



บทความวิจัย

- ➔ การพัฒนาสื่อความเป็นจริงเสมือนเพื่อสร้างความรู้เรื่องการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดและการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุในเทศบาลนครบุรีรัมย์
- ➔ ผลของโปรแกรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการละครสร้างสรรค์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- ➔ อิทธิพลการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ
- ➔ ผลของโปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลศรีธัญญา
- ➔ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วม สำหรับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่อำเภอแก่งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา
- ➔ ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ
- ➔ ผลของโปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังแบบบูรณาการต่อความมีคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า
- ➔ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกับการใช้เชทบอทต่อความรู้และการปฏิบัติคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีของประชากรกลุ่มเสี่ยง
- ➔ การรับรู้อาการ การจัดการอาการ และการตัดสินใจมาโรงพยาบาลในผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรง
- ➔ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเองในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวหัวใจลดลง
- ➔ ผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร: การศึกษาย้อนหลัง 6 เดือน
- ➔ ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน



สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ตึก 4 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ / 02-590-1834 www.tnaph.org

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

Nursing Journal of the Ministry of Public Health

จุดมุ่งหมายและขอบเขต (Aims and Scope)

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นเวทีของการเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านการพยาบาล การผดุงครรภ์ การสาธารณสุข และสังคัมศาสตร์ทางการแพทย์ ในขณะเดียวกันก็ส่งเสริมการผลิตและเผยแพร่ผลงานวิชาการให้มีคุณภาพ พร้อมทั้งพัฒนานักวิชาการทั้งด้านวิชาการและจริยธรรมโดยผ่านกระบวนการเผยแพร่ผลงานวิชาการตามเกณฑ์มาตรฐานระดับชาติและนานาชาติ

วารสารฯ เผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการที่จัดทำต้นฉบับด้วยภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ โดยบทความที่ส่งเข้ามาขอรับการพิจารณาเพื่อการตีพิมพ์ต้องไม่เคยหรือกำลังอยู่ในกระบวนการตีพิมพ์เผยแพร่ในแหล่งอื่นใด วารสารฯ ใช้กระบวนการตรวจสอบแบบ double-blind ซึ่งมีการปกปิดทั้งผู้เขียนและผู้ตรวจสอบตลอดกระบวนการ โดยเนื้อหาสาระเป็นความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล การผดุงครรภ์ การสาธารณสุข และสังคัมศาสตร์ทางการแพทย์

ความถี่ในการตีพิมพ์ (Publication Frequency)

วารสารฯ มีกำหนดการตีพิมพ์ ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน ธันวาคม

ลิขสิทธิ์และสิทธิ (Copyright and Licensing)

ผู้พิมพ์ต้นฉบับเป็นเจ้าของลิขสิทธิ์ในผลงานที่ตีพิมพ์ในวารสารฯ ซึ่งผู้อื่นสามารถนำไปใช้ได้โดยมีเงื่อนไขว่าบทความต้องได้รับการอ้างอิงอย่างถูกต้อง ไม่ดัดแปลง และไม่ได้ใช้ในเชิงพาณิชย์ โดยต้องได้รับการระบุแหล่งที่มาที่เหมาะสมของผู้แต่งและวารสาร หรือต้องขออนุญาตการนำผลงานไปใช้จากผู้นิพนธ์ เช่น การใช้เครื่องมือวิจัยที่ผู้นิพนธ์พัฒนาขึ้น นอกจากนี้ ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบเนื้อหาบทความ ยกเว้นข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพิมพ์ ยกเว้นข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพิมพ์

การติดต่อ (Contact)

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ตึก 4 ชั้น 7

อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ : 02-590-1834

www.tnaph.org, อีเมล: n.tnaph@gmail.com



วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2568 ISSN 2673-0693

คณะที่ปรึกษา

1. ดร. ดาราพร คงจา
2. ดร. อีรพร สติธอังกูร

นายกสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

คณะกองบรรณาธิการวารสาร

- | | | |
|--|--|---------------|
| 1. ดร. มณฑนา เหมชะญาติ | สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข | บรรณาธิการ |
| 2. ดร. เชษฐา แก้วพรม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ | รองบรรณาธิการ |
| 3. ผศ.ดร. ศุภกิจ เจริญสุข | สำนักงานอธิการบดี สถาบันพระบรมราชชนก | กองบรรณาธิการ |
| 4. ดร. นุสรา ประเสริฐศรี | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ | กองบรรณาธิการ |
| 5. ผศ.ดร. คมวัฒน์ รุ่งเรือง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรักษ์ | กองบรรณาธิการ |
| 6. ผศ.ดร. ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี | กองบรรณาธิการ |
| 7. ดร. สุวัฒนา เกิดม่วง | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี | กองบรรณาธิการ |
| 8. รศ.ดร. พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ | คณะแพทยศาสตร์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล | กองบรรณาธิการ |
| 9. รศ.ดร. นิภาวรรณ สามารถกิจ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา | กองบรรณาธิการ |
| 10. รศ.ดร. นิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร | กองบรรณาธิการ |
| 11. ดร. สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น ลำปาง | กองบรรณาธิการ |
| 12. ผศ.ดร. กิรติ กิจธีระวุฒิมังษ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช | กองบรรณาธิการ |
| 13. รศ.ดร. โสเพ็ญ ชูนวน | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ | กองบรรณาธิการ |
| 14. ผศ. สมศักดิ์ วงศาवास | สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล | กองบรรณาธิการ |
| 15. ผศ.ดร. อัครวิณี ตันภูมิวน | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง | กองบรรณาธิการ |
| 16. ผศ.ดร. ยศพล เหลืองโสมนภา | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี | กองบรรณาธิการ |
| 17. ดร. ชินกร สุจิเมงคล | คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข | กองบรรณาธิการ |
| 18. Dr. Paul Alexander TURNER | St.Francis Xavier School | กองบรรณาธิการ |
| 19. นางสาวไบศรี นวลอินทร์ | ผู้จัดการวารสาร/เลขานุการ/ประสานงาน/สมาคมศิษย์เก่าพยาบาล
กระทรวงสาธารณสุข | |



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้กลั่นกรองบทความวิชาการ/วิจัย
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2568 ISSN 2673-0693

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. รศ.ดร. อติญาณ ศรีเกษตริน | คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข |
| 2. รศ.ดร. ธัญชัย บุญหนัก | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย |
| 3. ผศ.ดร. อัครวินี ตันกูริมาน | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง |
| 4. ผศ.ดร. ดลวิวัฒน์ แสนโสม | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 5. ผศ.ดร. ดวงเนตร ธรรมกุล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต |
| 6. ผศ.ดร. ยศพล เหลืองโสมนภา | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 7. ผศ.ดร. ดลนภา ไชยสมบัติ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา |
| 8. ผศ.ดร. คมวัฒน์ รุ่งเรือง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช |
| 9. ผศ.ดร. ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี |
| 10. ผศ.ดร. กิรติ กิจธีระวุฒิมงษ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช |
| 11. ผศ. สมศักดิ์ วงศ์वास | สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 12. ดร. มัณฑนา เหมชะญาติ | สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข |
| 13. ดร. เชษฐา แก้วพรม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ |
| 14. ดร. พิมพ์มล วงศ์ไชยา | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา |
| 15. ดร. ศิริินยา พลสิงห์ชาญ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ |
| 16. ดร. ตาราวรรณ รองเมือง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี |
| 17. ดร. นุสรา ประเสริฐศรี | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์ |
| 18. ดร. สุวัฒนา เกิดม่วง | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี |
| 19. ดร. ชินกร สุจิณมงคล | คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข |



วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2568 ISSN 2673-0693

สารบัญ

บทความวิจัย

- การพัฒนาสื่อความเป็นจริงเสมือนเพื่อสร้างความรู้เรื่องการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดและการดูแล.....1
สุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุในเทศบาลนครบุรีรัมย์
- ผลของโปรแกรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการละครสร้างสรรค์.....16
สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- อิทธิพลการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย....30
หลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ
- ผลของโปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลศรีธัญญา.....43
- การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วม สำหรับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....57
ในพื้นที่ อำเภอกำแพงแสนนาง จังหวัดนครราชสีมา
- ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ.....75
- ผลของโปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังแบบบูรณาการ ต่อความมีคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า.....86
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกับการใช้แท็บเล็ตต่อความรู้และการปฏิบัติคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี....99
ของประชากรกลุ่มเสี่ยง
- การรับรู้อาการ การจัดการอาการ และการตัดสินใจมาโรงพยาบาลในผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรง.....119
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเองในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว...134
ที่มีค่าการบีบตัวหัวใจลดลง
- ผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด.....150
ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร: การศึกษาย้อนหลัง 6 เดือน
- ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือด.....162
ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน



สารบัญ

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 1 ปีที่ 35 ประจำเดือนมกราคม – เมษายน 2568 นี้ มีการปรับทั้งรูปแบบของต้นฉบับโดยจัดทำเทมเพลตใหม่ เพื่อรองรับการดำเนินงานของวารสารให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐานยิ่งขึ้น นอกจากนั้น ในการตีพิมพ์บทความของวารสารฯ ตั้งแต่ฉบับนี้เป็นต้นไป ทางกองบรรณาธิการ ได้มีความเห็นร่วมกัน ที่จะลดจำนวนลงเป็นฉบับละ 12 เรื่อง เพื่อการเจาะจงบทความที่มีเนื้อหาความตรงกับ จุดประสงค์และขอบเขตของวารสาร รวมทั้งมีกระบวนการผลิตที่ได้มาตรฐานทั้งด้านวิชาการและจริยธรรม สำหรับการตีพิมพ์เผยแพร่รายงานวิจัยที่ได้รับการกลั่นกรองตามระบบของวารสารฯ จำนวนทั้ง 12 เรื่องในฉบับนี้ มีความครอบคลุมเนื้อหาสาระที่มีความหลากหลายทั้งทางกายภาพ และการสาธารณสุข โดยบทความ แต่ละเรื่องนั้น ได้รับการพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิในหน่วยงานต่างๆ ทั้งภายในและ ภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ เพื่อการสนับสนุนให้มีการเผยแพร่บทความวิจัยที่มีคุณภาพสามารถใช้เป็น หลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานด้านกายภาพ และการบริการสุขภาพของประชาชน ให้ดียิ่งขึ้นต่อไป ในนามกองบรรณาธิการขอขอบพระคุณ ผู้สนับสนุนทุกท่าน ที่ได้นำเสนอบทความที่มีคุณค่า และเป็นประโยชน์ต่อวงการด้านสุขภาพ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะส่งผลงานทางวิชาการที่มีคุณภาพ มาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขอีกในฉบับต่อไป นอกจากนั้น กองบรรณาธิการ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานต่างๆ ทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาในการพิจารณาบทความพร้อม ทั้งให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแก้ไขบทความให้มีความสมบูรณ์ทางวิชาการ สามารถใช้อ้างอิง และนำ ผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม อันจะเป็นการช่วยส่งเสริมวงจรรคุณภาพของ การผลิตผลงานวิจัย นักวิจัย และวารสารฯ ให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งนับว่าจะเป็นประโยชน์อย่างแท้จริงต่อวงการ ด้านการพยาบาลและการสาธารณสุขสืบไป

ดร. มณฑนา เหมชะญาติ

บรรณาธิการ



การพัฒนาสื่อความเป็นจริงเสมือนเพื่อสร้างความรู้ เรื่อง การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด และการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ ในเทศบาลนครบุรีรัมย์

Virtual Reality Development to Create Knowledge for Self-Monitoring of Blood Glucose and Self-Care among Older Adults in Buriram City Municipality

พจนา โพธิ์จันดี¹, ทรงวุฒิ เอกวุฒิงศา²

Potjana Pojundee¹, Songwut Egwutvongsa²

¹ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครบุรีรัมย์ (ศูนย์ 2)

² คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรมและเทคโนโลยี สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

¹ Buriram Municipality Public Health Service Center (Center 2)

² Faculty of Industrial Education and Technology, King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang

Corresponding author: Potjana Pojundee; Email: momojojo108@gmail.com

Received: January 20, 2025 Revised: July 19, 2025 Accepted: July 30, 2025

บทคัดย่อ

การส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีศักยภาพในการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดและการดูแลตนเองเป็นสิ่งที่จำเป็น วิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาสื่อความเป็นจริงเสมือน เรื่อง การวัดระดับน้ำตาลในเลือดและการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ และ 2) ประเมินความรู้ก่อน-หลังใช้งาน และความพึงพอใจสื่อความเป็นจริงเสมือนรูปแบบใหม่ โดยเป็นการวิจัยและพัฒนา (R&D) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นตอนการพัฒนา ใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (SR) โดยใช้กรอบ PICO และเทคนิคการแปลงหน้าที่เชิงคุณภาพ (QFD) พบ 3 กลุ่มเนื้อหาที่สร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ คือ 1) กลุ่มเนื้อหาการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง 2) กลุ่มเนื้อหาสร้างความตระหนักรู้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และ 3) กลุ่มเนื้อหาส่งเสริมสุขภาพและจิตใจ โดยออกแบบสื่อความเป็นจริงเสมือนที่มีฐานความรู้สุขภาพ จำนวน 12 หน่วย ที่เน้นการใช้งานในรูปแบบออนไลน์ 2) ขั้นตอนเปรียบเทียบความรู้ก่อน-หลังใช้งานสื่อความจริงเสมือน โดยประชากร คือ ผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลนครบุรีรัมย์ จำนวน 4,161 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุในเขตศูนย์บริการสุขภาพเทศบาลนครบุรีรัมย์ที่ 2 จำนวน 98 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ใช้แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลัง วิเคราะห์ข้อมูลด้วย paired t-test พบว่า ผู้สูงอายุที่เรียนรู้จากสื่อความเป็นจริงเสมือน นั้นมีคะแนนหลังเรียนรู้สูงกว่าก่อนเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ 3) ขั้นตอนประเมินความพึงพอใจหลังใช้งาน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุในเขตศูนย์บริการสุขภาพเทศบาลนครบุรีรัมย์ที่ 2 จำนวน 400 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งลำดับชั้น โดยใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อสื่อความจริงเสมือนรูปแบบใหม่ระดับมาก (mean=4.08; SD=.42) จากผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า สื่อความเป็นจริงเสมือนที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ: ความตระหนักรู้; ผู้สูงอายุ; สุขภาพ; สื่อความเป็นจริงเสมือน



Virtual Reality Development to Create Knowledge for Self-Monitoring of Blood Glucose and Self-Care among Older Adults in Buriram City Municipality

Potjana Pojundee¹, Songwut Egwutvongsa²

¹ Buriram Municipality Public Health Service Center (Center 2)

² Faculty of Industrial Education and Technology, King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang

Corresponding author: Potjana Pojundee; Email: momojojo108@gmail.com

Received: January 20, 2025 Revised: July 19, 2025 Accepted: July 30, 2025

Abstract

Enhancing elder to have capacity to monitor blood sugar level and to care themselves is necessary. The objectives of this research were to 1) develop virtual reality for the self-monitoring of blood glucose and self-care among older adults, and 2) evaluate pretest-posttest and satisfaction with the devised virtual reality. This work uses a research & development (R&D) approach with 3 steps as follows. 1) *Systematic review (SR)-based development*: PICO and quality function deployment (QFD) were used, wherein 3 categories of content that created health awareness included 1) self-monitoring of blood glucose (SMBG), 2) creating awareness of blood glucose control, and 3) promoting physical and mental health. Virtual reality with 12 knowledge bases was designed, mainly used online. 2) *Pretest-posttest comparison*: The population included 4,161 older adults in Buriram City Municipality. The samples included 98 older adults in Buriram City Municipality Health Center Region 2, obtained by purposive sampling. Pre-tests and post-tests were used. After data analysis by paired t-tests, it was found that the post-test scores for older adults who used virtual reality were significantly higher than the pre-test scores ($p < .01$). and 3) *Satisfaction evaluation*: The participants included 400 older adults in Buriram City Municipality Health Center Region 2, obtained by stratified sampling. A structured questionnaire was used. Data were analyzed by mean and SD. It was found that the participants showed a high level of satisfaction with the new virtual reality (mean=4.08; SD=.42). Based on the findings of this research, it can be concluded that the developed virtual reality media can promote self-care among the elderly.

Keywords: awareness; elderly; health; virtual reality



ความเป็นมาและความสำคัญ

ตั้งแต่ศตวรรษที่ 21 เป็นต้นมา ทุกประเทศทั่วโลกได้รับผลกระทบทางด้านสาธารณสุขจากการเพิ่มขึ้นของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่มีอัตราการเพิ่มแบบก้าวกระโดด ซึ่งประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (complete aged society)¹ โดยมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ 11,035,700 คน คิดเป็นร้อยละ 16.90 จากประชากร 65.30 ล้านคน เมื่อเทียบกับวัยแรงงาน 42,882,510 คน พบว่ามีผู้สูงอายุร้อยละ 25.73 ซึ่งจะพบความไม่สมดุลของจำนวนประชากร และส่งผลกระทบต่อผลิตภัณฑ์มวลรวม (GDP) ของประเทศ² โดยการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วได้ส่งผลกระทบต่อการจัดสรรงบประมาณภาครัฐในการสร้างคุณภาพสุขภาพและชีวิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายงบประมาณการดูแลสุขภาพและสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุที่งบประมาณมีแนวโน้มสูงขึ้นต่อเนื่อง ซึ่งจาก “รายงานสถิติผู้สูงอายุ”³ นั้นปรากฏการเพิ่มขึ้นของอัตราส่วนการพึ่งพิงวัยสูงอายุร้อยละ 31.10 และอัตราส่วนเกือหนุนร้อยละ 3.20 เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรวัยทำงาน โดยประชากรวัยแรงงาน 3.20 คน จะต้องดูแลผู้สูงอายุ 1 คน และคาดการณ์ว่า พ.ศ. 2572 ประเทศไทยจะมีอัตราส่วนการเกือหนุน 2.00 คน ในการดูแลผู้สูงอายุ 1 คน⁴ จากการพยากรณ์สำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทยมีการใช้งบประมาณเพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในการจัดระบบสวัสดิการ และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุประมาณ 89,675.05 ล้านบาท งบประมาณการความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย 448.6718 ล้านบาท และงบประมาณส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุ 459.51 ล้านบาท โดย พ.ศ. 2566 มีรายจ่ายงบประมาณ 90,583.23 ล้านบาท ซึ่งงบประมาณที่ใช้รองรับสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์คิดเป็นร้อยละ 3.63 จากรายรับประเทศทั้งหมด (2.49 ล้านล้านบาท) ซึ่งปัญหาลักษณะนี้ได้เกิดขึ้นกับหลายประเทศทั่วโลก เมื่อรายรับประเทศมีแนวโน้มลดลงจากการลดของประชากรวัยแรงงาน และรายจ่ายประเทศที่รองรับสังคมผู้สูงอายุนั้นเพิ่มสูงขึ้นจากการเพิ่มจำนวนผู้สูงวัย ซึ่งสวนทางกันกับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศไทย (gross domestic product) ในอนาคต

การแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืนในการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ จึงจำเป็นที่หน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุจะต้องมีการดำเนินงานเชิงรุกด้วยการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุให้ลดลง ซึ่งการแก้ไขปัญหาเชิงรุกนี้สอดคล้องกับ “นโยบายยกระดับการเข้าถึงเชิงรุกระดับชุมชน และการดูแลต่อเนื่องที่บ้านแบบบูรณาการ” ที่สนับสนุนให้มีหน่วยแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่เยี่ยมเยียนให้ความรู้ในชุมชน เพื่อสร้างความรู้การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานเชิงรุกระดับชุมชน โดยการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุแบบบูรณาการจะสอดคล้องแผนงาน และตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2568 ที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริม ป้องกัน และความเป็นเลิศด้านการคุ้มครองที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิต และความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน

ปัจจุบันมีผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครบุรีรัมย์ 4,161 คน สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานของผู้สูงอายุในเขตบริการสุขภาพเทศบาลนครบุรีรัมย์ที่เป็นโรคเบาหวาน 358 คน โรคความดันโลหิตสูง 1,458 คน และโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง 645 คน (ร้อยละ 6.24 เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมด) และจากสถิติผู้ป่วยวัยสูงอายุทั้ง 2 โรค ในปี 2566 พบว่ามีอัตราเพิ่มสูงขึ้นจากเดิมร้อยละ .97 ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลกระทบต่อจำนวนเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการทางด้านสุขภาพแก่ประชาชนนั้นไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการที่ลดลงจากการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคทั้ง 2 โรค โดยการแก้ปัญหาในลักษณะนี้สามารถแก้ไขได้อย่างยั่งยืนด้วยการให้ความรู้และสร้างความตระหนักในการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถดูแล

สุขภาพตนเองเบื้องต้นได้ถูกต้อง ซึ่ง 5 ปีที่ผ่านมา มีอัตราการเพิ่มจำนวนสูงขึ้นต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กระทั่งส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพเรื้อรัง และก่อให้เกิดโอกาสการเป็นผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มขึ้น ส่งผลให้หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นจำเป็นต้องมีการอุดหนุนงบประมาณในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากสภาพการณ์ที่กล่าวมานั้น ผู้วิจัยได้ศึกษาผลการวิจัยที่มีการนำเทคโนโลยีเสมือนจริง (virtual reality: VR) มาใช้งานเพื่อสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ โดยช่วยสร้างโอกาสการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้สะดวกขึ้น และก่อให้เกิดผลเชิงบวกที่กระตุ้นความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองให้เกิดขึ้น⁵ อีกทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ด้านสุขภาพที่หลากหลาย โดยมีต้นทุนการเข้าถึงระดับต่ำ จึงเปิดโอกาสให้สามารถใช้งานได้ตลอดเวลา ดังนั้นการวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนาสื่อความเป็นจริงเสมือนเพื่อสร้างความรู้การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด และการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งประโยชน์การวิจัยทางตรงจะช่วยให้เข้าใจการสังเกตและดูแลสุขภาพตนเองได้ พร้อมสร้างโอกาสเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพได้สะดวกสบาย และประโยชน์ทางอ้อมจะช่วยลดงบประมาณการดูแลสุขภาพให้ลดลง

การวิจัยที่ผ่านมาในอดีตยังไม่มี การนำสื่อเสมือนจริงที่พัฒนาขึ้นโดยเป้าหมายเพื่อสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้แก่กลุ่มผู้สูงอายุโดยเฉพาะ จึงส่งผลให้สื่อสำหรับผู้สูงอายุขาดความสอดคล้องกับเทคโนโลยีในปัจจุบัน โดยสื่อเดิมไม่สามารถตอบสนอง และใช้งานร่วมกับเทคโนโลยีใหม่ได้ ซึ่งหน่วยงานที่รับหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพนั้นสามารถนำผลลัพธ์จากการวิจัยนี้ไปใช้เผยแพร่ได้ โดยมีต้นทุนการใช้งานต่ำ แต่สามารถเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพและการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดได้ในวงกว้างจากการวิจัยและพัฒนา

วัตถุประสงค์การวิจัย

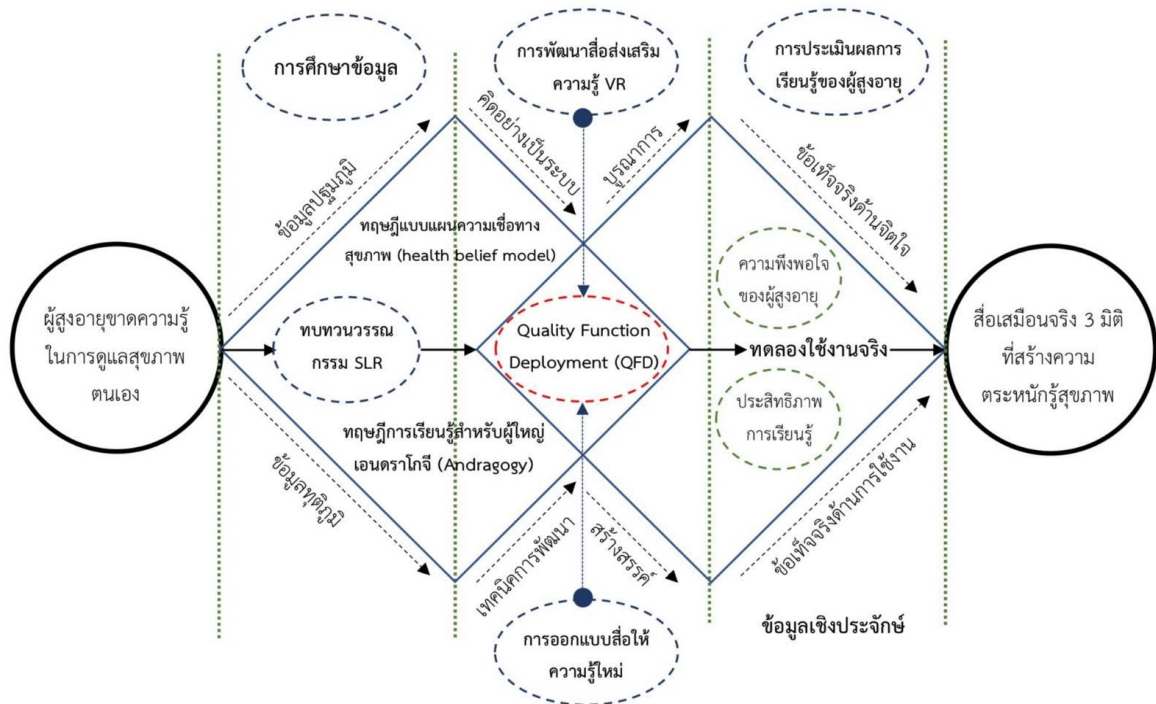
- 1) พัฒนาสื่อความเป็นจริงเสมือน เรื่อง การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดและการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ
- 2) ประเมินความรู้ก่อน-หลังใช้งานสื่อความเป็นจริงเสมือน และประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ภายหลังการใช้งานสื่อรูปแบบใหม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

1) กรอบพัฒนาสื่อความเป็นจริงเสมือน⁶: นำแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (health belief model) ได้แก่ 1) รับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค 2) รับรู้ความรุนแรงของโรค 3) รับรู้ถึงประโยชน์การรักษาและป้องกันโรค 4) รับรู้ต่ออุปสรรค 5) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ 6) ปัจจัยร่วม เป็นต้น มาใช้ในการพัฒนา

2) กรอบแนวคิดการเปรียบเทียบความรู้ก่อน-หลังใช้งาน: นำแนวคิดการเรียนรู้ด้วยตัวเอง (self-concept) มาใช้ประเมิน ได้แก่ 1) สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ 2) ความต้องการในการเรียนรู้ 3) วางแผนเรียนรู้ร่วมกัน 4) บูรณาการเรียนรู้ที่หลากหลาย 5) ประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ เป็นต้น

3) กรอบแนวคิดการประเมินความพึงพอใจหลังการใช้งาน: นำหลักการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่แบบแอนดราโกจี (andragogy) ได้แก่ 1) มโนทัศน์ของผู้เรียน 2) ประสบการณ์ของผู้เรียน 3) ความพร้อมที่จะเรียนรู้ 4) แนวทางการเรียนรู้ เป็นต้น มาใช้ในการประเมินผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายของการวิจัย



ภาพที่ 1 กระบวนการดำเนินงานวิจัยภายใต้กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการลักษณะการวิจัยและพัฒนา (research and development) มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นตอนพัฒนาสื่อความเป็นจริงเสมือน เรื่อง การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review: SR) และประยุกต์สู่หลักการ 3P และ PDCA โดยนำแนวทางการพัฒนามาวิเคราะห์ด้วยเทคนิคการแปลงหน้าที่เชิงคุณภาพ (Quality Function Deployment: QFD) เพื่อกำหนดทิศทางการออกแบบสื่อรูปแบบใหม่

2) ขั้นตอนทดสอบความรู้ที่ผู้สูงอายุได้รับจากการใช้งานสื่อความเป็นจริงเสมือนรูปแบบใหม่ ดังนี้

ประชากร คือ ผู้สูงอายุในพื้นที่ให้บริการสุขภาพเทศบาลนครบุรีรัมย์ จำนวน 4,161 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในพื้นที่ให้บริการสุขภาพเทศบาลนครบุรีรัมย์ จำนวน 98 คน (ใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ ทาโร ยามาเน่) ที่ความเชื่อมั่น 95% และใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จากรายชื่อผู้สูงอายุในเขตบริการศูนย์สาธารณสุขที่ 2 เทศบาลนครบุรีรัมย์ ในชุมชน 1) บูลาดวนเหนือ 2) ตลาด บ.ข.ส. 3) หลังศาล 4) เทศบาล 5) บูลาดวนใต้ 6) โคกกลาง

เครื่องมือวิจัย คือ แบบทดสอบความรู้ 4 ด้าน คือ 1) ตระหนักรู้ในการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดตนเอง 2) ความรู้การดูแลสุขภาพ 3) จิตวิทยาการเข้าสังคม 4) ความรู้การเข้าร่วมกิจกรรมฯ ของผู้สูงอายุ โดยมีแบบทดสอบจำนวน 14 ข้อ และแบบทดสอบมีคุณภาพระดับ “ใช้ได้” (index of discrimination ระหว่าง .43-.57) ความยากง่ายของแบบทดสอบระดับ “ปานกลาง” (difficulty ระหว่าง .54-.64) โดยข้อสอบมีความเหมาะสมระดับดี (Cronbach's Alpha =.827) โดยวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที (paired sample t-test)

3) ขั้นตอนประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อสื่อความเป็นจริงเสมือนรูปแบบใหม่

ประชากร คือ ผู้สูงอายุในพื้นที่ให้บริการสุขภาพเทศบาลนครบุรีรัมย์ จำนวน 4,161 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในพื้นที่ให้บริการสุขภาพเทศบาลนครบุรีรัมย์ จำนวน 400 คน (สูตรคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างของ ทาโร ยามาเน่) ที่ความเชื่อมั่น 95% และใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งลำดับชั้น (stratified random sampling) ที่จัดแบ่งตามชุมชนในเขตให้บริการที่เป็นตัวแทนของ 6 ชุมชน ได้แก่ 1) บูลาดวนเหนือ 2) ตลาด บ.ช.ส. 3) หลังศาล 4) เทศบาล 5) บูลาดวนใต้ 6) โคกกกลาง

เครื่องมือวิจัย คือ 1) แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง (structured questionnaire) เรื่องความเหมาะสมของสื่อที่สร้างความตระหนักรู้การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดและการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของลิเคอร์ต์ และมีคุณภาพเหมาะสม (IOC=.712-.850, Cronbach's Alpha=.82) โดยวิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง แบบเต็มชุด EC-KMITL_67_057 ให้การรับรอง 22/4/2567 ถึง 22/4/2568

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการวิจัยและพัฒนาในผู้สูงอายุเขตเทศบาลนครบุรีรัมย์ จำนวน 18 ชุมชน มีพื้นที่ให้บริการ 9.82 ตารางกิโลเมตร เป็นเขตพื้นที่บริการสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุข (ศูนย์ 2) โดยมีผู้สูงอายุ จำนวน 4,046 คน โดยป่วยด้วยโรคเบาหวาน 358 คน (8.84% จากผู้สูงอายุทั้งหมด) และโรคความดันโลหิตสูง 1,458 คน (36.03% จากผู้สูงอายุทั้งหมด) โดยมีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยทั้ง 2 โรค จำนวน 645 คน (15.94% จากผู้สูงอายุทั้งหมด) ซึ่งถือว่ามียัตราการป่วยในระดับสูง ดังนั้นการวิจัยนี้จึงมุ่งนำเสนอวิธีการให้ความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นของผู้สูงอายุ โดยการดำเนินการวิจัยนี้สอดคล้องกับพันธกิจด้านสุขภาพของเทศบาลนครบุรีรัมย์ คือ การเพิ่มศักยภาพด้านสาธารณสุขที่มีการป้องกัน รักษาฟื้นฟู ส่งเสริมสุขภาพประชาชนให้มีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่ดี ด้วยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เป็นต้น จึงนำมาเป็นกรอบในการพัฒนาการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการป้องกันด้วยวิธีการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนผู้สูงอายุในพื้นที่บริการเทศบาลนครบุรีรัมย์ ตามยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนาระบบสาธารณสุข ซึ่งต้องการสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุนั้นได้นำทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (andragogy theory) ใน 4 องค์ประกอบ คือ 1) มโนทัศน์ของผู้สูงอายุ ที่นำประสบการณ์ในอดีตมาสร้างเป็นเนื้อหาที่กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกเชิงบวก 2) ประสบการณ์ของผู้สูงอายุ ที่สร้างความรู้การดูแลสุขภาพ ที่กระตุ้นให้เกิดความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพ 3) แนวทางการเรียนรู้ ที่สร้างรูปแบบการเรียนรู้ผ่านสื่อเสมือนจริงที่เข้าใจง่าย 4) ความพร้อมที่จะเรียนรู้ สร้างการเรียนรู้ที่สะดวกและใช้งานได้ตลอดเวลา เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 1 การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review: SR) โดยคัดเลือกบทความวิจัยนานาชาติที่สืบค้นจากฐานข้อมูล SCOPUS ซึ่งรวบรวมโดย “data extraction sheet” แล้วจึงวิเคราะห์ และสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อใช้ในการพัฒนาสื่อความเป็นจริงเสมือนรูปแบบใหม่ นั้นผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนจาก “Joanna Briggs Institute” ที่มีขอบเขตทบทวน 1) type of review คือ วิจัยเชิงพรรณนา 2) objective คือ ศึกษาผลกระทบสร้างทักษะปัญญาด้านสุขภาพให้ผู้สูงอายุ 3) review question คือ ความรู้และกิจกรรมที่สร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเป็นอย่างไร เป็นต้น



ก) กำหนด PICO: การศึกษาเชิงคุณภาพจาก PICO ได้แก่ P (population) คือ ผู้สูงอายุ I (intervention) คือ การนำสื่อความจริงเสมือนมาสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ Co (context) คือ เขตเทศบาลเมืองบุรีรัมย์ และคำถามการดำเนินงาน คือ องค์ประกอบใดที่ส่งผลต่อการพัฒนาเทคโนโลยีใหม่เพื่อการสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ

ข) การทบทวนวรรณกรรม: มีแนวคิดการสืบค้นบทความวิจัยที่มีเป้าหมายพัฒนาคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุ อาศัยคำศัพท์เพื่อค้นหา 5 คำ คือ ผู้ชรา สุขภาพ ความรู้ การดูแล และสุขภาพ เป็นต้น

ค) เกณฑ์การคัดเลือก: 1) เป็นวิจัยที่มีเป้าหมายพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2) เป็นวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นต้น โดยมีเกณฑ์การยกเว้น (exclusion criteria) เป็นวิจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หรือไม่ได้เสนอแนวทางพัฒนา ซึ่ง สืบค้น ค.ศ. 2010–2023 ที่ตีพิมพ์ในวารสารแบบเปิดการเข้าถึงที่เผยแพร่ (Gold OA: OA Journal) ปรากฏผลการค้นหา 19 บทความวิจัย ดังนี้

ตารางที่ 1 การพิจารณาความสอดคล้องที่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ข้อกำหนดจากทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

วิจัย	ประเภทการวิจัย	ข้อกำหนดประเด็นพิจารณา														สอดคล้องประเด็นวิจัย
		SR1	SR2	SR3	SR4	SR5	SR6	SR7	SR8	SR9	SR10	SR11	SR12	SR13	SR14	
AR1 ⁷	Survey Research	-	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	-	-	-	-	4 (29%)
AR2 ⁸	Survey Research	-	✓	-	-	-	-	✓	✓	✓	-	-	✓	✓	-	6 (43%)
AR3 ⁹	Survey Research	-	-	-	-	-	-	✓	-	-	-	✓	✓	✓	✓	5 (36%)
AR4 ¹⁰	Survey Research	-	-	-	-	-	-	✓	-	-	-	-	-	-	-	1 (7%)
AR5 ¹¹	Survey Research	-	-	-	-	-	-	✓	-	-	✓	✓	✓	-	✓	5 (36%)
AR6 ¹²	Applied Research	-	✓	-	-	-	-	-	-	-	✓	-	✓	-	✓	4 (29%)
AR7 ¹³	Survey Research	-	-	-	-	-	-	✓	-	-	-	-	✓	✓	-	3 (21%)
AR8 ¹⁴	Survey Research	-	✓	-	-	-	-	-	-	-	✓	-	✓	-	✓	4 (29%)
AR9 ¹⁵	Qualitative Research	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	9 (64%)
AR10 ¹⁶	Experimental Research	-	✓	-	-	✓	-	-	✓	-	✓	-	-	-	-	4 (29%)
AR11 ¹⁷	Applied Research	-	-	-	-	-	-	✓	✓	-	✓	-	-	-	✓	4 (29%)
AR12 ¹⁸	Applied Research	✓	-	-	-	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	-	✓	-	8 (57%)
AR13 ¹⁹	Applied Research	✓	-	-	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	11 (79%)
AR14 ²⁰	Experimental Research	-	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	-	-	-	-	4 (29%)
AR15 ²¹	Experimental Research	-	-	-	-	-	-	✓	-	-	-	-	✓	-	-	2 (14%)
AR16 ²²	Experimental Research	-	✓	-	✓	-	✓	-	-	-	✓	✓	-	-	-	5 (36%)
AR17 ²³	Experimental Research	-	✓	-	-	-	✓	✓	-	-	✓	✓	✓	✓	-	7 (50%)
AR18 ²⁴	Experimental Research	-	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	7 (50%)
AR19 ²⁵	Applied Research	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	13 (93%)
ความสำคัญในประเด็นวิจัย		15.7%	36.8%	5.2%	15.7%	26.3%	26.3%	73.7%	36.8%	36.8%	68.4%	47.3%	65.7%	47.3%	42.1%	

หมายเหตุ: (SR1) การกระตุ้นประสาทสัมผัส (SR2) กระตุ้นผู้สูงอายุให้อ้างอิงตนเองในสิ่งแวดล้อมได้ (SR3) กระตุ้นการรับรู้ประมวลผลในสมอง (SR4) กระตุ้นการคิดทบทวน (SR5) การเรียนรู้ตลอดชีวิต (SR6) การเรียนรู้ด้วยตนเอง (SR7) การสร้างประสบการณ์ใหม่ (SR8) บูรณาการประสบการณ์จากอดีต (SR9) แรงจูงใจเพื่อประสบการณ์ใหม่ (SR10) คำจูงใจให้มั่นคง (SR11) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (SR12) สร้างกิจกรรมกับสังคม (SR13) กิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย (SR14) เข้าใจบทบาทตนเองในสังคม



สรุปประเด็นที่นักวิจัยให้ความสำคัญเพื่อพัฒนาการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งเรียงลำดับความสำคัญลำดับที่ 1-5 ได้แก่ SR7, SR10, SR12, SR11 และ SR13 โดยปรากฏจุดร่วมกันทั้ง 5 อันดับ คือ กระบวนการเรียนรู้จะเป็นการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ หรือด้านสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ที่เท่าทันการเปลี่ยนแปลง สิ่งเหล่านี้จะต้องคำนึงถึงปัจจัย ได้แก่ 1) การสร้างกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย 2) ดูแลใส่ใจกับสภาพจิตใจด้วยการสร้างความเชื่อมั่นในการดำเนินชีวิต 3) ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ 4) ส่งเสริมการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีคุณภาพ 5) สร้างความตระหนักในคุณค่าตนเอง เป็นต้น โดยนำข้อสรุปมาประยุกต์สู่การสร้างความรู้สุขภาพที่พิจารณาด้วยหลักการ 3P และ PDCA ดังนี้

ตารางที่ 2 การประยุกต์ใช้หลักการ 3P ในขั้นตอนการพัฒนา

เป้าหมาย (Purpose)		กระบวนการ (Process)		ผลดำเนินการ (Performance)			
1) ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพตนเองได้มีประสิทธิภาพ	➡	1) ให้ความรู้การวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองแก่ผู้สูงอายุ	➡	1) พัฒนาสื่อความเป็นจริงเสมือนประเภท VR ที่สร้างความตระหนักแก่ผู้สูงอายุ	2) ประสิทธิภาพสื่อส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาใหม่		
2) ผู้สูงอายุมีความรู้เข้าใจการดูแลสุขภาพตนเองและประยุกต์ใช้งานได้		2) ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ		2)			
การวางแผนงาน (Plan)		การนำสู่การปฏิบัติ (Do)		การตรวจสอบ (Check)		การนำสู่การปฏิบัติ (Act)	
- กำหนดปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ		- วิเคราะห์ข้อมูลประกอบการพัฒนาสื่อความเป็นจริงเสมือน		- ประเมินความรู้ (ตระหนัก) และ ความพึงพอใจสื่อความเป็นจริงเสมือนในด้าน 1) สร้างความตระหนัก และ 2) การดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ		- เผยแพร่แก่ผู้สูงอายุพื้นที่บริการสุขภาพเทศบาลนครบุรีรัมย์	
- รวบรวมความต้องการผู้สูงอายุ		- ออกแบบและพัฒนาสื่อความเป็นจริงเสมือนประเภท VR ที่สร้างความรู้เรื่องสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ				- เผยแพร่ออนไลน์และออฟไลน์แก่ผู้สูงอายุในศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครบุรีรัมย์	
- กำหนดสภาพปัญหาสุขภาพ							
- บูรณาการศาสตร์เพื่อพัฒนาสื่อให้ความรู้ทางด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ							
เป้าหมาย: จะทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ		➡		แนวทาง: สื่อออนไลน์ที่เข้าใจง่าย/เรียนรู้ตลอดเวลา/ดูแลสุขภาพตนเองได้			

ขั้นตอนที่ 2 นำข้อสรุปจากหลัก 3P และ PDCA มาวิเคราะห์ด้วยเทคนิคการแปลงหน้าที่เชิงคุณภาพ (Quality Function Deployment: QFD) ที่สะท้อนความต้องการได้รับการตอบสนองของผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายรับทราบความต้องการ และวิธีการตอบสนองด้วยสื่อความเป็นจริงเสมือนที่ให้ความรู้สุขภาพ

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุด้วยเทคนิคการแปลงหน้าที่เชิงคุณภาพ (QFD)

คุณลักษณะความต้องการของผู้สูงอายุ		V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10
กิจกรรมที่เหมาะสม	CA1 เนื้อหาที่น่าสนใจไม่น่าสนใจ	4.21	6.01	3.31	4.52	4.23	5.00	1.51	1.50	9.535	.065
	CA2 เนื้อหาไม่สามารถประยุกต์ใช้งานได้	4.35	6.20	3.18	4.41	4.42	5.00	1.57	1.50	10.24	.069
	CA3 เนื้อหาไม่แสดงการส่งเสริมสุขภาพ	4.50	6.42	4.10	4.53	4.13	5.00	1.21	1.50	8.167	.055
	CA4 เนื้อหาและกิจกรรมไม่สอดคล้องกัน	4.12	5.88	3.21	4.41	4.18	5.00	1.55	1.20	7.663	.052
ความเชื่อมั่น	BC1 ความถูกต้องของเนื้อหาที่ถ่ายทอด	3.81	5.43	3.18	4.12	4.52	5.00	1.57	1.20	7.178	.049
	BC2 ความเชื่อมโยงเนื้อหาและกิจกรรม	3.65	5.20	3.81	4.54	3.25	5.00	1.31	1.00	4.781	.032
	BC3 การกระตุ้นและการสร้างความรู้ใหม่	3.85	5.49	3.22	4.13	3.16	4.50	1.39	1.00	5.351	.036
สร้างปฏิสัมพันธ์	CP1 การเชื่อมโยงกิจกรรมเสมือนจริง	3.62	5.16	2.12	3.42	3.31	4.00	1.88	1.00	6.805	.046
	CP2 บูรณาการความรู้หลายรูปแบบ	3.54	5.05	2.36	4.11	4.32	4.50	1.90	1.00	6.726	.045
	CP3 วางแผนการปฏิสัมพันธ์กับสังคม	3.48	4.96	2.23	4.24	4.12	4.50	2.01	1.20	8.393	.057
ส่งเสริมคุณภาพชีวิต	CL1 เนื้อหาและกิจกรรมเข้าถึงได้ยาก	4.15	5.92	2.67	3.78	3.97	4.50	1.68	1.50	10.45	.071
	CL2 เนื้อหาไม่ส่งเสริมคุณภาพชีวิต	4.24	6.05	2.87	4.17	4.23	4.50	1.56	1.20	7.937	.054
	CL3 ไม่สามารถเรียนรู้และเข้าใจได้ง่าย	4.13	5.89	3.16	3.49	3.51	4.00	1.26	1.50	7.805	.053
	CL4 ความสะดวกที่ใช้งานได้หลากหลาย	3.52	5.02	2.67	3.14	3.52	4.00	1.49	1.20	6.293	.042
ตระหนักคุณค่าตนเอง	PA1 กระตุ้นคุณค่าในตนเองให้เกิดขึ้น	3.68	5.18	3.22	3.14	3.81	4.00	1.24	1.50	6.844	.046
	PA2 สร้างความรู้สึกส่วนหนึ่งของสังคม	3.72	5.30	2.12	4.12	3.43	4.50	2.12	1.20	9.463	.064
	PA3 ให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพ	3.61	5.15	2.23	4.20	4.18	4.50	2.01	1.50	10.88	.074
	PA4 อธิบายความรู้ผ่านกิจกรรมสุขภาพ	3.83	5.46	3.17	4.17	3.78	4.50	2.07	1.50	11.89	.081

V1=ความสำคัญต่อผู้สูงอายุ, V2=คำร้อยละของความสำคัญ, V3=ความพึงพอใจต่อสื่อเดิม, V4=สื่อเปรียบเทียบกับกรณีที่ 1, V5=สื่อเปรียบเทียบกับกรณีที่ 2, V6=จุดมุ่งหมายการพัฒนา, V7=อัตราส่วนในการปรับปรุง, V8=จุดขาย, V9=คะแนนดิบ, V10=คะแนนดิบปกติ



ตารางที่ 4 วิธีแก้ไขปัญหาคำความต้องการของผู้สูงอายุด้วยเทคนิคการแปลงหน้าที่เชิงคุณภาพ

		วิธีการแก้ไขปัญหาคำความต้องการของผู้สูงอายุ	อิทธิพล	อิทธิพลปกติ	Measurement	Direction
กิจกรรมที่เหมาะสม	CA1	สร้างเนื้อหาที่ทันสมัยสอดคล้องกับการส่งเสริมสุขภาพ	3.369	.052	รูปแบบ	↑
	CA2	สร้างเนื้อหาที่เหมาะสมกับกิจกรรมและทันสมัย	4.265	.066	รูปแบบ	↑
	CA3	สร้างเนื้อหาเชิงบวกที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพ	2.525	.039	รูปแบบ	↑
	CA4	สร้างเนื้อหาให้เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ	3.655	.057	ความรู้	↑
ความเชื่อมั่น	BC1	นำเสนอเนื้อหาที่ปรากฏแหล่งที่มาชัดเจน	0.873	.013	ประเภท	↑
	BC2	วางลำดับเนื้อหาและกิจกรรมที่เหมาะสม	3.087	.048	ขั้นตอน	↑
	BC3	จัดเรียงเนื้อหาหลากหลายประเภทอย่างต่อเนื่อง	3.951	.061	ประเภท	↑
สร้างปฏิสัมพันธ์	CP1	ผสมผสานเนื้อหาความรู้ทางสุขภาพแบบเสมือนจริง	3.443	.053	รูปแบบ	↑
	CP2	สร้างความหลากหลายในเนื้อหาที่แทรกความรู้สุขภาพ	4.014	.062	ประเภท	↑
	CP3	พัฒนาสื่อเชื่อมโยงความรู้สุขภาพเหมาะสมกับยุคสมัย	5.932	.093	รูปแบบ	↑
ส่งเสริมคุณภาพชีวิต	CL1	สื่อให้ความรู้สุขภาพที่ใช้งาน และใช้งานได้ตลอดเวลา	3.705	.058	ประเภท	↓
	CL2	สร้างเนื้อหาและกิจกรรมที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้	3.152	.049	ประเภท	↑
	CL3	สื่อสามารถใช้งานได้อิสระและปราศจากค่าใช้จ่าย	2.292	.035	บาท	↓
	CL4	สื่อสามารถใช้งานได้หลากหลายรูปแบบ	2.758	.043	ประเภท	↑
ตระหนักคุณค่าตนเอง	PA1	เนื้อและกิจกรรมที่ใช้งานได้ทั้งออนไลน์และออฟไลน์	3.427	.053	ประเภท	↑
	PA2	สร้างมุมมองเชิงบวกต่อการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน	3.183	.049	มุมมอง	↑
	PA3	เพิ่มช่องทางให้คำแนะนำด้านสุขภาพที่เข้าใจง่าย	5.377	.084	ประเภท	↑
	PA4	สร้างเนื้อหาให้เหมาะสมกับยุคสมัยและวิถีชีวิตปัจจุบัน	4.770	.074	รูปแบบ	↑

ผลวิเคราะห์ปรากฏวิธีการแก้ไขปัญหาคำความต้องการของผู้สูงอายุที่หากแก้ไขแล้วจะส่งผลเชิงบวกต่อสื่อเสมือนจริงในการเผยแพร่ความรู้ ซึ่งบ่งชี้ถึงความต้องการได้รับการตอบสนองของผู้สูงอายุ ดังข้อสรุปก่อนการออกแบบใหม่

ตารางที่ 5 จัดกลุ่มวิธีการแก้ไขปัญหามาสู่การสร้างแนวความคิดการออกแบบสื่อความเป็นจริงเสมือน

เนื้อหาของสื่อ	รูปแบบลักษณะสื่อ	การสร้างทฤษฎี
1) เชื่อมโยงความรู้สุขภาพได้หลากหลายรูปแบบ	1) เพิ่มช่องทางแนะนำปัญหาสุขภาพที่เข้าใจได้ง่าย	1) สร้างมุมมองเชิงบวกต่อการดำรงชีวิตปัจจุบัน
2) เนื้อหาและกิจกรรมเหมาะสมกับวิถีชีวิตปัจจุบัน	2) เนื้อหาและกิจกรรมที่นำไปประยุกต์ใช้งานได้ทันที	2) เนื้อหาที่สร้างทฤษฎีเชิงบวกต่อการดำเนินชีวิต
3) สร้างเนื้อหาที่มีความหลากหลายด้านสุขภาพ	3) สร้างสื่อให้ความรู้ที่เข้าใจง่าย และใช้งานสะดวก	-
4) จัดลำดับเนื้อหาและส่งเสริมความรู้ที่หลากหลาย	4) ความรู้การดูแลสุขภาพเสมือนจริงกับชีวิตประจำวัน	-
5) พัฒนาเนื้อหาให้เหมาะสมกับช่วงวัย	5) สร้างกิจกรรมจากเทคโนโลยีออนไลน์และออฟไลน์	-
6) สร้างเนื้อหาสุขภาพที่ทันสมัยแก่ผู้สูงอายุ	6) วางเนื้อหาสร้างความรู้ที่มีลำดับขั้นตอนวิชาการ	-
7) เนื้อหาได้รับการยอมรับ มีแหล่งความรู้ชัดเจน	7) พัฒนาสื่อที่เผยแพร่ได้ทั้งออนไลน์และออฟไลน์	-
-	8) ใช้งานสื่อได้อิสระไม่มีค่าใช้จ่ายในการใช้งาน	-

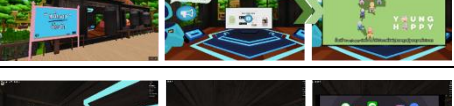
กำหนดเนื้อหาการพัฒนาสื่อความเป็นจริงเสมือนรูปแบบใหม่ที่แบ่ง 3 กลุ่มเนื้อหา คือ 1)กลุ่มความรู้ การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง 2)กลุ่มความตระหนักถึงความสำคัญการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 3)กลุ่มส่งเสริมสุขภาพและจิตใจ เป็นต้น โดยนำเนื้อหาไปสู่การออกแบบสื่อใหม่

ตารางที่ 6 โครงสร้างเนื้อหาในสื่อความเป็นจริงเสมือนเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรูปแบบใหม่

กลุ่มเนื้อหาที่ 1	กลุ่มเนื้อหาที่ 2	กลุ่มเนื้อหาที่ 3
เนื้อหา: ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง การให้ความรู้ถึงความสำคัญและวิธีการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง	เนื้อหา: การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การให้ความรู้วิธีควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความสำคัญการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	เนื้อหา: ส่งเสริมสุขภาพและจิตใจของผู้สูงอายุ การให้ความรู้การดูแลสุขภาพ และการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับยุคสมัย
หน่วยความรู้ของสื่อประชาสัมพันธ์ 1	หน่วยความรู้ของสื่อประชาสัมพันธ์ 2	หน่วยความรู้ของสื่อประชาสัมพันธ์ 3
ฐานที่ 1: จุดเริ่มต้น ฐานที่ 5: การตรวจเลือด	ฐานที่ 2: แผนผังภายใน ฐานที่ 4: เบาหวานวัยเก่า ฐานที่ 6: มือเด็ด้วยเก่า ฐานที่ 10: วัยเก๋าออกกำลัง	ฐานที่ 3: ห้องเรียนวัยเก่า ฐานที่ 7: รสชาติพอดี ฐานที่ 8: กิจกรรมวัยเก่า ฐานที่ 9: กิจกรรมประจำ ฐานที่ 11: แก่เหงาวัยเก่า ฐานที่ 12: สุขใจวัยเก่า

นำเนื้อหา 12 ฐานความรู้ด้านสุขภาพมาสร้างสรรค์ด้วยเทคโนโลยีเสมือนจริง 3 มิติ ที่มุ่งเน้น
1) ผู้สูงอายุใช้งานง่ายแบบออนไลน์และออฟไลน์ 2) มีความเหมาะสมกับศักยภาพข้อจำกัดร่างกายผู้สูงอายุ

ตารางที่ 7 ฐานความรู้ด้านสุขภาพของสื่อความเป็นจริงเสมือนสำหรับผู้สูงอายุที่พัฒนาใหม่

ผลลัพธ์การออกแบบสื่อเสมือนจริง 3 มิติ	เนื้อหาและกิจกรรมทางด้านสุขภาพที่สื่อสารไปยังผู้สูงอายุ
	ฐานความรู้ที่ 1: จุดเริ่มต้น กิจกรรม: การอธิบายรายละเอียดของปุ่มกดและแป้นบังคับในการใช้งาน โดยเป็นการคลิกเพื่อทำความเข้าใจฐานความรู้ทั้งหมด
	ฐานความรู้ที่ 2: แผนผังภายใน กิจกรรม: การอธิบายรายละเอียดความรู้และกิจกรรมเบื้องต้นที่มีภายในสื่อให้ความรู้ลักษณะสื่อความเป็นจริงเสมือนสำหรับผู้สูงอายุรูปแบบใหม่
	ฐานความรู้ที่ 3: ห้องเรียนวัยเก๋า กิจกรรม: ห้องเรียนวัยเก๋า ที่บรรยายเนื้อหาสถานการณ์ผู้สูงอายุในเวลาปัจจุบัน อธิบายการใช้ชีวิต และการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุให้เข้ากับสภาวะการณปัจจุบัน
	ฐานความรู้ที่ 4: เบาหวานวัยเก๋า กิจกรรม: บรรยายสาเหตุโรคเบาหวาน และการเกิดโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ พร้อมอธิบายผลกระทบด้านสุขภาพจากการเจ็บป่วยของโรคเบาหวาน
	ฐานความรู้ที่ 5: การตรวจเลือด กิจกรรม: บรรยายการตรวจเลือดด้วยตนเอง อธิบายสาเหตุเพื่อสร้างความตระหนักถึงความสำคัญ พร้อมอธิบายผลกระทบเชิงบวกที่มีต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ
	ฐานความรู้ที่ 6: มือเด็ดวัยเก๋า กิจกรรม: บรรยายลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และแนะนำการบริโภคอาหารที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพ และให้ความรู้การเลือกประเภทอาหารที่มีประโยชน์
	ฐานความรู้ที่ 7: รสชาติพอดี กิจกรรม: บรรยายลักษณะการปรุงรสอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยส่งเสริมให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาล และระดับความดันโลหิตด้วยตนเองได้
	ฐานความรู้ที่ 8: กิจวัตรวัยเก๋า กิจกรรม: บรรยายการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ อาทิ การนอนหลับพักผ่อน การใช้ชีวิตประจำวัน และกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมกับวัยสูงอายุ
	ฐานความรู้ที่ 9: กิจกรรมประจำ กิจกรรม: บรรยายกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองได้ อาทิ ดูแลสุขภาพช่องปาก ดูแลฟัน ดูแลสุขภาพ และดูแลร่างกาย เป็นต้น
	ฐานความรู้ที่ 10: วัยเก๋ากำลัง กิจกรรม: บรรยายการออกกำลังกายที่ผู้สูงอายุควรรู้ เพื่อให้มีความรู้ในลักษณะท่าทางการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และช่วยส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงยิ่งขึ้น
	ฐานความรู้ที่ 11: แก่เหงาวัยเก๋า กิจกรรม: บรรยายกิจกรรมคลายเหงาผู้สูงอายุ โดยแนะนำกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายในยามว่าง ซึ่งช่วยให้จิตใจมีความสุขจากมุมมองที่เหมาะสมกับยุคสมัย
	ฐานความรู้ที่ 12: สุขใจวัยเก๋า กิจกรรม: บรรยายการใช้ชีวิตที่ปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เหมาะสมกับยุคสมัย โดยสร้างความเข้าใจเทคโนโลยี และการใช้สื่อมัลติมีเดียยุคสมัยใหม่

ขั้นตอนให้ความรู้และสาธิตวิธีการใช้งานสื่อความเป็นจริงเสมือนเพื่อส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่สนใจเข้าร่วม โดยปฏิบัติตามขั้นตอนด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากนั้นจึงประเมินความรู้หลังใช้งาน ซึ่งความตระหนักผู้สามารถแสดงผลระดับความรู้ที่เกิดขึ้นภายหลังการใช้งาน ดังนี้



- ก) การถ่ายทอดความรู้ด้วยเนื้อหาที่สร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ
 ข) ทดลองใช้งานจริงกับผู้สูงอายุในพื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 2 เทศบาลนครบุรีรัมย์
 ค) ประเมินผลเปรียบเทียบการเรียนรู้ t-test dependent แบบก่อนและหลังการเรียนรู้

การวัดผลการทดสอบความรู้ด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้รับจากสื่อความเป็นจริงเสมือนที่พัฒนาใหม่ 3 ประเด็น คือ 1) สร้างความรู้การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง 2) สร้างความรู้การดูแลสุขภาพตนเอง 3) สร้างทัศนคติที่เหมาะสมกับสังคม เป็นต้น โดยตรวจสอบความเป็นตัวแทนข้อเท็จจริง ดังนี้

[1] ค่าความร่วมกัน (normality) รวบรวมข้อมูลกลุ่มย่อย 30 คน พบว่า ข้อมูลที่นำมาใช้งาน มีลักษณะที่แสดงถึงความร่วมกันของข้อมูล ($Z_{\text{skewness}}=.000-1.138$ และ $Z_{\text{Kurtosis}}=.025-1.626$)

[2] ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กัน โดยคะแนนก่อน และหลังเข้าร่วมใช้สื่อความเป็นจริงเสมือนที่พัฒนาใหม่ โดยมีคะแนน 4 ด้าน ที่ปรากฏความสัมพันธ์กัน ($\text{Sig}=.000$)

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนก่อนร่วมกิจกรรมฯ และหลังร่วมกิจกรรมฯ (n=98)

การเปรียบเทียบผลก่อนร่วมกิจกรรม/หลังร่วมกิจกรรม		Mean	SD	Std. Error	Correlation	t	df	p.	ก่อน/หลัง
[1] ด้านตระหนักรู้ในการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง	หลังเรียน	3.830	.855	.081	.686	21.557	99	.000	แตกต่างกัน
	ก่อนเรียน	2.260	.950	.095					
[2] ด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง	หลังเรียน	3.390	.855	.084	.754	23.685	99	.000	แตกต่างกัน
	ก่อนเรียน	1.690	.950	1.088					
[3] ด้านจิตวิทยาในการเข้าใจสังคมที่เปลี่ยนแปลง	หลังเรียน	3.890	.750	.075	.630	21.770	99	.000	แตกต่างกัน
	ก่อนเรียน	2.390	.839	.083					
[4] ด้านคะแนนรวมในการเข้าร่วมกิจกรรมฯ ที่พัฒนาใหม่	หลังเรียน	3.703	.512	.051	.704	34.458	99	.000	แตกต่างกัน
	ก่อนเรียน	2.113	.644	.064					

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนก่อนและหลังใช้งานสื่อความเป็นจริงเสมือนรูปแบบใหม่ ได้ค่าสถิติทดสอบที่ 34.458 ที่องศาอิสระ 99 และ $\text{Sig}=.000$ สรุปว่า หลังจากผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 1 ครั้ง ส่งผลให้มีคะแนนรวมในการแสดงออกถึงความตระหนักรู้หลังเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 9 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุภายหลังใช้งานสื่อความเป็นจริงเสมือนประเภท VR ที่พัฒนาใหม่

ปัจจัย	รายการประเมินความพึงพอใจ	Mean	SD	ระดับความพึงพอใจ
ปัจจัย 1	ปัจจัยด้านความรู้ที่ช่วยสร้างความตระหนักรู้	3.820	.864	พึงพอใจมาก
ปัจจัย 2	ปัจจัยด้านบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพ	4.139	.641	พึงพอใจมาก
ปัจจัย 3	ปัจจัยด้านความสะดวกในการใช้งาน	4.287	.554	พึงพอใจมาก
ปัจจัย 4	ปัจจัยด้านความหลากหลายเนื้อหา	4.086	.747	พึงพอใจมาก
ผลรวมทั้งหมด		4.083	.421	พึงพอใจมาก

สำหรับระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อการใช้งานสื่อความเป็นจริงเสมือนรูปแบบใหม่ที่ส่งเสริมความตระหนักรู้การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และสร้างความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า 1) ปัจจัยความสะดวกในการใช้งาน มีความพึงพอใจระดับมาก ($\text{Mean}=4.287$; $\text{SD}=.554$) 2) ปัจจัยด้านบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพ มีความพึงพอใจระดับมาก ($\text{Mean}=4.139$; $\text{SD}=.641$) 3) ปัจจัยด้านความหลากหลายเนื้อหา มีความพึงพอใจระดับมาก ($\text{Mean}=4.086$; $\text{SD}=.747$) 4) ปัจจัยด้านความรู้ที่ช่วยสร้าง

ความตระหนักรู้ มีความพึงพอใจระดับมาก (Mean=3.820; SD=.864) โดยผู้สูงอายุที่ร่วมใช้นั้นมีความพึงพอใจทั้ง 4 ปัจจัยในระดับมาก (Mean=4.083; SD=.421)

อภิปรายผล

การพัฒนาสื่อความเป็นจริงเสมือน เพื่อสร้างความตระหนักรู้ในการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (SMBG) และดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่พัฒนาใหม่สอดคล้องกับการเรียนรู้สำหรับวัยผู้ใหญ่แบบแอนดราโกจี (andragogy) ที่ผลการพัฒนาใหม่นั้น ผู้สูงอายุสามารถกำหนดช่วงเวลาในการเรียนรู้ของตนเองได้อย่างอิสระ โดยอาศัยแหล่งให้ความรู้จากระบบอินเทอร์เน็ตทั้งแบบออฟไลน์และแบบออนไลน์ ซึ่งช่วยสร้างความรู้ในการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นได้ ซึ่งถือเป็นการส่งเสริมประสบการณ์ที่เป็นความรู้ใหม่ให้เกิดขึ้นที่สอดคล้องตามประกาศกฎบัตรรอตตาวา ในประเด็นการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) ที่สื่อความเป็นจริงเสมือนรูปแบบใหม่จะให้ความรู้ด้านสุขภาพที่สามารถเรียนรู้วิธีการดูแลสุขภาพตนเองได้ พร้อมนำความรู้ที่ได้รับมาปรับปรุงวิถีชีวิตตนเอง เพื่อให้บรรลุการมีสุขภาพที่สมบูรณ์พร้อมด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม

ความตระหนักรู้ต่อสุขภาพนั้นจะส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการใส่ใจที่จะสังเกตสุขภาพตนเอง ซึ่งความตระหนักรู้สัมพันธ์กับการจัดรูปแบบการเรียนรู้ที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเห็นถึงความสำคัญที่จะส่งผลเชิงบวกต่อสุขภาพตนเอง โดยสอดคล้องกับแนวคิดของ เว่ยหลานซู และคณะ²⁶ ที่เสนอแนวคิด “การสร้างกิจกรรมใดให้แก่ผู้สูงอายุควรช่วยกระตุ้นให้มีกิจกรรมที่สร้างชีวิตชีวาในขณะร่วมกิจกรรม และผลลัพธ์ของกิจกรรมจะต้องช่วยส่งเสริมภาวะสุขภาพ และภาวะจิตใจที่ดี” โดยแนวคิดนี้สอดคล้องกับผลผลิตสื่อส่งเสริมสุขภาพรูปแบบใหม่ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยนี้ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความพึงพอใจกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ต ซึ่งมีความตื่นตัวในการร่วมกิจกรรม อีกทั้ง นอรา โคแวนส์ และคณะ²⁷ เห็นว่า “ความสำคัญของกิจกรรมการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตจะช่วยกระตุ้นสมอง และระบบประสาทในผู้สูงอายุที่ให้ผลเชิงบวกต่อร่างกาย” ซึ่งช่วยให้รู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง และเชื่อมโยงกับโลกรอบตัวตนเองได้

โดยประสิทธิภาพสื่อความเป็นจริงเสมือนที่พัฒนาใหม่ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ ซึ่งเกิดเป็นผลลัพธ์ที่เป็นความรู้ในการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และการดูแลสุขภาพหลังเข้าร่วมใช้งานสื่อรูปแบบใหม่มีค่าคะแนนความรู้ที่สูงกว่าก่อนเข้าร่วมใช้งานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ที่บังชี้ถึงประสิทธิภาพสื่อความเป็นจริงเสมือนประเภท VR ที่พัฒนาใหม่สามารถสร้างความรู้และความตระหนักรู้เรื่องสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด การบรรลุความเสมอภาคด้านสุขภาพในสังคมที่สาม ของ ลอรา เลออนดิงา คัมปาโนซซี่ และคณะ ที่มีแนวคิด ว่า “ในสังคมยุคใหม่อาศัยสื่อสารสนเทศที่มีเทคโนโลยีเป็นเครื่องมือที่สร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงความรู้ และส่งมอบบริการสุขภาพให้กับบุคคลในสังคมได้เท่าเทียมกัน”²⁸ โดยสื่อความเป็นจริงเสมือนรูปแบบใหม่นั้นช่วยสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้สูงอายุได้ด้วยการนำสื่อสารสนเทศมาถ่ายทอดข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพไปยังผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการส่งมอบบริการด้านสุขภาพที่เท่าเทียมกันให้แก่ทุกคน²⁹ และกระตุ้นให้เกิดการนำความรู้ที่ได้รับมาประมวลเป็น สติสัมปชัญญะที่เป็นความตระหนักรู้ในสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตามขอบเขตของ เทเลเฮลท์ (Telehealth) ที่เป็นรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพที่อาศัยเทคโนโลยีเป็นเครื่องมือช่วยสร้างเสริมสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพแก่บุคคลได้เท่าเทียมกัน โดยช่วยสร้างโอกาสและความเท่าเทียมให้เกิดขึ้นในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีจากการบูรณาการของบุคคล



หลายฝ่ายร่วมมือกัน ได้แก่ ผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่บริการด้านสุขภาพ ผู้กำหนดนโยบาย และผู้สร้างเทคโนโลยี เพื่อรองรับความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยนี้เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับผลวิจัยการพัฒนาสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ สำหรับโต้ตอบกับผู้สูงอายุ³⁰ นั้นปรากฏความสอดคล้องในด้านความสนใจต่อสื่อเสมือนจริงที่พัฒนาใหม่ โดยผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ด้วยเครื่องมือสื่อสารของตนเอง และใช้งานได้ตลอดเวลา ซึ่งสร้างให้เกิดความรู้สึก สะดวกสบายที่ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิตในผู้สูงอายุ ด้วยการอาศัยศักยภาพเทคโนโลยีเสมือนจริง แบบสามมิติเข้ามาช่วยให้ความรู้ในการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง เบื้องต้น โดยการวิจัยนี้ได้ประยุกต์การสร้างระบบให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่อาศัยสื่อความเป็นจริง เสมือนในการให้ความรู้การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถนำแนวทางการสร้างสรรค์ที่ได้จากการวิจัยไปใช้ออกแบบสื่อประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพอื่นๆ สำหรับผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

บุคลากรผู้ให้บริการด้านสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เผยแพร่ หรือเป็นแนวทางการพัฒนาสื่อ ส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจ และตระหนักรู้ถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยการ พัฒนาสื่อความเป็นจริงเสมือนที่นำมาใช้ในการประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพจะมีความเหมาะสมกับยุคสมัยที่ถือ เป็นการสร้างแนวทางการแก้ไขปัญหาก็อีกแนวทางหนึ่งในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในแต่ ละท้องถิ่น อันถือเป็นการแก้ไขปัญหาย่างยั่งยืนในอนาคต

References

1. Jariyachinda P, Titichoatrattana W. Caregiver for elderly in 4.0 era. Journal of MCU Humanities Review 2018;4(2);29–38. (in Thai)
2. Kongkanoi D, Wirunrat B, Trisirichot T. Appropriate elderly budget allocation guidelines in Thailand. Journal of Politics and Law Administration 2019;12(2);237–61. (in Thai)
3. National Statistical Office. Survey of the elderly population in Thailand 2024. Bangkok: Ministry of Digital Economy and Society; 2024. (in Thai)
4. Chunharasmi S. Annual report on the situation of the Thai elderly 2010. Bangkok: Thai Gerontology Research and Development Institute Foundation; 2012. (in Thai)
5. Mohamed Zein El-AbdeenMohamed D, Noshay Abd EL-Aziz Mohamed H, Hassan Abd Elhameed S. Effect of a home-based physical rehabilitation program via virtual reality on the functional outcomes of frail older adults: a quasi-experimental study. Sci Rep 2025; 15; 4180.
6. Blaschke L M. Heutagogy and lifelong learning: a review of heutagogical practice and self-determined learning. The International Review of Research in Open and Distributed Learning 2012;13(1);56–71.
7. Jeyalakshmi K, Rao M, Shashidhara YN, Sudhakar C, Devi ES. Determinants of medication non-adherence among the elderly with co-existing hypertension and type 2 diabetes mellitus in rural areas of Udupi District in Kamataka, India. Patient Preference and Adherence 2023;17; 1641–56.

