

ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2568

Vol. 5 No.3 September - December 2025



วารสารวิจัยการพยาบาล และการสาธารณสุข

Journal of Nursing and Public Health Research

ISSN: 2985-0916 (Online)



วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข Journal of Nursing and Public Health Research

วัตถุประสงค์

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานวิชาการในด้าน การพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ประเภทบทความ

- บทความวิจัย (Research Article)
- บทความวิชาการ (Academic Article)
- บทความปริทัศน์ (Review Article)

กระบวนการพิจารณา

ทุกบทความจะผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยกองบรรณาธิการจะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) จำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านเนื้อหา นั้น ๆ การประเมินคุณภาพผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นระบบไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง (Double-Blind Peer Review) โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน

ประเภทบทความ

- ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม - เมษายน
- ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม
- ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน - ธันวาคม

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
201 หมู่ 4 ตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม เชียงใหม่ 50180
โทร. 053-121121 ต่อ 203, 063-7988805 โทรสาร 053-121125
E-mail: jnphr@bcnc.ac.th

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2568

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ	
ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร	ศาสตราจารย์ ดร.อารีวรรณ กลั่นกลิ่น	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์
อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก	รองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี สรรเสริญ	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ศาสตราจารย์ ร.อ. พญ.วนิดา ชื่นกองแก้ว	รองศาสตราจารย์ ดร.อาทิตย์ พวงมะลิ	คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก	รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุธราชชนครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมาวลี อัมพันศิริรัตน์	รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร.เอกรัฐ ภัทรธราธิป	คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินิตา ดุรงค์ฤทธิชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิลาวัลย์ ขมนิรัตน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีสุตา รัศมีพงศ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัสนี วันชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณญ.เบญจวรรณ	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก
	พูนธนาวิวัฒน์กุล	
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดร.เกศราภรณ์ ชูพันธ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชลธิชา อมาตยคง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงษา สิงห์วีธรรม	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
	แพทย์หญิงสุภาวรัตน์ กาญจนะวงษ์ชัย	โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
	เภสัชกรหญิง ดร.อรรัตน์ หวังประดิษฐ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
	ดร.พิมลพรรณ เนียมหอม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช
	ดร.มนตรี คำรังษี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่
	Mr.William Leslie	นักวิชาการอิสระ (ที่ปรึกษาด้านภาษาอังกฤษ)

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัมมิชา นาไวย์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปุลวิชัย ทองแดง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่

กองจัดการ

นางสาวปณิสยา พรหมดี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 3 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

Journal of Nursing and Public Health Research

Vol.5 No.3 September - December 2025

Editorial advisor	Editorial Board	
Professor Dr. Vichai Tienthavorn President of Praboromarajchanok Institute	Professor Dr.Areewan Klanklin	School of Nursing, Panyapiwat Institute of Management
Professor Wanicha Chuenkongkaew Vice President of Praboromarajchanok Institute	Assoc.Prof. Dr.Rachanee Sunserm	School of Health Science, Mae Fah Luang University
Assist.Prof Dr.Amavasee Ampansirirat Director of Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai	Assoc.Prof. Dr.Aatit Paungmali	Faculty of Associated Medical Science, Chiang Mai University
	Assoc.Prof. Dr.Siripant Siripant	Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University
	Assoc.Prof.Ekarat Phattaratatip	Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University
	Assist.Prof. Dr.Vanida Durongritichai	Faculty of Nursing, Phetchaburi Rajabhat University
	Assist.Prof. Dr.Wilawan Chomnirat	Faculty of Nursing, Khon Kaen University
	Assist.Prof. Dr.Srisuda Ratsameepong	Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University
	Assist.Prof. Dr.Sutthida Phongphanngam	Faculty of Nursing, University of Phayao
	Assist.Prof. Dr.Ausanee Wanchai	Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj
	Assist.Prof. Dr.Kittiporn Nawsuwan	Boromarajonani College of Nursing, Songkhla
	Assist.Prof. Dr.Phayong Thepaksorn	Sirindhorn College of Public Health, Trang
	Assist.Prof. Dr.Benjawan Poonthananiwatkul	Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology
	Assist.Prof. Dr.Kesaraporn Chooapun	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai
	Assist.Prof. Dr.Chonticha Amattayakong	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai
	Assist.Prof. Dr.Noppcha Singweratham	Faculty of Public Health, Chiang Mai University
	Dr.Suparat Kanjanavanit	Nakornping Hospital
	Dr.Orarat Wangpradit	Sirindhorn College of Public Health Chonburi
	Dr.Pimonpan Niamhom	Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj
	Dr.Montri Khumrungsee	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai
	Mr.William Leslie	Independent Scholar (English Language Consultant)

Editor

Assist.Prof. Dr.Ampicha Nawai
Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai

Assistant Editor

Assist.Prof. Dr.Pulawit Thongtaeng
Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai

Journal Manager

Ms.Panutsaya Promdee
Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai

Publish

3 issues per year
No.1 January - April
No.2 May - August
No.3 September - December

Copyright

Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai

บทบรรณาธิการ (Editor Note)

เรียน ผู้นิพนธ์ และผู้อ่านวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุขทุกท่าน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ได้ดำเนินการจัดทำวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข (Journal of Nursing and Public Health Research (JNPHR)) ฉบับนี้เป็นปีที่ 5 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - เดือนธันวาคม 2568 แล้ว โดยยังคงมุ่งมั่นการทำหน้าที่เป็นพื้นที่เปิดทางวิจัยและวิชาการสำหรับคณาจารย์ นักวิจัย นักวิชาการ รวมถึงผู้ที่สนใจได้ใช้เป็นเวทีในการนำเสนอผลงานการศึกษาค้นคว้าด้านการพยาบาล และการสาธารณสุข

สำหรับเนื้อหาบทความในวารสารฉบับนี้ มีบทความวิจัย จำนวน 12 เรื่อง และ บทความวิชาการ จำนวน 3 เรื่อง กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารวิจัยการพยาบาล และการสาธารณสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ จะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่าน เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนางานวิจัยทางสุขภาพของท่านให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ในนามคณะกรรมการกองบรรณาธิการฯ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงต่อผู้เขียนผลงานคณะกรรมการ ผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาผลงาน และผู้ประสานงาน ในนามตัวแทนกองบรรณาธิการและกรรมการท่านอื่น ๆ ที่ไม่สามารถเอ่ยนามได้หมด ตลอดจนผู้ให้การสนับสนุนหลายฝ่ายด้วยกัน และในโอกาสนี้ทางวารสาร ขอเชิญชวน นักวิจัย นักวิชาการ รวมทั้งผู้สนใจทั่วไปส่งบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์ ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษที่เกี่ยวข้องกับด้านการพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินคุณภาพบทความก่อนการตีพิมพ์กับวารสาร โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม และสามารถส่งผลงานวิชาการผ่าน ทางระบบออนไลน์ได้ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/index>

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัมมิษา นาไว้ย

บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิจัย :

ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ 3อ2สและคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดจันทบุรี
.....e275084

Health Literacy, 3E 2S Health Behaviors, and Quality of Life among People in Chanthaburi Province

ภักวรินทร์ ภัทธรศิริมบูรณ์, สุวรรณี่ มณีศรี, ทศพร บุญยานุสนธิ์

Phakwarin Phattharasirisomboon, Suwannee Maneesri, Thodsaporn Bunyanuson

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันการหกล้มต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ
.....e275018

Effect of the Fall Prevention Literacy Enhancement Program on Fall Prevention Behaviors Among Older Adults

ศรายุทธ เข้มชัด, เดชา ทำดี, จิตตวดี เจริญทอง

Sarayut Khamkhat, Decha Tamdee, Jittawadee Rhiantong

การสนับสนุนทางสังคมและภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง
แบบต่อเนื่อง.....e275124

Social Support and Caregiver Burden among Caregivers of Older Adults with Chronic Kidney Failure Receiving Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

สิริกานต์ กรณ์ยวัฒน์กุล, กาญจนา ธาณะ, เดชา ทำดี

Sirikaan Karanwattanakull, Kanjana Thana, Decha Tamdee

ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่อความเครียดในหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่
.....e275212

The Effects of a Problem-Solving Therapy Program on Stress in Women Newly Diagnosed with Breast Cancer

อัครวรรธ จิตเย็น, ขวัญพนมพร ธรรมไทย, ھرรรษา เศรษฐบุปผา

Oakkharawat Jityen, Kwaunpanomporn Thummathai, Hunsu Sethabouppha

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

เคล็ดลับการมีอายุยืนยาว: กรณีศึกษาของผู้สูงอายุในภาคเหนือ.....e275105

The Secret of Long Living: A Case Study from Northern Thai Elderly Villagers

ชญาณิศา เขมทัตตน, แว่ว วิจิตร, ศุทธา แพรสี, อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, เกศราภรณ์ ชูพันธ์, บุญศิริ ศรียอด,
ชญาณิศา กุลออน

Chayanisa Kemathad, Waew Wijit, Suttha Praesi, Amavasee Ampansirirat,

Kesaraporn Choopun, Boonsiri Sriyod, Chanyanisa Kunon

**แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร
.....e273581**

Social Support and Quality of Life among Older Adults in Khlong Nam Lai Subdistrict, Khlong Lan District, Kamphaeng Phet Province

ชยภรณ์ บุญเรืองศักดิ์, เสน่ห์ แสงเงิน

Chayaporn Boonruangsak, Sane Saengngoen

**การประเมินหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลฉบับปรับปรุง พุทธศักราช 2563 ของวิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี เชียงใหม่.....e271489**

Curriculum Evaluation of the 2020 Revised Practical Nurse Certificate Program of Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai

จินตนา พรหมฤทธิโชค, พิเชษฐ แซ่โซว, เกศราภรณ์ ชูพันธ์, นุชจรินทร์ พันธุ์บุญปลูก

Jintana Pornsumritchok, Pishet Sasow, Kesaraporn Choopun, Nucharin Phunboonplook

**ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของชาวสวนโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอปากช่อง
จังหวัดนครราชสีมา.....e274638**

Effect of a Self-Management Program on Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus among Orchardists in Pak Chong District, Nakhon Ratchasima Province

วิจิตรา พุ่มขุนทด, นภาพิณ จันทขัมมา, สุธา หันกลาง

Wijitra Poomkhuntod, Napaphen Juntacumma, Suda Hanklang

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

การพัฒนาสื่อให้ความรู้ผ่านLINE Official Account เรื่องแผลกดทับสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

.....e273899

Development of an Educational Media via LINE Official Account on Pressure Ulcers for Caregivers of Bedridden Patients

สิริอร บัวระพา, สมเพ็ญ สุขสมบุญวงศ์, คณาพร ตันศรีประภาศิริ, พงษ์พันธ์ อินทสุวรรณ,
เอกสิทธิ์ เนตรโนนไทย

Siriorn Buarapa, Somperm Suksomboonwong, Kanaporn Tansriprapasiri, Pongphan Intarasuwan, Ekkasit Netnonthai

ผลของการพัฒนาศักยภาพครูและบุคลากรต่อความคงอยู่ของความรู้และทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานโรงเรียนดอนแก้วเนรมิตปัญญา อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่.....e273255

Effects of Developing the Potential of Teachers and Personnel on the Maintenance of Knowledge and Skills in First Aid and Basic Life Support, Don Kaew Neramitpunya School, Mae Rim District, Chiang Mai Province

พิมลพรรณเนียมหอม, สุพรรณิการ์ ปิยะรักษ์, จินตนาพรสัมฤทธิ์โชค, พิเชษฐ แซ่โซว

Pimonpan Niamhom, Supannika Piyarak, Jintana Pornsumritchok, Pishet Sasow

ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในจังหวัดเชียงใหม่.....e275731

Health Status and Quality of Life among Older Adults after the COVID-19 Pandemic in Chiang Mai Province

ณิชชา ทิพย์วรรณ, นนทรัตน์ จำเริญวงศ์

Nitcha Tipwan, Nontarut Jamroenwong

ปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักบริบาล จังหวัดอุบลราชธานี.....e275854

Factors Predicting the Caregiving Competence of Caregivers for Older Adults with Geriatric Syndromes in Ubon Ratchathani Province

ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์, ยมมา ชนะนิล, ฉันทวรรณ วิชัยพล

Nattanun Kumpiriyapong, Yommana Chananin, Chanthawan Vichaipon

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิชาการ :

การใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการออกแบบการเรียนการสอนแบบกรณีศึกษาเพื่อส่งเสริมการคิดวิเคราะห์สำหรับ
นักศึกษาพยาบาล.....e274936

*The Use of Artificial Intelligence in Designing Case-Based Learning to Promote Analytical Thinking
Among Nursing Students*

วรรณภา ศรีออน, ชลธิชา อมาตยคง

Wannapa Srion, Chonticha Amattayakong

บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการใช้ยาสมเหตุผลสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง: ประยุกต์ใช้
ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.....e275691

*Community Nurse Practitioner's Role in Rational Drug Use for the Elderly with Chronic Disease:
Applying a Chronic Care Model*

อัจฉริยา เชื้อเย็น, เกศราภรณ์ ชูพันธ์

Achariya Churyen, Kesaraporn Choopun

การประยุกต์ใช้ศาสตร์พระราชในการจัดการกับโรคความดันโลหิตสูง.....e275051

Applying the King's Philosophy to Hypertension Management

ประวีดา คำแดง, ประพันธ์ ธรรมไชย, ธนัต บัญชัย

Praveeda Kamdaeng, Prapan Thumchai, Thanat Boonchai

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส และคุณภาพชีวิตของประชาชน ในจังหวัดจันทบุรี

Health Literacy, 3E 2S Health Behaviors, and Quality of Life among People in Chanthaburi Province

ภักวรินทร์ ภัทศิริสมบุญ^{1*}, สุวรรณี มณีศรี¹, ทศพร บุญญานุสนธิ¹

Phakwarin Phatthasirisomboon^{1*}, Suwannee Maneesri¹, Thodsaporn Bunyanuson¹

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี¹

Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University¹

(Received: April 28, 2025; Revised: June 2, 2025; Accepted: July 31, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส คุณภาพชีวิต และปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 400 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2567 เครื่องมือวิจัยที่ใช้ คือ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80, 0.71 และ 0.86 ตามลำดับ และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจโดยใช้ค่า KR 20 ได้ค่าเท่ากับ 0.76 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี (Mean = 47.81, S.D. = 6.84) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส อยู่ในระดับดี (Mean = 22.52, S.D. = 3.67) ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 92.01, S.D. = 12.80) ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = 0.23$) ระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส ($\beta = 0.16$) และอายุ ($\beta = -0.16$) สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดจันทบุรี ได้ร้อยละ 12.20 ($R^2 = 0.12$, $p\text{-value} < 0.05$) ดังนั้น ควรมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ตั้งแต่ในช่วงวัยเยาว์อย่างเป็นระบบ และต่อเนื่องเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดจันทบุรีต่อไป

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส

*ผู้ให้การติดต่อ ภักวรินทร์ ภัทศิริสมบุญ e-mail: phakwarin.p@rbru.ac.th

Abstract

This cross-sectional study aimed to examine health literacy, 3E 2S health behaviors, quality of life, and factors associated with quality of life among people in Chanthaburi Province. The sample consisted of 400 individuals aged 18 years and older, selected through multistage sampling. Data were collected between August and December 2024. Research instruments included the Health Literacy Questionnaire, the 3E 2S Health Behavior Assessment, and the Thai version of the WHOQOL-BREF questionnaire, with Cronbach's alpha coefficients of .801, .714, and .862, respectively. The reliability of the health literacy knowledge section was verified using KR-20, yielding a value of 0.76. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The study revealed that the average health literacy score was at a good level (Mean = 47.81, S.D. = 6.84). The average score for 3E 2S health behaviors was also at a good level (Mean = 22.52, S.D. = 3.67), while the average quality of life score was at a moderate level (Mean = 92.01, S.D. = 12.80). The factors of health literacy ($\beta = 0.23$), 3E 2S health behaviors ($\beta = 0.16$), and age ($\beta = -0.16$) were found to be significant predictors of quality of life among people in Chanthaburi Province, accounting for 12.2% of the variance ($R^2 = 0.12$, $p\text{-value} < 0.05$). Therefore, it is recommended that systematic and continuous programs be developed to promote health literacy and 3E 2S health behaviors from an early age in order to improve the quality of life of the population in Chanthaburi Province.

Keywords: Quality of Life, Health Literacy, 3E 2S Health Behaviors

บทนำ

จากอุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นตามไปด้วย การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงเป็นปัญหาระดับโลกต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน (World Health Organization, 2022) สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) โดยใช้แนวคิดเรื่องการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นมาตรการและแนวทางพัฒนาในยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพคนไทยเชิงรุก เพื่อก้าวเข้าสู่โมเดลประเทศไทย 4.0 ที่กำหนดวิสัยทัศน์ให้คนไทยมีสุขภาพดีสร้างประเทศให้มั่นคง ยั่งยืน กำหนดเป้าประสงค์ให้ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

{2/18}

สามารถช่วยเหลือ ดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนด้านสุขภาพได้ (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ดังนั้นความรู้ด้านสุขภาพจึงเปรียบเสมือนหัวใจสำคัญของงานส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค

ความรู้ด้านสุขภาพจะกำหนดความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการตัดสินใจที่เหมาะสมต่อการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อื่น หากบุคคลได้รับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม จะส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น อัตราการเจ็บป่วยลดลง และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยลง ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพโดยรวม (ชินตา เตชะวิจิตรจารุ, 2561) ทำให้หน่วยบริการสุขภาพต้องแบกรับภาระในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นด้วย การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยในปี พ.ศ. 2557 พบว่า ประชาชนร้อยละ 59.4 มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนในด้านอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา (วัชรพร เชยสุวรรณ, 2560) นอกจากนี้การสำรวจในปี พ.ศ. 2562 ยังพบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 19.09 มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอ (วิมล โรมา และคณะ, 2562) สถานการณ์ดังกล่าวอาจส่งผลให้ประชาชนมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง มากขึ้น และการเจ็บป่วยเรื้อรัง ในระยะยาวย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต ซึ่งการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและดีเยี่ยมมีความสัมพันธ์กับเชิงบวกคุณภาพชีวิตที่ดี (ทิวากร พระไชยบุญ, พรรณี บัญชรหัตถกิจ, เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ, อัจฉรา นามเมือง, ญาณภา หีบแก้ว ปัตนาสุวรรณ์ และอลงกรณ์ สุขเรืองกุล, 2565)

พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส หมายถึง พฤติกรรมการกินอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการจัดการอารมณ์ที่ถูกต้อง รวมถึงพฤติกรรมที่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ส่งเสริมให้บุคคลดำรงชีวิตอย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) สอดคล้องกับการศึกษาของเพชรภรณ์ คำเอี่ยมรัตน์ (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน ตำบลท่ม อำเภอมือง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ 2ส ช่วยป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้ นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ (ปลื้มใจ ไพจิตร, 2558) อายุ (อุไรวรรณ ทศนัยสุวรรณ, 2564) ระดับการศึกษา (สุวรรณ หล่อโลหการ และประพรศรี นรินทร์รักษ์, 2564; สุภาภรณ์ ตันดินันตระกูล, จิรกุล ครบสอน และนงลักษณ์ วิชัยรัมย์, 2565) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพราะเมื่อประชาชนมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี ย่อมส่งผลให้ครอบครัวมีความเข้มแข็ง และเป็นรากฐานสำคัญที่นำไปสู่ความมั่นคงของประเทศชาติได้ (พงศ์รัตน์ ภิรมย์รัตน์, ฤเดช เกิดวิชัย และณัฐพงษ์ เตชะรัตนเสถียร, 2563) ซึ่งการพัฒนาคุณภาพชีวิต ได้รับการกำหนดให้เป็นเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาประเทศ โดยเป้าหมายของการพัฒนาทุกด้าน

ทั้งในด้านสังคม เศรษฐกิจ การปกครอง และอื่น ๆ ล้วนมุ่งเน้นไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในสังคม จากข้อมูลล่าสุดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของประชาชนไทยที่ได้จากการสำรวจความคิดเห็นในปี พ.ศ. 2568 เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2567 พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 34.43 ระบุว่าคุณภาพชีวิตของคนไทยยังคงอยู่ในระดับต่ำเหมือนเดิม ขณะที่ร้อยละ 33.20 คิดเห็นว่าคุณภาพชีวิตจะลดลง ร้อยละ 20.46 คิดเห็นว่าจะดีขึ้น และเพียงร้อยละ 11.91 คิดเห็นว่าจะระดับดีเท่าเดิม (สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2568) ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความวิตกกังวลของประชาชนเกี่ยวกับแนวโน้มของคุณภาพชีวิตในอนาคต และชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการกำหนดนโยบายและมาตรการที่มุ่งยกระดับคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่องต่อไป

สำหรับจังหวัดจันทบุรีมีประชากรรวมทั้งสิ้น 542,726 คน แบ่งเป็นเพศชาย 266,354 คน และเพศหญิง 276,361 คน (สำนักงานจังหวัดจันทบุรี, 2566) คุณภาพชีวิตโดยรวมของประชาชนอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 (พิศิษฐ์ ชัยสุวรรณถาวร, ธัญญาณี นิยมกิจ, ศตวรรษ ทิพโสถ, วิษณุเศวทร ทะกอง และสุทธินันท์ โสทวิถี, 2565) อย่างไรก็ตามแนวโน้มการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดจันทบุรียังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด หัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็ง และเนื้องอกทุกชนิด โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง พบว่า จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2561 กว่า 5,000 ราย ขณะที่โรคมะเร็ง และเนื้องอกทุกชนิดยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง โดยมีอัตราการเสียชีวิต 157.28 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมอง (65.87 ต่อแสนคน) และโรคหัวใจขาดเลือด (31.99 ต่อแสนคน) ทั้งนี้กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จะมีความเสี่ยงในการเกิดอาการรุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าบุคคลทั่วไป ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด (สำนักงานจังหวัดจันทบุรี, 2566)

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่า จังหวัดจันทบุรี ยังคงมีอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังค่อนข้างสูง อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตได้ จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีสุขภาวะที่ดี ดังนั้นการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส คุณภาพชีวิต และปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดจันทบุรี โดยผลการวิจัยที่ได้รับจะเป็นข้อมูลสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำข้อมูลไปใช้วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และใช้ในการวางแผนดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดจันทบุรีได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพในระยะต่อไป

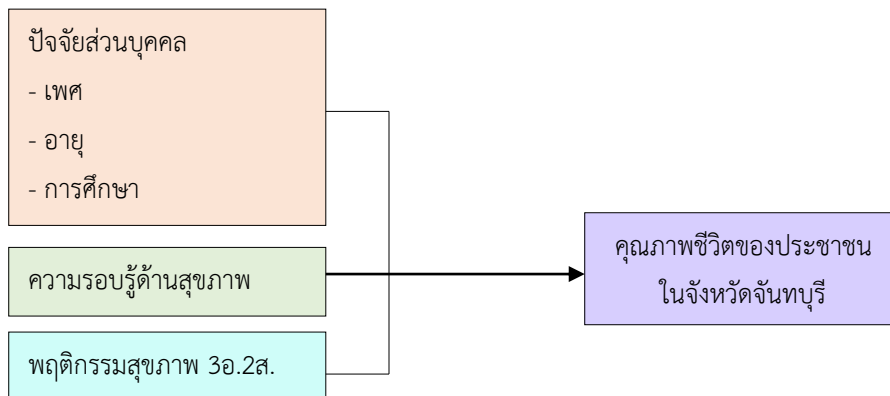
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส และคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดจันทบุรี

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดจันทบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดเชื่อมโยงระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย กองสุขศึกษา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2561 ที่ประยุกต์จากแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่กล่าวไว้ว่าความรู้ด้านสุขภาพ คือ ความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ได้อย่างเหมาะสม เพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และการมีพฤติกรรมตามหลัก 3อ 2ส ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ (3อ) และการไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา (2ส) จะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยวัดจากคุณภาพชีวิต นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมมีปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ การศึกษา เป็นต้น ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายภาคตัดขวาง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม - เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ตามอำเภอทั้ง 10 อำเภอ ในจังหวัดจันทบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ในจังหวัดจันทบุรี จำนวน 431,875 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565)
กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ในจังหวัดจันทบุรี ได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เริ่มจากการสุ่มตำบลในแต่ละอำเภอทั้ง 10 อำเภอ โดยใช้วิธีจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จำนวน 2 ตำบลต่ออำเภอ รวม 20 ตำบล จากนั้นสุ่มหมู่บ้านในแต่ละตำบลแบบเดียวกัน จำนวน 2 หมู่บ้าน ต่อ 1 ตำบล รวมเป็น 40 หมู่บ้าน สุดท้ายจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จากประชากรในแต่ละหมู่บ้านหมู่บ้านละ 10 คน จนได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 คน เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่มีความหลากหลายและเป็นตัวแทนของประชากรในพื้นที่ศึกษา

ทุกอำเภอ สำหรับการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรของทาโร ยามาเน (Yamane, 1973) โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (e) เท่ากับ 0.05 และระดับความเชื่อมั่น 95% ขนาดของประชากร (N) และ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (n) ดังนี้ $n = N / (1 + Ne^2)$

$$\text{แทนค่า } n = \frac{431,875}{1 + 431,875(0.05)^2}$$

$$n = 399.62$$

จากสูตรการคำนวณ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 400 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างมีความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ 2) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 3) มีความสามารถในการรับรู้และสื่อสารได้อย่างเหมาะสม และ 4) มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ที่มีปัญหาด้านการรับรู้หรือการสื่อสารจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างครบถ้วน และ 2) ผู้ที่ไม่สมัครใจหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) จำนวน 6 ด้าน ได้แก่

1.1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ (6 คะแนน) การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 0.00-2.99 หมายถึง ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพไม่ถูกต้อง คะแนนเฉลี่ย 3.00-4.99 หมายถึง ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพถูกต้องบ้าง คะแนนเฉลี่ย 5.00-6.00 หมายถึง ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพถูกต้อง

1.2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 2 ข้อ (10 คะแนน) การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 2.00-3.99 หมายถึง พอใช้ คะแนนเฉลี่ย 4.00-5.99 หมายถึง ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 6.00-7.99 หมายถึง ดี คะแนนเฉลี่ย 8.00-10.00 หมายถึง ดีมาก

1.3 การสื่อสารสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ (15 คะแนน) การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 3.00-5.99 หมายถึง พอใช้ คะแนนเฉลี่ย 6.00-8.99 หมายถึง ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 9.00-11.99 หมายถึง ดี คะแนนเฉลี่ย 12.00-15.00 หมายถึง ดีมาก

1.4 การจัดการตนเอง จำนวน 3 ข้อ (15 คะแนน) การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 3.00-5.99 หมายถึง พอใช้ คะแนนเฉลี่ย 6.00-8.99 หมายถึง ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 9.00-11.99 หมายถึง ดี คะแนนเฉลี่ย 12.00-15.00 หมายถึง ดีมาก

1.5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ จำนวน 2 ข้อ (10 คะแนน) การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 2.00-3.99 หมายถึง พอใช้ คะแนนเฉลี่ย 4.00-5.99 หมายถึง ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 6.00-7.99 หมายถึง ดี คะแนนเฉลี่ย 8.00-10.00 หมายถึง ดีมาก

1.6 การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง จำนวน 3 ข้อ (12 คะแนน) การแปลผล คะแนนเฉลี่ย 3.00-4.75 หมายถึง พอใช้ คะแนนเฉลี่ย 4.76-6.50 หมายถึง ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 6.51-9.25 หมายถึง ดี คะแนนเฉลี่ย 9.26-12.00 หมายถึง ดีมาก

การแปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม (68 คะแนน) ดังนี้ 0.00-40.79 คะแนน หมายถึง มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ดี 40.80-47.59 คะแนน หมายถึง มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพพอใช้ 47.60-54.39 คะแนน หมายถึง มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดี 54.40-68.00 คะแนน หมายถึง มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดีมาก

2. แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) จำนวน 6 ข้อ กำหนดเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง ดีมาก คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง ดี คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง น้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง น้อยที่สุด การแปลผลคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส โดยรวม (6-30 คะแนน) ดังนี้ 0.00-17.99 คะแนน หมายถึง ไม่ดี 18.00-20.99 คะแนน หมายถึง พอใช้ 21.00-23.99 คะแนน หมายถึง ดี 24.00-30.00 คะแนน ดีมาก

3. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (Mahatnirunkul, Tuntipivanakul, & Pumpisanchai, 1998) จำนวน 26 ข้อ มีองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย คะแนนเต็ม 35 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ไม่ดี (7-16 คะแนน) ระดับปานกลาง (17-26 คะแนน) ระดับที่ดี (27-35 คะแนน) 2) ด้านจิตใจ คะแนนเต็ม 30 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ไม่ดี (6-14 คะแนน) ระดับปานกลาง (15-22 คะแนน) ระดับที่ดี (23-30 คะแนน) 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คะแนนเต็ม 15 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ไม่ดี (3-7 คะแนน) ระดับปานกลาง (8-11 คะแนน) ระดับที่ดี (12-15 คะแนน) และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม คะแนนเต็ม 40 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ไม่ดี (8-18 คะแนน) ระดับปานกลาง (19-29 คะแนน) ระดับที่ดี (30-40 คะแนน) การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมมีคะแนนตั้งแต่ 26-130 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ไม่ดี (26-60 คะแนน) ระดับปานกลาง (61-95 คะแนน) ระดับที่ดี (96-130 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ที่อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจใช้ KR-20 และด้านอื่น ๆ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าเท่ากับ 0.76 และ 0.80 ตามลำดับ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.71 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาคเท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังสำนักงานพัฒนาชุมชนแต่ละอำเภอ เพื่อขอความร่วมมือให้พัฒนาการอำเภอ มอบหมายพัฒนาการอำนวยความสะดวกพาเข้าสู่พื้นที่ และติดต่อประสานงานกับผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตจึงจะเริ่มทำการเก็บข้อมูล ตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
2. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ชี้แจงรายละเอียดข้อคำถามของแบบสอบถาม วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และข้อมูลที่ต้องการ เก็บรวบรวม เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลมีความถูกต้องครบถ้วน
3. ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละหมู่บ้าน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และอธิบายขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในงานวิจัยและลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 400 คน
4. จากนั้นเก็บรวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบที่ได้จากแบบสอบถามแต่ละฉบับ และนำแบบสอบถามที่สมบูรณ์มาลงรหัสและบันทึกข้อมูลลงคอมพิวเตอร์โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดจันทบุรี ใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ดังนี้ 1) ตัวแปรต้นที่มีระดับการวัดเป็นนามบัญญัติ ได้ถูกแปลงเป็นตัวแปรจำลอง โดยใช้ค่า 0 และ 1 แทนแต่ละหมวดหมู่ของตัวแปร เพื่อให้สามารถนำเข้าสู่สมการถดถอยได้อย่างถูกต้องตามหลักสถิติ 2) การทดสอบนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์มีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 11.098$, $df = 5$, $p\text{-value} < 0.001$) แสดงว่าตัวแปรตามและตัวแปรต้นทั้ง 5 ตัว มีความสัมพันธ์กันในเชิงเส้นตรงอย่างมีนัยสำคัญ และสามารถนำไปสร้างสมการถดถอยได้ 3) การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น โดยใช้ค่าสถิติ VIF (Variance Inflation Factor) และ Tolerance พบว่าค่า $VIF < 10$ และค่า $Tolerance > 0.1$ แสดงว่าตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กันมากเกินไป จึงสามารถใช้ในการวิเคราะห์ร่วมกันได้อย่างเหมาะสม 4) การตรวจสอบความเป็นอิสระของค่าคงเหลือ

พบว่า ค่าสถิติ Durbin-Watson เท่ากับ 1.648 ซึ่งอยู่ในช่วงที่ยอมรับได้ (ใกล้เคียง 2.0) แสดงว่าไม่มีปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กันของค่าคงเหลือ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยภายหลังการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี รหัสโครงการวิจัย RBRU-Hu 06/2567 วันที่ 23 เมษายน 2567 โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ตลอดจนประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมอาจได้รับ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการอย่างละเอียด ทั้งนี้ ยังได้เน้นย้ำถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิหรือผลประโยชน์ใด ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ รวมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบอย่างชัดเจนว่าข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตอบแบบสอบถามทั้งหมดจะได้รับการเก็บรักษาไว้เป็นความลับอย่างเคร่งครัด ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้ และผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.00 มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.25 และระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 45.75 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (n=400)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	312	78.00
ชาย	88	22.00
อายุ (Min = 18, Max = 85; Mean = 51.84, S.D. = 0.88)		
≤ 20 ปี	19	4.75
21-40 ปี	79	19.75
41-59 ปี	141	35.25
> 60 ปี	161	40.25
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	0.50
ประถมศึกษา	183	45.75
มัธยมศึกษาตอนต้น	84	21.00

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	72	18.00
อนุปริญญา/ปวส.	10	2.50
ปริญญาตรีขึ้นไป	49	12.25

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 47.81 อยู่ในระดับดี (Mean = 47.81, S.D. = 6.84) การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องมีระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ร้อยละ 82.33 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ร้อยละ 71.20 และการสื่อสารสุขภาพ ร้อยละ 62.40 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=400)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	คะแนน		ระดับ
	Mean	S.D.	
1. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (เต็ม 6 คะแนน)	3.82 (63.66%)	1.23	ถูกต้องบ้าง
2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (เต็ม 10 คะแนน)	7.12 (71.20%)	1.70	ดี
3. การสื่อสารสุขภาพ (เต็ม 15 คะแนน)	9.36 (62.40%)	1.78	ดี
4. การจัดการตนเอง (เต็ม 15 คะแนน)	10.51 (70.06%)	2.37	ดี
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (เต็ม 10 คะแนน)	7.10 (71.00%)	1.91	ดี
6. การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (เต็ม 12 คะแนน)	9.88 (82.33%)	1.09	ดีมาก
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม (เต็ม 68 คะแนน)	47.81 (70.30%)	6.84	ดี

หมายเหตุ ค่า % ในวงเล็บข้างหลังค่า Mean หมายถึงร้อยละของคะแนนเฉลี่ยที่ได้ต่อคะแนนเต็มในด้านนั้น ๆ

3. พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.

พบว่า พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส ของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 22.52 ซึ่งอยู่ในระดับดี (Mean = 22.52, S.D. = 3.67) โดยพฤติกรรมไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 4.43, S.D. = 0.96) รองลงมาคือพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่หรือดูดควันบุหรี่ (Mean = 4.43, S.D. = 1.17) และพฤติกรรมออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อย มีเหงื่อออก (Mean = 3.24, S.D. = 1.15) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2ส ของกลุ่มตัวอย่าง (n=400)

พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.	คะแนน		ระดับ
	Mean	S.D.	
1. ควบคุมปริมาณอาหารและควบคุมรสอาหารไม่ให้หวาน มัน เค็มจัด	3.27	1.17	ปานกลาง
2. กินผักและผลไม้สด สะอาดเสมวันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม	3.31	0.93	ปานกลาง
3. ออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อย มีเหงื่อออก	3.24	1.15	ปานกลาง
4. มีการจัดการความเครียดของตนเองด้วยการมองโลกในแง่ดีเสมอ	3.83	0.97	ดี
5. ไม่สูบบุหรี่หรือดื่มน้ำหนัก	4.43	1.17	ดีมาก
6. ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	4.43	0.96	ดีมาก
พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2ส โดยรวม (เต็ม 30 คะแนน)	22.52	3.67	ดี

4. คุณภาพชีวิต

พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 92.01 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 92.01, SD= 12.80) โดยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีระดับคะแนนเฉลี่ยที่มากที่สุดร้อยละ 75.13 รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 69.82 และคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 65.33 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (n=400)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	Mean	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต
1. ด้านสุขภาพกาย (เต็ม 35 คะแนน)	24.83 (69.80 %)	3.70	ปานกลาง
2. ด้านจิตใจ (เต็ม 30 คะแนน)	22.54 (75.13 %)	3.85	ปานกลาง
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (เต็ม 15 คะแนน)	9.80 (65.33 %)	1.93	ปานกลาง
4. ด้านสิ่งแวดล้อม (เต็ม 40 คะแนน)	27.93 (69.82 %)	4.44	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม (เต็ม 130 คะแนน)	92.01 (70.77 %)	12.80	ปานกลาง

หมายเหตุ ค่า % ในวงเล็บข้างหลังค่า Mean หมายถึงร้อยละของคะแนนเฉลี่ยที่ได้ต่อคะแนนเต็มในด้านนั้น ๆ

5. ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดจันทบุรี

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อค้นหาปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดจันทบุรี โดยกำหนดตัวแปรตามคือ คุณภาพชีวิต ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (X_1) อายุ (ปี) (X_2) ระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส (X_3) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดจันทบุรี ด้วยวิธีถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ตัวแปรทำนาย	B	Std. Error	Beta	t	P-value
ความรู้ด้านสุขภาพ (X ₁)	0.43	0.10	0.23	4.08	<0.001
อายุ (X ₂)	-0.13	0.04	-0.16	-3.39	<0.001
ระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส (X ₃)	0.55	0.20	0.16	2.76	0.01
ค่าคงที่ (Constant)	65.94	4.73		13.95	<0.001

จากตาราง พบว่า ตัวแปรทำนายที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ความรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = 0.23$) รองลงมาคือ ระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ($\beta = 0.16$) และอายุ (ปี) ($\beta = -0.16$) ทั้งนี้ ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในเชิงบวก ขณะที่อายุเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในเชิงลบ และตัวแปรทำนายทั้งหมด 3 ตัว ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิต ได้ร้อยละ 12.20 ($F = 7.59, p\text{-value} < 0.05$) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์มีค่า 12.04 อย่างไรก็ตามพบว่าเพศ และการศึกษาไม่มีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดจันทบุรี

สามารถสร้างเป็นสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ $Y_{\text{คุณภาพชีวิต}} = 65.94 + 0.43 (X_{\text{ความรู้ด้านสุขภาพ}}) - 0.13 (X_{\text{อายุ}}) + 0.55 (X_{\text{ระดับพฤติกรรมสุขภาพ}})$

และสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน ดังนี้ $Z_{\text{คุณภาพชีวิต}} = 0.23 (Z_{\text{ความรู้ด้านสุขภาพ}}) - 0.16 (Z_{\text{อายุ}}) + 0.16 (Z_{\text{ระดับพฤติกรรมสุขภาพ}})$

การอภิปรายผล

1. การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส และคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดจันทบุรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างในจังหวัดจันทบุรี มีระดับความฉลาดทางสุขภาพที่เพียงพอ สามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2000) ที่อธิบายว่า ความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเอง และมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระยะยาว ในขณะที่เดียวกันกลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ในระดับดี โดยเฉพาะในพฤติกรรมที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์และไม่สูบบุหรี่ที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ซึ่งสะท้อนถึงการตระหนักรู้ในพฤติกรรมเสี่ยงและการเลือกปฏิบัติที่เหมาะสมกับสุขภาพ ทั้งนี้สามารถอภิปรายผลได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับดี จึงอาจเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้สามารถปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส ได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ใน

ระดับดี มีค่าเฉลี่ย 50.98 และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 22.15 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และความรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวม (กิตพงษ์ เรือนเพชร, สุภิสรา ขำเอนก, อภิสรกรรณ์ หิรัญย์วิชัยกุล, สุวรรณี ธีระสุต และศิริลักษณ์ สุวรรณวงษ์, 2566) และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ 3อ 2ส โดยรวมอยู่ในระดับมากร้อยละ 44.31 ซึ่งเป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ดีเพียงพอและมีการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส ได้ถูกต้อง (จิตติยา ใจคำ, จักรกฤษณ์ วังราชูร์ และอักษรา ทองประทุม, 2564) ดังนั้นจึงสะท้อนให้เห็นว่า เมื่อบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ย่อมมีแนวโน้มในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมมากขึ้น

อย่างไรก็ตามคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส อยู่ในระดับดี ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการดูแลสุขภาพของบุคคล โดยการศึกษาที่แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส และคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต ที่พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ ของ อสม. ระดับดีมาก ร้อยละ 21.68 ระดับดี ร้อยละ 47.20 พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ระดับดีมาก ร้อยละ 59.79 และคุณภาพชีวิตระดับดี ร้อยละ 61.19 (สุวรรณา หล่อโลหการ และประพรศรี นรินทร์รักษ์, 2564) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นองค์ประกอบมากมาย แต่ละองค์ประกอบก็มีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันตามทัศนะของแต่ละบุคคลหรือสังคม และอาจมีปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของบุคคล เช่น เศรษฐกิจ ความเป็นอยู่ และโครงสร้างสังคม เป็นต้น จึงอาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาที่หาได้ ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง รวมทั้งส่งผลให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างแต่ละพื้นที่แตกต่างกันได้

2. การศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดจันทบุรี พบว่า มีปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 3 ตัวแปร โดยเรียงลำดับตามน้ำหนักของสัมประสิทธิ์การถดถอยได้ดังนี้ ความรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = 0.23$) ระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ($\beta = 0.16$) และอายุ ($\beta = -0.16$) ทั้งนี้ ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในเชิงบวก ขณะที่อายุเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในเชิงลบ และปัจจัยทั้ง 3 ตัว ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดจันทบุรี ได้ร้อยละ 12.20 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์มีค่า 12.04 สามารถอธิบายในแต่ละปัจจัยส่วนบุคคลได้ ดังนี้

ความรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดจันทบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยทั้งสองปัจจัยมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับคุณภาพชีวิต กล่าวคือ เมื่อประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น ก็จะมีแนวโน้มที่จะมี

คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามไปด้วย สามารถอธิบายได้ว่าประชาชนที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพสูง มักสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้ดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง และมีพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส ที่เหมาะสม เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การจัดการความเครียด การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจสะท้อนถึงการที่ประชาชนในจังหวัดจันทบุรีมีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นผ่านช่องทางออนไลน์ หน่วยบริการสุขภาพ หรือเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งอาจส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณา หล่อโลหะการ และประพรศรี นรินทรรักษ์ (2564) ในอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต จำนวน 286 คน ที่พบว่า ตัวแปรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) คือความรู้ด้านสุขภาพ ($r = 0.51$) เช่นเดียวกับกับผลการศึกษาของอรรยา จันทรเพ็ญ และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ (2566) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายชื้อตามทะเบียนบ้านในเขตอำเภอกลาง จังหวัดภูเก็ต ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 10,505 คน ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พหุคูณได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพ ($r = 0.29, p\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่สูงกว่ามักจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่า อายุ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดจันทบุรี โดยส่งผลทางลบกับคุณภาพชีวิตของประชาชนในจังหวัดจันทบุรี กล่าวคือ เมื่ออายุเพิ่มขึ้นคุณภาพชีวิตของประชาชนมีแนวโน้มลดลง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 40.25 ทั้งนี้เมื่อมีอายุมากขึ้นจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ทั้งร่างกายและจิตใจ สอดคล้องกับแนวคิดด้านการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและจิตใจตามวัย โดยเฉพาะในช่วงวัยกลางคนถึงวัยสูงอายุที่มีการเสื่อมถอยของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น ระบบกล้ามเนื้อ กระดูก สายตา หรือแม้แต่ภาวะทางอารมณ์และจิตใจ รวมถึงโรคเรื้อรังที่มักพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือข้อเข่าเสื่อม ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, อังคณา ศรีสุข และสหรัฐ เจตมโนรมย์, 2561) นอกจากนี้อายุที่เพิ่มขึ้นอาจมีผลต่อความสามารถในการประกอบอาชีพ รายได้ การเข้าถึงบริการสุขภาพ หรือการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลหรือส่งเสริมอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะโดดเดี่ยว ความรู้สึกด้อยคุณค่า และภาวะซึมเศร้า จึงอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในภาพรวม (พัชรพงศ์ ขวนชม, อีระวัฒน์ จันทิก และพิทักษ์ศิริวงศ์, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ ทศนีย์สุวรรณ (2564) ในผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่พบว่า อายุสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ($\beta = -0.16, p\text{-value} < 0.05$)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะในด้านการตัดสินใจและการเลือกปฏิบัติ ที่ถูกต้อง แต่ยังมีช่องว่างในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ รวมถึงการสื่อสารสุขภาพ ซึ่งควรมีพัฒนา ความรอบรู้ในด้านนี้เพื่อเสริมสร้างความรู้และการเข้าใจในเรื่องสุขภาพ เช่น การสร้างหรือพัฒนาแอปพลิเคชัน ที่ให้ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ สามารถเข้าถึงได้ง่าย โดยเฉพาะสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่อาจไม่คุ้นเคยกับ เทคโนโลยี ควรมีการสร้างสื่อที่ใช้งานง่ายและสามารถเข้าใจได้ ใช้สื่อที่หลากหลาย ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ หรือ โซเชียลมีเดียในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพ โดยเน้นที่การนำเสนอในรูปแบบที่เข้าใจง่าย และเหมาะสมกับ กลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม

2. พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยพฤติกรรมที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์และไม่สูบบุหรี่ มีคะแนน สูงสุด ขณะที่พฤติกรรมการออกกำลังกายยังคงมีคะแนนต่ำที่สุด ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมให้ ประชาชนมีการออกกำลังกายและเคลื่อนไหวมากขึ้น เช่น การพัฒนาโปรแกรมออกกำลังกายที่บ้าน สำหรับผู้ที่ ไม่สะดวกออกไปข้างนอก ได้แก่ การฝึกยืดเหยียด โยคะ การออกกำลังกายแบบคาร์ดิโอ (Cardio) ที่ไม่ต้องใช้ อุปกรณ์พิเศษ สามารถช่วยให้ประชาชนทุกคนสามารถออกกำลังกายได้แม้ไม่มีเวลาหรือสถานที่ ออกกำลังกาย เป็นต้น

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพส่งผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิต ในขณะที่อายุที่เพิ่มขึ้น ส่งผลเชิงลบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น การส่งเสริมและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพตามแนวทาง 3อ 2ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ไม่เครียด งดสูบบุหรี่ และงดดื่มสุรา) ตั้งแต่ในช่วงวัย เยาว์ จะมีส่วนช่วยในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว อาจทำได้โดยการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องสุขภาพ ในระดับชุมชน โรงเรียน สถานที่ทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุ หรือสร้างเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นผู้นำในการเผยแพร่ข้อมูลและพฤติกรรมสุขภาพ และสร้างชมรมสุขภาพ เพื่อให้ คนในชุมชนได้แลกเปลี่ยนความรู้และร่วมกันทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายพื้นที่การศึกษาไปยังจังหวัดหรือภูมิภาคอื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรอบรู้ ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน

2. ควรศึกษาด้วยระเบียบวิธีวิจัยแบบผสม (Mixed Methods Research) โดยเพิ่มการสัมภาษณ์เชิงลึก หรือการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลการวิจัยแบบเชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต

3. ควรพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมหรือกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ที่พัฒนาขึ้นจากผลการวิจัยนี้ โดยใช้การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อวัดผลก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรมในกลุ่มประชากรเป้าหมาย เพื่อประเมินผลลัพธ์ และ ความเปลี่ยนแปลงในด้านพฤติกรรมและคุณภาพชีวิตต่อไป

4. ศึกษาปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ เช่น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม หรือสิ่งแวดล้อม ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตได้

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณีงบประมาณ 2567

เอกสารอ้างอิง

- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *คู่มือการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. สำหรับแกนนำสุขภาพ*. สืบค้นเมื่อ 25 เมษายน 2568 จาก <https://hed.hss.moph.go.th/uploads/2024/05>.
- กิตติพงษ์ เรือนเพชร, สุกิตา ขำเอนก, อภิสรารักษ์ หิรัญย์วิชัยกุล, สุวัฒน์ ชีระสุต และศิริลักษณ์ สุวรรณวงษ์. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของนิสิตพยาบาลมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 17(1), 1-12.
- จิตติยา ใจคำ, จักรกฤษณ์ วังราชฤทธิ์ และอักษรา ทองประชุม. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*, 8(2), 1-24.
- จิราพร เกศพิชญพัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, อังคณา ศรีสุข และสหรัฐ เจตมโนรมย์. (2561). *คู่มือเรียนรู้เข้าใจวัยสูงอายุ: โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: บริษัท ยินยการพิมพ์ จำกัด.
- ซินตา เตชะวิจิตรจารุ. (2561). ความรอบรู้ทางสุขภาพ: กุญแจสำคัญสู่พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่ดี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(ฉบับพิเศษ มกราคม-เมษายน), 1-11.
- ทิวากร พระไชยบุญ, พรณี บัญชรหัตถกิจ, เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ, อัจฉรา นาเมือง, ณาฏณา หีบแก้ว ปัดขสุวรรณ และอลงกรณ์ สุขเรืองกุล. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย*, 4(2), 48-56.
- ปลื้มใจ ไพจิตร. (2558). คุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการด้านบริหารธุรกิจการจัดการ เศรษฐศาสตร์และนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี*, 2, 30-41.
- พงศ์รัตน์ ภิรมย์รัตน์, ฤเดช เกิดวิชัย และณัฐพงษ์ เตชะรัตนเสถียร. (2563). รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนจังหวัดแพร่. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 8(4), 1492-1505.

- พัชรพงศ์ ชวนชม, อีระวัฒน์ จันทิก และพิทักษ์ ศิริวงศ์. (2561). ลักษณะงานที่เหมาะสมกับแรงงานผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 13(1), 107-116.
- พิศิษฐ์ ชัยสุวรรณถาวร, ธัญญาณี นิยมกิจ, ศตวรรษ ทิพย์โส, วิษณุศวร ทะกอง และสุทธินันท์ โสทวี. (2565). คุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มฐานรากจังหวัดจันทบุรี ระยอง และตราด. *วารสารวิจัยรำไพพรรณี*, 16(1), 118-127.
- เพชรภรณ์ คำเอี่ยมรัตน์. (2558). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานตำบลห่ม อำเภอมะนังศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 8(3), 4-11.
- วัชรพร เชยสุวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารแพทยนาวิ*, 44(3), 183-197.
- วิมล โรมา และคณะ. (2562). การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. (2568). *การเมือง เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิต ในปี 2568*. สืบค้นเมื่อ 30 พฤษภาคม 2568 จาก https://nidapoll.nida.ac.th/survey_detail?survey_id=733.
- สำนักงานจังหวัดจันทบุรี. (2566). *แผนพัฒนาจังหวัดจันทบุรี พ.ศ. 2566-2570*. สืบค้นเมื่อ 12 กันยายน 2566 จาก https://www.chanthaburi.go.th/news_devpro.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). *จำนวนและสัดส่วนประชากรจากการทะเบียน จำแนกตามกลุ่มวัย เพศ ภาค และ จังหวัด พ.ศ. 2555-2565*. สืบค้นเมื่อ 12 กันยายน 2566 จาก <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>.
- สุภาภรณ์ ตันตินันตตระกูล, จิรกุล ครอบสอน และนงลักษณ์ วิชัยรัมย์. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนบางโพธิ์เหนือ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 7(11), 352-373.
- สุวรรณ หล่อโลหะการ และประพรศรี นรินทร์รักษ์. (2564). ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(3), S414-S422.
- อรรยา จันทรเพ็ญ และอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพลพลึงเขตอำเภอดง จังหวัดภูเก็ต. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทเทิร์น*, 4(3), 90-100.

อุไรวรรณ ทศนีย์สุวรรณ. (2564). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช*, 8(1), 293-311.

Mahatnirunkul, S., Tuntipivatanakul, W., & Pumpisanchai, W. (1998). Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). *Journal of Mental Health Thailand*, 5(3), 4-15.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

World Health Organization. (2022). *Noncommunicable diseases: Key facts*. Geneva: Author. Retrieved May 30, 2025 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.

Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis*. New York: Harper & Row.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการป้องกันการหกล้ม
ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ
Effect of the Fall Prevention Literacy Enhancement Program
on Fall Prevention Behaviors Among Older Adults

ศรายุทธ เข้มขัด¹, เดชา ทำดี^{1*}, จิตตวดี เจริญทอง¹
Sarayut Khamkhat¹, Decha Tamdee^{1*}, Jittawadee Rhiantong¹
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่¹
Faculty of Nursing Chiang Mai University¹

(Received: April 24, 2025; Revised: July 29, 2025; Accepted: August 8, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้ม จำนวน 54 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 27 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดบับสัน แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้มในผู้สูงอายุ และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม 2) เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการป้องกันการหกล้ม และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และสถิติ Independent t-test เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าบุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันการหกล้มได้ ซึ่งจะช่วยลดการพลัดตกหกล้มและผลกระทบที่เกิดจากการหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม, ผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ เดชา ทำดี e-mail: decha.t@cmu.ac.th

Abstract

This quasi-experimental study with a two-group pretest-posttest design aimed to compare fall prevention behavior scores among older adults before and after participating in the program, as well as between the experimental and control groups. The sample consisted of 54 older adults aged 60 years and above who were at risk of falling, divided equally into an experimental group and a control group (27 participants each). Research instruments included: 1) screening tools, such as the Activities of Daily Living (ADL) assessment, Mini-Cog cognitive assessment, a health literacy questionnaire on fall prevention in older adults, and a fall risk assessment tool; 2) the intervention tool, which was a fall prevention health literacy promotion program; and 3) data collection tools, including a general information questionnaire and a fall prevention behavior questionnaire for older adults. Data were analyzed using descriptive statistics to describe the general characteristics of the participants. Paired t-tests were used to compare fall prevention behavior scores before and after the intervention within each group, and independent t-tests were used to compare the scores between the experimental and control groups after the intervention.

The results revealed that the fall prevention behavior scores of older adults in the experimental group after participating in the program were significantly higher than before the intervention ($p\text{-value} < 0.001$), and also significantly higher than those of the control group ($p\text{-value} < 0.001$). These findings suggest that healthcare professionals can utilize this program as a guideline for effective fall prevention, potentially reducing fall incidents and their associated consequences.

Keywords: Health Promotion Program, Health Literacy, Fall Prevention Behaviors, Older Adults

บทนำ

การหกล้มเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี พ.ศ. 2565 พบผู้สูงอายุเสียชีวิตจากการหกล้ม จำนวน 40,880 คน (Centers for Disease Control and Prevention, 2023) ประเทศไทยพบอัตราการหกล้มในผู้สูงอายุมากถึง 181,563 ราย และเมื่อพิจารณาจำนวนการหกล้มต่อประชากรแสนคนพบว่า เขตสุขภาพที่ 1 มีการหกล้มสูงสุด ซึ่งการหกล้มจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย การบาดเจ็บที่พบบ่อย คือ ข้อกระดูกสะโพกหักที่อาจเสียชีวิตภายใน 1 ปี (กรมควบคุมโรค, 2565) ผลกระทบด้านจิตใจ เช่น การสูญเสียความมั่นใจ กลัวการหกล้ม และภาวะซึมเศร้า (ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์ และกรรณิการ์

{2/19}

เทพกิจ, 2560) และผลกระทบต่อครอบครัว เช่น ภาระของผู้ดูแล และอาจเสียค่าใช้จ่ายสูงในการจ้างผู้ดูแลมากถึง 1,200,000 บาทต่อปี (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2564) และนอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข เช่น ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยสูงถึง 3,611 ดอลลาร์สหรัฐ เสียค่าใช้จ่ายในการจัดตั้งหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และการหกล้มเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years) มากกว่า 38 ล้านปีต่อปี ซึ่งสะท้อนถึงภาระโรคที่เกิดจากความเจ็บป่วย พิการ และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรอันเนื่องมาจากการหกล้ม (World Health Organization, 2021)

ปัจจัยสาเหตุของการหกล้มมีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุที่มากขึ้น เพศหญิง และโรคประจำตัว (เพ็ญรุ่ง วรรณดี, รพพรณ โพธิ์ทอง และอุมากร ใจยังยืน, 2563) ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม เช่น ขาดการตรวจตาประจำปี การซื้อยามารับประทานเอง การใช้ยาหลายขนานหรือใช้ยาที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม การปรับเปลี่ยนท่าที่ไม่ระมัดระวัง การใส่เสื้อผ้าที่ไม่พอดีตัวหรือสวมรองเท้าที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกายที่จะเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและการทรงตัว และขาดการประเมินและแก้ไขสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัย (กมลรัตน์ กิตติพิมพา นนท์ และผจงจิต ไกรถาวร, 2564) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การทบทวนเชิงระบบของ จารุภา เลขทิพย์, อีระ วรรณรัตน์, ศักรินทร์ ภูพานิล และศราวุธ ลาภมณีย์ (2562) พบว่า พื้นลื่น แสงสว่างไม่เพียงพอ และบ้านที่ยกพื้นสูง มีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ และปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น การอาศัยอยู่ลำพัง ถูกทอดทิ้ง และมีรายได้ต่ำ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าปัจจัยสาเหตุของการหกล้มเป็นแบบสหปัจจัยและส่วนใหญ่เป็นปัจจัยสาเหตุที่สามารถดำเนินการจัดการได้

การพัฒนาแนวทางการป้องกันการหกล้มของโลกและการจัดการสำหรับผู้สูงอายุ (Montero-Odasso et al., 2022) ซึ่งเป็นแนวทางการจัดการแก้ไขได้ตามสาเหตุ บริบท สถานการณ์ สภาพแวดล้อม และวิถีของผู้สูงอายุไทยในชุมชน ที่สามารถนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุได้ โดยต้องทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุด้วย การศึกษาของ กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์ และผจงจิต ไกรถาวร (2564) พบว่า อายุ เพศหญิง ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยาและความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการหกล้มให้มีทักษะความรู้ในการป้องกันการหกล้มซึ่งเป็นปัจจัยที่จะสามารถแก้ไขได้ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่เหมาะสม จากรายงานสรุปผลการประเมินความรู้การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุปีงบประมาณ 2566 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการหกล้มร้อยละ 80-95 แต่มีความเข้าใจไม่ถูกต้องและปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมในเรื่องการนั่งเก้าอี้อาบน้ำ การนำเสื้อผ้าเก่ามาเป็นผ้าเช็ดเท้า การใช้ยา และการสวมรองเท้าที่เหมาะสม (กรมควบคุมโรค, 2566) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าความรู้ในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุมีความสำคัญต่อการเกิดพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ดังนั้นจึงควรมีการดำเนินการเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านการป้องกันการหกล้ม ในผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและจัดการกับปัจจัยเสี่ยง

ต่อการหกล้ม ทั้งนี้ต้องดำเนินการโดยบุคลากรด้านสุขภาพที่ใช้สื่อและเทคนิคการสอนที่เหมาะสมกับข้อจำกัดของผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มโอกาสในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม

การทบทวนวรรณกรรมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562-2566 พบว่าไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโดยตรงมีเพียงการศึกษาถึงโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่วัดพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ปรีดา สารลักษณ์ และวรารัตน์ ทิพย์รัตน์, 2565) แต่ยังพบว่ามีข้อจำกัดของรูปแบบการดำเนินการ เช่น สื่อการสอนที่ยากต่อการเข้าถึง และการจัดการแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่ครอบคลุมถึงพฤติกรรมที่เกิดจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบประเด็นความรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อของผู้สูงอายุยังคงอยู่ในระดับปานกลาง และผู้สูงอายุขาดความเข้าใจที่ถูกต้องและการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมดังที่ได้กล่าวมา ที่ต้องได้รับการแก้ไข และยังพบถึงปัจจัยด้านพฤติกรรมที่ควรต้องส่งเสริมที่ผู้วิจัยจะสามารถดำเนินการส่งเสริม ได้แก่ ขาดการตรวจตาประจำปี การซื้อยามารับประทานเองและการใช้ยาหลายขนาน การปรับเปลี่ยนอิริยาบถที่ไม่ระมัดระวัง การใส่เสื้อผ้าไม่พอดีตัวและการสวมรองเท้าที่ไม่พอดีกับเท้าพื้นไม่มีดอกยาง ขาดการออกกำลังกาย และขาดการดูแลแก้ไขสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัย ซึ่งประเด็นดังกล่าวเป็นช่องว่างความรู้ที่สำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถป้องกันการเกิดการหกล้มได้ นอกจากนี้พบว่าที่ผ่านมามีการเสนอแนะองค์ความรู้ และข้อเสนอแนะแนวทางการส่งเสริมการออกกำลังกายที่สามารถช่วยให้ลดความเสี่ยงต่อการหกล้มผ่านการส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการออกกำลังกายโอทาโก (Otago Exercise) ซึ่งได้รับการพิสูจน์ทางวิชาการแล้วว่า ช่วยสร้างเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2564)

ดังนั้น ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่ถูกต้องเหมาะสม โดยประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรมความรู้ในการป้องกันการหกล้มตามแนวคิดการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2015) ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานที่เป็นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ 2) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ที่เป็นการตัดสินใจในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มและปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่เหมาะสม 3) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณที่เป็นความสามารถในการนำข้อมูลที่ได้รับมาวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบในการจัดการสถานการณ์ในชีวิตของตนเอง โดยเน้นการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการออกกำลังกายสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการทรงตัว การปรับเปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้า ๆ และการสวมใส่เสื้อผ้าและรองเท้าที่ถูกต้อง การลดการใช้ยาที่เสี่ยงต่อการหกล้ม การตรวจตาและแก้ไขปัญหาด้านสายตา และการปรับปรุงด้านสิ่งแวดล้อมในบ้านและบริเวณบ้านที่ผู้สูงอายุอาศัยให้ปลอดภัย ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าผลของโปรแกรมฯ จะสามารถแก้ไขปัญหาด้านการหกล้มได้อย่างยั่งยืน ลดอุบัติการณ์การหกล้ม ผลกระทบที่รุนแรง การสูญเสียชีวิต และผลกระทบต่อค่ารักษาที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุ

มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีความคุ้มค่า ส่งเสริมความเท่าเทียมทางด้านสุขภาพ และส่งผลดีต่อตัวชี้วัดการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ

วัตถุประสงค์การวิจัย

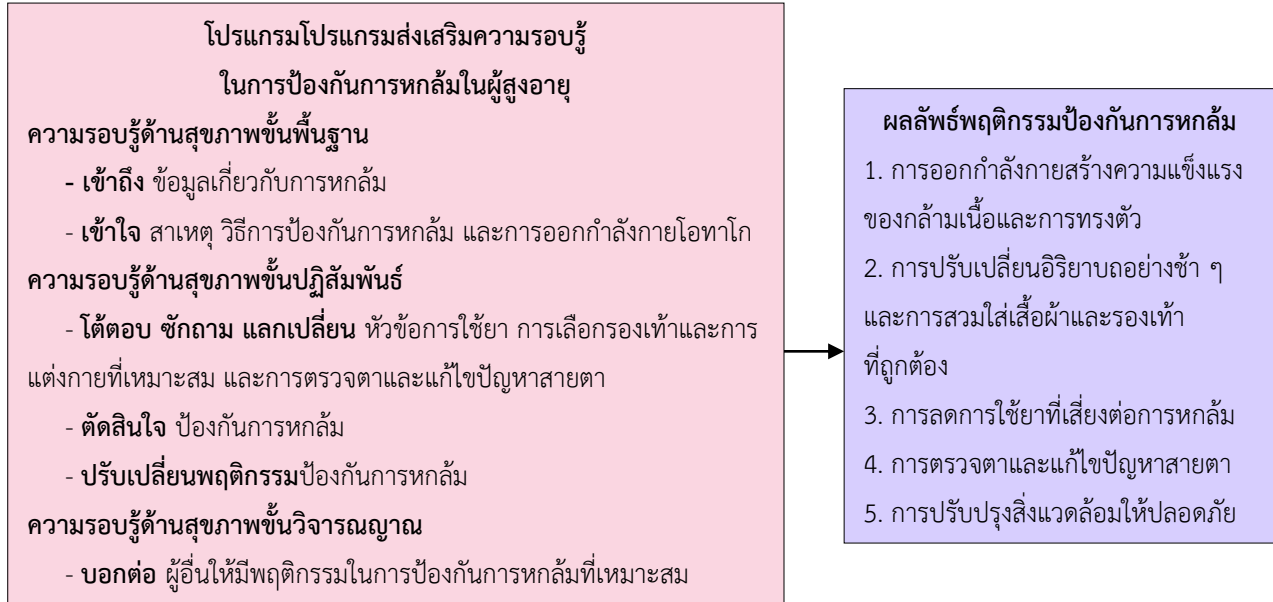
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันการหกล้ม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังสิ้นสุดโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรมความรู้ในการป้องกันการหกล้ม (Fall Prevention Literacy) และพัฒนาตามแนวคิดการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2015) ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ตอบคำถาม แลกเปลี่ยน 4) ตัดสินใจ 5) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 6) บอกต่อ โดยกิจกรรมทั้งหมดใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยเชื่อว่าเมื่อผู้สูงอายุได้รับโปรแกรมฯ นี้จะมีความรอบรู้ในการป้องกันการหกล้มที่เพิ่มขึ้น และสามารถตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่เหมาะสมต่อไป ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pre-Posttest Design) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567 ณ โรงเรียนผู้สูงอายุโชคสว่างสร้างโคกและโรงเรียนผู้สูงอายุนบ้านเหล่า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้มที่อาศัยในจังหวัดแพร่ จำนวน 3,005 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้มที่อาศัยในตำบลสูงเม่น และตำบลบ้านเหล่า อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ G*Power Version 3.1.9.7 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power) ที่ 0.80 และ กำหนดขนาดค่าอิทธิพล (Effect Size) จากงานวิจัยของ ปรีดา สารลักษณ์ และวรรัตน์ ทิพย์รัตน์ (2565) คำนวณค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.73 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 21 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการวิจัยได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน รวมทั้งหมด 54 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) โดยเลือกเขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งมีอัตราการหกล้มของผู้สูงอายุสูงสุดจาก 12 เขต และทำการจับฉลากสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เลือก 1 จังหวัด จาก 8 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 1 ได้จังหวัดแพร่เป็นพื้นที่ศึกษา และจับฉลากสุ่มอย่างง่ายเลือก 1 อำเภอ ใน 8 อำเภอในจังหวัดแพร่ ได้อำเภอสูงเม่น จากนั้นทำการจับฉลากสุ่มอย่างง่าย

เลือก 2 ตำบล ใน 12 ตำบลในอำเภอสูงเม่นเพื่อแบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้ตำบลสูงเม่น เป็นกลุ่มทดลอง และตำบลบ้านเหล่าเป็นกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเลือกสถานที่ดำเนินการศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุของแต่ละตำบล (1 ตำบลจะมีโรงเรียนผู้สูงอายุ 1 แห่ง) การศึกษาครั้งนี้ได้โรงเรียนผู้สูงอายุโชคสว่างสร้างโชคเป็นกลุ่มทดลอง และโรงเรียนผู้สูงอายุบ้านเหล่าเป็นกลุ่มควบคุม ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 27 คน ตามคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้
2. สามารถใช้อุปกรณ์ไอทีที่เข้าถึงเครือข่ายอินเทอร์เน็ตได้
3. สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป
4. มีระดับสติปัญญาและการรับรู้ปกติ โดยมีคะแนนสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)) ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป
5. อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยตอบคำถาม 3 ข้อ (3KQ) ใช้เพียง 1 ข้อ
6. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้มในผู้สูงอายุของอยู่ในระดับต่ำ โดยมีคะแนนน้อยกว่า 21.33 คะแนน

เกณฑ์ในการคัดออก

มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อเข่าเสื่อม และโรคระบบทางเดินหายใจ ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือคัดเลือกรูปแบบตัวอย่าง ประกอบด้วย
 - 1.1 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ของกระทรวงสาธารณสุข (2564) ประเมินการทำการกิจกรรมใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน เกณฑ์ที่บ่งชี้ว่าสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง คือ มีคะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป
 - 1.2 แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (SPMSQ) ฉบับภาษาไทยของ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ (2561) เกณฑ์ที่บ่งชี้ว่าระดับสติปัญญาและการรับรู้ปกติ คือ มีคะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป
 - 1.3 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้มในผู้สูงอายุของ กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์ และผจงจิต ไกรถาวร (2564) จำนวน 38 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-64 คะแนน แปลผลแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 อันตรภาคชั้น ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง สูง และคัดเลือกคนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้มอยู่ในระดับต่ำคือคะแนนน้อยกว่า 21.33 คะแนน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงแบบสอบถามฯ โดยค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index (CVI)) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เดิม คือ 0.86 และ 0.8 ตามลำดับ

1.4 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มโดยใช้คำถาม 3 ข้อ (3KQ) (Montero-Odasso et al., 2022) ได้แก่ ใน 1 ปีที่ผ่านมาคุณเคยหกล้มหรือไม่ คุณรู้สึกไม่มั่นคงขณะยืนหรือเดินหรือไม่ และคุณมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการหกล้มหรือไม่ การแปลผล หากตอบใช่เพียง 1 ข้อ ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการหกล้ม

2. เครื่องมือดำเนินการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันการหกล้ม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยพัฒนามาตามแนวคิดการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2015) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูล เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถค้นหาข้อมูลได้จากหลายแหล่งและเป็นการฝึกทักษะการรู้เท่าทันสื่อโดยผู้สูงอายุจะได้รับข้อมูลในการป้องกันการหกล้มที่ถูกต้อง 2) ความรู้ความเข้าใจเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจถึงสาเหตุและวิธีการป้องกันการหกล้มที่ถูกต้อง และนำการออกกำลังกายในการป้องกันการหกล้มไปปฏิบัติต่อไป 3) ได้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยน เพื่อฝึกทักษะการสื่อสารในหัวข้อเกี่ยวกับการใช้ยา การเลือกรองเท้าและการแต่งกายที่เหมาะสม และการตรวจตาและแก้ไขปัญหายาตาเพื่อให้ได้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ 4) ตัดสินใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีทักษะการตัดสินใจในการป้องกันการหกล้มที่เหมาะสมจึงนำไปสู่การมีพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มได้ 5) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีทักษะการจัดการตนเอง จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถวางแผนเพื่อให้บรรลุผลตามเป้าหมายในการมีพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มได้ และ 6) บอกต่อ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุให้เกิดความรู้ความเข้าใจมีความมั่นใจในเรื่องการป้องกันการหกล้ม ที่ถูกต้องจนสามารถให้คำแนะนำผู้อื่นให้มีพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มที่เหมาะสมได้ โดยโปรแกรมใช้ระยะเวลาดำเนินการทั้งหมด 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย แผนการสอนความรู้ในการป้องกันการหกล้ม คู่มือความรู้ในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ แบบฝึกหัดทักษะการตัดสินใจและทักษะการจัดการตนเอง ในการป้องกันการหกล้ม สื่อพาวเวอร์พอยต์ (Power Point Presentation) เรื่องแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ และหลักการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล การป้องกันหกล้มและวิถีการออกกำลังกายป้องกันการหกล้มโอทาโก การตรวจตา การใช้ยาที่เสี่ยงต่อการหกล้ม การเลือกรองเท้าและการแต่งกายที่เหมาะสม วิธีการตัดสินใจอย่างมีหลักการ และวิธีการส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใบบางกิจกรรมฝึกทักษะการค้นหาข้อมูล และกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หัวข้อการตรวจตา ยาที่เสี่ยงต่อการหกล้ม และการเลือกรองเท้าและการแต่งกายที่เหมาะสม และแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้มในผู้สูงอายุ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลหลัก ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลัก อาชีพปัจจุบัน ประวัติการหกล้ม สาเหตุการหกล้ม สถานที่หกล้ม การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน โรคประจำตัว และยาที่รับประทานประจำ

3.2 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุของ กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์ และผจงจิต ไกรถาวร (2564) จำนวน 20 ข้อ ที่ครอบคลุมพฤติกรรม การออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนท่า

ประจำวัน การใช้ยา การตรวจตา และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัย เกณฑ์การให้คะแนนเป็นความถี่ในการปฏิบัติ 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลยได้ 0 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งหรือนาน ๆ ครั้ง ได้ 1 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้งได้ 2 คะแนน ปฏิบัติเป็นประจำได้ 3 คะแนน คะแนนอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน แปลผลแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 อันตรภาคชั้น ดังนี้ คะแนน 0.00-20.00 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 20.01-40 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 40.01-60.00 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับดี ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงแบบสอบถามฯ โดยค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เดิม คือ 0.95 และ 0.88 ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ดังนี้ โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการป้องกันการหกล้ม ได้แก่ แผนการสอน คู่มือฯ และใบงานกิจกรรม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่านประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 2 คน และปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้ ส่วนเครื่องมือแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้ม และแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุของ กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์ และผจงจิต ไกรถาวร (2564) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่า (Content Validity Index (CVI)) เท่ากับ 0.86 และ 0.95 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพค่อนข้างดี ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้มีการดัดแปลงแบบสอบถามจึงไม่นำมาหาค่า CVI ซ้ำอีก และผู้วิจัย ได้นำแบบสอบถามทั้ง 2 ชุดดังกล่าวไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน จากนั้นนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.85 และ 0.89 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างคนละช่วงเวลาและสถานที่ เพื่อขออนุญาตลงนามเข้าร่วมการศึกษา โดยให้ลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมก่อนเริ่มการเก็บข้อมูล เมื่อผู้สูงอายุยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมก่อนเริ่มการเก็บข้อมูล ซึ่งมีหน้าที่คัดกรองตามเกณฑ์การคัดเข้า และช่วยรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินหรือแบบสอบถามที่เกี่ยวข้อง โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้จัดและกระทำการทดลองให้กับกลุ่มตัวอย่าง มีรายละเอียดดังนี้

การดำเนินการในกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ฝึกทักษะเข้าถึงข้อมูลและการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันการหกล้ม ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 55 นาที โดยในระหว่างการจัดกิจกรรมได้มีการจัดสรรเวลาให้เหมาะสม โดยแบ่งเวลาให้ผู้สูงอายุได้พักเป็นระยะ ๆ กิจกรรมประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ แลกเปลี่ยนรู้เรียนหัวข้อ “การเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ และ

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล” สอนสาธิตวิธีการค้นหาข้อมูลจากคู่มือฯ และแท็บเล็ต โดยใช้สื่อพาวเวอร์พอยต์ แบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 9 คน ฝึกค้นหาข้อมูล นำเสนอเนื้อหา และแหล่งข้อมูล กลุ่มละ 1 หัวข้อ (การออกกำลังกายป้องกันการหกล้ม การเลือกรองเท้าและการแต่งกายที่เหมาะสม หรือยาที่เสี่ยงต่อการหกล้ม) ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมเมื่อนำเสนอข้อมูลได้ถูกต้อง ให้คำแนะนำเมื่อพบข้อผิดพลาด เปิดโอกาสให้ซักถาม และใช้เทคนิคสอนกลับ (Teach Back)

สัปดาห์ที่ 2 การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในเรื่องการป้องกันการหกล้มและออกกำลังกายโอทาโก ใช้เวลา 80 นาที ซึ่งจัดสรรเวลาให้เหมาะสม โดยแบ่งช่วงเวลาให้ผู้สูงอายุได้พักเป็นระยะ ๆ กิจกรรมประกอบด้วย ทบทวนเนื้อหาในสัปดาห์ที่ 1 แลกเปลี่ยนเรียนรู้หัวข้อ “สาเหตุ ผลกระทบ และวิธีการป้องกันการหกล้ม” และกิจกรรมออกกำลังกายโอทาโกร่วมกัน โดยใช้สื่อพาวเวอร์พอยต์ เปิดโอกาสให้ซักถามและถามย้อนกลับ และแนะนำให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างน้อยอาทิตย์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที

สัปดาห์ที่ 3 ฝึกการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 35 นาที ซึ่งจัดสรรเวลาให้เหมาะสม โดยแบ่งช่วงเวลาให้ผู้สูงอายุได้พักเป็นระยะ ๆ กิจกรรมประกอบด้วย การทบทวนเนื้อหาในสัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการบ้านที่ทำในหัวข้อ “การตรวจตา (ต้อกระจก ต้อหิน และจอประสาทตาเสื่อม) และวิธีการดูแลสุขภาพตา” ตัวแทนผู้สูงอายุสาธิตและบอกผลการตรวจตา ผู้วิจัยแนะนำให้ผู้สูงอายุตรวจสายตอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง และเข้ารับการรักษาเมื่อมีปัญหา จากนั้นให้ความรู้ถึงหลักการตั้งคำถามสำคัญ 3 ข้อ (ปัญหาสุขภาพของฉันทคืออะไร ฉันทต้องทำอะไรบ้าง ทำไมฉันทถึงต้องทำอะไรเหล่านั้น) และฝึกเขียนคำถามลงในใบงาน ตัวแทนผู้สูงอายุออกมาเสนอหน้าชั้นเรียน กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหัวข้อ “ยาที่เสี่ยงต่อการหกล้ม ภาวะความดันโลหิตต่ำ ขณะเปลี่ยนท่า และวิธีจัดการ” พร้อมแนะนำให้ผู้สูงอายุพบแพทย์เมื่อมีอาการบ่อยครั้ง และไม่ซื้อยารับประทานเอง ผู้สูงอายุฝึกเขียนคำถามในใบงาน และนำเสนอหน้าชั้นเรียน ตามด้วยกิจกรรมฝึกปรับเปลี่ยนท่าประจำวัน และตรวจสอบยาที่เสี่ยงต่อการหกล้มให้กับผู้สูงอายุ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้หัวข้อ “การเลือกรองเท้า และการแต่งกายที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการหกล้ม” ผู้สูงอายุฝึกเขียนคำถามในใบงาน ยกตัวแบบผู้สูงอายุในชั้นเรียนที่สวมรองเท้า และแต่งกายได้เหมาะสม และให้นำเสนอคำถามคำถาม โดยกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในแต่ละหัวข้อใช้สื่อพาวเวอร์พอยต์ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถาม และกล่าวชื่นชมเมื่อถามคำถามได้ถูกต้องและให้คำแนะนำเพิ่มเติม เมื่อคำถามไม่เหมาะสม

สัปดาห์ที่ 4 การส่งเสริมทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการบอกต่อผู้อื่นในการป้องกันการหกล้ม ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 55 นาที ซึ่งจัดสรรเวลาให้เหมาะสม โดยแบ่งช่วงเวลาให้ผู้สูงอายุได้พักเป็นระยะ ๆ กิจกรรมประกอบด้วย ทบทวนเนื้อหาในสัปดาห์ที่ 3 แลกเปลี่ยนเรียนรู้หัวข้อ “การตัดสินใจและวิธีการจัดการตนเองในการป้องกันการหกล้ม” โดยใช้สื่อพาวเวอร์พอยต์ เปิดโอกาสให้ซักถามและถามย้อนกลับ ทำแบบฝึกหัดหัวข้อ “การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในบ้านให้มีความปลอดภัยหรือการออกกำลังกายป้องกันการหกล้ม” จับคู่ฝึกบอกเล่า

ตัวแทนผู้สูงอายุนำเสนอหน้าชั้น ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมหรือให้ข้อเสนอแนะ และผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้มในผู้สูงอายุ

สัปดาห์ที่ 5-12 ผู้สูงอายุนำทักษะความรอบรู้ในการป้องกันการหกล้มที่ได้รับไปปฏิบัติร่วมกับได้รับการพยาบาลตามปกติ สัปดาห์ที่ 8 ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามความรอบรู้เกี่ยวกับการหกล้ม โดยผู้สูงอายุที่มีระดับคะแนนต่ำ จะได้รับการทบทวนความรู้ และประเมินผลจนได้คะแนนเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป และสัปดาห์ที่ 12 ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้ม เป็นการสิ้นสุดโครงการ

การดำเนินการในกลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1-12 ผู้สูงอายุได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยได้รับการดูแลจากบุคลากรสุขภาพใน รพ.สต. ได้แก่ การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคเรื้อรัง และการป้องกันการหกล้ม และในสัปดาห์ที่ 12 ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้ม ผู้วิจัยให้ความรู้และมอบคู่มือเป็นการสิ้นสุดโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้ ข้อมูลไม่ต่อเนื่องและค่า Expected Frequency มากกว่า 5 ใช้สถิติ Chi-Square Test ข้อมูลไม่ต่อเนื่อง และค่า Expected Frequency น้อยกว่า 5 ใช้สถิติ Fisher's Exact Test และข้อมูลต่อเนื่องใช้สถิติ Independent T-Test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มก่อนและหลังทดลองของผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired T-Test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Independent T-Test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมเลขที่ 2567-EXP064 เมื่อวันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2567 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตถึงองค์การบริหารส่วนตำบลและผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อเข้าพินิจดำเนินการศึกษาวิจัย จากนั้นผู้วิจัย

พบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับจากงานวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งเหตุ หรือคำอธิบายใด ๆ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ จะเปิดเผยในภาพรวมของการนำเสนอและอภิปรายเท่านั้น หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มทั้งหมดเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) โดยกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 71.56 ปี (S.D. = 5.47) กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 68.80 ปี (S.D. = 5.97) สถานภาพสมรส โสด/หม้าย/หย่าร้าง ร้อยละ 55.60 เท่ากัน และมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 92.60 ของกลุ่มทดลอง และ ร้อยละ 81.50 ของกลุ่มควบคุม จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3.63 คน (S.D. = 1.62) ของกลุ่มทดลอง และ 2.96 คน (S.D. = 1.60) ของกลุ่มควบคุม มีผู้ดูแลหลักที่เป็นบุตร ร้อยละ 44.40 ของกลุ่มทดลอง และ ร้อยละ 48.10 ของกลุ่มควบคุม ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 55.60 ของกลุ่มทดลอง และร้อยละ 66.70 ของกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพพบว่า ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 58.30 กลุ่มทดลองประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 55.60 กลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการหกล้ม ใน 1 ปี สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติหกล้มพบ ร้อยละ 33.30 ของกลุ่มทดลอง และร้อยละ 14.80 ของกลุ่มควบคุม ที่มีสาเหตุมาจากการ ลื่นล้ม/สะดุดล้ม และส่วนใหญ่หกล้มที่บริเวณกลางบ้าน กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.70 ของกลุ่มทดลอง และร้อยละ 63 ของกลุ่มควบคุม ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และใช้ยารักษาความดันโลหิตสูง ร้อยละ 59.30 เท่ากัน เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มก่อนและหลังทดลองของผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พบว่า กลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มโดยรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 46.22 (S.D. = 5.25) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 48.15 (S.D. = 4.81) ซึ่งไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.21$) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มรายด้าน พบว่า ในกลุ่มควบคุมคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มรายด้านระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} > 0.05$) ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มโดยรวมก่อนเข้าร่วม โปรแกรม เท่ากับ 46.00 (S.D. = 4.85) หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 57.22 (S.D. = 0.80) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม

รายด้าน กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มรายด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มก่อนและหลังทดลองของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

คะแนนพฤติกรรม การป้องกันการหกล้ม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			t	P-value
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล		
กลุ่มควบคุม (n=27)								
คะแนนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มโดยรวม	46.22	5.25	ดี	48.15	4.80	ดี	-1.29	0.21
การตรวจตาและแก้ไขปัญหายายตา	0.30	0.67	ไม่ดี	0.26	0.44	ไม่ดี	0.21	0.83
การลดการใช้ยาที่เสี่ยงต่อการหกล้ม	4.22	1.42	ดี	4.22	1.45	ดี	0.00	1.00
การปรับเปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้า ๆ และ การสวมใส่เสื้อผ้าและรองเท้าที่ถูกต้อง	19.56	2.89	ดี	20.41	2.53	ดี	-1.09	0.27
การออกกำลังกายสร้างความแข็งแรง ของกล้ามเนื้อและการทรงตัว	4.74	1.48	ดี	5.30	1.23	ดี	-1.56	0.14
การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม	17.36	1.76	ดี	17.96	2.39	ดี	-1.05	0.30
กลุ่มทดลอง (n=27)								
คะแนนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มโดยรวม	46.00	4.85	ดี	57.22	0.80	ดี	-12.29	< 0.001*
การตรวจตาและแก้ไขปัญหายายตา	0.37	0.96	ไม่ดี	1	0.00	ไม่ดี	-4.75	< 0.001*
การลดการใช้ยาที่เสี่ยงต่อการหกล้ม	4.19	1.38	ดี	6	0.00	ดี	-6.79	< 0.001*
การปรับเปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้า ๆ และ การสวมใส่เสื้อผ้าและรองเท้าที่ถูกต้อง	19.44	2.76	ดี	23.44	0.50	ดี	-7.53	< 0.001*
การออกกำลังกายสร้างความแข็งแรงของ กล้ามเนื้อและการทรงตัว	4.74	1.48	ดี	5.78	0.42	ดี	-3.64	< 0.001*
การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม	17.26	1.60	ดี	21	0.00	ดี	-12.09	< 0.001*

* $p\text{-value} < 0.05$

3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มโดยรวมในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 46 (S.D. = 4.85) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 46.22 (S.D. = 5.25) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.88$) ส่วนหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 57.22 (S.D. = 0.80) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ 48.15 (S.D. = 4.81) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

(p -value < 0.001) และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมฯ รายด้าน พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพฤติกรรมป้องกันการหกล้มรายด้านทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันทั้ง 5 ด้าน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในด้านการตรวจตาและแก้ไขปัญหายายตา ด้านการลดการใช้ยาที่เสี่ยงต่อการหกล้ม ด้านการปรับเปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้า ๆ และการสวมใส่เสื้อผ้าและรองเท้าที่ถูกต้อง และด้านการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) แต่พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัวที่ไม่แตกต่างกัน (p -value = 0.06) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

คะแนนพฤติกรรม ป้องกันการหกล้ม	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	P-value
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล		
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ								
คะแนนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มโดยรวม	46.00	4.85	ดี	46.22	5.25	ดี	-0.16	0.88
การตรวจตาและแก้ไขปัญหายายตา	0.37	0.69	ไม่ดี	0.30	0.67	ไม่ดี	0.40	0.69
การลดการใช้ยาที่เสี่ยงต่อการหกล้ม	4.19	1.38	ดี	4.22	1.42	ดี	-0.09	0.92
การปรับเปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้า ๆ และการสวมใส่เสื้อผ้าและรองเท้าที่ถูกต้อง	19.44	2.76	ดี	19.56	2.89	ดี	-0.19	0.85
การออกกำลังกายสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว	4.74	1.48	ดี	4.74	1.48	ดี	0.00	1.00
การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม	17.26	1.60	ดี	17.36	1.76	ดี	-0.24	0.81
หลังได้รับโปรแกรมฯ								
คะแนนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มโดยรวม	57.22	0.80	ดี	48.15	4.80	ดี	9.65	<0.001*
การตรวจตาและแก้ไขปัญหายายตา	1	0.00	ไม่ดี	0.26	0.44	ไม่ดี	8.61	< 0.001*
การลดการใช้ยาที่เสี่ยงต่อการหกล้ม	6	0.00	ดี	4.22	1.45	ดี	6.37	< 0.001*
การปรับเปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้า ๆ และการสวมใส่เสื้อผ้าและรองเท้าที่ถูกต้อง	23.44	0.50	ดี	20.41	2.53	ดี	6.11	< 0.001*
การออกกำลังกายสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว	5.78	0.42	ดี	5.30	1.23	ดี	1.91	0.06
การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม	21	0.00	ดี	17.96	2.39	ดี	6.59	< 0.001*

* p -value < 0.05

การอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันการหกล้มต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า คะแนนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโดยรวมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และเมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมรายด้านในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ทุกด้าน และเป็นที่น่าสังเกตกรณีคะแนนเฉลี่ยในพฤติกรรมรายด้านของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น แต่การแปลผลระดับคะแนนไม่เปลี่ยนแปลง อาจเนื่องมาจากเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนมีความกว้าง หรือกรณีที่คะแนนพฤติกรรมเริ่มต้นสูงอยู่แล้ว ซึ่งการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมฯ สะท้อนถึงการพัฒนาความรู้ในการป้องกันการหกล้ม ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ดีขึ้นภายในเกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนเดิม (Polit & Beck, 2021) แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงคะแนนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโดยรวมในกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ยังคงสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมฯ เป็นกิจกรรมการส่งเสริมทักษะความรู้ในการป้องกันการหกล้ม 6 ทักษะ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

ขั้นตอนการเข้าถึงข้อมูลเป็นกิจกรรมการฝึกทักษะการเข้าถึงข้อแหล่งมูลและการรู้เท่าทันสื่อ ในการป้องกันการหกล้ม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือและวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ สาริต และ จัดกิจกรรมกลุ่มฝึกค้นหาข้อมูลจากคู่มือฯ และเว็บไซต์ กลุ่ม ๆ ละ 1 หัวข้อ (การออกกำลังกายป้องกันการหกล้ม การเลือกรองเท้าและการแต่งกายที่เหมาะสม และการใช้ยาที่เสี่ยงต่อการหกล้ม) และแต่ละกลุ่มนำเสนอแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สรุปเนื้อหา กิจกรรม โดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถามข้อสงสัยใช้เทคนิคสอนกลับ และกล่าวชื่นชมเมื่อตอบได้ถูกต้องซึ่งเป็นการเสริมแรงบวก กระบวนการดังกล่าวจึงส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลได้หลายแหล่ง และได้รับข้อมูลที่ถูกต้องที่จะนำไปปฏิบัติป้องกันการหกล้ม สอดคล้องกับขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2564) ที่กล่าวว่า การส่งเสริมทักษะการเข้าถึงแหล่งข้อมูลเป็นการฝึกความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลและตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล เช่น ฝึกใช้สมาร์ตโฟน บัตรคำค้น และมอบหมายค้นหาข้อมูลจากสื่อสิ่งพิมพ์และสื่อออนไลน์ เป็นต้น

ขั้นตอนเข้าใจเป็นกิจกรรมส่งเสริมทักษะความรู้ความเข้าใจ ผู้วิจัยออกแบบสื่อการสอนและคู่มือฯ โดยเน้นสื่อที่มีภาพประกอบ และพูดด้วยน้ำเสียงที่ชัดเจน โดยใช้ไมโครโฟน ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงศัพท์ทางการแพทย์ ประกอบด้วย การทบทวนเนื้อหาก่อนหน้า กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และตรวจสอบความรู้ความเข้าใจโดยใช้เทคนิคการสอนกลับ และให้คำแนะนำเพิ่มเติม โดยเนื้อหาประกอบด้วย สาเหตุ ผลกระทบ วิธีการป้องกันการหกล้ม หลักการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ และกิจกรรม

ออกกำลังกายโอทาโกร่วมกัน และกล่าวเน้นย้ำให้ออกกำลังกายอาทิตย์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที กระบวนการดังกล่าวจึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจถึงสาเหตุ ปัจจัย และวิธีการป้องกันการหกล้มที่ครอบคลุมมากขึ้น สอดคล้องกับ Nutbeam (2015) กล่าวว่า การส่งเสริมทักษะความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การยกระดับหน่วยบริการสุขภาพวางแผนเตรียมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ เช่น พัฒนาสื่อ เนื้อหา วิธีการสอน ให้เข้าใจ เข้าถึงได้ง่าย และหลายช่องทาง เป็นการส่งเสริมทักษะความรู้ความเข้าใจให้กับผู้สูงอายุ

ขั้นตอนการโต้ตอบ ซักถาม แลกเปลี่ยน เป็นกิจกรรมส่งเสริมทักษะการสื่อสาร Nutbeam (2015) กล่าวว่า บุคลากรด้านสุขภาพควรเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ซักถามแลกเปลี่ยนข้อมูล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงให้ผู้สูงอายุทำการบ้าน (ใบงานการตรวจตา การเลือกรองเท้าและการแต่งกายที่เหมาะสม และยาที่เสี่ยงต่อการหกล้มและการป้องกัน ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า) เพื่อนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติม กิจกรรมสาธิตและสาธิตย้อนกลับการตรวจตา การเปลี่ยนอิริยาบถ การตรวจสอบยาที่เสี่ยงหกล้ม และการสำรวจ พื้นรองเท้า และยกตัวแบบผู้สูงอายุที่สวมรองเท้าและแต่งกายได้เหมาะสม ซึ่งผู้สูงอายุให้ความสนใจในการฝึกปฏิบัติเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ผู้วิจัยได้กล่าวเน้นย้ำให้ผู้สูงอายุปรึกษาแพทย์เมื่อพบอาการเวียนศีรษะ ขณะเปลี่ยนท่าบ่อยครั้ง ไม่ซื้อยามารับประทานด้วยตนเอง และตรวจสายตาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง นอกจากนี้ ในกิจกรรมถามคำถามสุขภาพกับบุคลากรด้านสุขภาพ (Ask Me 3) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบและให้คำแนะนำเพิ่มเติมถึงความเหมาะสมของคำถามและกล่าวชื่นชม เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถามข้อสงสัยและใช้เทคนิคการสอนกลับ กิจกรรมเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ฝึกทักษะการสื่อสารด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียน สอดคล้องกับ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2564) และปาณิสรา บุญยรัตกลิน (2563) กล่าวว่า การส่งเสริมทักษะการสื่อสาร ได้แก่ การใช้คำถามสุขภาพ 3 ข้อ สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการใช้คำถาม ใช้การสื่อสารสองทาง และการจัดเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสุขภาพ เป็นต้น

ขั้นตอนการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เกิดการปฏิบัติป้องกันการหกล้ม และขั้นตอน การสื่อสารและการบอกต่อ เป็นการฝึกทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการสื่อสาร ผู้วิจัยออกแบบ กิจกรรมให้มีเนื้อหาที่ต่อเนื่องสอดคล้องกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจง่ายขึ้น ประกอบด้วย การให้ความรู้และ ยกตัวอย่างถึงวิธีการตัดสินใจ โดยใช้ตารางวิเคราะห์ข้อดีข้อเสีย และวิธีการจัดการตนเองที่ใช้เทคนิคการเตือนตัวเอง และจับคู่ฝึกบอกเล่าถึงวิธีการตัดสินใจ แผนการจัดการตนเอง และโน้มน้าวบอกต่อผู้สูงอายุท่านอื่นในประเด็น ดังกล่าว รวมทั้งให้ตัวแทนผู้สูงอายุออกมาแนะนำเสนอการฝึกบอกเล่า เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยผู้วิจัยให้ ข้อเสนอแนะและกล่าวชื่นชม กระบวนการดังกล่าวจะทำให้ผู้สูงอายุได้ทราบถึงหลักการตัดสินใจ และมีแผนการจัดการตนเองที่จะนำไปปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ประสบผลสำเร็จได้มากขึ้น และสามารถที่จะนำไป บอกต่อให้ผู้สูงอายุท่านอื่นให้นำไปปฏิบัติได้ สอดคล้องกับขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2564) กล่าวว่า การส่งเสริม ทักษะการตัดสินใจเป็นความสามารถในการเลือกและปฏิเสธที่มีหลักการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย พร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยอาศัยข้อมูล และประสบการณ์ เทคนิคที่ใช้ เช่น แบบตรวจสอบรายการ

แสดงเพื่อให้ตรวจสอบ แผนภูมิแก่งปลา และตารางวิเคราะห์ข้อดีข้อเสีย เป็นต้น การส่งเสริมทักษะการจัดการตนเอง โดยใช้เทคนิคการเตือนตัวเองดังได้กล่าวข้างต้น

การฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูล การรู้เท่าทันสื่อ ความเข้าใจ และการสื่อสาร ทำให้ผู้สูงอายุมีหลักในการตัดสินใจและจัดการตนเอง เพื่อบรรลุพฤติกรรมป้องกันการหกล้มได้ดียิ่งขึ้น ยังส่งเสริมความรู้ชั้นวิจารณ์ญาณที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถวิเคราะห์ ตัดสินใจ จัดการตนเอง และถ่ายทอดความรู้สู่ผู้อื่นในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มได้อย่างเหมาะสม เห็นได้จากการติดตามผลคะแนนความรู้ในการป้องกันการหกล้มในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 พบว่าคะแนนความรู้ของผู้สูงอายุทุกคนอยู่ในระดับสูง จึงส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ได้ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน การวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์ และผจงจิต ไกรถาวร (2564) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม

2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน แต่เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายด้าน พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีเพียงพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายที่ไม่แตกต่างกัน อาจเกิดจากกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลหรือได้รับข้อมูลความรู้ในเรื่องการออกกำลังกายป้องกันการหกล้มจากแหล่งอื่น ซึ่งเป็นปัจจัยรบกวนที่ไม่ได้ถูกควบคุมในการศึกษาครั้งนี้ แต่อย่างไรงานวิจัยนี้อาจมีข้อจำกัดบางประการ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นเพศหญิง ซึ่งการศึกษาของ กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์ และผจงจิต ไกรถาวร (2564) พบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มดีกว่าผู้สูงอายุชาย เนื่องจากมีความใส่ใจต่อสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุชาย แต่จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปพบว่า ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ดังนั้น การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มสูงกว่ากลุ่มควบคุมอาจเป็นเพราะกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ ที่เป็นการส่งเสริมทักษะใหม่ด้านความรู้ในการป้องกันการหกล้ม จึงทำให้มีคะแนนความรู้ในการป้องกันการหกล้มที่เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯ นี้มีประสิทธิผลที่จะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม เกิดความมั่นใจในตนเอง มีแรงจูงใจ ที่จะตัดสินใจและจัดการตนเองให้ปฏิบัติและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมป้องกันการหกล้มได้ จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับเพียงการพยาบาลตามปกติ

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. พยาบาลหรือบุคลากรด้านสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถนำรูปแบบกิจกรรมของโปรแกรมฯ ไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะความรู้ในการป้องกันการหกล้มตามบริบทของผู้สูงอายุได้ เช่น เน้นการส่งเสริมด้านพฤติกรรมตรวจตาและแก้ไขปัญหาสายตา

2. บุคคลที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุในชุมชน เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ สามารถนำโปรแกรมฯ นี้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาหลักสูตรหรือจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลโปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุเพศชายและผู้สูงอายุตอนปลาย เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ เนื่องจากงานวิจัยมีข้อจำกัดเรื่องกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงและส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้นและตอนกลาง

2. ควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มบุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุร่วมด้วยเนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มมากขึ้นจะมีความเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้นด้วย ผู้ดูแลจะมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยป้องกันการหกล้มให้กับผู้สูงอายุได้

เอกสารอ้างอิง

- กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์ และผจงจิต ไกรถาวร. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้มกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 27(3), 331-342.
- กรมควบคุมโรค. (2566). *เตรียมพร้อมผู้สูงวัย ปลดภัยจากหกล้ม*. สืบค้นเมื่อ 13 กุมภาพันธ์ 2566 จาก <https://ddc.moph.go.th/odpc5/news.php?news=37415&deptcode=odpc5>.
- กรมควบคุมโรค. (2565). *ข้อมูลพลัดตกหกล้ม*. สืบค้นเมื่อ 13 กุมภาพันธ์ 2566 จาก <https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=23567&deptcode=>.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564*. กรุงเทพฯ: ฌฉฉฉฉฉฉฉฉฉฉ.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2564). *ความรู้ด้านสุขภาพ กระบวนการ ปฏิบัติ เครื่องมือประเมิน*. กรุงเทพฯ: โอดี ออล ดิจิตอล พรินท์.
- จารุภา เลขทิพย์, ธีระ วรณารัตน์, ศักรินทร์ ภูพานิล และศราวุธ ลาภมณีนธ์. (2562). ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 26(1), 85-103.
- จิตติมา ทาสวรรณอินทร์ และกรรณิการ์ เทพกิจ. (2560). ผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(3), 186-195.
- ปรีดา สารลักษณ์ และวรารัตน์ ทิพย์รัตน์. (2565). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในเขตเทศบาลนครตรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 15(2), 1-13.
- ปาณิสรา บุญยรัตกลิน. (2563). บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนกับการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 13(1), 63-75.

