



วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข Nursing Journal of the Ministry of Public Health

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข The Nurse Alumni Association of the Ministry of Public Health

ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569 ISSN 2673-0693

Vol. 36 No.2 May – August 2026 ISSN 2673-0693

บทความวิจัย

- ➔ ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคมต่อทักษะการเผชิญความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกกลั่นแกล้งรังแก
- ➔ นวัตกรรมการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อแก้ปัญหอบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม: ภูมิปัญญาสุขภาพผู้สูงอายุ
- ➔ ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่สัมพันธ์ในผู้สูงอายุอำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร
- ➔ สมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม
- ➔ ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรม การป้องกันตนเองเสี่ยงของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร
- ➔ การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลสกลนคร
- ➔ ปัจจัยชีวิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี
- ➔ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวารินชำราบ
- ➔ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในผู้ป่วยทันตกรรมที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป โรงพยาบาลทันตกรรม
- ➔ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดพิษณุโลก
- ➔ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 3 สมรรถนะหลักของอาสาสมัคร
- ➔ ผลของการใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐานต่อผลลัพธ์การเรียนรู้และความพึงพอใจในการพยาบาลจิตเวชสูงอายุของนักศึกษาพยาบาล

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
The Nurse Alumni Association of the Ministry of Public Health

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

Nursing Journal of the Ministry of Public Health

จุดมุ่งหมายและขอบเขต (Aims and Scope)

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นเวทีของการเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านการพยาบาล การผดุงครรภ์ การสาธารณสุข และสังคมศาสตร์ทางการแพทย์ในขณะเดียวกันก็ส่งเสริมการผลิตและเผยแพร่ผลงานวิชาการให้มีคุณภาพ พร้อมทั้งพัฒนานักวิชาการทั้งด้านวิชาการและจริยธรรมโดยผ่านกระบวนการเผยแพร่ผลงานวิชาการตามเกณฑ์มาตรฐานระดับชาติและนานาชาติ

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

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 หรือต้องขออนุญาตการนำผลงานไปใช้จากผู้พิมพ์ เช่น การใช้เครื่องมือวิจัยที่ผู้พิมพ์ พัฒนาขึ้น นอกจากนี้ ผู้พิมพ์ต้องรับผิดชอบเนื้อหาบทความ ยกเว้นข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพิมพ์

การติดต่อ (Contact)

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ตึก 4 ชั้น 7

อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ : 02-590-1834

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

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569 ISSN 2673-0693

คณะที่ปรึกษา

1. ดร. ดารافر คงจา
2. ดร. อีรพร สติระอุกร

นายกสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
กองการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

คณะกรรมการวารสาร

- | | | |
|--|---|-----------------|
| 1. ดร. มณฑนา เหมชะญาติ | สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข | บรรณาธิการ |
| 2. ดร. เชษฐา แก้วพรม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ | รองบรรณาธิการ |
| 3. ผศ.ดร. ศุภกิจ เจริญสุข | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี | กองบรรณาธิการ |
| 4. ดร. นุสรา ประเสริฐศรี | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ | กองบรรณาธิการ |
| 5. ผศ.ดร. คมวัฒน์ รุ่งเรือง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช | กองบรรณาธิการ |
| 6. ผศ.ดร. สุวัฒนา เกิดม่วง | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี | กองบรรณาธิการ |
| 7. ผศ.ดร. ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา | 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 วงศ์वास | สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล | กองบรรณาธิการ |
| 15. ผศ.ดร. อัครวิณี ตันกรูมาน | 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. ดร.วราณิษฐ์ ลำไย | สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข | ผู้จัดการวารสาร |

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้กลั่นกรองบทความวิชาการ/วิจัย
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569 ISSN 2673-0693

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. รศ.ดร. ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 2. ผศ.ดร. คมวัฒน์ รุ่งเรือง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช |
| 3. ผศ.ดร. สุวัฒนา เกิดม่วง | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี |
| 4. ผศ.ดร. กิรติ กิจธีระวุฒิมงษ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช |
| 5. ผศ.ดร. ธัสมน นามวงษ์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 6. ผศ.ดร. คอย ละอองอ่อน | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา |
| 7. ผศ.ดร. ยศพล เหลืองโสมนภา | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 8. ผศ.ดร. ศรีนยา พลสิงห์ชาญ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ |
| 9. ผศ.ดร.จารุวรรณ ไผ่ตระกูล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 10. ผศ.ดร.อนุชา ไทยวงศ์ | วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม |
| 11. ผศ. สมศักดิ์ วงศ์वास | สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 12. ดร. มณฑนา เหมชะญาติ | สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข |
| 13. ดร. เชษฐา แก้วพรม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ |
| 14. ดร.นุสรา ประเสริฐศรี | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์ |
| 15. ดร.ไวยพร พรหมวงศ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์ |
| 16. ดร.แสงเดือน กิ่งแก้ว | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์ |
| 17. ดร. ชินกร สุจิมงคล | คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ |
| | สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข |
| 18. ดร.อรัญญา นามวงษ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา |
| 19. ดร.นิตติยา น้อยสีภูมิ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ |
| 20. ดร.พัฑฒ ประภาวิชา | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ |



วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569 ISSN 2673-0693

สารบัญ

บทความวิจัย

- ❖ ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคมต่อทักษะ.....1
การเผชิญความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกกลั่นแกล้งรังแก
- ❖ นวัตกรรมการพัฒนางานความรู้เพื่อแก้ปัญหาลิขสิทธิ์พยาบาลข้ามวัฒนธรรม:.....16
ภูมิปัญญาสุขภาพผู้สูงอายุ
- ❖ ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่สัมพันธ์ในผู้สูงอายุอำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร.....33
- ❖ สมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ.....47
จังหวัดมหาสารคาม
- ❖ ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการป้องกัน.....63
สมองเสื่อมของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร
- ❖ การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด.....79
เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลสกลนคร
- ❖ ปัจจัยชีวิตจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของ.....95
สถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี
- ❖ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด.....111
โรงพยาบาลวารินชำราบ
- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในผู้ป่วยทันตกรรมที่ได้รับการระงับ.....129
ความรู้สึกแบบทั่วไป โรงพยาบาลทันตกรรม
- ❖ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดพิษณุโลก.....146
- ❖ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน...159
เขตสุขภาพที่ 3
- ❖ ผลของการใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐานต่อผลลัพธ์การเรียนรู้.....174
และความพึงพอใจในการพยาบาลจิตเวชสูงอายุของนักศึกษาพยาบาล

บรรณาธิการแถลง

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม 2569) นี้ เป็นการตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 12 เรื่อง ซึ่งได้รับการกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยเป็นบทความที่มีเนื้อหาความตรงกับจุดประสงค์และขอบเขตของวารสาร รวมทั้งมีกระบวนการผลิตที่ยึดหลักการตามมาตรฐานทั้งด้านวิชาการและจริยธรรม ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาสาระที่มีความหลากหลายทั้งทางพยาบาล การสาธารณสุข และสังคมศาสตร์การแพทย์ โดยบทความแต่ละเรื่องนั้น ได้รับการพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิในหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ เพื่อการสนับสนุนให้มีการเผยแพร่บทความวิจัยที่มีคุณภาพ สามารถใช้เป็น “หลักฐานเชิงประจักษ์” ที่นำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานด้านการพยาบาล และการบริการสุขภาพของประชาชนให้ดียิ่งขึ้นต่อไป ในนามกองบรรณาธิการ ขอขอบพระคุณผู้สนับสนุนทุกท่านที่ได้แนะนำบทความที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อวงการวิชาการด้านการพยาบาล และการสาธารณสุข โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะส่งผลงานทางวิชาการที่มีคุณภาพมาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขอีกในฉบับต่อ ๆ ไป นอกจากนี้ กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานต่าง ๆ ทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาในการพิจารณาบทความ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแก้ไขบทความให้มีความสมบูรณ์ทางวิชาการ สามารถใช้อ้างอิง และนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม อันจะเป็นการช่วยส่งเสริมวงจรคุณภาพของการผลิตผลงานวิจัย นักวิจัย และวารสารฯ ให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งนับว่าจะ เป็นประโยชน์ต่อวงการวิชาการด้านสุขภาพในระดับชาติและนานาชาติต่อไป

ดร.มณฑนา เหมชะญาติ

บรรณาธิการ

**ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคมต่อ
ทักษะการเผชิญความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกกลั่นแกล้งรังแก
The Effect of a Social-Emotional Learning Program on Stress Coping Skills
of Bullied Middle School Students**

นฤมล ตันไพศาล¹, อังคณา จิระโรจน์², ปรียศ กิตติธีระศักดิ์²

Narumon Tanphaisan¹, Angkana Jirarode², Priyoth Kittiteerasack²

¹นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

¹Student of Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Thammasat University, Thailand

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

² Faculty of Nursing, Thammasat University, Thailand

Corresponding author: Narumon Tanphaisan; Email: narumon.tanp@dome.tu.ac.th

Received: May 13, 2026 Revised: June 25, 2026 Accepted: July 17, 2026

บทคัดย่อ

การส่งเสริมการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคมมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกกลั่นแกล้งรังแกมีทักษะการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมมากขึ้น การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคมต่อทักษะการเผชิญความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกกลั่นแกล้งรังแก กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกกลั่นแกล้งรังแกอยู่ระหว่าง 13-15 ปี จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคม และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคม และแบบประเมินความสามารถในการจัดการความเครียด ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบชนิดที่ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test) และสถิติทดสอบชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเผชิญความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่า โปรแกรมดังกล่าวสามารถส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกกลั่นแกล้งรังแกได้ ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพควรนำไปเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ ส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดให้กับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกกลั่นแกล้งรังแกต่อไป

คำสำคัญ: การเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคม; ทักษะการเผชิญความเครียด; นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกกลั่นแกล้งรังแก



The Effect of a Social-Emotional Learning Program on Stress Coping Skills of Bullied Middle School Students

Narumon Tanphaisan¹, Angkana Jirarode², Priyoth Kittiteerasack²

¹Student of Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Thammasat University

²Faculty of Nursing, Thammasat University

Corresponding author: Narumon Tanphaisan; Email: narumon.tanp@dome.tu.ac.th

Received: May 13, 2026 **Revised:** June 25, 2026 **Accepted:** July 17, 2026

Abstract

Promoting social and emotional learning (SEL) is essential for helping bullied middle school students develop appropriate stress coping skills. This quasi-experimental study employed a two-group pretest-posttest design to examine the effects of a social-emotional learning program (SELP) on stress coping skills among bullied middle school students. The sample consisted of 60 middle school students aged 13–15 years who had experienced bullying. Participants were assigned to either an experimental group or a control group, with 30 students in each group. The experimental group participated in the SELP, while the control group received routine care. Data were collected using a stress coping skills scale with a Cronbach's alpha coefficient of 0.75. Data were analyzed using descriptive statistics, dependent t-tests, and independent t-tests. The results revealed that after participating in the SELP, the mean stress coping skills score of the experimental group was significantly higher than its pre-intervention score and significantly higher than that of the control group. These findings indicate that the social-emotional learning program effectively improved stress coping skills among bullied middle school students. Therefore, healthcare professionals may consider implementing this program to support bullied students in enhancing stress coping skills.

Keywords: bullied middle school students; social emotional learning; stress coping skills

ความเป็นมาและความสำคัญ

นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นมีการเปลี่ยนแปลงจากช่วงวัยเด็กสู่ผู้ใหญ่ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์อย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อตนเองและความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและบุคคลที่มีความใกล้ชิดในสังคม อีกทั้งบริบทสิ่งแวดล้อมยังมีอิทธิพลอย่างมากที่นำไปสู่การมีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมของนักเรียนได้ โดยเฉพาะการถูกกลั่นแกล้งรังแกส่งผลให้สูญเสียความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม เกิดความเปราะบางทางอารมณ์ ถ้าไม่สามารถรับมือหรือจัดการอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่ความเครียดได้ ซึ่งรูปแบบการกลั่นแกล้งรังแกมีหลายรูปแบบ ได้แก่ 1) การกลั่นแกล้งรังแกทางกาย เช่น การชก การตี การเตะ 2) การกลั่นแกล้งรังแกทางวาจา เช่น การต่อว่า การล้อเลียน ช่มชู้ 3) การกลั่นแกล้งรังแกทางสังคม เช่น การกีดกันทางสังคม การโน้มน้าวให้กลุ่มไม่สนใจบุคคลที่ถูกกลั่นแกล้งรังแก¹ 4) การกลั่นแกล้งรังแกทางออนไลน์ เป็นการกลั่นแกล้งรังแกหรือคุกคามระหว่างบุคคลหรือกลุ่มคนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ที่ไม่สามารถป้องกันตนเองได้

จากการศึกษาอุบัติการณ์การกลั่นแกล้งรังแกในโรงเรียนโดยการสำรวจ 106 ประเทศทั่วโลกจากเด็กแห่งสหประชาชาติ บ่งชี้ว่านักเรียนที่มีอายุอยู่ในช่วง 13 - 15 ปี เป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์ถูกกลั่นแกล้งรังแกในโรงเรียนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 83.35 และส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในวัยเรียนร้อยละ 44.2²⁻³ ขณะเดียวกันการสำรวจความทุกข์ในประเทศไทย พบว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นถูกกลั่นแกล้งรังแกสูงถึงร้อยละ 71.2⁴ ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเครียดมีหลายสาเหตุ ทั้งมาจากความทุกข์ทรมานทางจิตใจ การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ รู้สึกโดดเดี่ยว สัมพันธภาพกับครอบครัวและผู้อื่นบกพร่อง พฤติกรรมแยกตัวออกจากสังคม ขาดแหล่งสนับสนุนหรือเลือกแหล่งสนับสนุนในการช่วยแก้ปัญหาไม่เหมาะสม และขาดทักษะการจัดการอารมณ์ในการเผชิญความเครียด ซึ่งส่งผลกระทบให้เกิดความเครียดสะสม ภาวะซึมเศร้าและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย⁵⁻⁷ จากปัจจัยดังกล่าว หากนักเรียนที่ถูกกลั่นแกล้งรังแกเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม เช่น การหลีกเลี่ยงปัญหา การเก็บกดอารมณ์ หรือการตอบโต้ด้วยความรุนแรง อาจส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ พฤติกรรมและสังคม ได้แก่ ปวดศีรษะ คิดแกล้ง การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ แยกตัวจากสังคม วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และอาจพัฒนาไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในที่สุด⁸⁻⁹ ดังนั้น การส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดให้แก่เด็กนักเรียนที่ถูกกลั่นแกล้งรังแกจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้นักเรียนสามารถจัดการกับปัญหาและความรู้สึกเชิงลบได้อย่างเหมาะสม ลดความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman¹⁰ แบ่งเป็นการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นแก้ปัญหา (problem focused coping) และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นจัดการกับอารมณ์ (emotion focused coping)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวทางหนึ่งที่สามารถช่วยเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดของนักเรียนที่ถูกกลั่นแกล้งรังแกได้นั้น คือ การเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคม (Social and Emotional Learning: SEL) โดยแนวคิดของ Weissberg et al.¹¹ ซึ่งสามารถลดความทุกข์ ป้องกันความเสี่ยงสุขภาพจิตทั้งความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ปรับปรุงทัศนคติต่อตนเองและผู้อื่น และการแยกตัวออกจากสังคม¹² ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 1) ความตระหนักในตนเอง (self-awareness) คือ ความเข้าใจและรับรู้อารมณ์ความคิดตามความเป็นจริง เกิดความมั่นใจในคุณค่าของตนเองและรู้เท่าทันสภาวะอารมณ์เมื่อถูกกลั่นแกล้งรังแก 2) การจัดการตนเอง (self-management) เป็น



ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมภายใต้สถานการณ์กดดันจากการถูกกลั่นแกล้งรังแกได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การเผชิญเครียดได้อย่างเหมาะสม ควบคุมแรงกระตุ้น เพื่อลดพฤติกรรมตอบโต้ด้วยความรุนแรงและปรับตัวภายใต้สถานการณ์ที่กดดัน 3) ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ (relationship skills) คือ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นผ่านการสื่อสารที่ชัดเจน การรับฟัง และการเจรจาความขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์ ส่งผลให้การจัดการอารมณ์และแก้ไขปัญหาจากการถูกกลั่นแกล้งรังแกได้อย่างเหมาะสม 4) การตระหนักรู้ทางสังคม (social awareness) ช่วยให้เข้าใจความแตกต่างของบุคคลและสังคม พร้อมทั้งสามารถรับรู้สถานการณ์ต่าง ๆ ในสังคมที่เกิดขึ้น ส่งผลให้สามารถวิเคราะห์และจำแนกบุคคลที่ควรหลีกเลี่ยง หรือบุคคลที่ควรคบหาเพื่อแสวงหาความช่วยเหลือ หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เป็นอันตรายต่อตนเองได้อย่างปลอดภัย 5) การตัดสินใจอย่างรับผิดชอบ (responsible decision-making) คือ การคิดวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน โดยคำนึงถึงกฎเกณฑ์ทางสังคม และหลักศีลธรรมพร้อมทั้งยอมรับผลของการตัดสินใจอย่างสมเหตุสมผล อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นผลการเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคมในด้านสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล พฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น ขณะที่การศึกษาผลของการเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคมต่อทักษะการเผชิญความเครียดในนักเรียนที่ถูกกลั่นแกล้งรังแกโดยตรงยังมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของประเทศไทย

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคมให้นักเรียนที่ถูกกลั่นแกล้งรังแกมีทักษะการเผชิญความเครียดทั้งแบบมุ่งเน้นการจัดการปัญหาและจัดการอารมณ์ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะนำไปสู่แนวทางสำหรับพยาบาลจิตเวช ครูแนะแนว และครูประจำชั้น ในการช่วยเหลือนักเรียนกลุ่มดังกล่าวได้จำเพาะเจาะจง ตลอดจนเป็นทางเลือกสำหรับโรงเรียนในการบูรณาการร่วมกับระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียน เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

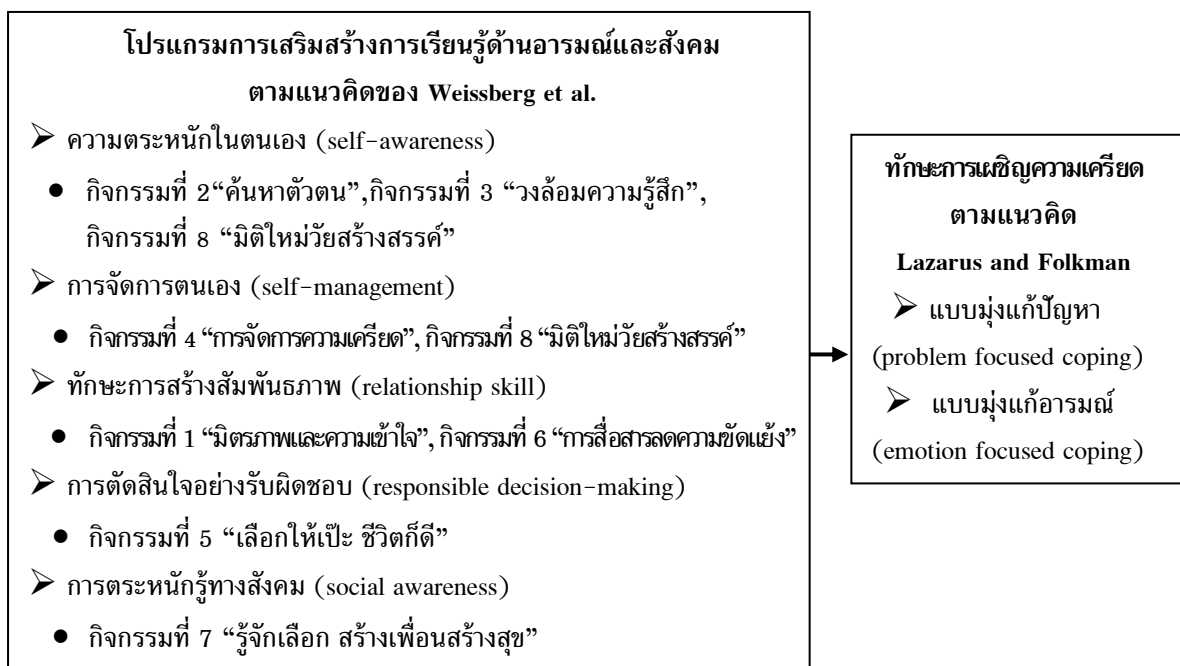
1. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการเผชิญความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกกลั่นแกล้งรังแกในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคม
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการเผชิญความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกกลั่นแกล้งรังแกระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติภายหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเผชิญความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกกลั่นแกล้งรังแกในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเผชิญความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกกลั่นแกล้งรังแกในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมตามแนวคิดการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคม (Social and Emotional Learning: SEL) ของ Weissberg et al.¹¹ โดยองค์ประกอบ 5 ด้าน เพื่อให้นักเรียนมีทักษะการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ดังนี้ ความตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) และการจัดการตนเอง (self-management) จะส่งเสริมให้นักเรียนรู้เท่าทันอารมณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบ เห็นคุณค่าในตนเอง จัดการอารมณ์และความเครียดได้ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นจัดการกับอารมณ์ (emotion-focused coping) ขณะเดียวกัน การเสริมสร้างทักษะการสร้างสัมพันธภาพ (relationship skill) จะส่งผลให้นักเรียนมีสัมพันธที่ดีกับผู้อื่น สามารถสื่อสารลดความขัดแย้งได้อย่างสร้างสรรค์ ส่งผลให้การจัดการอารมณ์และแก้ไขปัญหาจากการถูกกลั่นแกล้งรังแกได้เหมาะสม นอกจากนี้การพัฒนาให้นักเรียนมีทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นแก้ปัญหา (problem focused coping) ทั้งการตระหนักรู้ทางสังคม (social awareness) ที่จะช่วยให้เกิดความเข้าใจผู้อื่นที่เผชิญปัญหาในลักษณะเดียวกัน พร้อมทั้งสามารถรับรู้สถานการณ์ต่างๆ ในสังคมที่เกิดขึ้น ส่งผลให้สามารถวิเคราะห์และจำแนกบุคคลที่ควรหลีกเลี่ยง หรือบุคคลที่ควรคบหา การขอความช่วยเหลือ หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เป็นอันตรายต่อตนเองได้อย่างปลอดภัย รวมทั้งการตัดสินใจอย่างรับผิดชอบ (responsible decision-making) จะทำให้นักเรียนคิดวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอนพร้อมทั้งยอมรับผลของการตัดสินใจอย่างสมเหตุสมผล ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบ่งเป็นสองกลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวัดผลก่อนการทดลองและหลังสิ้นสุดการทดลอง ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม



การเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของโรงเรียน ดำเนินการวิจัยจำนวน 8 กิจกรรม เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 8 สัปดาห์

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกกลั่นแกล้งรังแกทุกรูปแบบ ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 13-15 ปี ในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 4 คือ จังหวัดปทุมธานีและจังหวัดสระบุรี ไม่รวมโรงเรียนขยายโอกาส

กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกกลั่นแกล้งรังแกทุกรูปแบบทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 13-15 ปี ในโรงเรียนที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาจังหวัดปทุมธานี จำนวน 2 โรงเรียน ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G*power กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 สำหรับค่าขนาดอิทธิพล (effect size) คำนวณจากงานวิจัย Teerawattanaprasit¹³ เรื่อง ผลของโปรแกรมกิจกรรมทางกายโดยใช้การเรียนรู้ทางสังคม และอารมณ์เพื่อส่งเสริมสุขภาพทางจิตและสังคมของนักเรียนในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น เท่ากับ 1.13 ซึ่งมีขนาดใหญ่มากหากใช้ค่านี้ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจะได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 28 คน ซึ่งเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่น้อยมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 52 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการเก็บข้อมูล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด จากการประเมินแบบสอบถามพฤติกรรมกรกลั่นแกล้งรังแกกันของวัยรุ่น โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เลือกข้อที่ระบุว่าถูกกลั่นแกล้งรังแกตั้งแต่ 1-2 ครั้งหรือมากกว่า แม้ข้อเดียวจะถือว่าเป็นผู้ถูกกลั่นแกล้งรังแกและสามารถอ่าน เขียน เข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน ดังนี้ คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบสอบถามพฤติกรรมกรกลั่นแกล้งรังแกของวัยรุ่นที่ได้ดัดแปลงจากแบบสอบถาม The Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire เพื่อคัดกรองกลุ่มตัวอย่างในช่วงสองเดือนที่ผ่านมา จำนวน 10 ข้อ โดยในแบบสอบถามจะมีคำตอบว่า 1) ในสองเดือนที่ผ่านมา ไม่เคยเกิดขึ้นกับฉันเลย 2) เคยเกิดขึ้น 1-2 ครั้งเท่านั้น 3) เกิดขึ้นเดือนละ 4-6 ครั้ง 4) สัปดาห์ละครั้ง และ 5) สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา เพศ อายุ ลักษณะนิสัยส่วนตัว บุคคลที่เลือกปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา และแบบประเมินความสามารถในการจัดการความเครียด ดัดแปลงจาก Saykaew¹⁴ เป็นการวัดทักษะการเผชิญความเครียดของวัยรุ่นในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman¹⁰ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามมีทั้งเชิงบวกและลบ มีระดับคะแนน 5 อันดับ ดังนี้ ข้อคำถามที่เป็นลบ ให้คะแนนดังนี้ ไม่เคยปฏิบัติ 5 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 2 คะแนน ปฏิบัติเป็นประจำ 1 คะแนน ส่วนคำถามที่เป็นทางบวก ให้คะแนนดังนี้ ไม่เคยปฏิบัติ 1 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4 คะแนน เป็นประจำ 5 คะแนน

ตามลำดับ การแปลผล คะแนนเต็ม 75 คะแนน แบ่งเป็น ระดับดี คะแนนรวม 56–75 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนนรวม 36–55 คะแนน และระดับต่ำ คะแนนรวม 15–35 คะแนน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคม ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแนวคิดการเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคมของของ Weissberg et al.¹¹ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากโปรแกรมสร้างสุขสำหรับนักศึกษามหาวิทยาลัยโดยประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ทางอารมณ์และสังคมร่วมกับทฤษฎีการปรับตัวของรอย¹⁵ ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กิจกรรมทั้งหมด 8 กิจกรรม ระยะเวลา 8 สัปดาห์ติดต่อกัน ใช้เวลากิจกรรมละ 60 นาที และมีการบ้านในกิจกรรมที่ 1–7 ให้กลุ่มตัวอย่างทำทุกวัน วันละ 30 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1) กิจกรรม “มิตรภาพและความเข้าใจ” จัดกิจกรรมโดยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวคิดของกิจกรรม การกำหนดกติกา แลกเปลี่ยนรูปแบบการกลั่นแกล้งรังแก ผลกระทบจากการถูกกลั่นแกล้งรังแก ความรู้ ความเข้าใจสาเหตุอาการของความเครียดและทักษะการเผชิญความเครียด

2) กิจกรรม “ค้นหาตัวตน” จัดกิจกรรมเล่นเกมเลขอันตราย เพื่อรับรู้จุดแข็งของตนเองจากมุมมองของบุคคลอื่น สืบราชข้อดีและข้อบกพร่องของตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง รับชมคลิปวิดีโอที่เสริมสร้างคุณค่าในตนเอง ร่วมกันวิเคราะห์และสะท้อนความรู้สึกการเห็นคุณค่าในตนเอง

3) กิจกรรม “วงล้อมความรู้สึก” จัดกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างสำรวจอารมณ์ของตนเองทั้งทางบวกและทางลบ สาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์ดังกล่าว และแลกเปลี่ยนแนวทางการแสดงอารมณ์ที่เหมาะสม รวมถึงการร่วมกันอภิปรายวิธีการหลีกเลี่ยงกับสถานการณ์ที่เป็นสาเหตุของอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์

4) กิจกรรม “การจัดการความเครียด” โดยจัดกิจกรรมเล่นเกมจับยาง วิเคราะห์อารมณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่นอย่างไร สืบราชความเครียดของตนเองจากการถูกกลั่นแกล้งรังแก ผลกระทบจากความเครียด ให้ความรู้เรื่องการเข้าใจอารมณ์ และความเครียด เทคนิคการคลายเครียดด้วยตนเอง ฝึกการหายใจเพื่อลดความเครียด

5) กิจกรรม “เลือกให้เป๊ะ ชีวิตก็ดี” จัดกิจกรรมเล่นเกมหลบหลีกเชือก เพื่อเสริมสร้างทักษะในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ให้ความรู้ทักษะการคิดทางบวกและลบและการตัดสินใจ วิเคราะห์สถานการณ์สมมติเกี่ยวกับเหตุการณ์การถูกกลั่นแกล้งรังแกและการตัดสินใจในการแก้ปัญหา

6) กิจกรรม “การสื่อสารลดความขัดแย้ง” จัดกิจกรรมให้ความรู้ทักษะการสื่อสาร การแสดงบทบาทสมมุติการสื่อสารเชิงบวกและเชิงลบ พร้อมทั้งร่วมกันวิเคราะห์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับแนวทางการสื่อสารเชิงบวกอย่างมีประสิทธิภาพ

7) กิจกรรม “รู้จักเลือก สร้างเพื่อนสร้างสุข” โดยให้เล่นเกม “ปุง ปึง” เพื่อสร้างความมั่นใจในตนเอง เคารพการตัดสินใจของตนเองและผู้อื่น และสร้างสัมพันธภาพอันดี การแสดงบทบาทสมมุติการคาดเดาความรู้สึก แลกเปลี่ยนร่วมกันสิ่งที่ยากหรือง่ายในการแสดงอารมณ์ และสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการพยายามเข้าใจผู้อื่น ให้อุบัติการณ์และวิเคราะห์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไรในมุมมองของตัวละครแต่ละคน การเลือกคบบุคคล การหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย การขอความช่วยเหลือ

8) กิจกรรม “มิติใหม่วัยสร้างสรรค์” โดยจัดกิจกรรมให้ตัวแทนถ่ายทอดประสบการณ์ปัญหาจากการที่ถูกกลั่นแกล้งรังแก และให้ในกลุ่มทำหน้าที่เป็นผู้รับฟัง ผู้ให้คำปรึกษา และผู้สังเกตการณ์ ร่วมกัน



วิเคราะห์และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ดังกล่าว

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปและแบบประเมินความสามารถในการจัดการความเครียด เครื่องมือชุดนี้ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พบว่าค่าดัชนีความตรงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ทั้งฉบับ เท่ากับ 1.0 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบประเมินความสามารถในการจัดการความเครียด เท่ากับ .75

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคม ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับเนื้อหา รวมทั้งความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม พบว่าค่าดัชนีความตรงเนื้อหาของโปรแกรม มีค่า CVI เท่ากับ 1.0 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากที่ผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนั้น ผู้วิจัยนำโปรแกรมการเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคมไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 10 คน พบว่าหลังจากทดลองใช้โปรแกรมนักเรียนมีความเข้าใจภาษาและขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม ระยะเวลาในการทดลองมีความเหมาะสม แต่พบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรม เช่น ไม่กล้าแสดงออกในการแนะนำตนเองและการแสดงความคิดเห็น นักเรียนไม่ค่อยให้ความสนใจในการอ่านใบความรู้ เป็นต้น ผู้วิจัยได้นำปัญหาและอุปสรรคดังกล่าวมาปรับปรุง โดยการปรับใบความรู้เป็นการใช้สื่อสารสนเทศในการนำเสนอข้อมูล การเสริมแรงทางบวกเพื่อกระตุ้นและส่งเสริมให้นักเรียนกล้าแสดงความคิดเห็นมากขึ้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ โดยได้รับใบอนุญาตเลขที่ COA No. 077/2568 เมื่อวันที่ 13 มิถุนายน 2568 และให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองตลอดกระบวนการวิจัย ดังนี้ การชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอน ประโยชน์และความเสี่ยงต่างๆ การรักษาความลับของข้อมูล แนวทางการช่วยเหลือระหว่างการทำวิจัยในกรณีผู้เข้าร่วมเกิดภาวะเครียดหรือไม่สบายใจ สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ โดยไม่มีการบังคับ ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาและสิทธิที่ได้รับการดูแลตามปกติในโรงเรียน รวมทั้งได้รับการยินยอมโดยผู้ปกครองหรือผู้ดูแล ถ้าไม่ได้รับการยินยอมจะไม่นำเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ปกครองสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตามต้องการ หากกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะให้ลงลายมือชื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย ในระหว่างดำเนินการวิจัยหรือสิ้นสุดการวิจัย หากพบว่า

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเครียดหรือเกิดความไม่สบายใจจากการทำกิจกรรม ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตจะให้การดูแลเบื้องต้น แต่หากไม่ดีขึ้นจะส่งต่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมต่อไป นอกจากนี้ ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมในห้องแนะแนวของโรงเรียนที่มีความเป็นส่วนตัวและเป็นส่วนตัว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการดังนี้

1. หลังจากได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบผู้อำนวยการโรงเรียน อาจารย์ฝ่ายวิชาการ อาจารย์ฝ่ายแนะแนว และอาจารย์ประจำชั้น เพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา กลุ่มเป้าหมาย ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยรายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และทำการสุ่มตัวอย่างแบบไม่ใส่คืนเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยมีกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ระดับชั้นละ 10 คน แล้วจึงขออนุญาตผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างให้เข้าร่วมการวิจัย โดยการโทรศัพท์ชี้แจงผู้ปกครองทั้งวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เช่น การรักษาความลับ การเก็บรักษาข้อมูล แนวทางการช่วยเหลือระหว่างการทำวิจัยในกรณีอาสาสมัครเกิดภาวะเครียดหรือไม่สบายใจ และแจ้งทางหนังสือ พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองลงลายมือชื่อยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

2. กลุ่มทดลอง เมื่อสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ทำการรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ และแบบประเมินความสามารถในการจัดการความเครียด จำนวน 15 ข้อ (pre-test) ดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยนัดหมายอาสาสมัครกลุ่มทดลองเพื่อดำเนินการทดลองโดยได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน จำนวน 3 กลุ่ม กิจกรรมทั้งหมด 8 กิจกรรม ะละ 60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมเป็น 8 สัปดาห์ และมีการบ้านให้ทำในกิจกรรมที่ 1-7 ใช้เวลา 30 นาที เมื่อสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลโดยแบบประเมินความสามารถในการจัดการความเครียด (post-test) จำนวน 15 ข้อ

3. กลุ่มควบคุม เมื่อสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ทำการรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ และแบบประเมินความสามารถในการจัดการความเครียด จำนวน 15 ข้อ (pre-test) นัดหมายอาสาสมัครอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 8 ให้การดูแลตามปกติของโรงเรียน หลังจากครบ 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยแบบประเมินความสามารถในการจัดการความเครียด (post-test) จำนวน 15 ข้อ



การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi – square test, Fisher’s exact test และ Independent t-test

2.เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเผชิญความเครียดในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคม และภายหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Dependent t-test

3.เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเผชิญความเครียด ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียนที่ถูกกลั่นแกล้งรังแกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (n=60)

ลักษณะทั่วไปของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=30) จำนวน(ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=30) จำนวน (ร้อยละ)	ค่าสถิติในการ ทดสอบ	p- value
ระดับการศึกษา			.00 ^a	1.00
มัธยมศึกษาปีที่ 1	10(33.33)	10(33.33)		
มัธยมศึกษาปีที่ 2	10(33.33)	10(33.33)		
มัธยมศึกษาปีที่ 3	10(33.33)	10(33.33)		
เพศ			.00 ^a	1.00
ชาย	15 (50.00)	15 (50.00)		
หญิง	15 (50.00)	15 (50.00)		
อายุ (ปี) Mean(SD)	14 ± .83	14 ± .83	.000 ^b	1.000
ลักษณะนิสัย			7.756 ^c	.152
อ่อนไหวง่าย	15(50.00)	8(26.70)		
เอาแต่ใจตนเอง	2(6.70)	0		
หงุดหงิดไม่ไหวง่าย	5(16.70)	5(16.70)		
เรียบร้อยอยู่ในกฎระเบียบ	1 (3.30)	4 (13.30)		
มั่นใจในตนเอง/กล้าแสดงออก	4 (13.30)	5 (16.70)		
ไม่ค่อยกล้าแสดงออก	3 (10.00)	8 (26.70)		