8. Zhou J, Song D, Ma J, Chen Q, Zeng L. Research trends in the mental health and multimorbidity of older people from 2002 to 2022: A bibliometric analysis via Cite Space. *Frontiers in Psychiatry* 2023; 14; 1117554.
9. Oliveira D, Godoy C, Da Mata F AF, Evans-Lacko S, Ferri CP. Reducing dementia-related stigma and discrimination among community health workers in Brazil: protocol for a randomised controlled feasibility trial. *BMJ Open* 2022; 12(7); e060033.
10. Qin C, Yan W, Tao L, Liu M, Liu J. The association between risk perception and hesitancy toward the booster dose of COVID-19 vaccine among people aged 60 years and older in China. *Vaccines* 2022; 10(7); 1112.
11. Shrestha S, Tranvåg O. Dementia care in Nepalese old age homes: critical challenges as perceived by healthcare professionals. *International Journal of Older People Nursing* 2022; 17(4); e12449.
12. Tudpor K, Wongkongdech A, Wongkongdech R, Kamonroek N, Tumbull N. Geographic information system-based mobile application design for health care in older persons in rural community by village health volunteers. *Studies in Health Technology and Informatics* 2022; 289;426–9.
13. Weldesamuel GT, Alemayoh TT, Atalay HT, Zemichael TM. Modern health-seeking behaviour and associated factors among mothers having under 5-years old children in Shire town, Tigray, Ethiopia: a cross-sectional study 2018. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine* 2019;11(1); a1913.
14. Wiles J, Moeke-Maxwell T, Williams L, Trussardi G, Gott M. Caregivers for people at end of life in advanced age: knowing, doing and negotiating care. *Age and Ageing* 2018;47(6);887–95.
15. Holender A, Sutton S, De Simoni A. Opinions on the use of technology to improve tablet taking in >65-year-old patients on cardiovascular medications. *Journal of International Medical Research* 2018;46(7);2754–68.
16. Day CB, Bierhals CC BK, Santos NO, Dal Pizzol LF, Paskulin LMG. Nursing home care educational intervention for family caregivers of older adult's post stroke (SHARE): study protocol for a randomised trial. *Trials* 2018; 19(1); 962018.
17. Thomas M. Medical challenges at the end of the first ten decades of life. *Swiss Medical Weekly* 2017;147;w14461.
18. Stancic I, Petrovic M, Popovac A, Vasovic M, Despotovi N. Caregivers' attitudes, knowledge and practices of oral care at nursing homes in Serbia | Stavovi, znanje i praksa negovatelja u održavanju oralnog zdravlja korisnika domova za stara lica u Srbiji. *Vojnosanitetski Pregled* 2016;73(7);668–73.
19. Selan S, Siennicki-Lantz A, Berglund J, Fagerström C. Self-awareness of heart failure in the oldest old—an observational study of participants, a 80 years old, with an objectively verified heart failure. *BMC Geriatrics* 2016;16(1);23.
20. Blekken L E, Vinsnes A, Gjeilo K, Norton C, Nakrem S. Effect of a multifaceted educational program for care staff concerning fecal incontinence in nursing home patients: Study protocol of a cluster randomized controlled trial. *Trials* 2015;16(1);69.
21. Skevington S M. Is quality of life poorer for older adults with HIV/AIDS? International evidence using the WHOQOL-HIV. *AIDS Care – Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV* 2012;24(10);1219–25.
22. Van Der Weele GM, De Jong R, De Waal MWM, Gussekloo J, Van Der Mast R C. Response to an unsolicited intervention offer to persons aged 75 years after screening positive for depressive symptoms: a qualitative study. *International Psychogeriatrics* 2012;24(2);270–7.



23. Van der Weele GM, De Waal MWM, Van den Hout WB, Van der Mast RC, Gussekloo J. Effects of a stepped-care intervention programme among older subjects who screened positive for depressive symptoms in general practice: The PROMODE randomised controlled trial. *Age and Ageing* 2012;41(4);482–8.
24. Lv Z, Xia F, Wu G, Yao L, Chen Z. iCare: A mobile health monitoring system for the elderly. Proceedings – 2010 IEEE/ACM International Conference on Green Computing and Communications, Green Com 2010;699–705.
25. Loe M. Doing it my way: Old women, technology and wellbeing. *Sociology of Health and Illness* 2010;32(2);319–34.
26. Xu W, Li Q, Ma J, Wang J, Xu Q, Wu X, et al. Health emergency preparedness behavior and its influencing factors among elderly people in the community of Qiqihar. *Geriatric Nursing* 2025;61;203–9.
27. Kovacs N, Piko P, Juhasz A, Nagy C, Oroszi B, Ungvari Z, et al. Comparative analysis of health status and health service utilization patterns among rural and urban elderly populations in Hungary: study the challenges of unhealthy aging. *Gero Science* 2024;46;2017–31.
28. Campanozzi L L, Gibelli F, Bailo P, Nittari G, Sirignano A, Ricci G. The role of digital literacy in achieving health equity in the third millennium society: a literature review. *Front. Public Health* 2023;11;1109323.
29. Pomehr S, Dasht Bozorgi Z. Effectiveness of health-promoting lifestyle training on mental well-being, vitality, and quality of life of elderly with diabetes. *The Journal of General Psychology* 2023;151(1);21–33.
30. Jabjone S, Lowanichai S, Puttasimma T, Jongmuanwai B. Developing media of chatbot online learning for elderly. *Journal of Technology Management Rajabhat Maha Sarakham University* 2020;7(2);47–58.



ผลของโปรแกรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้กระบวนการละครสร้างสรรค์ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน Effects of First Aid Diabetes Mellitus Program using the Creative Drama Process for Village Health Volunteers

ฉันทวรรณ วิชัยพล¹, เสกสันต์ วิชัยพล², เพ็ญพักตร์ ไชยสงเมือง¹, ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์¹, ก้องกฤษฎากรณ์ ชนแดง¹
Chanthawan Vichaipon¹, Seksan Vichaipon², Penpuk Chaisongmuang¹, Nattanun Kumpiriyapong¹, Kongkrissadakorn Chondaeng¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อุบลราชธานี

²นักศึกษาลัทธิสุตรหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยวัฒนธรรม ศิลปกรรมและการออกแบบ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹Faculty of Nursing, Ubonratchathani University

²PhD student of Doctor of Philosophy (Culture, Fine Arts and Design Research), Khon Kaen University

Corresponding Author: Chanthawan Vichaipon; Email: benjamaporn.w@ubu.ac.th

Received: April 27, 2024 Revised: July 16, 2025 Accepted: July 30, 2025

บทคัดย่อ

ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีผลโดยตรงต่อการสนับสนุนการดูแลสุขภาพของประชาชนการวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการละครสร้างสรรค์ต่อความรู้ทักษะ และความมั่นใจในตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 42 ราย คัดเลือกแบบสุ่มอย่างง่าย กลุ่มทดลองจำนวน 21 คน ได้รับโปรแกรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการละครสร้างสรรค์ ครั้งละ 3 ชั่วโมง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การเตรียมพร้อมกายใจ การสร้างแรงจูงใจ การเตรียมทักษะละครและกิจกรรมละคร และการประเมินผล สำหรับเนื้อหาประกอบด้วย การปฐมพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ซึม ชัก ช็อค และหมดสติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งมีจำนวน 21 คน ได้รับการพัฒนาทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวานตามปกติ มาตรฐานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เก็บข้อมูลวิจัยโดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบบประเมินทักษะ และแบบประเมินความมั่นใจในตนเองที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79, .77 และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ paired t-test และ independent t-test ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในตนเองในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น โปรแกรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการละครสร้างสรรค์ สามารถพัฒนาความรู้ ทักษะ และความมั่นใจให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันก่อนที่จะส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานบริการต่อไป

คำสำคัญ: การปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวาน; ละครสร้างสรรค์; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



Effects of First Aid Diabetes Mellitus Program using the Creative Drama Process for Village Health Volunteers

Chanthawan Vichaipon¹, Seksan Vichaipon², Penpuk Chaisongmuang¹, Nattanun Kumpiriyapong¹, Kongkrissadakorn Chondaeng¹

¹Faculty of Nursing, Ubonratchathani University, Ubonratchathani

²PhD student of Doctor of Philosophy (Culture, Fine Arts and Design Research) Khon Kaen University

Corresponding Author: Chanthawan Vichaipon; Email: benjamaporn.w@ubu.ac.th

Received: April 27, 2024 Revised: July 16, 2025 Accepted: July 30, 2025

Abstract

The potential of village health volunteers has a direct impact on supporting public health care. This quasi-experimental research aimed to examine the effects of the first aid diabetes mellitus program using the creative drama process on knowledge, skills, and self-confidence in village health volunteers. The sample consisted of 42 village health volunteers who were selected by simple random sampling technique. The experimental group (n=21) received the first aid program for diabetic patients using the creative drama process for 5 weeks, which consisted of 4 steps: physical and mental preparation, motivation, preparation of drama skills and drama activities, and evaluation. The contents of this program included first aid training for looking after diabetic patients suffering with hypo-hyperglycemia, drowsiness, seizures, shock, and unconsciousness. The comparison group (n= 21) received a first aid diabetes mellitus program according to the standards of the sub-district health promoting hospital. The research instruments included the knowledge-related first aid for patients with diabetes mellitus questionnaire, skill assessment scale, and self-confidence appraisal scale. Their content validities were checked, and the reliability coefficients were found to be .79, .77, and .95, respectively. Data were analyzed using paired t-tests and independent t-tests. The results demonstrated that the mean scores of knowledge related to first aid for patients with diabetes mellitus, skills, and self-confidence in the experimental group were higher than before providing the program and were significantly higher than the comparison group. Therefore, the first aid program for diabetic patients using the creative drama process can be able to increase knowledge, skills, and self-confidence in village health volunteers to provide first aid for diabetic patients with emergency complications before transferring them to the medical facility.

Keywords: creative drama; first aid diabetes mellitus program; village health volunteer

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก และในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานในช่วงอายุ 20-79 ปีจำนวน 537 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตมากถึง 6.7 ล้านคน อาจกล่าวได้ว่าเราจะพบผู้ป่วยเบาหวาน 1 คนในทุก 10 คนและในทุก 5 วินาทีจะมีผู้เสียชีวิต 1 คน¹ จากจำนวนการเสียชีวิตสะท้อนให้เห็นความรุนแรงของโรคเบาหวาน ดังนั้น สิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในภาวะปกติ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง² สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยได้กำหนดหลักการวินิจฉัยผู้ป่วยเบาหวานที่ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ คือ มีระดับกลูโคสในเลือดน้อยกว่า 70 มก./ดล และมีอาการ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันเลือด(ตัวบน)สูง มือสั่น กังวล กระสับกระส่าย คลื่นไส้ รู้สึกร้อน เหงื่อออก ชาและรู้สึกหิว รวมไปถึงอาการสมองขาดกลูโคส อ่อนเพลีย อ่อนงอเมื่อยตัว ผิวหนังเย็นและชื้น มึนงง สับสน ไม่มีสมาธิ ตาพร่ามัว พูดซ้ำ ซ้ำ เป็นอัมพาตครึ่งซีก อาจชักและหมดสติได้ สำหรับภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง คือ มีระดับกลูโคสในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 250 มก./ดล มีอาการอ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อย น้ำหนักลด กระหายน้ำ หรือมีภาวะมีเลือดเป็นกรดเรียกว่า Diabetic ketoacidosis (DKA) ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ลมหายใจมีกลิ่นคาว หายใจหอบลึก ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นเร็ว และอาจจะรุนแรงมาถึงภาวะ hyperglycemic hyperosmolar state (HHS) อาจจะมีการสูญเสียเกลือแร่สูงมากจนทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง ช็อกและหมดสติได้ในที่สุด ดังนั้นภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และระดับน้ำตาลในเลือดสูงถือเป็นภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันของโรคเบาหวานที่จะต้องได้รับการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องและทันเวลาที่ลดความสูญเสีย ทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ลดความพิการ ภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาอีกมากมาย²⁻³

จากข้อมูลสถิติกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2565 พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 3,258,425 คน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี 990,871 คน (ร้อยละ 30.41) นั่นหมายถึงมีผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สูงมากถึง 2,267,554 คน (ร้อยละ 69.59) และนอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดต่ำและสูงในภาวะวิกฤตฉุกเฉินในโรงพยาบาลจำนวน 70,534 คน (ร้อยละ 2.22) ของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย จังหวัดอุบลราชธานีมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 109,931 คน พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สูงถึง 72,580 คน (ร้อยละ 66.02) และผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดต่ำและสูงที่อยู่ในภาวะวิกฤตฉุกเฉินในโรงพยาบาลจำนวน 3,971 คน สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำขวาง และตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดอุบลราชธานีมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 1,025 คนและ 508 คน ตามลำดับ พบว่าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จำนวน 660 คน (ร้อยละ 64.39) และ 357 คน (ร้อยละ 70.27) ผู้ป่วยเบาหวานภาวะน้ำตาลเลือดต่ำและสูงในภาวะวิกฤตฉุกเฉินจะต้องเข้ารับการในโรงพยาบาลจำนวน 36 คนและ 13 คนตามลำดับ⁴ จากสถิติดังกล่าว ผู้ที่อยู่ใกล้ชีวิตจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจและทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยให้ถูกต้อง รวดเร็วเพื่อลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจนเข้าสู่ภาวะวิกฤตฉุกเฉินจนมีอาการ ชัก ช็อค หมดสติจนทำให้เสียชีวิตได้

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทหลักในงานสาธารณสุขมูลฐานตามข้อกำหนดของกระทรวงสาธารณสุข กระจายตัวอยู่ทั่วพื้นที่ของชุมชน มีความใกล้ชิด รู้จักผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุด



จากการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการเจ็บป่วย รวมทั้งเจาะเลือดฝอยปลายนิ้วตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และนอกจากนี้จะต้องมีความสามารถในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อและการติดตามดูแลผู้ป่วยจากในชุมชนไปยังสถานบริการสุขภาพตามบทบาทที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดอีกด้วย⁵ โดย อสม. ที่ผ่านการอบรม หลักสูตรการเจาะเลือดฝอยจากปลายนิ้วเพื่อคัดกรองโรคเบาหวาน จะได้เรียนรู้เทคนิคการเจาะเลือดฝอยปลายนิ้ว การเก็บและการดูแลรักษาเครื่องตรวจการอ่านผลค่าระดับน้ำตาล และได้ฟังบรรยายเรื่องระดับน้ำตาลในเลือดการแปลผลและการรายงานผลเมื่อพบค่าระดับน้ำตาลที่อาจเกิดอันตรายจำนวน 1 ชั่วโมง คือระดับน้ำตาลน้อยกว่า 70 มล./ดล. และมากกว่า 200 มล./ดล. ต้องแนะนำให้ไปพบแพทย์โดยด่วน⁵ ดังนั้นการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการประเมินอาการและอาการแสดง (signs and symptoms) การซักประวัติการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยควบคู่ไปกับการแปลผลระดับน้ำตาล จึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ อสม. ลดความกังวล เสริมสร้างความมั่นใจ ในการให้ช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำและถูกต้อง

รูปแบบการแสดงละครหรือนาฏการเป็นรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่มีผลการศึกษาว่าได้ผลดีที่สุดถึงร้อยละ 90 ซึ่งมากกว่าการเรียนรู้ด้วยวิธีการฟังบรรยายที่พัฒนาผู้เรียนได้เพียงร้อยละ 5 ตามแนวคิดทฤษฎีประสบการณ์ของ เอ็ดการ์ เดล⁶ ดังนั้น รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการละครสร้างสรรค์ (creative drama) เป็นละครเพื่อการศึกษา ไม่เน้นการซักซ้อมไม่มีลักษณะหรือรูปแบบเฉพาะ ไม่เน้นฉาก ไม่ได้ใช้งบประมาณจำนวนมาก และไม่มีผู้ชมอย่างเป็นทางการเหมือนละครเวที หากแต่เป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้ที่สามารถพัฒนาผู้เรียนได้ทุกเพศทุกวัยในหลากหลายมิติ⁷ และถือว่าเป็นรูปแบบการศึกษาที่พัฒนาผู้เรียนได้อย่างดีที่สุดทั้งด้านพุทธิพิสัย ทักษะพิสัย และจิตตพิสัย⁸ สามารถส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้เรียนได้ใช้ความคิดและความสามารถของตนเอง เช่น การเล่นบทบาทสมมติที่ต่อยอดเรื่องราวจากประสบการณ์ไปสู่การเรียนรู้ใหม่ ผู้นำกิจกรรมที่เป็นผู้ให้คำแนะนำหรือผู้กระตุ้น องค์กรความรู้ในเนื้อหาสาระ ที่ถูกต้องให้กับผู้เรียนหรือผู้ร่วมกิจกรรม โดยมีหลักการจัดการกระบวนการเรียนรู้ 4 ขั้นตอนดังนี้ 1) การเตรียมความพร้อมของร่างกายและจิตใจของให้พร้อมเรียนรู้ เช่น การเคลื่อนไหว การเล่นเกม กิจกรรมนันทนาการ 2) การจูงใจเพื่อเพิ่มพูนความสนใจด้วยการใช้คำถามจูงใจความรู้ ด้วยเกม เรื่องเล่าที่จะสะท้อนให้เห็นถึงองค์ความรู้และประสบการณ์ของผู้ร่วมกิจกรรม 3) การเตรียมทักษะละคร โดยให้ผู้เรียนร่วมกันสร้างเรื่องราวจากประสบการณ์ความรู้ และเรื่องเล่าภายใต้เป้าหมายการเรียนรู้ รับผิดชอบและเป็นตัวละครในเรื่องเล่าด้วยความเข้าใจไม่ใช้การท่องบทละคร เหมือนการนำความรู้ไปสู่การลงมือปฏิบัติด้วยความเข้าใจ และกิจกรรมละคร ผู้เรียนจะได้แสดงบทบาทสมมติ ใช้ความรู้และทักษะของตนเองแก้ไขสถานการณ์จากเรื่องเล่า ไปสู่การแสดงแบบต้นสด 4) กิจกรรมประเมินผล เป็นการร่วมกันอภิปรายการแสดงของตัวละคร เพื่อให้ได้ความรู้และทักษะที่ถูกต้องภายใต้วัตถุประสงค์การเรียนรู้ รวมทั้งชื่นชมความสามารถและให้ข้อเสนอแนะผ่านตัวละครเพื่อเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้เรียน⁸

ปัจจุบันมีการประยุกต์ใช้กระบวนการละครสร้างสรรค์ในการจัดการเรียนการสอนในหลายบริบท โดยเฉพาะการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ละครสร้างสรรค์สำหรับนักศึกษาพยาบาล พบว่าประสิทธิภาพในการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น เพราะผู้เรียนได้สมมติบทบาทการเป็นผู้ป่วย ญาติ ทำให้เกิดความเข้าใจในการดูแล ยืดหยุ่นและสามารถปรับการดูแลให้แตกต่างกันไปตามสถานการณ์ และช่วยส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์⁹ และยังพบว่ากระบวนการละครสร้างสรรค์สามารถฝึกทักษะการสื่อสารโต้ตอบในการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากเป็นการจัดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ นำทฤษฎีไปสู่การลงปฏิบัติในสถานการณ์สมมติที่เสมือนจริง¹⁰ ดังนั้นผู้วิจัยจึงกระบวนการละครสร้างสรรค์ในการจัดการเรียนรู้ให้กับ

อสม. ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวาน การนำความรู้สู่การปฏิบัติด้วยความเข้าใจผ่านการแสดงบทบาทสมมติ เป็นการฝึกปฏิบัติเสมือนจริงมากที่สุดเพื่อเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และความมั่นใจให้กับ อสม. ในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ให้ปลอดภัย เพื่อลดความรุนแรง การสูญเสียทั้งชีวิต และทรัพย์สินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

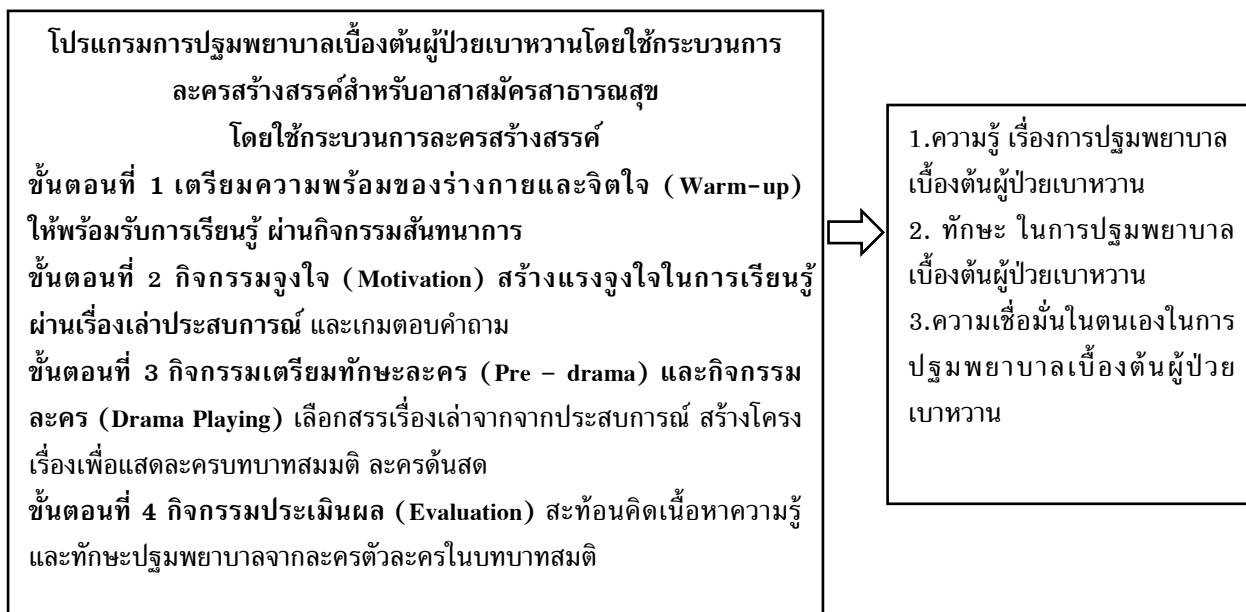
1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการละครสร้างสรรค์ ภายในกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน หลังการได้รับโปรแกรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการละครสร้างสรรค์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลอง ภายหลังจากเข้ารับโปรแกรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการละครสร้างสรรค์ มีคะแนนความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในตนเองสูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรม
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลอง ภายหลังจากเข้ารับโปรแกรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการละครสร้างสรรค์ มีคะแนนความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีประสบการณ์ของเอ็ดการ์ เดล⁶ ทบทวนวรรณกรรม การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะชัก ช็อค หมดสติ ร่วมกับบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากระเบียบกระทรวงสาธารณสุข เพื่อกำหนดขอบเขตเนื้อหาในการเรียนรู้ ผ่านรูปแบบกระบวนการจัดการเรียนรู้แบบละครสร้างสรรค์ (creative drama)⁸ 4 ขั้นตอน ในการออกแบบโปรแกรมฯ ซึ่งสามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีการดำเนินงานวิจัย

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จำนวน 22 แห่ง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เลือกแบบสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จำนวน 2 แห่ง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่เป็นกลุ่มทดลอง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำขวางเป็นพื้นที่กลุ่มเปรียบเทียบ โดยทั้ง 2 พื้นที่มีการบริหารจัดการในรูปแบบเดียวกัน ภายใต้สำนักงานสาธารณสุขอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

กำหนดการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ Power Analysis¹¹ โดยการนำค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความแตกต่างของประชากรทั้ง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน มาคำนวณหาค่า Effect size จาก Power of Test จากการทบทวนวรรณกรรมที่วัดตัวแปรคล้ายคลึงกับการศึกษานี้ในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ชูชาติ ผั่นเต็มและคณะ¹² โดยใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.4 กำหนด Effect Size = .80 , α = .05 , Power $(1 - \beta \text{ err prob}) = .8$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน แต่ละกลุ่มใช้การสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนตัวแทนในแต่ละหมู่บ้าน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 1) มีประสบการณ์ทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 2) ผ่านการอบรมหลักสูตรการเจาะเลือดฝอยปลายนิ้วอย่างน้อย 1 เดือน และเกณฑ์การคัดออกคือเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80 ตลอดโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะ และแบบสอบถามความมั่นใจในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยเบาหวาน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์การทำงาน และจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในความดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน² เป็นแบบเลือกตอบจำนวน 30 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน² และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สถานพยาบาล⁵ โดยใช้แบบประเมินแบบรูบริคส์ (rubric score) 3 ระดับ โดยเป็นสถานการณ์จำลองคู่ขนานในการประเมินทักษะก่อนและหลังการทดลอง จำนวน 14 ข้อดังนี้

คะแนน 2 คะแนน หมายถึง ทำได้ถูกต้อง

คะแนน 1 คะแนน หมายถึง ทำได้ถูกต้องบางส่วน

คะแนน 0 คะแนน หมายถึง ทำได้ไม่ถูกต้อง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความมั่นใจในการปฐมพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน² และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน⁵ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 19 ข้อดังนี้

คะแนน 5 คะแนน หมายถึง มั่นใจมากที่สุด

คะแนน 4 คะแนน หมายถึง มั่นใจมาก

คะแนน 3 คะแนน หมายถึง มั่นใจ

คะแนน 2 คะแนน หมายถึง ไม่ค่อยมั่นใจ

คะแนน 1 คะแนน หมายถึง ไม่มั่นใจเลย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการละครสร้างสรรค์ ประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง โดยในแต่ละสัปดาห์จะดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนกระบวนการละครสร้างสรรค์ 4 ขั้นตอน รายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมความพร้อมของร่างกายและจิตใจ (warm-up) เวลา 15 นาที เพื่อเตรียมความพร้อมของร่างกายและจิตใจให้พร้อมรับการเรียนรู้ ผ่านกิจกรรมสนทนาการ

ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมจูงใจ (motivation) เวลา 30 นาที กลุ่มย่อยแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เรื่องเล่า แข่งขันเล่นเกมตอบคำถามเพื่อสร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้ เป็นการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับค่าระดับน้ำตาลในเลือดและการแปลผล อาการและอาการแสดง หลักการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การให้คำแนะนำและเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ สูง และภาวะวิกฤต ในแต่ละสัปดาห์ที่แตกต่างกันดังนี้



สัปดาห์ที่ 1 การปฐมพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานน้ำตาลในเลือดต่ำ

สัปดาห์ที่ 2 การปฐมพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานน้ำตาลในเลือดสูง

สัปดาห์ที่ 3 การปฐมพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานในระยะวิกฤต ชัก ช็อค หหมดสติ

สัปดาห์ที่ 4 ทบทวนการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยเบาหวานอาการรุนแรงน้อยและปานกลาง

สัปดาห์ที่ 5 ทบทวนการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยเบาหวานในภาวะวิกฤต

ขั้นตอนที่ 3 กิจกรรมเตรียมทักษะละคร (pre – drama) และกิจกรรมละคร (drama playing)

45 นาที ให้กลุ่มย่อยเลือกสรรเรื่องเล่ามาสร้างโครงเรื่องเพื่อแสดงละครบทบาทสมมติโดยเพิ่มเติมข้อมูลจากองค์ความรู้ที่ถูกต้องจากการตอบคำถาม และอภิปรายเนื้อหาในขั้นตอน motivation ซึ่งแต่ละกลุ่มจะมีสาเหตุอาการที่แตกต่างกันตามพื้นฐานประสบการณ์ โดยสมาชิกในกลุ่มจะต้องสวมบทบาทพื้นฐาน ดังนี้ 1) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ สูง ภาวะวิกฤตแตกต่างกันไปแต่ละสัปดาห์ 2) อสม. พบผู้ป่วยเบาหวานน้ำตาลในเลือดต่ำ สูง และภาวะวิกฤต เจาะเลือดปลายนิ้ว อ่านค่าและแปลผลระดับน้ำตาลในเลือด การสอบถามประวัติผู้ป่วยและญาติเพื่อเพื่อค้นหาสาเหตุ ดำเนินให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ตอบคำถามผู้ป่วยและญาติ และรายงานผลการให้การช่วยเหลือแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3) ญาติ เป็นผู้ที่ยกย่องช่วยเหลือผู้ป่วยให้ข้อมูลการเจ็บป่วยแก่ อสม. และช่วยหาลูกอม น้ำตาล น้ำหวาน น้ำเปล่า อุปกรณ์ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่มีในบ้านตามที่ อสม. ร้องขอความช่วยเหลือ เป็นต้น 4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้รับรายงานข้อมูลจาก อสม. คอยแนะนำและช่วยตรวจสอบความถูกต้องในการปฐมพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน และนอกจากนี้ตัวละครอื่นตามสถานการณ์เรื่องเล่าในชุมชน เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมวงนั่งดื่มเหล้า เป็นต้น

2 สัปดาห์สุดท้ายของการทบทวนจะเป็นการแสดงละครต้นสดที่ผู้ชมมีส่วนร่วม โดยจะให้กลุ่มที่แสดงบทบาทสมมติ สุ่มขอความช่วยเหลือจากสมาชิกกลุ่มอื่นเพื่อให้การปฐมพยาบาล โดยกำหนดโจทย์ให้อาการผู้ป่วยเบาหวานน้ำตาลในเลือดต่ำและสูงเปลี่ยนแปลงไปจนถึงภาวะวิกฤตสิ้นสุดที่การนำส่งสถานบริการ และการรายงานเรื่องราวที่เกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ขั้นตอนที่ 4 กิจกรรมประเมินผล (Evaluation) 30 นาที ชื่นชมผู้เรียนที่มีส่วนร่วมเรียนรู้ สรุปความรู้ ทักษะ สะท้อนคิดจากตัวละครละครแสดงบทบาทสมมติ ตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในแต่ละสัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. คุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องโรคเบาหวาน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ 1 ท่าน แต่ละข้อคำถาม มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence) ระหว่าง .67 – 1 ดำเนินการปรับแก้ไขแบบสอบถาม และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น ได้ดังนี้ 1) แบบทดสอบความรู้วิเคราะห์ความเชื่อมั่นคุณเดอริชราดส์สัน (Kuder–Richardson, KR–20) ได้เท่ากับ .79 2) แบบประเมินทักษะวิเคราะห์ความเชื่อมั่นในการหาความเชื่อมั่นของแบบสังเกต (inter–rater reliability or inter–observer reliability) จากผู้วิจัย 2 คนประเมินผู้รับการทดสอบจำนวน 5 คนได้เท่ากับ 0.77 3) แบบสอบถามความมั่นใจในตนเองในการประเมินและปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวานวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบาช (Cronbach’s Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .95

2.คุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้กระบวนการละครสร้างสรรค์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ 1) แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 ท่าน 2) อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องโรคเบาหวาน 2 ท่าน 4) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ 1 ท่าน 5) อาจารย์สาขาการละครที่มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กระบวนการละครสร้างสรรค์ 1 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 1

การดำเนินการวิจัย

1. ขั้นตอนเตรียมการ ภายหลังจากการผ่านการพิจารณาการคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์มหาลัยอุบลราชธานี (โครงการวิจัยเลขที่ UBU-REC-144/2565 ลงวันที่ 23 พฤศจิกายน 2565 – 22 พฤศจิกายน 2566) ผู้วิจัยจึงทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล

2. ขั้นตอนดำเนินการวิจัย โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือแล้วลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยยึดหลักการตามจริยธรรมวิจัยในมนุษย์กับกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการกลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลองรายละเอียดดังนี้

2.1 กลุ่มเปรียบเทียบ ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 โดยให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรู้ ความมั่นใจ และประเมินทักษะในการปฐมพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน หลังจากนั้นได้รับการพัฒนาการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวานตามปกติมาตรฐานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 9

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 โดยใช้ดำเนินการตามโปรแกรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้กระบวนการละครสร้างสรรค์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข 5 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมงในสัปดาห์ที่ 2,3,4,5 และ 6 เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 9

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล นำข้อมูลไปวิเคราะห์ และสรุปผลการวิจัย โดยข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และข้อมูลจะถูกทำลายทิ้งภายหลังการตีพิมพ์เผยแพร่ งานวิจัยเรียบร้อยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลของความรู้ ทักษะ และความมั่นใจ ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และด้วย Kolmogorov-Smirnovtest และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะและความมั่นใจในตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test และใช้สถิติ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05



ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเท่ากัน (ร้อยละ 95.42) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุอยู่ในช่วง 41–50 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 52.38 และร้อยละ 47.62 ตามลำดับ) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 47.00 ปี กลุ่มเปรียบเทียบที่มีอายุเฉลี่ย 46.38 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด (ร้อยละ 57.14 และร้อยละ 42.86 ตามลำดับ) กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด (ร้อยละ 80.95 และ 76.19 ตามลำดับ) กลุ่มทดลองมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฉลี่ย 11.71 ปี กลุ่มเปรียบเทียบที่มีอายุงานเฉลี่ย 10.00 ปี จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในความดูแลของกลุ่มทดลองเฉลี่ย 3.14 คน กลุ่มเปรียบเทียบที่มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในความดูแลเฉลี่ย 3.38 คนเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในด้านข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ไม่แตกต่างกัน ($t=.81, p=.42$; $t=.50, p=.63$; $t=.46, p=.64$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง ($n = 21$) และ กลุ่มเปรียบเทียบ ($n = 21$)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t-test	df	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
1. ความรู้เรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวาน	14.33	1.62	14.80	2.11	.81	40	.418
2. ทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวาน	15.71	5.78	14.80	5.94	.50	40	.626
3. ความมั่นใจในตนเองในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวาน	58.90	10.73	60.42	10.62	.46	40	.640

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะและความมั่นใจในตนเองในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า ภายหลังการเข้ารับโปรแกรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการละครสร้างสรรค์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=18.85, p<.001$; $t=5.11, p<.001$; $t=6.17, p<.001$) ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง (n=21)

ตัวแปรที่ศึกษา	Mean	SD	t-test	p-value
ความรู้เรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้น				
ก่อนการทดลอง	14.33	.35	18.85	<.001
หลังการทดลอง	25.71	.55		
ทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้น				
ก่อนการทดลอง	15.71	1.26	5.11	<.001
หลังการทดลอง	26.90	1.15		
ความมั่นใจในตนเองในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น				
ก่อนการทดลอง	58.90	2.34	6.17	<.001
หลังการทดลอง	73.19	1.48		

4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภายหลังการใช้โปรแกรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการละครสร้างสรรค์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=10.64$, $p<.001$; $t=6.82$, $p<.001$; $t=3.86$, $p<.001$) ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 21) และกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 21)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t-test	df	p-value	MD	95%CI of Difference
	Mean	SD	Mean	SD					
1. ความรู้เรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวาน	25.71	2.53	16.85	2.85	10.64	40	<.001	8.85	7.17 – 10.53
2. ทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวาน	26.90	5.28	15.57	5.47	6.82	40	<.001	11.33	7.97 – 14.68
3. ความมั่นใจในตนเองในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวาน	73.19	6.78	63.33	9.50	3.86	40	<.001	9.85	4.70 – 15.00



อภิปรายผล

ภายหลังการใช้โปรแกรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการละครสร้างสรรค์ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่ากลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในตนเองในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กระบวนการละครสร้างสรรค์ในงานนี้ที่สร้างขึ้นทุกขั้นตอนของกระบวนการเป็นการส่งเสริมให้อสม. มีความรู้ความเข้าใจในการปฐมพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เริ่มต้นที่การเตรียมความพร้อมร่างกายและจิตใจให้ตื่นตัวพร้อมรับความรู้ การแลกเปลี่ยนองค์ความรู้จากประสบการณ์เดิม การตอบคำถามและการร่วมกันอภิปรายความรู้ความเข้าใจให้เข้าใจให้ถูกต้อง ไปสู่การนำประสบการณ์และความรู้ที่ได้รับพัฒนา เป็นเรื่องราวบทละคร และสุดท้ายในกิจกรรมการประเมินผลจากการอภิปรายความรู้ ผ่านบทบาทตัวละครที่ได้แสดงและได้รับชม สอดคล้องกับ แนวคิดการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กระบวนการละครสร้างสรรค์ที่สามารถพัฒนาผู้เรียนด้านพุทธิพิสัย คือ ความรู้ ความคิด สติปัญญา⁸ และสอดคล้องการเรียนรู้โดยใช้รูปแบบการแสดงละครสามารถพัฒนาความจดจำของผู้เรียนได้สูงสุดถึง 90%⁶ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิชา อุทัยวัฒนาและคณะ¹³ ที่พบว่า การใช้กิจกรรมละครสร้างสรรค์สามารถพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางความเข้าใจหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาได้ และพบว่าโปรแกรมฯ ช่วยเพิ่มทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวานให้กับ อสม. ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้เรียนได้สวมบทบาทสมมติ แสดงละครในพื้นที่ปลอดภัยทุกคนได้รับบทบาทสมมติ ไม่มีการตัดสิน พื้นที่การแสดงละครไม่มีผู้ชมอย่างเป็นทางการทุกคนต่างเป็นผู้ร่วมเรียนรู้ร่วมกัน ส่งผลให้อสม. กล้าแสดงออกได้ฝึกทักษะของตนเองอย่างมั่นใจได้เต็มที่ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้เรียนรู้สึกมั่นใจในการลงมือปฏิบัติการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเสมือนการได้ลงมือปฏิบัติในสถานการณ์เสมือนจริง ไปสู่การแสดงละครต้นสดในการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าอีกด้วยซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของละครสร้างสรรค์ที่สามารถพัฒนาผู้เรียนด้านทักษะพิสัย⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของโกมล ศรีทองสุขและคณะ พบว่า ละครสร้างสรรค์สามารถพัฒนาทักษะการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันของเด็กวัยก่อนเรียน¹⁴ และการศึกษาของลิขิต ใจดีและคณะ⁷ ที่พบว่าละครสร้างสรรค์ยังสามารถส่งเสริมทักษะการจัดการความขัดแย้งของเยาวชนในสถานพินิจคุ้มครองเด็ก และเยาวชนได้อีกด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าโปรแกรมฯ ได้ส่งเสริมให้อสม. มีความมั่นใจในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวานฯ เพิ่มมากขึ้นสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อ อสม. มีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น มีทักษะปฏิบัติที่ดีขึ้น อาจส่งผลให้มีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งในขั้นตอนกิจกรรมการประเมินผล มีการชื่นชมบทบาทตัวละครรวมทั้งร่วมกันอภิปรายความรู้และทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเพื่อความถูกต้อง ส่งเสริมความภูมิใจและสร้างความมั่นใจให้กับ อสม. เป็นไปตามแนวคิดของกระบวนการละครสร้างสรรค์ ที่สามารถพัฒนาผู้เรียนด้านจิตพิสัยได้ และผลการวิจัยของ Asimidou A. et al.¹⁵ พบว่า ละครมีผลทำให้วัยรุ่นมีความมั่นใจในตนเองเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ใช้กระบวนการละครส่งเสริมการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษามีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้นและมีความตระหนักในความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น⁹

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้กระบวนการละครสร้างสรรค์ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วยให้ อสม. มีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจเพิ่มมากขึ้น เป็นไปตามเป้าหมายของรูปแบบกระบวนการละครสร้างสรรค์ (creative drama) ซึ่งเป็นละครเพื่อการศึกษา ที่เป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้ที่สามารถพัฒนาผู้เรียนได้ทุกเพศทุกวัยใน

หลากหลายมิติ⁷ และถือว่าเป็นรูปแบบการศึกษาที่พัฒนาผู้เรียนได้ดีที่สุดทั้งด้านพุทธิพิสัย ทักษะพิสัย และจิตตพิสัย⁸ เป็นกระบวนการเรียนรู้ในบรรยากาศที่เสริมสร้างความมั่นใจ อบอุ่น และปลอดภัย เพื่อนำความรู้ที่ได้สู่การฝึกทักษะปฏิบัติ จนส่งผลให้เกิดความมั่นใจในตัวเองให้กับ อสม. เพื่อปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ปลอดภัย

ข้อจำกัดในการวิจัย

อสม. ที่เข้ารับโปรแกรมฯ จะต้องมีความสามารถในการเจาะเลือดฝอยปลายนิ้วตรวจระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างถูกต้องและผ่านการอบรม หลักสูตรการเจาะเลือดฝอยจากปลายนิ้วเพื่อคัดกรองโรคเบาหวาน รวมถึงยังไม่ได้ทำการศึกษาถึงผลระยะยาว ความคงทนของความรู้ ทักษะและความมั่นใจการปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้กระบวนการละครสร้างสรรค์ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วยให้ อสม. มีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจเพิ่มมากขึ้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถนำโปรแกรมฯ ไปพัฒนา อสม. เพื่อเป็นการพัฒนาระบบงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในงานสาธารณสุขมูลฐาน และการนำใช้โปรแกรมฯ เป็นเครื่องมือการพัฒนาฝีมือและแนวปฏิบัติการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนสำหรับ อสม. หรือการพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อส่งเสริมการทำงานของ อสม. ให้ง่ายมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาติดตามประสิทธิภาพผลของโปรแกรมฯ ในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี และมีการใช้แบบประเมินความรู้คู่ขนานเพื่อลดอคติที่เกิดจากการทดสอบซ้ำด้วยเครื่องมือเดิม

3. ควรมีการศึกษาการประยุกต์ใช้กระบวนการละครสร้างสรรค์สำหรับ อสม. ในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยอื่น เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุที่พบบ่อยในชุมชน หรือ การประยุกต์ใช้กระบวนการละครให้กับกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนร่วม ให้การเกื้อหนุนการดำเนินการวิจัยฉบับนี้ และขอขอบคุณมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีที่สนับสนุนทุกวิจัยในครั้งนี้

References

1. International Diabetes Federation. Diabetes around the world in 2021. [Internet]. [cited 2022 Jun 6]. Available from: <https://www.diabetesatlas.org>
2. Thai association of diabetes. Clinical practice guideline for diabetes 2023 . [Internet]. [cited 2023 Oct 6]. Available from: <https://www.dmtai.org/new/index.php>



3. American Diabetes Association. diabetes complications. [Internet]. [cited 2022 Jun 6]. Available from:
<https://www.diabetes.org>.
4. information and communication technology ministry of public health. Health Data Center. [Internet]. [cited 2022 Jun 6]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
5. Primary Health Care Division. Standard training course for village health volunteers on capillary blood collection from fingertips to screen for diabetes. Using a portable blood sugar tester and a manual for using a portable blood sugar tester for village health volunteers to screen for diabetes. [cited 2022 Jun 6]. Available from:
http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/ifm_mod/nw/file001.pdf
6. Dale, E. Audio – Visual Methods in Teaching. 3rd ed. New York : Holt, Rinehart and Winston ;1969.
7. Jaidee L., Tongnue-on w. creative drama research in thailand: towards a model for developing youth conflict management skills at juvenile observation and protection centers. Journal of Fine Arts Research and Applied Arts. 2023;10(1):234–53.
8. Yaemsunthorn R. Creative drama for developing soft skills. The Journal of Research and Academics. 2021;4(4):305–18.
9. Arvekle SH, Wigert H, Berg L, Burton B, Lepp M. The use and application of drama in nursing education — An integrative review of the literature. NURSE Education Today. 2015;35(7):e12–e7.
10. Arvekle SH, Berg L, Wigert H, Morrison-Helme M, Lepp M. learning about conflict and conflict management through drama in nursing education. J Nurs Educ. 2018;57(4):209–16.
11. Polit D, Hungler, B. Nursing research: principle and method, 6th ed.; Philadelphia: Lippincott Company, 1999.
12. Phantem C, Onmoy P. The effectiveness of the program of self –efficacy enhancement of health volunteers promoting the health behavior of hypertension in district of Uttaradit. [Internet]. [cited 2022 Jun 6]. Available from:
<http://202.29.52.112/dspace/handle/123456789/128>
13. Uthaiwattana N, Teppharak K. The effects of using creative drama to develop students understanding achievement on the principle of sufficiency economy. Institute of Culture and Arts Journal. 2019;21(1):62–72.
14. Srithongsuk K., Nopudompan K. Creative drama activities to develop self-help skills in the routines of preschool children. Journal of Education: Faculty of Education Srinakharinwirot University. 2017;18(2).
15. Asimidou A, Lenakakis A, Tsiaras A. The contribution of drama pedagogy in developing adolescents' self-confidence: a case study. NJ. 2021;45(1):45–58.



อิทธิพลการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิม โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

Influences of Illness Perception on Medication Adherence in Muslim Patients with Myocardial Infarction after Percutaneous Coronary Intervention

รุสนา มะราเม๊ะ¹, จารุวรรณ กฤตย์ประชา², ทิพนาม ชินวงศ์²

Rusna Maramoh¹, Jaruwat Kritpracha², Tippamas Chinnawong²

¹นักศึกษาหลักสูตร พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

¹student of M.N.S (Adult and Gerontological Nursing) Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

²Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

Corresponding author: Tippamas Chinnawong; Email: tippamas.c@psu.ac.th

Received: January 31, 2025 Revised: July 10, 2025 Accepted: July 14, 2025

บทคัดย่อ

ความร่วมมือในการรับประทานยาหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นสิ่งจำเป็นต่อการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างมาก การศึกษาเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและอิทธิพลของการรับรู้การเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยะลา จำนวน 60 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมระฆังข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2567 โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย และแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา โดยมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .80 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณแบบปกติ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาโดยรวม อยู่ในระดับสูง (mean=3.72, SD=.21) โดยการรับรู้การรักษาหรือการควบคุมอาการ สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 20 ($R^2_{adj}=.20$) ดังนั้น หน่วยบริการหรือบุคลากรสุขภาพสามารถนำการรับรู้เกี่ยวกับการรักษาและการควบคุมอาการไปพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การรับรู้การเจ็บป่วย; การสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ; ความร่วมมือในการรับประทานยา; ผู้ป่วยมุสลิม; โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย



Influences of Illness Perception on Medication Adherence in Muslim Patients with Myocardial Infarction after Percutaneous Coronary Intervention

Rusna Maramoh¹, Jaruwan Kritpracha², Tippamas Chinnawong²

¹student of M.N.S (Adult and Gerontological Nursing) Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

²Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

Corresponding author: Tippamas Chinnawong; Email: tippamas.c@psu.ac.th

Received: January 31, 2025 Revised: July 10, 2025 Accepted: July 14, 2025

Abstract

Medication adherence after percutaneous coronary intervention (PCI) is crucial for effectively treating myocardial infarction. This predictive study aimed to examine the levels and influence of illness perception on medication adherence in Muslim patients with myocardial infarction after percutaneous coronary intervention. The sample group consisted of 60 Muslim patients with myocardial infarction after percutaneous coronary intervention at the outpatient department of Yala Hospital. The samples were selected using purposive sampling. The data were collected from January to March 2024. Questionnaires on illness perception and medication adherence were used, with reliability coefficients of .80 and .81, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis. The results indicated that the overall mean score for medication adherence was high (mean=3.72, SD=.21). Illness perception related to treatment or symptom control was found to predict 20% of medication adherence ($R^2_{adj}=.20$) in Muslim patients with myocardial infarction following coronary angioplasty. Therefore, healthcare providers can utilize patients' perceptions of treatment and symptom control to develop programs aimed at promoting medication adherence in patients with myocardial infarction after coronary angioplasty effectively.

Keywords: illness perception; medication adherence; myocardial infarction; Muslim patients; percutaneous coronary intervention

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายถือว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2567 พบว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และโรคหลอดเลือดสมองมีอุบัติการณ์ทำให้เกิดการเสียชีวิตสูงสุดทั่วโลก โดยมีผู้เสียชีวิตทั้งสิ้น 17.9 ล้านคนในแต่ละปี และหนึ่งในสามของการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดในวัยผู้ใหญ่โดยมากจะพบในกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี¹ สำหรับในประเทศไทย อัตราการสูญเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด STEMI จำนวน 35,664 ราย และในปี พ.ศ. 2566 พบจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 38,390 ราย โดยในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ พบผู้ป่วยดังกล่าวมากถึง 187 ราย ซึ่งในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนผู้เสียชีวิตมากถึง 31 ราย (ร้อยละ 17) ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด²

การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในปัจจุบันนี้มีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว และได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น เช่น การฉีดสตีเพื่อสวนหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) ซึ่งเป็นกระบวนการเปิดเส้นเลือดที่ตีบหรือตันผ่านการทำบอลลูนหรือการใส่ขดลวดตาข่าย³ การรักษาวิธีนี้ช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น ซึ่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตและลดภาวะแทรกซ้อนรวมถึงลดระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เห็นได้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีดังกล่าว มีอัตราการเสียชีวิตลดลงร้อยละ 3.1⁴ แม้ว่าการรักษาด้วยวิธีการฉีดสตีและสวนขยายหลอดเลือดหัวใจจะมีประสิทธิภาพเพียงใด แต่การรักษาดังกล่าวก็ยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและกลับเป็นซ้ำได้หลังการรักษาได้⁵ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำจะส่งผลต่อพฤติกรรม การใส่ใจดูแลตนเองที่ดีขึ้น เช่น มีความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งในประเทศไทยแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกำหนดว่าหลังจากการรักษาผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาต้านเกล็ดเลือด 2 ชนิดร่วมกัน (Dual antiplatelet therapy, DAPT) โดยยาหลักที่ใช้ในการรักษาคือ ยาแอสไพริน ร่วมกับยากลุ่ม P₂Y₁₂ inhibitors (Clopidogrel, Prasugrel หรือ Ticagrelor)⁶

ความร่วมมือของผู้ป่วยในการรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์เป็นหน้าที่และบทบาทสำคัญของวิชาชีพพยาบาลที่ต้องช่วยเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกี่ยวกับประโยชน์ของการรักษาและความจำเป็นของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งหากเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาและปฏิบัติได้อย่างดี จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁷ อย่างไรก็ตาม ความร่วมมือในการรับประทานยาหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มลดลง เมื่อเวลาผ่านไปหลังการรักษา 6-12 เดือน⁸ ดังนั้นการเน้นย้ำถึงประโยชน์และอุปสรรคของการรับประทานยา จะช่วยให้เกิดความร่วมมือได้ดียิ่งขึ้น การรับรู้ความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมรักษาของผู้ป่วย โดยเฉพาะความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งตามแนวคิดของลีเวนทาลและคณะ⁹ ได้เสนอว่าการตอบสนองของบุคคลต่อการเจ็บป่วยจะขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการ และการจัดการกับสิ่งนั้นๆ การรับรู้ความเจ็บป่วยที่ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ด้านระยะเวลาหรือช่วงเวลาของการเจ็บป่วย ด้านสาเหตุของการเจ็บป่วย ด้านผลกระทบจากการเจ็บป่วย ด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค การศึกษาพบว่าหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการฉีดสตีสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยมักจะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ในบางรายการรักษาที่มีประสิทธิภาพและการออกจากโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว อาจทำให้ผู้ป่วยมีมุมมองว่าโรคที่เกิดขึ้นเป็นเพียงโรคเฉียบพลันเท่านั้น ส่งผลให้การปฏิบัติตามคำแนะนำใน



การรักษาและพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทายยาไม่ดื่มน้ำ ซึ่งอาจนำไปสู่การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรคและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคในอนาคตได้¹⁰

การศึกษาที่ผ่านมาการศึกษาความร่วมมือในการรับประทายยาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง¹¹ และโรคเบาหวาน¹² อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาความร่วมมือในการรับประทายยาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นเหตุการณ์เฉียบพลันที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยในระยะสั้น ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและเกิดการรับรู้ที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง เช่น ความกลัวในการกลับมาเจ็บป่วยซ้ำ หรือความไม่มั่นใจในการรักษา รวมทั้งในผู้ป่วยมุสลิมอาจมีปัจจัยทางศาสนาและค่านิยมที่มีผลต่อพฤติกรรมในการรับประทายยาและการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ เช่น อาจมีข้อจำกัดทางศาสนาเกี่ยวกับการใช้ยา¹³ ซึ่งอาจทำให้ความร่วมมือในการรับประทายยาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยมุสลิมนั้นแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป

ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทายยาในผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจจึงมีความสำคัญในการสร้างความเข้าใจในปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการปฏิบัติตามการรักษาโดยเฉพาะการรับประทายยาที่จะช่วยให้ทีมแพทย์และพยาบาลสามารถออกแบบแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับบริบททางศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ป่วยมากขึ้น และการศึกษาครั้งนี้จะช่วยขยายความรู้ที่ขาดหายไปและสามารถนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการพยาบาลและการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทายยาในผู้ป่วยมุสลิมได้ โดยไม่เพียงแต่ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคซ้ำ แต่ยังสามารถช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

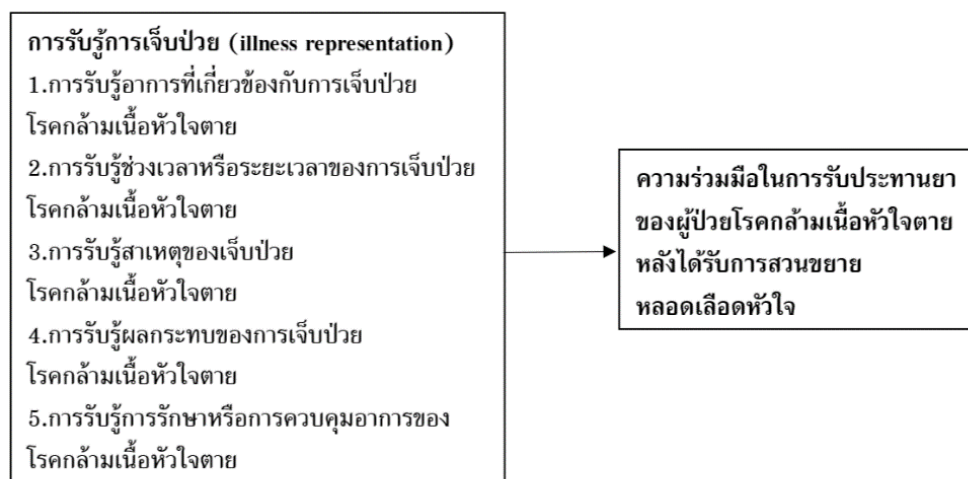
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความร่วมมือในการรับประทายยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของการรับรู้ความเจ็บป่วย ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับอาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย การรับรู้ช่วงเวลาหรือระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย การรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วย และการรับรู้การรักษาหรือการควบคุมอาการ ต่อความร่วมมือในการรับประทายยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยของลีเวนทาลและคณะ⁹ ที่อธิบายว่า การรับรู้และการตอบสนองของบุคคลต่อภาวะความเจ็บป่วยมีความสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้ป่วยผ่านกระบวนการรับรู้และตอบสนองที่เกิดจากการประสบกับโรคที่คุกคามชีวิตผ่าน 3 ระยะ ได้แก่ การรับรู้ความเจ็บป่วย การเผชิญปัญหา และการประเมินผล ซึ่งในแต่ละระยะจะมีผลต่อการตัดสินใจในการดูแลรักษาตัวเองและการร่วมมือในการรักษา ในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาในระยะที่ 1 คือ การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นกระบวนการที่บุคคลแปลผลและให้ความหมายกับอาการและอาการแสดงของโรค ที่ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย 2) การรับรู้ช่วงเวลาหรือระยะเวลาของการเจ็บป่วย 3) การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย 4) การรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วย 5) การรับรู้การรักษาหรือการควบคุมอาการ

ซึ่งผู้ป่วยจะมีการรับรู้ส่วนตัวเกี่ยวกับโรคของตนเอง ส่งผลต่อกลยุทธ์ในการเผชิญกับโรคและการตอบสนองต่อความร่วมมือในการรักษาเพื่อสุขภาพของตนเอง การรับรู้เหล่านี้ สัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ที่ดี¹⁴ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทำนาย (the prediction design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด ณ โรงพยาบาลยะลา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด ณ โรงพยาบาลยะลา คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการวิเคราะห์กำลังทดสอบ (power analysis) สำหรับการวิเคราะห์ความถดถอยสหสัมพันธ์พหุคูณของโคเฮน¹⁵ กำหนดให้ Effect size มีขนาดเล็กเนื่องจากยังไม่มีการศึกษาวิจัยในกลุ่มนี้มาก่อน เมื่อเทียบค่า R^2 เท่ากับ .17 จากการคำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 60 คน เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้ คือ (1) ผู้ป่วยมุสลิมที่ได้รับการวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นเวลา 1 เดือน โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนร่วม (2) ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดร่วมกัน (dual antiplatelet) อย่างน้อย 1 เดือน (3) ผู้ป่วยมีความเข้าใจ และสามารถสื่อสารด้วยการพูด ฟัง และอ่านภาษาไทยได้ (4) ผู้ป่วยมีความยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย และ (5) ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ตามนัดหลังได้รับการฉีดสีและสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วนทันทีที่ทันไทรระหว่างดำเนินการวิจัย เช่น มีอาการเจ็บหน้าอกเฉียบพลัน เป็นต้น หรือขอยุติการเข้าร่วมวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามของเวนแมนและคณะ¹⁶ ที่สร้างขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดการรับรู้การเจ็บป่วยของเลเวนทาล และคณะ¹⁷ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจึงแบ่งการรับรู้การเจ็บป่วยเป็น 5 ด้าน โดยแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ เป็นลักษณะให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ เกี่ยวข้อง และไม่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคหัวใจตาย คำตอบเกี่ยวข้อง จะได้ 1 คะแนน คำตอบไม่เกี่ยวข้อง จะได้ 0 คะแนน คะแนนรวมที่ได้อยู่ระหว่าง 0-8 คะแนน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วย ด้านการรับรู้ช่วงเวลาหรือระยะเวลาของการเจ็บป่วย ด้านการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย ด้านการรับรู้ผลกระทบจากความเจ็บป่วย ด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค มีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ โดยแบ่งเป็น ด้านการรับรู้ช่วงเวลาหรือระยะเวลาของการเจ็บป่วย จำนวน 3 ข้อ ด้านการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย จำนวน 9 ข้อ ด้านการรับรู้ผลกระทบจากความเจ็บป่วย จำนวน 6 ข้อ ด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 และข้อคำถามด้านลบจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 13, 15, 16 โดยมีลักษณะเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล (Likert scale) 4 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาของกนกเลขา¹⁸ โดยแบบสอบถาม มีข้อคำถามทั้งสิ้นจำนวน 21 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้อง จำนวน 4 ข้อ ด้านการเก็บรักษาอย่างเหมาะสม จำนวน 3 ข้อ ด้านการกำกับตนเองในการใช้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง จำนวน 9 ข้อ และด้านการมีส่วนร่วมในการรักษา จำนวน 5 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล (Likert scale) 4 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

จริง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับตัวคุณทั้งหมด
ค่อนข้างจริง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับตัวคุณเป็นส่วนใหญ่
ค่อนข้างไม่จริง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับตัวคุณเป็นส่วนน้อย
ไม่จริงเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับตัวคุณเลย

เกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้

คะแนน 4	หมายถึง	จริง
คะแนน 3	หมายถึง	ค่อนข้างจริง
คะแนน 2	หมายถึง	ค่อนข้างไม่จริง
คะแนน 1	หมายถึง	ไม่จริงเลย



การแปลผล เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จะมีคะแนนรวมเฉลี่ยระหว่าง 1 – 4 (คะแนนรวมระหว่าง 25–125) โดยแบ่งระดับตามการแบ่งอันตรายภาคชั้น

- >3.67 หมายถึง มีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง
- 2.34 – 3.67 หมายถึง มีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง
- <2.34 หมายถึง มีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือการวิจัยที่ใช้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาโดยอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยเภสัชกรชำนาญการ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้และชำนาญด้านโรคหัวใจ 1 ท่าน และพยาบาลปฏิบัติการที่มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหัวใจ 1 ท่าน หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิไปคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) โดยเกณฑ์ผู้ตัดสินความตรงตามเนื้อหา ตามความเห็นที่สอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 แต่ละข้อโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ¹⁹ คือ

- | | | |
|---|---------|---------------------------------------|
| 1 | หมายถึง | ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม |
| 2 | หมายถึง | ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยามน้อย |
| 3 | หมายถึง | ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยามค่อนข้างมาก |
| 4 | หมายถึง | ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยามมาก |

ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย เท่ากับ .84 และแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา เท่ากับ .93 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้างต้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 20 คน ที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก ศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลยะลา ผลวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย เท่ากับ .80 และแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา เท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2567 โดยมีรหัสการอนุมัติ PSU IRB 2023 – St – Nur 045 (Internal) ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก ห้องสวนหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลยะลา ก่อนเริ่มการวิจัยผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย โดยให้ข้อมูลเพียงพอและเวลาในการตัดสินใจเข้าร่วมอย่างอิสระ นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้ชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่ต้องให้เหตุผล สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้



ทุกเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการหรือการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับตามสิทธิ ทั้งนี้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ โดยผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในรูปแบบที่ไม่ระบุชื่อหรือนามสกุลจริงของกลุ่มตัวอย่าง และจะใช้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างมีคำถามเกี่ยวกับการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาในระหว่างการดำเนินการวิจัย และหากพบอาการผิดปกติใดๆ ผู้วิจัยจะทำการยุติการวิจัยทันทีเพื่อความปลอดภัยของผู้เข้าร่วม รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และจะทำลายข้อมูลหลังจากได้รับการเผยแพร่งานวิจัย 2 ปี

วิธีการรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยทำหนังสือขอเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลยะลา โดยขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ (1) ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ (2) ผู้วิจัยจัดสถานที่ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอิสระในการตอบแบบสอบถาม แจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทำโดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที และ (3) ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์และนำแบบสอบถามที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทุษร้าย โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความร่วมมือการรับประทุษร้ายของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบปกติ (enter multiple regression analysis) ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลจะทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ ทุกตัวแปรมีการแจกแจงแบบปกติ (normality) การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (multicollinearity) โดยพิจารณาจาก ค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.30 – 1.60 และค่า Tolerances อยู่ระหว่าง .62 – .77 และไม่พบ autocorrelation โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 2.14

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นเพศชาย (ร้อยละ 80) มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี และ 61-70 ปี (ร้อยละ 36.67) ส่วนใหญ่ไม่มีบทบาททางศาสนา (ร้อยละ 90) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 35) มีรายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 5,000 ต่อเดือน (ร้อยละ 55) ระดับการศึกษากลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการศึกษา และศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 41.7 และร้อยละ 41.7 ตามลำดับ) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่ในช่วง 3-4 เดือน (ร้อยละ 45) มีประวัติไม่เคยได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 83.33) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 55) ไม่มีประวัติการเข้ารับการรักษารักษา (ร้อยละ 60) หลังจากได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่เมื่อจำหน่ายกลับบ้านไปแล้วไม่มีอาการผิดปกติ (ร้อยละ 80)



2. ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.72$, $SD = .21$) ดังข้อมูลในตาราง 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ($N = 60$)

ตัวแปร	M	SD	ระดับ
ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ	3.72	.21	สูง

3. ตัวแปรที่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ มีเพียงปัจจัยเดียว คือ การรับรู้การรักษาหรือการควบคุมอาการ ($Beta=.34$) และมีอำนาจในการพยากรณ์ ร้อยละ 20 ($R^2 \text{ adj}=.20$) รายละเอียดดังตารางที่ 2 และ 3 โดยมีสมการพยากรณ์ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ คือ $Z=.34$ (การรับรู้การรักษาหรือการควบคุมอาการ)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ($N=60$)

ตัวแปร	Y	X1	X2	X3	X4	X5
ความร่วมมือในการรับประทานยา (Y)	1.00	-.062	.38**	.27*	.28*	.45**
การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย(X1)		1.00	-.30	-.18	-.001	.013
การรับรู้ช่วงเวลาหรือระยะเวลาของการเจ็บป่วย(X2)			1.00	.52**	.49**	.48**
การรับรู้สาเหตุของเจ็บป่วย (X3)				1.00	.49**	.50**
การรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วย(X4)					1.00	.25
การรับรู้การรักษาหรือการควบคุมอาการ(X5)						1.00

* $p<.05$, ** $p<.01$

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบปกติของตัวแปรทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ($N = 60$)

ตัวแปรพยากรณ์	B	SE	Beta	t	p-value
การรับรู้การรักษาหรือการควบคุมอาการ(X5)	.31	.34	.50	2.53	.01

$R=.495$; $R^2=.245$; $R^2 \text{ adj}=.204$; $SE.\text{test}=.1826$; $F=5.950$; $p<.05$

อภิปรายผล

1. ระดับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ผลการวิจัยพบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับสูง ($M=3.72$, $SD=.21$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 80) และอยู่ในช่วงอายุ 51 – 70 ปี (ร้อยละ 36.67)



ซึ่งเป็นวัยที่มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพและมักมีประสบการณ์ในการจัดการกับโรคเรื้อรังมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยซึ่งระบุว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนขยายหลอดเลือดโคโรนารีมักมีส่วนร่วมในการรับประทานยาในระดับสูง เนื่องจากตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาตามคำแนะนำของแพทย์เพื่อลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำของโรค²⁰ อีกทั้งยังพบว่าความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยหลังการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับการให้ข้อมูลที่ชัดเจนจากบุคลากรทางการแพทย์²¹

การที่ผู้ป่วยมุสลิมมีระดับความร่วมมือสูงอาจเกิดจากบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ในการให้ข้อมูลและส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา²² ตลอดจนปัจจัยทางศาสนาและวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิม เช่น ผู้ป่วยมุสลิมให้ความสำคัญกับฮาลาล (Halal) ของยาและการรักษา ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจในการใช้ยา หากมียาที่ได้รับการรับรองว่าไม่ขัดต่อหลักศาสนา ผู้ป่วยจะมีแนวโน้มให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น²³ นอกจากนี้ สังคมมุสลิมมีแนวโน้มพึ่งพิงเครือข่ายครอบครัวและชุมชนในการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเตือนให้รับประทานยา และการให้ข้อมูลสุขภาพผ่านผู้นำศาสนา (Imam) ซึ่งช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษา²⁴

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้การรักษหรือการควบคุมอาการเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยมุสลิมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta = .34, p < .05$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาได้ร้อยละ 20 ($R^2 \text{ adj} = .20$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Leventhal และคณะ²⁵ ซึ่งอธิบายว่า การรับรู้เกี่ยวกับการรักษาและการควบคุมอาการมีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยเฉพาะในกรณีของ โรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง

สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มีการรับรู้ว่าการรักษาสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการเกิดซ้ำ มีแนวโน้มที่จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องมากขึ้น²⁶ โดยการรับรู้เกี่ยวกับการรักษามีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะในช่วง 6-12 เดือนหลังการรักษา²⁷ ซึ่งเป็นช่วงที่พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยอาจลดลงหากไม่มีการส่งเสริมความเข้าใจที่เพียงพอ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ด้านการควบคุมอาการที่ดี มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด เช่น การรับรู้การควบคุมอาการมีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันเพิ่มขึ้น การรับรู้การควบคุมอาการส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาโดยช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจว่าการรักษาจะช่วยให้พวกเขาควบคุมโรคได้ดีขึ้น²⁸ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่เชื่อว่าตนสามารถควบคุมอาการของโรคผ่านการใช้ยาตามแพทย์สั่ง มีแนวโน้มที่จะรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ลดพฤติกรรมการหยุดยาเอง และมีทัศนคติเชิงบวกต่อการรักษา²⁹

ขณะที่ตัวแปรอื่น ๆ เช่น การรับรู้อาการของโรคและระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาในการควบคุมอาการมากกว่าการให้ความสำคัญกับปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรค การรับรู้อาการของโรคอาจไม่ใช่ปัจจัยหลักที่กำหนดพฤติกรรมการใช้ยา เนื่องจากผู้ป่วยอาจมองว่าการ

ของโรคไม่รุนแรงหรือสามารถควบคุมได้ด้วยการใช้ยาเป็นประจำ ทำให้การรับรู้อาการของโรคไม่มีอิทธิพลโดยตรงต่อความร่วมมือในการรับประทานยา²⁸ นอกจากนี้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยอาจไม่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยา ผู้ป่วยบางราย แม้จะได้รับการวินิจฉัยโรคมาเป็นเวลานาน อาจขาดความร่วมมือในการรับประทานยา หากไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยใหม่แต่มีความเข้าใจที่ดีเกี่ยวกับการควบคุมอาการ อาจให้ความร่วมมือในการรับประทานยาได้ดีกว่า²⁹

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อมูลจากการวิจัยนี้สามารถนำไปกำหนดมาตรการหรือรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการมุ่งเน้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา ตลอดจนถึงการควบคุมอาการของโรค เช่น การจัดทำคู่มือให้ความรู้เรื่องโรคและการควบคุมอาการ แนวปฏิบัติในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการควบคุมอาการของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อสร้างความตระหนักและเห็นถึงความสำคัญของการรักษา โดยเฉพาะการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยเมื่อกลับไปที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายการศึกษาในผู้ป่วยที่มีบริบทที่หลากหลายวัฒนธรรม
2. ควรวิจัยพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจโดยมุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคและการควบคุมอาการที่เจ็บป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้รับบริการเกิดความตระหนักและให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่าง ผู้บริหาร และคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลยะลา ที่มีส่วนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. World Health Organization. The top 10 causes of death 2024 [internet]. [28 June 2024]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
2. Ministry of Public Health. Mortality rate of patients with acute STEMI myocardial infarction. HealthKPI [internet] [cited 28 June 2024] . Available from: <https://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1614>.
3. Ciffone N, Dokken BB. Medical management of acute coronary syndromes. J Am Assoc Nurse Pract. 2017 Apr;29(4):224–35. doi: 10.1002/2327-6924.12457. PMID: 28394469.
4. Samad Z, Hakeem A, Mahmood SS, Pieper K, Patel MR, Simel DL, Douglas PS. A meta-analysis and systematic review of computed tomography angiography as a diagnostic triage tool for patients with chest pain presenting to the



- emergency department. *J Nucl Cardiol*. 2012 Apr;19(2):364–76. doi: 10.1007/s12350-012-9520-2. PMID: 22322526.
5. Johansson S, Rosengren A, Young K, Jennings E. Mortality and morbidity trends after the first year in survivors of acute myocardial infarction: a systematic review. *BMC Cardiovasc Disord*. 2017 Feb 7;17(1):53. doi: 10.1186/s12872-017-0482-9. PMID: 28173750; PMCID: PMC5297173.
 6. The Thai Cardiac Society under the Royal Patronage. Thai Acute Coronary Syndrome Guideline 2020. (in Thai)
 7. Hannarong T. The effect of a self-management promotion program on adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected patients with AIDS. [Master's thesis]. Songkhla: Faculty of Nursing, Prince of Songkla University. 2010. (in Thai)
 8. Pinnarelli L, Mayer F, Bauleo L, Agabiti N, Kirchmayer U, Belleudi V, et al. Adherence to antiplatelet therapy after percutaneous coronary intervention: a population study in a region of Italy. *Eur J Cardiovasc Med*. 2015;16(3):230–7.
 9. Leventhal H, Cameron L. Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Educ Couns*. 1987;10(2):117–38.
 10. Ashour A, Al-Smadi A, Shajrawi A, Al-Rawashdeh S, Alshraifeen A, Abed M. Changes in illness perception among patients undergoing percutaneous coronary intervention. *Heart Lung*. 2020;49(6):836–41.
 11. Chompoonut P, Pattanasak J. Cooperation in medication use among elderly patients with chronic diseases in the service area of Lad Phatthana Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Maha Sarakham Province. *Maha Sarakham Hosp J*. 2020;16(3):13–22. (in Thai)
 12. Phutthachat C, Chanthaphatrankoon P. Factors related to cooperation in medication use among outpatient patients with type 2 diabetes and hypertension at Bang Sapan Hospital, Prachuap Khiri Khan Province. *Thai J Clin Pharm*. 2023;29(1):1–10. (in Thai)
 13. Attum B, Hafiz S, Malik A, et al. Cultural competence in the care of Muslim patients and their families [internet]. 2023. [cited 10 March 2025]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499933/>
 14. Luca M, Eccles F, Perez Algorta G, Patti F. Illness perceptions and outcome in multiple sclerosis: a systematic review of the literature. *Mult Scler Relat Disord*. 2022;67:104180.
 15. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
 16. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Home R. The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health*. 1996;11(3):431–45.
 17. Leventhal H, Nerenz DR, Steele DJ. Illness representations and coping with health threats. In: Baum A, Taylor SE, Singer JE, editors. *Handbook of Psychology and Health, Volume IV: Social Psychological Aspects of Health*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1984.
 18. Kanokleka Suwanpong. Development of a tool to assess medication adherence based on treatment guidelines for patients with coronary artery disease. Master's thesis, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok; 2014. (in Thai)
 19. Polit DF, Hungler BP. *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization*. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2013.