เพ็ญรุ่ง วรรณดี, จิรพรรณ โพธิ์ทอง และอุมากร ใจยังยืน. (2563). การศึกษาสถานการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุ
ในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 14(34), 126-141.

วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, จริญญารัตน์ รอดเนียม และพีรวิทย์ สุวรรณเวลา. (2565). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความ
รอบรู้ด้านสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลพฤติกรรม
ป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 14(3), 72-91.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2561). *แบบคัดกรองผู้สูงอายุระดับชุมชน*. สืบค้นเมื่อ 13 กุมภาพันธ์ 2566
จาก https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/181112154199934579.pdf.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่. (2566). *โครงการการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุจังหวัดแพร่*.
แพร่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่.

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2564). *ยากันล้ม คู่มือป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ*. สืบค้น 13 กุมภาพันธ์ 2566
จาก <https://thaitgri.org/?p=36204>.

Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Older adult falls data*. Retrieved March 7, 2024 from <https://www.cdc.gov/falls/data-research/index.html>.

Montero-Odasso, M., et al. (2022). Global guidelines for falls in older adults. World guidelines for falls prevention and management for older adults: A global initiative. *Age Ageing*, 51(9), 1-36. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>

Nutbeam, D. (2015). Defining, measuring and improving health literacy. *Health Evaluation and Promotion*, 42(4), 16-21.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

World Health Organization. (2021). *Falls*. Retrieved March 7, 2024 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>.

การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุไตวายเรื้อรัง ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

Social Support and Caregiver Burden among Caregivers of Older Adults with Chronic Kidney Failure Receiving Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

สิริกานต์ กรณ์ยัวัฒนกุล¹, กาญจนา ธานะ^{1*}, เดชา ทำดี¹

Sirikaan Karanwattanakul¹, Kanjana Thana^{1*}, Decha Tamdee¹

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่¹

Faculty of Nursing, Chiang Mai University¹

(Received: April 29, 2025; Revised: June 24, 2025; Accepted: August 8, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมและการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่ขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 123 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพทั่วไปของผู้ดูแล แบบประเมินภาระการดูแล และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 54.57 ปี (S.D. = 6.99) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.31) และมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะของบุตรหรือสะใภ้ (ร้อยละ 60.17) ผู้ดูแลมีระดับการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.88, S.D. = 0.75; Mean = 51.97, S.D.=7.63) ตามลำดับ ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง กับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ($r = -0.60, p\text{-value} < 0.001$) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในด้านการดูแลเพื่อช่วยลดภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องได้

คำสำคัญ: การสนับสนุนทางสังคม, ภาระการดูแล, ผู้สูงอายุ, ไตวายเรื้อรัง

*ผู้ให้การติดต่อ กาญจนา ธานะ e-mail: kanjana.tha@cmu.ac.th

Abstract

This descriptive correlational study aimed to examine the relationship between social support and caregiver burden among caregivers of older adults with chronic kidney failure receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). The sample consisted of 123 primary caregivers of older adults with chronic kidney failure undergoing CAPD, who were registered at San Sai Hospital, Chiang Mai Province. The sample was selected using purposive sampling. The research instruments included a personal and general health information questionnaire for caregivers, a caregiver burden scale, and a social support scale for caregivers of older adults with chronic kidney failure receiving CAPD. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

The findings revealed that the participants had a mean age of 54.57 years (S.D. = 6.99), with the majority being female (81.31%). Most caregivers were either the children or daughters-in-law of the older adults (60.17%). The caregivers reported moderate levels of social support and perceived caregiver burden (Mean = 3.88, S.D. = 0.75; Mean = 51.97, S.D. = 7.63, respectively). Social support was found to have a moderate negative correlation with perceived caregiver burden among caregivers of older adults with chronic kidney failure receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis ($r = -0.60$, $p\text{-value} < 0.001$). These findings may serve as a foundation for healthcare professionals to develop interventions aimed at reducing caregiver burden in this population.

Keywords: Social Support, Caregiver Burden, Older Adults, Chronic Kidney Failure

บทนำ

ปัจจุบันโรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่ทุกประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญ เนื่องจากเป็นโรคที่ต้องการดูแลรักษาระยะเวลายาวนานและมีค่าใช้จ่ายสูง ส่งผลกระทบต่อประชากรมากกว่าร้อยละ 10 หรือประมาณ 843.6 ล้านคนทั่วโลก (Kovesdy, 2022) ในประเทศสหรัฐอเมริกา จากรายงานของ Centers for Disease Control Prevention (2023) พบว่า โรคไตเรื้อรังพบมากที่สุดและผู้สูงอายุที่อายุ 65 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 34 ซึ่งเป็นจำนวนที่มากกว่าช่วงอายุอื่น ๆ สำหรับในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 71.03 (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ส่วนจังหวัดเชียงใหม่พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 67.98 ซึ่งเป็นจำนวนผู้ป่วยที่สูงกว่าวัยอื่น ๆ (โรงพยาบาลนครพิงค์, 2566) จากนโยบายสาธารณสุขของประเทศไทยที่ส่งเสริมและสนับสนุนการบำบัดทดแทนไตที่บ้านเป็นทางเลือกแรกของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง เพื่อชะลอความเสื่อม

{2/20}

ของไตและเพื่อทดแทนไตในส่วนที่ไม่สามารถจัดของเสียที่ค้างอยู่ในร่างกาย (คมกฤษ สุทธศรี, 2560) ทั้งนี้ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว (กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, 2565) การล้างไตทางช่องท้องเป็นวิธีที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุเพราะกระบวนการทำความสะอาดของน้ำในร่างกายได้อย่างต่อเนื่อง ทำได้ในพื้นที่ห่างไกล โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางไปพบแพทย์บ่อย ๆ อีกทั้งยังสามารถดำรงชีวิตอยู่ในบ้านและสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย (พณิณา โกยกุล, 2564)

จากการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการสูงอายุที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตที่บ้านมีความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแล เพื่อดำเนินกิจกรรมการล้างไตทางช่องท้องที่บ้าน การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย ความต้องการการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสรีรวิทยาจากท่อล้างไตหลังกลับไปอยู่ที่บ้าน เช่น น้ำยาไม่ไหล (ศิริอร สันธ, 2565) นอกจากความต้องการการช่วยเหลือทางร่างกายแล้ว ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังยังต้องการการดูแลด้านจิตใจ รวมถึงการมีส่วนร่วมรับรู้สถานการณ์ปัญหาและสภาวะโรคของตน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในแนวทางการรักษา เมื่อผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังยังต้องการการเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ เพื่อคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าในตัวเอง และเป็นการแสดงออกถึงการเคารพนับถือจากบุตรหลานตามวัฒนธรรมไทย (คมกฤษ สุทธศรี, 2566) ด้วยเหตุนี้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลที่บ้านในการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านจิตใจและร่างกายโดยเฉพาะการให้การดูแลการล้างไตหน้าท้อง การสังเกตอาการข้างเคียงและแก้ไขภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการล้างไต ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถละทิ้งผู้สูงอายุ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้องอาจส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายของผู้ดูแลที่ขาดการพักผ่อน ทำให้เกิดความอ่อนเพลีย เกิดความเจ็บป่วยทางกาย ปวดหลังปวดเอวจากการยกเคลื่อนย้ายถุงน้ำยาและจากการช่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หากผู้ดูแลมีโรคประจำตัวอาจบดบังพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเอง (คมกฤษ สุทธศรี, 2560) ทางด้านจิตใจผู้ดูแลมักเกิดความเครียด ห่อเหี่ยวและหมดกำลังใจในการดูแล ผู้ดูแลบางรายมีหลายบทบาท การทำหน้าที่แต่ละบทบาทไม่เต็มที่ ก่อให้เกิดความกังวลซึ่งพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายร้อยละ 32 มีภาวะซึมเศร้า (Adejumo, Iyawe, Akinbodewa, Abolarin, & Alli, 2019) และยังพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความเครียด ร้อยละ 44.9 (ณัฐพงศ์ เป็นลาภและธีรยุทธ รุ่งนิรันดร์, 2560) นอกจากนี้แล้วการดูแลผู้สูงอายุเต็มเวลาอาจทำให้ผู้ดูแลผู้ดูแลเสียโอกาสในการประกอบอาชีพ ไม่สามารถทำงานประจำได้ บางรายอาจจะต้องลาออกจากงานประจำ ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจทำให้ครอบครัวมีรายได้ลดลง เงินไม่พอใช้ (Vovlianou et al., 2023) อีกทั้งผู้ดูแลไม่สามารถหาเวลาส่วนตัวเพื่อการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมนอกบ้านได้ (Shah et al., 2017) ผลกระทบที่กล่าวมาทั้ง 4 ด้านส่งผลให้ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระ (Caregiver Burden)

จากการทบทวนพบว่า ปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาระ เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการดูแล การรับรู้สถานะทางการเงิน เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถปรับแก้ไขได้

(Vovlianou et al., 2023; Abed, Khalifeh, Khalil, Darawad, & Moser, 2020) และปัญหาภาระของผู้ดูแลมักเป็นปัญหาที่ถกมองข้าม หน่วยบริการสุขภาพมักจะมุ่งเน้นไปที่การดูแลรักษาโรคของผู้สูงอายุไต้หวันเรื่อยๆ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าไม่ได้รับการใส่ใจและให้การสนับสนุนช่วยเหลือในกระบวนการดูแลผู้สูงอายุไต้หวันเรื่อยๆ ดังกล่าว ยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่าผู้ดูแลได้รับการดูแลสนับสนุนจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว เพื่อนบ้าน และจากชุมชนค่อนข้างน้อย ส่งผลให้การไม่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น ๆ ดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระมากขึ้น (ภาคภูมิ มนัสวรกิจ, 2564) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าหากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนในทางสังคมจากบุคลากรสุขภาพ สมาชิกในครอบครัว รวมไปถึงเพื่อนบ้านอย่างเพียงพอในทุกๆ ด้าน การรับรู้ความรู้สึกเป็นภาระก็จะน้อยลง ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น (รวิวรรณ กลิ่นสุวรรณ, นันทิยา วัฒนา และนันทวรรณ สุวรรณรูป, 2560)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลรอบตัว ประกอบด้วย ครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญอื่นที่มีความเกี่ยวข้องกัน (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988) ผู้ที่มีเครือข่ายการสนับสนุนที่ดีจะช่วยให้เกิดการปรับตัวและแก้ปัญหาได้ดี ทำให้รับมือกับภาระการดูแลและเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิตได้ดีขึ้น (กันธิมา ศรีหมากสุก, เสาวนีย์ ฐปหอม, ชวัลณัฐ รุ่งจิตรเจริญ, ธนาร์ตน์ พลัฒไชย, ขวนพิศ ศิริไพบูลย์ และอิทธิพล ดวงจินดา, 2565) จากการศึกษาของเทา และคณะ (Tao et al., 2020) ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุไต้หวันที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในประเทศจีน พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ และพบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยของนิพร ชัดตา, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ และอภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ (2561) ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยไต้หวันที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่เข้ารับการรักษาในคลินิกไตเสื่อมโรงพยาบาลลำปาง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ หากผู้ดูแลผู้ป่วยไต้หวันที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอย่างเพียงพอย่อมทำให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญต่อกิจกรรมการดูแลและรับรู้ภาระการดูแลในระดับต่ำ

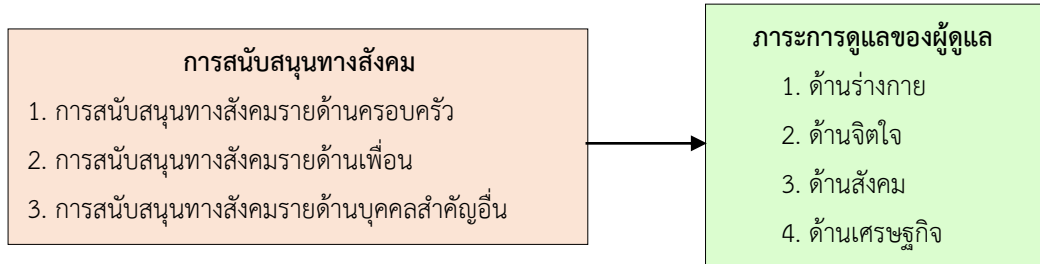
ในการศึกษาที่ผ่านมาของประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาที่จำเพาะเจาะจงกับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุจึงมีความสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุไต้หวันที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการปัญหาภาระของผู้ดูแลซึ่งถือเป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ถ้าหากผู้ดูแลมีระดับภาระการดูแลที่ต่ำ ย่อมส่งผลถึงคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการสนับสนุนทางสังคมและการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นภาระที่หนัก และยาวนาน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและใจของผู้ดูแล นำไปสู่การรับรู้ด้านลบต่ออารมณ์ สุขภาพ ชีวิตทางสังคม และสถานะการเงิน ตามแนวคิดภาระการดูแลที่พัฒนาโดยซาริต และคณะ (Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980) พบว่าการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือ การสนับสนุนจากบุคคล หรือกลุ่มบุคคลจากแหล่งสนับสนุนจาก 1) ครอบครัว 2) เพื่อน และ 3) บุคคลสำคัญอื่นที่มีความเกี่ยวข้องกัน หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะช่วยให้มีการปรับตัวที่เหมาะสม ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี การรับรู้ภาระการดูแลผู้สูงอายุก็จะลดลง ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Design) ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 11 กันยายน พ.ศ. 2567 ถึง วันที่ 10 กันยายน พ.ศ. 2568 ณ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรค

ไต้หวันเรื้อรังของโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 180 คน (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ และสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เขตสุขภาพที่ 1, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วย โรคไตวายเรื้อรังของโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience Sampling) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางของเครซี และ มอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ของประชากรทั้งหมดที่ต้องการศึกษา จำนวน 180 คน ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 123 คน โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก

1. เป็นสมาชิกในครอบครัวอายุ 20 ปีขึ้นไป กรณีผู้ดูแลอายุมากกว่า 60 ปีคัดกรองโดยใช้แบบประเมิน สถิติปัญหาการรู้คิดฉบับสั้น (The Short Portable Status Questionnaire (SPMSQ) (Pfeiffer, 1975) ฉบับ ภาษาไทยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ซึ่งต้องได้คะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป

2. ทำหน้าที่หลักในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง แบบต่อเนื่อง 4 รอบ/วัน หลังจากผ่าตัดดวงสาย (Tenckhoff Catheter) ในช่องท้อง 6 สัปดาห์ขึ้นไป

3. สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้

4. มีความสนใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

มีความบกพร่องทางสติปัญญาจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพปัจจุบัน รายได้เฉลี่ย ของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ โรคประจำตัว ประสบการณ์ในการดูแล ผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาพักระหว่างวัน เพศของผู้สูงอายุที่ดูแล อายุของผู้สูงอายุที่ดูแล โรคประจำตัวอื่นของผู้สูงอายุที่ดูแล ระยะเวลาการล้างไตของผู้สูงอายุที่ดูแล และจำนวนผู้ช่วยเหลือในการดูแล ผู้สูงอายุ

2. แบบประเมินภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Caregiving Burden Interview) ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน Zarit Burden Interview ที่พัฒนาโดย ซาริท และคณะ (Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980) ฉบับแปลภาษาไทยโดยชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ, และวรรณรัตน์ ลาวัณ (2554) ลิขสิทธิ์สถาบัน Mapi Research Trush (Mapi Research Trush, 2022)

ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ซึ่งลักษณะคำถามจะประเมินอย่างครอบคลุม ในองค์ประกอบของภาระการดูแล ได้แก่ ภาระการดูแลด้านร่างกาย (9 ข้อ) ภาระการดูแลด้านจิตใจ (4 ข้อ) ภาระการดูแลด้านสังคม (5 ข้อ) และภาระการดูแลด้านเศรษฐกิจ (4 ข้อ) แบบสอบถามเป็น Linkert Scale 5 ระดับ คือไม่เคยเลย (0 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (1 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) บ่อยครั้ง (3 คะแนน) และประจำ (4 คะแนน) โดยมีคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-88 คะแนน หมายถึงสามารถแปลผลคะแนนได้ดังนี้ คะแนน 0-20.99 หมายถึง ไม่เป็นความรู้สึกภาระ คะแนน 21.00-40.99 หมายถึง ความรู้สึกภาระน้อย คะแนน 41.00-60.99 หมายถึง ความรู้สึกภาระปานกลาง และ คะแนน 61.00-88.00 หมายถึง ความรู้สึกภาระมาก

3. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุไต้หวันเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)) ของซิมเมท และคณะ (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดย ณัททัย วงศ์ปการันย์ และทินกร วงศ์ปการันย์ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2012) ประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ โดยประเมินการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ การประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว (ข้อ 3 ข้อ 4 ข้อ 8 และ ข้อ 11) การประเมินการสนับสนุนจากเพื่อน (ข้อ 6 ข้อ 7 ข้อ 9 และ ข้อ 12) และการประเมินการสนับสนุนจากบุคคลพิเศษ (ข้อ 1 ข้อ 2 ข้อ 5 และ ข้อ 10) แบบสอบถามเป็นแบบ Linkert Scale 7 ระดับ คือ รู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างมาก (1 คะแนน) รู้สึกไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) รู้สึกไม่เห็นด้วยเล็กน้อย (3 คะแนน) รู้สึกเฉย ๆ (4 คะแนน) รู้สึกเห็นด้วยเล็กน้อย (5 คะแนน) รู้สึกเห็นด้วย (6 คะแนน) และ รู้สึกเห็นด้วยอย่างมาก (7 คะแนน) จากนั้นจะคิดคะแนนเฉลี่ย โดยมีการแปลผลคะแนนดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.99 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 3.00-5.00 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 5.10-7.00 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

แบบประเมินภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุไต้หวันเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และแบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุไต้หวันเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว โดยมีค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเท่ากับ 0.92 และ 0.88 ตามลำดับ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเนื้อหาใด ๆ จึงไม่ทำการทดสอบซ้ำ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุไต้หวันเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุไต้หวันเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ไปทดสอบความเชื่อมั่นกับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุไต้หวันเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง

อย่างต่อเนื่องที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย (Gray, Grove, & Sutherland, 2016) เพื่อหาความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.87 และ 0.80 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เสนอต่อสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงใหม่ และโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อขออนุญาต ในการดำเนินการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย
2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล เจ้าหน้าที่ประจำแผนกคลังไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลสันทราย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์ ประสานงานและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยขออนุญาตหน่วยงานเพื่อประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย ประกาศรับสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไตวายเรื้อรังที่สนใจเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยผ่านโปสเตอร์ ระยะเวลา 1 เดือน โดยอาสาสมัครที่ประสงค์ เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย สามารถติดต่อกลับผู้วิจัยหรือเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ปิดประกาศ
4. ผู้วิจัยทำการรวบรวมรายชื่ออาสาสมัครที่มีความประสงค์เข้าร่วมการวิจัย
5. ผู้วิจัยนัดหมายอาสาสมัครที่มีความประสงค์เข้าร่วมการวิจัยทางโทรศัพท์เพื่อเข้าพบในวันที่แพทย์นัด มาติดตามอาการ กรณีที่ผู้ดูแลมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทำการคัดกรองการรับรู้ของผู้ดูแลที่ประสงค์เข้าร่วมวิจัย โดยใช้แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น ของไฟฟ์เฟอร์ (Pfeiffer, 1975) ฉบับภาษาไทยของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ถ้าคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยจะคัดออกและแจ้งให้ทราบว่าไม่ผ่านเกณฑ์ และ หากคะแนนอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดจะได้รับการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย หลังจากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย
6. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังที่ได้รับการ ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โดยวิธีการให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามดังต่อไปนี้ (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลสุขภาพทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (2) แบบประเมิน ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และ (3) แบบประเมิน การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ใช้เวลา ประมาณ 45 นาที สถานที่เป็นห้องให้คำปรึกษา แผนกคลังไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลสันทราย
7. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลก่อนจะยุติการทำแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ข้อมูลภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Correlation Analysis) ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไวยาวัจกรที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โดยใช้สถิติโคโมโกรอฟ-สมิรโนฟ (Kolmogorov-Smirnov (KS)) ผลการทดสอบ พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ จึงทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation Coefficient) ซึ่งผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และใช้เกณฑ์พิจารณาระดับความสัมพันธ์ (Burns & Groove, 2009) ดังนี้ $r = +/- 0.01-0.29$ หมายถึง มีความสัมพันธ์กันทิศทางบวกหรือลบ ในระดับต่ำ (Small or Weak) $r = +/- 0.30-0.69$ หมายถึง มีความสัมพันธ์กันทิศทางบวกหรือลบ ในระดับปานกลาง (Medium or Moderate) และ $r = +/- 0.70-0.99$ หมายถึง มีความสัมพันธ์กันทิศทางบวกหรือลบในระดับสูง (Large or Strong)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อผ่านการพิจารณาและรับรองสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างเอกสารเลขที่ 117/2567 Study Code: 2567-EXP065 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง พร้อมทั้งลงลายมือชื่อในแบบสอบถามและสามารถถอนตัวจากการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล อีกทั้งให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ ผลการศึกษาที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งทำลายข้อมูลภายใน 3 ปี ที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไวยาวัจกรที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 81.31) มีอายุเฉลี่ย 54.57 ปี (S.D. = 6.99) มีอายุระหว่าง 40-60 ปี (ร้อยละ 73.98) เกือบครึ่งหนึ่งจบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 43.90) สถานภาพคู่มากที่สุด (ร้อยละ 65.85) ส่วนใหญ่ อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 40.65) และเกษตรกรรม (ร้อยละ 34.15) ด้านรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 5001-10,000 บาท (ร้อยละ 44.72) นอกจากนี้ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุเป็นบุตร/สะใภ้มากที่สุด (ร้อยละ 60.17) ภาวะสุขภาพ

ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 53.66) และมีระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุต่ำกว่า 5 ปี (ร้อยละ 83.74) สำหรับ ชั่วโมงการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละวัน มากกว่า 9 ชั่วโมง (ร้อยละ 60.98) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีเวลาพักผ่อน 5-8 ชั่วโมง ต่อวัน (ร้อยละ 92.68) นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่มีภาระงานอื่นนอกเหนือจากการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 83.74) และมีคนคอยช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 79.67) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพของผู้ดูแล (n=123)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	100	81.31
ชาย	23	18.69
อายุ (ปี) (Range = 26-67 ปี, Mean = 54.57, S.D. = 6.99)		
น้อยกว่า 40	3	2.44
40-60	91	73.98
60 ขึ้นไป	29	23.58
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	54	43.90
มัธยมศึกษาตอนต้น	40	32.52
อนุปริญญา/ปวส.	15	12.20
ปริญญาตรี	14	11.38
สถานะ		
โสด	29	23.58
คู่	81	65.85
หม้าย/หย่า	13	10.57
อาชีพปัจจุบัน		
รับจ้าง	50	40.65
เกษตรกรกรรม	42	34.15
ค้าขาย / ทำธุรกิจส่วนตัว	23	18.69
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	4.07
ข้าราชการ / ข้าราชการบำนาญ	3	2.4
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
< 5,000	12	9.76
5,001-10,000	55	44.72
10,001-20,000	44	35.76
> 20,001	12	9.76

{10/20}

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ		
บุตร/บุตรเขย/บุตรสะใภ้	74	60.17
คู่สมรส/คู่ครอง	31	25.20
พี่น้อง	11	8.94
หลาน	7	5.69
โรคประจำตัว		
ไม่มี	66	53.66
มี	57	46.34
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มในการดูแลผู้สูงอายุ (ปี)		
< 5	103	83.74
6-10	20	16.26
จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุต่อวัน		
6-8 ชั่วโมง	48	39.02
9 ชั่วโมงขึ้นไป	75	60.98
จำนวนชั่วโมงที่ได้พักต่อวัน		
5-8 ชั่วโมง	114	92.68
9 ชั่วโมงขึ้นไป	9	7.32
ภาระงานอื่นของผู้ดูแล		
มี	103	83.74
ไม่มี	20	16.26
บุคคลที่คอยช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุ		
มี	98	79.67
ไม่มี	25	20.33

2. ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้สูงอายุไต้หวันเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

พบว่า คะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนต่ำสุด 2.33 คะแนน สูงสุด 5.67 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 3.88 คะแนน (S.D. = 0.75) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมรายด้านครอบครัว อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 5.66 คะแนน (S.D. = 1.04) รองลงมา คือ คะแนนการสนับสนุนทางสังคมรายด้านเพื่อน อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 3.13 คะแนน (S.D. = 1.15) และคะแนนการสนับสนุนทางสังคมรายด้านบุคคลสำคัญอื่น อยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.83 คะแนน (S.D. = 1.21) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคม โดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง (n=123)

การสนับสนุนทางสังคม	คะแนนที่เป็นไปได้	ช่วงคะแนนที่ได้ต่ำ-สูงสุด	Mean	ระดับ
1. การสนับสนุนทางด้านสังคมรายด้านครอบครัว	1.00-7.00	3.25-7.00	5.66 (1.04)	สูง
2. การสนับสนุนทางด้านสังคมรายด้านเพื่อน	1.00-7.00	1.00-6.25	3.13 (1.15)	ปานกลาง
3. การสนับสนุนทางด้านสังคมรายด้านบุคคลสำคัญอื่น	1.00-7.00	1.00-6.00	2.83 (1.21)	ต่ำ
4. การสนับสนุนทางด้านสังคมโดยรวม	1.00-7.00	2.33-5.67	3.88 (0.75)	ปานกลาง

3. ข้อมูลการการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุไต้หวันที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุไต้หวันที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 51.97 คะแนน (S.D. = 7.63) ซึ่งอยู่ในระดับความรู้สึการะปานกลาง โดยมีค่าคะแนนต่ำสุด 32.00 คะแนน และค่าคะแนนสูงสุด 65.00 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนการการดูแลของผู้ดูแลในผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องของกลุ่มตัวอย่าง (n=123)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	ช่วงคะแนนที่ได้ต่ำสุด-สูงสุด	Mean	ระดับ
การการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุไต้หวันที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง	0-88.00	32.00-65.00	51.97 (7.63)	ปานกลาง

4. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุไต้หวันที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ ทางลบกับการการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุไต้หวันที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องโดยรวม ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.60, p\text{-value} = < 0.001$) การสนับสนุนทางสังคมรายด้านจากครอบครัว ($r = -0.41, p\text{-value} = < 0.001$) และการสนับสนุนทางสังคมรายด้านจากบุคคลสำคัญอื่น ($r = -0.46, p\text{-value} = < 0.001$) มีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับปานกลางกับการการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุไต้หวันที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

ส่วนการสนับสนุนทางสังคมรายด้านจากเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ($r = -0.29$, $p\text{-value} = 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ($n=123$)

การสนับสนุนทางสังคม	ค่าความสัมพันธ์กับภาระการดูแลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน	P-value
จากครอบครัว	-0.41	<0.001*
จากเพื่อน	-0.29	0.01*
จากบุคคลสำคัญอื่น	-0.46	<0.001*
การสนับสนุนโดยรวม	-0.60	<0.001*

* $p\text{-value} < 0.05$

การอภิปรายผล

1. การสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จากผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อ จำแนกการสนับสนุนทางสังคมตามแหล่งสนับสนุน พบว่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ใน ระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง มีการรับรู้ถึงการ ช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุน 3 แหล่ง ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญอื่นที่มีความเกี่ยวข้องกัน ซึ่งเป็นไป ในทางเดียวกับ ญัฐพงศ์ เป็นลาภ และธีรยุทธ รุ่งนิรันดร์ (2560) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ใหญ่โรคไตเรื้อรังที่ได้รับ การล้างไตและรับการรักษาด้วยยาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ของผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้ดูแลผู้ใหญ่ โรคไตวายเรื้อรังของกรกฎ พร้อมสกุล และนลินี ยิ่งชาญกุล (2563) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ใหญ่ โรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและการฟอกเลือดในจังหวัดลำพูน พบว่า คะแนนของ การสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

การสนับสนุนทางสังคมรายด้านครอบครัวอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือ จากบุคคลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด กอปรกับบริบทของครอบครัวไทยที่อาศัยอยู่เป็นครอบครัวใหญ่ และให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน (ภัทรพรรณ ทำดี, 2560) นอกจากนี้แล้วจะเห็นได้ว่าจำนวนชั่วโมง การดูแลผู้สูงอายุในแต่ละวันมีมากกว่า 9 ชั่วโมงและยังมีภาระงานอื่นนอกเหนือจากการดูแลผู้สูงอายุ ในบางครอบครัวสมาชิกอาจช่วยแบ่งเบาภาระโดยการช่วยเหลืองานบ้าน การผลิตเปลี่ยนกันดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ ผู้ดูแลได้มีเวลาพัก สังคมไทยซึ่งให้ความสำคัญกับความผูกพันในครอบครัว เมื่อมีปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุ จึงได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลจากบุตร คู่สมรสหรือคนในครอบครัวเป็นอย่างดี ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าได้รับ

การสนับสนุนจากครอบครัวระดับที่สูง ซึ่งให้ผลการศึกษาเช่นเดียวกันกับผลการศึกษาของรวิวรรณ, กลิ่นสุวรรณ, นันทิยา วัฒนา และนันทวรรณ สุวรรณรูป (2560) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ใหญ่โรคไตวายเรื้อรังที่รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในในกลุ่มจังหวัดทางภาคกลางของประเทศไทย ที่พบว่าผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีในระดับสูงจากบุคคลในครอบครัวที่คอยให้การช่วยเหลือ เนื่องมาจากการมีทัศนคติที่ดีต่อการทดแทนพระคุณของบิดามารดาหรือการดูแลคู่สมรสที่เจ็บป่วย

2. ภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อยู่ในระดับความรู้สึกระหว่างกลางในการดูแล อาจเนื่องมาจากกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลจากโรงพยาบาลก่อนกลับไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เช่น การเปลี่ยนน้ำยาตามเวลาที่กำหนด ทั้งนี้ในการล้างไตทางช่องท้องนั้นผู้ดูแลสามารถวางแผนล่วงหน้าได้ การรับรู้ภาระการดูแลของญาติจึงไม่สูง

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร/บุตรเขย/บุตรสะใภ้ (ร้อยละ 60.17) รองลงมา คู่สมรส/คู่ครอง (ร้อยละ 25.20) ซึ่งทั้งสองสถานะนั้นเป็นบุคคลใกล้ชิดที่ต้องดูแลยามเจ็บป่วย นอกจากนี้แล้วการที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง บทบาททางวัฒนธรรมคาดหวังในการเป็นผู้ดูแลคนในครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยอยู่แล้ว ในขณะที่เดียวกันการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม รวมถึงการมีเครือข่ายทางสังคมที่มากขึ้นทำให้ลดการรับรู้ของภาระการดูแลลง สอดคล้องกับการศึกษาของวีเอร์รา และคณะ (Vieira et al., 2021) ที่ศึกษาภาระการดูแลในกลุ่มผู้ดูแลผู้ใหญ่ไตวายเรื้อรังในประเทศบราซิล พบว่าผู้ดูแลเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลมากกว่าผู้ดูแลเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) เช่นเดียวกับผลการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังที่รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ในประเทศจีนของเทา และคณะ (Tao et al., 2020) ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่เป็นเพศหญิงมีการรับรู้ภาระการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากเพศหญิงเป็นเพศที่มีความละเอียดอ่อน เอาใจใส่ในการดูแลได้ดีกว่าเพศชาย ในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป รองลงมาคือเกษตรกรซึ่งเป็นอาชีพที่ลักษณะการทำงานมีความยืดหยุ่น ทำบางช่วงเวลา หรือทำที่บ้านได้ ทำให้การรับรู้ภาระของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง

ในการศึกษานี้ พบว่าถ้าชั่วโมงในการดูแลที่มากขึ้น การรับรู้ภาระการดูแลจะเพิ่มขึ้นเนื่องจากผู้ดูแลจะรู้สึกเหนื่อยล้าที่ต้องรับผิดชอบต่อเนื่องเป็นเวลานานและไม่ได้พักผ่อนเพียงพอ สอดคล้องกับผลการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ใหญ่ไตวายเรื้อรังที่รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในประเทศเม็กซิโก ของอิเรียนดา และคณะ (Irianda-Gómez, Cruz, Chacón-Valladares, & Chávez-Valencia, 2020) ที่พบว่าจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ใหญ่ที่รับการล้างไตทางช่องท้องสามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาภาระการดูแลผู้ใหญ่โรคไตวายเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศซาอุดีอาระเบีย ของอัลซามารี และคณะ (Alshammari, Noble, McAneney, Alshammari,

& O'Halloran, 2023) ซึ่งพบว่าจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยสามารถทำนายการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องโดยรวมในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.60, p\text{-value} < 0.01$) การสนับสนุนทางสังคมรายด้านจากครอบครัว ($r = -0.41, p\text{-value} < 0.01$) และการสนับสนุนทางสังคมรายด้านจากบุคคลสำคัญอื่น ($r = -0.46, p\text{-value} < 0.01$) มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ส่วนการสนับสนุนทางสังคมรายด้านจากเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ($r = -0.29, p\text{-value} < 0.01$) อธิบายได้ว่าหากผู้ดูแลผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องรับรู้ว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับสูง การรับรู้การดูแลของผู้ดูแลจะรับรู้ว่าเป็นภาระ ซึ่งเป็นไปในทางเดียวกันกับผลการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในประเทศจีน ของเทา และคณะ (Tao et al., 2020) ที่พบการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ผู้ดูแลที่การสนับสนุนทางสังคมต่ำ มีผลทำให้รู้สึกว่าการดูแลเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับผลการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ใหญ่ไตวายเรื้อรัง ในประเทศบราซิล ของวีเอรา และคณะ (Vieira et al., 2021) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การสนับสนุนทางสังคมรายด้านจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง อธิบายได้ว่าหากผู้ดูแลรับรู้ว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในระดับสูง การรับรู้การดูแลของผู้ดูแลจะรับรู้ว่าเป็นภาระระดับปานกลาง เช่นเดียวกับผลการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ใหญ่ไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่เข้ารับการรักษาในคลินิกไตเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำปาง ของนิพร ชัดตา และคณะ (2561) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ดูแลผู้ใหญ่ไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอย่างเพียงพอจะมีผลต่อการรับรู้การดูแลที่น้อยลง

การสนับสนุนทางสังคมรายด้านจากบุคคลสำคัญอื่น มีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับปานกลางกับการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง อธิบายได้ว่าหากผู้ดูแลผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องรับรู้ว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัวจากบุคคลสำคัญอื่นในระดับสูง การรับรู้การดูแลของผู้ดูแลจะรับรู้ว่าเป็นภาระ ระดับปานกลาง เป็นไปใน

ทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของวีเอร์รา และคณะ (Vieira et al., 2021) ที่ทำการศึกษาระยะการดูแลในกลุ่มผู้ดูแลผู้ใหญ่ไตวายเรื้อรังในประเทศบราซิล พบว่าการได้รับการสนับสนุนรายด้านจากบุคคลสำคัญอื่น ซึ่งในการศึกษาบุคคลสำคัญอื่นหมายถึงเจ้าหน้าที่ฟอกไต พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาระการดูแล ส่วนการสนับสนุนทางสังคมรายด้านจากเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาระการดูแล ในผู้ดูแลผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง อธิบายได้ว่าหากผู้ดูแลผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องรับรู้ว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากเพื่อนในระดับต่ำ การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลจะรับรู้ว่าเป็นภาระระดับปานกลาง ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของวีเอร์รา และคณะ (Vieira et al., 2021) ที่ทำการศึกษาระยะการดูแลในกลุ่มผู้ดูแลผู้ใหญ่ไตวายเรื้อรังในประเทศบราซิล พบว่าการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มเพื่อนและกลุ่มเครือข่ายในชุมชน มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาระการดูแล ทั้งนี้จะพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล ถึงแม้ว่าวิถีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน ความแตกต่างด้านวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ องค์ความรู้ที่ต่างกัน ก็ยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามกับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลในระดับปานกลาง

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการปฏิบัติงาน บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในด้านการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อช่วยลดภาระของผู้ดูแลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น การพัฒนาสื่อแอปพลิเคชัน หรือแพลตฟอร์มระบบดิจิทัลการสนับสนุนทางสังคมเพื่อติดตามและช่วยเหลือการดูแลของผู้ดูแล การให้คำปรึกษา และข้อมูลข่าวสารเมื่อผู้สูงอายุเกิดภาวะฉุกเฉิน การติดต่อประสานงานเมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ
2. ด้านนโยบาย ได้ข้อเสนอแนะกับบุคคลผู้มีส่วนร่วมในการสร้างนโยบายสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น โดยการนำไปเป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ส่งเสริมการเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ช่วยให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี
3. ด้านการศึกษา สามารถนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนสำหรับพยาบาล ผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยให้ความสำคัญกับปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายของปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง
2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่บ้านสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคไตด้วยกัน

3. การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมผู้ดูแลหลักที่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุไต้หวันเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. พนิดา จันทโสภีพันธ์ รองคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำชี้แนะอันเป็นประโยชน์ยิ่งต่อการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยจนเสร็จสิ้น ตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่านที่ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ จนทำให้การวิจัยครั้งนี้ลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. (2565). *ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง*. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กรกฎ พร้อมสกุล และนลินี ยิ่งชาญกุล. (2563). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย: การศึกษาแบบภาคตัดขวางในคลินิกโรคไตอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน ประเทศไทย. *เชียงใหม่เวชสาร*, 60(1), 41-52.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *Health Data Center (HDC.)* สืบค้นเมื่อ 9 พฤษภาคม 2566 จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=e71a73a77b1474e63b71b1ccf727009ce&id=5d523ced4c9569123109fa6f4071d35f.
- กันธิมา ศรีหมากสุก, เสาวนีย์ รูปหอม, ชวัลณัฐ รุ่งจิตรเจริญ, ธนารัตน์ พลัฒาไชย, ขวณพิศ ศิริไพบูลย์ และอิทธิพล ดวงจินดา. (2565). การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในชุมชน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 15(2), 51-66.
- คมกฤษ สุทธศรี. (2560). *ภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชนัญชิดาคุชฎี ทูลศิริ, รัชนี สรรเสริฐ และวรรณรัตน์ ลาวัณ. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *การพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 62-75.
- ณัฐพงศ์ เป็นลาภ และธีรยุทธ รุ่งนิรันดร์. (2560). ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 60(4), 424-438.

- นิพร ชัดตา, ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ และอภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร
การดูแลและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง.
วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, 24(2), 108-129.
- พฤตนาถ โกยคุลย์. (2564). เยื่อบุผนังช่องท้องอักเสบของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในโรงพยาบาลพังงา.
วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 35(2), 1-13.
- ภัทรพรรณ ทำดี. (2560). ตัวตน สังคม วัฒนธรรม: เงื่อนไขสู่การสูงวัยอย่างมีศักยภาพของผู้สูงอายุ
จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสังคมศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 47(2), 1-25.
- ภาคภูมิ มั่นสรวงกิจ. (2564). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน จังหวัดราชบุรี. ห้วหินเวชสาร, 1(1), 11-21.
- รวิวรรณ กลิ่นสุวรรณ, นันทิยา วัฒนาญ และนันทวรรณ สุวรรณรูป. (2560). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล
ในครอบครัวผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. วารสารพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 29(1), 51-66.
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เขตสุขภาพที่ 1. (2566).
รายงานมาตรฐานปีงบประมาณ 2565-2566. สืบค้นเมื่อ 9 พฤษภาคม 2566 จาก
<https://hdc.moph.go.th/cmi/public/standardsubcatalog/e71a73a77b1474e63b71bccf727009ce>.
- โรงพยาบาลนครพิงค์. (2566). รายงานสถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2566. เชียงใหม่:
โรงพยาบาลนครพิงค์.
- ศิริอร สีนธ. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. นนทบุรี: สำนักพิมพ์เอ็มการพิมพ์.
- Abed, M. A., Khalifeh, A. H., Khalil, A. A., Darawad, M. W., & Moser, D. K. (2020). Functional health
literacy and caregiving burden among family caregivers of patients with end-stage renal
disease. *Research in Nursing & Health*, 43(5), 529-537. <https://doi.org/10.1002/nur.22060>
- Adejumo, O. A., Iyawe, I. O., Akinbodewa, A. A., Abolarin, O. S., & Alli, E. O. (2019). Burden,
psychological well-being and quality of life of caregivers of end stage renal disease
patients. *Ghana Medical Journal*, 53(3), 190-196. <https://doi.org/10.4314/gmj.v53i3.2>
- Alshammari, B., Noble, H., McAneney, H., Alshammari, F., & O'Halloran, P. (2023). Caregiver
burden in informal caregivers of patients in Saudi Arabia Receiving Hemodialysis: A mixed-
methods study. *Healthcare (Basel)*, 11(3). <https://doi.org/10.3390/healthcare11030366>
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and
utilization* (5th ed.). Amsterdam: Elsevier.

- Centers for Disease Control Prevention. (2023). *Chronic kidney disease in the United States, 2019*. Retrieved August 21, 2023 from <https://www.cdc.gov/kidneydisease/publications-resources/ckd-national-facts.html>.
- Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2016). *Burns and grove's the practice of nursing research-E-book: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Amsterdam: Elsevier Health Sciences.
- Irianda-Gómez, R. I., Cruz, C. O., Chacón-Valladares, P., & Chávez-Valencia, V. (2020). Impact of caregiver's burden of peritoneal dialysis patients. *Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 58(2), 131-136. <https://doi.org/10.24875/rmimss.M20000010>
- Kovesdy, C. P. (2022). Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. *Kidney International Supplements*, 12(1), 7-11. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.kisu.2021.11.003>
- 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>
- Makhtar, A., Ab Ghani, N. N., Syed Elias, S. M., & Mohamed Ludin, S. (2023). Social support and associated factors among family caregivers of older people in North-East Peninsular Malaysia. *Belitung Nursing Journal*, 9(1), 69-78. <https://doi.org/10.33546/bnj.2334>
- Mapi Research Trust. (2022). *Zarit Burden Interview (ZBI)*. Retrieved August 21, 2023 from <https://eprovide.mapi-trust.org/zbi-zarit-burden-interview>.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), 433-441. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1975.tb00927.x>
- Shah, H. B. U., et al. (2017). *Assessment of caregiver burden of patients receiving dialysis treatment in Rawalpindi*. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 67(10), 1498-1501.
- Tao, X., et al. (2020). Family caregiver's burden and the social support for older patients undergoing peritoneal dialysis. *Journal of Renal Care*, 46(4), 222-232. <https://doi.org/10.1111/jorc.12322>
- Vieira, I. F. O., et al. (2021). Burden and social support in informal caregivers of people undergoing kidney dialysis: A mixed study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(6), e20201266. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1266>

- Vovlianou, S., et al. (2023). Burden, depression and anxiety effects on family caregivers of patients with chronic kidney disease in Greece: A comparative study between dialysis modalities and kidney transplantation. *International Urology and Nephrology*, 55(6), 1619-1628. <https://doi.org/10.1007/s11255-023-03482-8>
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2012). A revised Thai multi-dimensional scale of perceived social support. *Spanish Journal of Psychology*, 15(3), 1503-1509. https://doi.org/10.5209/rev_sjop.2012.v15.n3.39434
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden 1. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.

ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่อความเครียดในหญิงที่ได้รับการวินิจฉัย มะเร็งเต้านมรายใหม่

The Effects of a Problem-Solving Therapy Program on Stress in Women Newly Diagnosed with Breast Cancer

อัครวรรธ จิตเย็น^{1*}, ขวัญพนมพร ธรรมไทย², ھرรษา เศรษฐบุปผา²

Oakkharawat Jityen^{1*}, Kwaunpanomporn Thummathai², Hunsu Sethabouppha²

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง^{1*}, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่²

Lampang Cancer Hospital^{1*}, Faculty of Nursing, Chiang Mai University²

(Received: May 2, 2025; Revised: July 7, 2025; Accepted: August 8, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่อความเครียดในหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่ กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 29 ราย และเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเครียด และแบบวัดการแก้ปัญหา เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่อความเครียดในหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คะแนนเฉลี่ยของความเครียดของหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test และคะแนนเฉลี่ยของความเครียดของหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่ระหว่างกลุ่มได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน (Mann-Whitney U test)

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และคะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่อความเครียดในหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่ สามารถลดภาวะความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงควรนำไปใช้ในการลดภาวะความเครียดในหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่ต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา, ความเครียด, หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่

*ผู้ให้การติดต่อ อัครวรรธ จิตเย็น e-mail: darmkung24@gmail.com

Abstract

This quasi-experimental study with a two-group pretest-posttest design aimed to compare the mean stress scores before and after participation in a problem-solving therapy program among newly diagnosed breast cancer women. The sample consisted of 58 participants, including newly diagnosed breast cancer women in the experimental group and a control group receiving routine nursing care, with 29 participants in each group. Participants were selected using multi-stage random sampling. Data collection instruments included a general information record form, a stress assessment scale, and a problem-solving measurement scale. The intervention tool was a problem-solving therapy program designed to reduce stress in newly diagnosed breast cancer women. Descriptive statistics were used to analyze general information. The mean stress scores before and after the program within the experimental group were analyzed using the Wilcoxon signed-rank test, while differences in mean stress scores between the experimental and control groups were analyzed using the Mann-Whitney U test.

The results showed that the mean stress score of the experimental group before participation in the program was significantly higher than after participation ($p\text{-value} < 0.05$). Moreover, the mean stress score of the experimental group was significantly lower than that of the control group ($p\text{-value} < 0.05$). These findings indicate that the problem-solving therapy program effectively reduces stress in newly diagnosed breast cancer women. Therefore, it should be implemented as an intervention to alleviate stress in this population.

Keywords: Problem-Solving Therapy Program, Stress, Women Newly Diagnosed with Breast Cancer

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นโรคที่เป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขระดับโลก มีประชากรที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 10 ล้านราย และยังมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่เกิดขึ้นทั่วโลกประมาณ 19.3 ล้านราย ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการวินิจฉัยผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 2,001,140 ราย มะเร็งที่พบบ่อยที่สุด คือ มะเร็งเต้านม (World Health Organization, 2024) เช่นเดียวกับประเทศไทย มีรายงานจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่กว่า 140,000 คน หรือ ประมาณ 400 คนต่อวัน และมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในผู้หญิง คือ มะเร็งเต้านม ร้อยละ 34.2 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2567) จากการศึกษาพบว่าโรคมะเร็งเต้านมจะส่งผลกระทบต่อผู้หญิงทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็ง

{2/20}

ผู้ป่วยจะเกิดความทุกข์และรับรู้ถึงภาวะคุกคามต่อชีวิต กลัวการเสียชีวิต ทั้งเครียด และวิตกกังวล (Lourenço, Conceição, Jerónimo, Lamghari, & Sousa, 2022) การรักษาโดยการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออก แล้วจึงรักษาเสริมด้วยรังสีรักษาและ/หรือเคมีบำบัด ซึ่งการรักษาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ที่เป็โรคมะเร็งเต้านมได้รับผลข้างเคียงจากการรักษา นอกจากนี้ความเครียดทำให้เกิดการแพร่กระจายของโรคมะเร็งเต้านมและส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ โดยเฉพาะหน้าอกซึ่งเป็นสัญลักษณ์ของความเป็นผู้หญิง การเป็นมะเร็งทำให้เกิดความไม่สวยงามและส่งผลให้ลดความรู้สึกนับถือของตนเองลงเมื่อต้องสูญเสียเต้านม (Sharma, Mishra, Kumar, & Bandna, 2022) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าหญิงที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมจะได้รับผลกระทบจากพยาธิสภาพของโรคและผลข้างเคียงจากกระบวนการรักษาทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ทำให้เกิดความเครียดและเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และบางรายนำไปสู่การมีโรคซึมเศร้าร่วมด้วยบางรายอาจถึงขั้นฆ่าตัวตาย (อังศณา คล้ายสุข, 2562)

นอกจากนี้ ยังพบว่ารูปแบบการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการปรับตัวทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยพบว่าผู้ที่มีความสามารถในการแก้ปัญหาได้น้อยจะมีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งมากขึ้นและมีความทุกข์ทางอารมณ์มากขึ้นด้วย (Noyes et al., 2021) ดังนั้นการหาแนวทางในการส่งเสริมให้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ประเมินสถานการณ์การเจ็บป่วยและการรักษาตามความเป็นจริง มีการเผชิญความเครียดโดยการแก้ปัญหาและลดอารมณ์ที่เป็นทุกข์ที่เหมาะสม จึงเป็นสิ่งสำคัญมากในหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ซึ่งจะส่งผลต่อแรงจูงใจในการรักษาและความสนใจในการดูแลตนเอง เผชิญกับความเครียดและผลกระทบจากกระบวนการบำบัดรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยลดการสูญเสียจากผลกระทบของความเครียดในหญิงกลุ่มนี้ได้ ดังการศึกษาของเนซุ (Nezu, 2019) พบว่า การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem-Solving Therapy (PST)) เป็นกระบวนการที่ช่วยส่งเสริมทักษะทางปัญญาและพฤติกรรมในการรับมือกับความเครียดที่หลากหลาย ซึ่งส่งผลดีต่อทั้งสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตที่เน้นให้ผู้ป่วยมีมุมมองต่อการแก้ปัญหาในทางบวกมากขึ้น โดยไม่มองว่าเป็นสิ่งคุกคาม แต่เป็นความท้าทายที่สามารถจัดการได้ นอกจากนี้ PST ยังช่วยพัฒนาทักษะการประเมินสถานการณ์อย่างมีเหตุผลการตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ การหาทางเลือกในการแก้ปัญหา และการลงมือแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ (Nezu & D’Zurilla, 2022) ดังนั้นหากหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ได้รับแนวทางในการจัดการความเครียด โดยมุ่งเน้นการแก้ปัญหา (Problem-Focused Coping) ผ่านการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (PST) จะทำให้เกิดมุมมองต่อการแก้ปัญหาในทางบวก มองว่าปัญหาเป็นสิ่งที่มีความท้าทายมากกว่าภัยคุกคาม เชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถรับมือได้ และสามารถใช้กระบวนการคิดและตัดสินใจอย่างมีเหตุผล (Rational Problem Solving) เพื่อจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมถึงอาจส่งผลให้มีชีวิตที่ยืนยาวมากยิ่งขึ้น (Nezu & D’Zurilla, 2022)

การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (PST) หมายถึงการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมที่จะช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต ทำให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับปัญหาตามความเป็นจริง มองปัญหาเป็นเรื่องธรรมชาติของการดำเนินชีวิตหรือมองปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทาย ใ้ความพยายามและทักษะในการหาทางออกในการแก้ไขปัญหาอย่างสมเหตุผล (Nezu & D’Zurilla, 2022) การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (PST) ตามแนวคิดของเนซู และเดอ ซูริลล่า (Nezu & D’Zurilla, 2007) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) กระบวนการแก้ปัญหา 2) ระบุปัญหาและการแก้ปัญหา 3) พิจารณาและค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหา 4) ตัดสินใจเลือกทางแก้ปัญหา และ 5) ลงมือแก้ปัญหาและติดตาม การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (PST) ที่มุ่งเน้นไปที่การเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการรับมือกับความพ่ายแพ้และความเครียดในชีวิตประจำวันไปจนถึงปัญหาที่ยู่ยากในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพกายและจิตใจ จัดการกับอารมณ์ตั้งแต่ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลได้มีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพจิต

นอกจากนี้ มีการนำเทคโนโลยีการสื่อสารในรูปแบบออนไลน์มาใช้เพื่อให้เกิดความสะดวก ลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลของผู้ป่วย และเพิ่มประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จากเดิมผู้ป่วยและผู้บำบัดต้องมาพบหน้ากันที่โรงพยาบาลและผ่านทางโทรศัพท์เพื่อเข้ารับการรักษาแบบรายบุคคล ดังการศึกษาของนุชจรี หยองทอง และนุชจรี สิงห์พันธ์ (2566) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและมารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดที่ศูนย์เคมีบำบัด โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เป็นครั้งแรกหรือครั้งที่สองจำนวน 56 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยเป็นการให้การปรึกษารายบุคคลแบบพบหน้ากันที่โรงพยาบาลจำนวน 2 ครั้ง และผ่านทางโทรศัพท์จำนวน 4 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และประเมินด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ก่อนและหลังการทดลอง โดยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้า (Mean = 6.61, S.D. = 2.82) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Mean = 17.71, S.D. = 7.61) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกภายหลังการผ่าตัดได้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาสำหรับหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่ และนำเทคโนโลยีการสื่อสารแบบวิดีโอ (VDO Call) ผ่าน Application Line เข้ามาใช้ในการโปรแกรมเพื่อทดแทนการเดินทางมาโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสะดวกสบาย และลดภาระค่าใช้จ่ายอีกด้วย ซึ่งโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหานี้ออกแบบโปรแกรมที่มุ่งเน้นการช่วยลดความเครียดในหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่โดยเฉพาะ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเครียดของหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเครียดของหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียด หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่ำกว่า ก่อนรับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. หลังสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดต่ำกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการแก้ปัญหาของเนซุ และเดอซูเลร์รา (Nezu & D’Zurilla, 2022) โดยความเครียดอาจก่อให้เกิดการรับรู้ปัญหาในทางลบ (Negative Problem Oriented) และมีการใช้วิธีการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 กระบวนการแก้ปัญหา ขั้นตอนที่ 2 ระบุปัญหา ขั้นตอนที่ 3 พิจารณาและค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหา ขั้นตอนที่ 4 ตัดสินใจเลือกทางแก้ปัญหา และขั้นตอนที่ 5 ลงมือแก้ปัญหาและติดตามผล (D’zurilla & Nezu, 1982) พัฒนาเป็นโปรแกรมการแก้ปัญหารายบุคคล ดำเนินกิจกรรมบำบัดทั้งหมด 6 ขั้นตอน 8 กิจกรรม โดยโปรแกรมนี้จะส่งผลให้ระดับความเครียดในหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่ลดลง ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1

โปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy)

ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและทำความรู้จักโปรแกรมการบำบัด

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้โรคมะเร็งเต้านมและการบำบัดรักษาและการดูแลตนเองเมื่อเป็นมะเร็งเต้านม

กิจกรรมที่ 2 การแก้ปัญหาและการผ่อนคลายเพื่อลดความเครียด

ขั้นตอนที่ 2 ทำความเข้าใจปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาแบบมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 3 ทำความเข้าใจปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาแบบมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 3 ฝึกการระบุปัญหาและพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 4 ฝึกการระบุปัญหาและทำความเข้าใจปัญหา

กิจกรรมที่ 5 ฝึกกำหนดเป้าหมายและพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา

ขั้นตอนที่ 4 ปฏิบัติการแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 6 เพื่อนคู่คิดการปฏิบัติการแก้ปัญหา

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 7 ติดตามประเมินผลการแก้ปัญหา

ขั้นตอนที่ 6 สรุปและประเมินผลของโปรแกรม

กิจกรรมที่ 8 สรุปและประเมินผล

ความเครียดในหญิงที่ได้รับการวินิจฉัย
มะเร็งเต้านมรายใหม่ลดลง

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนกันยายน 2567 ถึงเดือนมกราคม 2568 โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มทดลองเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กลุ่มควบคุมเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านมครั้งแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็งหรือสถาบันมะเร็งทั่วประเทศ จำนวน 368 ราย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2567)

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านมครั้งแรกอยู่ในระยะที่ 1-2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมะเร็ง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) 368 ราย ด้วยโปรแกรม

{6/20}

*G Power 3.1.9.7 กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) ขนาดกลางเท่ากับ 0.5 (Polit & Hungler, 1999) ความเชื่อมั่น 0.05 อำนาจการทดสอบ 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 58 ราย แบ่งเป็นกลุ่มละ 29 ราย และเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) ขั้นตอนที่ 1 ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ โดยการจับสลากเลือกโรงพยาบาลมะเร็งทั่วประเทศ 8 โรงพยาบาล ประกอบด้วย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี และโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ผลการจับสลากเลือกมาได้ 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลมะเร็งลำปางและโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ขั้นตอนที่ 2 ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับสลากเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สุ่มได้ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เป็นกลุ่มทดลอง และโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี เป็นกลุ่มควบคุม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล และเพื่อควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนต่าง ๆ ผู้ศึกษาจัดกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มด้วยวิธีการจับคู่เหมือน (Matched-Pair Method) โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มให้เหมือนกันดังนี้

1. อายุ 20-59 ปี
2. ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 1 เดือน
3. สมัครใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
4. มีความเครียดตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป คะแนนระหว่าง 14-26 คะแนน โดยใช้แบบประเมินความเครียด เป็นแบบวัดมาตราส่วน (Likert Scale) 5 ระดับที่สร้างขึ้นโดย Cohen, Kamarck, & Mermelstein (1983) และแปลเป็นฉบับภาษาไทย (Thai Version of 10-Item Perceived Stress Scale (T-PSS-10)) โดย ณหทัย วงศ์ปการันย์ และทินกร วงศ์ปการันย์ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2010)
5. มีคะแนนการแก้ปัญหาที่มีระดับคะแนนการแก้ปัญหา 1-3.49 คะแนน ใช้แบบวัดการแก้ปัญหาของเฮปเปอร์และปีเตอร์เซน (Heppner & Petersen, 1982) เป็นแบบประเมินกระบวนการแก้ปัญหาตามทฤษฎีของเดอซูริลล่าและโกลด์ไฟร์ (D'Zurilla & Goldfried, 1971) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย เอียรชัย จามทิพย์วัฒนา และกนกกรัตน์ สุขตุงคะ (2543)

6. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

1.1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน) สิทธิการรักษา บุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย และ ลักษณะครอบครัว

1.1.2 แบบบันทึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการ ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ครั้งที่เข้ารับการรักษา ระยะของโรคมะเร็ง ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยการรักษา ที่ได้รับในปัจจุบัน และโรคประจำตัว

1.2 แบบประเมินความเครียด การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินความเครียดของ ฌนทีย วงศ์ปการันย์ และทินกร วงศ์ปการันย์ (2553) เป็นแบบวัดมาตราส่วน (Likert Scale) 5 ระดับที่สร้างขึ้นโดย Cohen, Kamarck, & Marmelstein (1983) และแปลเป็นฉบับภาษาไทย (Thai Version of 10-Item Perceived Stress Scale (T-PSS-10)) มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อคำถาม เป็นคำถามด้านบวก จำนวน 4 ข้อ (ข้อที่ 4, 5, 7 และ 8) และคำถามด้านลบจำนวน 6 ข้อ (ข้อที่ 1, 2, 3, 6, 9 และ 10) การศึกษานี้ใช้วัดเพื่อเป็นเกณฑ์การคัดเข้าเป็น กลุ่มตัวอย่าง การแปลความหมายความเครียด แบ่งคะแนนโดยรวมออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ คือ คะแนน ระหว่าง 0-13 คะแนน, ระดับปานกลาง คือ คะแนนระหว่าง 14-26 คะแนน และระดับสูง คือ โดยให้หลักการทาง สถิติ คือค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด-ค่าคะแนน ต่ำสุด)/ จำนวนระดับ (ประคอง กรรณสูตร, 2542)

1.3 แบบวัดการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory (PSI)) งานวิจัยครั้งนี้ใช้แบบวัด การแก้ปัญหาของเฮปเปอร์ และปีเตอร์เซน (Heppner & Petersen, 1982) พัฒนาขึ้นตามกระบวนการแก้ปัญหา ตามทฤษฎีของเดอ ซูริลล่า และโกลด์ไฟร์ (D'Zurilla & Goldfried, 1971) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย เจริญชัย งามทิพย์วัฒนา และกนกรัตน์ สุขตุงคะ (2543) แบบวัดนี้ให้ผู้ตอบรายงานตนเอง (Self- Report) การตอบ มีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่าแบบเรียงลำดับ (Ordinal Rating Scale) มี 6 มาตร จำนวน 35 ข้อ ตั้งแต่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1) ไปจนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (6) แบบวัดนี้ใช้วัดความสามารถและสอบถามถึงวิธีที่ใช้ในการแก้ปัญหา มีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) ความเชื่อมั่นในการแก้ปัญหา 2) รูปแบบการเข้าจัดการปัญหา-หลีกเลี่ยงปัญหา และ 3) การควบคุมตนเอง การให้คะแนนแบบวัดมี 2 ลักษณะคือ ข้อความด้านบวก และข้อความด้านลบ การศึกษานี้ ใช้วัดเพื่อเป็นเกณฑ์ การคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การให้คะแนนตามแบบวัดการแก้ปัญหาแบ่งได้ 4 ระดับ ดังนี้ สุภัญญา สุทธิศิลป์ (2559) คะแนน 1.00-2.49 หมายถึง รับรู้ความสามารถของตนเองและมีความเชื่อมั่น ในการแก้ปัญหาระดับต่ำ/มีแนวโน้มในการหลีกเลี่ยงปัญหา/ควบคุมตนเองขณะแก้ปัญหาต่ำ คะแนน 2.50-3.49 หมายถึง รับรู้ความสามารถของตนเองและมีความเชื่อมั่น ในการแก้ปัญหาระดับปานกลางถึงค่อนข้างต่ำ/ มีแนวโน้มในการหลีกเลี่ยงปัญหาระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง/ควบคุมตนเองขณะแก้ปัญหาระดับปานกลางถึง ค่อนข้างต่ำ คะแนน 3.50-4.49 หมายถึง รับรู้ความสามารถของตนเองและมีความเชื่อมั่นในการแก้ปัญหาระดับ ปานกลางถึงค่อนข้างสูง/มีแนวโน้มในการจัดการปัญหาระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง/ควบคุมตนเอง

ขณะแก้ปัญหาในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง คะแนน 4.50-6.00 หมายถึง รับรู้ความสามารถของตนเอง และมีความเชื่อมั่นในระดับสูง/มีแนวโน้มในการจัดการปัญหาสูง/ควบคุมตนเองในขณะแก้ปัญหาในระดับสูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

โปรแกรมการแก้ปัญหาสำหรับผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม โดยใช้ระยะเวลา 1 เดือน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดของเนซุ และเดอซูเลร์รา (Nezu & D’Zurilla, 2007) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน 8 กิจกรรม คือ ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและทำความรู้จักโปรแกรมการบำบัด มี 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 โรคมะเร็งเต้านมและการบำบัดรักษาและการดูแลตนเองเมื่อเป็นมะเร็งเต้านม และกิจกรรมที่ 2 การแก้ปัญหาและการผ่อนคลายเพื่อลดความเครียด ขั้นตอนที่ 2 ทำความเข้าใจปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาแบบมีประสิทธิภาพ กิจกรรมที่ 3 ทำความเข้าใจปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาแบบมีประสิทธิภาพ ขั้นตอนที่ 3 ฝึกการระบุปัญหาและพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา มี 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 4 ฝึกการระบุปัญหาและทำความเข้าใจปัญหา และกิจกรรมที่ 5 ฝึกกำหนดเป้าหมายและพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา ขั้นตอนที่ 4 ปฏิบัติการแก้ปัญหา กิจกรรมที่ 6 เพื่อนคู่คิด การปฏิบัติการแก้ปัญหา ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการแก้ปัญหา กิจกรรมที่ 7 ติดตามประเมินผลการแก้ปัญหา ขั้นตอนที่ 6 สรุปและประเมินผลของโปรแกรม กิจกรรมที่ 8 สรุปและประเมินผล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

1. แบบประเมินความเครียดเป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นโดย Cohen, Kamarck, & Marmelstein (1983) และแปลเป็นฉบับภาษาไทย (Thai version of 10-Item Perceived Stress Scale (T-PSS-10)) โดย ณัททัย วงศ์ปการันย์ และทินกร วงศ์ปการันย์ (2553) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างไว้แล้วมาใช้ทั้งหมดโดยไม่มีการดัดแปลง หรือปรับปรุงข้อความ และเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพจึงไม่มีการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

2. แบบวัดการแก้ปัญหา งานวิจัยครั้งนี้ใช้แบบวัดการแก้ปัญหาของเฮปเปอร์ และปีเตอร์เซน (Heppner & Petersen, 1982) เป็นแบบประเมินกระบวนการแก้ปัญหาตามทฤษฎีของเดอซูริลล่า และโกลด์ ฟรี (D’Zurilla & Goldfried, 1971) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย เจริญชัย งามทิพย์วัฒนา และกนกรัตน์ สุขตุงคะ (2543) ทดสอบความเที่ยงแล้ว ได้ค่าคะแนนที่เชื่อถือได้เท่ากับ 0.90 การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ดัดแปลงใด ๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบการหาความตรงของเนื้อหาซ้ำ

3. โปรแกรมการแก้ปัญหาสำหรับผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดของเดอซูเลร์รา และคณะ (D’Zurilla, Nezu, & Nezu, 2007) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยผู้วิจัยมีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ได้แก่ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาจำนวน 2 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็ง 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งจำนวน 2 ท่าน พยาบาลจิตเวชปฏิบัติการขั้นสูง 1 ท่าน โดยมีการตรวจสอบรายละเอียด ในแต่ละขั้นตอนของโปรแกรมให้มีความสอดคล้องเหมาะสมด้านเนื้อหาและวัตถุประสงค์ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรึกษาที่อาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อปรับแก้

ตามคำแนะนำ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย จำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้พบว่า เนื้อหาและภาษาบางส่วนที่ใช้ยังไม่เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย จึงได้นำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปใช้จริง

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

1. แบบประเมินความเครียดของ ฌนทีย วงศ์ปการันย์ และทินกร วงศ์ปการันย์ (2553) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะนำได้ทดลองใช้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.89

2. แบบวัดการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory (PSI)) งานวิจัยครั้งนี้ใช้แบบวัดการแก้ปัญหาของเฮปเปอร์และปีเตอร์เซน (Heppner & Petersen, 1982) เป็นแบบประเมินกระบวนการแก้ปัญหาตามทฤษฎีของ เดอ ซูริลล่า และโกลด์ไฟร์ (D'Zurilla & Goldfried, 1971) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย เสียรชัย งามทิพย์วัฒนา และกนกรัตน์ สุขตุงคะ (2543) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะนำได้ทดลองใช้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. กลุ่มทดลอง ให้กลุ่มตัวอย่างกรอกคำตอบในแบบสอบถามและสัมภาษณ์เพิ่มเติม แล้วทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม และแบบประเมินแต่ละฉบับที่ได้ให้ครบถ้วนสมบูรณ์ให้ การบำบัดโดยใช้โปรแกรมการแก้ปัญหาที่ช่วยส่งเสริมการแก้ไขปัญหาเพื่อช่วยลดความเครียดของหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่ โดยโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา เป็นการบำบัดโดยการเผชิญหน้าที่ห้องให้คำปรึกษาโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง และการบำบัดทางโทรศัพท์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง วันเว้นวัน ครั้งละ 60-90 นาที ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน 8 กิจกรรม คือ

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและทำความรู้จักโปรแกรมการบำบัด มี 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 โรคมะเร็งเต้านมและการบำบัดรักษาและการดูแลตนเองเมื่อเป็นมะเร็งเต้านม และกิจกรรมที่ 2 การแก้ปัญหาและการผ่อนคลายเพื่อลดความเครียด โดยพบกับผู้ป่วยในห้องบำบัด

ขั้นตอนที่ 2 ทำความเข้าใจปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาแบบมีประสิทธิภาพ กิจกรรมที่ 3 ทำความเข้าใจปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาแบบมีประสิทธิภาพ โดยพบกับผู้ป่วยในห้องบำบัด

ขั้นตอนที่ 3 ฝึกการระบุปัญหาและพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา มี 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 4 ฝึกการระบุปัญหาและทำความเข้าใจปัญหา และกิจกรรมที่ 5 ฝึกกำหนดเป้าหมายและพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา โดยพบกับผู้ป่วยทางโทรศัพท์

ขั้นตอนที่ 4 ปฏิบัติ การแก้ปัญหา กิจกรรมที่ 6 เพื่อนคู่คิดการปฏิบัติการแก้ปัญหา โดยพบกับผู้ป่วยทางโทรศัพท์

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการแก้ปัญหา กิจกรรมที่ 7 ติดตามประเมินผลการแก้ปัญหา โดยพบกับผู้ป่วยทางโทรศัพท์

ขั้นตอนที่ 6 สรุปและประเมินผลของโปรแกรม กิจกรรมที่ 8 สรุปและประเมินผล โดยพบกับผู้ป่วยในห้องบำบัด

2. กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติจากการพยาบาลโดยการให้การปรึกษาเบื้องต้น มีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ให้กลุ่มตัวอย่างกรอกคำตอบในแบบสอบถามและสัมภาษณ์เพิ่มเติมแล้วทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามและแบบประเมินแต่ละฉบับที่ได้ให้ครบถ้วนสมบูรณ์ให้คำแนะนำกับเจ้าหน้าที่พยาบาลหน้าห้องตรวจคลินิกเฉพาะทางโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี โดยให้การพยาบาลตามปกติ หลังครบกำหนดเสร็จสิ้นการทดลอง ให้กลุ่มตัวอย่างกรอกแบบประเมินอีกครั้ง แล้วนำข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์และแปลผล โดยผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก และเกณฑ์การจับคู่กับกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 29 ราย โดยให้ข้อมูลและขอความยินยอม รวมทั้งเก็บข้อมูลด้วยตนเอง หลังการทดลองพบว่าโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาสามารถลดความเครียดในหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่ได้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้กลุ่มควบคุมเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรมฯ ตามความสมัครใจ อย่างไรก็ตาม ไม่มีกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองแสดงความจำนงในการรับการบำบัดด้วยโปรแกรมฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเครียดของหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา 1 เดือน โดยนำมาทดสอบการแจกแจงข้อมูล โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดของหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา 1 เดือน

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเครียดของหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 1 เดือน โดยใช้สถิติ Independent Samples t-test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงใช้สถิติ Mann-Whitney U test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ได้รับการอนุมัติรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่ 077/2567) โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง (เลขที่ 43/2567) และโรงพยาบาลมะเร็ง สุราษฎร์ธานี (เลขที่ SCH_EC_019/2567) เพื่อขอความเห็นชอบตามลำดับ ภายหลังได้รับอนุญาตให้ทำการศึกษา ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงข้อมูลรายละเอียดของโครงการ อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการถอนตัวหรือต้องการออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อ โดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ และการเข้าร่วมการศึกษาค้างนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ แบบสำรวจที่จะให้กลุ่มตัวอย่าง ตอบตามความสมัครใจ ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้นำมาเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น และหากมีการนำข้อมูลไปอภิปรายเผยแพร่จะเป็นการนำเสนอเฉพาะในเชิงวิชาการ ไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั้งหมดเก็บรักษาเป็นความลับและมีการทำลายเอกสารทั้งหมดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี ขณะที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมทำกิจกรรม หากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เช่น อาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ผู้วิจัยจะหยุดดำเนินการทำกิจกรรมและดูแลให้การพยาบาลจนกลุ่มตัวอย่างมีอาการดีขึ้น แต่หากอาการของกลุ่มตัวอย่างไม่ดีขึ้น ผู้วิจัยจะส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อไป หรือกลุ่มตัวอย่าง ไม่สะดวกที่จะเข้าร่วมวิจัยต่อสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับใด ๆ ภายหลังจากการทำวิจัยครั้งนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความเสี่ยงขณะเข้าร่วมโปรแกรมฯ หรือขอถอนตัวจากวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 58 ราย พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50-59 ปี คิดเป็น กลุ่มทดลอง ร้อยละ 41.37 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 44.83 สถานภาพอยู่ด้วยกันมากที่สุด กลุ่มทดลองร้อยละ 44.95 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 72.40 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ กลุ่มทดลองร้อยละ 89.70 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 93.10 ระดับการศึกษา อยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด กลุ่มทดลองร้อยละ 41.40 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 31 ส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 27.60 มีรายได้อยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท มากที่สุด กลุ่มทดลองร้อยละ 34.50 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 24.10 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลจาก บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มทดลองร้อยละ 41.50 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 62.15 ส่วนใหญ่มีบุคคลที่ให้การดูแล เมื่อเจ็บป่วย ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 96.60 และมีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว กลุ่มทดลองร้อยละ 86.20 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 89.70 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 1 เดือน กลุ่มทดลอง (n=29) และกลุ่มควบคุม (n=29)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (Rang = 30, Mean = 44.93, S.D. = 9.25)					0.23
20-29 ปี	1	3.45	0	0.00	
30-39 ปี	7	24.14	4	13.79	
40-49 ปี	9	31.04	12	41.38	
50-59 ปี	12	41.37	13	44.83	
สถานภาพสมรส					0.71
โสด	9	31.00	3	10.30	
อยู่ด้วยกัน	13	44.95	21	72.40	
หม้าย	3	10.30	2	10.30	
หย่า	1	3.45	3	10.30	
แยกกันอยู่	3	10.30	0	0.00	
ศาสนา					0.59
พุทธ	26	89.70	27	93.10	
คริสต์	1	3.40	1	3.45	
อิสลาม	2	6.90	1	3.45	
ระดับการศึกษา					0.09
ไม่ได้รับการศึกษา	1	3.45	0	0.00	
ประถมศึกษา	3	10.30	7	24.10	
มัธยมศึกษา	4	13.80	9	31.00	
ประกาศนียบัตรและอนุปริญญา	4	13.80	2	6.90	
ปริญญาตรี	12	41.40	9	31.00	
ปวช./ปวส.	4	13.80	1	3.45	
ปริญญาโท	1	41.40	1	3.45	
อาชีพ					0.39
ไม่ได้ประกอบอาชีพ (พ่อบ้านแม่บ้าน)	2	6.90	5	17.20	
ค้าขาย	8	27.60	7	24.10	
รับจ้าง/ลูกจ้าง	8	27.60	3	10.30	
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	8	27.60	8	27.60	
เกษตรกร	3	10.30	6	20.70	
รายได้ของครอบครัว (Rang = 4, Mean = 3.24, S.D. = 1.32)					0.85

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ไม่มีรายได้	2	6.90	3	10.30	0.13
ต่ำกว่า 5,000 บาท	0	0.00	4	13.80	
5,001 -10,000 บาท	2	6.90	4	13.80	
10,001-20,000 บาท	10	34.50	7	24.10	
20,001-30,000 บาท	10	34.50	4	13.80	
30,001-40,000 บาท	4	13.80	2	6.90	
มากกว่า 40,000 บาท	1	3.4	5	17.20	
สิทธิการรักษา					1.00
ชำระเงินเอง	1	53.45	1	3.45	
ประกันสังคม	7	24.10	3	10.30	
เบิกจ่ายตรงข้าราชการ	9	31.00	7	24.10	
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	1	41.50	1	62.15	
บุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย					0.69
มี	28	96.60	28	96.60	
ไม่มี	1	3.40	1	3.40	
ลักษณะครอบครัว					0.69
ครอบครัวเดี่ยว	25	86.20	26	89.70	
ครอบครัวขยาย	4	13.80	3	10.30	

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 58 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาก่อนเป็นครั้งแรก คิดเป็นกลุ่มทดลองร้อยละ 34.48 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 55.17 ระยะของโรคมะเร็งอยู่ที่ระยะ 2 กลุ่มทดลองร้อยละ 72.42 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 58.63 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยภายใน 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองร้อยละ 72.42 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 65.52 ได้รับการรักษาในปัจจุบันแบบผ่าตัด ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว กลุ่มทดลองร้อยละ 82.76 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 79.32 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการเจ็บป่วยของหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่ของกลุ่มทดลอง (n=29) และกลุ่มควบคุม (n=29)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ครั้งที่เข้ารับการรักษาก่อน					0.74
1	10	34.48	16	55.17	

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
2	10	34.48	9	31.03	0.61
3	9	31.04	4	13.80	
ระยะของโรคมะเร็ง					
1	8	27.58	12	41.37	0.54
2	21	72.42	17	58.63	
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย					
1 สัปดาห์	8	27.58	10	34.48	0.91
2 สัปดาห์	21	72.42	19	65.52	
การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน					
ผ่าตัด	29	100.00	29	100.00	0.48
โรคประจำตัว					
มี	5	17.24	6	20.68	
ไม่มี	2	82.76	23	79.32	

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเครียดของหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา 1 เดือน

พบว่า หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดก่อนการได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา เท่ากับ 38 คะแนน และหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา 1 เดือน เท่ากับ 12 คะแนน และเมื่อเปรียบเทียบด้วย Wilcoxon Signed Rank Test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเครียดของหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา 1 เดือน (n=29)

คะแนนความเครียด		Median	IOR	Asymp.Sig (one-tailed)
ก่อนได้รับโปรแกรมบำบัด ด้วยการแก้ปัญหา	หลังได้รับโปรแกรมบำบัด ด้วยการแก้ปัญหา			
38	12	15	-2.11	0.003*

* $p\text{-value} < 0.05$

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเครียดของหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 1 เดือน

พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความเครียดเฉลี่ยกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง (Median = 26.96, IOR = 4.76) และหลังจากได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาอยู่ในระดับต่ำ (Median = 8.00, IOR = 5.01) และคะแนนความเครียดเฉลี่ยกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาอยู่ในระดับสูง (Median = 27.24, IOR = 4.46) และหลังจากได้รับการพยาบาลตามปกติยังอยู่ในระดับปานกลาง (Median = 22.68, IOR = 0.85) ดังนั้นกลุ่มทดลองจึงมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเครียดของหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 1 เดือน กลุ่มทดลอง (n=29) และกลุ่มควบคุม (n=29)

	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		P-value
	Median	IOR	Median	IOR	
ก่อนได้รับโปรแกรม	26.96	4.76	27.24	4.46	0.03*
หลังได้รับโปรแกรม	8.00	5.01	22.68	0.85	0.04*

* $p\text{-value} < 0.05$

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลตามสมมุติฐานการวิจัยดังนี้

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเครียดของหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา 1 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความเครียดของหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา 1 เดือน แตกต่างกับก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เป็นเพราะการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาได้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็งเต้านม ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคมะเร็งเต้านมมากขึ้น นอกจากนั้นยังมีการฝึกการมองปัญหาในทางบวกและวิธีการแก้ปัญหาแบบมีเหตุผลพบว่า หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่ มีการมุมมองต่อการแก้ปัญหาในทางลบ และฝึกการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อการแก้ปัญหาในทางบวกโดยทำความเข้าใจต่อปัญหา และมองปัญหาตามความเป็นจริง นำไปสู่การค้นหาสาเหตุของปัญหา หาทางเลือกหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหามากมาย ตัดสินใจ

เลือกแนวทางที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงผลดี ผลเสียและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากทางเลือกหรือวิธีนั้น ๆ รวมไปถึงการประเมินผลหลังจากการแก้ไขปัญหา (Nezu & D'Zurilla, 2012)

หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา มีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ด้วยเช่นกัน ทั้งนี้กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากการพยาบาลโดยการให้การปรึกษาเบื้องต้น มีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และลดลงจากก่อนให้คำปรึกษา ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการให้คำปรึกษาเบื้องต้นจะช่วยหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่ได้ระบายความรู้สึกทุกข์ใจ คับข้องใจ ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ทำให้ช่วยลดความขัดแย้งในจิตใจ ได้เผชิญปัญหาและแก้ปัญหา (สมาลี คำสุข, 2563) นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความรู้สึกถึงความผูกพันใกล้ชิด การมีมิตรภาพ มีความพึงพอใจในสัมพันธภาพ ซึ่งจะทำให้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถปรับตัว และยอมรับความจริงเกี่ยวกับตนเองได้ เข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น และสภาพแวดล้อมได้มากขึ้น รวมถึงนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมไปในทางที่ดี ทำให้ภาวะความเครียดที่เกิดขึ้นลดลงได้เช่นกัน (ชุดิมา ไวยสุระสิงห์, 2561) อย่างไรก็ตามหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เป็นเพราะโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาได้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของราตรี ทองยู, วรรณฯ คงสุริยะนาวัน, อติทยา พรชัย, เกตุ โอว ยอง และลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ (2554) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบแก้ปัญหา โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบแก้ปัญหามานาน 6 ครั้ง หลังการบำบัดพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับอาการเครียดลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีเจตคติด้านบวก มีการรับรู้ปัจจัยนำเข้าที่เป็นสถานการณ์ในชีวิตประจำวันเชิงบวกมากขึ้น สรุปได้คือ การบำบัดโดยใช้ออนไลน์เกิดความสะดวก ลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จากเดิมผู้ป่วยและผู้บำบัดต้องมาพบหน้ากันที่โรงพยาบาลและผ่านทางโทรศัพท์เพื่อเข้ารับการปรึกษาแบบรายบุคคล ทางผู้วิจัยจึงได้นำเทคโนโลยี Application Line (VDO Call) เข้ามาใช้ในโปรแกรมเพื่อทดแทนการเดินทางมายังโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการปรึกษา ทำให้ผู้ป่วยมีความสะดวกสบาย และลดภาระค่าใช้จ่าย อีกด้วย

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า การบำบัดด้วยโปรแกรมการแก้ปัญหา สามารถช่วยลดระดับความเครียดในหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าการได้รับการพยาบาลตามปกติ โปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหามุ่งเน้นการส่งเสริมทักษะในการเผชิญกับปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการวิเคราะห์สถานการณ์ การประเมินทางเลือก และการตัดสินใจที่มีเหตุผล ซึ่งช่วยให้ผู้รับการบำบัด

มีมุมมองในการแก้ปัญหาทางบวก สามารถเผชิญกับความเครียดจากการรักษาหรือการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว ภาพลักษณ์ต่อตนเอง สามารถรับมือกับความเครียดได้ดีขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. การประยุกต์ใช้ในงานในคลินิก พยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของการรักษาพยาบาล เพื่อประคับประคองด้านจิตใจสำหรับหญิงที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม เพื่อช่วยลดความเครียดและเสริมสร้างทักษะการเผชิญปัญหา
2. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพสามารถบรรจุโปรแกรมนี้ในกระบวนการให้การปรึกษาและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเริ่มการรักษา เช่น การผ่าตัด เคมีบำบัด หรือรังสีรักษา
3. การสนับสนุนเชิงนโยบาย ข้อมูลจากงานวิจัยนี้สามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based) เพื่อเสนอต่อหน่วยงานด้านสาธารณสุขให้สนับสนุนการอบรมบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลในการใช้โปรแกรมการแก้ปัญหาเป็นมาตรการลดความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบผลในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง จึงควรมีการติดตามผลระยะยาว เพื่อติดตามความยั่งยืนของผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา
2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกในกลุ่มโรคมะเร็งชนิดอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

- ชุติมา ไวยสุระสิงห์. (2561). ผลของการให้การปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณททัย วงศ์ปการันย์ และทินกร วงศ์ปการันย์. (2553). แบบประเมินความเครียดจากการรับรู้ 10 ข้อ (T-PSS-10) ฉบับภาษาไทย: การศึกษาคุณสมบัติทางจิตวิทยาในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษามหาวิทยาลัยไทย. วารสารแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย, 93(9), 1072-1077.
- เจียรชัย งามทิพย์วัฒนา และกนกรัตน์ สุขตุกคะ. (2543). การศึกษาองค์ประกอบและพัฒนาแบบวัดทักษะการแก้ปัญหาของนักศึกษามหาวิทยาลัย วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นุชจรี หयोगทอง และนุชจรี สิงห์พันธ์. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 41(3), 136-146.