ลักษณะทั่วไปของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=30) จำนวน(ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=30) จำนวน (ร้อยละ)	ค่าสถิติในการ ทดสอบ	p- value
บุคคลที่ปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือ			3.039 ^c	.812
บิดา	1 (3.30)	1 (3.30)		
มารดา	8 (26.70)	11 (36.70)		
ญาติ	2 (6.70)	1 (3.30)		
เพื่อน	16 (53.30)	15 (50.00)		
พี่- น้อง	3 (10.00)	1 (3.30)		
ครู/อาจารย์	0	1 (3.30)		

a=Chi-square test, b=Independent t-test, c=Fisher's Exact test

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่ ระดับการศึกษา เพศ อายุ ลักษณะนิสัย และบุคคลที่ปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเผชิญความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกกลั่นแกล้งรังแกก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเผชิญความเครียดก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลอง

ทักษะการเผชิญความเครียด	กลุ่มทดลอง (n=30)		Mean Difference	df	t	p-value
	M	SD				
ก่อนทดลอง	35.90	6.45	10.67	29	10.12	.001
หลังการทดลอง	46.57	6.71				

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเผชิญความเครียดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคม พบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=10.12$, $p<.001$)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเผชิญความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกกลั่นแกล้งรังแกก่อนและหลังทดลองในกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเผชิญความเครียดก่อนและหลังทดลองในกลุ่มควบคุม

ทักษะการเผชิญความเครียด	กลุ่มควบคุม (n=30)		Mean Difference	df	t	p- value
	M	SD				
ก่อนทดลอง	38.73	5.55	1.64	29	1.84	.076
หลังการทดลอง	40.37	7.39				



จากตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเผชิญความเครียดของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=1.84$, $p>.076$)

4.เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเผชิญความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเผชิญความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ทักษะการเผชิญความเครียด	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		df	t	P-value
	M	SD	M	SD			
ก่อนการทดลอง	35.90	6.45	38.73	5.55	58	6.56	.001
หลังการทดลอง	46.57	6.71	40.37	7.39			

จากตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเผชิญความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=6.56$, $p<.001$)

อภิปรายผล

จากการดำเนินการวิจัยโปรแกรมการเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเผชิญความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกกลั่นแกล้งรังแกหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคมมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมให้นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ถูกกลั่นแกล้งรังแกมีทักษะสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมทั้ง การเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นจัดการกับอารมณ์ (emotion-focused coping) ผ่านการเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคมด้านความตระหนักในตนเอง (self-awareness) จากกิจกรรมที่ 2 “ค้นหาตัวตน” และกิจกรรมที่ 3 “วงล้อมความรู้สึก” จะเสริมสร้างให้นักเรียนสามารถรับรู้อารมณ์ ความคิดและปฏิกิริยาของตนเองเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ถูกกลั่นแกล้งรังแกและการเห็นคุณค่าในตนเอง พร้อมทั้งส่งเสริมด้านการจัดการตนเอง (self-management) จากกิจกรรมที่ 4 “การจัดการความเครียด” และ กิจกรรมที่ 8 “มิติใหม่สร้างสรรค์” ที่ฝึกให้นักเรียนมีความเข้าใจและฝึกการจัดการอารมณ์และความเครียดจากสถานการณ์ที่ถูกกดดัน สอดคล้องกับการศึกษา¹⁶ ที่พบว่า การตระหนักในตนเองและการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์กับสภาวะอารมณ์และสุขภาพจิตที่มั่นคงมากขึ้น นอกจากนี้การเสริมสร้างให้มีทักษะสามารถเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นแก้ปัญหา (problem focused coping) จากกระบวนการทั้งด้านการเสริมสร้างทักษะการสร้างสัมพันธภาพ (relationship skill) ผ่านกิจกรรมที่ 1 “มิตรภาพและความเข้าใจ” และ กิจกรรมที่ 6 “การสื่อสารลดความขัดแย้ง” ทำให้นักเรียนมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกและสื่อสารเพื่อลดความขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์ สอดคล้องกับการศึกษา¹⁷ พบว่าความสัมพันธ์ที่ดีในกลุ่มเพื่อนยังมีความเชื่อมโยงอย่างมีนัยสำคัญต่อสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ช่วยลดระดับความเครียด

และส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการเสริมสร้างด้านการตระหนักรู้ทางสังคม (social awareness) ในกิจกรรมที่ 7 “รู้จักเลือก สร้างเพื่อนสร้างสุข” ที่ช่วยให้เข้าใจผู้ที่เผชิญปัญหาเดียวกัน พร้อมทั้งวิเคราะห์บริบทสังคมเพื่อจำแนกบุคคลที่ควรหลีกเลี่ยงหรือบุคคลที่ควรที่ควรคบหาและการขอความช่วยเหลือ บูรณาการร่วมกับด้านการตัดสินใจอย่างรับผิดชอบ (responsible decision-making) ในกิจกรรมที่ 5 “เลือกให้เป๊ะ ชีวิตก็ดี” ที่ฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์วางแผนแก้ไขปัญหารวมทั้งเลือกใช้วิธีการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา¹⁸ การส่งเสริมการคิดวิเคราะห์และวางแผนแก้ปัญหายังเป็นระบบ ส่งผลให้บุคคลมีมุมมองเชิงบวกต่ออุปสรรค พัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นแก้ปัญหา (problem-focused coping) และช่วยลดระดับความเครียดลงได้อย่างมีนัยสำคัญ

กระบวนการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคมที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างทั้งภายในและภายนอกของนักเรียน อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้นักเรียนสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ¹⁹ ที่พบว่า การเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคมมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความผูกพันทางจิตใจ พร้อมทั้งส่งเสริมให้สามารถเผชิญความเครียดและลดระดับความเครียดได้ รวมไปถึงการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณประสิทธิภาพของโปรแกรมการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคมในโรงเรียน ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการที่นักเรียนได้รับโปรแกรมการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคมในโรงเรียน มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การทำงานในโรงเรียน ทักษะทางสังคมและอารมณ์ ทักษะการรับรู้เกี่ยวกับบรรยากาศและความปลอดภัยในโรงเรียนที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ช่วยให้นักเรียนพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดในการรับมือกับวิกฤตสุขภาพจิต ลดความทุกข์ทางอารมณ์ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล และ ภาวะซึมเศร้า และสร้างสภาพแวดล้อมในโรงเรียนให้ปลอดภัยและเอื้อต่อการเรียนรู้มากขึ้น²⁰

จากผลการศึกษาสามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคมเป็นโปรแกรมที่ช่วยให้นักเรียนสามารถประเมินสถานการณ์ความเครียดได้อย่างเหมาะสม โดยองค์ประกอบทั้ง 5 ด้าน ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น กล้าแสดงออกในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มอย่างกระตือรือร้น เกิดการรับรู้คุณค่าในตนเองมากขึ้น สามารถเข้าใจอารมณ์และความเครียดของตนเองและผู้อื่น มีทักษะเลือกวิธีการเผชิญความเครียดทั้งแบบมุ่งเน้นแก้ปัญหา (problem focused coping) และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นจัดการกับอารมณ์ (emotion-focused coping) ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถตัดสินใจและรับมือกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งเกิดการตระหนักรู้ในการหลีกเลี่ยงบุคคลหรือสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการค้นหาและการขอความช่วยเหลือแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลจิตเวช ครูแนะแนว และครูประจำชั้น สามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคมไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดสำหรับนักเรียนที่ถูกกลั่นแกล้งรังแกในโรงเรียนได้



2. โรงเรียนสามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคมไปบูรณาการร่วมกับระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน โดยเฉพาะนักเรียนที่มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตหรือนักเรียนที่ถูกกลั่นแกล้งรังแก เพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการอารมณ์และการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง 1 เดือน 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของทักษะการเผชิญความเครียดและประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาว

2. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านอารมณ์และสังคมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อศึกษาบทบาทและแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่อการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดของนักเรียนที่ถูกกลั่นแกล้งรังแก

References

1. Traprasit Y, Panya S, Panurat S. Social bullying among adolescents in the society: nurse's roles in resilience quotient. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life*. 2023;3(2):72-82. (in Thai).
2. Markkanen I, Välimaa R, Kannas L. Forms of bullying and associations between school perceptions and being bullied among Finnish secondary school students aged 13 and 15. *Int Journal of Bullying Prevention*. 2021;3:24-33. doi: 10.1007/s42380-019-00058-y.
3. Laisuwannachart P, Suteeprasert T, Bunsiriluck S. Factors predicting cyberbullying perpetration and victimization among students in central Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2022;30(2):100-113. (in Thai).
4. Department of Health Service Support. HSS reveals survey results on bullying behaviors, finding more than 1 in 4 Thai children at risk of self-harm [Internet]. 2025 [cited 2025 Sep 24]. Available from: <https://prgroup.hss.moph.go.th/info/news/4488>. (in Thai).
5. Kumar VL, Goldstein MA. Cyberbullying and adolescents. *Curr Pediatr Rep*. 2020;8(3):86-92. doi: 10.1007/s40124-020-00217-6.
6. Nuñez-Fadda SM, Castro-Castañeda R, Vargas-Jiménez E, Musitu-Ochoa G, Callejas-Jerónimo JE. Impact of bullying—victimization and gender on psychological distress, suicidal ideation, and family functioning of Mexican adolescents. *Children(Basel)*. 2022;9(5):747. doi: 10.3390/children9050747.
7. Li T, Chen B, Li Q, Wu X, Li Y, Zhen R. Association between bullying victimization and post-traumatic stress disorders among Chinese adolescents: a multiple mediation model. *BMC Psychiatry*. 2023;23:758. doi: 10.1186/s12888-023-05212-x.
8. Soimah, Hamid AYS, Daulima NHC. Family's support for adolescent victims of bullying. *Enferm. Clin*. 2019;29(Supplement 2) :747-51. doi: 10.1016/j.enfcli.2019.04.113.
9. Zochowski MC. Resilience and the mental health of bullying victims: the role of peer relationships on the relation between bullying victimization and social anxiety [internet] [dissertation]. Las Vegas: University of Nevada, Las Vegas; 2020. [cited 2024 Sep 24]. Available from: <http://dx.doi.org/10.34917/22110105>.

10. Folkman S. Stress: appraisal and coping. In: Gellman MD, editor. Encyclopedia of behavioral medicine [internet]. 2nd ed. Cham: Springer; 2020 [cited 2024 Sep 24]. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-030-39903-0_215.
11. Weissberg RP, Durlak JA, Domitrovich CE, Gullotta TP. Social and emotional learning: past, present, and future. In: Durlak JA, Domitrovich CE, Weissberg RP, Gullotta TP, editors. Handbook of social and emotional learning: research and practice [Internet]. New York: Guilford Press; 2015 [cited 2026 Jun 24]. Available from: https://books.google.co.th/books?id=WcSzCwAAQBAJ&printsec=copyright&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false.
12. Dowling K, Simpkin A, Barry MM. A cluster randomized-controlled trial of the Mind Out social and emotional learning program for disadvantaged post-primary school students. *J Youth Adolesc*. 2019;48(7):1245–1263. doi: 10.1007/s10964-019-00987-3.
13. Teerawattanaprasit N. Effects of physical activity program by applying social and emotional learning to promote mental health and social well-being of lower secondary school students [Master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2020. doi:10.58837/CHULA.THE.2020.1277. (in Thai).
14. Saykaew T. The development of coping stress management program by experimental learning and enhance life skill for public health students. [dissertation]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2018. (in Thai).
15. Chaksomsak N. Development of university students' happiness enhancement program applying social and emotional learning theory with roy's adaptation theory [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2019. doi:10.58837/CHULA.THE.2019.1423. (in Thai).
16. Jin RJ, Songsienchai S, Yang F. The impact of social-emotional learning (SEL) on the mental health and well-being of students at Henan University. *Int. J. Educ. Lit. Stud*. 2025;13(2): 666–74. doi:10.7575/aiac.ijels.v.13n2p.666.
17. Juliyanti J. Relationship between peer relationships and mental health among high school adolescents. *Open Access Health Scientific Journal*. 2025;6(1):48–53. doi: 10.55700/oahsj.v6i1.65.
18. Apichaiwissarutkul S, Skulphan S, Wannachaiyakul S. Effect of the problem-solving skill enhancement program on stress of nursing students. *Journal of Nursing and Health Science Research*. 2025;17(2):1–23. (in Thai).
19. Lee J, Yoo JW. The effectiveness of social-emotional learning (SEL) programs on adolescents' mental well-being: A systematic review. *Int. J. Res. Stud. Med. Health Sci*. 2025;9(1):1–6. doi:10.62557/2456-6373.090101.
20. Cipriano C, Ha C, Wood M, Sehgal K, Ahmad E, McCarthy MF. A systematic review and meta-analysis of the effects of universal school-based social and emotional learning (SEL) programs in the United States: Considerations for marginalized students. *Soc. Emot. Learn. Res. Pract Policy*. 2024;3:100029. doi: 10.1016/j.sel.2024.100029.



นวัตกรรมการพัฒนาศักยภาพเพื่อเกื้อกูลบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม: ภูมิปัญญาสุขภาพผู้สูงอายุ

The Innovation of Knowledge Development for Support of Transcultural Nursing Services: Elderly Health Wisdom

ลัดดาวัลย์ พุทธรักษา¹, จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส², สาวิตรี หลักทอง²

Laddawan Puttaruksa¹, Chinjuta Chaisena Dallas², Sawitree Lakthong²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ²คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันปัญญาภิวัฒน์

¹ Faculty of Nursing, Burapha university ² Faculty of Nursing, Panyapiwat Institute

Corresponding author: Laddawan Puttaruksa; Email: laddawanp2550@gmail.com, laddawan@buu.ac.th

Received: March 15, 2026 Revised: May 30, 2026 Accepted: July 24, 2026

บทคัดย่อ

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความซับซ้อนทั้งด้านความเชื่อ วิถีชีวิต และความคาดหวังต่อบริการสุขภาพ การวิจัยแบบผสมผสานครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพและนวัตกรรมที่เกื้อกูลการให้บริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมสำหรับผู้สูงอายุ การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ และองค์ความรู้จากพยาบาลวิชาชีพเกษียณอายุ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุ 440 คน พยาบาลวิชาชีพ 410 คน และพยาบาลวิชาชีพเกษียณอายุ 60 คน ในจังหวัดชลบุรี ฉะเชิงเทรา และระยอง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์แก่นสาร ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้นวัตกรรมองค์ความรู้กับพยาบาลวิชาชีพ 40 คน โดยประเมินสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมและประสิทธิภาพของนวัตกรรม ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการดูแลสุขภาพที่คำนึงถึงวัฒนธรรมในระดับมากที่สุด และพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้ความต้องการดังกล่าวในระดับมากที่สุดเช่นกัน ขณะที่พยาบาลวิชาชีพเกษียณอายุระบุว่า อายุ ศาสนา อาชีพ พฤติกรรมสุขภาพ อาหาร และความเชื่อ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการสังเคราะห์นำไปสู่การพัฒนาศักยภาพเพื่อเกื้อกูลบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ซึ่งครอบคลุมองค์ความรู้ทางวัฒนธรรม ความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม และทักษะการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม และถูกพัฒนาเป็นนวัตกรรมเว็บแอปพลิเคชันที่ประกอบด้วยฐานข้อมูลการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม คลังองค์ความรู้ และระบบจัดเก็บข้อมูลผู้รับบริการ ผลการทดลองใช้พบว่าสมรรถนะด้านความรู้ ความตระหนักรู้ และทักษะของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{39}=8.445$, $p<.001$) และนวัตกรรมมีประสิทธิภาพในระดับมากที่สุด สะท้อนศักยภาพของการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในสังคมพหุวัฒนธรรมอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม; การวิจัยแบบผสมผสาน; นวัตกรรมสุขภาพ; ผู้สูงอายุ;
สมรรถนะทางวัฒนธรรม

The Innovation of Knowledge Development for Support of Transcultural Nursing Services: Elderly Health Wisdom

Laddawan Puttaruksa¹, Chinjuta Chaisena Dallas², Sawitree Lakthong²

¹Faculty of Nursing, Burapha University, ²Faculty of Nursing, Panyapiwat Institute

Corresponding author: Laddawan Puttaruksa; Email: laddawanp2550@gmail.com, laddawan@buu.ac.th

Received: March 15, 2026 Revised: May 30, 2026 Accepted: July 24, 2026

Abstract

Healthcare provision for older adults is complex, as it involves beliefs, lifestyles, and expectations for healthcare services. This mixed-methods research aimed to develop a knowledge base and an innovation to support transcultural nursing services for older adults. The study was conducted in two phases. Phase 1 explored older adults' culturally related healthcare needs, professional nurses' perceptions of these needs, and cultural knowledge and skills among retired professional nurses. The participants included 440 older adults, 410 professional nurses, and 60 retired professional nurses from Chonburi, Chachoengsao, and Rayong provinces. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while qualitative data were analyzed through thematic analysis. Phase 2 involved the development and pilot implementation of a knowledge-based innovation among 40 professional nurses. The findings revealed that older adults reported the highest level of culturally congruent healthcare needs overall, while professional nurses similarly perceived a high level of these needs. Retired professional nurses identified age, religion, occupation, health behaviors, dietary practices, and health beliefs as key factors influencing older adults' health. The synthesized findings led to the development of the knowledge supporting transcultural nursing services, encompassing cultural knowledge, cultural awareness, and culturally congruent care skills. This knowledge was subsequently transformed into a web-based application consisting of a transcultural nursing database, a knowledge repository, and a client information management system. Following implementation, nurses' knowledge, cultural awareness, and care skills improved significantly ($t_{39}=8.445$, $p<.001$), and the innovation was evaluated as highly efficient. These findings demonstrate the potential of digital technology to strengthen transcultural nursing practice and enhance the quality of care for older adults in multicultural societies.

Keywords: cultural competence; health innovation; mixed methods research; older adults; transcultural nursing



ความเป็นมาและความสำคัญ

โครงสร้างประชากรโลกและประเทศไทยกำลังเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว อันเป็นผลจากอัตราการเกิดที่ลดลงและความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น องค์การอนามัยโลกชี้ว่าการสูงวัยของประชากรเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ และระบบสุขภาพของทุกประเทศ¹ สำหรับประเทศไทย ได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์และกำลังเผชิญความท้าทายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและระบบดูแลระยะยาวให้รองรับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง²⁻³ การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุส่งผลให้ปัญหาสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้น ทั้งจากความเสื่อมถอยตามวัย การมีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน ภาวะเปราะบาง และภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม¹ ขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุยังดำรงชีวิตอยู่ท่ามกลางความหลากหลายทางวัฒนธรรมด้านภาษา ความเชื่อ ศาสนา ค่านิยม และวิถีชีวิต ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้สุขภาพ การดูแลตนเอง การยอมรับการรักษา และการใช้บริการสุขภาพ หากไม่สามารถปรับตัวต่อบริบทดังกล่าวได้ อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาว¹⁻³

ในบริบทของเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว หน่วยบริการสุขภาพต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางภาษา ความเชื่อ ศาสนา และวิถีวัฒนธรรม การศึกษาในพื้นที่พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการด้านสุขภาพและความคาดหวังต่อการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทชีวิตจริง⁴ ความแตกต่างทางวัฒนธรรมดังกล่าวส่งผลต่อการดูแลตนเอง การตัดสินใจใช้บริการสุขภาพ และการสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ ขณะเดียวกันอาจส่งผลต่อการประเมินปัญหา การวางแผนการพยาบาล และการสร้างสัมพันธภาพในการดูแลของพยาบาล หากขาดความเข้าใจในบริบททางวัฒนธรรม อาจทำให้การดูแลไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและลดประสิทธิภาพของการดูแล^{1,4} แนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมจึงมีบทบาทสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุในสังคมพหุวัฒนธรรม โดย Leininger อธิบายว่าการพยาบาลที่มีคุณภาพควรตั้งอยู่บนความเข้าใจในค่านิยม ความเชื่อ วิถีชีวิต และวัฒนธรรมของผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทของบุคคล⁵ ขณะเดียวกัน การพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของพยาบาล ทั้งด้านการประเมิน การสื่อสาร และการวางแผนการดูแลที่เคารพความแตกต่างของผู้รับบริการ สามารถช่วยลดความเหลื่อมล้ำและส่งเสริมคุณภาพบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁴⁻⁵

อย่างไรก็ตาม แม้แนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมจะได้รับการยอมรับในระดับสากล แต่ในบริบทการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย โดยเฉพาะพื้นที่ EEC ยังพบช่องว่างด้านองค์ความรู้และการประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติ งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นการอธิบายแนวคิดหรือสมรรถนะทางวัฒนธรรมของพยาบาล ในภาพรวม แต่ยังขาดองค์ความรู้เชิงประจักษ์ที่บูรณาการความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ และภูมิปัญญาสุขภาพจากพยาบาลวิชาชีพเกษียณอายุ ซึ่งเป็นทั้งความรู้ชัดแจ้งและความรู้ฝังลึกที่มีคุณค่าต่อการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ⁴ นอกจากนี้ แผนกลยุทธ์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ของประเทศไทยยังสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อรองรับระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว⁶

เมื่อพิจารณาจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ายังขาดองค์ความรู้เชิงบูรณาการที่เชื่อมโยงความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในมิติทางวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิต เข้ากับการรับรู้ของ

พยาบาลวิชาชีพและภูมิปัญญาของพยาบาลวิชาชีพเกษียณอายุ ตลอดจนยังขาดนวัตกรรมฐานความรู้ที่สามารถรวบรวม ถ่ายทอด และประยุกต์ใช้องค์ความรู้ดังกล่าวเพื่อสนับสนุนบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในบริบทของ EEC ดังนั้น ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยเกี่ยวกับ “นวัตกรรมการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อเกื้อกูลบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม: ภูมิปัญญาสุขภาพผู้สูงอายุ” เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ และองค์ความรู้จากพยาบาลวิชาชีพเกษียณอายุ ก่อนนำมาสังเคราะห์และพัฒนาเป็นนวัตกรรมฐานความรู้ที่สนับสนุนการวางแผนและการให้บริการพยาบาลที่คำนึงถึงมิติทางวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการพยาบาล ลดความเหลื่อมล้ำในการดูแล และส่งเสริมระบบบริการสุขภาพให้ตอบสนองต่อสังคมสูงวัยได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน³⁻⁶

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการการดูแลสุขภาพ องค์ความรู้ทางวัฒนธรรม ทักษะทางวัฒนธรรม และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม จากมุมมองของผู้สูงอายุ พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลวิชาชีพเกษียณอายุ เพื่อนำไปพัฒนานวัตกรรมฐานความรู้สำหรับสนับสนุนบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมในการดูแลผู้สูงอายุ
2. เพื่อพัฒนานวัตกรรมการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อเกื้อกูลบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม: ภูมิปัญญาสุขภาพผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาผลการทดลองใช้นวัตกรรมการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อเกื้อกูลบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมต่อสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสองระยะ (two-phase study) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) แบบ sequential exploratory design เพื่อศึกษา สังเคราะห์ และพัฒนานวัตกรรมฐานความรู้ด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมสำหรับผู้สูงอายุ แบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาและสังเคราะห์องค์ความรู้ภูมิปัญญาสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อเกื้อกูลบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และระยะที่ 2 การพัฒนาและทดลองใช้นวัตกรรมฐานความรู้เพื่อสนับสนุนบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมสำหรับผู้สูงอายุ

ระยะที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิต รวมทั้งศึกษาการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลผู้สูงอายุในบริบททางวัฒนธรรม ตลอดจนรวบรวมองค์ความรู้ ภูมิปัญญาสุขภาพ และทักษะทางวัฒนธรรมในการดูแลผู้สูงอายุจากพยาบาลวิชาชีพเกษียณอายุที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์เป็นองค์ความรู้พื้นฐานและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุเชิงวัฒนธรรมสำหรับใช้ในการพัฒนานวัตกรรมฐานความรู้

ระยะที่ 2 นำผลการศึกษาจากระยะที่ 1 มาพัฒนาเป็นนวัตกรรมฐานความรู้เรื่อง “การพัฒน่องค์ความรู้เพื่อเกื้อกูลบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม: ภูมิปัญญาสุขภาพผู้สูงอายุ” ในรูปแบบ Web Application ซึ่งเป็นระบบฐานข้อมูลองค์ความรู้ด้านภูมิปัญญาสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุเชิงวัฒนธรรม และแนวทางการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม เพื่อใช้สนับสนุนการวางแผน การตัดสินใจ และการให้บริการพยาบาลสำหรับพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสุขภาพที่ดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นนำระบบไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพเพื่อประเมินประสิทธิภาพ ความเหมาะสม และประโยชน์ของนวัตกรรมต่อการให้บริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมสำหรับผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การศึกษาและสังเคราะห์องค์ความรู้ภูมิปัญญาสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อเกื้อกูลบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม แบ่งการศึกษาเป็น 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) ประชากรคือผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและอาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรี ฉะเชิงเทรา และระยอง จำนวน 491,744 คน² ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยสูตร Taro Yamane¹¹ ที่ระดับความคลาดเคลื่อน .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 400 คน และเพิ่มอีกร้อยละ 10.00 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล รวมทั้งสิ้น 440 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี stratified random sampling ตามจังหวัด อำเภอ และตำบล ก่อนสุ่มอย่างง่ายในแต่ละพื้นที่ เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในพื้นที่ศึกษา สามารถสื่อสารและตอบแบบสอบถามได้ และยินยอมเข้าร่วม การวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยหรือข้อจำกัดที่ไม่สามารถให้ข้อมูลหรือไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาการรับรู้ความต้องการการดูแลสุขภาพทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการสูงอายุในมุมมองของพยาบาลวิชาชีพ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ประชากรคือพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดชลบุรี ฉะเชิงเทรา และระยอง จำนวน 5,425 คน¹²

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยสูตร Taro Yamane¹¹ ที่ระดับความคลาดเคลื่อน .05 ได้ 373 คน และเพิ่มอีกร้อยละ 10.00 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล รวมเป็น 410 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Stratified Random Sampling ตามจังหวัดและโรงพยาบาล ก่อนสุ่มอย่างง่ายในแต่ละหน่วยบริการ เหนือที่คัดเข้าได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐในพื้นที่ศึกษาและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่มีข้อจำกัดด้านสุขภาพหรือไม่สามารถให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน

ขั้นตอนที่ 3 การศึกษามุมมองของพยาบาลวิชาชีพเกษียณอายุเกี่ยวกับองค์ความรู้และทักษะทางวัฒนธรรมในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ประชากรคือพยาบาลวิชาชีพเกษียณอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบ purposive sampling จำนวน 60 คน (จังหวัดละ 20 คน) โดยอ้างอิงแนวทางการกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกของ Creswell¹³ เหนือที่คัดเข้า ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพเกษียณอายุที่เคยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐ มีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุ และอาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรี ฉะเชิงเทรา หรือระยอง ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่มีข้อจำกัดด้านสุขภาพที่ไม่สามารถให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึกได้

ระยะที่ 2 การพัฒนาและทดลองใช้นวัตกรรมฐานความรู้เพื่อสนับสนุนบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมสำหรับผู้สูงอายุ

ประชากรคือพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุและผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรมในโรงพยาบาลของรัฐ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบ Purposive Sampling จำนวน 40 คน จากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสูงอายุของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี และโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา (โรงพยาบาลละ 20 คน) เพื่อทดลองใช้และประเมินประสิทธิภาพของนวัตกรรม เหนือที่คัดเข้า ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุและผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่กำหนด และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทดลองหรือให้ข้อมูลประเมินผลได้

วิธีดำเนินการวิจัย และกระบวนการเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาและสังเคราะห์องค์ความรู้ภูมิปัญญาสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อเกื้อกูลบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

การศึกษาระยะที่ 1 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (2) การศึกษาการรับรู้ความต้องการการดูแลสุขภาพทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการสูงอายุในมุมมองของพยาบาลวิชาชีพ และ (3) การศึกษามุมมองของพยาบาลวิชาชีพเกษียณอายุเกี่ยวกับองค์ความรู้และทักษะทางวัฒนธรรมในการดูแลผู้สูงอายุ เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณเป็นแบบสอบถามมาตรฐานค่า (rating scale) ที่พัฒนาจากกรอบแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Leininger และแนวคิดของ Giger และ Davidhizar ซึ่งเน้นการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของผู้รับบริการ⁹⁻¹⁰ ร่วมกับแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพตามวัฒนธรรมในบริบทประเทศไทย⁴

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยแบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป 8 ข้อ และข้อคำถามเกี่ยวกับความต้องการการดูแลสุขภาพ 44 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับน้อยที่สุดถึงมากที่สุด โดยคะแนนรวมสูงแสดงถึงระดับความต้องการการดูแลสุขภาพโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตในระดับสูง



ส่วนแบบสอบถามสำหรับพยาบาลวิชาชีพประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป 5 ข้อ และข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความต้องการการดูแลสุขภาพทางวัฒนธรรม 53 ข้อ ใช้เวลาตอบประมาณ 60 นาที¹³ โดยคะแนนรวมสูงสะท้อนระดับการรับรู้และความเข้าใจต่อความต้องการการดูแลสุขภาพทางวัฒนธรรมของผู้สูงอายุในระดับสูง ทั้งนี้ แบบสอบถามดังกล่าวผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและงานวิจัยที่ผ่านมา รวมทั้งได้ขออนุญาตใช้และประยุกต์แนวคิดจากแหล่งต้นฉบับที่เกี่ยวข้องก่อนนำมาพัฒนาเป็นเครื่องมือวิจัย สำหรับพยาบาลวิชาชีพเกษียณอายุใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง โดยครอบคลุม 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ ปัจจัยทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อสุขภาพ องค์ความรู้ทางวัฒนธรรมที่สำคัญสำหรับพยาบาล แนวทางพัฒนาความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม และแนวทางพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุ^{10-11,13}

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนนำเครื่องมือไปใช้ ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) อยู่ระหว่าง .958–.968 และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .842 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน¹³ การเก็บข้อมูลดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้เข้าร่วมให้ความยินยอมก่อนการเก็บข้อมูล¹⁴

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาแบบวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ (thematic analysis) ตามแนวทางของ Braun และ Clarke¹⁵ โดยดำเนินการจัดหมวดหมู่ข้อมูล รหัสข้อมูล และสังเคราะห์เป็นประเด็นหลัก (themes) และประเด็นย่อย (sub-themes) พร้อมตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) ด้วย peer debriefing และ member checking ก่อนสังเคราะห์เป็นประเด็นหลักและประเด็นย่อยเพื่อใช้ในการพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุในบริบทข้ามวัฒนธรรม^{13,15}

ระยะที่ 2 การพัฒนาและทดลองใช้นวัตกรรมฐานความรู้เพื่อสนับสนุนบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมสำหรับผู้สูงอายุ

การวิจัยระยะที่ 2 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การพัฒนาองค์ความรู้ การพัฒนานวัตกรรม และการทดลองใช้นวัตกรรม โดยนำผลการศึกษาจากระยะที่ 1 มาสังเคราะห์เป็นองค์ความรู้ด้านภูมิปัญญาสุขภาพผู้สูงอายุ ผ่านกระบวนการจัดหมวดหมู่ข้อมูล การวิเคราะห์และเปรียบเทียบประเด็นร่วมจากข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ รวมทั้งการสังเคราะห์ประเด็นหลัก (themes) และประเด็นย่อย (sub-themes) ครอบคลุมปัจจัยทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อสุขภาพ องค์ความรู้ทางวัฒนธรรมสำหรับพยาบาล การพัฒนาความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม และแนวทางพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุในบริบทข้ามวัฒนธรรม⁹⁻¹⁰

องค์ความรู้ดังกล่าวถูกพัฒนาเป็นนวัตกรรมการเรียนรู้ในรูปแบบ หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (e-book) และ เว็บแอปพลิเคชัน (web application) เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ การประเมินความต้องการการดูแลสุขภาพทางวัฒนธรรม และการประยุกต์ใช้ในบริการพยาบาลจริง^{5,13} เครื่องมือประเมินผลประกอบด้วยแบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมและแบบประเมินประสิทธิภาพนวัตกรรม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน¹³

การเก็บข้อมูลดำเนินการกับพยาบาลวิชาชีพอาสาสมัครจำนวน 40 คน จากโรงพยาบาล 2 แห่ง โดยให้ผู้เข้าร่วมศึกษาเนื้อหาจาก e-book และใช้งาน web application เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ก่อนตอบแบบประเมินดังกล่าว การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design) โดยไม่มีกลุ่มควบคุม การวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 1) มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่รับรอง HS116/2565 ลงวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2565 2) โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี เลขที่รับรอง 1/2565 ลงวันที่ 25 มีนาคม 2565 และ 3) โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา เลขที่รับรอง BSH-IRB 011/2565 ลงวันที่ 29 เมษายน 2565 และดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับอนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้ t-test เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลองใช้นวัตกรรม ภายหลังการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ (test assumptions) ได้แก่ การกระจายตัวแบบปกติของข้อมูลและความเหมาะสมของข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ด้วยสถิติพารามетริก เพื่อนำไปประเมินประสิทธิผล ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (feasibility) ในบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมสำหรับผู้สูงอายุ^{13,16} อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากการทดลองในกลุ่มเดียวและไม่มีกลุ่มควบคุม รวมทั้งมีระยะเวลาทดลองใช้เพียง 2 สัปดาห์ จึงอาจไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นผลจากนวัตกรรมโดยตรง เนื่องจากอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่น เช่น Hawthorne effect หรือการเรียนรู้ตามธรรมชาติของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสองระยะ (two-phase study) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) แบบ sequential exploratory design โดยรายงานผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังรายละเอียดผลการวิจัยนำเสนอในลำดับต่อไป

ระยะที่ 1 การศึกษาและสังเคราะห์องค์ความรู้ภูมิปัญญาสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อเกื้อกูลบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

ขั้นตอนที่ 1 ผลการการศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 212 คน (48.2%) รองลงมาคือจังหวัดระยอง จำนวน 115 คน (26.1%) และจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 113 คน (25.7%) ดังรายละเอียดข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ (n=440)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศหญิง	316	71.8
อายุ 64.3–72.5 ปี (ค่าเฉลี่ย 69.2 ปี)	177	40.2
เชื้อชาติไทย	440	100.0
สัญชาติไทย	440	100.0
ศาสนาพุทธ	362	82.3
อาศัยพ่อบ้าน/แม่บ้าน	225	51.1
การศึกษาระดับประถมศึกษาตอนปลาย	285	64.8
เคยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล 1–5 ครั้ง	343	78.0
โรคความดันโลหิตสูง*	201	45.68
โรคเบาหวาน*	106	24.09
โรคไขมันในเลือดสูง*	105	23.86

หมายเหตุ: *ผู้สูงอายุ 1 คน อาจมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค จึงทำให้ผลรวมของร้อยละมากกว่า 100

