคัญในการจัดการบริการรักษาด้วยไฟฟ้า เพื่อให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และปลอดภัยได้มาตรฐาน จึงได้ทบทวนแนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ระยะจับความรู้สึก โดยมีวัตถุประสงค์ในการทบทวนและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ระยะจับความรู้สึก และประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น เพื่อช่วยให้เกิดทางเลือก และวิธีการใหม่ ๆ ช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้น มีประสิทธิภาพและผู้ป่วยปลอดภัยตามมาตรฐานผลลัพธ์การพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ระยะจับความรู้สึก
2. ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ระยะจับความรู้สึก
 - 2.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ระยะจับความรู้สึกในระยะพักฟื้นระหว่างก่อนและหลังการใช้นโยบาย
 - 2.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ระยะจับความรู้สึกในระยะพักฟื้นระหว่างก่อนและหลังการใช้นโยบาย
 - 2.3 เพื่อศึกษาระดับคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ระยะจับความรู้สึก
 - 2.4 เพื่อศึกษาระดับความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ระยะจับความรู้สึกไปใช้ในการปฏิบัติ
 - 2.5 เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังรักษาด้วยไฟฟ้าในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ระยะจับความรู้สึกหลังการนำนโยบายไปใช้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต (เยวานาฏ ผลิตนนท์เกียรติ, พชรินทร์ คุณคำชู, ตริรัตน์ รุจิระชาคร, ศจี แซ่ตั้ง, 2554) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 1) การวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนา (Need Analysis) 2) การกำหนดกรอบแนวคิด (Conceptual Framework) 3) การออกแบบและจัดทำต้นร่าง (Prototype Development) 4) การทดสอบคุณภาพทางวิชาการ (Testing) 5) การทดลองใช้ในระบบ (Pilot Study)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบวิจัยและพัฒนา Research and Development ดำเนินการ 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การวิเคราะห์ความต้องการ ความจำเป็นในการพัฒนา (Need Analysis) ศึกษาสถานการณ์การพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก มี 3 กิจกรรม คือ

1. ทบทวนเอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ระยะเวลาไม่เกิน 10 ปี ยกเว้นเป็นเอกสารที่เป็นแนวคิดหลัก

1.1. การสังเกต พยาบาลจิตเวช จำนวน 6 คน ให้การพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก สัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่อาการดีขึ้นหลังจากออกจากห้องพักฟื้น จำนวน 10 คน เพื่อรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยใช้ยาระงับความรู้สึก

1.2 ประชุมวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย จิตแพทย์ จำนวน 1 คน วิชาชีพพยาบาล จำนวน 3 คน อาจารย์พยาบาลจิตเวช 1 คน และพยาบาลจิตเวช จำนวน 3 คน รวม 8 คน เพื่อสรุปวิเคราะห์ช่องว่างในการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก รวมถึงปัญหา อุปสรรค ในการปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้น ร่วมกับหลักฐานทางวิชาการที่น่าเชื่อถือที่ได้จากการสืบค้นทั้งในประเทศ และต่างประเทศ

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดกรอบแนวคิด (Conceptual Framework) เป็นการสรุปข้อค้นพบจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลในห้องพักฟื้น สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในขั้นตอนที่หนึ่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลสำคัญในการกำหนดกรอบแนวคิด เพื่อใช้ในการจัดทำต้นร่างของแนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก

ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบและจัดทำต้นร่าง (Prototype Development) ประชุมจิตแพทย์ จำนวน 1 คน วิชาชีพพยาบาล จำนวน 3 คน อาจารย์พยาบาลจิตเวช 1 คน และพยาบาลจิตเวช จำนวน 3 คน รวม 8 คน ในการกำหนดรายละเอียด จัดระบบเนื้อหา ออกแบบกระบวนการ กิจกรรม เพื่อจัดทำต้นร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก

ขั้นตอนที่ 4 การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ (Testing) เป็นการส่งต้นร่างการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก ที่จัดทำขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเนื้อหา จำนวน 3 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องการรักษาด้วยไฟฟ้า วิชาชีพพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยที่รักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึก 2 คน หลังจากปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ในประเด็นการประเมินผู้ป่วยและการติดตามอาการ ก่อนนำมาทดลองใช้เพื่อประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ส่งโครงร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก เพื่อขอรับรองต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา ก่อนนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก

ขั้นตอนที่ 5 การทดลองใช้ในระบบ (Pilot Study) การทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก ที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการแล้วว่า มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลลงดำเนินการเพื่อทดสอบคุณภาพ โดยการออกแบบการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดหลังการทดลอง (One Group Pretest - Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่มดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องพักฟื้นศูนย์บำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี จำนวน 10 คน ที่กำหนดถูกกำหนดโดยภาระงานให้หมุนเวียนมาให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าในห้องพักฟื้น กำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือ พยาบาลวิชาชีพที่ถูกกำหนดโดยภาระงานให้

หมุนเวียนมาให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าในห้องพักฟื้น มีประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลศรีธัญญามากกว่า หรือเท่ากับ 3 ปี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช และผ่านการอบรมการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน เกณฑ์การคัดออกคือ พยาบาลวิชาชีพที่ไม่มาตามนัดหมาย 1 ครั้งขึ้นไป

2. บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช ที่เข้ารับการรักษารักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลศรีธัญญา ในระหว่าง 1 กันยายน 2568 ถึง 30 พฤศจิกายน 2568 กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกคือ ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึกครั้งนี้ อายุ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่าเป็นโรคทางจิตเวช ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า ด้วยยาระงับความรู้สึกทั้งรายเก่าและรายใหม่ สามารถฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์การคัดออกคือกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ยกเลิกหรือเลื่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า ข้อมูลการประเมินผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อจากห้องพักฟื้นก่อนการประเมินครบตามกำหนด

กลุ่มตัวอย่าง

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องพักฟื้นศูนย์บำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี จำนวน 10 คน ที่กำหนดถูกกำหนดโดยภาระงานให้หมุนเวียนมาให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าในห้องพักฟื้น การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sample) ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ

2. ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลศรีธัญญา ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 20 - 59 ปี คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก T-Test, Statistical test เลือก Mean: Difference within group dependent Means (One Groups) จึงใช้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Effect Size) เท่ากับ .80 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจมีโอกาสดอนตัวจากงานวิจัยในระหว่างเข้าร่วมวิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 10 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 34 คน (อรุณ จิรวัฒนกุล, 2556)

$$n = \frac{27}{(1-0.1)^2}$$

จากผลการคำนวณ ได้กลุ่มตัวอย่างที่เพิ่ม dropout rate 10% = 33.33 คน คิดเป็น 34 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือแนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลศรีธัญญา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ (1) การรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากวิสัญญีพยาบาลประจำห้องรักษา (2) การประเมินสภาพแรกรับด้วยเครื่องมือมาตรฐาน Post Anesthetic Recovery (PAR) score หรือ Modified Aldrete Recovery Score (3) การติดตามเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องร่วมกับการประเมินภาวะสับสนและระดับความรู้สึกตัวด้วย Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) และ (4) การประเมินระดับความปวดด้วย Numeric Rating Scale (0-10)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เคยนอนรักษา

2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาการปฏิบัติงานการพยาบาลจิตเวช ประวัติการผ่านการอบรมเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพ ประวัติการผ่านการอบรมการอบรมPG และประสบการณ์การทำงานห้องพักฟื้นในศูนย์บำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า

2.3 แบบวัดความรู้ของพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึกในระยะพักฟื้น ทีมวิจัยสร้างขึ้นเป็นคำถามถูกผิด จำนวน 15 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน

2.4 แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึกในระยะพักฟื้น ที่ทีมวิจัยสร้างขึ้น จำนวน 10 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ระดับ 1 - 4 คะแนน จาก 1 คะแนน หมายถึงต้องปรับปรุง ถึง 4 คะแนน หมายถึงปฏิบัติได้ดีมาก

2.5 แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึกในระยะพักฟื้น สร้างโดยทีมวิจัย จำนวน 10 ข้อ คือระดับ 1 - 5 คะแนน ได้แก่ คะแนน 1 หมายถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด ถึง คะแนน 5 หมายถึงเห็นด้วยมากที่สุด การแปลความหมายคะแนนโดยเทียบอันตรภาคชั้น ดังนี้ ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.00 - 2.33 คุณภาพระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.34 - 3.67 คุณภาพระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ยคะแนน 3.68 - 5.00 คุณภาพระดับสูง

2.6 แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้ โดยดัดแปลงจากแบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็ก (สุทธิดา ไชยสงคราม, 2558) แบบสอบถามปลายปิด จำนวน 15 ข้อ เพื่อสอบถามความคิดเห็นถึงความเป็นไปได้ (Feasibility) ครอบคลุม 4 ด้าน ต่อไปนี้ 1) ความง่ายในการปฏิบัติ (Transferability) (4 ข้อ) 2) ความเหมาะสมกับทรัพยากรที่มี (Resources) (2 ข้อ) 3) ความพร้อมและความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้อง (Readiness) (6 ข้อ) ข้อ 4) ประโยชน์ของผู้ใช้บริการ (Usefulness) (3 ข้อ) โดยข้อความแต่ละข้อจะมีลักษณะให้เลือกตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) คือระดับ 1 - 5 คะแนน ได้แก่ คะแนน 1 หมายถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด ถึง คะแนน 5 หมายถึงเห็นด้วยมากที่สุด แปลค่าคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 1.00 - 2.33 หมายถึง ระดับต่ำ คะแนน 2.34 - 3.67 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนน 3.68 - 5.00 หมายถึง ระดับสูง

2.7 แบบบันทึกปฏิบัติการณภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น นำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบโดยใช้แบบประเมิน AGREE II โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน วิชาชีพพยาบาล 2 ท่าน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) หลังจากนั้นนำเครื่องมือทั้งหมดมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำมาใช้จริง ผลการประเมินด้วย AGREE II พบว่า CNPG มีคุณภาพสูงในทุกด้าน โดยมีคะแนนมาตรฐานระหว่าง 70 - 90% โดยพบว่าประเด็น “ความเข้มงวดในการพัฒนา” ได้คะแนนสูงถึง 82% สะท้อนถึงกระบวนการอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนคุณภาพภาพรวม 6.5 เต็ม 7 คะแนนและมีมติแนะนำให้ให้นำแนวปฏิบัติไปใช้ในโรงพยาบาล

2. แบบวัดความรู้ของพยาบาลฯ แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลฯ แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติฯ และแบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ที่ทีมวิจัยสร้างขึ้น ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน นำผลการตรวจสอบมาวิเคราะห์ ให้ได้ค่า IOCของแต่ละแบบวัดเท่ากับ .67 - 1.00 จากนั้นนำแบบวัดความรู้ของพยาบาลไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability Test) กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 15 คน ได้ค่า KR-20 = 0.68 ส่วนแบบประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลฯ แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติฯ และแบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .81, .85 และ .83 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลฯ ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