- ประคอง กรรณสูตร. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราตรี ทองยู, วรรณ คังสุริยะนาวัน, อติยา พรชัย, เกตุ โอว ยอง และลิวรรณ อุณนาภิรักษ์. (2554). ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบแก้ไขปัญหาคือต่อภาวะเครียดและความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. *วารสารจิตวิทยาการปรึกษาและจิตบำบัด*, 10(2), 45-58.
- สมาลี คำสุข. (2563). *การให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุกัญญา สุทธิศิลป์. (2559). การพัฒนารูปแบบการแก้ปัญหาเชิงสร้างสรรค์ตามแนวคิดของฟัลด์และแจ๊คสันร่วมกับบทบาทสมมติเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการแก้ปัญหาของนักเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2567). *สถิติโรคมะเร็งประเทศไทย พ.ศ. 2567*. สืบค้นเมื่อ 1 กรกฎาคม 2568 จาก <https://www.nci.go.th/th/>.
- อังศณา คล้ายสุข. (2562). ผลกระทบทางจิตใจและสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 27(1), 45-58.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- D’Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37(3), 407-428. <https://doi.org/10.1037/h0031960>
- D’Zurilla, T. J., Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (2007). *Social problem solving: Theory and assessment*. New York: Oxford University Press.
- Heppner, P. P. & Petersen, C. H. (1982). The development and implications of a personal problem-solving inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 29(1), 66-75. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.29.1.66>
- Lourenço, C., Conceição, F., Jerónimo, C., Lamghari, M., & Sousa, D. M. (2022). Stress in Metastatic Breast Cancer: To the bone and beyond. *Cancers*, 14(8), 1881. <https://doi.org/10.3390/cancers14081881>
- Nezu, A. M. & D’Zurilla, T. J. (2007). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Nezu, A. M. & D’Zurilla, T. J. (2012). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention* (3rd ed.). New York: Springer Publishing Company.

- Nezu, A. M. & D’Zurilla, T. J. (2022). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention* (3rd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Nezu, A. M. (2019). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention* (3rd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Noyes, K. et al. (2022). Problem-solving skills training in adult cancer survivors: Bright IDEAS-AC pilot study. *Cancer Treatment and Research Communications*, 31, 100552.
<https://doi.org/10.1016/j.ctarc.2022.100552>
- Polit, D. F & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Sharma, T., M., Mishra, R., Kumar, A., & Bandna, G. (2022). Body image and self-esteem issues in breast cancer survivors. *Cancer Research, Statistics, and Treatment* 5(1), 90-96,
https://doi.org/10.4103/crst.crst_170_21
- World Health Organization. (2024). *Global cancer burden growing, amidst mounting need for services*. Retrieved July 1, 2025 from <https://www.iarc.who.int/news-events/global-cancer-burden-growing-amidst-mounting-need-for-services/>.

เคล็ดลับการมีอายุยืนยาว: กรณีศึกษาของผู้สูงอายุในภาคเหนือ

The Secret of Long Living: A Case Study from Northern Thai Elderly Villagers

ชญาณิสา เขมทัสน์¹, แว่ว วิจิตร^{1*}, ศุทธา แพรสสี², อมาวสี อัมพันศิริรัตน์¹, เกสรภรณ์ ชูพันธ์¹,

บุญศิริ ศรียอด², ชญาณิสา กุลอ่อน²

Chayanisa Kemathad¹, Waew Wijit^{1*}, Suttha Praesi², Amavasee Ampansirirat¹, Kesaraporn Choopun¹,

Boonsiri Sriyod², Chanyanisa Kunon²

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข¹,

โรงพยาบาลชุมชนตำบลตอนแก้ว เทศบาลเมืองตอนแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่²

Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health¹,

Donkaew Community Hospital, Donkaew Town Municipality, Mae Rim District, Chiang Mai Province²

(Received: April 29, 2025; Revised: June 4, 2025; Accepted: November 10, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเอง และแนวทางการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตอนปลายเพื่อการมีอายุยืนยาว ในเขตพื้นที่การดูแลของเทศบาลตำบลตอนแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุวัยตอนปลายที่มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง และวิเคราะห์เนื้อหาตามกระบวนการวิเคราะห์เนื้อหาของไมล์ส และฮูเบอร์แมน

ผลการศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองเพื่อการมีอายุยืนยาว พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวทางดูแลตนเองที่หลากหลายและเชื่อมโยงกับวิถีชีวิต ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 5 ประเด็นหลัก ดังต่อไปนี้ 1) การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน 2) การจัดการสุขภาพกายของผู้สูงอายุ 3) การบริโภคอาหารที่เหมาะสม 4) วิถีชีวิตที่เรียบง่ายและพึ่งพาตนเอง และ 5) การจัดการความเครียดและสุขภาพจิต ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในภาคเหนือมีแนวทางดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยอาศัยการปรับพฤติกรรม การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และการยึดโยงกับวัฒนธรรมท้องถิ่น องค์ความรู้ที่ได้สามารถนำไปใช้พัฒนาแนวทางดูแลสุขภาพผู้สูงอายุวัยตอนปลายในระดับบุคคล ชุมชน และเชิงนโยบาย เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุวัยตอนปลาย, การดูแลสุขภาพ, การมีอายุยืนยาว, วิถีชีวิตเรียบง่าย

*ผู้ให้การติดต่อ แว่ว วิจิตร e-mail: waew@bcnc.ac.th

Abstract

This qualitative research aimed to explore the self-care experiences and health care practices of the oldest-old in relation to longevity, within the catchment area of Don Kaew Subdistrict Municipality, Mae Rim District, Chiang Mai Province. The participants were 20 oldest-old adults aged 85 years and over. Data were collected using a semi-structured in-depth interview questionnaire and analyzed through content analysis based on the process of Miles and Huberman.

The findings on the experiences of self-care for longevity revealed that older adults adopted diverse approaches to self-care, which were closely connected to their ways of life. The results were categorized into five main themes: 1) support from family and community, 2) management of physical health, 3) appropriate dietary practices, 4) a simple and self-reliant lifestyle, and 5) stress and mental health management. The study indicated that older adults in Northern Thailand practiced holistic health care encompassing physical, mental, social, and spiritual dimensions. These practices relied on behavioral adaptation, family and community support, and integration with local culture. The knowledge gained from this study can be applied to develop self-care guidelines for the oldest-old at the individual, community, and policy levels, thereby promoting sustainable quality of life.

Keywords: Oldest-Old, Health Care, Longevity, Simple Lifestyle

บทนำ

จากการพัฒนาทางการแพทย์ โภชนาการ และการดูแลสุขภาพ ทำให้อายุเฉลี่ยของประชากรโลกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยองค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2573 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มเป็น 1,402 ล้านคน และจะเพิ่มเป็น 2,092 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 22 ของประชากรโลกในปี พ.ศ. 2595 ซึ่งหมายความว่า 1 ใน 5 ของประชากรจะเป็นผู้สูงอายุ (World Health Organization, 2020) ขณะเดียวกัน ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่ "สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด" (Super Aged Society) อย่างสมบูรณ์ โดยจากสถิติของกรมกิจการผู้สูงอายุ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) พบว่า ณ ปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 12,698,362 คน คิดเป็นร้อยละ 19.21 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะในปี พ.ศ. 2571 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 28 ขึ้นไป ที่น่าสนใจคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 100 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก 29,986 คนในปี พ.ศ. 2556 เป็น 36,986 คนในปี พ.ศ. 2566 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นถึงกว่า 7,000 คน ภายในเวลา 10 ปี (พิระนันท์ จีระยังมงคล, พิมพ์ดา อนันต์สิริเกษม, พลอยประกาย ฉลาดล้ำ, สุพัตรา ไตรอุดมศรี และสุภาวดี นพจรจินดา, 2565)

{2/19}

จังหวัดเชียงใหม่ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete Aged Society) มีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 318,959 คน จากจำนวนประชากรทั้งหมด 1,174,450 คน ซึ่งมีสัดส่วนเป็น ร้อยละ 27.16 และกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสูงสุด (Super Aged Society) ในเวลาอันใกล้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2566) จากการวิเคราะห์ข้อมูลในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ถึง พ.ศ. 2566 พบว่า อัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ มีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2566) และผู้สูงอายุวัยตอนปลายตั้งแต่ 80-100 ปีขึ้นไป มีจำนวน 48,213 คน หรือร้อยละ 12.25 ของจำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566ข; กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567)

ผู้สูงอายุวัยตอนปลายเป็นช่วงวัยที่มีความเปราะบางสูงทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม แต่ในขณะเดียวกัน ก็เป็นกลุ่มที่มีศักยภาพในการถ่ายทอดประสบการณ์ชีวิต โดยเฉพาะวิธีการดูแลตนเองที่ช่วยให้สามารถมีชีวิตยืนยาวได้อย่างมีคุณภาพ (พระนันท์ จีระยิ่งมงคล, พิมพ์ลดา อนันต์สิริเกษม, พลอยประกาย ฉลาดล้ำ, สุพัตรา ไตรอุดมศรี และสุภาวดี นพจุจินดา, 2565) อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาวิจัยที่มุ่งเน้นประสบการณ์การดูแลตนเองเพื่อการมีอายุยืนของผู้สูงอายุวัยตอนปลาย ยังพบน้อย ส่วนใหญ่มักเน้นไปที่ด้านการแพทย์ พฤติกรรมสุขภาพทั่วไป หรือการดูแลโดยบุคคลอื่น ขณะที่มิติเรื่องประสบการณ์เชิงลึกจากมุมมองของผู้สูงอายุวัยตอนปลาย ที่สะท้อนให้เห็นถึงปัจจัย ความเชื่อ วิธีคิด หรือรูปแบบชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองให้มีอายุยืนยาวนั้น ยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจน ที่สำคัญยังกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพในช่วงวัยตอนปลายยังเป็นแหล่งเรียนรู้ สำคัญที่อาจสะท้อนแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมต่อบริบททางวัฒนธรรมและท้องถิ่น

สำหรับข้อมูลในพื้นที่เทศบาลเมืองดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ปัจจุบันมีประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) จำนวน 1,079 คน (ร้อยละ 6.63) และผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 2,917 คน (ร้อยละ 17.93) ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 13 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยในชุมชนอื่นของจังหวัดเชียงใหม่ (องค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว, 2566) อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 18.31 ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ โดยมีผู้สูงอายุติดเตียงร้อยละ 1.2 ติดบ้านร้อยละ 26.89 และติดสังคมร้อยละ 72.30 (องค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว, 2566) ส่งผลให้เกิดภาระด้านการดูแลในระยะยาว ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และระบบสุขภาพ ขณะเดียวกันยังสะท้อนถึงความท้าทายด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านรายได้หรือขาดผู้ดูแลใกล้ชิด สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนากลไกการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จำเป็นต้องมีนโยบายหรือมาตรการช่วยเหลือทั้งด้านสวัสดิการและสุขภาพที่เข้าถึงได้ในระยะยาว การศึกษาเคล็ดลับการมีอายุยืนยาว: กรณีศึกษาของผู้สูงอายุในภาคเหนือของกลุ่มผู้สูงอายุวัยตอนปลายในครั้งนี้ จึงช่วยเปิดมุมมองใหม่ในการวางแผนทางการดูแลสุขภาพ โดยมุ่งศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้สูงอายุวัยตอนปลายในพื้นที่ และค้นหาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับ

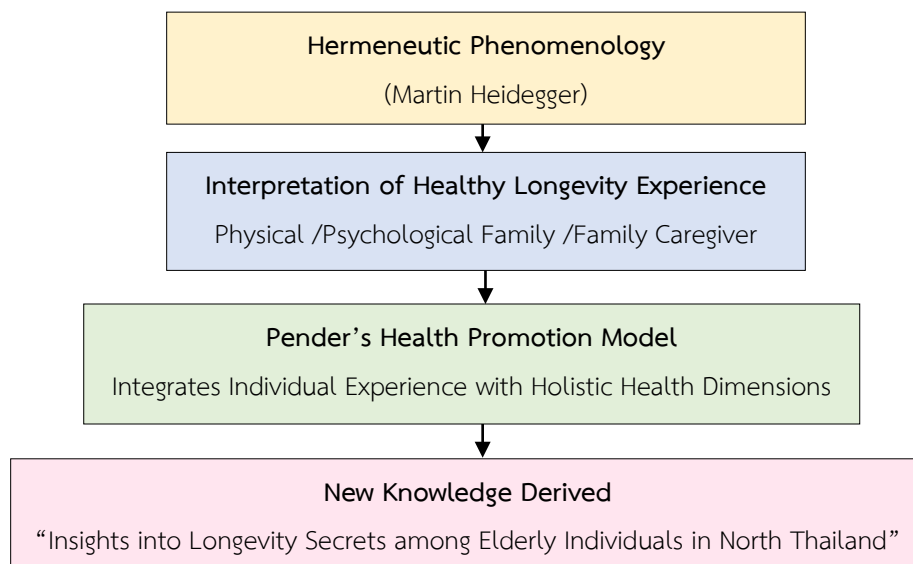
บริบทท้องถิ่น นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีคุณค่า มีสุขภาวะ และมีอายุยืนอย่างยั่งยืน และสามารถนำข้อมูลเหล่านี้มาวางแผน และพัฒนานโยบายที่เกี่ยวข้องกับศาสตร์ชะลอวัยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หรือในมิติการป้องกัน และการดูแลสุขภาพของตนเองก่อนที่จะเกิดความเสื่อมของเซลล์ขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถใช้ชีวิตอย่างมีความสุขในสังคม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองเพื่อการมีอายุยืนยาวในกลุ่มผู้สูงอายุ อาศัยในเขตพื้นที่การดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุวัยตอนปลาย อาศัยในเขตพื้นที่การดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความของมาร์ติน ไฮเดกเกอร์ (Heidegger, 1962; Heidegger 2024) เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ผ่านการตีความความหมายของประสบการณ์ชีวิตที่ครอบคลุมทั้งมิติกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยเน้นการเข้าถึงความจริงตามบริบทของแต่ละบุคคล ร่วมกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) ที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติจริง และกำหนดแนวทางเชิงนโยบายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ เชิงปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic Phenomenology) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม 2566 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 ณ องค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป อาศัยในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 20 คน เนื่องจากพื้นที่นี้เป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทที่มีบริบทหลากหลาย ทั้งด้านสังคม วัฒนธรรม และระบบการดูแลสุขภาพ อีกทั้งยังมีสัดส่วนของผู้สูงอายุวัยตอนปลายในระดับที่สูง และมีแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป อาศัยในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 20 คน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการวิจัยเชิงคุณภาพที่เน้นความอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) มากกว่าจำนวน (Squire, Giombi, Rupert, Amoozegar, & Williams, 2024) และเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์เชิงลึกตามวัตถุประสงค์การวิจัย เนื่องจากผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ดูแลตนเองและเคล็ดลับของการมีอายุยืน โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อาศัยในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่
2. เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว หรือมีโรคประจำตัวที่สามารถควบคุมได้ หรือได้รับการรับรองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี
3. ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยิน การพูด หรือการมองเห็น สามารถเข้าใจและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรมตลอดจนโครงการสิ้นสุด

เกณฑ์การคัดออก

1. เป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่กำลังเข้ารับการรักษาสุขภาพจิตอยู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. ผู้วิจัย ใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured In-Depth Interview Guide) ร่วมกับเครื่องบันทึกเสียง และแบบบันทึกภาคสนาม (Field Notes) โดยมีผู้ทำหน้าที่สัมภาษณ์ จำนวน 2 คน คือ ผู้วิจัยหลัก 1 คน และผู้วิจัยร่วม 1 คน ซึ่งผ่านการอบรมมาตรฐานเดียวกัน ครอบคลุมการใช้ Interview Guide การซักถามเชิงลึกอย่างเป็นกลาง การสร้างสัมพันธ์กับผู้ให้ข้อมูล การจัดการสถานการณ์สัมภาษณ์

การจดบันทึกภาคสนามอย่างเป็นระบบ และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ทั้งนี้ได้มีการซักซ้อม/ทดลองสัมภาษณ์ (Pilot) และประชุมปรับเทียบความเข้าใจ (Calibration) ก่อนเก็บข้อมูลจริง เพื่อป้องกันและลดความเอนเอียงของผู้สัมภาษณ์ (Interviewer Bias)

2. แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคลเกี่ยวประสบการณ์การดูแลตนเองเพื่อการมีอายุยืนของผู้สูงอายุวัยตอนปลาย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.2 ข้อคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกด้านสุขภาพเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุวัยตอนปลาย จำนวน 5 ข้อ ตัวอย่างเช่น ท่านมองว่าความหมายของการมีสุขภาพที่ดีคืออะไร ท่านดูแลสุขภาพ เมื่อมีโรคประจำตัวอย่างไร และเมื่อท่านเจ็บป่วยฉุกเฉิน ท่านมีวิธีดูแลตัวเองอย่างไร

2.3 แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์การดูแลตนเองเพื่อการมีอายุยืนของผู้สูงอายุวัยตอนปลาย เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure Interview) ทั้งหมดจำนวน 30 ข้อ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินด้านอาหาร จำนวน 5 ข้อ 2) การประเมินด้านการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ 3) การจัดการความเครียด จำนวน 5 ข้อ 4) การประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามวิถีชีวิต จำนวน 5 ข้อ 5) การทบทวนระบบสนับสนุนของสังคม จำนวน 5 ข้อ และ 6) การประเมินสุขภาพในมิติจิตวิญญาณ จำนวน 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ส่งเครื่องมือแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพปรากฏการณ์วิทยา 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านครอบครัวและชุมชน 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของเครื่องมือ ภายหลังได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้ทดลองใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเบื้องต้นกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 2 ราย เพื่อประเมินความชัดเจนของถ้อยคำ ความเข้าใจของผู้ให้ข้อมูล พบว่าเครื่องมือสามารถใช้ได้จริงในภาคสนาม และได้รับข้อมูลที่สะท้อนประสบการณ์ตามวัตถุประสงค์การวิจัย และนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไข ซึ่งปรับแก้จนได้ผลว่า “ผ่าน” จากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดจึงนำไปใช้ ก่อนนำแบบสอบถามไปใช้ต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมการก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตอย่างเป็นทางการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว โรงพยาบาลชุมชน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้สามารถเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างได้อย่างเหมาะสม จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับ อสม. ลงพื้นที่

เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขอความยินยอมอย่างมีข้อมูล พร้อมขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์

2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างรายบุคคล (Semi-Structured In-Depth Interview) ควบคู่กับการสังเกตแบบไม่มีโครงสร้าง (Unstructured Observation) ในการเก็บข้อมูล โดยการเก็บข้อมูลดำเนินการเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะแรก คือ การสัมภาษณ์แบบพบหน้า (Face-to-Face) ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที ต่อราย ขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลและระดับความอึดตัวของข้อมูล ระยะที่สอง คือ การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที เพื่อยืนยันข้อมูลเดิม ขยายความในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน และตรวจสอบข้อมูลใหม่ที่อาจเกิดขึ้นเพิ่มเติม ในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้บันทึกเสียงและจดบันทึกประกอบ เพื่อเก็บข้อมูลอย่างครบถ้วน

3. หลังการสิ้นสุดการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งข้อมูลเกิดความอิ่มตัว (Data Saturation) หลังเสร็จสิ้นแต่ละครั้ง ผู้วิจัยดำเนินการถอดเทปคำต่อคำ (Verbatim Transcription) และจัดเก็บข้อมูลทั้งหมดอย่างเป็นระบบเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความตามแนวคิดของ Heidegger (1962) และใช้กระบวนการของ Miles & Huberman (1994) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่

1. การย่อข้อมูล (Data Reduction) คัดกรองข้อมูล เก็บเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับประเด็นประสพการณ์ การดูแลตนเองเพื่อการมีอายุยืนยาวในกลุ่มผู้สูงอายุวัยตอนปลาย จัดระเบียบให้ข้อมูลมีความสัมพันธ์กัน นำเสนออย่างเป็นระบบเพื่อความเข้าใจง่าย

2. การแสดงข้อมูล (Data Display) นำเสนอข้อมูลที่จัดระเบียบไว้แล้ว แบ่งเป็นหมวดหมู่ อธิบายรายละเอียด แสดงข้อความที่เกี่ยวข้อง

3. การสรุปและตีความข้อมูล (Conclusion Drawing and Verification) ตีความข้อค้นพบเปรียบเทียบกับวิเคราะห์ หาประเด็นหลัก ตรวจสอบความถูกต้อง สรุปผลการวิจัยข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ การใช้ข้อมูลจากผู้ร่วมดำเนินการวิจัยเพื่อสนับสนุนผลการศึกษาโดยอ้างอิงข้อมูล การสนทนากลุ่มผู้สูงอายุ การสนทนากลุ่มผู้ดูแล และการสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่ หมายเลข BCNCT24/2567 ลงวันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2567-วันที่ 18 เมษายน พ.ศ. 2568 โดยดำเนินการภายใต้หลักการจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์ ครอบคลุมการเคารพศักดิ์ศรี ความยุติธรรม และสิทธิของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ขอความยินยอมโดยสมัครใจจากผู้ให้ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร หลังจากชี้แจง

วัตถุประสงค์ วิธีการ สิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัว และการรักษาความลับของข้อมูลอย่างเคร่งครัด ผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธ หรือยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิ หรือสวัสดิภาพของผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ โดยใช้รหัสแทนนามบุคคลเพื่อคุ้มครองความเป็นส่วนตัว ในทุกขั้นตอนของการวิจัย ในกรณีการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า ผู้เข้าร่วมวิจัยจะลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอม (Informed Consent Form) ด้วยตนเองก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ และในกรณีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยจะอ่านแบบแสดงความยินยอมให้ผู้เข้าร่วมฟังอย่างชัดเจน พร้อมขอความยินยอมด้วยวาจา (Verbal Consent) และบันทึกรายละเอียดลงในแบบบันทึกข้อมูล ได้แก่ วันที่ เวลา และชื่อของผู้ให้ข้อมูล เพื่อเป็นหลักฐานในการรับรองการให้ความยินยอมโดยสมัครใจ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่การดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จำนวน 20 คน แบ่งเป็นเพศหญิง 12 คน และเพศชาย 8 คน อายุเฉลี่ย 87 ปี ผู้สูงอายุเพศหญิงในกลุ่มนี้มีอายุระหว่าง 85-99 ปี ผู้ที่อายุมากที่สุด จำนวน 1 คน อายุ 99 ปี และผู้ที่อายุน้อยที่สุด จำนวน 2 คน อายุ 85 ปี สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่เป็นหม้าย จำนวน 9 คน (ร้อยละ 75) ไม่ได้แต่งงาน จำนวน 2 คน (ร้อยละ 17) ส่วนใหญ่คู่สมรสเสียชีวิตแล้ว ส่วนผู้สูงอายุเพศชาย กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 87-95 ปี ผู้ที่อายุมากที่สุด คือ 95 ปี และผู้ที่อายุน้อยที่สุดคือ 87 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส มีคู่ชีวิตที่อยู่ด้วยกันเพียง 3 คน (ร้อยละ 37.50) เป็นหม้าย 5 คน (ร้อยละ 62.50) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหม้าย จะได้รับการดูแลจากลูกหลานหรือจ้างผู้ดูแล ผู้สูงอายุมีการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 6 คน (ร้อยละ 1.20) ไม่ได้เรียนในระบบ จำนวน 11 คน (ร้อยละ 2.20) จบ ปวช./การศึกษาระดับสูงกว่า จำนวน 3 คน (ร้อยละ 0.60)

2. การศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองเพื่อการมีอายุยืนยาวในกลุ่มผู้สูงอายุ อาศัยในเขตพื้นที่การดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงคุณภาพ พบ 5 ประเด็นหลัก (Themes) และ 15 ประเด็นย่อย (Sub-Themes) ดังต่อไปนี้

ประเด็นหลักที่ 1: การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน

ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลดอนแก้ว ได้แก่ การมีสายสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นกับลูกหลาน การดูแลจากผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว รวมถึงความช่วยเหลือจากชุมชน ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตใจและการดำรงชีวิตประจำวัน คอยให้ความช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย และให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ และการบริการทางด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ดังนี้

1.1 ความสัมพันธ์แน่นแฟ้นกับลูกหลาน ผู้สูงอายุมีความผูกพันกับลูกหลานอย่างลึกซึ้ง ซึ่งช่วยให้รู้สึกมั่นคงทางจิตใจ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุที่มีความใกล้ชิดกับลูกหลาน มักมีสุขภาพจิตที่ดีและมีแรงจูงใจในการดูแลตนเองมากขึ้น ความผูกพันนี้ยังช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เช่น

"หลานชายมาคุยด้วยทุกวัน ช่วยลดความเหงา" (ผู้สูงอายุรหัส 020, อายุ 87 ปี)

"อยู่กับลูกชายสองคน ส่วนลูกสาวเป็นคนจัดการค่าใช้จ่าย" (ผู้สูงอายุรหัส 07, อายุ 90 ปี)

"ลูกชายกับลูกสะใภ้ดูแลผู้ป่วยตลอด" (ผู้สูงอายุรหัส 013, อายุ 87 ปี)

1.2 การดูแลจากผู้ดูแลหลัก เช่น ลูก หรือหลาน สะใภ้ ส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่ประจำวัน การมีผู้ดูแลหลักเป็นตัวช่วยในการดูแลด้านร่างกาย ช่วยให้การรักษาต่อเนื่องและปลอดภัย

"ลูกชายและลูกสะใภ้เป็นผู้ดูแลหลัก อยู่ด้วยกันตลอด" (ผู้สูงอายุรหัส 03, อายุ 87 ปี)

"ลูกสาวเป็นคนดูแลแม่ ดูแลทุกอย่าง พาไปหาหมอ" (ผู้สูงอายุรหัส 08, อายุ 94 ปี)

"ผู้ดูแลหลักเป็นลูกสะใภ้หาข้าว หายาให้กิน ดูแลแทนลูกชายที่เขามาทำงาน" (ผู้สูงอายุรหัส 013, อายุ 87 ปี)

1.3 ความช่วยเหลือจากชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชนมีบทบาทในการเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ และติดตามสุขภาพ ดังนั้น การมีเครือข่าย อสม. และผู้นำชุมชน ทำหน้าที่สำคัญในการสนับสนุนและเฝ้าระวังสุขภาพอย่างต่อเนื่องในระดับครัวเรือน

"อสม. เคยเข้ามาดูแลเรื่องสุขภาพ ไปเอายามาให้" (ผู้สูงอายุรหัส 01, อายุ 85 ปี)

"มี อสม. มาเยี่ยมที่บ้าน มาถามไถ่สุขภาพ มาตรวจสุขภาพมาให้คำแนะนำ" (ผู้สูงอายุรหัส 09, อายุ 88 ปี)

"อสม. มาเยี่ยมที่บ้านทุกเดือน มาวัดความดัน เจาะน้ำตาลในเลือด" (ผู้สูงอายุรหัส 020, อายุ 87 ปี)

ประเด็นหลักที่ 2: การจัดการสุขภาพกายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปรับตัวและวางแผนดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งสะท้อนถึงความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ ประสพการณ์การดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มีการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง ได้แก่ การดูแลโรคประจำตัว การตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ และการดูแลสุขภาพช่องปาก และฟัน

2.1 การดูแลโรคประจำตัว ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการควบคุมโรคเรื้อรัง และจัดการโรคอย่างต่อเนื่อง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ด้วยการกินยาอย่างสม่ำเสมอ และดูแลตนเองในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค

"กินยาความดันและเบาหวานทุกวัน" (ผู้สูงอายุรหัส 014, อายุ 87 ปี)

"ความดันเป็นตั้งแต่ 50 ปี และกินยาต่อเนื่อง" (ผู้สูงอายุรหัส 013, อายุ 87 ปี)

"กินยาความดันทุกวัน เข้ากับเย็นและเลี่ยงอาหารเค็มจัด" (ผู้สูงอายุรหัส 018, อายุ 91 ปี)

2.2 การตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ มีการไปตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชนเป็นประจำ การเข้ารับการตรวจสุขภาพตามกำหนด ถือเป็นพฤติกรรมเชิงรุกที่ผู้สูงอายุบอกถึงวิธีการดูแลตนเองในการทำให้อายุยืน โดยป้องกันโรคและลดภาวะแทรกซ้อน

"ไปหาหมอทุกสามเดือน เจาะเลือดเอายาความดัน" (ผู้สูงอายุรหัส 05, อายุ 99 ปี)

"ไปหาหมอทุก 3 เดือนเพื่อรับยาความดัน" (ผู้สูงอายุรหัส 08, อายุ 94 ปี)

"ตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลทุกปี" (ผู้สูงอายุรหัส 015, อายุ 95 ปี)

2.3 การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน การรักษาความสะอาดในช่องปากสะท้อนถึงการใส่ใจในรายละเอียดเล็ก ๆ ของสุขภาพช่องปาก ซึ่งมีผลต่อการกินอาหารและคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการแปรงฟัน การใส่ฟันปลอม และตรวจสุขภาพช่องปาก

"ใช้ฟันปลอมทั้งปาก แต่ยังคงอาหารได้ดี ถอดล้างก่อนนอน" (ผู้สูงอายุรหัส 016, อายุ 87 ปี)

"ใช้ฟันปลอมทั้งปาก ทำความสะอาดฟันปลอมตลอด อาจไม่ละเอียดเหมือนฟันจริง แต่ไม่มีปัญหาเคี้ยวหรือกลืน" (ผู้สูงอายุรหัส 020, อายุ 87 ปี)

"เหลือฟันแท้เหลือ 2 ซี่ ไม่ได้ใส่ฟันปลอม แต่แปรงฟัน แปรงลิ้นทุกวัน ไม่เจอปัญหาเรื่องเคี้ยว การกลืน" (ผู้สูงอายุรหัส 019, อายุ 88 ปี)

ประเด็นหลักที่ 3: การบริโภคอาหารที่เหมาะสม

พฤติกรรมการกินของผู้สูงอายุในชุมชนสะท้อนความเข้าใจในคุณค่าของอาหารและสุขภาพ โดยอิงกับวิถีชีวิตพื้นบ้าน พฤติกรรมการกินของผู้สูงอายุในชุมชนนี้ ได้แก่ การรับประทานอาหารพื้นเมือง ชอบอาหารรสจืด ลดของหวานและมัน และการปลูกและบริโภคผักผลไม้ปลอดสารพิษ

3.1 การรับประทานอาหารพื้นเมือง อาหารที่เน้นผักพื้นถิ่น น้ำพริก ปลาอย่าง ไข่ต้ม แกงพื้นเมือง มีคุณค่าทางโภชนาการสูงและเหมาะสมกับวัย อาหารที่รับประทานส่วนใหญ่เป็นอาหารพื้นถิ่น เช่น น้ำพริก ผักต้ม แกงพื้นเมือง

"ชอบกินอาหารพื้นเมือง เช่น น้ำพริก ไข่ต้มกับผักต้ม" (ผู้สูงอายุรหัส 05, อายุ 99 ปี)

"ชอบกินน้ำพริก ปลาอย่าง กับผักสดทุกมื้อ" (ผู้สูงอายุรหัส 012, อายุ 87 ปี)

"ชอบกินแกงโห้และอาหารพื้นเมืองเป็นประจำ" (ผู้สูงอายุรหัส 09, อายุ 88 ปี)

3.2 ชอบอาหารรสจืด ลดของหวานและมัน การลดอาหารรสจัดช่วยป้องกันโรคเรื้อรังและควบคุมภาวะโรคต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

"กินอาหารรสไม่จัด ลดของมันของหวาน ไม่จิ้นโรครำเิบได้" (ผู้สูงอายุรหัส 07, อายุ 90 ปี)

"กินอาหารจืดไม่ใส่น้ำตาล ลดเค็มกลัวความดันขึ้น" (ผู้สูงอายุรหัส 014, อายุ 87 ปี)

"แม่ชอบอาหารรสจืด ไม่กินหวาน กลัวเบาหวานขึ้นตา" (ผู้สูงอายุรหัส 020, อายุ 87 ปี)

3.3 การปลูกและบริโภคผักผลไม้ปลอดสารพิษ นิยมปลูกผักเองหลังบ้านเพื่อบริโภคอย่างปลอดภัย การปลูกผักไว้กินเองไม่เพียงแต่เพิ่มความปลอดภัยด้านอาหาร แต่ยังเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพกายและจิตได้ด้วย

"(แม่) (พ่อ), ปลูกผักในสวนเอง กินทุกวัน ไม่ใส่น้ำยาเคมี แคมได้ออกกำลังกาย" (ผู้สูงอายุรหัส 01, อายุ 85 ปี, ผู้สูงอายุรหัส 010, อายุ 85 ปี)

"ปลูกผักสวนครัวกินเองทุกวัน พวกมะเขือและพริก ไม่ต้องไปซื้อ รู้สึกดีที่ได้กินของที่เรปลูก" (ผู้สูงอายุ รหัส 015, อายุ 95 ปี)

ประเด็นหลักที่ 4: วิธีชีวิตที่เรียบง่ายและพึ่งพาตนเอง

การดำรงชีวิตอย่างเรียบง่ายเป็นรากฐานของสุขภาวะในผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นความพอเพียงและการดูแลตนเองในระดับเบื้องต้น เพื่อไม่ให้เกิดภาวะลูกหลานและสังคม และช่วยส่งเสริมคุณค่าในตนเอง ในที่นี้ ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การออกกำลังกายเบา ๆ สม่ำเสมอ และการใช้ชีวิตอย่างเรียบง่าย

4.1 การทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ช่วยรักษาความสามารถทางกายภาพและเพิ่มความมั่นใจในตนเอง แม้บุตรหลานมีความห่วงใย แต่ผู้สูงอายุต้องการทำด้วยตนเอง ไม่ต้องการสร้างภาระให้กับครอบครัว

"ยังซักผ้าและกวาดบ้านเองได้บ้าง แต่ลูกไม่ค่อยอยากให้เรา" (ผู้สูงอายุ รหัส 03, อายุ 87 ปี)

"กวาดบ้านเองทุกวัน ทำเล็กลงๆ น้อยๆ ไม่มาก ไม่อยากเป็นภาระลูก" (ผู้สูงอายุ รหัส 08, อายุ 94 ปี)

"ดูแลบ้านเองทุกเช้า เพื่อให้บ้านสะอาดและรู้สึกดี สดชื่น ลูกไม่ต้องมาเหนื่อยด้วย" (ผู้สูงอายุ รหัส 016, อายุ 87 ปี)

4.2 การออกกำลังกายเบา ๆ สม่ำเสมอ การเดินหรือทำงานบ้านเบา ๆ เป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย ช่วยให้ระบบไหลเวียนโลหิตดี รู้สึกสดชื่นและไม่เกิดภาวะติดเตียง

"เดินรอบบ้านและแกว่งแขนทุกเช้า ทำให้สดชื่น กระปรี้กระเปร่า ไม่อยากนอนทั้งวัน" (ผู้สูงอายุ รหัส 012, อายุ 87 ปี)

"เดินรอบบ้านทุกเช้าเพื่อออกกำลังกาย และช่วยกระตุ้นเลือดไหลเวียน ป้องกันติดเตียง" (ผู้สูงอายุ รหัส 07, อายุ 90 ปี)

"พ่อชอบปั่นจักรยานตอนเช้าในหมู่บ้าน เพราะช่วยให้รู้สึกสดชื่นและกระฉับกระเฉง" (ผู้สูงอายุ รหัส 015, อายุ 95 ปี)

4.3 การใช้ชีวิตอย่างเรียบง่าย การไม่ฟุ้งเฟ้อและไม่สร้างภาระเกินความจำเป็น ช่วยลดความเครียดได้พูดคุยสื่อสารกับผู้คน เพื่อนบ้าน คนรู้จัก และทำให้มีสมดุลชีวิต

"แม่ชอบไปตลาดซื้อของสดมาทำกินเอง เพราะตลาดอยู่ใกล้บ้าน เดินไปได้ง่าย ได้คุยกับผู้คน" (ผู้สูงอายุ รหัส 019, อายุ 88 ปี)

"ลูกหลานพาไปเดินตลาดนัดทุกอาทิตย์เพื่อเลือกซื้อของสด ใกล้แค่นี้ ได้เจอคนรู้จัก" (ผู้สูงอายุ รหัส 020, อายุ 87 ปี)

"พ่อชอบปั่นจักรยานรอบหมู่บ้าน ถนนหนทางไปมาสะดวก คุยกับเพื่อนบ้าน แวะกินกาแฟที่ร้าน" (ผู้สูงอายุ รหัส 015, อายุ 95 ปี)

ประเด็นหลักที่ 5: การจัดการความเครียดและสุขภาพจิต

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้รับการดูแลผ่านแนวทางทางศาสนา จิตวิญญาณ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ซึ่งผู้สูงอายุ ใช้การจัดการความเครียดและสุขภาพจิต โดยการจัดการความเครียดผ่านศาสนาและจิตวิญญาณ การสนับสนุนด้านจิตใจจากครอบครัวและชุมชน และการมีทัศนคติที่ดีต่อชีวิต

5.1 การจัดการความเครียดผ่านศาสนาและจิตวิญญาณ ได้แก่ การสวดมนต์ ฟังธรรม และปฏิบัติธรรม เป็นวิธีที่ช่วยให้จิตใจสงบ ซึ่งช่วยลดความเหงา และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

"ไปวัดทำบุญในวันพระเสมอทำบุญ ฟังเทศน์ และพบปะเพื่อนบ้านไม่เหงา" (ผู้สูงอายุรหัส 019, อายุ 88 ปี)

"เชื่อว่าทำดีได้ดี ทำให้มีกำลังใจ ไม่ทำให้จิตใจเศร้าหมอง" (ผู้สูงอายุรหัส 03, อายุ 87 ปี)

"สวดมนต์ทุกวัน ทำสมาธิก่อนนอน เชื่อว่าช่วยให้ใจสงบ ไม่เหงาไม่เศร้า ทำบุญทุกวันพระ ไม่เคยขาด" (ผู้สูงอายุรหัส 05, อายุ 99 ปี, ผู้สูงอายุรหัส 016, อายุ 87 ปี)

5.2 การสนับสนุนด้านจิตใจจากครอบครัวและชุมชน การได้รับความรัก ความห่วงใย และมีคนพูดคุยด้วย ช่วยลดความโดดเดี่ยวและสร้างพลังบวก

"มีลูกหลานพูดคุยด้วยทุกวัน รู้สึกอบอุ่น ไม่เครียด ทำให้รู้สึกว่ามีกำลังใจ" (ผู้สูงอายุรหัส 04, อายุ 87 ปี, ผู้สูงอายุรหัส 011, อายุ 92 ปี, ผู้สูงอายุรหัส 015, อายุ 95 ปี, ผู้สูงอายุรหัส 020, อายุ 87 ปี)

"เพื่อนบ้านมาคุยเล่นและช่วยงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ทำให้รู้สึกดีขึ้น เขาให้กำลังใจเรา เรามีกำลังใจทำให้เราอยู่ไปอีกนาน" (ผู้สูงอายุรหัส 018, อายุ 91 ปี)

5.3 การมีทัศนคติที่ดีต่อชีวิต ผู้สูงอายุที่มีความคิดเชิงบวก ไม่คิดมาก มองโลกในแง่ดี มักมีสุขภาพจิตที่ดี และสามารถรับมือกับความเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีพลัง

"คิดบวก ไม่คิดมาก ไม่กังวลกับอดีต เดี่ยวมันก็ผ่านไป" (ผู้สูงอายุรหัส 07, อายุ 90 ปี)

"มองทุกอย่างในแง่ดีและไม่เครียด ไม่คิดมาก อยู่ที่ไหนเรา" (ผู้สูงอายุรหัส 09, อายุ 88 ปี)

"แม้ว่านะ เราใช้ชีวิตเรียบง่าย ไม่ต้องคิดมาก เป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับวัยนี้" (ผู้สูงอายุรหัส 020, อายุ 87 ปี)

3. การศึกษาแนวทางการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุวัยตอนปลาย อาศัยในเขตพื้นที่การดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษามีรายละเอียดดังนี้

3.1 แนวทางการดูแลตนเองของผู้สูงอายุวัยตอนปลาย พบว่า ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง โดยมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพด้วยวิถีพื้นบ้าน เช่น เลือกรับประทานอาหารตามฤดูกาลและอาหารท้องถิ่น เช่น ผักพื้นบ้าน ต้มจืด แกงเลียง หลีกเลียงอาหารแปรรูป และลดการบริโภคหวาน มัน เค็ม เคลื่อนไหวร่างกายโดยการทำสวน แกว่งแขน และเดินรอบบ้าน

3.2 แนวทางการส่งเสริมโดยครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะลูกหลานที่ให้ความใส่ใจในการจัดหาอาหาร ยา และพาไปพบแพทย์ นอกจากนี้ ชุมชนมีระบบสนับสนุนผ่านกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ อสม. และ

การสนับสนุนจาก อบต. เช่น โครงการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ กิจกรรมออกกำลังกายประจำสัปดาห์ และการตรวจสุขภาพประจำปีโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3.3 แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตวิญญาณ เน้นการเข้าวัด ฟังธรรม สวดมนต์ และทำบุญ การมีกลุ่มเพื่อนหรือเครือข่ายผู้สูงอายุที่พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการยอมรับสภาพร่างกายและจิตใจที่เปลี่ยนแปลงอย่างมีสติ

การอภิปรายผล

1. การศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองเพื่อการมีอายุยืนยาวในกลุ่มผู้สูงอายุ อาศัยในเขตพื้นที่การดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่

ผลการศึกษาพบ 5 ประเด็นหลักที่สำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน การจัดการสุขภาพกาย การบริโภคอาหารที่เหมาะสม วิถีชีวิตที่เรียบง่ายและพึ่งพาตนเอง และการจัดการความเครียดและสุขภาพจิต ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1.1 การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนในรูปแบบที่หลากหลาย ทั้งในด้านกาย จิตใจ และสังคม สามารถอภิปรายได้ว่า อาจเนื่องจากวิถีชีวิตของครอบครัวไทย ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีความผูกพันกับลูกหลานอย่างใกล้ชิด ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีและลดความรู้สึกละโดดเดี่ยว (กันยธัญ สุชิน, ธนพัทธ์ จันทพิพัฒน์พงศ์ และทิพวรรณ เมืองใจ, 2563) ซึ่งความสัมพันธ์ในครอบครัวนี้ เสริมสร้างความมั่นคงทางจิตใจและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ อีกทั้งยังเป็นแรงสนับสนุนสำคัญต่อการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน (Wenger, 2021) ในขณะที่การดูแลจากผู้ดูแลหลัก ไม่รู้สึกรังเกียจเป็นภาระ ซึ่งสะท้อนถึงวัฒนธรรมไทยทุกบ้านที่เน้นการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในครอบครัว (Kemathad, 2023) และความช่วยเหลือจากชุมชน ที่ได้จากบทบาทของ อสม. มีความสำคัญในฐานะกลไกเชื่อมโยงระหว่างชุมชนกับระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อสม. เป็นผู้ให้การดูแลขั้นพื้นฐาน เช่น เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ดูแลเรื่องยา ตรวจสุขภาพ และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน (Fulmer, Reuben, Auerbach, Fick, Galambos, & Johnson, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนจากเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็งสามารถช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังและอัตราการเสียชีวิตในผู้สูงอายุได้ (Keisari, Palgi, Yaniv, & Gesser-Edelsburg, 2022) ดังนั้น การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน จะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ ความปลอดภัย และความเป็นอยู่ที่ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตในช่วงบั้นปลายได้อย่างมีคุณค่าและความสุข

2. การจัดการสุขภาพกายด้วยตนเอง ทั้งนี้สามารถอภิปรายได้ว่า อาจเนื่องจากผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการปรับพฤติกรรมด้านโภชนาการและการใช้ชีวิตประจำวัน อันนำไปสู่การควบคุมอาการและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การจัดการตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุสามารถลดภาวะแทรกซ้อนจาก

โรคเรื้อรังได้ถึง 39.3% (Zhou, Zhang, Wang, Li, & Jian, 2022) การควบคุมโรคอย่างเหมาะสมโดยผู้สูงอายุเอง จะส่งผลให้สุขภาพทั้งกายและใจดีขึ้น และเพิ่มโอกาสการมีชีวิตยืนยาว (Kassis et al., 2023) การตรวจสุขภาพ อย่างสม่ำเสมอ เป็นหนึ่งในพฤติกรรมสุขภาพเชิงรุกของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ โดยมีเป้าหมายเพื่อติดตามอาการและ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุรหัส 06 (อายุ 87 ปี) กล่าวว่า "ไปหาหมอทุก 3 เดือนเพื่อตรวจ สุขภาพและรับยา" ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความตระหนักรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ มีบทบาทสำคัญต่อการลดอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อน และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว (ทวีมนัย อุดชาชน และเสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร, 2565) การดูแลสุขภาพช่องปากมักถูกมองข้ามในกลุ่มผู้สูงอายุ แต่การศึกษานี้ พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนมีการดูแลช่องปากอย่างเหมาะสม เช่น การแปรงฟัน ดูแลฟันปลอม และตรวจสุขภาพ ช่องปากเป็นประจำ ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุรหัส 01 (อายุ 85 ปี) กล่าวว่า "ใช้ฟันปลอมและแปรงฟันทุกวัน เพื่อให้เคี้ยว อาหารได้ง่าย" ซึ่งสอดคล้องกับ Desai & Nair (2023) ที่พบว่า การดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีสามารถส่งผลต่อ ความมั่นใจ การรับประทานอาหาร และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น การดูแลช่องปากอย่างต่อเนื่องจึงไม่เพียง เป็นการรักษาด้านสุขอนามัย แต่ยังเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมภาวะโภชนาการ และลดความเสี่ยงจากการสำลัก หรือภาวะขาดสารอาหารในผู้สูงอายุ

3. วิถีชีวิตที่เรียบง่ายและพึ่งพาตนเอง สามารถอธิบายได้ว่า อาจเนื่องจากผู้สูงอายุวัยนี้ส่วนใหญ่ทำ กิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เช่น การทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน หรือจัดการสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง ทำให้รู้สึกมี คุณค่าในตนเอง ลดความรู้สึกเป็นภาระ และส่งผลดีต่อสุขภาพจิต สอดคล้องกับงานวิจัยของกันยธัญญ์ สุขิน, ธนพัทธ์ จันทพิพัฒน์พงศ์ และทิพวรรณ เมืองใจ (2563) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตและการลดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้การออกกำลังกายเบา ๆ สม่ำเสมอ เช่น การเดินแกว่งแขน หรือทำสวน เป็นกิจกรรมที่ไม่เพียงส่งเสริมสุขภาพกาย แต่ยังช่วยคลายเครียด ส่งเสริม สุขภาพจิต ซึ่งการออกกำลังกายเบา ๆ ช่วยลดความเสี่ยงของภาวะกล้ามเนื้อเสื่อมและโรคกระดูกพรุนในผู้สูงอายุ วัยตอนปลายได้ (Valenzuela et al., 2019) การใช้ชีวิตอย่างเรียบง่าย สะท้อนถึงการหลีกเลี่ยงความวุ่นวาย และ การดำเนินชีวิตอย่างสมถะ โดยผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเข้ากับบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างเหมาะสม ในการศึกษาี้ ผู้สูงอายุเพศชายส่วนใหญ่ ยังคงมีปฏิสัมพันธ์และบทบาทในกิจกรรมชุมชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับ ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมช่วยส่งเสริมภาพลักษณ์ ตนเองและความสุขในชีวิต (Bengtson & Settersten, 2016) ในขณะที่ผู้สูงอายุเพศหญิงบางส่วนมีแนวโน้ม ลดบทบาททางสังคม ซึ่งสามารถอธิบายผ่านทฤษฎีการแยกตนเอง (Disengagement Theory) ที่เสนอว่า การลดกิจกรรมและความเกี่ยวข้องกับสังคมในผู้สูงอายุเป็นกระบวนการปรับตัวทางธรรมชาติต่อสภาพร่างกาย และบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป (Powell, 2006)

2. การศึกษาแนวทางการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุวัยตอนปลาย อาศัยในเขตพื้นที่การดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีประสบการณ์การดูแลตนเองที่หลากหลาย โดยสอดคล้องกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสมและการจัดการความเครียดและสุขภาพจิต ดังนี้

1. การบริโภคอาหารที่เหมาะสม สามารถอธิบายได้ว่า อาจเนื่องจาก ผู้สูงอายุเผชิญข้อจำกัดทั้งด้านสุขภาพ การย่อยอาหาร และความสามารถในการเลือกหรือปรุงอาหาร การบริโภคอาหารในกลุ่มนี้จึงไม่ใช่เพียงเรื่องโภชนาการ แต่สะท้อนถึงวัฒนธรรมท้องถิ่น การพึ่งพาตนเอง และความสัมพันธ์กับครอบครัว ชุมชน ดังนั้น ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เลือกบริโภคอาหารพื้นเมืองเป็นหลัก เพราะเป็นวิถีชีวิต ที่อยู่กับอาหารพื้นบ้านที่คุ้นเคยมานาน หาง่ายตามฤดูกาล ได้คุณค่าทางโภชนาการ และราคาไม่แพง อาหารพื้นเมือง เช่น น้ำพริก ผักต้ม และแกงเมือง เช่น แกงแค แกงขนุน และแกงอ่อม ซึ่งปรุงแต่น้อย ย่อยง่าย หลีกเลี่ยงการใช้น้ำมัน น้ำตาล หรือผงปรุงรส และใช้วัตถุดิบที่หาได้ในชุมชนหรือปลูกเองในสวนครัว การเลือกอาหารในลักษณะนี้ช่วยลดการบริโภคอาหารแปรรูป ลดการรับสารเคมีตกค้าง สอดคล้องกับแนวคิดเรื่อง “อาหารเป็นยา” ซึ่งเน้นคุณค่าทางโภชนาการจากวัตถุดิบธรรมชาติ เช่น ผักพื้นบ้านและสมุนไพรที่มีสรรพคุณด้านการอักเสบและเสริมภูมิคุ้มกัน (น้ำทิพย์ จงศิริ, 2562) ผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความตระหนักในเรื่องสุขภาพเน้นการปรับสูตรรสชาติของอาหาร และเน้นอาหารรสจืดเป็นหลัก โดยทำอาหารรับประทานเอง ปรุงสุกใหม่ และปรุงรสชาติให้น้อยลง โดยลดอาหารเค็ม มัน และหวาน เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพหลักในผู้สูงอายุวัยตอนปลาย แนวโน้มนี้สะท้อนให้เห็นถึงความเข้าใจในพฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคของผู้สูงอายุเอง รวมถึงการเข้ามา มีบทบาทของครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้คำแนะนำโภชนาการที่เหมาะสม (Naylor, Johnstone, & Myint, 2024) การเลือกรับประทานอาหารรสจืดและปลอดภัยจึงเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการดูแลตนเอง ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว รวมถึงการปลูกและบริโภคผักผลไม้ปลอดสารพิษ ผู้สูงอายุในพื้นที่ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมปลูกผักสวนครัวในพื้นที่จำกัด เช่น ริมรั้วหน้าบ้าน ใต้ต้นไม้ หรือในกระถาง การปลูกผักด้วยตนเองไม่เพียงช่วยลดค่าใช้จ่าย แต่ยังสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยของอาหารที่บริโภค การบริโภคผักปลอดสารตกค้างช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง และเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นต่อผู้สูงอายุที่ระบบร่างกายเสื่อมถอยตามวัย (กนกพงษ์ ม่วงศรี, วิทยาทอแก้ว, สุภาภรณ์ ศรีดี และกมล ไชยสิทธิ์, 2566)

2. การจัดการความเครียดและสุขภาพจิต สามารถอธิบายได้ว่า อาจเนื่องจากผู้สูงอายุวัยตอนปลายได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ และการมีทัศนคติเชิงบวกต่อชีวิต เช่น การจัดการความเครียดผ่านศาสนา และกิจกรรมทางจิตวิญญาณ เช่น การสวดมนต์ ฟังธรรม เข้าวัด และทำสมาธิ เป็นแนวทางสำคัญในการสร้างความสงบภายในจิตใจ การยึดมั่นในความเชื่อทางศาสนาและการทำบุญ ไม่เพียงแต่ช่วยลดความเครียด แต่ยังส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณด้วย (นงนุช วงศ์สว่าง, ดนุลดา จินขาวขำ, ปวีณา เทศนาบุรณ์ และกิริติ

กิจธีระวุฒิมิวงษ์, 2562) ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุรหัส 014 (อายุ 87 ปี) กล่าวว่า “การสวดมนต์ทุกวันช่วยให้จิตใจสงบและไม่คิดมากเรื่องสุขภาพที่ไม่ค่อยดี” กิจกรรมเหล่านี้เป็นกลไกสำคัญในการเผชิญกับปัญหาชีวิตและเสริมสร้างพลังในการดำรงชีวิต นอกจากนี้ การสนับสนุนด้านจิตใจจากครอบครัวและชุมชน และเครือข่ายสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการลดความรู้สึกโดดเดี่ยวในผู้สูงอายุ โดยการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น งานวัด งานบุญ หรือการพบปะเพื่อนบ้าน ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีคุณค่า และได้รับการยอมรับ (ศรัณย์ดิษฐ์ เบญจพงศ์, เชาวฤทธิ์ เชาวแสงรัตน์ และฟ้าใส สามารถ, 2566) สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว การเยี่ยมบ้านโดย อสม. หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพมีบทบาททดแทนที่สำคัญในการให้กำลังใจ ติดตามภาวะสุขภาพจิต และการมีทัศนคติที่ดี ต่อชีวิต เช่น การยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต และการมีทัศนคติเชิงบวกเป็นอีกหนึ่งกลยุทธ์ที่สำคัญในการจัดการความเครียด ผู้สูงอายุที่สามารถมองโลกในแง่ดี มีความยืดหยุ่นทางจิตใจ และรู้สึกมีเป้าหมายในชีวิต มักมีสุขภาพจิตที่ดีและสามารถปรับตัวได้ดีกับสถานการณ์ที่ท้าทาย (กัญญ์จิรา ศรีภา, 2563) สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่ใช้แนวทางการดูแลสุขภาพจิตผ่านศาสนา และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องพลัง จิตวิญญาณ การยอมรับ และการมองโลกในแง่ดี ในการส่งเสริมสุขภาพจิตใจของผู้สูงอายุ (ศรัณย์ดิษฐ์ เบญจพงศ์, เชาวฤทธิ์ เชาวแสงรัตน์ และฟ้าใส สามารถ, 2566)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. พยาบาลเวชปฏิบัติ/พยาบาลชุมชน นักวิจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ นำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ โดยอิงจากวิถีชีวิตและบริบทชุมชน
2. องค์การบริหารส่วนตำบลหรือหน่วยงานด้านสุขภาพ ใช้ผลวิจัยเป็นฐานข้อมูลในการวางแผนพัฒนานโยบายด้านผู้สูงอายุที่ตอบสนองต่อบริบทพื้นที่
3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว หน่วยงานที่จัดอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุ นำผลการวิจัยไปใช้ในการอบรมหรือพัฒนาทักษะผู้ดูแล และครอบครัวให้เข้าใจแนวทางดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. ผู้นำชุมชนและเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ นำแนวปฏิบัติที่ได้จากผลการวิจัยมาเป็นต้นแบบผู้สูงอายุในชุมชน ขยายผลสู่พื้นที่อื่นที่มีลักษณะกึ่งเมืองหรือชนบทใกล้เคียง เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายการศึกษาคลัสต์ลับการมีอายุยืนยาวของผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น ที่มีบริบททางวัฒนธรรม เศรษฐกิจ และชาติพันธุ์ที่แตกต่าง เพื่อเปรียบเทียบประสบการณ์การดูแลตนเองเพื่อการมีอายุยืนยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน
2. ควรใช้การวิจัยเชิงปริมาณควบคู่กับเชิงคุณภาพ เพื่อยืนยันข้อมูลและเข้าใจประสบการณ์ของผู้สูงอายุอย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้ทุนสนับสนุนโครงการ รวมถึงองค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว โรงพยาบาลชุมชน และอาสาสมัครในพื้นที่ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุวัยตอนปลาย ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชนทุกท่านที่มอบข้อมูลอันมีคุณค่าและร่วมมือในการดำเนินงานวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กนกพงษ์ ม่วงศรี, วิยาธร ท่อแก้ว, สุภาภรณ์ ศรีดี และกมล ไชยสิทธิ์. (2566). โภชนาการและการสื่อสารสุขภาพในผู้สูงอายุ. *วารสารมหาจุฬานาครทรรคนันท์*, 10(4), 155-165.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566ก). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ 2546 (ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2553)*. สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2565 จาก <https://www.dop.go.th/th/laws/2/10/785>.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566ข). *สถิติผู้สูงอายุ 2566*. สืบค้นเมื่อ 13 มกราคม 2566 จาก https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). *สถิติผู้สูงอายุ 2567*. สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2567 จาก https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2.
- กัญญ์จิรา ศรีภา. (2563). ประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(4), 83-94.
- กันยธัญ สุชิน, ธนพัทธ์ จันทพิพัฒน์พงศ์ และทิพวรรณ เมืองใจ. (2563). การศึกษาและพัฒนารูปแบบเพื่อเสริมสร้างความสุขจากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุ อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย. *วารสารชุมชนวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา*, 14(3), 58-71.
- ทวิมนัย อุดชาชน และเสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนาท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม*, 7(1), 12-21.
- นงนุช วงศ์สว่าง, ดนุลดา จินขาวขำ, ปวีณา เทศนาบุรณ์ และกิริติ กิจธีระวุฒินงษ์. (2562). ประสบการณ์การใช้ชีวิตตามลำพังของผู้สูงอายุ: การศึกษาเชิงคุณภาพ. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 36(2), 124-133.
- น้ำทิพย์ จองศิริ. (2562). การพัฒนาตำรับอาหารพื้นบ้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดแพร่. *วารสารแพทย์และวิทยาศาสตร์คลินิกแพร่*, 30(2), 56-70.

- พีระนันท์ จีระยิ่งมงคล, พิมพ์ลดา อนันต์สิริเกษม, พลอยประกาย ฉลาดล้ำ, สุพัตรา ไตรอุดมศรี และสุภาวดี นพจุจินดา. (2565). ประสบการณ์ดูแลตนเองเพื่อการชะลอวัยของผู้สูงอายุ:กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 5. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 32(3), 163-173.
- ศรัณย์ดิษฐ์ เบญจพงศ์, เขาวฤทธิ์ เขาว์แสงรัตน์ และฟ้าใส สามารถ. (2566). พหุพลังผู้สูงอายุ: การทบทวนแนวคิดในบริบทของไทย. *วารสารรัชติภาคย์*, 18(61), 504-515.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2566). เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2/2566. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 21-23 มิถุนายน 2566. สืบค้นเมื่อ 13 มกราคม 2566 จาก <https://www.chiangmaihealth.go.th/document/230616168691802732.pdf>.
- องค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว. (2566). แผนพัฒนาท้องถิ่น (พ.ศ. 2566-2570). สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2565 จาก <http://donkaewlocal.go.th/web2018/wp-content/uploads/2022/04>.
- Bengtson, V. L., & Settersten, R. A., Jr. (Eds.). (2016). *Handbook of theories of aging* (3rd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Desai, J. P. & Nair, R. U. (2023). Oral health factors related to rapid oral health deterioration among older adults: A narrative review. *Journal of Clinical Medicine*, 12(9), 3202. <https://doi.org/10.3390/jcm12093202>
- Fulmer, T., Reuben, D. B., Auerbach, J., Fick, D. M., Galambos, C., & Johnson, K. S. (2021). Actualizing better health and health care for older adults: Commentary describes six vital directions to improve the care and quality of life for all older Americans. *Health Affairs*, 40(2), 219-225. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01470>
- Heidegger, M. (1962). *Being and time*. In J. Macquarrie, & E. Robinson, (Trans.), New York: Harper & Row.
- Heidegger, M. (2024). *Introduction to philosophy*. Bloomington: Indiana University Press.
- Kassis, A., et al. (2023). Nutritional and lifestyle management of the aging journey: A narrative review. *Frontiers in Nutrition*, 9, 1087505. <https://doi.org/10.3389/fnut.2022.1087505>
- Keisari, S., Palgi, Y., Yaniv, D., & Gesser-Edelsburg, A. (2022). Participation in life-review playback theater enhances mental health of community-dwelling older adults: A randomized controlled trial. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 16(2), 302. <https://doi.org/10.1037/aca0000354>

- Kemathad, C. (2023). Care burden of family caregivers of elderly relatives with breast cancer in the Asian culture: Integrative review. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 26(1), 1-10.
<https://doi.org/10.7454/jki.v26i1.2489>
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). Newcastle: Sage.
- Naylor, J., Johnstone, A. M., & Myint, P. K. (2024). Time for a re-think? The rationale for multi-component intervention to prevent malnutrition in at-risk community-dwelling older adults. *Geriatrics (Basel, Switzerland)*, 9(5), 124. <https://doi.org/10.3390/geriatrics9050124>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice*. NJ: Prentice Hall.
- Powell, J. L. (2006). *Social theory and aging*. Maryland: Rowman & Littlefield.
- Squire, C. M., Giombi, K. C., Rupert, D. J., Amoozegar, J., & Williams, P. (2024). Determining an appropriate sample size for qualitative interviews to achieve true and near code saturation: Secondary analysis of data. *Journal of Clinical and Translational Science*, 8, e71. <https://doi.org/10.1017/cts.2024.71>
- Valenzuela, P. L., et al. (2019). Physical exercise in the oldest old. *Comprehensive Physiology*, 9(4), 1281-1304. <https://doi.org/10.1002/cphy.c190002>
- Wenger, G. C. (2021). *The supportive network: Coping with old age*. Milton Park: Routledge.
- World Health Organization. (2020). *UN decade of healthy ageing: Plan of action 2021-2030*. Retrieved December, 2024 from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>.
- Zhou, W., Zhang, L., Wang, T., Li, Q., & Jian, W. (2022). Influence of social distancing on physical activity among the middle-aged to older population: Evidence from the nationally representative survey in China. *Frontiers in Public Health*, 10, 958189.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.958189>

แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลคลองน้ำไหล

อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร

Social Support and Quality of Life among Older Adults in

Khlong Nam Lai Subdistrict, Khlong Lan District, Kamphaeng Phet Province

ชยภรณ์ บุญเรืองศักดิ์^{1*}, เสน่ห์ แสงเงิน¹

Chayaporn Boonruangsak^{1*}, Sane Saengngoen¹

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร¹

Faculty of Public Health, Naresuan University¹

(Received: February 10, 2025; Revised: August 4, 2025; Accepted: November 18, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับแรงสนับสนุนทางสังคมและระดับคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 365 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51 เป็นผู้สูงอายุตอนต้นที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 62.74 มีค่าเฉลี่ยระดับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.40, S.D. = 0.67) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการเงินมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 3.44, S.D. = 0.64) รองลงมา คือ ด้านร่างกาย (Mean = 3.42, S.D. = 0.72) ส่วนค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.44, S.D. = 0.71) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมมีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับดี (Mean = 3.77, S.D. = 0.61) และด้านการเผชิญหน้ากับความตายมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 2.97, S.D. = 0.91) และพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.31, p\text{-value} < 0.001$) ผลการศึกษารังนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคมในด้านการเงิน ด้านร่างกาย ด้านสิ่งของ และด้านอารมณ์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่สมบูรณ์และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: แรงสนับสนุนทางสังคม, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, จังหวัดกำแพงเพชร

*ผู้ให้การติดต่อ ชยภรณ์ บุญเรืองศักดิ์ e-mail: dchayaporn@gmail.com

Abstract

This cross-sectional study aimed to examine the levels of social support and quality of life, as well as the relationship between social support and quality of life among older adults in Khlong Nam Lai Subdistrict, Khlong Lan District, Kamphaeng Phet Province. The participants were 365 older adults residing in Khlong Nam Lai Subdistrict, selected using stratified random sampling. The research instruments included a personal information record form, a social support questionnaire, and the Thai version of the World Health Organization Quality of Life-BREF questionnaire for older adults. Descriptive statistics were employed to analyze general data, while Spearman's correlation coefficient was used to examine the relationship between social support and quality of life among the participants.

The findings revealed that the majority of participants were female (51%) and early older adults aged 60-69 years (62.74%). The overall mean score of social support was at a moderate level (Mean = 3.40, S.D. = 0.67). When considering each dimension, financial support had the highest mean score (Mean = 3.44, S.D. = 0.64), followed by physical support (Mean = 3.42, S.D. = 0.72). The overall mean score of quality of life was also at a moderate level (Mean = 3.44, S.D. = 0.71). By dimension, social interaction had the highest mean score at a good level (Mean = 3.77, S.D. = 0.61), whereas the dimension of facing death had the lowest mean score (Mean = 2.97, S.D. = 0.91). A moderate positive correlation was found between social support and quality of life among older adults, which was statistically significant at the 0.05 level ($r = 0.31$, $p\text{-value} < 0.001$). The results suggest that enhancing quality of life in older adults should focus on promoting social support in financial, physical, material, and emotional aspects, which may contribute to their overall health and well-being.

Keywords: Social Support, Quality of Life, Older Adults, Kamphaeng Phet Province

บทนำ

จากรายงานขององค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2022) คาดการณ์ว่าประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นจาก 1 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2020 เป็น 1.4 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2030 และ 2.1 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2050 โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นสูง สำหรับประเทศไทยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2566) รายงานว่าประชากรผู้สูงอายุมีจำนวน 13.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.5 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 25 ในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งทำให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัย

{2/20}

อย่างสมบูรณ์ (Super-aged Society) ซึ่งในปี พ.ศ. 2566 สถานการณ์นี้ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ ความเสื่อมโทรมทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ (World Health Organization, 2021) สำหรับประเทศไทย ได้มีหน่วยงานองค์กรต่าง ๆ ให้ความสำคัญกับประชากรผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยได้ร่วมกันวางยุทธศาสตร์เพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาค่าที่เพิ่มขึ้นในอนาคต ดังจะเห็นได้จากการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580) เพื่อใช้เป็นแผนแม่บทในการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับบริการด้านสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ บนฐานคิดที่ว่าผู้สูงอายุไม่ใช่บุคคลด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคม แต่สามารถมีส่วนร่วมเป็นพลังพัฒนาสังคมที่ควรได้รับการส่งเสริมและเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน และรัฐให้ดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีให้นานที่สุด ขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่ประสบความทุกข์ยาก ต้องได้รับการเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน สังคม และรัฐอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมผ่านกระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคมโดยการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ได้แก่ ประชากรผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเอง ครอบครัวดูแล ชุมชนช่วยเกื้อกูล สังคม รัฐสนับสนุน โดยการบูรณาการให้สอดคล้องกับสังคมอย่างต่อเนื่อง (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2565)

การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยสำคัญของการช่วยเหลือในด้านร่างกายและจิตใจ การแนะนำหรือการให้ความรู้แก่บุคคลอื่น (Behrendt, Spieker, Sumngern, & Wendschuh, 2023) แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถจำแนกเป็น 3 มิติ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของทรัพยากร และด้านข้อมูลข่าวสาร โดยมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ ความสามารถในการเผชิญปัญหา และการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุ ซึ่งการได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของ เช่น ความช่วยเหลือทางการเงิน และทรัพยากรยังชีพ จะช่วยลดความกังวลพื้นฐานและเอื้อต่อการปรับตัว โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยหรืออยู่ลำพัง (Shah, Ali, & Rathod, 2023) ขณะเดียวกันการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำด้านสุขภาพ จะช่วยเพิ่มความรู้ ความตระหนักให้กับผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมในการใช้บริการสุขภาพ และการดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (World Health Organization, 2023)

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจะต้องคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายด้าน อาทิ ปัจจัยด้านประชากร ซึ่งเป็นลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา เนื่องจากเพศเป็นตัวกำหนดบทบาทการดูแลและพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกัน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (Shah, Ali, & Rathod, 2023) ส่วนอายุมีผลต่อคุณภาพชีวิตเนื่องจากอายุที่เพิ่มมากขึ้นจะสัมพันธ์กับการเสื่อมถอยสมรรถภาพกาย มีระดับการพึ่งพาสูงขึ้น และคะแนนคุณภาพชีวิตที่ลดลงโดยรวม (Feter, Smith, Doring, Leite, & Rombaldi 2021) นอกจากนี้ การนับถือศาสนาที่ต่างกันมีผลให้พฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยเฉพาะด้านสุขภาพอนามัยซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพชีวิต (Yoon, 2024) ปัจจัยด้านสังคมรูปแบบการอยู่อาศัยและเครือข่ายครอบครัวมีความสำคัญ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสหรืออยู่ร่วมครอบครัวหลายคนจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังหรืออยู่ในครอบครัวเดี่ยว (Domènech-Abella, Mundó,

Haro, & Rubio-Valera, 2022) และปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การดูแลและส่งเสริมสุขภาพ จะช่วยลดความโดดเดี่ยวและสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (World Health Organization, 2023) ดังนั้น ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ล้วนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

แรงสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทางสังคมที่เหมาะสมและเพียงพอจะทำให้บุคคลสามารถเผชิญต่อปัญหาต่าง ๆ ได้ แต่หากขาดแรงสนับสนุนทางสังคม บุคคลอาจไม่สามารถเผชิญต่อปัญหาได้ และได้รับผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Alonso, Barajas, Ordóñez, Ávila Alpírez, Fhon, & Duran-Badillo, 2022) ดังนั้นในการดูแลผู้สูงอายุแรงสนับสนุนทางสังคมในทุกรูปแบบ ล้วนมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และการมีส่วนร่วมในสังคม และเป็นกลไกที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวและรับมือกับความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากข้อมูลจำนวนประชากรผู้สูงอายุและดัชนีการสูงวัย พ.ศ. 2556-2573 (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2558) พบว่า ระดับสังคมสูงวัยตามค่าดัชนีการสูงวัยของประเทศไทยในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง 9 จังหวัด ได้แก่ อุทัยธานี นครสวรรค์ พิจิตร กำแพงเพชร เพชรบูรณ์ ตาก พิจนุโลก สุโขทัย และอุตรดิตถ์ มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะจังหวัดกำแพงเพชร ซึ่งมีค่าดัชนีการสูงวัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 93.25 ในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงระดับสังคมสูงวัย (Aged Society) ไปเป็นระดับสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Completed Aged Society) ในปี พ.ศ. 2563 โดยค่าดัชนีการสูงวัยจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 129.64 และเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 196.33 ในปี พ.ศ. 2573 และจากรายงานการพัฒนามนุษย์ ประจำปี พ.ศ. 2563 โดยสำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย (United Nations Development Programme (UNDP)) ตามดัชนีการพัฒนามนุษย์ของประเทศไทย 8 มิติ (Human Development Index (HDI)) พบว่าจังหวัดกำแพงเพชร ถูกจัดอยู่ในกลุ่มห้าจังหวัดล่างที่สุด ในมิติดัชนีและตัวชี้วัดด้านสุขภาพ โดยถูกจัดอยู่ในลำดับที่ 76 และถูกจัดอยู่ในกลุ่มห้าอันดับสุดท้าย ในมิติดัชนีและตัวชี้วัดด้านชีวิตครอบครัว และชุมชน ที่ผู้สูงอายุอยู่ตามลำดับมากที่สุดของประเทศ โดยคิดเป็นร้อยละ 13.2 และอยู่ในลำดับที่ 76 เช่นกัน (โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย, 2563)

จังหวัดกำแพงเพชร มีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปี จำนวนทั้งสิ้น 104,566 คน คิดเป็นร้อยละ 16.27 ของประชากรทั้งจังหวัด โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร (2562) ได้จำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับการให้ความดูแลช่วยเหลือ พบว่า มีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 9.24 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 1.57 โดยมีประชากรผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปถึง 69,123 คน คิดเป็นร้อยละ 10.76 หมายความว่า จังหวัดกำแพงเพชรกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) อย่างสมบูรณ์ นอกจากนี้ ได้ประเมินตามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (คิดเป็นร้อยละ 70.16 ของประชากรผู้สูงอายุ) เพื่อประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living) พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 1.57-9.42 มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ทำเองได้) ดังนั้น

เมื่อสัดส่วนวัยแรงงานแปรผกผันกับวัยผู้สูงอายุ เป็นผลให้ผู้ที่มาช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ต้องพึ่งพิง โดยบุคคลในครอบครัวอาจไม่เพียงพอ จำเป็นต้องหาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุมาช่วยเหลือดูแลเพิ่มเติมตลอดจน การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุและการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง เชื่อมโยงจากสถานบริการสู่ชุมชน และท้องถิ่นเป็นสิ่งจำเป็น

ตำบลคลองน้ำไหล อำเภอลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร เป็นตำบลที่มีประชากรอพยพมาจากหลาย จังหวัดทางเหนือ เช่น ลำปาง น่าน แพร่ เชียงราย ลำพูน ภาคอีสาน เช่น ร้อยเอ็ด นครพนม ภาคกลาง เช่น นครสวรรค์ พิจิตร ภาคใต้ เช่น นครศรีธรรมราช และมีชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง (ปกากะญอ) อยู่หมู่ที่ 16 บ้านสามัคคี ธรรม ประมาณ 30 ครัวเรือน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีพื้นที่ทั้งหมด 393 ตารางกิโลเมตร แบ่งเขตการปกครองรวม 28 หมู่บ้าน จำนวนครัวเรือน 6,690 ครัวเรือน มีประชากร 19,287 คน โดยมีประชากร ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 2,372 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.30 ของประชากรทั้งหมด (องค์การบริหาร ส่วนตำบลคลองน้ำไหล, 2564) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ ในตำบลคลองน้ำไหล อำเภอลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร ที่มีความหลากหลายของประชากร สภาพความเป็นอยู่ วิธีการดำรงชีวิต วัฒนธรรมประเพณี และภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งมีความแตกต่างจากพื้นที่ โดยทั่วไปของจังหวัดกำแพงเพชร เพื่อจะได้เป็นข้อมูลในการหาแนวทางให้การสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม จนเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และ ภาคภูมิใจในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ การได้รับการยอมรับจากผู้อื่น และการคงไว้ซึ่งบทบาทในสังคม ตลอดจนใช้ข้อมูลที่เกิดขึ้นเป็นแนวทางในการสนับสนุนและให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งในด้านการวางแผน ทั้งระยะสั้นและระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

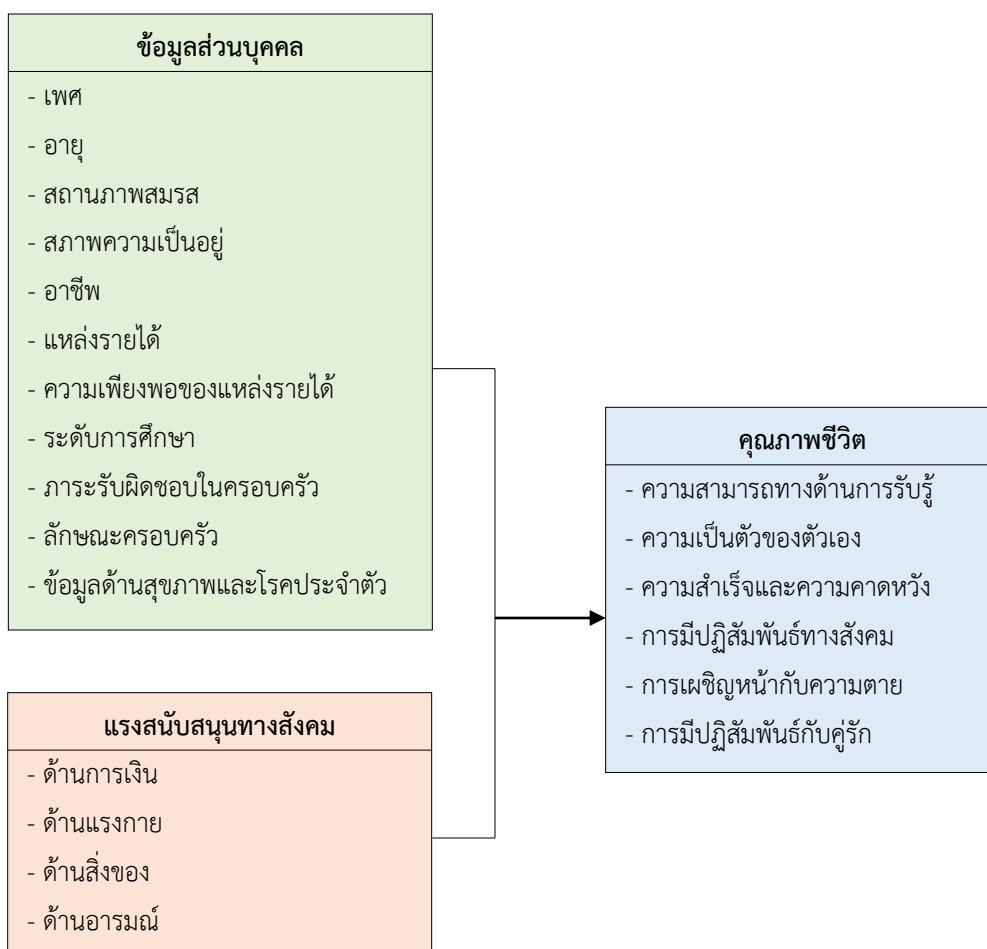
1. เพื่อศึกษาระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ในตำบลคลองน้ำไหล อำเภอลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร
2. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในตำบลคลองน้ำไหล อำเภอลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในตำบลคลองน้ำไหล อำเภอลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร

สมมติฐานการวิจัย

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในตำบลคลองน้ำไหล อำเภอลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สภาพความเป็นอยู่ อาชีพ แหล่งรายได้ ความเพียงพอของแหล่งรายได้ ระดับการศึกษา การะับผิดชอบในครอบครัว ลักษณะครอบครัว และข้อมูลด้านสุขภาพและโรคประจำตัว ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเงิน ด้านร่างกาย ด้านสิ่งของ และด้านอารมณ์ (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2554) และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-OLD-THAI) จำนวน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถด้านการรับรู้ ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ด้านความสำเร็จและความคาดหวัง ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ด้านการเผชิญหน้ากับความตาย และด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2555) เพื่อนำมาใช้เป็นกรอบในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกันยายน 2563 ถึงเดือนสิงหาคม 2564 ในพื้นที่ตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 2,372 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของแดเนียล (Daniel, 1995) โดยใช้ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 คำนวณได้ดังนี้

$$n = \frac{Z^2 \alpha/2 Np(1-p)}{Z^2 \alpha/2 p(1-p) + (N-1)d^2}$$

กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 331 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้จำนวน 365 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) แบบเป็นระบบ จากจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน ทั้ง 28 หมู่บ้าน คิดเป็นสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างต่อประชากรให้เท่ากับจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า

ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร ไม่น้อยกว่า 5 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นได้เข้าใจ มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลตามปกติ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

ขาดการติดต่อขณะดำเนินการวิจัย มีอาการเจ็บป่วยกะทันหันที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ เสียชีวิตก่อนสิ้นสุดการวิจัย และขอลอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สภาพความเป็นอยู่ อาชีพ แหล่งรายได้ ความเพียงพอของแหล่งรายได้ ระดับการศึกษา ภาระรับผิดชอบในครอบครัว ลักษณะครอบครัว ข้อมูลด้านสุขภาพและโรคประจำตัว

2. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยประยุกต์ใช้เครื่องมือวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของ ซิเมท และคณะ (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยสุภาภรณ์ สุตหนองบัว

(2554) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเงิน ด้านร่างกาย ด้านสิ่งของ และด้านอารมณ์ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบบ 5 ระดับ โดยกำหนดค่าคะแนนแต่ละข้อคำถาม ดังนี้ น้อยที่สุด ให้คะแนน 1 คะแนน น้อย ให้คะแนน 2 คะแนน ปานกลาง ให้คะแนน 3 คะแนน มาก ให้คะแนน 4 คะแนน และมากที่สุด ให้คะแนน 5 คะแนน ช่วงคะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน นำคะแนนดังกล่าวมาแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 12-27 คะแนน หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ 28-43 คะแนน หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง และ 44-60 คะแนน หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ส่วนคะแนนเฉลี่ยรายข้อแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.33 คะแนน หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.66 คะแนน หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.67-5.00 คะแนน หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก

3. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ขององค์การอนามัยโลก ชดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-OLD-THAI) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยสุภาภรณ์ สดหนองบัว (2555) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index (CVI)) เท่ากับ 0.90 และค่าสัมประสิทธิ์ไครอนบาคของแอลฟา เท่ากับ 0.94 ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถด้านการรับรู้ ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ด้านความสำเร็จและความคาดหวัง ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ด้านการเผชิญหน้ากับความตาย และด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก จำนวน 24 ข้อ มีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 17 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 6, 7, 8, 9 และ 10 ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบบ 5 ระดับ โดยกำหนดค่าคะแนน แต่ละข้อคำถามเชิงบวก ดังนี้ ไม่เลย ให้คะแนน 1 คะแนน เล็กน้อย ให้คะแนน 2 คะแนน ปานกลาง ให้คะแนน 3 คะแนน มาก ให้คะแนน 4 คะแนน และมากที่สุด ให้คะแนน 5 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบจะกำหนดค่าคะแนนตรงกันข้าม ช่วงคะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 24-120 คะแนน นำคะแนนดังกล่าวมาแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 24-56 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตในระดับที่ไม่ดี 57-89 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง และ 90-120 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตในระดับที่ดี ส่วนคะแนนเฉลี่ยรายข้อแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.33 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ไม่ดี ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.66 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.67-5.00 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index (CVI)) จากผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้สูงอายุ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาและการพัฒนาคุณภาพชีวิต และนักพัฒนาสังคมชำนาญการ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.89 หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม โดยนำไปทดสอบกับผู้สูงอายุที่มีความ

คล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแอลฟาเท่ากับ 0.91 ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป (Georgia & Gabriele, 2021)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยประสานขออนุญาตเข้าพื้นที่ที่ทำการศึกษ จากนั้นประสานงานกับหน่วยงานในพื้นที่ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้ำไหล โรงพยาบาลคลองลาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบึงหล่ม โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลคลองน้ำไหล ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลได้ชี้แจงเกี่ยวกับกระบวนการในการทำวิจัยเพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้ยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามด้วยวิธีการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ด้วยตนเอง โดยใช้เวลาเฉลี่ยรายละ 30-45 นาที สถานที่เป็นที่พักอาศัยของผู้สูงอายุแต่ละราย ระหว่างเดือนกันยายน 2563 ถึง เดือนสิงหาคม 2564 โดยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม และระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กำหนดเกณฑ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไว้ดังนี้ 0.90-1.00 มีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก 0.71-0.90 มีความสัมพันธ์ระดับสูง 0.31-0.70 มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง 0.01-0.30 มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ และ 0.00 ไม่มีความสัมพันธ์ (บุญชม ศรีสะอาด, 2556)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ตามหมายเลขโครงการ IRB No. 0136/62 และหมายเลขรับรอง COA No. 408/2019 ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2562 โดยรับรองต่อเนื่องครั้งที่ 1 ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2563 และรับรองต่อเนื่องครั้งที่ 2 ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2564 ผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง พร้อมทั้งชี้แจงถึงข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมจะถูกเก็บเป็นความลับ การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม และให้ผู้สูงอายุลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.00 เป็นผู้สูงอายุตอนต้นที่มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 62.74 (อายุเฉลี่ย 68.23 ปี) สถานภาพสมรส/สมรส ร้อยละ 58.00 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.00 ประกอบอาชีพทำไร่ ทำนา ทำสวน ร้อยละ 33.20 ได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการ ร้อยละ 98.10 รายได้เพียงพอ กับรายจ่าย ร้อยละ 85.25 พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 35.60 พักอาศัยที่บ้านของตนเอง/สามี/ภรรยา ร้อยละ 70.40 มีภาระรับผิดชอบในครอบครัว ร้อยละ 91.00 ดัชนีมวลกาย 18.50-24.90 (ปกติ) ร้อยละ 49.32 มองเห็น ชัดเจน ร้อยละ 86.57 ได้ยินชัดเจน ร้อยละ 88.77 และป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 45.10 ดังแสดง ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=365)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	186	51.00
ชาย	179	49.00
อายุ (Mean = 68.23, S.D. = 6.77)		
60-69 ปี	229	62.74
70-79 ปี	112	30.68
80 ปีขึ้นไป	24	6.58
สถานภาพสมรส		
สมรส	212	58.00
หม้าย	116	31.80
หย่า	21	5.80
โสด	9	2.50
แยก	7	1.90
ระดับการศึกษา		
ไม่เคยเรียน	82	22.40
ประถมศึกษา	281	77.00
มัธยมศึกษา	1	0.30
อาชีวศึกษา/ประกาศนียบัตร	1	0.30
การประกอบอาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	71	19.50
ทำไร่ ทำนา ทำสวน	121	33.20

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รับจ้าง	101	27.70
ค้าขาย	65	17.80
ข้าราชการบำนาญ	1	0.30
อื่น ๆ เช่น ทำงานโรงงาน มัคคนายก	6	1.80
การรับเบี้ยยังชีพจากทางราชการ		
ได้รับ	358	98.10
ไม่ได้รับ	7	1.90
ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่ายต่อเดือน		
เพียงพอ	311	85.25
ไม่เพียงพอ	52	14.25
มีเงินเหลือเก็บ	2	0.50
ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับใคร		
อยู่กับคู่สมรส	153	42.00
อยู่กับบุตรหลาน	130	35.60
อยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน	34	9.30
อยู่คนเดียว	25	6.80
อยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน หรือญาติ	14	3.80
อยู่กับญาติ	9	2.50
ปัจจุบันที่พักอาศัยเป็นของใคร		
บ้านของตนเอง/สามี/ภรรยา	257	70.40
บ้านบุตรหลาน	100	27.40
บ้านญาติ	6	1.60
บ้านเพื่อน, คนรู้จัก	1	0.30
บ้านเช่า หอพัก	1	0.30
การะับผิดชอบในครอบครัว		
ไม่มี	33	9.00
มี ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	332	91.00
หุงข้าว	226	61.9
ปลูกต้นไม้ ทำสวนครัว	201	55.1
กวาดบ้าน ถูบ้าน	184	50.4
ซักผ้า รีดผ้า	183	50.1
ล้างจาน	183	50.1
เลี้ยงหลาน	142	39.9
เลี้ยงสัตว์	133	36.4

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย (BMI)		
น้อยกว่า 18.50 (ผอม)	28	7.67
18.50-24.90 (ปกติ)	180	49.32
25.00-29.90 (อ้วนระดับ 1)	122	33.42
มากกว่า 30.00 (อ้วนระดับ 2)	35	9.59
ความสามารถในการมองเห็น		
มองเห็นชัดเจน	316	86.57
มองเห็นไม่ชัดเจน มัว	49	13.43
ความสามารถในการได้ยิน		
ได้ยินชัดเจน	324	88.77
ได้ยินไม่ชัดเจน	39	10.68
ไม่ได้ยิน	2	0.55
การป่วยเป็นโรค หรือมีภาวะเจ็บป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ความดันโลหิตสูง	164	45.10
เบาหวาน	151	41.50
กระเพาะอาหาร กระเพาะอาหารอักเสบ	62	17.00
ข้อเสื่อม เกาต์ รูมาตอยด์ ปวดข้อ	55	15.10
หลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพอง หอบหืด ปอดอักเสบ	25	6.90
สมองเสื่อม โรคหลงลืม ความจำเสื่อม	17	4.70
ต่อมลูกหมากโต	16	4.40
โรคไต	11	3.00
ต่อหีน	8	2.20
โรคหัวใจ	5	1.40
ต่อกระจก	4	1.10
มะเร็ง	3	0.80
พาร์กินสัน สั่น	3	0.80
แผลกดทับ	2	0.60
วัณโรคปอด	1	0.30

2. ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม

พบว่า ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 273 คน คิดเป็นร้อยละ 74.80 รองลงมาอยู่ในระดับมาก จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 24.10 และในระดับต่ำ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.10 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (n=365)

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (12-27)	4	1.10
ปานกลาง (28-43)	273	74.80
มาก (44-60)	88	24.10
รวม	365	100.00

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.40, S.D. = 0.67) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการเงิน ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.44, S.D. = 0.64) ด้านร่างกาย ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.42, S.D. = 0.70) ด้านสิ่งของ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.39, S.D. = 0.66) และด้านอารมณ์ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.33, S.D. = 0.66) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (n=365)

แรงสนับสนุนทางสังคม	Mean	S.D.	ระดับ
ด้านการเงิน	3.44	0.64	ปานกลาง
ด้านร่างกาย	3.42	0.70	ปานกลาง
ด้านสิ่งของ	3.39	0.66	ปานกลาง
ด้านอารมณ์	3.33	0.66	ปานกลาง
รวม	3.40	0.67	ปานกลาง

3. ระดับคุณภาพชีวิต

พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 310 คน คิดเป็นร้อยละ 84.90 และรองลงมาอยู่ในระดับมาก จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 15.10 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (n=365)

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ดี (24-56)	0	0.00
ปานกลาง (57-89)	310	84.90
ที่ดี (90-120)	55	15.10
รวม	365	100.00

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.44, S.D. = 0.71) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความสามารถด้านการรับรู้ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.27, S.D. = 0.74) ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.50, S.D. = 0.68) ด้านความสำเร็จและความคาดหวัง ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี (Mean = 3.69, S.D. = 0.67) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี (Mean = 3.77, S.D. = 0.61) ด้านการเผชิญหน้ากับความตาย ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.97, S.D. = 0.91) และด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.45, S.D. = 0.65) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (n=365)

คุณภาพชีวิต	Mean	S.D.	ระดับ
ด้านความสามารถด้านการรับรู้	3.27	0.74	ปานกลาง
ด้านความเป็นตัวของตัวเอง	3.50	0.68	ปานกลาง
ด้านความสำเร็จและความคาดหวัง	3.69	0.67	ดี
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	3.77	0.61	ดี
ด้านการเผชิญหน้ากับความตาย	2.97	0.91	ปานกลาง
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก	3.45	0.65	ปานกลาง
รวม	3.44	0.71	ปานกลาง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตโดยรวมมีความสัมพันธ์กันทางบวกระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ และด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเงิน และด้านร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

แรงสนับสนุนทางสังคม	คุณภาพชีวิต	ระดับ
ด้านการเงิน	0.27*	ต่ำ
ด้านร่างกาย	0.29*	ต่ำ
ด้านสิ่งของ	0.35*	ปานกลาง
ด้านอารมณ์	0.33*	ปานกลาง
รวม	0.31*	ปานกลาง

*p-value < 0.001

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของผู้สูงอายุ ในตำบลคลองน้ำไหล อำเภอลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพทำไร่ ทำนา ทำสวน รายได้ส่วนใหญ่มาจากการรับเบี้ยยังชีพจากราชการและรายได้เพียงพอกับรายจ่าย ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว ได้แก่ คู่สมรสและบุตรหลาน เมื่อพิจารณาแรงสนับสนุนทางสังคมรายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเงิน ที่ได้รับการที่ครอบครัว เพื่อน พยายามจะช่วยเหลืออย่างจริงจัง และการมีบุคคลพิเศษอยู่เคียงข้างเมื่อต้องการความช่วยเหลือ และด้านร่างกาย จากการมีครอบครัวที่เต็มใจช่วยเหลือในการตัดสินใจ การมีเพื่อนและคนพิเศษที่สามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขได้ อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของสุธิดา บัวสุข, วรณีย์ ศรีวิสัย และนารีรัตน์ จิตรมนตรี (2563) ที่พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง โดยเฉพาะด้านการเงินและร่างกายจากครอบครัว ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากนโยบายของภาครัฐที่จัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุทุกคน ประกอบกับการศึกษาของ อัจฉรา ปุราคม, จิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุกัญญา บุญณอม (2562) พบว่าการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว จึงได้รับการช่วยเหลือดูแลด้านร่างกายจากสมาชิกในครอบครัวอย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลพร ขำขันมะลี, สุนีย์ ละกำป็น และอรพรรณ โตสิงห์ (2560) ที่พบว่าผู้สูงอายุมักได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจน้อยกว่าด้านอื่น ๆ เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวต้องทำงานนอกบ้าน มีเวลาพูดคุยให้กำลังใจผู้สูงอายุน้อยลง ประกอบกับสังคมปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบครอบครัวจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุในตำบลคลองน้ำไหล อำเภอลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายुरายด้าน พบว่าด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด สอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของ กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2565) ที่เน้นการส่งเสริม

การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ การรวมกลุ่มทำกิจกรรมในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และทำกิจกรรมร่วมกัน ขณะที่คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านการเผชิญหน้ากับความตายพบว่ามีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เนื่องจาก ผู้สูงอายุยังขาดการวางแผนในการรับมือกับการสูญเสีย อีกทั้งวิธีการดำเนินชีวิตยังมุ่งแสวงหารายได้เพื่อการเลี้ยงชีพ โดยที่ยังไม่ได้มีการวางแผนเพื่อการดูแลตนเอง ครบครันในระยะท้ายของช่วงชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ณัฐพัชร สโรบล และธนิกานต์ ศักดาพร (2555) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมในการเผชิญความตาย ทั้งในด้านการจัดการทรัพย์สิน การทำพินัยกรรม และการเตรียมการดูแลตนเองในระยะท้าย สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมความรู้และการเตรียมความพร้อมด้านนี้ให้แก่ผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนี ครองระวะ (2566) ที่พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน และอาลอนโซ และคณะ (Alonso, Barajas, Ordóñez, Ávila Alpírez, Fhon, & Duran-Badillo, 2022) ที่พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเฉพาะการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานภาครัฐอย่างเหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัว และดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ทั้งนี้ จากการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของและด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุแห่งชาติ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2565-2568) ที่ให้ความสำคัญกับการจัดระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุแบบบูรณาการครอบคลุมทั้งด้านวัตถุและจิตใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและมีศักดิ์ศรี และการศึกษาของศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2561) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะแรงสนับสนุนด้านสิ่งของและด้านอารมณ์

จากการศึกษานี้ สะท้อนให้เห็นว่าแม้ผู้สูงอายุจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง แต่ยังมีช่องว่างในการพัฒนาโดยเฉพาะด้านการเงินและด้านร่างกาย สอดคล้องกับข้อเสนอวิไลพร ขำขันมะลี, สุนีย์ ละกำป็น และอรพรรณ โตสิงห์ (2560) ที่เสนอให้มีการพัฒนาสวัสดิการและระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการสุขภาพ และภาคประชาสังคม ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลและอาสาสมัครในชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) ที่เสนอให้มีการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลและอาสาสมัครในชุมชนให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม รวมถึงการส่งเสริมการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุตามแนวทางยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ที่ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ และส่งเสริมการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บูรณาการความร่วมมือระหว่าง

ภาคส่วนต่าง ๆ ในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับเป้าหมายของการพัฒนาประเทศที่มุ่งสู่สังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านนโยบาย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ในการกำหนดนโยบายและมาตรการสนับสนุนทางสังคมที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ การจัดสวัสดิการ การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ด้านการปฏิบัติ หน่วยงานสาธารณสุขสามารถนำไปพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ชุมชนสามารถนำไปปรับใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ อาสาสมัครและผู้ดูแลสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม
3. ด้านวิชาการ เป็นข้อมูลสำหรับการศึกษาวิจัยต่อยอดในประเด็นที่เกี่ยวข้อง สถาบันการศึกษาสามารถนำไปพัฒนาหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ใช้เป็นกรณีศึกษาสำหรับพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์และความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม การศึกษาแบบติดตามระยะยาวเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ
2. การศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในมิติอื่น ๆ เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถในการพึ่งตนเอง ผลของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม
3. การพัฒนาเครื่องมือวัดแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และแนวทางการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่ครอบคลุมและเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2558). *สถานการณ์และแนวโน้มสังคมผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556-2573*. สืบค้นเมื่อ 16 กันยายน 2565 จาก <https://www.dop.go.th/th/known/1/47>.

- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2565). *แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุแห่งชาติ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580)*. สืบค้นเมื่อ 16 กันยายน 2565 จาก <https://www.dop.go.th/th/laws/1/28/843>.
- โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย. (2563). *สรุปภาพรวมรายงานการพัฒนามนุษย์ประจำปี พ.ศ. 2563 สู่พรมแดนใหม่ การพัฒนามนุษย์ในยุคแอนโทรโพซีน*. สืบค้นเมื่อ 8 กันยายน 2565 จาก https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/th/UNDP_TH_GHDR_thaiversi on.pdf.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2556). *วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- รัชนี้ ครองระวะ. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 17(2), 125-138.
- วิไลพร ขำขันมะลี, สุนีย์ ละกำป็น และอรพรรณ โตสิงห์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 35(2), 92-102.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ญัฐพัชร สโรบล และธนิกานต์ ศักดาพร. (2555). *ลักษณะการดำเนินงานและ กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: JPRINT 2.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2561). การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 33(3), 5-22.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567*. สืบค้นเมื่อ 9 ธันวาคม 2567 จาก https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. (2562). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดกำแพงเพชร ปี พ.ศ. 2562*. สืบค้นเมื่อ 11 สิงหาคม 2562 จาก <https://kamphaengphet.m-society.go.th/wp content/uploads/2023/10/ผู้สูงอายุ.jpg>.
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุธิดา บัวสุข, วรณี ศรีวิลัย และนาริรัตน์ จิตรมนตรี. (2563). แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 38(4), 66-79.
- สุภาภรณ์ สุตหนองบัว. (2554). การพัฒนาแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุไทย. *วารสารพยาบาล ศาสตร์*, 29(3), 53-62.
- สุภาภรณ์ สุตหนองบัว. (2555). การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุไทย. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 30(2), 41-50.

- องค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้ำไหล. (2564). ทบทวนแผนพัฒนาท้องถิ่น (พ.ศ. 2561-2565) เปลี่ยนแปลงครั้งที่ 11 พ.ศ. 2564 ขององค์การบริหารส่วนตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร. สืบค้นเมื่อ 30 สิงหาคม 2564 จาก <https://www.khlongnamlai.go.th/project-detail?hd=7&id=14138>.
- อัจฉรา ปุราคม, จิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุกัญญา บุญนอม. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 33(1), 47-60.
- Alonso, M. A. M., Barajas, M. E. S., Ordóñez, J. A. G., Ávila Alpirez, H., Fhon, J. R. S., & Duran-Badillo, T. (2022). Quality of life related to functional dependence, family functioning and social support in older adults. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 56, e20210482. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0482en>
- Behrendt, D., Spieker, S., Sumngern, C., & Wendschuh, V. (2023). Integrating social support into interventions among the elderly in nursing homes: A scoping review. *BMJ Open*, 13(4), e071962. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-071962>
- Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences*. New York: Wiley & Sons.
- Domènech-Abella, J., Mundó, J., Haro, J. M., & Rubio-Valera, M. (2022). The association of living arrangements with health and well-being in older adults: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1900. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031900>
- Feter, N., Smith, E. C., Doring, I. R., Leite, J. S., & Rombaldi, A. J. (2021). Association between age, sex, physical function and quality of life in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 97, 104507. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104507>
- Georgia, L. F. & Gabriele, G. (2021). The technostress questionnaire: A pilot study. *Journal of Advanced Health Care*, 3(3). <https://doi.org/10.36017/jahc202133149>
- Shah, V., Ali, P., & Rathod, S. (2023). Social support and health in older adults: A narrative review of mechanisms and outcomes. *Perspectives on Aging and Quality of Life*, 1(1), 1-15. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10418952/>
- United Nations. (2022). *World population prospects 2022: Summary of results*. Retrieved October 11, 2025 from https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf.

- World Health Organization. (2021). *Ageing and health*. Retrieved October 11, 2025 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
- World Health Organization. (2023). *Thailand's leadership and innovations towards healthy ageing*. Retrieved October 11, 2025 from <https://www.who.int/southeastasia/news/feature-stories/detail/thailands-leadership-and-innovation-towards-healthy-ageing>.
- Yoon, S. (2024). Elder abuse victimization, mental health, and protective factors. *Aging & Mental Health*, 28(10), 1334-1342. <https://doi.org/10.1080/13607863.2024.2326992>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

การประเมินหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลฉบับปรับปรุง พุทธศักราช 2563 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

Curriculum Evaluation of the 2020 Revised Practical Nurse Certificate Program of Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai

จินตนา พรสัมฤทธิ์โชค¹, พิเชษฐ แซ่โซว^{1*}, เกศราภรณ์ ชูพันธ์¹, นุชจรินทร์ พันธุ์บุญปลูก¹

Jintana Pornsumritchok¹, Pishet Sasow^{1*}, Kesaraporn Choochun¹, Nucharin Phunboonlook¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข¹

Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health¹

(Received: October 4, 2024; Revised: February 20, 2025; Accepted: November 17, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงประเมินผลนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการประเมินหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ฉบับปรับปรุง พุทธศักราช 2563 ของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ โดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินตามแบบจำลอง CIPP (Context, Input, Process, Product) ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ บริบท (ขอบเขต และสภาพแวดล้อม) ปัจจัยนำเข้า (ทรัพยากร) กระบวนการ (การจัดการเรียนการสอน) และผลผลิต (ผลลัพธ์ผู้สำเร็จการศึกษา) กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 208 คน ประกอบด้วยผู้บริหารและอาจารย์ ผู้สำเร็จการศึกษา และผู้ใช้บัณฑิตเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินหลักสูตรและแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า การประเมินภาพรวมของหลักสูตรอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean= 4.65, S.D. = 0.52) โดยด้านบริบทได้รับคะแนนสูงสุด (Mean= 4.76, S.D. = 0.44) รองลงมา คือ ด้านปัจจัยนำเข้า (Mean= 4.62, S.D. = 0.49) ด้านผลผลิต (Mean= 4.61, S.D. = 0.59) และด้านกระบวนการ (Mean= 4.59, S.D. = 0.55) ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพพบว่า โครงสร้างหลักสูตรมีความชัดเจนและเป็นระบบ การจัดการเรียนรู้เชิงรุกเป็นปัจจัยสำคัญต่อความเข้าใจเชิงลึก และผู้สำเร็จการศึกษามีจุดเด่นด้านทักษะการปฏิบัติงานโดยเฉพาะการดูแลความต้องการพื้นฐานซึ่งสอดคล้องกับความรู้ของผู้ใช้บัณฑิต ข้อเสนอแนะจากการวิจัยสามารถนำไปปรับปรุงคุณภาพของหลักสูตร โดยปรับปรุงเนื้อหาของรายวิชาให้ทันสมัยและตอบสนองต่อความต้องการของระบบบริการสุขภาพ เพิ่มระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติทางคลินิกและเสริมสร้างระบบการสนับสนุนจากอาจารย์ที่ปรึกษาอย่างเป็นระบบ เพื่อส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะและทักษะวิชาชีพของนักศึกษาให้บรรลุศักยภาพสูงสุด

คำสำคัญ: การประเมินหลักสูตร, การเรียนรู้เชิงรุก, แบบจำลอง, ผู้ช่วยพยาบาล, สมรรถนะวิชาชีพ

*ผู้ให้การติดต่อ พิเชษฐ แซ่โซว e-mail: pishet@bcnc.ac.th

Abstract

This evaluative research aimed to assess the revised 2020 Certificate in Practical Nursing Curriculum of Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, using the CIPP evaluation model (Context, Input, Process, Product). The evaluation covered four components: context (scope and environment), input (resources), process (teaching and learning management), and product (graduate outcomes). The sample consisted of 208 participants, including administrators and instructors, graduates, and employers. The research instruments included a curriculum evaluation form and a semi-structured interview guide. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The findings revealed that the overall evaluation of the curriculum was rated at the highest level (Mean = 4.65, S.D. = 0.52). The highest score was obtained in the context dimension (Mean = 4.76, S.D. = 0.44), followed by input (Mean = 4.62, S.D. = 0.49), product (Mean = 4.61, S.D. = 0.59), and process (Mean = 4.59, S.D. = 0.55), respectively. Qualitative analysis indicated that the curriculum structure is clear and systematic, active learning plays an essential role in facilitating in-depth understanding, and graduates demonstrate strong practical skills, particularly in providing basic care, which aligns with employers' perceptions. Recommendations from the study include improving curriculum quality by updating course content to reflect changing health service needs, increasing clinical practice hours, and strengthening a systematic advisory support system to enhance students' professional competencies and enable them to reach their full potential.

Keywords: Curriculum Evaluation, Active Learning, CIPP Model, Practical Nurse, Professional Competency

บทนำ

การขาดแคลนบุคลากรพยาบาล ซึ่งมีบทบาทสำคัญในด้านสุขภาพ เป็นอุปสรรคหลักในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน แม้ว่าจะมีความพยายามในการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง แต่การเปลี่ยนแปลงในด้านสังคม เศรษฐกิจ และปัจจัยด้านระบาดวิทยา รวมถึงการขยายระบบประกันสุขภาพและการเพิ่มบริการสุขภาพ ส่งผลให้ความต้องการพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมาก กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำข้อมูลเกี่ยวกับอัตรากำลังของบุคลากร พบว่าประเทศไทยยังประสบปัญหาการขาดแคลนพยาบาลอย่างชัดเจน โดยในเขตสุขภาพที่ 1 ควรมีพยาบาล 10,939 คน แต่ปัจจุบันมีเพียง 7,635 คน จึงขาดแคลนถึง 2,758 คน (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1, 2563)

ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลไม่สามารถแก้ไขในระยะเวลาอันสั้นได้และส่งผลกระทบต่อให้บริการแก่ประชาชนในโรงพยาบาลขนาดใหญ่หลายแห่ง บางแห่งไม่สามารถเปิดให้บริการหอผู้ป่วยในให้เพียงพอได้ ดังนั้นการเตรียมบุคลากรด้านสาธารณสุขให้พอเพียงกับความต้องการทั้งด้านกำลังคนและคุณภาพจึงมีความสำคัญมาก ซึ่งปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพยังคงเป็นความท้าทายของระบบสาธารณสุขไทย แม้จะมีการเพิ่มกำลังการผลิตจากสถาบันการศึกษาแล้วก็ตาม (สถาบันพระบรมราชชนก, 2563) กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายเพิ่มกำลังคนสายผู้ช่วยพยาบาล 10,000 คนภายใน 5 ปี สอดคล้องกับนโยบายสภาการพยาบาลที่เน้นการจัดสรรบุคลากรสุขภาพให้เหมาะสมกับความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อให้ระบบบริการมีประสิทธิภาพการผลิตผู้ช่วยพยาบาลจึงมีความจำเป็นในการส่งเสริมศักยภาพการทำงานของทีมการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

สถาบันพระบรมราชชนก (สบช.) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นสถาบันอุดมศึกษาที่มุ่งผลิตและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพ โดยมีวิทยาลัยพยาบาลในสังกัด 30 แห่งทั่วประเทศ ซึ่งจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลที่ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล (สถาบันพระบรมราชชนก, 2563) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ เป็นวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ที่มีบทบาทในการผลิตบัณฑิตพยาบาลและพัฒนาบุคลากรสุขภาพให้มีสมรรถนะตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยวิทยาลัยฯ ได้ดำเนินโครงการผลิตหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล มาตั้งแต่ปีการศึกษา 2559 ซึ่งในปัจจุบันใช้หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (ปรับปรุง พ.ศ. 2563) ผลิตผู้สำเร็จการศึกษา 336 คน กระจายสู่สถานบริการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 1 ทั้งภาครัฐและเอกชน มีการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ทั้งภาคปกติ (1 ปี) และภาคพิเศษ (1 ปี 4 เดือน) พร้อมระบบอาจารย์ที่ปรึกษา (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่, 2565)

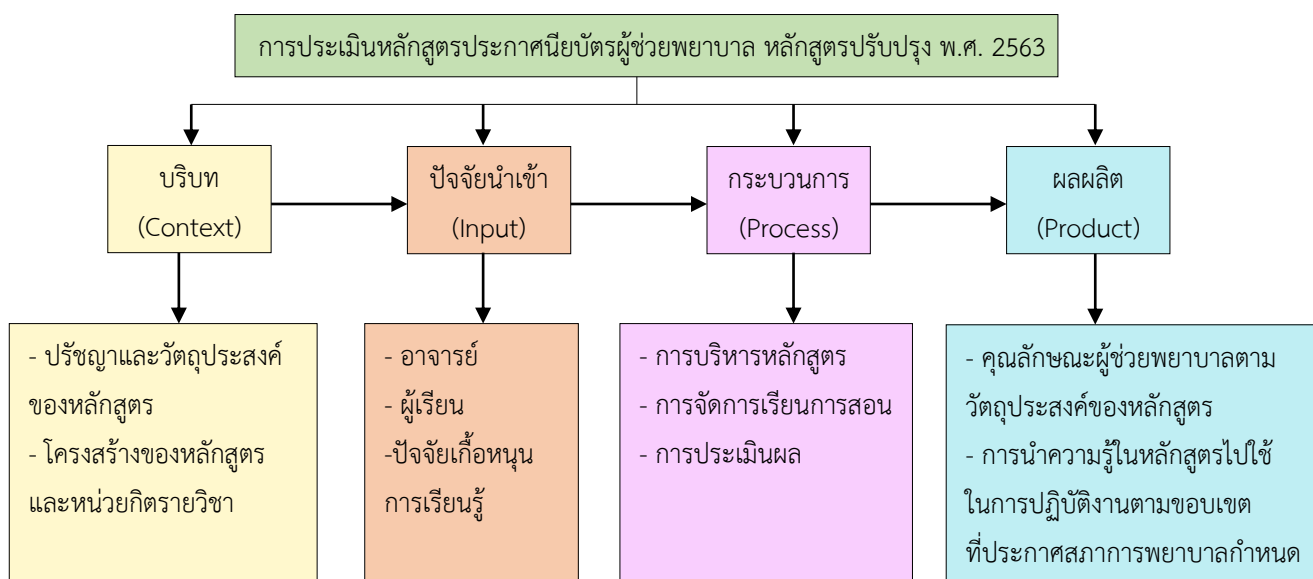
เนื่องจากหลักสูตรจะครบกำหนดประเมินในปี พ.ศ. 2567 จึงมีความจำเป็นต้องปรับปรุงหลักสูตรให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง เทคโนโลยี และสอดคล้องกับระบบสุขภาพของประเทศ เพื่อตอบสนองความต้องการของสังคม คณะผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการทำวิจัยประเมินหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2563 ขึ้น โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการประเมินตามแบบจำลองชิปปี้ (CIPP Model) (Stufflebeam, 2003) ซึ่งสามารถประเมินได้ครอบคลุมทั้งการประเมินบริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการผลิต (Process) และ ผลผลิต (Product) ของหลักสูตร โดยผลการประเมินแต่ละด้านจะนำไปสู่การตัดสินใจดำเนินการในขั้นตอนต่อไป (มารุต พัฒนาผล, 2561) รายละเอียดข้อมูลที่ได้จากการประเมินหลักสูตรนี้จะช่วยให้ผู้บริหารสามารถนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจในการพัฒนาและปรับปรุงหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล รวมถึงการวางแผน และการจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2563 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ในด้านบริบท (Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการ (Process) ด้านผลผลิต (Product) ของหลักสูตร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluative Research) เพื่อประเมินหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2563 โดยใช้แนวคิดการประเมินตามแบบจำลองชิปปี้ (CIPP Model) (Stufflebeam, 2003) ในการประเมินบริบทของหลักสูตร (Context) ปัจจัยนำเข้าหลักสูตร (Input) กระบวนการของหลักสูตร (Process) และผลผลิตของหลักสูตร (Product) ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluative Research) ดำเนินการศึกษา ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย ผู้บริหารและอาจารย์ผู้สอน ผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2563) และผู้ใช้บัณฑิตจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ รวมทั้งสิ้น 386 คน โดยแบ่งเป็น ผู้บริหารและอาจารย์ 20 คน ผู้ใช้บัณฑิต 30 คน และผู้สำเร็จการศึกษา ในปีการศึกษา 2563-2565 จำนวน 336 คน (ปี 2563 = 120 คน, ปี 2564 = 99 คน, ปี 2565 = 117 คน)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ จำนวน 233 คน ประกอบด้วย

1.1 ผู้บริหารและอาจารย์ผู้สอน จำนวน 20 คน เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ครอบคลุมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการหลักสูตรโดยตรง

1.2 ผู้สำเร็จการศึกษา จำนวน 183 คน คำนวณจากสูตรของ Yamane (Yamane, 1967) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 182.3 คน จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 183 คน โดยใช้การสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) แบ่งตามปีการศึกษา 2563-2565 ปีละ 61 คน

1.3 ผู้ใช้บัณฑิต จำนวน 30 คน เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้บังคับบัญชาหรือเพื่อนร่วมงานที่ปฏิบัติงานร่วมกับผู้สำเร็จการศึกษาน้อยกว่า 6 เดือน และสามารถประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานได้

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ให้สัมภาษณ์ จำนวน 60 คน ประกอบด้วย

2.1 ผู้บริหารและอาจารย์ผู้สอน จำนวน 20 คน เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

2.2 ผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2563 จำนวน 20 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling)

2.3 ผู้ใช้บัณฑิต จำนวน 20 คน เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เกณฑ์การคัดเลือก

1. ผู้บริหาร เป็นอาจารย์ที่เป็นคณะกรรมการผู้รับผิดชอบและดำเนินการหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2563 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

2. อาจารย์ผู้สอน เป็นอาจารย์ที่ได้ทำการสอนนักศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2563 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ในวิชาทฤษฎีหรือปฏิบัติ

3. ผู้ใช้บัณฑิต เป็นหัวหน้าหน่วยงานในระดับต้นหรือผู้แทนที่ได้ปฏิบัติงานโดยตรงกับผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ที่สำเร็จในปีการศึกษา 2563-2565 เป็นอย่างน้อยระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป

4. ผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล เป็นผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2563 จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ที่สำเร็จในปีการศึกษา 2563-2565

เกณฑ์การคัดออก เป็นผู้ที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบ เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมวิจัย ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างแจ้งความประสงค์ถอนตัวจากการวิจัย หรือกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจหรืออึดอัดระหว่างให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินหลักสูตรสร้างจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ฉบับ จำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

1.1 แบบประเมินฉบับที่ 1 สำหรับผู้บริหารและอาจารย์

1.2 แบบประเมินฉบับที่ 2 สำหรับผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2563

1.3 แบบประเมินฉบับที่ 3 สำหรับผู้ใช้บัณฑิต โดยแบบประเมินแต่ละฉบับ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

1.3.1 ด้านบริบท ประกอบด้วยข้อมูล 3 ตอน คือ ตอนที่1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 ปรัชญาและวัตถุประสงค์ของหลักสูตร จำนวน 10 ข้อ ตอนที่ 3 โครงสร้างหลักสูตรและรายวิชา จำนวน 23 ข้อ ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง จำนวน 5 ข้อ

1.3.2 ด้านปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วยข้อมูล 4 ตอน คือ ตอนที่1 ด้านอาจารย์ จำนวน 12 ข้อ ตอนที่ 2 ด้านผู้เรียนจำนวน 12 ข้อ ตอนที่ 3 ด้านปัจจัยเกื้อหนุนต่อการเรียนรู้ จำนวน 14 ข้อ ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงปัจจัยนำเข้า จำนวน 3 ข้อ

1.3.3 ด้านกระบวนการ ประกอบด้วยข้อมูล 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 การบริหารหลักสูตร จำนวน 11 ข้อ ตอนที่ 2 การจัดการเรียนการสอน จำนวน 17 ข้อ ตอนที่3 การประเมินผล จำนวน 12 ข้อ ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงกระบวนการผลิต จำนวน 3 ข้อ

1.3.4 ด้านผลผลิต ประกอบด้วยข้อมูล 3 ตอน คือ ตอนที่1 คุณลักษณะผู้ช่วยพยาบาล ตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร จำนวน 20 ข้อ ตอนที่ 2 การนำความรู้ในหลักสูตรไปใช้ในการปฏิบัติงาน ตามขอบเขตที่ประกาศสภาการพยาบาลกำหนด จำนวน 21 ข้อ ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงผลผลิต จำนวน 6 ข้อ

แบบประเมินทั้ง 3 ฉบับ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับเกณฑ์ แปลผล ใช้คะแนนเฉลี่ยตามจุดกึ่งกลาง (Midpoint) ของช่วงคะแนน ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายความว่า มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายความว่า มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายความว่า มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายความว่า มีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย และ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายความว่า มีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interviews) เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคำถามของแบบสัมภาษณ์ได้มาจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องใช้ในการ สัมภาษณ์ สำหรับกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มผู้บริหารและอาจารย์ กลุ่มผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตร ผู้ช่วยพยาบาล หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2563 และกลุ่มผู้ใช้บัณฑิต มีแนวคำถาม ประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และตอนที่ 2 ข้อคำถามลักษณะปลายเปิดสำหรับสัมภาษณ์

กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interviews) ใช้สัมภาษณ์กลุ่มผู้บริหารและอาจารย์ กลุ่มผู้สำเร็จการศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลเกี่ยวกับความเหมาะสมของหลักสูตรในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และสัมภาษณ์กลุ่มผู้ใช้บัณฑิตเกี่ยวกับความเหมาะสมของหลักสูตรในด้านผลผลิต

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้บริหารการพยาบาล และอาจารย์พยาบาล เพื่อพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้มาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (The Index Of Item Objective Congruence (IOC)) เท่ากับ 0.67-1.0 นำข้อที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.67 มาปรับปรุงแก้ไข ตามข้อเสนอแนะ การตรวจสอบความเชื่อมั่น ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และได้รับการปรับปรุงแล้วไปทดสอบหาความเที่ยง ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 20 คน และนำแบบสอบถามที่ได้ไปตรวจหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินสำหรับผู้บริหารและอาจารย์ ผู้สำเร็จการศึกษา และผู้ใช้บัณฑิต เท่ากับ 0.89, 0.85 และ 0.86 ตามลำดับ

เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) พัฒนาจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เก็บข้อมูลเชิงลึกจากผู้บริหาร อาจารย์ ผู้สำเร็จการศึกษา และผู้ใช้บัณฑิต โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อประเมินความสอดคล้อง ความชัดเจน และความครอบคลุมของคำถาม พบว่าค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.60-1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ตามข้อเสนอแนะ ของผู้เชี่ยวชาญให้สมบูรณ์และเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2567 ดังนี้

1. กลุ่มผู้บริหารและอาจารย์ ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิในการตอบแบบสอบถามให้ผู้บริหารและอาจารย์รับทราบ และขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยส่งลิงค์การลงนามเข้าร่วมวิจัยและลิงค์แบบสอบถามผ่านระบบออนไลน์ ในรูปแบบ Google Form ให้กลุ่มเป้าหมายตอบกลับมา การสัมภาษณ์ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์เอง โดยสัมภาษณ์โดยตรงหรือผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Line Call)

2. กลุ่มผู้ใช้บัณฑิต และผู้สำเร็จการศึกษา ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่ละแห่ง เพื่อขอเก็บข้อมูลจากผู้สำเร็จการศึกษา และผู้ใช้บัณฑิต ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิในการตอบแบบสอบถามผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Line Call) เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัย ชักถาม และขออนุญาต

เก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยส่งลิงค์การลงนามเข้าร่วมวิจัยและลิงค์แบบสอบถามผ่านระบบออนไลน์ ในรูปแบบ Google Form ให้กลุ่มเป้าหมายตอบกลับมา การสัมภาษณ์ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์เอง โดยสัมภาษณ์ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Line Call) หรือทางโทรศัพท์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพของ (Krippendorff, 2018) ประกอบไปด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การแบ่งหน่วยข้อมูล 2) การสุ่มตัวอย่าง 3) การบันทึก/การเข้ารหัส 4) การลดทอนข้อมูล 5) การตีความ และ 6) การเล่าเรื่อง/นำเสนอ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ หมายเลขโครงการวิจัย C07 /2567 รหัสจริยธรรมการวิจัย BCNCT16/2567 ผู้วิจัยจะไม่เก็บข้อมูลหรือสัมภาษณ์หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ประสงค์ให้เก็บข้อมูลในรายนั้น ๆ และเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ ผู้ร่วมวิจัยสามารถยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ไม่เสียสิทธิประโยชน์ และไม่มีผลกระทบใด ๆ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างตอบกลับแบบสอบถามจำนวน 208 คน คิดเป็นร้อยละ 89.27 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 233 คน โดยจำแนกเป็นผู้บริหารและอาจารย์จำนวน 19 คน (ร้อยละ 95.00) ผู้ใช้บัณฑิตจำนวน 25 คน (ร้อยละ 83.33) และผู้สำเร็จการศึกษาจำนวน 164 คน (ร้อยละ 89.62)

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้บริหารและอาจารย์และผู้ใช้บัณฑิต ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้บริหาร และอาจารย์ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 89.47 เพศชาย ร้อยละ 10.53 อายุ 41-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 42.10 ระดับการศึกษาปริญญาโทมากที่สุดร้อยละ 57.90 ประสบการณ์การสอน 1-10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 68.42 ในส่วนของผู้ใช้บัณฑิต พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84 เพศชายร้อยละ 16 อายุ 41-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 68 ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุดร้อยละ 76 ประสบการณ์การทำงาน 21-30 ปี มากที่สุด ร้อยละ 68 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้บริหารและอาจารย์ และผู้ใช้บัณฑิต

ข้อมูลส่วนบุคคล		ผู้บริหารและอาจารย์ (n=19)		ผู้ใช้บัณฑิต (n=25)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	2	10.53	4	16
	หญิง	17	89.47	21	84
อายุ	20-30 ปี	3	15.79	0	0
	31-40 ปี	3	15.79	5	20
	41-50 ปี	8	42.10	17	68
	มากกว่า 50 ปี	5	26.32	3	12
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	8	42.10	19	76
	ปริญญาโท	11	57.90	6	24
	ปริญญาเอก	0	0	0	0
ประสบการณ์การทำงาน	1-10 ปี	13	68.43	0	0
	11-20 ปี	4	21.05	5	20
	21-30 ปี	1	5.26	17	68
	มากกว่า 30 ปี	1	5.26	3	12

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สำเร็จการศึกษา ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สำเร็จการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 84.76 และเพศชายร้อยละ 15.24 อายุ 31-40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 81.74 ได้งานทำหลังสำเร็จการศึกษาภายใน 1 ปี ร้อยละ 81.71 ทำงานหน่วยงานภาครัฐมากที่สุด ร้อยละ 64.63 ได้ทำงานตรงตามวุฒิผู้ช่วยพยาบาลร้อยละ 84.14 ไม่ตรงตามวุฒิ ร้อยละ 15.86 งานที่ไม่ได้ทำตรงตามวุฒิมากที่สุด คือ ทำงานในตำแหน่งผู้ช่วยเหลือคนไข้ร้อยละ 12.20 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สำเร็จการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล		ผู้สำเร็จการศึกษา (n=164)	
		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	25	15.24
	หญิง	139	84.76
อายุ	20-30 ปี	42	25.61
	31-40 ปี	105	64.02
	41-50 ปี	17	10.37
	มากกว่า 50 ปี	0	0
ได้งานทำหลังสำเร็จการศึกษา ภายใน 1 ปี	ภายใน 1 ปี	134	81.71
	มากกว่า 1 ปี	30	18.29

ข้อมูลส่วนบุคคล		ผู้สำเร็จการศึกษา (n=164)	
		จำนวน	ร้อยละ
หน่วยงานที่สังกัด	หน่วยงานรัฐ	106	64.63
	หน่วยงานเอกชน	48	29.27
	ทำงานอิสระ	10	6.10
ทำงานตามวุฒิผู้ช่วยพยาบาล	ตรงตามวุฒิ	138	84.14
	ไม่ตรงตามวุฒิ	26	15.86
งานที่ไม่ได้ทำตรงตามวุฒิ	ผู้ช่วยเหลือคนไข้	20	12.20
	กู้ภัยเทศบาล	3	1.83
	อื่น ๆ	3	1.83

2. ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 ผลการประเมินหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2563 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ ในด้านบริบท (Context) พบว่า ด้านบริบทโดยรวมของหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2563 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.76, S.D. = 0.44) โดยด้านปรัชญาและวัตถุประสงค์ของหลักสูตร มีความสอดคล้องในระดับมากที่สุด (Mean = 4.66, S.D. = 0.54) และด้านโครงสร้างของหลักสูตรมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด (Mean = 4.86, S.D. = 0.346) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของคะแนนด้านบริบท ของผู้บริหาร และอาจารย์ ผู้สำเร็จการศึกษา และผู้ใช้บัณฑิต

ด้านบริบท	ผู้บริหารและ		ผู้สำเร็จการศึกษา		ผู้ใช้บัณฑิต		รวม		ระดับความคิดเห็น
	อาจารย์ (n=19)		(n=164)		(n=25)		(n=208)		
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
ปรัชญาและวัตถุประสงค์ ของหลักสูตร	4.70	0.50	4.67	0.52	4.62	0.61	4.66	0.54	มากที่สุด
โครงสร้างหลักสูตร	4.86	0.36	4.86	0.34	4.87	0.32	4.86	0.34	มากที่สุด
รวม	4.78	0.43	4.77	0.43	4.75	0.47	4.76	0.44	มากที่สุด

2.2 ผลการประเมินหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2563 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ ในด้านปัจจัยนำเข้า (Input) พบว่า ด้านปัจจัยนำเข้าโดยรวมของหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2563 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด (Mean = 4.62, S.D. = 0.49) โดยด้านอาจารย์มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด

(Mean = 4.71, S.D. = 0.37) ด้านผู้เรียนมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.48, S.D. = 0.52) และด้านปัจจัยเกื้อหนุนการเรียนรู้มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด (Mean = 4.66, S.D. = 0.55) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของคะแนนด้านปัจจัยนำเข้า ของผู้บริหาร และอาจารย์ ผู้สำเร็จการศึกษา และผู้ใช้บัณฑิต

ด้านปัจจัย นำเข้า	ผู้บริหารและ อาจารย์ (n=19)		ผู้สำเร็จการศึกษา (n=164)		ผู้ใช้บัณฑิต (n=25)		รวม (n=208)		ระดับความคิดเห็น
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
ด้านอาจารย์	4.59	0.56	4.68	0.50	4.72	0.39	4.71	0.37	มากที่สุด
ด้านผู้เรียน	4.22	0.64	4.71	0.50	4.74	0.36	4.48	0.52	มาก
ด้านปัจจัย เกื้อหนุน การเรียนรู้	4.62	0.37	4.59	0.65	4.68	0.41	4.66	0.55	มากที่สุด
รวม	4.48	0.52	4.66	0.55	4.71	0.37	4.62	0.49	มากที่สุด

2.3 ผลการประเมินหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2563 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ ในด้านกระบวนการ (Process) พบว่า ด้านกระบวนการโดยรวมของหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2563 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด (Mean = 4.59, S.D. = 0.55) โดยด้านการบริหารหลักสูตรมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด (Mean = 4.66, S.D. = 0.46) ด้านการจัดการเรียนการสอนมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.53, S.D. = 0.55) และด้านการประเมินผลมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด (Mean = 4.59, S.D. = 0.64) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของคะแนนด้านกระบวนการของผู้บริหาร และอาจารย์ ผู้สำเร็จการศึกษา และผู้ใช้บัณฑิต

ด้านกระบวนการ	ผู้บริหารและ อาจารย์ (n=19)		ผู้สำเร็จการศึกษา (n=164)		ผู้ใช้บัณฑิต (n=25)		รวม (n=208)		ระดับความคิดเห็น
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
การบริหารหลักสูตร	4.47	0.58	4.55	0.63	4.65	0.43	4.66	0.46	มากที่สุด
การจัดการเรียนการสอน	4.52	0.53	4.57	0.68	4.65	0.54	4.53	0.55	มากที่สุด
การประเมินผล	4.59	0.53	4.64	0.61	4.69	0.41	4.59	0.64	มากที่สุด
รวม	4.53	0.55	4.59	0.64	4.66	0.46	4.59	0.55	มากที่สุด

2.4 ผลการประเมินหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2563 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ในด้านผลผลิต (Product) พบว่า ด้านผลผลิตโดยรวมของหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2563 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด (Mean = 4.61, S.D. = 0.59) โดยคุณลักษณะผู้ช่วยพยาบาลตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.63, S.D. = 0.48) และการนำความรู้ในหลักสูตรไปใช้ในการปฏิบัติงานตามขอบเขตที่ประกาศสภาการพยาบาลกำหนดอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.58, S.D. = 0.69) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของคะแนนด้านผลผลิต ของผู้บริหารและอาจารย์ ผู้สำเร็จการศึกษา และผู้ใช้บัณฑิต

ด้านผลผลิต	ผู้บริหารและ		ผู้สำเร็จการศึกษา		ผู้ใช้บัณฑิต		รวม		ระดับความคิดเห็น
	อาจารย์ (n=19)		(n=164)		(n=25)		(n=208)		
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
คุณลักษณะ ผู้ช่วยพยาบาล ตามวัตถุประสงค์ ของหลักสูตร	4.43	0.59	4.68	0.55	4.80	0.30	4.63	0.48	มากที่สุด
การนำความรู้ ในหลักสูตรไปใช้ ในการปฏิบัติงาน ตามขอบเขตที่ ประกาศสภาการ พยาบาลกำหนด	4.43	0.70	4.68	0.55	4.64	0.83	4.58	0.69	มากที่สุด
รวม	4.43	0.65	4.68	0.55	4.72	0.59	4.61	0.59	มากที่สุด

2.5 ผลการประเมินหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2563 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ตามรูปแบบจำลองชิปปี้ (CIPP Model) พบว่า คะแนนโดยรวมของการประเมินหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2563 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ตามรูปแบบจำลองชิปปี้ (CIPP Model) มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด (Mean = 4.65, S.D. = 0.52) โดยด้านบริบทอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.76, S.D. = 0.44) ด้านปัจจัยนำเข้าอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.62, S.D. = 0.49) ด้านกระบวนการอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.59, S.D. = 0.55) และด้านผลผลิตอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.61, S.D. = 0.59) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของคะแนนโดยรวมและรายด้านตามรูปแบบ CIPP Model ของผู้บริหารและอาจารย์ ผู้สำเร็จการศึกษา และผู้ใช้บัณฑิต

รายการประเมิน	ผู้บริหารและ		ผู้สำเร็จการศึกษา		ผู้ใช้บัณฑิต		รวม		ระดับความคิดเห็น
	อาจารย์ (n=19)		(n=164)		(n=25)		(n=208)		
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
ด้านบริบท	4.78	0.43	4.77	0.43	4.75	0.47	4.76	0.44	มากที่สุด
ด้านปัจจัยนำเข้า	4.48	0.52	4.66	0.55	4.71	0.37	4.62	0.49	มากที่สุด
ด้านกระบวนการ	4.53	0.55	4.59	0.64	4.66	0.46	4.59	0.55	มากที่สุด
ด้านผลผลิต	4.43	0.65	4.68	0.55	4.72	0.59	4.61	0.59	มากที่สุด
รวม	4.56	0.54	4.68	0.54	4.71	0.47	4.65	0.52	มากที่สุด

3. ผลการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ความคิดเห็น กลุ่มผู้บริหารและอาจารย์ ผู้ใช้บัณฑิต และผู้สำเร็จการศึกษา

ข้อมูลจากการศึกษาเชิงคุณภาพ สามารถสรุปประเด็นหลักได้ 4 ประเด็น ดังนี้

1. การจัดการเรียนการสอนที่เป็นระบบและมีโครงสร้างชัดเจน

หลักสูตรที่มีโครงสร้างชัดเจนเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้การเรียนการสอนมีประสิทธิภาพ และสามารถติดตามความก้าวหน้าของนักศึกษาได้อย่างเป็นระบบ หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (ปรับปรุง พ.ศ. 2563) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ ออกแบบตามมาตรฐานวิชาการ มีโครงสร้างชัดเจนด้วยเนื้อหา ตารางเรียน และแผนการสอนที่เป็นระบบ เพื่อประสิทธิภาพการเรียนรู้และการติดตามความก้าวหน้าของนักศึกษาอย่างเป็นรูปธรรม “หลักสูตรมีการวางแผนที่ดีมาก ทุกอย่างถูกกำหนดไว้ล่วงหน้า ทำให้การเรียนรู้เป็นระบบและสามารถติดตามได้” (ผู้บริหาร 1) “การเรียนการสอนมีโครงสร้างที่ชัดเจน ทำให้เข้าใจว่าต้องทำอะไรบ้าง และแต่ละส่วนเชื่อมโยงกันยังไง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในการทำงาน” (ผู้สำเร็จการศึกษา 5)

2. การจัดการกิจกรรมการเรียนรู้ที่มีความหลากหลาย

กิจกรรมการเรียนการสอนมีความเหมาะสมและครอบคลุม ทั้งการบรรยาย การทำกรณีศึกษา การสาธิต และการฝึกปฏิบัติจริง “เราส่งเสริมให้นักศึกษาฝึกวิเคราะห์กรณีศึกษาต่าง ๆ และเรียนภาคปฏิบัติผ่านสถานการณ์จริง” (อาจารย์ 3) “การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงช่วยให้เราเข้าใจและสามารถนำไปใช้ในงานจริงได้” (ผู้สำเร็จการศึกษา 6)

การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับเนื้อหาหลักสูตรที่เป็นระบบและกระบวนการจัดการกิจกรรมการเรียนรู้ที่สามารถกระตุ้นให้นักศึกษาเกิดความสนใจและมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ การศึกษาครั้งนี้พบว่าการจัดการกิจกรรมการเรียนการสอนมีความเหมาะสมและครอบคลุมหลากหลายรูปแบบ อาทิ การบรรยาย การทำกรณีศึกษา การสาธิต และการฝึกปฏิบัติจริง ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเข้าใจเชิงลึกและทักษะที่จำเป็นในการประกอบวิชาชีพของนักศึกษา

การใช้วิธีการเรียนรู้แบบ Active Learning เป็นกลยุทธ์ที่ช่วยกระตุ้นให้นักศึกษาได้ฝึกฝนทักษะการคิดวิเคราะห์ และสามารถแก้ปัญหาผ่านสถานการณ์จำลองที่ใกล้เคียงกับสภาพแวดล้อมจริงของการทำงาน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ “การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงช่วยให้เราเข้าใจและสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงได้” (ผู้สำเร็จการศึกษา 6)

3. การติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

มีการติดตามและประเมินผลการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยอาจารย์ที่ปรึกษาให้คำแนะนำและสนับสนุน เพื่อพัฒนานักศึกษาอย่างรอบด้านตามเกณฑ์ประเมินที่ชัดเจน ครอบคลุมความรู้ ทักษะ และเจตคติ โดยใช้เครื่องมือประเมินหลากหลาย เช่น แบบทดสอบ การประเมินโดยอาจารย์และเพื่อน รวมถึงการประเมินตนเอง “อาจารย์มีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องในระหว่างการฝึกปฏิบัติ ทำให้ผู้เรียนได้ทราบประสิทธิภาพของการฝึก และปรับปรุงการฝึกปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น” (ผู้ใช้บัณฑิต 1) “การติดตามผลทำให้เรามั่นใจว่าได้รับการประเมินที่เป็นธรรมและสามารถพัฒนาตนเองได้” (ผู้สำเร็จการศึกษา 11)

4. ความท้าทายและข้อเสนอแนะในการพัฒนาหลักสูตร

ผลการศึกษาพบว่าหลักสูตรมีความชัดเจนในโครงสร้างการเรียนการสอน และมีการติดตามผลที่ดี อย่างไรก็ตาม ควรมีการปรับปรุงให้มีระยะเวลาการฝึกปฏิบัติมากขึ้น และเพิ่มการสนับสนุนจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้แน่ใจว่านักศึกษาจะสามารถพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถได้อย่างเต็มที่ รวมทั้งการพัฒนาหลักสูตรควรปรับปรุงเนื้อหาวิชาที่มุ่งเน้นการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาสู่ตลาดแรงงาน เช่น การดูแลผู้สูงอายุ “หากมีเวลาฝึกปฏิบัติมากกว่านี้ จะช่วยให้เราพัฒนาทักษะได้มากขึ้น” (ผู้สำเร็จการศึกษา 8) “การเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลบุคคลทุกกลุ่มวัยควรเพิ่มประเด็นการดูแลผู้สูงอายุให้มากขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมในปัจจุบันที่มีประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้น” (ผู้ใช้บัณฑิต 9)

การอภิปรายผล

ผลการประเมินหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2563 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ มีประเด็นที่สามารถนำมาอภิปรายผล โดยแยกเป็นรายด้าน ตามรูปแบบการประเมินหลักสูตรตามแบบจำลองชิปปี้ (CIPP Model) ดังนี้

1. ผลการประเมินด้านบริบท พบว่า ความคิดเห็นด้านบริบทโดยรวมของหลักสูตร มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด

1.1 ด้านปรัชญาและวัตถุประสงค์ของหลักสูตรมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่า ผู้บริหารและอาจารย์ ผู้สำเร็จการศึกษา และผู้ใช้บัณฑิต เห็นด้วยกับปรัชญาและวัตถุประสงค์ของหลักสูตร โดยพบว่า การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ช่วยพยาบาลตามที่ได้รับมอบหมายจากพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะการดูแลกิจวัตรประจำวันและการให้สุขศึกษา มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด สอดคล้องตามประกาศ

สภาการพยาบาลเรื่องการมอบหมายงานให้ผู้ช่วยพยาบาล เช่น การดูแลในกิจวัตรประจำวัน การช่วยผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลให้ผู้ป่วยเรียนรู้เรื่องสุขภาพ (สภาการพยาบาล, 2561) การผลิตผู้ช่วยพยาบาลเข้าสู่ระบบสุขภาพ จะช่วยแก้ปัญหาและแบ่งเบาภาระงานของพยาบาลลง โดยผู้ช่วยพยาบาลจะทำหน้าที่ดูแลการพยาบาลพื้นฐาน สนับสนุนงานพยาบาลในส่วนที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนได้ (กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2567) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ใช้บัณฑิต ได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่า หลักสูตรควรเพิ่มประเด็นการดูแลผู้สูงอายุให้มากขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมในปัจจุบันที่มีจำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งในสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้ระบบบริการของประเทศไทยต้องการสหสาขาวิชาชีพรองรับมากขึ้น (นงลักษณ์ พะโกยะ, ศิริพันธ์ สาสัตย์ และวาลินี วิเศษฤทธิ์, 2564)

1.2 บริบทเกี่ยวกับโครงสร้างของหลักสูตร ผู้บริหารและอาจารย์ ผู้สำเร็จการศึกษา และผู้ใช้บัณฑิตมีความคิดเห็นว่าเป็นโครงสร้างของหลักสูตรโดยรวมมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ซึ่งเป็นไปตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรับรองหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล พ.ศ. 2560 ที่ได้กำหนดโครงสร้างหลักสูตร จำนวนหน่วยกิตรวมไม่น้อยกว่า 36 หน่วยกิต ประกอบด้วย 3 หมวดวิชา ได้แก่ 1) หมวดวิชาศึกษาทั่วไป จำนวนหน่วยกิต ไม่น้อยกว่า 6 หน่วยกิต 2) หมวดวิชาเฉพาะ จำนวนหน่วยกิต ไม่น้อยกว่า 28 หน่วยกิต รายวิชาภาคทฤษฎี ไม่น้อยกว่า 18 หน่วยกิต รายวิชาภาคปฏิบัติ ไม่น้อยกว่า 10 หน่วยกิต 3) หมวดวิชาเลือก จำนวนหน่วยกิต ไม่น้อยกว่า 2 หน่วยกิต (ราชกิจจานุเบกษา, 2560) โดยโครงสร้างของหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2563 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ มีจำนวนหน่วยกิตตลอดหลักสูตร 36 หน่วยกิต ตามเกณฑ์การจัดหลักสูตร ผลการประเมินนี้ยังสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพจากทั้งกลุ่มผู้สำเร็จการศึกษาและกลุ่มผู้บริหาร ซึ่งสะท้อนไปในทิศทางเดียวกันว่า โครงสร้างหลักสูตรมีการวางแผนมาอย่างดีและเป็นระบบ ส่งผลให้การเรียนการสอนมีความชัดเจน และผู้เรียนสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้จริง

2. ผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า ความคิดเห็นด้านปัจจัยนำเข้าโดยรวมของหลักสูตร มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด

2.1 ด้านอาจารย์ มีระดับความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยคณะกรรมการบริหารหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลของวิทยาลัยได้มีการคัดเลือกอาจารย์ผู้สอนที่มีคุณวุฒิ และประสบการณ์การสอนที่ตรงกับรายวิชาที่สอน มีการสอนด้วยวิธีการที่หลากหลายและเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ สอนตรงตามวัตถุประสงค์และครอบคลุมเนื้อหาวิชา มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพและเป็นแบบอย่างที่ดี ในส่วนของอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ ข้อมูลเชิงคุณภาพจากกลุ่มผู้ใช้บัณฑิตได้ให้ข้อเสนอแนะที่สำคัญเกี่ยวกับการฝึกภาคปฏิบัติว่าการมีอาจารย์ที่ปรึกษาที่คอยให้คำแนะนำระหว่างการฝึกปฏิบัติมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากจะช่วยลดข้อผิดพลาดและเพิ่มความมั่นใจให้กับนักศึกษาซึ่งผลลัพธ์นี้มีความสอดคล้องกับแนวทางการนิเทศทางคลินิกอย่างสม่ำเสมอที่จะเป็นการสนับสนุนให้ผู้ฝึกปฏิบัติสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ภายใต้การดูแลของผู้นิเทศ

มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ฝึกปฏิบัติสามารถบรรลุเป้าหมาย ผ่านวิธีการสนับสนุนและการพัฒนาจากผู้นิเทศ เป็นการส่งเสริมศักยภาพในการเรียนรู้ในการพัฒนาตนเองต่อไป (Hawkins & Shohet, 2020)

2.2 ด้านผู้เรียน มีระดับความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอาจารย์และด้านปัจจัยที่เอื้อต่อการเรียนรู้ อาจเป็นเพราะมีความแตกต่างของผู้เรียนที่มาจากหลายกลุ่ม ที่มีทั้งกลุ่มที่ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข และกลุ่มที่สำเร็จการศึกษาจากชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ไม่เท่ากัน ซึ่งสอดคล้องกับข้อคิดเห็นของอาจารย์ผู้สอน ที่สะท้อนว่าผู้เรียนกลุ่มที่เคยมีประสบการณ์ในงานด้านสาธารณสุขมาก่อน มีแนวโน้มที่จะต่อยอดความรู้และปรับตัวในการเรียนได้เร็วกว่ากลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์ อย่างไรก็ตามพบว่า เมื่อเข้ามาศึกษาแล้วผู้เรียนมีความตั้งใจ เอาใจใส่ ในการเรียน สามารถทำงานกลุ่มร่วมกัน และทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอน สอดคล้องกับการศึกษาของ Guo, Zhu, Boonyamalik, Powwattana, Zhang, & Sun (2025) ที่พบว่า สมรรถนะด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ รวมถึงการทำงานเป็นทีม เป็นทักษะพื้นฐานของผู้ช่วยพยาบาลที่ต้องมีเพื่อให้ทีมสหสาขาทำงานได้สอดคล้องกัน เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน อย่างมีประสิทธิภาพ

2.3 ปัจจัยนำเข้าด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ มีระดับความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด สำหรับการผลิตผู้ช่วยพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ เป็นการผลิตเพื่อตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข จึงได้รับการสนับสนุนงบประมาณที่ทำให้สามารถบริหารจัดการเกี่ยวกับวัสดุ อุปกรณ์ และสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ต่าง ๆ อย่างเพียงพอและทันสมัย ได้รับความร่วมมือจากสถานบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย จังหวัดลำพูน และจังหวัดแม่ฮ่องสอน ที่มีความพร้อมสำหรับเป็นแหล่งการฝึกภาคปฏิบัติ (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่, 2565)

3. ผลการประเมินด้านกระบวนการ พบว่า ความคิดเห็นด้านกระบวนการโดยรวมของหลักสูตร มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด

3.1 การบริหารหลักสูตร มีความคิดเห็นในระดับมากที่สุด เนื่องจากวิทยาลัยได้มีการกำหนดโครงสร้างของคณะกรรมการในการบริหารงานหลักสูตร ซึ่งมีหน้าที่วางแผนบริหารหลักสูตร และควบคุม กำกับ ติดตามการดำเนินงานของหลักสูตรให้เป็นไปตามการประกันคุณภาพของหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่, 2563) ผู้รับผิดชอบหลักสูตรได้มีการจัดทำแผนการศึกษาตลอดหลักสูตร ตารางเรียน และแผนการฝึกภาคปฏิบัติไว้อย่างชัดเจน จึงทำให้การบริหารหลักสูตรเป็นไปตามมาตรฐานของวิชาชีพ

3.2 การจัดการเรียนการสอน มีความคิดเห็นในระดับมากที่สุด อาจเป็นเพราะวิทยาลัยมีการจัดอาจารย์ผู้สอนเหมาะสมกับความเชี่ยวชาญ มีประสบการณ์การสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ นอกจากนี้ยังมีการจัดสอนซ่อมเสริมสำหรับนักศึกษาที่มีผลการเรียนต่ำ หรือ สำเร็จการศึกษาล่าช้า เพื่อให้นักศึกษาสามารถเรียน

ผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด รวมทั้งมีการเตรียมความพร้อมก่อนออกฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาในรายวิชาต่าง ๆ ในส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการศึกษาครั้งนี้ ได้ช่วยยืนยันว่า การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนมีความเหมาะสม และครอบคลุมหลากหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการบรรยาย การทำกรณีศึกษา การสาธิต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การที่วิทยาลัยมุ่งส่งเสริมการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) ผ่านการให้นักศึกษาได้วิเคราะห์กรณีศึกษา และฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากผู้สำเร็จการศึกษา ที่สะท้อนว่ารูปแบบการเรียนรู้นี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยสร้างความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง และทำให้สามารถนำทักษะไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานจริง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.3 การประเมินผล มีความคิดเห็นในระดับมากที่สุด โดยวิทยาลัยมีการวัดและประเมินผล แต่ละรายวิชาเป็นไปตามข้อบังคับสถาบันพระบรมราชชนก ว่าด้วยการจัดการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตร ผู้ช่วยพยาบาล ของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขพ.ศ. 2565 ที่ได้กำหนดไว้ (สถาบันพระบรมราชชนก, 2565) มีการประเมินผลก่อนเรียน ระหว่างเรียน และเมื่อสิ้นสุดการเรียน เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้เรียน มีการกำหนดสัดส่วนคะแนนในแต่ละรายวิชาอย่างชัดเจน เปิดโอกาสให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการประเมินผลการสอน ของอาจารย์ในแต่ละรายวิชา และนำผลการประเมินมาปรับปรุงการจัดการเรียนการสอน จากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ระบบติดตามผลการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้สนับสนุน และให้คำแนะนำ มีความสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพของนักศึกษา โดยระบบติดตามผลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ ผู้เรียนได้รับการประเมินที่เป็นธรรมและพัฒนาตนเองได้ต่อเนื่อง ผ่านเกณฑ์ประเมินที่ชัดเจนและเครื่องมือ ประเมินที่หลากหลาย เช่น แบบทดสอบ การประเมินจากอาจารย์ผู้สอน แบบประเมินตนเอง การให้ข้อเสนอแนะ จากเพื่อนร่วมชั้น และการประเมินตามสภาพจริง (สมศักดิ์ ภูวิภาดาวรรณ, 2544)

4. ผลการประเมินด้านผลผลิต พบว่า ความคิดเห็นด้านผลผลิตโดยรวมของหลักสูตร มีความคิดเห็นอยู่ใน ระดับมากที่สุด

4.1 คุณลักษณะผู้ช่วยพยาบาลตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งในภาพรวมและรายด้าน ทั้งด้านความรู้ ด้านคุณธรรมจริยธรรม ด้านสัมพันธภาพ และด้านการปฏิบัติงาน รายด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการปฏิบัติงาน แสดงให้เห็นว่า ผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตร ผู้ช่วยพยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้ดี โดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวกับการช่วยเหลือดูแลบุคคลโดยการตอบสนอง ความต้องการขั้นพื้นฐานในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มีค่าคะแนนมากที่สุด ผลการประเมินนี้ยังสอดคล้อง อย่างยิ่งกับข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้บัณฑิต ซึ่งได้สะท้อนไปในทิศทางเดียวกันว่า จุดเด่นที่ชัดเจนของผู้สำเร็จ การศึกษาคือความสามารถในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะการให้ความช่วยเหลือและดูแลบุคคลในด้านความต้องการ ขั้นพื้นฐานได้เป็นอย่างดี

4.2 การนำความรู้ในหลักสูตรไปใช้ตามขอบเขตที่ประกาศสภาการพยาบาลกำหนด มีความ คิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะด้านความสามารถในการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย

เป็นงานประจำ ในผู้ป่วยมีอาการคงที่/ไม่รุนแรง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในระดับมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากบทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยพยาบาลเป็นการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นในการดูแลกิจวัตรประจำวัน สอดคล้องกับผลการประเมินการประเมินหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล (หลักสูตรใหม่) พ.ศ. 2559 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ของ ปรียสลิ ไชยวุฒิ, สไบทิพย์ เชื้อเอี่ยม และดวงฤทัย เสมอคุ้มหอม (2565) พบว่า คุณลักษณะเชิงวิชาชีพ มีคะแนนเฉลี่ยความเหมาะสมในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะการดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน และความสุขสบายของผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ด้านความสามารถในการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายเป็นงานประจำแต่อยู่ในความควบคุมของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือการพยาบาลและผดุงครรภ์ ผลการวิจัยมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ใช้นิติต ที่สะท้อนว่าผู้ช่วยพยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้ดีตามขอบเขตที่สภากำหนด โดยเน้นการพยาบาลขั้นพื้นฐานที่ไม่ซับซ้อน และอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นไปตามตามประกาศสภาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเลือกมอบหมายงานบางอย่างโดยพยาบาลวิชาชีพให้กับผู้ช่วยพยาบาล พยาบาลวิชาชีพอาจจำเป็นต้องมอบหมายงานบางอย่างให้กับผู้ช่วยพยาบาล แต่ความรับผิดชอบงานที่ได้มอบหมายไปนั้น ยังคงตกอยู่กับพยาบาลวิชาชีพ ขอบเขตการมอบหมายงาน และการนิเทศอาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความซับซ้อนของงาน ทักษะและประสบการณ์ของผู้ช่วยพยาบาล ตลอดจนภาวะความเจ็บป่วย ความสามารถและความตั้งใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ใช้บริการ (สภาการพยาบาล, 2561)

5. ผลการประเมินหลักสูตร โดยภาพรวมและรายด้าน ทั้งด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต พบว่า มีความคิดเห็นในระดับมากที่สุด โดยด้านบริบทมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าทุกด้าน แสดงให้เห็นว่าหลักสูตรมีความสอดคล้องกับความต้องการของสังคม และสามารถนำไปใช้ได้จริง ซึ่งตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรับรองหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล พ.ศ. 2560 ได้กำหนดไว้ว่าหลักสูตรต้องมีปรัชญาหรือวิสัยทัศน์และวัตถุประสงค์ของหลักสูตรชัดเจนสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของสถาบันการศึกษาและมาตรฐานทางวิชาการ (ราชกิจจานุเบกษา, 2560) อย่างไรก็ตามเพื่อให้การดำเนินงานหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น พบว่า มีข้อเสนอแนะในการปรับปรุงหลักสูตร โดยควรปรับให้มีระยะเวลาการฝึกปฏิบัติมากขึ้น เพื่อให้ นักศึกษาสามารถพัฒนาทักษะและความสามารถได้อย่างเต็มที่ รวมทั้งเนื้อหาสาระบางรายวิชาอาจต้องปรับเปลี่ยนเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงและสอดคล้องกับความต้องการของสังคม เช่น การดูแลผู้สูงอายุ และควรประเมินหลักสูตรเป็นระยะ เพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงหลักสูตรให้มีความทันสมัย ซึ่ง มาร์ต พัฒนาผล (2561) ได้กล่าวถึงการประเมินตามแบบจำลองซิปปี้ (CIPP Model) ไว้ว่าเป็นการประเมินทีละด้านตามลำดับจากการประเมินบริบท การประเมินปัจจัยนำเข้า การประเมินกระบวนการ และการประเมินผลผลิต ผลการประเมินแต่ละด้านจะนำไปสู่การตัดสินใจดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ผู้บริหารหลักสูตรควรนำผลการวิจัยไปวางแผนพัฒนาปรับปรุงหลักสูตรให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง
2. ผู้บริหารหลักสูตรใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาการเรียนการสอนหลักสูตรประกาศนียบัตร ผู้ช่วยพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ผู้บริหารหลักสูตรควรมีการศึกษาติดตามประเมินผลของหลักสูตรอย่างต่อเนื่อง ในระยะ 6 เดือน หรือ 1 ปี หลังสำเร็จการศึกษาโดยใช้แนวคิด CIPPIEST เพื่อประเมินผลกระทบ ประสิทธิภาพ และความยั่งยืน ร่วมด้วย
2. ผู้บริหารหลักสูตรควรศึกษาเปรียบเทียบคุณลักษณะของผู้ช่วยพยาบาลที่คาดหวังและการปฏิบัติงานจริง โดยประเมินจากผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงาน เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลให้มี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. (2567). สาธารณสุขผลิต ‘ผู้ช่วยพยาบาล’ ช่วยแบ่งเบาภาระงาน ‘พยาบาลวิชาชีพ’ ตั้งเป้า 2 ปี 6 พันคน. สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2567 จาก <https://www.thecoverage.info/news/content/7361>.
- นงลักษณ์ พะไยยะ, ศิริพันธ์ สาสัตย์ และวาสนี วิเศษฤทธิ์. (2564). ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอนาคต. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 15(2), 200-217.
- ปริญญ์ ไขว้วุฒิ, สไบทิพย์ เชื้อเอี่ยม, และดวงฤทัย เสมอคุ้มหอม. (2565). การประเมินหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล (หลักสูตรใหม่) พ.ศ. 2559 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยา เชียงพร, 7(10), 355-370.
- มารุต พัฒนา. (2561). การประเมินหลักสูตรเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2560). ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยการรับรองหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล. เล่ม 134 ตอนพิเศษ 216 ง ลงวันที่ 1 กันยายน 2560. สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2567 จาก [https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/3_Rule2560\(6\).PDF](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/3_Rule2560(6).PDF).
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่. (2563). หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2563). เชียงใหม่: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่.
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่. (2565). รายงานผลการดำเนินงานหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2563) ปีการศึกษา 2563-2565. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่.

- สถาบันพระบรมราชชนก. (2563). รายงานการประชุมพัฒนาแผนการจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษาประกาศนียบัตร
ผู้ช่วยพยาบาลของสถาบันพระบรมราชชนก. สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันพระบรมราชชนก. (2565). ข้อบังคับสถาบันพระบรมราชชนก ว่าด้วยการจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษา
ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2565.
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- สภาการพยาบาล. (2561). ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง นโยบายสภาการพยาบาลเกี่ยวกับกำลังคนในทีมการพยาบาล.
สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2566 จาก [https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/003\(1\).pdf](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/003(1).pdf).
- สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1. (2563). สรุปข้อมูลสถานการณ์กำลังคนสายงานพยาบาล. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม
2566 จาก <http://www.rh1.go.th>.
- สมศักดิ์ ภู่วิภาดาบรรณ. (2544). การยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและการประเมินตามสภาพจริง. เชียงใหม่:
The Knowledge Center.
- Guo, Y., Zhu, W., Boonyamalik, P., Powwattana, A., Zhang, B., & Sun, J. (2025). Exploring nursing
assistants' competencies in pressure injury prevention and management in nursing
homes: A qualitative study using the iceberg model. *BMC Nursing*, 24, 333.
<https://doi.org/10.1186/s12912-025-02911-6>
- Hawkins, P. & Shohet, R. (2020). *Supervision in the helping professions* (5th ed.). London: Open
University Press.
- Krippendorff, K. (2018). *Content analysis: An introduction to its methodology* (4th ed.).
Washington DC: SAGE Publications.
- Stufflebeam, D. L. (2003). *The CIPP model for evaluation*, in T. Kellaghan and D.L. Stufflebeam
(eds) (pp. 31-62), International handbook of educational evaluation. Netherland: Kluwer
Academic Publishers.
- Yamane, T. (1967). *Statistics: An Introduction analysis* (2nd ed.) New York: Harper & Row.

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของชาวสวนโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

Effect of a Self-Management Program on Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus among Orchardists in Pak Chong District, Nakhon Ratchasima Province

วิจิตรา พุ่มขุนทด¹, นภาพิญ จันทขัมมา^{1*}, สุธา หันกลาง²

Wijitra Poomkhuntod¹, Napaphen Juntacumma^{1*}, Suda Hanklang²

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช^{1*}, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล²

School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University^{1*}, Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University²

(Received: April 6, 2025; Revised: August 15, 2025; Accepted: November 20, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของชาวสวนโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่ประกอบอาชีพชาวสวนผลไม้ในพื้นที่อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ได้แก่ ชาวสวน ตำบลกลางดง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม ได้แก่ ชาวสวน ตำบลหนองน้ำ จำนวน 30 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการจัดการตนเอง ระยะเวลา 8 สัปดาห์ 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง และ 3) แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test ในกรณีที่ข้อมูลไม่เป็นปกติ สำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Paired t-test หรือ Wilcoxon Signed Ranks Test ในกรณีที่ข้อมูลไม่เป็นปกติ

ผลการศึกษาพบว่า 1) หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองมากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และ 2) หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ และมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ สามารถปรับปรุงพฤติกรรมการจัดการตนเองและลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมนี้ไปปรับใช้ในชุมชนอื่น ๆ ที่มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการโรคเบาหวานและลดภาระทางสุขภาพในระดับชุมชน

คำสำคัญ: พฤติกรรมการจัดการตนเอง, ชาวสวน, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, ระดับน้ำตาลในเลือด

*ผู้ให้การติดต่อ นภาพิญ จันทขัมมา e-mail: napaphen.jan@stou.ac.th

Abstract

This quasi-experimental study with a two-group pretest–posttest design aimed to examine the effects of a self-management program among fruit orchard farmers with uncontrolled type 2 diabetes. The sample consisted of 60 individuals with uncontrolled type 2 diabetes who worked as fruit farmers in Pak Chong District, Nakhon Ratchasima Province. They were divided into an experimental group, comprising 30 farmers from Klang Dong Subdistrict, and a control group, comprising 30 farmers from Nong Nam Subdistrict. Participants were selected using simple random sampling. The research instruments included: 1) an eight-week self-management program, 2) a general information questionnaire, 3) a self-management behavior questionnaire, and 4) a blood glucose record form. Descriptive statistics were used to analyze general information, and differences in mean scores of self-management behaviors and blood glucose levels between the experimental and control groups before and after the intervention were analyzed using the Independent t-test or the Mann–Whitney U test for non-normally distributed data. Differences within each group before and after the intervention were analyzed using the Paired t-test or the Wilcoxon Signed Ranks Test when data were not normally distributed.

The results revealed that 1) after participating in the program, the experimental group had significantly higher mean self-management behavior scores than before the intervention and higher than those of the control group at the 0.05 significance level, and 2) after the program, the experimental group had significantly lower mean blood glucose levels compared to before the intervention and lower than those of the control group at the 0.05 significance level. These findings indicate that the self-management program for individuals with uncontrolled type 2 diabetes effectively improved self-management behaviors and reduced blood glucose levels. Therefore, public health agencies may adopt and implement this program in other communities with individuals who have uncontrolled type 2 diabetes to enhance diabetes management and reduce the overall health burden at the community level.

Keywords: Self-Management Behavior, Orchardists, Type 2 Diabetic Mellitus, Blood Sugar Level

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation Diabetes Atlas) พบว่าในปี พ.ศ. 2566 ประชากรทั่วโลกป่วยด้วยโรคเบาหวานจำนวน 537 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และในปี พ.ศ. 2588 จะเพิ่มขึ้นสูงมากถึง 783 ล้านคน ความชุกของประชากรโรคเบาหวานอยู่ในช่วงอายุ 20-79 ปี ในจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดร้อยละ 90 เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคเบาหวานนั้นจะมีการเสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิตทุก 1 ราย/5 วินาที โดยมีสาเหตุจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอก (International Diabetes Federation, 2023) สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2564-2566 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน 3.17, 3.32 และ 3.48 ล้านคน ตามลำดับ และมีผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 29.33, 30.41 และ 31.57 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือมากกว่าร้อยละ 40 (ระบบข้อมูลสุขภาพจิต, 2567) และยังพบว่าอุบัติการณ์ของผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2562-2564 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ 472.19, 470.19 และ 490.71 ต่อแสนประชากร (ระบบข้อมูลสุขภาพจิต, 2565) ซึ่งเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในทุก ๆ ปี

โรคเบาหวาน คือ โรคของความผิดปกติที่เกิดจากการสร้างหรือการตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) ลดลงกว่าปกติ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้น (International Diabetes Federation, 2017) ซึ่งการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดส่งผลเกิดภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเฉียบพลัน (Hyperglycemia) และผลกระทบของโรคเบาหวาน ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรังของอวัยวะและระบบต่างๆ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งในกลุ่มโรคแทรกซ้อนชนิดที่เกิดกับเส้นเลือดขนาดเล็ก (Microvascular Complications) เช่น โรคไตจากเบาหวาน (Diabetic Nephropathy) โรคจอประสาทตาจากเบาหวาน (Diabetic Retinopathy) โรคของเส้นประสาทจากเบาหวาน (Diabetic Neuropathy) และการไหลเวียนเลือดที่ต่ำลงเกิดแผลได้ง่าย เป็นต้น และกลุ่มโรคแทรกซ้อนชนิดที่เกิดกับเส้นเลือดขนาดใหญ่ (Macrovascular Complications) เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของคนทั่วโลก ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการในการรักษาโรคเบาหวานให้หายขาดได้มีเพียงแต่การชะลอการดำเนินโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนเท่านั้น (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566; American Diabetes Association, 2019)

สถานการณ์โรคเบาหวาน อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ตั้งแต่ปี พ.ศ.2564-2566 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 8,286 (ร้อยละ 5.77), 8,907 (ร้อยละ 6.20) และ 9,621 (ร้อยละ 6.64) ราย ตามลำดับ และมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ 929, 1,201 และ 1,346 ราย ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 39.83, 37.68 และ 36.59 เท่านั้น และเมื่อพิจารณาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ในปี พ.ศ. 2567 รายตำบล พบว่ามีเพียง 3 ใน 12 ตำบล เท่านั้นที่มีผลงาน

การควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (Hemoglobin A1C (HbA1C)) ในเลือดได้ตามเป้าหมาย ร้อยละ 40 ได้แก่ ตำบลชนพระ, วังไทร และพญาเย็น และยังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง เกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้า และไตมากที่สุดถึง ร้อยละ 72.74 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด (ระบบข้อมูลสุขภาพจิต, 2567) บริบทของอำเภอปากช่อง ประชาชนส่วนใหญ่ร้อยละ 80 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยเฉพาะประกอบอาชีพปลูกผลไม้ที่มีรสหวาน ได้แก่ น้อยหน่า มะม่วงสุก องุ่น ทูเรียน และอื่น ๆ เช่น ข้าวโพด อ้อย ซึ่งปลูกไว้เพื่อจำหน่าย และปลูกไว้เพื่อบริโภคเองในครอบครัว ในการประกอบอาชีพเกษตรกรต้องตื่นแต่เช้าเพื่อออกไปทำสวนดูแลผลผลิตทางการเกษตร และมักมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มชูกำลังและกาแฟสูตรสำเร็จเป็นประจำ สถิติผู้ป่วยเบาหวานอำเภอปากช่องในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 9,621 ราย เป็นผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพชาวสวนผลไม้ จำนวน 5,041 ราย (ร้อยละ 52.4) และยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สูงถึง ร้อยละ 68.4 ในพื้นที่ตำบลกลางดง มีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 578, 642 และ 695 ราย ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ประกอบอาชีพชาวสวนผลไม้ ในปี พ.ศ. 2566 มีจำนวน 231 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.23 (ระบบข้อมูลสุขภาพจิต, 2567)

ผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา โดยปกติจะได้รับการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยการให้บริการติดตามดูแลสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนประกอบกับการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และสนับสนุนให้เกิดการจัดการตนเองในการ ควบคุมและลดระดับน้ำตาลในเลือดและมีการประเมินภาวะสุขภาพ แต่ก็ยังพบว่า มีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาข้อมูลนำร่องเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มชาวสวนผลไม้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 30 คน ในพื้นที่ตำบลกลางดง เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ประกอบอาชีพชาวสวนผลไม้มากที่สุด และยังเป็นพื้นที่ที่มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็งช่วยในการศึกษาดำเนินไปได้ง่ายขึ้น จากการสอบถามพบว่ามีปัจจัยที่ก่อให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูง คือ ร้อยละ 67.4 มีพฤติกรรมรับประทานผลไม้สุกรสหวาน เช่น น้อยหน่า ทูเรียน รับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน มัน และปรุงอาหารด้วยเครื่องปรุงรส มีส่วนผสมของน้ำตาล ร้อยละ 76.7 มีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมและไม่เพียงพอ ร้อยละ 33.6 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมีปัญหาในการจัดการกับความรู้สึกและความเครียดที่อาจเกิดจากสิ่งที่ทำทุกวันหรือการทำงาน และร้อยละ 6.7 มีผู้ป่วยที่หยุดรับประทานยารักษาโรคเบาหวานด้วยตนเอง

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีขึ้น โปรแกรมที่นำมาพบข้อจำกัดของรูปแบบงานวิจัยที่ดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างที่ส่งเสริมสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ที่มีการประเมินและกำกับตนเอง รวมไปถึงการสร้างแรงจูงใจให้ตนเองได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

ในระยะยาว ดังนั้นการจัดการตนเองเป็นวิธีการเรียนรู้ดูแลตนเองโดยรับข้อมูลทางสุขภาพเพื่อควบคุมปัญหาสุขภาพพร้อมทั้งปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Kanfer, 1996) เน้นการจัดการตนเองในการควบคุมกำกับตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการตนเองตามแนวคิดของแคนเฟอร์ประกอบด้วย 1) การกำกับตนเอง 2) การประเมินตนเอง 3) การเสริมแรงตนเอง (ศิริมา สีส่วงศ์, อีรพร สติรอังกูร และยุริพรรณ วณิชโยบล, 2564) ซึ่งจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองเป็นโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบระยะยาวและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิต โรคไขมัน ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยและส่งผลให้มีสุขภาพดีขึ้น (ธมกร โพธิ์รุฑ, สมิตรา พรานพาน และกวิสรา สงเคราะห์, 2563; อติญาณ์ ศรีเกษตรริน, จินตนา ทองเพชร, จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ และนงนภัทร รุ่งเนย, 2566) จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของชาวสวนโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1996) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เพื่อให้ชาวสวนที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการจัดการตนเองและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

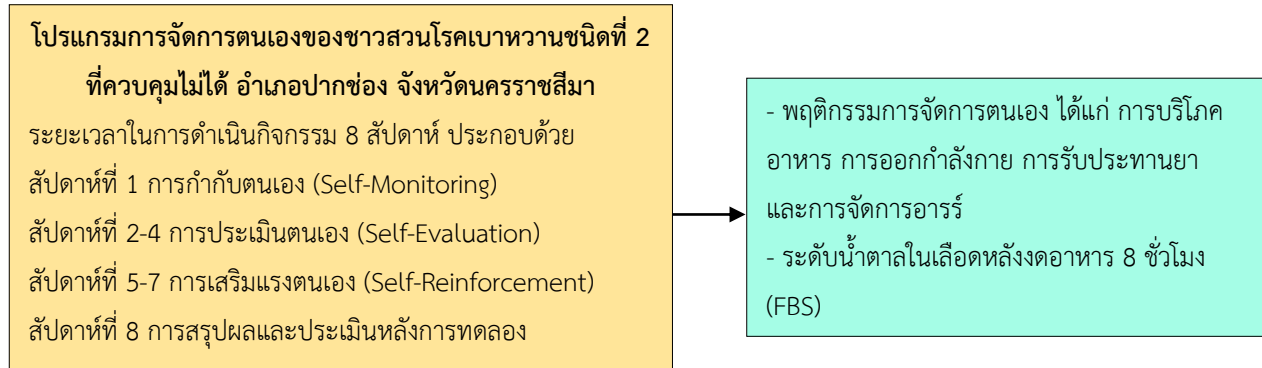
วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของชาวสวนโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ระหว่างช่วงก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของชาวสวนโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม ภายหลังการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของชาวสวนโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ระหว่างช่วงก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
4. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของชาวสวนโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม ภายหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของชาวสวนโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1996) ประกอบด้วย 1) การกำกับตนเอง 2) การประเมินตนเอง และ 3) การเสริมแรงตนเอง เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group Pretest-Posttest Design) ดำเนินการวิจัย ณ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ระหว่าง เดือนสิงหาคม-เดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ใช้เวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ชาวสวนที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ในพื้นที่อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 5,041 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ชาวสวนที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ในพื้นที่อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power Version 3.1.9.4 วิเคราะห์อำนาจทดสอบ กำหนดขนาดอิทธิพล ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยของกฤตกร หมั่นสระเกษ, ทศนีย์ รวีวรกุล และสุนีย์ ละกะปิ่น (2562) ได้ค่า Effect Size เท่ากับ 0.80 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจทดสอบเท่ากับ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 56 คน ได้กลุ่มทดลอง 28 คน และกลุ่มควบคุม 28 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างขนาดกลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่มโดยปรับเพิ่ม ร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัย ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากตำบลที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานการควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ในเลือดได้ต่ำกว่าเป้าหมายร้อยละ 40 ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยกลุ่มทดลอง คือ ชาวสวน ตำบลกลางดง และ กลุ่มควบคุม คือ ชาวสวน ตำบลหนองน้ำ มีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นผู้ประกอบอาชีพชาวสวนผลไม้เพศชายและหญิงที่อาศัยในพื้นที่อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา 1 ปี ขึ้นไป อายุ 30-80 ปี เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือด พบว่ามีค่า Fasting Blood Sugar (FBS) ≥ 126 มก./ดล. ได้รับการรักษาด้วยยาชนิดรับประทาน ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องการได้ยินและการสื่อสาร และสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการประเมินภาวะรู้คิด (MMSE) ไม่มีความบกพร่องการรู้คิด

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่แพทย์เปลี่ยนแปลงชนิดยาที่ใช้ในการรักษาจากชนิดรับประทานเป็นชนิดฉีดอินซูลินหรือเปลี่ยนแปลงขนาดยาเบาหวานชนิดรับประทาน ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา มีภาวะฉุกเฉินต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น น้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเฉียบพลัน บวมเฉียบพลัน ปัสสาวะน้อย ความดันโลหิตสูงผิดปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเองของชาวสวนโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาประกอบด้วย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ 1) การกำกับตนเองฝึกประเมินและตั้งเป้าหมายปรับพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมเรียนรู้การจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง 2) การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผล ให้คำปรึกษา และปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมรายบุคคล และ 3) การเสริมแรงให้กำลังใจและคำปรึกษาทางโทรศัพท์ ประเมินความก้าวหน้า และมอบรางวัลเมื่อบรรลุเป้าหมาย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของชาวสวนโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล มีจำนวน 14 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนักส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพเสริม สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการป่วย ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โรคร่วม ยารักษาโรคเบาหวานที่ใช้ปัจจุบัน

2.2 พฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบสอบถามนี้ ผู้ศึกษาพัฒนาเครื่องมือขึ้นจากการทบทวนเอกสารวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยดัดแปลงข้อคำถามมาจากการศึกษาของกฤตกร หมั่นสระเกษ, ทศนีย์ รวีวรกุล และสุนีย์ ละกำป็น (2562) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน พฤติกรรมการจัดการตนเอง มีทั้งหมดจำนวน 33 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการบริโภคอาหาร 12 ข้อ 2) ด้านการออกกำลังกาย 8 ข้อ 3) ด้านการรับประทานยา 7 ข้อ และ 4) ด้านการจัดการอารมณ์ 6 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามปลายปิดเป็นมาตราประมาณค่า มี 5 ตัวเลือก (1-5 คะแนน) ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว การแปลระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง จากคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 มีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 มีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองมาก คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 มีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 มีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 มีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองน้อยที่สุด

2.3 แบบบันทึกตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดหลังดอาหาร 8 ชั่วโมง (Fasting Blood Sugar (FBS)) ประกอบด้วย ระดับน้ำตาลในเลือดหลังดอาหาร 8 ชั่วโมง และวันที่เจาะ และแปลผลตาม Clinical Practice Guideline เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน (เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปากช่อง, 2563) การแปลผล

แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ปกติ หมายถึง ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 125 มก./ดล., เสี่ยงต่ำ หมายถึง ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 126-154 มก./ดล., เสี่ยงสูง หมายถึง ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 155-182 มก./ดล. และอันตราย หมายถึง ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 183 มก./ดล.