ผลการวิจัยสะท้อนว่าผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตในระดับมากที่สุดทุกด้าน จึงนำผลการศึกษามาสังเคราะห์เป็นองค์ความรู้เพื่อเกื้อกูลบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม: ภูมิปัญญาสุขภาพผู้สูงอายุ ครอบคลุม 4 มิติสำคัญ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และอัตลักษณ์ ทางวัฒนธรรม วิถีชีวิตและภูมิปัญญาสุขภาพ ความเชื่อและค่านิยมทางสังคมวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมทางครอบครัวและชุมชน องค์ความรู้ดังกล่าวได้รับการพัฒนาเป็นแนวทางการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมและฐานข้อมูลภูมิปัญญาสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนการประเมิน การวางแผน และการตัดสินใจทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุในพื้นที่ EEC และสังคมพหุวัฒนธรรมของประเทศไทย รวมทั้งเป็นพื้นฐานในการพัฒนา Web Application เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ ดังรายละเอียดระดับความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิต ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิต (n=440)

ปัจจัย	M	SD	ระดับ
ด้านข้อมูลส่วนบุคคล	70.75	11.44	มากที่สุด
ด้านพฤติกรรมกรดำเนินชีวิตของผู้รับบริการ	48.54	7.23	มากที่สุด
ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตของผู้รับบริการ	48.60	8.07	มากที่สุด
ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการ	26.01	4.48	มากที่สุด
ภาพรวม	194.10	28.61	มากที่สุด

ขั้นตอนที่ 2 ผลการศึกษาการรับรู้ความต้องการการดูแลสุขภาพทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการสูงอายุในมุมมองของพยาบาลวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดชลบุรี จะเชิงเตรา และระยอง จำนวน 410 คน ผลการศึกษพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาจากจังหวัดชลบุรี จำนวน 185 คน

(45.12%) รองลงมาคือจังหวัดฉะเชิงเทรา 123 คน (30%) และจังหวัดระยอง 102 คน (24.88%)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 37.99 ปี ($SD=9.90$) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานพยาบาลเฉลี่ย 15.68 ปี ($SD=9.61$) และมีประสบการณ์ดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมเฉลี่ย 13.16 ปี ($SD=8.81$) สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมการศึกษามีประสบการณ์ในการดูแลผู้รับบริการสูงอายุและผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมในระดับหนึ่ง

ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้ความต้องการการดูแลสุขภาพทางวัฒนธรรมของผู้สูงอายุในระดับมากที่สุดทั้งภาพรวมและรายด้าน โดยเฉพาะด้านข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ ($M=143.30$) รองลงมาคือด้านพฤติกรรม การดำเนินชีวิต ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิต และด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ (ดังแสดงในตารางที่ 3) สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยทางวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ข้อมูลดังกล่าวจึงถูกนำมาสังเคราะห์เป็นองค์ความรู้เพื่อเกื้อกูลบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม โดยครอบคลุมการประเมินอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ การรวบรวมภูมิปัญญาสุขภาพและการดูแลตนเอง การพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความเชื่อ ตลอดจนการบูรณาการบทบาทของครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ องค์ความรู้ที่ได้สามารถพัฒนาเป็นฐานข้อมูล คลังภูมิปัญญาสุขภาพ แนวปฏิบัติบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และนวัตกรรมดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางการพยาบาล อันจะนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมสำหรับผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ EEC และสังคมพหุวัฒนธรรมของประเทศไทย

ตารางที่ 3 แสดงระดับการรับรู้ความต้องการการดูแลสุขภาพทางวัฒนธรรมของผู้สูงอายุในมุมมองพยาบาลวิชาชีพ ($n=410$)

ปัจจัย	M	SD	ระดับ
ด้านข้อมูลส่วนบุคคล	143.30	15.65	มากที่สุด
ด้านพฤติกรรม การดำเนินชีวิตของผู้รับบริการ	52.56	5.95	มากที่สุด
ด้านการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตของผู้รับบริการ	52.46	5.80	มากที่สุด
ด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการ	26.02	3.74	มากที่สุด
ภาพรวม	274.34	29.25	มากที่สุด

ตอนที่ 3 ผลการศึกษามุมมองของพยาบาลวิชาชีพเกษียณอายุเกี่ยวกับองค์ความรู้และทักษะทางวัฒนธรรมในการดูแลผู้สูงอายุ

การศึกษานี้ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลวิชาชีพเกษียณอายุจำนวน 60 คน ปัจจุบันอาศัยอยู่ในจังหวัดฉะเชิงเทรา ชลบุรี และระยอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธี thematic analysis ผลการวิเคราะห์พบประเด็นสำคัญ 4 themes ได้แก่ (1) ปัจจัยทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (2) องค์ความรู้ทางวัฒนธรรมที่สำคัญสำหรับพยาบาล (3) แนวทางการพัฒนาความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม และ (4) แนวทางการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบ 4 ประเด็นย่อย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรม การดำเนินชีวิต การดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิต และสิ่งแวดล้อมทางสังคม



ซึ่งมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพและความคาดหวังต่อบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าอายุ ศาสนา อาชีพ และประสบการณ์ชีวิตส่งผลต่อความต้องการด้านจิตใจและพฤติกรรมสุขภาพ เช่น “ยังมีอายุมากขึ้นส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านจิตใจร่วมด้วย ต้องการความเข้าใจจากผู้ดูแล” (Aging: A39) รวมทั้งความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาแบบดั้งเดิมและบริบทครอบครัวที่อาจส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น “ถ้าหมอแนะนำอะไรแล้วขัดกับความเชื่อของเขา เขาก็จะไม่ทำ” (A57)

ด้านองค์ความรู้ทางวัฒนธรรมที่สำคัญสำหรับพยาบาล พบ 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ ความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลและการดูแลผู้สูงอายุ และความรู้ด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าพยาบาลควรมีความรู้และทักษะที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงความสามารถในการสื่อสารและการรับฟังอย่างเข้าใจ เช่น “ต้องมีการเตรียมความพร้อมด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ” และ “พยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุจะต้องพัฒนาทักษะในการฟังที่ดี” (A1) นอกจากนี้ พยาบาลควรเข้าใจความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ เพื่อให้การดูแลสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม เช่น “ผู้รับบริการอิสลามบางคนไม่ยอมรับเลือดของคนอื่นเพราะผิดหลักศาสนา” (A14)

สำหรับแนวทางการพัฒนาความตระหนักรู้และทักษะทางวัฒนธรรมในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าพยาบาลควรพัฒนาศักยภาพในด้านการสื่อสารกับผู้สูงอายุ การเข้าใจความเชื่อของผู้รับบริการ การตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงตามวัย และการดูแลแบบองค์รวม แนวทางสำคัญประกอบด้วย การอบรมเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ การพัฒนาทักษะภาษาและการสื่อสาร การเสริมทักษะการดูแลเฉพาะด้าน และการให้ความสำคัญกับมิติด้านจิตใจควบคู่กับการดูแลทางกาย เช่น “พยาบาลต้องรู้จักรับฟังและค่อย ๆ อธิบายให้ผู้สูงอายุเข้าใจ” (A47) และ “การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมนึกถึงด้านจิตใจควบคู่ไปกับร่างกาย” (A21) ซึ่งสะท้อนความสำคัญของการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมกับบริบทสังคมและวัฒนธรรม

ผลการศึกษสามารถสังเคราะห์เป็นองค์ความรู้เพื่อเกื้อกูลบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม: ภูมิปัญญาสุขภาพผู้สูงอายุ โดยสะท้อนว่าภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลจาก 4 มิติสำคัญ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดำเนินชีวิต การดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิต และสิ่งแวดล้อมทางสังคม ซึ่งเชื่อมโยงกับความเชื่อ ค่านิยม ศาสนา และประสบการณ์ชีวิต องค์ความรู้ที่ได้ครอบคลุมการประเมินบริบททางวัฒนธรรม ความเข้าใจภูมิปัญญาและความเชื่อด้านสุขภาพ ตลอดจนบทบาทของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังชี้ว่าพยาบาลควรมีความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุและการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ควบคู่กับทักษะการสื่อสาร การรับฟัง และการดูแลแบบองค์รวม เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม องค์ความรู้ดังกล่าวสามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทางการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม หลักสูตรเสริมสร้างสมรรถนะทางวัฒนธรรม และนวัตกรรมฐานความรู้เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาลในสังคมสูงวัย พหุวัฒนธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

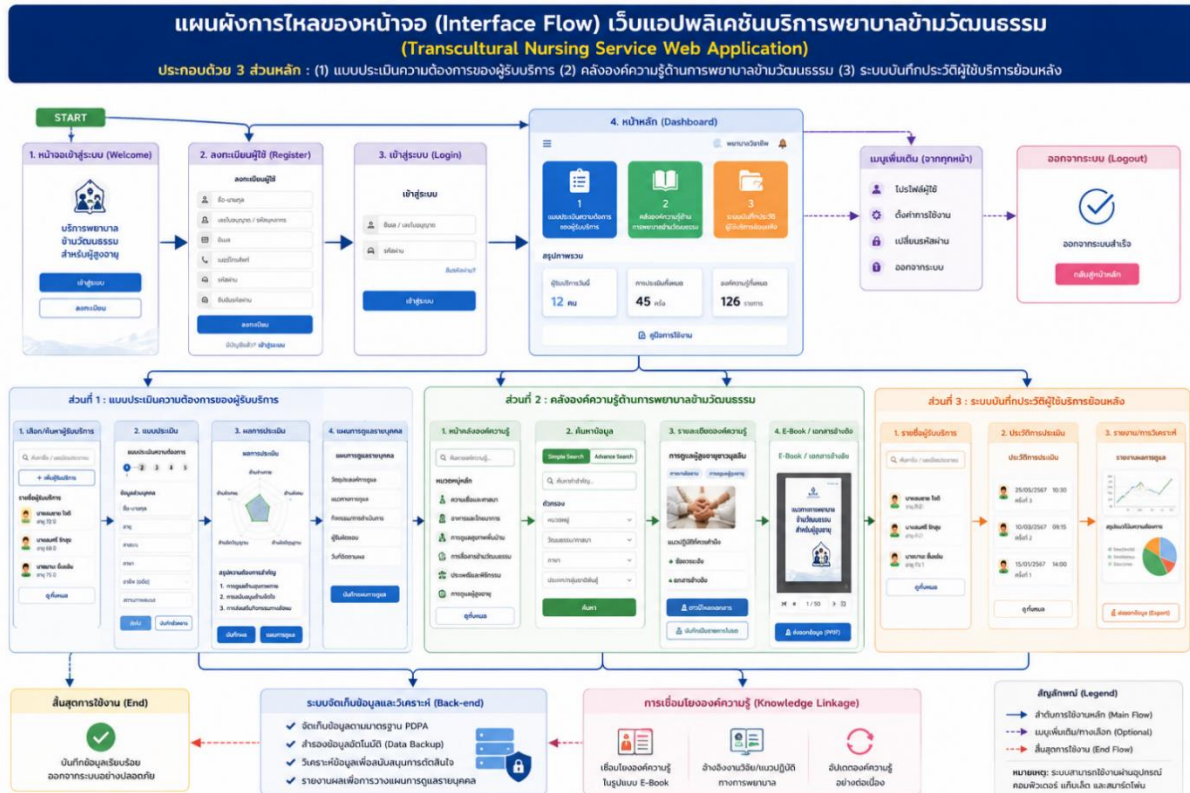
ระยะที่ 2 รายงานผลการพัฒนาและทดลองใช้นวัตกรรมฐานความรู้เพื่อสนับสนุนบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมสำหรับผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยระยะที่ 2 พบว่าสามารถสังเคราะห์ผลการศึกษาในระยะที่ 1 และพัฒนาเป็น “องค์ความรู้เพื่อเกื้อกูลบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม: ภูมิปัญญาสุขภาพผู้สูงอายุ” ได้อย่างเป็นระบบ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงการพัฒนาศักยภาพความรู้เพื่อเกื้อกูลบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม: ภูมิปัญญาสุขภาพผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยนำองค์ความรู้ดังกล่าวมาพัฒนาเป็นนวัตกรรมบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมในรูปแบบเว็บแอปพลิเคชัน (Web Application) ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แผนผังการไหลของหน้าจอเว็บแอปพลิเคชันบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม



โดยสรุป ผลการวิจัยระยะที่ 2 แสดงให้เห็นว่าสามารถแปลงองค์ความรู้จากงานวิจัยสู่การใช้งานจริงผ่านนวัตกรรมเว็บแอปพลิเคชัน ซึ่งช่วยสนับสนุนการประเมิน วิเคราะห์ และออกแบบบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมสำหรับผู้สูงอายุได้อย่างเป็นระบบ และมีศักยภาพในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับบริบทความเชื่อและวัฒนธรรมของผู้รับบริการอย่างเป็นรูปธรรม

ตอนที่ 4 ผลการใช้นวัตกรรมการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อเกื้อกูลบริการข้ามวัฒนธรรม: ภูมิปัญญาสุขภาพผู้สูงอายุ

การทดลองใช้นวัตกรรมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของนวัตกรรมต่อสมรรถนะทางการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 40 คน ซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสูงอายุของโรงพยาบาลรัฐบาล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.0 และมีอายุระหว่าง 25–38 ปี ร้อยละ 90.0 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานพยาบาล 1–15 ปี และมีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุและผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมในระดับปานกลางถึงมาก ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังใช้นวัตกรรมพบว่าจะแนสมรรถนะทางการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p < .001$)

เมื่อพิจารณาทักษะรายด้าน พบว่าทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านกระบวนการพยาบาล และด้านจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ การประเมินประสิทธิภาพนวัตกรรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งต่อประสิทธิภาพนวัตกรรมในภาพรวมร้อยละ 100.0 ข้อที่ได้รับการเห็นด้วยอย่างยิ่งสูงสุด คือ นวัตกรรมมีความสอดคล้องตามกระบวนการพยาบาล และช่วยให้สามารถออกแบบบริการสำหรับผู้รับบริการที่มีความหลากหลายวัฒนธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ตารางที่ 4 สรุปผลการใช้นวัตกรรมการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อเกื้อกูลบริการข้ามวัฒนธรรม: ภูมิปัญญาสุขภาพผู้สูงอายุ ($n = 40$)

ตัวแปร	ก่อนใช้ M ± SD	หลังใช้ M ± SD	t	p-value
สมรรถนะด้านความรู้ทางวัฒนธรรม	5.15 ± 1.292	7.30 ± 1.091	8.445	< .001
สมรรถนะด้านความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม	24.75 ± 1.706	31.68 ± 2.411	15.931	< .001
สมรรถนะด้านทักษะในการดูแลผู้รับบริการทางวัฒนธรรม	73.38 ± 7.389	95.13 ± 6.395	15.112	< .001
ประสิทธิภาพนวัตกรรมในภาพรวม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง 55.0% / เห็นด้วย 45.0%			

อภิปรายผล

ผลการวิจัยระยะที่ 1 สะท้อนว่าผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลสุขภาพโดยคำนึงถึง 4 ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการดำเนินชีวิต การดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิต และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ โดยทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ขณะเดียวกัน พยาบาลวิชาชีพก็รับรู้ความต้องการดังกล่าวในระดับมากที่สุดเช่นกัน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิตใจ สังคม และวัฒนธรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Integrated Care for

Older People (ICOPE) ที่เน้นการดูแลแบบยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง การประเมินอย่างเป็นระบบ และการวางแผนการดูแลตามบริบทชีวิตของผู้สูงอายุ¹⁴ การที่ทั้งผู้สูงอายุและพยาบาลวิชาชีพให้ความสำคัญต่อทั้ง 4 ปัจจัยในระดับสูง ยังสะท้อนความสอดคล้องระหว่างความต้องการของผู้รับบริการและการรับรู้ของผู้ให้บริการ อันเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม¹⁴

เมื่อสังเคราะห์ข้อมูลจากผู้สูงอายุ พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลวิชาชีพเกษียณอายุ พบว่าองค์ความรู้เพื่อเกื้อกูลบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมสำหรับผู้สูงอายุประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ (1) ข้อมูลส่วนบุคคลและอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรม เช่น อายุ ศาสนา อาชีพ และประสบการณ์ชีวิต (2) พฤติกรรมการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหาร การพักผ่อน และการดูแลตนเอง (3) การดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตและความเชื่อทางวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อทางศาสนา พิธีกรรม และแนวปฏิบัติด้านสุขภาพ และ (4) สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน และบริบทการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ

องค์ความรู้ทั้ง 4 องค์ประกอบสะท้อนว่าการดูแลผู้สูงอายุในบริบทข้ามวัฒนธรรมควรครอบคลุมมิติด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิต และสิ่งแวดล้อมทางสังคมควบคู่กับการประเมินทางคลินิก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด cultural competence ที่เน้นความเข้าใจความแตกต่างของบุคคลและบริบททางวัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพ¹⁶ นอกจากนี้ ความเชื่อทางศาสนา การสื่อสารที่ไวต่อวัฒนธรรม และการสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชน ยังเป็นปัจจัยสำคัญต่อการยอมรับบริการสุขภาพและการดูแลอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับหลักฐานด้านการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม¹⁷ และแนวคิด ageing in place ที่สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย¹⁴

ดังนั้น องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 จึงสามารถสรุปเป็น 3 มิติหลัก ได้แก่ องค์ความรู้ทางวัฒนธรรม (cultural knowledge) ความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม (cultural awareness) และทักษะการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม (culturally congruent care skills) ซึ่งสอดคล้องกับหลักการขององค์การอนามัยโลกในการประเมินและวางแผนการดูแลเฉพาะบุคคล¹⁶ องค์ความรู้ดังกล่าวจึงถูกนำไปใช้เป็นฐานในการพัฒนาเครื่องมือประเมินและนวัตกรรมการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมสำหรับผู้สูงอายุในระยะที่ 2 ของการวิจัย¹⁶⁻¹⁷

ผลการวิจัยระยะที่ 2 แสดงให้เห็นว่าองค์ความรู้ที่ได้จากระยะที่ 1 สามารถพัฒนาเป็นนวัตกรรมดิจิทัลในรูปแบบ Web Application เพื่อสนับสนุนการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยระบบประกอบด้วยแบบประเมินความต้องการการดูแลสุขภาพตามบริบทวัฒนธรรม คลังองค์ความรู้ และระบบสืบค้นข้อมูลย้อนหลังเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางการพยาบาล ผลการศึกษาสะท้อนศักยภาพของเทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับสังคมสูงวัยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลและกรอบ ICOPE ที่เน้นการประเมินอย่างเป็นระบบและการวางแผนการดูแลเฉพาะบุคคล^{1,14}

ผลการทดลองใช้พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนด้านความรู้ ความตระหนักรู้ และทักษะในการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่านวัตกรรมสามารถส่งเสริมการเรียนรู้และการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับหลักฐานที่ระบุว่า การพัฒนาสมรรถนะด้าน cultural competence สามารถดำเนินการผ่าน



การเรียนรู้ทั้งแบบเผชิญหน้า การจำลองสถานการณ์ และระบบออนไลน์ โดยเฉพาะการเรียนรู้ที่เชื่อมโยงกับสถานการณ์จริงในงานบริการสุขภาพ¹⁶⁻¹⁷ นอกจากนี้ ผู้ใช้งานยังสะท้อนว่านวัตกรรมช่วยเชื่อมโยงข้อมูลด้านวัฒนธรรมของผู้รับบริการกับกระบวนการพยาบาล ทำให้การรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา และวางแผนการดูแลมีความสอดคล้องกับบริบทชีวิตของผู้สูงอายุมากขึ้น

ในด้านการประยุกต์ใช้ ระบบได้รับการออกแบบให้สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลและใช้งานได้สะดวก จึงเอื้อต่อการนำไปใช้ในงานบริการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด implementation science ที่ชี้ว่าการยอมรับนวัตกรรมขึ้นอยู่กับความเหมาะสมต่อบริบทการปฏิบัติงาน¹⁸ ขณะเดียวกัน การสื่อสารที่ไวต่อวัฒนธรรมและภาษา รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลย้อนหลังของผู้รับบริการ ยังช่วยสนับสนุนการติดตามและปรับแผนการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิด care pathway ในระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ^{1,19}

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในระยะทดลองใช้นวัตกรรม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพเพียง 40 คนจากโรงพยาบาล 2 แห่ง และมีช่วงอายุรวมถึงประสบการณ์การทำงานใกล้เคียงกัน จึงอาจยังไม่เป็นตัวแทนของพยาบาลในบริบทที่หลากหลายได้อย่างครอบคลุม นอกจากนี้ การประเมินผลมุ่งเน้นสมรรถนะของพยาบาลในช่วงเวลาสั้น โดยยังไม่ได้ติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้รับบริการในระยะยาว ดังนั้น การนำผลการวิจัยไปใช้ควรพิจารณาข้อจำกัดดังกล่าวร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอจากงานวิจัยด้านเทคโนโลยีดิจิทัลที่แนะนำให้มีการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายและประเมินผลลัพธ์ในระดับผู้ป่วยเพิ่มเติม^{17,20}

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า Web Application สำหรับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมสามารถสนับสนุนการประเมินและการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมได้อย่างเป็นระบบ ดังนั้นหน่วยงานด้านสาธารณสุขควรส่งเสริมการนำเทคโนโลยีดิจิทัลดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในบริบทของสังคมสูงวัยและการเคลื่อนย้ายประชากร ทั้งนี้ข้อมูลจากระบบสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลเพื่อสนับสนุนการวิเคราะห์แนวโน้มสุขภาพและความต้องการของผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม อันจะนำไปสู่การกำหนดนโยบายและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

องค์ความรู้และเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการประเมินและวางแผนการดูแลผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมได้อย่างเหมาะสม องค์การบริการสุขภาพและสถาบันการศึกษาควรนำองค์ความรู้ดังกล่าวไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะด้าน cultural competence ของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพการพยาบาลและส่งเสริมการดูแลผู้รับบริการในบริบทพหุวัฒนธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

การวิจัยในอนาคตควรศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรมดังกล่าวในระยะยาว โดยใช้การศึกษาเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างการใช้ Web Application กับการดูแลตามปกติ

รวมทั้งประเมินผลลัพธ์ทั้งในระดับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เช่น สมรรถนะของพยาบาล ความพึงพอใจของผู้ป่วย และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนานวัตกรรมดิจิทัลเพิ่มเติมในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ ระบบสื่อสารหลายภาษาเพื่อสนับสนุนการสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพกับผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม ระบบฐานข้อมูลภูมิปัญญาสุขภาพและความเชื่อทางวัฒนธรรมของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางการพยาบาลที่เชื่อมโยงข้อมูลการประเมินด้านวัฒนธรรมกับแนวทางการดูแลเฉพาะราย รวมถึงการประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ เพื่อวิเคราะห์ความต้องการการดูแลและเสนอแนวทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ นอกจากนี้ ควรศึกษาการบูรณาการการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อขยายการประยุกต์ใช้นวัตกรรมในระดับโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม

References

1. Chou WY, Lin KP, Wen CJ, Chan DD, Hou SI. The World Health Organization Integrated Care for Older People (ICOPE) framework and the association with frailty in older adults. *Ann Geriatr Med Res.* 2026;30(1):41–50. doi: 10.4235/agmr.25.0125.
2. Department of Older Persons. Situation of the Thai elderly 2024 [Internet]. Bangkok: Department of Older Persons; 2025 [cited 2026 Mar 9]. Available from: Department of Older Persons website. (in Thai).
3. Bureau of Public Health Administration, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Integrated action plan for elderly health development 2023–2027. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2022. (in Thai).
4. Puttaruksa L, Dallas JC, Lakthong S. Health status of older adults and expectations for community health care in the Eastern Economic Corridor. *Journal of Nursing, Ministry of Public Health.* 2025;35(1):141–57. (in Thai).
5. Osmanecic S, Steiner LM, Großschädl F, Lohrmann C, Schoberer D. The effectiveness of cultural competence interventions in nursing: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2025;167:105079. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2025.105079.
6. Thailand Nursing and Midwifery Council. Strategic plan for nursing and midwifery 2022–2026. Nonthaburi: Thailand Nursing and Midwifery Council; 2022. (in Thai).
7. Leininger M, McFarland MR. *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice.* 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.
8. Giger JN, Davidhizar RE. *Transcultural nursing: Assessment and intervention.* 5th ed. St. Louis: Mosby; 2004.
9. Leininger M, McFarland MR. *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory.* 3rd ed. New York: Jones & Bartlett, 2021.
10. Giger JN, Davidhizar RE. *Transcultural nursing: assessment and intervention.* 8th ed. St. Louis: Elsevier; 2022.
11. Yamane T. *Statistics: An introductory analysis.* 2nd ed. New York: Harper & Row; 1973.
12. Ministry of Public Health. *Health workforce statistics report 2021.* Bangkok: Ministry of Public Health; 2021. (in Thai).
13. Creswell JW, Creswell JD. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches.* 6th ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2024.



14. World Health Organization. Transforming health and social services towards a more person-centered and integrated care [internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 Mar 12]. Available from: World Health Organization website.
15. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77–101. doi:10.1191/1478088706qp063oa.
16. Červený M, Kratochvílová I, Hellerová V, Tóthová V. Methods of increasing cultural competence in nurses working in clinical practice: a scoping review of literature 2011–2021. *Front Psychol*. 2022; 24(13):936181. doi: 10.3389/fpsyg.2022.936181.
17. Demircan B, Kiyak Y, Kaya H. The effectiveness of serious games in nursing education: a meta-analysis of randomized controlled studies. *Nurse Educ Today*. 2024;142:106330. doi:10.1016/j.nedt.2024.106330.
18. Heath M, Hvass AMF, Wejse CM. Interpreter services and effect on healthcare: A systematic review of the impact of different types of interpreters on patient outcomes. *J Migr Health*. 2023;7:100162. doi:10.1016/j.jmh.2023.100162.
19. Alrashdi MH, Quinn B, Clarke SA. Barriers and facilitators in implementing clinical practice guidelines among nurses in emergency departments and critical care units: A systematic review. *J Clin Nurs*. 2026;35(3):1060–1078. doi:10.1111/jocn.17642.
20. Moe-Byrne T, Knapp P, Lidster A, Ahamed M, O'Hare H, Golder S, et al. How effective are video animations as information tools for patients and the general public? An updated systematic review. *Front Digit Health*. 2026;7:1717044. doi:10.3389/fdgth.2025.1717044.

ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่สัมพันธ์ในผู้สูงอายุอำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร
Depression and Associated Factors Among Older Adults in Phang Khon District,
Sakon Nakhon Province

นิภาธร ไหว้วิทยะกุล¹, ณัฐยาวิดี สารบูรณ์¹, จุฑาทิพย์ ศิริศิลป์¹, อนรรฆอร จิตต์เจริญธรรม¹
 Niphathorn Waiwitriyakul¹, Natthayawadee Saraboon¹, Juthathip Sirisin¹, Anunkaorn Jitcharentham¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร

¹Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Isan, Sakon Nakhon Campus

Corresponding author: Natthayawadee Saraboon; Email: natthayawadee.na@rmuti.ac.th

Received: January 28, 2026 **Revised:** May 22, 2026 **Accepted:** August 3, 2026

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและการดำเนินชีวิตประจำวัน การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบคัดกรองสมรรถภาพการรู้คิด (6CIT) แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว (SF-FRE-Thai) และแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS-15) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 84.80 ส่วนร้อยละ 15.20 มีภาวะซึมเศร้า ปัจจัยด้านชีวภาพที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุและการมีโรคประจำตัว โดยอายุที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1.65 เท่า (AOR=1.646, 95%CI:1.04–2.60, p=.033) และการมีโรคประจำตัวเพิ่มความเสี่ยง 3.29 เท่า (AOR=3.288, 95%CI:1.50–7.19, p=.003) ด้านสังคมและจิตสังคม พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมช่วยลดความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าร้อยละ 58.00 (AOR=.421, 95%CI:.29–.62, p<.001) และการมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ลดลงความเสี่ยงร้อยละ 52.00 (AOR=.484, 95%CI:.26–.89, p=.019) ขณะที่ปัจจัยด้านจิตใจและพฤติกรรมสุขภาพไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการคัดกรองภาวะซึมเศร้า การจัดการโรคเรื้อรัง และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมควบคู่กับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม; ปัจจัยเสี่ยง; ผู้สูงอายุ; ภาวะซึมเศร้า; สัมพันธภาพในครอบครัว



Depression and Associated Factors Among Older Adults in Phang Khon District, Sakon Nakhon Province

Niphatthorn Waiwitriyakul¹, Natthayawadee Saraboon¹, Juthathip Sirisin¹, Anunkaorn Jitchareerntham¹

¹Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Isan, Sakon Nakhon Campus

Corresponding author: Natthayawadee Saraboon; Email: natthayawadee.na@rmuti.ac.th

Received: January 28, 2026 **Revised:** May 22, 2026 **Accepted:** August 3, 2026

Abstract

Depression is a significant mental health problem among older adults, adversely affecting quality of life, daily functioning, and overall well-being. This cross-sectional descriptive study aimed to examine the prevalence of depression and its associated factors among older adults in Phang Khon District, Sakon Nakhon Province, Thailand. A total of 400 participants were recruited using multistage sampling. Data were collected using a structured questionnaire, the Six-Item Cognitive Impairment Test (6CIT), the Barthel Activities of Daily Living (ADL) index, the Short Form Family Relationship Scale (SF-FRE-Thai), and the Thai Geriatric Depression Scale (TGDS-15). Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression. The results showed that 84.80% of participants had no depression, while 15.20% had depressive symptoms. Biological factors significantly associated with depression included age and the presence of chronic diseases. Older age increased the likelihood of depression by 1.65 times (AOR=1.646, 95%CI:1.04–2.60, $p=.033$), and having chronic diseases was the strongest predictor, increasing the risk by 3.29 times (AOR=3.288, 95%CI:1.50–7.19, $p=.003$). Regarding social and psychosocial factors, participation in social activities reduced the risk of depression by 58% (AOR=.421, 95%CI:.29–.62, $p<.001$), and good family relationships reduced the risk by 52% (AOR=.484, 95%CI:.26–.89, $p=.019$). Psychological and health behavior factors were not significantly associated with depression. These findings highlight the importance of integrated approaches to mental health care for older adults, including early screening for depression, effective management of chronic diseases, promotion of social participation, and strengthening family relationships to reduce the risk of depression in the elderly.

Keywords: depression; family relations; older adults; risk factors; social participation

ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุทั่วโลก และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตความสามารถในการดูแลตนเอง ความสัมพันธ์ทางสังคม ตลอดจนเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง การพึ่งพิงผู้อื่น และการฆ่าตัวตาย¹ รายงานขององค์การอนามัยโลกระบุว่าภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตสำคัญของผู้สูงอายุทั่วโลก¹ ขณะที่การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าผู้สูงอายุทั่วโลกมากกว่าหนึ่งในสามมีภาวะซึมเศร้าและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามการเข้าสู่สังคมสูงวัย² สำหรับประเทศไทยซึ่งกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ คาดการณ์ว่าประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 30.0 ของประชากรทั้งหมดในอนาคตอันใกล้³ ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้ามีความสำคัญเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยมีความแตกต่างกันตามบริบทพื้นที่และลักษณะประชากรโดยอยู่ในช่วงร้อยละ 5.7–6.8⁴ สะท้อนให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไม่ได้เกิดจากปัจจัยด้านสุขภาพกายเพียงอย่างเดียว แต่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านชีวภาพ จิตใจ สังคม ครอบครัวและวิถีชีวิตร่วมด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุประกอบด้วยทั้งปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น อายุ โรคเรื้อรัง และข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมถึงปัจจัยด้านสังคมและจิตสังคม เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว การมีส่วนร่วมทางสังคม และความสัมพันธ์ในครอบครัว⁴⁻⁶ โดยเฉพาะการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมสามารถช่วยลดความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ตามแนวคิด Stress-buffering model ของ Cohen และ Wills⁷ อย่างไรก็ตามงานวิจัยในประเทศไทยส่วนใหญ่มักศึกษาปัจจัยแต่ละด้านแยกจากกัน โดยมุ่งเน้นปัจจัยด้านสุขภาพหรือปัจจัยระดับบุคคลเป็นหลัก^{6,8} ขณะที่การศึกษาปัจจัยด้านสังคมและจิตสังคมในผู้สูงอายุชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังมีจำกัด และยังขาดการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดชีวจิตสังคม (biopsychosocial model) ของ Engel⁹ เพื่ออธิบายปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องร่วมกัน ทั้งที่บริบททางสังคมและวัฒนธรรมของภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีลักษณะเฉพาะ ซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุแตกต่างจากพื้นที่เมืองหรือภูมิภาคอื่น

อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนครเป็นพื้นที่ชนบทที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยเช่นเดียวกับหลายพื้นที่ของประเทศไทย ผู้สูงอายุจำนวนมากยังคงอาศัยอยู่ในครอบครัวขยายหรือครอบครัวข้ามรุ่น และมีบทบาททั้งในการดูแลสมาชิกในครอบครัวและพึ่งพาการดูแลจากบุตรหลาน ขณะเดียวกันยังต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น การย้ายถิ่นแรงงานของบุตรหลาน การลดลงของบทบาททางสังคม และปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความเครียด ความรู้สึกโดดเดี่ยว และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้⁵⁻⁶ แม้ว่าชุมชนชนบทยังคงมีความสัมพันธ์เชิงเครือญาติและการพึ่งพาทางสังคมสูง ซึ่งอาจเป็นปัจจัยปกป้องทางจิตสังคมที่สำคัญ แต่จนถึงปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของอำเภอพังโคนอย่างเป็นระบบ จึงยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการวางแผนคัดกรอง ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในระดับชุมชน

ดังนั้นการศึกษานี้จึงประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดชีวจิตสังคม (biopsychosocial model)⁹ ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดทอนความเครียด (stress-buffering model)⁷ เพื่ออธิบายอิทธิพลร่วมของปัจจัยด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะบทบาทของ



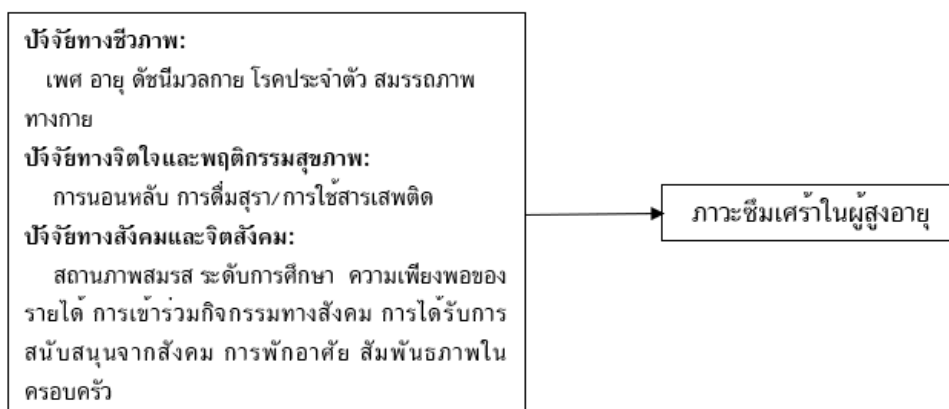
สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมทางสังคม และการสนับสนุนจากชุมชน การศึกษานี้จึงมีความสำคัญในการเติมเต็มช่องว่างองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะอำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร เพื่อให้สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนคัดกรอง ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนและระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในอำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบบูรณาการระหว่างโมเดลชีวจิตสังคม (biopsychosocial model)⁹ และโมเดลการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดทอนความเครียด (stress-buffering model)⁷ เพื่ออธิบายปัจจัยหลายมิติที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดย biopsychosocial model อธิบายว่าสุขภาพจิตเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจและสังคม สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย โรคประจำตัว สมรรถภาพและบทบาททางสังคมในผู้สูงอายุ ขณะที่ stress-buffering model อธิบายว่าความเครียดจากปัญหาสุขภาพ เศรษฐกิจและความโดดเดี่ยวเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ แต่การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากครอบครัวและชุมชน สามารถลดผลกระทบของความเครียดต่อสุขภาพจิตได้ ภายใต้กรอบแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยกำหนดปัจจัยการศึกษาออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ (1) ปัจจัยทางชีวภาพ เช่น เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว และสมรรถภาพทางกาย (2) ปัจจัยด้านจิตใจและพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การนอนหลับ การใช้สารเสพติด ภาวะโรค และความสามารถในการดำเนินชีวิต และ (3) ปัจจัยทางสังคมและจิตสังคม เช่น สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การได้รับการสนับสนุนจากสังคม การพักอาศัย สัมพันธภาพในครอบครัว โดยปัจจัยทั้งสามมิติมีความเชื่อมโยงกัน ขณะที่ปัจจัยทางสังคม โดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคมทำหน้าที่เป็นกลไกลดผลกระทบของความเครียด กรอบแนวคิดนี้จึงสามารถอธิบายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมในบริบทชุมชน และเป็นพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางคัดกรอง ป้องกัน และจัดการภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ กรอบแนวคิดการวิจัยแสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในอำเภอพังโคน จำนวน 12,469 คน¹⁰ ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างจำนวน 388 คน โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมใช้ในงานวิจัยเชิงสำรวจ และอ้างอิงแนวทางการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับงานวิจัยทางการแพทย์ของ Charan และ Biswas¹¹ ซึ่งยังคงได้รับการยอมรับและใช้ในงานวิจัยปัจจุบัน ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้จึงมีความเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อชดเชยการสูญเสียข้อมูลจำนวน 12 คน ทำให้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 ราย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มเลือกตำบล จากตำบลทั้งหมดในอำเภอพังโคน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายได้ตำบลต้นผึ้ง มีทั้งหมด 13 หมู่บ้าน จำนวนผู้สูงอายุ 1,421 คน