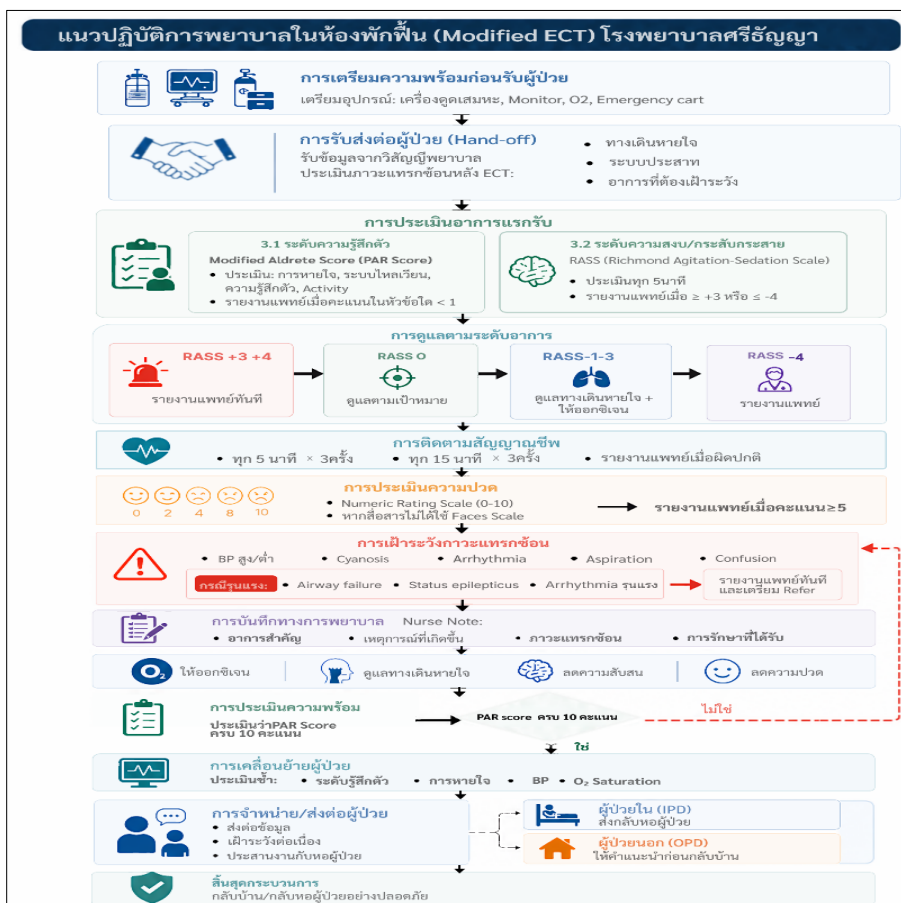
3. วิเคราะห์ข้อมูลคะแนนคุณภาพแนวปฏิบัติฯ และคะแนนความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ และข้อมูลปฏิบัติการณภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา (เลขที่ใบรับรอง STY.COAO30/2568) อนุมัติวันที่ 8 กันยายน 2568 – 29 มิถุนายน 2569

ผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องฟักฟีนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ระยะรับความรู้สึก



ภาพ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลในห้องฟักฟีนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ระยะรับความรู้สึก โรงพยาบาลศรีธัญญา

จากภาพแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยมาตรฐานการพยาบาล 5 ด้าน ได้แก่

1. การเตรียมความพร้อมก่อนรับผู้ป่วยโดยการเตรียมอุปกรณ์-ยาให้พร้อม
2. การรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย โดยรับข้อมูลส่งต่อจากห้องให้การรักษาด้วยไฟฟ้า เช่น ภาวะแทรกซ้อนขณะทำ ปัญหาทางเดินหายใจ โรคประจำตัวของผู้ป่วย
3. การประเมินผู้ป่วย โดยประเมินสภาพแรกเริ่มด้วย PAR score/Modified Aldrete score
4. การติดตามอาการโดยเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง วัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที (3 ครั้ง) แล้วทุก 15 นาที (3 ครั้ง) ประเมินระดับความรู้สึกตัว/สับสนด้วย RASS ที่ 5 นาทีหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้า และประเมินระดับความปวด (0 - 10) เสนอรายงานแพทย์ทันที: RASS ≤ -4 หรือ $\geq +3$, Aldrete score แต่ละด้าน < 1, ปวดระดับ ≥ 5 หรือพบภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ทางเดินหายใจล้มเหลว ชักต่อเนื่อง ความดันโลหิตไม่คงที่ ต้องรายงานจิตแพทย์ทันที

5. การพิจารณาจำหน่ายผู้ป่วย เมื่อ Modified Aldrete score = 10 ให้ข้อมูลการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย/ญาติ และประสานส่งต่อหอผู้ป่วยหรือกลับบ้านอย่างปลอดภัย

2. ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องฟักฟีนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลเป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ย 39.80 ปี ($SD = 7.54$) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 60 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านจิตเวชประมาณ 5 - 10 ปี ร้อยละ 50 และผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพร้อยละ 80 ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยพบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 58.82 อายุเฉลี่ย 43.15 ปี ($SD = 9.93$) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 50 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 58.82 และเหตุผลของการรับการรักษาด้วยไฟฟ้าคือ อาการทางจิตรุนแรง ร้อยละ 44.12

2.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลและคะแนนทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึกในระยะพักฟื้นระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึกในระยะพักฟื้นระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ($n = 10$)

ตัวแปร	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>z</i>	<i>p-value</i> (1-tailed)
ความรู้					
ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ	10	11.90	1.29	-2.87	.004
หลังการใช้แนวปฏิบัติ	10	14.50	0.53		
ทักษะการปฏิบัติ					
ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ	10	2.09	0.56	-2.81	.05
หลังการใช้แนวปฏิบัติ	10	3.84	0.18		

จากตารางพบว่าหลังใช้แนวปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้ และคะแนนการปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($z = -2.87$, $p\text{-value} = .004$) ($M = 14.50$, $SD = 0.53$) ($M = 11.90$, $SD = 1.29$) ส่วนด้านทักษะการปฏิบัติพบว่า พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ($M = 3.84$, $SD = 0.18$) สูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ($M = 2.09$, $SD = 0.56$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -2.81$, $p\text{-value} = .05$)

3. ผลการวิเคราะห์คะแนนคุณภาพแนวปฏิบัติ และคะแนนความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ($n = 10$)

ตาราง 2 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพแนวปฏิบัติ และคะแนนเฉลี่ยความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้

หัวข้อ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
คุณภาพแนวปฏิบัติ			
1. ทำให้เกิดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น	4.80	0.42	สูง
2. ทำให้เกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น	4.80	0.80	สูง
3. ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น	4.90	0.31	สูง
4. ทำให้มีมาตรฐานการทำงานมากขึ้น	4.70	0.48	สูง
5. สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ	4.80	0.42	สูง
6. สามารถนำมาใช้ปฏิบัติงานได้จริง	4.80	0.42	สูง