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity (CVI)) ของแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 ท่าน อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 2 ท่าน โดยแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง และโปรแกรมการจัดการตนเองฯ มีค่า CVI เท่ากับ 0.98

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะทางประชากรที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ชาวสวนผลไม้จากตำบลหมูสี จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง โดยค่าคอนบราคอัลฟาเท่ากับ 0.71 และเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดของที่ได้รับการรับรองคุณภาพและการสอบเทียบจากห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์ โรงพยาบาลปากช่องนานา และสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 9 นครราชสีมา

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนทดลอง

1.1 ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา อำเภอปากช่อง ผู้อำนวยการ รพ.สต.กลางดง และรพ.สต.หนองน้ำแดง และติดต่อประสานงานกับ รพ.สต.กลางดง และรพ.สต.หนองน้ำแดง เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

1.2 เตรียมผู้ช่วยในการวิจัยเพื่อช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 2 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน

1.3 จัดเตรียมสถานที่ สื่อย่าง ๆ เพื่อใช้ในการดำเนินการทดลองให้กับกลุ่มทดลอง

1.4 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยค้นหาและเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขอความยินยอมและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ระยะการดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของชาวสวนโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ระหว่าง เดือนสิงหาคม-เดือนกันยายน

พ.ศ. 2567 ใช้เวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของชาวสวนโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ใช้เวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การกำกับตนเอง (Self-Monitoring) สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง มีการประเมินตนเอง เพื่อค้นหาปัญหาพฤติกรรมสุขภาพโดยให้ผู้ป่วยเล่าแลกเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ บันทึกพฤติกรรมและตั้งเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด และให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานโดยผู้วิจัยเป็นผู้บรรยายความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การจัดการอารมณ์ อธิบายขั้นตอนการกำกับตนเองโดยฝึกบันทึกคู่มือการจัดการตนเองโรคเบาหวาน และฝึกปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการอารมณ์ กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรม ณ รพ.สต.กลางดง ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน สร้างระบบติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเอง ประเมินผลการกำกับตนเองในคู่มือการจัดการตนเองโรคเบาหวาน ให้คำปรึกษา ประเมินผล การแก้ไขปัญหา และปรับปรุงแผนให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลอย่างต่อเนื่อง โดยการเยี่ยมบ้านใช้เวลา 30 นาที/คน/สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 5, 6 และ 7 การเสริมแรงตนเอง (Self-Reinforcement) ให้กำลังใจทางโทรศัพท์ สนับสนุนการจัดการตนเอง ชื่นชม เมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้สำเร็จตามเป้าหมาย วางแผนแก้ไขปัญหาาร่วมกัน เมื่อกลุ่มต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้ปฏิบัติได้สำเร็จ ประเมินพฤติกรรมตนเองเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเองกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เพื่อการตัดสินใจปรับเปลี่ยนหรือคงพฤติกรรมนั้น โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลา 15 นาที/คน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 8 ประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง ให้กลุ่มตัวอย่างเล่าแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัจจัยความสำเร็จการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา ให้รางวัลเป็นใบประกาศเกียรติคุณเมื่อบรรลุเป้าหมายสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เก็บข้อมูลหลังการทดลอง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

2.2 กลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมจะไม่ได้โปรแกรมใด ๆ แต่จะได้รับการดำเนินกิจกรรมตามปกติ ในเรื่องการรับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำแดงท ได้แก่ การรับบริการตรวจรักษาติดตามผลระดับน้ำตาล ให้คำแนะนำในการดูแลโรคเบาหวานและและนัดหมายตรวจตามรอบ

3. ระยะหลังการใช้โปรแกรมฯ

3.1 กลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมการทดลอง 8 สัปดาห์ เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามหลังการเข้าร่วมวิจัย ประเมินผลการใช้โปรแกรมฯ โดยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเอง ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มทดลอง

3.2 กลุ่มควบคุม หลังครบการทดลอง 8 สัปดาห์ เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และเก็บข้อมูลแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการ ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง หลังตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มควบคุมที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ความแตกต่างข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi-square และสถิติ Fisher's Exact test
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง และ ระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยก่อนทำการทดสอบได้ทำการตรวจสอบความแตกต่างของข้อมูลโดยใช้วิธีการทดสอบของ Kolmogorov-Smirnov กรณีข้อมูลแจกแจงปกติ ($p\text{-value} > 0.05$) ใช้สถิติทดสอบทีชนิดอิสระ (Independent t-test) ในการวิเคราะห์ และกรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ ($p\text{-value} < 0.05$) ใช้สถิติ Mann-Whitney U test ในการวิเคราะห์
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยก่อนทำการทดสอบได้ทำการตรวจสอบความแตกต่างของข้อมูลโดยใช้วิธีการทดสอบของ Kolmogorov-Smirnov กรณีข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ($p\text{-value} > 0.05$) ใช้สถิติ Paired t-test ในการวิเคราะห์ และกรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ ($p\text{-value} < 0.05$) ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test ในการวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช รหัสโครงการ NS No. 18/2567 ลงวันที่ 17 กรกฎาคม 2567 โดยผู้วิจัยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบเชิงลบกับกลุ่มตัวอย่างที่อาสาเข้าร่วมการวิจัยโดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ไม่มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพศ พบว่า มีสัดส่วนระหว่างเพศหญิงกับเพศชายใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.33 และ 36.67 ตามลำดับ เป็นเพศหญิงร้อยละ 46.67 และ 63.33 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 63.10 ปี และ 60.80 ปี ตามลำดับ ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.62 kg/m² และ 26.77 Kg/m²

อาชีพเสริมส่วนใหญ่รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 50 และ 56.67 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,993.33 บาท และ 7,733.33 บาท ตามลำดับ ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 8.10 ปี และ 7.67 ปี ตามลำดับ

2. พฤติกรรมการจัดการตนเอง

พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (Mean = 2.31, S.D. = 0.24) หลังการใช้โปรแกรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองภาพรวมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.03, S.D. = 0.25) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนการใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (Mean = 2.31, S.D. = 0.16) หลังการใช้โปรแกรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองภาพรวมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.49, S.D. = 0.23) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองภายในกลุ่มทดลอง ($n=30$) และกลุ่มควบคุม ($n=30$) ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Paired t-test และสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	ก่อนใช้โปรแกรม			หลังใช้โปรแกรม			t/Z	P-value
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ		
ภาพรวม								
กลุ่มทดลอง	2.31	0.24	น้อย	4.03	0.25	มาก	27.81 ^a	<0.001*
กลุ่มควบคุม	2.31	0.16	น้อย	3.49	0.23	ปานกลาง	38.52 ^a	<0.001*
ด้านการบริโภคอาหาร								
กลุ่มทดลอง	3.33	0.50	ปานกลาง	3.74	0.42	มาก	4.20 ^a	<0.001*
กลุ่มควบคุม	3.37	0.37	ปานกลาง	3.19	0.33	ปานกลาง	5.98 ^a	<0.001*
ด้านการออกกำลังกาย								
กลุ่มทดลอง	2.69	0.62	ปานกลาง	3.54	0.57	มาก	5.29 ^a	<0.001*
กลุ่มควบคุม	2.53	0.44	ปานกลาง	2.60	0.67	ปานกลาง	0.83 ^a	0.41
ด้านการรับประทานยา								
กลุ่มทดลอง	4.69	0.31	มากที่สุด	4.97	0.12	มากที่สุด	4.34 ^b	<0.001*
กลุ่มควบคุม	4.80	0.28	มากที่สุด	4.72	0.32	มากที่สุด	1.92 ^b	0.07
ด้านการจัดการอารมณ์								
กลุ่มทดลอง	3.66	0.47	มาก	4.17	0.50	มาก	4.14 ^a	<0.001*
กลุ่มควบคุม	3.75	0.47	มาก	3.83	0.40	มาก	0.81 ^a	0.42

^a หมายถึง ใช้ t-test, ^b หมายถึง ใช้ Z-test * $p\text{-value} < 0.05$

2.2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของชาวสวนโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม ภายหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (Mean = 2.31, S.D. = 0.24) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (Mean = 2.31, S.D. = 0.16) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.95$) ส่วนหลังการใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.03, S.D. = 0.25) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.49, S.D. = 0.23) ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30) หลังการใช้โปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Independent t-test และสถิติ Mann-Whitney U test

พฤติกรรมกรรมการจัดการ		กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t/Z	P-value
ตนเอง	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ			
ภาพรวม									
ก่อนใช้โปรแกรม	2.31	0.24	น้อย	2.31	.16	น้อย	0.06 ^a	0.95	
หลังใช้โปรแกรม	4.03	0.25	มาก	3.49	.23	ปานกลาง	8.83 ^a	<0.001*	
ด้านการบริโภคอาหาร									
ก่อนใช้โปรแกรม	3.33	0.50	ปานกลาง	3.37	0.37	ปานกลาง	0.34 ^a	0.73	
หลังใช้โปรแกรม	3.74	0.42	มาก	3.19	0.33	ปานกลาง	5.64 ^a	<0.001*	
ด้านการออกกำลังกาย									
ก่อนใช้โปรแกรม	2.69	0.62	ปานกลาง	2.53	0.44	ปานกลาง	1.14 ^a	0.26	
หลังใช้โปรแกรม	3.54	0.57	มาก	2.60	0.67	ปานกลาง	5.91 ^a	<0.001*	
ด้านการรับประทานยา									
ก่อนใช้โปรแกรม	4.69	0.31	มากที่สุด	4.80	0.28	มากที่สุด	1.50 ^b	0.14	
หลังใช้โปรแกรม	4.97	0.12	มากที่สุด	4.72	0.32	มากที่สุด	3.90 ^b	<0.001*	
ด้านการจัดการอารมณ์									
ก่อนใช้โปรแกรม	3.66	0.47	มาก	3.75	0.47	มาก	0.78 ^a	0.44	
หลังใช้โปรแกรม	4.17	0.50	มาก	3.83	0.40	มาก	2.86 ^a	<0.001*	

^a หมายถึง ใช้ t-test, ^b หมายถึง ใช้ Z-test * $p\text{-value} < 0.05$

3. ระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 155-182 มก./ดล. ร้อยละ 57 กลุ่มควบคุมก่อนการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 155-182 มก./ดล. ร้อยละ 53 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 126-154 มก./ดล. ร้อยละ 64 ส่วนกลุ่มควบคุมหลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 155-182 มก./ดล. ร้อยละ 44 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และระดับความรุนแรงของระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ จำแนกตามระดับน้ำตาลในเลือด

ช่วงของระดับน้ำตาล ในเลือด	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	จำนวน	ร้อยละ	ระดับ ความรุนแรง	จำนวน	ร้อยละ	ระดับ ความรุนแรง
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม						
ค่าเฉลี่ย	Mean=158, S.D.=23.84		เสี่ยงสูง	Mean=162.30, S.D.=35.89		เสี่ยงสูง
126-154 มก./ดล.	9	30	เสี่ยงต่ำ	8	27	เสี่ยงต่ำ
155-182 มก./ดล.	17	57	เสี่ยงสูง	16	53	เสี่ยงสูง
≥183 มก./ดล.	4	13	อันตราย	6	20	อันตราย
หลังเข้าร่วมโปรแกรม						
ค่าเฉลี่ย	Mean=146, S.D.=25.48		เสี่ยงต่ำ	Mean=161.26, S.D.=26.81		เสี่ยงต่ำ
126-154 มก./ดล.	19	64	เสี่ยงต่ำ	10	33	เสี่ยงต่ำ
155-182 มก./ดล.	10	33	เสี่ยงสูง	13	44	เสี่ยงสูง
≥183 มก./ดล.	1	3	อันตราย	7	23	อันตราย

3.2 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของชาวสวนโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ระหว่างช่วงก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการใช้โปรแกรม มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับเสี่ยงสูง (Mean = 158.00, S.D. = 23.84) หลังการใช้โปรแกรม มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับเสี่ยงต่ำ (Mean = 146.37, S.D. = 25.48) ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.04$) สำหรับกลุ่มควบคุม ก่อนการใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับเสี่ยงสูง (Mean = 162.30, S.D. = 35.89) หลังการใช้โปรแกรม มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด อยู่ในระดับเสี่ยงสูง (Mean = 161.26, S.D. = 26.81) ซึ่งไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.84$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าน้ำตาลในเลือดภายในกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30) ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test

ค่าน้ำตาล ในเลือด	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม				Z	P-value
	Mean	S.D.	Mean Rank	ระดับ	Mean	S.D.	Mean Rank	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	158.00	23.84	19.09	เสี่ยงสูง	146.37	25.48	10.81	เสี่ยงต่ำ	2.21	0.04*
กลุ่มควบคุม	162.30	35.89	13.85	เสี่ยงสูง	161.26	26.81	17.65	เสี่ยงสูง	0.20	0.84

*p-value < 0.05

3.3 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของชาวสวนโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม ภายหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับเสี่ยงสูง (Mean = 158.00, S.D. = 23.84) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับเสี่ยงสูง (Mean = 162.30, S.D. = 35.89) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.61) ภายหลังการใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับเสี่ยงต่ำ (Mean = 146.37, S.D. = 25.48) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับเสี่ยงสูง (Mean = 161.26, S.D. = 26.81) ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.03) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30) ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ค่าน้ำตาล ในเลือด	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม				Z	P-value
	Mean	S.D.	Mean Rank	ระดับ	Mean	S.D.	Mean Rank	ระดับ		
ก่อนใช้โปรแกรม	158.00	23.84	30.73	เสี่ยงสูง	162.30	35.89	26.42	เสี่ยงสูง	0.51	0.61
หลังใช้โปรแกรม	146.37	25.48	30.24	เสี่ยงต่ำ	161.26	26.81	34.58	เสี่ยงสูง	2.21	0.03*

*p-value < 0.05

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการจัดการตนเองของชาวสวนผลไม้โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่าหลังใช้โปรแกรมกลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านดีวก่อนการใช้โปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายด้าน พบว่า

1.1 พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองที่พบว่า มีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารดีกว่าก่อนการใช้โปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(p -value < 0.001 และ < 0.001) ซึ่งจากผลการวิจัย คาดว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร เกิดจากเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ โดยจัดกิจกรรมตามแนวคิดของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1996) ซึ่งในโปรแกรมได้มีกิจกรรมประเมินตนเองเพื่อค้นหาปัญหา และกำหนดเป้าหมาย มีให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ผ่านแผนการสอน และเปิดวิดีโอให้ความรู้ การวิเคราะห์พฤติกรรมโรคเบาหวาน แจกคู่มือการจัดการตนเอง โรคเบาหวานและการฝึกบันทึก แสดงว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและการกำกับตนเองผ่านการบันทึก และติดตามการบริโภคอาหาร ช่วยให้อีกกลุ่มทดลองปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีการเลือกอาหารที่มีประโยชน์และลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือด การเสริมสร้างความรู้และทักษะ ในการเลือกอาหารที่เหมาะสม เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับโรคเบาหวานได้

1.2 พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย ของกลุ่มทดลองที่พบว่า มีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายดีกว่าก่อนการใช้โปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001 และ < 0.001) ซึ่งจากผลการวิจัยคาดว่าเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมตามแนวคิด แคนเฟอร์ (Kanfer, 1996) โดยให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน พร้อมคู่มือและการติดตามต่อเนื่อง ทำให้ผู้เข้าร่วมมีความสม่ำเสมอและเพิ่มระดับการออกกำลังกายได้ ตามเป้าหมายเดิมชาวสวนมักเหนื่อยจากงานประจำและเข้าใจผิดว่ากิจกรรมในสวนเพียงพอแล้วต่อการเคลื่อนไหว ร่างกายขาดแรงจูงใจและเวลาสำหรับการออกกำลังกาย โปรแกรมนี้ช่วยปรับมุมมองและกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการออกกำลังกาย

1.3 พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาของกลุ่มทดลองที่พบว่า มีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาดีกว่าก่อนการใช้โปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001 และ < 0.001) ซึ่งจากผลการวิจัยคาดว่าเนื่องจากโปรแกรมเน้นสร้างความเข้าใจเรื่องการใช้ยา ที่ถูกต้อง ผ่านการบรรยาย ฝึกปฏิบัติการบันทึก ติดตามผล และให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงเยี่ยมบ้าน และติดตามทางโทรศัพท์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบและสม่ำเสมอในการรับประทานยามากขึ้น เดิมชาวสวน มักรับประทานยาไม่ตรงเวลา ลืมยา หรือใช้ยาหมดอายุ โปรแกรมนี้ช่วยปรับพฤติกรรมและเพิ่มความรู้อย่างเข้าใจ ส่งผลโดยตรงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและการจัดการโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ

1.4 พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการจัดการอารมณ์ของกลุ่มทดลองที่พบว่า มีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการจัดการอารมณ์ดีกว่าก่อนการใช้โปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001 และ < 0.001) ซึ่งจากผลการวิจัยคาดว่าเนื่องจากโปรแกรมตามแนวคิดแคนเฟอร์มุ่งสร้าง ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ระดับน้ำตาลสูง พร้อมฝึกทักษะการจัดการอารมณ์และบันทึกพฤติกรรมในคู่มือ การจัดการตนเอง มีการติดตามและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมควบคุมอารมณ์ และลดความเครียดได้ดีขึ้น เดิมชาวสวนมักเผชิญทางการเกษตรที่กระทบจิตใจ โปรแกรมนี้ช่วยเสริมทักษะ และสนับสนุนด้านจิตใจ ส่งผลดีต่อการจัดการโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ

โดยจะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองในทุกด้านของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนการใช้โปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม โปรแกรมการจัดการตนเอง 8 สัปดาห์สำหรับชาวสวนโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ออกแบบตามแนวคิดแคนเฟอร์ (Kanfer, 1996) ครอบคลุม 3 องค์ประกอบหลัก คือ การกำกับตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรง กิจกรรมประกอบด้วยการให้ความรู้ การบันทึกพฤติกรรม การประเมินและปรับแผนรายบุคคล การติดตามเยี่ยมบ้าน และการให้กำลังใจต่อเนื่อง รวมถึงรางวัลเพื่อเสริมแรงจิตใจ กระบวนการนี้ช่วยให้ผู้เข้าร่วมตระหนัก วิเคราะห์ และปรับพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับแนวทางรักษาและวิถีชีวิตชาวสวน ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการจัดการตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองที่เกิดจากความร่วมมือและสมัครใจ มีเป้าหมายเพื่อการป้องกัน ลดภาวะเสี่ยง บรรเทาอาการของโรค ไม่ให้รุนแรง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามบริบทของประชาชนและผู้ป่วยผู้ปฏิบัติกิจกรรมจะได้รับการสนับสนุน ส่งเสริม ให้มีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการจัดการสุขภาพตนเอง ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนการจัดการตนเอง พร้อมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาลกับประชาชน ผู้ป่วย และผู้ดูแลในการกำหนดเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลผลข้อมูล เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการตัดสินใจจัดปัญหา และบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาทักษะ อันจะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนิน ชีวิตประจำวันที่ดี แนวคิดการจัดการตนเองจึงมีบทบาทที่สำคัญในการเป็นบทดำเนินงานสนับสนุนส่งเสริมผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองให้บรรลุเป้าหมาย (ศิริมา ลีละวงศ์, ชีรพร สติธังกร และยุริพรรณ วณิชโยบล, 2564) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤตกร หมั่นสระเกษ, ทศนีย์ รวีวรกุล และสุนีย์ ละกัปัน(2562) ซึ่งมีลักษณะการจัดโปรแกรมที่ใกล้เคียงกับการศึกษาในครั้งนี้ คือ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ตั้งเป้าหมายการจัดการตนเองผ่านกิจกรรมกลุ่ม และทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรค 2) ติดตามตนเองด้วยสมุดบันทึก 3) ประเมินตนเองโดยใช้โทรศัพท์ช่วยกระตุ้น และเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติ 4) เสริมแรงตนเองด้วยการให้รางวัลเมื่อบรรลุเป้าหมาย ซึ่งช่วยส่งเสริมความต่อเนื่องและประสิทธิภาพของการจัดการโรค พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเอง) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และการศึกษาของ ทรงกรกฎ ศฤงคาร, มยุรี นีรัทธราดร และปรียกมล รัชกุล (2563) ที่โปรแกรมพัฒนาจากการศึกษาความต้องการและข้อเสนอแนะของผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและนำเสนอตัวอย่างผู้ที่ควบคุมน้ำตาลได้สำเร็จ 2) แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด 3) ฝึกปฏิบัติการควบคุมน้ำตาลในเลือด 4) กระตุ้นเตือน ชักจูง และให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลอย่างต่อเนื่อง พบว่า ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

2. ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ดีกว่า ก่อนการใช้โปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.035$ และ 0.031) ซึ่งเป็นไปตามข้อสมมุติฐาน เมื่อกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ที่ครอบคลุมปัจจัยสำคัญในการจัดการตนเองโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของชาวสวนผลไม้ ทำให้สามารถวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแนวทางการรักษาโรคเบาหวานและวิถีชีวิตของชาวสวนผลไม้ได้ โดยผู้วิจัยนั้นได้นำแนวคิดของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1996) ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4 ด้าน ดังนี้

2.1 ด้านการบริโภคอาหาร การให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารโรคเบาหวาน การคำนวณพลังงานที่ต้องใช้ต่อวัน คู่มือการให้ความรู้โรคเบาหวานและแบบบันทึกการจัดการตนเองโรคเบาหวาน และผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคเบาหวานช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โดยการเลือกทานอาหารที่มีดัชนี Glycemic Index (GI) ต่ำ, ลดน้ำตาล และแป้งขัดขาว, เพิ่มโปรตีน และไขมันที่อิ่มตัวถึงไฟเบอร์สูง จะช่วยลดการดูดซึมน้ำตาลเข้าๆ และลดความต้านทานอินซูลิน ซึ่งการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร จะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน (American Diabetes Association, 2023)

2.2 ด้านการออกกำลังกาย โปรแกรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติทำที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน เช่น แกว่งแขนและ 4 ท่าพื้นฐาน อย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง การออกกำลังกายช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดผ่านหลายกลไก ได้แก่ การใช้กลูโคสเป็นพลังงาน การเพิ่มความไวต่ออินซูลิน การใช้ไกลโคเจนในกล้ามเนื้อและตับ การกระตุ้นฮอร์โมนที่ควบคุมน้ำตาล และการปรับการทำงานของตับในระยะยาว ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (American Diabetes Association, 2020) เมื่อกลุ่มทดลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย จะช่วยทำให้ระดับน้ำตาลลดลง

2.3 ด้านการรับประทานยา โปรแกรมได้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานเกี่ยวกับวิธีใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยาแต่ละกลุ่มมีกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างกัน โดยการใช้ยาเบาหวานช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผ่านหลายกลไก เช่น การเพิ่มการหลั่งอินซูลิน (Sulfonylureas, Meglitinides), การเพิ่มความไวต่ออินซูลิน (Metformin), การลดการดูดซึมน้ำตาลในลำไส้ (α -Glucosidase Inhibitors), การขับน้ำตาลออกทางปัสสาวะ (SGLT2 Inhibitors), การลดการผลิตกลูโคสจากตับ (Biguanides), การกระตุ้นการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อน (GLP-1 Receptor Agonists), และการลดการสะสมไขมันในตับและเซลล์ (Thiazolidinediones) ซึ่งช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน (American Diabetes Association, 2020) เมื่อกลุ่มทดลองได้รับความรู้และการใช้ยาที่ถูกต้องช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้คงที่ ลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน และเมื่อผสมกับการออกกำลังกายจะยิ่งช่วยให้ระดับน้ำตาลลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.4 ด้านการจัดการอารมณ์ โปรแกรมได้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานเกี่ยวกับสาเหตุของความเครียด อาการที่เกิดขึ้นจากความเครียด และวิธีรับมืออย่างเหมาะสม เนื่องจากความเครียดส่งผลโดยตรงต่อระดับน้ำตาลในเลือดผ่านการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลและอะดรีนาลีน ซึ่งกระตุ้นให้ตับปล่อยกลูโคสเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้ระดับน้ำตาลสูงขึ้น การจัดการอารมณ์ด้วยเทคนิคต่าง ๆ เช่น การทำสมาธิ, การฝึกหายใจลึก, โยคะ และการออกกำลังกาย สามารถลดการหลั่งฮอร์โมนเครียด และช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น การฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดจึงช่วยปรับสมดุลฮอร์โมนในร่างกายและลดน้ำตาลในเลือดอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อกลุ่มทดลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการอารมณ์จะช่วยทำให้ระดับน้ำตาลลดลงได้ หลังจากใช้โปรแกรมฯ

นอกจากนี้ยังมี การเยี่ยมบ้าน การโทรศัพท์เยี่ยมบ้าน การให้คำชมเชย การให้รางวัลเป็นใบเกียรติบัตรผู้ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีจะเห็นได้ว่า กิจกรรมข้างต้นเป็นกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการตนเองโรคเบาหวานที่สอดคล้องกับแนวคิดของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1996) และวิถีชีวิตของชาวสวนผลไม้ ทำให้หลังการใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองภาพรวมเพิ่มขึ้นซึ่งสะท้อนถึงการพัฒนาด้านที่สำคัญในความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ แม้ว่ากลุ่มทดลองจะสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดลงได้ แต่ยังไม่สามารถลดต่ำกว่า 126 mg/dl ซึ่งอาจสะท้อนถึงข้อจำกัดของโปรแกรมในระยะเวลา 8 สัปดาห์ อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มทดลองต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติมในระยะยาวเพื่อให้สามารถคงพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีและบรรลุเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อ้อมฤทัย มั่นในบุญธรรม (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและชะลอไตเสื่อม ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ พบว่า พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของโปรแกรมการจัดการตนเองในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่แตกต่างจากผลการศึกษาของ กฤตกร หมั่นสระเกษ, ทศนีย์ รวีวรกุล และสุนีย์ ละกำป็น (2562) ที่พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการทดลองทั้งในกลุ่มเดียวกันและระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน ที่ผลลัพธ์ที่แตกต่างกันนี้อาจเนื่องมาจากหลายปัจจัย เช่น ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใชยาฉีดอินซูลิน ระยะเวลาของโปรแกรมที่ต่างกัน ความเข้มข้นของการติดตาม และ ประเมินผล หรือวิธีการจัดการตนเองที่ใช้ในโปรแกรม อาจส่งผลให้การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดได้ผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

หน่วยงานสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในชุมชนอื่น ๆ ในการปรับปรุงพฤติกรรมจัดการตนเองและลดระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการโรคเบาหวาน ลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนระยะยาวและลดภาระทางสุขภาพในระดับชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อติดตามโปรแกรมการจัดการตนเองในระยะยาว เช่น ติดตามผลหลังการใช้โปรแกรม 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินถึงความยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
2. ควรมีการศึกษาความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อเข้าใจถึงความท้าทายและปัญหาที่ผู้ป่วยพบเจอ การศึกษาเหล่านี้จะช่วยให้ปรับปรุงโปรแกรมให้ตรงกับความต้องการและความเป็นจริงของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กฤตกร หมั่นสระเกษ, ทศนีย์ รวีวรกุล และสุนีย์ ละกำป็น. (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 25(2), 87-103.
- เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปากช่อง. (2563). *Clinical Practice Guideline เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปากช่อง*. นครราชสีมา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากช่อง.
- ทรงกรกฎ ศฤงคาร, มยุรี นิรัตธราทร และปรีกษ์มกล รัชกุล. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ* มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ธมกร โพธิ์รุฑ, สุมิตรา พรานพาน และกวิสรา สงเคราะห์. (2563). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเชิงกลาง จังหวัดน่าน. *วารสารพยาบาล*, 6(2), 11-20.
- ระบบข้อมูลสุขภาพจิต. (2567). *อัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ 2564-2566*. สืบค้นเมื่อ 4 มกราคม 2567 จาก <https://hdcservice.moph.go.th/>.
- ระบบข้อมูลสุขภาพจิต. (2565). *อัตราผู้ป่วยรายใหม่เบาหวาน*. สืบค้นเมื่อ 4 มกราคม 2567 จาก <https://hdcservice.moph.go.th>.

ศิริมา ลีละวงศ์, อีรพร สติธังกูร และยุริพรรณ วณิชโยบล. (2564). รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองและผู้ป่วยดูแล. นนทบุรี: กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมือง การพิมพ์ จำกัด.

อติญาณ์ ศรีเกษตรริน, จินตนา ทองเพชร, จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ และนางณภัทร รุ่งเนย. (2566). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพพร้อมกับ การสนับสนุนการจัดการตนเองต่อ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 32(2), 299-311.

อ้อมฤทัย มั่นในบุญธรรม. (2562). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 1(2), 121-132.

American Diabetes Association (2019). 2. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes-2019. *Diabetes Care*, 42(Suppl 1), S13-S28.
<https://doi.org/10.2337/dc19-S002>

American Diabetes Association. (2020). 2. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes-2020. *Diabetes Care*, 43(Suppl 1), S14-S31.
<https://doi.org/10.2337/dc20-S002>

American Diabetes Association (2023). 2. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of care in diabetes-2023. *Diabetes Care*, 46(Suppl 1), S19-S40. <https://doi.org/10.2337/dc23-S002>

International Diabetes Federation. (2017). *IDF Diabetes Atlas* (8th ed.). Brussels, Belgium: International Diabetes Federation.

International Diabetes Federation. (2023). *Diabetes around the world in 2023*. Retrieved March 10, 2024 from <https://diabetesatlas.org/>.

Kanfer, F. H. (1996). *Kanfer programmatic approach*. In A.B. McBride (Eds.), *Psychiatric mental health nursing, integrating the behavioral and biological science*. Philadelphia: Wnd Biological Science.

การพัฒนาสื่อให้ความรู้ผ่าน LINE Official Account เรื่องแผลกดทับ สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

Development of an Educational Media via LINE Official Account on Pressure Ulcers for Caregivers of Bedridden Patients

สิริอร บัวระพา^{1*}, สมเพ็ญ สุขสมบุญวงศ์¹, คณาพร ต้นศรีประภาศิริ¹, พงษ์พันธ์ อินทสุวรรณ¹, เอกสิทธิ เนตรโนนไทย¹
Siriorn Buarapa^{1*}, Somperm Suksomboonwong¹, Kanaporn Tansriprapasiri¹, Pongphan Intarasuwan¹,
Ekkasit Netnonthai¹

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุข กาญจนภิเษก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข¹
Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,
Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health¹

(Received: February 27, 2025; Revised: June 27, 2025; Accepted: November 21, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการสื่อให้ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง 2) พัฒนาสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับผ่าน LINE Official Account (LINE OA) 3) เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการใช้สื่อ และ 4) ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้สื่อ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม 8 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 56 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แนวคำถามสนทนากลุ่ม สื่อให้ความรู้ผ่าน LINE OA แบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินความพึงพอใจ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบค่าเฉลี่ยแบบ Paired-Sample t-test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า สื่อให้ความรู้เรื่องแผลกดทับ ผ่าน LINE OA ประกอบด้วย สื่อโปสเตอร์อิเล็กทรอนิกส์ 5 เรื่อง คือ แผลกดทับภัยร้ายที่ควรรู้ ตำแหน่งปุ่มกระดูกที่พบแผลกดทับบ่อย โภชนาการที่เหมาะสม อาหารต้องห้าม และการป้องกันแผลกดทับ รวมถึงคลิปวิดีโอ 6 คลิป คือ ความหมายของแผลกดทับ ปัจจัยเสี่ยง การป้องกัน การทำความสะอาดแผล การดูแลแผลแต่ละระดับ อาหารที่ส่งเสริมการหายของแผล ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้หลังการใช้สื่อมากกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการใช้สื่ออยู่ในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะด้านการนำไปใช้จริงและด้านเนื้อหา ซึ่งอยู่ในระดับมาก ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า สื่อให้ความรู้ผ่าน LINE OA เป็นแนวทางที่เหมาะสมต่อการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เนื่องจากเข้าถึงง่าย ใช้งานสะดวก และส่งเสริมความรู้ในการป้องกันแผลกดทับได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: แผลกดทับ, สื่อความรู้, ไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคาท์, ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

*ผู้ให้การติดต่อ: สิริอร บัวระพา e-mail: siriorn@kmpht.ac.th

Abstract

This research and development study aimed to: 1) examine the situation, problems, and needs for educational media among caregivers of bedridden patients; 2) develop educational media on pressure ulcers through a LINE Official Account (LINE OA); 3) compare caregivers' knowledge before and after using the media; and 4) evaluate their satisfaction with the media. The sample consisted of eight participants in a focus group discussion and 56 caregivers of bedridden patients. The research instruments included a focus group interview guide, educational media delivered via LINE OA, a knowledge test, and a satisfaction questionnaire. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and Paired-Sample t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results revealed that the educational media on pressure ulcers delivered through LINE OA consisted of five electronic poster topics—Pressure Ulcers: Essential Information, Common Bony Prominence Sites, Appropriate Nutrition for Bedridden Patients, Prohibited Foods, and Pressure Ulcer Prevention—along with six video clips covering the definition of pressure ulcers, risk factors, prevention measures, wound cleaning materials and methods, care for each stage of pressure ulcers, and foods that promote wound healing. The comparison of knowledge scores showed that caregivers had significantly higher knowledge after using the media than before, at the 0.05 level. Caregivers also reported a very high level of satisfaction with the media, particularly regarding practical applicability and content quality, which were rated at high levels. Overall, the results indicate that educational media delivered through LINE OA is an appropriate approach for supporting caregivers of bedridden patients, as it is easily accessible, convenient to use, and effective in enhancing knowledge on pressure ulcer prevention.

Keywords: Pressure Ulcers, Education Media, LINE Official Account, Bedridden Patient Caregivers

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา โดยเมื่อประมาณ 50 ปีก่อน ประเทศไทยมีผู้สูงอายุไม่ถึง 2 ล้านคน แต่ในปี พ.ศ. 2564 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 12.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรครั้งใหญ่ของสังคมไทย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2565) แนวโน้มดังกล่าวเกิดจากปัจจัยสำคัญ

{2/19}

หลายประการ ทั้งอัตราการเจริญพันธุ์ที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง อัตราการตายที่ลดลงจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ และการปรับตัวของสังคมไทยสู่รูปแบบครอบครัวเดี่ยว ทำให้สัดส่วนประชากรวัยแรงงานลดลง ขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมาก ด้วยสาเหตุนี้ ประเทศไทยจึงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ตามหลักเกณฑ์ขององค์การสหประชาชาติที่กำหนดให้ประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ถือเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุไม่ได้เป็นเพียงปรากฏการณ์ด้านจำนวนประชากรเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับภาระด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ หนึ่งในประเด็นที่รัฐบาลให้ความสำคัญเป็นลำดับแรก คือ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องจากผู้ดูแลหลักในครอบครัวหรือบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2565)

ผู้ป่วยติดเตียง หมายถึง บุคคลที่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายอย่างมาก จนต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บนเตียง อาจไม่รู้สึกตัว เคลื่อนไหวได้เพียงเล็กน้อย หรือช่วยเหลือตนเองได้อย่างจำกัด ส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลกิจวัตรประจำวัน และมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพหลายประการ โดยเฉพาะ “แผลกดทับ” ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและสร้างภาระต่อทั้งตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล และระบบสาธารณสุข (พระพงศ์พัสกร ธมมปารคุ, พระมหาประกาศิต สิริเมโธ และอุบล วุฒิพรโสภณ, 2564)

จากรายงานการศึกษาพบว่า ประเทศไทยมีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยติดเตียงอยู่ที่ร้อยละ 10.8–11.18 หรือคิดเป็นอัตราการเกิด 0.58–3.64 ต่อ 1,000 วันนอนโรงพยาบาล (ธนธัช คงสมบูรณ์, 2565) แผลกดทับเกิดจากแรงกดทับผิวหนังและเนื้อเยื่อเป็นเวลานาน โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกหรือบริเวณที่ถูกอุปกรณ์ทางการแพทย์กดทับ การเคลื่อนไหวร่างกายที่จำกัด ไม่พลิกตะแคงตัว และภาวะสุขภาพเสื่อมถอยล้วนเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับอย่างชัดเจน (วาสนา กลิ่นชื่น และนพเก้า ชนะภัย, 2561) สถานการณ์ดังกล่าวเป็นความท้าทายสำคัญของระบบสุขภาพไทย โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ดูแล ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรทางการแพทย์ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และการลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล เป็นเป้าหมายสำคัญที่ทุกฝ่ายต้องร่วมกันดูแลอย่างต่อเนื่อง (Lee, Jiang, & Tan, 2025) ดังนั้น การพัฒนาสื่อให้ความรู้ที่เหมาะสม เข้าถึงง่าย และตอบโจทย์ผู้ดูแล จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยติดเตียงให้มีคุณภาพและยั่งยืน

ในปี พ.ศ. 2564 ตำบลทิววัฒนา อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี เขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี คลองมะสง พบผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องมีผู้ดูแล 34 คน (พรรณี อุ๋นเอม, 2567) และจากการสอบถามเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี คลองมะสง พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 55 ยังขาดทักษะความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันและดูแลแผลกดทับในผู้ป่วยติดเตียง และร้อยละ 70 ยังต้องการสื่อให้ความรู้ที่เป็นรูปภาพและเป็นวิดีโอที่เข้าใจง่าย ไม่ยุ่งยาก และจากการศึกษาของสุนนกาญจน์ ลาภกิตติเจริญชัย (2563) เรื่องผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่านไลน์แอปพลิเคชันที่มีต่อความเครียดและความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง

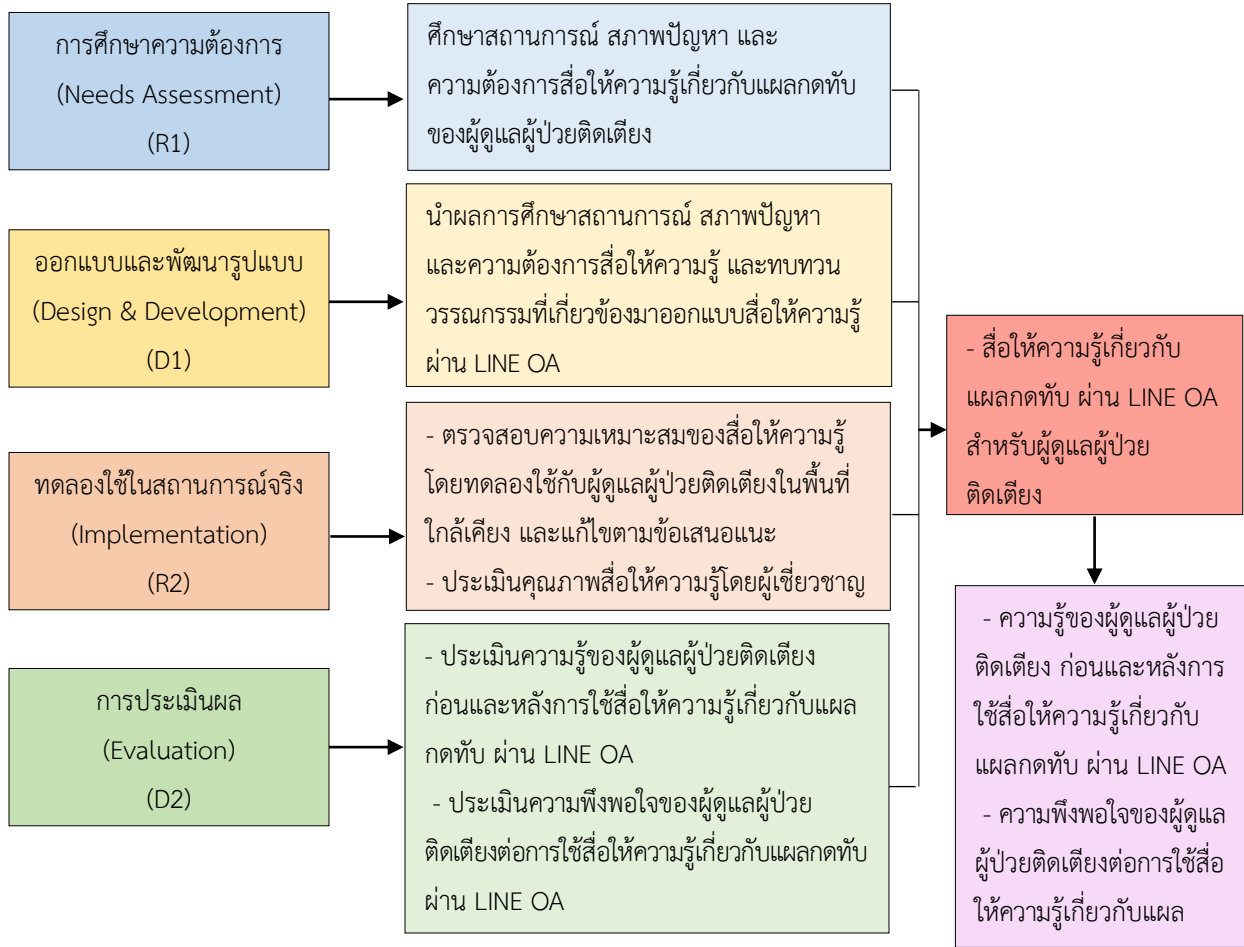
พบว่า การให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านไลน์แอปพลิเคชันสามารถลดความเครียดและเพิ่มความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองของผู้ดูแลได้ ไลน์ ออฟฟิเชียล แอเคาท์ (LINE Official Account (LINE OA)) เป็นช่องทางสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย มีฟังก์ชันที่หลากหลาย เช่น การส่งข้อความ ภาพ คลิปวิดีโอ อินโฟกราฟิก และการแจ้งเตือนแบบเรียลไทม์ ช่วยให้ผู้ใช้สามารถรับข้อมูลสำคัญได้ทันที เหมือนการรับข้อความจากบุคคลใกล้ชิด อีกทั้งยังสามารถส่งเนื้อหาไปยังผู้ติดตามจำนวนมากได้พร้อมกัน อย่างสะดวก (ไลน์ คอร์เปอร์เรชั่น, 2563) ด้วยคุณลักษณะดังกล่าว LINE OA จึงเป็นสื่อที่เหมาะสมสำหรับเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนในยุคดิจิทัล โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องการข้อมูลที่ถูกต้องและเข้าถึงง่าย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาสื่อการให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ ผ่าน LINE OA เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ มีความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับอย่างครบถ้วน อันจะส่งผลให้ผู้ดูแลติดเชื้อ ได้รับการดูแลและเฝ้าระวัง การเกิดแผลกดทับจากคนในครอบครัวอย่างถูกต้องตามหลักการดูแล ลดความเจ็บปวดและการติดเชื้อที่อาจเกิดจากแผลกดทับ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดความถี่ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และลดภาระของผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงลดค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุขที่เกิดจากการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อที่มีแผลกดทับได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา และความต้องการสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ
2. เพื่อพัฒนาสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ ผ่าน LINE OA
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังใช้สื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ ผ่าน LINE OA ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ
4. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการใช้สื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ ผ่าน LINE OA ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎี เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและดูแลแผลกดทับและไลน์ ออฟฟิเชียล แอเคาท์ โดยมุ่งแก้ไขปัญหาการขาดทักษะความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกัน และดูแลแผลกดทับในผู้ป่วยติดเชื้อ (วาสนา กลิ่นชื่น และนพเก้า ชนะภัย, 2561) และพัฒนาสื่อความรู้ที่เป็นรูปภาพ และเป็นวิดีโอที่เข้าใจง่าย ซึ่งนำหลักการ ADDIE MODEL (Aldoobie, 2015) มาใช้ออกแบบสื่อให้ความรู้ผ่าน LINE OA ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development (R&D)) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ณ ตำบลทิววัฒนา อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในตำบลทิววัฒนา อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป มีสมาร์โฟนใช้ และสามารถอ่านออกและเขียนได้ จำนวน 65 คน (สถำนีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทรราชินี คลองมะสง, 2567) ประกอบด้วย แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) จำนวน 31 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 20 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่ใช่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) 14 คน

กลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม จำนวน 8 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติดังนี้

1.1 เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในตำบลห้วยวัฒนา อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ที่ไม่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ

1.2 มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยติดเตียง อย่างน้อย 2 ปี

1.3 มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป และสามารถอ่านออกและเขียนได้

1.4 ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและกล้าแสดงความคิดเห็น

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้สื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ ผ่าน LINE OA ตอบแบบวัดความรู้และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อสื่อให้ความรู้ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครซี และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970 อ้างถึงใน วัลลภ รัฐฉัตรานนท์, 2562) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 56 คน หลังจากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างรายชื่อผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงด้วยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วย

1. แนวคำถามสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 1) ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับอย่างไรบ้าง 2) การได้รับความรู้แผลกดทับในรูปแบบเดิมมีปัญหาหรือไม่ อย่างไร 3) หากมีการพัฒนาสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ ท่านต้องการสื่อที่มีลักษณะหรือรูปแบบอย่างไร และ 4) หากมีการพัฒนาสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ ผ่าน LINE OA ท่านต้องการลักษณะสื่อและเนื้อหาอะไรบ้าง

2. สื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ ผ่าน LINE OA สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นสื่อที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเกี่ยวกับการป้องกันและดูแลแผลกดทับ ตามหลักการ ADDIE Model โดย

2.1 ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎี เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและดูแลแผลกดทับ และไลน์ออฟฟิเชียล แอคเคาท์ และนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง และนำแนวคิดการดูแลแผลกดทับเบื้องต้นมาใช้เป็นแนวทางในการจัดทำสื่อ

2.2 ออกแบบโครงสร้างของสื่อให้ความรู้ ร่าง Layout पोสเตอร์อิเล็กทรอนิกส์ ร่าง Story Bord ของคลิปวิดีโอในรูปแบบโมชันกราฟฟิก และออกแบบการจัดวางเมนู ของ LINE OA โดยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการผลิตสื่อของวิทยาลัย

2.3 นำโครงสร้างที่มีการออกแบบไว้ มาสร้างสื่อให้ความรู้ในเว็บไซต์ www.lineforbusiness.com โดยสร้างสื่อโพสเตอร์อิเล็กทรอนิกส์ในการติดต่อภาพวาดภาพการ์ตูน ด้วยโปรแกรม Canva รูปแบบอินโฟกราฟิก ขนาด 960x1200 พิกเซล และมี Link เชื่อมต่อกับรูปภาพ และช่องทางการติดต่อร้านที่จำหน่ายเตียงและเก้าอี้วีลแชร์ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยติดเตียง และสร้างคลิปวิดีโอ ในรูปแบบ Motion Graphic ที่มีภาพ เสียง ตัวหนังสือ ภาพเคลื่อนไหวเล่าเรื่องในรูปแบบ ภาพเคลื่อนไหว โดยสร้างภาพเคลื่อนไหวโดยใช้โปรแกรม Canva ตัดต่อเสียงโดยใช้ AI for Thai

2.4 นำสื่อให้ความรู้ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลองลากค้อน จำนวน 3 คน พบว่า ตัวหนังสือในบางหน้าเล็กเกินไป คลิปเกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับสั้นเกินไป ผู้วิจัยจึงนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงรูปแบบ เนื้อหา และระยะเวลาให้ครอบคลุม หลังจากนั้นได้ทำการปรับปรุง และนำสื่อไปให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองลากค้อน จำนวน 10 คน อีกครั้ง พบว่า กสค. ทุกคนชอบสื่อให้ความรู้ เพราะสามารถเปิดดูที่ไหนก็ได้ มีเนื้อหาครอบคลุม ในการดูแลผู้ป่วย แต่ในบางโปสเตอร์ยังมีตัวหนังสือเล็กและสีไม่เหมาะสมอ่านยาก ผู้วิจัยจึงนำข้อเสนอแนะ มาปรับปรุงให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น และนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองลากค้อน จำนวน 30 คน พบว่า สื่อให้ความรู้มีความเหมาะสม ตัวหนังสือ สี ภาพเคลื่อนไหวมีความน่าสนใจ

2.5 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำสื่อให้ความรู้ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ประเมินคุณภาพสื่อ ใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา ด้านการออกแบบ และด้านการนำไปใช้ ซึ่งพบว่า เนื้อหา มีความชัดเจน การจัด เนื้อหาเป็นขั้นตอนต่อเนื่องเข้าใจง่าย มีความทันสมัยน่าสนใจ ภาษาที่ใช้สนทนามีความเหมาะสม การจัดวางภาพ ข้อความ และรูปแบบตัวอักษร มีความชัดเจนและเหมาะสม การเลือกใช้สีเหมาะสม ภาพและเสียงสื่อความหมาย ตรงกับวัตถุประสงค์ การใช้เทคนิคพิเศษมีความเหมาะสม หน้า Line OA มีความสวยงามน่าสนใจ การออกแบบ โปสเตอร์อิเล็กทรอนิกส์ มีการจัดองค์ประกอบที่เหมาะสม ขนาดและสีตัวอักษรชัดเจนสวยงามอ่านง่าย เหมาะสม กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย ในด้านการนำไปใช้ คำสั่งต่าง ๆ หน้า LINE OA มีความสะดวกและเข้าใจง่าย ภาษาที่ใช้มีความเหมาะสม สามารถเข้าดูสื่อผ่าน LINE OA ได้ง่าย เป็นสื่อที่ช่วยส่งเสริมความรู้และสามารถนำความรู้เกี่ยวกับการ ป้องกันและดูแลแผลกดทับไปใช้ในการดูแลแผลผู้ป่วยได้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะ ให้ปรับปรุงภาษาที่มีการสนทนาในคลิป ปรับตัวอักษรในบางโปสเตอร์ และเพิ่มเติมแหล่งที่มาของข้อมูลเพราะ จะเพิ่มความน่าเชื่อถือของสื่อยิ่งขึ้น ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง แล้วจึงนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

3. แบบประเมินคุณภาพสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ ผ่าน LINE OA สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นแบบประเมินชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ตามมาตรวัดของ ลิเคิร์ท (Likert Scale) (Likert, 1932 อ้างถึงใน สุขฤทัย ช่างเพชร, 2565) ประกอบด้วย การประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา ด้านการออกแบบ และด้านการนำไปใช้ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ตั้งแต่ 1-5 โดยมีความหมาย ได้แก่ 1 คะแนน คือ สื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับมีคุณภาพน้อยที่สุด, 2 คะแนน คือ สื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับมีคุณภาพ น้อย, 3 คะแนน คือ สื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับมีคุณภาพปานกลาง, 4 คะแนน คือ สื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผล กดทับมีคุณภาพมาก และ 5 คะแนน คือ สื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับมีคุณภาพมากที่สุด แล้วจึงนำคะแนน ของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน มาสรุปผลเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ

4. แบบทดสอบความรู้ต่อการใช้อินเตอร์เน็ตให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ มีลักษณะเลือกตอบ 2 ตัวเลือก (ถูกหรือผิด) หากตอบถูกให้ 1 คะแนน หากตอบผิดให้ 0 คะแนน แบบทดสอบมีจำนวน 20 ข้อ ใช้เวลาในการทำแบบทดสอบ

20 นาที โดยทำแบบทดสอบ 2 ครั้ง ก่อนและหลังการใช้สื่อให้ความรู้ โดยผู้วิจัยได้จัดระดับคะแนนความรู้ตามมาตรฐานคะแนนของบลูม (Bloom, 1976 อ้างถึงใน ญาดา สมร่าง, บงกช จำเจริญ และพัชรีภรณ์ พิทักษ์, 2564) ประกอบด้วย คะแนน 0-5 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับอยู่ในระดับน้อย, คะแนน 6-10 หมายถึงมีความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับอยู่ในระดับปานกลาง, คะแนน 11-15 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับอยู่ในระดับดี และ คะแนน 16-20 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับอยู่ในระดับดีมาก

5. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้อสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ เป็นแนวคำถามที่ใช้ในการประเมินความพึงพอใจหลังจากการใช้อสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ ผ่าน LINE OA โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ ระดับการศึกษา ซึ่งเป็นคำถามที่ให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว และส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้อสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ ผ่าน LINE OA สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยพิจารณา 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา ด้านการออกแบบ และด้านการนำไปใช้ ซึ่งข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท (Likert Rating Scale) มีเกณฑ์การให้คะแนน ตั้งแต่ 1-5 โดยมีความหมาย ได้แก่ 1 คะแนน คือ มีความพึงพอใจต่อสื่อให้ความรู้น้อยที่สุด, 2 คะแนน คือ มีความพึงพอใจต่อสื่อให้ความรู้น้อย, 3 คะแนน คือ มีความพึงพอใจต่อสื่อให้ความรู้ปานกลาง, 4 คะแนน คือ มีความพึงพอใจต่อสื่อให้ความรู้มาก และ 5 คะแนน คือ มีความพึงพอใจต่อสื่อให้ความรู้มากที่สุด การแปลผลระดับคะแนนใช้หลักเกณฑ์การแปลค่าเฉลี่ย (Best, 1977 อ้างถึงใน กมลวรรณ คงแก้ว และ นุชิตา จันดา, 2565) โดยคะแนน 1.00-1.49 คือ มีความพึงพอใจต่อสื่อให้ความรู้ระดับน้อยที่สุด, คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 มีความพึงพอใจต่อสื่อให้ความรู้ระดับน้อย, คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 คือ มีความพึงพอใจต่อสื่อให้ความรู้ระดับปานกลาง, คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 คือ มีความพึงพอใจต่อสื่อให้ความรู้ระดับมาก และคะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 คือ มีความพึงพอใจต่อสื่อให้ความรู้ระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแนวคำถามสนทนากลุ่ม แบบประเมินคุณภาพสื่อให้ความรู้ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นจึงนำผลมาพิจารณาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence (IOC)) พบว่า 1) แนวคำถามการสนทนากลุ่มการพัฒนาสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ มีค่า IOC เท่ากับ 1 ทั้ง 4 ข้อ 2) แบบประเมินคุณภาพสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ มีค่า IOC เท่ากับ 1 จำนวน 14 ข้อ และมีค่า IOC เท่ากับ 0.67 จำนวน 6 ข้อ โดยมีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงภาษาที่มีการสนทนาในคลิป ปรับตัวอักษรในบางโปสเตอร์ และเพิ่มเติมแหล่งที่มาของข้อมูล 3) แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังการใช้อสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ มีค่า IOC เท่ากับ 1 ทั้ง 20 ข้อ 4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้อสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ มีค่า IOC เท่ากับ 1 จำนวน 14 ข้อ และมีค่า IOC เท่ากับ 0.67 จำนวน

6 ข้อ โดยมีข้อเสนอแนะให้ปรับข้อความให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ปรับเครื่องมือตามข้อเสนอแนะแล้วจึงนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลการวิจัย

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้สื่อให้ความรู้ โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดสอบกับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองลากค้อน จำนวน 30 คน พบว่า 1) แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังการใช้สื่อให้ความรู้ มีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีการของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Method) แบบ KR-20 เท่ากับ 0.81 2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้สื่อให้ความรู้ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.98

3. การหาค่าอำนาจจำแนกและความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้ โดยนำแบบทดสอบความรู้ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองลากค้อน จำนวน 30 คน พบว่าค่าอำนาจจำแนก (R) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.27-0.67 และค่าความยากง่าย (P) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.43-0.73

4. ประเมินคุณภาพสื่อให้ความรู้ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ประเมินคุณภาพใน 3 ด้านได้แก่ ด้านเนื้อหา ด้านการออกแบบ และด้านการนำไปใช้ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อคิดเห็นว่าการเพิ่มขนาดตัวอักษรในส่วนที่เป็นโปสเตอร์อิเล็กทรอนิกส์ให้ใหญ่ขึ้น และให้เพิ่มที่มาของแหล่งข้อมูลเพื่อสื่อจะได้มีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น ผู้วิจัยแก้ไขตามข้อเสนอแนะและนำไปใช้ในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเพื่อจัดทำโครงร่างวิจัย สร้างเครื่องมือการวิจัย ยกร่าง ออกแบบ และนำเสนอโครงร่างต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัย เพื่อขอความเห็นชอบ หลังจากนั้นผู้วิจัยสร้างสื่อให้ความรู้ผ่าน LINE OA ตามหลักการ ADDIE Model และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย พร้อมทำหนังสือจากผู้อำนวยการวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี คลองมะสง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และประสานกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยได้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้วิจัยเป็นเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่เอง โดยชี้แจงขั้นตอนการใช้สื่อให้ความรู้เกี่ยวกับผลกดทับแก่กลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างใช้เวลา 20 นาที ทำแบบทดสอบความรู้ก่อนใช้สื่อ หลังจากนั้นได้ให้กลุ่มตัวอย่างใช้สื่อให้ความรู้ด้วยตนเอง เป็นเวลา 40 นาที เมื่อใช้สื่อแล้วผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างใช้เวลา 20 นาที ทำแบบทดสอบหลังใช้สื่อ พร้อมทั้งประเมินความพึงพอใจต่อการใช้สื่อ หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับผลกดทับ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และคะแนนความรู้เกี่ยวกับผลกดทับ โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ และจากการตรวจสอบข้อมูลพบว่าผ่านข้อตกลงเบื้องต้น ข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ จึงวิเคราะห์

เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการใช้สื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ด้วย Paired - Sample t-test รวมทั้งวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อการใช้อ้างอิงความรู้ โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการขอรับพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก จังหวัดนนทบุรี และได้รับการรับรองเลขที่ KMPHT-67020022 ลงวันที่ 1 กรกฎาคม 2567 หลังผ่านการอนุมัติแล้วจึงทำการวิจัยในขั้นตอนการตัดสินใจ เข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดในการเข้าร่วมการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างให้เข้าใจ อย่างชัดเจนและเคารพในการตัดสินใจอย่างอิสระของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เอกสารชี้แจงแนะนำข้อมูลและให้ กลุ่มตัวอย่างแสดงการยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะนำมาใช้ประโยชน์ ทางการศึกษาเท่านั้น การเก็บข้อมูลจะใช้รหัสแทนชื่อของกลุ่มตัวอย่าง และจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ หลังเผยแพร่ผลงานวิจัยแล้ว 6 เดือน จะทำการทำลายแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยทันที และนำเสนอผลการวิจัย ในลักษณะของภาพรวมในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยขั้นตอน วิธีการ หรือ รายละเอียดของการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากไม่สบายใจในการให้ข้อมูล กลุ่มตัวอย่าง สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด

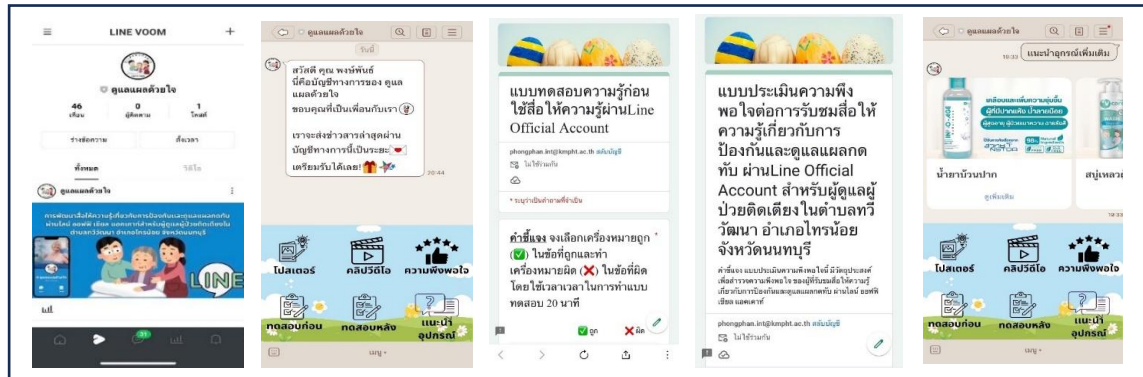
ผลการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาจากการใช้อ้างอิงความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ

จากสนทนากลุ่มกับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันและดูแลแผลกดทับในผู้ป่วยติดเตียงยังไม่มาก ยังไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย โดยได้รับความรู้โดยการ บรรยาย จากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี คลองมะสง ชมคลิปวิดีโอ และ อ่านเอกสารแผ่นพับ สื่อให้ความรู้มีน้อย ไม่เพียงพอ ไม่น่าสนใจ และยังไม่ครอบคลุมเกี่ยวกับการดูแลและป้องกัน ไม่ให้เกิดแผลกดทับ หากมีการพัฒนาสื่อให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ต้องการสื่อที่มีลักษณะเป็นวิดีโอหรือ คลิปวิดีโอ มีภาพมีข้อความให้อ่านเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน ชาวบ้านทั่วไปสามารถเข้าถึงได้ง่าย มีคำอธิบายพร้อมภาพ มีเสียงประกอบและมีรูปภาพอธิบายเนื้อหาแบบอัตโนมัติ มีเนื้อหาข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดแผลกดทับ การดูแลแผลกดทับเบื้องต้นและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีการรวบรวมข้อมูลไว้ในแหล่งเดียวกัน และ เห็นว่า LINE OA สามารถเข้าถึงง่าย มีการรวบรวมข้อมูลไว้ในแหล่งเดียวกัน มีคลิปวิดีโอหรือรูปภาพที่อ่านง่าย เมื่ออ่านแล้วเข้าใจได้ทันที และสามารถเปิดดูได้ทุกที่ทุกเวลา

2. การพัฒนาสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ ประกอบด้วย 3 รูปแบบ ได้แก่

2.1 LINE OA ประกอบด้วย 6 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 โพสต์อีเล็กทรอนิกส์ ส่วนที่ 2 คลิปวิดีโอ ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้ก่อนใช้สื่อ ส่วนที่ 4 แบบทดสอบความรู้หลังใช้สื่อ ส่วนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจ และ ส่วนที่ 6 แนะนำอุปกรณ์



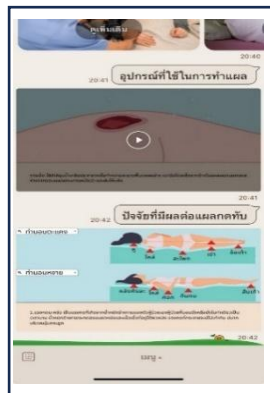
ภาพที่ 2 หน้าจอเมนูหลักของ LINE OA แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินความพึงพอใจ และการแนะนำอุปกรณ์

2.2 สื่อโพสต์อีเล็กทรอนิกส์ มีจำนวน 5 เรื่อง ประกอบด้วย แผลกดทับภัยร้ายที่ควรรู้ ตำแหน่งปุ่มกระดูกที่พบแผลกดทับได้บ่อย โภชนาการที่เหมาะสมของผู้ป่วยติดเตียง อาหารต้องห้ามของผู้ป่วยติดเตียง และการป้องกันแผลกดทับ



ภาพที่ 3 โพสต์ เรื่อง โภชนาการที่เหมาะสมของผู้ป่วยติดเตียง

2.3 คลิปวิดีโอ มีจำนวน 6 คลิป ประกอบด้วย ความหมายของแผลกดทับ ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ วัสดุอุปกรณ์และวิธีการทำความสะอาดแผล การดูแลแผลกดทับแต่ละระดับ และอาหารที่ส่งเสริมการหายของแผล



ภาพที่ 4 คลิปวิดีโอ เรื่อง ปังจยที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับ

โดยผู้ใช้งานสามารถเข้าใช้งานสื่อให้ความรู้แผลกดทับด้วยการสแกนคิวอาร์โค้ด และหากต้องการสั่งซื้ออุปกรณ์เสริมสำหรับผู้ป่วยติดเตียงผู้ใช้งานสามารถคลิกที่ส่วนแนะนำอุปกรณ์เพื่อลิงค์ไปที่ร้านค้าที่จำหน่ายอุปกรณ์ได้

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้สื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ

พบว่า ได้รับการตอบกลับจากกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่มีความรู้ก่อนการใช้สื่ออยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 69.64 รองลงมาคือมีความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 30.36 และมีความรู้หลังจากการใช้สื่อ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 53.57 รองลงมาคือมีความรู้ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 46.43 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้สื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ ผ่าน LINE OA ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง (n=56)

ความรู้	ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการใช้สื่อ	ดี	39	69.64
	ปานกลาง	17	30.36
	รวม	56	100
หลังการใช้สื่อ	ดีมาก	30	53.57
	ดี	26	46.43
	รวม	56	100

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้สื่อให้ความรู้ พบว่ามีความรู้หลังการใช้สื่อมากกว่าก่อนใช้สื่ออย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้สื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ ผ่าน LINE OA สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง (n=56)

คะแนนความรู้	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	t	P-value
ก่อนการใช้สื่อ	20	11.46	1.935	-11.68	<0.001*
หลังการใช้สื่อ	20	16.27	2.519		

*p-value < 0.05

4. ความพึงพอใจต่อสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ

พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.2 มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.7 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 28.6 และมีอาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 33.9 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามประเมินความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์ให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ ผ่าน LINE OA ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=56)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	41	73.2
ชาย	15	26.8
อายุ		
21-30 ปี	1	1.8
31-40 ปี	7	12.5
41-50 ปี	20	35.7
51-60 ปี	15	26.8
สูงกว่าหรือเท่ากับ 61 ปี	13	23.2
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	10	17.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	16	28.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	15	26.8

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อนุปริญญา/ปวส.	10	17.9
ปริญญาตรี	4	7.1
สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.8
อาชีพ		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	19	33.9
เกษตรกร	16	28.6
รับจ้างทั่วไป	15	26.8
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	3	5.4
เกษียณอายุ	1	1.8
อื่น ๆ	2	3.6

ระดับความพึงพอใจต่อการใช้อีสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.65, S.D. = 0.44) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านเนื้อหาและด้านการนำไปใช้ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.67, S.D. = 0.49) และ (Mean = 4.67, S.D. = 0.48) ตามลำดับ รองลงมาเป็นด้านการออกแบบ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.61, S.D. = 0.48) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับความพึงพอใจต่อการใช้อีสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ ผ่าน LINE OA สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำแนกตามภาพรวมและรายด้าน (n=56)

รายการ	ความพึงพอใจต่อการใช้อีสื่อให้ความรู้		
	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับ
ด้านเนื้อหา	4.67	0.49	มากที่สุด
ด้านการออกแบบ	4.61	0.48	มากที่สุด
ด้านการนำไปใช้	4.67	0.48	มากที่สุด
รวม	4.65	0.44	มากที่สุด

การอภิปรายผล

1. สถานการณ์ สภาพปัญหา และและความต้องการสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงพบว่า โดยได้รับความรู้โดยการบรรยาย จากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี คลองมะสัง ชมศิลป์วิฑิตโอและอ่านเอกสารแผ่นพับ สื่อให้ความรู้มีน้อย ไม่เพียงพอ ไม่น่าสนใจ และยังไม่ครอบคลุมเกี่ยวกับการดูแลและป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับ ในรูปแบบเดิมยังไม่เพียงพอ ไม่น่าสนใจ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแผลกดทับในผู้ติดเตียงเพียงบางเรื่อง ยังต้องการความรู้เพิ่มในอีกหลายเรื่องเพื่อการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงต้องการใช้ LINE OA เพราะเป็นสื่อที่เข้าถึงง่ายมีการรวบรวมข้อมูลไว้ในแหล่งที่เดียวกัน มีคลิปวิดีโอ

หรือรูปภาพที่อ่านง่าย เมื่ออ่านแล้วเข้าใจได้ทันทีและสื่อสามารถเปิดดูได้ทุกที่ทุกเวลา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกิตติยาพร สังขศรีสมบัติ, ชรินทร์พร มะชะรา, มนัสนันท์ พรหมศรี และนิรันดร์ ผานิจ (2565) เรื่องการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ สำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ที่พบว่าหลังใช้รูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ มารดามีความมั่นใจมากกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดและพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของกมลวรรณ คงแก้ว และนุธิดา จันดา (2564) ซึ่งได้วิจัยเรื่อง การพัฒนาสื่อมัลติมีเดียให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันแมลงก้นกระดกสำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 1 และนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2565 วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาศาสนาการณ์การใช้สื่อต่าง ๆ ในการให้ความรู้เกี่ยวกับแมลงก้นกระดก นักศึกษาไม่ทราบวิธีการรักษาและป้องกันแมลงก้นกระดก เนื่องจากมีสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแมลงก้นกระดกน้อยและไม่น่าสนใจ ส่วนใหญ่เป็นการบรรยาย จึงทำให้มองไม่เห็นภาพ และไม่สามารถนำไปปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง หลายคนยังได้รับผลกระทบจากแมลงก้นกระดก จึงมีความต้องการให้สื่อมัลติมีเดียให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันแมลงก้นกระดก เป็นสื่อที่เข้าใจง่าย ไม่ซ้ำซ้อน ไม่เป็นรูปแบบ บรรยาย มีการเคลื่อนไหว สีสันสวยงาม มีเสียงประกอบ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสอดคล้องอย่างชัดเจนกับงานวิจัยที่ผ่านมาในประเด็นสำคัญ คือ ความต้องการสื่อที่มีรูปแบบทันสมัย ชัดเจน เข้าใจง่าย และเข้าถึงได้สะดวก โดยเฉพาะการใช้ LINE OA หรือสื่อมัลติมีเดียในการให้ความรู้ ซึ่งช่วยเสริมประสิทธิภาพการเรียนรู้เพิ่มความมั่นใจในการดูแล และตอบโจทย์ผู้ใช้งานในยุคดิจิทัลได้เป็นอย่างดี

2. การพัฒนาสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ ผ่าน LINE OA โดยพัฒนาตามหลักการ ADDIE Model ประกอบด้วย 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) LINE OA จาก www.lineforbusiness.com 2) สื่อโปสเตอร์อิเล็กทรอนิกส์ ในการติดต่อภาพวาดภาพการ์ตูนโดยใช้ Canva และ 3) สื่อคลิปวิดีโอในรูปแบบ Motion Graphic สร้างภาพเคลื่อนไหวโดยใช้โปรแกรม Canva ติดต่อเสียงโดยใช้ AI for Thai ซึ่ง LINE OA โดยมี 6 เมนู คือ โปสเตอร์อิเล็กทรอนิกส์ คลิปวิดีโอ แบบทดสอบความรู้ก่อนใช้สื่อ แบบทดสอบความรู้หลังใช้สื่อ แบบประเมินความพึงพอใจ และแนะนำอุปกรณ์ โดยใน LINE OA ประกอบไปด้วยสื่อโปสเตอร์อิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ แผลกดทับภัยร้ายที่ควรรู้ ตำแหน่งปุ่มกระดูกที่พบแผลกดทับได้บ่อย โภชนาการที่เหมาะสมของผู้ป่วยติดเตียง อาหารต้องห้ามของผู้ป่วยติดเตียง การป้องกันแผลกดทับ และคลิปวิดีโอ จำนวน 6 คลิป ได้แก่ ความหมายของแผลกดทับ ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ วัสดุอุปกรณ์และวิธีการทำความสะอาดแผล การดูแลแผลกดทับแต่ละระดับ อาหารที่ส่งเสริมการหายของแผล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตติยาพร สังขศรีสมบัติ, ชรินทร์พร มะชะรา, มนัสนันท์ พรหมศรี และนิรันดร์ ผานิจ (2565) ที่ได้วิจัยการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ สำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ที่พบว่าการพัฒนาารูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ในการดูแล

ทารกเกิดก่อนกำหนดนั้นเป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมมากกับโลกยุคดิจิทัลเนื่องจากการสื่อสารที่ทันสมัยและเป็นที่นิยมมากที่สุดในประเทศไทย จึงเป็นช่องทางที่เหมาะสมในการสื่อสารกับผู้บริการในยุคปัจจุบันเป็นอย่างยิ่ง มารดาทุกคนสามารถเข้าถึงได้สะดวกโดยการสแกน QR Code ผ่านในโทรศัพท์มือถือของตนเอง นอกจากนั้นมารดาสามารถทบทวนความรู้จากวิดีโอออนไลน์ในแอปฯ ได้ตลอด และสอดคล้องกับงานวิจัยของ นิรัชพร สมฤศคุณ (2566) ได้วิจัยการพัฒนาสื่อโมชันกราฟิกเพื่อป้องกันโรคผิวหนังสำหรับสามเณร ในโรงเรียนพระปริยัติธรรม จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้แนวคิด ADDIE Model มาเป็นแนวในการพัฒนาสื่อ ผลการวิจัยพบว่าสื่อที่ได้พัฒนาขึ้นจากการวิจัยมีการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับโรคกลากและโรคเกลื้อน ที่สื่อสารด้วยภาพเคลื่อนไหว มีเสียงประกอบ และเสียงบรรยายที่สามารถดึงดูดความสนใจ และยังสอดคล้องกับงานวิจัย อาเร้ง รอมเม, จามจุรี จุลพูล และอรอนงค์ อิศระนารกุล (2564) ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาสื่อมัลติมีเดียเพื่อการเรียนรู้ เรื่องพลังงานทดแทนในจังหวัดนราธิวาส สำหรับนักเรียนโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม โดยทางผู้วิจัยได้พัฒนาสื่อมัลติมีเดียตามขั้นตอนของ ADDIE Model ซึ่งเป็นรูปแบบระบบการเรียนการสอนที่นิยมนำมาใช้ในการออกแบบและพัฒนาสื่อการเรียนการสอน เนื่องจากเป็นรูปแบบที่ง่ายและมีขั้นตอนชัดเจนสามารถนำไปใช้ได้กับการออกแบบและพัฒนาสื่อหลายรูปแบบ โดยเฉพาะการพัฒนาสื่อมัลติมีเดียลักษณะต่าง ๆ

3. การเปรียบเทียบความรู้ระหว่างก่อนและหลังการใช้สื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ ผ่าน LINE OA พบว่าคะแนนเฉลี่ยจากการทำแบบสอบถามความรู้ก่อนและหลังการใช้สื่อให้ความรู้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.46 และ 16.27 ตามลำดับ โดยความรู้หลังใช้สื่อมากกว่าก่อนการใช้สื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตติยาพร สังข์ศรีสมบัติ, ชรินทร์พร มะชะรา, มั่นสนันท์ พรหมศรี และนิรันดร์ ผาณิต (2565) ที่ได้วิจัยการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียล แอคเคานท์ สำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ที่พบว่าหลังได้รับรูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์มารดามีระดับความมั่นใจในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการวิจัยของ นฤมล จันทร์สุข, นันทพร ทองเต็ม และอัสวเดช สละอวยพร (2567) เรื่องผลของการใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ที่พบว่า หลังได้รับสื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่าก่อนได้รับสื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าการนำ LINE OA มาใช้ในการพัฒนาสื่อให้ความรู้ทำให้ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นซึ่งจะสามารถนำความรู้ที่เพิ่มขึ้นไปดูแลผู้ป่วยได้ดี ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย และไม่เข้าออกโรงพยาบาลบ่อย ๆ ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกกล่าวไว้ว่าการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิง มักได้รับการดูแลภายในครอบครัวและชุมชนของพวกเขา กลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงมักเป็นแบบอย่างที่สำคัญของศักดิ์ศรีของมนุษย์ที่ยังคงรักษาไว้ได้ถึงแม้จะต่อสู้กับความเจ็บปวดและความไม่สบาย ด้วยเหตุผลนี้ความพึ่งพิงของพวกเขาจึงไม่สามารถมองว่าเป็นเพียงภาระหรือแปลค่าเป็นเรื่องเงินได้ (World Health Organization, 2000)

4. การประเมินความพึงพอใจต่อการใช้สื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ ผ่าน LINE OA พบว่าระดับความพึงพอใจต่อการใช้สื่อให้ความรู้ ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการนำไปใช้และด้านเนื้อหา มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาเป็นด้านการออกแบบ แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความพึงพอใจกับการรับชมสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ ผ่าน LINE OA อันเนื่องมาจากเหตุผลต่าง ๆ เช่น สื่อให้ความรู้ในรูปแบบโมชันกราฟิกมีเวลาในการนำเสนอที่เหมาะสม เสียงประกอบและเสียงบรรยายเข้าใจได้ง่าย รูปภาพประกอบสีสันสวยงามดึงดูดความสนใจ ซึ่งเป็นสื่อที่สามารถนำไปปฏิบัติตามได้จริง และบัญชี LINE OA ที่ถูกออกแบบมาใช้กับบุคคลที่ต้องการสื่อสารกับผู้ติดตามได้ในจำนวนมากและไม่กระทบกับบัญชี LINE ส่วนบุคคล สามารถเลือกชมโปสเตอร์อิเล็กทรอนิกส์หรือวิดีโอโมชันกราฟิกได้ด้วยตนเองผ่าน LINE OA สอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตติยาพร สังขศรีสมบัติ, ชรินทร์พร มะชะรา, มนัสนันท์ พรหมศรี และนิรันดร์ ผาณิจ (2565) ในการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านไลน์ออฟฟิเชียลแอดเดสสำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้งานอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะความสะดวก เข้าใจง่าย และไม่ซับซ้อนในการใช้งาน รวมถึงความสามารถในการให้คำปรึกษาผ่านช่องทางแชทส่วนตัว ทำให้ผู้ใช้รู้สึกมั่นใจและได้รับการสนับสนุนอย่างเหมาะสม ดังนั้น ผลการศึกษาครั้งนี้จึงสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาอย่างชัดเจนในประเด็นที่ว่า สื่อการเรียนรู้ผ่าน LINE OA มีความเหมาะสมทั้งด้านความสะดวก เข้าถึงง่าย และสนับสนุนการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรมีการขยายพื้นที่การใช้งานสื่อให้ความรู้เรื่องแผลกดทับผ่าน LINE OA ไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลอื่น ๆ เพื่อเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในวงกว้างต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยบริการปฐมภูมินำสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับผ่าน LINE OA ไปปรับใช้ในพื้นที่ได้
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถนำสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับ ผ่าน LINE OA ไปใช้ในการเพิ่มความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้ด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับแผลกดทับของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความรู้ยังไม่ครบถ้วน จึงควรมีการพัฒนาสื่อให้ความรู้โดยใช้ภาพเสมือนจริงหรือภาพคนจริง รับชมผ่าน LINE OA เพื่อให้เกิดความรู้ตามหลักการการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับมากยิ่งขึ้น
2. ควรพัฒนาสื่อให้ความรู้ในการฟื้นฟูและดูแลผู้ป่วยติดเตียงเฉพาะโรค เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวหรือการสื่อสารผ่าน LINE OA เพื่อการดูแลเฉพาะด้านและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

- กมลวรรณ คงแก้ว และนุติดา จันดา. (2565). *การพัฒนาสื่อมัลติมีเดียให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันแมลงก้นกระดก สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 1 และนักศึกษาชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก จังหวัดนนทบุรี. ปริญญาโท สาขาวิชาเวช วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์ และสาธารณสุขกาญจนภิเษก สถาบันพระบรมราชชนก.*
- กิตติยาพร สังคมศรีสมบัติ, ชรินทร์พร มะชะรา, มนัสนันท์ พรหมศรี และนิรันดร์ ผาณิต. (2565). *การพัฒนาแบบการ ให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์ สำหรับมารดาในการดูแลทารก เกิดก่อนกำหนด. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 16(2), 623-641.*
- ญาดา สมร่าง, บงกช จำเจริญ และพัชรินทร์ พิทักษ์. (2564). *การพัฒนา Line Official Account เรื่องการดูแล สุขภาพของครอบครัวโรคโควิด-19 สำหรับผู้ปกครองนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก จังหวัดนนทบุรี. โครงการงานพัฒนานวัตกรรมด้านเวชระเบียนและสุขภาพ. วิทยาลัย เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนภิเษก สถาบันพระบรมราชชนก.*
- ธนธัช คงสมบูรณ์. (2565). *ระบบอัตโนมัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ. นวัตกรรมเพื่อสังคม. สืบค้นเมื่อ 31 พฤษภาคม 2567 จาก <https://social.nia.or.th>.*
- นฤมล จันทรสุข, นันทพร ทองเต็ม และอัสวเดช สละอวยพร. (2567). *ผลของการใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 17(3), 240-252.*
- นิรัชพร สมถคุณ. (2566). *การพัฒนาสื่อโมชันกราฟิกเพื่อป้องกันโรคผิวหนังสำหรับสามเณรในโรงเรียนพระ ปริยัติธรรม จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยลัยเชียงใหม่.*
- พรรณี อุ่นเอม. (2567). *ข้อมูลทั่วไปสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี คลองมะสง. นนทบุรี: สำนักงาน.*
- พระพงศ์พัสกร ธมมปารุ, พระมหาประกาศิต สิริเมโธ และอุบล วุฒิพรโสภณ. (2564). *การพัฒนาศักยภาพผู้ บริบาลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนยายชา อำเภอสามปราณ จังหวัดนครปฐม. วารสารสิทธิมนุษยธรรม, 22(2), 34-42.*
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและการพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2564. สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้นเมื่อ 25 พฤษภาคม 2567 จาก https://www.dop.go.th/download/statistics/th1663828576-1747_0.pdf.*
- ไลน์ คอร์เปอร์เรชั่น. (2567). *ไลน์ ออฟฟิเชียล แอคเคานท์. สืบค้นเมื่อ 25 พฤษภาคม 2567 จาก <https://lineforbusiness.com/th/service/line-oa-features>.*

- วัลลภ รัฐฉัตรานนท์. (2562). การหาขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย: มายาคติในการใช้สูตรของทาโรยามาเน และเครจซี่-มอร์แกน. *วารสารรัฐศาสตร์ปริทรรศน์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์*, 6(1), 28-58.
- วาสนา กลิ่นชื่น และนพเก้า ชนะภัย. (2561). *การดูแลแผลกดทับเบื้องต้น*. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้นเมื่อ 31 พฤษภาคม 2567 จาก https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1614841298-562_0.pdf.
- สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี คลองมะสง. (2567). *ข้อมูลบุคลากรด้านสุขภาพของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี คลองมะสง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี*. นนทบุรี: สำนักงาน.
- สุขฤทัย ช้างเพชร. (2565). การพัฒนาสื่อการเรียนรู้แบบมีปฏิสัมพันธ์เสมือนจริงโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อส่งเสริมทักษะการคิดเชิงคำนวณ เรื่อง อัลกอริทึมของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2. *วารสารเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา*, 16(5), 69-82.
- สุนทราภรณ์ ลากิตติเจริญชัย. (2563). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่านไลน์แอปพลิเคชันที่มีต่อความเครียดและความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง. *วารสารกรมการแพทย์*, 45(3), 42-50.
- อาเร้ง รอมเม, จามจุรี จุลพูล และอรอนงค์ อิศระนรากุล. (2564). การพัฒนาสื่อมัลติมีเดียเพื่อการเรียนรู้เรื่องพลังงานทดแทน ในจังหวัดนราธิวาสสำหรับนักเรียนโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 9(1), 263-272.
- Aldoobie, N. (2015). ADDIE Model. *American International Journal of Contemporary Research*, 5(6), 68-72.
- Lee, X. Y., Jiang, J., & Tan, L. F. (2025). Care of the bedridden patient. *Singapore Medical Journal*, 66(4), 215-220. <https://doi.org/10.4103/singaporemedj.SMJ-2022-123>
- World Health Organization. (2000). *Home-Based Long-Term Care*. Geneva: WHO.

ผลของการพัฒนาศักยภาพครูและบุคลากรต่อความคงอยู่ของความรู้และทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น
และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานโรงเรียนดอนแก้วเนรมิตปัญญา อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่

Effects of Developing the Potential of Teachers and Personnel
on the Maintenance of Knowledge and Skills in First Aid and Basic Life Support,
Don Kaew Neramitpunya School, Mae Rim District, Chiang Mai Province

พิมลพรรณ เนียมหอม¹, สุพรรณิการ์ ปิยะรักษ์^{2*}, จินตนา พรสัมฤทธิ์โชค², พิเชษฐ แซ่โซว²

Pimonpan Niamhom¹, Supannika Piyarak^{2*}, Jintana Pornsumritchok², Pishet Sasow²

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข^{2*}

Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health¹,

Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health^{2*}

(Received: January 21, 2025; Revised: July 2, 2025; Accepted: November 26, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความคงอยู่ของความรู้และทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของครูและบุคลากร โรงเรียนดอนแก้วเนรมิตปัญญา อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ครูและบุคลากรในโรงเรียน จำนวน 38 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมให้ความรู้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ และแบบประเมินทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความรู้ในระยะก่อนอบรม หลังอบรมทันที และหลังอบรม 9 เดือน ด้วยสถิติ Friedman test เปรียบเทียบทักษะการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพระหว่างหลังอบรมทันทีและหลัง 9 เดือนด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้และทักษะของผู้เข้าร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทันทีหลังการอบรมและยังคงสูงกว่าค่าก่อนอบรมในช่วงติดตามผล 9 เดือน ($p\text{-value} < 0.001$) อย่างไรก็ตาม ทักษะปฏิบัติเฉพาะด้าน ได้แก่ การเช็ดตัวลดไข้ การเคลื่อนย้าย การช่วยผู้สำลัก การทำแผล และการช่วยผู้มีภาวะกระดูกหัก รวมถึงทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังอบรม 9 เดือน ($p\text{-value} < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมให้ความรู้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ช่วยเพิ่มความรู้และทักษะของครูและบุคลากร ดังนั้นเพื่อให้เกิดความคงอยู่ของความรู้และทักษะจำเป็นต้องฟื้นฟูความรู้และทักษะเป็นระยะและต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพ, ความคงอยู่ของความรู้, การปฐมพยาบาลเบื้องต้น, การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน, บุคลากรการศึกษา

*ผู้ให้การติดต่อ สุพรรณิการ์ ปิยะรักษ์ email: supannigar@bcnc.ac.th

Abstract

This one-group pretest-posttest quasi-experimental study aimed to compare the retention of knowledge and skills in basic first aid and basic life support among teachers and staff at Donkaew Neramitpunya School, Mae Rim District, Chiang Mai Province. The study sample consisted of 38 teachers and staff members. Research instruments included a basic first aid and basic life support training program, a personal information questionnaire, a knowledge assessment form, and a skills assessment form for basic first aid and basic life support. Descriptive statistics were used to analyze general information. Differences in knowledge scores before training, immediately after training, and at 9-month follow-up were analyzed using the Friedman test. Differences in first-aid and basic life support skills between immediately after training and 9 months after training were analyzed using the paired t-test.

The findings revealed that participants' knowledge and skills significantly increased immediately after the training and remained higher than pre-training levels at the 9-month follow-up ($p\text{-value} < 0.001$). However, specific practical skills including tepid sponging to reduce fever, patient transfer, choking assistance, wound care, and fracture management showed a significant decline at 9 months, as did basic life support skills ($p\text{-value} < 0.05$). These results indicate that the training program effectively enhanced knowledge and skills; however, periodic refresher training is essential to maintain long-term competency in first aid and basic life support.

Keywords: Capacity Development, Knowledge Retention, Basic First Aid, Basic Life Support, Educational Personnel

บทนำ

การเจ็บป่วยฉุกเฉินถือเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมและทันเวลา อาจจะทำให้เกิดการสูญเสียชีวิต อวัยวะหรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ ซึ่งจากข้อมูลสถิติ ในปี พ.ศ. 2565 พบการตายจากสาเหตุภายนอก (อุบัติเหตุ การได้รับพิษ ถูกทำร้าย) เป็นอัตรา 66.10 ต่อประชากรแสนคน และการตายจากโรคระบบไหลเวียนเลือด เป็นอัตรา 56.00 ต่อประชากรแสนคน โดยในแต่ละปี พบว่ามีผู้ป่วยไปใช้บริการห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศปีละประมาณ 12 ล้านครั้งเป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน ระดับวิกฤตและเร่งด่วน ร้อยละ 30.00 และมีผู้ป่วยฉุกเฉินเสียชีวิตนอกโรงพยาบาลปีละประมาณ 60,000 คน ซึ่งสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทย ยังไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและทันเวลา คือ “ระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขฉุกเฉิน” ที่ด้อยประสิทธิภาพและประสิทธิผล ไม่ครอบคลุมถึงผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน

{2/16}

และทุกพื้นที่ เนื่องจากขาดระบบที่เข้าถึงได้ง่าย รวมถึงผู้ที่ให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น เช่น ประชาชน แกนนำหมู่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขยังขาดความรู้ในเรื่องการปฐมพยาบาลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่ถูกวิธี ขาดความรู้ในการปฏิบัติการกู้ชีพ ขาดแผนการช่วยเหลือตนเองในชุมชน เป็นต้น (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2564) คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินจึงได้ร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์ตามแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2564-2567 ไว้ว่า “ประเทศไทยมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน ซึ่งบุคคลเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย โดยมีการจัดการอย่างมีส่วนร่วม” เป้าหมาย คือ การทำให้ทุกท้องถิ่น และพื้นที่มีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน ซึ่งบุคคลเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม รวมถึงการส่งเสริมให้มีอาสาฉุกเฉินชุมชนที่มีความรู้และทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น และการโทรแจ้งเหตุเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินในทุกครัวเรือน เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองและครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และช่วยสนับสนุนงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2565)

ปัจจุบันประเทศไทยเริ่มต้นต้วรณรงค์ให้ความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้น แต่ยังไม่พบ การศึกษาวิจัยเชิงประจักษ์และแพร่หลายมากนัก เช่น การศึกษาของ นันทวรรณ ทิพยเนตร, วชิร ชนะบุตร, ชลลดา ทอนเสาร์ และเกียรติศักดิ์ ชันพรม (2559) ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุข นักเรียนมัธยม (อสนม.) ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บและฉุกเฉินเบื้องต้น พบว่า กลุ่มอาสาสมัครมีระดับความรู้และทักษะเพิ่มมากขึ้นแตกต่างจากก่อนเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญพักตร์ ไชยสงเมือง และชัชคณะ แพรขาว (2561) ศึกษา กลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นและมีทักษะ การช่วยเหลือขั้นพื้นฐานแตกต่างจากก่อนเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และจากการ ศึกษาวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า การวัดผลลัพธ์ความรู้และทักษะหลังได้รับโปรแกรมสอน ควรมีการวัดผลซ้ำมากกว่า 1 ครั้ง เช่น 1 เดือน 3 เดือนและ 6 เดือน เพื่อเป็นการตรวจสอบการคงอยู่ของความรู้และทักษะ ในส่วนของการ ศึกษาวิจัยในกลุ่มบุคลากร ด้านสุขภาพ พบการศึกษาของสุพรรณิ ธรากุล, เฉลิมศรี นันทวรรณ และสุพิชญา หวังปิติพาณิชย์ (2552) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีค่าคะแนนความรู้ ภายหลังจากการอบรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และมีข้อเสนอแนะว่า ควร มีกระบวนการสอนที่สร้างการมีส่วนร่วมในการฝึกฝนทักษะ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้น พื้นฐานมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภามาส ชาติประจักษ์ (2015) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและทักษะกวดหัวใจในนักศึกษาพยาบาลระดับ ปริญญาตรี โดยมีข้อเสนอแนะว่า ควรเน้นการให้ความรู้ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพการกวดหัวใจ และผู้สอน ควรเน้นทักษะกวดหัวใจด้วยความลึกที่เพียงพอและความเร็วที่เหมาะสม จึงจะนำสู่ผลลัพธ์ของการช่วยฟื้นคืน ชีพขั้นพื้นฐานที่มีประสิทธิภาพต่อไปในส่วนของการศึกษาการคงอยู่ของความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ พบการศึกษาของ Pande, Pande, Parate, Pande, & Sukhsohale, (2014) ศึกษาการคงอยู่ของความรู้

และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1 พบว่า 1 ปี หลังการฝึกอบรม มีนักศึกษาเพียงร้อยละ 7 ที่สามารถปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพได้ครบทั้ง 7 ขั้นตอน และ ร้อยละ 74 สามารถปฏิบัติทักษะได้เพียง 3 หรือ 4 ขั้นตอน และมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการฝึกอบรมเพื่อฟื้นฟูความรู้และทักษะเป็นระยะ สอดคล้องกับการศึกษาของ de Ruijter, Biersteker, Biert, van Goor, & Tan (2014) ศึกษาการคงอยู่ของความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ 1 ปี และ 2 ปี ในนักศึกษาแพทย์ ผลการศึกษาพบว่า หลังการอบรม 1 ปี และ 2 ปี มีนักศึกษาเพียงร้อยละ 2 และร้อยละ 5 ที่ยังสามารถปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานได้ในบริบทของประเทศไทย การศึกษาเกี่ยวกับการคงอยู่ของความรู้และทักษะยังไม่ปรากฏเป็นที่ประจักษ์มากนัก พบเพียงการศึกษาของ Partiprajak & Thongpo (2016) พบว่า 3 เดือนหลังการอบรม นักศึกษาพยาบาลมีระดับความรู้และการรับรู้สมรรถนะของตนในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โรงเรียนดอนแก้วเนรมิตปัญญา อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ เป็นโรงเรียนที่อยู่ในความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว จากการสอบถามข้อมูลของอาจารย์พยาบาลที่ดูแลนักเรียนที่ได้รับอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ พบว่าอาจารย์และบุคลากรภายในโรงเรียนไม่ค่อยมีความรู้ ความมั่นใจ เกี่ยวกับทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เนื่องจากเมื่อเกิดเหตุกับนักเรียนจะส่งนักเรียนมาหาครูพยาบาลดูแลทันที ซึ่งทำให้นักเรียนไม่ได้รับการปฐมพยาบาลและช่วยเหลือเบื้องต้นทันที แต่ภายหลังที่ทางวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ได้จัดโครงการบริการวิชาการโดยการจัดอบรมให้ความรู้ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เมื่อวันที่ 5 สิงหาคม 2566 ภายหลังให้การอบรมไปแล้ว 9 เดือน พบว่า โปรแกรมให้ความรู้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่ได้รับทำให้ครูและบุคลากรมีความรู้และทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเพิ่มมากขึ้น โดยจากการสอบถามข้อมูลครูพยาบาล พบว่าภายหลังได้รับการอบรมแล้ว เมื่อนักเรียนเกิดเหตุขึ้นครูและบุคลากรมีความมั่นใจและมีทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเพิ่มมากขึ้น โดยสามารถให้การพยาบาลในเบื้องต้นได้ ก่อนนำส่งครูที่ห้องพยาบาล สำหรับในเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ยังไม่พบอุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์ที่ร้ายแรงขึ้น จึงยังไม่ได้ใช้ทักษะนี้ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการเกิดอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินของนักเรียนในโรงเรียนดอนแก้วเนรมิตปัญญา อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ดังนั้น การศึกษาความคงอยู่ของความรู้และทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน หลังจากการพัฒนาศักยภาพครูและบุคลากรจึงมีความสำคัญ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปพัฒนาหรือปรับระยะเวลาการอบรมในครั้งต่อไป เพื่อให้เกิดความคงอยู่ของความรู้และทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน แก่ครูและบุคลากรให้สามารถช่วยเหลือนักเรียนและประชาชนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

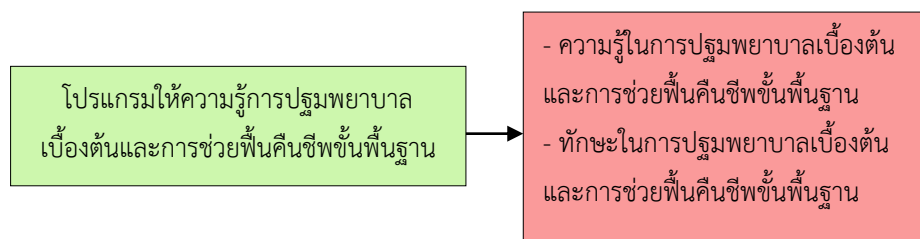
1. เพื่อเปรียบเทียบความคงอยู่ของความรู้ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของครูและบุคลากร โรงเรียนดอนแก้วเนรมิตปัญญา อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ก่อนการอบรม ภายหลังการได้รับการอบรมทันที และภายหลังได้รับการอบรม 9 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบความคงอยู่ของทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของครูและบุคลากร โรงเรียนดอนแก้วเนรมิตปัญญา อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ภายหลังการได้รับการอบรมทันที และภายหลังได้รับการอบรม 9 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความคงอยู่ของความรู้ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของครูและบุคลากร โรงเรียนดอนแก้วเนรมิตปัญญา อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ภายหลังการได้รับการอบรมทันที มีความแตกต่างจากภายหลังได้รับการอบรม 9 เดือน
2. คะแนนเฉลี่ยความคงอยู่ของทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของครูและบุคลากร โรงเรียนดอนแก้วเนรมิตปัญญา อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ภายหลังการได้รับการอบรมทันที มีความแตกต่างจากภายหลังได้รับการอบรม 9 เดือน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom's Taxonomy) (Bloom, Engelhart, Furst, Hill, & Krathwohl, 1956) เป็นแบบจำลองการเรียนรู้ของบุคคล ที่มีการแบ่งวัตถุประสงค์ของการศึกษา จัดหมวดหมู่ของการศึกษาออกเป็นประเภทต่าง ๆ และจำแนกออกเป็นระดับ ซึ่งแบ่งการเรียนรู้ออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านพุทธิพิสัย ด้านจิตพิสัย และด้านทักษะพิสัย แต่ละด้านจำแนกระดับความสามารถจากต่ำสุดไปถึงสูงสุด ซึ่งต้องได้รับการพัฒนาการเรียนรู้ให้ครบทุกด้าน ได้รับการฝึกฝนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ที่ถาวร มาใช้ในการติดตามความคงอยู่ด้านความรู้และทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre-Posttest Design) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ณ โรงเรียนดอนแก้วเนรมิตปัญญา อำเภอมะริม จังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ครูและบุคลากร โรงเรียนระดับประถมศึกษา อำเภอมะริม จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครูและบุคลากร โรงเรียนดอนแก้วเนรมิตปัญญา อำเภอมะริม จังหวัดเชียงใหม่ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power) ที่ 0.80 และกำหนดขนาดค่าอิทธิพล (Effect Size) จากงานวิจัยของ Bachner (2010) ค่าขนาดค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.64 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 17 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Sample Random Sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ แต่เนื่องจากนโยบายของโรงเรียนสนับสนุนให้ครูและบุคลากรทุกคนเข้ารับการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพ ผู้วิจัยจึงเชิญครูและบุคลากรทุกคนรวม 38 คนเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1. ครูและบุคลากร ที่สามารถเข้ารับโปรแกรมการให้ความรู้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและสามารถประเมินความคงอยู่ของความรู้และทักษะในช่วง 9 เดือน

2. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่ไม่สมัครใจหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจำนวน 1 ชั่วโมง การสาธิต 15 นาทีและสาธิตย้อนกลับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ศาสนา และประสบการณ์ในการอบรมการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพ

- 2.2 แบบประเมินความรู้ในการการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่ผู้วิจัยและคณะพัฒนาขึ้นมา จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบตัวเลือก คะแนนรวม 15 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนผ่านที่ร้อยละ 60

2.3 แบบประเมินทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ประกอบด้วย การช่วยผู้ป่วยที่มีอาการสำคัญ การช่วยผู้ป่วยที่มีกระดูกหัก การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบาดเจ็บ การทำแผล และการเช็ดตัวลดไข้ที่ผู้วิจัยและคณะพัฒนาขึ้นมา ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจติดตามและประเมินผล ให้ค่าคะแนนผ่านและไม่ผ่าน โดยแต่ละทักษะมีค่าคะแนนแตกต่างกันตามลำดับขั้นตอนของแต่ละทักษะ คะแนนรวม 30 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนผ่านที่ร้อยละ 60

2.4 แบบประเมินทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่ผู้วิจัยและคณะพัฒนาขึ้นมา ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจติดตามและประเมินผล ให้ค่าคะแนนผ่านและไม่ผ่าน เรียงตามลำดับขั้นตอนของการปฏิบัติ ทักษะที่ถูกต้อง คะแนนรวม 20 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนผ่านที่ร้อยละ 60

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ได้แก่ แบบประเมินความรู้และทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านฉุกเฉิน จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านฉุกเฉิน จำนวน 1 คน และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านฉุกเฉิน จำนวน 1 คน พิจารณาความเหมาะสมของแบบประเมินความรู้และทักษะ การใช้สำนวนภาษา ความชัดเจน ความถูกต้องของข้อความคำถาม และความครอบคลุมของเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและคำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence (IOC)) ได้เท่ากับ 0.8-1.0, 1.0 และ 0.78-1.0 ตามลำดับ และผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 10 ราย ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จากนั้นนำไปคำนวณความเชื่อมั่นของแบบประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และแบบประเมินทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้น โดยใช้สูตร KR-21 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 และ 0.88 ตามลำดับ และคำนวณความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บข้อมูลโดยการประเมินความรู้ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของครูและบุคลากรก่อนการจัดอบรม

2. จัดโครงการบริการวิชาการโดยการจัดอบรมให้ความรู้แก่ครูและบุคลากรเรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยการบรรยายการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จำนวน 2 ชั่วโมง สาธิตการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จำนวน 30 นาที สาธิตย้อนกลับ จำนวน 3 ชั่วโมง 30 นาที พร้อมทั้งเก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินทักษะปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานทันทีหลังการอบรม

3. เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินความรู้ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของครูและบุคลากรหลังการจัดอบรมทันที

4. เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้และทักษะ ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของครูและบุคลากรหลังได้รับการอบรม 9 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. ความรู้และทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานก่อนการอบรม หลังการอบรมทันที และหลังการอบรม 9 เดือน โดยใช้สถิติทดสอบ Friedman test เนื่องจากผลการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลโดยใช้สถิติ Shapiro-wilk test มีค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ น้อยกว่า 0.05 พบว่ามีการกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ และมีการเปรียบเทียบรายคู่ (Pairwise Comparison) ของทั้ง 3 ระยะเวลาโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks test
4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะของการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานก่อนการอบรม หลังการอบรมทันที และหลังการอบรม 9 เดือน โดยใช้สถิติทดสอบ Friedman test เนื่องจากผลการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลโดยใช้สถิติ Shapiro-wilk test มีค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ น้อยกว่า 0.05 พบว่ามีการกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่ เลขที่ BCNCT21/2567 รับรองตั้งแต่วันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตการทำวิจัยในพื้นที่ต่อผู้อำนวยการโรงเรียนดอนแก้วนิรมิตปัญญา อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ จากนั้นผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่าง สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการถอนตัวได้อย่างอิสระตลอดทุกระยะของการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกปกปิดเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อและจะนำไปอภิปรายผลหรือเผยแพร่ในภาพรวมเชิงวิชาการเท่านั้น หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 78.90 มีตำแหน่งเป็นข้าราชการครู จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 31.60 มีอายุอยู่ระหว่าง 21-30 ปี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 39.50 จบการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 78.90 นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 92.10 และเคยมีประสบการณ์ในการอบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=38)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	8	21.10
หญิง	30	78.90
ตำแหน่ง		
ข้าราชการครู	12	31.60
ลูกจ้างโรงเรียน	11	28.90
ลูกจ้าง อบต.	5	13.20
พนักงานจ้างทั่วไป	6	15.80
พนักงานจ้างตามภารกิจภารกิจ	3	7.90
นักวิชาการศึกษา	1	2.60
อายุ (ปี)		
21-30 ปี	15	39.50
31-40 ปี	11	28.90
41-50 ปี	9	23.70
51-60 ปี	3	7.90
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา	4	10.50
ปริญญาตรี	30	78.90
ปริญญาโท	4	10.50
ศาสนา		
พุทธ	35	92.10
คริสต์	2	5.30
อิสลาม	1	2.60