20. Surasrisakul I. Factors predicting medication adherence in patients with coronary artery disease after coronary angioplasty. [Master's thesis], Bangkok: Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, 2012. (in Thai)
21. Pinnarelli L, Mayer F, Bauleo L, Agabiti N, Kirchmayer U, Belleudi V, et al. Adherence to antiplatelet therapy after percutaneous coronary intervention: a population study in a region of Italy. *Eur J Cardiovasc Med*. 2015;16(3):230–7.
22. Kanittha M, Niropol K, Orasa P. The relationship between illness perception and pulmonary rehabilitation behavior in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Cardiovasc Thorac Nurs*. 2018;29(2):95–104. (in Thai)
23. Jaber D, Salman N, Al Tabbah S, El-Sharif A, Alkilani A, Qourshah A. Evaluating the knowledge, attitude, and practices of Jordanian society towards halal pharmaceuticals. *Open Public Health J*. 2025;18:e18749445359631.
24. Abu-Ras W, Aboul-Enein BH, Almoayad F, Benajiba N, Dodge E. Mosques and public health promotion: A scoping review of faith-driven health interventions. *Health Educ Behav*. 2024;51(5):677–90.
25. Leventhal H, Benyamini Y, Brownlee S, Diefenbach M, Leventhal AE, Patrick-Miller L, Robitaille C. Illness representations: Theoretical foundations. In: *Perceptions of Health and Illness*. Routledge; 1997. p. 19–45.
26. Platt I, Green HJ, Jayasinghe R, Morrissey SA. Understanding adherence in patients with coronary heart disease: Illness representations and readiness to engage in healthy behaviors. *Aust Psychol*. 2014;49(2):127–37.
27. Johansson S, Rosengren A, Young K, Jennings E. Mortality and morbidity trends after the first year in survivors of acute myocardial infarction: A systematic review. *BMC Cardiovasc Disord*. 2017;17(1):53.
28. Zarotti N, Deane KH, Ford CEL, Simpson J. Perceived control as a predictor of medication adherence in people with Parkinson's: A large-scale cross-sectional study. *Disabil Rehabil*. 2024;46(3):478–88.
29. Kim Cuc DT, Methakanjanasak N, Thuy Trang HT. Relationships between symptom control, medication management, and health literacy of patients with asthma in Vietnam. *Belitung Nurs J*. 2021;7(2):131–8.



ผลของโปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลศรีธัญญา

The Effect of the Reminiscence Group Program on the Self-esteem
of the Elderly at Srithanya Hospital

อารีย์ ปิ่นทอง¹, ภาณุชนาด พุสรี²

Aree Pinthong¹, Panudchanard Phoosri²

¹โรงพยาบาลศรีธัญญา, ²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Srithanya Hospital, ²Boromarajonani College of Nursing, Bangkok Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute

Corresponding author; Panudchanard Phoosri; Email: panudchanard.p@bcn.ac.th

Received: February 18, 2025 Revised: May 5, 2025 Accepted: July 8, 2025

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุจำนวนมากมักมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง การส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญ ในการช่วยลดภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมการมีสุขภาพจิตที่ดี งานวิจัยนี้เป็นการทดลองแบบสุ่มที่มีการควบคุมแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อน-หลังการทดลอง และติดตามผล 2 สัปดาห์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าและกำลังรักษาอยู่ในโรงพยาบาลศรีธัญญา ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบนวนรลึงความหลัง แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย ($\alpha=.80$) แบบวัดการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ($\alpha=.78$) และแบบวัดซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ($\alpha=.83$) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย สถิติการทดสอบ Mann - Whitney U Test และ Wilcoxon Signed-Rank Test ผลการศึกษา เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอาการซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบนวนรลึงความหลังสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยโรคทางจิตเวชที่มีอาการซึมเศร้าได้

คำสำคัญ: ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง; ภาวะซึมเศร้า; นวนรลึงความหลัง



The Effect of the Reminiscence Group Program on the Self-esteem of the Elderly at Srithanya Hospital

Aree Pinthong¹, Panudchanard Phoosri²

¹Srithanya Hospital, ²Boromarajonani College of Nursing, Bangkok Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute

Corresponding author; Panudchanard Phoosri; Email: panudchanard.p@bcn.ac.th

Received: February 18, 2025 **Revised:** May 5, 2025 **Accepted:** July 8, 2025

Abstract

Many elderly people often experience a decline in self-esteem. Thus, promoting self-esteem is important in helping to reduce depression and enhance good mental health. This randomized controlled trial research, with a two-group pre-test post-test design and follow-up for 2 weeks of experimentation, aimed to examine the effect of happy reminiscence therapy on the self-esteem of elderly patients with depressive symptoms. The sample consisted of elderly psychiatric patients with depression who were being treated at Srithanya Hospital. The subjects were obtained by simple random sampling, consisting of 32 subjects in the experimental group and 32 subjects in the control group. The research instrument was reminiscence therapy. The Thai Mini-Mental State Examination ($\alpha = .80$), the Rosenberg Self-Esteem scale ($\alpha = .78$), and the Thai Geriatric Depression scale ($\alpha = .83$) were used to assess variables. Data were analyzed using descriptive statistics, the Friedman test, the Mann-Whitney U test, and the Wilcoxon Signed-Rank test. The results of the study revealed that, at the end of the program, the experimental group had a significantly higher mean score of self-esteem compared to before participating in the program and to the control group. In addition, the experimental group showed a significantly lower mean score of depressive symptoms compared to before participating in the program and to the control group. These findings indicate that the reminiscence group therapy program can enhance self-esteem and reduce depressive symptoms among elderly patients with psychiatric disorders experiencing depression.

Keywords: depressive symptoms; reminiscence therapy; self-esteem



ความเป็นมาและความสำคัญ

ในปัจจุบันแนวโน้มของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป หรือ ผู้สูงอายุ ในประเทศไทยมี จำนวน และสัดส่วนมีการเพิ่มขึ้นในอัตราที่รวดเร็ว ทำให้โครงสร้างประชากรในปัจจุบันก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย (aged society) ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2548 มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 20 หรือประมาณ 15 ล้านคน ซึ่งองค์การอนามัยโลกมีการประเมินว่า ในปี 2583 ประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก¹ เมื่ออายุมากขึ้นผู้สูงอายุจะพบกับความเสื่อมถอยทั้งทางร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุบางคนมีโรคเรื้อรังทำให้ สภาพร่างกายเสื่อมถอยอย่างเห็นได้ชัด ทั้งทางด้านจิตใจและสังคม พบว่า ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีการปรับตัว และสภาพจิตใจมากกว่าบุคคลในวัยอื่นๆ เนื่องจากเป็นวัยที่ต้องพบกับการสูญเสีย หากปรับตัวไม่ได้จะนำไปสู่ ปัญหาของโรคทางสุขภาพจิต ซึ่งโรคทางสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่พบมากที่สุด ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า² จากสถิติ ของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในปี 2565 มีจำนวน 9,089 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ .08 อัตราป่วยสูงสุดในภาคเหนือคิดเป็น 133.7 ต่อประชากรแสนคน อัตราส่วนผู้ป่วยชายต่อหญิงเท่ากับ 1 ต่อ 3.1³ จากข้อมูลการสำรวจผู้สูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในปี 2565 ผู้สูงอายุมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย 14.4 ต่อประชากรแสนคน และพบอัตราการฆ่าตัวตาย สำเร็จสูงถึง 9.5 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าช่วงวัยอื่น⁴

ผลของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยทำให้มีแนวโน้มความสุขลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นและ นอกจากนี้พบว่า มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุสูงกว่าวัยหนุ่มสาว และสัดส่วนการฆ่าตัวตายสำเร็จ ยังเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น⁵ สาเหตุที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีความสุขน้อยกว่าคนในวัยอื่นเนื่องมาจากวัย สูงอายุเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลง เมื่ออายุมากขึ้นผู้สูงอายุจะพบกับความเสื่อมถอยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุจำนวนมากจึงเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง สมอเสื่อม ส่งผลให้เกิด ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต้องเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงบุตรหลาน ทำให้เกิดความรู้สึกไม่พอใจในตนเอง คิดว่า ตนเองไร้ค่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ลดลง เป็นอีกหนึ่งสาเหตุสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล⁶ จากการศึกษาแนวทางการส่งเสริมการสร้างตระหนักรู้ในคุณค่า ของตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ลดลงของผู้สูงอายุ เกิดจากการที่ผู้สูงอายุ ไม่สามารถพัฒนาการความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจได้จะรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ขาดความสุข มองไม่เห็นถึงคุณค่า ของตนเองรู้สึกผิดและไร้ค่า จนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ความตระหนักรู้ในคุณค่าของตนเองนับว่า เป็นพื้นฐานของสุขภาพจิต เกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย ความปลอดภัย ได้รับความรักความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนมีประโยชน์ และความสามารถต่างๆ ที่มีอยู่ การส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองจะช่วยให้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลงได้⁷

การระลึกความหลัง (reminiscence) ในผู้สูงอายุเป็นกระบวนการนึกถึงเหตุการณ์หรือประสบการณ์ ในอดีตของผู้สูงอายุ นำมาสร้างเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีรากฐานมาจาก ทฤษฎีการทบทวนชีวิต โดยนำกระบวนการคิดถึงอดีตของผู้สูงอายุมาสร้างเป็นกระบวนการรักษาสุขภาพจิต เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจตนเอง ปรับตัวได้และมีความสุขมากขึ้น การนึกถึงเหตุการณ์ในอดีต โดยเฉพาะ เหตุการณ์ ที่ประสบความสำเร็จ อาจเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ หรือมีสิ่งกระตุ้น ช่วยให้เกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นและพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นการบำบัดทางจิตสังคมทางเลือกหนึ่งในการช่วย ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดสุขภาพจิตที่ดีขึ้นและช่วยลดความรู้สึกทางลบให้กับผู้สูงอายุได้ ธรรมชาติของผู้สูงอายุ จะหลงลืมเหตุการณ์ใหม่ที่เพิ่งเกิดขึ้นในขณะที่สามารถจดจำเรื่องราวในอดีตได้ดี การคิดถึงความหลังจึงเป็น

พฤติกรรมหนึ่งของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับประสบการณ์และมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในวัยสูงอายุ⁸ การศึกษาในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบทวนรำลึกความหลังในผู้สูงอายุ ทั่วไป⁹ และปัจจุบันผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้น ขาดผู้พึ่งพิงพิทักษ์ตัวในโรงพยาบาลมากขึ้น¹⁰ สอดคล้องกับสถิติการพยายามทำร้ายตนเองในผู้สูงอายุจิตเวชที่รักษาตัวในโรงพยาบาลศรีธัญญาที่เพิ่มขึ้น¹¹ จึงเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการบำบัดทางด้านจิตใจ แต่ยังไม่พบการศึกษาความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุและเป็นประเด็นการพยาบาลที่สำคัญ

จากการพบปัญหาดังกล่าวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ และการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ (faculty practice) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลศรีธัญญา โดยกำหนดกิจกรรมให้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการระลึกความหลัง ในแต่ละครั้งการดำเนินกิจกรรมแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะของการเลือกเหตุการณ์ในอดีต ระยะของการค้นหาความหมายของเหตุการณ์นั้น และระยะการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีตแต่ละช่วงชีวิต ผู้สูงอายุจะได้ทบทวนเหตุการณ์ต่างๆ ได้เรียนรู้ที่จะนำประสบการณ์ในอดีต ค้นหาความหมายของช่วงชีวิตที่ผ่านมา ส่งเสริมผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุเข้าใจตนเองเกิดความรู้สึกมีความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น¹² ผู้วิจัยคาดหวังว่าการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการนำผลการศึกษามาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนทางการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย

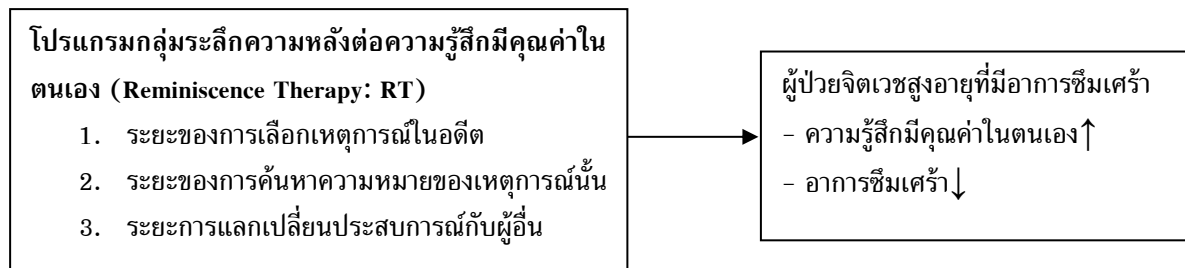
1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย ผู้วิจัยได้จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังในผู้สูงอายุ^{9,12} ซึ่งเป็นโปรแกรมบำบัดเน้นการทบทวนชีวิต มีจำนวน 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) สลายความทุกข์พร้อมรับความสุข 2) วันวานแห่งความสุข 3) วันวานแห่งมิตรภาพและความรัก 4) วันวานแห่งความภาคภูมิใจ 5) บทเรียนที่มีคุณค่าของชีวิต และ 6) วันสรุปผลความสุขที่ได้รับ ในแต่ละครั้งการดำเนินกิจกรรมแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะของการเลือกเหตุการณ์ในอดีต ระยะของการค้นหาความหมายของเหตุการณ์นั้น และระยะการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงประสบการณ์



ที่ผ่านมาในอดีตแต่ละช่วงชีวิต ค้นหาความหมายของช่วงชีวิตที่ผ่านมา ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น¹²



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการทดลองแบบสุ่มที่มีการควบคุม (Randomized Controlled Trial : RCT) สองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง (pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลโปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าในโรงพยาบาลศรีธัญญา ประเมิน 3 ระยะ คือ ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และติดตามผล 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรที่ศึกษา ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการซึมเศร้ารักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี เดือน ตุลาคม 2567 – ธันวาคม 2567 จำนวน 160 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าและกำลังรักษาอยู่ในโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 64 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

- 1) อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
 - 2) เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลางรักษาในหอผู้ป่วยใน
 - 3) หากเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคจิตเภท F20 ต้องมีผลคะแนนแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) คะแนนรวม ≤ 36 คะแนน หรือได้รับการวินิจฉัยด้วยโรค F30 Manic episode, F31 Bipolar affective disorders, F32 Depressive episode, F33 Recurrent depressive disorders, F34 Persistent mood [affective] disorders, F38 Other mood [affective] disorders, F39 Unspecified mood [affective] disorders, F20-F29 (Psychotic disorder), F40 - F49 (Neurotic , stress-related and somatoform disorder) และ F10 - F19 (Mental and Behavioral disorder due to psychoactive substance)
 - 5) มีผลคะแนนแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) คะแนนรวม ≥ 24 คะแนน
 - 6) มีผลคะแนนแบบวัดซึมเศร้าในผู้สูงอายุฉบับภาษาไทย (TGD-15) คะแนนอยู่ระหว่าง 6-10 คะแนน
 - 7) มีผลคะแนนแบบวัดการมองเห็นคุณค่าในตนเอง (RSE) คะแนนอยู่ระหว่าง 10-15 คะแนน
- และ

- 8) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ ไม่มีความพิการทางสายตา

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่า power=.80, effect size=.5 และค่าแอลฟา=.05 ได้หน่วยตัวอย่างที่ 27 คน อย่างไรก็ตามเพื่อการป้องกันการสูญหายของหน่วย

ตัวอย่างและข้อมูล จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 20 รวมหน่วยตัวอย่างทั้งสิ้น 64 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 32 คนและกลุ่มทดลอง 32 คน เกณฑ์คัดออก คือ 1) ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ 2) มีความพิการทางสายตา 3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรม และ 4) ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือต้องการถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะเป็นแบบให้เลือกตอบหรือเติมข้อความ โดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน การพักอาศัย ผู้ดูแลหลัก และโรคประจำตัว

2) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE)¹³ ใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อม ความผิดปกติของสมอง ได้แก่ Orientation Registration Attention Calculation และ Recall มีคำถามทั้งหมด 6 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน การแปลผล คะแนนรวมน้อยกว่า 24 คะแนน หมายถึง มีภาวะ cognitive impairment คือ มีความผิดปกติทางด้านความสามารถของสมองโดยเฉพาะความจำ ความเชื่อมั่นทดสอบก่อนดำเนินการวิจัยในผู้สูงอายุ 10 คน เท่ากับ .90 จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า นำแบบประเมินไปใช้เก็บข้อมูลกับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90¹⁴ ผู้วิจัยนำแบบทดสอบมาใช้เก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80

3) แบบวัดการมองเห็นคุณค่าในตนเอง (Rosenberg Self-Esteem scale) แปลและปรับปรุงเป็นฉบับภาษาไทย¹⁵ ใช้ประเมินการรับรู้การมองเห็นคุณค่าในตัวเอง มีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 5 ข้อ (ข้อ 1, 2, 3, 7, 10) และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 5 ข้อ (ข้อ 4, 5, 6, 8, 9) มีคะแนนรวม 10 – 40 คะแนน การแปลผลคะแนน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทดสอบความเชื่อมั่นก่อนดำเนินการวิจัยในผู้สูงอายุ 10 คน เท่ากับ .90 จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า นำแบบประเมินไปใช้เก็บข้อมูลกับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .95¹⁶ ผู้วิจัยนำแบบวัดการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ฉบับภาษาไทย มาใช้เก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .78

4) แบบวัดซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS-15) แปลและปรับปรุงเป็นฉบับภาษาไทย¹⁷ ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีคำถาม 15 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 2 ระดับ (0-1 คะแนน) เป็นการตอบรับหรือปฏิเสธ (dichotomous) “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” เป็นข้อคำถามทางบวก 5 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1, 5, 7, 11 และ 13 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ให้ 1 คะแนน สำหรับอีก 10 ข้อ เป็นข้อคำถามทางลบ ถ้าตอบ “ใช่” ได้ 1 คะแนน มีคะแนนรวม 0-15 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก ความเชื่อมั่นทดสอบก่อนดำเนินการวิจัยในผู้สูงอายุ 10 คน เท่ากับ .86 จากการ



ทบทวนงานวิจัย พบว่า นำแบบประเมินไปใช้เก็บข้อมูลกับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87¹⁸ ผู้วิจัยนำแบบวัดซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ฉบับภาษาไทย มาใช้เก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83

2. โปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า (RT) พัฒนาโดยทีมผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการจัดโปรแกรมกลุ่มบำบัดการหวงรัลระลึกความหลัง^{9,12,19} เพื่อนำมาสร้างรูปแบบการบำบัด มี 6 ครั้ง ได้แก่ 1) สลายความทุกข์พร้อมรับความสุข: การสร้างสัมพันธ์ภายในกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน 2) วันวานแห่งความสุข: เพื่อแลกเปลี่ยนช่วงเวลาที่เป็นสุขแก่กัน 3) วันวานแห่งมิตรภาพและความรัก: เพื่อแลกเปลี่ยนช่วงเวลาแห่งมิตรภาพ การช่วยเหลือกัน 4) วันวานแห่งความภาคภูมิใจ: เพื่อแบ่งปันความภูมิใจในชีวิตที่ผ่านมาแก่กัน 5) บทเรียนที่มีคุณค่าของชีวิต: เพื่อแบ่งปันประสบการณ์ที่ยากลำบาก และความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา และ 6) วันสรุปผลความสุขที่ได้รับ โดยแต่ละครั้งดำเนินกิจกรรม 3 ระยะ คือ ระยะของการเลือกเหตุการณ์ในอดีต ระยะของการค้นหาความหมายของเหตุการณ์นั้น และระยะการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต แต่ละช่วงชีวิต ให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนเหตุการณ์ต่างๆ ได้เรียนรู้ที่จะนำประสบการณ์ในอดีต ค้นหาความหมายของช่วงชีวิตที่ผ่านมา ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สร้างแรงกำลังใจในการดำเนินชีวิตจากประสบการณ์เดิมที่ผ่านมาในอดีต โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบระลึกความหลัง ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที มีช่วงพักเบรก 15 นาที จะดำเนินการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 3 สัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 8 คน ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (IOC) ได้ค่า เท่ากับ .67-1

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศรีธัญญา เลขที่ STY.CO.A035/2567 โดยให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ การปกปิดข้อมูลเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ การเปิดเผยข้อมูลจะเปิดเผยเป็นกลุ่ม โดยไม่มีข้อมูลเฉพาะบุคคลที่ทำให้สามารถสืบหาข้อมูลได้ รวมทั้งการขอถอนตัวโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการอนุมัติจากการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศรีธัญญา ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. หลังจากผู้วิจัยได้ติดต่อขออนุมัติหนังสือขอเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ได้อธิบายวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด ได้แก่ การทำความเข้าใจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การประเมินกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า การเข้าสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม การตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลให้กับหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวชที่มีผู้ป่วยสูงอายุและเจ้าหน้าที่ คือ หอผู้ป่วยมุ่มมัน 2 หอผู้ป่วยมุ่มมัน 3 หอผู้ป่วยฟื้นฟู 1 และหอผู้ป่วยฟื้นฟู 5 โรงพยาบาลศรีธัญญา

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถามดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) แบบวัดการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ฉบับภาษาไทย (Rosenberg Self-Esteem scale) และแบบวัดซึมเศร้าในผู้สูงอายุฉบับภาษาไทย โดยใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 20 นาที เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยได้ตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทันทีที่กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือกเข้าโครงการวิจัยตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเลือกแล้ว ผู้วิจัยจะสุ่มแบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยการจับสลากแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 32 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 32 คน โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในตามปกติ เช่น การพยาบาลแบบองค์รวม การดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากอาการป่วย ตามแผนการดูแลในหอผู้ป่วยใน

3. สำหรับกลุ่มทดลอง 32 คน นอกจากได้รับการดูแลอาการป่วยตามแผนการดูแลในหอผู้ป่วยใน แล้วผู้วิจัยจะแบ่งผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มทดลองออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน เพื่อจัดโปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ ในการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ช่วยลดภาวะซึมเศร้า โดยจะดำเนินการใช้เวลาครั้งละ 60 นาที 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 3 สัปดาห์ ครั้งสุดท้ายของโปรแกรม(ครั้งที่ 6) ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงเวลาเดียวกัน ดังนี้ แบบวัดการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ฉบับภาษาไทย (Rosenberg Self-Esteem scale) และแบบวัดซึมเศร้าในผู้สูงอายุฉบับภาษาไทย และประเมินอีกครั้งในการติดตามผล 2 สัปดาห์ จึงนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test วิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มโดยใช้สถิติ Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และภายหลังเข้ารับโปรแกรม 2 สัปดาห์ ด้วยสถิติวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูล การทดสอบของฟรیدแมนต์ (Friedman test) เนื่องจากการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลมีการกระจายตัวไม่ปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง มีอายุอยู่ในช่วง 60-87 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 75 ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 43.8 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ กลุ่มควบคุม ร้อยละ 93.8 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 93.8 ในการวินิจฉัยโรค พบว่า กลุ่มทดลอง ผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค F30 Manic episode ร้อยละ 25, F31 Bipolar affective disorders ร้อยละ 25, F32 Depressive episode ร้อยละ 28.12, F33 Recurrent depressive disorders ร้อยละ 21.88 ในกลุ่มควบคุม ผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค F30 Manic episode ร้อยละ 21.88, F31 Bipolar affective



disorders ร้อยละ 25, F32 Depressive episode ร้อยละ 28.12, F33 Recurrent depressive disorders ร้อยละ 25 สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุมีความใกล้เคียงกันในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย 27.03 คะแนน กลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ย 26.69 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้ากลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 8.63 คะแนน ในกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ย 8.38 คะแนน และค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 14.63 คะแนน กลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ย 14.69 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทำการทดสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างมีความใกล้เคียงกัน

2. ผลของโปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคะแนนภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง และติดตามผล 2 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) และ ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ในระยะหลังการทดลอง และติดตามผล 2 สัปดาห์ พบว่า ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 2 สัปดาห์

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n = 32)	กลุ่มควบคุม (n = 32)	Z*	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)		
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง				
ก่อนการทดลอง	14.63 (.609)	14.69 (.535)	-.337	.736
หลังการทดลอง	29.53 (1.459)	14.66 (.701)	-7.001	.000
ติดตาม 2 สัปดาห์	29.31 (1.595)	14.69 (.592)	-7.028	.000
ภาวะซึมเศร้า				
ก่อนการทดลอง	8.63 (1.185)	8.38 (1.408)	-.624	.532
หลังการทดลอง	3.44 (.840)	8.59 (1.456)	-6.948	.000
ติดตาม 2 สัปดาห์	3.56 (.878)	8.56 (1.480)	-6.947	.000

สำหรับผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคะแนนภาวะซึมเศร้า ระยะก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรม และติดตามผล 2 สัปดาห์ ด้วยสถิติการทดสอบของฟรีดแมน (Friedman test) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในกลุ่มทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกัน อย่างน้อย 1 คู่ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในกลุ่มควบคุมเมื่อเปรียบเทียบ 3 ช่วงเดียวกันกับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนการเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกัน อย่างน้อย 1 คู่ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในกลุ่มควบคุมเมื่อเปรียบเทียบ 3 ช่วงเดียวกันกับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรม และติดตามผล 2 สัปดาห์ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ



ทางสถิติ ($p < .05$, $p < .05$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนได้รับโปรแกรม-หลังได้รับโปรแกรม และก่อนได้รับโปรแกรม-ติดตามผล 2 สัปดาห์ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรม-ติดตามผล 2 สัปดาห์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p = .102$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ตามช่วงเวลา (ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 2 สัปดาห์) ($n = 32$)

ตัวแปรที่ศึกษา	Z	p-value
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง		
ก่อน-หลัง	-4.955 ^b	.000*
ก่อน-ติดตาม	-4.960 ^b	.000*
หลัง-ติดตาม	-2.333 ^a	.020*
ภาวะซึมเศร้า		
ก่อน-หลัง	-4.961 ^a	.000*
ก่อน-ติดตาม	-4.964 ^a	.000*
หลัง-ติดตาม	-1.633 ^b	.102

หมายเหตุ a. Based on positive ranks, b. Based on negative ranks

อภิปรายผล

จากการใช้โปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองหลังใช้โปรแกรม (Mean=29.53, SD=1.46) สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม (Mean=14.63, SD=.61) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean=14.66, SD=.70) และค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังใช้โปรแกรม (Mean=3.44, SD=.84) ต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรม (Mean=8.63, SD=1.18) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (Mean=8.59, SD=1.45) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีผลทำให้คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในกลุ่มทดลองเพิ่มสูงขึ้น และคะแนนอาการซึมเศร้ามลดลง ซึ่งอาจเป็นผลเนื่องมาจากการประยุกต์ใช้แนวคิดการระลึกความหลัง ซึ่งเป็นการบำบัดทางจิตเวชที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงประสบการณ์ในอดีตเพื่อเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจ อารมณ์ และความเป็นอยู่²⁰ การระลึกความหลังต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่มีคุณค่า มีความหมายและยังอยู่ในความทรงจำ ช่วยทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสุขมีความหวังที่จะมีชีวิตต่อไปเพื่อวันข้างหน้า¹² โปรแกรมการระลึกความหลัง ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะของการเลือกเหตุการณ์ในอดีต ระยะของการค้นหาความหมายของเหตุการณ์นั้น และระยะการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น ดังนี้

1. ระยะของการเลือกเหตุการณ์ในอดีต สิ่งสำคัญของกระบวนการนี้คือ การให้บุคคลได้เรียนรู้เลือกเหตุการณ์ในอดีตผ่านรูปแบบการบำบัด 6 ครั้ง ได้แก่ 1) สลายความทุกข์พร้อมรับความสุข: เลือกเหตุการณ์แบ่งปันประสบการณ์การเจ็บป่วยร่วมกัน 2) วันวานแห่งความสุข: เพื่อเลือกเหตุการณ์แลกเปลี่ยนช่วงเวลาที่เป็นสุขแก่กัน 3) วันวานแห่งมิตรภาพและความรัก: เพื่อเลือกเหตุการณ์แลกเปลี่ยนช่วงเวลา



แห่งมิตรภาพ ความสุขในการช่วยเหลือกัน 4) วันวานแห่งความภาคภูมิใจ: เพื่อเลือกเหตุการณ์แบ่งปันความภูมิใจในชีวิตที่ผ่านมาแก่กัน 5) บทเรียนที่มีคุณค่าของชีวิต: เพื่อเลือกเหตุการณ์แบ่งปันประสบการณ์ที่ยากลำบากและความสามารถในการเผชิญปัญหาแก่กัน รวมทั้งความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมาที่นึกถึงครั้งใดก็เป็นสุขใจ และ6) วันสรุปผลความสุขที่ได้รับ : เพื่อเลือกเหตุการณ์แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้ร่วมทำกิจกรรมกลุ่มทวนรำลึกความหลังมาสร้างเป็นกำลังใจในการจัดการปัญหาต่อไปร่วมกัน ซึ่งส่งเสริมให้เกิดความหวังขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข ความสบายใจเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ได้ดำเนินชีวิตจากอดีตมาถึงปัจจุบัน ซึ่งการทวนรำลึกความหลังช่วยกระตุ้นความทรงจำได้เป็นอย่างดี กลุ่มตัวอย่างสามารถเล่าย้อนไปถึงเรื่องราวในอดีตของตนเองให้สมาชิกในกลุ่มฟังได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสุข รู้สึกมีคุณค่าในตนเองเมื่อได้แบ่งปันประสบการณ์แก่สมาชิกในกลุ่ม การระลึกถึงเรื่องราวในอดีตจากกิจกรรมเล่าวันวาน^{9,12,19} สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)²¹

2. ระยะของการค้นหาความหมายของเหตุการณ์นั้น เป็นกระบวนการที่เกิดจากการคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลในเหตุการณ์หรือประสบการณ์ในอดีตจะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจ ในเหตุการณ์และสามารถจัดการกับเหตุการณ์ในปัจจุบันและในอนาคตได้ การค้นหาความหมายของเหตุการณ์ ผ่านรูปแบบการบำบัด 6 ครั้ง ทำให้ผู้สูงอายุจิตเวชมีความรู้สึกภาคภูมิใจ ที่สามารถผ่านพ้นอุปสรรค และดำเนินชีวิตมาถึงปัจจุบันได้สอดคล้องกับการศึกษา ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า เมื่อผู้สูงอายุได้มีโอกาสย้อนกลับไปค้นหาความหมายแก้ความขัดแย้งในใจที่ยังคงค้างอยู่ในอดีตได้ ผ่านการสะท้อนของผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้นำกลุ่มที่ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้วิเคราะห์ ประเมินเหตุการณ์หรือประสบการณ์ในอดีตนั้นๆ จะส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อเหตุการณ์ดังกล่าว รวมทั้งมีการสะท้อนความทรงจำในเชิงบวกมากขึ้น²² ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่าง “แค่นี้ก็จะผ่านไปได้ เพราะช่วงเวลาที่ยากลำบากเรียน แม้จะลำบากมาก แต่ก็มีความสุขมาก ภูมิใจที่ทำได้ถึงแม้จะเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยว” การระลึกความหลังเป็นกระบวนการคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผ่านมาในหลายๆ ด้าน ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสุข²¹⁻²² นอกจากนี้ยังทำให้มีการรับรู้ถึงความสามารถ และความภาคภูมิใจเกี่ยวกับเรื่องราวความเป็นมาของชีวิตตนเองอีกด้วย²⁰

3. ระยะการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น เป็นกระบวนการหลังจากสรุปความหมายของเหตุการณ์นั้นได้ ซึ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สมาชิกกลุ่มจะเห็นถึงความสำคัญของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ผ่านรูปแบบการบำบัด 6 ครั้ง จากกลไกของกระบวนการระลึกความหลังจึงช่วยให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างในกลุ่ม เพิ่มโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีการแสดงออกเพิ่มขึ้น ค้นพบความสำคัญและความหมายในชีวิตจากความภาคภูมิใจในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตให้กลุ่มได้ฟัง²² เช่น การสะท้อนของกลุ่มตัวอย่าง ดังคำกล่าวว่า “ผมรู้สึกดีที่ได้เล่าให้ทุกคนฟัง เหมือนผมได้รับความสุข ความภูมิใจที่ตนเองช่วยส่งน้องเรียนจนจบอีกครั้ง” เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาความสัมพันธ์กับบุคคลอย่างต่อเนื่อง และมีความไว้วางใจ ยอมรับซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดกำลังใจและความหวังขึ้นได้¹⁹⁻²¹ การสร้างเสริมความมีคุณค่าในตนเองจึงทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจ มีความผาสุกในจิตใจ มีจุดมุ่งหมาย และรับรู้ถึงความหมายของการมีชีวิต²⁰ ผู้สูงอายุที่มีความหวังเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี มีเป้าหมายในชีวิตและมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า มีความรู้สึกมีคุณค่า



ในตนเองน้อยมีอารมณ์ทางบวก รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และมองเห็นศักยภาพของตนเองมากขึ้น มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น²³⁻²⁴

อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า หลังการทดลอง-ติดตามผล 2 สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม กลุ่มทดลองอาจไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมที่เจาะจงในการลดอาการซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าหลังทดลอง และระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน^{21,24}

ข้อเสนอแนะ

1. ในการปฏิบัติการพยาบาล ควรนำโปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าที่รักษาแบบผู้ป่วยใน เพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดภาวะซึมเศร้า

2. ควรมีการติดตามผลของคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หลังได้รับโปรแกรมอย่างต่อเนื่องในระยะ 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินประสิทธิผลของความคงทนของโปรแกรม รวมทั้งปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าที่เปลี่ยนแปลงไป

References

1. Thai Health Promotion Foundation. It is expected that in 2030, Thailand will have the largest number of elderly people in the world [Internet]. 2023 [cited 2025 May 11]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th>
2. Gadudom P, Apinyalungkon K, Janjaroen K, Wae N. Family roles to increase quality of life of older persons in a changing situation. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2018;5(3):300-10. (in Thai)
3. Setapura P, Chaisongkram N. Prevalence and associated factors of depressive disorder among the elderly in thailand, 2021. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2022;16(3):1070-84. (in Thai)
4. Thai Public Broadcasting Service. It is expected that Thai people will face mental health problems. 5 times more than treatment recipients [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 10]. Available from: [tps://policywatch.thaipbs.or.th/article/life-35](https://policywatch.thaipbs.or.th/article/life-35)
5. Department of older persons. Current aging society and economy in thailand [Internet]. 2023 [cited 2024 Oct 11]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/15/926>
6. Amomnimit U, Sansuk N, Rangseeprom T. The study of elderly life happiness. Social Science Journal. 2022;11(1):116-27. (in Thai)
7. Hembasat P, Nongrayom A, Pimkaew P. Promotion guidelines for self-awareness creating for elderly in elderly school kalasin province. Journal of Public Administration and Politics. 2022;12(1):1-18. (in Thai)
8. Duangduen Y. Nurses and promotion to reminiscence in older adults. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019;20(2):17-25. (in Thai)



9. Wangthong A, Wangthong A, Leedeng S, Ma-ing P. The effect of happy reminiscence group therapy program in the elderly at risk of depression. Nong Chik District, Pattani Province. Journal of Health and Environmental Education. 2020;5(2):92-104. (in Thai)
10. National Statistical Office. Ministry of Digital Economy and Society. The 2024 survey of the older persons in Thailand provincial level [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 20]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20250103144326_51634
11. Srithanya Hospital. Medical records and statistics of Srithanya elderly ward. Nonthaburi: Medical Records. 2023.
12. Trerin S, Naka K, Nukaew O. The effect of reminiscence program on self-esteem in hospitalized elders with chronic diseases. Songklanagarind Journal of Nursing. 2017;37(2):106-17. (in Thai)
13. Institute of Geriatric Medicine, DMS, MOPH, Thailand. Medical technology assessment project relationship comparison preliminary dementia test, Thai version (MMSE-Thai) 2002 and Thai brain performance test (Thai Mini-Mental State Examination; TMSE) in screening elderly people for dementia. ;2008 [cited 2024 Dec 22]. Available from: http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2020/07/book_14.pdf
14. Sriworakul W, Srinualnad P, Sukhonthachit P, Chaiphibalsarisdi P, Huddleston D. Screening for dementia in elderly, Mae Chaem District, Chiang Mai Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020;21(3):243-51. (in Thai)
15. Wongpakaran T, Wongpakaran N. A comparison of reliability and construct validity between the original and the revised version of the Rosenberg self-esteem scale. Psychiatry Investigation. 2012;9(1):54-58.
16. Su-nonthanam N. The self-esteem of the elderly through line application [dissertation M. Arts]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2018. (in Thai)
17. Wongpakaran N, Wongpakaran T. Prevalence of major depressive disorders in long-term care facilities: a report from northern Thailand. Psychogeriatrics. 2012;12(1):11-7.
18. Phoosri P, Sangon S, Nintachan P. Selected factors related to quality of life of older persons with dementia. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2019;33(1):18-35. (in Thai)
19. Kanungpam T, Tareram J, Salavatanakul S. The effect of reminiscence activity on the self-esteem of elderly people. Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals. 2020;35(2):231-42. (in Thai)
20. Patidar J, Sharma A. Effect of reminiscence therapy on self-esteem: a systematic review. Journal of Coastal Life Medicine. 2023;11(1):2631-40.
21. Duangduen Y, Jitramontree N, Wirojratana V. The effect of group reminiscence program on self-esteem among institutionalized older adults. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2019;34(2):30-43. (in Thai)



22. Hamtanon P, Chalemtrong P, Chukaewruang P, Fongngam P. Effect of integrated reminiscence program on depression in older adults: a pilot study in older adults, Ban Mai Daeng Subdistrict, Amphur Muang, Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*. 2019;22(3):55-65. (in Thai)
23. Pumprawai A, Janejatkam B, Kanokwongnuwat P, Hemchayat U, Janchai N. Effectiveness of self-esteem promoting program on depression of elder people in borploy sub-district, Samkok District, Pathumthani Province. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2019;27(1):33-41. (in Thai)
24. Pongpomma L, Kaewprom C, Wongjun J. Effects of reminiscence program on self-esteem among old persons living in bansuan subdistrict, Chonburi Province. *Journal of Health and Nursing Education*. 2024;30(2):153-67. (in Thai)



การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วม สำหรับผู้สูงอายุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่ อำเภอแก่งสนามนง จังหวัดนครราชสีมา

Development of Participatory Telemedicine Service System for Elderly with Non-Communicable Diseases in Kaeng Sanam Nang District, Nakhon Ratchasima Province

ณภัทร แพทย์ภูมิ¹, อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง², อมรัตน์ ลือนาม³

Naphat Paechaiyaphum¹, Atthawit Singsalasang², Amomrat Lueman³

¹นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

¹Doctor of Public Health Student, Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

²Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

³คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

Faculty of Public Health and Environment, Huachiew Chalermprakiet University

Corresponding author: Atthawit Singsalasang, E-mail: atthawits@kkumail.com

Received: May 4, 2025 Revised: July 31, 2025 Accepted: August 3, 2025

บทคัดย่อ

ปัจจุบันการแพทย์ทางไกลมีบทบาทสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การแพทย์ทางไกลต้องพัฒนาให้มีความเหมาะสม ซึ่งวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์ 3 ข้อตามระยะของการวิจัย ดังนี้ 1) ศึกษาบริบทและความจำเป็นของผู้ใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วม สำหรับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) พัฒนาระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วม และ 3) ประเมินผลลัพธ์การใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วม กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 206 คน และ บุคลากรสาธารณสุขร่วมกับบุคลากรในชุมชน จำนวน 23 คน เครื่องมือที่ใช้คือระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่พัฒนาขึ้น ระยะเวลาดำเนินการ 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติพรรณนา การวิเคราะห์เนื้อหา และ สถิติ Wilcoxon signed-rank test ผลการศึกษา 1) ผู้สูงอายุร้อยละ 100 ไม่รู้จักระบบการแพทย์ทางไกล ขาดการเข้าถึงอุปกรณ์ในการสื่อสาร 2) ระบบการแพทย์ทางไกลที่พัฒนาขึ้นมีจุดให้บริการ 3 จุด คือ จุดบริการในชุมชน จุดบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ จุดบริการในโรงพยาบาล และ 3) ผลลัพธ์การใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วม ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ โดยค่าความดันโลหิตค่าบนและค่าล่างก่อนและหลังมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ พบว่ามีความพึงพอใจทุกด้านอยู่ในระดับสูง ส่วนบุคลากรพบความพึงพอใจด้านผลลัพธ์และด้านกระบวนการการดำเนินโครงการอยู่ในระดับสูง จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า ระบบที่พัฒนาขึ้นสามารถบูรณาการเข้ากับบริการสุขภาพในชุมชน และก่อให้เกิดการดำเนินงานแบบภาคีเครือข่าย

คำสำคัญ: การแพทย์ทางไกล; ผู้สูงอายุ; โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง; ระบบบริการ



Development of Participatory Telemedicine Service System for Elderly with Non-Communicable Diseases in Kaeng Sanam Nang District, Nakhon Ratchasima Province

Naphat Paechaiyaphum¹, Atthawit Singsalasang², Amomrat Lueman³

¹Doctor of Public Health Student, Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

²Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

³Faculty of Public Health and Environment, Huachiew Chalemparakiet University

Faculty of Public Health and Environment, Huachiew Chalemparakiet University

Corresponding author: Atthawit Singsalasang, E-mail: atthawits@kkumail.com

Received: May 4, 2025 Revised: July 31, 2025 Accepted: August 3, 2025

Abstract

Currently, telemedicine plays an important role in accessing healthcare services, especially for the elderly with non-communicable diseases (NCDs); telemedicine must be developed appropriately. This research and development was conducted in three phases, each with corresponding objectives: 1) to explore the context and needs of users of participatory telemedicine services for older adults with chronic non-communicable diseases, 2) to develop a telemedicine service system, and 3) to evaluate the results of using telemedicine services. The study participants comprised 206 older adults with NCDs and 23 individuals working in public health and community-based services. The tool used is a collaborative telemedicine service system developed for the elderly with non-communicable diseases. The intervention lasted three months. Data were analyzed using descriptive statistics, content analysis, and the Wilcoxon signed-rank test. The findings were as follows: 1) 100% of the older adults were unfamiliar with telemedicine systems and lacked access to communication devices. 2) The developed participatory telemedicine service system comprised three service access points: community-based, hospital-based, and sub-district health promotion hospital-based. 3) In terms of health outcomes, a statistically significant improvement was observed among older adults with diabetes who achieved better blood glucose control. Among those with hypertension, significant differences were found in both systolic and diastolic blood pressure levels. Regarding satisfaction, both service users and providers reported high satisfaction levels across all dimensions. The study concludes that the developed system can be effectively integrated into community health services and used to strengthen collaborative health network operations.

Keywords: non-communicable diseases; telemedicine; elderly; service system



ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันผู้สูงอายุทั่วโลกมีเพิ่มมากขึ้น ภายในปี ค.ศ. 2030 คาดการณ์ว่าสัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปี จะเพิ่มขึ้นจาก 1 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2020 เป็น 1.4 พันล้านคน และในปี ค.ศ. 2050 จะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า (2.1 พันล้านคน)¹ ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2566 พบผู้สูงอายุทั่วประเทศร้อยละ 19.97² ความสูงอายส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในปัจจุบันทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคเบาหวาน 573 ล้านคน³ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1.28 พันล้านคน⁴ ทั้ง 2 โรคมักจะเกิดร่วมกัน จากปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคคล้ายกัน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) โรคหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease: IHD) โรคหัวใจล้มเหลว (heart disease) โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) และพบความเชื่อมโยงของโรคไม่ติดต่อในผู้สูงอายุ⁵ ส่วนประเทศไทยข้อมูลจากกรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ⁶ ในปี พ.ศ. 2560-2562 พบโรคความดันโลหิตสูง มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นทุกปีเป็นอันดับ 1 (2,091.28, 2,245.09 และ 2,388.84 ตามลำดับ) รองลงมา คือโรคเบาหวานมีอัตราป่วยต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นทุกปีเป็นอันดับ 2 (1,344.95, 1,439.04 และ 1,528.9 ตามลำดับ) ส่วนข้อมูลของอำเภอแก่งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา⁷ มีผู้สูงอายุจำนวน 7,360 คน ร้อยละ 20.30 ถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้ว โดยผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมารับบริการที่โรงพยาบาลแก่งสนามนางมี จำนวน 3,460 คน ร้อยละ 69.60 เป็นผู้ป่วยตำบลบึงพะไลมากที่สุด จำนวน 931 คน ร้อยละ 26.90 ซึ่งเป็นความท้าทายในการให้บริการสุขภาพกับผู้สูงอายุเพื่อการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ในปัจจุบันระบบบริการการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ได้มีความสำคัญต่อการให้บริการสุขภาพมากขึ้น ตั้งแต่ช่วงการระบาดของโควิด-19 ซึ่งส่งผลต่อการติดตามการรักษา ก่อให้เกิดความเสี่ยงมากขึ้นต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนรุนแรง หรือการเสียชีวิต⁸ แต่การบริการการแพทย์ทางไกลยังพบปัญหาเรื่องความรู้ทางเทคนิค ความพร้อมของผู้รับบริการ เนื่องจากความยุ่งยากในการใช้งาน และเรื่องค่าใช้จ่าย⁹ ส่วนประเทศไทย ทิศทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2568 มีประเด็นที่สำคัญ คือยกระดับระบบบริการรองรับสังคมสูงวัย ลดอัตราตาย และผลักดันการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัล¹⁰ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2566 การแพทย์ทางไกลเป็นตัวชี้วัดการให้บริการระดับจังหวัด โดยรูปแบบการบริการแต่ละจังหวัดสามารถจัดได้ตามเงื่อนไขของประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น ประเด็นที่ 4 Digital Health¹¹ ส่วนจังหวัดนครราชสีมา มีรูปแบบการบริการการแพทย์ทางไกล 3 รูปแบบ¹² ดังนี้ คือ แบบที่ 1: Station to station, แบบที่ 2: Station to station และ แบบที่ 3: Station to person โดยมีอัตราขาดเซviceบริการ 50 บาทต่อครั้ง/คน¹³

ในปัจจุบันโรงพยาบาลแก่งสนามนาง ได้ให้บริการการแพทย์ทางไกลในผู้ป่วยที่รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่สังกัด อบจ. โดยใช้รูปแบบที่ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา กำหนด แต่ยังไม่มีการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลกับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับยาที่โรงพยาบาลแก่งสนามนาง เนื่องจากยังขาดรูปแบบหรือระบบที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ ทั้งในส่วนของโรงพยาบาล และในชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วม สำหรับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่รับยาที่โรงพยาบาลแก่งสนามนาง และอาศัยในตำบลบึงพะไล ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดในอำเภอแก่งสนามนาง โดยการนำผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เข้ามารับทราบถึงปัญหา และมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ทางไกลฯ รวมทั้งเป็นการสร้างเครือข่ายร่วมกับชุมชน เพื่อให้ชุมชนเห็นปัญหาเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล รับฟังความคิดเห็นหาทางแก้ไขและพัฒนาระบบร่วมกัน¹⁴ อันจะก่อให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบยั่งยืนต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทและความจำเป็นของผู้ใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วม สำหรับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วม สำหรับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วม สำหรับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) นี้เป็นการศึกษาร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (social support theory) ของ เฮาส์¹⁵ ประกอบด้วยแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร โดยมีกระบวนการในการศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและความจำเป็นของการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (R1)

1. ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย มี 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่รับบริการที่โรงพยาบาลแก้งสนามนาง อาศัยอยู่ในตำบลบึงพะไล อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา จาก 5 โชน โชนละ 6 คน จำนวน 30 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย และ 2) กลุ่มเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลและในชุมชน ทั้งหมดจำนวน 13 คน โดยทั้ง 2 กลุ่ม เป็นการเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเลือก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชุด เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ได้แก่ เครื่องมือชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ เครื่องมือชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์สำหรับบุคลากรและผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ทั้ง 2 ชุดเป็นข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิด

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณา ความถูกต้อง ชัดเจน และความครอบคลุมของเนื้อหา หลังจากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขและนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruency Index: IOC) ชุดที่ 1 และชุดที่ 2 มีค่า IOC ตั้งแต่ .60-1.00

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาเก็บข้อมูลด้วยตนเอง จากการจดบันทึก การใช้เทปบันทึกเสียง

5. การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และนำข้อมูลที่ได้นำมาจัดทำร่างต้นแบบระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วม สำหรับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อนำเสนอต่อในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วม สำหรับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (R2) มีทั้งหมด 3 ขั้นตอน

1. ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย แบ่งตามขั้นตอน ดังนี้

1.1 ขั้นตอนที่ 1 (D1) การพัฒนาต้นแบบระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วมฯ กลุ่มเป้าหมายเป็นเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกลุ่มเดียวกับระยะที่ 1



1.2 ขั้นตอนที่ 2 (R2) การทดลองใช้ต้นแบบระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมเวทีประชาคม โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ ตัวแทนเจ้าหน้าที่รพ.สต. ตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทน อสม. รวมจำนวน 35 คน 2) กิจกรรมอบรมพัฒนาความรู้เบื้องต้นของ อสม. สำหรับร่วมดำเนินการการแพทย์ทางไกล โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ ตัวแทน อสม. จาก 15 หมู่บ้านเลือกมาหมู่บ้านละ 3 คน รวมทั้งสิ้น 45 คน ซึ่งทั้ง 2 กิจกรรมเป็นการเลือกแบบเจาะจง และกิจกรรมที่ 3) การทดลองใช้ต้นแบบระบบบริการการแพทย์ทางไกลที่ได้พัฒนาขึ้น โดยมีกลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้รับบริการระบบเป็นผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 30 คน ตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีระดับความรู้สึกร่างกายปกติ เข้าใจการสื่อสารด้วยภาษาพูดได้รู้เรื่อง มีภาวะแทรกซ้อนแต่อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมโรคแทรกซ้อนได้ ค่าระดับน้ำตาลในเลือดไม่มากเกินไป 150 มก./ดล. ค่าความดันโลหิตไม่เกินไป 150/90 มิลลิเมตรปรอท เต็มใจและยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อยู่ในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน ได้รับการรักษาด้วยยาว่าฟาริน (warfarin) ได้รับยาชนิดอื่นชุลิน และเป็นโรคไตเรื้อรังในระยะ 4-5 และ กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ให้บริการระบบเป็นเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล กลุ่มเดียวกับระยะที่ 1 และกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในชุมชน รวมทั้งหมดจำนวน 32 คน ตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ กลุ่มเป้าหมายที่เป็นบุคลากรของโรงพยาบาล และบุคลากรในชุมชน ตำบลบึงพะไล อำเภอแก่งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา ปฏิบัติงานในบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างน้อย 1 ปี เป็นผู้ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการพูด ฟัง อ่าน และเขียนเข้าใจได้ดี เป็นผู้ที่สนใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยมีเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ไม่เคยใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟน และเป็นผู้ที่มีความต้องการยกเลิกระหว่างเข้าร่วมดำเนินการวิจัย

1.3 ขั้นตอนที่ 3 (D2) การปรับปรุงต้นแบบระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วมภายหลังการทดลองใช้ โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกลุ่มเดียวกับระยะที่ 1

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 5 ชุด แบ่งตามขั้นตอนดังนี้ (D1) เครื่องมือชุดที่ 1 แนวทางการประชุมกลุ่มย่อยแบบมีโครงสร้าง (R1) เครื่องมือชุดที่ 2 แบบทดสอบความรู้ของ อสม. เป็นข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิด เครื่องมือชุดที่ 3 แบบสังเกตการณ์สำหรับผู้เข้าร่วมประชาคม เครื่องมือชุดที่ 4 แบบสังเกตการณ์การนำระบบบริการการแพทย์ทางไกลไปใช้ดำเนินการในสถานการณ์จริง เครื่องมือชุดที่ 3 และ 4 เป็นแบบสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม และเป็นแบบสำรวจรายการ (D2) เครื่องมือชุดที่ 5 แนวทางการประชุมกลุ่มย่อยแบบมีโครงสร้างเพื่อให้ข้อเสนอแนะตามองค์ประกอบของต้นแบบระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วม

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ทั้ง 5 ชุด ทำการตรวจสอบคุณภาพเช่นเดียวกับระยะที่ 1 เครื่องมือชุดที่ 1, 2, 3 มีค่า IOC ตั้งแต่ .60-1.00 เครื่องมือชุดที่ 4 และ 5 มีค่า IOC ตั้งแต่ .80-1.00 เครื่องมือชุดที่ 2 มีการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือเพิ่มเติม โดยใช้การวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richarson) ใช้สูตร KR-20 มีสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ .70 อยู่ในระดับพอยอมรับได้¹⁶

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้ง 3 ขั้นตอนในระยะที่ 2 ผู้ศึกษาเก็บข้อมูลด้วยตนเอง จากการจดบันทึกการประชุม การจดบันทึกจากการสังเกต การใช้เทปบันทึกเสียง และการบันทึกวิดีโอในการประชุม

5. การวิเคราะห์ข้อมูล เครื่องมือชุดที่ 1 ชุดที่ 3 ชุดที่ 4 และชุดที่ 5 ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา เครื่องมือชุดที่ 2 ใช้การวิเคราะห์เชิงปริมาณ ด้วยสถิติ Paired t-test โดยใช้โปรแกรม SPSS

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์การใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วม สำหรับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (R3)

1. ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย มี 2 กลุ่มเป็นการเลือกแบบเจาะจง ดังนี้ 1) ผู้รับบริการระบบ คือ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 206 คน 2) ผู้ให้บริการระบบ คือกลุ่ม เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในชุมชน รวมจำนวน 23 คน ทั้ง 2 กลุ่มคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกเหมือนระยะที่ 2 ขั้นตอน R2 กิจกรรมที่ 3

2. เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือในการทดลอง คือ ระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วม สำหรับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ 2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 3 ชุด ได้แก่ เครื่องมือชุดที่ 1 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วม เป็นข้อคำถามปลายปิด โดยข้อคำถามความพึงพอใจต่อระบบบริการการแพทย์ทางไกล มีข้อคำถามหลัก 5 ด้าน ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด 2 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อย 3 คะแนน หมายถึง พึงพอใจปานกลาง 4 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมาก และ 5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด และมีข้อคำถามปลายเปิดเพื่อให้เห็นความคิดเห็นต่อระบบการแพทย์ทางไกลตามบทบาทหน้าที่ 3) เครื่องมือชุดที่ 2 แบบบันทึก (Case record form) ใช้ลงผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และค่าความดันโลหิต 4) เครื่องมือชุดที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิด ข้อคำถามความพึงพอใจมีข้อคำถามหลัก 5 ด้าน ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต 3 ระดับ โดยระดับที่ลดความคลาดเคลื่อนของการตอบได้อยู่ที่ 3-7 ระดับ¹⁷ โดยแบ่งระดับความพึงพอใจ 3 ระดับ คือ 1 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อย 2 คะแนน หมายถึง พึงพอใจปานกลาง และ 3 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมาก และข้อเสนอแนะอื่นๆ เป็นข้อคำถามปลายเปิด

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ใช้การตรวจสอบคุณภาพเช่นเดียวกับระยะที่ 1 โดยเครื่องมือทั้ง 3 ชุด มีค่า IOC ตั้งแต่ .80-1.00 ส่วนระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วม สำหรับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ได้รับการปรับปรุงในขั้นตอน (D2) ทุกข้อมีค่า IOC = 1.00

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ศึกษาทำการเก็บข้อมูลโดยปรับมาตรฐานทีมเก็บข้อมูลวิจัย ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล ต่อกลุ่มเป้าหมาย พร้อมทั้งขออนุญาตเก็บข้อมูล และ ยินยอมให้ข้อมูลตามแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ใช้การอ่านข้อคำถามที่ละเอียด และบันทึกคำตอบที่ได้ด้วยตนเอง และผู้เก็บข้อมูลตรวจสอบความสมบูรณ์ในการตอบเพื่อเตรียมนำไปวิเคราะห์ข้อมูล และ 2) กลุ่มเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทั้ง 2 กลุ่ม ผู้ศึกษาทำการเก็บข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งขออนุญาตเก็บข้อมูล และยินยอมให้ข้อมูลตามแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เป็นการส่งแบบสอบถามให้กลุ่มเป้าหมายตอบด้วยตนเอง หลังจากนั้นผู้ศึกษาเก็บรวบรวมแบบสอบถาม และ ตรวจสอบความสมบูรณ์ในการตอบ เพื่อเตรียมนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

5. การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นการวิเคราะห์ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยสถิติ



Wilcoxon signed-rank test ส่วนความพึงพอใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้โปรแกรม SPSS สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา เลขที่ใบรับรอง HE-146-2567 ลงวันที่ 27 กันยายน พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ผู้สูงอายุ ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และระยะเวลาในการวิจัย และสอบถามความสมัครใจก่อนเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. บริบทและความจำเป็นของการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่า

1.1 กลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 30 คน ผลการศึกษา 1) ข้อมูลทั่วไป พบเพศหญิง ร้อยละ 70.00 อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 43.33 อายุเฉลี่ย 71.47 ปี (SD = 6.72) มีการศึกษาระดับ ประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 83.33 มีสถานะหม้าย ร้อยละ 70.00 อาศัยอยู่กับคู่สมรส และ/หรือบุตร และ/หรือหลาน ร้อยละ 86.70 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 50.00 ได้รับเบี้ยผู้สูงอายุ ร้อยละ 96.70 มีรายได้ต่อครัวเรือน 2,000-4,000 บาท ร้อยละ 53.33 เฉลี่ย 5,416.67 บาท (SD = 4,366.97) 2) ข้อมูลด้านสุขภาพ ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคร่วม มีเท่ากับผู้ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรค ความดันโลหิตสูงและโรคร่วม ร้อยละ 43.33 รับรู้ว่าตนเองควบคุมโรคได้ดี ร้อยละ 43.33 มารับบริการตาม นัดสม่ำเสมอ ร้อยละ 60.00 ใช้วิธีจำเหมาะในการเดินทางมาโรงพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 33.33 มีปัญหา ด้านสุขภาพอื่นๆ ถึงร้อยละ 83.33 ได้แก่ การมองเห็น ปวดเข้า ได้ยินเสียงไม่ชัดเจน 3) ข้อมูลการรับรู้ระบบ บริการการแพทย์ทางไกล พบว่าไม่รู้จักรบบการแพทย์ทางไกลร้อยละ 100 มีโทรศัพท์มือถือเพียงร้อยละ 6.70 และไม่มีโทรศัพท์มากถึงร้อยละ 60.00 ในผู้ที่มีโทรศัพท์มือถือ นอกจากการโทรตามปกติแล้ว ยังใช้เพื่อความบันเทิง และบริการอื่นๆ รวมทั้งรู้จักประโยชน์ของสัญญาณอินเทอร์เน็ต และสัญญาณ อินเทอร์เน็ตที่ใช้อยู่ปกติดี 4) ความคิดเห็นต่อรูปแบบการบริการทางการแพทย์ในอนาคต เช่น “อยากให้ มีการส่งยาที่บ้านคือเก่า (เหมือนเดิม)” “อยากให้ มี อสม. คอยช่วยเหลือ (คอยช่วยเหลือ)” ผู้สูงอายุกังวล หากต้องใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล “จะเห็ดเองได้บ่หมอ จะยากเกินไป อยากให้มี อสม. คอยช่วยเหลือ” “ให้พบหมอทางโทรศัพท์ เห็ดบ่เป็น ต้องให้ อสม. อยู่มาแล้ว บ่อยู่เห็ดจั่งได้”

1.2 กลุ่มผู้ให้บริการระบบ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาล กลุ่มที่ 2 เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในชุมชน รวม 15 คน ผลการศึกษา 1) ข้อมูลการใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล กลุ่มที่ 1 รู้จักการบริการการแพทย์ทางไกลทั้ง 8 คน ร้อยละ 53.33 เคยให้บริการการแพทย์ทางไกล ร้อยละ 53.33 กลุ่มที่ 2 รู้จักการบริการการแพทย์ทางไกลเพียงร้อยละ 13.33 ซึ่งเจ้าหน้าที่ทั้ง 2 กลุ่มไม่เคยได้รับ บริการสุขภาพผ่านระบบบริการการแพทย์ทางไกลมาก่อน ร้อยละ 100 และ 2) ข้อมูลการดำเนินการ บริการการแพทย์ทางไกลในปัจจุบัน พบข้อคิดเห็นดังนี้ “เทเลเมตตอนนี่ก็เป็นการปฏิบัติงานตามนโยบาย แต่ยังไม่ สามารถตอบโจทย์ของการรักษาได้เท่าที่ควร” “เทเลเมตที่กำลังใช้ในปัจจุบันเป็นการแก้ปัญหาการกระจาย อำนาจของ รพ.สต. ที่ขึ้นตรงกับ อบจ. ไม่ได้ทำเพื่อตอบสนองปัญหา และแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยจริงๆ” “ปัจจุบันก็เป็นการทำเทเลเมตตามนโยบาย ตอนนี้นำแบบ station to station ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันที่

รับยาใน รพ.สต. แยกตัว เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายนี้ ไม่ต้องเตรียมอุปกรณ์มาก มีวันนัดชัดเจน ผู้ป่วยไปรอตรวจที่ รพ.สต. โดยแพทย์จะรอตรวจที่โรงพยาบาล”

ในระยะที่ 1 พบว่าผู้สูงอายุไม่รู้จักรบบบริการการแพทย์ทางไกล มีความลำบากในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล รวมทั้งความไม่พร้อมของอุปกรณ์ในการสื่อสาร และมีความกังวลหากต้องใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกลในการพบแพทย์ ดังนั้นจึงต้องการให้ อสม. คอยช่วยเหลือ ในส่วนของผู้ให้บริการระบบ พบความต่างของการรู้จักรบบบริการการแพทย์ทางไกล และการเคยให้บริการการแพทย์ทางไกล โดยส่วนของโรงพยาบาลจะแสดงความคิดเห็นเชิงนโยบาย และการปฏิบัติ ส่วนของชุมชน เนื่องจากไม่รู้จักรบบและไม่เคยให้บริการการแพทย์ทางไกล ดังนั้น จึงไม่ทราบวาทบาทของตนเองในระบบการแพทย์ทางไกลจะต้องปฏิบัติอย่างไร

2. ระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วม สำหรับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วมฯ มีจุดร่วมกันให้บริการผู้สูงอายุ จำนวน 3 จุด โดยมีรายละเอียดการให้บริการตามระบบบริการการแพทย์ทางไกล ดังนี้

2.1 จุดบริการในชุมชน มีกิจกรรมการให้บริการตามระบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้านประกาศรายชื่อผู้สูงอายุที่มารับบริการการแพทย์ทางไกลก่อนวันที่จะให้บริการในชุมชน และเตรียมสถานที่ในการให้บริการ ในวันที่ให้บริการ ช่วงเช้า อสม. วัดความดันโลหิต เจาะน้ำตาลปลายนิ้วเมื่ออดอาหาร (DTX) ถ่ายรูปบัตรประชาชนของผู้ป่วยคู่กับผู้ป่วยส่งเข้าไลน์ของแต่ละโซน เพื่อให้โรงพยาบาลเปิดสิทธิ์ และปิดสิทธิ์การรักษา ถ่ายรูปสมุดบันทึกข้อมูลผู้ป่วยรวมทุกคนส่งในไลน์โซน เพื่อให้ห้องปฏิบัติการทางเทคนิคการแพทย์ลงผลน้ำตาลในเลือด และพยาบาลกรอกข้อมูลในการส่ง Health Rider เวลา 13.00 น. อสม. คอยช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยซักประวัติกับพยาบาล และขณะพบแพทย์ โดยใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟนของ อสม. ผ่านระบบ VROOM ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น และอาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์ด้วยตนเอง และแจ้งวันนัดในครั้งต่อไป ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการประมาณ 1-2 ชั่วโมง ซึ่งมีแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์เข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนี้ ด้านอารมณ์ เป็นการแสดงถึงความเอาใจใส่ เนื่องจากเป็นบริการที่เข้าถึงชุมชน ด้านการประเมินคุณค่า มีการตรวจ DTX วัดความดันโลหิต ซึ่งเป็นข้อมูลที่ใช้เพื่อติดตามสุขภาพ ด้านทรัพยากร มีสถานที่บริการในชุมชน และมี อสม. คอยอำนวยความสะดวก

2.2 จุดบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นจุดกระจายอุปกรณ์ และ ประสานงานระหว่างชุมชนและโรงพยาบาล โดยมีแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ในด้านทรัพยากร ซึ่งเป็นส่วนบุคลากรจากการนำ รพ.สต. เข้ามาเป็นส่วนร่วมของผู้ประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน

2.3 จุดบริการในโรงพยาบาล มีกิจกรรมการให้บริการตามระบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ เปิดสิทธิ์การรักษา โดยใช้ข้อมูลที่ อสม. ส่งให้ผ่านระบบไลน์โซน ลงผล DTX จากข้อมูลที่ อสม. ส่งในระบบไลน์ พยาบาลซักประวัติ และผู้ป่วยพบแพทย์ผ่านระบบ VROOM เภสัชกรจัดยา และประสานการบริการส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน (Health Rider) โดยมีแรงสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์¹⁵ ด้านข้อมูลข่าวสาร เนื่องจากผู้สูงอายุยังได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งจากพยาบาลและแพทย์ ด้านทรัพยากรเนื่องจากการเป็นสนับสนุนด้านความรู้ให้กับชุมชนในการดำเนินงาน และอุปกรณ์ที่ใช้ให้บริการสุขภาพ ดังแสดงในภาพที่ 1

ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3⁷ จำนวน 85 คน และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีค่า HbA1c น้อยกว่าร้อยละ 8 ประมาณเท่ากับค่า FBS 90-150 มก./ดล.¹⁸ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง⁷ จำนวน 7 คน โดยผลของการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ใช้เกณฑ์ DTX 80-130 มก./ดล. หลังการทดลอง มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .007$) มีความต่างในขนาดปานกลาง ค่า $r = .292$ กลุ่มที่ใช้เกณฑ์ 90-150 มก./ดล. ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .398$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่า DTX ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ($n = 92$ คน)

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	z	r	p-value
	Mdn (IQR)	Mdn (IQR)			
กลุ่มที่ใช้ เกณฑ์ 80-130 มก./ดล. ($n = 85$ คน)	120.00 (38.50)	126.00 (30.00)	-2.694 ^b	.292	.007
กลุ่มที่ใช้ เกณฑ์ 90-150 มก./ดล. ($n = 7$ คน)	117.00 (22)	127.00 (56)	-.845 ^b	.319	.398

หมายเหตุ b. Based on Positive Ranks

1.1.2 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตควบคุมได้ตามเกณฑ์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง และมีค่าความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท⁷ 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกกลุ่มอายุและเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-4 และมีค่าความดันโลหิตน้อยกว่า 130/80 มม.ปรอท⁷ โดยผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มที่ไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง มีค่า SBP สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .030$) มีความต่างในขนาดปานกลาง ค่า $r = .255$ ส่วนค่า DBP ไม่มีความต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .110$) ส่วนกลุ่มที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ค่า SBP และ DBP ก่อนและหลังการทดลอง ไม่มีความต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .250$, $p = .170$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าความดันโลหิตผู้ป่วยเบาหวานที่ความดันโลหิตควบคุมได้ตามเกณฑ์ ($n = 92$)