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มผู้สูงอายุจากครัวเรือนตามสัดส่วนของประชากรจาก 13 หมู่บ้าน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการสุ่มผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจากครัวเรือนตามสัดส่วนของประชากรจาก 13 หมู่บ้าน

ลำดับ	หมู่บ้าน	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
1	บ้านต้นผึ้ง	92	26
2	บ้านนาถ่อน	113	32
3	บ้านโพนสว่าง	113	32
4	บ้านโนนขมิ้น	101	28
5	บ้านข้าวขอนแก่น	105	29
6	บ้านดอนตู	88	25
7	บ้านนาล้อม	168	47
8	บ้านโคกสามัคคี	127	36
9	บ้านโนนสะอาด	97	27
10	บ้านโพธิ์ทอง	81	23
11	บ้านกลางเจริญ	128	36
12	บ้านต้นผึ้งใหม่พัฒนา	109	31
13	บ้านนาสำราญ	99	28
รวม		1,421	400

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในตำบลต้นผึ้ง อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร อย่างน้อย 6 เดือน
3. มีสมรรถภาพด้านการรู้คิดอยู่ในเกณฑ์ปกติโดยประเมินด้วยแบบประเมิน Six-item Cognitive Impairment Test (6CIT) และมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-7 คะแนน



4. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ที่มีอาการทางจิตหลงเหลือรุนแรง เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน หรือมีความผิดปกติทางจิตที่ส่งผลต่อความสามารถในการรับรู้และการตอบแบบสอบถาม
2. ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรืออยู่ในระยะเจ็บป่วยรุนแรงที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการพัฒนา แปล และตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยาในบริบทประเทศไทย โดยประกอบด้วยแบบประเมินจำนวน 5 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างสำหรับใช้อธิบายลักษณะทั่วไปและวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการนอนหลับ โรคประจำตัว การดื่มสุราและ/หรือการใช้สารเสพติด การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะการพักอาศัย

2. แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด Six-item Cognitive Impairment Test (6CIT) ฉบับภาษาไทย ใช้สำหรับคัดกรองสมรรถภาพด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุ พัฒนาขึ้นจากการแปลและปรับปรุงจากต้นฉบับภาษาอังกฤษโดยสุภาพ อาร์เอื้อ และ พิชญ์ประอร ยังเจริญ¹² เพื่อใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมและความบกพร่องทางการรู้คิดในผู้สูงอายุ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ประกอบด้วย การทดสอบการรับรู้ปัจจุบัน 3 ข้อ การทดสอบความตั้งใจ 2 ข้อ และการทดสอบความจำ 1 ข้อ ให้คะแนนแบบถ่วงน้ำหนัก โดยแต่ละข้อมีค่าน้ำหนักไม่เท่ากัน ผลรวมคะแนนทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน โดยคะแนน 0-7 คะแนน ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ และคะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยงต่อการรู้คิด

3. แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ Thai Geriatric Depression Scale-15 items (TGDS-15) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทยที่ได้รับการแปลและตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยาของ Wongpakaran และ Wongpakaran¹³ ประกอบด้วยคำถามแบบตอบ ใช่/ไม่ใช่ จำนวน 15 ข้อ ให้คะแนนรวมได้ตั้งแต่ 0-15 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0-5 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า 6-10 คะแนน หมายถึงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และ 11-15 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งการแปลผลเป็นไม่มีภาวะซึมเศร้า 0-5 คะแนน และมีภาวะซึมเศร้า 6 คะแนนขึ้นไป

4. แบบประเมินสัมพันธภาพครอบครัว (แบบสั้น) (THAI Family Relationship Evaluation: SF-FRE-Thai) พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)¹⁴ และสรุปเป็นองค์ประกอบสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือระหว่างคนในครอบครัว ความขัดแย้งในครอบครัว และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัว มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อเป็นแบบมาตราประมาณค่า การให้คะแนน การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มที่ 1 (ข้อ 1, 3, 4 และ 5)

ให้คะแนนจาก น้อยที่สุด = 1 คะแนน ถึง มากที่สุด = 5 คะแนน กลุ่มที่ 2 (ข้อ 2) เป็นข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนนแบบย้อนกลับ โดยน้อยที่สุด = 5 คะแนน ถึง มากที่สุด = 1 คะแนน การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ช่วง ระดับต่ำ 5-11 คะแนน หมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ระดับปานกลาง 12-18 คะแนน หมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ระดับสูง 19-25 คะแนน หมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี

5. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living Index: Barthel ADL Index) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ในการดำเนินกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 รายการ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การดูแลตนเอง การแต่งกาย การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนย้ายตัว การเดินหรือการเคลื่อนไหว และการขึ้นลงบันได การให้คะแนน แตกต่างกันตามลักษณะกิจกรรม โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-20 คะแนน คะแนนสูงแสดงถึงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองที่ดีกว่า การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 0-4 คะแนน=พึ่งพา โดยสมบูรณ์, 5-8 คะแนน=พึ่งพารุนแรง, 9-11 คะแนน=พึ่งพานปานกลาง, 12-19 คะแนน=พึ่งพาน้อย และ 20 คะแนน=พึ่งพาตนเองได้มากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า เพื่อนำมาพัฒนาเครื่องมือวิจัย โดยคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน โดยพิจารณาความเหมาะสมของภาษาและความสอดคล้องของข้อคำถาม กับนิยามเชิงปฏิบัติการ วิเคราะห์ด้วยค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence: IOC) ผลการประเมินพบว่าข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC อยู่ในช่วง .50-1.00 ผ่านเกณฑ์การยอมรับ และได้รับการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 2 ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทุกชุดก่อนนำไปใช้จริง โดยพิจารณาทั้งคุณสมบัติทางจิตวิทยาจากงานวิจัยเดิม และค่าความเที่ยงที่ได้จากการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างนำร่อง ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือสรุปได้ดังนี้

1. แบบประเมิน 6CIT ฉบับภาษาไทย ได้ผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (back-translation) และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่า ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) และรายข้อ (I-CVI) เท่ากับ 1 และรายงานผลการทดสอบความเที่ยงด้านความคงที่ของการวัด (test-retest reliability) ในผู้สูงอายุจำนวน 50 คน พบว่าคะแนนการทดสอบครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.64, p<.001$)¹²

2. แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ Thai Geriatric Depression Scale-15 items (TGDS-15) ฉบับภาษาไทย ถูกใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการคัดกรองอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยอย่างแพร่หลาย มีค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .85



สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76

3. แบบประเมินสัมพันธภาพครอบครัว SF-FRE-Thai ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ก่อนนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 ราย มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .84¹⁴ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84

4. แบบประเมิน Barthel ADL Index เป็นเครื่องมือที่มีความเชื่อมั่นและความตรงอยู่ในระดับดี โดยมีค่า inter-reliability และ test-retest reliability มากกว่า .80 สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .94

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี วิทยาเขตสกลนคร เลขที่โครงการ HEC-04-68-045 ได้รับการรับรองเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2568 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบใดๆ ต่อการรับบริการสุขภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลหลักร่วมกับผู้ช่วยวิจัย 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุ โดยได้จัดอบรมเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การใช้เครื่องมือ และหลักจริยธรรมการวิจัย เพื่อให้การดำเนินงานเป็นมาตรฐานเดียวกันก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลจริง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ทดลองเก็บข้อมูลในกลุ่มนำร่อง และนำผลมาวิเคราะห์ความสอดคล้องของการให้คะแนนระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างผู้ประเมิน (Intraclass Correlation Coefficient: ICC) เท่ากับ .92 ซึ่งอยู่ในระดับสูงมีความสอดคล้องของการประเมินและความเชื่อมั่นของกระบวนการเก็บข้อมูล

ก่อนเริ่มการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย การรักษาความลับของข้อมูล และสิทธิในการเข้าร่วมโดยสมัครใจแก่ผู้สูงอายุ จากนั้นผู้วิจัยทำการคัดกรองสมรรถภาพการรู้คิดด้วยแบบประเมิน 6CIT โดยผู้ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและตกลงเข้าร่วมการวิจัย จะลงนามในแบบแสดงความยินยอม

การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอ่านได้หรือมีข้อจำกัดด้านการมองเห็น ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อ่านคำถามให้ตามหลักการสัมภาษณ์แบบเป็นกลาง โดยไม่ชี้นำ ขณะที่ผู้ที่สามารถอ่านได้จะตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในสถานที่

ที่มีความเป็นส่วนตัว เพื่อส่งเสริมความตรงไปตรงมาของคำตอบ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามทุกฉบับก่อนนำไปบันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ทางสถิติ

การเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่างปลายเดือนพฤศจิกายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2568 ณ บ้านพักอาศัยของกลุ่มตัวอย่าง จนได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 400 คน โดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาทีต่อราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ และร้อยละ สำหรับอธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จากนั้นใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจและพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยทางสังคมและจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยรายงานเป็นค่า Adjusted Odds Ratio (AOR) ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คนเป็นผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.5 และอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 53.8 โดยมีสถานภาพสมรสเป็นคู่สมรสเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 63.7 และมีระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 84.5 ด้านภาวะโภชนาการพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่ากึ่งหนึ่งมีดัชนีมวลกายอยู่ในกลุ่มน้ำหนักเกินขึ้นไปร้อยละ 53.3 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตร้อยละ 74.0 และมีระยะเวลานอนหลับน้อยกว่า 7 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 58.5 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 61.0 ขณะที่พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์/ยาเสพติดพบในสัดส่วนน้อยร้อยละ 12.3 ในด้านสมรรถภาพการดำเนินชีวิต กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดร้อยละ 98.8 สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ส่วนด้านสังคมพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมตั้งแต่ระดับบางครั้งร้อยละ 37.8 ถึงบ่อยครั้งร้อยละ 28.2 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวหรือชุมชนร้อยละ 95.5 ในด้านการพักอาศัย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสหรือบุตรหลานร้อยละ 90.3 และมีสมรรถภาพในครอบครัวอยู่ในระดับมากร้อยละ 75.5 ผลวิเคราะห์ระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยแบบประเมิน TGDS พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 84.8 ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 15.2 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (n=400)

ตัวแปร	กลุ่ม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาวะซึมเศร้า	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	339	84.8
	มีภาวะซึมเศร้า	61	15.2

ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุคูณ พบว่า อายุและการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า



เพิ่มขึ้น 1.65 เท่า (AOR=1.646, 95%CI:1.04–2.60, p=.033) และผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว 3.29 เท่า (AOR=3.288, 95%CI:1.50–7.19, p=.003) ด้านปัจจัยทางสังคมและจิตสังคม พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามลดลงร้อยละ 58.0 (AOR=.421, 95%CI:.29–.62, p<.001) และผู้ที่มีสัมพันธ์ภายในครอบครัวระดับดีมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามลดลงร้อยละ 52.0 (AOR=.484, 95%CI:.26–.89, p=.019) ขณะที่การนอนหลับ การดื่มสุรา/การใช้สารเสพติด เพศ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และรูปแบบการพักอาศัย ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (n=400) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ตัวแปร	B	S.E.	AOR (Exp(B))	95% CI	p-value
ปัจจัยทางชีวภาพ					
เพศ	.067	.376	1.070	.51 – 2.23	.858
อายุ	.498	.234	1.646	1.04 – 2.60	.033
ดัชนีมวลกาย (BMI)	-.169	.152	.845	.63 – 1.14	.266
โรคประจำตัว	1.190	.399	3.288	1.50 – 7.19	.003
สมรรถภาพทางกาย(ADL)	-.076	.399	.926	.42 – 2.03	.848
ปัจจัยทางจิตใจและพฤติกรรมสุขภาพ					
การนอนหลับ	-.286	.348	.751	.38 – 1.49	.412
การดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด	.592	.535	1.808	.63 – 5.16	.268
ปัจจัยทางสังคมและจิตสังคม					
สถานภาพสมรส	.396	.317	1.486	.80 – 2.77	.212
ระดับการศึกษา	.067	.448	1.070	.44 – 2.57	.880
ความเพียงพอของรายได้	-.062	.414	.940	.42 – 2.12	.880
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	-.865	.199	.421	.29 – .62	< .001
การได้รับการสนับสนุนจากสังคม	1.539	1.275	4.661	.38 – 56.71	.227
การพักอาศัย	-.539	.372	.584	.28 – 1.21	.148
สัมพันธ์ภายในครอบครัว	-.725	.309	.484	.26 – .89	.019
ค่าคงที่	.031	2.765	1.031	.00 – 232.85	.991

อภิปรายผล

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในอำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามร้อยละ 15.2 สะท้อนให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังคงเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในระดับชุมชน แม้ว่าส่วนใหญ่จะยังไม่อยู่ในระดับรุนแรงก็ตาม

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้แบบประเมิน TGDS-15 ในผู้สูงอายุไทยหลายพื้นที่ ซึ่งพบความชุกของภาวะซึมเศร้าอยู่ในช่วงร้อยละ 10–20 เช่น การศึกษาในผู้สูงอายุที่หน่วยปฐมภูมิเขตเมืองพบความชุกร้อยละ 12.8¹⁵ การศึกษาในผู้สูงอายุที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าพบความชุกร้อยละ 10¹⁶ และการศึกษาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลนครพิงค์ พบความชุกร้อยละ 14.5¹⁷ ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังคงพบได้อย่างต่อเนื่องในบริบทสังคมไทย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหรือข้อจำกัดด้านสังคม นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Suwanmanee และ Minhat⁴ ที่รายงานว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยแตกต่างกันตามบริบทชุมชนและสถานะสุขภาพ รวมถึงการศึกษาของ Cai และคณะ² ที่ชี้ว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาที่เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดชีว-จิต-สังคม (biopsychosocial model)⁹ พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะโรคประจำตัวและข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ ซึ่งอาจส่งผลต่อความเครียดเรื้อรังและสุขภาพทางจิต สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าปัจจัยด้านสุขภาพกายและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ⁴⁻⁶ ขณะที่ความสัมพันธ์ในครอบครัวและการสนับสนุนจากชุมชนเป็นปัจจัยปกป้องที่ช่วยลดผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว^{5,7} ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า แม้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะเป็นส่วนน้อยในชุมชน แต่หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงขึ้นได้ ดังนั้น ควรมีการคัดกรอง เฝ้าระวัง และส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหรือข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ รวมทั้งส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าอย่างยั่งยืน^{1,8}

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร

ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุคูณพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุ การมีโรคประจำตัว การมีส่วนร่วมทางสังคม และสัมพันธภาพในครอบครัว สะท้อนให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยหลายมิติ ทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม ตามกรอบแนวคิดชีวจิตสังคม (biopsychosocial model)⁹ ซึ่งสามารถอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษากับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในแต่ละมิติดังนี้

มิติด้านชีวภาพ ผลการศึกษพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1.65 เท่า สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าความเสื่อมของระบบประสาทและกลไกการตอบสนองต่อความเครียดตามวัย ทำให้ผู้สูงอายุมีความเปราะบางทางจิตใจและเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากขึ้น¹⁹ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hu และคณะ²⁰ และ Suwanmanee และ Minhat⁴ ที่พบว่าผู้สูงอายุตอนปลายมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่า ทั้งนี้ อาจอธิบายได้จากการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท เช่น serotonin และ dopamine ความผิดปกติของ hypothalamic–pituitary–adrenal (HPA) axis และการเสื่อมของสมองบริเวณ hippocampus และ prefrontal cortex ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์และความจำ จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าใน



ผู้สูงอายุ^{19,20} นอกจากนี้ การมีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงที่สุด โดยเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 3.29 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Chatngoen¹⁷ และ Siriwannakunthorn และคณะ⁶ พบว่าโรคเรื้อรังเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยอาจเกิดจากข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต การพึ่งพาผู้อื่น และการสูญเสียบทบาททางสังคม ซึ่งส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตในระยะยาว

ในมิติด้านสังคมและจิตสังคม พบว่าการมีส่วนร่วมทางสังคมและสัมพันธ์ภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญ โดยสามารถลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 58.0 และ 52.0 ตามลำดับ ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิด stress-buffering model ของ Cohen และ Wills⁷ และการศึกษาของ Thipprakmas¹⁸ ที่ชี้ว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนช่วยลดผลกระทบของความเครียดต่อสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ กลไกสำคัญคือ การมีเครือข่ายทางสังคมและความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เสริมสร้างความรู้สึที่มีคุณค่าและความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จึงช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าได้ โดยเฉพาะในบริบทสังคมชนบทที่ยังคงมีความสัมพันธ์แบบเครือญาติและการพึ่งพาทางสังคมสูง^{5,7,18} ทั้งนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าปัจจัยด้านสังคมและการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในหลายบริบททางสังคมและวัฒนธรรม^{4,20}

ในมิติด้านจิตใจและพฤติกรรมสุขภาพ แม้การนอนหลับและการใช้สารเสพติดจะไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ปัจจัยดังกล่าวอาจมีอิทธิพลทางอ้อมผ่านสุขภาพกายและปัจจัยทางสังคม สอดคล้องกับกรอบแนวคิดชีวจิตสังคม (biopsychosocial model)⁹ โดยการนอนหลับมีความสัมพันธ์แบบสองทิศทางกับภาวะซึมเศร้า¹⁹⁻²⁰ และเมื่อควบคุมปัจจัยร่วม เช่น โรคเรื้อรังและการสนับสนุนทางสังคม อิทธิพลอาจลดลง^{4,6} ขณะที่การใช้สารเสพติดในผู้สูงอายุไทยอาจพบได้น้อยและอาจเป็นผลตามมาของความเครียดหรือปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าการเป็นสาเหตุโดยตรง⁸ สำหรับตัวแปรพื้นฐาน ได้แก่ เพศ การศึกษา และรายได้ ที่ไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในครั้งนี้ อาจสะท้อนว่าปัจจัยดังกล่าวมิได้ส่งผลโดยตรงต่อภาวะซึมเศร้า แต่มีบทบาทผ่านปัจจัยด้านสังคมและการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า โดยเฉพาะในบริบทชุมชนชนบทที่ยังคงมีความสัมพันธ์แบบเครือญาติและการพึ่งพาทางสังคมสูง^{5,7} ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าปัจจัยด้านสุขภาพสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่าปัจจัยด้านประชากรศาสตร์^{4,6,8} อีกทั้งกรอบแนวคิดชีวจิตสังคม อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของหลายปัจจัยร่วมกัน ไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานด้านใดด้านหนึ่งเพียงลำพัง⁹

โดยสรุปแล้วผลการศึกษาตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 อย่างชัดเจนว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร มีความสัมพันธ์กับทั้งปัจจัยเสี่ยงด้านชีวภาพ ได้แก่ อายุและโรคประจำตัว และปัจจัยปกป้องด้านสังคม ได้แก่ การมีส่วนร่วมทางสังคมและสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ซึ่งสะท้อนกรอบแนวคิดชีวจิตสังคมอย่างเป็นระบบ ดังนั้น การป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุควรดำเนินการแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นการจัดการโรคเรื้อรังควบคู่กับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาระบบคัดกรองและติดตามภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงโดยเฉพาะผู้ที่อายุมากและมีโรคประจำตัว เพื่อให้สามารถค้นพบและส่งต่อการดูแลได้อย่างทันทั่วถึง
2. บูรณาการการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตในหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมทั้งจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต การติดตามอาการ และการดูแลโรคเรื้อรังควบคู่กันอย่างเป็นระบบ
3. ส่งเสริมปัจจัยปกป้องด้านสังคมและครอบครัวของผู้สูงอายุ ผ่านการสนับสนุนกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ และการเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การศึกษาเป็นแบบภาคตัดขวาง จึงอธิบายได้เพียงความสัมพันธ์ของตัวแปรในช่วงเวลาเดียว ไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุ-ผลได้อย่างชัดเจน
2. กลุ่มตัวอย่างมาจากตำบลเดียวและอาศัยข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านความเป็นตัวแทนของประชากรระดับกว้างและอาจเกิดความคลาดเคลื่อนจากการตอบคำถาม แม้ผู้วิจัยจะใช้เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบและเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อลดอคติแล้วก็ตาม

References

1. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2026 Apr 10]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>.
2. Cai H, Jin Y, Liu R, Zhang Q, Su Z, Ungvari GS, et al. Global prevalence of depression in older adults: a systematic review and meta-analysis of epidemiological surveys. *Asian J Psychiatr*. 2023;80:103417. doi:10.1016/j.jap.2022.103417.
3. Office of the National Economic and Social Development Council. Thailand social situation report 2022 [Internet]. Bangkok: Office of the National Economic and Social Development Council; 2022 [cited 2026 Apr 10]. Available from: <https://www.nesdc.go.th> (in Thai).
4. Suwanmanee S, Minhat HS. Prevalence of depression among community dwelling older persons in Thailand and the associated factors: a systematic review. *Mal J Med Health Sci*. 2023;19(5):257-68. doi:10.47836/mjmhs.19.5.34.
5. Dana K, Suriyo S, Jaisue D, Thaijarean C, Wongruksa C, Imnamkhwa W, Kumsisriruk N, Taiwong A. Family well-being and factors associated with well-being among older adults in skipped-generation families in the rural Isan context. *Princess of Naradhiwas University Journal*. 2024;16(3):110-32. (in Thai).
6. Siriwanikulthorn I, Jiraporncharoen W, Pinyopornpanish K, Angkurawaranon C, Rojanasumapong A, Inpa C, Nantsupawat N. Prevalence and factors associated with depression in elderly patients in family medicine outpatient clinic, Chiang Mai University. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2021;29(1):1-11. (in Thai).
7. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull*. 1985;98(2):310-57. PMID: 3901065.



8. Wongpanarak N, Chaleoykitti S. Depression: A significant mental health problem elderly. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2025;15(3):24–31. (in Thai).
9. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Psychodyn Psychiatry*. 2012;40(3):377–96. doi: 10.1521/pdps.2012.40.3.377.
10. Department of Older Persons. Statistics of Thai older persons [Internet]. Bangkok: Department of Older Persons; 2016 [cited 2025 Aug 5]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/2/58> (in Thai).
11. Charan J, Biswas T. How to calculate sample size for different study designs in medical research? *Indian J Psychol Med*. 2013;35(2):121–6. doi:10.4103/0253-7176.116232.
12. Aree-Ue S, Youngcharoen P. The 6-item cognitive function test–Thai version: psychometric property testing. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2020;26(2):188–202. (in Thai).
13. Wongpakaran N, Wongpakaran T. Prevalence of major depressive disorders and suicide in long-term care facilities: a report from northern Thailand. *Psychogeriatrics*. 2012;12(1):11–7. doi: 10.1111/j.1479-8301.2011.00383.x.
14. Child, Youth and Family Well-being Program, Bureau 4. Manual for the short-form family relationship evaluation (THAI Family Relationship Evaluation: SF-FRE-Thai) [Internet]. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; [cited 2026 Apr 10]. Available from: <https://happychild.thaihealth.or.th>. (in Thai).
15. Sornthai A, Pukrittayakamee P, Phanyateaim Y, Nakabut T. Prevalence and associated factors of geriatric depression in urban Primary Care. *Journal of Primary Care and Family Medicine*. 2025;8(6):603–614. (in Thai).
16. Kotayan P, Srisuwan P, Kengpanich S. Prevalence and associated factors of depression among older adults in Primary Care Unit at Phramongkutklao Hospital. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*. 2021;11(1):30–49. (in Thai).
17. Chatngoen T. Prevalence and factors associated with depression in elderly patients with chronic diseases in Family Medicine outpatient clinic, Nakornping Hospital. *Journal of Nakornping Hospital*. 2021;12(2):152–166. (in Thai).
18. Thipprakmas R. Social protective factors in depression among the elderly: the role of family, social and community supports. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*. 2021;15(37): 339–51. doi:10.14456/rhpc9j.2021.24. (in Thai).
19. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2003;58(3):249–65. doi:10.1093/gerona/58.3.M249.
20. Hu T, Zhao X, Wu M, Li Z, Luo L, Yang C, Yang F. Prevalence of depression in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2022;311:114511. doi:10.1016/j.psychres.2022.114511.

สมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม

Community Health Management Competency among Professional Nurses in Primary Care: A Study in Maha Sarakham Province

สัมฤทธิ์ ขวัญโพธิ์¹, กำธร ดานา², ดิษฐพล ใจเชื้อ², ศุภกฤต สุริโย²

Samrit Kwanphon¹, Kamthorn Dana², Dittthapol Jaisue², Supakrid Suriyo²

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

² วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ Faculty of Nursing, Northeastern University

² Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author, Kamthorn Dana; Email: kamthorn@smnc.ac.th

Received: April 4, 2026 Revised: July 14, 2026 Accepted: August 9, 2026

บทคัดย่อ

สมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพระบบสุขภาพชุมชน โดยเฉพาะในบริบทที่มีความท้าทายด้านโครงสร้างประชากรและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น การวิจัยเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนและวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 205 คน ได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนจากพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดมหาสารคาม เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (CVI=.90) และแบบประเมินสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชน (CVI=.90, Cronbach's alpha =.98) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Pearson's correlation coefficient และถดถอยพหุคูณแบบลำดับขั้น ผลการวิจัย พบว่าสมรรถนะโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 49.75 และระดับปานกลาง ร้อยละ 47.32 ตัวแปรที่ร่วมกันทำนายสมรรถนะ ได้แก่ อายุ เพศชาย จำนวนพยาบาลในหน่วยบริการ การได้รับการสนับสนุนจากองค์กร ภาระงานเฉลี่ยต่อวัน ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วย การมีประสบการณ์เป็นหัวหน้าโครงการ และการเข้ารับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 43.50 ($R^2=.435$, $p<.001$) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ควรพัฒนาระบบอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางอย่างต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้พยาบาลได้บริหารโครงการจัดการสุขภาพชุมชน และเสริมสร้างการสนับสนุนเชิงองค์กรเพื่อยกระดับสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การจัดการสุขภาพชุมชน; ปฐมภูมิ; พยาบาลวิชาชีพ; สมรรถนะ

Community Health Management Competency among Professional Nurses



in Primary Care: A Study in Maha Sarakham Province

Samrit Kwanphon¹, Kamthorn Dana², Dittthapol Jaisue², Supakrid Suriyo²

¹ Faculty of Nursing, Northeastern University

² Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author, Kamthorn Dana; Email: kamthorn@smnc.ac.th

Received: April 4, 2026 Revised: July 14, 2026 Accepted: August 9, 2026

Abstract

Community health management competency among professional nurses working in primary care units is a critical factor for community health system quality, particularly amid growing challenges related to demographic transitions and the rising burden of non-communicable diseases. This analytical descriptive study aimed to assess community health management competency levels and analyze predictive factors among professional nurses working in primary health care units in Maha Sarakham Province. A total of 205 participants were selected through proportional stratified random sampling. Research instruments included a general information questionnaire (CVI =.90) and a community health management competency assessment tool (CVI =.90, Cronbach's alpha = .98). Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and Hierarchical Multiple Regression Analysis. The results revealed that participants demonstrated a high level of overall competency (49.75%) and a moderate level (47.32%). In addition, it was found that age, male gender, the number of nurses per unit, organizational support, average daily workload, duration of service in the current unit, project leadership experience, and completion of specialized training programs collectively accounted for 43.5% of the variance in competency ($R^2=.435$, $p<.001$). These findings suggest that relevant agencies should continuously promote specialized nursing training programs, provide opportunities for nurses to lead community health management projects, and strengthen organizational support to sustainably enhance community health management competency among primary health care nurses.

Keywords: community health management; competency; primary care; professional nurses

ความเป็นมาและความสำคัญ

การบริการสุขภาพปฐมภูมิ (primary health care: PHC) เป็นจุดเริ่มต้นของการให้บริการสุขภาพที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย ตามนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562¹ ที่มุ่งเน้นการจัดบริการสุขภาพแบบองค์รวม ผสมผสาน และต่อเนื่อง โดยให้ความสำคัญกับการดูแลประชาชนในชุมชนอย่างใกล้ชิด พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรหลักในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีบทบาทต่อการขับเคลื่อนการจัดการสุขภาพชุมชนในทุกมิติ โดยสมรรถนะ (competency) ถือเป็นปัจจัยกำหนดประสิทธิภาพของการบริการ ซึ่งหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติภารกิจให้สำเร็จผ่านการบูรณาการความรู้ ทักษะ เจตคติ และค่านิยมส่วนบุคคล² จากกรอบสมรรถนะพยาบาลเวชปฏิบัติของสภาการพยาบาล³ ร่วมกับทบทวนวรรณกรรม อาจสรุปได้ว่า สมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชน หมายถึง ความสามารถของพยาบาลในการบูรณาการความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพในการประเมิน วิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการ และประเมินผลการดูแลสุขภาพชุมชนแบบองค์รวม โดยทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อให้ประชาชนพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านวิชาการในการจัดการสุขภาพชุมชน ได้แก่ ความรู้พื้นฐานด้านสาธารณสุข³ การประกันคุณภาพ⁴ การวิจัยและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์^{3, 5-6} 2) ด้านการปฏิบัติการจัดการสุขภาพชุมชน ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์^{4-5, 7} การสื่อสารและการประสานงาน³⁻⁸ การจัดการระบบบริการ⁷ การบริหารทรัพยากร⁷ และการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายและทีมสหวิชาชีพ^{4, 6-7} และ 3) ด้านคุณลักษณะที่ส่งเสริมการปฏิบัติการจัดการสุขภาพชุมชน ได้แก่ คุณลักษณะเชิงวิชาชีพ³⁻⁴ เจตคติ จริยธรรมและกฎหมาย^{3, 7} การพิทักษ์สิทธิ์⁶ และความเป็นผู้นำ^{3-4, 6}

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าพยาบาลปฐมภูมิมีสมรรถนะอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง แต่ยังคงมีข้อจำกัดของสมรรถนะในหลายมิติ เช่น การประเมินผลโครงการ และการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับชุมชนและภาคีเครือข่าย⁹⁻¹¹ อาจเนื่องมาจากการเตรียมความพร้อมในระบบการศึกษา การฝึกอบรมเฉพาะทางที่ไม่เพียงพอ ภาระงานที่มากเกินไป รวมถึงขาดการสนับสนุนเชิงนโยบาย⁹ นอกจากนี้ การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งประเมินเพียงสมรรถนะด้านความรู้และทักษะทางคลินิก² ในขณะที่สมรรถนะด้านการวิจัย การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และทักษะดิจิทัลยังขาดการประเมินที่เป็นระบบ นอกจากนี้สมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิยังมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ อายุ⁹ ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยบริการ¹² ระดับการศึกษา¹³ ตำแหน่งปัจจุบัน¹³ การอบรมต่อเนื่อง/การผ่านการอบรมเฉพาะทาง¹³⁻¹⁴ อัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย¹³ และภาระงาน¹² อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่สัมพันธ์กับสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนดังกล่าวอาจแตกต่างกันไปตามกรอบแนวคิดการวิจัยและบริบทของพื้นที่ที่ศึกษา และการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิยังมีอยู่อย่างจำกัด

สำหรับจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีหน่วยบริการปฐมภูมิกระจายอยู่ในพื้นที่ 13 อำเภอ ซึ่งมีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานอยู่ประจำทุกหน่วยบริการที่ต้องรับผิดชอบดูแลประชากรกว่า 900,000 คน ที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาเชิงระบบเกี่ยวกับสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ อาจทำให้ขาดข้อมูลสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และระบบสนับสนุนที่สอดคล้องกับความต้องการและบริบทในพื้นที่ จากความสำคัญและช่องว่างของความรู้



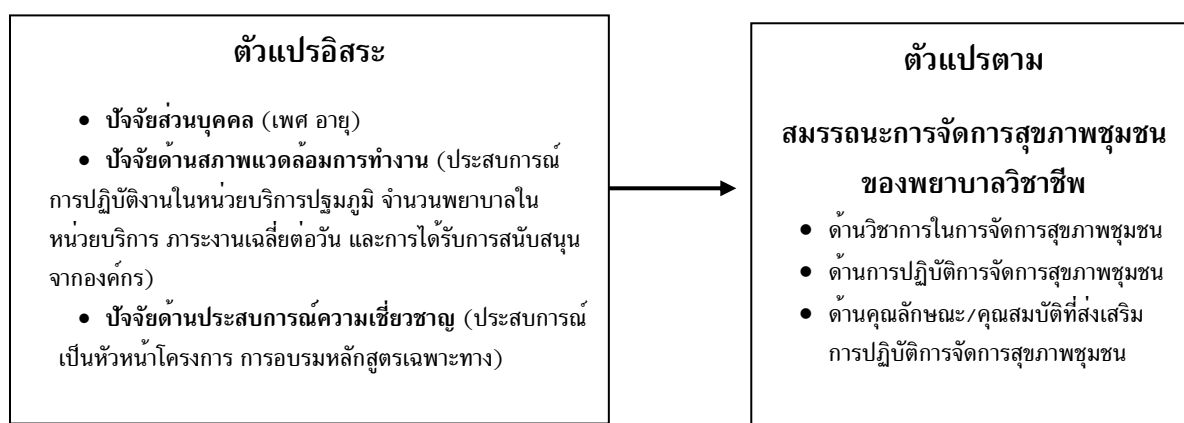
ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสมรรถนะและปัจจัยทำนายสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีแนวคิดพื้นฐานว่าสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนเกิดจากการบูรณาการความรู้ เจตคติและทักษะของพยาบาล เพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการพยาบาลและการจัดการสุขภาพชุมชนที่ต่อเนื่อง โดยมี ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน และปัจจัยด้านประสบการณ์ความเชี่ยวชาญ และ ตัวแปรตาม คือ สมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย ใช้การวิจัยเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์ (analytical descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัด มหาสารคาม ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง คลินิกหมอครอบครัว และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล จากข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามและองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม มีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งสิ้น จำนวน 350 คน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตร $n = N / (1 + Ne^2)$ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อนไม่เกิน .05 โดย n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง, N คือ ขนาดของประชากร, e คือ

ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ .05 เมื่อแทนค่าในสูตร คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 187 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 15% เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล รวมเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 215 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ประกอบด้วย 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่ยังไม่หมดอายุ 2) ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดมหาสารคามไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวข้องกับงานด้านการจัดการสุขภาพชุมชน และกองทุนสุขภาพตำบล และ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก คือ อยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อ ลาคลอด หรือลาป่วย เป็นระยะเวลาติดต่อกันเกิน 3 เดือน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน (proportional stratified random sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) แบ่งชั้นภูมิตามอำเภอและประเภทของหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต., ศสม., PCC, PCU) 2) คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิ โดยใช้สูตรจำนวนตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิ (จำนวนประชากรในชั้นภูมินั้น ÷ จำนวนประชากรทั้งหมด) × ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และ 3) การสุ่มตัวอย่างจากแต่ละชั้นภูมิใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลากสุ่มรายชื่อพยาบาลวิชาชีพจากกรอบรายชื่อที่ได้รับจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์การปฏิบัติงาน การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางหลักสูตรที่เคยผ่านการอบรม ประสบการณ์การปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ประเภทของหน่วยบริการปฐมภูมิ ประสบการณ์เป็นหัวหน้าโครงการ ตำแหน่งทางการบริหาร ประเภทของตำแหน่งทางการบริหาร การมีพี่เลี้ยงด้านการจัดการสุขภาพชุมชน จำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดในหน่วยงาน ภาระงานเฉลี่ยต่อวัน และการได้รับการสนับสนุนจากองค์กร

2. แบบประเมินสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชน สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและร่วมกับกรอบสมรรถนะของสภาการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ด้าน รวม 40 ข้อ ประกอบด้วย (1) ด้านวิชาการในการจัดการสุขภาพชุมชน 10 ข้อ (2) ด้านการปฏิบัติการจัดการสุขภาพชุมชน 20 ข้อ และ (3) ด้านคุณลักษณะ/คุณสมบัติที่ส่งเสริมการปฏิบัติการจัดการสุขภาพชุมชน 10 ข้อ การให้คะแนน แบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (รับรู้สมรรถนะในระดับน้อยที่สุด) ถึง 5 (รับรู้สมรรถนะในระดับมากที่สุด) การแปลผลคะแนนภาพรวม คะแนนเต็ม 200 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผล แบ่งออกเป็น คะแนน 161-200 แปลผลว่า ระดับสูง คะแนน 121-160 แปลผลว่า ระดับปานกลาง คะแนน 81-120 แปลผลว่า ระดับพอใช้ และคะแนน ≤ 80 แปลผลว่า ระดับควรพัฒนา การแปลผลแยกตามสมรรถนะ สมรรถนะด้านความรู้และด้านคุณลักษณะแบ่งออกเป็น คะแนน 41-50 แปลผลว่า ระดับสูง คะแนน 31-40 แปลผลว่า ระดับปานกลาง คะแนน 21-30 แปลผลว่า ระดับพอใช้ และคะแนน ≤ 20 แปลผลว่า ระดับควรพัฒนา สำหรับสมรรถนะด้านการปฏิบัติ คะแนน 80-100 แปลผลว่า ระดับสูง คะแนน 60-79 แปลผลว่า ระดับปานกลาง คะแนน 40-59 แปลผลว่า ระดับพอใช้ และคะแนน ≤ 39 แปลผลว่า ระดับควรพัฒนา



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลชุมชน 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการสุขภาพชุมชน 2 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .90 ทั้งสองฉบับ

2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดใกล้เคียง จำนวน 30 คน ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมินสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .98

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 4/2569 วันที่ 12 พฤศจิกายน 2568 ผู้วิจัยได้ยึดหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด ได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ไม่เปิดเผยชื่อและข้อมูลส่วนตัว เคารพสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนาใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าต่ำสุด-สูงสุด สถิติเชิงอนุมาน ใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย Pearson's correlation coefficient และการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วย Hierarchical multiple regression ผลการทดสอบพบว่า ข้อมูลของแต่ละตัวแปร มีการแจกแจงเป็นแบบปกติ ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง มีความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ ความคลาดเคลื่อนไม่มีความสัมพันธ์กันเอง และตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเอง ($VIF=1.100-2.825<10$, $Tolerance=.354-.909$) และเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิตินี้

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการตอบกลับ จำนวน 205 คน คิดเป็นร้อยละ 95.-35 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.15 มีอายุเฉลี่ย 44.61 ปี ($SD = 6.77$) ด้านระดับการศึกษา ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 91.71 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานเฉลี่ย 18.21 ปี ($SD = 6.45$) ส่วนใหญ่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง ร้อยละ 85.85 โดยเฉพาะการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ร้อยละ 84.09 นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิเฉลี่ย 13.92 ปี ($SD = 4.07$) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ร้อยละ 86.34 และมีตำแหน่งทางการบริหาร ร้อยละ 41.46 ซึ่งส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการ/หัวหน้าหน่วยบริการ ร้อยละ 74.12 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=205)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	12	5.85
หญิง	193	94.15
อายุ (ปี) M = 44.61, SD = 6.77, Min = 31, Max = 55		
25-40 ปี	62	30.24
41-50 ปี	92	44.88
51-60 ปี	51	24.88
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรี	188	91.71
ปริญญาโทด้านการพยาบาล/การสาธารณสุข	17	8.29
ประสบการณ์การปฏิบัติงาน (ปี) M = 18.21, SD = 6.45, Min = 3, Max = 33		
การผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง		
ไม่ผ่านการอบรม	29	14.15
ผ่านการอบรม	176	85.85
หลักสูตรที่เคยผ่านการอบรม (n=176, ตอบได้มากกว่า 1 หลักสูตร)		
การพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)	148	84.09
การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว	21	11.93
การพยาบาลผู้จัดการรายการกรณีโรคเรื้อรัง	3	1.70
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน	4	2.28
ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ (ปี) M = 13.92, SD = 4.07, Min = 1, Max = 33		
ประเภทของหน่วยบริการปฐมภูมิ		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)	177	86.34
ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.)	7	3.41
คลินิกหมอครอบครัว (PCC)	7	3.41
กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม	14	6.84
ประสบการณ์เป็นหัวหน้าโครงการ		
ไม่มีประสบการณ์	147	71.71
มีประสบการณ์	58	28.29
ตำแหน่งทางการบริหาร		
มี	85	41.46
ไม่มี	120	58.54
ประเภทของตำแหน่งทางการบริหาร		
ผู้อำนวยการ/หัวหน้าหน่วยบริการ	63	74.12
หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย	22	25.88
การมีพี่เลี้ยงด้านการจัดการสุขภาพชุมชน		
มี	45	21.95
ไม่มี	160	78.05
จำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดในหน่วยงาน M = 1.51, SD = 0.63, Min = 1, Max = 3		
ภาระงานเฉลี่ยต่อวัน (case/วัน)* M = 20.79, SD = 8.75, Min = 8, Max = 50 case/วัน		
การได้รับการสนับสนุนจากองค์กร M = 3.28, SD = 0.91		

* มาตรฐาน NHPPD พยาบาลชุมชน ประมาณ 15-20 case/วัน (กองบริหารทรัพยากรบุคคล กรมการแพทย์)



2. สมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีสมรรถนะโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 49.75) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.32) โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวม 159.29 (SD = 20.03) เมื่อพิจารณาสมรรถนะรายด้านพบว่า สมรรถนะด้านคุณลักษณะ/คุณสมบัติ มีคะแนนเฉลี่ย 43.47 (SD = 4.54) ส่วนสมรรถนะด้านการปฏิบัติ มีคะแนนเฉลี่ย 80.40 (SD = 11.12) และสมรรถนะด้านความรู้ มีคะแนนเฉลี่ย 39.43 (SD = 5.57) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

สมรรถนะรายด้าน	คะแนนเฉลี่ย (SD)	ระดับสมรรถนะ (N/%)		
		สูง	ปานกลาง	พอใช้
1. สมรรถนะด้านวิชาการในการจัดการสุขภาพชุมชน (50 คะแนน)	39.43 (5.57)	64 (31.22)	135 (65.85)	6 (2.93)
2. สมรรถนะด้านการปฏิบัติการจัดการสุขภาพชุมชน (100 คะแนน)	80.40 (11.12)	132 (64.39)	67 (32.68)	6 (2.93)
3. สมรรถนะด้านคุณลักษณะ/คุณสมบัติที่ส่งเสริมการปฏิบัติการจัดการสุขภาพชุมชน (50 คะแนน)	43.47 (4.54)	177 (86.34)	28 (13.66)	0 (0.00)
4. ระดับสมรรถนะโดยรวม (200 คะแนน)	159.29 (20.03)	102 (49.75)	97 (47.32)	6 (2.93)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับสมรรถนะรวม และทุกรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.258, p < .001$) เพศชายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะรวม และทุกรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .277, p < .001$) จำนวนพยาบาลในหน่วยบริการมีความสัมพันธ์ทางลบกับสมรรถนะรวม และทุกรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.256, p < .001$) การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะรวม ด้านวิชาการ และด้านคุณลักษณะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .156, p < .05$) อย่างไรก็ตาม ภาระงานเฉลี่ยต่อวัน ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ การมีประสบการณ์เป็นหัวหน้าโครงการ และการผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับสมรรถนะรวม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน ปัจจัยด้าน
ประสบการณ์ความเชี่ยวชาญ และสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชน

ตัวแปร	สมรรถนะรวม	ด้านวิชาการ	ด้าน การปฏิบัติ	ด้านคุณลักษณะ
อายุ	-.258***	-.201**	-.232**	-.324***
เพศ (ชาย)	.277***	.384***	.193**	.227***
จำนวนพยาบาลในหน่วยบริการ	-.256***	-.268***	-.244***	-.202**
การได้รับการสนับสนุนจากองค์กร	.156*	.219**	.110	.152*
ภาระงานเฉลี่ยต่อวัน	.007	-.041	.021	.029
ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วย บริการปฐมภูมิ	.075	.127	.114	-.104
ประสบการณ์เป็นหัวหน้าโครงการ (มีประสบการณ์)	.109	.130	.150*	-.050
ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง (ผ่านการอบรม)	.082	.140*	.119	-.103

หมายเหตุ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r); * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

4. ปัจจัยทำนายสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน หน่วยบริการปฐมภูมิ

ผลการวิเคราะห์ Hierarchical multiple regression แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 3 โมเดล ดังนี้

โมเดลที่ 1 ทดสอบอำนาจพยากรณ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และอายุ พบว่า ตัวแปรทั้งสองสามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R = .345$, $R^2 = .119$, $\text{Adj. } R^2 = .110$, $F_{(2, 202)} = 13.648$, $p < .001$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะรวมได้ร้อยละ 11.90

โมเดลที่ 2 เพิ่มปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน ได้แก่ ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวนพยาบาลในหน่วยบริการ ภาระงานเฉลี่ยต่อวัน และการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรเข้าสู่โมเดล พบว่าตัวแปรกลุ่มนี้เพิ่มอำนาจการทำนายได้อีกร้อยละ 17.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 \text{ Change} = .171$, $F_{(4, 198)} = 11.958$, $p < .001$) โมเดลที่ 2 สามารถอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะรวมได้ร้อยละ 29.00 ($R = .539$, $R^2 = .290$, $\text{Adj. } R^2 = .269$)

โมเดลที่ 3 เพิ่มปัจจัยด้านประสบการณ์ความเชี่ยวชาญ ได้แก่ มีประสบการณ์เป็นหัวหน้าโครงการ และผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางเข้าสู่โมเดล พบว่าตัวแปรกลุ่มนี้เพิ่มอำนาจในการทำนายได้อีกร้อยละ 14.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 \text{ Change} = .144$, $F_{(2, 196)} = 25.034$, $p < .001$) ซึ่งโมเดลที่ 3 สามารถอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนได้ร้อยละ 43.50 ($R = .659$, $R^2 = .435$, $\text{Adj. } R^2 = .412$)

ปัจจัยทั้ง 3 กลุ่มสามารถทำนายสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกโมเดล โดยปัจจัยด้านบริบทและสภาพแวดล้อมการทำงานมีอำนาจการทำนายเพิ่มสูงสุด ($\Delta R^2 = .171$)



รองลงมาคือปัจจัยด้านประสบการณ์ความเชี่ยวชาญและการพัฒนาตนเอง ($\Delta R^2=.144$) และปัจจัยส่วนบุคคล ($\Delta R^2=.119$) ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตัวแปรทำนายสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม

ตัวแปร	B	SE	β	t	p-value
1 ค่าคงที่ (Constant)	189.872	9.084		20.901	< .001
อายุ	-.622	.200	-.210	-3.112	.002
เพศ (ชาย)	19.878	5.745	.234	3.460	.001
$R = .345, R^2 = .119, \text{Adj. } R^2 = .110, R^2 \text{ Change} = .119, F_{(2, 202)} = 13.648, p < .001$					
2 ค่าคงที่ (Constant)	211.439	12.167		17.377	< .001
อายุ	-1.406	.260	-.475	-5.405	< .001
เพศ (ชาย)	20.987	5.528	.247	3.796	< .001
จำนวนพยาบาลในหน่วยบริการ	-11.509	2.158	-.363	-5.333	< .001
การได้รับการสนับสนุนจากองค์กร	2.834	1.478	.129	1.918	.057
ภาระงานเฉลี่ยต่อวัน	.589	.154	.257	3.830	< .001
ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วย	.661	.160	.352	4.131	< .001
$R = .539, R^2 = .290, \text{Adj. } R^2 = .269, R^2 \text{ Change} = .171, F_{(4, 198)} = 11.958, p < .001$					
3 ค่าคงที่ (Constant)	214.786	10.994		19.537	< .001
อายุ	-2.164	.264	-.731	-8.185	< .001
เพศ (ชาย)	32.237	5.305	.379	6.077	< .001
จำนวนพยาบาลในหน่วยบริการ	-10.459	1.942	-.330	-5.385	< .001
การได้รับการสนับสนุนจากองค์กร	2.284	1.328	.104	1.719	.087
ภาระงานเฉลี่ยต่อวัน	.886	.147	.387	6.021	< .001
ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วย	.575	.144	.306	3.990	< .001
มีประสบการณ์เป็นหัวหน้าโครงการ	7.467	2.910	.168	2.566	.011
ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง	22.957	4.552	.400	5.043	< .001
$R = .659, R^2 = .435, \text{Adj. } R^2 = .412, R^2 \text{ Change} = .144, F_{(2, 196)} = 25.034, p < .001$					

หมายเหตุ; B= Unstandardized Coefficient, SE=Standard error, β = Standardized Coefficient

อภิปรายผล

ระดับสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ

จากผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับสูงและระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Nontapet และคณะ⁷ ที่พบว่าพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิของไทยมีสมรรถนะหลักด้านการดูแลสุขภาพชุมชนอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง อธิบายได้ว่าพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางและมีประสบการณ์การปฏิบัติงานในชุมชนอย่างต่อเนื่อง มีแนวโน้มพัฒนาสมรรถนะที่ครอบคลุมได้ดีกว่า ซึ่งการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานเฉลี่ย 18.21 ปี และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.85) เคยเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สอดคล้องกับ Halcomb และคณะ¹¹ ที่ระบุว่าสมรรถนะของพยาบาลในระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างการศึกษา การฝึกอบรมและสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เอื้อต่อการเรียนรู้

เมื่อพิจารณารายละเอียดของสมรรถนะแต่ละด้าน พบประเด็นที่น่าสนใจหลายประการ ประการแรก สมรรถนะด้านคุณลักษณะที่ส่งเสริมการปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด สอดคล้องกับ Soto-Schulz และคณะ¹⁵ ที่ระบุว่าความเป็นผู้นำ การทำงานเป็นทีม และการสื่อสารเป็นทักษะที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ อาจอธิบายได้จากบริบทการทำงานของกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ โดยร้อยละ 41.46 ปฏิบัติหน้าที่ทั้งมีตำแหน่งด้านการบริหารร่วมกับการบริการร่วมด้วย และร้อยละ 86.34 ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่พยาบาลต้องรับผิดชอบงานหลากหลายในฐานะผู้ให้บริการหลักและผู้ประสานงานในชุมชน การปฏิบัติงานในลักษณะนี้น่าจะช่วยพัฒนาคุณลักษณะวิชาชีพผ่านการปฏิบัติจริง สอดคล้องกับ Alanazi และคณะ¹⁶ ที่พบว่าพยาบาลปฐมภูมิที่มีความรับผิดชอบสูง มีแนวโน้มพัฒนาทักษะการส่งเสริมสุขภาพและภาวะผู้นำในชุมชนได้ดี

ประการที่สอง สมรรถนะด้านวิชาการมีสัดส่วนของกลุ่มที่มีสมรรถนะอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 31.22 แม้ภาพรวมจะอยู่ในเกณฑ์ที่ดี แต่ส่วนใหญ่มีสมรรถนะด้านนี้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.85) สอดคล้องกับการศึกษาของ Miranda Neto และคณะ¹⁷ พบว่าพยาบาลปฐมภูมิในบราซิลมีข้อจำกัดในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในทางปฏิบัติ อันเป็นผลจากอุปสรรคด้านการฝึกอบรม ขาดเวลาและโครงสร้างองค์กรที่ไม่เอื้ออำนวย นอกจากนี้ Lukewich และคณะ⁴ ยังพบว่าในประเทศแคนาดาพบว่าสมรรถนะด้านการวิจัย การประเมินผลและการประกันคุณภาพ เป็นสมรรถนะที่อยู่ในหลักสูตรการพัฒนาและการฝึกอบรมด้านการพยาบาลปฐมภูมิน้อยที่สุด รวมถึง Azimirad และคณะ⁵ ที่ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการศึกษาต่อเนื่องในปัจจุบันพบว่าไม่มีประเด็นเกี่ยวกับสมรรถนะด้านการตัดสินใจและเทคโนโลยีดิจิทัล (e-health) ที่ครอบคลุมและเพียงพอ ทั้งนี้การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (ร้อยละ 84.09) ซึ่งเน้นการรักษาโรคเบื้องต้น มากกว่าหลักสูตรที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการจัดการสุขภาพชุมชน เช่น การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว (ร้อยละ 11.93) อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้สมรรถนะด้านวิชาการยังอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาหลักสูตรอบรมที่มุ่งเน้นสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพชุมชนที่ควบคู่กับด้านวิชาการโดยเฉพาะด้านการวิจัยและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ยังคงมีความจำเป็นสำหรับพยาบาลด้านปฐมภูมิ

ประการที่สาม สมรรถนะด้านการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.39) อาจเนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพของการศึกษาครั้งนี้ มีระยะเวลาปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิเฉลี่ย 13.92 ปี ที่บ่งบอกว่า



มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในพื้นที่ทำให้เกิดความชำนาญและเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลในพื้นที่ สามารถประสานงานและร่วมงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้เป็นอย่างดีสอดคล้องกับ Lee และคณะ⁸ ที่ระบุว่า การสื่อสารและการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพคือสมรรถนะร่วมที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการในระดับปฐมภูมิ รวมถึง Bagnasco และคณะ¹⁸ ที่ยืนยันว่าการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อดำเนินกิจกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเป็นสมรรถนะหลักสำคัญของพยาบาลระดับสากล

ปัจจัยทำนายสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดมหาสารคาม แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 อำนาจทำนายของโมเดลภาพรวม ผลการวิเคราะห์พบว่า โมเดลสุดท้ายประกอบด้วยตัวแปร 8 ตัว สามารถอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนได้ร้อยละ 43.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจอธิบายได้ว่า สมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชน เกิดจากการบูรณาการปัจจัยหลายมิติพร้อมกัน ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน และปัจจัยด้านประสบการณ์ความเชี่ยวชาญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Mrayyan และคณะ² ที่อธิบายว่าสมรรถนะเป็นแนวคิดเชิงพหุมิติ ซึ่งเกิดจากการหลอมรวมความรู้ ทักษะ เจตคติ การคิดวิเคราะห์ และค่านิยมเข้าด้วยกัน

เมื่อพิจารณาตามลำดับการเพิ่มอำนาจการทำนายของแต่ละกลุ่มปัจจัย พบว่ากลุ่มปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน มีอำนาจพยากรณ์เพิ่มสูงสุด ซึ่งชี้ให้เห็นว่าบริบทขององค์กรและสภาพแวดล้อมในการทำงานอาจมีบทบาทสำคัญที่สุดในการกำหนดสมรรถนะของพยาบาล รองลงมาคือกลุ่มปัจจัยด้านประสบการณ์ความเชี่ยวชาญ และกลุ่มปัจจัยส่วนบุคคล อย่างไรก็ตามโมเดลนี้สามารถทำนายสมรรถนะได้ร้อยละ 43.50 อาจเนื่องจากการจัดการสุขภาพชุมชนมีความซับซ้อนและอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นที่ยังไม่ได้รวมในการศึกษา เช่น แรงจูงใจภายใน ความผูกพันต่อวิชาชีพ ภาวะผู้นำของผู้บริหารในหน่วยงาน วัฒนธรรมองค์กร หรือการเข้าถึงระบบข้อมูลสุขภาพชุมชน สอดคล้องกับ Halcomb และคณะ¹¹ ที่พบว่าสมรรถนะพยาบาลปฐมภูมิเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างการศึกษา การฝึกอบรม และสภาพแวดล้อมการทำงานที่มีความซับซ้อนและมีพลวัตสูง

ประเด็นที่ 2 อำนาจทำนายของแต่ละตัวแปร ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล (1) เพศชายเป็นตัวทำนายสมรรถนะที่มีนัยสำคัญทางสถิติในทุกโมเดล โดยในโมเดลที่ 3 มีค่า $\beta = .379$ ($p < .001$) อย่างไรก็ตาม การตีความผลการศึกษาในตัวแปรนี้อาจมีข้อจำกัดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีพยาบาลเพศชายเพียง ร้อยละ 5.85 ซึ่งอาจทำให้การประมาณค่าผลของตัวแปรเพศมีความแปรปรวนสูง และอาจสะท้อนปัจจัยแทรกซ้อนอื่น เช่น บทบาทหน้าที่หรือประสบการณ์เฉพาะในกลุ่มนี้มากกว่าผลของเพศโดยตรง สอดคล้องในบางประเด็นกับ Romem และ Rozani¹⁹ ที่พบว่าพยาบาลชายในหน่วยบริการผู้สูงอายุมีแนวโน้มปฏิบัติชอบเขตการพยาบาลในมิติเทคนิคได้กว้างกว่าพยาบาลหญิง โดยอธิบายว่าความแตกต่างดังกล่าวเกิดจากการมอบหมายงานตามแบบแผนทางเพศ มากกว่าความสามารถที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม มีหลักฐานหรือการศึกษาเกี่ยวกับผลของเพศต่อสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนในบริบทปฐมภูมิยังมีจำกัด และข้อค้นพบด้านตัวแปรเพศที่ได้จากการศึกษานี้ควรพิจารณาพร้อมกับปัจจัยแทรกซ้อนอื่นด้วย และ (2) อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับสมรรถนะ โดยในโมเดลที่ 3 มีค่า $\beta = -.731$ ($p < .001$) ซึ่งเป็นค่าสัมประสิทธิ์สูงที่สุดในสมการและ

สูงกว่าโมเดลที่ 1 ($\beta = -.210$) และโมเดลที่ 2 ($\beta = -.475$) ผลดังกล่าวอาจเกิดจากปรากฏการณ์จากความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับตัวแปรที่เพิ่มเข้าสู่โมเดล โดยเฉพาะระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ อย่างไรก็ตาม ตัวแปรอายุและระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิมีความสัมพันธ์ไม่สูงมากซึ่งไม่เกิน .80 และไม่มีภาวะ Multicollinearity นอกจากนี้ อาจอธิบายได้ว่าพยาบาลรุ่นใหม่สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรการเรียนการสอนที่เน้นสมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนมากขึ้น และมีความสามารถในการเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศและฐานความรู้ใหม่ได้ดีกว่า

ปัจจัยด้านบริบทและสภาพแวดล้อมการทำงาน (1) ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิมีอิทธิพลทางบวกต่อสมรรถนะ ($\beta = .306$, $p < .001$) อย่างไรก็ตาม พบประเด็นที่น่าสังเกต กล่าวคือในการวิเคราะห์ข้อมูลไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิกับสมรรถนะรวมอย่างมีนัยสำคัญ แต่เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นในสมการถดถอยแล้ว ตัวแปรนี้กลับมีอิทธิพลทางบวกต่อสมรรถนะอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจอธิบายได้ด้วยปรากฏการณ์ Suppression โดยระยะเวลาปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอายุ ($r = .573$, $p < .001$) และอายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับสมรรถนะ ดังนั้น เมื่อควบคุมอายุในสมการถดถอยแล้ว ผลเฉพาะของระยะเวลาปฏิบัติงานต่อสมรรถนะจึงปรากฏชัดเจนขึ้นและเป็นปัจจัยทำนายที่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากความคุ้นเคยของพยาบาลผู้ปฏิบัติกับชุมชน ระบบบริการ เครือข่ายสุขภาพและความสัมพันธ์ระยะยาวกับประชาชนในพื้นที่ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสริมสมรรถนะที่สำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับ Ge และคณะ²⁰ ที่พบว่าความคุ้นเคยกับชุมชนจากการปฏิบัติงานในพื้นที่เดิมอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยเสริมสมรรถนะ (2) จำนวนพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิมีอิทธิพลทางลบต่อสมรรถนะ ($\beta = -.330$, $p < .001$) กล่าวคือ หน่วยบริการที่มีพยาบาลน้อยกว่ากลับมีสมรรถนะสูงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของ รพ.สต. ในจังหวัดมหาสารคามที่มีพยาบาลเฉลี่ยเพียง 1.51 คนต่อหน่วยบริการ เมื่อบุคลากรมีน้อยจำเป็นต้องรับผิดชอบงานที่หลากหลาย โดยเฉพาะการจัดการสุขภาพชุมชน จึงมีโอกาสมพัฒนาสมรรถนะแบบรอบด้านมากกว่าหน่วยบริการที่มีบุคลากรจำนวนมาก ซึ่งมักแบ่งงานตามความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ทำให้การพัฒนาสมรรถนะในภาพรวมอาจถูกจำกัด (3) ภาระงานเฉลี่ยต่อวันมีอิทธิพลทางบวกต่อสมรรถนะ ($\beta = .387$, $p < .001$) แม้ว่าในเชิงทฤษฎีภาระงานที่มากเกินไปมักส่งผลลบต่อคุณภาพการทำงาน แต่ในบริบทนี้อาจอธิบายได้ว่าพยาบาลที่ให้บริการดูแลผู้รับบริการต่อวันจำนวนมาก มีโอกาสสะสมประสบการณ์และพัฒนาทักษะการจัดการสถานการณ์ที่หลากหลายมากขึ้น ส่งผลให้สมรรถนะโดยรวมสูงขึ้น อย่างไรก็ตามควรพิจารณาว่าภาระงานที่หนักเกินไปอาจนำไปสู่ความเหนื่อยล้า ซึ่งในระยะยาวอาจส่งผลลบต่อสมรรถนะและคุณภาพการบริการ และ (4) การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรเป็นตัวทำนายสมรรถนะในทิศทางบวกแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในโมเดลที่ 3 ($\beta = .104$, $p = .087$) อย่างไรก็ตามตัวแปรนี้สามารถทำนายสมรรถนะได้อย่างมีนัยสำคัญในโมเดลที่ 2 อาจเนื่องมาจากการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำซึ่งอาจส่งผลให้ไม่มีอำนาจในการทำนายสมรรถนะ และในโมเดลที่ 3 ได้เพิ่มปัจจัยด้านประสบการณ์ความเชี่ยวชาญ โดยการสนับสนุนจากองค์กรส่งอิทธิพลต่อสมรรถนะผ่านการส่งเสริมให้พยาบาลได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรเฉพาะทางต่างๆ และมีโอกาสได้บริหารโครงการที่สำคัญมากกว่าการมีผลโดยตรงต่อสมรรถนะ นอกจากนี้ระบบนิเวศในองค์กรที่ส่งเสริมวัฒนธรรมการเรียนรู้และ



ให้การสนับสนุนทรัพยากรของคนในองค์กรเป็นสิ่งจำเป็นในการดึงศักยภาพสมรรถนะของพยาบาลออกมาใช้ได้อย่างเต็มที่⁽¹⁷⁾

ด้านประสบการณ์ความเชี่ยวชาญ (1) การอบรมหลักสูตรเฉพาะทางเป็นตัวแทนสมรรถนะที่มีน้ำหนักสูงที่สุดในโมเดลที่ 3 ($\beta=.400$, $p<.001$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์สูงในการปฏิบัติงาน รวมถึงได้รับโอกาสจากหน่วยงานให้ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางในด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ผลที่พบนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาด้านวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ Amir และคณะ¹⁴ ที่พบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและพบว่าการพัฒนาด้านวิชาชีพอย่างต่อเนื่องส่งผลโดยตรงต่ออรรถนะทางคลินิกและการปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะในการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการทำงานร่วมกับชุมชน และ (2) ประสบการณ์เป็นหัวหน้าโครงการด้านสุขภาพชุมชนเป็นตัวแทนสมรรถนะที่มีนัยสำคัญ ($\beta=.168$, $p=.011$) สะท้อนถึงกลไกการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติงานจริง (Learning by Doing) ในบทบาทผู้นำโครงการ ซึ่งต้องบูรณาการสมรรถนะหลายด้านพร้อมกัน ทั้งการวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การบริหารทรัพยากร การประสานเครือข่ายและการประเมินผล สอดคล้องกับ Coombe และคณะ¹⁰ ที่พบว่าสมรรถนะด้านการวางแผน การบริหารจัดการ และการทำงานร่วมกับทีม จะได้รับการพัฒนาได้ดีที่สุดผ่านการฝึกประสบการณ์จริงในบริบทชุมชน ซึ่งเห็นว่าการเปิดโอกาสให้พยาบาลได้รับผิดชอบบริหารโครงการสุขภาพชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม อาจถือเป็นกลไกในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลชุมชน

อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณาในการนำผลไปใช้ได้แก่ (1) เป็นการศึกษาที่มีการเก็บข้อมูล ณ ช่วงเวลาเดียว จึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรได้ (2) การประเมินสมรรถนะใช้วิธีการรายงานด้วยตนเองซึ่งอาจเกิด social desirability bias แม้เครื่องมือจะผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้วก็ตาม (3) ขอบเขตการศึกษาจำกัดในพื้นที่จังหวัดเดียว ซึ่งอาจมีบริบทสังคมและโครงสร้างระบบสุขภาพของเฉพาะพื้นที่ จึงควรเป็นข้อพิจารณาในการนำผลวิจัยไปอ้างอิงในพื้นที่อื่น (4) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีสัดส่วนพยาบาลชายเพียง ร้อยละ 5.85 ซึ่งสะท้อนโครงสร้างวิชาชีพพยาบาลในบริบทไทยที่มีสัดส่วนพยาบาลเพศหญิงสูง อย่างไรก็ตาม ขนาดกลุ่มย่อยที่เล็กดังกล่าวอาจทำให้การประมาณค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรเพศมีความไม่เสถียร ควรตีความผลการศึกษาของตัวแปรเพศด้วยความระมัดระวัง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการพัฒนาบุคลากร มีดังนี้

1. ควรพัฒนาระบบสนับสนุนและการฝึกอบรมหลักสูตรเฉพาะทางด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติ และการจัดการสุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับระบบพี่เลี้ยง
2. ควรสนับสนุนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริง โดยให้พยาบาลได้รับผิดชอบบริหารโครงการสุขภาพชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป มีดังนี้

1. ควรศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อเจาะลึกประสบการณ์และอุปสรรคในการพัฒนาสมรรถนะ โดยเฉพาะประเด็นที่การวิจัยเชิงปริมาณยังไม่สามารถอธิบายได้ รวมถึงควรออกแบบการวิจัยระยะยาวเพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของสมรรถนะ
2. ควรขยายการประเมินให้ครอบคลุมหลายวิธี เช่น การประเมินจากหัวหน้างาน เพื่อนร่วมงาน และผู้รับบริการ เพื่อลดความลำเอียงจากการรายงานสมรรถนะด้วยตนเอง
3. ควรขยายพื้นที่ศึกษาให้ครอบคลุมและเปรียบเทียบระหว่าง รพ.สต. ที่สังกัด สสจ. และ อบจ.
4. ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้วยการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

References

1. Ministry of Public Health. Primary Health Care System Act B.E. 2562. Bangkok: Cooperative Agriculture Printing House of Thailand; 2019. (in Thai).
2. Mrayyan MT, Abunab HY, Abu Khait A, Rababa MJ, Al-Rawashdeh S, Algunmeeyn A, et al. Competency in nursing practice: a concept analysis. *BMJ Open*. 2023;13(6):e067352.
3. Nursing Council of Thailand. Competencies of professional nurses working in the community. Bangkok: Siriyod Printing; 2025. (in Thai).
4. Lukewich J, Mathews M, Poitras ME, Tranmer J, Martin-Misener R, Bryant-Lukosius D, et al. Primary care nursing competencies in Canadian undergraduate nursing programs: A national cross-sectional survey. *Nurse Educ Pract*. 2023;71:103738. doi: 10.1016/j.nepr.2023.103738.
5. Azimirad M, Paloniitty R, Papathanasiou IV, Aleo G, Catania G, Pozzi F, et al. Examining family and community nurses' core competencies in continuing education programs offered in primary health care settings: an integrative literature review. *Nurse Educ Pract*. 2023;67:103561. doi: 10.1016/j.nepr.2023.103561.
6. World Health Organization. Competencies for nurses working in primary health care. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.
7. Nontapet O, Isaramalai SA, Petpichatchain W, Brooks CW. Conceptual structure of primary care competency for Thai primary care unit (PCU) nurses. *Pac Rim Int J Nurs Res*. 2008;12(3):195-206.
8. Lee JY, Min YH, Yim J, Park KH, Yune SJ. Core shared competencies between physicians and nurses in primary care: a Delphi study in Korea. *Korean J Med Educ*. 2025;37(4):503-509. doi: 10.3946/kjme.2025.359.
9. LeSeure P, Chawaphanth S, Jantaramano S, Thana K. Knowledge and competency of nurses in the Northern region of Thailand for the ASEAN economic community. *Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences*. 2017;37(1):117-130.
10. Coombe L, Severinsen C, Robinson P. Practical competencies for public health education: a global analysis. *Int J Public Health*. 2020;65(7):1159-67. doi: 10.1007/s00038-020-01459-3.
11. Halcomb E, Stephens M, Bryce J, Foley E, Ashley C. Nursing competency standards in primary health care: an integrative review. *J Clin Nurs*. 2016;25(9-10):1193-205. doi: 10.1111/jocn.13224.
12. Kurnawan E, Yuliaty F. Systematic literature review: Nurses' work hours and workload impact on patient safety incidents. *J Indones Soc Sci*. 2024;5(10):2574-86. doi:10.59141/jiss.v5i10.1461



13. Honein–AbouHaidar G, Hoteit R, Chehayeb S, Dumit N, Avedissian T, Abdallah B, et al. Community health assessment of needs and continuous empowerment (CHANCE): a quantitative cross-sectional survey targeting primary health care nurses in Lebanon. *BMC Nurs.* 2024;23(1):927. doi: 10.1186/s12912-024-02627-z.
14. Amir H, Sri Hariyati T, Novieastari E, Pakasi TA. Continuing professional development (CPD) impact for clinical and nursing practice: A systematic literature review. *Asia Pac J Health Manag.* 2024;19(2):197–205. doi:10.3316/informit.T2024121300002301828309961.
15. Soto–Schulz K, Herrera–Echenique R, Brito–Díaz R, Pérez–Romero N. Competencies required for the performance of primary health care managers: a systematic review. *Cad Saude Publica.* 2025;41:e00092624. doi: 10.1590/0102-311XEN092624.
16. Alanazi TA, Alanazi HA, Alanazi AA, Alharbi NN, Alsumairi MA, Aldossari WH, et al. Importance and efficacy of health promotion by primary care nurses. *International Journal of Community Medicine and Public Health.* 2023;10(1):331–335. doi:10.18203/2394-6040.ijcmph20223269.
17. Miranda Neto MV, Stacciarini JMR, Pereira EG, Terra MF, Cunha LMR, Ribeiro LB, et al. Competencies in research and evidence-based practice among primary health care nurses: challenges for advanced practice. *Acta Paul Enferm.* 2025;38:e-SPE24i. doi:10.37689/acta-ape/2025SPE24i.
18. Bagnasco A, Catania G, Zanini M, Pozzi F, Aleo G, Watson R, et al. Core competencies for family and community nurses: A European e-Delphi study. *Nurse Educ Pract.* 2022;60:103296. doi: 10.1016/j.nepr.2022.103296.
19. Romem A, Rozani V. Gender-related differences in the scope of nursing practice: evidence from a cross-sectional study in geriatric healthcare settings. *BMC Nurs.* 2024;23(1):852. doi: 10.1186/s12912-024-02516-5.
20. Ge J, Zhang Y, Fan E, Yang X, Chu L, Zhou X, et al. Community nurses are important providers of continuity of care for patients with chronic diseases: a qualitative study. *INQUIRY.* 2023;60:00469580231160888. doi: 10.1177/00469580231160888.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการป้องกัน สมองเสื่อมของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

The Effect of a Self-Efficacy Enhancing Program through Line Application on the Dementia Prevention Behaviours among Older Adults, Bangkok Metropolitan

แพรวไพลิน อนุสาย¹, จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์², ยูพา จิวพัฒน์กุล²

Praewpailin Anusai¹, Juntima Rerkluenrit², Yupa Jewpattanakul²

¹นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ Master program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Mahidol University

² Department of Public Health Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

*Corresponding Author: Praewpailin Anusai; E-mail: praewpailin.anu@student.mahidol.ac.th

Received: April 8, 2026 Revised: July 20, 2026 Accepted: August 9, 2026

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล การป้องกันจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง วัตถุประสงค์การวิจัยนี้เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 – 79 ปีพักอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 36 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้วยแอปพลิเคชันไลน์ออกแบบกิจกรรมเป็นเวลา 7 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ละกิจกรรมจัดครั้งละ 45 – 60 นาที และมอบหมายการบ้านเพื่อกระตุ้นศักยภาพสมองผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ในสมาร์ตโฟนทุก 2 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันสมองเสื่อมที่มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .96 และแบบประเมินการรู้คิดฉบับภาษาไทย (MoCA Thai) โดยทำการเก็บข้อมูลในระลอกก่อนการทดลองและหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 7 พร้อมมีการติดตามผลผ่าน Google Form ทุก 2 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ paired-samples t-tests เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่ม และ independent samples t-tests เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้วยแอปพลิเคชันไลน์สามารถเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองและมีความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันสมองเสื่อม

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันสมองเสื่อม; ผู้สูงอายุ; สมองเสื่อม; ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน; แอปพลิเคชันไลน์



The Effect of a Self-Efficacy Enhancing Program through Line Application on the Dementia Prevention Behaviours among Older Adults, Bangkok Metropolitan

Praewpailin Anusai¹, Juntima Rerkluenrit², Yupa Jewpattanakul²

¹ Master program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Mahidol University

² Department of Public Health Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

*Corresponding Author: Praewpailin Anusai; E-mail: praewpailin.anu@student.mahidol.ac.th

Received: April 8, 2026 Revised: July 20, 2026 Accepted: August 9, 2026

Abstract

Dementia is a syndrome in older adults characterized by a progressive decline in memory and other cognitive functions, which affects behavior and the ability to perform activities of daily living. The objective of this study was to examine and compare the effects of a self-efficacy enhancement program using the LINE application on dementia-preventive behaviors among older adults in Bangkok. The participants in this quasi-experimental study comprised 72 older adults aged 60–79 years residing in Bangkok, who were equally divided into an experimental group (n = 36) and a control group (n = 36). The experimental group received a 7-week self-efficacy enhancement program via the LINE application, consisting of weekly 45-to-60-minute group sessions, supplemented by cognitive stimulation homework assigned through the LINE application every two weeks. The control group received routine care. Data were collected using a personal information questionnaire, a dementia-preventive behavior scale (Cronbach's alpha = .96), and the Thai version of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA-Thai). Data were collected at baseline and at week 7, with monitoring via Google Forms every two weeks. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (paired-samples t-tests and independent-samples t-tests). The results revealed that after the intervention, the mean score of dementia-preventive behaviors in the experimental group was significantly higher than its baseline score and significantly higher than that of the control group. Therefore, the self-efficacy enhancement program via the LINE application can effectively improve dementia-preventive behaviors. This program empowers older adults by fostering their perceived self-efficacy and building their confidence in maintaining self-care practices to prevent dementia.