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์การได้รับการอบรม		
เคย	38	100
ไม่เคย	0	0.0

2. เปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานก่อนการอบรม หลังการอบรมทันที และหลังการอบรม 9 เดือน

พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานหลังอบรมทันทีเท่ากับ 12.95 (S.D. = 1.01) หลังอบรม 9 เดือนเท่ากับ 10.11 (S.D. = 1.50) สูงกว่าก่อนการอบรมเท่ากับ 8.53 (S.D. = 1.81) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยของความรู้ก่อนอบรม หลังอบรมทันที และหลังอบรม 9 เดือน (n=38)

ความรู้	Mean	S.D.	Mean rank	Chi-square	df	P-value
ก่อนการอบรม	8.53	1.81	1.22	62.65	2	<0.001*
หลังอบรมทันที	12.95	1.01	2.95			
หลังอบรม 9 เดือน	10.11	1.50	1.83			

* $p\text{-value} < 0.05$

3. เปรียบเทียบรายค่าของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานใน 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนการอบรม หลังการอบรมทันที และหลังการอบรม 9 เดือน

พบว่า หลังการอบรมทันทีที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการอบรม 9 เดือนกับก่อนการอบรม พบว่า หลังการอบรม 9 เดือนมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการอบรมทันทีกับหลังการอบรม 9 เดือน พบว่า หลังการอบรมทันทีที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าหลังการอบรม 9 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบรายค่าของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนอบรม หลังอบรมทันที และหลังอบรม 9 เดือน (n=38)

ระยะเวลา	Rank	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	P-value
ก่อนอบรม เทียบกับ	Negative	0.00	0.00	-5.40	<0.001*
หลังอบรมทันที	Positive	19.50	741.00		
ก่อนอบรม เทียบกับ	Negative	10.20	51.00	-3.89	<0.001*
หลังอบรม 9 เดือน	Positive	17.12	445.00		

ระยะเวลา	Rank	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	P-value
หลังอบรมทันที เทียบกับ	Negative	17.50	595.00	-5.11	<0.001*
หลังอบรม 9 เดือน	Positive	0.00	0.00		

*p-value < 0.05

4. เปรียบเทียบคะแนนทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานก่อนการอบรม หลังการอบรมทันที และหลังการอบรม 9 เดือน

พบว่า คะแนนทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นภายหลังการอบรมทันทีและหลังอบรม 9 เดือน มีดังนี้ การเช็ดตัวลดไข้ หลังอบรมทันที (Median = 5.00) และหลังอบรม 9 เดือน (Median = 4.00) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) การเคลื่อนย้าย หลังอบรมทันที (Median = 8.00) และหลังอบรม 9 เดือน (Median = 8.00) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.035$) การช่วยสลัก หลังอบรมทันที (Median = 6.00) และหลังอบรม 9 เดือน (Median = 6.00) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.002$) การทำแผล หลังอบรมทันที (Median = 6.00) และหลังอบรม 9 เดือน (Median = 6.00) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.003$) และการช่วยกระตุกหัก หลังอบรมทันที (Median = 5.00) และหลังอบรม 9 เดือน (Median = 5.00) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความคงอยู่ของทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ภายหลังได้รับการอบรมทันที และภายหลังได้รับการอบรม 9 เดือน

ทักษะ	ระยะเวลา	Median	IQR	Z	P-value
เช็ดตัวลดไข้	หลังอบรมทันที	5.00	0.00	-4.23	<0.001*
	หลังอบรม 9 เดือน	4.00	1.00		
การเคลื่อนย้าย	หลังอบรมทันที	8.00	0.00	-1.81	<0.035*
	หลังอบรม 9 เดือน	8.00	0.00		
การช่วยสลัก	หลังอบรมทันที	6.00	0.00	-2.88	<0.002*
	หลังอบรม 9 เดือน	6.00	1.00		
การทำแผล	หลังอบรมทันที	6.00	0.00	-2.71	<0.003*
	หลังอบรม 9 เดือน	6.00	1.00		
การช่วยกระตุกหัก	หลังอบรมทันที	5.00	0.00	-1.63	<0.05*
	หลังอบรม 9 เดือน	5.00	0.00		

*p-value < 0.05

5. เปรียบเทียบความคงอยู่ของทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ภายหลังได้รับการอบรมทันที และภายหลังได้รับการอบรม 9 เดือน

พบว่า ความคงอยู่ของทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานหลังอบรมทันที (Median = 20.00) และหลังอบรม 9 เดือน (Median = 19.00) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความคงอยู่ของทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ภายหลังได้รับการอบรมทันที และภายหลังได้รับการอบรม 9 เดือน

ระยะเวลา	Median	IOR	Z	P-value
หลังอบรมทันที	20.00	0.00	-4.06	<0.001*
หลังอบรม 9 เดือน	19.00	2.00		

* $p\text{-value} < 0.05$

การอภิปรายผล

การศึกษาลงมือของการพัฒนาศักยภาพครูและบุคลากรต่อความคงอยู่ของความรู้และทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เปรียบเทียบความคงอยู่ของความรู้ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของครูและบุคลากร โรงเรียนดอนแก้วเนรมิตปัญญา อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ภายหลังได้รับการอบรมทันที และภายหลังได้รับการอบรม 9 เดือน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้ก่อนและหลังการอบรมทันที และค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้หลังการอบรมทันทีและหลังการอบรม 9 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) สามารถอภิปรายได้ว่า ความคงอยู่ของความรู้จะลดลงเมื่อระยะเวลาผ่านไป ดังจะเห็นได้จากค่าเฉลี่ยความรู้ของครูและบุคลากรหลังได้รับการอบรมทันทีที่มีค่าสูงกว่าก่อนได้รับการอบรม และค่าเฉลี่ยความรู้หลังได้รับการอบรม 9 เดือน ต่ำกว่าหลังได้รับการอบรมทันที สะท้อนกลไกสำคัญของ Spacing Effect ซึ่งระบุว่า การเรียนรู้ครั้งเดียวโดยไม่มีการทบทวนระยะห่าง (Spaced Repetition) ทำให้ข้อมูลไม่ถูกจัดเก็บในความจำระยะยาว ส่งผลให้ความรู้ค่อย ๆ ลดลงเมื่อเวลาผ่านไป (Cepeda, Pashler, Vul, Wixted, & Rohrer, 2006) นอกจากนี้ โครงสร้างงานของครูและบุคลากรที่มีโอกาสน้อยในการทบทวนหรือใช้ความรู้ด้านการปฐมพยาบาลจริง อาจเร่งให้ความรู้ความจำด้านการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานลดลงยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอกรัก ไชยสถาน และอภินันท์ จุลดิษฐ์ (2563) ที่ศึกษาการเปรียบเทียบระหว่างคะแนนสอบหลังเรียนของนักเรียนกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนสอบหลังเรียนของนักเรียนกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญพักตร์ ไชยสงเมือง

และซัจเคนค์ แพรวขาว (2561) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ภายหลังได้รับโปรแกรมสอนทันทีที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ภายหลังได้รับโปรแกรมสอน 6 เดือนมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าหลังได้รับโปรแกรมทันที นอกจากนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Srivilaithon, Amnuaypattanapon, Limjindaporn, Diskumpon, Dasanadeba, & Daorattanachai (2020) พบว่า ความคงอยู่ของความรู้ของนักศึกษาแพทย์ ปี 2 ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับหลังได้รับโปรแกรมทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และความคงอยู่ของทักษะในการกวดหน้าอกลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับหลังได้รับโปรแกรมทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.04$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Fariduddin & Jaafar (2021) พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้ของครูที่สอนระดับปริญญาตรี ในมหาวิทยาลัยของประเทศมาเลเซีย ก่อนได้รับโปรแกรม มีค่าเท่ากับ 8.02 และค่าเฉลี่ยความรู้หลังได้รับโปรแกรมทันทีมีค่าเท่ากับ 16.20 ซึ่งเพิ่มขึ้นประมาณ 1 เท่า และความคงอยู่ของความรู้ในสัปดาห์ที่ 8 ภายหลังได้รับโปรแกรม มีค่าเท่ากับ 13.06 ($p\text{-value} < 0.001$) ความคงอยู่ของความรู้ในสัปดาห์ที่ 14 ภายหลังได้รับโปรแกรม มีค่าเท่ากับ 5.74 ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งลดลงเกือบ 3 เท่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Borovnik Lesjak, Šorgo, & Strnad (2022) พบว่าคะแนนความถูกต้องของความรู้หลังอบรมทันทีของนักเรียนได้ 83% และคะแนนลดลงภายหลังการอบรมผ่านไป 5 เดือน (73%) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากความรู้มีแนวโน้มที่ลดลงเมื่อเวลาเปลี่ยนไป ผลลัพธ์เหล่านี้สะท้อนภาพรวมที่ชัดเจนว่า ความรู้ที่ได้จากการอบรมเพียงครั้งเดียวมีประสิทธิภาพในระยะสั้น แต่ไม่เพียงพอสำหรับการคงอยู่ในระยะยาว หากไม่มีการทบทวนและฝึกซ้ำอย่างเป็นระบบ

2. เปรียบเทียบความคงอยู่ของทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของครูและบุคลากร โรงเรียนดอนแก้วเนรมิตปัญญา อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ภายหลังการได้รับการอบรมทันที และภายหลังได้รับการอบรม 9 เดือน พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) การเช็ดตัวลดไข้, การเคลื่อนย้าย การช่วยเหลือผู้ที่สำลัก การทำแผล การช่วยเหลือกระดูกหัก และการกวดหน้าอก มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) สามารถอภิปรายได้ว่า ค่าเฉลี่ยความคงอยู่ของทักษะการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานหลังได้รับการอบรมทันทีมีค่าสูงกว่าหลังได้รับการอบรม 9 เดือน โดยเฉพาะทักษะที่ต้องใช้การประสานงานของระบบประสาท-กล้ามเนื้อ เช่น การเคลื่อนย้าย การทำแผล การช่วยเหลือผู้ที่สำลัก การช่วยเหลือกระดูกหัก และการกวดหน้าอก ผลลัพธ์นี้อธิบายได้จาก Skill Decay Theory ซึ่งชี้ว่าทักษะเชิงปฏิบัติ (Psychomotor Skills) จะเสื่อมลงอย่างรวดเร็วหากไม่ได้รับการฝึกซ้ำ โดยเฉพาะทักษะที่ต้องการความแม่นยำและการปฏิบัติถูกต้องตามลำดับขั้นตอน (Arthur, Bennett, Stanush, & McNelly, 1998) สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญพักตร์ ไชยสงเมือง และซัจเคนค์ แพรวขาว (2561) พบว่าทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมสอนทันทีมีทักษะแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และผลการเปรียบเทียบทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานหลังได้รับโปรแกรมทันที และหลังได้รับโปรแกรม 6 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) นอกจากนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Srivilaithon, Amnuaypattanapon, Limjindaporn, Diskumpon, Dasanadeba, &

Daorattanachai (2020) พบว่า ความคงอยู่ของทักษะในการกอดหน้าอกของนักศึกษาแพทย์ ปี 2 ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับหลังได้รับโปรแกรมทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.04$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ de Carvalho Silva, do Carmo Barros de Melo, Lui, Campos, & de Abreu Arruda (2023) ศึกษาการประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ในนักศึกษาแพทย์โดยใช้สถานการณ์จำลอง โดยประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้และความคงอยู่ของความรู้ พบว่านักศึกษาแพทย์มีความรู้พัฒนาขึ้น 20% และ 80% มีความคงอยู่ของความรู้ภายหลังสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง 3 เดือน เมื่อเปรียบเทียบกับในกลุ่มที่ใช้เทคนิคการสอนที่แตกต่างกัน เนื่องจากหากขาดการฝึกทักษะอย่างสม่ำเสมอหรือไม่ได้นำทักษะไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันอาจส่งผลให้การปฏิบัติทักษะได้ลดลงเมื่อเวลาเปลี่ยนไป

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการอบรมครั้งเดียวมีประสิทธิภาพในระยะสั้น ทั้งต่อความรู้และทักษะ แต่ไม่สามารถคงประสิทธิภาพในระยะยาวได้โดยลำพัง ความรู้และทักษะด้านการปฐมพยาบาล และการช่วยฟื้นคืนชีพต้องอาศัยการทบทวนซ้ำ การฝึกเชิงปฏิบัติซ้ำเป็นระยะ และการรับ Feedback เพื่อรักษาคุณภาพและความแม่นยำของทักษะในระยะยาว ดังนั้น การออกแบบโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพควรมีการทบทวนทุก 3-6 เดือน รวมถึงการสร้างรูปแบบการฝึกปฏิบัติที่มีสถานการณ์จำลอง (Simulation-Based Practice) และระบบติดตามทักษะ เพื่อเสริมสร้างความมั่นคงของสมรรถนะที่จำเป็นต่อการช่วยชีวิตในสถานศึกษาอย่างยั่งยืน

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. นำโปรแกรมให้ความรู้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานซึ่งถ่ายทอดความรู้จากวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ การใช้สื่อภาพนิ่ง วิดีโอที่เหมาะสมกับเนื้อหา การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ส่งผลให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้และได้รับการฝึกทักษะอย่างถูกต้องส่งผลต่อความคงอยู่ของความรู้และทักษะ
2. เชิงนโยบาย ข้อมูลจากการวิจัยเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานทุก 3 หรือ 6 เดือน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนารูปแบบของสื่อที่หลากหลายในการให้ความรู้ เช่น Application นวัตกรรม และทำการศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้สื่อรูปแบบต่าง ๆ ต่อความรู้และทักษะในกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบการเผยแพร่ความรู้ที่หลากหลายมากขึ้น
2. ควรมีการวัดผลซ้ำมากกว่า 1 ครั้ง เช่น หลังอบรมทุก 1 เดือน เพื่อเป็นการตรวจสอบระยะเวลาการคงอยู่ของความรู้และทักษะ และใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมการอบรมให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- นันทวรรณ ทิพนเตร, วชิร ชนะบุตร, ชลลดา ทอนเสาร์ และเกียรติศักดิ์ ชัยพรม. (2559). การพัฒนาสมรรถนะ
อาสาสมัครสาธารณสุขนักเรียนมัธยม (อสนม.) ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา
จังหวัดมหาสารคาม. ใน *การประชุมวิชาการระดับชาติ ฉลองครบรอบทศวรรษสำนักวิทยาศาสตร์สุขภาพ
ประจำปี 2559*. เชียงราย: สารนักวิชาการวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง.
- เพ็ญพักตร์ ไชยสงเมือง และชัชคณะ แพรขาว. (2561). ผลของโปรแกรมการสอนการช่วยเหลือขั้นพื้นฐานภาวะ
หัวใจหยุดเต้น ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ,
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 28(2), 118-131.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2564). *รายงานประจำปี 2564 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน*. กรุงเทพฯ:
ปัญญุมิตรการพิมพ์.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2565). *รายงานประจำปี 2565 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน*. กรุงเทพฯ:
ปัญญุมิตรการพิมพ์.
- สุพรรณิ ธรากุล, เฉลิมศรี นันทวรรณ และสุพิชญา หวังปิตินาณชัย. (2552). การประเมินผลการกู้ชีพในชุมชน.
วารสารวิชาการสาธารณสุข, 18(4), 597-605.
- สุภามาส ผาติประจักษ์. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติการช่วย
ฟื้นชีวิตขั้นพื้นฐาน และความสามารถในการกวดหน้าอก ในนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี. *วารสาร
พยาบาลสงขลานครินทร์, 35*(1), 119-134.
- เอกรัก ไชยสถาน และอภินันท์ จุลดิษฐ์. (2563). ผลของโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานผ่านสื่อวีดิทัศน์ที่มี
ต่อระดับความรู้ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนสิริรัตนธร. *วารสารสถาบันวิจัยและ
พัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, 12*(2), 211-216.
- Arthur, W., Bennett, W., Stanush, P. L., & McNelly, T. L. (1998). Factors that influence skill decay
and retention: A quantitative review and analysis. *Human Performance, 11*(1), 57-101.
https://doi.org/10.1207/s15327043hup1101_3
- Bachner, A. (2010). *G*Power: Users guide-analysisby design*. Web Page of Heinrich
HeineUniversitat-Institut Fur Experimentelle Psychologie. Retrieved May 15, 2023
from <http://www.psychu.uniduesseldorf.de/abteilungen/app/gpower>.
- Bloom, B. S., Engelhart, M. D., Furst, E. J., Hill, W. H., & Krathwohl, D. R. (1956). *Taxonomy of
educational objectives: The classification of educational goals*. Vol. Handbook I.
Cognitive domain. New York: David McKay Company.

- Borovnik Lesjak, V., Šorgo, A., & Strnad, M. (2022). Retention of knowledge and skills after a basic life support course for schoolchildren: A prospective study. *Inquiry: A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*, 59, 469580221098755.
<https://doi.org/10.1177/00469580221098755>
- Cepeda, N. J., Pashler, H., Vul, E., Wixted, J. T., & Rohrer, D. (2006). Distributed practice in verbal recall tasks: A review and quantitative synthesis. *Psychological Bulletin*, 132(3), 354-380.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.3.354>
- de Carvalho Silva, N. L., do Carmo Barros de Melo, M., Lui, P. M. F., Campos, J. P. R., & de Abreu Arruda, M. (2023). Teaching basic life support for medical students: Assessment of learning and knowledge retention. *Journal of Education and Health Promotion*, 12, 1-7.
https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1045_22
- de Ruijter, P. A., Biersteker, H. A., Biert, J., van Goor, H., & Tan, E. C. (2014). Retention of first aid and basic life support skills in undergraduate medical students. *Medical Education Online*, 19, 24841. <https://doi.org/10.3402/meo.v19.24841>
- Fariduddin, M. N. & Jaafar, M. j. (2021). Retention of cardiopulmonary resuscitation (CPR) knowledge among undergraduate teacher students in Malaysian university. *Malaysian Journal of Medicine and Health Science*, 17(1), 3-9.
- 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>
- Pande, S., Pande, S., Parate, V., Pande, S., & Sukhsohale, N. (2014). Evaluation of retention of knowledge and skills imparted to first-year medical students through basic life support training. *Advances in Physiology Education*, 38(1), 42-45. <https://doi.org/10.1152/advan.00102.2013>
- Partiprajak, S. & Thongpo, P. (2016). Retention of basic life support knowledge, self-efficacy and chest compression performance in Thai undergraduate nursing students. *Nurse Education in Practice*, 16(1), 235-241. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.08.012>
- Srivilaithon, W., Amnuaypattanapon, K., Limjindaporn, C., Diskumpon, N., Dasanadeba, I., & Daorattanachai, K. (2020). Retention of basic-life-support knowledge and skills in second-year medical students. *Open Access Emergency Medicine: OAEM*, 12, 211-217.
<https://doi.org/10.2147/OAEM.S241598>

ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังสถานการณ์
การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในจังหวัดเชียงใหม่
Health Status and Quality of Life among Older Adults
after the COVID-19 Pandemic in Chiang Mai Province

ณิชา ทิพย์วรรณ¹, นนทรัตน์ จำเริญวงศ์^{1*}

Nittha Tipwan¹, Nontarut Jamroenwong^{1*}

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข¹

Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health¹

(Received: May 30, 2025; Revised: August 12, 2025; Accepted: December 1, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 360 คน ทำการคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติ Chi-Square Test และ Fisher's Exact Test

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 74.17 เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 47.78 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 57.22 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.00 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยภาวะสุขภาพในหลายด้าน ได้แก่ ปัญหาสุขภาพช่องปาก สุขภาวะทางตา ภาวะโภชนาการ และภาวะข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ผลการวิจัยนี้ จึงสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุหลังสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดี ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพ, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

*ผู้ให้การติดต่อ นนทรัตน์ จำเริญวงศ์ e-mail: nontarut@bcnc.ac.th

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to examine the health status and quality of life of older adults, as well as the relationship between health status and quality of life after the COVID-19 pandemic. The sample consisted of 360 elderly people (aged ≥ 60 years old) who were living in Chiang Mai Province and selected samples through a multistage random sampling method. The research instruments included a demographic data questionnaire, the activities of daily living (ADLs), the Basic Geriatric Screening, and the Thai version of the World Health Organization Quality of Life Brief-Thai (WHOQOL-BREF-THAI). Descriptive statistics were used to analyze general data, and the relationship between health status and quality of life was examined using Chi-Square.

The results revealed that the majority of the participants were female (74.17%), aged between 70 and 79 years old (47.78%). Most of the participants had medical conditions with comorbidities (57.22%). Additionally, the analysis indicated that health-related factors significantly associated with quality of life included oral health problems, visual health, nutritional status, and knee osteoarthritis. These findings can serve as a guideline for promoting the health of older adults in the post-COVID-19 period to enhance their well-being and quality of life in the long term.

Keywords: Health Status, Quality of Life, Older People, the COVID-19 Pandemic

บทนำ

การระบาดของโรคโควิด-19 เริ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อชีวิตของบุคคลรวมไปถึงครอบครัว ชุมชน และสังคม ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บป่วยรุนแรงและเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 จากผลการสำรวจผู้ติดเชื้อสะสมในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันที่เสื่อมถอยรวมถึงภาวะโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการรุนแรงมากขึ้น สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทยในระลอกแรก พบผู้สูงอายุติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 543 ราย (ร้อยละ 7.9) จากจำนวนผู้ติดเชื้อยืนยันสะสมทั้งหมด 6,879 ราย และมีผู้สูงอายุเสียชีวิต จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 5.3) จากจำนวนผู้สูงอายุที่ติดเชื้อโควิด-19 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) นอกจากนี้การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียรายได้เพื่อเลี้ยงชีพ การพักผ่อน หรือการเลิกจ้าง เกิดความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังหรือไม่มี

{2/19}

ผู้ดูแล ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชน สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จากการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในปีพ.ศ. 2563 จำนวน 97,329 ราย พบว่าผู้สูงอายุมีความเครียดอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 2.2) สาเหตุเกิดจาก 1) ผลกระทบด้านการเงินของตนเองและครอบครัว (ร้อยละ 41) 2) กลัวว่าตนเองและสมาชิกครอบครัวจะติดเชื้อโควิด-19 (ร้อยละ 28) และ 3) สุขภาพที่แย่ลงเนื่องจากผื่นคันแพ้ (ร้อยละ 18) (กรมสุขภาพจิต, 2563) โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ ความโดดเดี่ยวทางสังคม ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคระบาด ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ และการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดและความวิตกกังวล ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Richardson et al., 2020)

ภาวะสุขภาพ (Health Status) หมายถึง สภาวะทางกาย จิต และสังคมของบุคคลที่ส่งผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและความเป็นอยู่โดยรวม (Centers for Disease Control and Prevention, 2022) ภาวะสุขภาพประกอบด้วยปัจจัยที่บ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิตของบุคคลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (World Health Organization, 2023) สำหรับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุประกอบด้วย 4 มิติหลัก ดังนี้ 1) ภาวะสุขภาพทางกาย (Physical Health) หมายถึง สภาวะที่สะท้อนถึงการมีหรือไม่มีโรค การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ รวมถึงความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น การเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร 2) ภาวะสุขภาพจิต (Mental Health) หมายถึง ความสมดุลทางอารมณ์ ความคิด การรับมือกับความเครียด หรือภาวะทางจิต เช่น โรคซึมเศร้า ความวิตกกังวล รวมถึงความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการตัดสินใจในชีวิตประจำวัน 3) ภาวะสุขภาพทางสังคม (Social Health) หมายถึง คุณภาพของความสัมพันธ์และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และเพื่อน หรือเครือข่ายทางสังคม ตลอดจนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนหรือสังคม และ 4) ภาวะสุขภาพในการทำหน้าที่ (Functional Health) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การดูแลตนเอง การทำงานบ้าน การจัดการการเงิน การเดินทาง และกิจกรรมอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2565; World Health Organization, 2022) จากการศึกษาของมินตรา สารรักษ์, จิตริช งานฉมิง และนันทยา กระสวยทอง (2563) พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ร้อยละ 50.2 โดยสามอันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 23.8 และภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 8.4 ตามลำดับ การมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ส่งผลให้สุขภาพร่างกายเสื่อมถอย เกิดภาวะพึ่งพิง ทูพพลภาพ หรือเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกโดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้ง โดยเฉพาะกลุ่มที่อาศัยเพียงลำพังหรือขาดการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว มักมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิต (Quality of Life (QOL)) หมายถึง “การรับรู้ระดับการมีชีวิตที่ดี สุขภาพ และความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์

ทางสังคม และสิ่งแวดล้อมภายใต้บริบททางวัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายของชีวิต” (World Health Organization, 1996) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุประกอบด้วย 4 มิติหลักดังนี้ 1) ด้านสุขภาพกาย (Physical) ได้แก่ ความเจ็บป่วย พลังงาน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การนอนหลับ และการพึ่งพาผู้อื่น 2) ด้านจิตใจ (Psychological) ได้แก่ ความรู้สึกส่วนตัว ภาวะทางอารมณ์ กระบวนการคิด การรับรู้ตนเองและภาพลักษณ์ของตนเอง เช่น ความพึงพอใจในตนเอง ความมั่นใจในความสามารถส่วนบุคคล ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และชีวิตทางเพศ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental) ได้แก่ ความปลอดภัยในชีวิตประจำวัน สภาพแวดล้อม สภาพการเงิน การเข้าถึงบริการสาธารณสุข ระบบข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการต่าง ๆ (ฉันทนา นาคฉัตรีย์, จีราพร ทองดี, ดาราวรรณ รองเมือง, กฤติยา ชาสวรรณ และเนตรนภา พันเล็ก, 2564; World Health Organization, 1996)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เมื่อสุขภาพของบุคคลเสื่อมถอยไม่ว่าจะในมิติด้านร่างกาย จิตใจ หรือสังคม จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตลดลงอย่างชัดเจน ดังการศึกษาของ Lu et al. (2020) พบว่า ภาวะสุขภาพทางสังคม (Social Health Status) มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางหรือดี จะมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านภาพรวมอยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของพนิดา ม่วงผึ้ง, สมนึก สุวรรณบุบผา และกฤษฎา พงษ์พานิช (2566) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับดี จะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง โดยเฉพาะด้านสิ่งแวดล้อมและความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะการศึกษาของ วรวรรณ สุภาตา และสุกัญญา บัวศรี (2567) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอเมืองมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.81) และรองลงมาอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 29.06) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ระดับการศึกษา การพักอาศัยร่วมกับครอบครัว และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่นเดียวกับการศึกษาของสุภาภรณ์ ตันตินันท์ตระกูล, จิรกุล ครอบสอน และนงลักษณ์ วิชัยรัมย์ (2565) พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ระดับการศึกษา รายได้ ปัญหาสุขภาพ หรือโรคประจำตัว พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับดี จะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ในทางกลับกันผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือภาวะซึมเศร้า มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567; World Health Organization, 2022) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งเน้นการศึกษาภาวะสุขภาพ

และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในลักษณะแยกเป็นรายมิติ ขณะที่การศึกษาเชิงบูรณาการที่พิจารณาทั้งสองมิติ ยังมีจำกัด โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทยภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบในหลายมิติ ภายใต้บริบทของสังคมผู้สูงอายุที่กำลังเติบโตอย่างรวดเร็ว จากการศึกษาครั้งนี้ คาดว่าจะสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและพัฒนานโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการออกแบบบริการและกิจกรรมที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดี สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

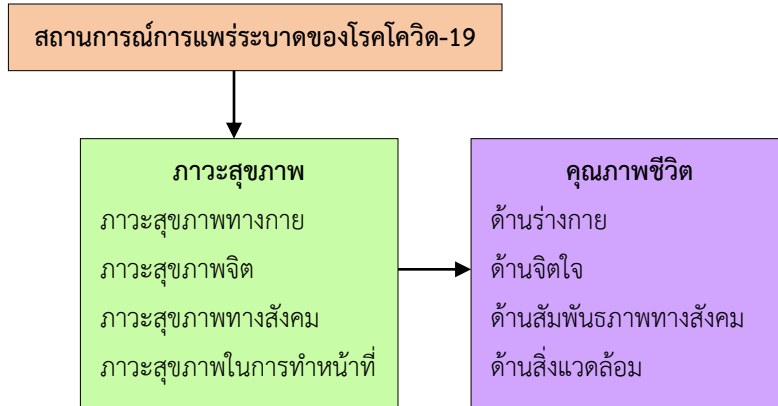
1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่

สมมติฐานการวิจัย

ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในจังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Lawton (2000) ที่มองว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเกิดจากการผสมผสานของปัจจัยหลายมิติ ทั้งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกและการรับรู้ของบุคคล สภาพแวดล้อม และความเป็นอยู่ทางจิตใจ ร่วมกับแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1997) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 มิติหลัก ได้แก่ มิติด้านร่างกาย (Physical Health) มิติด้านจิตใจ (Psychological Health) มิติด้านสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) และมิติด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) เมื่อเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จึงส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในหลายด้าน ได้แก่ ภาวะโภชนาการ การดำเนินของโรคเรื้อรัง และการเข้ารับบริการสาธารณสุขหลังการระบาด นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตตามมา เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกโดดเดี่ยว และปัญหาด้านสังคม เช่น การสูญเสียบทบาทหน้าที่ในครอบครัวหรือชุมชน และการลดลงของสัมพันธ์ทางสังคม (กรมอนามัย, 2564) ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical Cross-Sectional Study) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 318,959 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 12 ตำบล (ได้แก่ ตำบลสุเทพ ตำบลหนองป่าครั่ง ตำบลปาลาน ตำบลสันปูเลย ตำบลหนองจ่อม ตำบลสันนาเม็ง ตำบลสันผักหวาน ตำบลหนองตอง ตำบลน้ำบ่อหลวง ตำบลยุหว่า ตำบลบ้านตลาด และตำบลสันกำแพง) การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเปิดตารางของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% และค่าอำนาจการทดสอบ (Power of Test) 0.5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 360 คน การสุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) โดยดำเนินการตามลำดับดังนี้ 1) ทำการสุ่มเลือกอำเภอโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก โดยคัดเลือกจากพื้นที่ในจังหวัดเชียงใหม่ที่มีลักษณะกึ่งเมืองกึ่งชนบทและชนบท 6 อำเภอ จาก 25 อำเภอ 2) ทำการจับสลากสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 12 ตำบลจาก 6 อำเภอ และ 3) ทำการจับสลากสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากประชากรในตำบลที่คัดเลือก กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละพื้นที่ และคัดเลือกตามคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่
3. สามารถสื่อสารหรือเข้าใจภาษาไทยได้

4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ
5. ประเมินการกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living (ADLs)) มากกว่า 4 คะแนน
6. ประเมินภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination (MMSE-Thai 2002)) ถ้าคะแนนรวมเท่ากับจุดตัด (Cut-Off Point) แสดงว่ามีความผิดปกติด้านความสามารถของสมอง (Cognitive Impairment)

เกณฑ์การคัดออก

มีปัญหาด้านสุขภาพแบบเฉียบพลันในขณะที่ทำการเก็บข้อมูล ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ เช่น อาการเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1.1 แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living (ADLs)) ใช้แบบประเมินดัชนีบาร์ธเอล เอดีแอล (Barthel ADL Index (BAI)) พัฒนาโดย Mahoney & Barthel (1965) แปลเป็นภาษาไทย และปรับปรุงโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) แบบประเมินดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอลประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การลุกนั่ง การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลงบันได การอาบน้ำ การกลืนถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-20 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับ 0 (0-4 คะแนน) หมายถึง พึ่งพาผู้ดูแลในทุกกิจวัตรประจำวัน ระดับ 1 (5-8 คะแนน) หมายถึง ต้องพึ่งผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่ ระดับ 2 (9-11 คะแนน) หมายถึง พึ่งพาผู้ดูแลเป็นบางส่วน ระดับ 3 (12 คะแนนขึ้นไป) หมายถึง สามารถช่วยเหลือตนเองได้เกือบทั้งหมด

1.2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination (MMSE-Thai 2022)) พัฒนาโดย Folstein, Folstein, & McHugh (1975) แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2545 (กรมการแพทย์, 2564; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551) เป็นการทดสอบการทำงานของสมอง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ (Orientation) ด้านความจำ (Registration) ความจำระยะสั้น (Recall) ด้านสมาธิ (Attention) ด้านการคำนวณ (Calculation) และด้านการใช้ภาษา (Language) ประกอบด้วย 11 ข้อคำถาม คะแนนรวมตั้งแต่ 0-30 คะแนน การแปลผลจะแบ่งช่วงคะแนนตามระดับการศึกษา โดยมีจุดตัด (Cut-Off Point) ดังนี้ ≤ 14 คะแนน ในผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ≤ 17 คะแนน ในผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา และ ≤ 22 คะแนน ในผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา ถือว่ามีภาวะสมองเสื่อม

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว การประกอบอาชีพ รายได้ ของครอบครัว โรคประจำตัว และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19

2.3 แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย (Thai Elderly Health Assessment Form) พัฒนาโดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 ประกอบด้วย 1) ปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อย (โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัญหาทางโภชนาการ น้ำหนักน้อย/เกิน ปัญหาทางสายตา การได้ยิน ภาวะซึมเศร้า และ สุขภาพจิตในผู้สูงอายุ) 2) กลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (ภาวะเปราะบาง การล้มบ่อย ภาวะสมองเสื่อม/หลงลืม ภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ ปัญหาการนอนหลับ พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การใช้ยาไม่เหมาะสม) และ 3) สมรรถนะ ผู้สูงอายุเพื่อการดูแล (การประเมินกิจวัตรประจำวัน การเดิน การทรงตัว การได้ยิน การมองเห็น การใช้ยา ที่จำเป็นและเหมาะสม ความสามารถในการดูแลตนเองและการเข้าสังคม)

2.4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยสุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล และคณะ (2545) แปลจากต้นฉบับขององค์การอนามัยโลก (WHO) เป็นภาษาไทย จำนวน 26 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านสุขภาพกาย จำนวน 7 ข้อ 2) ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 3 ข้อ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ และ 5) ตัวชี้วัด คุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จำนวน 2 ข้อ มีข้อความคำถามที่มีความหมายเชิงบวก จำนวน 23 ข้อ และข้อความคำถามที่มีความหมายเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ คือข้อ 2, 9 และ 11 เมื่อนำมาคำนวณจะมีการกลับค่าคะแนน กำหนดระดับ คุณภาพชีวิตเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว กำหนดเกณฑ์ ในการให้คะแนนตั้งแต่ ไม่เลย จนถึงมากที่สุด เป็น 1-5 การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิต มีคะแนนตั้งแต่ 26-130 คะแนน ดังนี้ 26-60 คะแนนหมายถึง ระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ 61-95 คะแนน หมายถึง ระดับคุณภาพชีวิต ปานกลาง 96-130 คะแนนหมายถึง ระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือวิจัยโดยใช้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 ราย ผลการทดสอบพบว่า แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index (BAI)) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2022) และแบบประเมินและคัดกรอง ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 (Thai Elderly Health Assessment Form) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.93 สำหรับแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ขออนุญาตเพื่อดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือขออนุญาตจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ส่งถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่รับผิดชอบ
2. ชี้แจงขั้นตอนแก่ผู้ช่วยวิจัยภายหลังจากรับอนุญาต ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และวิธีการดำเนินการวิจัยให้แก่ผู้ช่วยวิจัย เพื่อให้สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลได้อย่างถูกต้องและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน
3. ผู้วิจัยได้ดำเนินการเตรียมผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับเครื่องมือวิจัย โดยการอบรมขั้นตอนการใช้แบบประเมิน การตีความข้อคำถาม/เกณฑ์การให้คะแนน และการบันทึกข้อมูล ทั้งนี้ได้มีการทดลองใช้เครื่องมือและทบทวนผลการประเมินร่วมกัน เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปอย่างถูกต้องและมีความน่าเชื่อถือ
4. ขอความยินยอมจากอาสาสมัคร ผู้วิจัยได้ขอความยินยอมจากอาสาสมัครโดยการอธิบายรายละเอียดของการวิจัย สิทธิในการถอนตัว และการรักษาความลับของข้อมูล จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันและเวลาที่ได้นัดหมายไว้กับอาสาสมัครล่วงหน้า
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการโดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมินสุขภาพ ผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่อ่านแบบสอบถามให้กับอาสาสมัคร อาสาสมัครเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยสามารถซักถามเพิ่มเติมได้ หากมีข้อสงสัย ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยใช้การทดสอบความเป็นอิสระของตัวแปรด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) และใช้สถิติ Fisher Exact Test กรณีความถี่คาดหวังน้อยกว่า 5 กำหนดระดับนัยสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ เลขที่ BCNCT13/2566 ผู้วิจัยพบบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนให้สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่างในการถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบต่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพ ข้อมูลจากการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมและมีการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ด้วยการระบุรหัสทำให้ไม่สามารถระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่างได้

ภายหลังจากการศึกษาเป็นระยะเวลา 5 ปี ผู้วิจัยจะลบข้อมูลและทำลายเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมด หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 267 คน (ร้อยละ 74.17) อายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี มากที่สุด จำนวน 172 คน (ร้อยละ 47.78) รองลงมา คือ 60-69 ปี จำนวน 161 คน (ร้อยละ 44.72) ด้านระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) จำนวน 163 คน (ร้อยละ 45.27) รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 158 คน (ร้อยละ 43.89) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 339 คน (ร้อยละ 94.17) ด้านสถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่ จำนวน 235 คน (ร้อยละ 65.28) รองลงมา คือ หม้ายหรือหย่าร้าง จำนวน 74 คน (ร้อยละ 20.56) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป จำนวน 283 คน (ร้อยละ 78.61) สำหรับด้านอาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 167 คน (ร้อยละ 46.39) แหล่งรายได้หลักมาจากตนเอง จำนวน 222 คน (ร้อยละ 61.67) โดยมีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 1,000-5,000 บาท จำนวน 175 คน (ร้อยละ 48.61) ทั้งนี้ รายได้ของครอบครัวโดยรวมเพียงพอต่อการดำรงชีวิต จำนวน 249 คน (ร้อยละ 69.17) ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคร่วม (ตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป) จำนวน 206 คน (ร้อยละ 57.22) และเข้ารับการตรวจรักษาหรือรับยาตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ จำนวน 339 คน (ร้อยละ 94.17) สำหรับประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับวัคซีน 2 เข็ม จำนวน 156 คน (ร้อยละ 43.33) รองลงมา คือ ได้รับวัคซีน 3 เข็ม จำนวน 129 คน (ร้อยละ 35.83) อย่างไรก็ตาม พบว่ายังมีผู้สูงอายุที่ไม่เคยได้รับวัคซีน จำนวน 29 คน (ร้อยละ 8.06) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 1 ครั้ง จำนวน 192 คน (ร้อยละ 53.33) รองลงมา คือ กลุ่มที่ไม่เคยติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 139 คน (ร้อยละ 38.61) และกลุ่มที่เคยติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 2 ครั้ง จำนวน 29 คน (ร้อยละ 8.06)

2. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 282 คน (ร้อยละ 78.33) รองลงมาคือ มีระดับความดันโลหิตสูง จำนวน 73 คน (ร้อยละ 20.28) การประเมินภาวะโภชนาการ พบว่าส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ จำนวน 287 คน (ร้อยละ 79.72) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหาร จำนวน 73 คน (ร้อยละ 20.28) เมื่อพิจารณาค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 123 คน (ร้อยละ 34.17) รองลงมา คือ มีภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 119 คน (ร้อยละ 33.06) และมีภาวะอ้วนระดับ 1 และภาวะอ้วนระดับ 2 จำนวน 91 คน (ร้อยละ 25.27) จากการประเมินภาวะสุขภาพเฉพาะด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการไต่ยืนอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 310 คน (ร้อยละ 86.11)

ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก จำนวน 292 คน (ร้อยละ 81.11) สำหรับสุขภาวะทางตา กลุ่มตัวอย่างมีการมองเห็นผิดปกติ จำนวน 195 คน (ร้อยละ 54.17) และมีการมองเห็นปกติ จำนวน 165 คน (ร้อยละ 45.83) จากการประเมินภาวะสุขภาพด้านระบบโครงสร้างของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะข้อเข่าเสื่อม จำนวน 172 คน (ร้อยละ 47.78) แต่พบว่ามีภาวะข้อเข่าเสื่อมในระดับรุนแรง จำนวน 115 คน (ร้อยละ 31.94) ทำให้พบภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม จำนวน 129 คน (ร้อยละ 35.83) และมีภาวะเปราะบาง (Frailty) จำนวน 78 คน (ร้อยละ 21.67) สำหรับด้านสุขภาพจิตพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า จำนวน 93 คน (ร้อยละ 25.83) ที่ต้องเฝ้าระวังและติดตามอย่างต่อเนื่อง

3. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 234 คน (ร้อยละ 65.00) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านสุขภาพร่างกาย จำนวน 218 คน (ร้อยละ 60.56) ด้านจิตใจ จำนวน 255 คน (ร้อยละ 70.83) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 258 คน (ร้อยละ 71.67) และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 177 คน (ร้อยละ 49.17) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในจังหวัดเชียงใหม่ (n=360)

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต		
	ต่ำ n (%)	ปานกลาง n (%)	สูง n (%)
ด้านสุขภาพร่างกาย	61 (16.94%)	218 (60.56%)	81 (22.50%)
ด้านจิตใจ	97 (26.95%)	255 (70.83%)	8 (2.22%)
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	47 (13.05%)	258 (71.67%)	55 (15.28%)
ด้านสิ่งแวดล้อม	32 (8.89%)	177 (49.17%)	151 (41.94%)
รวม	50 (13.89%)	234 (65.00%)	76 (21.11%)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

พบว่า ปัจจัยภาวะสุขภาพ ได้แก่ ปัญหาสุขภาพช่องปาก สุขภาวะทางตา ภาวะโภชนาการ และภาวะข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในจังหวัดเชียงใหม่ (n=360)

ภาวะสุขภาพ	ทั้งหมด n (%)	คุณภาพชีวิต			Chi-square	P-value
		ต่ำ n (%)	ปานกลาง n (%)	สูง n (%)		
ระดับความดันโลหิต						
ความดันโลหิตต่ำ	5 (1.39)	0 (0%)	5 (100.00%)	0 (0%)	7.12	0.12
ความดันโลหิตปกติ	282 (78.33)	45 (15.96%)	180 (63.83%)	57 (20.21%)		
ความดันโลหิตสูง	73 (20.28)	5 (6.85%)	49 (67.12%)	19 (26.03%)		
ดัชนีมวลกาย (กก./ม ²)						
ผอม (<18.5)	27 (7.50)	3 (11.11%)	21 (77.78%)	3 (11.11%)	8.64	0.37
ปกติ (18.5-22.9)	123 (34.17)	23 (18.70%)	73 (59.35%)	27 (21.95%)		
น้ำหนักเกิน (23.0-24.9)	119 (33.06)	14 (11.76%)	76 (63.87%)	29 (24.37%)		
อ้วนระดับ 1 (≥25)	91 (25.27)	10 (10.99%)	64 (70.33%)	17 (18.68%)		
และมากกว่า						
การไต่ยีน (Finger Rub Test)						
ปกติ	310 (86.11)	41 (13.23%)	206 (66.45%)	63 (20.32%)	2.08	0.35
ผิดปกติ (ไม่ได้ยีน)	50 (13.89)	9 (18.00%)	28 (56.00%)	13 (26.00%)		
ปัญหาสุขภาพช่องปาก						
ไม่มี	292 (81.11)	47 (16.10%)	193 (66.10%)	52 (17.80%)	13.69	0.001*
มี	68 (18.89)	3 (4.41%)	41 (60.30%)	24 (35.29%)		
สุขภาพทางตา						
การมองเห็นปกติ	165 (45.83)	32 (19.39%)	104 (63.03%)	29 (17.58%)	8.63	0.01*
การมองเห็นผิดปกติ	195 (54.17)	18 (9.23%)	130 (66.67%)	47 (24.10%)		
ภาวะโภชนาการ						
ปกติ	287 (79.72)	25 (8.71%)	198 (68.99%)	64 (22.30%)	31.73	<0.001*
เสี่ยงต่อการเกิด	73 (20.28)	25 (34.25%)	36 (49.31%)	12 (16.44%)		
ภาวะขาดสารอาหาร						
ภาวะข้อเข่าเสื่อม						
ยังไม่พบอาการผิดปกติ	172 (47.78)	41 (23.84%)	111 (64.53%)	20 (11.63%)	59.72	<0.001*
เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม	25 (6.94)	3 (12.00%)	22 (88.00%)	0 (0%)		
ข้อเข่าเสื่อมปานกลาง	48 (13.33)	6 (12.50%)	23 (47.92%)	19 (39.58%)		
ข้อเข่าเสื่อมรุนแรง	115 (31.94)	0 (0%)	78 (67.83%)	37 (32.17%)		

ภาวะสุขภาพ	ทั้งหมด n (%)	คุณภาพชีวิต			Chi-square	P-value
		ต่ำ n (%)	ปานกลาง n (%)	สูง n (%)		
ภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม						
ปกติ	231 (64.17)	34 (14.72%)	148 (64.07%)	49 (21.21%)	0.40	0.82
เสี่ยงต่อการหกล้ม	129 (35.83)	16 (12.40%)	86 (66.67%)	27 (20.93%)		
ภาวะซึมเศร้า						
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	267 (74.17)	42 (15.73%)	173 (64.79%)	52 (19.48%)	3.84	0.15
มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า	93 (25.83)	8 (8.60%)	61 (65.59%)	24 (25.81%)		
ภาวะเปราะบาง						
ปกติ	282 (78.33)	44 (15.60%)	180 (63.83%)	58 (20.57%)	3.209	0.20
มีภาวะเปราะบาง	78 (21.67)	6 (7.69%)	54 (69.23%)	18 (23.08%)		

*p-value < 0.05

การอภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในจังหวัดเชียงใหม่ จากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงมีภาวะสุขภาพด้านต่าง ๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ เช่น ความดันโลหิต การได้ยิน และภาวะโภชนาการ ซึ่งสะท้อนว่าผู้สูงอายุในชุมชนยังสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพพื้นฐานได้ดี แม้จะเผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ยาวนาน อย่างไรก็ตาม การพบภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารและภาวะน้ำหนักเกินในบางราย ชี้ให้เห็นถึงผลกระทบจากการลดลงของกิจกรรมทางกาย และการจำกัดการออกนอกบ้านในช่วงการระบาด ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มทั่วโลกในกลุ่มผู้สูงอายุช่วงหลังโควิด-19 การพบภาวะข้อเข่าเสื่อมในระดับรุนแรงและความผิดปกติด้านการมองเห็นในบางส่วนของผู้สูงอายุมีนัยสำคัญต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน และเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางที่พบในผู้สูงอายุวัย 70-79 ปี สอดคล้องกับข้อมูลประชากรไทยที่ระบุว่าเพศหญิงมีอายุขัยยืนยาวกว่าและมีโอกาสเกิดภาวะเสื่อมของระบบต่าง ๆ มากขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) รวมทั้งสอดคล้องกับ Yakabi, Watanabe, Ishizaka, Itokazu, & Kubo (2022) และ Pridham, Rockwood, & Rutenberg (2024) ที่ชี้ว่าช่วงอายุประมาณ 75 ปีเป็นจุดเริ่มต้นของการเสื่อมถอยด้านสมรรถภาพและภาวะเปราะบางอย่างเด่นชัดในด้านสุขภาพจิต การพบผู้สูงอายุบางรายมีแนวโน้มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าอาจสะท้อนผลกระทบทางอารมณ์จากความโดดเดี่ยว การสูญเสีย

และความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นในช่วงการระบาด ซึ่งเป็นประเด็นที่สอดคล้องกับรายงานของกรมสุขภาพจิต (2564) ที่พบอัตราการซึมเศร้าในผู้สูงอายุสูงขึ้นหลังโควิด-19 สำหรับประเด็นการได้รับวัคซีน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนอย่างน้อย 1 เข็ม แสดงถึงการเข้าถึงบริการและความเชื่อมั่นในระบบสาธารณสุข แต่ยังพบผู้สูงอายุที่ไม่เข้ารับวัคซีน ซึ่งอาจเกิดจากความกลัวผลข้างเคียงหรือความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน สถานการณ์นี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับรายงานของกรมควบคุมโรค (2566) ที่พบว่าปัจจัยด้านความเชื่อและความวิตกกังวลมีผลต่อการตัดสินใจรับวัคซีนของผู้สูงอายุ นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุหลายรายเคยติดเชื้อโควิด-19 อย่างน้อยหนึ่งครั้ง แม้หายดีแล้ว แต่ยังคงมีผลระยะยาว เช่น อาการล้าเรื้อรังหรือภาวะ Long COVID ซึ่งอาจมีผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระยะยาว

2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเมื่อพิจารณาแยกตามมิติของคุณภาพชีวิตทั้งสี่ด้าน ได้แก่ สุขภาพร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน สะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบของสถานการณ์โควิด-19 ต่อหลายมิติของการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ แม้สถานการณ์การระบาดจะคลี่คลายลงแล้ว แต่ร่องรอยของผลกระทบยังคงปรากฏอยู่ในระดับต่าง ๆ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมเป็นมิติที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ซึ่งอาจอธิบายได้จากโครงสร้างครอบครัวและวัฒนธรรมไทยที่ยังให้ความสำคัญต่อบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจำนวนมากอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรหลาน ทำให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพียงพอและรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนหรือครอบครัว แม้จะต้องเผชิญข้อจำกัดด้านการพบปะหรือการร่วมกิจกรรมในช่วงการแพร่ระบาดก็ตาม การมีเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคมที่เข้มแข็งยังสามารถลดผลกระทบด้านสุขภาพจิตและเสริมสร้างความรู้สึกรับประกันทางอารมณ์แก่ผู้สูงอายุ ในขณะที่ด้านสิ่งแวดล้อม แม้จะอยู่ในระดับปานกลาง แต่ยังสะท้อนข้อจำกัดด้านบริบทชุมชน เช่น การเข้าถึงบริการสุขภาพที่อาจลดลงในช่วงการแพร่ระบาด การเดินทางที่ถูกจำกัด รวมถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจที่อาจทำให้ผู้สูงอายุบางรายรู้สึกไม่มั่นคงในสภาพแวดล้อมของตนเอง ดังการศึกษาของ Shanbehzadeh, Zanjari, Yassin, Yassin, & Tavahomi (2023) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะ Long COVID มีกิจกรรมทางกายลดลงและมีการเสื่อมสภาพทางหน้าที่ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Huseth-Zosel & Fuller (2024) พบว่าผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกาคุณภาพชีวิตลดลงในช่วงสองปีแรกที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 โดยเฉพาะด้านการทำกิจวัตรประจำวันและด้านสุขภาพจิต นอกจากนี้ จากการศึกษาของสุภาพ อารีเอื้อ, ยุวดี สารบุรณ์, อินทิรา รูปสว่าง, ทิปทัศน์ ชินตาปัญญากุล และศิริรัตน์ อินทรเกษม (2565) ที่ได้ติดตามการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจาก 5 จังหวัดทั่วประเทศไทยในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 พบว่าผู้สูงอายุในบางจังหวัดที่มีมาตรการในการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างเข้มงวด ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวลดลง จึงพบว่ามีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ งานวิจัยนี้จึงชี้ให้เห็นว่ามาตรการด้านสาธารณสุขที่จำเป็นต่อการควบคุมโรคอาจมีผลข้างเคียงต่อมิติด้านกายภาพและจิตสังคมของผู้สูงอายุ โดยสรุป

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังสถานการณ์โควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผลกระทบที่ยืดเยื้อจากการจำกัดกิจกรรมทางกาย ความวิตกกังวลทางสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงบริบทสังคม-สิ่งแวดล้อม แต่การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนไทยยังคงเป็นปัจจัยเชิงบวกที่ช่วยรักษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้อยู่ในระดับ ที่พึงประสงค์

3. ความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผลการวิจัยพบว่าภาวะสุขภาพหลายด้านมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพช่องปาก สุขภาวะทางตา ภาวะโภชนาการ และภาวะข้อเข่าเสื่อม ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการดำรงชีวิตอย่างอิสระ ภาวะสุขภาพดังกล่าวไม่เพียงมีผลต่อความสบายกายและการทำงานของระบบต่าง ๆ แต่ยังกระทบต่อความสามารถในการเข้าสังคม การเดินทาง การรับประทานอาหาร และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม ในหลายมิติ ปัญหาสุขภาพช่องปาก ส่งผลต่อความเจ็บปวด การเคี้ยวอาหาร และภาวะโภชนาการ ทำให้ผู้สูงอายุบางรายหลีกเลี่ยงอาหารบางชนิดหรือรับประทานอาหารได้น้อยลง ซึ่งมีผลต่อพลังงานและสุขภาพโดยรวม ปัญหาด้านสายตา ทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม และจำกัดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ขณะที่ภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสม ส่งผลต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ภูมิคุ้มกัน และความทนทาน ต่อโรค ส่วนภาวะข้อเข่าเสื่อม ส่งผลโดยตรงต่อการเดิน การทรงตัว และการทำกิจกรรมพื้นฐานต่าง ๆ ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของพนิดา ม่วงผึ้ง, สมนึก สุวรรณบุบผา และกฤษฎา พงษ์พานิช (2566) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางจนถึงสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนถึงความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพและการรับรู้คุณค่าชีวิต ในขณะที่การศึกษาของกรมสุขภาพจิต (2564) ชี้ให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุส่งผลกระทบโดยตรงต่อความพึงพอใจในชีวิตและความสัมพันธ์ทางสังคม มีผลกระทบโดยตรงต่อความพึงพอใจในชีวิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และการมีส่วนร่วมกิจกรรมต่าง ๆ นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เชิงอภิมานของ Crocker et al. (2019) พบว่าภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับคุณภาพชีวิต ในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางจะมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง และมีความต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำกว่าในกลุ่มที่มีสมรรถภาพดีกว่าอย่างชัดเจน ผลการศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เน้นการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ การส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสม การดูแลช่องปาก การป้องกันและชะลอความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม รวมถึงการเสริมสร้างสุขภาวะจิตสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างอิสระ มีความมั่นคงทางกายและใจ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว ภายใต้บริบทหลังสถานการณ์โควิด-19 ที่ยังคงส่งผลกระทบต่อสุขภาพในหลายมิติ

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการศึกษา สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งในภาวะปกติและในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการดูแลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืน อาจารย์พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถใช้ข้อมูลดังกล่าวประกอบการพัฒนาหลักสูตร เนื้อหา และกระบวนการเรียนการสอน รวมถึงการจัดกิจกรรมเสริมความรู้และทักษะที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาว โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข กรมกิจการผู้สูงอายุ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถบูรณาการข้อมูลดังกล่าว เพื่อวางแผนพัฒนานโยบายและมาตรการที่ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ ในช่วงหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ตลอดจนเตรียมความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต นำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 หรือการศึกษาการสร้างโปรแกรมหรือพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2. การศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระดับจังหวัด หรือภูมิภาคที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อทำความเข้าใจความแตกต่างของภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต ตลอดจนปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

3. การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ ปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุในเชิงลึกมากขึ้น สามารถนำไปพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์. (2564). คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564 กระทรวงสาธารณสุข. บริษัท ฌันดาการีเอชเอ็น.

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). สถิติผู้สูงอายุประเทศไทย ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563. สืบค้นเมื่อ 18 มีนาคม 2567 จาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1610815306-335_0.pdf.

กรมควบคุมโรค. (2566). รายงานสถานการณ์และผลกระทบระยะยาวของโรคโควิด-19: Long COVID ในประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2567 จาก <https://ddc.moph.go.th/>.

- กรมสุขภาพจิต. (2563). รายงานผลการคัดกรองสุขภาพจิตผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19. สืบค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2567 จาก https://dmh.go.th/report/dmh/rpt_year.
- กรมสุขภาพจิต. (2564). ความเสี่ยงและผลกระทบต่อผู้สูงอายุในช่วง Covid-19. สืบค้นเมื่อ 21 มีนาคม 2567 จาก <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30794>.
- กรมอนามัย. (2564). แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทย. สืบค้นเมื่อ 18 มีนาคม 2567 จาก <https://multimedia.anamai.moph.go.th/>.
- ฉันทนา นาคฉัตรีย์, จีราพร ทองดี, ดารารวรรณ รองเมือง, กฤติยา ชาสวรรณ และเนตรนภา พันเล็ก. (2564). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่เข้าาร่วมกันหลายขนาน: กรณีศึกษา. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 4(2), 14-26.
- พนิดา ม่วงผึ้ง, สมนึก สุวรรณบุบผา และกฤษณา พงษ์พานิช. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารการบริหารและพัฒนาวัฒนธรรม*, 9(2), 34-47.
- มินตรา สารรักษ์, ธิติรัช งานฉม้ง และนันทยา กระสวยทอง. (2563). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคำขวาง อำเภอรามัญราชบุรี จังหวัดอุบลราชธานี. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 35(3), 304-310.
- วรวรรณ สุภาตา และสุกัญญา บัวศรี. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอเมือง. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*, 25(2), 1-17.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2551). การประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ เรื่องการเปรียบเทียบความสัมพันธ์แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination; TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. นนทบุรี: บริษัท ซีจีที.
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาพ อารีเอื้อ, ยุติ สารบุรณ, อินทิรา รูปสว่าง, ทิพย์ชน ชินตาปัญญากุล และศิริรัตน์ อินทรเกษม. (2565). การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในช่วง การระบาดของโควิด-19. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 16(4), 421-436.
- สุภาภรณ์ ตันตินันท์ตระกูล, จิรกุล ครอบสอน และนงลักษณ์ วิชัยรัมย์. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชุมชนบางโพธิ์เหนืออำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 7(11), 352-373.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. (2545). *แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (WHOQOL-BREF-THAI)*. สืบค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2567 จาก <https://dmh.go.th/test/whoqol/>.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). รายงานสำรวจภาวะสังคมและสุขภาพของประชากรไทย: สรุปผลที่สำคัญการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2566. สืบค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2567 จาก https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2024/20240508082744_74896.pdf.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2565). รายงานสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2565: รายงานประจำปี 2565. สืบค้นเมื่อ 21 มีนาคม 2567 จาก <https://eh.anamai.moph.go.th/th/anniversary-report/213488>.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Health status*. Retrieved March 21, 2024 from <https://www.cdc.gov/index.html>.
- Crocker, T. F., et al. (2019). Quality of life is substantially worse for community-dwelling older people living with frailty: Systematic review and meta-analysis. *Quality of Life Research*, 28(2041-2056). <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02149-1>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Huseth-Zosel, A. & Fuller, H.R. (2024). Changes in quality of life and health across the first two years of the COVID-19 pandemic: A mixed-methods, longitudinal study of older adults. *Archives of Gerontology and Geriatric Plus*, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.aggp.2024.100081>
- Krejcie, R.V. & Morgan, D.W. (1970). Determining sample sizes for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Lawton, M. P. (2000). Quality of life in chronic illness. *Gerontology*, 46(4), 181-183. <https://doi.org/10.1159/000022163>
- Lu, J., et al. (2020). Association between social health status and health-related quality of life among community-dwelling elderly in Zhejiang. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(110), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01358-4>
- Mahoney, F. I. & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14(1), 61-65.
- Pridham, G., Rockwood, K., & Rutenberg, A. (2024). Dynamical modelling of the frailty index indicates that health reaches a tipping point near age 75. *Quantitative Biology*, 1-11. <http://dx.doi.org/10.48550/arXiv.2412.07795>

- Richardson, S., et al. (2020). Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with covid-19 in the New York City Area. *JAMA*, 323(20), 2052-2059. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6775>
- Shanbehzadeh, S., Zanjari, N., Yassin, M., Yassin, Z., & Tavahomi, M. (2023). Association between long COVID, functional activity, and health-related quality of life in older adults *BMC Geriatrics*, 23(40), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03757-w>
- World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: Field trial version*. Retrieved March 21, 2024 from <https://www.who.int/publications/i/item/WHOQOL-BREF>.
- World Health Organization. (1997). *WHOQOL: Measuring quality of life*. Retrieved March 21, 2024 from <https://www.who.int/tools/whoqol>.
- World Health Organization. (2022). *Measuring healthy ageing: A summary report*. Retrieved March 21, 2024 from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061920>.
- World Health Organization. (2023). *Ageing and health*. Retrieved March 18, 2024 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
- Yakabi, A., Watanabe, M., Ishizaka, M., Itokazu, M., & Kubo, A. (2022). Changes in physical function in older females over a 5-year period. *Journal of Physical Therapy Science*, 34(9), 620-624. <https://doi.org/10.1589/jpts.34.620>

ปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักบริบาล จังหวัดอุบลราชธานี

Factors Predicting the Caregiving Competence of Caregivers for Older Adults with Geriatric Syndromes in Ubon Ratchathani Province

ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์^{1*}, ยมนา ชนะนิล¹, ฉันทวรรณ วิชัยพล¹

Nattanun Kumpiriyapong^{1*}, Yommana Chananin¹, Chanthawan Vichaipon¹

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี¹

Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University¹

(Received: June 5, 2025; Revised: August 21, 2025; Accepted: December 15, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักบริบาล และปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักบริบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ นักบริบาลที่ปฏิบัติงานในระบบการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 114 คน คัดเลือกตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ แบบสอบถามการรับรู้นโยบาย แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 48.96 ปี (S.D. = 9.44) และมีระยะเวลาการเป็นนักบริบาลเฉลี่ย 4.55 ปี (S.D. = 3.00) โดยมีระดับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักบริบาลอยู่ในระดับสูง (Mean = 135.43, S.D. = 7.04) การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.61$) ทัศนคติ ($\beta = 0.32$) และระยะเวลาการเป็นนักบริบาล ($\beta = 0.18$) ร่วมกันทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุได้ร้อยละ 60.2 ($R^2 = 0.60$, Adj $R^2 = 0.59$, $F = 55.54$, $p\text{-value} < 0.01$) ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนานโยบายและเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของนักบริบาลเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ, กลุ่มอาการสูงอายุ, นักบริบาล

*ผู้ให้การติดต่อ ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์ e-mail: nattanun.k@ubu.ac.th

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to examine the level of caregiving competency among caregivers for elderly with geriatric syndromes and to identify the predictors of such competency. The sample consisted of 114 caregivers working in the long-term care system for elderly in Ubon Ratchathani Province, selected using a multi-stage sampling technique. The research instruments included a personal information questionnaire, a knowledge assessment on the care of elderly with geriatric syndromes, an attitude questionnaire, a policy perception questionnaire, an information access questionnaire, a social support questionnaire, and a caregiving competency assessment tool. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple linear regression.

The results revealed that the participants had an average age of 48.96 years (S.D. = 9.44) and an average caregiving experience of 4.55 years (S.D. = 3.00). The overall caregiving competency was found to be at a high level (Mean = 135.43, S.D. = 7.04). Stepwise multiple regression analysis showed that social support ($\beta = 0.61$), attitude ($\beta = 0.32$), and caregiving experience ($\beta = 0.18$) were significant predictors of caregiving competency, collectively accounting for 60.2% of the variance ($R^2 = 0.60$, Adj $R^2 = 0.59$, $F = 55.54$, $p\text{-value} < 0.01$). These findings can be applied to inform policy development and guide the enhancement of caregivers' capacity to improve the quality and effectiveness of care for elderly with geriatric syndromes.

Keywords: Caregiving Competency for Elderly, Geriatric Syndromes, Caregiver

บทนำ

สังคมผู้สูงอายุเป็นประเด็นท้าทายระดับโลกที่ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อระบบสุขภาพและสังคม ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 โดยผลสำรวจในปี 2567 ประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 20 และจังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดที่มีประชากรสูงอายุมากที่สุด 5 อันดับแรก โดยมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 401,029 คน คิดเป็นร้อยละ 23.2 ของประชากรทั้งจังหวัด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงวัยนี้ก่อให้เกิดความท้าทายด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซับซ้อนที่เรียกว่า “กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndrome)” ซึ่งภาวะนี้มักนำไปสู่ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว กิจกรรมในชีวิตประจำวัน และการมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่โดยภาพรวมของผู้สูงอายุ (Alhalaseh, Makahleh, Al-Saleem, Al-Omran, & Schoenmakers, 2024)

กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndrome) เป็นคำที่ใช้อธิบายภาวะสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถจัดเข้ากับหมวดหมู่ของโรคใดโรคหนึ่งได้อย่างชัดเจน เกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่มีปฏิสัมพันธ์กัน กลุ่มอาการสูงอายุที่พบบ่อย เช่น การหกล้ม ภาวะสมองเสื่อม และภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ ภาวะโภชนาการเป็นต้น (Wu, Yu, Li, Qiao, & Chen, 2024) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 90.5 ของผู้สูงอายุในชุมชนมีกลุ่มอาการสูงอายุอย่างน้อยหนึ่งกลุ่มอาการ และร้อยละ 72.8 มีกลุ่มอาการสูงอายุหลายกลุ่มอาการ (Wang, Hu, Chen, Tang, & Hu, 2024) โดยกลุ่มอาการสูงอายุที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ อาการหลงลืม ร้อยละ 40.6 ภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ ร้อยละ 38.0 ปัญหาเรื่องการนอน ร้อยละ 26.4 ภาวะหกล้ม ร้อยละ 12.0 ภาวะเบื่ออาหาร ร้อยละ 11.6 กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการหลงลืมจะมีกลุ่มอาการสูงอายุอื่น ๆ ร่วมด้วยตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป (ปิทธิพร สิริทิพากร และคณะ, 2562) กลุ่มอาการสูงอายุส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อผู้สูงอายุและครอบครัว โดยผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุมีแนวโน้มเกิดภาวะทุพพลภาพและพึ่งพิงสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีกลุ่มอาการสูงอายุ (Alhalaseh, Makahleh, Al-Saleem, Al-Omran, & Schoenmakers, 2024) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wu, Yu, Li, Qiao, & Chen (2024) ที่พบว่ากลุ่มอาการอาการสูงอายุ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้กลุ่มอาการสูงอายวยังเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และเพิ่มภาระในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของครอบครัว ชุมชน และสังคม (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2558)

ในบริบทของระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน นักบริบาล (Caregiver (CG)) เป็นกำลังสำคัญในระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน และมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะพึ่งพิง นักบริบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมิน เฝ้าระวัง และจัดการกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงการประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวของผู้สูงอายุ สมรรถนะของนักบริบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรง ซึ่งสมรรถนะที่ดีของนักบริบาลย่อมหมายถึง ความสามารถในการให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ (อรรณพ สนธิไชย, ฅนอมศักดิ์ บุญสู่ และปณิตา ครองยุทธ, 2563) อย่างไรก็ตามสมรรถนะในการดูแลไม่ได้เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ แต่เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยหลายด้าน ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยด้านทรัพยากรและระบบสนับสนุน ตลอดจนปัจจัยทางสังคมและองค์กร การศึกษานี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model (Green & Kreuter, 2005) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ โดยแนวคิดนี้อธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถนะในการปฏิบัติงานเกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีอิทธิพลต่อแรงจูงใจและความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม ได้แก่ ความรู้ ทักษะคติ ประสพการณ์ ความเชื่อ ค่านิยม และลักษณะส่วนบุคคล 2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง ปัจจัยที่

เสริมแรงและสนับสนุนให้บุคคลคงไว้หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ การให้รางวัล การยอมรับ และการประเมินผลการปฏิบัติงาน และ 3) ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง ปัจจัยสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรที่อำนวยความสะดวกหรือเป็นอุปสรรคต่อการแสดงพฤติกรรม ได้แก่ ความพร้อมของทรัพยากร สิ่งอำนวยความสะดวก นโยบาย และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร กรอบแนวคิดนี้มีจุดเด่นคือการมองปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมอย่างองค์รวม เน้นการค้นหาปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้เพื่อนำไปสู่การพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งมีการประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในการส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพ (นรลักษณ์ เอื้อกิจ และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี, 2562; Green & Kreuter, 2005) กรอบแนวคิดนี้ช่วยให้สามารถอธิบายและวิเคราะห์สมรรถนะการดูแลของนักบริบาลได้อย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการดูแล ได้แก่ ระดับความรู้ การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนจากองค์กร (ชนายุส คำโสม, สุนีย์ ละกำป็น และเพลินพิศ บุญมาลิก, 2562; นิชนันท์ สุวรรณภูมิ, สุภัทร นักรู้กำพลพัฒน์, อมรรัตน์ นระสนธิ์ และวุฒิชัย ลำตวน, 2564; ผาณิต หลีเจริญ, วณิดา อารามรมย์, จารุณี วาระหัส, ณิชชา สังขิณัญญ และลักษณา หวัดเพ็ชร, 2566) และนอกจากปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติแล้ว ประสบการณ์การเป็นผู้ดูแล ความรู้เรื่องนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแล (พนัชกร มีสิทธิ์, 2566)

ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่ทำนายสมรรถนะของนักบริบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลในระบบสุขภาพระยะยาว เนื่องจากสมรรถนะของนักบริบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อความต่อเนื่องและประสิทธิภาพของการดูแลผู้สูงอายุ การเข้าใจปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะดังกล่าวจะช่วยสนับสนุนการออกแบบหลักสูตรการฝึกอบรม การจัดสรรทรัพยากร และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนทางสุขภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ในบริบทของจังหวัดอุบลราชธานีที่กำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยอย่างรวดเร็ว แต่ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยทำนายสมรรถนะของนักบริบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุอย่างจำกัด การศึกษาดังกล่าวจึงมีความจำเป็นเพื่อสร้างองค์ความรู้ที่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมและทรัพยากรในประเทศ อันจะนำไปสู่การพัฒนานโยบายและระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุม และยั่งยืนในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

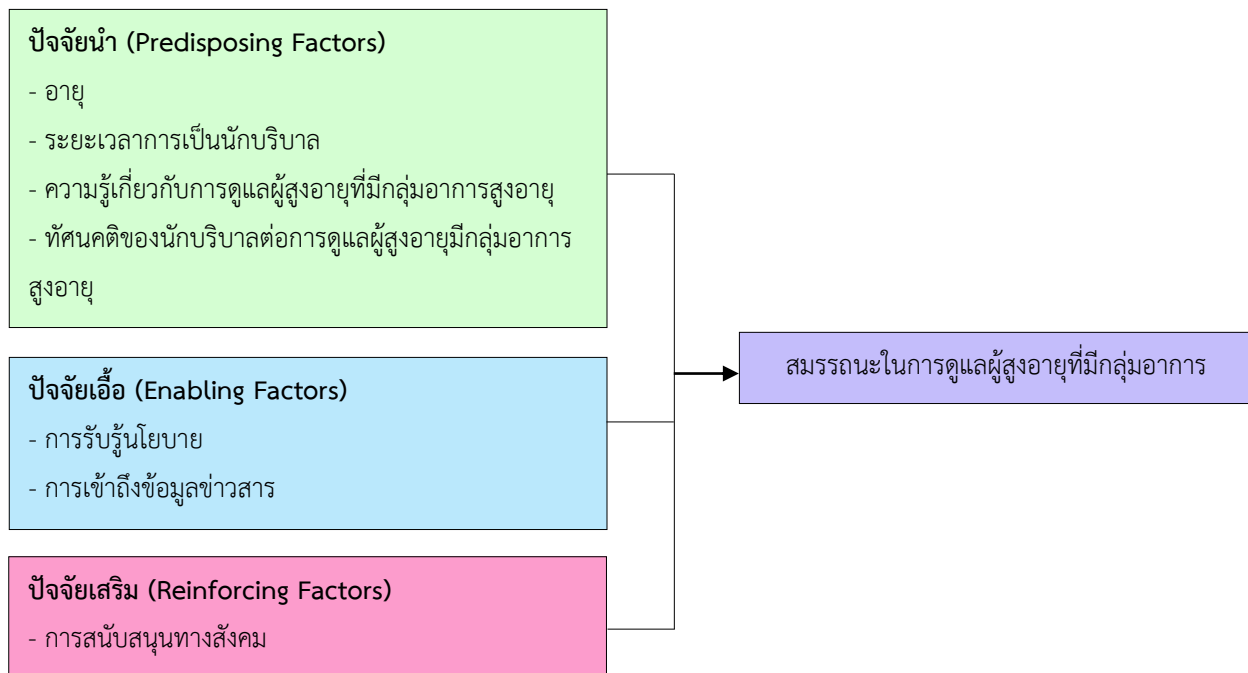
1. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักบริบาล ในจังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักบริบาลในจังหวัดอุบลราชธานี

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเป็นนักบริบาล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ทักษะของผู้ช่วยเหลือดูแลต่อผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การรับรู้นโยบาย การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักบริบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักบริบาล ในจังหวัดอุบลราชธานีครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model (Green & Kreuter, 2005) ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ได้คัดสรรปัจจัย ดังนี้ 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเป็นนักบริบาล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ และทักษะของนักบริบาลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การรับรู้นโยบาย และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และ 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytical Study) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2568 ณ จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักบริบาลที่ปฏิบัติงานในระบบการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 3,773 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักบริบาลที่ปฏิบัติงานในระบบการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานี คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power (นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรพร สารทรัพย์ และญาดา นภาพารักษ์, 2562) โดยกำหนดพารามิเตอร์สำหรับการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression) ประกอบด้วย อำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 ขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) เท่ากับ 0.15 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดกลางที่แนะนำสำหรับสถิติการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Cohen, 1977 อ้างถึงใน นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรพร สารทรัพย์ และญาดา นภาพารักษ์, 2562) และตัวแปรอิสระจำนวน 7 ตัวแปร จากการคำนวณพบว่า ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 103 คน และเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมเป็น 114 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) โดยขั้นตอนแรก สุ่มเลือกอำเภอในจังหวัดอุบลราชธานีด้วยวิธีการจับฉลาก 1 อำเภอ คือ อำเภวารินชำราบ จากนั้นในขั้นตอนที่สอง สุ่มเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภวารินชำราบ จำนวน 10 แห่งด้วยวิธีการจับฉลากเช่นเดียวกัน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีการกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. นักบริบาลที่ปฏิบัติงานในระบบการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานี
2. สามารถสื่อสารภาษาไทย อ่านออกและเขียนได้
3. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก

1. ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นนักบริบาล การอบรมในหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

2. แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีจำนวนทั้งหมด 40 ข้อ โดยแบ่งเป็นความรู้ด้านการคัดกรอง จำนวน 10 ข้อ ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการ

สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเลือกตอบแบบ ถูก และผิด หากตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-40 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (0-13 คะแนน) ระดับปานกลาง (14-26 คะแนน) และระดับสูง (27-40 คะแนน)

3. แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ดัดแปลงจากแบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครหมู่บ้าน (ผาณิต หลีเจริญ, วนิตา อารามมรย์, จารุณี วาระหัส, ณัฏชา สังขิณูญ และลักษณะ หวัดเพชร, 2566) จำนวน 25 ข้อ โดยแบ่งเป็นด้านการดูแล จำนวน 15 ข้อ ด้านการคัดกรอง จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 25-125 คะแนน แปลผลระดับคะแนนทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ เป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (25-58 คะแนน) ระดับปานกลาง (59-91 คะแนน) และระดับสูง (92-125 คะแนน)

4. แบบสอบถามการรับรู้นโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนนโยบายที่เกี่ยวข้องกับนักบริบาลในระบบการดูแลระยะยาว มีจำนวน 6 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน แปลผลระดับคะแนนการรับรู้นโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ เป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (6-14 คะแนน) ระดับปานกลาง (14-22 คะแนน) ระดับสูง (23-30 คะแนน)

5. แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนระบบการทำงานและการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับนักบริบาล ในระบบการดูแลระยะยาว จำนวน 8 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 8-40 คะแนน แปลผลระดับคะแนนการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ เป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (8-19 คะแนน) ระดับปานกลาง (20-30 คะแนน) และระดับสูง (31-40 คะแนน)

6. แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ ครอบครัว และเพื่อนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครหมู่บ้าน (ผาณิต หลีเจริญ, วนิตา อารามมรย์, จารุณี วาระหัส, ณัฏชา สังขิณูญ และลักษณะ หวัดเพชร, 2566) จำนวน 14 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14-70 คะแนน แปลผลระดับคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ เป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (14-33 คะแนน) ระดับปานกลาง (34-52 คะแนน) และระดับสูง (53-70 คะแนน)

7. แบบวัดสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักบริบาล ดัดแปลงจากแบบวัดสมรรถนะของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (จันทร์ทาวรรณ แก้วตุก, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์ และสมเกียรติยศ วรเดช, 2566) ที่สร้างจากสมรรถนะของนักบริบาล ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 สมรรถนะหลัก องค์ประกอบที่ 2 สมรรถนะการจัดการ องค์ประกอบที่ 3 สมรรถนะหน้าที่ ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ระดับการปฏิบัติมากที่สุด ระดับการปฏิบัติมาก ระดับการปฏิบัติปานกลาง ระดับการปฏิบัติน้อย ระดับการปฏิบัติน้อยที่สุด ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ โดยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 30-150 คะแนน แปลผลระดับคะแนนสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักบริบาล เป็น 3 ระดับตามช่วงคะแนน คือ ระดับต่ำ (30-70 คะแนน) ระดับปานกลาง (71-110 คะแนน) และระดับมาก (111-150 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index (CVI)) จากผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน และการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยนำไปทำการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน โดยพบว่า

1. แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 มีค่าความเที่ยงโดยการคำนวณค่า KR20 (Kuder-Richardson reliability) เท่ากับ 0.77

2. แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.96 มีค่าความเที่ยงโดยการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.74

3. แบบสอบถามการรับรู้นโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 มีค่าความเที่ยงโดยการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.74

4. แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 มีค่าความเที่ยงโดยการคำนวณโดยคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.82

5. แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 มีค่าความเที่ยงโดยการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.98

6. แบบวัดสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักบริบาล ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 มีค่าความเที่ยงโดยการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขอเก็บข้อมูลวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลกับนักบริบาล

2. จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบนักบริบาล ครึ่งละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างก่อนเก็บข้อมูล โดยบอกให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ ในการให้ข้อมูลและเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับอย่างเคร่งครัด ไม่มีการระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งสิทธิที่จะยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาในขณะเก็บข้อมูลโดยไม่มีข้อแม้ใด ๆ รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม และทบทวนตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจก่อนให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลา 30 นาที

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ การรับรู้นโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักบริบาล โดยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple Linear Regression with the Stepwise Method) โดยผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า Histogram และ Normal P-P Plot ของ Regression Standardized Residual ข้อมูลมีการแจกแจงที่เป็นไปตามลักษณะของการแจกแจงปกติ ไม่มีปัญหา Multicollinearity ระหว่างตัวแปรอิสระ (Variance Inflation Factor < 5, Tolerance > 0.1) และ Durbin-Watson เท่ากับ 1.715 บ่งชี้ว่าไม่มีปัญหา Autocorrelation จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น สรุปได้ว่าข้อมูลเป็นไปตามสมมติฐานพื้นฐานของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ UBU-REC-82/2568 ลงวันที่ 21 มีนาคม 2568 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบเกี่ยวกับรายละเอียดการดำเนินการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย จะไม่มีผลกระทบต่อ กลุ่มตัวอย่างหรือต่อปฏิบัติหน้าที่ ข้อมูลต่างๆที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง จะนำเสนอในภาพรวม และถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี (Mean = 48.96, S.D. = 9.44) ประมาณ 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 74.60) จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด (ร้อยละ 49) รองลงมาคือระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 28.9) กลุ่มตัวอย่าง 1 ใน 4 มีระยะเวลา การเป็นนักบริบาล 1 ปี (ร้อยละ 23.7) (Mean = 4.55, S.D. = 3.00) และกลุ่มตัวอย่างทุกคนผ่านการอบรม ในหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 100)

2. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ของนักบริบาล

พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ (Mean = 28.97, S.D. = 3.19) ทักษะคิดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ (Mean = 110.03, S.D. = 12.58) มีค่าระดับคะแนนอยู่ใน ระดับสูง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การรับรู้นโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ (Mean = 27.11, S.D. = 3.65) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ (Mean = 35.26, S.D. = 4.26) มีค่าระดับ คะแนนอยู่ในระดับสูง ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการ สูงอายุ (Mean = 61.45, S.D. = 7.04) มีค่าระดับคะแนนอยู่ในระดับสูง และ สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มี กลุ่มอาการสูงอายุของนักบริบาล (Mean = 135.43, S.D. = 7.04) มีค่าระดับคะแนนอยู่ในระดับสูง ดังแสดง ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงระดับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักบริบาล และปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม (n=114)

ตัวแปร	Mean	S.D.	ระดับ
สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักบริบาล	135.43	14.60	สูง
ปัจจัยนำ			
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ	28.97	3.19	สูง

ตัวแปร	Mean	S.D.	ระดับ
ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ปัจจัยเอื้อ	110.03	12.58	สูง
การรับรู้นโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ	27.11	3.65	สูง
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ปัจจัยเสริม	35.26	4.26	สูง
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ	61.45	7.04	สูง

3. ปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุนักบริบาล ในจังหวัดอุบลราชธานี

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ (X_1) ($\beta = 0.61$), ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ (X_2) ($\beta = 0.32$) และระยะเวลาการเป็นนักบริบาล (X_3) ($\beta = 0.18$) ร่วมกันทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุนักบริบาล ได้ร้อยละ 60.2 ($R^2 = 0.60$, Adj $R^2 = 0.59$, $F = 55.54$) โดยสามารถเขียนสมการถดถอยเชิงเส้นที่ได้จากการวิเคราะห์ คือ สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุนักบริบาล = $12.22 + 1.27(X_1) + 0.37(X_2) + 0.89(X_3)$ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุนักบริบาล ในจังหวัดอุบลราชธานี

ตัวแปร	B	SE _B	β	t
ค่าคงที่	12.22	-	-	-
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ	1.27	0.14	0.61	8.90
ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ	0.37	0.08	0.32	4.49
ระยะเวลาการเป็นนักบริบาล	0.89	0.32	0.18	2.83
$R^2 = 0.60$ Adj $R^2 = 0.59$ $F = 55.54$				

*p-value < 0.01

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ระดับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุนักบริบาล

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่านักบริบาลในจังหวัดอุบลราชธานีมีสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุนักบริบาลอยู่ในระดับสูง (Mean = 135.43, S.D. = 14.60) สอดคล้องกับ การศึกษาของ จันทราวรรณ แก้วดุก, บุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และสมเกียรติยศ วรเดช (2566) ที่พบว่าสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ใน

ระดับสูง (Mean = 4.26, S.D. = 0.46) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ สะท้อนให้เห็นถึงความสามารถของนักบริหารในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนทางสุขภาพ และความสำเร็จของการพัฒนาทรัพยากรบุคคลในด้านการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้การศึกษายังพบว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการดูแลผู้อยู่ในระดับสูงทั้งสิ้น เช่น ความรู้ (Mean = 28.97, S.D. = 3.19) และ ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ (Mean = 110.03, S.D. = 12.58) อยู่ในระดับสูง แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจ และมุ่งมั่นในเชิงบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุขศิริ ประสมสุข, ณัฐกร นิลเนตร และ เกรียงไกร เกิดหนู (2563) ที่พบว่าความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดเพชรบุรีอยู่ใน ระดับสูง และผลการศึกษาพบว่าหลังจากผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง (กรมอนามัย) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดบึงกาฬ มีคะแนนความรู้ ทักษะ และการรับรู้ สมรรถนะตนเองในการดูแลผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) (ไกรสร จุลโยธา, 2565) คะแนนสมรรถนะโดยรวมที่สูงขึ้นสะท้อนถึงความสำเร็จของนโยบายและระบบบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับ ผู้สูงอายุของไทยในช่วงที่ผ่านมา ตลอดจนโครงสร้างระบบอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ซึ่งจะเห็นได้จากผลการศึกษา ที่พบว่า การรับรู้นโยบายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ (Mean = 27.11, S.D. = 3.65) การเข้าถึง ข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ (Mean = 35.26, S.D. = 4.26) และการได้รับแรง สนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ (Mean = 61.45, S.D. = 7.04) ล้วนมีคะแนนอยู่ใน ระดับสูงทั้งสิ้น

2. ปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักบริหาร

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักบริหาร ประกอบด้วย การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.61$) ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ ($\beta = 0.32$) และระยะเวลาการเป็นนักบริหาร ($\beta = 0.18$) ปัจจัยทั้งสามนี้ร่วมกันสามารถทำนายสมรรถนะได้ร้อยละ 60.20 ($R^2 = 0.60$, Adj $R^2 = 0.59$, $F = 55.54$) แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านสังคม จิตใจ และประสบการณ์ ล้วนมีบทบาท สำคัญในการส่งเสริมสมรรถนะของนักบริหาร จากค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทาง สังคมเป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลสูงสุด ($\beta = 0.61$) ซึ่งการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ทำหน้าที่เป็นปัจจัยเสริม ที่ช่วยสร้างสภาพแวดล้อมและทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมดูแลที่มีประสิทธิภาพ (Green & Kreuter, 2005) ในบริบทของการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ นักบริหารต้องทำงานในสภาพแวดล้อมที่ ซับซ้อนและท้าทาย จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวผู้ป่วย ทีมสุขภาพสหวิชาชีพ และชุมชน การได้รับ แรงสนับสนุนที่เข้มแข็งจึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้กับบริหารสามารถจัดการกับความซับซ้อนของการดูแลได้อย่าง มีประสิทธิภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ผาณิต หลีเจริญ, วณิดา อารามมรย์, จารุณี วาระหัส, ณัฏชา สังขิณโณ และลักขณา หวัดเพ็ชร (2566) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.24$, $p\text{-value} < 0.001$) สามารถทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญ

ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ ($\beta = 0.32$) เป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลสำคัญอันดับสองต่อสมรรถนะการดูแล โดยเป็นปัจจัยนำ ซึ่งเป็นคุณลักษณะภายในที่มีอิทธิพลต่อแรงจูงใจและการตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรมดูแล ที่กำหนดทิศทางและคุณภาพของการดูแลผู้สูงอายุ (Green & Kreuter, 2005) โดยผู้ดูแลที่มีทัศนคติเชิงบวกจะแสดงความรับผิดชอบและความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าผู้ที่มีทัศนคติเชิงลบ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโดยตรง (Chen, et al., 2024) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุขศิริ ประสมสุข, ณัฐกร นิลเนตร และเกรียงไกร เกิดหนู (2563) ที่พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างทัศนคติและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.45$, $p\text{-value} < 0.001$)

ระยะเวลาการเป็นนักบริบาล ($\beta = 0.18$) เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ โดยสะท้อนบทบาทของการสั่งสม ประสบการณ์ภาคสนาม ในการยกระดับความสามารถเชิงปฏิบัติ ผ่านกลไกการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ประสบการณ์ (Experiential Learning Theory) ของ Kolb (Kolb, 1970 อ้างถึงใน Xu, Lu, Yu, & Ding, 2025) ที่เน้นว่าบุคคลจะเรียนรู้และพัฒนาทักษะผ่านกระบวนการที่ประกอบด้วย การสัมผัส ประสบการณ์จริง การสังเกตและสะท้อนความคิด และนำไปทดลองใช้งานจริง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พงษ์กร มีสิทธิ (2566) ที่พบว่าประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ

ในขณะที่ปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุของนักบริบาล ได้แก่ อายุ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ การรับรู้นโยบาย และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร อาจเนื่องมาจากหลายปัจจัยที่ซับซ้อน สำหรับตัวแปรอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี (Mean = 48.96, S.D. = 9.44) การกระจายของอายุในกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงที่ใกล้เคียงกัน อาจก่อให้เกิด “การจำกัดช่วงค่า” จึงทำให้ความสัมพันธ์กับสมรรถนะถูกลดทอนลงในเชิงสถิติ (Range Restriction Attenuates Correlations) (Carretta & Ree, 2022) ขณะเดียวกันความรู้เชิงทฤษฎีแม้สำคัญ แต่อาจไม่ใช่ปัจจัยที่มีอิทธิพลหลักที่เพียงพอสำหรับการเปลี่ยนผ่านสู่ผลการปฏิบัติ เนื่องจากสมรรถนะการดูแลเป็นทักษะที่ต้องอาศัยประสบการณ์และการฝึกปฏิบัติจริงมากกว่าความรู้เชิงทฤษฎีเพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ของ Kolb (Kolb, 1970 อ้างถึงใน Xu, Lu, Yu, & Ding, 2025) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุมาแล้ว ทำให้ระดับความรู้พื้นฐานใกล้เคียงกัน การรับรู้นโยบาย และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปฏิบัติงาน หากขาดการสนับสนุนจากองค์กรและสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เหมาะสม ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนและมีหลากหลายมิติของปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ

ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะนักบริบาลโดยเน้นการสร้างระบบสนับสนุนทางสังคม การพัฒนาทัศนคติที่เหมาะสม และการสะสมประสบการณ์การทำงาน เพื่อยกระดับคุณภาพ

การดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้โมเดลจะสามารถอธิบายสมรรถนะการดูแลได้ถึงร้อยละ 60.2 แต่ยังมีปัจจัยอีกประมาณร้อยละ 39.8 ที่ยังไม่ถูกรวมไว้ในการวิเคราะห์ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญอื่น เช่น ภาวะสุขภาพจิตของนักบริหาร ภาระงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน หรือปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ ที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคตเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจที่รอบด้านยิ่งขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. สามารถนำผลวิจัยไปเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาสมรรถนะนักบริหาร ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการออกแบบหลักสูตรฝึกอบรม โดยเน้นพัฒนาเครือข่ายทางสังคม ทักษะคนดี และส่งเสริมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยเฉพาะการสร้างระบบพี่เลี้ยงในกลุ่มนักบริหารที่มีประสบการณ์สูง เพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้เข้าร่วมใหม่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อสมรรถนะ เช่น ความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Intelligence) ปัจจัยด้านสุขภาวะทางจิต หรือภาระงาน
2. ควรมีการศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ เช่น เขตเมืองหรือพื้นที่ห่างไกล เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างในด้านบริบททางสังคม วัฒนธรรม และระบบสนับสนุนการทำงานของนักบริหาร
3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุนักบริหาร โดยเน้นการสร้างทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ และระบบการสนับสนุนการทำงานทางสังคมของนักบริหาร

เอกสารอ้างอิง

- ไกรสร จุลโยธา. (2565). ผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดบึงกาฬ หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง (กรมอนามัย). *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 8(3), 172-182.
- จันทร์วารรณ แก้วดุก, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์ และสมเกียรติยศ วรเดช. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดพัทลุง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้*, 10(3), e258719.
- ชนายุส คำโสม, สุนีย์ ละกำป็น และเพลินพิศ บุญยมาลิก. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 12(2), 193-207.

- นรลักษณ์ เอื้อกิจ และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. (2562). การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ. *วารสารพยาบาลสภาาชาดไทย*, 12(1), 38-48.
- นิพนธ์ สุวรรณภูมิ, สุวัชร นักรู้กำพลพัฒน์, อมรรรัตน์ นระสนธิ์ และวุฒิชัย ลำดวน. (2564). ปัจจัยทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 23(2), 18-26.
- นิพัฏฐพันธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาตร์เพ็ชร และญาดา นภาอารักษ์. (2562). การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power. *วารสารสถาบันเทคโนโลยีสุวรรณภูมิ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 5(1), 496-507.
- ปิติพร สิริทิพากร และคณะ. (2562). ความซุกของกลุ่มอาการสูงอายุและลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษ ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(3), 20-29.
- ผาณิต หลีเจริญ, ยุวนิดา อารามรมย์, จารุณี วาระหัส, ณัชชา สังขภิญโญ และลักษณะ หวัดเพ็ชร. (2566). ปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง จังหวัดสงขลา. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 13(2), 115-130.
- พนัชกร มีสิทธิ์. (2566). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง. *วารสารวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรมมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์*, 2(1), 1-14.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2558). *แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes)*. นนทบุรี: บริษัท อีส ออทีส จำกัด.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 ระดับจังหวัด [The 2024 survey of the older persons in Thailand Provincial Level]*. กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- สุขศิริ ประสมสุข, ญฐกร นิลเนตร และเกรียงไกร เกิดหนู. (2563). การศึกษาความรู้ ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาระพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิชาการสุขภาพวิทยาศาสตร์*, 2(31), 1-12.
- อรณพ สนธิไชย, ธนอมศักดิ์ บุญสู่ และปณิดา ครองยุทธ. (2563). สมรรถนะที่จำเป็นของนักบริหารผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 2(2), 37-48.