กลุ่มผู้ป่วย	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	z	r	p-value
	Mdn (IQR)	Mdn (IQR)			
กลุ่มที่ไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง (n = 72)					
SPB	132.00 (16.75)	134.00 (11.75)	-2.165 ^b	.255	.030
DBP	74.00 (15.78)	71.00 (13.75)	-1.584 ^c	.186	.110
กลุ่มที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 (n = 20 คน)					
SBP	132.00 (23.75)	135.00 (11.75)	-1.147 ^b	.256	.250
DBP	76.50 (7.75)	71.00 (12.5)	-1.364 ^c	.305	.170

หมายเหตุ SPB = Systolic blood pressure, DBP= Diastolic blood pressure

b. Based on negative ranks, c. Based on positive ranks



1.1.3 โรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกคน รวมทั้งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ใช้เกณฑ์ความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท ยกเว้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานร่วมกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 เพราะเกณฑ์ความดันโลหิตที่ใช้ อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตควบคุมได้ตามเกณฑ์⁷ โดยผลการทดลองพบว่า หลังการทดลองค่า SBP ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .390$) ส่วนค่า DBP มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .030$) หลังการทดลองมีค่า DBP ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าความดันโลหิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมค่าความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ ($n = 153$)

กลุ่มผู้ป่วย	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	z	r	p-value
	Mdn (IQR)	Mdn (IQR)			
กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง					
SBP	134.00 (14.00)	134.00 (11.00)	-.860 ^b	.074	.390
DBP	76.00 (12.00)	72.00 (13.00)	-2.117 ^c	.182	.030

SBP b. Based on negative ranks, DBP c. Based on positive ranks

1.1.4 โรคอื่น ได้แก่ โรคไทรอยด์ และโรคเก๊าท์ เนื่องจากผู้ป่วยต้องวัดความดันโลหิตทุกครั้งที่มาใช้บริการ เพื่อเป็นการเฝ้าระวังการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยผลการทดลองพบว่า หลังการทดลอง ค่า SBP และ DBP ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .169$, $p = .552$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคอื่นๆ ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ ($n = 9$)

กลุ่มผู้ป่วยโรคอื่น ๆ	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	z	r	p-value
	Mdn (IQR)	Mdn (IQR)			
โรคเก๊าท์ และไทรอยด์					
SBP	118.00 (19.00)	126.00 (11.00)	-1.375 ^b	.458	.169
DBP	73.00 (13.00)	74.00 (15.00)	-.595 ^c	.198	.552

SBP b. and DBP c. Based on negative ranks

1.2 ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ พบความพึงพอใจ ทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับสูง ประกอบด้วย ด้านกระบวนการให้บริการ ร้อยละ 99.03 ด้านการใช้เทคโนโลยีเพื่อให้บริการ ร้อยละ 89.80 ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ร้อยละ 97.08 ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการระบบ ร้อยละ 95.15 และ ด้านผลลัพธ์ในการรับบริการ ร้อยละ 93.69 เมื่อเปรียบเทียบกับบริการที่ผู้ป่วยต้องเดินทางไปโรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เสียเวลาในการรอคอย และไม่มีเจ้าหน้าที่ที่คอยอำนวยความสะดวกให้ ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลที่ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของผู้สูงอายุจึงสูงขึ้นเมื่อได้ใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วม

2. กลุ่มผู้ให้บริการระบบฯ คือบุคลากรสาธารณสุขร่วมกับชุมชน จำนวน 23 คน ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจต่อระบบบริการแพทย์ทางไกล พบว่า ความพึงพอใจในระดับสูง คือ ความพึงพอใจด้านผลลัพธ์ ร้อยละ 52.17 และด้านกระบวนการของการดำเนินโครงการ ร้อยละ 47.83 ความพึงพอใจในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการนำระบบไปใช้ ร้อยละ 52.17 ส่วนด้านการใช้เทคโนโลยีเพื่อให้บริการ และด้านข้อมูลที่ใช้สื่อสารกันในระบบ มีความพึงพอใจในระดับต่ำ ร้อยละ 47.83 และ 52.17 ตามลำดับ เนื่องจากระบบที่พัฒนาขึ้น เป็นระบบบริการแบบใหม่ที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุในชุมชนได้จริง โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการให้บริการ และช่วยเพิ่มรายได้ให้กับระบบบริการ ดังนั้นจึงพบความพึงพอใจสูง แต่เป็นระบบใหม่ซึ่งการใช้ยังคงมีปัญหาอยู่บ้าง จึงพบความพอใจอยู่ในระดับปานกลาง รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารยังเป็นปัญหากับผู้ให้บริการในชุมชน ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านการส่งต่อข้อมูลขณะให้บริการ ดังนั้นความพึงพอใจจึงอยู่ในระดับต่ำ

อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถอธิบายผลการวิจัยตามกรอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

1. บริบทของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอแก่งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมาในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการมองเห็น การได้ยิน การทรงตัว ทำให้ผู้สูงอายุที่มีความลำบากในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล รวมทั้งไม่มีโทรศัพท์มือถือในการติดต่อสื่อสาร และมีความกังวลหากต้องใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกลเพื่อรับบริการสุขภาพ ดังนั้นจึงต้องการให้ อสม. คอยช่วยเหลือส่งยาให้เช่นเดียวกับช่วงสถานการณ์โควิด-19 สอดคล้องกับการศึกษาของ Beheshti et al.¹⁹ และ Buawangpong et al.²⁰ ที่ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวเพื่อช่วยเหลือเรื่องการใช้บริการการแพทย์ทางไกล สำหรับบริบทการทำงานร่วมกันของบุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรในชุมชนซึ่งนับว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ดังที่ Thanakijaombat et al.²¹ ระบุว่าการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายต้องร่วมมือกันอย่างเป็นระบบ พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันในบทบาทหน้าที่ และสถานที่ปฏิบัติงาน ซึ่งส่งผลต่อการรู้จักระบบบริการการแพทย์ทางไกล โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ในส่วน of ชุมชนที่มองว่าตนเองจะเกี่ยวข้องในการมีส่วนร่วมกับระบบบริการการแพทย์ทางไกลอย่างไร เนื่องจากการแพทย์ทางไกลเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ เนื่องด้วยเจ้าหน้าที่ทั้ง 2 กลุ่มมีสังกัดอยู่คนละกระทรวง และยังไม่มีความชัดเจนในเรื่องการปฏิบัติงานร่วมกัน ขาดการส่งต่อข้อมูล ทำให้ขาดการวางแผนงานร่วมกันทั้งเครือข่าย ดังนั้น การทราบถึงปัญหาของการทำงาน ในพื้นที่ จึงนับว่าเป็นประโยชน์ต่อการจัดระบบบริการเพื่อให้มีความเหมาะสมในการให้บริการด้านสุขภาพ ในพื้นที่ตามสภาพที่เป็นจริง

2. ระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วม สำหรับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มทดลองจริง สามารถให้บริการได้ใกล้เคียงกับการมารับบริการที่โรงพยาบาล สอดคล้องและตรงตามความจำเป็นของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ และสอดคล้องกับแผนงาน/โครงการ และตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566²² ที่มีเป้าหมายการจัดบริการการแพทย์ทางไกล สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพราะระบบที่พัฒนาขึ้นเป็นไปตามบริบท และความจำเป็นของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ ซึ่งเป็นการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมทั้งโรงพยาบาล และชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยของ พรพรรณ โพธิ์ไชยา และ ณัฐวิโรจน์ ชูตา¹⁴ ที่ได้ศึกษาแนวทางการพัฒนารูปแบบการให้บริการการแพทย์ทางไกลสำหรับทีมสุขภาพ



ผู้สูงอายุและครอบครัว โดยระบบเข้าถึงง่าย มีการปรับปรุงพัฒนาต่อเนื่อง รับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ทั้งนี้เพราะระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วมฯ เมื่อทดลองใช้ระบบแล้วมีการนำปัญหาที่เกิดขึ้นมาปรับปรุงแก้ไขให้ระบบมีความเหมาะสมในการดำเนินงาน ก่อให้เกิดการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ ตรงตามบริบทของพื้นที่ในระยะยาว

3. ผลลัพธ์การใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วมฯ ประกอบด้วย

3.1 กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลได้ดี ผลจากการรับบริการด้วยระบบบริการการแพทย์ทางไกลที่พัฒนาขึ้นไม่พบผู้ที่มี $DTX \leq 70$ มก./ดล. หรือ $DTX \geq 250$ มก./ดล. ซึ่งเป็นเกณฑ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคเบาหวาน¹⁸ จากการศึกษาของ Mao et al.²³ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รับบริการการแพทย์ทางไกลเป็นเวลา 12 เดือนมีน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการศึกษานี้ใช้เวลาในการทดลอง 3 เดือน รวมทั้งการศึกษานี้ใช้เกณฑ์ในการตัดเข้าเป็นผล FBS ซึ่งสามารถตรวจได้ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาล ดังนั้นเมื่อผล FBS ของผู้ป่วยตรงตามเกณฑ์ จะได้รับการตัดเข้าและได้รับการชี้แจงข้อมูลเพื่อเข้าร่วมการวิจัยตามความยินยอม เมื่อเข้าโครงการวิจัย ผู้ป่วยได้รับการบริการตามระบบบริการการแพทย์ทางไกลที่พัฒนาขึ้น ส่วนการแบ่งระดับน้ำตาลในเลือดเป็น 2 กลุ่ม เพื่อให้สอดคล้องตามตัวชี้วัดโดยยึดตาม template ของ HDC โดยเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัยการบริการด้วยระบบบริการการแพทย์ทางไกลครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างยังคงอยู่ในกลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลได้ดี โดยมีค่า DTX ต่ำกว่า 250 มก./ดล. ซึ่งไม่แตกต่างจากการไปรับการรักษาที่สถานบริการ

3.2 ผู้ป่วยเบาหวานที่ความดันโลหิตควบคุมได้ตามเกณฑ์ พบว่าไม่สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการประเมินผลลัพธ์ในการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานจะประเมินเฉพาะค่า HbA1c เท่านั้น แต่ในการศึกษานี้ประเมินผลลัพธ์ในการควบคุมโรคตาม template ของ HDC เนื่องจากเป็นข้อมูลกลางด้านสุขภาพที่ใช้รายงานผลตามตัวชี้วัดต่างๆ และเกณฑ์ในการตัดเข้าของการศึกษานี้สูงกว่าเกณฑ์ของ HDC เพราะต้องการให้บริการการแพทย์ทางไกลเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด โดยมีค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วยและของสถานบริการน้อยกว่าการรับบริการในสถานบริการ

3.3 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ จากผลการศึกษา พบค่า SBP หลังการทดลอง ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็ไม่เกินค่าของการควบคุมโรคได้ ซึ่งการวิจัยของ Mao et al.²³ ที่พบว่าผู้ป่วยค่า SBP ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังรับบริการการแพทย์ทางไกลเป็นเวลา 6 เดือน สำหรับผลการศึกษาในครั้งนี้ซึ่งใช้ระยะเวลา 3 เดือน และเกณฑ์ที่ใช้ในการตัดเข้าพิจารณาที่ค่าความดันโลหิตไม่เกิน 150/90 มม.ปรอท ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ในการควบคุมโรค เพราะต้องการให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการสุขภาพมากที่สุด เพื่อลดค่าใช้จ่าย ลดระยะเวลารอคอย รวมทั้งการให้บริการด้วยระบบบริการการแพทย์ทางไกลที่พัฒนาขึ้น ยังมีความใกล้เคียงกับการมารับบริการที่โรงพยาบาล ดังนั้น ผลลัพธ์ที่ได้จึงพบว่าไม่แตกต่างจากการไปรับบริการที่โรงพยาบาล

3.4 ผู้ป่วยโรคเก๊าท์ และไทรอยด์ ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่า SBP และ DBP ไม่มีความต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ยังคงอยู่ในเกณฑ์ของการควบคุมความดันโลหิตได้ ดังนั้น ผู้ป่วยจึงยังสามารถป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ โดยระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นในผู้ป่วยโรคเก๊าท์ จากงานวิจัยของลักษณะนันทน์ พูลเพียร²⁴ พบในกลุ่มที่มีภาวะกรดยูริกในเลือดสูงกว่ากลุ่มที่มีภาวะกรดยูริกปกติ ร้อยละ 63.80 และ 36.20 ตามลำดับ ส่วนโรคไทรอยด์ จากงานวิจัยของ Rivas et al.²⁵ ที่พบว่าความผิดปกติของต่อมไทรอยด์เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูงประมาณ ร้อยละ 1.00 แต่ทั้ง 2 กลุ่มใน

การวิจัยครั้งนี้พบว่าค่าความดันโลหิตไม่มีความต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยโรคเกาต์ มีระดับกรดยูริกอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมโรคได้ ส่วนในผู้ป่วยไตเรื้อรัง มีค่าไตเรื้อรังที่อยู่ในเกณฑ์ดีขึ้น รวมทั้งการให้บริการโดยระบบบริการการแพทย์ทางไกลที่พัฒนาขึ้น ยังให้บริการโดยการวัดความดันโลหิตทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับบริการ เพื่อเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตสูง ผลลัพธ์ที่ได้จากการวัดความดันโลหิตแต่ละครั้งจะเป็นข้อมูลในการประเมินผลสุขภาพเบื้องต้นของตนเอง ดังนั้น ผู้สูงอายุอาจจะพิจารณาตนเองได้ว่าการปฏิบัติตัวที่กำลังทำอยู่ส่งผลดีต่อสุขภาพ หรือไม่ว่าจะรับบริการที่โรงพยาบาลหรือที่ชุมชน จึงยังคงปฏิบัติตัวเหมือนเดิม ซึ่งส่งผลให้ความดันโลหิตก่อนและหลังทดลองไม่มีความต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ระบบที่พัฒนาขึ้นช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และลดระยะเวลาในการรอคอย เมื่อเปรียบเทียบกับการเดินทางไปรับบริการที่สถานบริการ

3.5 ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อระบบ พบว่าความพึงพอใจทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะระบบบริการการแพทย์ทางไกลที่พัฒนาขึ้น เป็นระบบที่ให้บริการถึงชุมชน โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์¹⁵ ผลการสำรวจความพึงพอใจด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการวิจัยครั้งนี้ พบความพึงพอใจในระดับสูงในด้าน 1) แรงสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งอาจเนื่องจากการให้บริการในชุมชนจึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการได้รับการเอาใจใส่ 2) แรงสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า เป็นเพราะผู้รับบริการจะได้วัดความดันโลหิตและตรวจน้ำตาลในเลือด ซึ่งใช้ในการติดตามสุขภาพเหมือนการมารับบริการที่โรงพยาบาล 3) แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร อาจเป็นเพราะผู้รับบริการได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละราย และ 4) แรงสนับสนุนด้านทรัพยากร อาจเป็นเพราะการมารับบริการที่ชุมชน มี อสม. คอยช่วยเหลือ และได้รับความช่วยเหลือด้านสถานที่จากผู้นำชุมชน นอกจากนี้ระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วมฯ ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล ลดเวลารอคอย โดยใช้ระยะเวลาในการรับบริการที่ชุมชนประมาณ 1.5 ชั่วโมง แต่การมารับบริการที่โรงพยาบาลจะเริ่มให้บริการ เวลา 8.00 น. แพทย์ตรวจเสร็จทุกคนเวลาประมาณ 12.00 น. และรอรับยาประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง รวมระยะเวลารอคอยที่โรงพยาบาลประมาณ 3-5 ชั่วโมง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Buawangpong et al.²⁰ และ Beheshti et al.¹⁹ ที่ระบุว่าการแพทย์ทางไกลลดปัญหาการเดินทาง ประหยัดเวลา และระยะเวลารอคอย

3.6 ผลลัพธ์ความพึงพอใจของผู้ให้บริการระบบ ผลการศึกษาพบว่าความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง มี 2 ด้าน คือ 1) ด้านผลลัพธ์การบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Buawangpong et al.²⁰ เนื่องจากลดปัญหาการเดินทางประหยัดเวลาและเงิน โดยในการวิจัยครั้งนี้ ระบบที่ให้บริการในพื้นที่ แบ่งจุดบริการเป็น 5 โซน หมู่บ้านในโซนเดียวกันมีระยะห่างประมาณ 2-3 กิโลเมตร จึงช่วยลดปัญหาในการเดินทาง เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Beheshti et al.¹⁹ ช่วยเพิ่มรายได้ ทั้งนี้เพราะ การบริการการแพทย์ทางไกลสามารถเบิกเงินค่าบริการจาก สปสช. ได้ครั้งละ 50 บาท/ครั้ง/คน¹³ 2) ด้านกระบวนการของการดำเนินโครงการ เนื่องจากยังไม่มีรูปแบบที่นำกลุ่มชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการการแพทย์ทางไกล ทั้งนี้เพราะ การนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริการสุขภาพ ทั้ง รพ.สต. อบต. ผู้นำชุมชน และ อสม. ทำให้เจ้าหน้าที่ในชุมชนได้รับทราบปัญหา และร่วมมือกันในการวางแผนระบบในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย ส่งผลให้เกิดการทำงานแบบภาคีเครือข่าย แต่เนื่องจากเป็นช่วงต้นของการดำเนินงาน จึงอาจยังมีปัญหาอุปสรรคอยู่บ้าง ส่งผลให้ผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้ให้บริการระบบ อยู่ในระดับปานกลาง ในด้านการนำระบบไปใช้ ทั้งนี้เพราะเจ้าหน้าที่ในชุมชนต้องปฏิบัติงานเพิ่มเติมจากหน้าที่ประจำ แต่ก็เข้าใจได้ว่าเป็นงานที่มีประโยชน์



ดังที่มีผู้แสดงความคิดเห็นว่า “ผู้สูงอายุพอใจ หอม น่าจะพอใจ แต่ อสม. งานเพิ่ม” สำหรับความพึงพอใจที่อยู่ในระดับต่ำมี 2 ด้านประกอบด้วย 1) ด้านการใช้เทคโนโลยีเพื่อการให้บริการ เนื่องจากในชุมชนจะใช้เทคโนโลยีเท่าที่มีในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Thanakijsonbat et al.²¹ ที่พบว่าปัจจัยทางด้านเทคโนโลยีมีความไม่เข้ากันของระบบการรักษาแบบเดิมกับระบบการรักษาแบบการแพทย์ทางไกล นอกจากนั้น ยังพบปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการสนับสนุนระบบอินเทอร์เน็ตที่ไม่ครอบคลุมในทุกพื้นที่ โดยพบว่า ในบางพื้นที่ไม่มีอินเทอร์เน็ตประจำรัฐ ดังนั้น จึงใช้สัญญาณอินเทอร์เน็ตจากโทรศัพท์มือถือ ส่วนตัวเป็นหลัก โดยไม่มีงบประมาณหรือโครงการที่จะสนับสนุนสัญญาณอินเทอร์เน็ตให้เจ้าหน้าที่ในชุมชน รวมทั้งการติดตั้งโปรแกรม VROOM ซึ่งโทรศัพท์มือถือของ อสม. บางคนไม่รองรับกับระบบที่จะติดตั้ง และ 2) ปัญหาด้านข้อมูลที่ใช้สื่อสารกันในระบบ เนื่องจากระบบการแพทย์ทางไกลที่พัฒนาขึ้น มีวิธีการในการสื่อสารที่เป็นลักษณะเฉพาะตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ซึ่งผู้ใช้ระบบในชุมชนยังไม่คุ้นชิน ทั้งโปรแกรม และข้อมูลต่างๆ ที่ต้องนำส่งเข้าสู่ระบบตามขั้นตอน บางครั้งการส่งข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือไม่ถูกต้องตามที่ต้องการ ในส่วนของโรงพยาบาลบางครั้งไม่ลงผลการตรวจ DTX ในระบบ HOSxP ดังนั้น เจ้าหน้าที่ในชุมชนจึงต้องการให้มีแนวทางที่ชัดเจนสำหรับ อสม. เพื่อทำความเข้าใจความต้องการครบถ้วนของข้อมูลและการปฏิบัติงาน

ในการศึกษานี้ ได้ศึกษาบริบทของชุมชนแล้วนำมาจัดระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วม ที่สามารถใช้ได้จริงตามความต้องการของผู้สูงอายุ แม้ว่าจะมีข้อจำกัดในด้านระยะเวลาที่ค่อนข้างสั้นในการติดตามการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่นระดับน้ำตาลในเลือดและค่าความดันโลหิต แต่ก็นับได้ว่าเป็นระบบที่สามารถใช้ทรัพยากรที่มีในชุมชน และใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อร่วมให้บริการสุขภาพประชาชน ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจของผู้รับบริการ ในเรื่องความสะดวก ลดระยะเวลารอคอยและการเดินทาง และลดค่าใช้จ่าย สำหรับผู้ให้บริการระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วมในชุมชน เป็นการสร้างเครือข่ายการทำงานด้านสุขภาพร่วมกับชุมชนที่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งส่งผลให้ชุมชนเข้มแข็งและก่อให้เกิดการดำเนินงานด้านสุขภาพที่ยั่งยืนต่อไปในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ระบบบริการการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วม เป็นระบบที่เพิ่มโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพเนื่องจากการรับบริการในชุมชนของตนเอง มี อสม. คอยอำนวยความสะดวก ดังนั้น จึงควรมีการขยายบริการให้ครอบคลุมทุกตำบลของอำเภอแก่งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา และระบบการแพทย์ทางไกลแบบมีส่วนร่วม ที่พัฒนาขึ้นนี้ อาจนำไปใช้ได้กับพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียง เช่นพื้นที่ในตำบลบึงพะไล อำเภอแก่งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา

2. การนำข้อค้นพบจากงานวิจัยไปสู่นโยบายการดำเนินงานในพื้นที่ โดยมีการดำเนินงานร่วมกันในระดับอำเภอ และระดับตำบล เพื่อให้ทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการบริการสุขภาพในชุมชน รวมทั้งขยายสู่กลุ่มเป้าหมายที่แท้จริงที่ควรได้รับการเข้าถึงบริการสุขภาพด้วยระบบการบริการการแพทย์ทางไกล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไป ควรออกแบบการวิจัยที่มีการติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ ที่เป็นผู้รับบริการของระบบการบริการการแพทย์ทางไกล เพื่อการปรับปรุงและขยายการดำเนินงานของระบบที่มีประสิทธิภาพออกไปให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้มากยิ่งขึ้น อันจะส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วยและสถานบริการลงได้อย่างมาก



References

1. World Health Organization. Ageing and health [internet]. 2022 [cited 26 March 2024]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
2. Department of Older Persons. Situation of the Thai Elderly in 2023 [internet]. Bangkok: Gogoprint (THAILAND); 2024. [cited 21 April 2025]. Available from: https://www.dop.go.th/download/statistics/th1738230377-2563_0.pdf. (in Thai)
3. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas | Tenth Edition [internet]. 2022 [cited 24 March 2024]. Available from: <https://diabetesatlas.org/>.
4. World Health Organization. Hypertension [internet]. 2023 [cited 26 March 2024]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
5. Márquez J, Bajdan J. Call for simultaneous action on diabetes and Hypertension for more resilient health systems. NCD Alliance [internet]. 2021 [cited 24 March 2024]. Available from: https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/Pressure%20Points_Diabetes%20Brief_FINAL.pdf.
6. Department of Disease Control, Division of Noncommunicable Diseases. Non-communicable Diseases data: number of patients in 2016–2018 (high blood pressure, diabetes, coronary artery disease, COPD) [internet]. 2019 [cited 7 May 2024]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020>. (in Thai)
7. Health Data Center. Standard report [internet]. 2024 [cited 10 March 2024]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/nma/public/main>.
8. Cimini CCR, Maia JX, Pires MC, Ribeiro LB, Pinto VS de O e A, Batchelor J, et al. Pandemic-related impairment in the monitoring of patients with hypertension and diabetes and the development of a digital solution for the community health worker: Quasiexperimental and implementation study. JMIR Med Inform [internet]. 2022 [cited 26 March 2024];10(3):1–18. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09879-6>.
9. Yoon H, Jang Y, Vaughan PW, Garcia M. Older Adults' internet use for health information: Digital Divide by Race/Ethnicity and Socioeconomic Status. Journal of Applied Gerontology [internet]. 2020 [cited 26 March 2024];39(1):105–110. Available from: <https://doi.org/10.1177/0733464818770772>.
10. Kamkawinpong O. Ministry of Public Health's policies and operational directions [internet]. 2022 [cited 19 May 2025]. Available from: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/10/policy-031022_v.8.pdf. (in Thai)
11. Committee on Issue Setting and Monitoring of Government Inspections. The inspection focus issue is issue 4, digital health (health information systems and medical technology) [internet]. 2023 [cited 20 March 2024]. Available from: <https://www.com/wp-content/uploads/>. (in Thai)



12. Nakhon ratchasima Provincial Health Office. Telemedicine services according to specified criteria. 2022. (in Thai)
13. Piyachan P. Telemedicine services in the health insurance system (Telemedicine: a temporary trend or a long-term paradigm shift?) [internet]. 2023 [cited 17 May 2023]. Available from: <https://bdh.moph.go.th/site/wp-content/uploads/2023/08/3.1.3-telemedicine.pdf>. (in Thai)
14. Pothichaiya P, Choodum N. Telehealth: An alternative for Elderly health care in community. Journal of Nursing Division [internet]. 2024 [cited 20 April 2025];51(3):246–257. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JND/article/view/275848>. (in Thai)
15. Seangpraw K. Theory, techniques for health behavior development and application in public health. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2021. (in Thai)
16. Thato R. Nursing research: Concepts to application (third edition). Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2018. (in Thai)
17. Prasertsin A. Research Instruments in education and social sciences. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2021. (in Thai)
18. Diabetes Association of Thailand. Clinical practice guideline for diabetes 2023 [internet]. Bangkok: Srimuang printing; 2023 Available from: https://drive.google.com/file/d/1OAI DiCyGsJYA1-wTAxoOu6yL_YL9c7IG/view. (in Thai)
19. Beheshti L, Kalankesh LR, Doshmangir L, Farahbakhsh M. Telehealth in Primary Health Care: A scoping review of the literature. Perspectives in Health Information Management [internet]. 2022 [cited 15 March 2024];19(1):1–22. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9013222/>.
20. Buawangpong N, Pinyopompanish K, Plannuom S, Nantsupawat N, Wiwatkunupakam N, Angkurawaranon C, et al. Designing Telemedicine for Older Adults With Multimorbidity: Content Analysis Study. JMIR Aging [internet]. 2024 [cited 22 March 2024];7(1):1–13. Available from: <https://doi.org/10.2196/52031>.
21. Thanakijsoombat T, Bhatisevi V, Suwanposri C. Public adoption of telemedicine technology in Thailand. Journal of global business review [internet]. 2022 [cited 17 May 2024];24(1):14–33. Available from: <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/JGBR/article/view/250300>.
22. Ministry of Public Health. Ministry of Public Health plan/project and indicators (2023) [internet]. 2023 [cited 7 May 2024]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/12/E-book-indicators-66.pdf>.
23. Mao A, Tam L, Xu A, Osborn K, Sheffrin M, Gould C, et al. Barriers to telemedicine video visits for older adults in independent living facilities: Mixed methods cross-sectional needs assessment. JMIR Aging [internet]. 2022 [cited 24 March 2024];5(2):1–9. Available from: <https://doi.org/10.2196/34326>.



24. Poolpian L. The association between hyperuricemia and high blood pressure in different age groups among police officers coming for medical treatment and health check-up: Multiple regression analysis. PCFM [internet]. 2023 [cited 17 March 2025];6(1)1–10. Available from: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/PCFM/article/view/259782>. (in Thai)
25. Rivas AM, Pena C, Kopel J, Dennis JA, Nugent K. Hypertension and hyperthyroidism: Association and pathogenesis. The American Journal of the Medical Sciences [internet]. 2021 [cited 17 March 2025];361(1):3–7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002962920303645>.



ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ

Factors Influencing the Quality of Life for Caregivers of Individuals with Disabilities

จักรพันธ์ กีนออย¹, สมคิด รูปงาม¹

Chakraphan Kunoy¹, Somkid Roopngam¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

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

Corresponding author: Somkid Roopngam; Email: somkid@ckr.ac.th

Received: May 28, 2025 Revised: August 7, 2025 Accepted: August 11, 2025

บทคัดย่อ

การดูแลผู้พิการเป็นระยะเวลานานมักส่งผลให้ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตลดลง การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ จำนวนปีที่ศึกษา และจำนวนคนพิการที่ดูแล กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ และปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ ในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ดูแลคนพิการจำนวน 130 คน คัดเลือกโดยการสุ่มหลายขั้นตอนตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของคนพิการ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลคนพิการ และเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลคนพิการอยู่ในระดับไม่ดี ($M=42.40$, $SD=9.65$) รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.539$, $p<.001$) และจำนวนคนพิการที่ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.225$, $p<.01$) ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ ได้แก่ อายุ รายได้ และจำนวนคนพิการที่ดูแล โดยสามารถรวมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการได้ร้อยละ 34.60 (adjusted $R^2=.346$, $p<.001$) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการอย่างรอบด้านโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ การสนับสนุนด้านรายได้ การลดภาระการดูแล และการพัฒนาคุณภาพชีวิตในทุกมิติอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: คนพิการ; คุณภาพชีวิต; ผู้ดูแล



Factors Influencing the Quality of Life for Caregivers of Individuals with Disabilities

Chakraphan Kunoy¹, Somkid Roopngam¹

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

Corresponding author: Somkid Roopngam; Email: somkid@ckr.ac.th

Received: May 28, 2025 Revised: August 7, 2025 Accepted: August 11, 2025

Abstract

Caring for people with disabilities for a long time usually leads caregivers to health problems and minimizes their quality of life. This descriptive research aimed to examine the quality of life among caregivers of people with disabilities, the relationships between age, income, years of education, and number of persons with disabilities under their care and caregivers' quality of life, as well as to identify the predictive factors of their quality of life. The study was conducted in BanPong District, Ratchaburi Province. The sample consisted of 130 caregivers selected through multi-stage random sampling based on predetermined criteria. The research instruments included a general information record for persons with disabilities, a general information form for caregivers, and the WHO Quality of Life- BREF Thai version (WHOQOL- BREF- THAI), with a Cronbach's alpha coefficient of .84. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and multiple regression analysis. The results revealed that the overall quality of life among caregivers was at a poor level ($M = 42.40$, $SD = 9.65$). Income was positively correlated with quality of life ($r = .539$, $p < .001$), whereas the number of persons with disabilities under care was negatively correlated ($r = -.225$, $p < .01$). Age, income, and number of persons with disabilities under care were significant predictors of caregivers' quality of life, accounting for 34.6% of the variance (adjusted $R^2 = .346$, $p < .001$). These findings highlight the importance of promoting caregivers' quality of life holistically, especially the older caregivers, including providing financial support, reducing caregiving burden, and fostering continuous development in all aspects of well-being.

Keywords: caregivers; disabilities; quality of life



ความเป็นมาและความสำคัญ

สถานการณ์ความพิการนับเป็นปัญหาที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพระดับโลก ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ในปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีประชากรมีความพิการทั่วโลกมากกว่า 1.3 พันล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด¹ สำหรับประเทศไทยพบว่ามีคนพิการจำนวน 4.19 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 6 ของประชากรทั้งประเทศ² ความพิการเป็นภาวะที่เกิดจากข้อจำกัดด้านการทำงานของร่างกาย โครงสร้างของร่างกาย หรือการมีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคม ตามประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์³ ได้แบ่งประเภทของความพิการออกเป็น 7 ประเภท ดังนี้ ความพิการทางการเห็น ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการจิตใจหรือพฤติกรรม ความพิการทางสติปัญญา ความพิการทางการเรียนรู้ และความพิการทางการออกสตีก โดยความพิการแต่ละประเภทจะส่งผลต่อการใช้ชีวิตของคนพิการแตกต่างกัน ทั้งในด้านการดูแลตนเอง การเดินทาง การสื่อสาร การเข้าสังคม และการประกอบอาชีพ ซึ่งส่งผลให้คนพิการจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ผู้ดูแลคนพิการมักเป็นสมาชิกในครอบครัว ซึ่งต้องดูแลทั้งในด้านร่างกาย การช่วยเหลือการเคลื่อนไหว อาบน้ำ การรับประทานอาหารและยา การไปพบแพทย์ รวมถึงด้านจิตใจ การให้กำลังใจ การจัดการพฤติกรรม และการรับมือกับอารมณ์ของคนพิการ⁴ ภาระจากการดูแลคนพิการอย่างต่อเนื่องนี้ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล⁵ โดยเฉพาะด้านสุขภาพกายที่เสี่ยงต่ออาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ด้านสุขภาพจิตที่อาจเกิดภาวะเครียด วิตกกังวล หรือซึมเศร้า และด้านสังคมที่ผู้ดูแลมักต้องละทิ้งหน้าที่การทำงานหรือกิจกรรมส่วนตัว ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวและขาดโอกาสทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าอายุผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้นมักพบปัญหาทางด้านสุขภาพตามมา เช่น ปัญหาความเหนื่อยล้าเรื้อรังและปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลและคุณภาพชีวิตของตนเอง⁶ รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีรายได้ต่ำ ต้องเผชิญกับความเครียดทางการเงินและสุขภาพจิตที่แย่ลง⁷ จำนวนปีที่ศึกษาของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงมักมีทักษะในการจัดการกับความเครียดและสามารถเข้าถึงทรัพยากรสนับสนุนได้ดีกว่า⁸ และจำนวนคนพิการที่ดูแล ผู้ดูแลที่ต้องดูแลคนพิการหลายคนมักประสบปัญหากับภาระในการดูแลที่เพิ่มขึ้นและคุณภาพชีวิตที่ลดลง เนื่องจากความต้องการในการดูแลและเวลาที่ต้องใช้ในการดูแลเพิ่มขึ้น⁹

จากข้อมูลในเขตพื้นที่อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี พบว่าแนวโน้มจำนวนคนพิการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ความต้องการการดูแลระยะยาวในครอบครัวเพิ่มสูงขึ้น ขณะเดียวกันผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยทำงาน ซึ่งต้องแบกรับภาระทั้งด้านเวลา หน้าที่การงาน และภาระทางเศรษฐกิจ นำไปสู่ผลกระทบต่องาน ภาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยตรง การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยด้านอายุ รายได้ จำนวนปีที่ศึกษา และจำนวนคนพิการที่ดูแล มีความสัมพันธ์กับภาระในการดูแลและสุขภาพของผู้ดูแล ส่งผลกระทบบต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ จึงมีความสำคัญเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลคนพิการได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ จำนวนปีที่ศึกษา และจำนวนคนพิการที่ดูแล กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ จากปัจจัยทางด้านอายุ รายได้ จำนวนปีที่ศึกษา และจำนวนคนพิการที่ดูแล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (concepts of quality of life) ขององค์การอนามัยโลก โดยอาศัยแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF)¹⁰ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 มิติหลัก ได้แก่ ด้านกายภาพ ด้านจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อายุ รายได้ จำนวนปีที่ศึกษา และจำนวนคนพิการที่ดูแล กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ และทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (descriptive predictive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลคนพิการ ในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลคนพิการ ในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 130 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์จำนวนกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.7 โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .95 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จำนวนตัวแปรอิสระทั้งหมด 4 ตัว และค่า $R^2 = .139$ อ้างอิงจากงานวิจัยของ Alghamdi และ Awali⁸ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 121 ราย เพื่อป้องกันปัญหาการสูญเสียข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10¹¹ ทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเท่ากับ 130 ราย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling) ในกลุ่มผู้ดูแลคนพิการที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โดยมีรายละเอียดดังนี้ ขั้นแรก ทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เลือก 4 ตำบล จากทั้งหมด 15 ตำบลในอำเภอบ้านโป่ง ขั้นที่สอง ทำการสุ่มหมู่บ้านจากแต่ละตำบลที่ได้รับการคัดเลือก จำนวน 2 หมู่บ้านต่อตำบล รวมทั้งสิ้น 8 หมู่บ้าน และขั้นที่สาม สุ่มรายชื่อผู้ดูแลคนพิการแต่ละหมู่บ้าน โดยมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ เป็นผู้ดูแลหลักของคนพิการที่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ทำหน้าที่ดูแลคนพิการโดยตรง โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน มีความสามารถในการอ่านและเขียนภาษาไทย และให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรี เลขที่ 3-3-2566 ลงวันที่ 28 สิงหาคม 2566 นักวิจัยได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยให้ความเคารพและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัด ได้แก่ การชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอบเขต ประโยชน์ และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมวิจัย การขอความยินยอมโดยสมัครใจโดยไม่มีการบังคับหรือการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการวิจัยเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการศึกษาทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของคนพิการ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ประเภทความพิการ และระยะเวลาที่มีความพิการ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลคนพิการ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และความสัมพันธ์กับคนพิการ

ส่วนที่ 3 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI)¹² เป็นแบบวัดที่ผู้ตอบสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ ด้านร่างกาย (physical domain) ด้านจิตใจ (psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (environment) การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต มีจำนวน 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด 5 คะแนน ถึง ไม่เลย 1 คะแนน ซึ่งมีคะแนนรวมตั้งแต่ 26 - 130 คะแนน โดยคะแนน 26-60 หมายถึง คุณภาพชีวิตไม่ดี คะแนน 61-95 หมายถึง คุณภาพชีวิตปานกลาง และคะแนน 96-130 หมายถึง คุณภาพชีวิตดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัย ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาเรียกขานวัตถุประสงต์ (Index of Item-Objective Congruence; IOC) พบว่าค่า IOC อยู่ในช่วง .80-1.00 จากนั้นได้ทำการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยนำแบบสอบถามส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของคนพิการ ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลคนพิการ และส่วนที่ 3 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลคนพิการ ในเขตอำเภอบ้านโป่ง ที่ไม่ใช่กลุ่มประชากรวิจัย จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์หาความสอดคล้องสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าค่าความเที่ยงอยู่ที่ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยประสานขออนุญาตในพื้นที่ที่ใช้ดำเนินการวิจัย และขอรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก จากนั้นผู้วิจัยได้นัดหมายกลุ่มตัวอย่างล่วงหน้าเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยได้แนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมถึงสิทธิในการปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา และขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์ม
2. ผู้วิจัยจัดหาสถานที่ที่เอื้อต่อการเก็บข้อมูล โดยคำนึงถึงความสะดวก ความเป็นส่วนตัว และความสบายใจของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดการเผชิญหน้ากับบุคคลพิการที่อยู๋ในการดูแลของกลุ่มตัวอย่างในขณะเก็บข้อมูล
3. ผู้วิจัยอธิบายแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจอย่างชัดเจน จากนั้นดำเนินการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลาในการตอบคำถามโดยเฉลี่ยประมาณ 30 นาที
4. เมื่อการสัมภาษณ์เสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จากนั้นกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และนำข้อมูลที่ได้ไปเตรียมเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และพิสัย (range) เพื่ออธิบายลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับคุณภาพชีวิต ใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์เบื้องต้นระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัว ได้แก่ อายุ รายได้ จำนวนปีที่ศึกษา และจำนวนคนพิการที่ดูแล กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ
3. วิเคราะห์การทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) เพื่อศึกษาตัวแปรอิสระ สามารถร่วมกันทำนายคะแนนรวมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ ก่อนทำการวิเคราะห์ผู้วิจัยได้ตรวจสอบสมมติฐานเบื้องต้นของข้อมูล ได้แก่ ความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปร ความเป็นอิสระของค่าส่วนที่เหลือ (independence of errors) การมีความแปรปรวนคงที่ของค่าคลาดเคลื่อน (homoscedasticity) และการไม่มีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมากเกินไป (multicollinearity) ผลการตรวจสอบเบื้องต้นพบว่าข้อมูลไม่ละเมิดข้อสมมติพื้นฐานของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ จึงสามารถดำเนินการวิเคราะห์เพื่อทำนายได้อย่างเหมาะสม



ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและคนพิการ

ผู้ดูแลคนพิการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 96.15) อายุอยู่ระหว่าง 50 – 59 ปี (ร้อยละ 30) อายุเฉลี่ย 55.87 ปี ($\bar{X}=55.87$, $SD=12.59$, $Min=29$, $Max=70$) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ จำนวน 87 คน (ร้อยละ 87.17) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป 63 คน (ร้อยละ 48.46) มีรายได้ 3,000–4,999 บาทต่อเดือน จำนวน 85 คน (ร้อยละ 65.4) และมีความสัมพันธ์เป็นบุตรกับคนพิการ จำนวน 196 (ร้อยละ 84.48)

คนพิการส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 52.59) มีอายุระหว่าง 51–60 ปี (ร้อยละ 38.36) อายุเฉลี่ย 58.77 ปี ($\bar{X}=58.77$, $SD=9.51$, $Min=40$, $Max=75$) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 95 คน (ร้อยละ 40.95) มีสถานภาพสมรส จำนวน 175 คน (ร้อยละ 75.43) ไม่ได้ประกอบอาชีพ 206 คน (ร้อยละ 88.79) มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 210 คน (ร้อยละ 90.52) มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง 182 ราย (ร้อยละ 78.45) ประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหว 185 ราย (ร้อยละ 79.74) ระยะเวลาที่มีความพิการ 1–5 ปี จำนวน 167 ราย (ร้อยละ 71.98)

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ

ผลการศึกษาพบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดีมีค่าเฉลี่ย 42.40 ($SD=9.65$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 21.67 ($SD=4.62$) ด้านจิตใจอยู่ระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 17.77 ($SD=4.64$) ด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 8.37 ($SD=2.51$) และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับไม่ดี มีค่าเฉลี่ย 13.69 ($SD=3.37$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ (n=130)

คุณภาพชีวิต	Mean	SD	การแปลผล
ด้านร่างกาย	21.67	4.62	ระดับปานกลาง
ด้านจิตใจ	17.77	4.64	ระดับปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	8.37	2.51	ระดับปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	13.69	3.37	ระดับไม่ดี
คุณภาพชีวิตภาพรวม	42.40	9.65	ระดับไม่ดี

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ

ผลการศึกษาพบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.539$, $p<.001$) และจำนวนคนพิการที่ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.225$, $p<.01$) ส่วนอายุและจำนวนปีที่ศึกษา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ (n=130)

ปัจจัยที่ศึกษา	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	p-value
อายุ	.104	.238
รายได้	.539	< .001**
จำนวนปีที่ศึกษา	-.114	.195
จำนวนคนพิการที่ดูแล	-.225	.01*

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ ได้แก่ อายุ ($\beta=.152$, $p=.037$) รายได้ ($\beta=.555$, $p<.001$) และจำนวนคนพิการที่ดูแล ($\beta=-.188$, $p=.012$) โดยตัวแปรทั้งสามสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการได้ร้อยละ 34.6 (adjusted $R^2 = .346$, $p<.001$) (ดังตารางที่ 3) สามารถนำไปเขียนสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

$$Z (\text{คุณภาพชีวิตผู้ดูแลคนพิการ}) = .152(\text{อายุ}) + .555(\text{รายได้}) - .188(\text{จำนวนคนพิการที่ดูแล})$$

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ (n=130)

ตัวแปรทำนาย	B	S.E.	Beta	t	p-value
อายุ	.102	.49	.152	2.105	.037*
รายได้	.001	.000	.555	7.734	<.001**
จำนวนปีที่ศึกษา	-.244	.219	-.083	-1.116	.267
จำนวนคนพิการที่ดูแล	-.830	.325	-.188	-2.555	.012*
Constant(a)	3.925	4.145		.947	.346

R=.605, Adjusted $R^2=.346$, F=18.068, $p<.001$

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ดูแลคนพิการมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี สะท้อนถึงภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบทั้งทางด้านการร่างกาย จิตใจ และข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อม ผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลคนพิการ ทำให้มีเวลาในการดูแลตนเองลดลง อีกทั้งยังประสบปัญหารายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต มีภาวะเครียด ส่งผลให้คุณภาพชีวิตในด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tuttle และคณะ¹³ ที่พบว่าภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางร่างกายในชนบทมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จำนวนชั่วโมงที่ดูแลต่อสัปดาห์ และระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าคะแนนเฉลี่ยในมิติด้านกายภาพ จิตใจ และสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง แม้ว่าผู้ดูแลจะมีความสามารถในการปรับตัวต่อบทบาทได้ แต่ขาดการสนับสนุนที่เพียงพอเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Kongkar และคณะ¹⁴ พบว่าระดับความเครียดและภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว โดยเฉพาะในมิติด้านจิตใจและสังคม ด้านมิติด้านสิ่งแวดล้อม ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด สะท้อนถึงอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ การขาดแคลนการสนับสนุนจากภาครัฐ รวมถึงข้อจำกัดด้านสิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า



ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและการขาดระบบสนับสนุนในท้องถิ่นส่งผลกระทบต่อภาระของผู้ดูแล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล¹³

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ พบว่ารายได้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.539$, $p<.001$) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลที่มีรายได้มากกว่ามีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่ารายได้ที่เพียงพอช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลคนพิการได้ดียิ่งขึ้น และมีความสามารถในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ และทรัพยากรอื่นที่จำเป็นต่อการดูแลและการดำรงชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Tuttle และคณะ¹³ พบว่ารายได้เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดระดับความเครียดของผู้ดูแล เพิ่มขีดความสามารถในการปรับตัวต่อภาระหน้าที่ในระยะยาว และจำนวนคนพิการที่ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ($r=-.225$, $p<.01$) เมื่อจำนวนคนพิการที่ต้องดูแลเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตลดลง การดูแลบุคคลมากกว่าหนึ่งคนทำให้เกิดภาระทางร่างกายและจิตใจที่เพิ่มขึ้นนำไปสู่ความเหนื่อยล้า และความเครียด สอดคล้องกับผลการศึกษาโชติกา สมสุวรรณ และอภิญา เขาวบุตร¹⁵ พบว่าภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังพบว่ามี ความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คือผู้ดูแลที่รับรู้ถึงการมีภาระในการดูแลในระดับสูง จะมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ลดลง

ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการ พบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ รายได้ และจำนวนคนพิการที่ดูแล ซึ่งอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 34.60 รายได้เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ($\beta=.555$, $p<.001$) ผู้ที่มีรายได้สูงกว่ามักมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า เนื่องจากสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ อาหารที่ดี การพักผ่อน และการผ่อนคลายความเครียดได้มากกว่า จากการศึกษาของ Kongkar และคณะ¹⁴ ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่ารายได้ที่มากขึ้นสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในด้านอายุพบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่ามักมีคุณภาพชีวิตสูงกว่า($\beta=.152$, $p=.037$) จากการที่มีประสบการณ์การดูแลที่มาก และสามารถจัดการกับความเครียดได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Tuttle และคณะ¹³ ที่พบว่าผู้ดูแลที่มีอายุสูงมักมีความสามารถในการเผชิญปัญหาและมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย ในทางตรงกันข้ามจำนวนคนพิการที่ต้องดูแลมีผลในเชิงลบต่อคุณภาพชีวิต ($\beta=-.188$, $p=.012$) โดยจำนวนคนพิการที่มากขึ้นส่งผลให้ภาระและความเครียดในการดูแลเพิ่มขึ้นตามมา ซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่ลดลง เหตุผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของเนมิราช จิตรปรีดา และคณะ¹⁶ ที่พบว่าภาระการดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ภาระการดูแลที่มากขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อเวลาส่วนตัว การทำงาน และสุขภาพของผู้ดูแลซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะ

1. คัดกรองผู้ดูแลคนพิการที่มีความเสี่ยง โดยเฉพาะผู้ดูแลที่อายุน้อย รายได้น้อย และมีภาระดูแลคนพิการหลายคน เพื่อกำหนดแนวทางและการวางแผนดูแลที่เหมาะสม
2. จัดอบรมหรือพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลคนพิการ มีการอบรมทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลคนพิการ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวกับบทบาทได้ดีขึ้น

3. ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อเข้าใจประสบการณ์ ความรู้สึก และความต้องการของผู้ดูแลอย่างลึกซึ้ง รวมทั้งประเมินติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง และแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

References

1. World Health Organization. Global report on health equity for persons with disabilities [internet]. 2022 [cited 11 May 2025]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600>
2. Department of Empowerment of Persons with Disabilities. Statistics of persons with disabilities in Thailand [internet]. 2025 [cited 11 May 2025]. Available from: <https://www.dep.go.th/>. (in Thai)
3. Social Development and Human Security Law. Laws and rules in MSDHS Responsibility [internet]. 2025 [cited 2025 May 11]. Available from: <https://law.m-society.go.th/law/view/289?lang=th>. (in Thai)
4. Lin CY, Shih PY, Ku LE. Activities of daily living function and neuropsychiatric symptoms of people with dementia and caregiver burden: the mediating role of caregiving hours. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2019;81:25–30.
5. Sittironnarit G, Emprasertsuk W, Wannasewok K. Quality of life and subjective burden of primary dementia caregivers in Bangkok, Thailand. *Asian Journal of Psychiatry* 2020;48:101913.
6. Buckinx F, Adam S, Aubertin-Leheudre M, De Saint Hubert M, Mouton A, Potier F, et al. Quality of life and health determinants of informal caregivers aged 65 years and over. *Epidemiologia* 2023;4(4):464–82.
7. Gyamfi N, Osei-Akoto I, Boateng GO. Caregiver burden and health-related quality of life: a study of informal caregivers of older adults in Ghana. *Journal of Health, Population and Nutrition* 2023;42(1):1–12.
8. Alghamdi MS, Awali A. Predictors of health-related quality of life (HRQoL) for caregivers of children with developmental disabilities in Saudi Arabia: an observational study. *Medicine (Baltimore)* 2023;102(32):e39206.
9. National Alliance for Caregiving (NAC). Caregiving in the U.S. [internet]. 2015 [cited 13 May 2025]. Available from: <https://www.aarp.org/pri/topics/ltss/family-caregiving/caregiving-in-the-united-states-2015/>
10. World Health Organization. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment [Internet]. 1996 [cited 13 May 2025]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHOQOL-BREF>



11. In J, Kang H, Kim JH, Kim TK, Ahn EJ, Lee DK, Lee S, Park JH. Tips for troublesome sample-size calculation. *Korean Journal of Anesthesiology* 2020;73(2):114–20.
12. Department of Mental Health. WHOQOL-BREF-Thai version: World Health Organization quality of life assessment [Internet]. 2002 [cited 20 May 2025]. Available from: <https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf> (in Thai)
13. Tuttle D, Griffiths J, Kaunnil A. Predictors of caregiver burden in caregivers of older people with physical disabilities in a rural community. *PLOS ONE* 2022;17(11):e0277177.
14. Kongkar R, Pinyopasakul W, Pongthavomkamol K, Dajpratham P, Orathai P. The determinants of quality of life in Thai family caregivers of stroke survivors. *Siriraj Medical Journal* 2019;71(4):290–93.
15. Somsuvun C, Yaowaboot A. Factors Influencing Duality of Life among Caregivers of Older Adults with Chronic Diseases in Ubonratchathani Province. *Journal of Nursing and Education* 2023; 16(3): 93–109. (in Thai)
16. Gitpreeda N, Phajan T, Chanaboon S, Khunluek K. Factors associated with the quality of life of caregivers for people with physical disabilities in Kalasin Province. *Research and Development Health System Journal* 2024;17(3):143–56. (in Thai)



ผลของโปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังแบบบูรณาการ ต่อความมีคุณค่าในตัวเอง ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

The Effect of Group Integrative Reminiscence Program on Self-esteem in Older Adults with Depression

จุฑา ปาตังคะโร¹, ณัฐฐา นนอพันธ์¹

Jutha Patangkaro¹, Naruttha Norphun¹

¹โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

¹Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health

Corresponding author: Jutha Patangkaro; Email: juthapatangkaro@gmail.com

Received: May 6, 2025 Revised: August 8, 2025 Accepted: August 11, 2025

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้านั้นรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง การระลึกความหลัง เป็นการบำบัดทางเลือกที่อาจช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การวิจัยเชิงกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังแบบบูรณาการต่อความมีคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองในระดับต่ำและปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 60 คน ซึ่งคัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังแบบบูรณาการ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินคุณค่าในตัวเองฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และสถิติอนุมานเปรียบเทียบ paired t-test และ repeated measure ANOVA ผลการวิจัยพบว่า เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและ 1 เดือนหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความมีคุณค่าในตัวเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในช่วงหลังได้รับโปรแกรมทันทีและ 1 เดือนหลังได้รับโปรแกรม นอกจากนี้ พบว่า ภายใน 3 เดือนหลังการได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีคะแนนความมีคุณค่าในตัวเองเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง แต่ในช่วง 3 เดือนหลังการได้รับโปรแกรม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากผลการศึกษานี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังแบบบูรณาการสามารถเพิ่มคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ในช่วงประมาณ 3 เดือน ดังนั้น การใช้โปรแกรมในลักษณะดังกล่าวนี้ ควรมีการดำเนินการเป็นระยะๆ เพื่อการดูแลสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: กลุ่มบำบัด; คุณค่าในตัวเอง; ผู้สูงอายุ; ระลึกความหลังแบบบูรณาการ; โรคซึมเศร้า



The Effect of Group Integrative Reminiscence Program on Self-esteem in Older Adults with Depression

Jutha Patangkaro¹, Naruttha Norphun¹

¹Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health

Corresponding author: Jutha Patangkaro; Email: juthapatangkaro@gmail.com

Received: May 6, 2025 Revised: August 8, 2025 Accepted: August 11, 2025

Abstract

Older adults with depression often experience low self-esteem. Reminiscence therapy is an effective alternative treatment that can enhance psychological well-being and self-esteem. This quasi-experimental study aimed to examine the effect of a group integrative reminiscence program on the self-esteem of older adults with depression. The participants were older adults diagnosed with depression who received continuous outpatient services at a tertiary psychiatric hospital. All participants had low to moderate levels of self-esteem were selected by simple random assignment into an experimental group and a control group, with 30 participants in each group. The research instruments included the group integrative reminiscence program, a personal information questionnaire, and the Rosenberg Self-Esteem Scale in the Thai version. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including paired t-tests, and repeated measures ANOVA. The study found that, both immediately after completing the program and one month later, the experimental group showed a statistically significant increase in self-esteem scores, which were also higher than those of the control group at both time points. Furthermore, within three months after the intervention, the experimental group demonstrated an increase in self-esteem compared to before the program. However, at the three-month follow-up, no statistically significant difference was observed between the experimental and control groups. Based on these findings, it can be concluded that the integrated reminiscence group therapy program can enhance self-esteem among elderly individuals with depression for approximately three months. Therefore, this type of program should be implemented periodically to provide continuous mental health care for elderly patients with depression.

Keywords: depression; group activities; integrative reminiscence; self-esteem; older adults

ความเป็นมาและความสำคัญ

ผู้สูงอายุ เป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมในทิศทางที่เสื่อมถอย การเปลี่ยนแปลงหลายด้านส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การเข้าสังคม และคุณภาพชีวิต การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงบทบาททางด้านสังคม ทำงานได้น้อยลง เกษียณอายุราชการ สูญเสียคนรัก สูญเสียอวัยวะจากการเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทำให้มีโรคภัย โรคเรื้อรังมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจที่เกิดจากสภาวะเครียด จากการปรับตัวได้น้อย ปัญหาด้านครอบครัว เกิดสภาวะการพึ่งพาบุตรหลานสูง การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตต่าง ๆ รวมถึงภาวะซึมเศร้าตามมา¹ ซึ่งจากสถิติล่าสุดในปี พ.ศ. 2565 พบว่า มีผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้า มีอัตราความชุกร้อยละ .08² นอกจากนี้ข้อมูลผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ประจำปีงบประมาณ 2565-2567 ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 13.1-14.0 และปัญหาสำคัญของโรคซึมเศร้า พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยส่งผลกระทบต่อสุขภาพด้านร่างกาย และการทำหน้าที่ของสมอง³ ตลอดจนปัจจัยทางสังคม เช่น การอยู่คนเดียวหรือการสูญเสียคนใกล้ชิด⁴ เป็นต้น

ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า มีอาการและอาการแสดงทางด้านจิตใจมักไม่ชัดเจนมากนัก ทำให้สังเกตได้ยาก แต่มักแสดงออกทางกาย เช่น การนอนไม่หลับ เป็นต้น ซึ่งญาติหรือผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอย่างใกล้ชิด และเสี่ยงต่อการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านลบหลายประการทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้น⁵ และอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น⁶ โดยอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องอย่างมากกับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (self-esteem)⁷ โดยทั่วไปพบว่า ผู้สูงอายุที่มียุติความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำมักมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรงหรือบ่อยครั้งมากขึ้น นอกจากนี้งานวิจัยในผู้สูงอายุยังยืนยันว่า ความนับถือตนเองที่ต่ำสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้าที่สูงกว่า และแนวโน้มนี้จะชัดเจนขึ้นเมื่ออายุได้เพิ่มมากขึ้น^{3,8} อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความมีคุณค่าในตัวเองในผู้สูงอายุสูงขึ้นได้เมื่อมีความคิดต่อตัวเองเชิงบวก ซึ่งมีความสำคัญยิ่งต่อโรคซึมเศร้า กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ การทำให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตัวเอง ช่วยลดโรคซึมเศร้าได้⁹

ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เป็นหนึ่งในความต้องการที่ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ ได้ให้ความสำคัญตามลำดับขั้น ได้แก่ ความต้องการทางร่างกาย ความต้องการความปลอดภัยมั่นคง ความต้องการความผูกพันและยอมรับ ความต้องการยกย่อง และความต้องการความสำเร็จในชีวิต¹⁰ เมื่อคุณค่าในตัวเองต่ำ คนเราก็จะมีความต้องการเป็นที่ยอมรับมากขึ้น เมื่อไม่ได้เป็นที่ยอมรับหรือเป็นที่ยอมรับแล้วแต่ยังไม่เพียงพอ ก็อาจทำให้เกิดการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงหรือการเผชิญปัญหาได้อย่างยากลำบาก ดังนั้นผู้สูงอายุที่รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง จะขาดความมั่นคงทางอารมณ์ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้⁷

การระลึกความหลัง (reminiscence) เป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุจะประเมินคุณค่าและเห็นความหมายของชีวิตที่ผ่านมา¹¹⁻¹² ที่ผสมผสานกระบวนการทางจิตกับปฏิสัมพันธ์ทางจิตวิทยา อารมณ์ และทางสังคม โดยใช้การนึกถึงความทรงจำที่ดีผ่านกระบวนการคิดและพูด ทำให้เกิดความรู้สึกเต็มเต็มและความสำเร็จในตนเอง ส่งเสริมการค้นพบความหมายของชีวิต ลดอาการซึมเศร้า และเอาชนะความรู้สึกผิดและความขัดแย้งเกี่ยวกับอดีตของตนเอง¹³ จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดพลัง มีกำลังใจในการเป็นผู้สูงอายุต่อไป โดยมีการรูปแบบการระลึกความหลังเป็น 6 ประเภท¹⁴ ได้แก่ การระลึกความหลังแบบบูรณาการ (integrative) การระลึกความหลังเพื่อการแก้ปัญหา (instrumental) การระลึกความหลังแบบส่งต่อข้อมูล (transmissive) การ



ระลึกความหลังเพื่อหลีกเลี่ยงความรู้สึกขมขื่น (escapist) การระลึกความหลังแบบทบทวนความจำทางลบ (obsessive) และการระลึกความหลังด้วยการสนทนา (narrative)

การระลึกความหลังแบบบูรณาการนั้นเป็นรูปแบบหนึ่งของการระลึกความหลังที่เน้นการทบทวนชีวิตอย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้นกว่าการระลึกความหลังทั่วไป กล่าวคือ มิได้เป็นเพียงการนึกถึงความหลังอย่างผิวเผิน แต่เป็นกระบวนการที่ผู้สูงอายุได้สะท้อนคิดทั้งเหตุการณ์เชิงบวกและเชิงลบที่ผ่านเข้ามาในชีวิตของตน ตลอดจนประเมินความหมายของเหตุการณ์เหล่านั้นเพื่อจัดการกับประเด็นที่ค้างคั่งในใจจากอดีต และปรับมุมมองที่ตนมีต่อตนเองในทางสร้างสรรค์¹⁴ โดยการระลึกความหลังแบบบูรณาการ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การไม่สอดคล้องกันของความเชื่อเชิงลบเกี่ยวกับตัวตนและอนาคต (disconfirmation of negative beliefs about the self and the future) ทางเลือกในการโทษตนเอง (alternatives to self-blame) แนวทางภายในในการประเมินการเห็นคุณค่าของตนเอง (internal guidelines for the evaluation of self-worth) และการเห็นคุณค่าตนเองอย่างต่อเนื่อง (renewed sources of self-worth) โดยเมื่อมีการระลึกความหลังแบบบูรณาการจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการยอมรับตนเอง (self-acceptance) มากขึ้นผ่านการเผชิญหน้าและจัดการกับความทรงจำด้านลบหรือความรู้สึกเสียใจเสียตายในอดีต และปรับความเข้าใจให้สอดคล้องกับความจริงของชีวิต ค้นพบคุณค่าของตนเองจากประสบการณ์ที่ผ่านมา¹⁴ ผ่านกระบวนการการให้อภัยตัวเอง ช่วยลดความรู้สึกด้านลบ และเมื่อนำไปใช้กับการบำบัดภาวะซึมเศร้า¹⁵ พบว่าการระลึกความหลังแบบบูรณาการ มีประสิทธิภาพที่ช่วยลดความคิดด้านลบ ปรับอารมณ์เศร้าให้ดีขึ้น และยอมรับตัวเอง

การระลึกความหลังแบบบูรณาการมีศักยภาพในการเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ตลอดจนความพึงพอใจในชีวิต¹⁶⁻¹⁷ ซึ่งปัจจัยทั้งสองมีความสัมพันธ์กันเชิงเหตุผลอย่างชัดเจน ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกโปรแกรมระลึกความหลังแบบบูรณาการซึ่งใช้แนวคิดการระลึกความหลังแบบบูรณาการจากแนวคิดของหว่องและวัต¹⁴ ที่ประยุกต์จาก 4 องค์ประกอบข้างต้นผ่านกระบวนการกลุ่ม เนื่องจากต้องการให้เกิดการเรียนรู้จากสมาชิกในกลุ่ม ตลอดจนแลกเปลี่ยนแนวคิดมุมมองของชีวิตซึ่งกันและกันได้ รวมถึงการส่งเสริมสนับสนุนให้เข้าสังคม ก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ผู้วิจัยคาดหวังว่า โปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังแบบบูรณาการ สามารถเสริมสร้างสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้พร้อมกันทั้งสองด้าน กล่าวคือ ทั้งการลดภาวะซึมเศร้าแฝงเร้นและการเติมเต็มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้แก่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หากโปรแกรมดังกล่าวพิสูจน์ได้ว่ามีประสิทธิภาพก็จะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในชุมชนหรือสถานบริการผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะทางจิตที่ดีและสามารถเผชิญกับช่วงบั้นปลายของชีวิตได้อย่างมีความหมายและมีคุณค่าต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

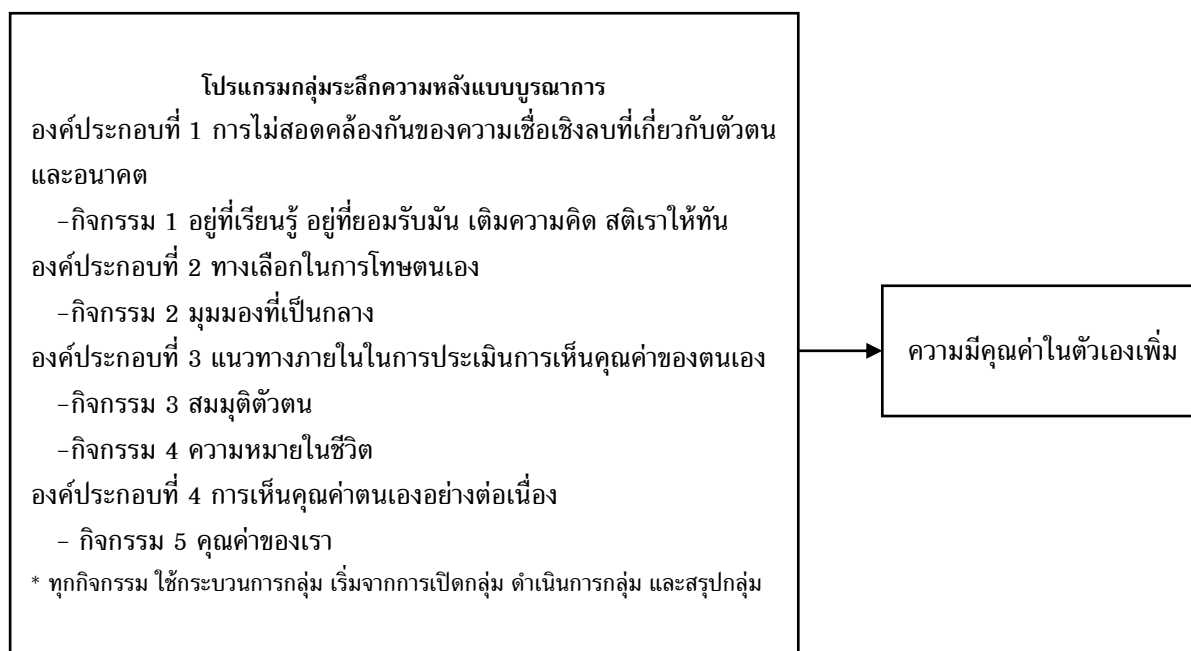
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังแบบบูรณาการ ต่อความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

สมมติฐานการวิจัย

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความมีคุณค่าในตนเอง หลังการทดลองทันที, หลังการทดลอง 1 เดือน, และ 3 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเรื่องโปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังแบบบูรณาการครั้งนี้ ใช้แนวความคิดการระลึกความหลังแบบบูรณาการของห่องและวัต¹⁴ ผ่านกระบวนการทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ได้แก่ 1) ความไม่สอดคล้องกันของความเชื่อเชิงลบเกี่ยวกับตัวตนและอนาคต 2) ทางเลือกในการโทษตนเอง 3) แนวทางภายในในการประเมินการเห็นคุณค่าของตนเอง และ 4) การเห็นคุณค่าตนเองอย่างต่อเนื่อง จำนวน 5 กิจกรรม แต่ละครั้งดำเนินการโดยใช้กระบวนการทำกลุ่มของยาโลม¹⁸ ซึ่งประกอบด้วยระยะเริ่มกลุ่ม ระยะดำเนินการ และระยะยุติกลุ่ม โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มควมมีคุณค่าในตัวเอง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบ่งเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยติดตามวัดผลก่อนทดลอง หลังการทดลอง และมีติดตามผลจำนวน 2 ครั้ง คือ หลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน (two group pre-posttest and follow-up design)

ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชสูงอายุ ณ โรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิในภาคใต้แห่งหนึ่ง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* power 3.1 การเลือก Means: Difference between two independent means (two groups) กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size)=.80 ค่าอำนาจทดสอบหรือ power (1-β error prob) .80 ระดับนัยสำคัญที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 26 คน และเพื่อทดแทนการสูญเสีย



ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัย (Drop out) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมเป็น 60 คน โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยนอกที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบขององค์การอนามัยโลก(ICD-10)
- 2) ประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย 15 ข้อ (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS – 15) ได้คะแนนน้อยกว่า 6 คะแนน (หมายถึงไม่มีอาการซึมเศร้าในปัจจุบัน)
- 3) ประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (Mini mental state examination: MMSE-2002) โดยผู้ที่เรียนระดับประถมศึกษา คะแนนต้องมากกว่า 17 คะแนน และผู้ที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา คะแนนต้องมากกว่า 22 คะแนน
- 4) ประเมินด้วยแบบประเมินความคุณค่าในตัวเองของโรเซนเบิร์กที่แปลเป็นไทย โดย ณหทัย วงศ์ปการันย์ และทินกร วงศ์ปการันย์ เวอร์ชัน 1 ปี 2012¹⁹ ระดับเล็กน้อยและปานกลาง โดยต้องได้คะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน
- 5) มีความสามารถในการสื่อสารและสามารถอ่านออกเขียนได้
- 6) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำโปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังแบบบูรณาการ

เกณฑ์คุณสมบัติคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้าที่มีโรคทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการทำโปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังฯ ได้แก่ โรคเส้นเลือดในสมอง โรคปอด โรคหัวใจ หรือโรคที่ไม่สามารถนั่งนานและเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีความประสงค์ขอลงตัวออกจากการวิจัย ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทั้ง 5 ครั้ง และมีอาการกำเริบจากโรคซึมเศร้า

ผู้วิจัยเลือกใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลาก แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง คือกลุ่มตัวอย่างที่ได้โปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังแบบบูรณาการ จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม คือกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลรักษาโรคซึมเศร้าตามปกติ จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในเกณฑ์การคัดเข้า ประกอบด้วย

1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุไทย 15 ข้อคำถาม (TGDS-15) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินนี้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อคัดเฉพาะผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง การแปลผลที่ได้จะต้องน้อยกว่า 6 คะแนน

2) แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE) เพื่อให้แน่ใจว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถเพียงพอในการทำกิจกรรมกลุ่ม ตลอดจนการพูดคุยแลกเปลี่ยนแนวคิดหรือประสบการณ์ต่าง ๆ ในการใช้ชีวิต มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน มีการแปลผลโดยคะแนนจะต้องมากกว่า 22 คะแนน จะถือว่าไม่มีสมองเสื่อม ในกรณีการศึกษาไม่เกินประถมศึกษาคะแนนต้องมากกว่า 17 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 8 ข้อ ประกอบด้วยอายุ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ โรคประจำตัวทางกาย

2) แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของโรเซนเบิร์ก เวอร์ชัน 1 แปลภาษาไทย โดย ณหทัย วงศ์การันย์ และทินกร วงศ์การันย์¹⁹ เวอร์ชัน 1 ปี 2556 มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามทางบวก (ข้อ 1, 2, 4, 6 และ 7) และข้อคำถามทางลบ (ข้อ 3, 5, 8, 9 และ 10) มีคะแนนรวมที่เป็นไปได้: 10–40 คะแนน การแปลผลตามระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ดังนี้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ (<20 คะแนน), ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองปานกลาง (20–30 คะแนน) และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองสูง (>30 คะแนน)

3. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ โปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังแบบบูรณาการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยแผนการทำกลุ่ม และคู่มือขณะทำกลุ่ม และคู่มือที่ให้กลุ่มตัวอย่างกลับบ้าน ดังนี้

1) โปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังแบบบูรณาการ ดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มกิจกรรมบำบัด จำนวน 4 กลุ่ม กลุ่มละ 7–8 คน (กลุ่มที่ 1 ทุกวันจันทร์ 8 คน, กลุ่มที่ 2 ทุกวันอังคาร 7 คน, กลุ่มที่ 3 ทุกวันพุธ 8 คน, และกลุ่มที่ 4 ทุกวันศุกร์ 7 คน) จำนวนกลุ่มละ 5 ครั้ง โดยก่อนเข้าโปรแกรมผู้วิจัยจะสุ่มให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในแต่ละกลุ่มโดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน รวมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม แต่ละครั้งใช้เวลา 60–90 นาที โดยผู้วิจัยมีบทบาทหลัก เป็นผู้นำกลุ่มตามโปรแกรมแต่ละครั้ง มีผู้ช่วยผู้นำกลุ่มและผู้สังเกตการณ์ รูปแบบ 5 กิจกรรมหลัก ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การไม่สอดคล้องกันของความเชื่อเชิงลบที่เกี่ยวกับตัวตนและอนาคต ผ่านกิจกรรมที่ 1 “อยู่ที่เรียนรู้ อยู่ที่ยอมรับมัน เติมความคิด สติเราให้ทัน” เป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ทำความรู้จักซึ่งกันและกัน เล่าชีวิต และบททวนชีวิตของตนเอง รวมถึงมุมมองความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับตนเองและโรคซึมเศร้า

องค์ประกอบที่ 2 ทางเลือกในการโทษตนเอง ผ่านกิจกรรมที่ 2 “มุมมองที่เป็นกลาง” เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้บททวนสาเหตุและผลที่ตามมาของเหตุการณ์เชิงลบมากมายที่พวกเขาเคยประสบในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ซึ่งจะเป็นเหตุการณ์ใดก็ได้

องค์ประกอบที่ 3 แนวทางภายในในการประเมินการเห็นคุณค่าของตนเอง ผ่านกิจกรรมที่ 3 “สมมุติตัวตน สร้างคุณค่าทางใจ” เพื่อการประเมินการเห็นคุณค่าของตนเอง โดยเล่าและสะท้อนถึงความคิด ความสนใจ และแรงจูงใจในการใช้ชีวิต กิจกรรมที่ 4 “ความหมายในชีวิต” เพื่อส่งเสริมมองเห็นคุณค่าในตัวเองมากขึ้น และ

องค์ประกอบที่ 4 การเห็นคุณค่าตนเองอย่างต่อเนื่อง ผ่านกิจกรรมที่ 5 “คุณค่าของเรา” เพื่อเปิดโอกาสให้บอกเล่าความภาคภูมิใจในตัวเอง ตลอดจนสร้างกำลังใจให้กันและกันกิจกรรมแต่ละสัปดาห์ โดยใช้หลักการของการมีคุณค่าในตัวเองมาบูรณาการในแต่ละกิจกรรม 2 ประการได้แก่ การมองเห็นตนเอง และการให้คุณค่าในตัวเองว่าเป็นเชิงบวกหรือเชิงลบ

นอกจากนี้ คู่มือขณะทำกลุ่มแจกให้สมาชิกกลุ่ม จำนวน 1 เล่ม ประกอบด้วย แบบประเมินคุณค่าในตัวเองฉบับภาษาไทย ตารางทำกลุ่ม ตารางนัดหมาย และใบงาน และใบกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ สำหรับคู่มือแจกกลุ่มตัวอย่างกลับบ้าน มี 1 เล่ม เนื้อหาเกี่ยวข้องกับแหล่งสนับสนุนทางด้านจิตใจ และแบบประเมินคุณค่าในตัวเอง

โปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังแบบบูรณาการนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ และคู่มือขณะทำกลุ่ม ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านพิจารณาตรวจสอบ ได้แก่ อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านโปรแกรมระลึกความหลัง 1 ท่าน, จิตแพทย์ 1 ท่าน, และพยาบาลจิตเวชผู้สูงอายุชำนาญการ 1 ท่าน โดยมีดัชนีความสอดคล้อง (Index of



Item-Objective Congruency: IOC) ได้ค่าระหว่าง .67–1.00 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำไปพูดคุยและปรับแก้กับผู้ร่วมวิจัย 1 ท่าน ก่อนนำไปใช้ในกลุ่มศึกษานำร่อง ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 กลุ่ม (สมาชิกในกลุ่ม 6 คน)

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เลขที่หนังสือรับรอง DMH.IRB.CO.A 035/2567 ลงวันที่ 17 พฤศจิกายน 2567 ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล วัตถุประสงค์การวิจัย รวมถึงการยกเลิกหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ตลอดจนการเก็บข้อมูลต่างๆ เป็นความลับ และเผยแพร่ข้อมูลโดยภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติการทำวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ โดยชี้แจงรายละเอียดในการศึกษาวิจัยตามขั้นตอนที่กำหนด ทั้งนี้ระหว่างรอการอนุมัติ ผู้วิจัยดำเนินการเตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน เพื่อช่วยเหลือการคัดเข้าและสุ่มกลุ่มตัวอย่าง และผู้ช่วยวิจัย 2 ท่าน เป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม และผู้สังเกตการณ์

หลังจากได้รับหนังสืออนุมัติเก็บข้อมูลแล้ว ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นไปได้ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายตามแบบฟอร์มพิกัดสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ซึ่งกลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ได้รับการนัดหมายวันและเวลาในการทำแบบประเมินความมีคุณค่าในตัวเอง จำนวน 3 ครั้ง คือ 5 สัปดาห์ และติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน และกลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังแบบบูรณาการ จำนวน 5 ครั้ง รวม 5 สัปดาห์ แต่ละครั้งใช้เวลา 60–90 นาที หลังสิ้นสุดโปรแกรมผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบประเมินความมีคุณค่าในตัวเองอีก 3 ครั้ง คือ หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมทันที และติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน และ 3 เดือน ผ่านโทรศัพท์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความคล้ายคลึงกันของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ทีอิสระ (Independent t-test) ในตัวแปรที่เป็นมาตรวัดแบบอัตราส่วน ได้แก่ อายุ ใช้ไคสแควร์ (Chi-square) ในตัวแปรที่เป็นนามบัญญัติ 2 กลุ่ม ได้แก่ เพศและโรคประจำตัว และใช้ฟิชเชอร์เอ็กแซ็กต์ (Fisher's exact) ในตัวแปรที่เป็นนามบัญญัติ มากกว่า 3 กลุ่ม ได้แก่ การศึกษา ศาสนา และสถานภาพสมรส และทำการทดสอบการกระจายข้อมูลของแบบประเมินความมีคุณค่าในตัวเองทั้งก่อนและหลังการทดลองของทั้งสองกลุ่ม ด้วยสถิติ Kolmogorov-Simonov one sample test พบว่าข้อมูลมีการกระจายปกติจึงวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลความแตกต่างของความมีคุณค่าในตัวเองจากแบบประเมินความมีคุณค่าในตัวเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม



ควบคุม โดยใช้สถิติพาราเมตริก แบบ Repeated Measure ANOVA และหาความแตกต่างรายคู่ด้วยทีคู่ (Paired t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 68.6 ปี (SD=4.83) และ 67.2 ปี (SD=6.88) ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มมีเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน โดยเพศชายร้อยละ 47.7 และ 53.3 ตามลำดับ ระดับการศึกษาสูงสุดทั้งสองกลุ่ม คือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.0 และร้อยละ 60.0 ตามลำดับ นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 90.0 และร้อยละ 83.3 ตามลำดับ สถานภาพสมรส ร้อยละ 83.3 และ 56.7 และมีโรคประจำตัวทางกาย ร้อยละ 80.0 และ 63.3 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	กลุ่มทดลอง (N=30)	กลุ่มควบคุม (N=30)	
อายุ (ปี)	Mean=68.6, SD=4.83	Mean=67.2, SD=6.88	.36 ^a
เพศ			.61 ^b
ชาย	14 (47.7)	16 (53.3)	
หญิง	16 (53.3)	14 (47.7)	
การศึกษา			.58 ^c
ต่ำกว่าประถมศึกษา	2 (6.7)	2 (6.7)	
ประถมศึกษา	15 (50.0)	18 (60.0)	
มัธยมศึกษา	4 (13.3)	1 (3.3)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	9 (30.0)	9 (30.0)	
ศาสนา			.71 ^c
พุทธ	27 (90.0)	25 (83.3)	
อิสลาม	3 (10.0)	5 (16.7)	
สถานภาพสมรส			.07 ^c
สมรส	25 (83.3)	17 (56.7)	
โสด	1 (3.3)	5 (16.7)	
หย่าร้าง/แยกกันอยู่/คู่สมรสเสียชีวิต	4 (13.3)	8 (26.7)	
โรคประจำตัวทางกาย			.15 ^b
ไม่มี	6 (20.0)	11 (36.7)	
มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 1 โรคขึ้นไป	24 (80.0)	19 (63.3)	

^aIndependent T-Test, ^bChi-square, ^cFisher's exact

2. ผลของโปรแกรมกลุ่มการระลึกความหลังแบบบูรณาการ

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความมีคุณค่าในตัวเอง ด้วยสถิติ Independent T-Test ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือน เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองระยะหลังการทดลองทันที และติดตามผล 1 เดือน มี



คุณค่าในตัวเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในช่วงติดตามผล 3 เดือน ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความมีคุณค่าในตัวเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง หลังการทดลอง 1 เดือน และหลังการทดลอง 3 เดือน

คะแนนความมีคุณค่าในตัวเอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t-test	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนการทดลอง (สัปดาห์ที่ 1)	24.23	2.90	26.17	1.82	1.57	.150
หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 5)	30.33	3.34	25.80	1.81	-2.17	.003
หลังการทดลอง 1 เดือน	34.30	3.45	30.27	3.56	-2.37	.010
หลังการทดลอง 3 เดือน	34.90	3.12	33.70	2.95	-0.57	.583

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความมีคุณค่าในตัวเอง ด้วยสถิติ Repeated Measure ANOVA ในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนและหลังการทดลอง, ก่อนและหลังการทดลองถึง 1 เดือน, หลังการทดลองและหลังการทดลอง 1 เดือน และหลังการทดลอง และหลังการทดลอง 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนความมีคุณค่าในตัวเองก่อนการทดลอง หลังการทดลอง หลังการทดลอง 1 เดือน และหลังการทดลอง 3 เดือนของกลุ่มทดลอง

คะแนนความมีคุณค่าในตัวเองของกลุ่มทดลอง	Mean difference	Std. Error	t-test	p-value
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง	6.10	.81	7.50	<.001
ก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง 1 เดือน	10.06	.82	12.23	<.001
หลังการทดลอง-หลังการทดลอง 1 เดือน	3.97	.88	4.53	<.001
หลังการทดลอง-หลังการทดลอง 3 เดือน	2.33	.77	3.01	.003

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังแบบบูรณาการ สามารถส่งเสริมความมีคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าได้ หลังการได้รับโปรแกรมทันทีและในช่วง 1 เดือนถัดมา กลุ่มทดลองมีคะแนนความมีคุณค่าในตัวเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ^{17,20} ที่พบว่าการระลึกความหลังสามารถส่งเสริมการยอมรับตนเองและคุณค่าทางบวกของชีวิตในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างดี ผ่านกระบวนการเพิ่มความหมายในชีวิต ลดการประเมินตนเองที่เป็นไปในทิศทางลบ มองอดีตในทัศนคติเชิงบวก และมองอนาคตที่เป็นบวกมากกว่าเดิม²¹ โดยสะท้อนให้เห็นถึงความมีคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุต้องการการได้รับสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง จากศึกษารูปแบบการส่งเสริมการสร้างความรู้ในคุณค่าของตนเองของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุจังหวัดกาฬสินธุ์²² พบว่า ผู้สูงอายุต้องการการสนับสนุนเพื่อให้เกิดความมีคุณค่าในตัวเอง

อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการจัดอบรมหรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อกระตุ้นให้เกิดความมีคุณค่าในตัวเอง รวมไปถึงการส่งเสริมให้เกิดแลกเปลี่ยน การเกิดอาชีพ และการมีกิจกรรมที่เป็นส่วนร่วมทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาความหมายของการเห็นคุณค่าผู้สูงอายุที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า การรวมกลุ่มปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ครอบครัวสังคมเห็นคุณค่าผู้สูงอายุ อันทำให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของตัวเองได้มากขึ้น²³

เมื่อพิจารณาภายในกลุ่มทดลองเอง พบว่าคะแนนความมีคุณค่าในตัวเองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกช่วงเวลา ตั้งแต่ก่อนการได้รับโปรแกรม จนถึง 3 เดือนหลังได้รับโปรแกรม โดยเฉพาะระยะ 1 เดือนหลังได้รับโปรแกรม พบว่าคะแนนเพิ่มขึ้นสูงสุดเมื่อเทียบกับก่อนเริ่มโปรแกรม แสดงให้เห็นถึงผลต่อเนื่องของการบำบัด ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้เข้าร่วมได้ใช้โอกาสในการทบทวนประสบการณ์ชีวิต มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และได้รับการยอมรับในมุมมองของตนเอง และเป็นไปได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับคู่มือที่เกี่ยวข้องกับความมีคุณค่าในตัวเองกลับบ้านด้วย จึงทำให้ได้กลับไปทบทวน และบูรณาการประสบการณ์ชีวิตเพื่อนำไปสู่ความภาคภูมิใจในตนเองได้มากขึ้น

อย่างไรก็ตาม แม้คะแนนความมีคุณค่าในตัวเองของกลุ่มทดลองจะยังคงเพิ่มขึ้นในช่วง 3 เดือนหลังได้รับโปรแกรม แต่เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมในช่วงเวลาเดียวกัน กลับไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มควบคุมอาจมีพัฒนาการในระดับหนึ่ง แม้ไม่ได้รับโปรแกรมโดยตรง ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยภายนอก เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน หรือกระบวนการฟื้นฟูตามธรรมชาติของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ²⁴⁻²⁵

ข้อจำกัดของการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในผู้รับบริการเฉพาะในโรงพยาบาลจิตเวชเท่านั้น และต้องเดินทางไปยังโรงพยาบาลเพื่อเข้าร่วมกลุ่ม ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลเท่านั้น รวมถึงการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไม่ได้จับคู่ทั้งสองกลุ่มกับข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ที่อาจส่งผลต่อความมีคุณค่าในตัวเองในผู้สูงอายุ

สรุปได้ว่า ผลของโปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังแบบบูรณาการ สามารถเพิ่มคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ทันที คงอยู่ใน 1 เดือน และ 3 เดือน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะต่อการนำไปใช้

ทราบถึงประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่กลุ่มทดลอง มีคะแนนความมีคุณค่าในตัวเอง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ สามารถให้สหวิชาชีพที่ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลจิตเวช นำโปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังแบบบูรณาการไปใช้ในการเพิ่มความมีคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีระดับความมีคุณค่าในตัวเองต่ำได้

ข้อเสนอแนะต่อการทำวิจัย

1. ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนในกลุ่มควบคุม จากผลลัพธ์ที่พบว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนเพิ่มขึ้นในระยะ 3 เดือน ควรมีการประเมินกิจกรรมหรือสิ่งแวดล้อมที่กลุ่มควบคุมมีส่วนร่วมระหว่างการทดลอง เพื่อแยกผลของโปรแกรมอย่างชัดเจน เช่น ยาที่ได้รับ การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น



2. ขยายพื้นที่ศึกษาในหลากหลายบริบท นอกเหนือจากโรงพยาบาลจิตเวช เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพราะในสถานบริการอื่นๆ ผู้ป่วยมีพื้นฐานในการดูแลไม่เหมือนกัน ได้แก่ การได้รับยา รวมถึงการดูแลด้านจิตสังคมที่แตกต่างกัน

References

1. Uangdetkla N, Tancharoen A. The effects of psycho-education program on the depressive symptoms among elderly, Bang Pakong District, Chachoengsao Province. *RDHSJ* 2024;17(1):155–67. (in Thai)
2. Setapura P, Chaisongkram N. Prevalence and associated factors of depressive disorder among the elderly in Thailand, 2021. *RHPC9Journal* 2022;16:1070–84.
3. Tan J, Ma C, Zhu C, Wang Y, Zou X, Li H, et al. Prediction models for depression risk among older adults: systematic review and critical appraisal. *Ageing Res Rev* 2023;83:101803.
4. Yamwong N. Quality of life and physical activities of daily living among elderly patients at HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center. *J Med Health Sci* 2014;21(1):37–44. (in Thai)
5. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. 2022 cited 2024 Feb 26]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
6. National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. The situation of Thai older adults in spatial disparity, 2021. Bangkok: National Statistical Office; 2021.
7. Sripetch S, Prasertchai P, Santhaweesuk K, Pimpikanueng K, Thaipisuttikul P. Factors associated with quality of life in elderly with major depressive disorder at psychiatric outpatient unit, Ramathibodi Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2019;64(1):89–98. (in Thai)
8. Puttametta M, Soontomchaiya R. Selected factors related to depression of older persons with MDD in the central region. *J Psychiatr Nurs Ment Health* 2016;30(2):69–82. (in Thai)
9. Kaewsang-on W, Dulyakasem U, Rodkantuk J, Hemtanon P. The relationship among self-esteem, depression and quality of life of the elderly with chronic diseases in urban area, Nakhon Si Thammarat Province. *JMND* 2021;8(11):126–39. (in Thai)
10. Suwannatham K, Kongyoungyune R. Mental health and self-esteem among undergraduate students at the Faculty of Education, Suan Dusit University. *JDL* 2025;31(1):315–24. (in Thai)
11. Hemathanon P, Hemathanon S. Development of an integrated group reminiscence program on self-esteem, depression, and quality of life among older adults in Nakhon Si Thammarat Province. *Nurs Public Health Netw J* 2021;8(3):254–68. (in Thai)
12. Trerin S, Naka K, Nukaew O. The effect of reminiscence program on self-esteem in hospitalized elders with chronic diseases. *Songklanagarind J Nurs* 2017;37(2):106–17. (in Thai)
13. Musavi M, Mohammadian S, Mohammadinezhad B. The effect of group integrative reminiscence therapy on mental health among older women living in Iranian nursing homes. *Nurs Open* 2017;4(4):303–9.
14. Hamtanon P, Hamtanon S. Development of an integrated reminiscence group program on depression, self-esteem, and quality of life for older adults in Nakhon Si Thammarat. *SCNJ* 2021;8(3):254–68. (in Thai)



15. Musavi M, Mohammadian S, Mohammadinezhad B. The effect of group integrative reminiscence therapy on mental health among older women living in Iranian nursing homes. *Nurs Open* 2017;4(4):303–9.
16. Hamtanon P, Chalemtrong P, Chukaewruang P, Fongngam P. Effect of integrated reminiscence program on depression in older adults: a pilot study in older adults, Ban Mai Daeng Subdistrict, Amphur Muang, Nakhon Si Thammarat Province. *SKHJ* 2019;23(3):55–65. (in Thai)
17. Tam W, Poon SN, Mahendran R, Kua EH, Wu XV. The effectiveness of reminiscence-based intervention on improving psychological well-being in cognitively intact older adults: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud* 2021;114:103847.
18. Thongpradab J. Group therapy in psychiatric patients. *J Royal Thai Army Nurses* 2020;21(1):56–65. (in Thai)
19. Wongpakaran T, Wongpakaran N. A comparison of reliability and construct validity between the original and revised versions of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Psychiatry Investig* 2012;9(1):54–8.
20. Phuphet K. Effect of a reminiscence program on hope among elders with major depressive disorder [Master's thesis]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2016. (in Thai)
21. Bohlmeijer ET, Westerhof GJ, Emmerik-de Jong M. The effects of integrative reminiscence on meaning in life: results of a quasi-experimental study. *Aging Ment Health* 2008;12(5):639–46.
22. Hembasat P, Nongrayom A, Pimkaew P. Promotion guidelines for self-awareness creating for elderly in elderly school, Kalasin province. *papojournal* 2022;12(1):151–63. (in Thai)
23. Yotsena B. Value of elderly person. *JCDR-H* 2016;9(1):1–15.
24. Phutthamettha M, Sunthomchaiya R. Selected factors related to depression among older adults with depression in the central region. *J Psychiatr Nurs Ment Health* 2016;30(2):69–82. (in Thai)
25. Pakahan D. The study on relationship between self-esteem and level of mental health of the elderly in the Elderly School under the Urban Community Health Center, Prae Hospital (Rong Sor). *PMJCS* 2018;25(2):13–22. (in Thai)



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกับการใช้แชทบอทต่อความรู้และ การปฏิบัติคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีของประชากรกลุ่มเสี่ยง

The Effects of a Learning Enhancement Program Integrated with Chatbot on Knowledge and Screening Practices for Cholangiocarcinoma among At-Risk Population

อำไพ สุดสม¹, นกมล สุดสม¹

Ampai Sudsom¹, Napadol Sudsom¹

¹โรงพยาบาลบ้านหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน

¹Banluang Hospital, Banluang District, Nan Province

Corresponding author: Ampai Sudsom; Email: geo375@hotmail.com

Receive: May 9, 2025 Revised: August 8, 2025 Accepted: August 13, 2025

บทคัดย่อ

ในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์มะเร็งท่อน้ำดีสูงอย่างต่อเนื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้และการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพในกลุ่มเสี่ยงจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ร่วมกับการใช้แชทบอทต่อความรู้และการปฏิบัติคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีของประชากรกลุ่มเสี่ยง ใช้วิธีการศึกษากึ่งทดลองแบบศึกษากลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการทดลอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงซึ่งได้แก่ กลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 31 คน กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้โดยปรับใช้ทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ร่วมกับการใช้แชทบอท เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามความรู้และการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี แบบสังเกตการปฏิบัติการคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี และแบบประเมินความพึงพอใจการใช้งานนวัตกรรมแชทบอท วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Wilcoxon signed-ranks test ผลการศึกษาพบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง (mean difference) ที่เพิ่มขึ้นได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเท่ากับ 1.65 (95%CI=1.09-2.20) 2) ความรู้เรื่องการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีเท่ากับ 3.32 (95%CI= 2.66-3.99) 3) การปฏิบัติคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีเท่ากับ 6.55 (95%CI=6.10-6.99) และ 4) นวัตกรรมแชทบอท “รู้ทันมะเร็งท่อน้ำดี” ได้รับการประเมินความพึงพอใจโดยรวมจากผู้ใช้งานอยู่ในระดับมาก ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ร่วมกับการใช้แชทบอทสามารถเพิ่มความรู้และทักษะปฏิบัติคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีเบื้องต้นของประชากรกลุ่มเสี่ยงได้

คำสำคัญ: แชทบอท; ทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์; โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้; มะเร็งท่อน้ำดี

The Effects of a Learning Enhancement Program Integrated with Chatbot on Knowledge and Screening Practices for Cholangiocarcinoma among At-Risk Population

Ampai Sudsom¹, Napadol Sudsom¹

¹Banluang Hospital, Banluang District, Nan Province

Corresponding author: Ampai Sudsom; Email: geo375@hotmail.com

Receive: May 9, 2025 Revised: August 8, 2025 Accepted: August 13, 2025

Abstract

In areas with persistently high incidence rates of cholangiocarcinoma over many years, the development of an effective model for promoting knowledge and screening among at-risk groups is critically needed. This study aimed to investigate the effects of an educational program utilizing experiential learning cycle theory combined with chatbot technology on knowledge and screening practices for cholangiocarcinoma among at-risk populations. A quasi-experimental, single-group pre-test post-test design was employed with 31 purposively selected participants from the target at-risk population for cholangiocarcinoma screening. Participants engaged in an 8-week educational program incorporating experiential learning theory and chatbot technology. Data were collected using a questionnaire on knowledge and screening practices for cholangiocarcinoma, an observational checklist for screening practices, and a satisfaction assessment for the chatbot innovation. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed-ranks test. The results showed that after participating in the program, the mean scores of the sample group increased significantly in all aspects. The mean differences (MD) of the increases were as follows: 1) knowledge of liver fluke and cholangiocarcinoma: MD=1.65 (95% CI=1.09–2.20), 2) knowledge of cholangiocarcinoma screening: MD=3.32 (95% CI=2.66–3.99), 3) screening practice performance: MD=6.55 (95% CI=6.10–6.99), and 4) the chatbot innovation “Cholangiocarcinoma Awareness” received an overall user satisfaction rating at a high level. These findings reveal that the educational program utilizing experiential learning cycle theory in conjunction with chatbot technology can enhance knowledge and basic screening skills for cholangiocarcinoma among at-risk populations.

Keywords: chatbot; cholangiocarcinoma; educational program; experiential learning theory



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีนับเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศไทย ข้อมูลอุบัติการณ์มะเร็งตับและท่อน้ำดีระหว่างปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่าเพศชายมีค่าอัตราอุบัติการณ์เฉลี่ย 33.2 ต่อแสนประชากร และเพศหญิงมีค่าอัตราอุบัติการณ์เฉลี่ย 12.2 ต่อแสนประชากร¹ ด้านข้อมูลอุบัติการณ์มะเร็งตับและท่อน้ำดีของกลุ่มจังหวัดเขตภาคเหนือประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2556-2560 เพศชายมีค่าอัตราอุบัติการณ์อยู่ในช่วง 21.3-41.4 ต่อแสนประชากร และเพศหญิงมีค่าอัตราอุบัติการณ์อยู่ในช่วง 9.4-16.2 ต่อแสนประชากร ส่วนอัตราตายเพศชายมีอัตราตายอยู่ในช่วง 16.2-31.8 ต่อแสนประชากร และเพศหญิงมีค่าอัตราตายอยู่ในช่วง 7.1-11.9 ต่อแสนประชากร² ส่วนข้อมูลของจังหวัดน่านช่วงปี พ.ศ. 2555-2557 มีค่าเฉลี่ยอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ของเพศชายเท่ากับ 33.9 ต่อแสนประชากร เพศหญิงเท่ากับ 11.2 ต่อแสนประชากร

จากการศึกษาก่อนหน้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 พบว่า อำเภอบ้านหลวงเป็นพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์มะเร็งตับและท่อน้ำดีสูงอย่างต่อเนื่อง³⁻⁴ โดยอำเภอบ้านหลวงพบค่าอุบัติการณ์สูงกว่าทุกอำเภอทั้งเพศชายและหญิง โดยอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีของเพศชายเท่ากับ 196.3 ต่อแสนประชากร เพศหญิงอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 93.3 ต่อแสนประชากร⁵ จากการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลสาเหตุการตายโรงพยาบาลบ้านหลวงพบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีปี พ.ศ. 2561-2565 เท่ากับ 8 18 12 16 และ 13 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราตายเท่ากับ 68.4 154.8 103.5 138.9 และ 113.4 ตามลำดับ จากข้อมูลอุบัติการณ์ข้างต้นของอำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่านแสดงให้เห็นว่าโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นโรคประจำถิ่น (endemic area) ที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงควรได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มแรก⁶ ซึ่งสอดคล้องกับแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2561 - 2565 (National Cancer Control Programme) ที่ได้วางยุทธศาสตร์ในการดำเนินการทั้งการส่งเสริมกิจกรรมให้ประชาชนมีความรู้เรื่องมะเร็งท่อน้ำดีเพื่อป้องกันโรค และสนับสนุนให้โรงพยาบาลในพื้นที่สามารถค้นหาผู้ป่วยมะเร็งระยะเริ่มแรกได้โดยการทำอัลตราซาวด์ รวมถึงการสร้างกระบวนการวินิจฉัยและส่งต่อเมื่อตรวจพบว่าเป็นมะเร็ง⁷

จากสถานการณ์ปัญหาของอำเภอบ้านหลวงที่พบอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีในระดับที่สูงเป็นอันดับต้นของจังหวัดน่านอย่างต่อเนื่องหลายปีจนเป็นพื้นที่หนึ่งของประเทศที่พบการระบาดเฉพาะถิ่น ผลการศึกษาก่อนหน้าพบว่าพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพได้แก่ การรับประทานปลาน้ำจืดดิบ การดื่มสุราและการสัมผัสสารเคมีที่ใช้ทำเกษตรกรรม^{4,8} ดังนั้นการเฝ้าระวังโรคโดยการจัดการบริการคัดกรองโรคที่สม่ำเสมอและครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงจึงมีความสำคัญในการช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและคุณภาพของผู้ป่วยที่พบโรคมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มแรก⁶ ในขณะเดียวกันกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ควรได้รับการส่งเสริมการเรียนรู้ในเรื่องปัจจัยเสี่ยง การป้องกันโรคและการปฏิบัติคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีเบื้องต้นด้วยตนเองได้ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าทฤษฎีวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning cycle theory) คือกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดจากการผสมผสานระหว่างประสบการณ์ การสังเกต การคิด และการลงมือปฏิบัติ สอดคล้องกับธรรมชาติของการเรียนรู้ของผู้เรียนเพราะเชื่อมโยงประสบการณ์ของผู้เรียนเข้ากับความรู้ใหม่ ส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ด้วยตนเอง และกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยการลงมือปฏิบัติและสะท้อนคิดด้วยตนเอง⁹ จึงเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม สามารถนำไปใช้พัฒนาศักยภาพเพิ่มความรู้ การปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้¹⁰ ประกอบกับปัจจุบันแชทบอท (chatbot) ซึ่งเป็นโปรแกรม

คอมพิวเตอร์ที่ใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์จำลองบทสนทนาแบบเรียลไทม์ (real time) ได้ถูกนำมาปรับใช้เป็นเครื่องมือเพื่อการจัดการความตระหนักรู้อย่างได้ผล เพราะความสามารถในการโต้ตอบกับผู้ใช้งานของแชทบอท ช่วยกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมได้ดี ผู้ใช้งานเข้าถึงง่ายและสื่อสารได้ตลอดเวลา¹¹ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำมาประยุกต์ในการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกับการใช้แชทบอทต่อความรู้และการปฏิบัติคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีของประชากรกลุ่มเสี่ยง เพื่อเพิ่มความรู้ให้กับประชากรกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรคและคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีเบื้องต้นด้วยตนเองได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ร่วมกับการใช้แชทบอทต่อความรู้และการปฏิบัติคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีของประชากรกลุ่มเสี่ยง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน

สมมติฐานการวิจัย

ระดับคะแนนของความรู้เกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ความรู้เรื่องการคัดกรองและการปฏิบัติคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี ของประชากรกลุ่มเสี่ยงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกับการใช้แชทบอทสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning cycle theory) ของ โคล์บ⁹ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย มีการปรับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกับการใช้แชทบอท เพื่อเพิ่มความรู้และการปฏิบัติคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีของประชากรกลุ่มเสี่ยง เป็นการเรียนรู้มุ่งเน้นประสบการณ์เดิมของผู้เรียนมาพัฒนาต่อยอดความรู้ มีองค์ประกอบหลัก 4 ขั้นตอน คือ 1) สร้างประสบการณ์ นำประสบการณ์เดิมที่เคยมีออกมาใช้ในการเรียนรู้ 2) การสะท้อนการเรียนรู้ทบทวนการเรียนรู้ นำข้อมูลมาเสนอหรืออภิปรายแลกเปลี่ยนระหว่างกัน 3) การสรุปองค์ความรู้ เป็นการสรุปหลักความคิดรวบยอดที่ได้จากการเรียนรู้ที่แล้มาในรูปแบบหลักการหรือแผนภาพกระบวนการ 4) การประยุกต์ใช้ความรู้ เป็นการทดลองปฏิบัติจริง หรือนำความรู้ไปประยุกต์ใช้จริงตามแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) แบบศึกษากลุ่มเดียว วัดก่อน-หลังการทดลอง (the one – group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ร่วมกับการใช้แชทบอทต่อความรู้และการปฏิบัติคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีของประชากรกลุ่มเสี่ยง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2566 ถึง 7 มีนาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีอำเภอบ้านหลวง ช่วงอายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการคัดกรองโดยเครื่องอัลตราซาวด์แบบพกพา ตามโครงการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในพื้นที่ที่พบการระบาดเฉพาะถิ่นปี 2565 จำนวน 1,430 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนกลุ่มคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีน้ำดีอำเภอบ้านหลวง ช่วงอายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการคัดกรองโดยเครื่องอัลตราซาวด์แบบพกพา ตามโครงการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในพื้นที่ที่พบการระบาดเฉพาะถิ่นปี 2565 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการวิเคราะห์จากโปรแกรมสำเร็จรูป¹² กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากการเปิดตารางของ Cohen¹³ เป็นระดับปานกลาง เท่ากับ .5 ระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 กำลังการทดสอบ (power) ที่ร้อยละ 80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 27 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มแทนการสูญหาย (drop out) ระหว่างการทดลองอีกร้อยละ 30 จะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 1) อายุระหว่าง 30- 60 ปี 2) เป็นกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองโดยเครื่องอัลตราซาวด์แบบพกพา ตามโครงการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในพื้นที่ที่พบการ

ระบาดเฉพาะถิ่นปี 2565 3) เขียนและอ่านหนังสือภาษาไทยได้ 4) สามารถใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟนได้ เข้าถึงสัญญาณอินเทอร์เน็ตและใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ได้สะดวก และไม่เป็นภาระด้านค่าใช้จ่าย 5) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมวิจัยจนครบกระบวนการ 6) ผ่านกระบวนการชี้แจงโครงการและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

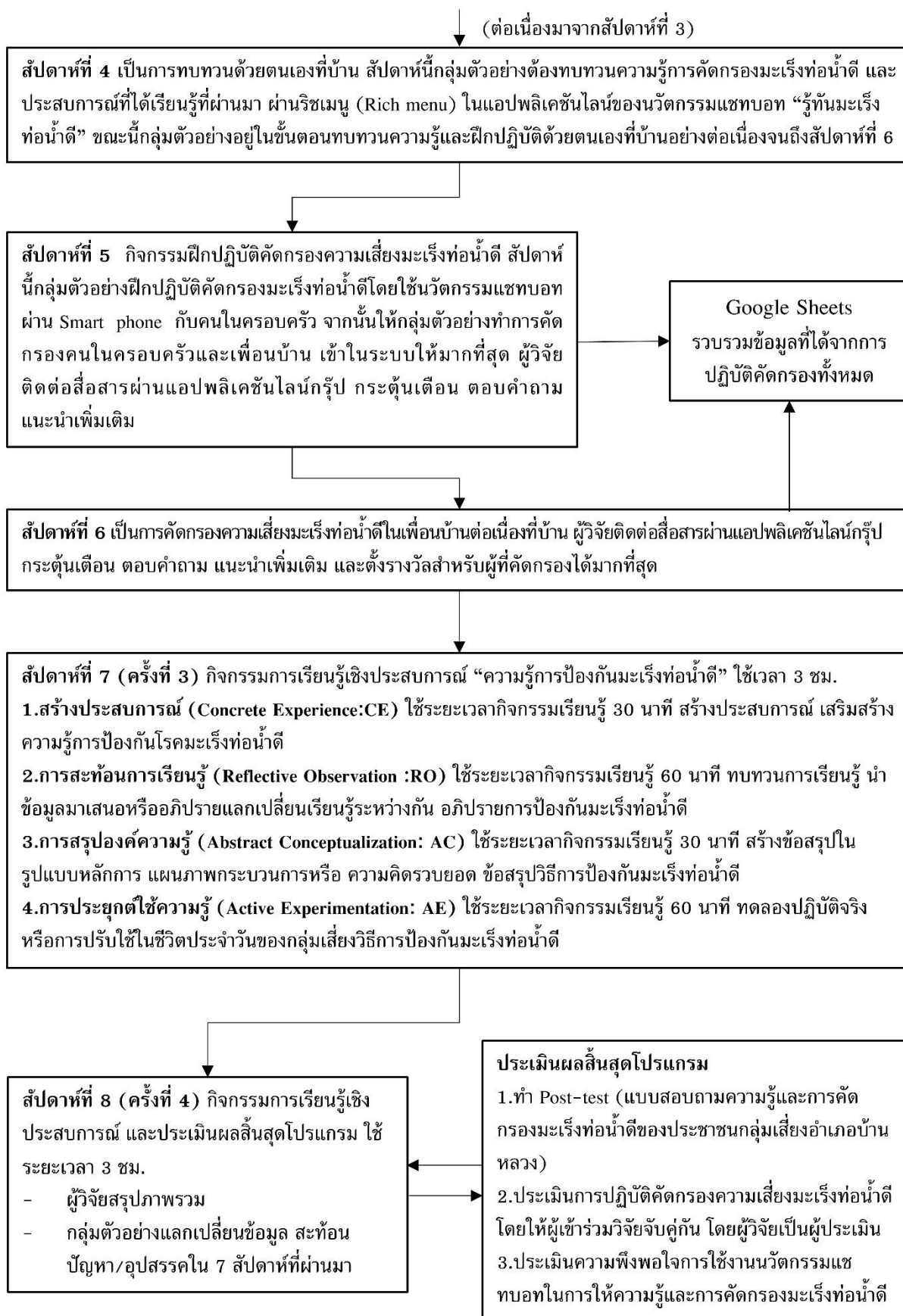
1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1) โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกับการใช้แชทบอทต่อความรู้และการปฏิบัติคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีของประชากรกลุ่มเสี่ยง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน โดยปรับปรุงจากงานวิจัยเรื่อง ผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้ การคัดกรอง และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของ ญัฐธิดา ท้าวนิล และคณะ¹⁰ (ดังภาพที่ 1) ตามทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ หรือ Experiential Learning Theory (ELT) โดย David A. Kolb⁹ โดยมีรายละเอียดของกระบวนการจัดกิจกรรมเรียนรู้รายสัปดาห์ จำนวน 8 สัปดาห์ ดังรายละเอียดในภาพที่ 2

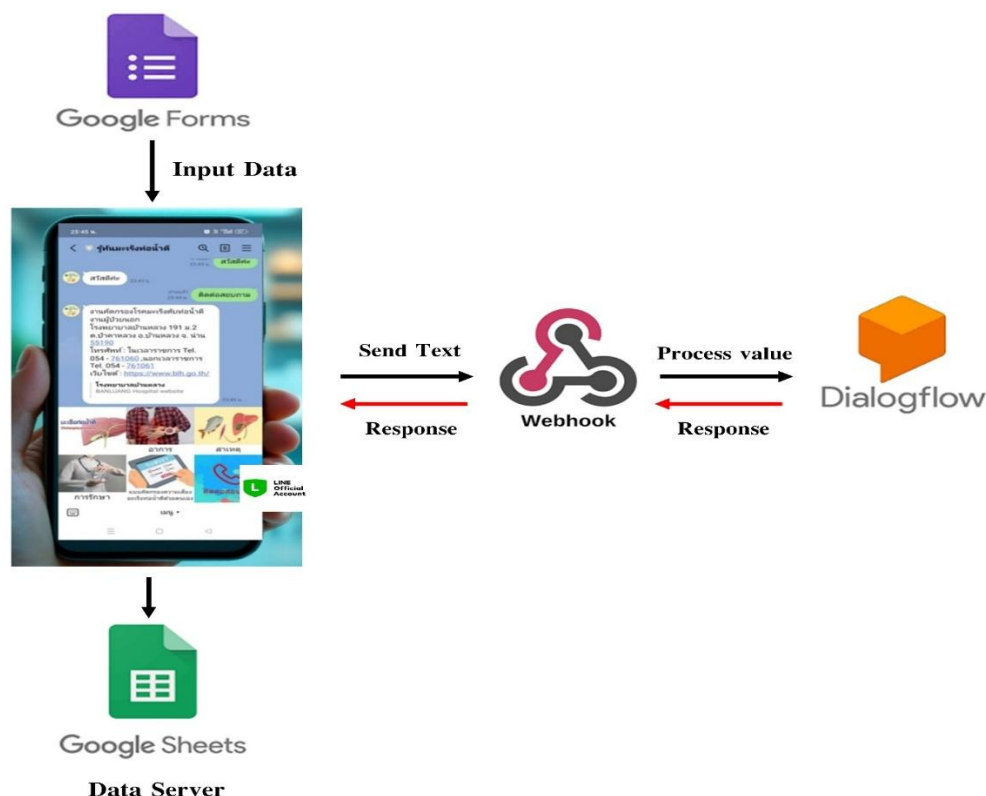
2) นวัตกรรมแชทบอท “รู้ทันมะเร็งท่อน้ำดี” แชทบอท (chat bot) เป็นโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์จำลองบทสนทนาของมนุษย์ผ่านข้อความได้แบบเรียลไทม์ (real time) ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต โดยในปัจจุบันแชทบอทมีอยู่ 2 รูปแบบ คือ (1) แบบกำหนดกฎหรือเงื่อนไข (rule based) (2) แบบปัญญาประดิษฐ์ (AI Based) ที่ถูกพัฒนาด้วยภาษาธรรมชาติ Natural Language Processing (NLP) ซึ่งทำให้การสนทนาโต้ตอบสามารถทำได้ตรงประเด็นและแม่นยำ ระบบแชทบอทสามารถทำความเข้าใจความหมายของประโยคที่ผู้ใช้พิมพ์ส่งเข้ามาได้อย่างถูกต้อง โดยการประมวลผลข้อมูล เจตนาการสื่อสารหรือความตั้งใจที่ผู้ใช้งานต้องการจะสื่อ (Intent) ให้ตรงกับข้อมูลคำหรือกลุ่มคำ ซึ่งถูกกำหนดและบันทึกไว้ในระบบ ซึ่งการสนทนาจะสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โอเอ LINE Official Account (LINE OA) นวัตกรรมแชทบอท “รู้ทันมะเร็งท่อน้ำดี” ในแอปพลิเคชันไลน์ โอเอ ประกอบด้วย

2.1) ข้อความช่วยตอบอัตโนมัติสำหรับการสนทนา นวัตกรรมแชทบอท “รู้ทันมะเร็งท่อน้ำดี” พัฒนาโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ โอเอ (LINE OA) ร่วมกับ ไดอะล็อกโฟลว์ (dialog flow) ซึ่งเป็นแพลตฟอร์ม (platform) ที่พัฒนาโดยกูเกิ้ล (google) สำหรับช่วยในการสร้างและพัฒนาแชทบอทขึ้นเพื่อดูแลการสนทนาของผู้ใช้ ในรูปแบบตัวอักษร (text) แบบ real-time โดยใช้เทคโนโลยี artificial intelligent (AI) ที่ถูกพัฒนาขึ้นให้มีบทบาทในการตอบกลับการสนทนาแบบอัตโนมัติผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เสมือนการโต้ตอบของคนจริงๆ หรืออาจเรียกได้ว่าเป็นโปรแกรมตอบกลับอัตโนมัติ ซึ่งตัวโปรแกรมนี้อาจถูกฝังอยู่บนแอปพลิเคชันไลน์ สำหรับใช้ในการโต้ตอบข้อความอัตโนมัติ เมื่อเกิดคำถามจากผู้ใช้งาน ระบบในแชทบอทจะทำการวิเคราะห์คำถามของผู้ใช้ โดยการหาคำหรือกลุ่มคำ (keyword) ที่ป้อนเข้าไป แชทบอทจะตอบกลับด้วยข้อความที่เหมาะสมและรวดเร็วโดยคำตอบจะเป็นข้อความที่กำหนดไว้ในระบบล่วงหน้า (ดังภาพที่ 3)





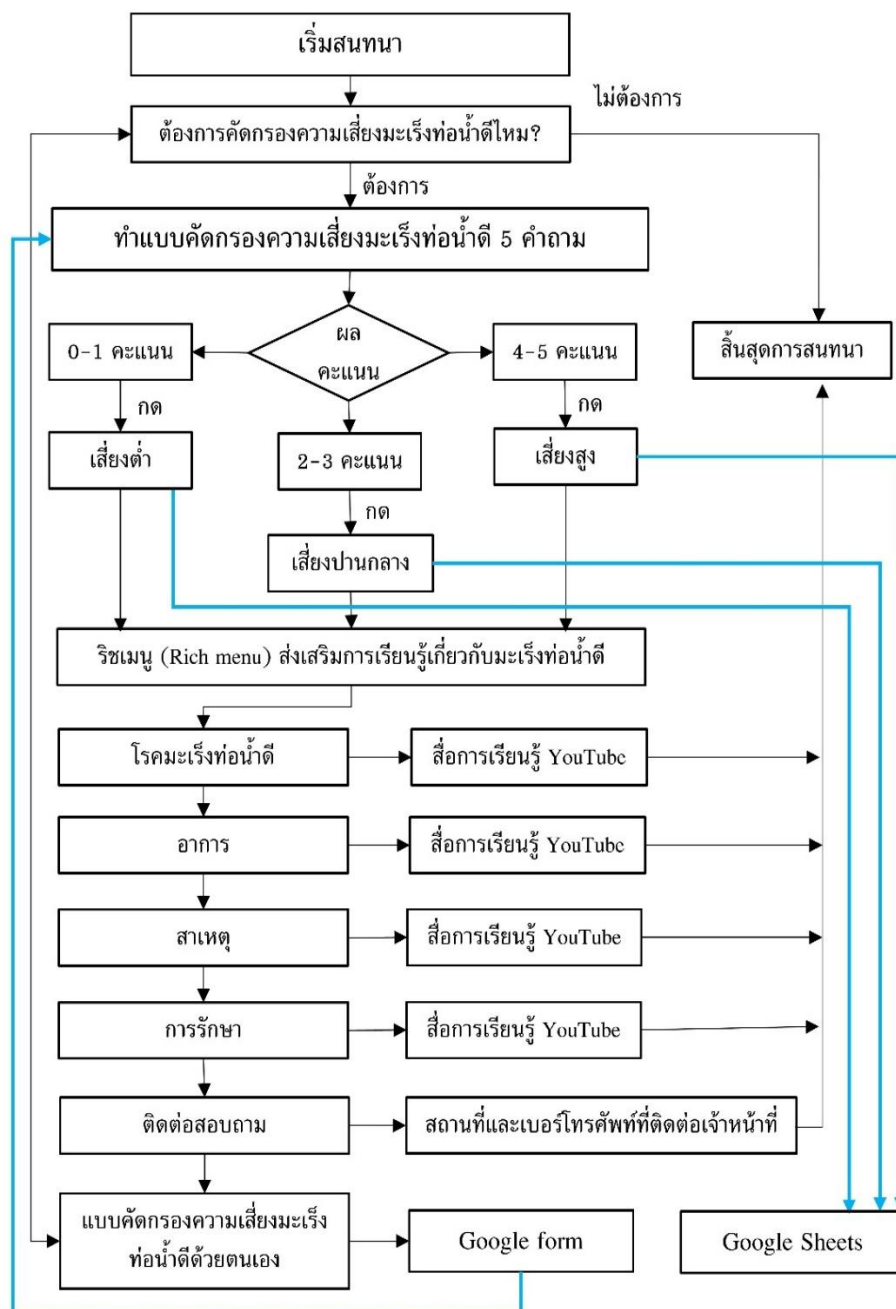
ภาพที่ 2 กระบวนการจัดกิจกรรมเรียนรู้รายสัปดาห์ของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกับการใช้แชทบอทต่อความรู้และการปฏิบัติคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีของประชากรกลุ่มเสี่ยง



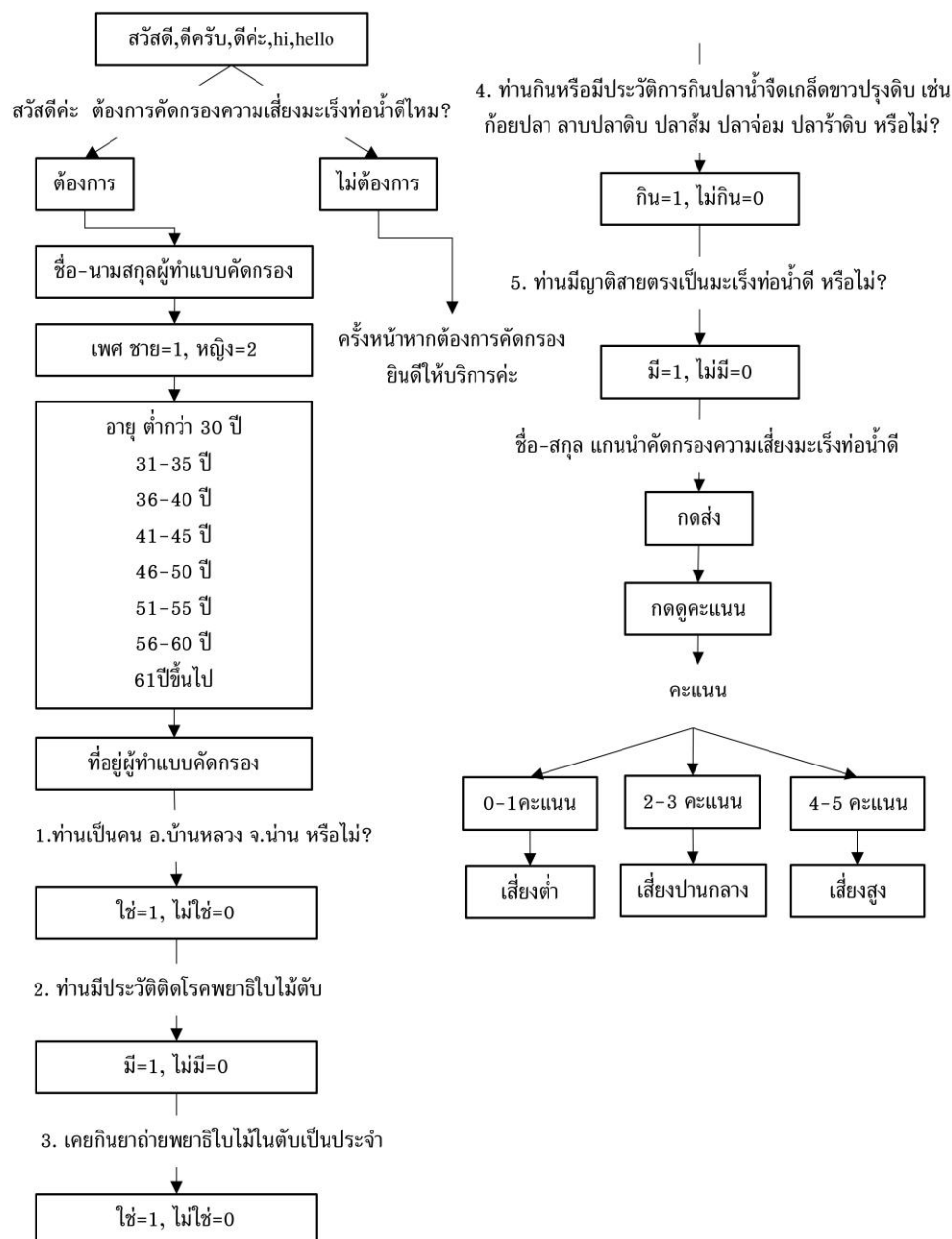
ภาพที่ 3 หลักการทำงาน การรับ-ส่งข้อมูลระหว่างผู้ใช้นวัตกรรมแชทบอท: รู้ทันมะเร็งท่อน้ำดี

2.2) ริชเมนูรวม (rich menu) สื่อส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับมะเร็งท่อน้ำดี เป็นการนำเว็บไซต์ (web link) โรคมะเร็งท่อน้ำดี อาการ สาเหตุ การรักษา ติดต่อสอบถาม แบบคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีด้วยตนเองของประชากรกลุ่มเสี่ยง อำเภอบ้านหลวง สำหรับให้กลุ่มตัวอย่างที่พบทวนด้วยตนเองที่บ้าน ในสัปดาห์ที่ 2,4,5 และ 6 โดยเนื้อหาการเรียนรู้ส่วนหนึ่งนำมาจากคู่มือ อสม. หมอประจำบ้านด้านการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข¹⁴ และใช้สื่อการเรียนรู้จากศูนย์ประสานงานโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีภาคตะวันออกเฉียงเหนือ¹⁵ (ดังภาพที่ 4)

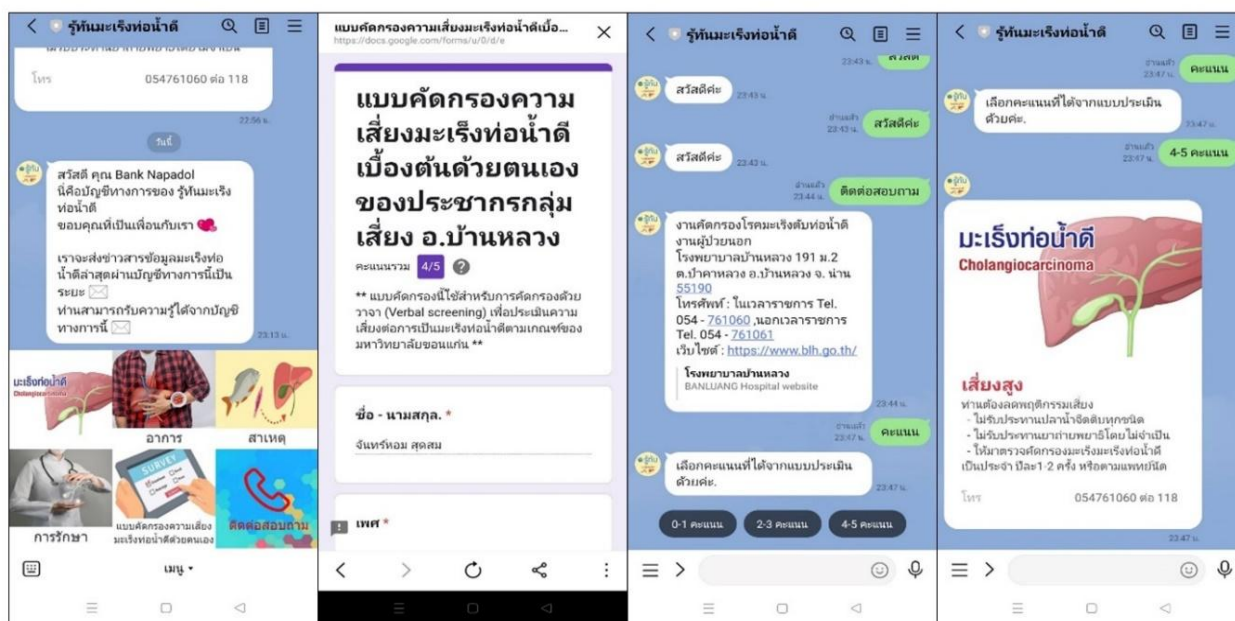
2.3) แบบคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีด้วยตนเองของประชากรกลุ่มเสี่ยง อำเภอบ้านหลวง เป็นการนำกูเกิ้ลฟอร์ม (google form) มาพัฒนาเป็นแบบคำถามคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี แล้วนำ เว็บไซต์ (web link) มาสร้างไว้ที่ริชเมนู และ ลิงก์ตอบข้อความอัตโนมัติกรณีกกลุ่มตัวอย่างแชทถามหาแบบคัดกรอง และใช้กูเกิ้ลชีต (google sheets) เป็นแพลตฟอร์มเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีด้วยตนเอง (ดังภาพที่ 5-6)



ภาพที่ 4 โครงสร้างและขอบเขตการสนทนาของนวัตกรรมแซทบอท: รู้ทันมะเร็งท่อน้ำดี



ภาพที่ 5 อินเทอร์เน็ตข้อความทักทายและแบบสอบถามคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี



ภาพที่ 6 แสดงตัวอย่างการสนทนาระหว่างผู้ใช้กับนวัตกรรมแชทบอท : รู้ทันมะเร็งท่อน้ำดี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามความรู้และการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอำเภอบ้านหลวง ปรับใช้จากงานวิจัยของ ณัฐธิดา ท้าวนิล และคณะ¹⁰ ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ 6 ท่าน มีค่า Content Validity Index (CVI) เท่ากับ .98, .96 และ 1 ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 ของ Kuder-Richarson ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา บทบาททางสังคม อาชีพ ประวัติการได้ตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใน 1 ปีที่ผ่านมา ผลการตรวจอุจจาระ ประวัติการได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ผลการตรวจอัลตราซาวด์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามที่ตรงกับ ความคิดเห็นที่สุดคือ “ถูก” หรือ “ผิด” เกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกจะได้เท่ากับ 1 ตอบผิดจะไม่ได้คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เรื่องการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามที่ตรงกับ ความคิดเห็นที่สุดคือ “ถูก” หรือ “ผิด” เกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกจะได้เท่ากับ 1 ตอบผิดจะไม่ได้คะแนน

2) แบบสังเกตการปฏิบัติการคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอำเภอบ้านหลวง ปรับใช้จากงานวิจัยของ ณัฐธิดา ท้าวนิล และคณะ¹⁰ ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 6 ท่าน ได้เท่ากับ 1 ความเชื่อมั่นเท่ากับ 1 โดยให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีด้วยนวัตกรรมแชทบอท โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินจำนวน 5 ข้อ แปลผลการปฏิบัติ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติได้ถูกต้อง ปฏิบัติไม่ถูกต้อง และไม่ปฏิบัติ



3) แบบประเมินความพึงพอใจการใช้งานนวัตกรรมแชทบอทในการให้ความรู้และการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอำเภอบ้านหลวง ปรับใช้แบบประเมินความสามารถในการใช้งานนวัตกรรมแชทบอท ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขแยกประเด็นคำถาม ของ ชาฟีอี สาเหมาะและคณะ¹¹ แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 สอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อาศัยอยู่หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ระบบปฏิบัติการสมาร์ทโฟนที่ใช้

ส่วนที่ 2 สอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการใช้งานนวัตกรรมแชทบอท เพื่อประเมินความสามารถในการใช้งาน 6 ด้าน ด้านละ 3 ข้อ ได้แก่ ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ความครอบคลุม ความสมบูรณ์ การเรียนรู้ และการใช้งาน โดยใช้เกณฑ์วัดค่า 5 ระดับของลิเคิร์ต (Likert) ดังนี้ (4.51–5.00 = ระดับมากที่สุด, 3.51–4.50 = ระดับมาก, 2.51–3.50 = ระดับปานกลาง, 1.51–2.50 = ระดับน้อย และ 1.00–1.50 = ระดับน้อยที่สุด)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบ โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน Wilcoxon signed-ranks test สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลที่ไม่ได้มีการกระจายแบบโค้งปกติในการทดสอบสมมติฐาน หรือความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังการเข้ารับโปรแกรม

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน เอกสารเลขที่ 05/2567 เลขที่โครงการ NAN REC 67-05

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมิน ตามกิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกับการใช้แชทบอทต่อความรู้และการปฏิบัติคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีของประชากรกลุ่มเสี่ยง 8 สัปดาห์ (ดังภาพที่ 2)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้จนจบกระบวนการจำนวน 31 คน เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง จำนวน 30 คน ร้อยละ 96.80 เป็นชาย 1 คน ร้อยละ 3.20 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 52.30 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 13 คน ร้อยละ 41.90 รองลงมาได้แก่ มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. จำนวน 10 คน ร้อยละ 32.30 มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 7 คน ร้อยละ 22.60 และปริญญาตรี 1 คน ร้อยละ 3.20 ตามลำดับ มีอาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร จำนวน 23 คน ร้อยละ 74.20 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 31)

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล (n = 31)	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) Mean = 52.3 (Min=39, Max=62)		
เพศ		
ชาย	1	3.20
หญิง	30	96.80
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	13	41.90
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	22.60
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	10	32.30
ปริญญาตรี	1	3.20
อาชีพ		
เกษตรกร	23	74.20
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	2	6.50
รับจ้าง/ลูกจ้างเอกชน	4	12.90
ไม่ได้ทำงาน(พ่อบ้าน/แม่บ้าน)	2	6.50
บทบาทในชุมชน		
อสม.	17	54.80
สมาชิกชุมชน	14	45.20
ได้รับการตรวจสุขภาพไขพยาธิใบไม้ตับ ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา		
ตรวจ	15	48.50
ไม่ตรวจ	16	51.60
ผลการตรวจสุขภาพ		
พบพยาธิใบไม้ตับ	1	6.70
ไม่พบพยาธิใบไม้ตับ	13	86.60
ไม่ทราบผล	1	6.70
ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (ปี 2566)		
ได้รับการตรวจคัดกรอง	25	80.60
ไม่ได้รับการตรวจคัดกรอง	6	19.40
ผลการตรวจอัลตราซาวด์ตับและท่อน้ำดี		
ปกติ	14	56.00
ไม่ปกติ	4	16.00
ไม่ทราบผล	7	28.00

2. ความรู้เกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และความรู้เรื่องการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-ranks test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรม (Mean=9.58, SD=.72) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Mean=7.94, SD=1.44) และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (P-value =.000) และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรม (Mean=9.58, SD=.96) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Mean=6.26 ,SD=1.55) และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (P=.000) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และความรู้เรื่องการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่าง

คะแนน	ก่อนร่วมโปรแกรม (เต็ม 10 คะแนน)				หลังร่วมโปรแกรม (เต็ม 10 คะแนน)				Mean Diff	95% CI of Difference	Z	P
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max				
ความรู้เกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	7.94	1.44	4	10	9.58	.72	8	10	1.65	(1.09-2.20)	-4.241	.000
ความรู้เรื่องการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี	6.26	1.55	2	8	9.58	.96	6	10	3.32	(2.66-3.99)	-4.794	.000

3. ผลการปฏิบัติคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีเบื้องต้นด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีเบื้องต้นด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-ranks test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรม (Mean=9.9, SD=.4) สูงวก่่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Mean=3.35, SD=1.25) และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($P\text{-value} = .000$) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติอยู่ในระดับดีทั้งหมดร้อยละ 100 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติคัดกรองของกลุ่มตัวอย่าง (n=31)

การประเมิน การปฏิบัติคัด กรองความ เสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี	ระดับคะแนนการปฏิบัติคัดกรอง ความเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีด้วยแซ ทบอทรูทันทะเร็ง			Mean	SD	Min	Max	Mean Diff	95% CI of Difference	Z	P-value
	ปรับปรุง	พอใช้	ดี								
	(0 - 4	(5 - 7	(8 - 10								
	คะแนน) จำนวน (%)	คะแนน) จำนวน (%)	คะแนน) จำนวน (%)								
ก่อนร่วม โปรแกรม	25 (80.60)	6 (19.40)	0	3.35	1.25	2	6				
หลังร่วม โปรแกรม	0	0	31 (100)	9.90	.40	8	10	6.55	(6.10-6.99)	-4.895	.000

4. ความพึงพอใจต่อการใช้งานแซทบอทรูทันทะเร็งของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการพัฒนาแซทบอทรูทันทะเร็งเป็นนวัตกรรมสื่อความรู้ในการป้องกันโรคและคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีเบื้องต้นด้วยตนเองของประชากรกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ระดับความพึงพอใจโดยรวมจำแนกตาม 6 องค์ประกอบ ในการใช้งานแซทบอทรูทันทะเร็งของกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 4 พบว่าระดับความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้งานแซทบอทรูทันทะเร็งของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก (Mean=4.4, SD=.11) โดยความพึงพอใจองค์ประกอบการใช้งานแซทบอด้านประสิทธิภาพและด้านการใช้งานมีระดับความพึงพอใจมากที่สุด ที่คะแนนเฉลี่ย 4.52 และ 4.51 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจในการใช้งานแซทบอทของกลุ่มตัวอย่าง (n = 31)

องค์ประกอบการใช้งานแซทบอ รูทันทะเร็ง	คะแนนเฉลี่ย (Mean)	SD	ระดับความพึงพอใจ
1.ด้านประสิทธิภาพ	4.52	.56	มากที่สุด
2.ด้านประสิทธิภาพ	4.41	.67	มาก
3.ด้านความครอบคลุม	4.20	.72	มาก
4.ด้านความสมบูรณ์	4.32	.70	มาก
5.ด้านการเรียนรู้	4.43	.76	มาก
6.ด้านการใช้งาน	4.51	.60	มากที่สุด
รวมทุกด้าน	4.40	.11	มาก



อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาพบว่าการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกับการใช้แชทบอท “รู้ทันมะเร็ง” ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และความรู้เรื่องการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย การเพิ่มขึ้นของความรู้ดังกล่าวเป็นผลจากการประยุกต์ใช้วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบ์ (Kolb's experiential learning cycle)⁹ ที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบตลอด 8 สัปดาห์ ได้แก่ 1) สร้างประสบการณ์ (concrete experience) สัปดาห์ที่ 1, 3, 7: ผู้เรียนจะได้รับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การคัดกรอง และการป้องกันมะเร็งท่อน้ำดี ผ่านข้อคำถามที่ผู้วิจัยมุ่งเน้นให้เกิดการกระตุ้นคิด ส่งผลให้เกิดความเข้าใจเบื้องต้นและความตระหนักรู้ในปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง 2) การสะท้อนการเรียนรู้ (reflective observation) สัปดาห์ที่ 1, 3, 7: ทบทวนการเรียนรู้ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมนำเสนอหรืออภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันในห้องเรียน ส่วนสัปดาห์ที่ 2, 4, 6: ใช้การทบทวนและติดตามผ่าน chatbot และ LINE application ช่วยให้ผู้เรียนได้ไตร่ตรองประสบการณ์ที่ได้รับ ส่งผลให้ผู้เรียนได้วิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงของตนเอง เกิดการเชื่อมโยงความรู้กับสถานการณ์จริง 3) การสรุปองค์ความรู้ (abstract conceptualization) สร้างข้อสรุปร่วมกันในรูปแบบผังความคิด โดยการใช้สื่อการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ¹⁴ และศูนย์ประสานงานโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีภาคตะวันออกเฉียงเหนือ¹⁵ ช่วยให้ผู้เรียนสร้างความเข้าใจในหลักการและความรู้ที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าในขั้นตอนนี้ เป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนได้รับการพัฒนาด้านความรู้และทักษะทางปัญญาด้วยตนเองทำให้เกิดความเข้าใจและจดจำเนื้อหาได้มากกว่าการเรียนรู้แบบอื่น ๆ¹⁶ และ 4) การประยุกต์ใช้ความรู้ (active experimentation) ในทุกสัปดาห์ผู้วิจัยใช้การติดต่อสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์กรุปเพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการนำความรู้เกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และความรู้เรื่องการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีไปใช้ในชีวิตประจำวันโดยเฉพาะการลดพฤติกรรมเสี่ยง ส่วนสัปดาห์ที่ 5 และ 8 มีการประยุกต์ใช้ความรู้ผ่านกิจกรรมฝึกปฏิบัติคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีตนเองโดยใช้แชทบอท “รู้ทันมะเร็ง” สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า กระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบ์ ทำให้ผู้เรียนเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันมีผลทำให้ผู้ร่วมกิจกรรมได้รับความรู้เพิ่มขึ้น¹⁰

2. การปฏิบัติคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มตัวอย่างมีพัฒนาการอย่างชัดเจนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างทุกคนร้อยละ 100 มีการปฏิบัติอยู่ในระดับดีเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่ร้อยละ 80.6 อยู่ในระดับควรปรับปรุง ซึ่งเป็นผลจากการประยุกต์ใช้ความรู้ (active experimentation) ตามขั้นตอนที่ 4 ของวงจรโคลบ์ โดยเฉพาะกิจกรรมฝึกปฏิบัติในสัปดาห์ที่ 5 และ 8 ที่ผู้เรียนนำความรู้ไปใช้คัดกรองความเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีกับตนเองและบุคคลใกล้ชิดที่เป็นกลุ่มเสี่ยงประสบการณ์ที่ผู้เรียนได้นำความรู้ไปใช้และทักษะที่เกิดจากการปฏิบัติจริง เป็นการเรียนรู้เชิงลึก (deep learning) มากกว่าการท่องจำ ที่เป็นผลสืบเนื่องจากกระบวนการที่ผู้เรียนได้ผ่านประสบการณ์การเรียนรู้ครบวงจรและได้รับการเสริมแรงผ่านแชทบอทที่ให้คำแนะนำและการติดตามอย่างต่อเนื่องรายบุคคลจากผู้วิจัย ตลอดจนส่งเสริมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่มผ่าน LINE application สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า การมีปฏิสัมพันธ์ของผู้เรียนในกิจกรรมเรียนรู้ที่มีการสาธิตและฝึกปฏิบัติ ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีทักษะการปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น¹⁰ และผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากกิจกรรมหรือการปฏิบัติซึ่งเป็น

ประสบการณ์เดิม ทำให้ อสม. มีความเข้าใจและปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ได้ถูกต้องมากขึ้น¹⁷ นอกจากนี้ผลการศึกษานี้สนับสนุนว่า ในชั้นลงมือปฏิบัติ อสม. ได้เรียนรู้จากการลงมือทำจริง จึงเกิดความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น¹⁸

3. แชนบอทรู้ทันมะเร็งสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดีเบื้องต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการใช้งานโดยรวมอยู่ในระดับมาก และผู้ใช้งานมีความพึงพอใจสูงในด้านประสิทธิผลและการใช้งาน เป็นผลมาจากการออกแบบโปรแกรมที่ผสมผสานการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ให้ผู้ใช้งานมีปฏิสัมพันธ์กับระบบแบบสองทาง กล่าวคือ ผู้เรียนสามารถเข้าถึงเนื้อหาตามบริบทตนเอง (contextual learning) ผ่านแพลตฟอร์มที่ใช้งานง่าย และได้รับข้อเสนอแนะแบบทันที (real-time feedback) จากแชนบอท แชนบอทรู้ทันมะเร็งได้ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางที่สำคัญในการสนับสนุนทุกขั้นตอนของวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ในตลอดระยะเวลาดำเนินการของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ ร่วมกับการใช้แชนบอทต่อความรู้และการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีทั้ง 8 สัปดาห์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขั้นตอนการสะท้อนการเรียนรู้และการประยุกต์ใช้ความรู้ โดยการให้ข้อเสนอแนะแบบทันที การกระตุ้นการไตร่ตรองและทบทวน การเป็นแหล่งข้อมูลเชิงความรู้ และการสนับสนุนการนำไปปฏิบัติจริง ทำให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า แชนบอทเป็นเทคโนโลยีใหม่ที่เหมาะสมในการนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการเสริมสร้างความรู้ การให้คำปรึกษาหรือให้คำแนะนำด้านสุขภาพ¹⁹⁻²⁰

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกับการใช้แชนบอทรู้ทันมะเร็งท่อน้ำดี ไปต่อยอดขยายผลในกลุ่มแกนนำด้านสุขภาพของชุมชน หรือ อสม.ประจำหมู่บ้าน จะช่วยให้กระบวนการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชากรกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ที่มีความครอบคลุมมากขึ้น
2. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกับการใช้แชนบอทต่อความยั่งยืนของความรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยง

References

1. National Cancer Institute. Cancer in Thailand Vol.X, 2016–2018 [Internet]. 2021 [cited 2023 Oct 31]. Available from: https://www.nci.go.th/th/cancer_record/cancer_rec1.html
2. Phongnikon D, Daoprasert K, Wongkaew B, Saengkhom S, Praditkhai M, Meemak R. Trend of cancer incidence and mortality rates in northern Thailand 1993–2017: Results of the development of population-based cancer registry network. Lampang: Lampang Cancer Hospital, Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
3. Siriurayapom P. Epidemiology of liver cancer in Ban Luang District, Nan Province. Nonthaburi: Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2005. (in Thai)
4. Akrachinos K. Epidemiological study of liver cancer in population of Ban Luang district, Nan province, 2011–2013. Lampang Med J 2018;36(1):10–7. (in Thai)



5. Nan Provincial Public Health Office. Cancer incidence in Nan Province, 2012–2014. Nan: Nan Provincial Public Health Office. 2015. (in Thai)
6. Siripongsakun S, Vidhyarkom S, Charuswattanakul S, Sripongpun P, Chumchuen S, Worakitsitatom A, et al. Ultrasound surveillance for cholangiocarcinoma in an endemic area: A proof of survival benefits. *J Gastroenterol Hepatol* 2018;33(7):1383–8.
7. National Cancer Control Committee, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. National Cancer Control Programme (2018–2022) [Internet]. 2019 [cited 2023 Oct 30]. Available from: https://www.nci.go.th/th/New_web/officer/of3.html (in Thai)
8. Pheusripheng V. Community involvement in cholangiocarcinoma prevention among population at risk in Pakaluang Sub-district, Banluang District, Nan Province [Master thesis]. Bangkok: Huachiew Chalemparakiet University. 2017. (in Thai)
9. Kolb DA. Experiential learning: Experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs (NJ): Prentice–Hall; 2005.
10. Taownil N, Tumdee D, Uengwattana S. Effect of experiential learning on knowledge, screening, and counseling regarding liver fluke disease among village health volunteers. *Nurs J Chiang Mai Univ* 2022;49(3):203–17. (in Thai)
11. Samoh S, Nakmah T, Palawan A, Matayang S. Chatbot for awareness management about depression symptoms based on depression assessment criteria 2Q, ST–5 and 9Q of the Department of Mental Health, Ministry of Public Health. *South Technol J* 2022;15(1): 39–54. (in Thai)
12. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods* 2009;41(4):1149–60.
13. Cohen J. Statistical power analysis. *Curr Dir Psychol Sci* 1992;1(3):98–101.
14. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Village health volunteer manual for surveillance, prevention and control of liver fluke and cholangiocarcinoma [Internet]. 2020 [cited 2023 Oct 30]. Available from: https://ddc.moph.go.th/dcd/journal_detail.php?publish=10577 (in Thai)
15. Coordination Center for Liver Fluke and Cholangiocarcinoma in the Northeast, Office of Disease Prevention and Control 7 Khon Kaen. Media on liver fluke and cholangiocarcinoma [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 30]. Available from: <http://odpc7.ddc.moph.go.th/OV-CCA/Download.html> (in Thai)
16. Suepoomee N, Naksrisangk W, Singhasem P. Experiential learning management in nursing. *J Nurs Minist Public Health* 2017;27(1):12–21. (in Thai)
17. Kantachai A, Tumdee D, Uengwattana S. Effect of experiential learning on knowledge, screening, and counseling regarding colorectal cancer among village health volunteers. *J Nurs Minist Public Health* 2021;31(1):83–95. (in Thai)
18. Kimprasit K, Ungwattana S, Sriphevtamnadi N. Effects of experiential learning program on home visit practice for hypertensive patients among village health volunteers. *Nurs J Chiang Mai Univ* 2024;51(2):165–80. (in Thai)

19. Mokmin NAM, Ibrahim NA. The evaluation of chatbot as a tool for health literacy education among undergraduate students. *Educ Inf Technol* 2021;26(5):6033–49.
20. Samruamjit U, Rusankai P, Wongpattanavipas P. Development of a chatbot application for positive cognitive counseling to prevent depression in the elderly. *J Ind Educ* 2023;22(1):75–87. (in Thai)



การรับรู้อาการ การจัดการอาการ และการตัดสินใจมาโรงพยาบาล ในผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรง

Symptom Perception, Symptom Management, and Healthcare-Seeking Behaviors among Individuals with Anaphylaxis

จิราภรณ์ จั่วสันเทียะ¹, วาสนา รวยสูงเนิน²

Jiraporn Juasanthia¹, Wasana Ruaisungnoen²

¹นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹A student of the Master of Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Nursing, Khon Kaen University

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Corresponding author: Wasana Ruaisungnoen, Email: jirajua@kkumail.com

Receive: November 28, 2024 Revised: July 8, 2025 Accepted: July 31, 2025

บทคัดย่อ

ผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรงมีประสบการณ์จากอาการแพ้ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีการรับรู้ การจัดการอาการ และการตัดสินใจมาโรงพยาบาลแตกต่างกัน ซึ่งในบางรายอาจตัดสินใจมาโรงพยาบาลล่าช้า และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้อาการ การจัดการอาการและการตัดสินใจมาโรงพยาบาลของผู้ที่มีอาการแพ้ชนิดรุนแรง ที่แผนกการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง 25 ราย ระหว่างเดือนเมษายน ถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยวิธีการสามเส้า ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 42.7 ปี ร้อยละ 52 เป็นเพศชาย และร้อยละ 52 เคยเกิดอาการแพ้รุนแรงมากกว่า 1 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการของการแพ้ชนิดรุนแรง ก็ต่อเมื่อมีอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจและระบบหัวใจและหลอดเลือด การรับรู้ดังกล่าวสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของอาการที่ส่งผลถึงชีวิต รวมถึงการระบุสิ่งที่แพ้ได้ นอกจากนั้น ผู้ที่เคยเกิดการแพ้ชนิดรุนแรงมีการรับรู้อาการได้เร็วกว่าผู้ที่มีอาการค่อยเป็นค่อยไป และในการศึกษานี้ยังพบว่า สื่อโทรทัศน์และความรู้ที่ได้จากบุคคลอื่นทำให้เกิดการรับรู้อาการแพ้ชนิดรุนแรงได้เร็วขึ้นอีกด้วย การจัดการอาการ ประกอบด้วย การสังเกตอาการ การกำจัดสาเหตุ การใช้ยารับประทานและยาทา จัดการอาการไม่สบาย รวมถึงการตัดสินใจมาที่โรงพยาบาล ผลการศึกษานี้ครั้งแสดงถึงความแตกต่างหลากหลายของประสบการณ์ สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาวิธีการให้ความรู้ที่ตรงกับความต้องการเฉพาะบุคคล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเหล่านี้ตัดสินใจเข้ารับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที

คำสำคัญ: การจัดการอาการ; การตัดสินใจมาโรงพยาบาล; การแพ้ชนิดรุนแรง; การรับรู้อาการ

Symptom Perception, Symptom Management, and Healthcare-Seeking Behaviors among Individuals with Anaphylaxis

Jiraporn Juasanthia¹, Wasana Ruaisungnoen²

¹A student of the Master of Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Nursing, Khon Kaen University

²Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Corresponding author: Wasana Ruaisungnoen, Email: jirajua@kkumail.com

Receive: November 28, 2024 Revised: July 8, 2025 Accepted: July 31, 2025

Abstract

Individuals with anaphylaxis experienced a wide range of allergic reactions, leading to diverse perceptions, symptom management, and healthcare-seeking behaviors. Delays in seeking care can be life-threatening. This qualitative study aimed to understand symptom perception, symptom management, and the decision-making process regarding hospital visits among individuals with anaphylaxis. An in-depth interview utilizing semi-structured and non-participant observation was employed for data collection. Participants were 25 individuals with a history of anaphylaxis, recruited through purposive sampling from the emergency department of Srinagarind Hospital between April and November 2023. Data were analyzed using content analysis, with trustworthiness ensured through triangulation. The average age of participants was 42.7 years, with 52% being male and 52% having experienced anaphylaxis more than once. Participants recognized anaphylaxis when experiencing symptoms in the respiratory and cardiovascular systems. This perception was associated with recognizing the life-threatening severity of symptoms, including the ability to identify the trigger. Those with prior anaphylaxis experience recognized symptoms more quickly than those with a gradual symptom onset. The study also found that television and knowledge gained from others influenced the rapid recognition of anaphylaxis symptoms. Symptom management included observing symptoms, avoiding the allergen, using oral and topical medications, managing discomfort, and deciding to visit the hospital when symptoms worsened. This study highlights the diverse experiences and management strategies of individuals with anaphylaxis, emphasizing the need for tailored educational interventions to improve healthcare-seeking behaviors.