Keywords: dementia prevention behaviours; dementia; LINE application; older adult; self-efficacy

ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันโลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรอย่างรวดเร็ว โดยองค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่า จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกจะขยายตัวเพิ่มขึ้นถึง 2 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2593¹ สำหรับ ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้ว สะท้อนจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องจาก 11.7 ล้านคนในปี พ.ศ. 2562 เป็น 13 ล้านคนในปี พ.ศ. 2567 หรือคิดเป็นร้อยละ 20.1 ของประชากรทั้งหมด² โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด การเปลี่ยนแปลงอย่างก้าวกระโดดนี้ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุมีความชัดเจนขึ้น โดยเฉพาะภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่กระทบต่อการรู้คิด พฤติกรรม และขีดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน³

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง ส่งผลให้การรู้คิด (cognitive function) ด้านต่าง ๆ อาทิ ความจำ การตัดสินใจ และการสื่อสารลดลงอย่างต่อเนื่อง ความเสื่อมถอยนี้ไม่เพียงแต่กระทบต่อบุคลิกภาพเท่านั้น แต่ในระยะรุนแรงยังนำไปสู่การสูญเสียอิสระในการใช้ชีวิต (loss of independence) เนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานด้วยตนเองได้ และต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลตลอดเวลา ด้วยผลกระทบที่รุนแรงและเรื้อรังดังกล่าว การป้องกันและชะลอการเสื่อมของสมอง จึงถือเป็นกลยุทธ์สำคัญที่จะช่วยรักษาคุณภาพชีวิตและคงไว้ซึ่งการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุให้นานที่สุด⁴

จากสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2568 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมถึง 51 ล้านคน ประเมินการณว่าจะเพิ่มสูงถึง 78 ล้านคนในปี ค.ศ.2030 ดังนั้นเมื่ออายุมากขึ้นสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุก็จะเพิ่มมากขึ้น โดยพบอัตราการเกิดโรคร้อยละ 1 – 2 ในประชากรที่มีอายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 8.0 ในประชากรอายุ 70 – 79 ปี และร้อยละ 50.0 หรือ 1 ใน 2 ของประชากรที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป⁵ ในประเทศไทยจากข้อมูลจากการคัดกรองผู้สูงอายุ พ.ศ. 2568–2569 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดว่าจะมีจำนวนใกล้เคียงหรือทะลุ 900,000 คน ถึง 1 ล้านคน พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 6.0–8.2⁶ ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้นอาจส่งผลให้เกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น

การป้องกันสมองเสื่อมของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล พบการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันสมองเสื่อมว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมงานต่าง ๆ ในหมู่บ้านน้อยครั้งมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อม 3.89 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ⁷ และการป้องกันสมองเสื่อมนั้นสามารถทำได้โดยการปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยพฤติกรรมการป้องกันสมองเสื่อม ได้แก่ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การรับประทานยาและอาหารบางชนิด การเข้าสังคม/การทำกิจกรรมสม่ำเสมอ การฝึกสติปัญญา (cognitive training) การควบคุมอารมณ์ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน หากผู้สูงอายุสามารถป้องกันการเกิดสมองเสื่อมได้ จะส่งผลให้ลดอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁴

จากแนวคิดของ Bandura⁸ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลต่อความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมาย⁸ การสร้างความเชื่อมั่นนี้ ประกอบด้วย 4 วิธี ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experience) ผ่านการปฏิบัติจริง 2) การใช้ตัวแบบ (modeling) จากบุคคลที่คล้ายคลึงกัน 3) การชักจูงโดยใช้คำพูด (verbal persuasion) จากคนรอบข้างหรือบุคลากรสาธารณสุข และ 4) การกระตุ้นอารมณ์ (emotional arousal) เพื่อลดความวิตกกังวล⁸ อย่างไรก็ตาม แม้แนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจะถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย แต่โปรแกรม



ส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบเดิม (traditional program) เช่น การจัดอบรมในศูนย์บริการสาธารณสุขหรือโรงพยาบาล มักมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในเขตเมือง เนื่องจากผู้สูงอายุในสังคมเมืองมีอุปสรรคเรื่องการเดินทาง ความไม่สะดวกด้านเวลา และการติดตามผลที่ขาดความต่อเนื่อง ส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันสมองเสื่อมไม่เกิดขึ้นจริงในระยะยาว ด้วยเหตุนี้ แอปพลิเคชัน LINE จึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะเข้ามาปิดช่องว่าง (Gap) ดังกล่าว เนื่องจากเป็นแพลตฟอร์มที่ผู้สูงอายุไทยคุ้นเคยมากที่สุด โดยสถิติพบว่าผู้สูงอายุไทยมากกว่าร้อยละ 90 ที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ตนิยมใช้ LINE เป็นช่องทางหลักในการสื่อสาร การใช้ LINE ในงานวิจัยนี้จึงมีข้อดีเด่นชัดคือ สามารถชักจูงด้วยคำพูดและให้คำปรึกษาได้ทันทีโดยไม่ต้องเดินทาง (real-time support) การสร้างกลุ่มเครือข่ายสังคมออนไลน์ช่วยให้ผู้สูงอายุเห็นตัวแบบ (modeling) และแลกเปลี่ยนประสบการณ์สำเร็จ (mastery experience) ร่วมกันได้ทุกวัน (virtual modeling) และความง่ายต่อการเข้าถึง (accessibility)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในบริบทของกรุงเทพมหานครที่มีประชากรสูงอายุมากที่สุดในไทย ยังไม่มีงานวิจัยที่มุ่งเน้นการป้องกันสมองเสื่อมในเชิงป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ และการศึกษากลุ่มตัวอย่างในชุมชนยังมีน้อย ทำให้เกิดความจำเป็นในการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุไทยในชุมชนเมือง การประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสามารถทำได้หลายรูปแบบ เช่น การสร้างกลุ่มไลน์เพื่อให้ความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การส่งข้อความกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การใช้ไลน์แชทบอท (LINE Chatbot) ในการตอบคำถามและให้คำแนะนำด้านสุขภาพ และการใช้ไลน์ในการติดตามความก้าวหน้าของพฤติกรรมสุขภาพ⁹ สามารถเพิ่มสมรรถนะของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ แสดงให้เห็นว่าแอปพลิเคชันไลน์เป็นเครื่องมือที่มีศักยภาพในการนำมาพัฒนาต่อยอดเพื่อใช้ส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของของ Bandura⁸ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองและมีความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันสมองเสื่อมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ทั้งในและระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังจากการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันสมองเสื่อมแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ภายหลังจากการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันสมองเสื่อมสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997)⁸ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยซึ่งโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังแสดงในภาพที่ 1 ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experiences) ฝึกทักษะการรู้คิดผ่าน Google Form พร้อมระบบข้อมูลย้อนกลับทันที เพื่อสร้างความภูมิใจและความมั่นใจจากการลงมือทำจริง 2) การใช้ตัวแบบ (modeling) เผยแพร่วิดีโอหรือจัดกิจกรรม LINE Meeting ร่วมกับผู้สูงอายุต้นแบบ เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ผ่านการสังเกตและสร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตาม 3) การชักจูงโดยใช้คำพูด (verbal persuasion) ใช้ระบบแชทและสติ๊กเกอร์ส่งเสริมแรงบวก พร้อมให้คำปรึกษาเรียลไทม์ผ่าน LINE Meeting เพื่อสร้างกำลังใจและยกระดับความคาดหวังในผลลัพธ์ และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) ออกแบบ rich menu ให้ใช้งานง่ายและนำเสนอข้อมูลรูปแบบ E-book เพื่อลดความวิตกกังวลในการใช้เทคโนโลยี พร้อมสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เป็นมิตรออนไลน์ จากกิจกรรมดังกล่าว ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันสมองเสื่อมได้เพิ่มขึ้น โดยใช้ระยะเวลา 7 สัปดาห์ในการจัดกิจกรรม โดยจัดกิจกรรมกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ซึ่งมีการจัดกิจกรรมกลุ่มในชุมชน สัปดาห์ที่ 1 และ 7 และจัดกิจกรรมกลุ่มผ่านแอปพลิเคชันไลน์ในสัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5 และ 6 แต่ละกิจกรรมจัดครั้งละ 45 - 60 นาที และมีกิจกรรมกระตุ้นศักยภาพสมองผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ในสมาร์ตโฟนทุก 2 สัปดาห์

โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ แนวคิดของ Bandura ประกอบด้วย

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experiences) ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อม พฤติกรรมป้องกันสมองเสื่อม และกระตุ้นการทบทวนการประสบความสำเร็จโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ โดยให้ทำและส่งแบบฝึกหัดผ่าน Google Form บนหน้าต่างแชทไลน์เพื่อรับข้อมูลสะท้อนกลับทันที (สัปดาห์ที่ 1-7)
2. การใช้ตัวแบบ (modeling) การนำต้นแบบผู้สูงอายุที่มีสุขภาพสมองดี มีประสบการณ์ที่สามารถป้องกันสมองเสื่อมในชุมชนร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ โดยส่งวิดีโอเรื่องเล่าผ่านแชทกลุ่มไลน์ (สัปดาห์ที่ 1-2) และจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ออนไลน์ร่วมกันผ่าน LINE Meeting (สัปดาห์ที่ 3)
3. การชักจูงโดยใช้คำพูด (verbal persuasion) เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย การให้กำลังใจและพูดชักจูงถึงประโยชน์ในการปฏิบัติกิจกรรม โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ผู้วิจัยส่งข้อความเชิงบวก คำชมเชย และ LINE Stickers เพื่อชักจูงให้เห็นประโยชน์และเสริมแรงทางบวกในการปฏิบัติ (ดำเนินการทุกสัปดาห์: สัปดาห์ที่ 1-7) พร้อมจัดกลุ่มย่อยแลกเปลี่ยนเพื่อให้ผู้วิจัยและเพื่อนร่วมกลุ่มร่วมชักจูงกระตุ้นเตือน และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยผ่าน LINE Meeting (สัปดาห์ที่ 5)
4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) ผู้วิจัยส่งเสริมการให้คำแนะนำ การพูดชักจูง การพูดคุยเสริมแรงทางบวก พูดคุยให้กำลังใจ มีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูล ให้คำปรึกษาโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ โดยออกแบบปุ่มกดบน Rich Menu ให้ชัดเจน เข้าถึงคู่มือ E-book ได้ตลอดเวลา (เข้าถึงได้ตลอดโปรแกรม: สัปดาห์ที่ 1-7) ควบคุมการให้คำปรึกษาและกำลังใจรายบุคคลผ่าน LINE Call และแชทไลน์

พฤติกรรม
การป้องกัน
สมองเสื่อมของ
ผู้สูงอายุ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มควบคุม (control group) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest - posttest design) ตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura⁸ โดยมีระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมฯ 7 สัปดาห์ โดยกลุ่มควบคุม (control group) ผู้วิจัยกำหนดให้ได้รับระบบการพยาบาลตามมาตรฐานปกติ (standard care) ของศูนย์บริการสาธารณสุข โดยในช่วงสัปดาห์ที่ 1 สมาชิกจะได้รับแผ่นพับความรู้เรื่องพฤติกรรม การป้องกันตนเองเพื่อป้องกันโรคติดต่อ และทำแบบประเมินก่อนการทดลอง (pre-test) จากนั้นในช่วงสัปดาห์ที่ 2 ถึง 6 สมาชิกกลุ่มควบคุมจะดำเนินชีวิตตามปกติโดยไม่มีการจัดกิจกรรมหรือส่งข้อความกระตุ้นผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และในสัปดาห์ที่ 7 จะดำเนินการทำแบบประเมินหลังการทดลอง (post-test) และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้วยแอปพลิเคชันไลน์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 4 ด้านตามทฤษฎีของ Bandura (การสร้างประสบการณ์ความสำเร็จ, การใช้ตัวแบบ, การใช้คำพูดกระตุ้น และการกระตุ้นทางอารมณ์) ผ่านฟีเจอร์ต่างๆ ใน LINE Official Account เช่น วิดีโอความรู้, การส่งการบ้านผ่าน Google Form และการแจ้งเตือนพฤติกรรมประจำวัน ทั้งนี้ เพื่อรักษาสีติประโยชน์ของผู้เข้าร่วมวิจัยและปฏิบัติตามหลักจริยธรรม ภายหลังสิ้นสุดกระบวนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงดำเนินการมอบ QR Code คู่มือความรู้พฤติกรรม การป้องกันตนเองในรูปแบบดิจิทัลให้แก่สมาชิกกลุ่มควบคุมเพื่อใช้ประโยชน์ต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปอาศัยในกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,232,404 คน ซึ่งเป็นข้อมูลจากกรมกิจการผู้สูงอายุ²

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 - 79 ปีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน สุ่มกลุ่มเขตการปกครองของกรุงเทพมหานคร (กรุงเทพเหนือ, กลาง, ใต้, ตะวันออก, กรุงเทพมหานคร และกรุงเทพมหานคร) ครอบคลุมทั้ง 50 เขต สุ่มเลือกมา 2 กลุ่มโซน จากนั้นสุ่มเขต และสุ่มแขวงตามอัตราส่วน 2:1 และสุ่มเลือกชุมชนจากแขวงที่ได้ตามอัตราส่วน 4:2 จนได้ชุมชนที่เป็นพื้นที่เป้าหมายรวม 6 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนเปรมฤทัยลือ 17, ชุมชนสหกรณ์เคหสถานชุมชนบัวหลวง, ชุมชนคลองมอญ, ชุมชนริมคลองประเวศฝั่งเหนือ ชุมชนสงวนคำ และชุมชนหมู่ 3 หนองค้างพลู เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนและป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลจากการติดต่อสื่อสารระหว่างกันของผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 72 คน เป็นกลุ่มทดลอง 36 คนและกลุ่มควบคุม 36 คน ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.7 มีอำนาจการทดสอบ (power analysis) การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากค่าอำนาจการทดสอบ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 33 ราย พร้อมเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 (Polit & Hungler)¹⁰ เพื่อป้องกันการสูญหาย (Drop out) รวมเป็นกลุ่มละ 36 ราย (รวม 72 ราย) ผู้วิจัยเลือกใช้การสุ่มระดับกลุ่ม (cluster random assignment) เพื่อแยกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมออกจากกัน ป้องกันการปนเปื้อนข้อมูล (contamination) พร้อมควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนด้วยเกณฑ์คัดเข้าที่คงที่ ทั้งด้านอายุ ระดับการรู้คิด (MOCA) และภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ ผู้วิจัยจัดให้มีระบบสนับสนุนทางเทคนิค (technical support) และการติดตามการมีส่วนร่วม (engagement tracking) ผ่าน

การตรวจสอบ access log และการส่งงานรายสัปดาห์ หากพบการขาดการติดต่อจะดำเนินการติดตามรายบุคคลเพื่อแก้ไขปัญหาและกระตุ้นการทํากิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจว่าผลการวิจัยเกิดจากโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนอย่างแท้จริง

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้า

1. ผู้สูงอายุเพศชายและหญิงที่มีอายุ 60 – 79 ปี ทั้งที่มีและไม่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย
2. ผ่านการคัดกรองระดับการรู้คิดปกติ โดยได้คะแนนจากแบบประเมิน MoCA-Thai ตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป (จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน)
3. สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
4. ไม่ได้รับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า
5. สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง
6. มีโทรศัพท์ที่สามารถใช้อินเทอร์เน็ต และใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ โดยกลุ่มตัวอย่างต้องสามารถเข้าถึงและใช้งานแอปพลิเคชันได้ด้วยตนเอง หรือมีผู้ดูแลที่ยินดีช่วยเหลือในการเข้าถึงระบบ
7. ไม่ได้รับประทานอาหารเสริมต่างๆ ที่ช่วยบำรุงสมอง เช่น วิตามินบีรวม โปแทสเซียม น้ำมันปลา เป็นต้น

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการคัดกรองแบบประเมินการรู้คิด MoCA
2. ผู้ที่มีปัญหาทางด้านร่างกายที่มีผลต่อการเคลื่อนไหว เช่น อัมพฤกษ์ พาร์กินสัน เป็นต้น
3. ผู้ที่มีปัญหาทางด้านสายตาและการได้ยิน ผู้ป่วยจิตเวช หรือผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตใจ
4. ผู้ที่มีประวัติของการเสพยาเสพติดหรือโรคพิษสุราเรื้อรัง
5. ผู้ที่เคยได้รับอุบัติเหตุทางศีรษะ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ต่อพฤติกรรมป้องกันการป้องกันสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura⁸ ใช้ระยะเวลา 7 สัปดาห์ในการจัดกิจกรรม โดยจัดกิจกรรมกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ซึ่งมีการจัดกิจกรรมกลุ่มในชุมชน สัปดาห์ที่ 1 และ 7 และจัดกิจกรรมกลุ่มผ่านแอปพลิเคชันไลน์ในสัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5 และ 6 แต่ละกิจกรรมจัดครั้งละ 45 – 60 นาที และมีการบ้านกระตุ้นศักยภาพสมองผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ เป็นบัญชีไลน์ LINE Official Account ชื่อ “สมองเสื่อมป้องกันได้”

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ผู้ดูแลหลัก จำนวนสมาชิกครอบครัว โรคประจำตัว

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการป้องกันสมองเสื่อมของผู้สูงอายุของณัฐรพี ใจงาม และคณะ¹¹ เป็นข้อคำถามแบบ Likert scale ตามประเด็นที่มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมมีจำนวนข้อทั้งหมด 58 ข้อ



แบ่งเป็น 6 ประเด็น ได้แก่ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 19 ข้อ การรับประทานยาและอาหารบางชนิดจำนวน 7 ข้อ การเข้าสังคม/การทำกิจกรรมสม่ำเสมอจำนวน 6 ข้อ การฝึกสติปัญญาจำนวน 8 ข้อ การควบคุมอารมณ์จำนวน 8 ข้อ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจำนวน 10 ข้อ

โดยเกณฑ์การให้คะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมมีดังนี้

ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นมากที่สุด	ค่าคะแนน	5
ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นมาก	ค่าคะแนน	4
ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นปานกลาง	ค่าคะแนน	3
ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นน้อย	ค่าคะแนน	2
ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นน้อยที่สุด	ค่าคะแนน	1

สำหรับข้อคำถามเชิงลบจะให้คะแนนในทางตรงกันข้าม

ซึ่งมีคะแนนรวมตั้งแต่ 5 คะแนนถึง 290 คะแนนยังมีคะแนนมาก หมายถึง ระดับพฤติกรรม การป้องกันสมองเสื่อมอยู่ในระดับดีมาก ใช้เกณฑ์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเป็นระดับพฤติกรรม ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันสมองเสื่อมอยู่ในระดับดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.41–4.20 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันสมองเสื่อมอยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 2.61–3.40 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81–2.60 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันสมองเสื่อมอยู่ในระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.80 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันสมองเสื่อมอยู่ในระดับควรปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันสมองเสื่อม ตรวจสอบว่ากิจกรรมตรงกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถภาพแห่งตน (self-efficacy) ของ Bandura⁸ ผ่าน การตรวจสอบเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ IOC = .95 ผู้วิจัยนำไปปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยขออนุญาตการใช้เครื่องมือของ องค์กรพิทักษ์สิทธิมนุษยชน¹¹ โดยเจ้าของเครื่องมือได้นำเครื่องมือไปทดสอบและนำไปคำนวณหา ค่าความเชื่อมั่นจากความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95 ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือซ้ำได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .898

การทดสอบความเป็นไปได้/ความเหมาะสมของโปรแกรมฯ (intervention) มีผู้เข้าร่วม การทดสอบคุณภาพโปรแกรมฯ ทั้งสิ้น 5 คน ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตามได้ทุกกิจกรรม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับการอนุมัติ เมื่อวันที่ 2 กันยายน 2567 หมายเลขโครงการวิจัย COA No.IRB-NS2024/884.0209 และก่อนการเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยวิธีการ

เข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งอาสาสมัครได้รับแจ้งว่าการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยสมัครใจ และอาสาสมัครมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า ซึ่งการถอนตัวดังกล่าวจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการดูแลหรือสวัสดิการที่อาสาสมัครพึงได้รับตามปกติ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จะนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการโดยไม่มีการระบุชื่อ หรือข้อมูลเป็นรายบุคคล ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้มอบคู่มือหรือช่องทางการเข้าถึงโปรแกรมฯ ในไลน์ให้แก่กลุ่มควบคุม เพื่อให้กลุ่มควบคุมได้รับประโยชน์จากนวัตกรรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยการดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ โดยดำเนินการประชาสัมพันธ์กับผู้นำชุมชน และกรรมการชุมชน เพื่อเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและฝากนําส่งแผ่นประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุโดยไม่ระบุชื่อหรือเจาะจงตัว เมื่อได้รับการสมัครจากผู้สนใจเข้าร่วมวิจัยจนครบ ผู้วิจัยได้ทำการนัดหมายเข้าพบครั้งแรกไปและทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มควบคุม และกลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มทดลอง ทำการนัดกลุ่มที่ 1 เข้ามาพบก่อน หลังจากนั้นถัดมาอีก 1 สัปดาห์จึงนัดเข้าพบกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ เพื่อให้ทั้ง 2 กลุ่มนั้นลงนามในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ และดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุด้วยแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ และแบบประเมินการรู้คิด

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง ใช้ระยะเวลา 7 สัปดาห์โดยกิจกรรมดังนี้

1) สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในชุมชนกลุ่มทดลอง โดยลงทะเบียนก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ทำแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันสมองเสื่อมของผู้สูงอายุพร้อมแจก QR code และขั้นตอนการใช้งานของแอปพลิเคชันไลน์ บรรยายเนื้อหาเรื่องภาวะสมองเสื่อม และกิจกรรมการกระตุ้นความจำขยับมือในเพลง “กรรไกร ไข ผ้าไหม” การขยับมือแบบ “จีบแอล” ใช้ระยะเวลา 60 นาที พร้อมทั้งกระตุ้นการทบทวนการประสบความสำเร็จในการลงมือปฏิบัติจริงเป็นครั้งแรก เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้สูงอายุนำไปทบทวนและฝึกปฏิบัติด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน พร้อมส่งแบบฝึกหัดรายงานผลความสำเร็จผ่านระบบออนไลน์ในสัปดาห์ที่ 2-7 ต่อไป

2) สัปดาห์ที่ 2 - 6 กิจกรรมช่องทางออนไลน์ ประกอบด้วย การบรรยายความรู้เรื่องพฤติกรรมป้องกันสมองเสื่อม การใช้สื่อการสอนเป็นหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ คู่มือพฤติกรรมกรรมการป้องกันสมองเสื่อม การนำตัวแบบผู้สูงอายุที่มีสุขภาพสมองดีในชุมชนร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยตัวแบบดังกล่าวมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ เป็นผู้สูงอายุในเขตเมืองที่มีคะแนนการรู้คิดในระดับปกติจากการคัดกรองด้วยแบบประเมิน MoCA-Thai version ตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันสมองเสื่อมเชิงประจักษ์ที่เป็นรูปธรรมในชุมชน ซึ่งตัวแบบนี้ได้รับการคัดเลือกแยกต่างหากและไม่ได้เป็นสมาชิกที่อยู่ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 72 คนของการวิจัยครั้งนี้ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล (contamination bias) ทั้งนี้ เรื่องราวและประสบการณ์ของตัวแบบจะสลับเปลี่ยนหมุนเวียนให้มีความแตกต่างกันไปในแต่ละ



สัปดาห์ตามเนื้อหาหลักของพฤติกรรมกำหนัดป้องกันสมองเสื่อมทั้ง 6 ด้าน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดการเรียนรู้ผ่านการสังเกตตัวแบบ (modeling) ที่ตรงประเด็น จากนั้นให้แสดงความคิดเห็นตอบคำถามร่วมกันโดยแบ่งกลุ่มย่อย 3 - 5 คน/กลุ่ม (รวมทั้งสิ้น 8 - 12 กลุ่มย่อยสำหรับกลุ่มทดลอง) โดยสมาชิกในแต่ละกลุ่มย่อยจะคงเดิมอยู่ในกลุ่มเดียวกันตลอดทั้งโปรแกรมเพื่อสร้างความคุ้นเคย และส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมระหว่างสมาชิกในกลุ่มอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดช่วงเวลานัดหมายทำกิจกรรมในระหว่างเวลา 09.00 - 11.00 น. หรือ 13.30 - 15.30 น. ตามช่วงเวลาที่สมาชิกในแต่ละกลุ่มย่อยสะดวก และตกลงร่วมกัน เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ (ผ่านวิดีโอในแอปพลิเคชันช่องทาง Line Meeting) ผู้วิจัยให้อ่านข่าวให้ฟังและแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม ใช้ระยะเวลา 45 - 60 นาที/ครั้ง โดยสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 ผู้วิจัยจะเพิ่มกิจกรรมเพื่อกระตุ้นศักยภาพสมองผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ในสมาร์ทโฟน 1 ครั้ง โดยส่งการบ้านในรูปแบบ Google Form พร้อมกับให้การทบทวนภายหลังการได้รับความรู้และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่งการบ้าน ซึ่งในระหว่างนี้ผู้วิจัยจะทำการติดตามการเข้าร่วมโปรแกรม (engagement tracking) ของกลุ่มตัวอย่างผ่านการตรวจสอบยอดการเข้าถึงสื่อใน LINE Official Account บันทึกการเข้าร่วม LINE Meeting และติดตามการส่งการบ้านผ่าน Google Form ทุกครั้ง หากสมาชิกขาดการติดต่อผู้วิจัยจะส่งข้อความกระตุ้นรายบุคคล เพื่อยืนยันว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้และฝึกปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

3) สัปดาห์ที่ 7 ดำเนินกิจกรรมในชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรม พูดคุยให้กำลังใจ ลดความเครียดและความวิตกกังวล สอบถามปัญหาและอุปสรรค โดยประยุกต์ใช้กลไกการโน้มน้าวด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) ร่วมกับการจัดการสภาวะทางอารมณ์และสรีรวิทยา (physiological and affective states) ตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กระตุ้นให้มีพฤติกรรมกำหนัดป้องกันสมองเสื่อมที่ถูกร่วมกับให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของสมองในผู้สูงอายุ ทบทวนให้ความรู้ ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรม พร้อมกล่าวชมเชยแก่ผู้สูงอายุที่ปฏิบัติได้สำเร็จ และตอบแบบประเมินพฤติกรรมกำหนัดป้องกันสมองเสื่อม ใช้ระยะเวลา 60 นาที

ระยะที่ 3 ระยะประเมินหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 7) โดยกิจกรรมดังนี้

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (post-test) ในสัปดาห์ที่ 7 เมื่อสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ โดยให้ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินพฤติกรรมกำหนัดป้องกันสมองเสื่อมด้วยตนเอง (กรณีผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสายตาหรือการอ่าน ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะอ่านข้อความให้ฟังทีละข้ออย่างเป็นกลางเพื่อให้ผู้สูงอายุเลือกตอบด้วยตนเอง) จากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมกำหนัดป้องกันสมองเสื่อมก่อนการทดลอง (pre-test ในสัปดาห์ที่ 1) และหลังการทดลอง (post-test ในสัปดาห์ที่ 7) ของทั้งสองกลุ่มมาทำการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจัดการข้อมูลที่สูญหาย (drop out) ตามหลักการวิเคราะห์ตามกลุ่มที่สุ่มได้ (Intention-to-Treat Analysis: ITT) เพื่อลดความลำเอียงและคงอำนาจการทดสอบ โดยแทนที่ค่าว่างด้วยวิธี Last Observation Carried Forward (LOCF) ซึ่งใช้คะแนนจากการประเมินครั้งล่าสุดแทนที่ข้อมูลที่ขาดหายก่อนดำเนินการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้ใช้สถิติ Shapiro-Wilk พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลเชิงกลุ่มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองโดยใช้สถิติ Chi-Square และ Fisher's Exact Test และใช้สถิติ paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองระยะก่อนและหลังการทดลอง และใช้สถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันสมองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.78 และ 80.56) มีอายุเฉลี่ยในช่วง 60-74 ปี และจบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 66.67 และ 69.44) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Chi-Square และ Fisher's Exact test พบว่าข้อมูลพื้นฐานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงถึงความสอดคล้องกันของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส (N=72)

ข้อมูลส่วนบุคคล		กลุ่มทดลอง (n = 36)		กลุ่มควบคุม (n = 36)		X ²	p-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ	ชาย	8	22.22	7	19.44	.772 ^a	.084
	หญิง	28	77.78	29	80.56		
อายุ (ปี)	60 - 64	12	33.33	7	19.44	2.206 ^b	.545
	65 - 69	7	19.45	11	30.56		
	70 - 74	12	33.33	12	33.33		
	75 - 79	5	13.89	6	16.67		
	80 - 84	4	11.11	4	11.11		
จบการศึกษา	ประถมศึกษาตอนต้น	3	8.33	3	8.33	2.326 ^b	.770
	ประถมศึกษาตอนปลาย	24	66.67	25	69.44		
	มัธยมศึกษา / ปวช./ปวส.	7	19.44	5	13.89		
	ปริญญาตรี	1	2.78	3	8.33		
	สูงกว่าปริญญาตรี	1	2.78	-	-		

^aChi-Square test, ^bFisher's Exact Test



1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองของกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองเสื่อม (M=4.69, SD=.19) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ (M=3.48, SD=.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=44.82$, $df=35$, $p<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันตนเองเสื่อมภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (N=36)

พฤติกรรมการป้องกันตนเองเสื่อม	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ		หลังได้รับโปรแกรมฯ		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
กลุ่มทดลอง	3.48	.31	4.69	.19	35	44.82	<.001

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองเสื่อมก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองเสื่อมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-.576$, $p=.567$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.48 (SD=.31) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 (SD=.13) แสดงให้เห็นว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองเสื่อมอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกัน ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองเสื่อมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=26.27$, $p<.001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.69 (SD=.19) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 (SD=.11) ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีทุกด้าน ได้แก่ ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการฝึกสติปัญญาและกระตุ้นการรู้คิด (เช่น การฝึกจดจำข้อมูลใหม่ๆ การเล่นเกมทายภาพผ่านไลน์) รองลงมาคือ ด้านการควบคุมอารมณ์และจัดการความเครียด ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการป้องกันตนเองเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (N=72)

พฤติกรรมการป้องกัน สมองเสื่อม	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ						หลังได้รับโปรแกรมฯ						t	p
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม					
	M	SD	M	SD			M	SD	M	SD				
ด้านที่ 1 ¹	3.40	.350	3.47	.212	.963	.339	4.57	.296	3.51	.202	17.660	<.001		
ด้านที่ 2 ²	3.42	.564	3.35	.332	.691	.492	4.52	.424	3.42	.347	11.942	<.001		
ด้านที่ 3 ³	3.96	.122	3.87	.246	1.922	.590	4.95	.141	4.55	.255	8.298	<.001		
ด้านที่ 4 ⁴	3.47	.684	3.65	.337	-1.311	.196	4.76	.321	3.58	.333	15.277	<.001		
ด้านที่ 5 ⁵	3.13	.919	3.31	.421	-1.072	.289	4.54	.442	3.39	.272	13.240	<.001		
ด้านที่ 6 ⁶	3.51	.467	3.45	.118	.657	.515	4.79	.326	3.68	.352	13.931	<.001		
รวม	3.48	.312	4.69	.198	-5.76	.567	3.52	.139	3.69	.112	26.27	<.001		