- Alhalaseh, L., Makahleh, H., Al-Saleem, B., Al-Omran, F., & Schoenmakers, B. (2024). Functional status in relation to common geriatric syndromes and sociodemographic variables - A step forward towards healthy aging. *Clinical Interventions in Aging*, 19, 901-910. <https://doi.org/10.2147/CIA.S462347>
- Carretta, T. R. & Ree, M. J. (2022). Correction for range restriction: Lessons from 20 research scenarios. *Military Psychology*, 34(5), 551-569. <https://doi.org/10.1080/08995605.2021.2022067>
- Chen, Z., et al. (2024). Knowledge, attitudes, and practices of family caregivers for patients with cerebral infarction toward home-based care. *Frontiers in Public Health*, 12, Article 1436423. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1436423>
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health promotion planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). New York: McGraw Hill.
- Wang, L. Y., Hu, Z. Y., Chen, H. X., Tang, M. L., & Hu, X. Y. (2024). Multiple geriatric syndromes in community-dwelling older adults in China. *Scientific Reports*, 14(1), 3504. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-54254-y>
- Wu, D., Yu, X., Li, F., Qiao, W., & Chen, X. (2024). Geriatric syndrome awareness and its determinants in China: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 24, 712. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05291-9>
- Xu, Y., Lu, J., Yu, X., & Ding, H. (2025). Impact of Kolb's experiential learning theory-based nursing on caregiver burden and psychological state of caregivers of dementia patients. *Open Medicine (Warsaw, Poland)*, 20(1), 20251157. <https://doi.org/10.1515/med-2025-1157>

การใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการออกแบบการเรียนการสอนแบบกรณีศึกษาเพื่อส่งเสริม การคิดวิเคราะห์สำหรับนักศึกษาพยาบาล

The Use of Artificial Intelligence in Designing Case-Based Learning to Promote Analytical Thinking Among Nursing Students

วรรณภา ศรีอ่อน¹, ชลธิชา อมาตยคง^{1*}

Wannapa Srion¹, Chonticha Amattayakong^{1*}

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข¹

Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute¹

(Received: April 21, 2025; Revised: September 10, 2025; Accepted: November 10, 2025)

บทคัดย่อ

การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลในศตวรรษที่ 21 จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเรียนรู้ให้ตอบสนองต่อการพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในระบบสุขภาพที่มีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายแนวทางการใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence (AI)) โดยเฉพาะโปรแกรม ChatGPT ในการออกแบบการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา (Case-Based Learning (CBL)) เพื่อส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ในนักศึกษาพยาบาล พร้อมทั้งเชื่อมโยงกับทฤษฎีการเรียนรู้แบบสร้างองค์ความรู้ (Constructivist Learning Theory) และทฤษฎีการคิดวิเคราะห์ (Critical Thinking Theory) โดยแสดงให้เห็นถึงการประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ ในการสร้างสถานการณ์จำลองที่เสมือนจริง การตั้งคำถามปลายเปิด การปรับระดับความยากของกรณีศึกษา และการให้ข้อเสนอแนะแบบทันที ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัญญาประดิษฐ์ช่วยเสริมสร้างผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความมีส่วนร่วมของผู้เรียน และทักษะการคิดวิเคราะห์อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามยังมีความท้าทายที่ต้องพิจารณา เช่น ความน่าเชื่อถือของข้อมูล ความเสี่ยงในการลดทักษะการตัดสินใจของผู้เรียน และข้อกังวลด้านจริยธรรม อาจารย์พยาบาลควรมีบทบาทในการควบคุม ออกแบบ และประเมินความเหมาะสมของปัญญาประดิษฐ์กับบริบทของรายวิชาอย่างเหมาะสม เพื่อให้ปัญญาประดิษฐ์เป็นเครื่องมือสนับสนุนในการเรียนการสอน ไม่ใช่ทดแทนการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษา การบูรณาการปัญญาประดิษฐ์กับการเรียนการสอนแบบกรณีศึกษา จึงนับเป็นแนวทางใหม่ที่มีศักยภาพในการส่งเสริมการเรียนรู้เชิงลึก ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลพัฒนาเป็นผู้ให้บริการที่มีความคิดรอบคอบและมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพปัจจุบัน

คำสำคัญ: ปัญญาประดิษฐ์, การคิดวิเคราะห์, การเรียนการสอนแบบกรณีศึกษา, การศึกษาพยาบาล, แชนเจีพีที

*ผู้ให้การติดต่อ ชลธิชา อมาตยคง email: chonticha@bcnc.ac.th

Abstract

In the 21st century, nursing education requires a transformation in learning approaches to develop nursing students' critical thinking skills and prepare them for the rapidly evolving and complex healthcare system. This article aims to present an instructional approach integrating Artificial Intelligence (AI), particularly ChatGPT, in the design of Case-Based Learning (CBL) to enhance critical thinking among nursing students. Drawing from Constructivist Learning Theory and Critical Thinking Theory, this paper explores how AI can simulate realistic clinical scenarios, generate open-ended questions, adjust case complexity, and provide immediate feedback. Literature reviews indicate that AI-enhanced learning significantly improves academic performance, student engagement, and critical thinking skills. However, concerns remain regarding the reliability of AI-generated content, the potential erosion of students' clinical judgment, and ethical implications. The paper emphasizes the instructor's role in supervising, tailoring, and validating AI-generated learning content to ensure alignment with course objectives and learning outcomes. Rather than replacing human reasoning, AI should be a supportive tool that facilitates deep learning and encourages reflective clinical decision-making. Integrating AI with CBL is thus a promising strategy for fostering analytical and reflective competencies in nursing students, equipping them with the cognitive agility and judgment required to meet the challenges of modern healthcare practice.

Keywords: Artificial Intelligence, Critical Thinking, Case-Based Learning, Nursing Education, ChatGPT

บทนำ

วิชาชีพการพยาบาลถือเป็นหนึ่งในอาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทุกระดับ ด้วยการใช้หลักการดูแลที่เน้นความเห็นอกเห็นใจและเมตตาธรรม (Watson, 2008) การปฏิบัติงานในสาขานี้ต้องอาศัยการบูรณาการองค์ความรู้หลากหลายสาขา ตั้งแต่วิทยาศาสตร์การพยาบาล ไปจนถึงศาสตร์ที่เสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับมนุษย์และสังคม โดยมุ่งเน้นการประยุกต์หลักการและวิธีการปฏิบัติ เพื่อให้บริการดูแลที่ครอบคลุมทั้งมิติทางกายภาพ จิตใจ และสังคมแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนในทุกช่วงวัย และทุกสถานะของสุขภาพ (American Association of Colleges of Nursing, 2021) วัตถุประสงค์หลักของการปฏิบัติการพยาบาล คือ การเสริมพลังและพัฒนาศักยภาพของผู้รับบริการให้สามารถจัดการกับสุขภาพ

ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ทั้งในสถานการณ์ที่ร่างกายแข็งแรงและเมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย (Orem, 2001)

นอกจากนี้ยังมุ่งสร้างเสริมความสามารถในการประเมินและตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสมกับบริบทและความต้องการที่แตกต่างกันไป เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว การจัดการศึกษาในสาขาการพยาบาลจึงได้รับการออกแบบให้มุ่งเน้นการสร้างบัณฑิตที่มีสมรรถนะในการปฏิบัติงานที่ได้มาตรฐานสากล สร้างความมั่นใจในด้านความปลอดภัยของผู้รับบริการ และยึดถือหลักการเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์โดยไม่แบ่งแยกหรือเลือกปฏิบัติ กระบวนการจัดการเรียนการสอนจำเป็นต้องเน้นการเชื่อมโยงระหว่างความรู้เชิงทฤษฎีและการนำไปปฏิบัติในสภาพการณ์จริง เพื่อให้ผู้เรียนมีความสามารถในการประยุกต์ใช้ความรู้ที่ได้รับในห้องเรียนไปสู่การปฏิบัติงานในภาคสนามได้อย่างมีความมั่นใจและเชี่ยวชาญ (Kolb, 2015) องค์ประกอบสำคัญที่ขาดไม่ได้ประกอบด้วย การเรียนรู้ในห้องบรรยาย การฝึกซ้อมในสภาพแวดล้อมที่จำลองขึ้น และการฝึกปฏิบัติในสถานพยาบาลจริง ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นส่วนประกอบสำคัญที่จะขัดเกลานักศึกษาให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่มีความรอบรู้และเชี่ยวชาญ (Jeffries, 2021)

จากแผนการพัฒนาและบริิการนักศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก (สถาบันพระบรมราชชนก, 2567) กำหนดให้มีการพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้เป็นผู้มีสมรรถนะหรือมีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ซึ่งหนึ่งในนั้นคือ สมรรถนะในการคิดวิเคราะห์ นอกจากนี้นักศึกษาพยาบาลควรมีระเบียบวินัยและรับผิดชอบต่อนหน้าที่ มีทักษะในการสื่อสารและสร้างความร่วมมือกับผู้อื่น ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณและแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นระบบ (Paul & Elder, 2021) และที่สำคัญไม่แพ้กัน คือ การยึดมั่นในหลักธรรมและจรรยาบรรณในการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งรักษาและสืบสานค่านิยมอันดีงามของวิชาชีพการพยาบาลไว้อย่างมั่นคง (รัตนา ทองแจ่ม และพระครูภาวนาโพธิคุณ, 2563) ดังนั้นเป้าหมายของการจัดการศึกษาพยาบาลคือ การส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาลที่จะนำไปสู่การตัดสินใจทางคลินิกที่มีเหตุผล ซึ่งจะช่วยให้เกิดการตัดสินใจทางคลินิกที่เหมาะสมส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี ทั้งนี้อาจารย์ผู้สอนต้องเลือกกลยุทธ์การสอนที่สนับสนุนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจทางคลินิก และการตัดสินใจในการดูแล เพื่อช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพภายในบริบทด้านสุขภาพ การรักษา และการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนในปัจจุบัน นอกจากนี้การคิดวิเคราะห์ได้รับการยอมรับว่าเป็นผลลัพธ์ทางการศึกษาที่สำคัญสำหรับนักศึกษาพยาบาลเพราะจะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ท้าทายและซับซ้อนด้านสุขภาพ การมีทักษะการคิดวิเคราะห์ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องตรงกับโรคและปัญหาของผู้ป่วย (Ahmady & Shahbazi, 2020)

แต่อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบปัญหาในการพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล ดังนี้ 1) มีโอกาสฝึกใช้จริงในสถานการณ์คลินิคน้อย หลักสูตรพยาบาลส่วนใหญ่มุ่งเน้นเนื้อหาทางทฤษฎีมากกว่าการปฏิบัติ ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีโอกาสน้อยในการตัดสินใจและคิดเชิงวิพากษ์ในสถานการณ์จริง

ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาทักษะที่สำคัญนี้ 2) กลยุทธ์การสอนที่ยังไม่ส่งเสริมการคิดวิเคราะห์อย่างเพียงพอ การเรียนการสอนที่เน้นการบรรยาย (Lecture-Based) ยังคงถูกใช้เป็นหลัก แม้ว่าการเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem-Based Learning (PBL)) จะมีประสิทธิภาพมากกว่าในการส่งเสริมการคิดวิเคราะห์แต่ก็ถูกใช้ในบางรายวิชาเท่านั้น (Zheng et al., 2024) 3) ขาดความมั่นใจและกลัวการตัดสินใจผิด นักศึกษาพยาบาลหลายคนมีความกังวลและไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองในการคิดเชิงคลินิก ทำให้ลังเลที่จะตั้งคำถามหรือเสนอแนวคิด ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ (Zuriguel-Pérez, et al., 2022) 4) ขาดการสะท้อนคิด และการให้ข้อมูลย้อนกลับที่มีคุณภาพการคิดวิเคราะห์ต้องการกระบวนการสะท้อนความคิด (Reflection) และการได้รับข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) อย่างมีคุณภาพ ซึ่งมักขาดหายไปจากการเรียนการสอน ส่งผลให้ผู้เรียนไม่สามารถประเมินกระบวนการคิดของตนเองได้อย่างลึกซึ้ง 5) ทักษะการคิดวิเคราะห์ไม่เพิ่มขึ้นตามระดับชั้นปี มีการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีสูงไม่ได้มีทักษะการคิดวิเคราะห์ที่สูงกว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีต้นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนให้เห็นว่าหลักสูตรอาจยังไม่สามารถพัฒนาทักษะนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพตลอดระยะเวลาการเรียน ดังนั้นการเลือกและออกแบบเทคนิคการสอนโดยอาจารย์จึงสำคัญต่อการพัฒนาทักษะเหล่านี้ (Pérez-Perdomo & Zabalegui, 2023) จากปัญหาดังกล่าวในยุคที่เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligent (AI)) มีบทบาทสำคัญในหลายด้านของสังคมรวมถึงการศึกษาพยาบาลที่สามารถนำปัญญาประดิษฐ์ มาใช้ในการพัฒนาการเรียนการสอนได้ ในด้านการส่งเสริมทักษะการคิดวิเคราะห์ (Critical Thinking) เป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับนักศึกษาพยาบาลในการตัดสินใจและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัญญาประดิษฐ์ สามารถเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการศึกษาพยาบาลเพื่อเสริมสร้างทักษะการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล (Syafriati, Kesehatan, & Palembang, 2024) โดยเฉพาะ ChatGPT ต่อความสนใจในการเรียนรู้ การคิดวิเคราะห์ และความคิดสร้างสรรค์ของนักศึกษาพยาบาลโดยการทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีการพัฒนาที่สำคัญในด้านความสนใจในการเรียนรู้ การคิดวิเคราะห์ และความคิดสร้างสรรค์เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (Syafriati, Kesehatan, & Palembang, 2024) แต่อย่างไรก็ตามความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สร้างโดย ปัญญาประดิษฐ์แม้ว่า ปัญญาประดิษฐ์จะให้มุมมอง และข้อมูลที่หลากหลายแต่ควรเสริมด้วยกลยุทธ์ที่เพิ่มการคิดวิเคราะห์และการตรวจสอบแหล่งที่มา (Shin, De Gagne, Kim, & Hong, 2024)

ปัจจุบันเป็นยุคของการเปลี่ยนผ่านด้านเทคโนโลยี การจัดการศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแนวทางการเรียนการสอนให้ทันสมัย เพื่อเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาพยาบาลสามารถเผชิญกับความท้าทายของระบบสุขภาพที่ซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การคิดวิเคราะห์ (Critical Thinking) เป็นทักษะสำคัญที่นักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องมีเพื่อการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล มีความปลอดภัยต่อผู้ป่วย และสามารถให้การพยาบาลที่มีคุณภาพสูง (Chan, 2013) ประกอบกับเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ มีบทบาทสำคัญในหลายด้านของสังคม รวมถึงการศึกษาพยาบาลที่สามารถนำปัญญาประดิษฐ์มาใช้ในการพัฒนาการเรียนการสอนได้ ในด้าน

การส่งเสริมทักษะการคิดวิเคราะห์ เป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับนักศึกษาพยาบาลในการตัดสินใจและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัญญาประดิษฐ์ เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการศึกษาพยาบาลเพื่อเสริมสร้างทักษะการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะ ChatGPT ต่อความสนใจในการเรียนรู้ การคิดวิเคราะห์ และความคิดสร้างสรรค์ของนักศึกษาพยาบาล โดยการทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีการพัฒนาที่สำคัญในด้านความสนใจในการเรียนรู้ การคิดวิเคราะห์ และความคิดสร้างสรรค์เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (Syafriati, Kesehatan, & Palembang, 2024) แต่อย่างไรก็ตาม แม้ว่าปัญญาประดิษฐ์ จะให้มุมมองและข้อมูลที่หลากหลาย แต่ยังมีสิ่งที่ควรพิจารณาในด้านความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สร้างโดยปัญญาประดิษฐ์ ดังนั้นควรเสริมด้วยกลยุทธ์ที่เพิ่ม การคิดวิเคราะห์และการตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลที่ได้มาเหล่านั้นด้วย (Shin, De Gagne, Kim, & Hong, 2024) ยกตัวอย่าง เช่น การนำปัญญาประดิษฐ์มาใช้สนับสนุนการจัดการเรียนรู้ในขณะเดียวกันการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา (Case-Based Learning (CBL)) ซึ่งเป็นแนวทางที่สามารถส่งเสริมให้นักศึกษาได้ฝึกคิด วิเคราะห์ แก้ไขปัญหา รวมถึงการตัดสินใจให้การพยาบาลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง บทความนี้เป็นการนำเสนอการนำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์โปรแกรมตอบโต้กลับอัตโนมัติผ่านโปรแกรม ChatGPT มาใช้ในการออกแบบการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา เพื่อส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ในนักศึกษาพยาบาล เพื่อยกระดับคุณภาพการเรียนการสอนให้กับนักศึกษาพยาบาล พร้อมกับเชื่อมโยงแนวคิดทางทฤษฎีการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้อง และการส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

การคิดวิเคราะห์เป็นทักษะที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในวิชาชีพพยาบาล ซึ่งนักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องประยุกต์ใช้ในสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงาน การคิดวิเคราะห์ประกอบด้วยกระบวนการวิเคราะห์ ประเมิน และตีความข้อมูลต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ ทักษะดังกล่าวถูกนำไปใช้ในหลากหลายมิติ ได้แก่ การค้นหาปัญหา การวางแผนการพยาบาลและการให้การพยาบาล การติดตามประเมินผล การแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจในสถานการณ์ฉุกเฉิน การคิดวิเคราะห์จึงเป็นสมรรถนะหลักที่พยาบาลต้องพัฒนาเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Falcó-Pegueroles, Rodríguez-Martín, Ramos-Pozón, & Zuriguel-Pérez, 2021; Nemati-Vakilabad, et al., 2023) สนับสนุนว่าการคิดวิเคราะห์เป็นองค์ประกอบสำคัญของแนวคิดเรื่องการดูแลที่ดีและความเป็นวิชาชีพที่ดี อาจกล่าวได้ว่าเจตคติเหล่านี้กลายเป็นคุณธรรมประจำวิชาชีพพยาบาล การมีเจตคติเชิงการคิดวิเคราะห์จึงไม่เพียงแต่เป็นทักษะทางปัญญาเท่านั้น แต่ยังเป็นคุณลักษณะที่สำคัญที่สร้างความเป็นเอกลักษณ์และมาตรฐานทางจริยธรรมของวิชาชีพพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ จะเห็นได้ว่าการคิดวิเคราะห์ในนักศึกษาพยาบาลเป็นกระบวนการที่นักศึกษาพยาบาลใช้ในการประเมิน วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับจากการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ เพื่อพัฒนาความเข้าใจที่ลึกซึ้งและสามารถประยุกต์ใช้ความรู้นั้นในการตัดสินใจทางคลินิกได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้นักศึกษาสามารถพิจารณาปัญหาจากหลายมุมมอง ตั้งคำถามที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาวิธีการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

นักศึกษาพยาบาลสามารถพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ผ่านการจัดการเรียนการสอนที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียน (Sakulrungsajalas, Chaiyaratana, & Tiwaree, 2023) ซึ่งเหมาะสมกับการศึกษาทางการพยาบาลที่ต้องใช้การตัดสินใจเชิงคลินิกในบริบทที่ซับซ้อน (Chan, 2013)

แนวคิดทฤษฎีทางการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการจัดการสอนรายวิชาการพยาบาล

การใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการจัดการสอนในรายวิชาการพยาบาลนั้น สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีทางการศึกษาโดยเฉพาะทฤษฎีที่เน้นการเรียนรู้แบบผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง การคิดวิเคราะห์ และการใช้เทคโนโลยีในการเรียนรู้ นั้นสามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ของนักเรียนและช่วยให้นักเรียนสามารถเข้าใจเนื้อหาผ่านการวิเคราะห์และการแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์จริงได้ดียิ่งขึ้น การใช้ปัญญาประดิษฐ์สามารถเสริมสร้างการเรียนรู้ในหลาย ๆ ด้าน เช่น การวิเคราะห์ข้อมูล, การเสนอคำแนะนำแบบปรับเปลี่ยนได้, และการให้ข้อเสนอแนะในเวลาจริง การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ผลการศึกษาสรุปว่าปัญญาประดิษฐ์มีส่วนช่วยในการพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความพร้อมด้านเทคโนโลยี และทักษะการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล ผ่านการใช้เครื่องมือ เช่น การจำลองสถานการณ์เสมือนจริง แชตบอต และระบบการเรียนรู้เฉพาะบุคคล (Alali, Qtait, Al-Awaysa, Alqaissi, & Jaradat, 2025)

ทฤษฎีการเรียนรู้แบบสร้างสรรค์ (Constructivist Learning Theory)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้เรียนสามารถสร้างความรู้ด้วยตนเองจากประสบการณ์และปฏิสัมพันธ์กับบริบท สังคม และเครื่องมือการเรียนรู้ (Piaget, 1972) โดยอาจารย์มีบทบาทเป็นผู้ชี้แนะ (Facilitator) มากกว่าการถ่ายทอดตรง ทฤษฎีนี้ยืนยันว่า ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ดีที่สุดเมื่อพวกเขาสามารถเชื่อมโยงข้อมูลใหม่ ๆ กับความรู้และประสบการณ์ที่มีอยู่แล้วในตัวเอง ซึ่งผู้เรียนในยุคดิจิทัลแตกต่างจากคนรุ่นก่อน ๆ เพราะผู้เรียนเติบโตในโลกดิจิทัลและให้ความสำคัญกับการเชื่อมต่อทางสังคมเป็นอย่างมาก ผู้เรียนรุ่นนี้ชอบทำงานเป็นกลุ่ม และแบ่งปันรายละเอียดของกิจกรรมของตนกับผู้เรียนด้วยกันโดยใช้แอปพลิเคชันซอฟต์แวร์ต่าง ๆ ผู้เรียนชื่นชอบ ผลตอบรับเชิงบวกเกี่ยวกับความสำเร็จของตนเองและต้องการการสนับสนุนทางปัญญาแบบตัวต่อตัว (Ouyang & Jiao, 2021) จากทฤษฎีการเรียนรู้แบบสร้างสรรค์ สามารถยกตัวอย่างการนำปัญญาประดิษฐ์มาใช้ในการจัดการเรียนการสอน เช่น การจัดการสอนแบบกรณีศึกษามีหลักการดังนี้ 1) เพื่อให้นักศึกษาเชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีเข้ากับการประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จำลอง 2) ฝึกการคิดวิเคราะห์ (Critical Thinking) และการตัดสินใจทางคลินิก (Clinical Decision Making) 3) ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม 4) เตรียมความพร้อมให้นักศึกษาพยาบาลสามารถเผชิญสถานการณ์ที่ซับซ้อนในการพยาบาล เช่น ให้นักศึกษาพยาบาลวิเคราะห์กรณี “หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน” โดยอาจารย์จะตั้งคำถามชี้ให้นักศึกษาคิดว่า: มีปัญหาอะไร? สาเหตุคืออะไร? จะดูแลผู้ป่วยรายนี้อย่างไร? และ ควรรายงานแพทย์เมื่อใด? เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาได้ฝึกการคิด วิเคราะห์ ตัดสินใจ แบบที่

เกิดขึ้นจริงในการปฏิบัติงาน โดยให้ปัญญาประดิษฐ์จำลองสถานการณ์เสมือนจริง (Case Simulation) ที่มีความซับซ้อนในรายวิชาการพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและภาคทดลอง ทำให้นักศึกษาพยาบาลเข้าใจและเรียนรู้ได้มากขึ้นจากการแก้ปัญหาจริง นอกจากนี้ปัญญาประดิษฐ์สามารถรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล (Learning Analytics) ซึ่งอาจารย์ผู้สอนสามารถใช้ข้อมูลเหล่านี้ในการปรับปรุงการสอนโดยอัตโนมัติ (Adaptive Learning) โดยการนำที่ข้อมูลที่ได้มาปรับการสอนให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลในแต่ละกรณีศึกษา เพื่อให้การเรียนรู้เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จะเห็นได้ว่าการบูรณาการทฤษฎีการคิดวิเคราะห์เข้ากับปัญญาประดิษฐ์ ไม่ใช่เพียงแค่การใช้เทคโนโลยีใหม่ แต่เป็นการ “ออกแบบประสบการณ์การเรียนรู้เชิงลึก” ที่ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล วิพากษ์วิจารณ์ และตัดสินใจอย่างมีความรับผิดชอบ ซึ่งเป็นหัวใจของวิชาชีพพยาบาล ในศตวรรษที่ 21 นอกจากนี้ปัญญาประดิษฐ์ ยังสามารถตั้งคำถามปลายเปิดหรือจำลองสถานการณ์ที่ซับซ้อนเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลฝึกการตัดสินใจเชิงวิพากษ์ รวมถึงแนวทางการให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) สำหรับอาจารย์เพื่อส่งเสริมและพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ให้กับนักศึกษาพยาบาล

ตัวอย่างการจำลองกรณีศึกษา

ในการจำลองกรณีศึกษาที่มีความซับซ้อนในรายวิชาการพยาบาล เช่น วิชาการพยาบาลมารดาทารก และผดุงครรภ์ 2 ที่ใช้ปัญญาประดิษฐ์ที่สามารถโต้ตอบสื่อสาร (AI Chatbot) มาช่วยสร้างสถานการณ์กรณีศึกษาการพยาบาลหญิงรอลคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมภายในห้องคลอด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กรณีศึกษาการพยาบาลหญิงรอลคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมภายในห้องคลอด

สถานการณ์	คำถามเพื่อการวิเคราะห์จากปัญญาประดิษฐ์	เฉลยและแนวคิดจากปัญญาประดิษฐ์
นางสาวเอ อายุ 26 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 อายุครรภ์ 40 สัปดาห์ มารับบริการที่ห้องคลอดด้วยอาการเจ็บครรภ์มา 10 ชั่วโมง ตรวจพบว่าปากมดลูกเปิด 7 เซนติเมตร ศีรษะทารกอยู่ตำแหน่ง Station -1 Fetal Heart Rate = 170 bpm มดลูกหดตัวทุก 2-3 นาที นานครั้งละ 50 วินาที พบมีน้ำคร่ำสีเขียวปนขี้เทา Vital signs มารดา: BP = 110/70 mmHg, HR = 98 bpm, Temp = 38.2°C	1. จากข้อมูลข้างต้น นักศึกษาคิดว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนอะไรในการคลอด 2. ภาวะแทรกซ้อนนี้เกิดจากสาเหตุใด และมีผลอย่างไรต่อมารดาและทารก 3. ควรมีการดูแลหรือให้การพยาบาลอย่างไรในกรณีนี้ 4. หากปล่อยไว้โดยไม่ดำเนินการ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนใดบ้าง 5. นักศึกษาจะรายงานอาการใดต่อแพทย์ โดยด่วน	1. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นคือ: Fetal Distress หรือ ภาวะทารกในครรภ์เครียด (จาก FHR เร็วเกิน 160 bpm, น้ำคร่ำสีเขียว แสดงถึง Meconium-Stained Amniotic Fluid) 2. สาเหตุและผลกระทบ: สาเหตุ: ภาวะพร่องออกซิเจนในทารก ทำให้ขับถ่ายขี้เทาในครรภ์ ผลต่อทารก: เสี่ยงต่อ Meconium Aspiration Syndrome, ภาวะพร่องออกซิเจนในระยะคลอด

สถานการณ์	คำถามเพื่อการวิเคราะห์ จากปัญหาประติษฐ์	เฉลยและแนวคิด จากปัญหาประติษฐ์
		ผลต่อมารดา: เพิ่มความเครียด วิตกกังวล, เสี่ยงผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน 3. การพยาบาลที่เหมาะสม: 3.1 ติดตาม FHR อย่างใกล้ชิด (Continuous fetal monitoring) 3.2 ให้ออกซิเจนทางหน้ากาก 3.3 จัดท่าตะแคงซ้าย 3.4 เตรียมทีมช่วยคลอดฉุกเฉิน/ เตรียมห้องผ่าตัดหากมีข้อบ่งชี้ 3.5 ดูแลอุณหภูมิมารดา และรายงาน แพทย์กรณีมีไข้ ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) 4. ภาวะแทรกซ้อนหากปล่อยไว้: 4.1 ทารกขาดออกซิเจน 4.2 สำลักซีเทา 4.3 คลอดล่าช้า

ข้อมูลเพิ่มเติม จากอาจารย์ผู้สอนในรายวิชา ในขั้นตอนการตรวจสอบสถานการณ์จำลองที่สร้างโดยปัญหาประติษฐ์		
สถานการณ์	คำถามเพื่อการวิเคราะห์	เฉลยและแนวคิดจากอาจารย์ผู้สอน
การให้ข้อมูลทางสูติศาสตร์จะมีการ เรียงลำดับสถานการณ์ และปรับ เพิ่มเติมข้อมูล เพื่อให้มีความสมบูรณ์ ของสถานการณ์มากขึ้น นางสาวเอ อายุ 26 ปี ประวัติการ ตั้งครรภ์ G1 P1001 GA 40 สัปดาห์ มารับบริการที่ห้องคลอดด้วยอาการเจ็บ ครรภ์ 10 ชั่วโมง ก่อนมา รพ. แกร็บ ตรวจพบว่าปากมดลูกเปิด (Dilation) 7 เซนติเมตร เพิ่มข้อมูลจาก ปัญหาประติษฐ์ คือ การตรวจภายใน ความบางของปากมดลูก 75% (Effacement) ให้ข้อมูลสมบูรณ์ยิ่งขึ้น - ระดับของส่วนน้ำ (Station) 0	ข้อคำถามเพื่อการวิเคราะห์จาก ปัญหาประติษฐ์ มีความเหมาะสม ใกล้เคียงกับข้อมูลที่ควรให้นักศึกษา วิเคราะห์ แต่ควรมีปรับการจัดเรียง ข้อคำถามใหม่ให้เหมาะสมต่อการจัด หมวดหมู่การเรียนรู้ให้เข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้ 1. หญิงรอลคลอดรายนี้เกิดภาวะแทรกซ้อน อะไร เกิดจากสาเหตุใด และมีผลกระทบ ต่อมารดาและทารกอย่างไร 2. ควรให้การพยาบาลหญิงรอลคลอดรายนี้ อย่างไร 3. ภาวะฉุกเฉินของหญิงรอลคลอดรายนี้ที่ นักศึกษาพยาบาลควรจจะรายงานต่อแพทย์ คืออะไร	วิเคราะห์ 1. หญิงรอลคลอดรายนี้เกิด ภาวะแทรกซ้อนอะไร เกิดจากสาเหตุใด และมีผลกระทบต่อมารดาและทารก อย่างไร สถานการณ์นี้วิเคราะห์ได้ว่า การเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่พบในหญิงรอลคลอด รายนี้พบว่า - ระยะของการคลอดระยะที่ 1 ปากมดลูก 7 ซม. เป็นระยะ Active Phase Effacement 75% Station 0 ศีรษะ ถึงระดับ Ischial Spines - ระยะที่ 1 ของการคลอดดำเนินการคลอดตามเวลา ปกติ

ข้อมูลเพิ่มเติม จากอาจารย์ผู้สอนในรายวิชา ในขั้นตอนการตรวจสอบสถานการณ์จำลองที่สร้างโดยปัญญาประดิษฐ์		
สถานการณ์	คำถามเพื่อการวิเคราะห์	เฉลยและแนวคิดจากอาจารย์ผู้สอน
ระดับของส่วนน้ำ (Station) เดิมคือ -1 ซึ่งไม่เหมาะสมกับการเปิดขยายของปากมดลูก - อัตราการเต้นของหัวใจ (Fetal Heart Rate) = 170 bpm - มดลูกหดตัวทุก 2-3 นาที ระยะเวลาหดตัว (Duration) นานครั้งละ 50 วินาที - เพิ่มข้อมูลจากปัญญาประดิษฐ์ ถุงน้ำคร่ำยังอยู่ (Intact) แพทย์จึงทำการเจาะถุงน้ำคร่ำพบมีน้ำคร่ำสีเขียวปนซีเทา - Vital signs มารดา: BP = 110/70 mmHg, HR = 98 bpm, Temperature = 38.2°C		- การหดตัวของมดลูกสม่ำเสมอและเหมาะสม - อัตราการเต้นของหัวใจ (Fetal Heart Rate) = 170 bpm พบว่า Fetal Heart Rate Tachycardia ควรระวัง Fetal Distress อุณหภูมิของมารดา 38.2°C ใช้มีสัญญาณของภาวะการติดเชื้อ เช่น Chorioamnionitis เป็นภาวะการอักเสบของเยื่อหุ้มทารก (Chorion และ Amnion) และน้ำคร่ำ ซึ่งเกิดขึ้นได้จากการติดเชื้อ โดยมักเกิดในช่วงตั้งครรภ์หรือระหว่างการคลอดเนื่องจากการติดเชื้อแบคทีเรียจากช่องคลอดหรือปากมดลูกเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด โดยแบคทีเรียลุกลามเข้าสู่โพรงมดลูกผ่านทางารลุกลามแบบ Ascending Infection ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมการเกิดการติดเชื้อ ได้แก่ การเจาะถุงน้ำคร่ำ นานเกิน 18 ชั่วโมงก่อนคลอด การคลอดก่อนกำหนด (Preterm Labor) การตรวจภายในบ่อย การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะขณะตั้งครรภ์ มีประวัติการติดเชื้อในครรภ์ก่อนหน้า น้ำคร่ำน้อย และการติดเชื้อทางโลหิต (Hematogenous Spread) เกิดจากเชื้อไวรัสหรือเชื้อวัณโรค เมื่อแพทย์ทำการเจาะถุงน้ำคร่ำจึงพบน้ำคร่ำสีเขียวปนซีเทา (Tick Meconium) ปัญญาประดิษฐ์วิเคราะห์สถานการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อน เรื่อง Fetal Distress หรือ ภาวะทารกในครรภ์เครียด (จาก FHR เร็วเกิน 160 bpm, น้ำคร่ำสีเขียว แสดงถึง Meconium-

ข้อมูลเพิ่มเติม จากอาจารย์ผู้สอนในรายวิชา ในขั้นตอนการตรวจสอบสถานการณ์จำลองที่สร้างโดยปัญญาประดิษฐ์		
สถานการณ์	คำถามเพื่อการวิเคราะห์	เฉลยและแนวคิดจากอาจารย์ผู้สอน
		Stained Amniotic Fluid) เพียงภาวะเดียว และขาดความละเอียดในประเด็น แนวคิดที่นักศึกษาต้องเพิ่มเติมตาม ทฤษฎี ซึ่งจากกรณีศึกษาผู้สอนควรให้ ผู้เรียนวิเคราะห์เพิ่มเติมเรื่องน้ำคร่ำ สีเขียว (Meconium-Stained Amniotic Fluid) เป็นภาวะที่พบน้ำคร่ำ มีสีเขียวหรือเขียวคล้ำ ซึ่งบ่งชี้ว่าทารก ได้ ขับถ่ายขี้เทา (meconium) ออกมา ในน้ำคร่ำ ก่อนคลอดหรือระหว่างคลอด สาเหตุของน้ำคร่ำสีเขียว 1. ทารกมีภาวะเครียดในครรภ์ (Fetal Distress) เช่น ภาวะขาดออกซิเจน (Fetal Hypoxia) ทารกจะตอบสนอง โดยการบีบรัดลำไส้ ขับ meconium ออกมา 2. การตั้งครรภ์ที่เกินกำหนด (Post-Term Pregnancy) เกิน 40 สัปดาห์ ทารกเริ่มมีการขับถ่ายขี้เทาออกมาได้เอง 3. สายรกบีบรัดหรือมีปัญหาเรื่องการไหลเวียนของเลือด ทำให้ทารกได้รับออกซิเจนน้อย 4. รกเสื่อมตามอายุครรภ์โดยเฉพาะหลัง 41-42 สัปดาห์ 5. การกระตุ้นหรือกระทบกระเทือนทารก เช่น คลอดยาก เจ็บครรภ์นาน หรือมีการกระตุ้นมดลูกมากเกินไป 6. ภาวะติดเชื้อในมดลูก อาจทำให้ทารกขับถ่ายออกมาก่อนกำหนดได้ ผลกระทบรุนแรงต่อทารกที่พบ คือ ภาวะ Meconium Aspiration Syndrome (MAS) หรือ ภาวะทารกสูดสำลักขี้เทา เป็นภาวะที่ ทารกแรก

ข้อมูลเพิ่มเติม จากอาจารย์ผู้สอนในรายวิชา ในขั้นตอนการตรวจสอบสถานการณ์จำลองที่สร้างโดยปัญญาประดิษฐ์		
สถานการณ์	คำถามเพื่อการวิเคราะห์	เฉลยและแนวคิดจากอาจารย์ผู้สอน
		เกิดสูดเอาน้ำคร่ำที่ปนซีเทา (Meconium-Stained Amniotic Fluid) เข้าไปในปอด ระหว่างการหายใจครั้งแรก หรือ ในระหว่างคลอด ส่งผลให้เกิดปัญหาในระบบทางเดินหายใจที่รุนแรง MAS คือภาวะที่ทารกสูดซีเทาเข้าปอด ทำให้เกิดปอดอักเสบ หายใจลำบาก และอาจอันตรายถึงชีวิตถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทัน่วงที กลไกการเกิด MAS 1. ทารกขาดออกซิเจนในครรภ์ → ลำไส้บีบตัว → ขับ Meconium ออกมาสูดน้ำคร่ำ 2. ทารกสูดเอาน้ำคร่ำที่มี Meconium เข้าไปในปอด 3. Meconium ไปอุดหลอดลมขนาดเล็ก → อากาศเข้าได้แต่ออกไม่ได้ → ภาวะ Air Trapping และ Alveolar Rupture 4. ทำให้เกิดการอักเสบในปอด ความดันในหลอดเลือดปอดสูง (Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn) และ ภาวะหายใจล้มเหลว อาการของ MAS ได้แก่ หายใจเร็ว/ลำบาก มีเสียงครืดคราด ปอดแฟบ บางส่วน ตัวเขียว และต้องใช้เครื่องช่วยหายใจหรือออกซิเจนสูง การวินิจฉัย - ประวัติสูดน้ำคร่ำสีเขียว - อาการทางระบบหายใจภายใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

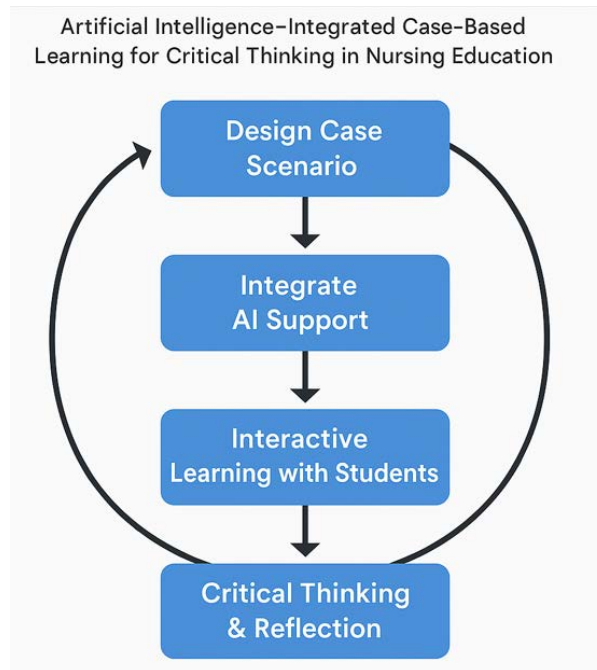
ข้อมูลเพิ่มเติม จากอาจารย์ผู้สอนในรายวิชา ในขั้นตอนการตรวจสอบสถานการณ์จำลองที่สร้างโดยปัญญาประดิษฐ์		
สถานการณ์	คำถามเพื่อการวิเคราะห์	เฉลยและแนวคิดจากอาจารย์ผู้สอน
		- ตรวจ X-Ray ปอด (เห็นลักษณะ Overinflated หรือ Patchy Infiltrates) 2. ควรให้การพยาบาลหญิงรอกคลอดรายนี้อย่างไร แนวทางการพยาบาลหญิงรอกคลอดที่มีภาวะ Thick Meconium - ประเมินสภาพแม่และทารกอย่างใกล้ชิด - เตรียมทีมช่วยทารกแรกคลอด - หลีกเลี่ยงการเจาะถุงน้ำคร่ำโดยไม่จำเป็น (หากยังไม่แตกเอง) - ส่งเสริมให้หญิงรอกคลอดให้แรงเบ่งระยะคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ - ติดตามสภาพทารกหลังคลอดอย่างใกล้ชิด 3. ภาวะฉุกเฉินของหญิงรอกคลอดรายนี้ที่นักศึกษาพยาบาลควรระวังก่อนต่อแพทย์คืออะไร ในกรณีหญิงรอกคลอดที่พบ ภาวะ Thick Meconium (น้ำคร่ำสีเขียวเข้มข้น) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและรายงานอาการฉุกเฉิน เพื่อให้แพทย์สามารถวินิจฉัยและตัดสินใจทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว - ภาวะผิดปกติของ Fetal Heart Rate (FHR) - ลักษณะของน้ำคร่ำ - มดลูกหดตัวผิดปกติ - หญิงเจ็บครรภ์ผิดปกติ หรือมีอาการแสดงภาวะแทรกซ้อน - ทารกเคลื่อนไหวน้อยลง

จากตัวอย่างการสร้างสถานการณ์ที่สร้างจากปัญญาประดิษฐ์ สามารถ 1) สร้างสถานการณ์จำลองเสมือนจริง โดยใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยจากข้อมูลที่อาจารย์กำหนดข้อมูลจากชุดคำสั่ง (Prompt) 2) ปรับระดับความยากง่ายของกรณีศึกษา อาจารย์สามารถปรับได้ตามระดับการเรียนรู้ของกลุ่มผู้เรียน เนื่องจากปัญญาประดิษฐ์ สามารถวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้เรียนจากชุดคำสั่งที่อาจารย์ป้อนเข้าไปในระบบ 3) การให้ข้อเสนอแนะทันที อาจารย์สามารถป้อนชุดคำสั่งให้ปัญญาประดิษฐ์ ให้สามารถให้คำแนะนำรวมถึงแนวคิดสำคัญได้แบบทันที แต่อย่างไรก็ตาม ในบทบาทของอาจารย์ในการจัดการเรียนการสอน จำเป็นต้องทบทวนกรณีศึกษาที่ได้จากปัญญาประดิษฐ์ และตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาให้สอดคล้องกับรายวิชาและผลลัพธ์การเรียนรู้ในรายวิชาทุกครั้ง เนื่องจากยังมีข้อกังวลด้านจริยธรรม ความน่าเชื่อถือ และผลกระทบต่อการให้เหตุผลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล โดยพบว่า นักศึกษามีทัศนคติเชิงบวกต่อปัญญาประดิษฐ์ แต่ความพร้อมในการใช้งานยังแตกต่างกันตามปัจจัยทางเพศ สถาบัน และประสบการณ์ ทั้งนี้ผู้เขียนเสนอว่าการบูรณาการปัญญาประดิษฐ์ ควรมุ่งเน้นให้เป็นเครื่องมือสนับสนุน ไม่ใช่ทดแทนการตัดสินใจของมนุษย์ (Alali, Qtait, Al-Awayssa, Alqaissi, & Jaradat, 2025)

ประโยชน์ในการนำหลักของปัญญาประดิษฐ์มาใช้ในการเรียนการสอนถูกระบุไว้ดังนี้ 1) การเสริมสร้างการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและเฉพาะบุคคล AI สามารถสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ที่เป็นรายบุคคล (Personalized Learning) โดยใช้ข้อมูลของผู้เรียนมาปรับเนื้อหาและวิธีการสอนให้เหมาะสม ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเรียนรู้ได้ตรงตามความต้องการและระดับความสามารถของตนเอง 2) การจำลองสถานการณ์ทางคลินิกที่สมจริง เทคโนโลยี AI พัฒนาการจำลองสถานการณ์ผู้ป่วย (AI-Powered Simulations) ที่ซับซ้อนและสมจริงมากขึ้น นักศึกษาสามารถฝึกการตัดสินใจทางคลินิกและทักษะการพยาบาลในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ก่อนเข้าสู่การดูแลผู้ป่วยจริง ซึ่งช่วยเสริมการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจเชิงวิชาชีพ 3) การช่วยเหลือทางการศึกษาและการสอนเสริม AI เช่น ChatGPT สามารถทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยการเรียนรู้ (Intelligent Tutoring Systems) ให้ข้อมูลแนะนำ หรือสร้างกรณีศึกษาเสมือนจริง ลดภาระงานของอาจารย์ในงานประจำ เช่น การจัดโจทย์ การให้คำแนะนำเบื้องต้น ทำให้อาจารย์มีเวลามุ่งเน้นงานสอนเชิงลึกและการพัฒนาทักษะของนักศึกษา 4) การอำนวยความสะดวกในการประเมินและการติดตามผลการเรียน AI สามารถช่วยในงานประเมินผล เช่น การตรวจข้อสอบ การวิเคราะห์ความก้าวหน้าของผู้เรียน การเก็บข้อมูลเชิงวิเคราะห์ (Learning Analytics) เพื่อให้อาจารย์ติดตามผลการเรียนรู้ได้แบบเรียลไทม์ และใช้ข้อมูลนั้นในการปรับกลยุทธ์การสอน 5) การเพิ่มคุณภาพของผลลัพธ์การเรียนรู้การใช้ AI มีส่วนช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีการรักษาความรู้ได้ดีขึ้น (Knowledge Retention), มีความกระตือรือร้นในการเรียน (Engagement) และสามารถพัฒนาทักษะทั้งทางวิชาการและปฏิบัติการพยาบาลได้ดียิ่งขึ้น และ 6) เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของอาจารย์พยาบาล โดยการลดภาระในงานประจำ เช่น การตรวจงาน การติดตามผล และการบันทึกข้อมูล ทำให้อาจารย์มีเวลาในการโฟกัสกับการสอนที่ต้องใช้ความคิดสร้างสรรค์และการปฏิสัมพันธ์เชิงลึกกับนักศึกษา (De Gagne, 2023)

แผนภาพแสดง AI integrated CBL Learning Design Model

ผู้เขียนขอแสดงรูปแบบองค์ประกอบ 5 ขั้นตอน เป็นวงจรพัฒนาแบบ Design-Integrate-Interact-Reflect-Refine ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 AI integrated CBL Learning Design Model

คำอธิบายองค์ประกอบแต่ละขั้นตอน AI Integrated CBL Learning Design Model

1. ออกแบบสถานการณ์กรณีศึกษา (Design Case Scenario)
 - 1.1 ผู้สอนวางแผนสร้างสถานการณ์ทางคลินิกที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของรายวิชา
 - 1.2 เลือกประเด็นที่สามารถกระตุ้นการคิดวิเคราะห์ เช่น ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน
 - 1.3 ระบุ Learning Outcomes ให้ชัดเจน เช่น “สามารถวิเคราะห์สาเหตุภาวะ Fetal Distress ได้”
2. บูรณาการปัญญาประดิษฐ์สนับสนุนการเรียนรู้ (Integrate AI Support) ใช้ AI Chatbot เช่น ChatGPT, Claude ในการสร้างสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ตั้งคำถามปลายเปิด ปรับระดับความยากง่ายของกรณีศึกษา เสนอตัวเลือกแนวคิดหรือมุมมองที่หลากหลาย
3. การเรียนรู้แบบมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เรียน (Interactive Learning with Students)
 - 3.1 นักศึกษาพยาบาลโต้ตอบกรณีศึกษาในชั้นเรียนกับอาจารย์ผู้สอน
 - 3.2 อาจใช้รูปแบบการเรียนการสอนแบบ Group Discussion, หรือ Role-Play
 - 3.3 อาจารย์เป็น Facilitator กระตุ้นให้ตั้งคำถาม วิเคราะห์ และแลกเปลี่ยนมุมมอง

4. การคิดวิเคราะห์และสะท้อนคิด (Critical Thinking & Reflection)

- 4.1 นักศึกษาพยาบาลใช้กระบวนการคิดวิเคราะห์: วิเคราะห์ข้อมูล-ตั้งสมมติฐาน-ตัดสินใจ
- 4.2 มีการสะท้อนคิด (Reflection) หลังกรณีศึกษา เช่น ผ่านแบบฝึก Feedback หรือ Peer Review
- 4.3 ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลสามารถตรวจสอบเหตุผลของตนเอง

5. ประเมินและปรับปรุงด้วยข้อมูลย้อนกลับจาก AI (Evaluate & Refine with AI Feedback)

- 5.1 ปัญญาประดิษฐ์วิเคราะห์การตอบของนักศึกษาพยาบาล (ถ้าใช้ระบบ AI ขั้นสูง เช่น Adaptive Platform)
- 5.2 ผู้สอนปรับเนื้อหาหรือสถานการณ์ให้เหมาะสมกับระดับผู้เรียนที่เป็นนักศึกษาพยาบาล
- 5.3 อาจใช้ข้อมูลจาก AI Dashboard เพื่อติดตามพัฒนาการของนักศึกษาพยาบาล

เป้าหมายของโมเดล คือ การเสริมสร้างการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล ส่งเสริม การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์อย่างมีจริยธรรมและมีวิจารณญาณ และสร้างความพร้อมในการตัดสินใจทางคลินิกที่ปลอดภัยและมีผลกระทบรับ รวมถึงเป็นแนวทางการสอนที่มีประสิทธิภาพเพื่อสนับสนุนผลลัพธ์การเรียนรู้ อย่างไรก็ตามผู้สอนควรมีการเพิ่มเงื่อนไขการสร้างสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในแต่ละกรณีศึกษาเพื่อสร้างกรณีศึกษาที่หลากหลายและจำเพาะกับผู้เรียน รวมถึงนำผลการวิจัยมาใช้ในการเรียนการสอนมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น แม้การใช้ปัญญาประดิษฐ์ช่วยในการเรียนการสอนจะมีความท้าทายแต่หากสามารถตรวจสอบและนำไปใช้ได้เหมาะสมปัญญาประดิษฐ์จะเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยสร้างพยาบาลวิชาชีพที่มีทักษะการคิดวิเคราะห์และพร้อมเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านระบบสุขภาพในอนาคต (Foronda, Fernandez-Burgos, Nadeau, Kelley, & Henry, 2020) นอกจากนี้ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ มีการพัฒนาการประมวลผลด้านภาษา การใช้เหตุผล การวางแผน และการสร้างแบบจำลองทางปัญญาต่าง ๆ เพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการคิดวิเคราะห์ (Krittanawong, Johnson, Rosenson, Wang, & Narasimhan, 2023)

สรุป

การนำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ มาประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนทางการพยาบาลโดยเฉพาะการเรียนการสอนแบบกรณีศึกษา เป็นแนวทางในการส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ในนักศึกษาพยาบาล ช่วยให้นักศึกษาพัฒนาองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานจริงในระบบสุขภาพ การนำปัญญาประดิษฐ์เข้ามาใช้ในการเรียนพยาบาลเป็นการเปลี่ยนแปลง ที่ช่วยยกระดับคุณภาพการศึกษาและเพิ่มศักยภาพของนักศึกษา การนำปัญญาประดิษฐ์มาบูรณาการในรูปแบบการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาเพื่อส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ในนักศึกษาพยาบาลไม่เพียงเป็นนวัตกรรมการเรียนการสอนที่ทันสมัย แต่ยังเป็นแนวทางที่ตอบสนองต่อการพัฒนาทักษะสำคัญแห่งศตวรรษที่ 21 ทั้งนี้จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างอาจารย์ผู้สอน ผู้บริหารหลักสูตร นักเทคโนโลยี

การศึกษา และนักวิจัยทางการพยาบาล เพื่อให้การประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์เป็นไปอย่างมีคุณภาพ สร้างสรรค์ และคำนึงถึงจริยธรรมทางวิชาชีพอย่างสูงสุด

ข้อเสนอแนะ

จากการทบทวนวรรณกรรมและการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI) ในรูปแบบการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา (CBL) เพื่อส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ในนักศึกษาพยาบาล ผู้เขียนมีข้อเสนอแนะที่สำคัญในมิติของการพัฒนาหลักสูตร การจัดการเรียนการสอน บทบาทของอาจารย์ และแนวทางการวิจัยในอนาคต ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงหลักสูตร

1.1 ควรมีการบูรณาการปัญญาประดิษฐ์ ในหลักสูตรการศึกษาพยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในรายวิชาที่เน้นการคิดวิเคราะห์ เช่น การพยาบาลผู้ใหญ่ การพยาบาลมารดาทารก และการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ทั้งนี้ควรกำหนดให้มีการใช้กรณีศึกษาที่ได้รับการสนับสนุนจากปัญญาประดิษฐ์เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการเรียนรู้ในรายวิชาเหล่านี้

1.2 หลักสูตรควรระบุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ชัดเจนเกี่ยวกับการคิดวิเคราะห์และการใช้เทคโนโลยี โดยเน้นให้นักศึกษาสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิกโดยใช้ข้อมูลหลากหลายมิติอย่างมีวิจารณญาณ และใช้ปัญญาประดิษฐ์อย่างมีจริยธรรม

1.3 สนับสนุนการใช้โมดูลการเรียนรู้แบบปรับตามผู้เรียน (Adaptive Learning) ที่สามารถใช้ปัญญาประดิษฐ์วิเคราะห์ข้อมูลการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลและปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับระดับความรู้ของแต่ละคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะด้านการจัดการเรียนการสอน

2.1 อาจารย์ผู้สอนควรได้รับการพัฒนาศักยภาพในการใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการเรียนการสอนอย่างต่อเนื่อง เช่น การอบรมการออกแบบสถานการณ์กรณีศึกษาโดยใช้ปัญญาประดิษฐ์ การตั้งคำถามปลายเปิดที่ส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ และการใช้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) จากระบบปัญญาประดิษฐ์ เพื่อติดตามความก้าวหน้าของผู้เรียน

2.2 การใช้ปัญญาประดิษฐ์ควรอยู่ภายใต้การควบคุมของอาจารย์ โดยอาจารย์มีบทบาทสำคัญในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและความเหมาะสมของสถานการณ์ รวมถึงการให้คำแนะนำแก่นักศึกษาพยาบาลเมื่อเกิดข้อสงสัย

2.3 ควรใช้ปัญญาประดิษฐ์เพื่อส่งเสริม “กระบวนการสะท้อนคิด” (Reflective Thinking) โดยให้ปัญญาประดิษฐ์ตั้งคำถามปลายเปิดหลังการเรียนรู้ เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลได้คิดทบทวนการตัดสินใจของตนเอง ทั้งนี้ควรใช้ควบคู่กับการสะท้อนคิดแบบ peer-to-peer และการประเมินตนเอง

2.4 เสริมกิจกรรมกลุ่มที่ใช้ปัญหาประดิษฐ์เป็นตัวกลางในการอภิปราย (Facilitated Group Discussion) เพื่อให้นักศึกษาได้ฝึกการทำงานเป็นทีม ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ และแลกเปลี่ยนมุมมองเชิงคลินิกบนฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์และการใช้เหตุผล

3. ข้อเสนอแนะด้านบทบาทของอาจารย์พยาบาล

3.1 อาจารย์ผู้สอนควรเปลี่ยนบทบาทจากผู้ถ่ายทอดความรู้มาเป็น “ผู้ออกแบบการเรียนรู้” (Learning Designer) ที่สามารถสร้างสรรค์สถานการณ์การเรียนรู้ที่ซับซ้อน กระตุ้นการคิด และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เรียน โดยใช้ปัญหาประดิษฐ์เป็นเครื่องมือสนับสนุนที่สำคัญ

3.2 ส่งเสริมให้อาจารย์มีทักษะในการตั้งคำถามอย่างมีจุดมุ่งหมาย เพื่อกระตุ้นการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และสามารถนำการโต้ตอบที่เกิดขึ้นกับปัญหาประดิษฐ์ไปใช้ในการปรับแนวทางการสอนได้อย่างเหมาะสม

3.3 อาจารย์ควรเป็นผู้ควบคุมจริยธรรมในการใช้ ปัญหาประดิษฐ์โดยเน้นให้นักศึกษาพยาบาลเข้าใจข้อจำกัดของปัญหาประดิษฐ์ความจำเป็นในการตรวจสอบข้อมูล การพิจารณาแหล่งอ้างอิง และความรับผิดชอบ ในการใช้เทคโนโลยีในการตัดสินใจทางคลินิก

4. ข้อเสนอแนะด้านการวิจัยในอนาคต

4.1 ควรมีการวิจัยเชิงทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของปัญหาประดิษฐ์ต่อทักษะการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล โดยวัดผลลัพธ์ในระยะสั้นและระยะยาว ทั้งในด้านการวิเคราะห์สถานการณ์ ความแม่นยำในการตัดสินใจทางคลินิก และความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาล

4.2 ควรศึกษาผลกระทบด้านจิตสังคมของการใช้ปัญหาประดิษฐ์ ในการเรียนการสอน เช่น ความรู้สึกผูกพันกับผู้สอน ความเชื่อมั่นในตนเอง ความรู้สึกต่อบทบาทของปัญหาประดิษฐ์ในการเรียนรู้ และการเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่มีต่อเทคโนโลยี

4.3 สนับสนุนการวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาประสบการณ์การใช้ปัญหาประดิษฐ์ของนักศึกษาพยาบาล และอาจารย์ เพื่อเข้าใจความท้าทาย โอกาส และบริบทเฉพาะของการใช้ปัญหาประดิษฐ์ ในแต่ละรายวิชา

เอกสารอ้างอิง

- รัตนา ทองแจ่ม และพระครูภาวนาโพธิคุณ. (2563). จริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาจุฬาลงกรณแก่น, 7*(1), 30-44.
- สถาบันพระบรมราชชนก. (2567). *แผนการพัฒนาและบริการนักศึกษา ปีการศึกษา 2567*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

- Ahmady, S. & Shahbazi, S. (2020). *Impact of social problem-solving training on critical thinking and decision making of nursing students. BMC Nursing, 19*, 94.
<https://doi.org/10.1186/s12912-020-00487-x>
- AlAli, M. F., Qtait, M., Al-Awayssa, R. M., Alqaissi, N., & Jaradat, Y. (2025). The impact of artificial intelligence on nursing students: A systematic review. *South Eastern European Journal of Public Health, XXVI*, S2, 797-808. <https://doi.org/10.70135/seejph.vi.4633>
- American Association of Colleges of Nursing. (2021). *The essentials: Core competencies for professional nursing education*. Washington, DC: AACN.
- Chan, Z. C. Y. (2013). A systematic review of critical thinking in nursing education. *Nurse Education Today, 33*(3), 236-240. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.01.007>
- De Gagne, J. C. (2023). *The state of artificial intelligence in nursing education: Past, present, and future directions. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(6), 4884. <https://doi.org/10.3390/ijerph20064884>
- Falcó-Pegueroles, A., Rodríguez-Martín, D., Ramos-Pozón, S., & Zuriguel-Pérez, E. (2021). Critical thinking in nursing clinical practice, education and research: From attitudes to virtue. *Nursing philosophy: An International Journal for Healthcare Professionals, 22*(1), e12332. <https://doi.org/10.1111/nup.12332>
- Foronda, C., Fernandez-Burgos, M., Nadeau, C., Kelley, C. N., & Henry, M. N. (2020). Virtual simulation in nursing education: A systematic review spanning 1996 to 2018. *Simulation in Healthcare, 15*(1), 46-54. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000411>
- Jeffries, P. R. (2021). *Simulation in nursing education: From conceptualization to evaluation* (4th ed.). Washington, DC: National League for Nursing.
- Kolb, D. A. (2015). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development* (2nd ed.). Retrieved 2 June, 2524 from
https://www.researchgate.net/publication/315793484_Experiential_Learning_Experience_as_the_source_of_Learning_and_Development_Second_Edition.
- Krittanawong, C., Johnson, K. W., Rosenson, R. S., Wang, Z., & Narasimhan, B. (2023). Artificial intelligence in medical education: Current applications and future perspectives. *Academic Medicine, 98*(3), 311-318. <https://doi.org/10.1097/ACM.000000000000049>

- Nemati-Vakilabad, R., et al. (2023). Factors associated with the critical thinking ability among nursing students: An exploratory study in Iran. *Nurse Education in Practice*, 73, 103814. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103814>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Missouri: Mosby.
- Ouyang, F. & Jiao, P. (2021). Artificial intelligence in education: A review. *IEEE Access*, 9, 3272-3288.
- Paul, R. & Elder, L. (2021). *Critical thinking: Tools for taking charge of your learning and your life* (4th ed.). London: Pearson.
- Pérez-Perdomo, A., & Zabalegui, A. (2023). Teaching strategies for developing clinical reasoning skills in nursing students: A systematic review of randomised controlled trials. *Healthcare (Basel)*, 12(1), 90. <https://doi.org/10.3390/healthcare12010090>
- Piaget, J. (1972). *The Psychology of the Child*. New York: Basic Books.
- Sakulrungsajal, T., M., Chaiyaratana, C., & Tiwaree, C. (2023). Effectiveness of teaching program to develop the critical thinking skills among nursing students. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 31(1), 17-29.
- Shin, H., De Gagne, J. C., Kim, S. S., & Hong, M. (2024). The impact of artificial intelligence-assisted learning on nursing students' ethical decision-making and clinical reasoning in pediatric care: A quasi-experimental study. *Computers, Informatics, Nursing: CIN*, 42(10), 704-711. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000001177>
- Syafriati, A., Kesehatan, S. T. I., & Palembang. (2024). The effectiveness of using artificial intelligence on students' learning interest, critical thinking, and creativity in nursing education. *Journal of Nursing Culture and Technology*, 1(2), 31-40. <https://doi.org/10.70049/jnctech.v1i2.16>
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring (Rev. ed.)*. Louisville: University Press of Colorado
- Zheng, Y., et al. (2024). Overview, progress and next steps for our understanding of the near-Earth space radiation and plasma environment: Science and applications. *Advances in Space Research*. <https://doi.org/10.1016/j.asr.2024.05.017>
- Zuriguél-Pérez, E., et al. (2022). The nursing critical thinking in clinical practice questionnaire for nursing students: A psychometric evaluation study. *Nurse Education in Practice*, 65, 103498. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103498>

บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการใช้ยาสมเหตุผลสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง:
ประยุกต์ใช้ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Community Nurse Practitioner's Role in Rational Drug Use for
the Elderly with Chronic Disease: Applying a Chronic Care Model

อัจฉริยา เชื้อเย็น¹, เกศราภรณ์ ชูพันธ์^{2*}

Achariya Churyen¹, Kesaraporn Choochun^{2*}

คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ¹,

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข^{2*}

McCormick Faculty of Nursing, Payap University¹,

Boromarajonani College of Nursing, Chiangmai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health^{2*}

(Received: May 28, 2025; Revised: August 31, 2025; Accepted: November 17, 2025)

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ส่งผลให้ระบบต่าง ๆ ในร่างกายมีประสิทธิภาพการทำงานลดลง มีแนวโน้มเกิดโรคเรื้อรังซึ่งมักต้องได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิดพร้อมกัน การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาดังกล่าวส่งผลต่อเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ของยา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาจากการใช้ยาในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในชุมชนที่ยังขาดระบบสนับสนุนด้านการใช้ยาที่เหมาะสม พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและปลอดภัย การป้องกันและจัดการปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านการประเมิน การเฝ้าระวัง และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model (CCM)) เป็นหนึ่งแนวทางที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และการจัดการกับปัญหาหรือปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ โดยมีผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของทีมในการดูแลรักษา ซึ่งเป็นแนวทางที่ส่งเสริมคุณภาพการดูแล เหมาะแก่การประยุกต์ใช้ในการจัดการการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) อธิบายการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุและผลกระทบต่อการใช้ยาและปัญหาที่พบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และ 2) เสนอแนวทางการดูแลการใช้ยาอย่างปลอดภัยในผู้สูงอายุในชุมชน โดยการประยุกต์ใช้แนวคิด CCM ทั้ง 6 องค์ประกอบ คือ ระบบสุขภาพ การสนับสนุนการจัดการตนเอง การออกแบบระบบบริการ การสนับสนุนการตัดสินใจ ระบบสารสนเทศทางคลินิก และสิ่งสนับสนุนในชุมชนในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างระบบการใช้ยาอย่างมีคุณภาพในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน

คำสำคัญ: การใช้ยาสมเหตุผล, บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, ผู้สูงอายุ, รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, โรคเรื้อรัง

*ผู้ให้การติดต่อ เกศราภรณ์ ชูพันธ์ e-mail: kesaraporn@bcnc.ac.th

Abstract

Older persons have physiological changes that reduce the effectiveness of many body systems, increasing their vulnerability to chronic illnesses. These disorders frequently need the administration of many drugs simultaneously. Such age-related physiological changes influence both the pharmacokinetics and pharmacodynamics of medications, increasing the likelihood of medication-related issues, particularly in community settings where adequate pharmaceutical support services are missing. Community nurse practitioners play a vital role in promoting rational drug use and successfully preventing and treating medication-related issues through patient and family education, evaluation, and monitoring. The Chronic Care Model (CCM) is a well-known framework for managing chronic illnesses efficiently. It prioritizes patient involvement, health promotion, risk factor reduction, and continuous management through team-based treatment in which the patient plays an active role. This paradigm promotes high-quality treatment outcomes and is particularly well-suited to managing medication usage in older persons with chronic diseases who live in the community. This article aims to 1) describe the physiological changes associated with aging and their impact on drug use -related problems in older adults with chronic diseases, and 2) propose a community-based medication management approach by applying the six core components of the CCM framework, which are: health system, self-management support, delivery system design, decision support, clinical information systems, and community resources and policies within the scope of community nurse practitioners to enhance rational drug use in elderly patients with chronic illnesses.

Keywords: Chronic Care Model, Chronic Disease, Community Nurse Practitioner Role, Older Adult, Rational Drug Use

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกกำลังเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” จากรายงานของสหประชาชาติ (United Nations) คาดว่า ปี พ.ศ. 2593 จะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุโลกเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1.6 พันล้านคน (United Nations, 2023) เช่นเดียวกับประเทศไทยที่ปัจจุบันได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) จากผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2567 ที่พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุ 13.34 ล้านคน หรือร้อยละ 20.23 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 จะเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 31.28 (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2568)

ผู้สูงอายุ คือ บุคคลซึ่งมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในกลุ่มวัยนี้จะมีเปลี่ยนแปลงเสื่อมถอยหลายด้านหนึ่งในการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา ที่ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง เกิดความบกพร่องและเกิดพยาธิสภาพในระบบต่าง ๆ ตามมา ส่งผลให้เป็นวัยที่มีโอกาสเกิดโรคเรื้อรังได้มากกว่า ช่วงวัยอื่น (Gerontological Society of America, 2021) สอดคล้องกับผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 38 มีโรคเรื้อรังเป็นโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) แปลเป็นผลทำให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิดตามมา แต่เมื่อร่างกายผู้สูงอายุมีการเสื่อมถอย ย่อมส่งผลต่อการดูดซึมยา การกระจายตัวของยา การเปลี่ยนแปลงของยาภายหลังจากที่เข้าสู่ร่างกาย และการกำจัดยา ที่มีประสิทธิภาพลดลง (Gerontological Society of America, 2021) เมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรม การใช้ยาที่ไม่ปลอดภัย เช่น เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง นำยาของผู้อื่นมาใช้ สัมรับประทานยา หดยาเอง เป็นต้น (วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์, ธัญรติ ปราบริปู, กิตติยา มหาวิริโยทัย และฉัตรวารินทร์ บุญเดช, 2566) ปัจจัยดังกล่าว จึงเพิ่มโอกาสการเกิดผลข้างเคียงจากยา (Adverse Drug Reaction (ADR)) เกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา (Drug Interaction) หรือการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate Medication Use) ทำให้เกิดปัญหา และความไม่ปลอดภัยจากการใช้ยาตามมา (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

ข้อมูลจากการสำรวจในการลงพื้นที่ ณ ชุมชนในเขตพื้นที่ตำบลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นกลุ่มที่พบปัญหาจากการใช้ยาที่มากที่สุดและพบปัญหาค้ำยกัน เช่น ทานยา ซ้ำซ้อน ปรับขนาดยาด้วยตนเอง หดยาเอง เป็นต้น สอดคล้องกับ วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์, ธัญรติ ปราบริปู, กิตติยา มหาวิริโยทัย และฉัตรวารินทร์ บุญเดช (2566) ที่ศึกษาปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานยาผิดขนาด ทานผิดวิธี นำยาของผู้อื่นที่มีอาการคล้ายกันมาใช้ เพิ่มขนาดยาเอง เพื่อให้การรักษาได้ผลเร็วขึ้น หดยาเองเมื่ออาการดีขึ้น เป็นต้น นอกจากนี้ ภายหลังการโอนย้ายโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปอยู่ภายใต้การบริหารขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ทำให้ระบบบริการ สุขภาพเปลี่ยนแปลงไป โดย รพ.สต. ส่วนใหญ่จึงไม่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ (สำนักงานคณะกรรมการกระจาย อำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, 2564) จึงทำให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทดูแลการใช้ยาแก่ ผู้รับบริการในชุมชนเพิ่มมากขึ้น (สภาการพยาบาล, 2565) โดยการใช้ยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญ ที่ต้องคำนึงถึง การปฏิบัติอย่างเป็นระบบจะช่วยให้การดูแลเรื่องการใช้ยามีประสิทธิภาพมากขึ้น และต้นแบบการ ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model (CCM)) มีความเหมาะสมที่จะนำมาประยุกต์ใช้ เนื่องด้วยเป็นระบบ การดูแลที่มีประสิทธิภาพในระดับสากล (Wagner, 1998) จะช่วยส่งเสริมให้การดูแลการใช้ยาในผู้สูงอายุที่ป่วย ด้วยโรคเรื้อรังครอบคลุมทุกมิติ นำไปสู่การเกิดผลลัพธ์การใช้ยาที่ดีขึ้นต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน

บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอ 1) อธิบายการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ และ ผลกระทบต่อการใช้ยาและปัญหาที่พบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และ 2) เสนอแนวทางที่เหมาะสมในการดูแล

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน โดยการประยุกต์ใช้แนวคิด CCM ตามบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติ เพื่อเสริมสร้างระบบการใช้ยาอย่างมีคุณภาพในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุกับการใช้ยา และปัญหาจากการใช้ยาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

1. การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุกับการใช้ยา ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่ส่งผลต่อเภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics) และเภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamics) ในการจัดการกับยาที่ได้รับเข้าไปในร่างกายที่ลดลง (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565; Polaka, Tella, Tekade, Sharma, & Tekade, 2022) ดังนี้

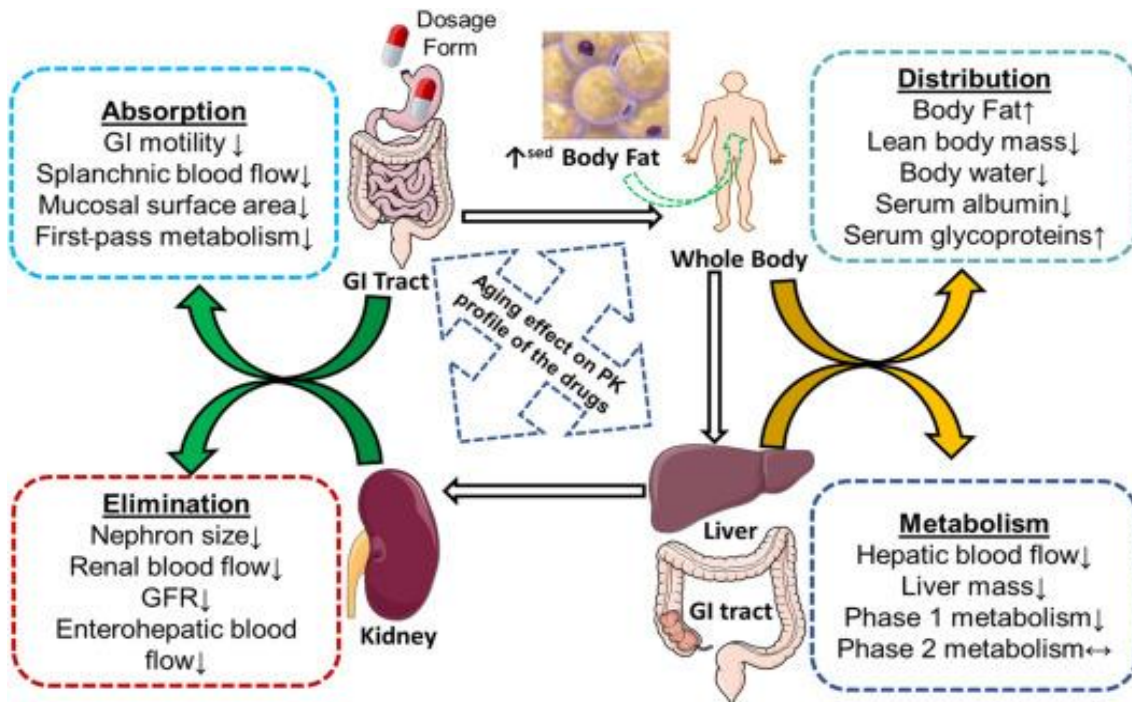
1.1 การดูดซึมยา (Drug Absorption) สำหรับการบริหารยาโดยวิธีรับประทาน เช่น ความเป็นกรดในกระเพาะอาหารลดลง จากการฝ่อของพาริเทัลเซลล์ (Parietal Cell) ที่มีหน้าที่สร้างกรดไฮโดรคลอริก (Hydrochloric Acid) ในกระเพาะอาหาร ตัวอย่างยาที่ถูกดูดซึมได้ลดลงจากความเป็นกรดที่ลดลง เช่น Ferrous Sulfate, Ketoconazole, Fluconazole เป็นต้น นอกจากนั้นการฝ่อของเซลล์เยื่อบุกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้พื้นผิวที่ใช้ดูดซึมยาลดลง การบีบตัวของทางเดินอาหารลดลง และการไหลเวียนเลือดมาเลี้ยงกระเพาะอาหารและลำไส้ (Splanchnic blood flow) ลดลง สำหรับการบริหารยาโดยวิธีฉีดใต้ผิวหนังและกล้ามเนื้อ เนื่องจากการไหลเวียนเลือดไปใต้ผิวหนังและกล้ามเนื้อลดลงทำให้อัตราเร็วการดูดซึมเข้ากระแสเลือดช้าลง จากปัจจัยข้างต้นทำให้ยาถูกดูดซึมได้ลดลง (Abudahab, Slattum, Price, & McClay, 2024)

1.2 การกระจายของยา (Drug Distribution) มีกระจายตัวของยาที่ลดลง ดังนี้ 1) ไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น ยาที่ละลายได้ดีในไขมันกระจายตัวได้ดี เพิ่มค่าครึ่งชีวิตของยา ยาสะสมในร่างกายได้มาก และออกฤทธิ์ได้นาน เกิดอาการไม่พึงประสงค์มากขึ้น 2) น้ำในร่างกายลดลง ทำให้ยาที่ละลายได้ดีในน้ำกระจายตัวได้ลดลง ความเข้มข้นของยาในเลือดเพิ่มสูงขึ้น ทำให้มีระดับยาในเลือดสูงกว่าปกติ เพิ่มโอกาสเกิดพิษจากยาได้มากขึ้น 3) อัลบูมินในเลือดลดลงจากการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การใช้ยาขับปัสสาวะ หรือมีภาวะทุพโภชนาการ จะทำให้ยาจับกับโปรตีนได้ลดลง และ 4) ยาที่อยู่ในรูปอิสระในเลือดเพิ่มขึ้น ความเข้มข้นของยาในเลือดจึงเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพต่อการรักษาของยาลดลง

1.3 การเปลี่ยนแปลงยา (Drug Metabolism) ในผู้สูงอายุปริมาณของตับจะลดลง ปริมาตรเลือดที่ไปเลี้ยงตับลดลงและเอนไซม์ต่าง ๆ ในตับทำงานลดลง เป็นผลให้การเปลี่ยนแปลงยาใน Phase I และ Phase II ทำได้ลดลง ทำให้ค่าครึ่งชีวิตของยานานขึ้น ยาสะสมในร่างกายเพิ่มขึ้น ออกฤทธิ์ได้นานกว่าปกติ ทำให้มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้มากขึ้น

1.4 การขับออก (Drug Excretion, Drug Elimination) ผู้สูงอายุมีเลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลง และอัตราการกรองของไต (Glomerular filtration rate (GFR)) ลดลง ทำให้ยาถูกขับออกทางไตได้น้อยลง เป็นผลให้ระดับยาคั่งในเลือดและยามีค่าครึ่งชีวิตที่เพิ่มขึ้น เพิ่มโอกาสเกิดพิษจากยาได้มากขึ้น นอกจากนั้นประสิทธิภาพ

การทำงานของท่อไตที่ลดลง ยาที่มีการดูดกลับที่ท่อไตจะถูกขับออกมากขึ้น ทำให้มีระดับยาในเลือดและค่าครึ่งชีวิตที่ลดลง จึงเพิ่มโอกาสเกิดพิษจากยาได้มากขึ้น



ภาพที่ 1 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อเภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics (PK)) และเภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamics) (Polaka, Tella, Tekade, Sharma, & Tekade, 2022)

2. ปัญหาจากการใช้ยาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

จากศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมและปัญหาจากการใช้ยาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมักจะลืมรับประทานยา รับประทานยาไม่ตรงคำสั่งแพทย์ทั้งชนิด ขนาดและเวลา หักดยารักษาโรคประจำตัวเอง และปรับขนาดยาเอง (สุริยภรณ์ แสนทวิสุข, พรทิพย์ มาลาธรรม และนุชนาฏ สุทธิ, 2566; Wang et al., 2024) ซึ่งปัญหาดังกล่าว อาจนำไปสู่การเกิดความเสี่ยงหรืออันตรายจากการใช้ยาตามมาได้ ดังนี้

2.1 การลืมรับประทานยา เป็นปัญหาที่พบเป็นประจำมากที่สุด สอดคล้องกับ วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์, ธัญรัตน์ ปรารบิรูป, กิตติยา มหาวิริโยทัย และฉัตรวารินทร์ บุญเดช (2566) ที่พบว่ากว่าร้อยละ 60 มีพฤติกรรมลืมรับประทานยา เพราะยามีจำนวนมากทำให้หลงลืมหรือสับสน เป็นต้น ซึ่งอาจส่งผลต่อการรักษา และการควบคุมความรุนแรงของโรค เช่น ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ลืมทานยาหรือทานไม่ตรงเวลา ทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้เกิดความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น หรือลืมรับประทานยาเมื่อใกล้มีนัดไป จึงทานยาเพิ่มเป็น 2 เท่า ทำให้เกิดอันตรายจากการความดันโลหิตต่ำตามมา เป็นต้น (อรรรัตน์ หวังประดิษฐ์, ชลาชัย โชคดีศรีจันทร์, สมสมัย ทพนันท์, ศิริขวัญ โพธิ์แจ้ง และจารุวรรณ สุรัสโม, 2567; Malakouti et al., 2021; Wang et al., 2024)

2.2 การรับประทานยาไม่ตรงตามคำสั่งแพทย์ทั้งชนิด ขนาดและเวลา จากงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วย ร้อยละ 30 ใช้ยาไม่เป็นไปตามที่แพทย์สั่ง ทั้งการใช้ยาผิดชนิด ผิดขนาดและผิดเวลา ใช้ยาไม่ต่อเนื่อง รวมทั้งทานยาที่แพทย์ให้งดใช้ไปแล้วเนื่องจากมียาเหลือและเสียดาย ส่งผลให้เกิดปัญหาการใช้ยาตามมา (วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์, ธัญรติ ปราบริปู, กิตติยา มหาวิริโยทัย และฉัตรวารินทร์ บุญเดช, 2566) ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานไม่ทราบว่าแพทย์ปรับแบบแผนการใช้ยา จึงใช้ยาแบบเดิม ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงตามมา เป็นต้น (วรภรณ์ ปริบูรณ์, ศิริลักษณ์ ใจชื่อ และสุธาร จันทะวงศ์, 2567; Malakouti et al., 2021) การให้คำอธิบายวิธีใช้ยา พร้อมทั้งทบทวนความเข้าใจการใช้ยา จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจและสามารถใช้ได้อย่างถูกต้อง (สุกฤตา มีตาทิพย์, 2565)

2.3 การหยุดยารักษาโรคประจำตัวเอง พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยร้อยละ 20 มีการหยุดใช้ยาด้วยตนเอง เนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้นจึงไม่ทานยาต่อ หยุดเนื่องจากยาหมด หยุดเพราะรับประทานยาต่อเนื่องนานจะมีผลต่อไต เป็นต้น (อรรธน์ หวังประดิษฐ์, ชลาลัย โชคดีศรีจันทร์, สมสมัย ทพนันท์, ศิริขวัญ โพธิ์แจ้ง และจารุวรรณ สุรัสโม, 2567) ซึ่งส่งผลต่อการรักษา และการควบคุมความรุนแรงของโรค สอดคล้องกับ นิตยา โชติสวัสดิ์ (2561) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ที่หยุดยาดด้วยตนเอง พบระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น โดยสูงมากกว่า 400 mg/dl ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิต และการศึกษาของ ทรงวุฒิ สารจันทิก (2564) รายงานว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความกังวลว่าการรับประทานยาจะส่งผลทำให้ไตเสื่อมหรือเสียหายที่ จึงหยุดใช้ยาด้วยตนเอง เป็นผลทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติไม่ได้

2.4 ปรับขนาดยาเอง พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกว่าร้อยละ 20 มีการปรับเพิ่มและลดขนาดยาในการรักษาด้วยตนเอง (วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์, ธัญรติ ปราบริปู, กิตติยา มหาวิริโยทัย และฉัตรวารินทร์ บุญเดช, 2566) ทั้งนี้ ผู้สูงอายุอาจไม่เข้าใจเหตุผลในการรักษาหรือมีความรู้สึกต่อการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม เช่น ทานยาน้อย อาจไม่หาย ทานยาขนาดน้อยลงได้เพราะอาการของโรคไม่ผิดปกติ ทานยานานจะทำให้เป็นโรคไต หรือทานยามากไป อาจทำให้เกิดผลข้างเคียง เป็นต้น จึงทำให้การบริหารยาไม่เหมาะสม เช่น แพทย์ให้รับประทานครั้งเม็ด แต่ผู้สูงอายุไม่สามารถหักเม็ดยาได้จึงรับประทาน 1 เม็ด เป็นต้น (กฤษณาพร ทิพย์กาญจนรักษา และสำลี สาสีกุล, 2562; Malakouti et al., 2021) การปรับขนาดยาเองย่อมส่งผลให้เกิดปัญหาการใช้ยาตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรธน์ หวังประดิษฐ์, ชลาลัย โชคดีศรีจันทร์, สมสมัย ทพนันท์, ศิริขวัญ โพธิ์แจ้ง และจารุวรรณ สุรัสโม (2567) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปรับเพิ่มปริมาณยาด้วยตนเอง จากรับประทาน 2 เม็ด เป็น 4 เม็ด เป็นผลทำให้เกิดระดับความดันโลหิตต่ำกว่าเกณฑ์ปกติตามมา

ดังนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องสามารถป้องกันการเกิดปัญหาจากการใช้ยาดังกล่าวได้ ผ่านดูแลการบริหารยาหรือการใช้ยาในผู้สูงอายุให้เหมาะสม ให้มีความเสี่ยงหรือมีอันตรายกับผู้สูงอายุให้น้อยที่สุด

ยาที่ควรระวังการใช้ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

จากการศึกษาความชุกของการเกิดปัญหาจากการใช้ยาไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย พบรายการยาที่มีปัญหามากที่สุดจำแนกได้ 4 กลุ่ม ดังนี้ (หนึ่งฤทัย สุกใส, กรกนก แสงกาญจนวนิช, ณัฐกร ทองจุลละ และธิดามณี ทองพุ่ม, 2566)

1. กลุ่มยา Antihistamine (First-Generation) มีความชุกการเกิดปัญหาร้อยละ 34.2 ยาที่พบบ่อย ได้แก่ Dimenhydrinate (รักษาอาการเมารถเมาเรือ เวียนศีรษะ) และ Chlorpheniramine (รักษาอาการแพ้ต่าง ๆ และบรรเทาอาการไข้หวัด) (หนึ่งฤทัย สุกใส, กรกนก แสงกาญจนวนิช, ณัฐกร ทองจุลละ และธิดามณี ทองพุ่ม, 2566) ในผู้สูงอายุยาในกลุ่มนี้จะขับออกจากร่างกายได้ช้า ทำให้ยาอยู่ในร่างกายนานขึ้นและเกิดผลข้างเคียงได้ง่ายขึ้น (วิน วินิจวัจนะ, 2564) เช่น สับสน ปากแห้งคอแห้ง หน้ามืดขณะลุกยืน เพิ่มความดันในลูกตา รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม (ประคอง ชินวงษ์, น้อยเล็ก คุณวรดิษฐ์, แสงว วัชรณะกิจ, โอนทัย วิริยะกาญจนา และอัครเดช บุญเย็น, 2566; Wang et al., 2024) จึงไม่ควรใช้ยาร่วมกับยานอนหลับกลุ่ม Benzodiazepine เช่น ยา Diazepam, Lorazepam เป็นต้น เพราะยิ่งเสริมฤทธิ์ ทำให้ง่วงซึมมากขึ้นและเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มมากขึ้น (ลักขิกา เมธาคุปต์, รุ่งฤดี แสงคำ และชญาณี สุขสมบัติ เจริญ, 2567; Malakouti et al., 2021) ดังนั้นการเลือกใช้ยาควรพิจารณาเหตุที่แท้จริงก่อนให้ยา เพราะอาจให้การรักษาด้วยวิธีอื่นแทนได้ เช่น ผู้สูงอายุมาด้วยไข้หวัดคัดจมูกอาจแนะนำให้ใช้น้ำเกลือล้างจมูก แทนการให้ยา หรือหากมีเวียนศีรษะอาจพิจารณาให้ยาในกลุ่มอื่นแทน เป็นต้น (ปวิข พากวิพัทธ์ และสุณี เลิศสินอุดม, 2563; Bou Malham, El Khatib, Cestac, Andrieu, Rouch, & Salameh, 2024) เพื่อป้องกันการเกิดปัญหา

2. กลุ่มยา Antidepressant มีความชุกการเกิดปัญหาร้อยละ 28.1 ยาที่พบบ่อย คือ Amitriptyline ใช้รักษาภาวะซึมเศร้า บรรเทาการปวดประสาทหลัง ปวดจากโรคหลอดเลือด หรือป้องกันปวดศีรษะไมเกรน (หนึ่งฤทัย สุกใส, กรกนก แสงกาญจนวนิช, ณัฐกร ทองจุลละ และธิดามณี ทองพุ่ม, 2566) เนื่องจากผู้สูงอายุอาจมีปัญหาการนอนหลับจึงมักได้รับยาในกลุ่มนี้เพื่อกดระบบประสาทพร้อมกับมักมีอาการปวดจากการเสื่อมตามวัยจึงมีโอกาสได้ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ การใช้ยา 2 กลุ่มนี้ร่วมกัน จะทำให้ระบบประสาทส่วนกลางถูกกดเพิ่มมากขึ้น ทำให้สับสนหรือง่วงซึมมากขึ้น จึงเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย (เบ็ญจภรณ์ เกรียงไกรเพ็ชร, 2565) นอกจากนั้นหลีกเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่มนี้ เช่น Fluoxetine, Fluvoxamine ร่วมกับยา Warfarin เพราะจะทำให้เกิดการต้านฤทธิ์ของ Warfarin เป็นผลให้การแข็งตัวของเลือดลดลง ค่า International Normalized Ratio (INR) เพิ่มสูงขึ้น เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก (ปวิข พากวิพัทธ์ และสุณี เลิศสินอุดม, 2563; Wang et al., 2024)

3. กลุ่ม Benzodiazepines มีความชุกการเกิดปัญหาร้อยละ 6.50 ยาที่พบบ่อย คือ Lorazepam นิยมใช้รักษาผู้ที่วิตกกังวลหรือนอนไม่หลับ (หนึ่งฤทัย สุกใส, กรกนก แสงกาญจนวนิช, ณัฐกร ทองจุลละ และธิดามณี ทองพุ่ม, 2566) ในผู้สูงอายุจะตอบสนองต่อยาในกลุ่มนี้ได้ไวและขับออกได้ช้า ยาจึงอยู่ในร่างกายนานขึ้น (วิน วินิจวัจนะ, 2564) เพิ่มโอกาสเกิดภาวะบกพร่องทางปัญญา จากการที่ยาไปกดการส่งสัญญาณ ที่เกี่ยวข้อง หากใช้นาน

ติดต่อกันมากกว่า 4 สัปดาห์ หรือใช้ยาหลายอย่างร่วมกันจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความบกพร่องด้านการเรียนรู้และความจำมากขึ้น (ปวิข ปากวิพพัทธ์ และสุณี เลิศสินอุดม, 2563; Malakouti et al., 2021) ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับ ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยานี้ ในผู้สูงอายุหรือใช้เมื่อจำเป็น และไม่ควรใช้ยานี้ติดต่อกันนานเกินกว่า 4 สัปดาห์ (หทัยชนก รัตนพงศ์เศรษฐ์ และนัชชา เรืองเกียรติกุล, 2566).