Keywords: anaphylaxis; healthcare-seeking behavior; symptom management; symptom perception



ความเป็นมาและความสำคัญ

การแพ้ชนิดรุนแรง (anaphylaxis) เป็นภาวะภูมิแพ้เฉียบพลันที่มีอาการทางคลินิกชนิดรุนแรงที่สุดของการเกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้ (allergic reaction) มีความต่างจากภูมิแพ้ทั่วไป อาการเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน และเป็นภาวะฉุกเฉินที่คุกคามต่อชีวิต¹ การแพ้ชนิดรุนแรงเกิดได้กับทุกคนและทุกช่วงอายุ ความรุนแรงจะแตกต่างกัน และการได้รับสิ่งกระตุ้นที่เกิดการแพ้ชนิดรุนแรงแตกต่างกัน² อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาในระยะยาวที่แน่ชัดว่าจำเป็นต้องหลีกเลี่ยงจากสารก่อการแพ้ชนิดรุนแรงตลอดชีวิตหรือไม่¹ และการตอบสนองของร่างกายต่อการแพ้ชนิดรุนแรงส่งผลทั้งร่างกายเกิดความผิดปกติในระบบต่าง ๆ และหากอาการรุนแรงและไม่ได้ได้รับการรักษา อาจทำให้เสียชีวิตได้³ อุบัติการณ์การเกิดการแพ้ชนิดรุนแรงทั่วโลกพบ 50-112 รายต่อแสนประชากรต่อปี และกลับเป็นซ้ำถึงร้อยละ 26.5-54¹ ในประเทศไทยยังไม่มี การเก็บรายงานรวบรวมที่ชัดเจน แต่มีการศึกษาในแต่ละโรงพยาบาล มีการศึกษาที่โรงพยาบาลนครปฐมพบว่าอุบัติการณ์การเกิดการแพ้ชนิดรุนแรงในปี 2563 เกิด 288.3 ครั้ง ต่อแสนประชากรและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีจากเดิมในปี 2559 เกิดเพียง 133.3 ครั้งต่อแสนประชากรโดยเฉพาะช่วงอายุ 16-30 ปี⁴ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์พบว่ามียอดการตายร้อยละ .70 ของผู้ป่วยที่เกิดการแพ้ชนิดรุนแรง⁵ ซึ่งเกิดในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคภูมิแพ้และโรคหอบหืด⁴ และยังพบการเข้ารับบริการบ่อยครั้งที่แผนกฉุกเฉินถึงร้อยละ 1 ของผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งหมด⁵ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Hernandez et al.⁶ ที่พบอุบัติการณ์การเกิด 2-3 รายต่อหมื่นประชากรต่อปี มีสาเหตุหลักเกิดจากอาหาร ยา และแมลง และพบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 0.5-2 ของผู้ป่วยที่เกิดอาการ ซึ่งมีความแตกต่างที่สาเหตุการเกิดจากถั่ว นม ไข่⁶ อาหารทะเล แมลงตระกูล Hymenoptera ยาและยังมีปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นและแตกต่างกันตามอายุ โรคประจำตัว ยาที่ใช้³ และยังมี การศึกษาความชุกของผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรง ณ แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบผู้ที่เกิดการแพ้ชนิดรุนแรง 76 รายต่อแสนประชากรต่อปี และพบการเป็นซ้ำร้อยละ 17.1 และพบผู้ที่เกิดจากสารก่อการแพ้ชนิดเดิมสูงถึงร้อยละ 53.1⁷ จากสถิติผู้รับบริการในหอผู้ป่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉิน 4 แผนกการพยาบาล อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี 2561-2563 พบผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยการแพ้ชนิดรุนแรงร้อยละ 8.3, 12.39 และ 10.5 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มของอุบัติการณ์ที่เข้ารับการรักษาที่สูงขึ้น⁸

การแพ้ชนิดรุนแรงเป็นภาวะที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงในระบบต่าง ๆ ได้แก่ ระบบผิวหนัง ทางเดินหายใจ หัวใจและหลอดเลือด ทางเดินอาหาร และอาการระบบอื่น ๆ อาการที่พบได้มากที่สุดคือระบบผิวหนังถึงร้อยละ 90³ อาการที่อาจเกิดพร้อมกันในหลาย ๆ ระบบ ความสัมพันธ์กับสิ่งกระตุ้น มีกลไกการเกิดและความรุนแรงแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ทำให้การวินิจฉัยการแพ้ชนิดรุนแรงแตกต่างกัน โดยการศึกษาในประเทศไทยจากคณะทำงานเพื่อการรักษาและป้องกันการแพ้ชนิดรุนแรงแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2560 แนวทางการวินิจฉัยการแพ้ชนิดรุนแรงอย่างชัดเจน เพื่อเป็นแนวปฏิบัติสำหรับการวินิจฉัยผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรง แต่ยังมีการศึกษาที่พบว่า ความคลาดเคลื่อนของการวินิจฉัยนำไปสู่ความล่าช้าในการรักษาที่เหมาะสม เพิ่มความเสี่ยงต่อความรุนแรงของอาการอีกด้วย⁹

การรักษาการแพ้ชนิดรุนแรงในระยะเฉียบพลัน คือ การได้รับยา epinephrine ทางฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หน้าขาทันทีหลังจากมีอาการหรือทันทีที่ได้รับการวินิจฉัย รวมถึงการรักษาด้วยยาในกลุ่ม corticosteroids, antihistamine และการรักษาอื่น ๆ โดยพิจารณาตามอาการเพิ่มเติม² เนื่องจากการแพ้ชนิดรุนแรงมีอาการคล้ายกับภาวะอื่นได้หลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากไม่มีอาการทางผิวหนังหรือเยื่อเมือกจึงต้องได้รับการ

ประเมินและเริ่มการรักษาอย่างรวดเร็ว รวมถึงการซักประวัติการสัมผัสสารก่อภูมิแพ้ ซึ่งประวัติเหล่านี้จะช่วยให้ได้รับยาและช่วยชีวิตอย่างทันท่วงที⁹ มีการรายงานที่ชี้ให้เห็นว่าระยะเวลาเริ่มมีอาการจนถึงการให้ยา epinephrine ที่มากกว่า 60 นาที มีความสัมพันธ์ต่อการเกิด biphasic anaphylaxis¹⁰ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสมอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา epinephrine เพื่อช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่เคยเกิดการแพ้ชนิดรุนแรงมาก่อน

จากการศึกษาปรากฏการณ์ที่แผนกการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการแพ้ชนิดรุนแรง ทั้งผู้ที่เกิดอาการครั้งแรกและเคยเกิดการแพ้ชนิดรุนแรงมาก่อนพบว่าผู้ที่แพ้สารกระตุ้นเดิมที่เคยได้รับคำแนะนำให้หลีกเลี่ยงสารกระตุ้น แต่ตนเองคิดว่าไม่น่าจะแพ้จึงสัมผัสอีกครั้ง และยังพบว่าหากมีอาการในระบบอื่นเกิดก่อนหรือไม่เกิดร่วมกับระบบผิวหนัง ผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรงมองว่าเป็นอาการของภาวะอื่น ๆ จนกระทั่งมีอาการระบบผิวหนังและระบบอื่น ๆ ร่วมและรุนแรงมากขึ้น จึงตัดสินใจมาโรงพยาบาล ทั้งนี้มีเพียง 1 ใน 6 รายที่ทราบว่าอาการที่เกิดเป็นการแพ้ชนิดรุนแรง เนื่องจากตนเองเคยเกิดภาวะนี้แต่ครั้งนั้นไม่ได้สัมผัสสารกระตุ้นเดิม

Dodd et al.¹¹ อธิบายว่า การรับรู้และจัดการอาการมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน โดยการรับรู้อาการเป็นกระบวนการที่ร่างกายตรวจจับความผิดปกติผ่านประสบการณ์เดิม ความเชื่อ และบุคลิกภาพ¹² ซึ่งมีอิทธิพลต่อการแสดงออกถึงความรู้สึกและการแสวงหาวิธีจัดการ เมื่อบุคคลรับรู้อาการจะเกิดกระบวนการจัดการอาการเพื่อบรรเทา หลีกเลี่ยง หรือชะลออาการ โดยการเลือกวิธีจัดการขึ้นกับการรับรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ร่วมกับปัจจัยด้านความสัมพันธ์ของอาการ ระยะเวลา และความเหมาะสม¹¹ ทั้งนี้ผลลัพธ์ของการจัดการอาการจะสะท้อนประสิทธิภาพของวิธีการที่เลือกใช้ ซึ่งมีผลต่อการวินิจฉัยโรคและการดูแลจากทีมสุขภาพ รวมถึงการคงสภาวะการทำงานปกติของร่างกาย¹³ เมื่อบุคคลนั้นมีการรับรู้อาการ ส่งผลไปสู่การจัดการอาการด้วยวิธีการต่าง ๆ เมื่ออาการแย่ลงหรือผลลัพธ์การจัดการอาการที่ไม่ดีขึ้น บุคคลจึงแสวงหาวิธีการในการที่จะดูแลตนเองต่อร่างกาย หรือเมื่อมีภาวะคุกคามต่อชีวิตของบุคคล ที่มีความจำเป็นต้องการที่ต้องได้รับการช่วยเหลือหรือรักษาจากจากทีมสุขภาพทำให้ตัดสินใจมาโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรับรู้อาการและการจัดการอาการ ที่ส่งผลกับการตัดสินใจมาโรงพยาบาลของผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรงนั้น ยังไม่พบว่ามีการศึกษาในผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรงด้านการรับรู้อาการ การจัดการอาการ และการตัดสินใจมาโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงสนใจการศึกษารับรู้อาการ การจัดการอาการและการตัดสินใจมาโรงพยาบาลของผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรง เพื่อต้องการทราบถึงเมื่อมีการเกิดอาการแพ้ชนิดรุนแรงเกิดขึ้น ผู้ที่มีการแพ้มีการรับรู้อาการ การจัดการอาการและตัดสินใจเพื่อความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพอย่างไรเพื่อนำไปพัฒนาการบริการ ออกแบบบริการและให้การพยาบาลที่สอดคล้องต่อไป

คำถามการวิจัย

ผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรงมีการรับรู้อาการ การจัดการอาการและการตัดสินใจมาโรงพยาบาลอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้อาการ การจัดการอาการและการตัดสินใจมาโรงพยาบาลของผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดของ Dodd et al.¹¹ เป็นแนวทางในการศึกษาการรับรู้อาการ การจัดการอาการและการตัดสินใจมาโรงพยาบาลของผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรง เมื่อเกิดอาการมีการรับรู้อาการโดยเริ่มจากการประเมินประสบการณ์อาการตามมุมมองของแต่ละคนที่แตกต่างกัน เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการ การจัดการอาการเป็นกระบวนการเพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายเพื่อการหลีกเลี่ยงหรือชะลออาการที่เกิดขึ้น มี 3 องค์ประกอบ คือ ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) การจัดการอาการ (symptom management strategies) และผลลัพธ์การจัดการอาการ (outcomes of symptom management) เมื่อบุคคลรับรู้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม มีการประเมินอาการและหาวิธีการจัดการกับอาการ เพื่อคงสถานะการทำงานของร่างกายตามปกตินอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อการจัดการอาการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (descriptive qualitative research)¹⁴ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้อาการ การจัดการอาการ และการตัดสินใจมาโรงพยาบาล ของผู้ที่มีการแพ้รุนแรงตามมุมมองของผู้ป่วย โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแผนกการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตั้งแต่เดือนเมษายนถึงตุลาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะการแพ้ชนิดรุนแรงทั้งรายเก่าและรายใหม่ และกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะการแพ้ชนิดรุนแรงทั้งรายเก่าและรายใหม่ ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีการกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการแพ้ชนิดรุนแรง ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่องและอ่านเข้าใจ ยินดีให้ความร่วมมือและยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย และมีอุปกรณ์ที่ใช้งาน application line หรือ zoom ได้ ส่วนเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ อาการไม่คงที่ เช่น ใส่ท่อช่วยหายใจ มีภาวะช็อก หหมดสติ เป็นต้น และผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรงที่เกิดอาการทันทีทันใด และไม่สามารถจำเหตุการณ์ เช่น วาบ เป็นลมหมดสติ เป็นต้น และ เกณฑ์ถอนออก (withdrawal criteria) ได้แก่ ผู้ที่ถอนตัวจากการวิจัย และผู้ที่มีอาการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรงมี biphasic phase anaphylaxis ในระหว่างสัมภาษณ์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจนข้อมูลมีความอิ่มตัว รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้จำนวน 25 ราย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตามหนังสือรับรองเลขที่ HE651524 ลงวันที่ 15 มกราคม 2566 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทุกขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เครื่องบันทึกเสียงและอุปกรณ์สำหรับบันทึกข้อมูล ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบ่งออกเป็น แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน สิทธิการรักษา และผู้ดูแล และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการรับรู้อาการและการตัดสินใจมารักษาโรงพยาบาล ของผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรง ได้แก่ ขอให้ท่านช่วยเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงปัจจุบัน ซึ่ง “ท่านคิดอย่างไรกับอาการที่เกิดขึ้นดังกล่าวนี้ อาการดังกล่าวนี้รุนแรงหรือไม่ อย่างไร หรือท่านคิดว่าน่าจะเป็นอาการของอะไร เพราะเหตุใดท่านจึงคิดเช่นนั้น” “ท่านคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้น ที่ทำให้ท่านต้องตัดสินใจมาโรงพยาบาล” “ท่านเคยมีประสบการณ์ได้รับอาการอย่างนี้หรือไม่ อย่างไร” “ท่านได้มีการจัดการกับอาการและสาเหตุที่เกิดขึ้นหรือไม่ อย่างไร” และ “อะไรที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ท่านตัดสินใจมาโรงพยาบาลในครั้งนี้” โดยกำหนดข้อคำถามตามกรอบแนวคิดของ Dodd et al.¹¹ เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง¹⁵ และส่วนที่ 3 ตัวผู้วิจัย ได้ทำการศึกษาทบทวนตัวอย่างงานวิจัยเชิงคุณภาพ ได้รับคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมเพื่อให้ได้ข้อมูลการวิจัยที่น่าเชื่อถือและถูกต้องมากที่สุด ได้อบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรการวิจัยเชิงคุณภาพ ประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรง และได้ทำการฝึกปฏิบัติในการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้มีผู้เชี่ยวชาญด้านการทำวิจัยเชิงคุณภาพ พร้อมทั้งการฝึกทักษะการเป็นผู้ฟังที่ดี ตั้งใจฟังผู้ให้ข้อมูลไม่พูดแทรก ทำการฝึกการสัมภาษณ์กับผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรงโดยตรง ฟังด้วยความตั้งใจ ฝึกการโต้ตอบกับผู้ให้สัมภาษณ์เป็นระยะ รวมถึงการฝึกถอดเทปภาคสนาม หลังจากที่ได้ข้อมูลดังกล่าวมาได้ฝึกทำการวิเคราะห์ข้อมูลกับผู้เชี่ยวชาญ และทดลองฝึกฝนกับผู้เชี่ยวชาญและการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี การมีความยืดหยุ่นในการเก็บข้อมูลโดยไม่ยึดคติ ไม่เร่งรีบผู้ให้ข้อมูล มีแบ่งระยะเวลาให้ตอบคำถาม เพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้วิจัยในฐานะเครื่องมือหลักของการวิจัยเชิงคุณภาพ

ในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยืนยันความน่าเชื่อถือ (trustworthiness) ของการวิจัยเชิงคุณภาพ¹⁶ ประกอบด้วยการตรวจสอบผลการวิเคราะห์กับผู้ให้ข้อมูล (member checking) และการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ผลการวิเคราะห์กับข้อมูลอื่นๆ ได้แก่ ข้อมูลจากการสังเกต จากประวัติการรักษา เพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือได้ (credibility) และการนำเสนอข้อมูลอธิบายบริบทที่เกี่ยวข้องอย่างละเอียด เพื่อยืนยันความสามารถในการถ่ายโอน (transferability) เครื่องมือและผลการวิเคราะห์ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อยืนยันความไว้วางใจได้ (dependability) และมีการจัดเก็บข้อมูลและบันทึกผลการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ ตรวจสอบความถูกต้องซ้ำ เพื่อความสามารถในการยืนยันผล (confirmability)¹⁷

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับหนังสืออนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำเรื่องขออนุญาตเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้วิจัยแนะนำตัว พร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับงานวิจัยในพื้นที่เก็บข้อมูลที่แผนกการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินเกี่ยวกับรายละเอียดและขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยชี้แจงและรายละเอียดให้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อทำการเชิญชวน ชี้แจง และขอความยินยอมอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ หลังจากมีผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ระหว่างที่แพทย์พิจารณาให้สังเกตอาการและใน



ระหว่างที่ผู้มีการแพ้ชนิดรุนแรงเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และไม่มีอาการเปลี่ยนแปลง ใช้พื้นที่บริเวณห้องให้คำปรึกษาในแต่ละหอผู้ป่วยในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายใช้ระยะเวลา 30-60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากที่ผู้วิจัยได้บันทึกเสียงและบันทึกข้อมูลด้วยการจดบันทึก โดยจัดทำกรวิเคราะห์ข้อมูลทุกครั้งที่มีการสัมภาษณ์ผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรง เพื่อจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบและวางแผนในการตรวจสอบความถูกต้อง โดยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ส่วน คือ 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติพรรณนาหาค่าความถี่และร้อยละ และ 2) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ซึ่งใช้การถอดเทปการอ่านซ้ำไปซ้ำมา สรุปความหมายของข้อมูล ตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยวิธีการสามเส้า (triangulation) ทั้งด้านข้อมูล (data triangulation) จากแหล่งต่างๆ ด้านผู้วิจัย (investigator triangulation) ระหว่างผู้เก็บข้อมูลและอาจารย์ที่ปรึกษา และมุมมองการใช้ทฤษฎี (theory triangulation) ตามแนวคิดของ Dodd et al.¹¹ โดยมุ่งเน้นการจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบ ร่วมกับวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา มีการตรวจสอบข้อมูลแบบหลายมิติ การจัดหมวดหมู่เนื้อหา มีการวิเคราะห์ข้อมูลทุกครั้งหลังการสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นลักษณะของการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา¹⁶⁻¹⁷

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล จำนวน 25 คน ซึ่งมีอายุระหว่าง 18-76 ปี อายุเฉลี่ย 42.7 ปี โดยที่ร้อยละ 52 เป็นเพศชาย ในจำนวนนี้ 13 คน (ร้อยละ 52) เป็นผู้ที่เคยเกิดการแพ้ชนิดรุนแรงมากกว่า 1 ครั้ง โดยที่ในจำนวนนี้เกิดการแพ้ชนิดรุนแรงจากสารกระตุ้นใหม่ 7 คน (ร้อยละ 53.8) และเกิดอาการแพ้จากสารกระตุ้นเดิมซ้ำจำนวน 4 คน (ร้อยละ 30.8) แพ้จากการสัมผัสสิ่งกระตุ้นจากการรับประทาน 11 คน (ร้อยละ 52) สัตว์กัดและไม่สามารถระบุสิ่งกระตุ้นอย่างละ 7 คน (ร้อยละ 28) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยได้รับการรักษาเช่นเดียวกันทุกราย

2. การรับรู้อาการ การจัดการอาการ และการตัดสินใจมาโรงพยาบาลในผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรง

2.1 การรับรู้อาการของผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรง เกิดขึ้นจากการรับรู้ความผิดปกติของร่างกายหลังได้รับสิ่งหรือสารที่กระตุ้น โดยที่มีการตีความควบคู่กับสิ่งกระตุ้นแตกต่างกันออกไป โดยแบ่งชนิดการรับรู้อาการ ดังนี้

2.1.1 รับรู้อาการตามการเกิดในระบบต่างๆ พบว่า ทั้งผู้ที่ไม่เคยและเคยเกิดการแพ้ชนิดรุนแรง มีการรับรู้ความผิดปกติในระบบต่างๆ คล้ายคลึงกัน โดยมีการรายงานอาการผิดปกติตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไปทุกคน ซึ่งการรับรู้อาการแสดงทั้งหมดมี 14 ลักษณะอาการ ดังตัวอย่างคำพูด “ผมคิดว่าน่าจะเป็นอาการแพ้รุนแรงเหมือนรอบก่อนนะครับแต่รอบก่อนนี่ก็คือผลมีอาการปวดท้องเพิ่มขึ้นมาด้วย...” ID 9/4/2023 (2) “...คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นผมต้องแพ้ต่อแน่ๆ ...เคยดูข่าวว่าแบบเคยมีคนแพ้ต่อแบบแพ้รุนแรง” ID 4/5/2023 (1) จำนวนและอาการที่พบแต่ละระบบแตกต่างกันไปแต่ละคน ซึ่งในระบบผิวหนัง ดังตัวอย่างคำพูด “ตอนแรกเริ่มมีผื่นตั้งแต่สัปดาห์ที่แล้วเป็นๆ หายๆ ...เข้านี้ตื่นขึ้นมาคือผมรู้สึกว่ามันคันขึ้นมาแล้วผื่นเต็มตัวแบบมากกว่าทุกวัน” ID 10/4/2023 ทางเดินหายใจ ดังตัวอย่างคำพูด “มันจุกคอรู้สึกเหมือนเราหายใจไม่เต็มเหมือนไม่เต็มปอด...” ID 9/4/2023 (2) หัวใจและหลอดเลือด ดังตัวอย่างคำพูด “มีอาการเจ็บแน่นแถวๆ หน้าอกแล้วก็เริ่มแน่นมากขึ้น” ID 8/5/2023 (1) ทางเดินอาหาร ดังตัวอย่าง

คำพูด “ปวดท้องแล้วก็จุกท้องขึ้นมา” ID 4/5/2023 (2) และอาการอื่นๆ ดังตัวอย่างคำพูด “...ออกร้อนก็แดงค่ะ ไม่เคยเป็นอาการอย่างนี้มาก่อนเลยค่ะ ...มีอาการหน้าร้อน ออกร้อนหน้าวูบๆ วาบๆ ค่ะ” ID 4/5/2023 (2)

2.1.2 รับรู้ถึงความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งพบว่า ทั้งผู้ที่ไม่เคยและเคยเกิดการแพ้ชนิดรุนแรงรับรู้ความรุนแรงของอาการคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ รับรู้ว่าการที่มีความรุนแรงมากหากเกิดอาการขึ้นกับระบบทางเดินหายใจ หัวใจและหลอดเลือด ดังตัวอย่างคำพูด “คิดว่ามันแพ้หนักมากเพราะมีอาการแบบหายใจไม่อิ่มมีปวดแสบปวดร้อนปวดจนชาครับ” ID 4/5/2023 (1) “คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่รุนแรงพอสมควรเลยละค่ะเพราะมีอาการจุกคอกเลยหายใจไม่อิ่มขึ้นมาเหมือนคนจะตายไม่รู้คนจะตายเป็นอย่างนี้ไหมนะ แต่ตอนนั้นคือรู้สึกเหมือนเราเนี่ยจะตายตอนนั้นคิดว่าแพ้ย่ะ...เลย...พอมารู้ตัวกับตัวเอง โอ้ให้เกิดอาการรุนแรงโคตรที่จะอันตรายเลย” ID 6/5/2023 (1) และรับรู้ว่ามีความรุนแรงน้อยหรือไม่มี ความรุนแรง หากเกิดอาการระบบผิวหนัง หรือในระบบทางเดินอาหาร เพียง 1 ระบบ ไม่แตกต่างกัน ทั้งผู้ที่ไม่เคยและเคยเกิดการแพ้ชนิดรุนแรง ดังตัวอย่างคำพูด “ตอนแรกเริ่มมีผื่นตั้งแต่สัปดาห์ที่แล้วเป็นๆ หายๆ ก็คิดว่าเป็นการแพ้ธรรมดา...ก็คิดว่าไม่ได้รุนแรงอะไรก็เลยไม่ได้มาหาหมอก็ปล่อยให้มันคันแล้วก็กินยาแล้วก็ทายาเวลาไหนก็น่าจะหาย” ID 10/4/2023 “ตอนแรกคิดว่าเรากินอาหารเผ็ดมาทั้งวันหรือเปล่า มันก็เลยมันก็เลยจุกปวดท้องแสบท้อง...ตอนที่มีอาการปวดท้องอะ คิดว่าไม่รุนแรงครับก็พอเริ่มมีผื่นก็คิดว่าเออน่าจะเป็นอาการแพ้อาหารธรรมดา” ID 6/5/2023 (2)

2.1.3 รับรู้อาการจากสาเหตุของการเกิดการแพ้ชนิดรุนแรง ส่วนใหญ่จะทราบสาเหตุของการสัมผัสสิ่งกระตุ้น และมีความสอดคล้องกับการวินิจฉัยของแพทย์ ดังตัวอย่างคำพูด “คิดว่าจากการโดนผึ้งต่อย ผึ้งมาเยอะมาก มาเป็นรัง และก็รุมต่อยทั้งตัวเลย” ID 3/5/2023 “ตอนนั้นคิดอย่างเดียวเลยว่าน่าจะแพ้ยานี้แหละไยยาตัวนี้เราก็ดูไม่เคยกินคิดว่ามันไม่มีอะไรที่น่าจะแพ้ก็คิดว่ากินยาเสร็จแล้วมีอาการเลยนี่คิดว่าใช่เลยแหละว่าแพ้” ID 6/5/2023 (1) “แล้วทีนี้หนูก็คิดว่าหนูน่าจะกินกุ้งมาได้สักพักแล้วเราถึงไม่มีอาการแพ้หนูก็เลยคิดว่าหนูไม่น่าจะแพ้กุ้งหนูก็เลยกินซีฟู้ดแล้วก็กินกุ้ง หนูรู้สึกว่าอาจจะเพราะว่าหนูไปกินส่วนที่เป็นของหัวมันหรือเปล่าหนูก็เลยแพ้เลยว่าปกติหนูกินของส่วนของตัวมันหนูก็ไม่ได้มีอาการแพ้อะไร เพราะที่ผ่านมาหนูก็กินทั้งกุ้งสดด้วยกุ้งสุกด้วยหนูก็กินหมดเลย” ID 30/4/2023

2.1.4 รับรู้อาการตามประสบการณ์ที่เคยเกิดขึ้นหรือได้ยินเกี่ยวกับการแพ้ชนิดรุนแรง ดังตัวอย่างคำพูด ในผู้ที่เคยเกิดการแพ้ชนิดรุนแรง “หนูเคยแพ้ตักแตนค่ะตั้งแต่เด็กหนูเคยกินตักแตน... หนูก็ทราบว่ามีอาการแพ้ตักแตน หนูก็เลยคิดว่าหนูแพ้แมลงที่กัดแน่ๆ เลยเพราะอาการเหมือนกัน” ID 9/4/2023 (1) “ผมเคยมีประวัติการแพ้ครั้งหนึ่งครั้งอยู่ดี ๆ มันก็มีการเกิดขึ้น 5-10 นาที ...พยาบาลเคยบอกว่าถ้ามีอาการลักษณะแบบนี้อีกเขาเรียกว่าการแพ้รุนแรง...” ID 9/4/2023 (2) และในผู้ที่เคยได้ยินเกี่ยวกับการแพ้ชนิดรุนแรง กล่าวว่า “เพื่อนของภรรยาผมที่เขาเคยแพ้ยานี้ ภรรยาผมก็เลยคิดว่าแพ้เหมือนเพื่อนเขา...” ID 6/5/2023 (1) “...มีอาการจุกคอกแน่นหน้าอกแล้วก็ผื่นหายใจไม่อิ่มเป็นอยู่ประมาณ 2-3 นาที ...พอลูกมาเห็นลูกบอกว่าเคยมีคนเป็นแบบแม่เนี่ยเขาเรียกว่าแพ้รุนแรงเพื่อนเขาเป็น...” ID 18/8/2023 และผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรง 8 คน รับรู้ว่าการเกิดการแพ้ชนิดรุนแรง ดังตัวอย่างคำพูด “ไม่เคยเลยละไม่เคยเกิดการแพ้มา...เพิ่งมาเป็นนี้แหละค่ะเป็นครั้งแรกเลย คนที่รู้จักกับคนในครอบครัวก็ไม่เคยมีใครแพ้รุนแรงก็จะแพ้แค่เป็นผื่นนี้แหละ คิดแค่จะมาพบแพทย์ผิวหนัง...” ID 3/6/2023



2.2 การจัดการอาการ เมื่อรับรู้ถึงการเกิดความผิดปกติในร่างกายจากการแพ้รุนแรง ผู้ให้ข้อมูลมีการจัดการเพื่อบรรเทาอาการที่แตกต่างกัน ดังนี้

2.2.1 จัดการอาการตามการเกิดในระบบต่าง ๆ โดยอาการที่ระบบผิวหนังจัดการบรรเทาอาการโดยเกาบริเวณที่คัน ทายา รับประทานยาลดอาการแพ้ นิ่งหรือนอนพัก หากมีอาการอื่น ๆ ร่วมได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือดที่มีอาการรุนแรงขึ้น ตัดสินใจมาโรงพยาบาลเพื่อขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพทันที ดังตัวอย่างคำพูด “หนูก็เกาจนิดนึงแล้วก็เพื่อนบอกว่าถ้ายิ่งเกาผื่นมันยิ่งเยอะ...” ID 9/4/2023 (1) “...นอนอยู่บนเตียงนา...จนกระทั่งอาการดีขึ้น จากนั้นอีก 10 นาที มีอาการเกิดขึ้นอีกรอบนี้...ปวดตามตัวมีผื่นเต็มแล้วก็รอบนี้มีหนาวสะบั้นร่วมด้วยแล้วก็คัน มีเจ็บแน่นหน้าอกด้วยปวดท้องบริเวณสะดือมีท้องเป็นปื้น...” ID 3/5/2023 “...นอนลงตะแคงคิดว่านอนตะแคงน่าจะดีขึ้น...” ID 4/5/2023 (2) “ก็กินยาแก้แพ้ครับแล้วก็ซื้อเวลาไม่นานมาทาเพราะคิดว่าแพ้ทั่วไป” ID 6/5/2023 (2)

2.2.2 จัดการอาการตามการรับรู้ความรุนแรง โดยการรับรู้ว่าการอาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตจากระบบทางเดินหายใจและ ระบบหลอดเลือดและหัวใจ ทำให้ตัดสินใจขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพทันที ดังตัวอย่างคำพูด “...ยิ่งหายใจไม่ออกก็เลยให้แฟน...แต่ว่าอาการมันหนักขึ้นเลยตัดสินใจมาโรงพยาบาล” ID 4/5/2023 (2) “รีบบอกสามีให้เขาออกมาโรงพยาบาลเลย...บอกเขาเลยว่าน่าจะแพ้ยารุนแรงให้เขาพามาโรงพยาบาลด่วน” ID 6/5/2023 (1) “...เหมือนจะวูบ ท้องจุก คอหายใจไม่ออกขึ้นมา มีผื่นขึ้นมา...บ่เป็นตาอยู่บอกลูกมารับไปโรงพยาบาล” ID 8/5/2023 การรับรู้อาการที่มีความรุนแรงน้อยหากเกิดอาการในระบบผิวหนัง ระบบทางเดินอาหาร มีการสังเกตอาการ และจัดการด้วยตนเองก่อน

2.2.3 จัดการอาการตามสาเหตุที่ระบุได้ เช่น จัดการกำจัดสิ่งกระตุ้นด้วยตนเอง สังเกตอาการ นิ่งพัก รับประทานยา ดังตัวอย่างคำพูด “ก็หลังจากเริ่มโดนต่อยาก็ผมก็บ๊ิดแล้วก็ลูกน้องก็ช่วยดึงเหล็กในหรืออะไรของต่อที่มันติดตัวผมนะ...รีบขับออกมาที่อนามัย” ID 4/5/2023 (1) “คิดว่าแบบมันเกิดจากผงชักฟอกแล้วก็แซมพูผมก็ไม่ได้ใช้อีกเลย” ID 6/5/2023 (2)

2.2.4 จัดการอาการตามประสบการณ์เดิม พบว่าในกลุ่มผู้ที่เคยเกิดการแพ้ชนิดรุนแรงจะตื่นตกใจในอาการที่รุนแรงและรับรู้อาการที่นำไปสู่การจัดการแตกต่างจากผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ไม่ว่าจะเกิดจากสารกระตุ้นเดิมหรือไม่ก็ตาม ดังตัวอย่างคำพูด “หนูเคยแพ้ตึกแต่นะ...หนูก็เลยคิดว่าแพ้แมลงที่กัดแน่ ๆ ก็เลยบอกเพื่อนว่าให้พามาหาหมอ” ID 9/4/2023 (1) “ผมเคยมีประวัติการแพ้...หลังจากที่ผมมีผื่นแล้วก็ผมก็กินยาแก้แพ้ไปเม็ดนึงแล้วผมก็พักพอตื่นขึ้นมามีอาการเพิ่มมากขึ้นผมก็ไม่ได้กินอะไรเพิ่มครับ ไม่ได้กินยาไม่ได้อะไรก็โทรหาภรรยาแล้วก็รีบขับมาโรงพยาบาล” ID 9/4/2023 (2) รวมถึงผู้ที่มิประสบการณทางอ้อมหรือรับรู้การจากคำบอกเล่าของบุคคลแวดล้อม ข่าวสารจากแหล่งต่างๆเกี่ยวกับการแพ้ชนิดรุนแรง ส่งผลต่อการรับรู้ความรุนแรงและการตัดสินใจว่ากำลังเกิดภาวะคุกคามต่อชีวิต ที่ต้องเข้ารับการรักษาดังตัวอย่างคำพูด “ผมเริ่มมีผื่นตามตัวแล้วก็หายใจไม่ออกก็หายใจไม่ออกผมก็เลยบอกแฟนว่าน่าจะแพ้ต่อหัวเสือเพราะว่าเคยดูในทีวีว่าไอพวกต่อหัวเสือหรือว่าตัวต่อเนี่ยมันอันตรายมันทำให้เสียชีวิตได้...ก็บ๊ิดออกแล้วก็เอาเอาออกเอา...รีบไปโรงพยาบาล” ID 4/9/2023 “เพื่อนของภรรยาผมที่เขาเคยแพ้ยา...ก็เลยมาโรงพยาบาล” ID 6/5/2023 (1)

2.2.5 จัดการอาการรักษาหรือบรรเทาอาการด้วยตนเอง กลุ่มผู้ที่เคยเกิดการแพ้ชนิดรุนแรงจะใช้ประสบการณ์เดิมในการตัดสินใจเพื่อหาแนวทางการจัดการอาการ โดยไม่มีการหาข้อมูลของอาการที่เกิดขึ้นเพิ่มเติม แต่ผู้ที่ไม่เคยเกิดการแพ้ชนิดรุนแรงมีการหาข้อมูลเพิ่มเติม ในการรับรู้การพบว่ามี

การค้นหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตและการสอบถามบุคคลที่สามารถให้คำตอบด้านสุขภาพได้ ดังตัวอย่างคำพูด “ลองหาข้อมูลดูกับเพื่อนดูเออ แพ้ยามันเป็นอาการแบบนี้ก็คือเหมือนได้หาได้ Search หาข้อมูลนะ ตอนนั้นคิดว่าอาการที่เป็นใช่อาการแพ้ยาก็เลยคิดว่าน่าจะใช่” ID 6/5/2023 (1) “หาข้อมูลในอินเทอร์เน็ตเอาไว้ว่ามันเป็นอาการอะไรก็ยังไม่เคยมีอาการแบบนี้มา” ID 6/5/2023 (2) และทั้งสองกลุ่มมีการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการ การเปิดพัดลมเพื่อบรรเทาอาการร้อน การนั่งหรือนอนพัก เพื่อให้หายเหนื่อย การอาบน้ำเพื่อเป็นการบรรเทาอาการร้อนวูบวาบ กำจัดสิ่งกระตุ้นที่สัมผัส พยายามอดทนต่ออาการและสังเกตอาการ ดังตัวอย่างคำพูด “อยู่ดีๆ ก็มีผื่นขึ้นครับก็ไม่อะไรก็เลยกินยาแก้แพ้ไปเม็ดนึง” ID 9/4/2023 (2) “รู้สึกร้อนมาก หลังจากนั้นก็ไปเปิดพัดลมนอนแต่ว่าเริ่มมีปวดตามตัวก็เอาเสื้อบัดผึ่งออก...” ID 3/5/2023 “มีผื่นขึ้นครับก็ไม่อะไรก็...แล้วก็นอนพัก” ID 9/4/2023 (2) “...แล้วนอนพักสักครู่หนึ่ง...” ID 3/5/2023 นอกจากนี้ ยังพบว่า ระยะเวลาที่สังเกตอาการต่อมีความสัมพันธ์กับอาการที่รุนแรงขึ้น หากมีอาการรุนแรงขึ้นที่รู้สึกถึงการคุกคามต่อชีวิต ผู้ให้ข้อมูลจะตัดสินใจไปโรงพยาบาล ผู้ที่เคยเกิดการแพ้ชนิดรุนแรงระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งเข้ารับการรักษาที่ 15 นาที ถึง 9 ชั่วโมง ระยะเวลาเฉลี่ย 114 นาที ซึ่งระยะเวลาเฉลี่ยดังกล่าวเร็วกว่าผู้ที่ไม่เคยเกิดการแพ้ชนิดรุนแรงที่มีระยะเวลา 11 นาที ถึง 3 วัน 15 นาที ระยะเวลาเฉลี่ย 451 นาที และในกลุ่มของผู้ที่มีประสบการณ์ทางอ้อมจากบุคคลใกล้ชิด ร้อยละ 12 มีระยะเวลา 15 ถึง 30 นาที ระยะเวลาเฉลี่ย 20 นาที

2.2.6 ขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลที่ตัดสินใจมาโรงพยาบาลโดยที่ไม่ได้จัดการอาการใดๆ มีจำนวน 9 ราย ทุกรายมีการรับรู้อาการที่รุนแรง เป็นผู้ที่เคยเกิดการแพ้ชนิดรุนแรงที่มีประสบการณ์เกิดการแพ้ชนิดรุนแรงมาแล้ว 6 รายและยังไม่เคยเกิด 3 ราย พบว่าผู้ที่เคยเกิดการแพ้ชนิดรุนแรงที่ตัดสินใจมารับการรักษาทันทีเพราะกลัวอาการรุนแรงขึ้น และลักษณะอาการเหมือนครั้งก่อน ดังตัวอย่างคำพูด “...หนูไม่ได้จัดการอาการยังงั้นเลยคะ...หนูก็ให้เพื่อนพามาส่งโรงพยาบาลเลยเพราะว่าอยู่ใกล้ๆ หนูวิ่งอยู่ในมอแล้วก็โรงพยาบาลอยู่ใกล้ๆ หนูก็เลยมาที่ฉุกเฉินเลย...กลัวอาการรุนแรงเหมือนครั้งก่อน” ID 3/5/2023 “ไม่ได้ทำอะไรเลยลูกบอกว่าแบบนี้มันจะแพ้รุนแรงมันจะเป็นหนักขึ้นอีกก็รีบนั่งรถกันมาลูกก็ตรงมาห้องฉุกเฉินเลย” ID 18/8/2023 ไปสถานพยาบาลใกล้บ้านหลังพยายามจัดการอาการ 3 คน ซึ่งเป็นผู้ที่ไม่เคยเกิดการแพ้ชนิดรุนแรงมาก่อน ผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรงกลุ่มนี้ได้รับยาแก้ลดอาการแพ้ทั้งหมด มีผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรง 2 คนกลับไปพักต่อเพื่อสังเกตอาการที่บ้าน อีกคนเจ้าหน้าที่เรียกบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เพื่อส่งต่อโรงพยาบาล

2.2.7 ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ เป็นผลของการประเมินการจัดการอาการ หรือความรุนแรงของอาการแพ้ตามที่รับรู้ โดยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 16 คน ภายหลังจากการจัดการอาการประเมินแล้วว่ามีอาการเท่าเดิม หรือรุนแรงขึ้นซึ่งคิดว่าคุกคามต่อชีวิต จึงตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในขณะเดียวกัน ผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรงทั้ง 9 คน ไม่ได้จัดการอาการใดๆ แต่รีบมาโรงพยาบาล เพราะประเมินว่าอาการรุนแรงมาก ไม่สามารถรอจัดการอาการก่อนได้ ส่งผลต่อการตัดสินใจมาโรงพยาบาลแบบเร่งด่วน ดังตัวอย่างคำพูด “อาการที่เกิดขึ้นซ้ำเดิม ผื่นคัน...แล้วก็กินยาแล้วไม่หาย เลยมาโรงพยาบาล” ID 3/5/2023 “สาเหตุที่ทำให้หนูตัดสินใจมาคือ อาการหนักขึ้นเหมือนจะวูบแล้วก็ลุกไม่ไหว ตอนนั้นคืออยากนอนอย่างเดียว บอกพี่ชายให้เรียก 1669 เหมือนตอนนั้นคือเริ่มไม่ได้สติคะ...จากตอนแรกมีแค่ผื่นหน้าแดง” ID 24/4/2023 “อาการที่มีมากขึ้นของเรื่องหายใจไม่อึดแล้วก็มึนคอแล้วก็ผื่นหลังจากที่ตื่นขึ้น



มาแล้วเต็มตัวเลยผมก็ตกใจผมก็เลยรีบตัดสินใจโทรหาภรรยาผมก็บอกว่าให้รีบมาโรงพยาบาล” ID 9/4/2023 (2)

2.3 การเข้าถึงการรักษาอาการแพ้รุนแรง พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีวิธีการในการเข้าถึงการรักษาแตกต่างกัน ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับผลการประเมินอาการตนเอง ได้แก่ 1) ญาติหรือเพื่อนนำส่งด้วยรถส่วนตัวสูงถึง ร้อยละ 80 ให้เหตุผลว่ารวดเร็วกว่า ง่ายกว่า สะดวก ไม่ต้องรอรถกู้ชีพมารับ โดยประเมินว่า อาการตนเองน่าจะไหวในขณะที่เดินทางมาโรงพยาบาล 2) ขับรถมาเองร้อยละ 12 โดยประเมินว่าอาการในขณะนั้นยังสามารถขับรถเพื่อมาโรงพยาบาลได้ อยู่คนเดียวขณะนั้นญาติไม่สะดวกพามา ไม่ต้องรอญาติมารับ รวดเร็วไม่ได้นึกถึงอาการที่จะเกิดขึ้นระหว่างการเดินทาง และ 3) ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ 8 เนื่องจากผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรงมีอาการรุนแรง เริ่มมีอาการไม่ได้สติ และอีกคนหาข้อมูลได้ว่าจะเกิดอาการแพ้รุนแรงขึ้นได้ จึงเรียกใช้บริการเพื่อความปลอดภัย

อภิปรายผล

ผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรงมีการรับรู้อาการ การจัดการอาการและการตัดสินใจมารักษาโรงพยาบาลของผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรง ตั้งแต่เริ่มมีอาการแสดงจนกระทั่งเข้ารับการรักษาที่เข้ารับการรักษาไม่แตกต่างกันทั้งเพศ⁵ และช่วงอายุที่เกิดการแพ้ชนิดรุนแรงส่วนใหญ่เกิดในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁷ หากแต่เมื่อมีอาการเกิดขึ้นจะมีการรับรู้อาการที่แตกต่างกัน อาการที่พบมากที่สุดที่เกิดขึ้นมากที่สุดคือระบบทางผิวหนัง และเกิดขึ้นมากกว่า 2 ระบบขึ้นไปเช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา^{4-5,7} และการรับรู้ความรุนแรงตามอาการที่เกิดขึ้นแยกตามระบบต่าง ๆ และการรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นมีความสอดคล้องกันและไม่แตกต่างกันในผู้ที่เคยเกิดและไม่เคยเกิดการแพ้ชนิดรุนแรง อาการที่เกิดขึ้นในระบบผิวหนังและเยื่อเมือก และระบบทางเดินอาหารมักถูกรับรู้ว่าเป็นการแพ้ทั่วไปหรือเข้าใจว่าเป็นอาการของโรคอื่นจะรับรู้ถึงความรุนแรงเมื่ออาการที่เกิดขึ้นในระบบหัวใจและหลอดเลือดและระบบทางเดินหายใจ เช่นเดียวกับการศึกษาการรับรู้ความรุนแรงในผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อาการที่ค่อย ๆ เกิดขึ้นทำให้เกิดความไม่สุขสบายต่อทำให้ผู้รับรู้อาการว่าไม่มีความรุนแรง และรับรู้การรุนแรงเมื่อทำให้เกิดความเจ็บปวด ความทรมานต่อร่างกาย มีความรู้สึกใจจะขาดผู้ที่มีอาการจะรับรู้ความรุนแรงที่เกิดขึ้น¹⁸ การรับรู้การตามสาเหตุของการเกิดการแพ้ชนิดรุนแรง จะทราบสาเหตุของการสัมผัสสิ่งกระตุ้นส่วนใหญ่จะสัมผัสโดยการรับประทานอาหาร^{5,7} และมีความสอดคล้องกับการวินิจฉัยของแพทย์ พบว่าผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรงที่ระบุสาเหตุได้สามารถระบุสาเหตุได้ชัดเจนโดยเฉพาะในกรณีอาหารที่เกิดจากการรับประทานอาหารหรือสัตว์กักจะมีการรับรู้การที่ชัดเจนกว่าผู้ที่ไม่สามารถระบุสาเหตุได้ งานวิจัยนี้พบว่าการแพ้เกิดจากสารกระตุ้นเดิมร้อยละ 16 ซึ่งแตกต่างจากศึกษาที่เกิดในสารกระตุ้นเดิมถึงร้อยละ 53.1⁷ การรับรู้ความรุนแรงของอาการไม่ขึ้นกับการระบุสาเหตุ แต่ขึ้นอยู่กับลักษณะและความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น อีกทั้งประสบการณ์เดิมและความรู้มีผลต่อการรับรู้การแพ้ชนิดรุนแรง ผู้ที่เคยเกิดการแพ้รุนแรงมาก่อนรวมถึงผู้ที่มีประสบการณ์โดยอ้อมจากสื่อและผู้ใกล้ชิดจะสามารถระบุอาการและตัดสินใจเข้ารับการรักษาได้เร็วกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้ แต่ยังมีผู้ที่เคยเกิดการแพ้ชนิดรุนแรงที่มีอาการไม่รุนแรงยังมีการรับรู้การว่าไม่รุนแรงจนกว่าจะเกิดอาการในระบบที่สำคัญที่ถึงแก่ชีวิต โดยการรับรู้ในผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรงมีความแตกต่างกันมากจึงเป็นเรื่องที่ยากที่สุดในการรับรู้เมื่อเกิดขึ้น¹⁹ การรับรู้สัญญาณและอาการอย่างรวดเร็วจะหลีกเลี่ยงความรุนแรงและการเสียชีวิตได้²⁰

การจัดการอาการมีความสัมพันธ์กับการรับรู้อาการที่เกิดขึ้น หลังจากการรับรู้ความรุนแรงของอาการ ผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรงจะมีการจัดการอาการตามความรุนแรงของการเกิดขึ้นในระบบต่าง ๆ และระดับความรุนแรงอาการเช่นเดียวกับการรับรู้อาการ เมื่อรับรู้อาการที่ไม่รุนแรง จะมีการจัดการอาการ เช่น เมื่อมีอาการในระบบผิวหนัง รับประทานยาแก้แพ้ ใช้น้ำยา หรือการพักผ่อนเพื่อรอสังเกตอาการ จัดทำให้สบาย เป็นต้น การจัดการอาการแตกต่างกันไปและมีการประเมินผลของการจัดการเป็นระยะพบว่าความรุนแรงเท่า ๆ เดิม ไม่ดีขึ้นหรือเพิ่มขึ้น ผู้ที่เกิดการแพ้ชนิดรุนแรงจึงตัดสินใจมาโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการจัดการอาการที่เป็นการดูแลตนเอง จากประสบการณ์อาการที่แตกต่างกัน เพื่อการจัดการอาการเพื่อหลีกเลี่ยงหรือชะลออาการที่เกิดขึ้นเพื่อคงสภาวะการทำงานของร่างกายตามปกติ¹¹ แต่หากเมื่อรับรู้ว่ามีอาการรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อมีอาการในระบบทางเดินหายใจหรือระบบหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นมาหรือมีภาวะคุกคามต่อชีวิต รู้สึกใจจะขาด จะมีทั้งรับประทานยาลดอาการแพ้และไม่ได้จัดการเลย เพราะรู้สึกว่าอาจเสียชีวิตได้จะรีบตัดสินใจมาโรงพยาบาลทันทีเช่นเดียวกับการศึกษา¹⁸ โดยเฉพาะการรับรู้อาการที่ระบุสาเหตุจากสัตว์ที่กัดมีการขจัดสาเหตุหรือดื้อใช้สิ่งที่สงสัยจะทำให้เกิดการแพ้ชนิดรุนแรง การจัดการอาการตามในกลุ่มผู้ที่เคยเกิดการแพ้ชนิดรุนแรงไม่ว่าจะเกิดจากสารกระตุ้นเดิมหรือสารใหม่ไม่แตกต่างกัน ผู้ที่เคยเกิดการแพ้ชนิดรุนแรงมาก่อนสามารถวิเคราะห์อาการ ระบุสาเหตุ และจัดการอาการได้รวดเร็วกว่าผู้ที่ไม่เคยเกิดการแพ้ชนิดรุนแรงมาก่อน และการตัดสินใจว่ากำลังเกิดภาวะคุกคามต่อชีวิต ที่ต้องเข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็วเช่นเดียวกับกับผู้มีประสบการณ์จากบุคคลแวดล้อม การแสวงหาเพื่อการจัดการอาการรักษาหรือบรรเทาอาการด้วยตนเอง ทั้งข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต โทรศัพท์ และสอบถามบุคคลใกล้ชิดเพื่อเป็นการตัดสินใจเพื่อหาแนวทางการจัดการอาการ พบว่าการรับรู้อาการที่รุนแรงและการจัดการอาการเมื่อรู้สึกถึงการคุกคามต่อชีวิตจะตัดสินใจไปโรงพยาบาลจะเร็วกว่าผู้ที่ไม่ทราบและรับรู้อาการซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้⁷ รวมถึงสามารถป้องกันการเกิดซ้ำได้ดีกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ ความสามารถในการรับรู้และสื่อสารอาการมีความสำคัญต่อการวินิจฉัยและการรักษา การที่ผู้ป่วยสามารถอธิบายอาการได้ชัดเจนจะช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถให้การรักษาที่เหมาะสมได้รวดเร็วยิ่งขึ้น การจัดการอาการที่รวดเร็วก็ส่งผลถึงความรุนแรงและการเสียชีวิตอีกด้วย²⁰

เมื่อการรับรู้อาการ ส่งผลถึงการจัดการอาการแล้วนั้นพบว่าผลลัพธ์จากการจัดการอาการ เป็นผลของการประเมินผลของการจัดการอาการที่ไม่สามารถคงไว้อาการปกติของร่างกาย ผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรงจึงตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้ทีมสุขภาพช่วยเหลือ จากปัจจัยโดยส่วนใหญ่เกิดจากการตัดสินใจของตัวผู้ป่วยเองร่วมกับญาติและบุคคลแวดล้อม การตัดสินใจดังกล่าวมักเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยพบว่าอาการไม่ดีขึ้นหลังจากพยายามจัดการด้วยตนเอง หรือเมื่ออาการมีความรุนแรงมากขึ้นจนรู้สึกว่าต้องการความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ ในด้านปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจมาโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยและญาติจะตัดสินใจเข้ารับการรักษาเมื่อรับรู้ว่าอาการมีความรุนแรงและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต โดยเฉพาะเมื่อการจัดการอาการด้วยตนเองไม่ได้ผลการตัดสินใจของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความรู้ความรุนแรงของอาการและความรู้เกี่ยวกับการแพ้รุนแรง ผู้ป่วยที่ไม่พยายามจัดการอาการด้วยตนเองมักเป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของการแพ้ชนิดรุนแรง ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ หรือเคยได้รับข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ยังพบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการ โดยเฉพาะอาการที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจและระบบหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งประสบการณ์การแพ้รุนแรงในอดีตมีผลอย่างมากต่อระยะเวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษา โดยผู้ที่เคยมีประสบการณ์จะใช้เวลาเฉลี่ยเพียง 114 นาที ในขณะที่ผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์จะใช้เวลาเฉลี่ยถึง 415 นาที



ขาดความรู้เกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับการอาการทำให้เกิดการตัดสินใจที่ล่าช้าในผู้ป่วยกลุ่มหลอดเลือดและหัวใจ¹⁸ ความแตกต่างนี้มีนัยสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากระยะเวลาในการได้รับการรักษามีความสัมพันธ์โดยตรงกับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากการได้รับยา epinephrine ล่าช้าเกิน 60 นาที จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด biphasic anaphylaxis¹⁰ การขาดความรู้เกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับการอาการทำให้เกิดการตัดสินใจที่ล่าช้า ในผู้ป่วยกลุ่มหลอดเลือดและหัวใจ¹⁸ แม้แต่ในกลุ่มบุคลากรทีมสุขภาพที่มีความรู้ผ่านด้วยคะแนนที่สูงในการดูแลผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรงมีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 30 ปี²¹ นักศึกษาที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์มีการศึกษาที่พบว่ายังขาดความรู้เกี่ยวกับการรับรู้อาการของการแพ้ชนิดรุนแรง²² ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องได้รับการให้ความรู้และสนับสนุนในการฝึกปฏิบัติการ นอกจากนี้ปัจจัยด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลก็เป็นอีกประเด็นสำคัญที่อาจส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการตัดสินใจเข้ารับการรักษา ซึ่งความล่าช้านี้อาจนำไปสู่การเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย²⁰ และยังมีการศึกษาว่า การรับรู้อาการที่มีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อร่างกายที่ทำให้เกิดอันตรายและที่มีประสบการณ์เดิมจะตัดสินใจเข้ารับการรักษาอย่างเร่งด่วน²³

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรงมีการรับรู้อาการ การจัดการอาการและการตัดสินใจมารักษาโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กันทั้งอาการที่เกิดขึ้นในระบบสำคัญ ระดับความรุนแรง การระบุสาเหตุได้ ประสบการณ์การเกิดการแพ้ชนิดรุนแรง อาการที่เกิดขึ้นค่อยเป็นค่อยไป หรืออาการในระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดการรับรู้อาการเกี่ยวกับภาวะอื่นที่ไม่ใช่การแพ้ชนิดรุนแรงได้ การรับรู้ที่ชัดเจนส่งผลต่อการจัดการอาการ และพบว่าผู้ที่เคยมีอาการจะมีการรับรู้อาการ การจัดการอาการและการตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เร็วกว่าผู้ที่ไม่เคยเกิดการแพ้ชนิดรุนแรง ทั้งนี้สื่อและผู้ดูแลมีบทบาทในการตัดสินใจในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรง

ข้อจำกัดของการวิจัยในครั้งนี้

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่ทำการศึกษาการรับรู้อาการ การจัดการอาการและการตัดสินใจมารักษาโรงพยาบาลของผู้ที่มีการแพ้ชนิดรุนแรง ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาหรือบุคลากรในมหาวิทยาลัยขอนแก่น ทำให้มีลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึง ขาดความหลากหลาย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของการให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อสาธารณะต่าง ๆ อย่างทั่วถึง เกี่ยวกับความหลากหลายของอาการที่เกิดจากการแพ้ชนิดรุนแรง เพื่อช่วยในการตัดสินใจรับการรักษาที่รวดเร็ว
2. ควรมีการพัฒนากระบวนการให้ความรู้ก่อนจำหน่ายแก่ผู้ที่มารับการรักษาด้วยการแพ้ชนิดรุนแรง ควรเน้นที่การเกิดอาการซ้ำที่อาจเหมือนหรือไม่เหมือนเดิม เน้นการจัดการอาการเบื้องต้น และการตัดสินใจเข้ารับการรักษาโดยเร็ว

3. ควรมีการพัฒนากระบวนการคัดกรองและส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นอาการแพ้รุนแรงในผู้ที่มีความเสี่ยงต่ออาการแพ้รุนแรง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยทำนายการตัดสินใจมาโรงพยาบาลในผู้ที่มีอาการแพ้ชนิดรุนแรง เพื่อพัฒนาแนวทางป้องกันการมาโรงพยาบาลล่าช้าตามปัจจัยที่พบ
2. ศึกษาประสิทธิผลของการใช้สื่อโทรทัศน์และสื่อสังคมออนไลน์ ในการส่งเสริมการรับรู้การแพ้ชนิดรุนแรงและการตัดสินใจมาโรงพยาบาล เพื่อช่วยป้องกันอาการรุนแรง
3. ศึกษาวิธีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและติดตามประเมินความรุนแรงจากการเกิดอาการแพ้ชนิดรุนแรงซ้ำในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง

References

1. Cardona V, Ansotegui IJ, Ebisawa M, El-Gamal Y, Rivas MF, Fineman S, et al. World allergy organization anaphylaxis guidance 2020. The World Allergy Organization journal 2020;13(10):100472.
<https://doi.org/10.1016/j.waojou.2020.100472>
2. Thailand Working Group for the Treatment and Prevention of Severe Allergies. Medical practice guidelines for caring for patients with severe allergies 2017[Internet]. 2021[cited 2024 April 25]. Available from:https://www.allergy.or.th/2016/pdf/Thai_CPG_Anaphylaxis_2017_Full_version.pdf
3. Sullivan D. The effects of anaphylaxis on the body[Internet] . 2018[cited 2024 April 25] . Available from: <https://www.healthline.com/health/anaphylaxis/effects-on-body>
4. Chamnanrui J. Anaphylaxis in emergency room: A 5-Year Retrospective study in Nakhonpathom Hospital. Region 4-5 Medical Journal. 2023;42(2):165-76. (In Thai)
5. Kowjiriyapan Y. Clinical features of anaphylaxis in the emergency medicine department of Chiangrai Prachanukroh Hospital. Chiangrai Medical Journal 2017;9(2):29-39.
6. Hernandez L, Papalia S, Pujalte GG. Anaphylaxis. Primary care 2016;43(3):477-85.
<https://doi.org/10.1016/j.pop.2016.04.002>
7. Thatthong P, Ianghong K, Kasomsiri D, Apiratanawarakul K, Rattanasaha W. Anaphylaxis at the emergency room of Srinakarin Hospital: a review. Looking back 5 years. Srinakarin Medical Journal 2017;32(6):534-41. (In Thai)
8. Statistics for accident and emergency wards 4. Statistics for accident and emergency wards 4, Srinakarin Hospital, Khon Kaen Province 2021. Khon Kaen: Srinakarin Hospital. Faculty of Medicine Khon Kaen University; 2020. (In Thai)
9. Singer E, Zodda D. Allergy and Anaphylaxis: Principles of Acute Emergency Management. Emergency medicine practice 2015;17(8):1-20.
10. Poumand A, Robinson C, Syed W, Mazer-Amirshahi M. Biphasic anaphylaxis: a review of the literature and implications for emergency management. The American journal of emergency medicine 2018;36(8) : 1480- 1485.
<https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.05.009>



11. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. *Journal of advanced nursing* 2001;33(5):668–676. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x>
12. Constantinou E, Van Den Houte M, Bogaerts K, Van Diest I, Van den Bergh O. Can words heal? Using affect labeling to reduce the effects of unpleasant cues on symptom reporting. *Frontiers in psychology* 2014; 5: 807. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00807>
13. Santos GC, Liljeroos M, Dwyer AA, Girard CJJ, Strömberg A, Hullin R, et al. Symptom perception in heart failure: a scoping review on definition, factors and instruments. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2020;19(2):100–17.
14. Sandelowski M. What's in a name Qualitative description revisited. *Research in Nursing & Health* 2010;33(1):77–84.
15. Apanandhikun M. Phenomenological research: Applications in nursing research. Bangkok: Chulalongkorn University; 2020. (In Thai)
16. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Sage Publications; 1985.
17. Creswell JW, Poth CN. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. 4th ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2018.
18. Silarat M. Perception of symptom and symptom management of people with acute myocardial infarction. *Journal of Nursing Science & Health*. 2019;42(1):22–31.
19. Golden DBK, Wang J, Waserman S, Akin C, Campbell RL, Ellis AK, et al. Anaphylaxis: A 2023 practice parameter update. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*. 2024 Feb 1;132(2):124–76.
20. DuToit G, Smith P, Muraro A, Fox AT, Roberts G, Ring J, et al. Identifying patients at risk of anaphylaxis. *World Allergy Organization Journal*. 2024;17(6):100904.
21. González-Díaz SN, Villareal-González RV, Fuentes-Lara EI, Salinas-Díaz M del R, de Lira-Quezada CE, Macouzet-Sánchez C, et al. Knowledge of healthcare providers in the management of anaphylaxis. *World Allergy Organization Journal*. 2021 Nov 1;14(11):100599.
22. Lange J, Rocka M, Krenke K, Peradzynska J. Nursing and emergency medical rescue students' knowledge and perception of anaphylaxis: a cross-sectional study. *Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue*. 2020; 1:36–43.
23. Chimnamee S, Ua-Kit N. The Relationships Between Personal Factors, Pre-Hospital Location and Time to Admittance for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) Patients with Acute Exacerbation. *Journal of Public Health Nursing*. 2017 Dec 29;31(3):73–88.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวหัวใจลดลง

Factors Associated with Perceived Self-Efficacy in Self-Adjusting of Diuretic Among Patients with Reduced Ejection Fraction Heart Failure

ภาสวรรณ เท่อารุง¹, วาสนา รวยสูงเนิน²

Passawan Teumrung¹, Wasana Ruaisungnoen²

¹นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹Student of the Master of Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Nursing, Khon Kaen University

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Corresponding author: Wasana Ruaisungnoen; Email: passawan_teumrung@kkumail.com

Receive: January 22, 2025 Revised: July 8, 2025 Accepted: July 31, 2025

บทคัดย่อ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปรับยาขับปัสสาวะของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว อาจส่งผลต่อความสามารถการควบคุม ภาวะน้ำเกิน การทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องอาจช่วยให้สามารถส่งเสริมสมรรถนะของผู้ป่วยให้ปรับยาได้ดียิ่งขึ้น การศึกษาเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน 2) ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและความรู้ในการจัดการภาวะน้ำเกิน และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและการจัดการภาวะน้ำเกิน กับ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจลดลง ในคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลสกลนคร จำนวน 75 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเมษายน พ.ศ.2567 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ 2) แบบสอบถามความรู้ ภาวะหัวใจล้มเหลวและการจัดการภาวะน้ำเกิน และ 3) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง แบบสอบถามทั้งหมดมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพด้วยสถิติทดสอบทีและเอฟ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ เฉลี่ย 29.00 (SD=6.31) และในภาพรวมมีความมั่นใจในการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง มีคะแนนเฉลี่ย 6.95 (SD=2.74) 2) ความรู้และการป้องกันน้ำเกิน มีค่าเฉลี่ย 9.92 (SD=1.43) และ 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะ คือความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.229$, $p=.048$) 95%CI (.002,0.433) ดังนั้น คลินิกหัวใจล้มเหลวควรส่งเสริมความรู้ในการป้องกันน้ำเกินให้กับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง

คำสำคัญ: การปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง; การรับรู้สมรรถนะแห่งตน; ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว



Factors Associated with Perceived Self-Efficacy in Self-Adjusting of Diuretic Among Patients with Reduced Ejection Fraction Heart Failure

Passawan Teumrung¹, Wasana Ruaisungnoen²

¹Student of the Master of Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Nursing, Khon Kaen University

²Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Co-responding author: Wasana Ruaisungnoen; Email: passawan_teumrung@kkumail.com

Receive: January 22, 2025 Revised: July 8, 2025 Accepted: July 31, 2025

Abstract

Perceived self-efficacy in adjusting diuretics among patients with heart failure may affect their ability to control fluid overload. Understanding the related factors will help promote patients' competence in adjusting medication. This descriptive study aimed to examine 1) self-efficacy, 2) knowledge about heart failure and fluid overload management, and 3) the relationships between personal factors, knowledge about heart failure and fluid overload management, and self-efficacy in self-adjustment of diuretic medication. The sample consisted of 75 patients with heart failure with reduced ejection fraction from the Heart Failure Clinic at Sakon Nakhon Hospital. The study was conducted from February to April 2024. The research instruments included 1) a personal and health information questionnaire, 2) a questionnaire on knowledge about heart failure and fluid overload management, and 3) a questionnaire on self-efficacy in self-adjustment of diuretic medication. All questionnaires had a content validity index of 1.0 and a Cronbach's alpha coefficient of .89. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were used for data analysis. Differences between groups based on personal and health factors were analyzed using t-tests and F-tests. Relationships were analyzed using Pearson's correlation coefficient. The results of this study showed that: 1) The sample group had a mean self-efficacy score of 29.00 (SD=6.31) and overall confidence in self-adjustment of diuretic medication with a mean score of 6.95 (SD=2.74); 2) Knowledge about heart failure and fluid overload prevention had a mean score of 9.92 (SD=1.43); and 3) The factor significantly associated with self-efficacy in diuretic medication self-adjustment was knowledge ($r=.229$, $p=.048$, 95% CI (.002, 0.433)). Therefore, heart failure clinics should promote knowledge about fluid overload prevention to enhance patients' confidence in self-adjustment of diuretic medication.