หัวข้อ	M	SD	ระดับ
7. มีความสะดวกและรวดเร็วในการดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งต่อการรักษาอย่างทันท่วงที	4.60	0.51	สูง
8. ความยากง่ายของการนำแนวปฏิบัติไปใช้	4.30	1.05	สูง
9. ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการพยาบาล	4.70	0.48	สูง
10. ความต้องการในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ในการปฏิบัติงาน	4.80	0.42	สูง
ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้			
1. ความยากง่ายในการปฏิบัติ (Transferability)	4.87	0.24	สูง
2. ความเหมาะสมกับทรัพยากรที่มี (Resources)	4.70	0.42	สูง
3. ความพร้อมและความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้อง (Readiness)	4.68	0.49	สูง
4. ประโยชน์ของผู้ใช้บริการ (Usefulness)	4.76	0.49	สูง

จากตารางพบว่ากลุ่มตัวอย่างประเมินระดับคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลในระดับสูงในทุกข้อ โดยข้อแนวปฏิบัติทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.90$, $SD = 0.31$) และการประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้พบว่าภาพรวมมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับสูง โดยพบว่าประเด็นความยากง่ายในการปฏิบัติ (Transferability) มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.87$, $SD = 0.24$)

การศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าทำโดยการสังเกตและประเมินอาการผู้ป่วยภายหลังการรักษาแสดงรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 3 อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าในห้องฟักฟื้น หลังการใช้แนวปฏิบัติ ($n = 34$)

ภาวะแทรกซ้อน	ระดับความรุนแรง	จำนวน	ร้อยละ
ไม่พบภาวะแทรกซ้อน	n/a	8	23.53
ความดันโลหิตสูง/ต่ำหลังการรักษา	ระดับ B	2	5.88
	ระดับ C	1	2.94
หัวใจเต้นผิดจังหวะ	ระดับ B	2	5.88
	ระดับ C	0	0.00
ภาวะสับสนหรือมึนงง	ระดับ B	1	2.94
	ระดับ C	2	5.88
อาการปวดศีรษะ	ระดับ B	3	8.82
	ระดับ C	10	29.41
อาการคลื่นไส้อาเจียน	ระดับ B	0	0.00
	ระดับ C	1	2.94
อาการปวดกล้ามเนื้อและข้อต่อ	ระดับ B	1	2.94
	ระดับ C	3	8.82

ภาวะแทรกซ้อนระดับ B = เกิดภาวะแทรกซ้อนแต่ไม่มีผลกระทบ, ภาวะแทรกซ้อนระดับ C = เกิดภาวะแทรกซ้อนมีผลกระทบแต่ไม่พบอันตราย

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าได้รับการประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาโดยพบว่าผู้ป่วยที่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 23.53 และอาการแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคืออาการปวดศีรษะระดับ C ร้อยละ 29.41 ซึ่งถือเป็นอาการข้างเคียงที่เกิดผลกระทบแต่ไม่ใช่อันตรายรุนแรง

การอภิปรายผล

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึกที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษานี้เป็นการพัฒนาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยมีกระบวนการพัฒนาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตรา จันแสง, อรรพรรณ หนูแก้ว, วนิดาญจน์ คงสุวรรณ (2567) ที่พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกเช่นกัน ทั้งด้านรูปแบบการพัฒนาและผลลัพธ์การศึกษา ในด้านรูปแบบการพัฒนา ทั้งสองการศึกษาใช้การวิจัยและพัฒนา (R&D) 2 ระยะเช่นเดียวกัน คือ การพัฒนาแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบแนวคิดของ NHMRC ร่วมกับกระบวนการพยาบาล และการนำไปทดลองใช้พร้อมประเมินผล ซึ่งสะท้อนว่าเป็นแนวทางที่เป็นระบบและได้รับการยอมรับในการพัฒนาแนวปฏิบัติกลุ่มนี้ ด้านผลลัพธ์ ความรู้และทักษะของพยาบาลที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ความพึงพอใจและความง่ายต่อการปฏิบัติในระดับสูง รวมถึงภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิตรา จันแสง, อรรพรรณ หนูแก้ว, วนิดาญจน์ คงสุวรรณ (2567) ที่พบคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานของแนวปฏิบัติ AGREE II สูงถึงร้อยละ 95.63 และความพึงพอใจของพยาบาลในระดับสูงสุด แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์สามารถยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าในบริบทโรงพยาบาลจิตเวชของไทย

2. ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก

2.1 การพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติงานของพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีคะแนนทักษะการปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Practice Guidelines: CPG) ที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์มีประสิทธิภาพในการยกระดับสมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาลอย่างชัดเจน ทั้งในมิติของความรู้เชิงทฤษฎีและทักษะการปฏิบัติจริง สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ เลื่อมใส, ศิริวิมล กันตา, เกรียงไกร อายุยีน, เชษฐา แก้วพรม (2567) ที่ทำการวิจัยกึ่งทดลองในโรงพยาบาลน่าน โดยพบว่าหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) โดยผลการวิจัยระบุว่าการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลถือเป็นเครื่องมือในการพัฒนาความรู้ของพยาบาล เนื่องจากกระบวนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ประกอบด้วยการประชุมทำความเข้าใจหลักการดูแลผู้ป่วยการจัดทำโปสเตอร์แสดงขั้นตอนและการปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอสามารถกระตุ้นให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้และความเข้าใจจากประสบการณ์จริง นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Taha Abd El-Raof, Abd El Hameed Loutfi, Elias Abdel-Aziz (2022) ที่ทำการศึกษาศมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าในโรงพยาบาลจิตเวช EL-Khanka ประเทศอียิปต์โดยพบว่าพยาบาลที่มีระดับความรู้ดีกว่า และมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานสูงกว่ากลุ่มพยาบาลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.928, p\text{-value} < .001$) ซึ่งให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยเฉพาะในประเด็นการเตรียมผู้ป่วยก่อนรักษา การดูแลขณะรักษา และการติดตามในห้องพักฟื้น

ส่วนผลการศึกษาด้านทักษะการปฏิบัติพยาบาลพบว่าแนวปฏิบัติช่วยให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยสูงสุด สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมของ Priasmoro และ Lestari (2025) ที่พบว่าพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า มีความมั่นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยมากกว่า มีทักษะการอธิบายข้อมูลที่ชัดเจน และสามารถบรรเทาความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ดีกว่า ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและคุณภาพการพยาบาล

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษานี้กับผลการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้มีโครงสร้างที่ชัดเจนซึ่งครอบคลุมทั้งด้านความรู้เชิงกระบวนการ และทักษะการปฏิบัติงาน ซึ่งจะสามารถยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย จะเพิ่มศักยภาพการทำงานของพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญ ยิ่งไปกว่านั้น ความรู้

และทักษะที่เพิ่มขึ้นมีความสำคัญโดยตรงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจากขั้นตอนการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึกเป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อนและต้องการการประสานงานอย่างใกล้ชิดระหว่างทีมพยาบาล วิทยาลัยแพทย์/วิทยาลัยพยาบาล และจิตแพทย์ พยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะทั้งด้านความรู้และทักษะเพื่อสามารถเตรียมผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน ติดตามสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว และจัดการกับภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่อาจเกิดขึ้นในระยะพักฟื้น ดังที่ American Psychiatric Association (2024) ระบุว่า การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าควรอยู่ภายใต้มาตรฐานการปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดยบุคลากรที่มีความรู้และทักษะเพียงพอในทุกระยะของการรักษา

2.2 คุณภาพแนวปฏิบัติและความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในบริบทจริง ผลการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลและความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้พบว่าอยู่ในระดับสูงในทุกด้าน โดยประเด็นความยากง่ายในการปฏิบัติ (Transferability) มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือประโยชน์ของผู้ใช้บริการ (Usefulness) ความเหมาะสมกับทรัพยากรที่มี (Resources) และความพร้อมของผู้ที่เกี่ยวข้อง (Readiness) ตามลำดับ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับบริบทการทำงาน ทรัพยากรที่มีอยู่ และความพร้อมของบุคลากรในหน่วยงาน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้แนวปฏิบัติได้รับการยอมรับและนำไปใช้ได้จริง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ กรรณิการ์ เลื่อมใส, ศิริวิมล กันตา, เกรียงไกร อายุยีน, เชษฐา แก้วพรม (2567) ที่พบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยผ่านการทบทวนวรรณกรรม การปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ และการประชุมร่วมกับทีมการรักษาจะทำให้แนวปฏิบัติมีความครอบคลุมและตรงกับความต้องการของการปฏิบัติงานจริง ส่งผลให้บุคลากรยอมรับและนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่ความต้องการนำแนวปฏิบัติไปใช้ต่อเนื่องมีค่าสูงสะท้อนว่าแนวปฏิบัตินี้สามารถตอบโจทย์ความต้องการของพยาบาลวิชาชีพในการยกระดับการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานสากล นอกจากนี้ การประเมินว่าแนวปฏิบัติทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยในระดับสูงที่สุดซึ่งสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมของ Priasmoro และ Lestari (2025) ที่สรุปว่าพยาบาลที่มีการฝึกอบรมเฉพาะด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าที่ดีกว่ามีความรู้มากขึ้น มีทัศนคติเชิงบวกมากขึ้น และสามารถอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ดีกว่า นำไปสู่ประสบการณ์ที่ดีขึ้นของผู้ป่วย ความสำเร็จในการพัฒนาแนวปฏิบัติดังกล่าวยังสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของกระบวนการพัฒนาที่มีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานจริงและผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา สอดคล้องกับแนวทางของ American Psychiatric Association (2024) ที่เน้นย้ำถึงความสำคัญของการมีระเบียบปฏิบัติประจำ (Routine Protocol) ที่ชัดเจนและครอบคลุมในทุกขั้นตอนของการรักษาด้วยไฟฟ้า ตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยก่อนรักษา การดูแลขณะรักษา และการดูแลในระยะพักฟื้น เพื่อความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วย

3. ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติต่อการจัดการภาวะแทรกซ้อนและผลลัพธ์การรักษา ในส่วนของข้อมูลผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเภท (ร้อยละ 58.82) และได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าเนื่องจากมีอาการทางจิตรุนแรง (ร้อยละ 44.12) เมื่อพยาบาลนำแนวปฏิบัติมาใช้ พบว่าผู้ป่วยถึงร้อยละ 23.53 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนเลยหลังการรักษา ซึ่งถือเป็นผลลัพธ์ที่ดีในเชิงความปลอดภัย อย่างไรก็ตาม ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคืออาการปวดศีรษะระดับ C (ร้อยละ 29.41) ซึ่งหมายถึงการเกิดผลกระทบแต่ไม่เป็นอันตรายรุนแรง ทั้งนี้ Taha Abd El-Raof, Abd El Hameed Loutfi, Elias Abdel-Aziz (2022) ระบุว่า การที่พยาบาลมีความรู้ระดับดีและมีสมรรถนะการปฏิบัติในระดับสูงจะช่วยให้สามารถประเมินและจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้าได้อย่างเป็นระบบ ซึ่งอาการปวดศีรษะเป็นผลข้างเคียงทางสรีรวิทยาที่พบได้บ่อยจากการกระตุ้นไฟฟ้าและการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือดในสมอง โดยการศึกษาดังกล่าวพบว่าพยาบาลที่มีความรู้ระดับดีสามารถวัดสัญญาณชีพก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นสังเกตทางเดินหายใจ สีผิว และชีพจรได้อย่างถูกต้อง ซึ่งมีส่วนสำคัญในการลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน

ผลการศึกษาในส่วนนี้ยังสอดคล้องกับการวิจัยของ กรรณิการ์ เลื่อมใส, ศิริวิมล กันตา, เกรียงไกร อายุยีน, เชษฐา แก้วพรม (2567) ที่พบว่าหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะทำการรักษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในเรื่องภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) ความดันโลหิตสูงเกินร้อยละ 30.00 ฟันโยก แผลในช่องปาก คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ผิดปกติ อีกทั้งยังพบว่าอาการข้างเคียงหลังการรักษาได้แก่ อาการปวดกล้ามเนื้อ คลื่นไส้อาเจียน และสับสน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน โดยผลการศึกษา