4. กลุ่ม Proton Pump Inhibitors (PPIs) มีความชุกการเกิดปัญหาร้อยละ 4.50 ยาที่พบบ่อย คือ Omeprazole ใช้รักษาแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนต้น และรักษากรดไหลย้อน (หนึ่งฤทัย สุกใส, กรรณก แสงกาญจนวนิช, ณัฐกร ทองจุลละ และธัชฌาณัติ ทองพุ่ม, 2566) ในผู้ป่วยสูงอายุมักได้รับยากลุ่มนี้เพื่อป้องกันการระคายเคืองเยื่อบุกระเพาะอาหาร (เบญจภรณ์ เกรียงไกรเพ็ชร, 2565) หากใช้ยากลุ่มนี้ติดต่อกันนานมากกว่า 8 สัปดาห์ จะทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ Clostridioides Difficile มากขึ้น เกิดอาการท้องเสียและลำไส้ใหญ่บวมตามมา (ปวิข ปากวิพพัทธ์ และสุณี เลิศสินอุดม, 2563) นอกจากนั้น ยังมักพบปัญหาการใช้ยา Omeprazole คู่กับ Clopidogrel ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่ง Omeprazole จะไปยับยั้ง CYP2C19 ทำให้มีการเปลี่ยนแปลง Clopidogrel ซึ่งเป็น Prodrug ให้เป็น Active Form ลดลงส่งผลทำให้ยา Clopidogrel ออกฤทธิ์ได้ลดลง (เบญจภรณ์ เกรียงไกรเพ็ชร, 2565; Bou Malham, El Khatib, Cestac, Andrieu, Rouch, & Salameh, 2024)

5. กลุ่ม Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs (NSAIDs) หรือ ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ มีความชุกการเกิดปัญหาร้อยละ 3.10 ยาที่มักพบปัญหา คือ 1) Diclofenac ใช้บรรเทาการอักเสบและอาการปวดในโรคข้ออักเสบ 2) Naproxen และ 3) Ibuprofen ใช้บรรเทาอาการปวดต่าง ๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดประจำเดือน เป็นต้น (หนึ่งฤทัย สุกใส, กรรณก แสงกาญจนวนิช, ณัฐกร ทองจุลละ และธัชฌาณัติ ทองพุ่ม, 2566) ปัจจุบันพบบ่อยในการใช้ร่วมกับสมุนไพร เช่น ผู้สูงอายุได้รับ NSAIDs เพื่อรักษาอาการปวดเข่า เมื่อมีอาการท้องอืดจากการหลังกรดช่วยย่อยอาหารที่ลดลง จึงซื้อน้ำมันงาทาน ซึ่ง NSAIDs นอกจากบรรเทาปวดยังมีฤทธิ์ต้านเกล็ดเลือด ส่วนน้ำมันงามีฤทธิ์ด้านการจับตัวเป็นก้อนเลือด เมื่อใช้ร่วมกันจึงทำให้เกิดปัญหาเลือดออกง่ายตามมา (เบญจภรณ์ เกรียงไกรเพ็ชร, 2565; Bou Malham, El Khatib, Cestac, Andrieu, Rouch, & Salameh, 2024) นอกจากนั้นควรระวังการใช้ NSAIDs ร่วมกับยาขับปัสสาวะหรือยาลดความดันโลหิตที่ออกฤทธิ์เกี่ยวข้องกับแองจิโอเทนซิน เพราะจะทำให้การไหลเวียนเลือดในไตลดลง เกิดไตวายตามมาได้ (ปวิข ปากวิพพัทธ์ และสุณี เลิศสินอุดม, 2563; Malakouti et al., 2021)

ดังนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนถือว่ามีความท้าทายโดยตรงในด้านการป้องกันและจัดการกับการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ การใช้ยาด้วยความระมัดระวัง เพื่อป้องกันอันตรายจากยาที่จะเกิดกับผู้สูงอายุ

บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุ

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถป้องกันและจัดการการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงต่าง ๆ ได้ตามขอบเขตวิชาชีพ (สภาการพยาบาล, 2564) ดังนี้

1. บทบาทผู้ประเมิน: ชักประวัติที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา สมุนไพร และอาหารเสริมให้ครอบคลุม ประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการบริหารยาของผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อประกอบการตัดสินใจวางแผนดูแลการใช้ยาให้เหมาะสม ร่วมกับประเมินความเสี่ยงจากยาที่อาจนำไปสู่ความไม่ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ

2. บทบาทผู้ให้ความรู้และคำปรึกษา: หลังจากวางแผนดูแลการใช้ยาให้เหมาะสมแล้ว พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรให้คำอธิบายและแนะนำการใช้ยาแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว เกี่ยวกับวัตถุประสงค์การให้ยา การออกฤทธิ์ ผลข้างเคียง ยาที่ไม่สามารถใช้ร่วมกันได้ อาการที่จะพบเมื่อเกิดการทำปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา เป็นต้น และสร้างความตระหนักแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในการใช้ยาตามขนาดที่ถูกต้องตามแผนการรักษา

3. บทบาทผู้ติดตามและประเมินผล: เยี่ยมบ้านประเมินประสิทธิภาพการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากยาที่อาจเกิดกับผู้สูงอายุ ประเมินการบริหารยาของผู้สูงอายุและครอบครัวอีกครั้ง ร่วมกับความเสี่ยงของการใช้ยาไม่เหมาะสม เช่น การมองเห็น ภาวะหลงลืม กลืนลำบาก เป็นต้น เพื่อใช้ปรับแผนการบริหารยาให้เหมาะสม หรือการนำนวัตกรรมต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้เพื่อแก้ไขปัญหาการใช้ยาให้เหมาะสมต่อไป

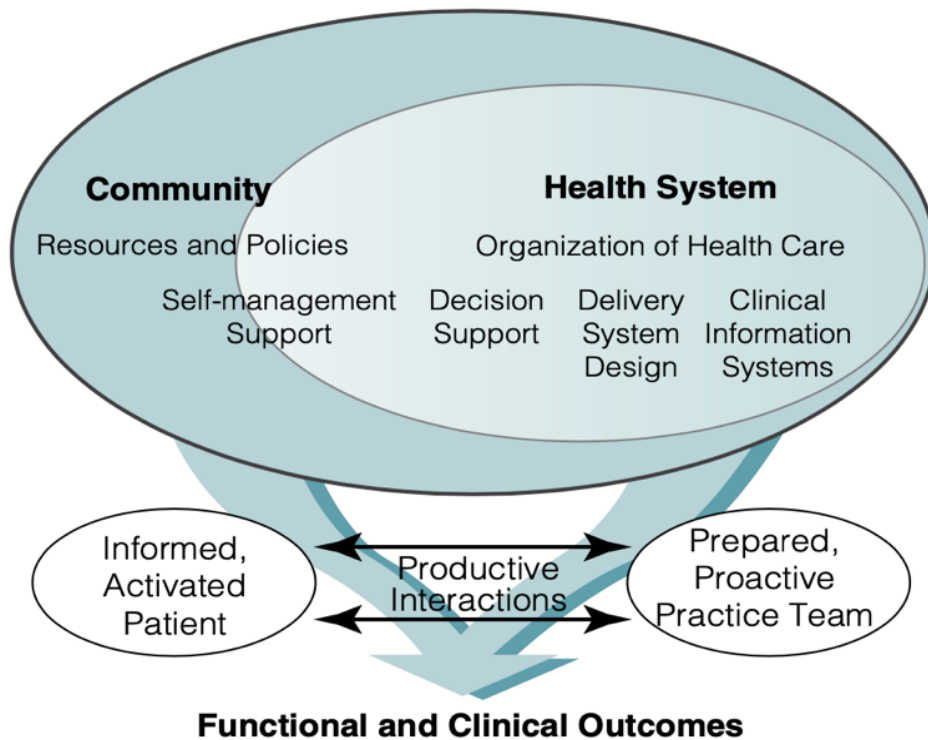
4. บทบาทผู้จัดการ: วิเคราะห์สาเหตุปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุ เพื่อแก้ไขให้ตรงจุด เช่น เมื่อพบว่าผู้สูงอายุเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยาจากการใช้ยา พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องเอาข้อมูลยาทั้งหมดมาทบทวนเพื่อหาว่ายาชนิดใดที่ทำปฏิกิริยาต่อกัน จากนั้นพิจารณาปรับแผนการใช้ยาใหม่ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

5. บทบาทผู้ประสานงาน: หากพบว่าผู้สูงอายุเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา เกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา หรือยาที่ใช้ไม่มีประสิทธิภาพต่อการรักษา ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ควรประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ปัญหาให้เหมาะสม

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู (สภาการพยาบาล, 2564) เนื่องจากผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนต้องใช้เวลาดูแลที่ยาวนาน การเชื่อมโยงการดูแลของบุคลากรสาธารณสุขกับครอบครัวและชุมชนของผู้สูงอายุ จึงมีความสำคัญ

ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model (CCM)) เป็นรูปแบบหนึ่งของการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพในระดับสากล (Wagner, 1998) ที่มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและเพิ่มผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ดีขึ้น ดังนั้น เพื่อการดูแลการใช้ยาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การบูรณาการบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนกับแนวคิดดังกล่าวจะช่วยส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์การใช้ยาที่ดีขึ้น 6 องค์ประกอบหลัก ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model (CCM)) (Wagner, 1998)

1. ระบบสุขภาพ (Health System) เป็นการดูแลทั้งทางกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยมีนโยบายดำเนินการ มีมาตรฐานการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน มีการจัดสรรบุคคล งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่เอื้อต่อการจัดบริการสุขภาพและมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
2. การสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-Management Support) สร้างพลัง (Empowerment) ให้แก่ผู้ป่วย ให้มีความรู้ มีทักษะที่ถูกต้อง และเกิดความมั่นใจ ทำให้สามารถจัดการกับโรคเรื้อรังได้ด้วยตนเอง
3. การออกแบบระบบบริการ (Delivery System Design) โดยกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความต่อเนื่อง มีผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางเชื่อมโยงกับระบบบริการของสถานบริการทุกระดับ รวมทั้ง มีการกำหนดรูปแบบการดูแลที่ตอบสนองต่อการดูแลระยะยาวที่มีประสิทธิภาพ
4. การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support) เป็นการที่หน่วยบริการสุขภาพมีแนวทางการดูแลทางเวชปฏิบัติที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตผู้ป่วย มีการให้ข้อมูลที่มีหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์และมีระบบการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการตัดสินใจหาแนวทางในการจัดการสุขภาพได้ด้วยตนเอง
5. ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical Information Systems) หน่วยบริการสุขภาพต้องมีระบบฐานข้อมูลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังแต่ละบุคคลและสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ เพื่อใช้วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ ฐานข้อมูลควรเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับหน่วยงานบริการสุขภาพทุกระดับ

6. สิ่งสนับสนุนในชุมชนในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Community Resources and Policies) เป็นการสร้างนโยบายและแนวปฏิบัติของชุมชนที่เอื้อต่อการเกิดสุขภาพดี ชุมชนเกิดความเข้มแข็ง มีระบบดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ดำเนินการเองโดยชุมชนโดยมีทีมบุคลากรสุขภาพสนับสนุน

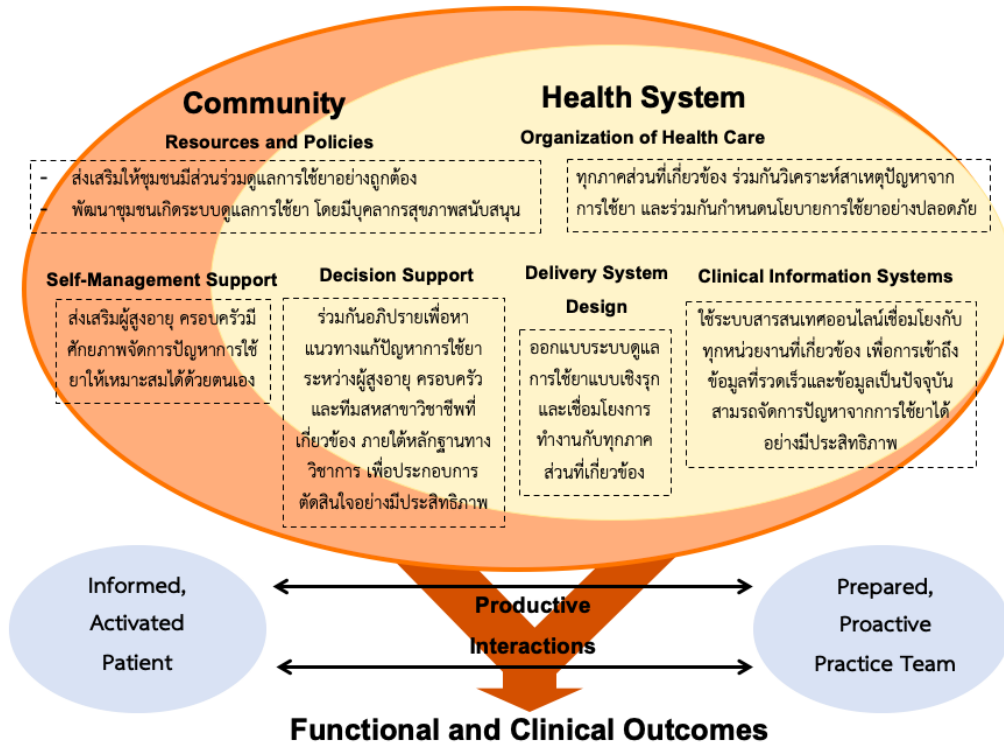
ประยุกต์ใช้ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังตามบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติ

กรณีศึกษา: ผู้สูงอายุชาย อายุ 66 ปี เคยมีประวัติลิ้นหัวใจไม่ทึบ (Mitral Stenosis) ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมทรัล (Mitral Valve Replacement) มา 25 ปี รับประทานยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชนสม่ำเสมอ ทุกเดือน คือ 1) Warfarin 2 mg 1 tab oral hs. 2) Digoxin 0.25 mg 1 tab oral OD pc. เช้า 3) Enalapril 5 mg 1 tab oral OD pc. เช้า 4) Furosemide 20 mg 1 tab oral pc. เช้า ต่อมาได้รับการวินิจฉัย เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แพทย์จึงเริ่มการรักษาโดยเพิ่มยา Metformin 850 mg 1 tab OD pc. เย็น

สัปดาห์ที่ผ่านมา ลูกสาวให้ข้อมูลว่า ผู้สูงอายุมักมีอาการเหงื่อออกง่าย อ่อนเพลีย ใจสั่นและรู้สึกหิว ๆ คล้ายจะเป็นลมบ่อยครั้ง เมื่อมีอาการจะให้ผู้สูงอายุนอนพัก เช้านี้ผู้สูงอายุอ่อนเพลียมากกว่าปกติ ลูกสาวจึงมา รพ.สต. เพื่อแจ้งพยาบาลให้ไปตรวจดูที่บ้าน อาการแรกเริ่ม ผู้สูงอายุมีท่าทางอ่อนเพลีย รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ BP=109/66 mmHg., PR=82 bpm., RR=20 bpm. และ T=36.7 °C ตรวจ DTX= 65 mg% จึงให้ผู้สูงอายุ ดื่มน้ำหวาน 1 แก้ว จากนั้นตรวจประเมิน DTX ซ้ำอีกครั้งหลังดื่มน้ำหวาน 20 นาที DTX= 115 mg% ผู้สูงอายุ บอกว่ารู้สึกดีขึ้น จากการสอบถามผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมักลืมรับประทานยา Metformin ในมือเย็น จึงปรับ เวลาทานยาเอง โดยรับประทาน Metformin มารับประทานหลังอาหารเช้าพร้อมกับยาอื่น ๆ ที่รับประทาน ในตอนเช้าแทน

ประเด็นปัญหา: ผู้สูงอายุนี้อาจมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) จากการเกิดปฏิกิริยาต่อกัน ระหว่างยา Metformin กับ Digoxin โดยข้อมูลจากหลายการศึกษาอธิบายกระบวนการเกิดประเด็นปัญหาดังกล่าวไปในทิศทางเดียวกัน โดยอธิบายว่า ยา Metformin มีประจุไฟฟ้าเป็นบวก เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะออกฤทธิ์ โดยแย่งกันขับออกทางไตกับยาที่มีประจุไฟฟ้าบวกเหมือนกัน ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุได้รับยา Digoxin ที่เป็นยาประจุไฟฟ้าบวกเหมือนกัน จึงเกิดการแย่งกันขับออกทางไตกับยา Metformin ส่งผลทำให้ระดับยา Metformin ในกระแสเลือดของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นและนำมาสู่การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำตามมา (American Diabetes Association, 2023; DRAFT, 2001; Sheleme, 2021; Triplitt, 2006)

การดูแลการใช้ยาในผู้สูงอายุ: บุคลากรบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติกับประยุกต์ใช้ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสำหรับผู้สูงอายุรายนี้ ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 การประยุกต์ใช้ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

1. ระบบสุขภาพ (Health System) เมื่อพบปัญหาการเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา Metformin กับ Digoxin พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาร่วมผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อให้ทราบถึงสาเหตุ คือ เกิดจากการปรับเวลาทานยาเองของผู้สูงอายุ โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนนำปัญหาที่พบปรึกษาร่วมกับผู้บริหาร รพ.สต. ทีมบริการสุขภาพ และทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับระบบการดูแลการใช้ยาในผู้สูงอายุ และครอบครัวให้เหมาะสม แก้ไขปัญหาที่พบแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางการดูแล ติดตาม และเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดจากการพฤติกรรมใช้ยาในอนาคต ทำการประสานแจ้งข้อมูลกับแพทย์ผู้รักษาโรคเรื้อรังทราบเกี่ยวกับปัญหาการเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยาทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เพื่อจะได้การวางแผนรักษาที่เหมาะสมต่อไป ทั้งนี้ ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดนโยบายการใช้ยาอย่างปลอดภัยในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีการใช้ยาหลายขนาน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลและเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาจากการใช้ยาในอนาคต

2. การสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-Management Support) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีศักยภาพในการจัดการปัญหาการปรับเวลาทานยาเองของผู้สูงอายุให้มีความเหมาะสม และปลอดภัยได้ด้วยตนเอง โดยส่งเสริมความรู้และทักษะต่าง ๆ ที่สำคัญต่อการใช้ยาโรคเรื้อรัง รวมทั้งสร้างความตระหนักในการใช้ยาโรคเรื้อรัง ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

2.1 ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุและครอบครัวเกี่ยวกับการใช้ยาโรคเรื้อรัง และประเมินศักยภาพการใช้ยาโรคเรื้อรัง เพื่อวางแผนส่งเสริมการจัดการการใช้ยาโรคเรื้อรังที่เหมาะสม

2.2 ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวเกี่ยวกับยาโรคเรื้อรังที่ใช้ในปัจจุบัน เช่น วัตถุประสงค์ในการให้ยาแต่ละชนิด การออกฤทธิ์ของยา อาการข้างเคียง การเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา ความจำเป็นในการบริหารยาให้ตรงขนาดและตรงเวลา การเสื่อมสภาพและหมดอายุของยา เป็นต้น เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการรักษาที่ถูกต้องและสามารถจัดการปัญหาที่พบจากการใช้ยาในเบื้องต้นได้

2.3 สร้างความตระหนักในการใช้ยาโรคเรื้อรังอย่างถูกต้องและปลอดภัย โดยยกเหตุการณ์การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำครั้งนี้เป็นตัวอย่าง พร้อมอธิบายเหตุผล หากผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมปรับเวลาทานยาเอง จะส่งผลให้ยาเกิดปฏิกิริยาต่อกัน เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้บ่อยครั้ง หากช่วยเหลือช้าอาจทำให้หัวใจหยุดเต้น การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว รวมถึงสมองถูกทำลายอย่างถาวร และอาจเสียชีวิตตามมาได้

2.4 เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้ได้แนวทางการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องและไม่ขัดกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำในอนาคต

2.5 สอนทักษะประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแก่ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สามารถประเมินระดับความรู้สึกตัวและสังเกตอาการเบื้องต้นได้ เช่น ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น อ่อนเพลีย มึนงง ศีรษะ เป็นต้น และจัดหาเครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วให้ยืมใช้ที่บ้านพร้อมสอนวิธีการตรวจ หากตรวจได้ค่าต่ำกว่า 70 mg% ให้หาน้ำหวานให้ดื่มแล้วโทรแจ้งพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนตรวจประเมินซ้ำ

2.6 เสริมพลังอำนาจ (Empowerment) และสร้างเสริมแรงจูงใจ (Motivational) แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว ในการเปลี่ยนพฤติกรรมและใส่ใจการใช้ยาโรคเรื้อรังให้เหมาะสมและปลอดภัยมากขึ้น

3. การออกแบบระบบบริการ (Delivery System Design) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนออกแบบระบบการดูแลการใช้ยาในผู้สูงอายุรายนี้แบบเชิงรุก เชื่อมโยงการทำงานกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีการใช้ยาโรคเรื้อรังอย่างถูกต้องและปลอดภัยตามแนวทางที่ได้ร่วมกันออกแบบในขั้นตอนการสนับสนุนการจัดการตนเอง ทุกครั้งหลังใช้ยาให้สังเกตและประเมินความผิดปกติที่เกิดจากการใช้ยา กำหนดให้กลุ่มผู้นำชุมชนและ อสม. ติดตามตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุและครอบครัวที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมออย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หากพบความผิดปกติให้แจ้งพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนทราบ ทั้งนี้ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องมีการเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องเพื่อติดตามและประเมินผลการใช้ยาร่วมด้วย หากพบปัญหาให้ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาหรือส่งต่อผู้สูงอายุไปยังสถานบริการที่สามารถให้การช่วยเหลือได้ เป็นต้น

4. การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อแก้ปัญหาการใช้ยาระหว่างผู้สูงอายุและครอบครัวกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น

บุคลากรทางการแพทย์ของ รพ.สต. แพทย์และเภสัชกรจากโรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น โดยใช้หลักฐานทางวิชาการ ร่วมอภิปรายการเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา Metformin และ Digoxin ที่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (American Diabetes Association, 2023; Sheleme, T., 2021) เพื่อประกอบการตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถเลือกจัดการปัญหาจากการใช้ยาได้ด้วยความมั่นใจ ด้านทีมสหสาขาวิชาชีพพิจารณาการใช้ยา Metformin กับ Digoxin อย่างสมเหตุสมผลด้วยหลัก “IESAC” (ประยुทธ ภูวรัตนาวีธิ, 2561) คือ ข้อบ่งใช้ (I=Indication) ประสิทธิภาพ (E=Efficacy) ความปลอดภัย (S=Safety) ความร่วมมือการใช้ยา (A=Adherence) และราคา (C=Cost) หลังร่วมกันพิจารณา การใช้ยา Metformin ยังคงสมเหตุสมผลเนื่องจากยาช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการใช้ยา Digoxin ยังคงสมเหตุสมผลเนื่องจากยาช่วยควบคุมการเต้นของหัวใจในระยะยาว ดังนั้น การแก้ไข คือ ผู้สูงอายุต้องไม่ปรับเวลาทานยาด้วยตนเอง ให้ทานยาตามแผนการรักษา คือ ทาน Digoxin หลังอาหารเช้า และทาน Metformin หลังอาหารเย็น เพื่อเลี่ยงการเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา ทำให้ไม่เกิดปัญหาการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำต่อไป

5. ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical Information Systems) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนใช้ระบบออนไลน์เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลทางคลินิกทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เมื่อ รพ.สต. เพิ่มข้อมูลพบการเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา Metformin กับ Digoxin ที่พบครั้งนี้ลงในระบบเวชระเบียนออนไลน์ การเข้าถึงข้อมูลยาครั้งต่อไประบบจะแจ้งเตือน (Pop Up) ประวัติที่เคยพบปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา ระบบช่วยให้ข้อมูลยาย้อนกลับแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งใช้ทบทวนการสั่งใช้ยาต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุในครั้งต่อไป นอกจากนั้น มีการใช้แอปพลิเคชันบันทึกข้อมูลสุขภาพในการติดตามตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุและครอบครัวที่บ้านอย่างต่อเนื่อง หากทีมบริการสุขภาพพบข้อมูลหรือเหตุการณ์ผิดปกติจากการใช้ยาสามารถแก้ไขเพิ่มเติมข้อมูลเข้าระบบเวชระเบียนออนไลน์ได้ในทันที ช่วยให้ข้อมูลมีความเรียลไทม์และเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ

6. สิ่งสนับสนุนในชุมชนในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Community Resources and Policies) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนและส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมดูแลการใช้ยาในผู้สูงอายุนี้อายุและผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนอย่างถูกต้องและปลอดภัย ตัวอย่างจากกรณีศึกษา ให้ข้อมูลปัญหาจากการใช้ยา Metformin กับ Digoxin ของผู้สูงอายุกับกลุ่มผู้นำชุมชน เพื่อให้ชุมชนรับทราบและช่วยประสานจัดสรร อสม. ให้มีส่วนร่วมในการดูแลและติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุนี้อายุ เป็นต้น ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดระบบการดูแลการใช้ยาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนอย่างถูกต้อง ปลอดภัย และยั่งยืน ทีมบุคลากรสุขภาพจะมีบทบาทร่วมกับชุมชนในการขับเคลื่อนให้เกิดระบบการดูแลดังกล่าว

การติดตามประเมินผลการดูแลกรณีศึกษา ภายหลังการประยุกต์ใช้ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความรู้ มีทักษะการใช้ยา และมีความตระหนักในการใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้น กลุ่มผู้นำชุมชนและอสม. มีการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุและครอบครัวที่บ้านอย่างสม่ำเสมอเพื่อเฝ้าระวังการไม่ให้เกิดปัญหาจากการใช้ยา พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน แพทย์และเภสัชกรจากโรงพยาบาลชุมชน รมั้ดระวัง

การใช้ยาในผู้ป่วยรายนี้มากขึ้น ผู้สูงอายุไม่พบปัญหาจากการเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา Metformin กับ Digoxin เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีผลลัพธ์การรักษาโรคเรื้อรังที่ดีขึ้น

บทสรุป

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีปัจจัยหลายด้านที่สามารถส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม จากการใช้ยาร่วมกันหลายคน จนนำไปสู่การเกิดผลกระทบต่าง ๆ ตามมา เช่น การเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์จากยา การเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา ลดประสิทธิภาพของยาต่อการรักษาโรคเรื้อรัง เป็นต้น ดังนั้น การใช้ยาให้เกิดความปลอดภัยในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจึงเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ การบูรณาการบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติกับต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) ทั้ง 6 องค์ประกอบ จะช่วยให้ให้พยาบาลเวชปฏิบัติ จัดระบบการดูแลเรื่องการ用药ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ครอบคลุมทุกมิติมากขึ้น เพิ่มคุณภาพชีวิต รวมทั้งเกิดผลลัพธ์การดูแลการใช้ยาที่ปลอดภัยและเป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการป้องกัน ดูแล และจัดการการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นในชุมชน เช่น การจัดโครงการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ (Home Visit Program) เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้และประเมินพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมร่วมกับ อสม. หรือ จัดคลินิกการใช้อย่างสมเหตุผล (RDU Clinic) ในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมี “Medication Review” ให้กับ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น
2. เป็นแนวทางในการนำต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปประยุกต์ใช้ในการดูแลการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและปลอดภัย เช่น พัฒนาระบบ Medication Safety Network ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน และ อสม. เพื่อยรายงานปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ หรือ จัดทำแผนการดูแลการใช้ยาแก่ผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล (Individualized Care Plan) ร่วมกับครอบครัว โดยมีการทบทวนการใช้ยาทุก 3-6 เดือน เป็นต้น
3. เป็นแนวทางพัฒนาหลักสูตรให้ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันและจัดการการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สำหรับสถาบันการศึกษาทางการพยาบาล เช่น เพิ่มหัวข้อ “การจัดการการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง” ในรายวิชาพยาบาลผู้สูงอายุและการพยาบาลอนามัยชุมชน หรือ ฝึกให้นักศึกษาพยาบาลได้วิเคราะห์ปัญหาเชิงระบบและการจัดการปัญหากรณีในผู้สูงอายุที่มีการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมผ่านการใช้กรณีศึกษา (Case-Based Learning) เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทางการป้องกัน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ในผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากรทางกาแพทย์และสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2568 จาก http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2022/11/66_Manual01.pdf.
- กษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา และสำลี สาสีกุล. (2562). บทบาทพยาบาลในการป้องกันและการจัดการกับการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(1), 31-39.
- ทรงวุฒิ สารจันทิก. (2564). ผลการประเมินปัญหาการใช้ยาและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการเยี่ยมบ้านแบบ INHOMESSS ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดสระบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 7(2), 233-247.
- นิตยา โชติสวัสดิ์. (2561). การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนแห่งหนึ่ง เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข*, 4(3), 335-347.
- เบ็ญจภรณ์ เกรียงไกรเพ็ชร. (2565). ความชุก อันตรกิริยาระหว่างยาในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชลบุรี. *เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลชลบุรี*, 47(2), 129-138.
- ประคอง ชินวงษ์, นื่องเล็ก คุณวรดิษฐ์, แสง วัชรธนกิจ, โอนทัย วิริยะกาญจนา และอัครเดช บุญเย็น. (2566). การประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาของผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยเกณฑ์ STOPP/START ฉบับดัดแปลง ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 15(2), 279-293.
- ประยุทธ ภูวรัตน์าวี. (2561). บทบาทของเภสัชกรในการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยา warfarin. สืบค้นเมื่อ 23 เมษายน 2568 จาก <https://www.wongkarnpat.com/upfilecpe/CPE243.pdf>.
- ปวิข พากวิพัทธ์ และสุนิ เลิศสินอุดม. (2563). การใช้ยาอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุ. *สมาคมเภสัชกรรมทะเบียนและกฎหมายผลิตภัณฑ์*. สืบค้นเมื่อ 22 เมษายน 2568 จาก https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=898.
- ลักขิกา เมธาคุปต์, รุ่งฤดี แสงคำ และชญานิ สุขสมบัติ เจริญ. (2567). การศึกษาความชุกของการได้รับยาไม่เหมาะสม และการใช้ยาร่วมกันหลายขนานของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชำผักแพว อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 18(3), 785-800.
- วรภรณ์ ปรีปฐนะ, ศิริลักษณ์ ใจเชื้อ และสุธาร จันทวงค์. (2567). ผลของการบริหารเภสัชกรรมและการบริการด้านโภชนาการในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2: กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารวิจัย มช. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 24(1), 69-82.

- วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์, ธัญรดี ปราบริปู, กิตติยา มหาวิริโยทัย และฉัตรวารินทร์ บุญเดช. (2566). ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรมโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. *ราชวาทิศาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 13(2), 48-63.
- วิน วินิจจันะ. (2564). *การใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ: เรื่องต้องรู้สำหรับเภสัชกร (Medication Use in Older Patients: A Must for Pharmacists)*. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย. สืบค้นเมื่อ 22 เมษายน 2568 จาก https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=1127.
- สภาการพยาบาล. (2564). *ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สาขาต่าง ๆ*. สืบค้นเมื่อ 30 เมษายน 2568 จาก <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/NP.PDF>.
- สภาการพยาบาล. (2565). *ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง กำหนดรายการยาและสารวินิจฉัยสำหรับพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเวชปฏิบัติในการรักษาโรคเบื้องต้น พ.ศ. 2565*. สืบค้นเมื่อ 13 มกราคม 2568 จาก [https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T_0036\(3\).PDF](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T_0036(3).PDF).
- สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. (2564). *แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด*. สืบค้นเมื่อ 26 มกราคม 2568 จาก <https://drive.google.com/file/d/1aldKh0TwdEiVLRlHB5Jdm95EFAKHhAF/view>.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 The 2024 Survey of The Older Persons in Thailand*. สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2568 จาก https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. (2568). *รายงานการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์เพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568*. สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2568 จาก https://eh.anamai.moph.go.th/th/3222568/download?id=123560&mid=39530&mkey=m_document&lang=th&did=36186.
- สุกฤตา มีตาพิฐ. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และจำนวนชนิดยากับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 23(3), 504-511.
- สุริยภรณ์ แสหนทวีสุข, พรทิพย์ มาลาธรรม และนุชนาฏ สุทธิ. (2566). พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้ยา และปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุวัยปลายกลุ่มโรคเรื้อรัง. *วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรมและสุขภาพ*, 29(3), 332-348.

- หทัยชนก รัตนพงศ์เศรษฐ์ และนันทชา เรื่องเกียรติกุล. (2566). อัตราการจ่ายยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจจ่ายยา benzodiazepine ในผู้สูงอายุของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลราชวิถี. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 6(3), 210-217.
- หนึ่งฤทัย สุกใส, กรกนก แสงกาญจน์วนิช, อนุกร ทองจุลละ และธัชณามดี ทองพุ่ม. (2566). การได้รับยาที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุ: ความชุก ปัจจัย และเครื่องมือ ที่ใช้ในการประเมิน. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. สืบค้นเมื่อ 22 เมษายน 2568 จาก https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=1471.
- อรรถรัตน์ หวังประดิษฐ์, ชลาลัย โชคดีศรีจันทร์, สมสมัย ทัพนันท์, ศิริขวัญ โพธิ์แจ้ง และจากรวรรณ สุรัสโม. (2567). การรับรู้ด้านสุขภาพและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 4(2), e267575.
- Abudahab, S., Slattum, P. W., Price, E. T., & McClay, J. L. (2024). Epigenetic regulation of drug metabolism in aging: Utilizing epigenetics to optimize geriatric pharmacotherapy. *Pharmacogenomics*, 25(1), 41-54.
- American Diabetes Association. (2023). Standards of care in diabetes-2023 abridged for primary care providers. *Clinical Diabetes*, 41(1), 4-31.
- Bou Malham, C., El Khatib, S., Cestac, P., Andrieu, S., Rouch, L., & Salameh, P. (2024). Management of potentially inappropriate medication use among older adult's patients in primary care settings: description of an interventional prospective non-randomized study. *BMC Primary Care*, 25(1), 213.
- DRAFT. (2001). *Hypoglycemic Drug Interactions. The Rx Files: Q and A Summary, 2001*. Retrieved August 22, 2025 from <https://www.rxfiles.ca/rxfiles/uploads/documents/diabetes-QandA-Hypoglycemic-DIs.pdf>.
- Gerontological Society of America. (2021). *What is gerontology? Washington, DC: GSA; 2021*. Retrieved March 30, 2025 from <https://www.geron.org/about-us/our-vision-mission-and-values/what-is-gerontology>.
- Malakouti, S. K., et al. (2021). A systematic review of potentially inappropriate medications use and related costs among the elderly. *Value in health regional issues*, 25, 172-179.

- Polaka, S., Tella, J. D., Tekade, M., Sharma, M. C., & Tekade, R. K. (2022). Impact of ageing on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of the drugs (In Pharmacokinetics and Toxicokinetic Considerations). *Academic Press*, 2, 241-261. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-98367-9.00008-1>
- Sheleme, T. (2021). Clinical Pharmacokinetics of Metformin. *Metformin-Pharmacology and Drug Interactions*. Retrieved March 30, 2025 <https://dx.doi.org/10.5772/intechopen.94707>.
- Triplitt, C. (2006). Drug interactions of medications commonly used in diabetes. *Diabetes Spectrum*, 19(4), 202.
- United Nations. (2023). *World Population Ageing 2023 challenges and opportunities of population ageing in the least developed countries*. Retrieved May 4, 2025 from https://Users/achariyachuryen/Downloads/undesa_pd_2024_World-Population-Ageing.pdf.
- Wagner, E. H. (1998). Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness. *Effective Clinical Practice*, 1(1), 1-4.
- Wang, Z., et al. (2024). Prevalence of polypharmacy in elderly population worldwide: A systematic review and meta-analysis. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 33(8), e5880.

การประยุกต์ใช้ศาสตร์พระราชาในการจัดการกับโรคความดันโลหิตสูง Applying the King's Philosophy to Hypertension Management

ประวีดา คำแดง¹, ประพนธ์ ธรรมไชย^{2*}, ถนัต บุษชัย²

Praveeda Kamdaeng¹, Prapan Thumchai^{2*}, Thanat Boonchai²

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน¹,

วิทยาลัยแม่ฮ่องสอน มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน^{2*}

Faculty of Nursing, Chiang Mai Rajabhat University, Mae Hong Son Campus¹,

Mae Hong Son College, Chiang Mai Rajabhat University, Mae Hong Son Campus^{2*}

(Received: April 26, 2025; Revised: July 26, 2025; Accepted: December 4, 2025)

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการประยุกต์ใช้ศาสตร์พระราชาในการจัดการโรคความดันโลหิตสูง โดยมุ่งเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและส่งเสริมการพึ่งพาตนเอง อาศัยกรอบแนวคิด "เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา" ซึ่งเป็นหลักสำคัญของศาสตร์พระราชามาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) แนวทางดังกล่าวครอบคลุมการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองผ่านการศึกษาเกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยง และแนวทางการดูแลสุขภาพ การเข้าถึงทรัพยากรทางสุขภาพทั้งจากระบบสาธารณสุขและภูมิปัญญาท้องถิ่น ตลอดจนการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ บทความยังนำเสนอถึงบทบาทสำคัญของพยาบาลในฐานะกลไกเชื่อมโยงผู้ป่วยเข้ากับระบบบริการสุขภาพ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากครอบครัวและชุมชน เพื่อสนับสนุนกระบวนการจัดการโรคความดันโลหิตสูงให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมและยั่งยืน ซึ่งอาจใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: ศาสตร์พระราชา, การจัดการตนเอง, ความดันโลหิตสูง

*ผู้ให้การติดต่อ ประพนธ์ ธรรมไชย e-mail: prapan_thu@cmru.ac.th

Abstract

This academic article aims to present an approach for applying the King's Philosophy to hypertension management, focusing on enhancing the effectiveness of patient care and promoting self-reliance. This approach integrates the core principles of the King's Philosophy — “Understand, Access, Develop”—with the concept of self-management. It encompasses fostering understanding of one's health status through education on the disease, risk factors and care guidelines; facilitating access to health resources from both public health system and local wisdom; and developing personalized healthcare approaches suitable for individual contexts. Furthermore, the article highlights the significant role of nurses as a crucial mechanism for connecting patients to the healthcare system and promoting engagement from family and community. This support is intended to create tangible and sustainable outcomes in hypertension management, which could serve as a foundation for developing care models for other non-communicable diseases in the future.

Keywords: King's Philosophy, Self-Management, Hypertension

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรทั่วโลก ทั้งในแง่ของการเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจส่งผลกระทบ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี 2021 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกมากกว่า 1.28 พันล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (World Health Organization, 2023) ในประเทศไทย อัตราการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2564 มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงอยู่ที่ประมาณ 14.48 คนต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงขึ้นจากปีก่อนหน้า (กองโรคไม่ติดต่อ, 2568) นอกจากนี้ การศึกษาล่าสุดพบว่าอัตราการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยไทยยังอยู่ในระดับต่ำ โดยมีเพียงร้อยละ 37.2 ของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย (Aekplakorn et al., 2024) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการจัดการโรคที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำความเข้าใจถึงอุปสรรคสำคัญที่ผู้ป่วยเผชิญในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

แม้ในปัจจุบันจะมีแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นระบบและมาตรฐาน แต่ผู้ป่วยจำนวนมาก ยังคงเผชิญกับอุปสรรคการควบคุมภาวะโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้การควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ผล ได้แก่ ความเข้าใจที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับภาวะของตนเอง ความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

{2/16}

สุขภาพ และความรู้สึกโดดเดี่ยวจากการเผชิญกับโรคเรื้อรัง ซึ่งส่งผลต่อแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (ลินยา เทสมุท, พชรินทร์ สังวาลย์ และจินตนา สมฤทธิ, 2566) นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยที่ใช้แนวทางการสั่งการ (Authoritative Approach) โดยบุคลากรทางการแพทย์ อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขาดส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ ส่งผลให้ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา (Sung & Paik, 2022) งานวิจัยในบริบทของผู้ป่วยไทย ยังชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพหลายประการ เช่น การบริโภคอาหารรสเค็มสูง การขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้การควบคุมระดับความดันโลหิตเป็นไปอย่างยากลำบาก (ปราณี ทัดศรี และยุภาพร นาคกลิ้ง, 2561) การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ แก่ผู้ป่วย การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทางการรักษา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อย่างเหมาะสมจึงเป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างยั่งยืน ซึ่งแนวทางเหล่านี้สอดคล้องกับหลักการของการจัดการตนเองที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

การจัดการตนเอง (Self-Management) เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) โดยเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง (Kanfer, 1991) และเป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการอาการ การรักษา และผลกระทบจากโรคเรื้อรัง (Lorig & Holman, 2003) ซึ่งมุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้ ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบริหารจัดการภาวะสุขภาพของตนเองให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน (Grady & Gough, 2014) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและงานวิจัยแบบเมทา-อะนาลิซิส พบว่าการใช้แนวทางการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีประสิทธิผลที่สำคัญ โดยสามารถช่วยลดค่าความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างได้อย่างมีนัยสำคัญ (Shahaj et al., 2019) รวมถึงช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามความท้าทายที่สำคัญในการนำแนวทางนี้ไปใช้คือการออกแบบโปรแกรมที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดศาสตร์พระราชาที่มุ่งเน้นหลัก "เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา" โดยหลักการดังกล่าวสามารถนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ศาสตร์พระราชาเป็นองค์ความรู้ที่พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ได้พระราชทานไว้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างยั่งยืน โดยมีหลักการสำคัญคือ "เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา" (ศูนย์ศึกษาศาสตร์พระราชาเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น, 2563) ซึ่งหลักการนี้มีความสอดคล้องกันอย่างยิ่งกับแนวคิดการจัดการตนเองการดูแลสุขภาพ การนำศาสตร์พระราชามาประยุกต์ใช้กับการจัดการโรคความดันโลหิตสูง สามารถทำได้โดยเริ่มจากการทำความเข้าใจปัญหาและบริบทสุขภาพของผู้ป่วย การเข้าถึงข้อมูลและทรัพยากรที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพ และการพัฒนากลยุทธ์การจัดการตนเองที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ดังนั้น บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการประยุกต์ใช้ศาสตร์พระราชาในการจัดการโรคความดันโลหิตสูง โดยบูรณาการหลักการ "เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา" ร่วมกับแนวคิด

การจัดการตนเอง เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย และสอดคล้องกับบริบทของสังคม

ความดันโลหิตสูงและการจัดการตนเอง

ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ โดยองค์การอนามัยโลก ระบุว่าโรคนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่นำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะไตวายเรื้อรัง ซึ่งล้วนเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรโลก ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 1.3 พันล้านคนทั่วโลก และเกือบครึ่งหนึ่งไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะดังกล่าว นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 4 ใน 5 รายไม่ได้รับการดูแลรักษาเหมาะสม และมากกว่า 3 ใน 4 ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงอาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง หากประเทศต่าง ๆ สามารถยกระดับการเข้าถึงการรักษาได้อย่างทั่วถึง จะสามารถหลีกเลี่ยงการเสียชีวิตของประชากรได้ถึง 76 ล้านรายในช่วงปี พ.ศ. 2566-2593 (World Health Organization, 2023)

ในบริบทของประเทศไทย สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรง โดยข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคนในปี 2565 มีอัตราผู้ป่วยจำนวน 15.43 เพิ่มขึ้นจากปีก่อน (กองโรคไม่ติดต่อ, 2568) แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการวางแผนทางป้องกันและควบคุมอย่างยั่งยืนเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและภาระด้านงบประมาณของระบบสาธารณสุขรวมถึงเศรษฐกิจของประเทศด้วย ซึ่งการทำความเข้าใจและจัดการกับปัจจัยเสี่ยงเป็นกุญแจสำคัญในการดำเนินการดังกล่าว

ปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่ภาวะความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น พันธุกรรม อายุ และเพศ และปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ เช่น การบริโภคโซเดียมสูง การขาดการออกกำลังกาย ภาวะอ้วน ความเครียด การสูบบุหรี่ และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (American Heart Association, 2024b) ดังนั้น การจัดการโรคความดันโลหิตสูงจึงต้องใช้กลยุทธ์แบบองค์รวมที่มุ่งเน้นทั้งการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้และการรักษาทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พ.ศ. 2567 (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2567) ยังคงเน้นการใช้กลยุทธ์แบบองค์รวมนี้ โดยได้ปรับเปลี่ยนรายละเอียดที่สำคัญบางประการ เช่น การจำแนกระดับความดันโลหิตที่ชัดเจนขึ้น และการเน้นย้ำถึงบทบาทของการจัดการตนเองผ่านการติดตามและประเมินสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น การวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home Blood Pressure Monitoring หรือ HBPM) เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์สามารถวางแผนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) จึงกลายเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยมีบทบาทหลักในการดูแลสุขภาพของตนเองผ่านการเรียนรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

และการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อโรค (Lorig & Holman, 2003) ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลกผ่านแนวทางการดูแลตนเอง (Self-Care Interventions) ที่มุ่งเน้นเสริมศักยภาพให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการโรคของตนเอง (World Health Organization, 2022) และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีทักษะการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพจะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น (พิมพ์ใจ อุ๋นบ้าน, สมิตพร จอมจันทร์ และณิชชา ทิพย์วรรณ, 2564; Mills, Muntner, Sharma, Bao, Morisky, & He, 2020)

องค์ประกอบของการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยหลายมิติที่ส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิต ดังนี้

1. การรับรู้และทำความเข้าใจโรค ผู้ป่วยต้องตระหนักรู้ถึงอาการและความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรค รวมถึงการติดตามค่าความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งรวมถึงการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home Blood Pressure Monitoring หรือ HBPM) ที่เป็นแนวทางที่แนะนำให้ใช้ (Shimbo et al., 2020)

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การปรับเปลี่ยนอาหารโดยลดการบริโภคโซเดียมตามแนวทาง Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH Diet) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การลดน้ำหนักในกรณีที่มีภาวะอ้วน รวมถึงการเลิกพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (American Heart Association, 2024a)

3. การใช้ยาและการติดตามผล การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการใช้ยาอย่างเคร่งครัด เช่น ยากลุ่ม Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors (ACE Inhibitors), Angiotensin II Receptor Blockers (ARBs), Beta-Adrenergic Blocking Agents (Beta-Blockers) และ Calcium Channel Blockers (CCBs) รวมถึงการเข้ารับการตรวจสุขภาพเป็นประจำมีความสำคัญอย่างยิ่งในการควบคุมโรค ข้อมูลสนับสนุนจาก American Heart Association ชี้ให้เห็นว่าการไม่รับประทานยาตามที่กำหนดเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมได้ (Choudhry et al., 2022)

4. การจัดการความเครียด เนื่องจากความเครียดและภาวะทางอารมณ์มีผลโดยตรงต่อระดับความดันโลหิต ผ่านกลไกการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic Nervous System) และการหลั่งฮอร์โมนความเครียด เช่น อะดรีนาลีน (Adrenaline) และคอร์ติซอล (Cortisol) ซึ่งทำให้หัวใจเต้นเร็วและหลอดเลือดหดตัว การฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น สมาธิ การฝึกหายใจลึก และโยคะ ช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic Nervous System) ส่งผลให้หัวใจเต้นช้าลง ความดันโลหิตลดลง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยควบคุมโรคได้ดียิ่งขึ้น (Mayo Clinic Staff, 2024)

นอกจากนี้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง ผ่านการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การสนับสนุนการปรับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดการจัดการตนเอง ตลอดจนการติดตามผลผ่านการเยี่ยมบ้านหรือระบบ Telehealth เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้

อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ งานวิจัยพบว่าการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพสามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ (Feng, Wang, Li, Qu, & Zheng., 2023) มีการพัฒนาแนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล โดยนำไปใช้ในโรงพยาบาลนำร่อง 33 แห่ง และพบว่าสามารถเพิ่มอัตราการวินิจฉัยและติดตามในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญ (หทัยชนก เกตุจนา, ณัฐฉิวรรณ พันธมุง, เบญจมาศ นาคราช, ขวัญชนก อีสระ และสุภาพร ศุภษร, 2567) การผสมผสานแนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการควบคุมและลดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาว และยังสามารถคล้องกับหลักการของศาสตร์พระราชา ซึ่งเป็นอีกแนวทางสำคัญในการพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวมและยั่งยืน

การประยุกต์ใช้ศาสตร์พระราชาในการจัดการโรคความดันโลหิตสูง

ศาสตร์พระราชา เป็นบรรดาองค์ความรู้และภูมิปัญญาของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร ที่ได้พระราชทานผ่านวิธีการต่าง ๆ ด้วยความมุ่งหมายที่จะพัฒนา ป้องกันหรือแก้ไขเพื่อประโยชน์สุขแก่เหล่าพสกนิกรและส่งผลถึงมนุษยชาติทั้งปวง ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมั่นคง สันติสุขและยั่งยืน (คณะกรรมการขับเคลื่อนสืบสานศาสตร์พระราชา สภาศักดิ์เลื่อนการปฏิรูปประเทศ, 2560) หัวใจสำคัญของศาสตร์พระราชา ประกอบด้วย ศาสตร์แห่งการพัฒนา ศาสตร์แห่งความประพฤติ และศาสตร์แห่งการอยู่ร่วมกัน โดยตลอดระยะเวลาที่ทรงครองราชย์ พระองค์ทรงประกอบพระราชกรณียกิจนานัปการ ทรงพระราชทานองค์ความรู้ครอบคลุมในทุกศาสตร์ ทรงเป็นกษัตริย์นักพัฒนาด้วยทรงใช้หลักการของการพัฒนาที่เป็นไปตามลำดับขั้นคือการ “เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา” ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาในด้านต่าง ๆ ของประเทศให้เกิดความยั่งยืน

ในบริบทของการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างโรคความดันโลหิตสูง หลักการ “เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา” สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชนได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม กระบวนการนี้มุ่งเน้นการเข้าใจและเข้าถึงปัญหาภาวะสุขภาพผู้ป่วยอย่างรอบด้าน เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงสุขภาพในรูปแบบที่ยั่งยืน โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลและควบคุมสุขภาพตนเอง การประยุกต์ใช้หลักการดังกล่าวในระบบสุขภาพชุมชนไม่เพียงแต่ช่วยให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น หากยังช่วยส่งเสริมความยั่งยืนในการจัดการโรคได้อย่างเป็นรูปธรรม ดังนี้

1. เข้าใจ ขั้นตอน “เข้าใจ” เป็นการวิเคราะห์และทำความเข้าใจปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงอย่างลึกซึ้งและรอบด้าน โดยอาศัยข้อมูลเชิงพื้นที่และบริบทของชีวิตผู้ป่วยในการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด และการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ผู้ป่วยและบุคลากรที่เกี่ยวข้องต้องทำการรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรค

รวมถึงการวิเคราะห์ภาวะส่วนบุคคล เพื่อนำไปสู่การหาวิธีจัดปัจจัยต้นตอของโรค ความเข้าใจนี้เป็นพื้นฐานสำคัญในการออกแบบกิจกรรมหรือมาตรการที่สอดคล้องกับความเป็นจริงของพื้นที่ เช่น การจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของชุมชน การสร้างความเข้าใจในโรค ความดันโลหิตสูงนั้นมีความสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคนี้มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ดีขึ้น เช่น การวัดความดันโลหิตที่บ้าน การไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ และการปรึกษากับ พยาบาลหรือแพทย์ ซึ่งช่วยในการควบคุมความดันโลหิตและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน (Igarashi, 2019) นอกจากนี้ ผู้ป่วยควรได้รับความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคกับปัจจัยทางสภาพแวดล้อม เช่น การบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง การออกกำลังกายไม่เพียงพอ และความเครียด ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถระบุแนวทางแก้ไขปัญหที่เหมาะสม (ปิตรา ทองมา, 2563)

2. เข้าถึง ขั้นตอน “เข้าถึง” สะท้อนถึงความสามารถในการเข้าถึงผู้ป่วยและชุมชนทั้งทางกายภาพและจิตใจ รวมถึงการสร้างควมไว้วางใจผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายบริการสุขภาพ ในท้องถิ่น การเข้าถึงที่แท้จริงต้องอาศัยการเข้าใจในมิติของสังคม ศาสนา และบริบททางเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ เช่นเดียวกับการวิเคราะห์ข้อจำกัดและความต้องการของผู้ป่วย (ฉัตรทิพย์ แสงสร้อย, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และลินจง โปธิบาล, 2564) การให้ความรู้และคำแนะนำจึงควรมีลักษณะเฉพาะตามกลุ่มเป้าหมาย เช่น การใช้ ภาษาท้องถิ่น การเลือกช่องทางสื่อสารที่เหมาะสม ตลอดจนการส่งเสริมให้โรงเรียน วัด หรือกลุ่มอาชีพในชุมชน มีบทบาทในการดูแลสุขภาพร่วมกัน นอกจากนี้ การพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเองและการตัดสินใจ อย่างมีสมดุลง ยังมีความสำคัญในการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วย โรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจและมะเร็งกระเพาะอาหาร ทั้งนี้การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองด้านการ ดูแลสุขภาพ และการประเมินข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมอย่างเหมาะสม มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความพร้อม ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญ (Wei, Huang, Huang, Tsai, & Jeng, 2024) เมื่อผู้ป่วย มีความเข้าใจและสามารถเข้าถึงสภาพแวดล้อมของตนเองได้แล้ว จึงจำเป็นต้องมีการวางแผนการจัดการโรค ที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมและเศรษฐกิจของแต่ละราย โดยให้ความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและบุคลากร ทางการแพทย์

3. พัฒนา ขั้นตอน “พัฒนา” คือการเสริมสร้างขีดความสามารถของชุมชนในการจัดการสุขภาพ ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยเป็นการตกลงร่วมกันระหว่างผู้ให้และผู้รับความรู้เพื่อบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ การพัฒนาต้องเริ่มต้นจากความต้องการที่อยากจะพัฒนาตนเอง ด้วยการแสวงหาความรู้ ตระหนักถึงความสำคัญ ในการที่จะจัดการกับโรคความดันโลหิตสูง มุ่งมั่นและตั้งใจที่จะพัฒนาสุขภาพตนเอง การตั้งเป้าหมาย วางแผน และดำเนินการตามแผนที่วางไว้โดยใช้ความรู้ความเข้าใจที่ได้ศึกษาข้างต้นมาพัฒนาทักษะการจัดการกับสุขภาพ

ด้วยตนเอง ติดตามผลลัพธ์โดยการตรวจเช็คภาวะสุขภาพเป็นระยะในระหว่างการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ และนำไปปรับปรุงแผนการจัดการสุขภาพของตนเองเป็นวงจรคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการนำเอาผลสำเร็จจากรูปแบบการจัดการโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเองไปเป็นต้นแบบเพื่อแบ่งปันและเผยแพร่ความรู้ให้กับชุมชนและสังคมต่อไป ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาแกนนำสุขภาพในชุมชน การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในระดับครัวเรือนและหมู่บ้าน หรือการจัดทำธนาคารข้อมูลสุขภาพเพื่อการติดตามและประเมินผล การพัฒนาในลักษณะนี้ไม่เพียงเพิ่มความเข้มแข็งของชุมชน แต่ยังช่วยลดภาระของระบบบริการสุขภาพ และก่อให้เกิดสังคมแห่งการเรียนรู้ด้านสุขภาพอย่างแท้จริง การจัดการโรคความดันโลหิตสูงโดยน้อมนำเอาศาสตร์พระราชาลักษณะการเข้าใจ เข้าถึง พัฒนานี้เป็นการเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัวและชุมชนเป็นปัจจัยที่สำคัญในการบรรลุเป้าหมายการจัดการโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนตั้งแต่การวางแผนการจัดการ การดำเนินการตามแผนที่วางไว้ จนกระทั่งการประเมินผลลัพธ์และนำมาปรับปรุงแผนการจัดการโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง จะช่วยนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น (นพากรณ์ จันทรศรี, กนกพร นทีธนสมบัติ และทวีศักดิ์ กสิผล, 2564) อันเป็นปัจจัยสำคัญในการจัดการโรคความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพของประเทศ

การประยุกต์ใช้ศาสตร์พระราชาลักษณะการ “เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา” ในระบบสุขภาพชุมชนโดยเฉพาะในการจัดการโรคความดันโลหิตสูง เป็นแนวทางที่สะท้อนถึงการมองปัญหาอย่างรอบด้านและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในบริบทของประเทศไทย การน้อมนำหลักการนี้มาใช้จะช่วยขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวางแผน การดำเนินการ ไปจนถึงการประเมินผลลัพธ์และปรับปรุงแผนการจัดการโรคด้วยตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น และส่งผลให้การจัดการโรคความดันโลหิตสูงมีประสิทธิภาพในระยะยาว (นพากรณ์ จันทรศรี, กนกพร นทีธนสมบัติ และทวีศักดิ์ กสิผล, 2564) อันเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาประเทศโดยรวม

บทบาทพยาบาลกับการน้อมนำศาสตร์พระราชามาประยุกต์ใช้ในการจัดการโรคความดันโลหิตสูง

การน้อมนำศาสตร์พระราชมามาประยุกต์ใช้ในกระบวนการจัดการโรคความดันโลหิตสูงนั้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นสะพานเชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วยกับระบบดูแลสุขภาพ ทั้งในด้านการให้ข้อมูล การสร้างสัมพันธภาพ และการประสานความร่วมมือเพื่อให้การจัดการโรคเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ บทบาท 8 ประการนี้เป็นการสังเคราะห์จากแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management Model) ร่วมกับหลัก "เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา" ของศาสตร์พระราชามา โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืนภายใต้บริบทของชุมชนไทย ซึ่งสามารถแบ่งบทบาทออกเป็นส่วนย่อย ๆ ดังนี้

1. การให้ข้อมูล (Information) พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างชัดเจน เนื่องจากการสื่อสารเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกิดการเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล รวมทั้งเกิดความมั่นใจในกระบวนการดูแลสุขภาพ (ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, วาสนา มั่งคั่ง, มณีรัตน์ พันธุ์สวัสดิ์, เยาวลักษณ์ คุณขวัญ และอัมฤทธิตรา มะสุใส, 2566) นอกจากนี้การให้ข้อมูลยังเป็นพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการพัฒนาและการรับมือกับปัญหาสังคมและวัฒนธรรมที่อาจมีผลกระทบต่อการจัดการโรค การเชื่อมโยงสู่การแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การได้รับข้อมูลผ่านประสบการณ์เล่าเรื่องในกลุ่มผู้ป่วยยังสามารถสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอีกด้วย (ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ และจินต์ทิพา ศิริกุลวิวัฒน์, 2562) บทบาทนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นสำหรับการตัดสินใจดูแลตนเองและเป็นรากฐานสำคัญที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น รวมถึงการควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การสร้างสัมพันธภาพ (Relational) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลจะทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นและไว้วางใจพร้อมทั้งยอมรับฟังข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ คำแนะนำ และคำชี้แนะ ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงจากการละเลยการดูแลตนเอง เมื่อเกิดแรงกระตุ้นให้รับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะตระหนักและเห็นความสำคัญในการเตรียมความพร้อมและรับมือกับการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น พร้อมทั้งให้ความร่วมมือและเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพ สัมพันธภาพที่แน่นแฟ้นนี้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือและมีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งมีส่วนสำคัญในการควบคุมความดันโลหิตและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น งานวิจัยของ จันทรจิรา สีสว่าง, ปุณณวิทย์ ทองแดง, พิชรินทร์ เนียมเกิด และจจจิตร ตันตโพธิ์ประสิทธิ์ (2565) ชี้ให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวซึ่งเกิดจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดี จะช่วยเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์และพัฒนาคุณภาพการพยาบาลได้

3. การจัดการ (Management) การจัดการกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นการวางแผนและดำเนินการดูแลสุขภาพโดยคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคลเป็นสำคัญ การวางแผนจึงต้องพิจารณาให้มีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ตามความสามารถและสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ของผู้ป่วย บทบาทนี้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีแผนการจัดการตนเองที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ส่งผลให้การควบคุมความดันโลหิตเป็นไปอย่างต่อเนื่องและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ เช่น การรับประทานยา การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ซึ่งนำไปสู่การควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่อง (ศิรินทรา ด้วงใส และทิพมาส ชินวงศ์, 2564; อภิญา อุบลสะอาด, 2567)

4. ประสบการณ์และความเชื่อมั่น (Experiential and Trust) การสร้างความเชื่อมั่นและความพึงพอใจในระบบการให้บริการผ่านประสบการณ์ของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง การที่ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ที่ดี มีการ

ปฏิสัมพันธ์เชิงบวกกับบุคลากรทางการแพทย์ และเข้าถึงบริการที่ตอบสนองความต้องการ จะช่วยสร้างความไว้วางใจและความเชื่อมั่นให้กับระบบสุขภาพและตัวพยาบาลเอง บทบาทของพยาบาลดังกล่าวจึงเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของการดูแล และมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพตนเอง การมีประสบการณ์เชิงบวกนี้ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา แต่ยังนำไปสู่การควบคุมความดันโลหิตที่มีประสิทธิภาพและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากงานวิจัยของ วิสิทธิ์ ปิ่นประชาพันธ์ (2564) พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพและสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยในระดับสูง มีส่วนสำคัญในการยกระดับการดูแลตนเองและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

5. การประสานความร่วมมือ (Cross-Boundary) การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีอย่างยั่งยืน จำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ สหวิชาชีพ ชุมชน และครอบครัว พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ประสานงานหลัก เพื่อเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมและต่อเนื่อง การประสานความร่วมมือนี้จะช่วยให้มีการแบ่งปันข้อมูลและใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งนำไปสู่การวางแผนการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น งานวิจัยของ จันทร์จิรา สีสว่าง, ปุณณิศา ทองแดง และดวงหทัย ยอดทอง (2563) ได้ชี้ให้เห็นว่า บทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบทีม (Team-Based Care) มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยสูงอายุ และลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ

6. การวางแผนการจัดการระยะยาว (Longitudinal) การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องอาศัยการวางแผนระยะยาวที่ครอบคลุมถึงการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การเกิดโรคร่วมอื่น ๆ ความเสื่อมตามวัย หรือการเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้ดูแลและสิ่งสนับสนุนทางสังคม พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนการดูแลสุขภาพในระยะยาว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพแม้ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป งานวิจัยของ สันวาลย์ เปริตพราว และนงนุช ศรีวะโสสม (2566) ได้ศึกษารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการวางแผนที่ครอบคลุมการประเมินสภาพปัญหา การดำเนินการตามแผน และการติดตามผล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องหลังจำหน่าย

7. ความยืดหยุ่น (Flexibility) การวางแผนและการนำแนวทางการจัดการตนเองไปปฏิบัติในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้นต้องมีความยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ พยาบาลควรมีการตรวจสอบผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการตนเองและนำไปปรับปรุงแนวทางในการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพที่อาจเกิดจากความเสื่อมตามวัยหรือปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งการประเมินและการปรับแผนอย่างรวดเร็วนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างแท้จริง จากการศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงของ สมฤดี ดินวนพะเนา, ศรีญญา นาคสระน้อย

และตะวัน แสงสุวรรณ (2565) พบว่า การเลือกใช้ชีวิตแบบยืดหยุ่นตามแนวทางการดูแลตนเองมีความสำคัญต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

8. การได้รับแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและชุมชน (Support from Family and Community) การที่ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนและกำลังใจจากสมาชิกในครอบครัวและเครือข่ายชุมชน รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง มีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างแรงจูงใจให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองไปในทางที่ดีขึ้น การสนับสนุนเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้เผชิญปัญหาเพียงลำพัง มีกำลังใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ได้ ซึ่งจะเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี งานวิจัยของ มิตรธิดา แจ่มใส และอิทธิรัตน์ ราศิริ (2566) ยืนยันว่า โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจมีประสิทธิภาพในการพัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเองและส่งผลให้ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ดีขึ้น

บทบาทของพยาบาลในการน้อมนำศาสตร์พระราชามาประยุกต์ใช้ในการจัดการโรคความดันโลหิตสูงนั้น ครอบคลุมตั้งแต่การให้ข้อมูล การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การวางแผนและประสานงานในทุกระดับ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ยั่งยืน

บทสรุป

การประยุกต์ใช้ศาสตร์พระราชามาใช้ในการจัดการโรคความดันโลหิตสูงภายใต้กรอบ “เข้าใจ – เข้าถึง – พัฒนา” เป็นแนวทางนวัตกรรมที่สอดคล้องกับหลักการการจัดการตนเองและการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ป่วย แนวทางนี้ไม่เพียงแต่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง แต่ยังสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการบรรลุผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพในระดับสาธารณสุขของประเทศ จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการน้อมนำศาสตร์พระราชามาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิด Self-Management สามารถส่งเสริมการพึ่งพาตนเอง และการจัดการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของพยาบาลในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญสำหรับการพัฒนาระบบสุขภาพในอนาคต ดังนั้น การประยุกต์ใช้ศาสตร์พระราชามาในแนวทาง “เข้าใจ – เข้าถึง – พัฒนา” จึงเป็นกลยุทธ์ที่มีศักยภาพสูงในการจัดการโรคความดันโลหิตสูงและสามารถนำไปพัฒนาเป็นโมเดลการดูแลสุขภาพที่มีความยั่งยืนในระดับประเทศ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

จากการทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์แนวทางการประยุกต์ใช้ศาสตร์พระราชาร่วมกับการจัดการตนเองในการจัดการโรคความดันโลหิตสูง พบว่าแนวทางดังกล่าวสามารถส่งเสริมการพึ่งพาตนเองและการมีส่วนร่วม

ของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในกระบวนการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน แนวทางบูรณาการนี้ช่วยเติมเต็มข้อจำกัดของการจัดการตนเองเพียงอย่างเดียว ซึ่งอาจไม่สามารถเข้าถึงบริบททางสังคมและสร้างแรงจูงใจภายในได้อย่างยั่งยืน ด้วยหลักการของศาสตร์พระราชาที่เน้นความเข้าใจเชิงลึก การเข้าถึงทรัพยากรที่เหมาะสม และการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิต มีความสะดวกและนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ยั่งยืนและคุ้มค่า โดยบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนแนวทางนี้ควรมาจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาล ในการนำเอาหลักการ “เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา” ไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ควบคู่ไปกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อร่วมกันกระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ต่อเนื่องและยั่งยืน อย่างไรก็ตาม การประยุกต์ใช้แนวทางบูรณาการนี้ยังคงเผชิญกับข้อจำกัดบางประการ เช่น ความจำเป็นในการพัฒนาความเข้าใจเชิงลึกในหลักปรัชญาสำหรับบุคลากร และความท้าทายในการวัดผลลัพธ์เชิงคุณภาพที่สะท้อนการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมและสังคม ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการวิจัยเพื่อขับเคลื่อนแนวทางนี้ให้เกิดผลสำเร็จ ดังนี้

1. ด้านนโยบายและการสนับสนุน ภาครัฐควรส่งเสริมการบูรณาการศาสตร์พระราชาเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยเริ่มจากโครงการนำร่อง การพัฒนาคู่มือปฏิบัติ และการจัดอบรมให้แก่แกนนำสุขภาพในชุมชน เพื่อขยายผลสู่การจัดการโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในอนาคต นอกจากนี้สถาบันการศึกษาพยาบาลควรบูรณาการแนวคิดศาสตร์พระราชาเข้ากับการจัดการเรียนการสอน เพื่อปลูกฝังจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่สอดคล้องกับบริบทสังคมไทย

2. ด้านการวิจัย ควรส่งเสริมการวิจัยเชิงปฏิบัติการหรือการวิจัยแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ เพื่อติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพ พฤติกรรม และคุณภาพชีวิต รวมถึงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่ผ่านมาที่เกี่ยวข้องกับศาสตร์พระราชากับการจัดการความดันโลหิตสูงในมิติของบุคคลและชุมชน เพื่อใช้เป็นฐานในการพัฒนาองค์ความรู้และแบบจำลองการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ. (2568). *จำนวนและอัตราตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ ปี 2560-2564*. สืบค้นเมื่อ 22 กรกฎาคม 2568 จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission3>.
- คณะกรรมการขับเคลื่อนสืบทอดศาสตร์พระราชา สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ. (2560). *รายงานเรื่อง การขับเคลื่อนสืบทอดศาสตร์พระราชาเพื่อการปฏิรูปประเทศ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.
- จันทร์จิรา สีสว่าง, ปุณวิทย์ ทองแดง และดวงหทัย ยอดทอง. (2563). บทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบทีมเพื่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยสูงอายุ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 38(4), 4-14.

- จันทร์จิรา สีสว่าง, ปุณวิทย์ ทองแดง, พัชรินทร์ เนียมเกิด และจงจิตร ตัณฑโพธิ์ประสิทธิ์. (2565). การมีส่วนร่วมของครอบครัว: กลยุทธ์สนับสนุนการให้ความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. *วารสารพยาบาลรามธิบดี*, 28(2), 159-169.
- ฉัตรทิพย์ แสงสร้อย, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และลินจง โปธิบาล. (2564). การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *พยาบาลสาร*, 48(4), 281-292.
- นพารณ จันทรศรี, กนกพร นทีชนสมบัติ และทวีศักดิ์ กสิผล. (2564). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*, 6(2), 58-68.
- ปราณี ทัดศรี และยุภาพร นาคกลิ้ง. (2561). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง : เปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้กับผู้ที่ไม่ได้. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 29(2), 157-169.
- ปวีตรา ทองมา. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 13(1), 50-62.
- ปานิสรา ส่งวัฒนายุทธ และจินต์ทิพา ศิริกุลวิวัฒน์. (2562). การส่งเสริมสุขภาพโดยการเล่าเรื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(3), 72-78.
- พิมพ์ใจ อุ่นบ้าน, สมิตพร จอมจันทร์ และณิชา ทิพย์วรรณ. (2564). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 13(2), 59-72.
- มิตรธิดา แจ่มใส และฉัตรรัตน์ ราศิริ. (2566). ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อ.เมือง จ.พิษณุโลก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี*, 6(1), 58-69.
- ลินยา เทสมุท, พัชรินทร์ สังวาลย์ และจินตนา สมฤทธิ์. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. *วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 15(2), e262142.
- วิสิทธิ์ ปิ่นประจักษ์. (2564). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 3(1), 23-37.

- ศิรินทรา ด้วงใส และทิพมาส ชินวงศ์. (2564). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ 5 เอ ต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 41(4), 74-85.
- ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, วาสนา มั่งคั่ง, มณีรัตน์ พันธุ์สวัสดิ์, เยาวลักษณ์ คุมขวัญ และอัมฤทธิตรา มะสุใส. (2566). ผลของโปรแกรมการสื่อสารสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในตำบลบ้านเป้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 6(3), 32-45.
- ศูนย์ศึกษาศาสตร์พระราชาเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น. (2563). *ศาสตร์พระราชา*. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- สมฤดี ดิโนนพะเนา, ศรีญญา นาคสระน้อย และตะวัน แสงสุวรรณ. (2565). ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 28(2), e258694.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2567). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567*. สืบค้นเมื่อ 22 กรกฎาคม 2568 จาก <https://thaihypertension.org/2024-guideline/>.
- สังวาลย์ เปริตพราว และ นงนุช ศรีวะโสม. (2566). รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(3), 482-494.
- หทัยชนก เกตุจนา, ญัฐอิวรรณ พันธมั่ง, เบญจมาศ นาคราช, ขวัญชนก อีสระ และสุภาพร ศุภสร. (2567). การพัฒนาแนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 9(2), 220-230.
- อภิญญา อุบลสะอาด. (2567). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 9(1), 596-605.
- Aekplakorn, W., et al. (2024). Trends in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in the Thai population, 2004 to 2020. *BMC Public Health*, 24, 3149. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20643-1>
- American Heart Association. (2024a). *Managing blood pressure with a heart-healthy diet*. Retrieved July 23, 2025 from <https://www.heart.org/en/health-topics/high-blood-pressure/changes-you-can-make-to-manage-high-blood-pressure/managing-blood-pressure-with-a-heart-healthy-diet>.
- American Heart Association. (2024b). *Understanding blood pressure readings*. Retrieved July 23, 2025 from <https://www.heart.org/en/health-topics/high-blood-pressure/understanding-blood-pressure-readings>.

- Choudhry, N. K., et al. (2022). Medication adherence and blood pressure control: A scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension*, 79(1), e1-e14.
<https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000203>
- Feng, C., Wang, Y., Li, S., Qu, Z., & Zheng, S. (2023). Effect of self-management intervention on prognosis of patients with chronic heart failure: A meta-analysis. *Nursing Open*, 10(4), 2015-2029. <https://doi.org/10.1002/nop2.1489>
- Grady, P. A., & Gough, L. L. (2014). Self-management: A comprehensive approach to management of chronic conditions. *American Journal of Public Health*, 104(8), e25-e31. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302041>
- Igarashi, R. (2019) Status of understanding of the disease and self-management behavior among patients with hypertension. *Health*, 11(7), 905-923.
<https://doi.org/10.4236/health.2019.117073>
- Kanfer, F. H. (1991). Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (4th ed.) Oxford: Pergamon Press.
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Mayo Clinic Staff. (2024). *Stress and high blood pressure: What's the connection?* Retrieved July 23, 2025 from <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/high-blood-pressure/in-depth/stress-and-high-blood-pressure/art-20044190>.
- Mills, K. T., Muntner, P., Sharma, P., Bao, H., Morisky, D. E., & He, J. (2020). Self-care for the prevention and management of cardiovascular disease and stroke: A scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Journal of the American Heart Association*, 9(8), e014992. <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.014992>
- Shahaj, O., et al. (2019). Supporting self-management for people with hypertension: A meta-review of quantitative and qualitative systematic reviews. *Journal of Hypertension*, 37(2), 264-279. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000001867>
- Shimbo, D., et al. (2020). Self-measured blood pressure monitoring at home: A joint policy statement from the American Heart Association and American Medical Association. *Circulation*, 142(4), e42-e63. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000803>

- Sung, J., & Paik, Y. G. (2022). Experience of suffering in patients with hypertension: A qualitative analysis of in-depth interview of patients in a university hospital in Seoul, Republic of Korea. *BMJ Open*, 12(12), e064443. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064443>
- Wei, F. C., Huang, C. H., Huang, C. Y., Tsai, Y. P., & Jeng, C. (2024). Effectiveness of health education and counseling on stages of change, decisional balance, and smoking cessation self-efficacy: A prospective self-control study. *Patient Education and Counseling*, 123, 108206. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2024.108206>
- World Health Organization. (2022). *WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision*. Retrieved July 23, 2025 from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192>.
- World Health Organization. (2023). *Hypertension*. Retrieved July 23, 2025 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข เป็นวารสารของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ มีกำหนดในการตีพิมพ์เผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เดือนเมษายน ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - เดือนสิงหาคม และฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - เดือนธันวาคม กองบรรณาธิการของวารสารขอเชิญผู้ที่สนใจ และสมาชิกทุกท่านส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร ทั้งนี้ประเภทของผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ ได้แก่

1. บทความวิจัย (Research Article) ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ เป็นบทความที่ผู้เขียนเรียบเรียงจากงานวิจัยของตนเอง โดยเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวกับด้านการพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิชาการ (Academic Article) ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ เป็นบทความที่ผู้เขียนต้องการนำเสนอเนื้อหาสาระจากเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยได้จากการทบทวนวรรณกรรม และประสบการณ์เชิงวิชาการของผู้เขียน โดยเป็นบทความวิชาการที่เกี่ยวกับด้านการพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. บทความปริทัศน์ (Review Article) ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ เป็นบทความที่มีการผสมผสานแนวคิด ผลงานวิจัยหลาย ๆ ชิ้นงาน โดยที่ผู้เขียนมีการสรุป วิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้ แนวคิด และผลการวิจัยจากงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อเป็นการทบทวนองค์ความรู้ในเรื่องนั้น ๆ และให้ข้อวิพากษ์ ที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาองค์ความรู้ต่อไป

เงื่อนไขในการพิจารณาผลงานเพื่อตีพิมพ์

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุขมีข้อตกลงในการส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์ ดังนี้

1. ผลงานวิชาการนั้นต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ๆ ในเวลาเดียวกัน ยกเว้นเป็นผลงานวิชาการที่ได้นำเสนอในการประชุมวิชาการที่ไม่มี Proceedings
2. หากเป็นบทความวิจัย ต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง
3. กองบรรณาธิการจะตรวจสอบคุณภาพผลงานวิชาการของผู้เขียน โดยส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านเนื้อหานั้น ๆ จำนวนอย่างน้อย 3 ท่าน เพื่อพิจารณาประเมินคุณภาพผลงานก่อนตีพิมพ์ สำหรับข้อความหรือข้อคิดเห็นต่าง ๆ ของผู้เขียน เป็นความเห็นส่วนตัว โดยกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นชอบด้วยเสมอไป

4. การประเมินคุณภาพผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ จะมีการทำอย่างเป็นระบบโดยไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง (Double Blind- Peer Review) กองบรรณาธิการจะแจ้งความคืบหน้า และข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิให้กับผู้เขียน เพื่อทำการแก้ไขบทความให้ถูกต้อง ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วส่งคืนเพื่อให้กองบรรณาธิการตรวจทานก่อนตีพิมพ์เผยแพร่

การเตรียมต้นฉบับบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์

ต้นฉบับของบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ ต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Word Windows ให้ตั้งค่าหน้ากระดาษ A4 (21×29.7 ซม.) โดยแบบอักษรใช้ TH SarabunPSK ขนาด 16 ในตาราง ใช้ขนาด 14 ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า (Single Space) กำหนดระยะขอบกระดาษ ด้านบน - ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 2.54 cm. ด้านขวา 2.54 cm. ควรมีความยาวไม่เกิน 15 - 20 หน้า (รวมตาราง รูปภาพ และรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ

ส่วนที่ 1 หน้าแรกของบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์ ประกอบด้วย

1. ชื่อเรื่อง (Title) เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้ตรงกลางหน้าแรก แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK ขนาด 18 ความยาวไม่เกิน 120 ตัวอักษร ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษพิมพ์ตัวใหญ่ในอักษรตัวแรกของทุกคำ

2. ชื่อผู้เขียน (Author Name) พิมพ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ วางถัดจากชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ โดยบรรทัดแรก ให้ระบุชื่อและนามสกุล (ภาษาไทย) ของผู้เขียนหลักและผู้เขียนร่วมในบรรทัดเดียวกัน บรรทัดถัดไปให้ระบุชื่อและนามสกุล (ภาษาอังกฤษ) ของผู้เขียนหลักและผู้เขียนร่วมในบรรทัดเดียวกัน และบรรทัดถัดไปให้ระบุหน่วยงานต้นสังกัดของผู้แต่งทุกคน โดยระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้ายชื่อผู้เขียน เพื่อแสดงรายละเอียดหน่วยงานต้นสังกัดและบรรทัดสุดท้าย ให้เขียนระบุชื่อผู้รับผิดชอบบทความ (Correspondence Author) ตามด้วยไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) ของผู้รับผิดชอบบทความ

3. บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทย ไม่เกิน 1 หน้า และตามด้วยคำสำคัญ 3-5 คำ เช่น คำสำคัญ: คำที่ 1, คำที่ 2, คำที่ 3, ...ระหว่างคำให้กันด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และเคาะเว้นวรรค 1 ครั้ง (ตัวอย่างในเอกสารภาคผนวกที่ 2) บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 1 หน้า กำหนดคำสำคัญภาษาอังกฤษ (Keywords) 3-5 คำให้เขียนลักษณะเดียวกับภาษาไทย

ส่วนที่ 2 เนื้อหาของบทความวิจัย ประกอบด้วย

1. บทคัดย่อ (ภาษาไทย) และภาษาอังกฤษ (Abstract)
2. บทนำ (Introduction)
3. วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)
 - 3.1 วัตถุประสงค์เฉพาะ (ถ้ามี) (Specific Objectives)
4. สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) (Hypotheses)

5. กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)
6. ระเบียบวิธีวิจัย (Methods)
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Measurement)
 - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Validity and Reliability of Measurement)
 - การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)
 - การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)
7. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (Ethical Consideration)
8. ผลการวิจัย (Results)
9. การอภิปรายผล (Discussion)
10. การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ (Implication)
11. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (Recommendation for Further Study)
12. กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)
13. เอกสารอ้างอิง (Reference)

ส่วนที่ 3 เนื้อหาของบทความวิชาการ/ บทความปริทัศน์ ประกอบด้วย

1. บทคัดย่อ (ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ) (Abstract)
2. บทนำ (Introduction)
3. เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ
4. บทสรุป (Conclusion)
5. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ (Suggestion)
6. เอกสารอ้างอิง (Reference)

ส่วนที่ 4 การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง

1. ใช้การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิงตามระบบ American Psychological Association (APA6)
โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <https://aus.libguides.com/apa/apa-website>
2. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 40 รายการ
3. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี นับจากปีที่ส่งตีพิมพ์ ยกเว้นหนังสือ ตำรา บางประเภทที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา

การอ้างอิงในเนื้อหา

การเขียนอ้างอิงแบบแทรกในเนื้อหารูปแบบ APA Style ใช้ระบบนาม - ปี (Author-Date Citation System) เป็นการเขียนระบุถึงแหล่งที่มาของเนื้อหาในเอกสารหรืองานนิพนธ์เฉพาะในส่วนที่ผู้เขียนได้อ้างถึงสารสนเทศจากงานนิพนธ์ของผู้อื่น การอ้างอิงในเนื้อหา มี 2 ลักษณะ ได้แก่

1. การอ้างอิงชื่อผู้เขียนก่อนข้อความ

1.1 เอกสารที่เป็นภาษาไทย ให้เขียนชื่อของผู้เขียน เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยปีที่พิมพ์ในวงเล็บ กรณีไม่มีปีที่ตีพิมพ์ ให้ใช้คำว่า “ม.ป.ป.” หมายถึง ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ เช่น

อัมภิกา นาไว (2563) พบว่า.....

อัมภิกา นาไว และปณัสยา พรหมดี (2562) พบว่า.....

ปุลวิษฐ์ ทองแดง (ม.ป.ป.) พบว่า.....

1.2 เอกสารที่เป็นภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุลของผู้เขียนทับศัพท์เป็นภาษาไทย จากนั้น เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยนามสกุลภาษาอังกฤษ เครื่องหมายจุลภาค (,) เว้น 1 ตัวอักษร และปีที่ตีพิมพ์ในวงเล็บกรณีที่ไม่มีปีที่ตีพิมพ์ ใช้คำว่า “n.d.” หมายถึง no date หากผู้เขียนมีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อแรก ตามด้วย et al., เช่น

กรีน (Green, 2020) พบว่า.....

นิวแมน (Newman, n.d.) พบว่า.....

รอย และคณะ (Roy et al., 2016) พบว่า.....

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. อ้างอิงจากวารสารแบบเล่ม

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./เลขของปีที่/(เลขของฉบับที่),/เลขหน้า.

ตัวอย่าง ผู้เขียน 1 คน

ปวิตรา ทองมา. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.

วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 13(1), 50-62.

Nawai, A. (2019). Chronic pain management among older adults: A scoping review. *SAGE Open Nursing*, 5(1), 1-17.

ตัวอย่าง ผู้เขียน 2 คน

รัฐนันท์ พงศ์วิริทธิ์ธร และภาคภูมิ ภัควิภาส. (2557). แนวทางการพัฒนาศักยภาพชุมชนเชิงเศรษฐกิจ สร้างสรรค์อย่างยั่งยืน ชุมชนบ้านแม่ปูคา อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่.

วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยหอการค้าไทย มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 35(2), 44-58.

Nawai, A. & Phongphanngam, S. (2019). Exploring the use and efficacy of complementary and alternative interventions for managing chronic pain in older adults: A systematic review. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 11(1), 1-25.

ตัวอย่าง ผู้เขียน 3-6 คน

สุนทรา เลียงเชวงวงศ์, ทศนีย์ ภู่อำวงศ์, ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์ และวนลดา ทองใบ. (2563).

อิทธิพลของภาวะสุขภาพองค์รวม ภาระการดูแลและปัญหาอุปสรรคในการดูแลต่อศักยภาพการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลสหภาพชาติไทย*, 13(1), 145-162.

Nawai, A., Leveille, S. G., Shmerling, R. H., van der Leeuw, G., & Bean, J. F. (2017). Pain severity and pharmacologic pain management among community-living older adults: The MOBILIZE Boston Study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 29(6), 1139–1147.

ตัวอย่าง ผู้เขียนมากกว่า 6 คน

Ogawa, E. F., et al. (2020). Chronic pain characteristics and gait in older adults: The MOBILIZE Boston Study II. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 101(3), 418-425.

2. อ้างอิงจากหนังสือ

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์

อาชัญญา รัตนอุบล. (2559). *การเรียนรู้ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Lawrence, R. A. & Lawrence, R. M. (2016). *Breastfeeding: A guide for the medical profession* (8th edition). Philadelphia: Elsevier.

3. อ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(ปริญญาานิพนธ์ปริญญาโทหรือปริญญาตรี หรือ Doctoral dissertation หรือ วิทยานิพนธ์ปริญญาโทหรือปริญญาตรี หรือ Master's Thesis)./สถานที่พิมพ์:/ชื่อสถาบัน.

ตัวอย่าง

สาคร ช่วยดำรงค์. (2558). *การบริหารศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยอำเภอ เพื่อการเป็นศูนย์กลางการจัดการศึกษาตลอดชีวิต*. วิทยานิพนธ์ปริญญา ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศิลปากร.

Pattana, N. (2012). *Effects of social support program on anxiety and satisfaction of acute myocardial infarction patients at intensive care unit*. Master of Nursing Science Thesis, Adult Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University.

4. อ้างอิงจากเว็บไซต์

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อบทความ./สืบค้น หรือ Retrieved วัน/เดือน/ปี./จาก หรือ from/http://www.xxxxxxxxxx.

ตัวอย่าง

เกียรติอนันต์ ล้วนแก้ว. (2557). *หน้าต่างความคิด: การศึกษาขั้นพื้นฐานของฟินแลนด์: บทเรียนและ บาดแผล*. กรุงเทพฯธุรกิจ, น. 11. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2561 จาก http://www.dpu.ac.th/laic/upload/content/file/article_instructor/article2557/B232.pdf.

Severo, I. M., Almeida, M. A., Kuchenbecker, R., Vieira, D. F. V. B., Weschenfelder, M. E., Pinto, L. R. C., et al., (2014). *Risk factors for falls in hospitalized adult patients: An integrative review*. Retrived March 12, 2016 from <http://www.scielo.br/scielo.php>.

5. อ้างอิงจากการนำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการ

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง./ใน หรือ In ชื่อบรรณาธิการ. (บ.ก. หรือ Ed. หรือ Eds.)./ชื่อ *Proceedings*/(น. หรือ p. หรือ pp. เลขหน้า)/สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1991). *A motivational approach to self: Integration in personality*. In R. Dienstbier (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: Vol.38 Perspectives on motivation* (pp. 237-288). Lincoln: University of Nebraska Press.

6. การจัดเรียงลำดับหัวข้อบทความ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา) กรณีเป็นการเกริ่นแบบไม่มีเลขหัวข้อ ให้ตั้งค้ำระยะย่อหน้าแรกที 0.38 นิ้ว และย่อหน้าถัดไปทีละ 7 เคาะ (Space) หรือตั้งค้ำระยะแท็บ ดังนี้

แท็บที่ 1 (ระยะย่อหน้าที 1) = 0.38”

แท็บที่ 2 = 0.69”

แท็บที่ 3 = 1.00”

แท็บที่ 4 = 1.38”

7. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. สำหรับหัวข้อย่อยให้ใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 3 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 ซม. และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข

ตัวอย่าง

1.....

1.1.....

1.1.1.....

1).....

1.1).....

-

8. ตาราง ให้เว้นบรรทัดเพื่อแบ่งส่วนเนื้อหา 1 บรรทัด และเริ่มบรรทัดใหม่ โดยชิดขอบซ้ายของหน้ากระดาษให้ใส่คำว่า “ตารางที่” ด้วยตัวหนา ตามด้วยชื่อตาราง หลังจากใส่ชื่อตารางแล้ว ให้แทรกตารางโดยไม่ต้องเว้นบรรทัด และหากนำตารางมาจากแหล่งอื่นให้ใส่แหล่งอ้างอิง โดยระบุคำว่า “ที่มา” ไว้ใต้ตารางโดยไม่ต้องเว้นบรรทัด และไม่ใช้เส้นตรงในการแบ่งตารางในแต่ละคอลัมน์

9. รูปภาพ การใส่รูปภาพให้เว้นบรรทัดเพื่อแบ่งส่วนเนื้อหา 1 บรรทัด จากนั้นแทรกภาพโดยกำหนดไว้กึ่งกลางกระดาษ จากนั้นเว้น 1 บรรทัด แล้วใส่คำอธิบายภาพ โดยใส่ภาพที่.....ให้พิมพ์ตัวหนา ชื่อภาพให้จัดชิดขอบซ้ายของหน้ากระดาษ

การส่งบทความ

ให้ผู้เขียนส่งต้นฉบับบทความผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJO) ทั้งนี้ผู้เขียนจะต้องทำการลงทะเบียนเพื่อเป็นสมาชิก ThaiJO ได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/> จากนั้นให้ผู้เขียนเข้าหน้าเว็บไซต์ของวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข โดยสืบค้นผ่านเว็บไซต์ ThaiJO หรือเข้าไปที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr> และให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งต้นฉบับ ซึ่งทางระบบ ThaiJO ได้เตรียมไว้

ในเมนู For Author ที่ขวามือของหน้าจอ หากมีปัญหาในการส่งต้นฉบับบทความผ่านระบบออนไลน์ สามารถติดต่อที่กองบรรณาธิการวารสารเพื่อรับคำแนะนำ และการช่วยเหลือต่อไป

Template บทความวิจัย

↓ 2.54 ซม.

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น ผู้เขียนคนที่ 1*, _____², _____³ ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ ผู้เขียนคนที่ 1*, _____², _____³ ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 1*, สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 2² ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาดตัวอักษร 12 หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อ 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 16 หนา) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการกันคำ เช่น ความเจ็บปวด, ซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

*ผู้ให้การติดต่อ..... e-mail..... (ขนาด 12 ไม่หนา)

↑ 2.54 ซม.

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อ 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 16 หน้า) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการกั้นคำ เช่น Pain, Depression, Older Adults

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

วัตถุประสงค์การวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

วัตถุประสงค์เฉพาะ (ถ้ามี) (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

กรอบแนวคิดการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

หากมีภาพกรอบแนวคิด ให้ใส่ชื่อภาพไว้กึ่งกลางใต้ภาพ เช่น



ภาพที่ 1 (หนา)..... (ชื่อภาพไม่หนา)..... ขนาด 14

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

เกณฑ์การคัดเข้า (ขนาด 16 ไม่หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

.....

.....

เกณฑ์การคัดออก (ขนาด 16 ไม่หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

.....

.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

.....

.....

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

.....

.....

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

.....

.....

การวิเคราะห์ข้อมูล (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

ผลการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ชื่อหัวข้อ ขนาดตัวอักษร 16 หน้า คำอธิบาย ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา)

1. ข้อมูลทั่วไป

(Enter ขนาด 16)

ตารางที่ 1 ชื่อตาราง..... (ตารางที่ 1 ขนาด 16 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 16 ไม่หนา)

ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หนา) เนื้อหา (ไม่หนา)

	หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
เพศ				
ชาย		x	x	x
หญิง		x	x	x

ที่มา: (ถ้ามี)

(Enter ขนาด 16)

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

อธิบายตาราง (เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ชื่อหัวข้อ ขนาดตัวอักษร 16 หน้า คำอธิบาย ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา)

(Enter ขนาด 16)

ตารางที่ 2 ชื่อตาราง..... (ตารางที่ 2 ขนาด 16 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 16 ไม่หน้า)
ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หน้า) เนื้อหา (ไม่หน้า)

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
ก่อนทดลอง	x	x	x	x
หลังทดลอง	x	x		

*p-value < 0.05

(Enter ขนาด 16)

การอภิปรายผล (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หน้า).....

(Enter ขนาด 16)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หน้า).....

(Enter ขนาด 16)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หน้า).....

(Enter ขนาด 16)

เอกสารอ้างอิง (ขนาด 16 หน้า) เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 และถัดไป (1.25 ซม.) (สามารถศึกษา
การอ้างอิงได้ตามรายละเอียดข้างต้น)

Template บทความวิชาการ/ บทความปริทัศน์

↓ 2.54 ซม.

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น ผู้เขียนคนที่ 1^{*}, _____², _____³ ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ ผู้เขียนคนที่ 1^{*}, _____², _____³ ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 1^{*}, สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 2² ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาดตัวอักษร 12 หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อ 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 16 หนา) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการกันคำ เช่น ความเจ็บปวด, ซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

*ผู้ให้การติดต่อ..... e-mail..... (ขนาด 12 ไม่หนา)

↑ 2.54 ซม.

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 16 หน้า) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการกันคำ เช่น News Pain, Depression, Older Adults (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญ ภาษาไทย)

(Enter ขนาด 16)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หน้า) (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

สรุป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

เอกสารอ้างอิง (ขนาด 16 หน้า) ให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 และถัดไป (1.25 ซม.) (สามารถศึกษาการอ้างอิงได้ตามรายละเอียดข้างต้น)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

การติดต่อสอบถามรายละเอียด

1. บรรณาธิการวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัมภิกา นาไวย์
โทรศัพท์ 053-121121 ต่อ 203, 081-7658575
E-mail: ampicha@bcnc.ac.th, jnphr@bcnc.ac.th
2. ผู้จัดการ/ผู้ประสานงาน วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
นางสาวปณัสยา พรหมดี
โทรศัพท์ 053-121121 ต่อ 203, 063-7988805
E-mail: panutsaya@bcnc.ac.th, jnphr@bcnc.ac.th



JNPHR