Keywords: adjusting of diuretic; patients with heart failure; perceived self-efficacy

ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรังทางสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ความรุนแรงของโรคเป็นตามการดำเนินและระยะเวลาของโรค เกิดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วยมากกว่า 170 ล้านคน และมีโอกาสเพิ่มเป็น 200 ล้านคนในอีก 10 ปีข้างหน้า ข้อมูลสถิติผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวของอเมริกาพบประมาณ 6.2 ล้านคน ส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ และในปี ค.ศ. 2018 พบผู้เสียชีวิต 379,800 คน คิดเป็นร้อยละ 13.4¹ ในประเทศไทยพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูงโดยเฉลี่ยร้อยละ 10 ต่อปี จากข้อมูลสถิติการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ของโรงพยาบาลสกลนคร² พบว่าในปี พ.ศ. 2563-2565 มีอัตราสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องร้อยละ 14.02, 15.67 และ 17.11 ตามลำดับ โดยมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายที่สูงขึ้นร้อยละ 16.87, 19.58 และ 22.08 ตามลำดับ และภาวะน้ำเกินทำให้เกิดน้ำท่วมปอดเฉียบพลัน เป็นสาเหตุหลักในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว³ ทำให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 23⁴

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการทางคลินิก เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานของหัวใจ⁵ โดยจะพบระดับโปรตีนเนตริยูเรติกเพปไทด์ (natriuretic peptide) เพิ่มขึ้น หรือมีภาวะน้ำคั่งในปอดสามารถจำแนกประเภทตามค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left Ventricular Ejection Fraction: LVEF) ดังนี้ 1) ภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดหัวใจบีบตัวลดลง (Heart failure reduced ejection fraction: HFrEF) ค่าการบีบตัวน้อยกว่าร้อยละ 40 2) ภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดหัวใจบีบตัวกึ่งปกติ (Heart failure mid-range ejection fraction: HFmrEF) ค่าการบีบตัวระหว่างร้อยละ 40-49 และ 3) ภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดหัวใจบีบตัวปกติ (Heart failure preserved ejection fraction: HFpEF) ค่าการบีบตัวมากกว่าร้อยละ 50⁵ การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวที่แตกต่างกันตาม European Society of Cardiology Guidelines (ESC Guidelines) ปี ค.ศ. 2021⁶ แนะนำให้ใช้ยารักษาเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่ม sodium-glucose co-transporter-2 (SGLT2i) ได้แก่ dapagliflozin หรือ empagliflozin เพื่อลดความเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงตาม New York Heart Association Class (NYHA class) II-IV⁶⁻⁷ และมีอาการแสบแฉะได้รับยารักษา⁶ สำหรับภาวะหัวใจล้มเหลวชนิด HFmrEF แนะนำให้ใช้ยา angiotensin converting enzyme inhibitor (ACE-I), angiotensin receptor blocker (ARB), beta-blocker, mineralocorticoid receptor antagonist (MRA) และ Angiotensin Receptor-Neprilysin Inhibitor (ARNI) ได้⁶ ส่วนการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวชนิด HFpEF แนะนำให้รักษาสาเหตุของหัวใจล้มเหลว การค้นหาโรค และการใช้ยาขับปัสสาวะ เพื่อรักษาภาวะน้ำเกิน⁶

ภาวะน้ำเกินเป็นอาการสำคัญที่พบบ่อยในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว เกิดจากการสะสมของสารน้ำในร่างกาย และสัมพันธ์กับความก้าวหน้าของโรค สาเหตุจากหัวใจไม่สามารถควบคุมการสูบฉีดเลือดทั่วร่างกาย พบอาการหายใจเหนื่อย อ่อนล้า เท้าบวม และน้ำหนักเพิ่มขึ้น การรักษาเน้นการใช้ยาขับปัสสาวะเพื่อลดปริมาณน้ำและความดันในหลอดเลือด ในบางครั้งอาจต้องใช้การจัดการร่วม เช่น การจำกัดอาหาร การออกกำลังกาย และการรักษาโรคร่วม ซึ่งในระยะวิกฤตผู้ป่วยจำเป็นต้องกำจัดการน้ำและโซเดียมให้มากที่สุด⁸

การปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเองที่บ้านในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ส่งผลต่อการลดอุบัติการณ์การเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่รอการปรับยาเมื่อมาพบแพทย์ โดยพบอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มที่ปรับยาเองต่ำกว่ากลุ่มรอปรับยาตามแพทย์สั่ง⁹ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าการจัดการภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดอุบัติการณ์การเข้า



รับการรักษาในโรงพยาบาลได้¹⁰ แต่กลไกการรักษาสมดุลง่ายในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีความซับซ้อน ผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปรับยาได้ด้วยตนเอง เช่น ความสามารถในการประเมินภาวะน้ำเกิน¹¹ ความรู้เกี่ยวกับยาขับปัสสาวะและความมั่นใจในความสามารถที่จะปรับยาได้ด้วยตนเอง⁹ แนวทางการรักษาแบบใช้ยา ร่วมกับการปรับพฤติกรรม¹² การให้คำแนะนำร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย¹¹ การใช้โปรแกรมปรับขนาดยาและให้การพยาบาลหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์¹³ สามารถลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำได้⁹⁻¹³

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว เพศชายสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้ถึงร้อยละ 18.3¹⁴ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย จะมีภาวะการรับประทานยาสูงกว่าผู้ที่อายุน้อย¹⁵ การสนับสนุนจากคู่สมรส ส่งผลต่อความมั่นใจในการรับประทานยามากกว่าการอยู่คนเดียว¹⁵ ระยะเวลาที่ได้รับวินิจฉัยระหว่างปีที่ 1-5 จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดี¹⁵ ระดับการศึกษาที่สูง จะมีความเข้าใจในการรับรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเองที่ถูกต้อง และปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ¹⁶ การมีโรคร่วมที่มีความรุนแรงสูง ทำให้กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุมีความตระหนักและระมัดระวังในพฤติกรรมดูแลตนเอง¹⁷ และยังพบอีกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เพียงพอ สามารถปรับระดับยาได้สำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁷ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล แบ่งออกเป็น 1.1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ 1.2) ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย โรคร่วม ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำเกิน และ 2) ความรู้เกี่ยวกับหัวใจล้มเหลวและการจัดการภาวะน้ำเกิน

จากการทบทวนการเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในกลุ่มผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวของโรงพยาบาลสกลนคร พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินภาวะน้ำเกินได้ถึงร้อยละ 60 สามารถประเมินภาวะน้ำเกินได้ แต่ไม่สามารถจัดการอาการได้ถึงร้อยละ 15¹⁸ และแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการให้คำแนะนำจากทีมสหสาขาวิชาชีพก่อนกลับบ้านทุกราย ยังพบถึงร้อยละ 50 ไม่สามารถปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเองที่บ้านได้¹⁹⁻²² ทำให้เกิดภาวะน้ำเกินส่งผลให้กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวชนิด HFrEF 10 คน พบว่าแต่ละรายมีความสามารถในการปรับยาที่แตกต่างกัน โดยผู้ที่มีอายุมากและระยะการเจ็บป่วยนาน มักจะมีความรู้เรื่องโรคค่อนข้างต่ำและไม่กล้าปรับยาด้วยตนเอง²³ ในทางตรงกันข้าม ผู้ที่มีความรู้ค่อนข้างดี อายุน้อย ระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่นาน มักมีความมั่นใจในการปรับยาด้วยตนเอง ซึ่งแสดงถึงการรับรู้สมรรถนะที่สูงกว่า²⁴ และมีแนวโน้มที่จะปรับยาขับปัสสาวะได้ดีกว่า แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนในการสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวข้างต้น²⁵ แม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาจะแสดงให้เห็นถึงความสำคัญ of ปัจจัยหลายด้านต่อการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว²⁶⁻²⁷ แต่ยังขาดการศึกษาเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้ กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเองในกลุ่มผู้ป่วย HFrEF ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะน้ำเกิน²⁸⁻²⁹ การศึกษานี้มีความสำคัญเพื่อนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการดูแลที่มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วย³⁰⁻³¹ เพื่อช่วยลดอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว³²⁻³³

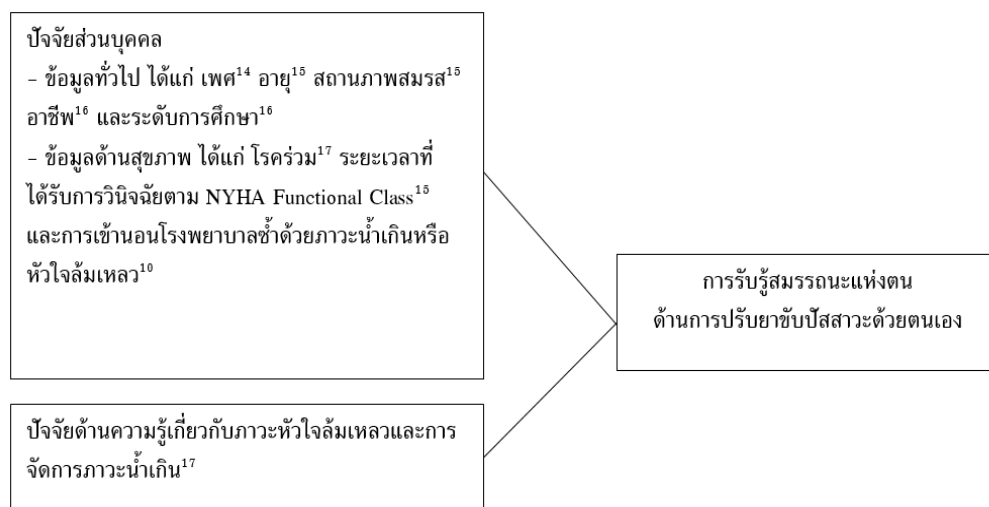
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและการป้องกันภาวะน้ำเกิน ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวหัวใจลดลง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและการป้องกันภาวะน้ำเกิน กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวหัวใจลดลง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้การทบทวนวรรณกรรมเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยมีพื้นฐานจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura³⁰ ซึ่งเสนอว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อของบุคคลในความสามารถของตนที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดย Riegel et al.²⁷ พบว่าอายุ เพศ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการเจ็บป่วยมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน Clark et al.³¹ พบว่าผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ตอนปลายมีวุฒิภาวะในการดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มอายุน้อย และ Smith et al.³⁴ พบว่าเพศชายมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินที่ดีกว่าเพศหญิง

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดย Jones et al.¹⁹ พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับการประเมินอาการและการปรับยาขับปัสสาวะ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่มีความรู้ต่ำ สอดคล้องกับ Minden et al.²¹ ที่พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกิน Jaarsma et al.³² เสนอว่าการสร้างเสริมความรู้และทักษะเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการมีโรคร่วมที่รุนแรงอาจเพิ่มความตระหนักในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับ Krishnan et al.³⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เพียงพอสามารถปรับระดับยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านความรู้ กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวหัวใจลดลง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจลดลง ในคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจลดลง ในคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลสกลนคร ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน พ.ศ. 2567 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง 2) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ลงรหัสการวินิจฉัยคือ I50 (International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision: ICD10-I50)³⁶ และมี Functional class I, II ตาม New York Heart Association (NYHA) Functional Classification⁶ 3) มีค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายน้อยกว่าร้อยละ 40 (LVEF <40%) ภายหลังการตรวจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiography)³⁷ อย่างน้อย 1 ครั้ง 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย ทั้งการพูด ฟัง อ่าน เขียน และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา กำหนดเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีอาการเปลี่ยนแปลงหรือภาวะทรุดลงในระหว่างการให้ข้อมูล เช่น อาการเหนื่อยหรือหอบเฉียบพลัน 2) มีความผิดปกติทางจิตประสาท และ 3) ขอถอนตัวหรือไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยประมาณค่าสัดส่วน (กรณีทราบขนาดประชากร)³⁸ ได้จำนวนประชากร 68 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย³⁹ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 75 คน โดยใช้สูตรคำนวณดังนี้

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

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ โดยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย และข้อมูลสุขภาพจะนำมาจากเวชระเบียนผู้ป่วย ได้แก่ โรคร่วม ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยตาม NYHA Functional Class และการเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะน้ำเกินหรือหัวใจล้มเหลว

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและความรู้ในการจัดการภาวะน้ำเกิน ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 11 ข้อ โดยมี 3 ตัวเลือก ได้แก่ ถูกต้อง ไม่ถูกต้อง และไม่ทราบ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเต็ม 11 คะแนน ดังนี้ 1) ตอบถูกต้อง ได้ 1 คะแนน 2) ตอบไม่ถูกต้องและไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน และกำหนดการแปลผลคะแนนดังนี้ 1) ได้ 0-5 คะแนน แสดงถึงระดับความรู้ต่ำ 2) ได้ 6-8 คะแนน แสดงถึงระดับความรู้ปานกลาง และ 3) ได้ 9-11 คะแนน แสดงถึงระดับความรู้สูง^{32,40-42}

3. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง ซึ่งพัฒนาโดยปรับปรุงจากงานวิจัยของ Sirithongsuk et al.⁴³ ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก ได้แก่ ส่วนที่ 1 ประเมินการรับรู้

สมรรถนะแห่งตนในการปรับยาขับปัสสาวะผ่านข้อคำถาม 9 ข้อ โดยใช้มาตรวัด 4 ระดับตั้งแต่ “ไม่มั่นใจเลย” (1 คะแนน) ถึง “มั่นใจมากที่สุด” (4 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 9-36 คะแนน แบ่งเป็นระดับต่ำ (9-18 คะแนน), ระดับปานกลาง (19-27 คะแนน) และระดับสูง (28-36 คะแนน) ขณะที่ส่วนที่ 2 เป็นการประเมินความมั่นใจโดยรวมในการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเองผ่านข้อคำถามเดียว โดยใช้มาตรวัด 11 ระดับ จาก “ไม่มีความมั่นใจเลย” (0 คะแนน) ถึง “มีความมั่นใจระดับสูงสุด” (10 คะแนน) แบ่งเป็นความมั่นใจระดับต่ำ (0-3 คะแนน), ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) และระดับสูง (7-10 คะแนน)⁴⁴⁻⁴⁵

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การป้องกันภาวะน้ำเกิน และการปรับยาขับปัสสาวะ ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 และ 3) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 และผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอน-บาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE662089 เมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2566 และผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร เลขที่ SKNH REC No. 126/2566 เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยขอนแก่นและโรงพยาบาลสกลนครเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และพยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกหัวใจล้มเหลวตามลำดับ เพื่อชี้แจงรายละเอียดและวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการศึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ โดยจะไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับ ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามและเก็บข้อมูลสุขภาพจากเวชระเบียน แล้วจึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 26 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและความรู้ในการจัดการน้ำเกิน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง ตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและการจัดการภาวะน้ำเกิน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance: ANOVA) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้



สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง^๓ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.3 อายุเฉลี่ย 55.17 ปี (SD=12.33) มีสถานภาพสมรสคู่ 37 คน (ร้อยละ 49.3) รองลงมาคือ หม้าย 18 คน (ร้อยละ 24.0) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา 49 คน (ร้อยละ 65.3) รองลงมาคือ มัธยมศึกษา 18 คน (ร้อยละ 24.0) ส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกร 38 คน (ร้อยละ 50.7) รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป 12 คน (ร้อยละ 16.0) โดยในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วม คือ โรคกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อม 54 คน (ร้อยละ 72.0) รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง 28 คน (ร้อยละ 37.3) มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย 17.52 เดือน (Median=17.52, IQR=9-24) มีสมรรถนะการทำหน้าที่ของหัวใจตาม NYHA Functional Class ในระดับ FC1 47 คน (ร้อยละ 62.7) รองลงมาคือ ระดับ FC2 28 คน (ร้อยละ 37.3) และส่วนใหญ่มีประวัติการเข้านอนโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำเกินหรือหัวใจล้มเหลว 1-2 ครั้ง จำนวน 60 คน (ร้อยละ 80) รองลงมาคือ 3-4 ครั้ง จำนวน 11 คน (ร้อยละ 14.7)

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง พบค่าเฉลี่ยในภาพรวม 29 คะแนน (SD=6.31) พบค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุดในหัวข้อ สามารถตัดสินใจไปพบแพทย์ก่อนวันนัดได้ หากปรับยาขับปัสสาวะแล้วภาวะน้ำเกินไม่ดีขึ้น เท่ากับ 3.59 คะแนน (SD=.81) รองลงมาคือ สามารถสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างใกล้ชิดเมื่อปรับเพิ่มยาขับปัสสาวะ เท่ากับ 3.27 คะแนน (SD=.81) และพบค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำสุดในหัวข้อ สามารถตัดสินใจได้ว่าควรปรับลดยาขับปัสสาวะกลับไปเท่าเดิมเมื่อใด เท่ากับ 2.91 คะแนน (SD=.99) และยังพบอีกว่า ระดับความมั่นใจในการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเองโดยรวมเฉลี่ย 6.95 คะแนน (SD=2.74) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีการบีบตัวของหัวใจลดลง (n=75)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านยาขับปัสสาวะ	Mean	SD
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านยาขับปัสสาวะโดยรวม (range 9-36)	29.00 ± (6.31)	
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปรับยาขับปัสสาวะรายข้อ		
1. สามารถชั่งน้ำหนักตัวในตอนเช้าทุกวันเวลาเดิมหลังตื่นนอนและปัสสาวะทิ้ง	3.17	.94
2. สามารถประเมินตนเองว่า มีภาวะน้ำเกินจากการสังเกตอาการบวมบริเวณปลายเท้าหรือหายใจเหนื่อยนอนราบไม่ได้	3.29	.80
3. สามารถกินยาขับปัสสาวะได้ทุกวันตามแผนการรักษา	3.41	.79
4. สามารถตัดสินใจได้ว่าควรปรับเพิ่มยาขับปัสสาวะเนื่องจากมีน้ำเกิน	3.03	1.01
5. สามารถตัดสินใจได้ว่าควรปรับเพิ่มยาขับปัสสาวะได้อย่างถูกต้องตามที่แพทย์แนะนำ	3.25	.90
6. สามารถติดตามการออกฤทธิ์ของยาขับปัสสาวะได้เมื่อปรับเพิ่มยา	3.08	.90
7. สามารถสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างใกล้ชิดเมื่อปรับเพิ่มยาขับปัสสาวะ	3.27	.81
8. สามารถตัดสินใจได้ว่าควรปรับลดยาขับปัสสาวะกลับไปเท่าเดิมเมื่อใด	2.91	.99
9. สามารถตัดสินใจไปพบแพทย์ก่อนวันนัดได้หากปรับยาขับปัสสาวะ แล้วภาวะน้ำเกินไม่ดีขึ้น	3.59	.81
10. โดยรวมท่านมีระดับความมั่นใจในการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเองระดับใด จาก 0-10	6.95	2.74

3. ความรู้เกี่ยวกับหัวใจล้มเหลวและการป้องกันน้ำเกินในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว พบค่าเฉลี่ยโดยรวม 9.92 คะแนน (SD=1.43) และยังพบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงสุดในข้อ ภาวะน้ำเกินอาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ เท่ากับ .99 คะแนน (SD=.12) รองลงมาคือ การเฝ้าระวังภาวะน้ำเกินได้โดยสังเกตอาการบวมที่ขาและเท้า และการหลีกเลี่ยงอาหารหมักดองและอาหารสำเร็จรูป ช่วยลดปริมาณการกินเกลือโซเดียมได้ เท่ากับ .97 คะแนน (SD=.16) และพบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ต่ำสุดในข้อ การจำกัดเกลือโซเดียม 2,000 มิลลิกรัมต่อวันๆ เท่ากับ .79 คะแนน (SD=.12) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (n=75)

ความรู้เกี่ยวกับหัวใจล้มเหลวและการป้องกันน้ำเกิน	Mean	SD
ความรู้เกี่ยวกับหัวใจล้มเหลวและการป้องกันน้ำเกินโดยรวม (range 4-11)	9.92 ± (1.43)	
1. หัวใจล้มเหลว หมายถึง ภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ	.93	.25
2. ภาวะน้ำเกินอาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้	.99	.12
3. การเฝ้าระวังภาวะน้ำเกิน ทำได้โดยสังเกตอาการบวมที่ขาและเท้า	.97	.16
4. การติดตามภาวะน้ำเกินคือการชั่งน้ำหนักตัวตอนเช้าทุกวันหลังปัสสาวะทิ้ง	.89	.31
5. หากรับประทานยาตามที่แพทย์ให้อย่างสม่ำเสมอแล้ว ท่านไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหาร	.85	.36
6. การกินอาหารรสเค็มหรือที่มีเกลือโซเดียมมาก จะทำให้ร่างกายดองน้ำไว้เกิดภาวะน้ำเกินได้	.89	.31
7. การจำกัดน้ำดื่มในแต่ละวัน หมายถึง การจำกัดเฉพาะน้ำดื่มในแต่ละมื้ออาหารเท่านั้น ไม่เกี่ยวกับเครื่องดื่ม น้ำแกง หรือของเหลวอื่นๆ	.87	.34
8. การหลีกเลี่ยงอาหารหมักดองและอาหารสำเร็จรูป เช่น อาหารแช่แข็ง ปลากระป๋อง บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ช่วยลดปริมาณการกินเกลือโซเดียมได้	.97	.16
9. การจำกัดเกลือโซเดียม 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน มีค่าเท่ากับการใส่เกลือแกงได้เพียง 1 ช้อนชา หรือใส่น้ำปลาได้เพียง 3-4 ช้อนชา ในอาหารที่กินทั้งหมดใน 1 วัน	.79	.41
10. สามารถปรับเพิ่มยาขับปัสสาวะได้ด้วยตนเองหากพบว่าน้ำหนักตัวเพิ่มมากกว่า 2 กิโลกรัมภายใน 1-2 วัน	.84	.37
11. ยาขับปัสสาวะช่วยลดภาวะน้ำเกินและช่วยให้หัวใจทำงานหนักลดลงจากภาวะน้ำเกิน	.92	.27

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและการป้องกันน้ำเกิน กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง นำข้อมูลมาทดสอบการแจกแจงข้อมูล ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติ จึงใช้สถิติทดสอบทีและเอฟ เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตามปัจจัยที่ศึกษา ซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง ตามปัจจัยส่วนบุคคล ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง
ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีการบีบตัวของหัวใจลดลง ตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพ (n=75)

ปัจจัย	n (%)	Perceived Self-Efficacy in Adjusting Diuretic			
		M	SD	F/t	p-value
เพศ					
ชาย	55 (73.3)	79.49	18.75	.867	.389
หญิง	20 (26.7)	83.47	13.62		
อายุ (ปี)					
<60 ปี	48 (64.0)	80.03	16.90	.341	.734
≥ 60 ปี	27 (36.0)	81.48	18.90		
สถานภาพสมรส					
โสด	13 (17.3)	79.70	6.75	.496	.686
คู่	37 (49.3)	80.33	19.55		
หม้าย	18 (24.0)	83.95	15.59		
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	7 (9.3)	74.60	25.33		
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้ศึกษา	1 (1.3)	80.56	.00	.488	.691
ประถมศึกษา	49 (65.3)	80.10	18.22		
มัธยมศึกษา	18 (24.0)	78.86	18.40		
ปริญญาตรี	7 (9.3)	88.10	9.98		
อาชีพ					
รับราชการ	7 (9.3)	88.10	9.98	1.977	.107
ค้าขาย	10 (13.3)	69.44	24.53		
เกษตรกร	38 (50.7)	83.63	16.44		
รับจ้าง	12 (16.0)	79.86	17.53		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8 (10.7)	74.31	12.22		
โรคร่วม					
โรคกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อม	54 (72.0)	78.86	17.85	1.352	.181
โรคความดันโลหิตสูง	28 (37.3)	82.04	14.25		
โรคหัวใจขาดเลือด	19 (25.3)	83.63	16.35		
โรคเบาหวาน	17 (22.7)	85.62	11.88		
โรคลิ้นหัวใจ	12 (16.0)	76.39	16.48		
อื่น ๆ	8 (10.7)	89.24	8.33		
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย					
<1 ปี	13 (17.3)	76.92	25.01	.623	.602
1 ปี	15 (20.1)	77.04	17.65		
2 ปี	28 (37.3)	82.24	14.17		
>3 ปี	19 (25.3)	83.33	16.46		
NYHA Functional Class					
FC1	47 (62.7)	81.86	15.57	.716	.476
FC2	28 (37.3)	78.67	20.58		
การเข้าอนโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำเกิน/หัวใจล้มเหลว					
1-2 ครั้ง	60 (1.3)	27.78	18.68	.213	.602
3-4 ครั้ง	11 (4.0)	74.07	10.05		
>5 ครั้ง	4 (94.7)	81.51	18.36		

5. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว และการจัดการภาวะน้ำเกิน กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวหัวใจลดลง เมื่อนำข้อมูลมาทดสอบทางสถิติ พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติทั้งหมด จึงใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์สเปียร์มัน เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับหัวใจล้มเหลวและการป้องกันน้ำเกินมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวหัวใจลดลงในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .229$, $p\text{-value} = .048$) 95%CI (0.002, 0.433) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเองในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบหัวใจตัวลดลง ($n=75$)

ปัจจัย	r	95%CI	$p\text{-value}$
อายุ (ปี)	.040	(-.189, .264)	.735
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย (เดือน)	.067	(-.162, .290)	.567
ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว	.229	(.002, .433)	.048*

หมายเหตุ: r =Pearson correlation coefficient; CI=confident interval, * Significant at $p\text{-value} < .05$

อภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวหัวใจลดลง มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเองในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยยังมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองไม่เต็มที่ในการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Riegel et al.²⁷ ที่พบว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ยังขาดความมั่นใจในการจัดการอาการและการปรับยาด้วยตนเอง แม้ว่าจะได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์

ในด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและการป้องกันภาวะน้ำเกิน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความรู้ค่อนข้างสูง ($\text{Mean}=9.92$, $\text{SD}=1.43$) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยได้รับการให้ความรู้ในทุกครั้งที่มารับบริการในคลินิก อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ายังมีประเด็นที่ผู้ป่วยมีความรู้ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในเรื่องการควบคุมอาหาร การบริโภคเกลือและโซเดียม และการจำกัดน้ำดื่ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Muangpe et al.⁴⁶ ที่พบว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวยังขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจำกัดน้ำและเกลือ แม้จะได้รับการให้ความรู้แล้วก็ตาม ซึ่งชี้ให้เห็นถึงปัญหาในการให้ข้อมูลความรู้และการคงอยู่ของความรู้เมื่อเวลาผ่านไป นอกจากนี้ ยังพบช่องว่างระหว่างความรู้ที่ติดกับการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้จริงคือการขาดความมั่นใจในการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 6.95 ($\text{SD}=2.74$) โดยอาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น ความกลัวต่อผลข้างเคียงของยา ความกังวลเกี่ยวกับการตัดสินใจผิดพลาด หรือการขาดประสบการณ์ในการปรับยาด้วยตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura³⁰ ที่กล่าวว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจและการกระทำพฤติกรรม

ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและการป้องกันน้ำเกิน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .229$, $p\text{-value} = .048$) 95%CI (0.002, 0.433) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Minden et al.²⁴ ที่พบว่าความรู้ในการจัดการภาวะ



น้ำเกินมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ($r = .40$, $p\text{-value} < .001$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Krishnan et al.^{17,35} ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เพียงพอจะสามารถปรับระดับยาได้สำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการป้องกันภาวะน้ำเกิน จะทำให้เกิดความมั่นใจในการตัดสินใจปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง เนื่องจากสามารถประเมินอาการและเข้าใจ เหตุผลในการปรับยาได้ดีขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura³⁰ ที่กล่าวว่าการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ความสำเร็จ การได้เห็นตัวแบบ การโน้มน้าวทางสังคม และ สภาวะทางร่างกายและอารมณ์³⁰

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังพบว่าปัจจัยด้านอายุและระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย ไม่มี ความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน การวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ในการดูแลตนเองมาระยะ หนึ่ง และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al.²⁶ ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้ Zhou et al.⁴⁷ ยัง พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่ได้เป็นตัวกำหนดความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ขึ้นอยู่กับคุณภาพของการ ให้ความรู้และการติดตามดูแลจากทีมสุขภาพมากกว่า ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาโปรแกรม ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ควรให้ความสำคัญกับการเพิ่มระดับความรู้ โดยเฉพาะในประเด็นที่ผู้ป่วยยังมีความรู้ไม่เพียงพอ เช่น การควบคุมอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม และการบริโภคเกลือและโซเดียม รวมถึงการพัฒนากลยุทธ์ในการช่วยให้ผู้ป่วยนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ ในการปรับยาขับ ปัสสาวะด้วยตนเองได้อย่างมั่นใจและปลอดภัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ เพื่อให้อธิบายระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านการปรับยาขับปัสสาวะ ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวต่อไป
2. บุคลากรทางการแพทย์ประจำคลินิกและผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมและพัฒนารูปแบบการให้ ความรู้ด้านการจำกัดโซเดียม เพื่อให้เกิดการตัดสินใจปรับยาขับปัสสาวะตามสถานการณ์จริง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเองใน ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ควรครอบคลุมทุกระดับความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์ NYHA (FC I-IV) เพื่อให้ได้ ข้อมูลที่ครบถ้วน การวิเคราะห์ความแตกต่างในแต่ละกลุ่มจะช่วยระบุปัจจัยกำหนดและอุปสรรคที่ เฉพาะเจาะจง นำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม ซึ่งจะ ส่งผลต่อการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและลดอัตราการเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

References

1. Bozkurt B, Ahmad T, Alexander KM, Baker WL, Bosak K, Brethett K, et al. Heart failure epidemiology and outcomes statistics: a report of the heart failure society of America. *Journal of cardiac failure* 2023;29(10):1412–51.
<https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2023.07.006>
2. Medical Records and Statistics Unit, Sakon Nakhon Hospital. Nursing indicator data 2022. Sakon Nakhon: Sakon Nakhon Hospital; 2023.
3. Benjamin EJ, Muntner P, Alonso A, Bittencourt MS, Callaway CW, American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee, et al. Heart Disease and stroke statistics–2019 Update: A Report from the American Heart Association *Circulation* 2019;139(10):e56–e528.
<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000659>
4. Mathew D, Kosuru B, Agarwal S, Shrestha U, Sherif A. Impact of sleep apnea on 30 day hospital readmission rate and cost in heart failure with reduced ejection fraction. *ESC heart failure* 2023;10(4):2534–40.
<https://doi.org/10.1002/ehf2.14430>
5. Lam CSP, Solomon SD. Classification of Heart Failure According to Ejection Fraction: JACC review topic of the week. *Journal of the American College of Cardiology* 2021;77(25):3217–25.
<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.04.070>
6. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, ESC Scientific Document Group, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal* 2021;42(36):3599–726. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>
7. Cosiano ME, Tobin R, Mentz RJ, Greene SJ. Physical Functioning in Heart Failure with Preserved Ejection Fraction. *Journal of Cardiac Failure* 2021;27(9):1002–16 <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2021.04.013>
8. Cosentino F, Verna S, Ambery P, Treppendahl MB, Van Eickels M, Anker SD, et al. Cardiometabolic risk management: insights from a European Society of Cardiology Cardiovascular Round Table. *European Heart Journal* 2023;44(39):4141–56. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad445>
9. Thanasomboonphan S. The efficacy of home diuretic adjustment by patients compared with physician-administered diuretic adjustment in outpatient chronic heart failure patients. *Journal of Clinical Medical Education Center, Phrapokklao Hospita* 2018;35(4):344–53. (in Thai)
10. Pellicori P, Kallvikbacka-Bennett A, Dierckx R, Zhang J, Putzu P, Cuthbert J, et al. Prognostic significance of ultrasound-assessed jugular vein distensibility in heart failure. *Heart (British Cardiac Society)* 2015;101(14):1149–58.
<https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-307558>
11. Feijó MKEF, Biolo A, Ruschel KB, Orlandin L, Aliti GB, Rabelo-Silva ER. Effect of a diuretic adjustment algorithm and nonpharmacologic management in patients with heart failure: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2015;16(44):1–5. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0559-7>



12. Kanchanawanit R, Phromminthikun A. Integrated Care Manual for Patients with Chronic Heart Failure. 2nd ed. Bangkok: Concept Medicus; 2017.
13. Tsang L, Pahk M, Fang T, Hansen M, Bucci C. Validation of a diuretic sliding scale for patients discharged with heart failure. *Canadian Journal of Cardiology* 2013;29(10): S196.
14. Anpanlam P, Makarawate P, Ruaisungnoen W. Predictors of fluid retention prevention behavior among patients with heart failure. *NURS SCI J THAIL* 2021;39(3):47–59. (in Thai)
15. Thutsaringkamsakul S. Factors related to medication adherence self-efficacy among hypertensive persons in Pak-Plee, Nakhon Nayok Province. *Journal of The Police Nurse* 2014;6(1):113–30. (in Thai)
16. Vellone E, Fida R, Ghezzi V, D'Agostino F, Biagioli V, Paturzo M, et al. Patterns of self-care in adults with heart failure and their associations with sociodemographic and clinical characteristics, Quality of Life, and Hospitalizations: A Cluster Analysis. *The Journal of cardiovascular nursing* 2017;32(2):180–9.
<https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000325>
17. Krishnan V, Thirunavukkarasu J. Assessment of knowledge of self blood glucose monitoring and extent of self titration of anti-diabetic drugs among diabetes mellitus patients – a cross sectional, community-based study. *Journal of clinical and diagnostic research* 2016;10(3):FC09–11. doi.org/10.7860/JCDR/2016/18387.7396
18. Sridama U, Daekhunthod T, Poolchai S. Development of heart failure self-management promotion model for patients at heart failure clinic, Sakon Nakhon Hospital. *Journal of Sakon Nakhon Hospital* 2020;23(1):38–51. (in Thai)
19. Jones MR, Chen L, Rodriguez S. The relationship between knowledge, self-efficacy and self-care behaviors in heart failure patients: A cross-sectional study. *J Adv Nurs*. 2022;78(5):1287–96.
<https://doi.org/10.1111/jan.XXXXX>
20. Kumar A, Thompson P. Discharge education effectiveness in heart failure management: A systematic review. *Heart Lung*. 2021;50(3):367–76. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.XX.XXX>
21. Martinez R, Sanchez D, Ramirez J. Beyond standard education: Evaluating heart failure self-care skill development programs. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2023;22(4):321–32. <https://doi.org/10.1177/147451XXXXXXXX>
22. Wilson C, Johnson K, Smith R. Readmission patterns and self-care deficits among heart failure patients in a rural Thai hospital. *Thai J Nurs Res*. 2023;37(2):112–25. <https://doi.org/10.XXXX/TJNR.2023.XX.XXX>
23. Clark AM, Wiens KS, Banner D, Kryworuchko J, Thirsk L, McLean L, et al. A qualitative systematic review of influences on attendance at cardiac rehabilitation programs after referral. *Am Heart J*. 2021;182(4):23–33.
<https://doi.org/10.1016/j.ahj.2021.XX.XXX>
24. Morgan HM, Lee CS. Self-care and self-efficacy in younger patients with heart failure with reduced ejection fraction: A mixed methods study. *J Cardiovasc Nurs*. 2022;37(2):153–62.
<https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000XXXXX>
25. Wilson, P. J., Thompson, R. K., & Anderson, J. L. (2023). Factors affecting diuretic self-titration in heart failure: A scoping review. *Heart Failure Reviews*, 28(1), 115–27. <https://doi.org/10.1007/s10741-022-XXXX-X>

26. Lee CS, Bidwell JT, Denfeld QE. Patterns of self-care in older adults with heart failure: The role of age, symptoms, and comorbidities. *J Cardiovasc Nurs.* 2023;38(2):148–56.
<https://doi.org/10.1097/JCN.00000000000000XXXX>
27. Riegel B, Dickson VV, Lee S. Self-management in heart failure: Challenges and new directions. *J Cardiovasc Nurs.* 2021;36(2):156–67. <https://doi.org/10.1097/JCN.00000000000000XXXX>
28. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J.* 2022;43(20):1901–2092.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>
29. Mullens W, Martens P, Testani JM, Tang W, Skouri H, Verbrugge FH, et al. Congestion revisited: Perspectives on pulmonary and systemic congestion in heart failure. *Eur Heart J.* 2023;44(27):2333–46.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad058>
30. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
31. Clark AM, Wiens KS, Banner D, Kryworuchko J, Thirsk L, McLean L, et al. Self-management intervention mechanisms in heart failure: A systematic review and meta-analysis. *Heart Lung.* 2021;50(4):447–59.
<https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.01.006>
32. Jaarsma T, Hill L, Savarese G, Butler J, Lainscak M, Stromberg A, et al. Patient education strategies and telehealth interventions in heart failure: A comprehensive review. *Eur J Heart Fail.* 2020;22(11):1937–44.
<https://doi.org/10.1002/ehj.1847>
33. Sharma A, Butler J, Ezekowitz JA, Bart BA, Anker SD, Somerville LA, et al. Self-care strategies and quality of life outcomes in patients with heart failure: A narrative review. *Curr Heart Fail Rep.* 2024;21(1):19–28.
<https://doi.org/10.1007/s11897-023-00622-0>
34. Smith JR, Garcia M, Brown DL. Gender differences in fluid management behaviors among heart failure patients: A cross-sectional analysis. *Am J Cardiol.* 2020;125(8):1178–86.
<https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2020.XX.XXX>
35. Krishnan A, Finkelstein J, Priyanath A. Patient self-management of medications for heart failure with reduced ejection fraction: A systematic review. *Int J Cardiol.* 2020;305:162–71. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2020.02.029>
36. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems (10th revision) [Internet]. 2019 [cited 2024 Mar 18]. Available from: <https://icd.who.int/browse10/2019/en>
37. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J.* 2016;37(27):2129–200.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>
38. Wayne WD. Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences. 6th ed. New York: John Wiley & Sons; 1995.
39. Chaimay B. Sample size determination in descriptive study in public health. *Thaksin J.* 2013;16(2):9–18.
40. Bloom BS. Learning for mastery. *Eval Comment.* 1968;1(2):1–12.



41. Rattray J, Jones MC. Essential elements of questionnaire design and development. *J Clin Nurs*. 2007;16(2):234–43. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01573.x>
42. Wilson DM, Nam MA, Murphy J, Victorino JP. A critical review of health knowledge assessments in adult populations. *Health Educ Behav*. 2021;48(2):185–94. <https://doi.org/10.1177/1090198120979623>
43. Sirithongsuk P, Deoisres W, Chunlestskul K. Development and psychometric testing of the self-efficacy assessment tool for patients with chronic illness. *Thai J Nurs Res*. 2019;23(2):108–20. <https://doi.org/10.XXXX/TJNR.2019.XX.XXX>
44. Hibbard JH, Greene J, Sacks RM, Overton V, Parrotta C. Improving population health management strategies: Identifying patients who are more likely to be users of avoidable costly care and those more likely to develop a new chronic disease. *Health Serv Res*. 2015;52(4):1297–309. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12545>
45. Sarkar U, Gourley GI, Lyles CR, Tieu L, Clarity C, Newmark L, et al. Usability of commercially available mobile applications for diverse patients. *J Gen Intern Med*. 2019;34(12):2702–8. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05426-4>
46. Muangpe K, Wannasiri P, Anothaisintawee T. Educational intervention to improve knowledge and behavior regarding sodium restriction in heart failure patients: A randomized controlled trial. *Thai J Cardiol*. 2021;29(2):89–98. <https://doi.org/10.XXXX/TJC.2021.XX.XXX>
47. Zhou W, Wang L. Predictors of self-care behaviors in patients with heart failure: A multicenter study in China. *Int J Nurs Stud*. 2022; 89:78–85.

ผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่
 เข้ารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร: การศึกษาย้อนหลัง 6 เดือน
 The Outcome of Management in Sepsis and Septic Shock Patient Who Admitted to an Emergency
 Department at Jainad Narendra Hospital: 6-Months Retrospective Observational Cohort Study

ดุษิต กล่ำถึก¹, ทีปัทสน์ ชินตาปัญญากุล², เครือทิพย์ เกื่อนขวัญ¹

Dusit Klamthuk¹, Teepatad Chintapanyakun², Kheuthip Thuankwan¹

¹โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร กระทรวงสาธารณสุข

¹Jainad Narendra Hospital, Ministry of Public Health

²โรงพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

²Ramathibodi Hospital, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University

Corresponding author Teepatad Chintapanyakun, Email: teepatad.chi@gmail.com

Received: February 18, 2025 Revised: June 25, 2025 Accepted: July 30, 2025

บทคัดย่อ

ภาวะติดเชื้อและช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตและถือเป็นปัญหาสำคัญ
 ของสาธารณสุขทั่วโลก การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการ
 ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและ
 ฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อคจากการติดเชื้อที่เข้ามา
 รับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 227 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัย คือ
 แบบบันทึกข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาที่ได้รับ และผลลัพธ์การจัดการ วิเคราะห์
 ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและสถิติ Wilcoxon signed rank test ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึง
 หน่วยฉุกเฉินจนได้รับการวินิจฉัยมีค่าแตกต่างกับระยะเวลาที่กำหนดไว้ที่ 15 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
 ระดับ .05 (mean=27.06, SD=35.95, median=15.00) ขณะที่ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่วินิจฉัยจนได้รับยา
 ปฏิชีวนะมีค่าแตกต่างกับระยะเวลาที่กำหนดไว้ที่ 60 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (mean=32.79,
 SD=28.17, median=25.00) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 74.01 ได้รับปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือด
 ดำภายใน 3 ชั่วโมง ร้อยละ 7.49 ได้รับยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ ร้อยละ 72.20 มีระยะเวลาที่รับการ
 รักษาอยู่ในหน่วยฉุกเฉินภายใน 2 ชั่วโมง และผู้ป่วยร้อยละ 79.70 มีอัตราการรอดชีพ จากผลการศึกษาครั้งนี้บ่งชี้ว่า
 อาจยังมีบางขั้นตอนของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ใน
 หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ควรได้รับการปรับปรุง เช่น จุดคัดกรอง และการประเมินสภาพเบื้องต้น เพื่อ
 การวินิจฉัยและการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วขึ้น ซึ่งจะช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้มากขึ้น

คำสำคัญ: ภาวะช็อคจากการติดเชื้อ; ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด; หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน



The Outcome of Management in Sepsis and Septic Shock Patient Who Admitted to an Emergency Department at Jainad Narendra Hospital: 6-Months Retrospective Observational Cohort Study

Dusit Klamthuk¹, Teepatad Chintapanyakun², Kheuthip Thuankwan¹

¹Jainad Narendra Hospital, Ministry of Public Health

²Ramathibodi Hospital, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University

Corresponding author Teepatad Chintapanyakun, Email: teepatad.chi@gmail.com

Received: February 18, 2025 **Revised:** June 25, 2025 **Accepted:** July 30, 2025

Abstract

Sepsis and septic shock are life-threatening conditions and a major public health problem worldwide. This retrospective cohort study aimed to study the outcomes of management for patients with sepsis and septic shock in the emergency department (ED) at Jainad Narendra Hospital. The sample consisted of 227 patients with sepsis and septic shock who received care in the ED. They were selected using a purposive sampling method. The research instruments were the data recording form, including the personal information and treatment received, and the management outcomes form. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test. The research findings revealed that the average time from patient arrival at the ED to diagnosis was significantly longer than the established criteria of 15 minutes at the .05 significance level (mean=27.06, SD=35.95, median=15.00), while the average time from diagnosis to the administration of antibiotics was significantly different from the established criteria of 60 minutes at the .05 significance level (mean=32.79, SD=28.17, median=25.00). Additionally, 74.01% of the patients received intravenous fluid within 3 hours, 7.49% received vasopressor medication, and 72.20% were treated in the ED within 2 hours. These measures contributed to a survival rate of 79.70%. The findings of this study indicate that certain aspects of the care process for patients with infections and septic shock in the emergency department may still require improvement, such as the screening and initial assessment, in order to facilitate faster diagnosis and treatment. Such improvements could help increase the survival rate of patients.

Keywords: emergency department; sepsis; septic shock

ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตและถือว่าเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขทั่วโลก จากสถิติองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบว่าในปี ค.ศ. 2020 พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 48.9 ล้านคนและเสียชีวิตจำนวน 11 ล้านคนทั่วโลก หรือประมาณร้อยละ 20 ของการเสียชีวิตทั่วโลก¹ สอดคล้องกับการศึกษาของประเทศสวีเดนที่ได้ทบทวนข้อมูลของระบบสาธารณสุขเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พบอัตราการอุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเท่ากับ 747 ต่อประชากรแสนคน² สำหรับประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระหว่างปี 2564 – 2566 เท่ากับ 23,400, 27,970, และ 30,304 ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของประชากรในประเทศไทย³

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ส่งผลต่อระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายให้เกิดความผิดปกติซึ่งเกิดจากการตอบสนองของร่างกายต่อการติดเชื้อ หากร่างกายไม่สามารถปรับชดเชยได้จะเข้าสู่ภาวะช็อก ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) เกิดจากการล้มเหลวของระบบไหลเวียนเซลล์ และระบบเมตาบอลิซึม ทำให้ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 mmHg หรือค่าความดันโลหิตแดงเฉลี่ยน้อยกว่า 65 mmHg และค่าแลคเตทในเลือด (serum lactate level) > 2 mmol/L ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตต่ำ ปัสสาวะออกน้อย เกิดภาวะ lactic acidosis ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึมลง และเสียชีวิต⁴⁻⁶ การจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำเป็นต้องได้รับการประเมิน การคัดกรองและการรักษาอย่างรวดเร็ว เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและช่วยชะลอความรุนแรงของการเกิดอวัยวะล้มเหลว โดยมุ่งเน้นโดยเริ่มจากหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีการคัดกรองประเมินกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (systemic inflammatory response syndrome: SIRS) พร้อมทั้งการใช้เครื่องมือ qSOFA ในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การเจาะเลือดเพื่อตรวจหาค่าแลคเตทในเลือด การเจาะเลือดเพาะเชื้อทางห้องปฏิบัติการ ร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง การดูแลให้สารน้ำชนิดคริสตัลลอยด์ 30 ml/kg ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตต่ำ พร้อมทั้งการให้ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด (vasopressor) ใช้ยา norepinephrine ภายในเวลา 3 ชั่วโมง⁷⁻⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะช็อกจากภาวะติดเชื้อที่รวดเร็ว มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย เนื่องจากแผนกฉุกเฉินเป็นหน่วยงานด่านหน้าให้การรักษาผู้ป่วย¹⁰ โดยการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นการค้นพบผู้ป่วยตามลักษณะอาการของกลุ่มผู้ที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดได้รวดเร็วและให้การรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วตั้งแต่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่งผลให้ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้¹¹ และพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้ยาปฏิชีวนะภายใน 3 ชั่วโมงสูงกว่าอัตราการได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง¹² สำหรับการศึกษาในประเทศไทยการศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลผาง จังหวัดเชียงใหม่พบว่าผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ตามเกณฑ์ Sepsis bundles ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลงจาก ร้อยละ 28.2 เป็นร้อยละ 21.1¹³ และพบว่าผู้ป่วยเข้า sepsis fast track ได้รับการเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะและได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง และการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 30 ml/kg/hr ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 100 ซึ่งเห็นได้ว่าการทบทวนผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันสามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้¹⁴



โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร มีผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อและภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564-2566 มีจำนวน 955, 1,085, 1,034 คนตามลำดับ เป็นผู้รายใหม่ที่ได้รับบริการใน หน่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 714, 731 และ 935 คน และพบอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยร้อยละ 41 ต่อปี มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 12 วันต่อคน และยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 3 อันดับแรกของ ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ได้ พัฒนาและใช้แนวปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดตามคำแนะนำ ของบทความ “The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3)” มา ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ยังไม่เคยติดตามผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อ และภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ามารับการรักษาหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังนั้น ผู้วิจัยใน ฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึง ทำการศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อคจากการติดเชื้อที่เข้ามารับการรักษา หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อประเมินผลลัพธ์และนำเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการ พยาบาลในการจัดการผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะติดเชื้อและมีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดให้มี ประสิทธิภาพต่อไป

คำถามการวิจัย

ผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับ การรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ประกอบด้วยผลลัพธ์ของกระบวนการ จัดการ และอัตราการเสียชีวิต ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขหรือไม่ อย่างไร

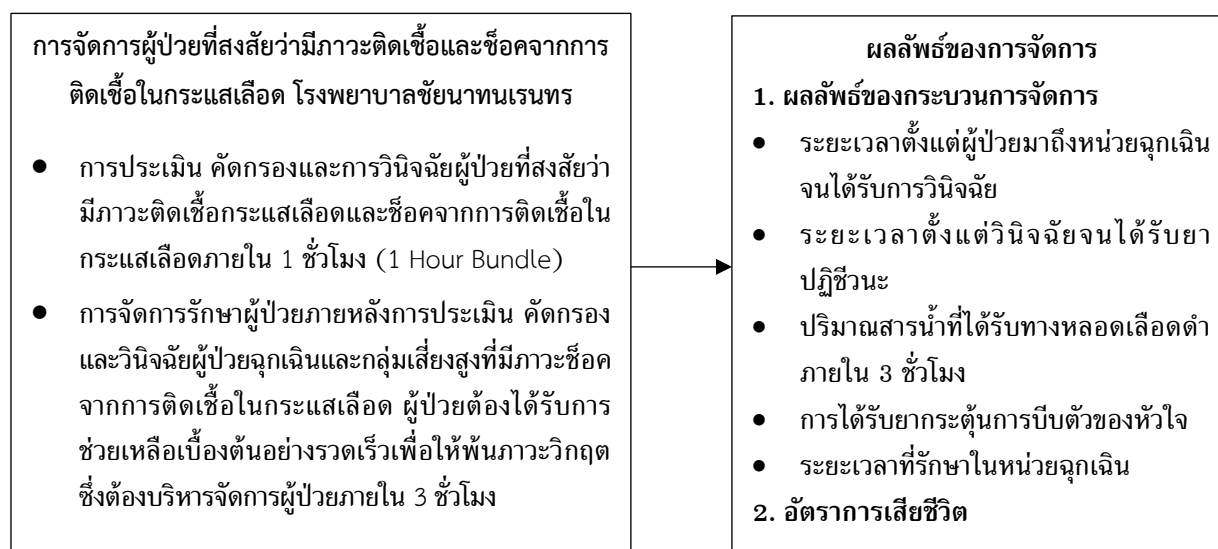
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ที่เข้ามารับการรักษาหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ประกอบด้วย 1) ผลลัพธ์ของ กระบวนการจัดการ ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงหน่วยฉุกเฉินจนได้รับการวินิจฉัย ระยะเวลาตั้งแต่ วินิจฉัยจนได้รับยาปฏิชีวนะ ปริมาณสารน้ำที่ได้รับทางหลอดเลือดดำภายใน 3 ชั่วโมง การได้รับยากระตุ้นการบีบ ตัวของหัวใจ และ ระยะเวลาที่รักษาในหน่วยฉุกเฉิน และ 2) อัตราการเสียชีวิต

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพของการดูแล (model of quality of care)¹⁵ เป็นกรอบการศึกษา ที่ให้ความสำคัญกับคุณภาพการดูแลในระบบบริการสุขภาพที่มีความสัมพันธ์เนื่องกันโดยมีองค์ประกอบ 3 ด้านประกอบด้วย 1) ด้านโครงสร้าง (structure) ได้แก่ การมีสิ่งสนับสนุนและเครื่องมือและบุคลากรที่มี คุณสมบัติเหมาะสม ซึ่งในการศึกษานี้ โครงสร้าง หมายถึง นโยบาย แผนงาน และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้ทันทั่วทั้ง รวมถึงทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาล และเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 2) ด้านกระบวนการ (process) คือ กิจกรรมตามแนวปฏิบัติการจัดการ ผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดตามคำแนะนำของ Sepsis-3⁶ ได้แก่ (1) การประเมิน คัดกรองและการวินิจฉัยผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะติดเชื้อและช็อคจากการติดเชื้อใน

กระแสเลือดภายใน 1 ชั่วโมง และ (2) การจัดการรักษาผู้ป่วยภายหลังการประเมิน คัดกรองและวินิจฉัยผู้ป่วย จุกเฉินและกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างรวดเร็วเพื่อให้พ้นภาวะวิกฤต ซึ่งต้องบริหารจัดการผู้ป่วยภายใน 3 ชั่วโมง และ 3) ผลลัพธ์ (outcome) เป็นการ ประเมินคุณภาพที่เป็นผลจากโครงสร้างและกระบวนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ในที่นี้คือ (1) ผลลัพธ์ของ กระบวนการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่ ผู้ป่วยมาถึงหน่วยฉุกเฉินจนได้รับการวินิจฉัย ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยจนได้รับยาปฏิชีวนะ ปริมาณสารน้ำที่ได้รับทางหลอดเลือดดำภายใน 3 ชั่วโมง การได้รับยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ ระยะเวลาที่รักษาในหน่วย จุกเฉิน และ (2) อัตราการเสียชีวิต สำหรับการวิจัยครั้งนี้มุ่งประเมินคุณภาพการดูแลด้านกระบวนการและ ผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อคจากการติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาหน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร สามารถเขียนกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective cohort study)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหรือช็อคจากการติดเชื้อที่เข้ามารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือดหรือช็อคจากการติดเชื้อที่เข้ามารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2567 – 30 มิถุนายน พ.ศ. 2567 จำนวน 227 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive selection) ตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนดดังนี้

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าไว้ศึกษา

1. ผู้ป่วยเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. ผู้ป่วยเข้ามารับบริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นเวลา 60 นาทีขึ้นไป



เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือดหรือช็อคจากการติดเชื้อที่เข้ามารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยระบบการส่งต่อ
2. ผู้ป่วยเสียชีวิตในระหว่างทำการกู้ชีพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 1 ฉบับ ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาที่ได้รับ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ระดับของการคัดกรองผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH ED. TRIAGE ระดับแลคเตทในเลือด และยาปฏิชีวนะที่ได้รับ

ตอนที่ 2 ข้อมูลผลลัพธ์ของการจัดการ ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงหน่วยฉุกเฉินจนได้รับการวินิจฉัย ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยจนเจาะเลือดเพาะเชื้อ ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยจนได้รับยาปฏิชีวนะ ปริมาณสารน้ำที่ได้รับทางหลอดเลือดดำภายใน 3 ชั่วโมง ระดับแลคเตทในเลือด การได้รับยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ ระยะเวลาที่รักษาในหน่วยฉุกเฉิน และอัตราการเสียชีวิต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เลขที่ 15/2567 ลงวันที่ 17 กันยายน พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ขอความอนุญาติเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกเวชระเบียนซึ่งอยู่ในระบบการบันทึกทางเอกสาร และการบันทึกทางระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล ภายหลังได้รับอนุญาตจึงเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบ ข้อมูลทั้งหมดได้ถูกเก็บเป็นความลับ ผู้วิจัยใช้การลงรหัส (code) แทนการระบุตัวตน ผู้วิจัยและทีมผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกด้วยตนเอง และลงรหัสข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จโดยมีเพียงทีมผู้วิจัยที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ผ่านรหัสผ่านเข้า (password) การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และเมื่อสิ้นสุดการวิจัยข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในที่ปลอดภัย และทำลายหลังการวิจัยสิ้นสุด 3 ปี ผ่านเครื่องทำลายเอกสารชนิดย่อยเป็นเส้นของโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาที่ได้รับ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ระดับของการคัดกรองผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH ED. TRIAGE ระดับแลคเตทในเลือด และยาปฏิชีวนะที่ได้รับ โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงหน่วยฉุกเฉินจนได้รับการวินิจฉัย และระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยจนได้รับยาปฏิชีวนะ เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ตรวจสอบการกระจายตัวของตัวแปรพบว่า ตัวแปรมีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ (non-normality) จึงใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

3. วิเคราะห์อัตราของปริมาณสารน้ำที่ได้รับทางหลอดเลือดดำภายใน 3 ชั่วโมง การได้รับยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ ระยะเวลาที่รักษาในหน่วยฉุกเฉิน และอัตราการเสียชีวิต โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.10) มีอายุเฉลี่ย 67.43 (SD=15.11) ปี เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุพบว่าส่วนใหญ่อายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 74.00) มีโรคประจำตัวมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 61.20) รองลงมาคือ เบาหวาน (ร้อยละ 37.00) และโรคไต (ร้อยละ 14.10) ตามลำดับ ผลการคัดกรองพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยอยู่ในระดับฉุกเฉิน (ร้อยละ 60.80) ส่วนใหญ่มีระดับระดับแลคเตทในเลือดมากกว่า 2 mmol/L (ร้อยละ 52.40) และได้รับปฏิชีวนะ คือ Ceftriaxone มากที่สุด (ร้อยละ 69.60) รองลงมาคือ Tazocin (ร้อยละ 10.60) และ Ceftazidime (ร้อยละ 2.64) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สถิติพื้นฐานของข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาที่ได้รับของกลุ่มตัวอย่าง (n = 227)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	95	41.90
หญิง	132	58.10
อายุ (Mean = 67.43, SD = 15.11) ปี		
18 – 40 ปี	6	2.21
41 – 50 ปี	21	9.25
51 – 60 ปี	33	14.54
60 ปีขึ้นไป	168	74.00
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)		
โรคความดันโลหิตสูง	139	61.20
โรคไต	32	14.10
โรคหัวใจและหลอดเลือด	25	11.00
โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	10	4.40
โรคมะเร็ง	14	6.20
เบาหวาน	84	37.00
โรคหลอดเลือดสมอง	28	12.30
ระดับการคัดกรองด้วยระบบ MOPH ED. TRIAGE		
Resuscitation	81	35.70
Emergency	138	60.80
Urgent	8	3.50
ระดับแลคเตทในเลือด (Mean = 3.10, SD = 2.97)		
น้อยกว่า 2 mmol/L	108	47.50
มากกว่า 2 mmol/L	119	52.40
ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ		
Ceftriaxone		
ได้	158	69.60
ไม่ได้	69	30.40
Ceftazidime		
ได้	6	2.64
ไม่ได้	221	97.36
Tazocin		
ได้	24	10.60
ไม่ได้	203	89.40
Meropenem		
ได้	3	1.32
ไม่ได้	224	98.68



2. ผลลัพธ์ของการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือดและภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชยันตนาทเรนทร

การวิเคราะห์ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงหน่วยฉุกเฉินจนได้รับการวินิจฉัย เมื่อเทียบกับระยะเวลาที่กำหนดไว้ 15 นาที พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงหน่วยฉุกเฉินจนได้รับการวินิจฉัยมีค่าแตกต่างกับระยะเวลาที่กำหนดไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงหน่วยฉุกเฉินจนได้รับการวินิจฉัย (Mean=27.06, SD=35.95, Median=15.00) มีค่าเฉลี่ยนานกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์

ส่วนการวิเคราะห์ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยจนได้รับยาปฏิชีวนะ เมื่อเทียบกับระยะเวลาที่กำหนดไว้ 60 นาที พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่วินิจฉัยจนได้รับยาปฏิชีวนะมีค่าแตกต่างกับระยะเวลาที่กำหนดไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยจนได้รับยาปฏิชีวนะ (Mean=32.79, SD=28.17, Median=25.00) มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ถือว่าผ่านเกณฑ์ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงหน่วยฉุกเฉินจนได้รับการวินิจฉัย และระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยจนได้รับยาปฏิชีวนะกับเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

ผลลัพธ์	เกณฑ์ (นาที)	Mean	SD	Median	p-value	การแปลผล
ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงหน่วยฉุกเฉินจนได้รับการวินิจฉัย	15	27.06	35.95	15.00	.000*	ไม่ผ่าน
ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยจนได้รับยาปฏิชีวนะ	60	32.79	28.17	25.00	.000*	ผ่าน

หมายเหตุ: *Wilcoxon signed rank test

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระยะเวลาที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำภายใน 3 ชั่วโมง การได้รับยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ ระยะเวลาที่รักษาในหน่วยฉุกเฉิน และอัตราการเสียชีวิต

ผลลัพธ์	จำนวน	ร้อยละ
สารน้ำที่ได้รับทางหลอดเลือดดำภายใน 3 ชั่วโมง		
ได้	168	74.01
ไม่ได้	59	25.99
การได้รับยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ		
ได้	17	7.49
ไม่ได้	210	92.51
ระยะเวลาที่รักษาในหน่วยฉุกเฉิน		
ภายใน 2 ชั่วโมง	164	72.20
มากกว่า 2 ชั่วโมง	63	27.80
อัตราการเสียชีวิต		
รอดชีวิต	181	79.70
เสียชีวิต	46	20.30

จากตารางที่ 3 จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดดำภายใน 3 ชั่วโมง (ร้อยละ 74.01) ได้รับยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ (ร้อยละ 7.49) ระยะเวลาที่รักษาในหน่วย

ฉุกเฉิน รักษาตัวอยู่ในหน่วยฉุกเฉินภายใน 2 ชั่วโมง (ร้อยละ 72.20) และส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ (ร้อยละ 79.70)

อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย สามารถอธิบายได้ 2 ประเด็นดังนี้

1. ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงหน่วยฉุกเฉินจนได้รับการวินิจฉัยมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าระยะเวลาที่กำหนดไว้ 15 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ สามารถอธิบายได้ว่าการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล กล่าวคือ พยาบาลคัดกรองมีการคัดกรองผู้ป่วยเมื่อซักประวัติจนได้ข้อมูล ระดับสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงรวม การใช้ SIRS ร่วมกับ qSOFA เมื่อรายงานให้แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และแพทย์ทั่วไป ต้องรอยืนยันว่าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี จึงจะทำการรักษาต่อไป ทำให้มีช่องว่างของระยะเวลาการรอคอยค่อนข้างมาก ทำให้ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงหน่วยฉุกเฉินจนได้รับการวินิจฉัยมีค่าสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด นอกจากนี้ การคัดกรองอาจมีความคลาดเคลื่อนขึ้นอยู่กับการพิจารณาของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากในหน่วยงานมีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินเพียงร้อยละ 50 ทำให้พยาบาลที่ยังไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางเมื่ออยู่จุดคัดกรองของโรงพยาบาลขาดความรู้และทักษะในการคัดกรองจึงเกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยได้ ประเมินได้จากผลการบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยและระดับของการคัดกรองผู้ป่วยด้วยระบบ MOPH ED. TRIAGE ซึ่งมีการตรวจสอบร่วมกันระหว่างพยาบาลวิชาชีพและแพทย์ประจำหน่วยฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยในการค้นพบภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดล่าช้าขึ้นอยู่กับการรู้และประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด¹⁶

ขณะที่ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดจนได้รับยาปฏิชีวนะมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าระยะที่กำหนดไว้ 60 นาที มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากเมื่อแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน หรือแพทย์ทั่วไปได้วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พยาบาลจะให้การดูแลรักษาผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล คือ การเจาะเลือดเพื่อส่งเพาะเชื้อและส่งตรวจเลือดต่าง ๆ ทางห้องปฏิบัติการ เปิดเส้นเพื่อให้สารน้ำและยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ เมื่อพยาบาลได้รับยาปฏิชีวนะจากห้องยาประจำโรงพยาบาลจึงสามารถให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง กิจกรรมที่กล่าวมาข้างต้นสอดคล้องกับคำแนะนำของแนวปฏิบัติตามคำแนะนำของ Sepsis-3 และ Surviving Sepsis Campaign Guidelines 2021 คือ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยต้องได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรค^{6,17}

2. ผลลัพธ์ของกระบวนการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในเรื่องการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำภายใน 3 ชั่วโมง ร้อยละ 74.01 แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 mmHg หรือ MAP < 65 mmHg แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินหรือแพทย์ทั่วไปจะให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในทันทีคือ 0.9% Sodium Chloride อย่างน้อย 30 ml/kg/hr. ในทางปฏิบัติควรครบร้อยละ 100 แต่ในการศึกษาครั้งนี้ได้เพียงร้อยละ 74.01 เนื่องจากผู้ป่วยมีข้อห้ามในการให้สารน้ำ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) มีภาวะไตวายเรื้อรังและต้องได้รับการบำบัดด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (end stage renal disease with hemodialysis) ภาวะปอดบวม (lung edema) เป็นต้น จึงทำให้ไม่สามารถให้สารน้ำได้ครบเนื่องมีข้อจำกัดจากรอยโรค อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่ได้รับ



การให้สารน้ำได้ครบถ้วน แต่ยังคงปัญหาความดันโลหิตต่ำอยู่ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ เพื่อให้ระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 90/60 mmHg. หรือ MAP มากกว่าหรือเท่ากับ 65 mmHg สำหรับการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจเพียงร้อยละ 7.49 แสดงว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ เมื่อได้รับสารน้ำครบถ้วนสามารถรักษาระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอกับผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างเพียงพอตามแนวปฏิบัติสามารถลดอัตราการเกิดภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบได้¹⁸

ระยะเวลาที่รักษาในหน่วยฉุกเฉิน ส่วนใหญ่อยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินภายใน 2 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 72.20 ถือว่าต่ำกว่าระยะเวลามาตรฐานที่กำหนดไว้คือ 4 ชั่วโมง¹⁹⁻²⁰ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือดหรือภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด จะได้รับการประเมิน คัดกรองและการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อหรือช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดภายใน 1 ชั่วโมง รวมถึงการจัดการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยปลอดภัยและพ้นระยะวิกฤต ก่อนที่จะส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญหรือหอผู้ป่วยวิกฤต นอกจากนี้แล้ว ปริมาณผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชยันตนาทนเรนทร โดยเฉลี่ย 100 – 120 คนต่อวัน ขณะที่หน่วยงานสามารถรองรับผู้ป่วย 14 เตียงตรวจ จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการผู้ป่วยให้สามารถเข้ารับการรักษากับแพทย์ได้ตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองจากพยาบาล จึงทำให้หน่วยงานมีการบริหารจัดการผู้ป่วยให้ได้ไม่เกิน 2 ชั่วโมง ซึ่งถือว่าระยะเวลาที่รักษาในหน่วยฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อกระแสเลือดหรือภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดมีความเหมาะสม

อัตราการเสียชีวิต พบว่า ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีพสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ร้อยละ 79.70 และมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 20.30 ทั้งนี้เมื่อเทียบกับเกณฑ์ของกระทรวงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่วางแผนการบริการผู้ป่วย (service plan) ตั้งเป้าหมายอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ 26.00 ถือว่าผ่านเกณฑ์ แม้ว่าจะระยะเวลาดังแต่ผู้ป่วยมาถึงหน่วยฉุกเฉินจนได้รับการวินิจฉัย ใช้ระยะเวลาเกินเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ (15 นาที) แต่ผ่านเกณฑ์ระยะเวลาดังแต่วินิจฉัยจนได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง ถือว่าเป็นไปตามคำแนะนำของ Sepsis-3 และ Surviving Sepsis Campaign Guidelines 2021 หากผู้ป่วยสามารถให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงได้สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้^{6,17} เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า โรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง 3 อันดับแรกคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคไต ตามลำดับ และมีระดับแลคเตทในเลือดเฉลี่ยเท่ากับ 3.10 mmol/L ถือว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และได้ยาปฏิชีวนะ 3 ชนิดแรกรวมกันสูงถึงร้อยละ 82.84 ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีพสูง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า เมื่อใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลศรีสมเด็จ ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่าร้อยละ 26.00¹⁹

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชยันตนาทนเรนทร ควรปรับปรุงกระบวนการประเมิน คัดกรองและวินิจฉัยผู้ป่วยให้รวดเร็วมากยิ่งขึ้น โดยความร่วมมือระหว่างแพทย์และพยาบาล และมีการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะเฉพาะทางแก่พยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 20.30 จึงควรพัฒนาแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดจากเดิม Sepsis-3 เป็น Surviving Sepsis Campaign Guidelines 2021 รวมถึงศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิก และอัตราการเสียชีวิตต่อไป

References

1. La Via L, Sangiorgio G, Stefani S, Marino A, Nunnari G, Cocuzza S, et al. The global burden of sepsis and septic shock. *Epidemiologia* 2024;5(3):456–78. doi:10.3390/epidemiologia5030032
2. Mellhammar L, Wollter E, Dahlberg J, Donovan B, Olsén CJ, Wiking PO, et al. Estimating sepsis incidence using administrative data and clinical medical record review. *JAMA Netw Open* 2023;6(8):e2331168. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.31168
3. Health Data Center. Health Data Center (HDC) in Thailand; 2024. Received from <https://itjournal.moph.go.th/page/detail/22>
4. Font MD, Thyagarajan B, Khanna AK. Sepsis and septic shock – Basics of diagnosis, pathophysiology and clinical decision making. *Med Clin North Am* 2020;104(4):573–85. doi:10.1016/j.mcna.2020.02.011
5. Kamath S, Hammad Altaq H, Abdo T. Management of sepsis and septic shock: what have we learned in the last two decades?. *Microorganisms* 2023;11(9):2231. doi:10.3390/microorganisms11092231
6. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA* 2016;315(8):801–10. doi:10.1001/jama.2016.0287
7. Jamroenwong N, Piyaak S, Chaiwong C. Assessment and nursing care of a patient with septic shock. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2020;7(1):319–30. (in Thai)
8. Sriwilai W. Emergency nursing care for patients with septic shock. *Journal of The Police Nurses and Health Science* 2024;16(1):237–49. (in Thai)
9. Dugar S, Choudhary C, Duggal A. Sepsis and septic shock: guideline-based management. *Cleve Clin J Med* 2020;87(1):53–64. doi:10.3949/ccjm.87a.18143
10. Gavelli F, Castello LM, Avanzi GC. Management of sepsis and septic shock in the emergency department. *Intern Emerg Med* 2021;16(6):1649–61. doi:10.1007/s11739-021-02735-7
11. Kuntom N, Wangsrikhun S, Yothayai C. Development of a Multidisciplinary Sepsis Management Model in an Emergency Department. *Nursing Journal CMU* 2024;51(3):68–83. (in Thai)
12. Im Y, Kang D, Ko RE, Lee YJ, Lim SY, Park S, et al. Time-to-antibiotics and clinical outcomes in patients with sepsis and septic shock: a prospective nationwide multicenter cohort study. *Crit Care* 2022;26(1):19. doi:10.1186/s13054-021-03883-0
13. Waranung T. Outcomes of using the clinical practice guideline for patients with sepsis at fang hospital, Chiangmai Province. *Chiangrai Medical Journal* 2019;11(1):1–8. (in Thai)



14. Jindakul C, Yoiepho C. Development of care system for sepsis patients in Emergency room, Phayakkhaphumphisai Hospital, Mahasarakham Province. Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office 2024;8(15):92–107. (in Thai)
15. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York, NY: Oxford University Press; 2003.
16. Sangkittipiboon N, Sa-nganate A, Tabudda P. Study on the quality of care management for patients with bloodstream infection symptoms at the inpatient nursing unit, Lopburi Cancer Hospital. Journal of Environmental and Community Health 2024;9(4):196–204. (in Thai)
17. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Intensive Care Med 2021;47(11):1181–247. doi:10.1007/s00134-021-06506-y
18. Samanchai Y. Results of care for septic patients between older and new doctors Wapipatum hospital, 2018. The Office of Disease Prevention and Control 10th Journal 2019;17(1):32–42. (in Thai)
19. Techa-atik P, Sumritrin S, Sirithongsuk A, Poogeng P. Delaying time periods of the service for accident and emergency patients. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2017;4(1):25–35. (in Thai)
20. Locker TE, Mason SM. Analysis of the distribution of time that patients spend in emergency departments. BMJ. 2005;330(7501):1188–9. doi:10.1136/bmj.38440.588449.AE
21. Pramungkata W. Development of Guideline Model for Sepsis patients at Srisomdet Hospital. Journal of Research and Health Innovative Development 2024;5(1):603–623. (in Thai)

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

Effects of a Health Literacy Program on Health Behavior and Blood Sugar Levels of Older Adults in a High-Risk Group for Diabetes

กิตติชัย เกิดพันธ์¹, กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ², จีราภรณ์ กรรมบุตร³

Kittichai Kaedpan¹, Kannika Ruangdej Chaosuanreecharoen², Jeerapom Kummabutr³

นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ Student of Master of Public Health Science Program, Sirindhorn College of Public Health, Trang,

Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² Sirindhorn College of Public Health, Trang, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

³ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ³ Faculty of Nursing, Thammasat University

Corresponding author: Kannika Ruangdej Chaosuanreecharoen; Email: kannika@scphtrang.ac.th

Received: June 22, 2025 Revised: August 16, 2025 Accepted: August 18, 2025

บทคัดย่อ

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นพื้นฐานสำคัญที่สร้างเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึง เข้าใจ ไต่ถาม ตัดสินใจ และนำไปปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังอดอาหารในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป มีระดับน้ำตาลปลายนิ้วขณะอดอาหารระหว่าง 100–125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายร่วมกับการจับคู่ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเป็นเวลา 12 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ 30.28. แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 30.28. โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และสมุดประจำตัวผู้รู้ความรอบรู้พิชิตโรคเบาหวาน ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) ของแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ 30.28.=.89 และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 30.28.=.87 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงพฤษภาคม พ.ศ.2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ t-test และ ANOVA แบบวัดซ้ำ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับน้ำตาลปลายนิ้วลดลงอย่างต่อเนื่องและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปว่า โปรแกรมนี้มีประสิทธิผลในการส่งเสริมสุขภาพและสามารถใช้เป็นแนวทางป้องกันโรคเบาหวานในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงได้

คำสำคัญ: กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน; โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ; ผู้สูงอายุ; พฤติกรรมสุขภาพ; ระดับน้ำตาลในเลือด

Effects of a Health Literacy Program on Health Behavior and Blood Sugar Levels of Older Adults in a High-Risk Group for Diabetes

Kittichai Kaedpan¹, Kannika Ruangdej Chaosuansreecharoen², Jeerapom Kummabutr³

¹ Student of Master of Public Health Science Program, Sirindhorn College of Public Health, Trang,

Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

² Sirindhorn College of Public Health, Trang, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

³ Faculty of Nursing, Thammasat University

Corresponding author: Kannika Ruangdej Chaosuansreecharoen; Email: kannika@scphtrang.ac.th

Received: June 22, 2025 **Revised:** August 16, 2025 **Accepted:** August 18, 2025

Abstract

Health literacy is a fundamental basis that enables older adults to access, understand, inquire, make decisions, and appropriately apply health information. This quasi-experimental study aimed to evaluate the effectiveness of a health literacy promotion program on health literacy, health behaviors, and fasting capillary blood glucose among older adults at risk of diabetes. The study population consisted of older adults aged 60 years and above who had fasting capillary blood glucose levels between 100 and 125 mg/dL and had never been diagnosed with diabetes. A total of 60 participants were included and divided into experimental and control groups, with 30 participants in each group, using simple random sampling combined with matching. The experimental group received a 12-week health literacy promotion program, while the control group received routine care from the sub-district health-promoting hospital. Research instruments included the Health Literacy Questionnaire (3E2S), the Health Behavior Questionnaire (3E2S), the health literacy promotion program, and the personal health record book Towards Health Literacy for Diabetes Prevention. These instruments demonstrated acceptable content validity ($I-CVI = .94-1.00$) and reliability (Cronbach's $\alpha = .89$ for the Health Literacy Questionnaire and 0.87 for the Health Behavior Questionnaire). Data were collected between February and May 2025 and analyzed using descriptive statistics, t-tests, and repeated measures ANOVA. The results showed that the experimental group had significantly higher health literacy and health behavior scores after the intervention compared with before the intervention and with the control group. Moreover, fasting capillary blood glucose decreased continuously and was significantly lower than that of the control group. In conclusion, this program was effective in promoting health and can be applied as a strategy for diabetes prevention among older adults at risk.