ระบุว่าแนวปฏิบัติที่ชัดเจนช่วยให้ทีมพยาบาลสามารถตรวจสอบว่ากล้ามเนื้อทั่วร่างกายของผู้ป่วยมีการคลายตัวเต็มที่ ก่อนการส่งกระแสไฟฟ้า ซึ่งช่วยลดความรุนแรงของการชักกระตุกและปัญหาปวดกล้ามเนื้อหลังการรักษา นอกจากนี้ ยังพบภาวะแทรกซ้อนอื่นในระดับ B และ C ได้แก่ ความดันโลหิตผิดปกติ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะสับสนหรือมีนงง อาการคลื่นไส้อาเจียน และอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อต่อ ทั้งหมดนี้ไม่ก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรง ซึ่งสอดคล้องกับ แนวทางของ American Psychiatric Association (2024) ที่อธิบายว่าการดูแลผู้ป่วยในระยะพักฟื้นอย่างเป็นระบบ ด้วยทีมที่มีสมรรถนะจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนระดับรุนแรง และทำให้สามารถตรวจจับและจัดการกับ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ทันเวลาที่

การวิจัยนี้สรุปได้ว่าเรามีแนวปฏิบัติที่ครอบคลุมและมีมาตรฐานมีความสำคัญเพื่อสนับสนุนให้พยาบาล สามารถปฏิบัติบทบาทเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลทั่วไปที่พยาบาลอาจมีความ หลากหลายในด้านประสบการณ์และการฝึกอบรมเฉพาะทาง ดังที่กรณีการ เลื่อมใส, ศิริวิมล กันตา, เกรียงไกร อายุยืน, เชษฐา แก้วพรม (2567) แนะนำว่าควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน และทบทวนแนวปฏิบัติเป็นระยะเพื่อให้ครอบคลุมสถานการณ์ที่อาจเปลี่ยนแปลง รวมถึงปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วย เช่น การลดความกลัวและความวิตกกังวลจากการรักษาด้วยไฟฟ้า

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำแนวปฏิบัตินี้ไปกำหนดเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure: SOP) สำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึกในระยะ พักฟื้น เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุด
2. แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้เป็นคู่มือในการปฐมนิเทศพยาบาลใหม่หรือจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ให้แก่ พยาบาลประจำการ เพื่อยกระดับทักษะการประเมินสัญญาณชีพ การจัดการภาวะแทรกซ้อน
3. ด้านคุณภาพบริการพยาบาลสามารถนำระบบการประเมินและจัดการภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการปวด ศีรษะ ความดันโลหิตผิดปกติ หรือภาวะสับสน ตามที่ระบุในงานวิจัยไปใช้ เพื่อสามารถประเมินความรุนแรงและลด อุบัติการณ์ที่นำไปสู่ความรุนแรงของผลข้างเคียงหลังการรักษา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางจิตใจของผู้ป่วย เช่น การประเมินความพึงพอใจในการรับบริการ หรือการลดความกลัวและความวิตกกังวลจากการรักษาด้วยไฟฟ้า
2. ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาหรือปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ เนื่องจากความแตกต่างด้านประสบการณ์ของพยาบาลและทรัพยากร
3. ควรวิจัยถึงความยั่งยืนในการใช้แนวปฏิบัติ (Sustainability) และการทบทวนผลลัพธ์เป็นระยะ เพื่อให้ สอดคล้องกับสถานการณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมีการเก็บข้อมูลในระยะยาว ได้แก่ 6 เดือน 1 ปี และมีการประเมินความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติ หากพบว่ามีปัญหาและอุปสรรค ควรมีการปรับปรุงให้เหมาะกับบริบทเพื่อให้ผู้ใช้งานนำไปใช้ในการทำงานจริง

คำแถลงการณ์การใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้เขียนขอชี้แจงว่าได้ใช้ปัญญาประดิษฐ์เชิงสร้างสรรค์เพื่อช่วยปรับปรุงสำนวนภาษาและจัดรูปแบบรายการ อ้างอิง และการจัดทำแผนภูมิรูปภาพ (Infographic) เท่านั้นโดยเนื้อหา แนวคิด การวิเคราะห์ การตีความผลการวิจัย และข้อสรุปทั้งหมดเป็นผลงานของผู้เขียน ผู้เขียนได้ตรวจสอบและรับรองความถูกต้องของเนื้อหาทั้งหมดก่อน การเผยแพร่ และรับผิดชอบต่อเนื้อหาในบทความฉบับนี้ตามหลักจริยธรรมทางวิชาการ

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้วิจัยขอรับรองว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและการเผยแพร่บทความฉบับนี้

รายการอ้างอิง

- กรณิการ์ เลื่อนไส, ศิริวิมล กันตา, เกรียงไกร อายุยืน, และ เชษฐา แก้วพรม. (2567). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก ในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลน่าน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 34(1), 35-47.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/268976/183275>
- จิตรา จันทแสง, อวรรณ หนูแก้ว, และวินิภาญจน์ คงสุวรรณ. (2567). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก. *วารสารวิจัยทางการแพทย์ การผดุงครรภ์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 44(2), 16-28.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/267176>
- เยวานาฏ ผลิตนนท์เกียรติ, พัทธินทร คุณคำชู, ตรีรัตน์ รุจิระชาคร, และศจี แซ่ตั้ง. (2554). *คู่มือและการวิจัยเทคโนโลยีสุขภาพจิต* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
- สันติชัย ฉ่ำจิตรชื่น, สว่างจิตร์ วสุวัต, และกันตรัตน์ เขียวทัศน์ (2567). แนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 32(3), 189-201.
<https://www.tci-thaijo.org/articles/health01-272563>
- สุทธิดา ไชยสงคราม. (2558). การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือนถึง 5 ปี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2556). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย*. กรุงเทพมหานคร: วิทยาพัฒน์.
- Ahn, S., Shin, S., & Joung, J. (2024). Experiences of mental health nurses in providing care to patients receiving electroconvulsive therapy in South Korea. *International Journal of Mental Health Nursing*. e13423. <https://doi.org/10.1111/inm.13423>
- American Psychiatric Association. (2024). *The Practice of Electroconvulsive Therapy: Recommendations for Treatment, Training, and Privileging* (3rd ed.). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890427118>
- Chanpattana, W., & Kramer, B. A. (2004). Electroconvulsive therapy practice in Thailand. *The Journal of ECT*, 20(2), 94–98. <https://doi.org/10.1097/00124509-200406000-00004>
- Dai, X., Zhang, R., Deng, N., Tang, L., & Zhao, B. (2024). Anesthetic influence on electroconvulsive therapy: A comprehensive review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 20, 1491–1502. <https://doi.org/10.2147/NDT.S467695>
- 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. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Kittayarak, K., & Ittasakul, P. (2022). Electroconvulsive therapy practice in Thailand: A nationwide survey. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 18, 2477–2484. <https://doi.org/10.2147/NDT.S385598>
- Maixner, D. F., Hermida, A. P., & McDonald, W. M. (2021). Electroconvulsive therapy is an essential procedure. *American Journal of Psychiatry*, 178(5), 381–382. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20111647>