Keywords: blood sugar level; diabetes risk group; health behavior; health literacy promotion program; older adults

ความเป็นมาและความสำคัญ

ในปัจจุบัน ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ. 2565 มีผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ทั่วโลกจำนวน 1.1 พันล้านคน หรือร้อยละ 13.9 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 2.1 พันล้านคนภายในปี พ.ศ. 2593¹⁻² โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้เกิดความต้องการด้านบริการสุขภาพและสังคมเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภูมิภาคเอเชีย ซึ่งมีผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก³ ซึ่งประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 และคาดว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด ในปี พ.ศ. 2576⁴ ในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 13.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.36 ของประชากรทั้งหมด เขตสุขภาพที่ 11 มีผู้สูงอายุจำนวน 817,412 คน โดยจังหวัดนครราชสีมาเป็นหนึ่งใน 10 จังหวัดที่มีผู้สูงอายุสูงสุด โดยเฉพาะในอำเภอบางขันซึ่งมีผู้สูงอายุ 5,734 คน คิดเป็นร้อยละ 10.77 และในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลบางขันมีผู้สูงอายุ 947 คน คิดเป็นร้อยละ 13.85⁵ แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุสะท้อนถึงความจำเป็นในการวางแผนและดำเนินนโยบาย ที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน เพื่อรองรับความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ ภาวะพึ่งพิง และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ตลอดจนเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในสังคมอย่างเหมาะสม

ปัญหาด้านสุขภาพนับเป็นประเด็นสำคัญของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases) ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากถึง 41 ล้านคนต่อปี หรือร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั่วโลก⁶ จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ผู้สูงอายุมีภาวะโรคเรื้อรังสูง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาทางสาธารณสุขระดับโลก โดยในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วย 537 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 783 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2588⁶ ปัจจุบันเกือบร้อยละ 50 ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต⁷ ขณะที่ประเทศไทยมีผู้ป่วยสะสม 3.3 ล้านคน และผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน 16,388 คนในปี พ.ศ. 2563 ในกลุ่มผู้สูงอายุพบความชุกของเบาหวานมากที่สุด เนื่องจากความเสื่อมของตับอ่อนและภาวะดื้อต่ออินซูลินที่สัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น โดยปี พ.ศ. 2566 มีผู้สูงอายุป่วยเบาหวาน 1,872,510 คน หรือร้อยละ 20.22 ของผู้สูงอายุทั้งหมด⁸ ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ พันธุกรรม ความอ้วน ความดันโลหิตสูง อาหารหวาน การออกกำลังกายน้อย การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และความเครียด ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของอินซูลิน⁷

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินมาตรการคัดกรองเชิงรุกเพื่อลดอัตราการเกิดโรคเบาหวาน โดยเน้นกลุ่มประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป เพื่อค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงเบาหวาน (prediabetes) ด้วยเกณฑ์ค่าระดับน้ำตาลในเลือดตามที่กำหนด จากการดำเนินงานของโรงพยาบาลบางขัน ระหว่างปี 2565–2567 พบว่าอัตรากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.68, 5.14 เป็น 6.47 และในกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.10, 4.20 เป็น 4.92⁹ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานกลายเป็นผู้ป่วยรายใหม่ในอัตราที่สูงขึ้นต่อเนื่องคือ ร้อยละ 2.89, 3.17 และ 3.24 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 1.75 สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาทักษะด้านสุขภาพและการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการพัฒนาไปสู่ภาวะเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง

แนวคิดการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ตามแนวคิดของขวัญเมือง แก้วดำเกิง¹⁰ ความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 5 ทักษะ ได้แก่ เข้าถึง เข้าใจ ไต่ถาม ตัดสินใจ และนำไปใช้ ซึ่ง สอดคล้องกับบริบทอำเภอบางขันที่มีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจ และการเข้าถึง



ข้อมูลสุขภาพ ดังนั้น การเพิ่มองค์ประกอบ “การไต่ถาม” (questioning) จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะช่วยเสริมทักษะในการตั้งคำถามและค้นหาคำตอบจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ อันจะช่วยสร้างเสริมความเข้าใจ ใช้ข้อมูลในการตัดสินใจดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม งานวิจัยหลายฉบับพบว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสามารถเพิ่มคะแนนความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยในปี พ.ศ. 2566 พบพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารหวาน การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และภาวะอารมณ์ซึมเศร้า¹¹ ในพื้นที่อำเภอบางขัน จากการสำรวจของผู้วิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ สูบบุหรี่ ร้อยละ 10.20 ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 7.50 รับประทานอาหารหวาน ร้อยละ 42.31 และออกกำลังกายเพียงพอเพียงร้อยละ 20.60 โดยพบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 3.65 จากปัญหาความเป็นอยู่ทางเศรษฐกิจ

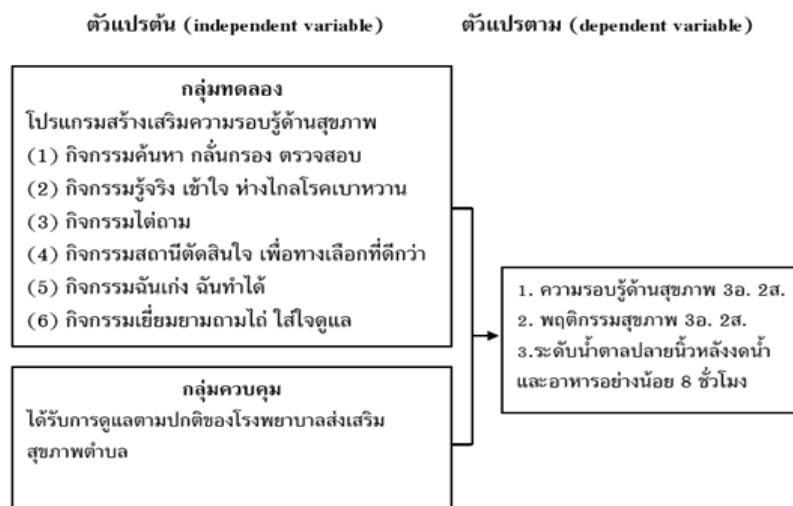
ผู้วิจัยจึงประยุกต์แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ทักษะ (เข้าถึง เข้าใจ ไต่ถาม ตัดสินใจ และนำไปใช้) ของขวัญเมือง แก้วดำเกิง¹⁰ ในการออกแบบโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 กิจกรรมหลัก ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมต่อการฝึกปฏิบัติซ้ำ และการเสริมแรง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมุ่งเน้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ได้แก่ ด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การเลิกบุหรี่ และการลดแอลกอฮอล์ โดยคาดหวังว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้าน 3อ. 2ส. จะส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ป้องกันไม่ให้อายุขัยกลายเป็นผู้ป่วยเบาหวาน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง¹⁰ ซึ่งประกอบด้วย 5 ทักษะ ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การไต่ถาม การตัดสินใจ และการนำไปใช้ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาออกแบบโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ครอบคลุมด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การเลิกบุหรี่ และการลดแอลกอฮอล์ โดยคาดว่าจะช่วยเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส. ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. และนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดังแสดงในภาพด้านล่าง



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองจะเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวัดความรู้ด้านสุขภาพ 30. 2ส. พฤติกรรมสุขภาพ 30. 2ส. ก่อนและหลังการสิ้นสุดการทดลอง และติดตามระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังดื่มน้ำและอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม, สัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จากนั้นทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยมีการให้กลุ่มควบคุมเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพได้ตามความสมัครใจ

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังดื่มน้ำและอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ระหว่าง 100 - 125 มก./ดล. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60-79 ปี ที่มีระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังดื่มน้ำและอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ระหว่าง 100 - 125 มก./ดล. และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งอาศัยอยู่ในอำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power กำหนดค่า effect size = .80 และค่าความคลาดเคลื่อน = .05 ได้กลุ่มละ 26 คน และเผื่อการสูญหายของข้อมูล 15% จึงเพิ่มเป็นกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน เกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ 1) ไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรังร่วม 2) สามารถออกกำลังกายและช่วยเหลือตนเองได้ 3) อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ 4) ติดต่อทางโทรศัพท์ได้ และ 5) ไม่มีความพิการด้านสายตา การได้ยิน หรือภาวะสมองเสื่อม จากนั้นแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 30 คน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายร่วมกับการจับคู่โดยพิจารณาจากอายุ เพศ และระดับน้ำตาลปลายนิ้วที่ใกล้เคียงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ 30. 2ส. ดัดแปลงจากแบบประเมินของขวัญเมือง แก้วดำเกิง และจำเนียร ชุณหโสภาค¹² ประกอบด้วย 5 ทักษะ ได้แก่ การเข้าถึง เข้าใจ ไต่ถาม



ตัดสินใจ และนำไปใช้ รวม 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนลิเคิร์ต 5 ระดับ ให้คะแนนตั้งแต่ 0–4 คะแนนต่อข้อ โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0–80 คะแนน ทั้งนี้ เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับไม่เพียงพอ (0.00–47.99 คะแนน) ระดับมีปัญหา (48.00–59.99 คะแนน) ระดับเพียงพอ (60.00–71.99 คะแนน) และระดับดีเยี่ยม (72.00–80.00 คะแนน) และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. จากกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 13 ข้อ ครอบคลุมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ ให้คะแนนตั้งแต่ 1–5 คะแนนต่อข้อ โดยคะแนนรวมตั้งแต่ 0–65 คะแนน เกณฑ์การแปลผลแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ระดับไม่ดี (0.00–38.99 คะแนน) ระดับพอใช้ (39.00–45.49 คะแนน) ระดับดี (45.50–51.99 คะแนน) และระดับดีมาก (52.00–65.00 คะแนน)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (I-CVI) อยู่ระหว่าง .94–1.00 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเคี่ยมงาม ตำบลบ้านลำนาว อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ค่าค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) ของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส. =.89 และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. =.87

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของขวัญเมือง แก้วดำเกิง¹⁰ ร่วมกับวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีรายละเอียด 6 กิจกรรม โดยการดำเนินกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 2 และลงเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 3, 5 และ 9 โดยดำเนินการด้วยผู้วิจัย ดังนี้

1) กิจกรรม “การค้นหา กลั่นกรอง ตรวจสอบ” มุ่งพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพอย่างถูกต้อง ผู้เข้าร่วมได้รับการฝึกฝนในการสืบค้นข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ คลิปวิดีโอ เสียงตามสาย และบุคคลในชุมชน จากนั้นประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ “Chunk & Check” เพื่อกลั่นกรองและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีระบบ กิจกรรมนี้ส่งเสริมการคิดวิเคราะห์เบื้องต้นก่อนการนำข้อมูลไปใช้

2) กิจกรรม “รู้จริง เข้าใจ ห่างไกลโรคเบาหวาน” มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการเข้าใจข้อมูล ผู้เข้าร่วมได้ฝึกการสรุป วิเคราะห์ และจำแนกสาระสำคัญจากข้อมูลสุขภาพ โดยใช้เทคนิค “teach-back technique” เพื่อสะท้อนความเข้าใจที่แท้จริง พร้อมทั้งมีการฝึกใช้ใบงานสรุปความเข้าใจ และอภิปรายร่วมกันในกลุ่ม เพื่อเสริมสร้างความตระหนักและความจำอย่างยั่งยืน

3) กิจกรรม “ไต่ถาม” เป็นการส่งเสริมทักษะการตั้งคำถามอย่างมีคุณภาพ ผู้เข้าร่วมได้เรียนรู้รูปแบบคำถามที่ดี และฝึกการใช้คำถามในสถานการณ์จำลอง เพื่อวิเคราะห์ประเด็นสุขภาพที่สงสัย ผ่านการฝึกเป็นคู่และประเมินกันและกันโดยใช้ใบงานการไต่ถาม ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถเป็นผู้ตั้งคำถามที่นำไปสู่การเข้าใจสุขภาพที่ถูกต้องยิ่งขึ้น

4) กิจกรรม “สถานีตัดสินใจ เพื่อทางเลือกที่ดีกว่า” มุ่งเสริมสร้างทักษะการตัดสินใจที่เหมาะสม ผู้เข้าร่วมจะได้ฝึกกระบวนการระบุปัญหา วิเคราะห์ทางเลือก ระบุข้อดีข้อเสียของแต่ละทางเลือก และแสดงจุดยืนของตนเองต่อการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล กิจกรรมนี้สนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกแนวทางการปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้อย่างมั่นใจและเหมาะสมกับบริบทของตนเอง

5) กิจกรรม “ฉันทะหนัก ฉันทะทำได้” เป็นการพัฒนาทักษะการนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยเน้นการฝึกใช้เทคนิค self-monitoring และ self-management ผู้เข้าร่วมได้แบ่งปันประสบการณ์

แลกเปลี่ยนเทคนิคที่ได้ผลในการปฏิบัติตนเรื่องสุขภาพ และร่วมกันวางแผนในการปรับพฤติกรรมของตนเอง
 อย่างเป็นระบบ พร้อมสรุปแนวทางการเตือนตนเองให้เกิดความต่อเนื่อง

6) กิจกรรม “เยี่ยมยามถามไถ่ ใส่ใจดูแล” เป็นกิจกรรมติดตามผลแบบเชิงรุกในชุมชน โดยผู้วิจัย
 ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 3, 5 และ 9 เพื่อติดตามพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งประเมินระดับน้ำตาล
 ในเลือด ให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล และการประเมินตาม “สมุดประจำตัว สู่ความรู้พิชิตโรคเบาหวาน” ที่
 กลุ่มตัวอย่างใช้การจดบันทึกข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์อุปสรรคที่พบ และร่วมวางแผนแก้ไขปัญห
 อย่างเหมาะสมกับวิถีชีวิตของแต่ละคน

โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในด้านความตรง
 เชิงเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประเมินความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์
 ของการวิจัย พบว่าค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (I-CVI) โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ
 1.00 และสมุดประจำตัว สู่ความรู้พิชิตโรคเบาหวานเท่ากับ 1.00

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบาย
 ลักษณะทั่วไปของประชากร และใช้ Chi-square และสถิติ t-test ในการวิเคราะห์ความแตกต่างทางลักษณะ
 ประชากรระหว่างกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติ paired t-test ใช้เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ
 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

3. สถิติ independent t-test ใช้เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม
 สุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

4. สถิติ one-way repeated measures ANOVA ใช้เปรียบเทียบระดับน้ำตาลปลายนิ้วภายในกลุ่ม
 ทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดซ้ำในช่วงก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12

5. สถิติ two-way repeated measures ANOVA ใช้เปรียบเทียบระดับน้ำตาลปลายนิ้วระหว่างกลุ่ม
 ทดลองและกลุ่มควบคุม ที่วัดซ้ำในช่วงเวลาเดียวกัน ในช่วงก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการ
 สาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง (เลขที่อนุมัติ P123/2567) โดยดำเนินการภายใต้หลักการจริยธรรมการวิจัย
 ในมนุษย์อย่างเคร่งครัด กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ สิทธิ
 ประโยชน์ที่พึงได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการรักษาข้อมูลส่วนบุคคลไว้เป็นความลับ พร้อมเปิด
 โอกาสให้ซักถามข้อสงสัยก่อนให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจและลงนามในหนังสือยินยอมเป็น
 ลายลักษณ์อักษร ทั้งนี้ ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างอยู่ภายใต้การดูแลของผู้วิจัยอย่างใกล้ชิดเพื่อ
 ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย กลุ่มควบคุมได้รับการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ
 ตามโปรแกรมเดียวกับกลุ่มทดลองด้วยความสมัครใจ



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน พบว่าลักษณะพื้นฐานของทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.67) อายุเฉลี่ย 65.58 ปี มีคู่สมรส (กลุ่มทดลองร้อยละ 93.33 กลุ่มควบคุมร้อยละ 96.67) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษา (ร้อยละ 50.00) และประกอบอาชีพเกษตรกรรม (กลุ่มทดลองร้อยละ 70.00 กลุ่มควบคุมร้อยละ 66.67) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคเบาหวานในญาติสายตรง (ร้อยละ 76.67 และ 80.00 ตามลำดับ) โดยแหล่งข้อมูลสุขภาพที่พบมากที่สุดคือบุคลากรสาธารณสุข (กลุ่มทดลองร้อยละ 80.00 กลุ่มควบคุมร้อยละ 73.33) การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส. ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส. ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส. ในภาพรวมและจำแนกรายด้าน (การเข้าถึง การเข้าใจ การได้ถาม การตัดสินใจ และการนำไปใช้) สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส. ในภาพรวมลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจำแนกรายด้าน พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส. ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส.	ก่อนเข้าร่วม (n=30)		หลังเข้าร่วม (n=30)		df	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
ทักษะการเข้าถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส.							
กลุ่มทดลอง	11.37	1.54	12.30	1.32	29	-4.47	<.001
กลุ่มควบคุม	11.17	1.32	11.03	1.88	29	.44	.666
ทักษะการเข้าใจความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส.							
กลุ่มทดลอง	11.60	1.48	13.07	1.41	29	-8.93	<.001
กลุ่มควบคุม	11.43	1.36	11.13	2.06	29	.96	.343
ทักษะการได้ถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส.							
กลุ่มทดลอง	11.17	1.12	12.07	1.17	29	-5.57	<.001
กลุ่มควบคุม	10.97	1.50	10.83	1.68	29	.48	.636
ทักษะการตัดสินใจความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส.							
กลุ่มทดลอง	11.37	1.22	11.80	1.21	29	-3.50	.002
กลุ่มควบคุม	11.03	1.30	10.50	2.06	29	1.76	.088

ความรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส.	ก่อนเข้าร่วม (n=30)		หลังเข้าร่วม (n=30)		df	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
ทักษะการนำความรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส. ไปใช้							
กลุ่มทดลอง	10.83	1.15	11.97	1.16	29	-6.90	<.001
กลุ่มควบคุม	11.10	.66	11.13	1.70	29	-.12	.902
ความรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส. ในภาพรวม							
กลุ่มทดลอง	56.37	2.66	60.70	2.45	29	-12.74	<.001
กลุ่มควบคุม	56.70	2.91	54.63	3.90	29	3.43	.002

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส. ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส. ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในภาพรวมและจำแนกรายด้าน (การเข้าถึง การเข้าใจ การไต่ถาม การตัดสินใจ และการนำไปใช้) ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส. ในภาพรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส. สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส. ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส.	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		df	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
ทักษะการเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส.							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	11.37	1.54	11.17	1.32	58	.54	.591
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	12.30	1.32	11.03	1.88	51.89	3.02	.004
ทักษะการเข้าใจความรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส.							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	11.60	1.48	11.43	1.36	58	.46	.651
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	13.07	1.41	11.13	2.06	58	4.23	<.001
ทักษะการไต่ถามความรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส.							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	11.17	1.12	10.97	1.50	58	.59	.560
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	12.07	1.17	10.83	1.68	58	3.29	.002
ทักษะการตัดสินใจความรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส.							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	11.37	1.22	11.03	1.30	58	1.03	.309
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	11.80	1.21	10.50	2.06	46.95	2.97	.005
ทักษะการตัดสินใจความรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส.							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	10.83	1.15	11.10	.66	46.38	-1.10	.276
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	11.97	1.16	11.13	1.70	58	2.22	.030



ความรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส.	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	p-value
	(n=30)		(n=30)				
	Mean	SD	Mean	SD			
ความรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส. ในภาพรวม							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	56.37	2.66	56.70	2.91	58	-.46	.645
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	60.70	2.45	54.63	3.90	48.83	7.21	<.001

4. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส.	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		df	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
กลุ่มทดลอง (n=30)	41.37	2.46	47.33	2.35	29	-18.66	<.001
กลุ่มควบคุม (n=30)	40.77	3.96	38.53	4.02	29	3.26	.003

5. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส.	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		df	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	41.37	2.46	40.77	3.96	48.42	.70	.484
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	47.33	2.35	38.53	4.02	46.77	10.34	<.001

6. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังดื่มน้ำและอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ระหว่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังดื่มน้ำและอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ระหว่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และติดตามในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (one-way repeated measure ANOVA) พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังดื่มน้ำและอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(1.94, 56.11)}=28.32, p<.001$) ในแต่ละช่วงเวลา และกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(1.75, 50.82)}=22.90, p<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังดื่มน้ำและอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ระหว่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
กลุ่มทดลอง					
ช่วงเวลา (Time)	810.30	1.94	418.82	28.32	<.001
ความคลาดเคลื่อน (Error)	829.70	56.11	14.79		
กลุ่มควบคุม					
ช่วงเวลา (Time)	251.27	1.75	143.39	22.90	<.001
ความคลาดเคลื่อน (Error)	318.23	50.82	6.26		

ผลการวิเคราะห์แบบรายคู่ (pairwise comparisons) ด้วยวิธี Bonferroni พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังดื่มน้ำและอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ทุกช่วงเวลาที่เปรียบเทียบ โดยค่าความแตกต่างเฉลี่ย (MD) อยู่ในช่วง 2.10–7.00 หน่วย และช่วงความเชื่อมั่น 95% ไม่ครอบคลุมค่า 0 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังดื่มน้ำและอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ทุกช่วงเวลา โดยค่าความแตกต่างเฉลี่ยอยู่ในช่วง -1.07 ถึง -3.90 หน่วย และช่วงความเชื่อมั่น 95% ไม่ครอบคลุมค่า 0

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังดื่มน้ำและอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ระหว่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม, สัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง (n=30)			กลุ่มควบคุม (n=30)		
	MS(SE)	p-value	95% CI	MS(SE)	p-value	95% CI
ก่อน-สัปดาห์ที่4	2.10(0.67)	.023	.21–4.00	-1.07(0.37)	.042	-2.11 – .02
ก่อน-สัปดาห์ที่8	4.30(0.79)	<.001	2.06–6.54	-2.23(0.52)	.001	-3.71 – -.75
ก่อน-สัปดาห์ที่12	7.00(1.04)	<.001	4.05–9.95	-3.90(0.68)	<.001	-5.82 – -1.98
สัปดาห์ที่4-สัปดาห์ที่4	2.20(0.71)	.024	.20–4.20	-1.17(0.38)	.025	-2.23 – -.11
สัปดาห์ที่4-สัปดาห์ที่12	4.90(0.94)	<.001	2.24–7.56	-2.83(0.57)	<.001	-4.45 – -1.22
สัปดาห์ที่ 8-สัปดาห์ที่12	2.70(0.53)	<.001	1.21–4.20	-1.67(0.36)	<.001	-2.69 – -.65

7. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังดื่มน้ำและอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ระหว่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังดื่มน้ำและอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ระหว่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (two-way repeated measure ANOVA) พบว่า ระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังดื่มน้ำและอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=47.39$, $p<.001$) ส่วนระยะเวลาการทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=4.05$, $p=.022$) และพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและระยะเวลาการทดลอง ($F=49.60$, $p<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังดื่มน้ำและอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ระหว่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม (Between Subjects)	4159.69	59	1909.89		
กลุ่ม (Group)	1870.42	1	1870.42	47.39	<.001
ความคลาดเคลื่อน (Error)	2289.27	58	39.47		
ภายในกลุ่ม (Within Subjects)	2209.50	113.32	561.39		
ระยะเวลาการทดลอง (Time)	80.08	1.82	42.35	4.05	.022
เวลา × กลุ่ม (Time × Group)	981.49	1.82	519.04	49.60	<.001
ความคลาดเคลื่อน (Error)	1147.93	109.68			
รวม	6369.19	2023.21			

8. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังดื่มน้ำและอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12

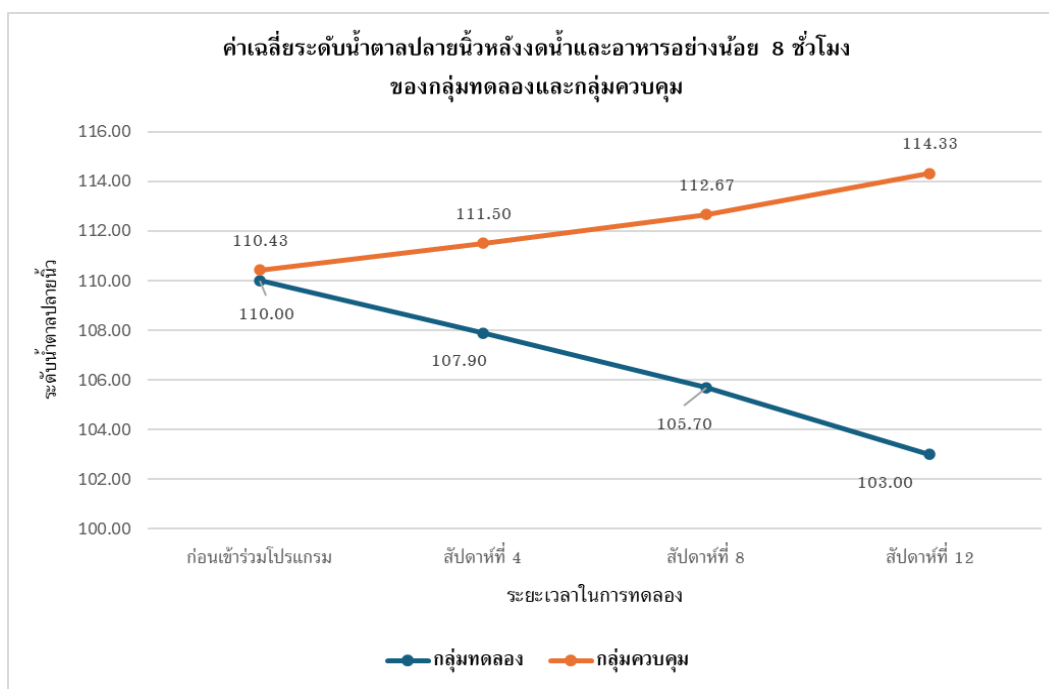
ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลปลายนิ้วระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับน้ำตาลปลายนิ้วไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลปลายนิ้วลดลงอย่างต่อเนื่อง ขณะที่กลุ่มควบคุมมีระดับน้ำตาลปลายนิ้วเพิ่มขึ้น โดยพบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในช่วงสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังดื่มน้ำและอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม, สัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		mean diff.	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	110.00	2.80	110.43	2.97	-.43	.728
สัปดาห์ที่ 4	107.90	4.44	111.50	2.74	-3.60	<.001
สัปดาห์ที่ 8	105.70	4.35	112.67	3.08	-6.97	<.001
สัปดาห์ที่ 12	103.00	5.81	114.33	3.53	-11.33	<.001

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังดื่มน้ำและอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 พบว่า กลุ่มทดลองมี

ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วลดลงอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังรูปที่ 2 ซึ่งแสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและระยะเวลาในการทดลอง



รูปที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังดื่มน้ำและอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ของกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม ระหว่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12

อภิปรายผล

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส. มีประสิทธิภาพ ในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และควบคุมระดับน้ำตาลปลายนิ้วในผู้สูงอายุกลุ่ม เสี่ยงโรคเบาหวาน โดยเฉพาะในกลุ่มที่ได้รับการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งพบการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่าง ต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ของการติดตาม ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ด้านความรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส.

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง และเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม โปรแกรมที่ใช้ได้ประยุกต์แนวคิดของขวัญเมือง แก้ว ดำเกิง¹ ซึ่งครอบคลุมทักษะ 5 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง เข้าใจ ใต้อาม ตัดสินใจ และการนำไปใช้ ผ่านกิจกรรมที่ ออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุในชุมชน เช่น การสืบค้นข้อมูลจากแหล่งที่เชื่อถือได้ การฝึก สื่อสารด้วยเทคนิค teach-back และการฝึกวิเคราะห์ทางเลือกและการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ผลการวิจัย สอดคล้องกับงานศึกษาก่อนหน้า¹⁴⁻¹⁸ ซึ่งพบว่า โปรแกรมที่เน้นการสร้างเสริมสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพ อย่างเป็นระบบสามารถเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายเพิ่มขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมี นัยสำคัญ เนื่องจากโปรแกรมได้ออกแบบกิจกรรม ที่ครอบคลุม 5 ทักษะสำคัญ และสอดคล้องกับบริบท ผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้ผู้เข้าร่วมไม่เพียงได้รับข้อมูล แต่ยังได้ฝึกปฏิบัติจริงด้วย

นอกจากนี้ การฝึกทักษะ “ไต่ถาม” ซึ่งเป็นจุดเด่นเฉพาะของโปรแกรมครั้งนี้ ยังเป็นองค์ประกอบใหม่ที่แตกต่างจากงานวิจัยส่วนใหญ่ ซึ่งมักกล่าวถึงเพียงการสื่อสารโดยรวม ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถตั้งคำถาม วิเคราะห์ และกลั่นกรองสารสนเทศสุขภาพได้ด้วยตนเอง¹⁰

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส.

กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยเฉพาะในด้านการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ความเปลี่ยนแปลงนี้เกิดจากการบูรณาการกิจกรรมฝึกทักษะความรู้ร่วมกับการใช้สมุดบันทึกสุขภาพ “สู่ความรอบรู้พิชิตโรคเบาหวาน” และกิจกรรมเยี่ยมบ้านแบบให้กำลังใจ “เยี่ยมยามถามไถ่ ใส่ใจดูแล” ที่ช่วยติดตามพฤติกรรมรายบุคคล ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานศึกษาก่อนหน้า^{14-15,17-19} ซึ่งพบว่า การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่วยให้กลุ่มเสี่ยงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่กลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส. จนเกิดเป็นทักษะ ทำให้ตระหนักรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ยั่งยืน พร้อมการติดตามช่วยเสริมความเชื่อมั่นและแรงจูงใจภายใน และการสนับสนุนจากทีมสุขภาพและ อสม. ช่วยสร้างแรงหนุนทางสังคม ส่งผลให้สามารถคงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ต่อเนื่อง

ด้านระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังดื่มน้ำและอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง

กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลปลายนิ้วลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วงก่อนทดลองจนถึงสัปดาห์ที่ 12 และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน โดยเฉพาะการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการจัดการความเครียด ทั้งนี้ การที่กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลปลายนิ้วลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากโปรแกรมได้บูรณาการกิจกรรมที่ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ 3อ. 2ส.อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการใช้ สมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ และการติดตามเยี่ยมในชุมชน ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยงโรคเบาหวานตระหนักถึงพฤติกรรมของตนเอง สร้างแรงจูงใจ และเสริมความรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้การฝึกสื่อสารแบบ teach-back และการฝึกวิเคราะห์ทางเลือกยังช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจและนำความรู้ไปใช้จริง จึงเกิดการปรับพฤติกรรมอย่างยั่งยืนและส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับงานศึกษาก่อนหน้า^{14,17-19} ซึ่งพบว่า การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่วยให้กลุ่มเสี่ยงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และส่งผลให้ระดับน้ำตาลปลายนิ้วอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเช่นกัน แต่มีข้อจำกัดคือการวัดผลเพียงสองช่วงเวลา (ก่อนและหลัง) ไม่สามารถแสดงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวได้อย่างชัดเจน สำหรับการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้การวัดระดับน้ำตาลปลายนิ้วในช่วงก่อนทดลอง และมีการติดตามในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 ซึ่งช่วยให้เห็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและมั่นคงของระดับน้ำตาลในเลือดตลอดระยะเวลาการติดตาม จึงสามารถสะท้อนผลลัพธ์ของโปรแกรมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้

โดยสรุป ข้อค้นพบสำคัญของการวิจัยครั้งนี้ คือ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงช่วยเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพ แต่ยังนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นถึงความเป็นไปได้และประสิทธิผลในการ

นำไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ตลอดจนความเหมาะสมต่อการขยายผลในระดับชุมชนและเชื่อมโยงสู่การกำหนดนโยบายสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันโรคเบาหวานในผู้สูงอายุซึ่งสอดคล้องกับบริบทท้องถิ่นและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการประยุกต์ใช้

หน่วยงานด้านสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ไปใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การงดสูบบุหรี่ และการงดดื่มสุรา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

การศึกษาในอนาคตควรดำเนินการติดตามผลของโปรแกรมในระยะเวลาที่ยาวนานมากขึ้น โดยอาจมีการประเมินทั้งพฤติกรรมสุขภาพและตัวชี้วัดทางคลินิกที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อยืนยันประสิทธิภาพของโปรแกรมในการสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน

References

1. United Nations Department of Economic and Social Affairs. World population prospects 2022: summary of results [internet]. 2022 [cited 10 October 2024]. Available from: <https://www.un.org/development/desa/pd/>
2. World Health Organization. Global strategy and action plan on ageing and health: a framework for coordinated global action [internet]. 2024 [cited 10 October 2024]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513500>
3. United Nations Department of Economic and Social Affairs. World population ageing 2023 highlights [internet]. 2023 [cited 10 October 2024]. Available from: <https://www.un.org/development/desa/pd/>
4. Office of the National Economic and Social Development Council. Evaluation of the impact and sustainability of elderly consumption under Thailand's pension system [internet]. 2023 [cited 10 October 2024]. Available from: https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=14368&filename=PageSocial (in Thai)
5. Department of Provincial Administration, Ministry of Interior. Elderly population in Thailand and Health Region 11 in 2024 [internet]. 2024 [cited 12 September 2024]. Available from: <https://www.dopa.go.th> (in Thai)
6. World Health Organization. Noncommunicable diseases: key facts [internet]. 2023 [cited 10 October 2024]. Available from: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>
7. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas. 10th ed [internet]. 2023 [cited 10 October 2024]. Available from: <https://www.diabetesatlas.org>
8. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Annual report 2022: Division of Non-Communicable Diseases [internet]. 2022 [cited 10 October 2024]. Available from: https://ddc.moph.go.th/dncd/forecast_detail.php?publish=13924&deptcode=dncd (in Thai)
9. Health Data Center. Percentage of pre-diabetic population receiving repeated blood sugar screening in Nakhon Si Thammarat, fiscal year 2024 [internet]. 2024 [cited 15 September 2024]. Available



- from:https://nrt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=cc7ca5d68ea315208e2039d7c64792ce (in Thai)
10. Kaewdamkoeng K. K-shape: 5 skills for enhancing health literacy. *Journal of Health Education Professional Association* 2020;35(2):21-8 (in Thai)
 11. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Analysis report: physical activity situation of Thai population in 2022 and guidelines for promoting physical activity in 2023 [internet]. 2022 [cited 10 October 2024]. Available from: https://tpak.or.th/th/article_print/647 (in Thai)
 12. Division of Risk Communication and Health Behavior Development, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Manual on the process of building health literacy for disease and health threat prevention and control [internet]. 2021 [cited 10 October 2024]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1188920211018040126> (in Thai)
 13. Bureau of Health Education, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Health literacy and health behavior assessment tool based on 3E 2S [internet]. 2018 [cited 10 October 2024]. Available from: <https://hed.go.th/tool-hlhb/> (in Thai)
 14. Phrombuth W, Phanbutr S, Hawong K, Singhbuaban P. The effects of a health literacy promotion program on diabetes prevention behavior among at-risk group in Dong Bang Subdistrict, Lue Amnat District, Amnat Charoen Province. *Journal of Dong Bang Health Promotion Hospital* 2020;1(1):1-10 (in Thai)
 15. Khamkor S, Duangsong R. Effects of the health behavior development program by applying health literacy to prevent type 2 diabetes among risk groups in Sakon Nakhon Province. *KKU Journal for Public Health Research* 2020;13(3):56-66 (in Thai)
 16. Ngahuthee P, Pinyo K. The effectiveness of a health literacy development program to reduce risk of diabetes in high-risk groups in Non-Kok Subdistrict, Chaiyaphum Province. *Journal of Health Science, Boromarajonani College of Nursing Sappasitthiprasong* 2023;7(1):106-116 (in Thai)
 17. Kladthong S, Yamsakul N. Effects of a health education program based on 2Aor principles on health literacy, health behavior, and blood sugar level among pre-diabetic people. *Journal of Nursing and Academic Affairs, Boromarajonani College of Nursing Chakiraj* 2021;1(2):14-24 (in Thai)
 18. Buengmum T, Klanduang S. Effects of a health literacy enhancement program on preventive health behavior for diabetes and hypertension among at-risk hospital personnel. *Journal of Health and Environmental Education* 2023;8(3):371-82 (in Thai)
 19. Prombut N. Results of a health literacy program on diabetes prevention behavior, waist circumference, and blood sugar level among diabetes risk groups in Roi Et Province. *Journal of Research and Health Innovative Development* 2023;4(3):168-70 (in Thai)

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

ในการจัดทำนิพนธ์ต้นฉบับบทความเพื่อการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข กองบรรณาธิการฯ ได้กำหนดคำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับเพื่อให้บทความมีคุณภาพและมีรูปแบบการเขียนเป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงขอให้ผู้นิพนธ์ทำการศึกษาคำแนะนำและปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดเพื่อให้กระบวนการประเมินคุณภาพบทความเป็นไปด้วยความราบรื่น สำหรับคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ มีประเด็นหลักๆ ดังต่อไปนี้

1. วารสารฯ ได้กำหนดข้อตกลงในภาพรวมของนิพนธ์ต้นฉบับที่จะเผยแพร่ในวารสารฯ ดังนี้

1.1 เป็นผลงานวิชาการในรูปของบทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่เขียนเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข หรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง

1.2 เป็นผลงานที่ไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน และผู้นิพนธ์จะต้องไม่ส่งผลงานวิชาการชิ้นเดียวกันนี้ หรือเป็นผลงานที่เนื้อหาส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน ไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น

1.3 ผลงานวิชาการที่มีลักษณะเป็นงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง โดยต้องแนบหลักฐานการรับรองมาพร้อมนิพนธ์ต้นฉบับ

1.4 วารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธการตีพิมพ์เผยแพร่ หากตรวจพบว่านิพนธ์ต้นฉบับใดเข้าข่ายละเมิด หรือคัดลอกผลงานวิชาการ (academic plagiarism) หรือมีการคัดลอกเนื้อหาจากปัญญาประดิษฐ์ เช่น ChatGBT หรือระบบอื่นที่มีการใช้งานในลักษณะเดียวกัน

1.5 วารสารฯ มีระบบการประเมินคุณภาพรายงานวิจัยแบบ double-blind peer review โดยผู้ทรงคุณวุฒิเรื่องละ 3 คน

2. การประเมินคุณภาพของบทความมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 ผู้นิพนธ์ทำการส่งบทความมายังวารสารฯ ด้วยการส่งบทความ (submission) ผ่านเว็บไซต์ของวารสารที่เชื่อมกับระบบของ ThaiJo เมื่อครบกระบวนการจะมีจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ แจ้งไปยังกองบรรณาธิการวารสารฯ

2.2 กองบรรณาธิการฯ ทำการตรวจสอบเบื้องต้นว่าบทความดังกล่าวมีขอบเขตเนื้อหา รูปแบบ และคุณภาพตามที่วารสารกำหนดหรือไม่ โดยผลของการตรวจสอบมีดังนี้

2.2.1 บทความที่มีคุณภาพและรูปแบบไม่ตรงกับทางวารสารกำหนด กองบรรณาธิการจะทำการปฏิเสธ (decline) ในระบบพร้อมหนังสือชี้แจงเหตุผล

2.2.2 บทความที่มีขอบเขตเนื้อหา และคุณภาพตรงตามที่กำหนด แต่รูปแบบการเขียนไม่ตรงกับที่วารสารกำหนด กองบรรณาธิการจะแจ้งให้แก้ไขบทความผ่านเมลของระบบ ThaiJo ภายใต้เลขระเบียน submission เดิม

2.2.3 บทความที่ผ่านการพิจารณาในรอบแรกจะถูกส่งให้ผู้ดูแลบทความ (section editor) โดยพิจารณาตามความเชี่ยวชาญ เพื่อดำเนินการในขั้นตอนต่อไป พร้อมทั้งเรียกเก็บค่าธรรมเนียมในการบริหารจัดการและค่าตีพิมพ์ในอัตราที่วารสารฯ กำหนด

2.3 ผู้จัดการวารสารฯ ทำการปิดปดรายชื่อผู้นิพนธ์และหน่วยงานต้นสังกัดที่ปรากฏในไฟล์บทความ (เพื่อให้เป็นการประเมินคุณภาพแบบ double-blind peer review) จากนั้นจะทำการมอบหมายให้มี



ผู้ดูแลบทความ (section editor) ซึ่งผู้ดูแลบทความจะทำหน้าที่ประสานผู้ทรงคุณวุฒิ (reviewer) ที่มีความเชี่ยวชาญสอดคล้องกับเนื้อหา และ/หรือระเบียบวิธีวิจัย จำนวน 3 ท่านตามการเสนอแนะของกองบรรณาธิการและทำการเชิญผู้ทรงคุณวุฒิเพื่ออ่านและประเมินคุณภาพของบทความผ่านระบบ ThaiJo ทั้งนี้ระยะเวลาของการดำเนินการในขั้นตอนนี้ขึ้นกับระยะเวลาในตอบรับ การอ่านและการประเมินคุณภาพของบทความของผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่าน

2.4 เมื่อผู้จัดการวารสารตรวจสอบในระบบพบผลการประเมินคุณภาพของบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิครบทั้ง 3 ท่านแล้ว จะแจ้งต่อผู้ดูแลบทความ (section editor) เพื่อทำการสรุปข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยผลของการประเมินคุณภาพของบทความ อาจมีลักษณะอย่างหนึ่งอย่างใดดังนี้

2.4.1 หากผู้ทรงคุณวุฒิเกินครึ่งหนึ่งลงความเห็นว่าเป็นบทความมีจุดบกพร่องที่สำคัญและไม่เหมาะสำหรับการเผยแพร่ในวารสาร กองบรรณาธิการจะพิจารณา “ปฏิเสธ” การตีพิมพ์ โดยจะแจ้งเหตุผลผ่านเมลของระบบ

2.4.2 หากผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาแล้วว่า บทความมีประเด็นที่ต้องแก้ไข กองบรรณาธิการจะส่งข้อเสนอแนะและเอกสารแนบ ให้กับผู้นิพนธ์เพื่อทำการแก้ไข (ทั้งนี้ผู้นิพนธ์จะนำบทความกลับไปแก้ไข ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และให้ส่งกลับมายังวารสารฯ โดยผ่านระบบ ThaiJo ภายใต้เลขระเบียน submission เดิม)

2.5 ผู้ดูแลบทความ (section editor) ทำการตรวจสอบว่าบทความได้รับการแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำหรือไม่อย่างไร ในกรณีที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นขอทำการประเมินใหม่ ผู้จัดการวารสารจะส่งบทความแก้ไขให้ผู้ทรงคุณวุฒิทำการอ่านและประเมินบทความอีกครั้ง หรือหากกองบรรณาธิการเห็นว่าจะต้องมีการแก้ไขเพิ่มเติมก็จะส่งบทความกลับไปให้ผู้นิพนธ์ทำการแก้ไขอีก จนกว่าบทความนั้นจะมีคุณภาพเพียงพอสำหรับการเผยแพร่

2.6 เมื่อบทความได้รับการแก้ไขจนมีคุณภาพเพียงพอ ทางวารสารฯ จะออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ และใบเสร็จรับเงินให้กับผู้นิพนธ์ตามที่อยู่ที่แจ้งไว้

3. วารสารฯ กำหนดการเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัย ตามรูปแบบดังนี้

3.1 การตั้งค่านำกระดาษ ให้ตั้งค่าขนาดกระดาษ A4 จัดขอบกระดาษด้านบน-ล่าง-ซ้าย-ขวา ด้านละ 1 นิ้ว พิมพ์ด้วยฟอนต์ EucorsiaUPC ขนาด 16 และ single space และมีเนื้อหารวมบทความย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

-3.2 ขนาดและรูปแบบการพิมพ์ ให้ใช้ดังนี้

รายการ	ลักษณะอักษร	ตำแหน่งการพิมพ์	ขนาด
ชื่อบทความ	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18-20
ข้อมูลผู้นิพนธ์ (ไทยและอังกฤษ)	ตัวปกติ	กลางหน้ากระดาษ	14
บทคัดย่อ และ Abstract	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
หัวข้อใหญ่	ตัวหนา	ชิดซ้าย	18
หัวข้อย่อย	ตัวหนา	ย่อหน้า (เคาะ 1 tab)	16
หัวข้อย่อย	ตัวปกติ	ย่อหน้า (เคาะ 1 tab)	16

รายการ	ลักษณะอักษร	ตำแหน่งการพิมพ์	ขนาด
เนื้อหาของบทคัดย่อและบทความ	ตัวปกติ	จัดข้อความชิดขอบทั้งสองข้าง	16
การเน้นข้อความในบทความ	ตัวปกติ	ตัวหนา หรือ ตัวเอียง	16
ข้อความในตาราง	ตัวปกติ	ข้อความให้ชิดซ้าย ส่วนตัวเลขให้ชิดขวา	14-16
ตัวเลขอ้างอิง	superscript	ตัวยกท้ายข้อความ	16
References	ตัวปกติ ใช้ลำดับ ตัวเลข	ชิดซ้าย	18

3.3 ในการพิมพ์เนื้อหาแต่ละย่อหน้า ให้พิมพ์ต่อเนื่องกันไปจนจบย่อหน้า ไม่กด Enter ในระหว่างย่อหน้า ไม่ใช้การเคาะ space เพื่อจัดคำหรือจัดหน้า และในการเว้นวรรคระหว่างประโยคหรือคำเดียว ให้ใช้เว้นวรรคใหญ่ หรือเท่ากับการกด space 2 เคาะ

4. การเตรียมเนื้อหาของนิพนธ์ต้นฉบับที่เป็นผลงานวิจัย กำหนดให้เขียนดังนี้

4.1 ชื่อบทความวิชาการหรือชื่อบทความวิจัย ต้องมีความชัดเจน กระชับ มีความสอดคล้องหรือสะท้อนถึงประเด็นสำคัญของบทความ และควรหลีกเลี่ยงการระบุชื่อบุคคลหรือสถานที่ในชื่อบทความ (หากจำเป็นต้องระบุให้อธิบายไว้ในขอบเขตหรือระเบียบวิธีทำวิจัย)

4.2 ข้อมูลผู้นิพนธ์ กำหนดให้บรรทัดแรกระบุชื่อและนามสกุลภาษาไทยของผู้แต่งหลักและผู้แต่งร่วมในบรรทัดเดียวกัน (ใช้ตัวเลขแบบตัวยกเพื่อการอ้างอิงต้นสังกัด) จากนั้นบรรทัดถัดไปให้ระบุชื่อและนามสกุลภาษาอังกฤษของผู้แต่งหลักและผู้แต่งร่วมในบรรทัดเดียวกัน (ใช้ตัวเลขแบบตัวยกเพื่อการอ้างอิงต้นสังกัด) บรรทัดถัดไปให้ระบุหน่วยงานต้นสังกัดของผู้นิพนธ์ (วารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการแสดงเฉพาะชื่อคณะฯ และสถาบันเท่านั้น) ในบรรทัดสุดท้ายให้เขียน “Corresponding author: (ชื่อภาษาอังกฤษ); Email: (อีเมลที่ใช้ติดต่อ)”

4.3 บทคัดย่อ บทคัดย่อภาษาไทย ให้เขียนบทคัดย่อแบบย่อหน้าเดียว (ไม่กด Enter ระหว่างย่อหน้า) มีความยาวไม่เกิน 300 คำ โดยประกอบด้วยเนื้อหา 5 ส่วนย่อย ได้แก่ 1) ส่วนนำ เป็นการกล่าวถึงความสำคัญของการทำวิจัยสั้น ๆ ไม่เกิน 2 บรรทัด 2) วัตถุประสงค์ของการวิจัย 3) วิธีการวิจัย ซึ่งระบุรูปแบบการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 4) ผลการวิจัย และ 5) สรุปผลและข้อเสนอแนะ ในการเขียนบทคัดย่อ ไม่ต้องการอ้างอิงในเนื้อหา (สำหรับบทความวิชาการให้เตรียมบทคัดย่อภาษาไทยเช่นเดียวกัน โดยบทคัดย่อบทความวิชาการจะประกอบด้วยความเป็นมา วัตถุประสงค์ของบทความ เนื้อหาของบทความและข้อเสนอแนะในการประยุกต์ใช้) สำหรับบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) ให้เขียนในลักษณะเดียวกันกับบทคัดย่อภาษาไทยจากนั้นตามด้วยคำสำคัญ 3-5 คำ โดยคำสำคัญแต่ละคำให้เรียงตามลำดับตัวอักษร ตั้งแต่ ก-ฮ หรือ A-Z ตัวอย่างเช่น

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง; การส่งเสริมสุขภาพ; ความดันโลหิตสูง; ผู้สูงอายุ

Keywords: elderly; hypertension; health promotion; self-management



4.4 ความเป็นมาและความสำคัญ เป็นการนำเสนอเหตุผล ความจำเป็น และบริบท ที่เป็นประเด็นหลักของบทความหรือผลงานวิจัย โดยมีเนื้อหาที่กระชับ ตรงประเด็น และมีการเรียงร้อยข้อความอย่างเชื่อมโยง ต่อเนื่องกันในแต่ละย่อหน้า และมีการสรุปความสำคัญหรือความจำเป็นที่ต้องทำการศึกษาในย่อหน้าสุดท้ายของหัวข้อนี้ ที่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยครั้งนี้

สำหรับการเขียนเนื้อหาภาษาไทย ให้ยึดหลักการใช้คำตามราชบัณฑิตยสถาน โดยหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทย ยกเว้นกรณีจำเป็น หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อที่ไม่สากล นอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทยหรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน

4.5 กรอบแนวคิดการวิจัย (ถ้ามี) เป็นการเขียนอธิบายแนวคิดที่ผู้วิจัยใช้เป็นฐานของการศึกษาวิจัย อาจจะเป็นพื้นฐานของตัวแปร พื้นฐานของการสร้างเครื่องมือ/นวัตกรรม หรือกรอบแนวคิด พื้นฐานของการดำเนินการวิจัย ทั้งนี้ผู้นิพนธ์อาจอธิบายกรอบแนวคิดแบบพรรณนา หรือแบบการพรรณนาประกอบแผนภูมิ ก็ได้

4.6 วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการอธิบายกระบวนการทำวิจัยตามหลักระเบียบวิธี ซึ่งประกอบด้วยระเบียบวิธีวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย/การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัย (สำหรับการเขียนบทความวิชาการ หากเป็นไปได้ ให้อธิบายกระบวนการได้มาซึ่งเนื้อหาหรือการสังเคราะห์ความรู้ที่ปรากฏในบทความ)

4.7 ผลการวิจัย เป็นส่วนของการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัย การเขียนผลการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ให้เขียนสิ่งที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแยกเป็นประเด็นๆ ให้ชัดเจน พร้อมยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนในแต่ละประเด็น ส่วนการเขียนผลการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) หากมีการนำเสนอข้อมูลด้วยตารางควรออกแบบตารางให้เหมาะสมและสอดคล้องสถิติที่ใช้ในแต่ละประเภท อธิบายข้อมูลแบบพรรณนาก่อนและตามด้วยตารางแสดงผลการวิจัย โดยนำเสนอข้อมูลที่จำเป็น การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง จากนั้นทำการแทรกตาราง โดยไม่ต้องแสดงเส้นแนวตั้งในตาราง (ดังตัวอย่าง) ชื่อของตารางควรเป็นข้อความที่สั้น กระชับ มีความยาวไม่เกินหนึ่งบรรทัด และวางไว้ด้านบนของตาราง ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	.55
หญิง	28	.45
การสูบบุหรี่		
เคย	23	.37
ไม่เคย	39	.63

สำหรับการเขียนค่าสถิติต่าง ๆ ให้พิมพ์ขีดกัน ใช้ทศนิยมสองตำแหน่ง กรณีที่มีค่าไม่ถึง 1.00 หรือระหว่าง .01-.99 ไม่ต้องเขียนเลข 0 หน้าทศนิยม ตัวอย่างการเขียนค่าสถิติต่าง เช่น Mean=15.60 SD=1.28 $r=.75$ $p<.01$ เป็นต้น

4.8 อภิปรายผล เป็นการสรุปและแปลความหมายของผลการวิจัย โดยไม่นำเสนอผลการวิจัยซ้ำอีก การอภิปรายผลการวิจัยแต่ละเรื่องเป็นการอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบในการศึกษาวิจัยครั้งนั้น หรือสิ่งที่เกิดขึ้นนั้น สามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัยสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของงานวิจัยอื่นที่เคยทำไว้หรือไม่อย่างไร ทั้งนี้ ในการอภิปรายผลการวิจัย ต้องมีการสนับสนุนด้วยข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างสมเหตุสมผล และมีการอ้างอิง (in-text citation) อย่างเหมาะสมกับบริบท และถูกต้องตามหลักการ

4.9 ข้อเสนอแนะ เป็นการเขียนข้อเสนอแนะที่สืบเนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยในครั้งนี้ ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการโดยทั่วไป โดยอาจเป็นข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ หรือเพื่อการทบทวนวิจัยต่อยอดในอนาคต

4.10 การอ้างอิง วารสารฯ กำหนดให้ใช้การอ้างอิงระบบตัวเลขหรือแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) โดยให้ใช้เอกสารอ้างอิงที่มีความทันสมัยไม่เกิน 10 ปีจำนวนไม่น้อยกว่า 10 รายการและไม่เกิน 20 รายการ ขอให้ผู้นิพนธ์พิจารณาเลือกอ้างอิงเท่าที่จำเป็นและควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูล

การอ้างอิงในเนื้อหา (in-text citation) ให้นำ “ตัวเลขอารบิกแบบตัวยก” แสดงลำดับของเอกสารอ้างอิงมารวบรวมเขียนไว้ที่ท้ายประโยคหรือท้ายชื่อผู้แต่ง และเรียงลำดับหมายเลข 1,2,3 ... ตามที่ปรากฏในเนื้อหา ไม่เว้นช่วงตัวอักษร (เช่น เนื้อหา^{1,7}) หากมีการอ้างอิงเอกสารมากกว่าหนึ่งแหล่งและมีลำดับต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมาย ยัติภังค์ (-) เชื่อมระหว่างเอกสารชิ้นแรกถึงชิ้นสุดท้าย แต่หากลำดับเอกสารไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาคคั่นตัวเลข (เช่น เนื้อหา^{1-3,6,9}) และตัวเลขที่แสดงเอกสารอ้างอิง ต้องตรงกับรายการเอกสารอ้างอิงในท้ายบทความ

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความ ให้อ้างอิงตามหมายเลขที่มีการอ้างอิงแทรกในเนื้อหา (in-text citation) และเรียงลำดับต่อเนื่องกันโดยไม่แยกประเภทของเอกสารอ้างอิง และให้พิมพ์ต่อเนื่องกันไปจนจบแต่ละรายการ โดยไม่กด Enter ระหว่างกลาง (กด Enter เมื่อสิ้นสุดรายการเท่านั้น) และไม่เคาะ space เพื่อทำการจัดคำหรือจัดหน้า

เพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนดของฐานข้อมูลอาเซียน (ASEAN Citation Index:ACI) รายการอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้ทำการแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการและให้ระบุคำว่า (in Thai) ไว้ท้ายรายการ เช่น

อรุณญา นามวงศ์, กฤตพัทธ์ ฝึกฝน, เฉลิมพล กำใจ, สุริย์ภรณ์ เลิศวัชรสกุล. การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2566;33(3):68-81.

กัญญาวิณัฏ์ โมกขาว, มณัสวี จำปาเทศ, สุกัญญา สุรังสี, ชะเอม มหาภักดิ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2566;33(2):85-96.

ให้เขียนเป็น



Namwong A, Fukfon K, Kajai C, Lertwacharasakul S. Access to essential health care services among older people in the community. *Nursing Journal of Ministry of Public Health*. 2023;33(3);68–81. (in Thai)

Moekhaow K, Jumpated M, Surangsri S, Mahagun C. The effect of a mental health literacy promotion program on mental health self-care ability of people. *Nursing Journal of Ministry of Public Health*. 2023;33(2);85–96. (in Thai)

สำหรับตัวอย่างของการเขียนเอกสารอ้างอิงที่ใช้บ่อย ได้แก่

การอ้างอิงบทความจากวารสาร ให้เขียนชื่อสกุลของผู้แต่งขึ้นก่อน เว้นวรรคตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่มีเครื่องหมายใดๆ คั่น (กรณีผู้นิพนธ์เป็นคนไทยให้เขียนนามสกุลเป็นภาษาอังกฤษ เว้นวรรคตามด้วยอักษรแรกของชื่อผู้นิพนธ์ เช่น ปรานอม ใจเก่งกล้า ให้เขียน Jaikengkla P. เป็นต้น) ถ้าผู้นิพนธ์มีหลายคนแต่ไม่เกิน 6 คนให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายให้ใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.) หากผู้นิพนธ์มีมากกว่า 6 คนให้ใส่ชื่อผู้นิพนธ์ 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค และตามด้วยคำว่า “ et al.” สำหรับชื่อบทความขอให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กตลอดทั้งชื่อบทความ (ยกเว้นอักษรแรกของประโยค หรือคำเฉพาะ) ส่วนชื่อวารสารขอให้ใช้ชื่อเต็มของวารสารนั้นๆ ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากวารสาร เช่น

References

1. Siritharungsri B, Soranastaporn S, Surachet M. Demand and the impact of the elderly living alone. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine*. 2011;12(3):11–22.(in Thai).
2. Kaewprom C, Curtis J, Deane FP. Factors involved in recovery from schizophrenia; a qualitative study of Thai mental health nurses. *Nursing and Health Science*. 2011;13:323–7.

สำหรับบทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (Digital Object Identifier: DOI) ให้ระบุรหัสประจำบทความดังตัวอย่าง

3. Mookadam F. Social support and its relationship to morbidity and mortality after acute myocardial infarction. *Arch Intern Med*. 2004;164(14):1514–8.
doi:10.1001/archinte.164.14.1514.

สำหรับบทความวิชาการที่เผยแพร่ผ่านฐานข้อมูล ให้เขียน ตามตัวอย่างดังนี้

4. Leungwatanamart L, Sudjainark S, Wattanaviroj N, Meelai. Factors influencing the executive function in preschool-age children. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* [internet]. 2021 [cited 23 March 2022];31(3):15–27. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/255634/173945>. (in Thai)

สำหรับบทความวารสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ตหรือฐานข้อมูล ให้ผู้พิมพ์อ้างอิงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลเดิมก่อนที่จะนำมาเผยแพร่เว็บไซต์ (โดยทั่วไปผู้เผยแพร่จะแจ้งแหล่งข้อมูลเดิมไว้ที่หน้าเว็บไซต์) หรือหากเป็นไปได้ ไม่ควรอ้างอิงจากหน้าเว็บเพจ

การอ้างอิงจากหนังสือ การเขียนชื่อผู้พิมพ์หนังสือให้ใช้ข้อกำหนดเดียวกับชื่อผู้พิมพ์วารสาร ชื่อหนังสือให้ใช้ตัวอักษรตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของชื่อหนังสือและชื่อเฉพาะ นอกนั้นเป็นอักษรตัวเล็กหมด ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากหนังสือ เช่น

5. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. Garland Publishing; 2001.
6. Department of Mental Health. Annual report 2006. Bangkok: Idea Square; 2006. (in Thai)

การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ ให้ระบุประเภทหรือระดับปริญญาในวงเล็บเหลี่ยม เมืองที่ตั้งของมหาวิทยาลัย ชื่อมหาวิทยาลัย และปีที่ได้ส่งเล่มวิทยานิพนธ์ ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ ทั้งแบบรูปเล่ม และ e-Theses คือ

7. Mawat W. Clinical situational analysis of nursing management for patients with chronic kidney disease, Wang Nuea Hospital, Lampang Province [Master thesis]. Chiangmai: Chiangmai University; 2012. (in Thai)
8. Promtong K. Effect of a community empowerment program on food consumption behaviors and blood sugar levels in pre-diabetes risk group [internet] [Master thesis]. Songkla; Prince of Songkla University; 2019 [cited on 28 March 2025]. Available from: <https://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2016/13469> (in Thai)

การอ้างอิงจากฐานข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต ให้ระบุคำว่า [internet] ที่ท้ายชื่อเอกสาร ระบุวันที่เปิดเอกสารโดยใช้คำว่า [Cited DD Month YYYY] ในวงเล็บเหลี่ยม และที่อยู่ของข้อมูลในอินเทอร์เน็ตโดยใช้คำว่า “Available from” ทั้งนี้ทางวารสารขอความร่วมมือจากผู้พิมพ์ให้ใช้ข้อมูลจากเว็บไซต์ที่มีความน่าเชื่อถือหรือเว็บไซต์วารสารหรือฐานข้อมูลเท่านั้น อย่างไรก็ตามขอให้ผู้พิมพ์พิจารณาอ้างอิงจากแหล่งข้อมูลเดิมที่มีคนนำมาเผยแพร่ทางเว็บไซต์เพื่อให้เกียรติแก่เจ้าของข้อมูล ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากฐานข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต เช่น

9. Olsen NC. Self-reflection: Foundation for meaningful nursing practice [internet]. 2015 [cited 14 August 2020]. Available from: http://www.reflectionsonnursingleadership.org/Pages/Vol39_2_Olsen_Nightingale.aspx

หากบทความมีภาพประกอบ ให้ใช้ภาพสี โดยระบุชื่อภาพไว้ด้านบนของภาพ หากเป็นภาพที่เป็นผลงานของบุคคลอื่น ให้ระบุที่มาของภาพไว้ที่ใต้ภาพ พร้อมทั้งมีการอ้างอิงด้วยตัวเลขหลังข้อความระบุที่มี และให้ทำการเขียนอ้างอิงท้ายเล่มด้วย เช่น

ที่มา: <http://www.wallpapers.eu.com/view/sunrise-reflection-ocean-city-maryland-other.html>²