- Mishra, V., Sin Fai Lam, C. C., Calcia, M., & McMullen, I. (2021). Improving facilitation of ECT treatment for patients in an acute medical hospital. *The British Journal of Psychiatry Open*, 7(S1), S42. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.162>
- Mukhtar, F., Regenold, W., & Lisanby, S. H. (2023). Recent advances in electroconvulsive therapy in clinical practice and research. *Faculty Reviews*, 12, 13. <https://doi.org/10.12703/r/12-13>
- Narayan, C. L., & Deepanshu, M. (2022). Electroconvulsive therapy: A closer look into legal provisions in the MHCA, 2017. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 44(3), 293–296. <https://doi.org/10.1177/02537176221077309>
- Priasmoro, D. P., & Lestari, R. (2025). The critical role of nurse competence and communication in enhancing the quality of care during electroconvulsive therapy (ECT): A literature review. *Nursing Information Journal*, 5(1), 140–151. <https://doi.org/10.54832/nij.v5i1.1168>
- Saitua, V., Schneider, N., & Libuy, J. (2021). Electroconvulsive therapy practice in a general hospital in Chile. *European Psychiatry*, 64(S1), S493. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.1318>
- Sinclair, D. J. M., Zhao, S., Qi, F., Nyakyoma, K., Kwong, J. S. W., & Adams, C. E. (2019). Electroconvulsive therapy for treatment-resistant schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(3), CD011847. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011847.pub2>
- Stojanović, Z., Simić, K., Tepšić Ostojić, V., Gojković, Z., & Petković-Ćurčin, A. (2024). Electroconvulsive therapy in the Fourth Industrial Revolution (Review). *Biomedical Reports*, 21(4), Article 1817. <https://doi.org/10.3892/br.2024.1817>
- Taha Abd El-Raof, M., Abd El Hameed Loutfi, Z., & Elias Abdel-Aziz, A. (2022). Nurses' performance regarding care of patients undergoing electroconvulsive therapy. *Egyptian Journal of Health Care*, 13(4), 757–768. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2022.265089>
- Thirthalli, J., Sinha, P., & Sreeraj, V. S. (2023). Clinical practice guidelines for the use of electroconvulsive therapy. *Indian Journal of Psychiatry*, 65(2), 258–269. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_491_22
- World Health Organization, & Office of the High Commissioner for Human Rights. (2023). *Mental Health, Human Rights and Legislation: Guidance and Practice*. World Health Organization. Retrieved June 26, 2026 from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080737>

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. หัวข้อย่อย่อถัดมาให้อยู่หน้า 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
 - การอภิปรายผล
 - การนำผลการวิจัยไปใช้
 - ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
 - กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)
 - คำแถลงการณ์การใช้ปัญญาประดิษฐ์
 - ผลประโยชน์ทับซ้อน
 - รายการอ้างอิง

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
- Acknowledgement (if available)
- Declaration of Use of AI in Academic Writing
- Conflict of Interest Statement
- References

12. บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ
- Abstract
- บทนำ
- เนื้อเรื่อง
- สรุป
- ข้อเสนอแนะ
- รายการอ้างอิง

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

การอ้างอิงในเนื้อหา ใช้ระบบนาม - ปี (Name – year system) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียน เฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., ดังตัวอย่าง (กิตติพร เนาว์สุวรรณ, 2567)

(กิตติพร เนาว์สุวรรณ, กัณฑพร ยอดไชย, 2567)

(กิตติพร เนาว์สุวรรณ, กัณฑพร ยอดไชย, ณัฏชา สังขิณบุญ, 2567)

(กิตติพร เนาว์สุวรรณ, กัณฑพร ยอดไชย, ณัฏชา สังขิณบุญ, บุญประจักษ์ จันทรวิน, วิศุทธิ์ ชูจิต, ไกรวุฒิ ศรีจันทร์และคณะ, 2567)

การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม - ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” เช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม”...

“รูปแบบที่ช่วยส่งเสริมการทำวิจัยภายใต้แนวคิดการเสริมพลังอำนาจประกอบด้วย 1) การกำหนดนโยบาย 2) การเตรียมความพร้อม 3) การลงมือปฏิบัติ 4) การเผยแพร่ผลงาน 5) การเสริมแรงทางบวก และ 6) ความปรารถนาที่จะทำ” (กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกชา สิงห์วีระธรรม, 2566)

สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ (2567) พบว่า

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “et al.,” ดังตัวอย่าง กิตติพร เนาว์สุวรรณ และนกชา สิงห์วีระธรรม. (2566). องค์ประกอบการจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ ภายใต้สถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 แผนกผู้ป่วยนอก ในสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 15(1), 173-186. <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/256261>
อุสาห์ สุทธิยาพิพัฒน์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ และบุญประจักษ์ จันทรวิน. 2568. ผลการใช้โปรแกรมชุดช่วยเหลือใส่ใจในการใช้ยาในผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมการรับประทานยาโรคเรื้อรัง. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 14(2), 5-14. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ubruphjou/article/view/270529/188123>

นภษา สิงห์วีรธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, เพ็ญภา ศรีหรั่ง, อรุณฯ ทองจันดี, วุฒิกุล ธนากาญจน์ภักดี, และอัจฉรา คำมะทิตย์. (2566). ความเต็มใจยอมรับและความเต็มใจที่จะจ่ายเงินเพื่อรับวัคซีนกระตุ้นป้องกันโรคโควิด 19. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 17(1), 27-38.

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/259581>

กันตพร ยอดไชย. (2566). *ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง : การพยาบาลและการจัดการอาการ*. (พิมพ์ครั้งที่ 4).

สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (11thed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.

.

2. ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2562). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ปทุมธานี: ร่มเย็น มีเดีย.

3. การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

รัตน์า ขวนะสุนทรพจน์. (2561). ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury). ใน มณฑิรา มณีรัตน์นะพร, นัฐพล ฤทธิชัยมัย, และศรีสกุล จิรกาญจนกร (บ.ก.). *อายุรศาสตร์ทันใจ* (น. 309-315). กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.

4. การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). วัคซีนโควิด 19 ของประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 31 พฤษภาคม 2564 จาก <https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19/>

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

นภษา สิงห์วีรธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, เพ็ญภา ศรีหรั่ง, อรุณฯ ทองจันดี, วุฒิกุล ธนากาญจน์ภักดี, และอัจฉรา คำมะทิตย์. (2566). ความเต็มใจยอมรับและความเต็มใจที่จะจ่ายเงินเพื่อรับวัคซีนกระตุ้นป้องกันโรคโควิด 19. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 17(1), 27-38.

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/259581>

กรณีบทความวิจัยที่มีเลขรหัสบทความ (e) หรือเลข DOI ให้อ้างอิง ดังนี้

สุรรัตน์ ณ วิเชียร, ดวงใจ พรหมพยัคฆ์, จักรกริช กล้าผจญ และชิตยา วัฒนสมบัติศิริ. (2568). ผลของการใช้แอปพลิเคชันแจ้งเตือนภัยต่อความปลอดภัยและสัญญาณชีพของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 12(2), e274270.

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/274270>

- Nawsuwan, K., Oupra, R., Singweratham, N., & Thepaksorn, 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
- Sungkapinyo, N., Yodchai, K., & Chinnawong, T. (2025). Effectiveness of a line application-based support program on insulin adherence and glycemic control in patients with uncontrolled type 2 diabetes: A quasi-experimental study. *Digital health*, 11, 20552076251357501. https://doi.org/10.1177/20552076251357501

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

- บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
- หากเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือปริญญานิพนธ์ต้องผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย
- บทความจะต้องพิมพ์ภายใต้รูปแบบตามที่วารสารกำหนดอย่างเคร่งครัด
- บทความที่ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่ จะต้องแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงวุฒิ หรือกองบรรณาธิการก่อน จึงจะถือว่าหนังสือรับรองการตีพิมพ์จะสมบูรณ์ หากไม่แก้ไขจะถือสิทธิ์ว่าไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการใด ๆ ทั้งสิ้น

เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ

- บทความต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ และวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ เป็นวารสารที่มีผู้พิจารณาบทความ (Peer - review) ตรวจสอบเนื้อหา บทความเพื่อลงตีพิมพ์

จำนวน 3 ทานต่อบทความ โดยผู้พิจารณาบทความจะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double blind) ทั้งนี้บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ บุคคลอื่นไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

2. บทความต้องได้รับการยอมรับการตีพิมพ์จากผู้พิจารณาบทความ 2 ใน 3 ทาน 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

Template บทความวิจัย

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 14)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น กิตติพร เนาว์สุวรรณ^{1*}, ณัฏชา สังขิกัญญ¹ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)
ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ เช่น Kittiporn Nawsuwan^{1*}, Natcha Sungkapinyo¹ 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 14)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาดตัวอักษร 12 หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ตัวอักษรปกติ บทคัดย่อความยาวไม่เกิน 250 คำ หรือ 15 บรรทัด โดยมีเพียง 1 ย่อหน้า โดยเรียงลำดับความสำคัญของเนื้อหา เช่น วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการศึกษา ผล และอภิปราย อย่างต่อเนื่องกัน.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำไม่ต้องใช้ “ , ” ในการกั้นคำ เช่น

➔ การพัฒนาองค์กรแห่งความสุข บุคลากร

ย่อหน้า 1.75 ซม.

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:.....) (ขนาด 12 ไม่หนา)

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)

(อธิบายได้ตาราง) 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)

(อธิบายได้ตาราง) จากตารางพบว่า.....

(enter ขนาด 15)

การอภิปรายผล (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)

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

คำแถลงการณ์การใช้ปัญญาประดิษฐ์

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

ผลประโยชน์ทับซ้อน

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

รายการอ้างอิง (ขนาด 16 หน้า) ไม่ต้องกันหลัง

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 ถัดไป (1.25 ซม.) การอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ และการอ้างอิงต้องมีใน References และบทความ (ขนาดอักษร 15 ไม่หนา) การจัดหน้าไม่ต้องกันหลัง เช่น กิตติพร เนาว์สุวรรณ และนภชา สิงห์วีระธรรม. (2566). องค์ประกอบการจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ภายใต้ สถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 แผนกผู้ป่วยนอก ในสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 15(1), 173-186. <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/256261>

Nawsuwan, K., Oupra, R., Singweratham, N., & Thepaksorn, 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

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 14)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หน้า) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ “ , ” ในการกั้นคำ เช่น
Happiness Organization Development, Personnel

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

สรุป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

รายการอ้างอิง (ขนาด 16 หน้า)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 ถัดไป (1.25 ซม.) การอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ การอ้างอิงต้องมีใน references และ บทความ (ขนาดอักษร 15 ไม่หนา) การจัดหน้าไม่ต้องกั้นหลัง เช่น กิตติพร เนาว์สุวรรณ และนภชา สิงห์วีระธรรม. (2566). องค์ประกอบการจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ภายใต้ สถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 แผนกผู้ป่วยนอก ในสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 15(1), 173-186. <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/256261>

Nawsuwan, K., Oupra, R., Singweratham, N., & Thepaksorn, 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