หมายเหตุ: ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด¹, ด้านการรับประทานยาและอาหารบางชนิด², ด้านการเข้าสังคม/การทำงานกิจกรรมสม่ำเสมอ³, ด้านการฝึกสติปัญญา⁴, ด้านการควบคุมอารมณ์⁵, ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน⁶

อภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน กล่าวคือ ภายหลังจากการได้รับโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันสมองเสื่อมสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม อภิปรายได้ว่าผลลัพธ์ดังกล่าวเกิดจากกระบวนการของโปรแกรมฯ ที่มุ่งเน้นการกระตุ้นการรู้คิดและการใช้เทคนิคช่วยจำอย่างเป็นระบบ ร่วมกับการชักจูงและการสนับสนุนทางอารมณ์ผ่านช่องทางออนไลน์ที่เข้าถึงได้ง่าย ส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจและสามารถเลือกปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่แม้จะได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ แต่ขาดการกระตุ้นจากสิ่งเร้าและการฝึกปฏิบัติที่ต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ความมั่นใจและระดับพฤติกรรมในการป้องกันสมองเสื่อมมีน้อยกว่ากลุ่มทดลอง และสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า โปรแกรมฯ ส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองช่วยให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมและการรู้คิดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹²

นอกจากนี้ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมการป้องกันสมองเสื่อมด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีที่สุด ได้แก่ ด้านการเข้าสังคม/การทำกิจกรรมสม่ำเสมอ ซึ่งเกิดจากการออกแบบกิจกรรมกลุ่มย่อยผ่าน LINE Meeting ที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบและสมาชิกในกลุ่มอย่างสม่ำเสมอ ช่วยส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผ่านการสังเกตตัวแบบอย่างชัดเจน ในขณะที่พฤติกรรมด้านที่ยังมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ ด้านการรับประทานยาและอาหารบางชนิด และด้านการควบคุมอารมณ์ ตามลำดับ เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการจัดการอารมณ์ต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนความเคยชินในชีวิตประจำวันส่วนบุคคลและใช้ระยะเวลาในการฝึกฝนทักษะมากกว่ากิจกรรมกลุ่ม ข้อค้นพบดังกล่าวจึงเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการนำไปใช้ประโยชน์ในการออกแบบการนิเทศติดตามและการส่งเสริมทักษะเฉพาะด้านให้ตรงจุดต่อไป อภิปรายได้ว่า อภิปรายได้ว่าเกิดจากประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ที่พัฒนาตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura⁸ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันสมองเสื่อมของผู้สูงอายุใน กรุงเทพมหานคร โดยส่งผลต่อการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านแหล่งประโยชน์ 4 ด้านอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีจุดเด่นสำคัญคือการใช้แอปพลิเคชัน LINE เป็นช่องทางหลัก ซึ่งมีคุณลักษณะการเข้าถึงที่ง่าย และมีความคุ้นเคยสูงในบริบทของสังคมไทย ช่วยลดช่องว่างระหว่างเทคโนโลยีกับผู้สูงอายุ ส่งผลต่อแหล่งประโยชน์ทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ผ่านกิจกรรมการบรรยาย กิจกรรมทางกาย และการฝึกทักษะการจำผ่านแอปพลิเคชันที่ออกแบบให้มีการตอบโต้ที่รวดเร็ว ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงขีดความสามารถของตนเอง¹²⁻¹⁴ 2) การใช้ตัวแบบโดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับต้นแบบผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ช่วยสร้างความมั่นใจในการใช้เทคนิคช่วยจำ คล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองสอดคล้องกับการศึกษาของกัมปนาท ส้ารวมจิต¹¹ 3) การชักจูงโดยใช้คำพูด ผ่านการให้กำลังใจและการชี้แจงประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ ช่วยสร้างแรงจูงใจในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการประยุกต์ใช้แอปพลิเคชัน LINE เป็นช่องทางหลักมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพของการชักจูงโดยใช้คำพูด เนื่องจาก LINE มีคุณลักษณะการสื่อสารแบบทันที และส่งข้อมูลได้หลากหลายรูปแบบ ทั้งข้อความตัวอักษร ข้อความเสียง และวิดีโอ ช่วยให้ผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มย่อยสามารถส่งข้อความเสริมแรงเชิงบวก กล่าวคำชมเชย และให้คำแนะนำ



ในการแก้ไขปัญหาแก่ผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่องและทันทั่วถึง โดยไม่มีข้อจำกัดด้านเวลาและระยะทาง นอกจากนี้ การเลือกใช้ LINE ยังตอบสนองต่อบริบทของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองเนื่องจากเป็นแอปพลิเคชันที่ผู้สูงอายุมีความคุ้นเคยและใช้อยู่แล้วในชีวิตประจำวัน จึงไม่สร้างภาระในการเรียนรู้เทคโนโลยีใหม่ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถรับคำชี้แจง ข้อเตือนใจ และกำลังใจผ่านช่องทางที่เข้าถึงง่าย ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นเจตคติเชิงบวก และสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันสมองเสื่อมอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ จรรเพ็ญ ภัทรเดช¹⁵ และ4) การกระตุ้นทางอารมณ์ โดยการให้คำปรึกษาและชมเชยผ่านแอปพลิเคชันไลน์ตลอดช่วงเวลาการทดลอง ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความพร้อมทางจิตใจและลดความวิตกกังวลในการเรียนรู้เทคโนโลยีใหม่ โดยแอปพลิเคชัน LINEทำหน้าที่เป็นพื้นที่ปลอดภัย ที่ช่วยลดสภาวะอารมณ์เชิงลบ ผ่านการได้รับปฏิกริยาตอบรับเชิงบวก และแรงสนับสนุนทางอารมณ์ที่เข้าถึงได้ทันที จึงช่วยต่อยอดความเชื่อมั่นในศักยภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดและพฤติกรรมป้องกันการป้องกันสมองเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶ เมื่อพิจารณาถึงบริบทของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความตื่นตัวและมีพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีในชีวิตประจำวันสูงกว่าพื้นที่อื่น เนื่องจากด้วยลักษณะทางสังคมเมืองที่โครงสร้างครอบครัวเล็กลง ทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีสื่อสารเพื่อลดความโดดเดี่ยวทางสังคม การใช้แอปพลิเคชัน LINE จึงไม่ใช่เรื่องใหม่แต่เป็นการต่อยอดสิ่งที่คุ้นเคยให้กลายเป็นเครื่องมือทางสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับเพียงแผ่นพับข้อมูลแต่ขาดการปฏิสัมพันธ์เชิงสังคมออนไลน์ที่เป็นระบบ จึงทำให้กลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นและปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป้องกันสมองเสื่อมได้ดีกว่าอย่างชัดเจน¹⁷

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการป้องกันสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร สามารถกระตุ้นการทำงานของสมองในส่วนของการรู้คิด และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการป้องกันสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในเขตเมืองได้อย่างมีประสิทธิภาพ คุณค่าของงานวิจัยนี้คือการพิสูจน์ให้เห็นว่าระบบสนับสนุนทางสังคมออนไลน์สามารถทลายข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพในรูปแบบเดิมได้ ซึ่งจะประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการนำไปประยุกต์ใช้เป็นต้นแบบการจัดบริการสุขภาพทางไกล (Tele-health) เพื่อกำกับติดตามและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเชิงรุกในวงกว้าง ช่วยชะลอความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางสมอง และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืนในสังคมสูงวัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลในระดับปฐมภูมิควรนำแอปพลิเคชันเกี่ยวกับการสื่อสารมาใช้เป็นช่องทางในการสื่อสารและติดตามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก โดยเฉพาะในด้านการฝึกสติปัญญาและการจัดการอารมณ์ ทั้งนี้ ควรเพิ่มมิติการเตรียมความพร้อมด้านความฉลาดทางดิจิทัลให้กับผู้สูงอายุก่อนเริ่มโปรแกรมฯ และคัดเลือกตัวแบบดิจิทัล ในชุมชนเพื่อกระตุ้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผ่านกลุ่มออนไลน์ ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ในระดับดีมาก โดยควรใช้ฟีเจอร์การส่งข้อมูลมัลติมีเดียรายสัปดาห์ร่วมกับการใช้สตอรี่ไลน์เพื่อการเสริมแรงทางบวก

2. หน่วยงานบริการสุขภาพระดับท้องถิ่น เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข ควรพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครดิจิทัลหรือเชิญผู้ดูแลหลัก เข้ามามีส่วนร่วมในระบบการสื่อสารออนไลน์ เพื่อช่วยระดับประคองพฤติกรรมและแก้ไขปัญหาทางเทคนิคในระยะยาวหลังสิ้นสุดโปรแกรม

3. ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงความเป็นไปได้และแนวโน้มที่น่าจะเป็นทางเลือกในการพัฒนาแอปพลิเคชันไลน์เป็นเครื่องมือสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยควรใช้ฟีเจอร์ที่มีเดียร่วมกับการเสริมแรงทางบวกผ่านสติ๊กเกอร์เพื่อรักษาระดับการมีส่วนร่วม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยติดตามผลของพฤติกรรมกำบังมองเสื่อมในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน รวมทั้งติดตามคะแนนด้านการรู้คิด ด้วยแบบประเมินอื่น ๆ เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม

2. ควรศึกษาผลลัพธ์เชิงสุขภาพที่เป็นรูปธรรม เช่น ค่าความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย (BMI) หรือผลการประเมินการรู้คิด ด้วยเครื่องมือที่หลากหลาย เพื่อยืนยันประสิทธิภาพของโปรแกรม ในการลดปัจจัยเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมอย่างรอบด้าน

3. ควรศึกษาระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความฉลาดทางดิจิทัล เพื่อติดตามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในพฤติกรรมกำบังมองเสื่อม ซึ่งอาจมีผลต่อความคงอยู่ของผลของโปรแกรมในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล สำหรับทุนสนับสนุนการวิจัย

References

1. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. Switzerland: World Health Organization [cited 1 October 2025]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
2. Department of Older Persons (DOP). Statistics of the elderly in Thailand, 77 provinces [Internet]. Thailand: Department of Older Persons (DOP) [Cited 15 March 2024]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/known/1/1766>. (in Thai).
3. Thai Health Promotion Foundation (ThaiHealth). Changes in older adults. [Internet]. Thailand: Thai Health Promotion Foundation (ThaiHealth) [Cited 15 March 2024]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/?p=229273>. (in Thai).
4. Muangpaisan W. Gerontology and geriatrics for primary care practice. Bangkok: Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine; 2017. (in Thai).
5. World Health Organization. Dementia [Internet]. 2025 [cited 2026 May 11]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.



6. Department of Older Persons. General information on older adults [Internet]. 2026 [cited 2026 May 11]. Available from: http://www.dop.go.th/en/statistics_page?cat=1&id=2598 (in Thai).
7. Tiparat W, Meng-aied S, Suwanweala S, Chuaykaew B. Factors Predicting Dementia Preventive Behavior among Older Adults-at-Risk. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2019;27(1):100-8. (in Thai).
8. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review journal*. 1977;84(2):191-215.
9. Glun-gumnird N, Nunthaitaweekul P. Effects of self-efficacy promoting program combined with resistance exercise on pain and physical activity among patients with knee osteoarthritis. *Thai Journal of Nursing* 2023;72(4):1-10.
10. Faul F, Erdfelder E, Lang A, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods Journal*. 2007;39(2):91-175.
11. Jaingam N, Thongwachira C, Topon S. Dementia prevention model among community-based elderly in Taling Chan District, Bangkok, Thailand [Master's Thesis]. Bangkok: Thammasat University; 2021. (in Thai).
12. Samruamchit K, Lagampan S, Amnatsatsue K. Effects of A Brain Function Promoting Program on Cognitive Function and Dementia Prevention Behaviors for Older Adults. *Journal of Health and Nursing Research*. 2019;35(3),34-45. (in Thai).
13. Tohpaeroh M, Jaisomkom A, Piboonrungraj P, Tongnuang P, E-tae W, Chehleh W, et al. Effect of Dementia Prevention Program in Older Person based on Multicultural Way through Application to Enhance Cognitive Ability of Older Persons at Risk of Dementia, Narathiwat Province. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2020;13(1):73-90. (in Thai).
14. Gonpimai W. Effectiveness of Cognitive Training Program in Elderly with Mild Cognitive Impairment in Primary Care Cluster of Pak Chong Nana Hospital. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*. 2024;18(2):755-68. (in Thai).
15. Pattaradech C. Effects of Brain Exercise Activities through Line Group on Cognitive Function Among the Elderly of the Friends Help Friends Seniors Club in Songkhla Hospital, Songkhla Province. *Journal of Health Research and Innovation*. 2022;5(1):63-74. (in Thai).
16. Lee J, Cho E, Kim H, Lee K, Kim E, Seok Ye B. The development and evaluation of a self-efficacy enhancement program for older adults with mild cognitive impairment. *Applied Nursing Research Journal*. 2023;73:1-11.
17. Pongkiatchai R, Purana W, Wongwisetkul S. The Effect of Self-Management-Promoting Program for Dementia Prevention in Adults Age Maha Sawat Sub-district, Phutthamonthon District, Nakhon Pathom Province, Thailand. *Academic Journal of Community Public Health*. 2024;10(1):38-48. (in Thai).

การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการพยาบาลห้องผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลสกลนคร

The Development and Evaluation of Perioperative Nursing Model for Hip Arthroplasty at Sakon Nakhon Hospital

กัญทิยา วงศ์วรรัตน์¹, ณัฐพงษ์ แสนสุข¹, กฤษณะ พลวงศ์ษา¹, กฤตวีระ ไชยจิตร์¹
Kantiya Wongwatcharat¹, Nuttapong Sansuk¹, Kitsana Ponwongsa¹, Kitwera Chaijit¹
¹กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร

¹Nursing department, Sakon Nakhon hospital, Sakon Nakhon Province

Corresponding Author: Kantiya Wongwatcharat; Email: Wongwatcharat299@gmail.com

Received: January 29, 2026 Revised: July 21, 2026 Accepted: August 11, 2026

บทคัดย่อ

รูปแบบการพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมจะช่วยเพิ่มคุณภาพการพยาบาล การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาและประเมินผลลัทธิรูปแบบการพยาบาล การดำเนินการวิจัย แบ่ง 4 ระยะ ดังนี้ 1) พัฒนารูปแบบ 2) ทดลองใช้ 3) ปรับปรุงรูปแบบ และ 4) ประเมินผลลัทธิ กลุ่มตัวอย่างเลือก แบบเจาะจง ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 30 คน ผู้ป่วย 30 ราย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมินความรู้ ทักษะ และสมรรถนะพยาบาล แบบนิเทศการพยาบาล แนวการสนทนากลุ่ม แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วย แบบประเมินความพึงพอใจพยาบาลและผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูล โดย วิเคราะห์เนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน Chi-square Wilcoxon Signed Ranks test ผลการวิจัย พบว่า 1) รูปแบบการพยาบาล มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) แนวปฏิบัติ (2) ความรู้และทักษะ (3) สมรรถนะ (4) การนิเทศ โดยการโค้ช (5) แนวปฏิบัติตัวผู้ป่วย และ 2) ผลลัทธิด้านผู้ป่วย พบว่า หลังการใช้รูปแบบการพยาบาล การระบุดูแลผู้ป่วยและการเตรียมผู้ป่วยที่ไม่พร้อมผ่าตัด มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนการเสียเลือด ขณะผ่าตัดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนั้นยังพบว่า หลังการใช้รูปแบบการพยาบาล ความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด สำหรับผลลัทธิด้านพยาบาล พบว่า ด้านความรู้ทักษะ และสมรรถนะของพยาบาล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ด้านนิเทศ พบว่า มีการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาล ระดับมากที่สุด ร้อยละ 92.97 และความพึงพอใจของพยาบาล อยู่ในระดับมากที่สุด ดังนั้น จึงควรมีการนำรูปแบบการพยาบาลดังกล่าวนี้ไปใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อการส่งเสริมคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งด้านปฏิบัติการพยาบาลและผลลัทธิที่ดีต่อผู้ป่วย

คำสำคัญ: การวิจัยและพัฒนา; ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม; รูปแบบการพยาบาลห้องผ่าตัด



The Development and Evaluation of Perioperative Nursing Model for Hip Arthroplasty at Sakon Nakhon Hospital

Kantiya Wongwatcharat¹, Nuttapong Sansuk¹, Kitsana Ponwongsa¹, Kitwera Chaijit¹

¹Nursing department, Sakon Nakhon hospital, Sakon Nakhon Province

Corresponding Author: Kantiya Wongwatcharat; Email: Wongwatcharat299@gmail.com

Received: January 29, 2026 **Revised:** July 21, 2026 **Accepted:** August 11, 2026

Abstract

An effective and appropriate perioperative nursing model for hip arthroplasty enhances the quality of care. This research and development study aimed to explore the current situation, develop, and evaluate the outcomes of an operating room nursing care model. The study was conducted in four phases: 1) model development, 2) pilot implementation, 3) model refinement, and 4) outcome evaluation. The sample was selected through purposive sampling and consisted of 30 registered nurses and 30 patients. The research instruments included nursing practice guidelines, evaluation forms for nursing knowledge, skills, and competencies, a nursing supervision form, a focus group discussion guide, a patient data collection form, and nurse and patient satisfaction evaluation forms. Data were analyzed using content analysis, descriptive statistics, and inferential statistics, including the Chi-square test and the Wilcoxon Signed-Ranks test. The results revealed that: 1. The nursing model comprised five components: (1) clinical practice guidelines, (2) knowledge and skills, (3) nursing competencies, (4) coaching-based supervision, and (5) patient self-care guidelines. 2. Regarding patient outcomes, following the implementation of the nursing care model, patient identification accuracy and the preparation of unready surgical patients showed statistically significant improvements, whereas intraoperative blood loss showed no statistically significant difference. In addition, it was found that overall patient satisfaction was at the highest level. Concerning nursing outcomes, nurses' knowledge, skills, and competencies showed statistically significant improvements. Moreover, the results showed that compliance with the nursing care model during supervision was at the highest level (92.97%), and overall nurse satisfaction was also at the highest level. Therefore, this nursing care model should be continuously implemented to enhance the quality of nursing practice and promote positive patient outcomes.

Keywords: hip arthroplasty patient; perioperative nursing model; research and development

ความเป็นมาและความสำคัญ

องค์การอนามัยโลก มีการคาดการณ์ว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 3.0 ต่อปี โดยในปี พ.ศ. 2573 คาดว่า จะมีจำนวนประชากรสูงอายุมากถึง 1.4 พันล้านคนและจะเพิ่มขึ้นถึง 2 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 ทวีปเอเชียจะมีประชากรสูงวัยมากที่สุดในโลก โดยคาดว่าสัดส่วนผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในทวีปเอเชียจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สำหรับประเทศไทยนั้น จำนวนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับ 3 ในทวีปเอเชีย รองมาจากประเทศเกาหลีใต้และประเทศญี่ปุ่น โดยประเทศไทยเข้าใกล้สังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และในปี พ.ศ. 2563 มีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า 12 ล้านคน หรือ ราว 18% ของประชากรทั้งหมด และเพิ่มเป็น 20% ในปี พ.ศ. 2564 และคาดการณ์ว่า ประเทศไทย จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวในปี พ.ศ. 2565 และในปี พ.ศ. 2573 จะมีสัดส่วนประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 26.9 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุ มักมีปัญหาสุขภาพหลายด้าน รวมทั้งผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงในการพลัดตก หกล้ม ทำให้ เกิดกระดูกสะโพกหัก มีภาวะแทรกซ้อน เสียค่าใช้จ่ายสูงในการรักษา ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ¹

กระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ให้มีการจัดตั้งทีม Fracture Liaison service (FLS) ขึ้นในทุกโรงพยาบาล เพื่อให้มีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุที่สะโพกหักในเชิงนโยบาย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล สร้างการมีส่วนร่วมของทีมผู้ให้การรักษาผู้ป่วยและญาติ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน กลับไปใช้ชีวิตใกล้เคียงภาวะปกติ² กระดูกข้อสะโพกหักในผู้สูงอายุ เป็นการบาดเจ็บด้านศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ เป็นปัญหาสำคัญที่มีความจำเป็น ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม การรักษาโดยการผ่าตัดเป็นการรักษาที่นิยมใช้มากในปัจจุบัน เพื่อให้สามารถลงน้ำหนักข้างที่หักและฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้เร็วที่สุด ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัด ควรทำภายในเวลา 7 วันหลังสะโพกหัก รวมทั้งการรักษาที่ได้ผลดีสำหรับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักคือการผ่าตัดในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 65 ปี ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกพรุนมากและกระดูกหักในข้อสะโพกที่มีพยาธิสภาพอยู่เดิม ให้รักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม³ การดูแลผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้แนวทางการดูแลมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ฟื้นฟูสุขภาพและสามารถกลับมาใช้ชีวิตใกล้เคียงกับภาวะปกติ ดังนั้น พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มาผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ซึ่งพยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทหน้าที่ในการการพยาบาลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในห้องผ่าตัด และการการผ่าตัดกระดูกข้อสะโพกเทียมซึ่งเป็นการผ่าตัดที่ย่างยากซับซ้อน พยาบาลห้องผ่าตัด จะต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญมีสมรรถนะในการพยาบาลในห้องผ่าตัด เพื่อให้การผ่าตัดสำเร็จ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

โรงพยาบาลสกลนคร มีนโยบายในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บและจากสถิติ การผ่าตัดแผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสกลนคร พบว่า การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม พบมาก ติดอันดับ 1 ใน 10 ของการผ่าตัดกระดูกทั้งหมด และมีการผ่าตัด ปี 2564 จำนวน 82 ราย ปี 2565 จำนวน 85 ราย ปี 2566 จำนวน 95 ราย ตามลำดับ⁴ เป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วม ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง แผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ จึงได้จัดทำแผนบริการ (service plan) เพื่อพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยน



ข้อสะโพกเทียมปี 2565 - ปี 2570 รวมทั้งการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เป็นการผ่าตัดที่ยุ่งยาก ซับซ้อนของแผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ และมีเครื่องมือจำนวนมาก ดังนั้น พยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งมีบทบาทสำคัญในทีมสหสาขาวิชาชีพ จำเป็นต้องมีสมรรถนะในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาล มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล⁵

จากการประชุมทบทวน พบว่า 1) หน่วยงานไม่มีรูปแบบพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร 2) การปฏิบัติเกิดจากประสบการณ์ในการทำงานที่สั่งสมมาและเรียนรู้ร่วมกันมาในการปฏิบัติงาน (on the job training) ทำให้พยาบาลปฏิบัติงานแตกต่างกันไป ส่งผลให้ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน 3) พยาบาลที่ปฏิบัติงาน 1-5 ปี ยังไม่สามารถให้การพยาบาลขณะผ่าตัดได้ด้วยตนเอง ต้องมีพยาบาลเสริมอีก 1-2 คน 4) การประเมินสมรรถนะในหน่วยงาน ผลการประเมินยังขาดทักษะ ในการเตรียมเครื่องมือพิเศษในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม 5) ขาดการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว หลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 6) การทบทวนอุบัติการณ์ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม พบอุบัติการณ์ ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น เช่น การระบุดูผู้ป่วยผิดพลาด การเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมผ่าตัด การตกเลือดขณะผ่าตัด 7) ด้านการนิเทศทางการพยาบาล พบว่ามีการนิเทศตามแนวทางการพยาบาล แต่ขาดการนิเทศการพยาบาลเฉพาะโรคผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสกลนคร ที่พัฒนาขึ้นทั้ง 5 องค์ประกอบ เป็นรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นโดยใช้ กระบวนการวิจัยและพัฒนา โดยใช้การมีส่วนร่วมทั้งผู้บริหารการพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาล การทบทวนและออกแบบในการพัฒนา ตลอดจนมีการทบทวน หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยอย่างเป็นระบบ การประยุกต์ใช้แนวคิด และมาตรฐานการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง โดยองค์ประกอบ ด้านแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด เป็นการสร้าง แนวทางการปฏิบัติที่ครอบคลุมพยาธิสภาพ สามารถคาดการณ์ปัญหา วางแผนเพื่อป้องกันและให้การพยาบาลได้ครอบคลุม สำหรับองค์ประกอบด้านความรู้ ทักษะ และสมรรถนะพยาบาลโดยการประยุกต์แนวคิดของเบนเนอร์⁶ ประกอบด้วยสมรรถนะ 9 ด้าน ได้แก่ 1) การพยาบาลก่อนผ่าตัด 2) การพยาบาลระยะผ่าตัด 3) การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด 4) การดูแลต่อเนื่อง 5) การสร้างเสริมสุขภาพ 6) การคุ้มครองภาวะสุขภาพ 7) การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ 8) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 9) การบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งครอบคลุมกระบวนการหลักทั้งระยะ ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด ซึ่งเป็นสมรรถนะที่จำเป็นตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด องค์ประกอบด้านการนิเทศโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการนิเทศของพร็อกเตอร์⁷ ร่วมกับการโค้ชแบบโกรว์⁸ ซึ่งเป็นการนิเทศทางคลินิกที่มีแบบแผน มีการกำหนดผู้นิเทศ แผนการนิเทศที่ชัดเจน และกำหนดกิจกรรมในการการนิเทศ ที่หลายกิจกรรมร่วมกัน ประกอบด้วยการนิเทศ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 2) การพยาบาลก่อนผ่าตัด 3) การพยาบาลขณะผ่าตัด 4) การพยาบาลหลังผ่าตัด 5) การให้การดูแลต่อเนื่อง 6) ด้านการบันทึกทางการพยาบาล และองค์ประกอบด้านแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโดยการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีโอเร็ม เป็นทฤษฎีที่พัฒนาศักยภาพหรือความสามารถของบุคคลให้สามารถดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้อย่างเพียงพอเพื่อให้บุคคลอยู่อย่างมีความสุขทั้งในภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วย รูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมมีการพัฒนา

ความรู้ ทักษะ สมรรถนะ และการนิเทศทางคลินิกจะช่วยพัฒนาความรู้และทักษะ การปฏิบัติการพยาบาล และนำไปสู่ผลลัพธ์ การพยาบาลอย่างมีคุณภาพ

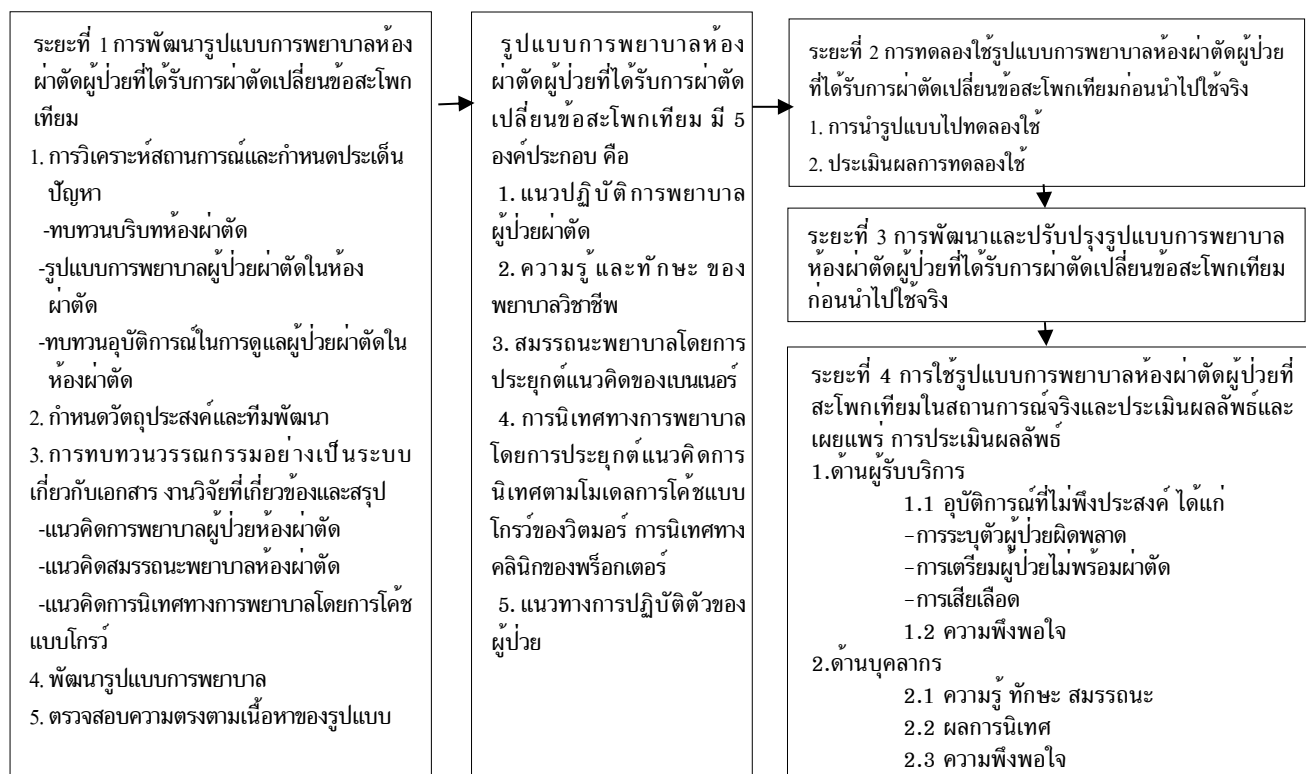
ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลห้องผ่าตัด มีบทบาทในการนิเทศงาน ส่งเสริม สนับสนุน ให้คำปรึกษา ได้ตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงสนใจทำวิจัยพัฒนารูปแบบการพยาบาล ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในห้องผ่าตัด เพื่อให้พยาบาลห้องผ่าตัด มีความรู้ ทักษะ มีความสามารถในการปฏิบัติงานที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วย ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ และใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับ ผู้ป่วย ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับไปใช้ชีวิตอย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในห้องผ่าตัด โรงพยาบาล สกลนคร
2. ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร
 - 2.1 ศึกษาผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ความรู้และทักษะ สมรรถนะ การนิเทศ ความพึงพอใจ ของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในห้องผ่าตัด
 - 2.2 ศึกษาผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านคลินิก ความพึงพอใจของการเข้ารับ การบริการห้องผ่าตัด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา สร้างรูปแบบเป็นนวัตกรรมในการพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับ ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ประยุกต์แนวคิดการดำเนินการของสถาบันโชนาบริก⁹ มาใช้ในการพัฒนา ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ 1) ระยะการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก เทียมในห้องผ่าตัด 2) การทดลองใช้รูปแบบ 3) การพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบก่อนนำไปใช้จริง 4) การใช้ รูปแบบแล้วประเมินผลลัพธ์และเผยแพร่และใช้แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด สมรรถนะพยาบาล ห้องผ่าตัด แนวการนิเทศทางการพยาบาลโดยการโค้ชแบบโกรว์ เพื่อพัฒนาศักยภาพพยาบาลห้องผ่าตัด ให้มีความรู้ทักษะ สมรรถนะ กระตุ้นให้พยาบาลตั้งศักยภาพภายในตนเองออกมาปรับปรุงพฤติกรรมและ ผลการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น เพื่อให้ได้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ในห้องผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ดำเนินการวิจัย ระหว่าง ธันวาคม 2567 – กันยายน 2568 ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (ธันวาคม 2567) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลห้องผ่าตัดผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ดำเนินการ ดังนี้ 1) การสำรวจสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและกำหนดประเด็นปัญหา การสนทนากลุ่มทั้งผู้บริหารและปฏิบัติเกี่ยวกับสถานการณ์ด้านแนวทางการพยาบาล แนวทางการพัฒนา ปัญหา อุปสรรค 2) ศึกษาเอกสารค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด สมรรถนะพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและการนิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม 3) การทบทวนเวชระเบียนที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาเพื่อพัฒนารูปแบบที่สำคัญและเหมาะสมในการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม 4) พัฒนาและออกแบบรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ (1) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด (2) ความรู้และทักษะ ของพยาบาลวิชาชีพ (3) สมรรถนะการพยาบาล (4) การนิเทศทางการพยาบาล (5) แนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย 5) พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกัน จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค และหาความเชื่อมั่น Kuder Richardson 20 เครื่องมือในการวิจัย

ระยะที่ 2 (มกราคม 2568) การทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลห้องผ่าตัดผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมก่อนนำไปใช้จริง การนำรูปแบบไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก เป็นผู้บริหารการพยาบาล 5 คน และผู้ปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 10 คน ประเมินผลการทดลองใช้ด้านความเหมาะสมและปรับปรุงก่อนนำไปใช้ในสถานการณ์จริง โดยประเมินความครอบคลุม ความชัดเจน สามารถนำไปใช้ได้จริง สามารถปฏิบัติการได้ง่าย ทันสมัย ระยะเวลาในการปฏิบัติเหมาะสม เนื้อหาตรงประเด็น เป็นต้น

ระยะที่ 3 (กุมภาพันธ์ 2568) การพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลห้องผ่าตัดผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมใหม่ ก่อนนำไปใช้จริง การพัฒนาหลังนำรูปแบบไปทดลองใช้และหลังประเมินผลการทดลองใช้โดยเก็บรวบรวมข้อมูลและสรุปประเด็นปัญหาเพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติ ประเมินผลจากแบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ สรุปประเมินผลเพื่อนำเสนอก่อนนำไปใช้ในสถานการณ์จริง

ระยะที่ 4 (กุมภาพันธ์ 2568-กันยายน 2568) การใช้รูปแบบการพยาบาลห้องผ่าตัดผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในสถานการณ์จริงรวมทั้งประเมินผลลัพธ์และเผยแพร่ ผู้วิจัยกำหนดวิธีการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) ทำการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังโดยนำรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นพยาบาล 30 คน ประเมินผลก่อนหลังการใช้รูปแบบการพยาบาล และผู้ป่วย 30 คน ประเมินผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษา การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลสกลนคร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ทั้งที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือและการทดลอง ประกอบด้วย

1. พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ประสบการณ์ทำงานห้องผ่าตัด มากกว่า 1 ปี และเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) พยาบาลประสบการณ์น้อยกว่า 1 ปี อยู่ในช่วงฝึกปฏิบัติงาน 2) พยาบาลอยู่ระหว่างการลาศึกษา 3) พยาบาลที่มีแผนย้ายหน่วยงานในช่วง 6 เดือน

2. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสกลนคร มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) ผู้ป่วยสูงอายุ ทั้งเพศชาย และหญิง อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่แพทย์วินิจฉัยว่า กระดูกข้อสะโพกหักแบบปิดหรือผู้ป่วยที่มีข้อสะโพกเสื่อม 2) ผู้ป่วยที่รักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และยินยอมรับการรักษาโดยการผ่าตัด 3) เข้าใจภาษาไทย 4) ยินดีเข้าร่วม และเกณฑ์การคัดผู้ป่วยออก ดังนี้ 1) มีภาวะแทรกซ้อนที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน 2) ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 3) มีภาวะสับสนหรือความจำเสื่อม

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis โดยเลือก test family คือ t-test และ statistical test เป็น means: Difference between twodependent means (matched pairs) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis)¹⁰ ค่าพารามิเตอร์สำหรับการทดสอบกลุ่มเดียว ก่อนหลัง (one sample pre post dependence group test) ค่าอำนาจการทดสอบ (level of power) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้อย่างน้อยที่สุดที่ระดับ (power of test 1 - B) = .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติ (level significant) = .05 ค่าความคาดเคลื่อน (alpha) และขนาดอิทธิพล (effect size) = .50 การคัดเลือก



กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 27 คน เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (drop out) ผู้วิจัยจึงพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10.0 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 30 คน¹¹ ดังนั้น กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลห้องผ่าตัด 30 คน และผู้ป่วยผ่าตัดข้อสะโพกเทียม 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในห้องผ่าตัด มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) แนวปฏิบัติการพยาบาล 3 ระยะ (2) ความรู้และทักษะ (3) สมรรถนะพยาบาล 9 ด้าน (4) การนิเทศโดยการโค้ช (5) แนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (2.1) แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) จำนวน 8 ข้อ เพื่อประเมินปัญหาการพยาบาลและการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (2.2) แบบประเมินความรู้ จำนวน 15 ข้อ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 15 ข้อ ลักษณะเป็นแบบปรนัย เลือกตอบ 4 ตัวเลือก คำตอบ ก ข ค ง ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ค่า S-CVI 1.0 ค่า KR 20 = .72 (2.3) แบบประเมินสมรรถนะก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จำนวน 50 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ไม่เคยแสดงพฤติกรรมให้เห็นเลยหรือแสดงให้เห็นนาน ๆ ครั้ง (1 คะแนน) แสดงพฤติกรรมให้เห็นเป็นบางครั้ง (2 คะแนน) แสดงพฤติกรรมให้เห็นปานกลาง (3 คะแนน) แสดงพฤติกรรมให้เห็นบ่อย ๆ (4 คะแนน) แสดงพฤติกรรมให้เห็นสม่ำเสมอ (5 คะแนน) ค่า S-CVI 1.0 ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .99 (2.4) แบบนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด จำนวน 30 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติได้ถูกต้องให้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน กำหนดเกณฑ์การประเมิน คือ ผ่านเกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80.0 ค่า S-CVI 1.0 K-R 20 .70 (2.5) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดต่อการใช้รูปแบบ จำนวน 10 ข้อ และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการเข้ารับบริการ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วน (Rating Scale) 5 ระดับ มีลักษณะคำถามเป็น 5 ตัวเลือก โดยพึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) พึงพอใจมาก 4 คะแนน) พึงพอใจปานกลาง (3 คะแนน) พึงพอใจน้อย (2 คะแนน) พึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยมี 5 ระดับ ดังนี้ มากที่สุด (4.50-5.00) มาก (3.50-4.49) ปานกลาง (2.50-3.49) น้อย (1.50-2.49) น้อยที่สุด (1.00-1.49)¹² ทั้ง 2 ฉบับ ได้ค่า S-CVI 1.0 ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .98 . 91 ตามลำดับ (2.6) แบบบันทึกข้อมูลและอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลเชี่ยวชาญการพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน นำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะ โดยค่าดัชนีความตรงทั้งฉบับ (S-CVI) ควรมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .90¹¹ การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ทดลองใช้กับพยาบาล 30 คนและผู้ป่วย 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายกับ

กลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งควรมีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป จึงจะยอมรับได้¹² และหาความเชื่อมั่น Kuder Richardson 20 (K-R 20) ต้องมีค่า 0.5 ขึ้นไป จึงนำมาใช้ได้¹³

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร เลขที่ SKNHREC No. 030 /2567 ลงวันที่ 21 พฤศจิกายน 2567 การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการและสิทธิในการเข้าร่วมโดยสมัครใจและการถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ การรักษาความเป็นส่วนตัวและความลับมีผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ประโยชน์ที่ได้รับและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นไม่มีผลกระทบ การเผยแพร่ผลการวิจัยทำในภาพรวมและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังการเผยแพร่เรียบร้อยแล้ว เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมจึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ทางสถิติดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งของพยาบาลและผู้ป่วย วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์เนื้อหาและจัดกลุ่มข้อมูล 3) ผลลัพธ์ทางด้านคลินิก ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาล ใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ Chi square test 4) ความรู้ ทักษะพยาบาล สมรรถนะพยาบาล ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และ Wilcoxon Signed Ranks test 5) การนิเทศการปฏิบัติการพยาบาล ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ 6) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการเข้ารับบริการห้องผ่าตัด โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจ

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในห้องผ่าตัด รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด 2) ความรู้และทักษะ ของพยาบาลวิชาชีพ 3) สมรรถนะพยาบาลโดยการประยุกต์แนวคิดของเบนเนอร์ 4) การนิเทศทางการพยาบาลโดยการประยุกต์แนวคิดการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ของวิทมอร์ การนิเทศทางคลินิกของฟร็อกเตอร์ 5) แนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย โดยการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีโอริเอม

2. ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในห้องผ่าตัด

2.1 ด้านผู้รับบริการ ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 23 คน (ร้อยละ 76.80) อายุส่วนใหญ่ 71-80 ปี 12 คน (ร้อยละ 40.00) อายุเฉลี่ย 68.63 (S.D. =3.47) อายุต่ำสุด 30 ปี สูงสุด 86 ปี สถานะภาพสมรส ส่วนใหญ่ คู่ 28 คน (ร้อยละ 97.0) การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา (ป1-ป7) 11 คน (ร้อยละ 36.70) ไม่มีอาชีพ 19 คน (ร้อยละ 63.33)

2.1.1 ด้านผู้รับบริการ เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกเปรียบเทียบผลลัพธ์ พบว่า กลุ่มที่ใช้



รูปแบบการพยาบาลแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น มีการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด การเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมผ่าตัดน้อยกว่า กลุ่มใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อเปรียบเทียบการเสียเลือด ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลลัพธ์ทางคลินิกเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาล ($n=30$)

ผลลัพธ์	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		Chisquare	p-value
	(n =30)		(n =30)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	14	46.67	3	10	9.587*	.002
การเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมผ่าตัด	9	30	1	3.33	4.369*	.006
การเสียเลือด	3	10	0	0	3.143	.076

2.1.2 ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการเข้ารับบริการห้องผ่าตัด ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการเข้ารับบริการห้องผ่าตัด ในภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด การดูแลเอาใจใส่และให้ความช่วยเหลือในห้องผ่าตัด รองลงมา คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด ด้านความเป็นมิตรและอัธยาศัยของพยาบาลห้องผ่าตัด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการเข้ารับบริการห้องผ่าตัด ($n=30$)

ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการพยาบาล	M	SD	แปลผล
1. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด	4.90	0.31	มากที่สุด
2. การดูแลและให้ความช่วยเหลือขณะรอเข้าห้องผ่าตัดในห้องรอผ่าตัด	4.90	0.31	มากที่สุด
3. การสร้างความอบอุ่นใจก่อนเข้าห้องผ่าตัดในห้องรอผ่าตัด	4.87	0.35	มากที่สุด
4. การดูแลความสบายขณะอยู่ในห้องรอผ่าตัด	4.90	0.31	มากที่สุด
5. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด	4.93	0.25	มากที่สุด
6. การดูแลเอาใจใส่และให้ความช่วยเหลือในห้องผ่าตัด	4.97	0.18	มากที่สุด
7. การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด	4.90	0.31	มากที่สุด
8. ความเป็นมิตรและอัธยาศัยของพยาบาลห้องผ่าตัด	4.93	0.25	มากที่สุด
9. ความรวดเร็วในการตอบสนองต่อความต้องการของพยาบาลห้องผ่าตัด	0.83	0.40	มากที่สุด
10. ห้องผ่าตัดสะอาด ปราศจากเสียงรบกวน	4.93	0.25	มากที่สุด
ภาพรวมความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการเข้ารับบริการห้องผ่าตัด	4.91	0.30	มากที่สุด

2.2 ด้านผู้ให้บริการ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 22 คน (ร้อยละ 73.30) อายุส่วนใหญ่ 21-30 ปี 20 คน (ร้อยละ 66.67) อายุเฉลี่ย 30.30 (SD =4.47) อายุต่ำสุด 26 ปี สูงสุด 47 ปี สถานะภาพสมรส ส่วนใหญ่ โสด 27 คน (ร้อยละ 90.0) การศึกษา ปริญญาตรี 30 คน (ร้อยละ 100) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ส่วนใหญ่ 2-5 ปี 15 คน (ร้อยละ 50.0) ระยะเวลา

เฉลี่ยในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด 7.36 (SD =6.47) ปีการอบรมเฉพาะทางในห้องผ่าตัด 2 คน (ร้อยละ 6.67)

2.2.1 ผลลัพธ์ด้านการพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ(n=30)

ความรู้และทักษะพยาบาลวิชาชีพ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		Wilcoxon	Asymp.sig
	รูปแบบ (n =30)		รูปแบบ (n=30)		Z	(2-tailed)
	M	SD	M	SD		
1. คะแนนความรู้การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัด	11.37	1.03	14.17	0.79	-4.814 ^b	.000
2. คะแนนทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัด	11.80	0.85	14.37	0.67	-4.832 ^b	.000

2.2.2 ผลลัพธ์ด้านการพัฒนาสมรรถนะ พยาบาลวิชาชีพ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม พบว่า ภายหลังการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทั้ง 9 สมรรถนะสูงกว่าก่อนการได้รับการพัฒนาและเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาสมรรถนะ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา (n=30)

สมรรถนะพยาบาล	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		Wilcoxon	Asymp.sig
	รูปแบบ (n = 30)		รูปแบบ (n = 30)		Z	(2-tailed)
	M	SD	M	SD		
1 การพยาบาลก่อนผ่าตัด	26.83	1.70	35.63	2.11	-4.796 ^b	.000
2 การพยาบาลระยะผ่าตัด	34.17	4.01	43.77	2.62	-4.789 ^b	.000
3 การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด	14.33	1.28	17.60	1.07	-4.727 ^b	.000
4 การดูแลต่อเนื่อง	15.10	0.92	18.77	0.63	-4.837 ^b	.000
5 การสร้างเสริมสุขภาพ	13.40	1.10	17.27	1.11	-4.829 ^b	.000
6 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ	23.40	1.94	27.07	1.02	-4.809 ^b	.000
7 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ	14.07	0.79	17.83	0.95	-4.826 ^b	.000
8 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	24.03	1.30	27.63	0.89	-4.809 ^b	.000
9 การบันทึกทางการพยาบาล	16.07	1.05	18.70	0.70	-4.827 ^b	.000
ภาพรวมทั้งหมด	20.15	1.57	24.92	1.23	-4.805 ^b	.000

2.2.3 ผลลัพธ์ด้านการนิเทศการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ภาพรวมมีการปฏิบัติตาม แนวทาง ร้อยละ 92.97 เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า มีการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด



ร้อยละ 100 ด้านการพยาบาลก่อนผ่าตัด ร้อยละ 94.12 ด้านการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด ร้อยละ 92.50 และด้านการบันทึกทางการพยาบาล พบว่า ต่ำที่สุด คือ ร้อยละ 86.76 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงผลการนิเทศการปฏิบัติการพยาบาล (n=30)

หัวข้อการนิเทศ	จำนวนข้อ	M	SD	Min	Max	%
1. การประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด	5	5.00	0.00	5.00	5.00	100.00
2. การพยาบาลก่อนผ่าตัด	6	5.65	0.49	5.00	6.00	94.12
3. การพยาบาลขณะผ่าตัด	8	7.37	0.72	6.00	8.00	92.08
4. การพยาบาลหลังผ่าตัด	4	3.70	0.47	3.00	4.00	92.50
5. การให้การดูแลต่อเนื่อง	3	2.80	0.47	2.00	3.00	92.33
6. ด้านการบันทึกทางการพยาบาล	4	3.47	0.62	2.00	4.00	86.76
ภาพรวมทั้งหมด	30	4.66	0.46	3.83	5.00	92.97

2.2.4 ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม พยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบการพยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยพึงพอใจมากที่สุด ในด้านการส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และการส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย รองลงมา คือ ความเหมาะสมกับบริบทของห้องผ่าตัด และความยืดหยุ่นในการปรับใช้ตามสถานการณ์ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการพยาบาล (n=30)

ความคิดเห็นต่อการใช้รูปแบบการพยาบาล	M	SD	แปลผล
1. ความชัดเจนของรูปแบบการพยาบาล	4.67	0.61	มากที่สุด
2. ความครอบคลุมของขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย	4.57	0.63	มากที่สุด
3. ความสะดวกในการนำไปปฏิบัติ	4.57	0.63	มากที่สุด
4. ประสิทธิภาพในการช่วยลดความผิดพลาด	4.67	0.61	มากที่สุด
5. การส่งเสริมการทำงานเป็นทีม	4.73	0.52	มากที่สุด
6. ความเหมาะสมกับบริบทของห้องผ่าตัด	4.70	0.60	มากที่สุด
7. การช่วยลดระยะเวลาในการเตรียมผู้ป่วย	4.53	0.63	มากที่สุด
8. ประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยโดยรวม	4.67	0.55	มากที่สุด
9. การส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย	4.73	0.52	มากที่สุด
10. ความยืดหยุ่นในการปรับใช้ตามสถานการณ์	4.70	0.60	มากที่สุด
ภาพรวมความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลนี้	4.65	0.59	มากที่สุด

อภิปรายผล

1. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสกลนคร ที่พัฒนาขึ้นทั้ง 5 องค์ประกอบ มีความเหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลสกลนคร อธิบายว่า

เป็นรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นโดยใช้ กระบวนการวิจัยและพัฒนา โดยการมีส่วนร่วมทั้งผู้บริหาร การพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาล การทบทวนและออกแบบในการพัฒนา ตลอดจนมีการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยอย่างเป็นระบบ การประยุกต์ใช้แนวคิดและมาตรฐานการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง โดยองค์ประกอบ ด้านแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด เป็นการสร้าง แนวทางการปฏิบัติที่ครอบคลุมพยาธิสภาพ สามารถคาดการณ์ปัญหา วางแผนเพื่อป้องกันและให้การพยาบาลได้ครอบคลุม สำหรับองค์ประกอบด้านความรู้ ทักษะ และสมรรถนะพยาบาลโดยการประยุกต์แนวคิดของเบนเนอร์ ประกอบด้วยสมรรถนะ 9 ด้านได้แก่ 1) การพยาบาลก่อนผ่าตัด 2) การพยาบาลระยะผ่าตัด 3) การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด 4) การดูแลต่อเนื่อง 5) การสร้างเสริมสุขภาพ 6) การคุ้มครองภาวะสุขภาพ 7) การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ 8) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 9) การบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งครอบคลุมกระบวนการหลักทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด ซึ่งเป็นสมรรถนะที่จำเป็นตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด องค์ประกอบด้านการนิเทศโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการนิเทศของพร็อกเตอร์ ร่วมกับการ โคชแบบโกรว์ ซึ่งเป็นการนิเทศทางคลินิกที่มีแบบแผน มีการกำหนดผู้นิเทศ แผนการนิเทศที่ชัดเจน และกำหนดกิจกรรมในการการนิเทศ ที่หลายกิจกรรมร่วมกัน ประกอบด้วยการนิเทศ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 2) การพยาบาลก่อนผ่าตัด 3) การพยาบาลขณะผ่าตัด 4) การพยาบาลหลังผ่าตัด 5) การให้การดูแลต่อเนื่อง 6) ด้านการบันทึกทางการพยาบาล และองค์ประกอบด้านแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโดยการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีโอเร็ม

2. ผลลัพธ์ภายหลังการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในห้องผ่าตัดพบว่า

2.1 ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ 1) ผลลัพธ์ด้านการพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ สอดคล้องกับการศึกษา Udkhammee, Chuenban, Chantrayotagorn¹⁴ ศึกษาประสิทธิผลการใช้เทคนิคการสอนงานการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัยในการผ่าตัดผลการวิจัย พบว่าการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหลังเข้าร่วมโปรแกรมการใช้เทคนิคการสอนงานดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ทำงานตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 2) ผลลัพธ์ด้านการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ ของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม พบว่า ภายหลังการพัฒนสมรรถนะ พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทั้ง 9 สมรรถนะสูงกว่า ก่อนการได้รับการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายองค์การอนามัยโลกที่กำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติงานพยาบาลที่เน้นสมรรถนะด้านการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัดและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ซึ่งพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีสมรรถนะสูงจะส่งผลการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดมีความปลอดภัยสูง^{1,8} 3) ผลลัพธ์ด้านการนิเทศการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม มีการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 92.97 ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุดโดยพึงพอใจมากที่สุด ในด้าน การส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และการส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย รองลงมา คือ ความเหมาะสมกับบริบทของห้องผ่าตัด และความยืดหยุ่นในการปรับใช้ตามสถานการณ์



สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Budsree, Hinjiran, Meehanpong¹⁵ พบว่าการนิเทศโดยใช้โมเดลการโค้ชแบบโกรว์ พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติงานได้ดีกว่าก่อนการใช้โมเดลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่า การโค้ชแบบโกรว์ของวิทมอร์ มีคุณลักษณะที่สำคัญ คือมุ่งเน้นให้เกิดการเรียนรู้จากภายในตนเอง และไขปัญหาปัจจุบันทำให้สามารถปฏิบัติงานดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Kumkum¹⁶ ซึ่งให้ความสำคัญในการมุ่งเน้นให้เกิดการเรียนรู้และความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และยังสอดคล้องกับการศึกษา Tharapaisansansuk¹⁷ พบว่าการประชุมและการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดอย่างเป็นรูปธรรม สามารถเพิ่มระดับความพึงพอใจต่อการทำงานได้สูงขึ้นและเพิ่มความร่วมมือในการทำงานเป็นทีมมากยิ่งขึ้นรวมทั้งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความปลอดภัยของผู้ป่วย²

2.2 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า กลุ่มที่ใช้รูปแบบการพยาบาลแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น มีการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด การเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเดิม และเมื่อเปรียบเทียบการเสียเลือดไม่แตกต่างกัน ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการเข้ารับบริการห้องผ่าตัด ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการเข้ารับบริการห้องผ่าตัด ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด การดูแลเอาใจใส่และให้ความช่วยเหลือในห้องผ่าตัด รองลงมา คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด ด้านความเป็นมิตรและอัธยาศัยของพยาบาลห้องผ่าตัด สามารถอธิบายได้ว่าเป็นผลจาก 1) ห้องผ่าตัดมีการพัฒนา สมรรถนะพยาบาลอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ส่งผลดีต่อผู้ป่วย ได้แก่ การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด การเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมผ่าตัดลดลง ส่วนการเสียเลือดขณะผ่าตัดไม่มีความแตกต่างกันหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลแบบใหม่ 2) รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลร่วมกับการโค้ชแบบโกรว์ ประกอบด้วย การนิเทศตามมาตรฐาน การนิเทศเพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถและการนิเทศเพื่ออํารงรักษา โดยมีการประชุมทีมพยาบาลในแนวทางการดูแลผู้ป่วย การสอนแนะนำรายบุคคลในขณะปฏิบัติงาน การให้คำปรึกษาขณะรับส่งเวร หรือระหว่างการตรวจเยี่ยม การประชุมกับทีมในช่วงเข้าก่อนการปฏิบัติงาน การตรวจเยี่ยมการปฏิบัติงานและให้ข้อมูลสะท้อนกลับ การสังเกตการปฏิบัติ การกำหนดแผนการนิเทศและผู้รับผิดชอบในการนิเทศ คือ หัวหน้าหอผู้ป่วย และหัวหน้าทีมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด จัดทำแผนการนิเทศรายวันและรายสัปดาห์ มีการกำหนดรูปแบบการนิเทศที่ชัดเจน ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี เนื่องจากเกิดการตัดสินใจร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย โดยการเยี่ยมตรวจ การร่วมมือปฏิบัติและการสังเกต ทำให้มีการแก้ปัญหาร่วมกัน โดยการให้ความรู้และให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญหา นอกจากนี้ การที่ผู้นิเทศเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย ส่งผลให้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับการนิเทศซึ่งเป็นผู้ได้บังคับบัญชา ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและตัดสินใจแก้ไขปัญหา และการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติ ทำให้เกิดผลลัพธ์ ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด พึงพอใจ สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องกลับมาใช้ชีวิตในภาวะปกติสุข

ข้อจำกัดการวิจัย

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาระยะสั้นและเป็นผู้สูงอายุซึ่งการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยแตกต่างกัน ดังนั้นควรศึกษาในระยะยาวขึ้น

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในห้องผ่าตัดที่พัฒนาขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ ทำให้พยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัด มีความรู้ ทักษะ สมรรถนะ และมีความพึงพอใจ ในการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในห้องผ่าตัด เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยพึงพอใจต่อการเข้ารับบริการ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านบริหาร ควรมีนโยบายในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม
2. ด้านบริการ ควรมีการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมไปใช้อย่างต่อเนื่องและประเมินผลลัพธ์ซ้ำ
3. ด้านการนำผลวิจัยไปใช้ ควรมีนโยบายส่งเสริมให้มีการนำผลการวิจัยนี้ไปใช้อย่างต่อเนื่อง และขยายรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายในเขตสุขภาพรวมทั้งประเมินผลลัพธ์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยประเมินประสิทธิภาพด้านค่าใช้จ่ายและการลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

References

1. Ministry of Public Health. Public Health Development Plan during the 9th National Economic and Social Development Plan 2001–2006 [internet]. [cited 2022 January 23]. Available from: <http://www.moph.go.th>.
2. World Health Organization. WHO Surgical Safety Checklist [internet]. [cited 2022 January 20]. Available from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safe-surgery/tool-and-resources>.
3. Action plan for research and innovation utilization 2020–2022 [internet]. [cited 2024 January 19]. Available from: <https://www.nrct.go.th/e-publish1/actionplan-utilization/files/basic-html/page9.html>.
4. Sakon Nakhon Hospital. Statistics of hip fracture patients who received hip replacement surgery. Sakon Nakhon Hospital; 2025. (in Thai).
5. Thai Operating Room Nurses Association. Operating room nurse competence. Bangkok: Phimlak; 2021. (in Thai).
6. Benner P. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park: Addison-Wesley; 1984.



7. Proctor B. Training for the supervision alliance Attitude, Skills and Intention. London: Routledge; 2001.
8. Whitmore J. Coaching for Performance: Growing Human Potential and Purpose–The Principles and Practice of Coaching and Leadership London; Nicholas Brealey Publishing; 2009.
9. Joanna Brigs Institute. Change practice: An introduction to systematic review; 2020 [internet]. [cited 2022 January24]. Available from: <http://www.Joannabrigs.edu.au>.
10. Cohen J. Statistical power analysis. Curr. Dir. Psychol. Sci. 1992;1(3),98–101. doi.10.1111/1467-8721.ep10768783.
11. Polit, D.F., Hungler, B.P. Nursing research: Principle and methods (6 th ed). Philadelphia: Lippincott. 1999.
12. Srisaard B, Sitthiporn M. Research about Rating scale. Journal of Educational Measurement Mahasarakham University. 2018;3(1):1–8. (in Thai).
13. Meehanpong P, Chatdokmaiprai K. Assessing quality of research instrument in nursing research. Journal of The Royal Thai Army Nurse. 2018;19(1):9–15. (in Thai).
14. Udkhammee K, Chuenban P, Chantrayotagorn L. The effect of using professional nursing teaching techniques in compliance with patient care guidelines for surgical safety in Phrae Hospital. Journal of the Phare Hospital. 2020;28(2):18–24. (in Thai).
15. Budsree R, Hinjiranan S, Meehanpong P. The effects of supervision through GROW coaching model of fist-line nurse managers on nursing performance of professional nurses. Christian University Journal. 2020;26(2):84–96. (in Thai).
16. Kumkum I. Effects of coaching on knowledge and practices of nurses in preventing urinary tract infection in the elderly in long-term care facilities [Master thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University. 2015. (in Thai).
17. Tharapaisansansuk O. The effects of supervision through GROW coaching model of first-line nurse managers at private hospitals [Master thesis]. Nakhon Prathom: Christian University. 2018. (in Thai).

ปัจจัยชีวิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของสถาน บริการปฐมภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี

Biopsychosocial Factors Associated with Frailty among Older Adults in the Service Area of a Primary Care Unit in Nonthaburi Province

รัฐกานต์ ขำเขียว¹, สุภาภรณ์ ศรีฟ้า¹

Ruttakarn Kamkhiew¹, Supaporn Srifa¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

¹Faculty of Nursing, Siam University

Corresponding author: Supaporn Srifa; Email: Supaporn.srif@siam.edu

Received: March 24, 2026 Revised: July 12, 2026 Accepted: August 13, 2026

บทคัดย่อ

ภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุเพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การพลัดตกหกล้ม ความพิการ และการเสียชีวิต โดยเฉพาะในบริบทของพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวิถีชีวิตอย่างต่อเนื่อง การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยชีวิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดนนทบุรี รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุจำนวน 148 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินปัจจัยทางสังคม แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (GDS-15) และแบบประเมินภาวะเปราะบาง (FRAIL Scale) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบความสัมพันธ์ และการถดถอยโลจิสติก โดยกำหนดภาวะเปราะบางเป็นตัวแปรตามแบบทวิภาค คือ 0 = ไม่เปราะบาง/ก่อนเปราะบาง และ 1 = เปราะบาง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.90) มีอายุระหว่าง 60–69 ปี (ร้อยละ 50.00) และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 81.80) ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพบว่า ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่อายุและดัชนีมวลกายไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญในแบบจำลองสุดท้าย ผลการศึกษาบ่งชี้ถึงความสำคัญของการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และการประเมินปัจจัยทางสังคม เพื่อนำผลมาใช้ในการวางแผนดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะเปราะบางได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท; ปัจจัยชีวิตสังคม; ผู้สูงอายุ; ภาวะเปราะบาง; สถานบริการปฐมภูมิ



Biopsychosocial Factors Associated with Frailty among Older Adults in the Service Area of a Primary Care Unit in Nonthaburi Province

Ruttakarn Kamkhiew¹, Supaporn Srifa¹

¹Faculty of Nursing, Siam University

Corresponding author: Supaporn Srifa; Email: Supaporn.srif@siam.edu

Received: March 24, 2026 Revised: July 12, 2026 Accepted: August 13, 2026

Abstract

Frailty among older adults is a major public health concern that increases the risk of illness, falls, disability, and mortality, particularly in semi-urban and semi-rural areas where social conditions and ways of life are continuously changing. This study aimed to examine biopsychosocial factors associated with frailty among older adults in the service area of a primary care unit in Nonthaburi Province. This study used an analytical cross-sectional design. The participants consisted of 148 older adults selected by a convenience sampling technique from those residing in the service area of a primary care unit in Nonthaburi Province. The research instruments included a demographic questionnaire, a social factors assessment, the Geriatric Depression Scale (GDS-15), and the FRAIL Scale. Data were analyzed using descriptive statistics, bivariate analysis, and logistic regression. Frailty was defined as a binary outcome for logistic regression analysis, coded as 0 = non-frail/pre-frail and 1 = frail. The results showed that most participants were female (70.9%), aged 60–69 years (50.0%), and had underlying diseases (81.8%). Logistic regression analysis showed that depressive symptoms and social factors were significantly associated with frailty, whereas age and body mass index were not significantly associated in the final model. In conclusion, the findings of this study indicate the importance of screening for depression and assessing social factors to develop an effective care plan for the frail older population.

Keywords: biopsychosocial factors; frailty; older adults; primary care unit; semi-urban and semi-rural community

ความเป็นมาและความสำคัญ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ โดยสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุกลายเป็นประเด็นสำคัญทางสาธารณสุข หนึ่งในกลุ่มอาการที่ได้รับความสนใจอย่างมากในปัจจุบันคือ ภาวะเปราะบาง (frailty) ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดจากการเสื่อมถอยของระบบทางสรีรวิทยาหลายระบบ ทำให้ความสามารถของร่างกายในการปรับตัวต่อความเครียดหรือภาวะเจ็บป่วยลดลง¹ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางมีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความพิการ และการเสียชีวิตเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุทั่วไป² นอกจากนี้ ภาวะเปราะบางยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและเพิ่มภาระต่อครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ และสังคมโดยรวม³

ภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุเป็นกลุ่มอาการที่พบได้ค่อนข้างบ่อยในประชากรสูงวัย การศึกษาระดับนานาชาติที่ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในประชากรจาก 62 ประเทศ พบว่า ความชุกของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีอยู่ประมาณร้อยละ 12.0 เมื่อใช้เกณฑ์การประเมินแบบ physical frailty และมีประมาณร้อยละ 24.0 เมื่อใช้ frailty index ขณะที่ภาวะก่อนเปราะบางพบได้สูงถึงประมาณ ร้อยละ 46.0–49.0 ของผู้สูงอายุทั้งหมด⁴ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ภาวะเปราะบางเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้อย่างแพร่หลายในผู้สูงอายุทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรสูงวัย

การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย พบว่า ภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น การมีโรคเรื้อรัง ภาวะโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม⁵⁻⁶ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนซึ่งต้องพึ่งพาการดูแลตนเองและการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ปัจจัยดังกล่าวอาจส่งผลต่อความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบาง

ภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพที่มีลักษณะซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายมิติ แนวคิด ชีวจิตสังคม (biopsychosocial model) ที่เสนอโดย Engel อ้างใน ชนิตา อนุพันธ์ และคณะ⁷ อธิบายว่าการเกิดปัญหาสุขภาพของบุคคลเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคมร่วมกัน⁷ โดยปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น อายุที่เพิ่มขึ้น การมีโรคเรื้อรัง และการเสื่อมของร่างกายเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ⁸ ขณะเดียวกัน ปัจจัยด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเครียด หรือการรับรู้สุขภาพของตนเอง ก็มีส่วนทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบาง⁹

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านสังคมยังมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และชุมชน ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของวัยและรักษาความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น งานวิจัยในประเทศไทยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีเครือข่ายทางสังคมที่ดีมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีกว่า¹⁰⁻¹¹ ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและภาวะเปราะบางเพิ่มขึ้น¹²



ในบริบทของสังคมไทย โดยเฉพาะพื้นที่ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงของการใช้ชีวิตอย่างรวดเร็วตามการขยายตัวของเมือง การย้ายถิ่นของแรงงาน และการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งต้องเผชิญกับการลดลงของเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน^{5,13} ปัจจัยดังกล่าวอาจส่งผลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งนำไปสู่ความเสี่ยงในการเกิดภาวะเปราะบางได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยส่วนใหญ่มุ่งเน้นการศึกษาภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุในภาพรวม หรือศึกษาปัจจัยด้านสุขภาพกาย จิตใจ หรือสังคมเป็นรายด้าน อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่พิจารณาปัจจัยชีวิตจิตสังคมร่วมกันในบริบทผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท โดยเฉพาะในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิ¹⁴ ทั้งนี้ พื้นที่ดังกล่าวมีลักษณะของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวิถีชีวิตที่หลากหลาย เช่น การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างครอบครัว การย้ายถิ่นของสมาชิกวัยแรงงาน การลดลงของเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม และข้อจำกัดบางประการในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุได้

จังหวัดนนทบุรีเป็นพื้นที่ปริณทณณ์มีลักษณะผสมผสานระหว่างสังคมเมืองและชนบท ผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่งจึงอาจเผชิญบริบททางสุขภาพและสังคมที่แตกต่างจากพื้นที่เมืองหรือชนบทโดยตรง การศึกษาปัจจัยชีวิตจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการคัดกรองภาวะเปราะบาง การประเมินปัจจัยด้านจิตใจ และสังคม และการวางแผนดูแลผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยชีวิตจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบาง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มไม่เปราะบาง/ก่อนเปราะบาง ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดนนทบุรี

สมมติฐานการวิจัย

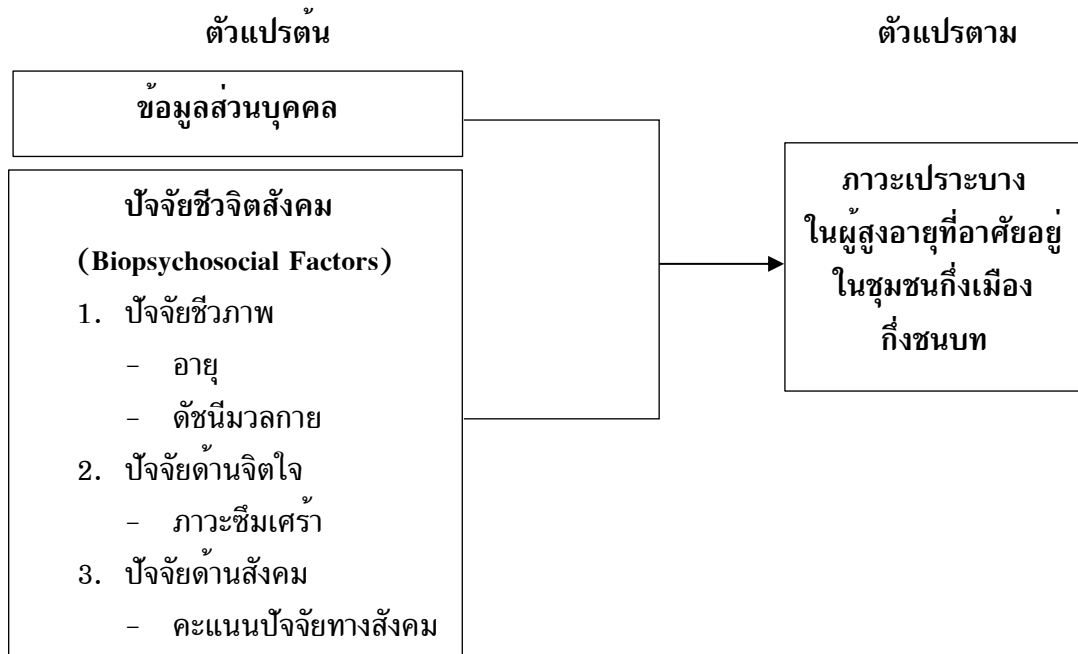
อายุที่เพิ่มขึ้น ดัชนีมวลกายที่ไม่เหมาะสม และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเปราะบาง ขณะที่ปัจจัยทางสังคมที่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดนนทบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดชีวิตจิตสังคม (biopsychosocial model) ของ Engel อ้างใน ชนิดา อนุพัฒน์ และคณะ⁷ ซึ่งอธิบายว่าสุขภาพและความเจ็บป่วยของบุคคลไม่ได้เกิดจากปัจจัยทางชีวภาพเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสังคมร่วมกัน โดยปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพและภาวะสุขภาพของบุคคล เช่น อายุ เพศ และโรคประจำตัว ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะทางอารมณ์ ความเครียด หรือภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจส่งผลต่อ

การรับรู้สุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ส่วนปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์กับครอบครัว และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสังคมมาใช้เป็นตัวแปรต้นในการศึกษา เพื่ออธิบายความเกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดนนทบุรี โดยกำหนดให้ภาวะเปราะบางเป็นตัวแปรตาม ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (analytical cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยชีวจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดนนทบุรี

ประชากร ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดนนทบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดนนทบุรี และสามารถเข้าถึงได้ในช่วงเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 148 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกที่กำหนด การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้นพิจารณาจากวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยหลายตัวกับภาวะเปราะบาง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และอำนาจการทดสอบที่ .80 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 148 คน อย่างไรก็ตาม เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง



มีค่อนข้างน้อย จึงอาจส่งผลกระทบต่อความเสถียรของค่าประมาณในการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ประเด็นดังกล่าวจึงนำไปพิจารณาในการตีความผลการวิจัย และระบุไว้เป็นข้อจำกัดของการศึกษา

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดนนทบุรี อย่างน้อย 6 เดือน
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
4. สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเองหรือโดยการสัมภาษณ์
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันในช่วงเก็บรวบรวมข้อมูล
2. มีข้อจำกัดด้านการสื่อสารหรือการรับรู้ที่ทำให้ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้
3. ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนตามเครื่องมือวิจัย
4. ไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวระหว่างการเก็บข้อมูล

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและปัจจัยชีวภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย โดยผู้วิจัยทำการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงของกลุ่มตัวอย่างในช่วงเก็บรวบรวมข้อมูล และนำมาคำนวณดัชนีมวลกาย

2. แบบสอบถามปัจจัยทางสังคม (social factors questionnaire) แบบสอบถามปัจจัยทางสังคมเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ เพื่อประเมินปัจจัยทางสังคมในภาพรวม มิใช่เฉพาะการสนับสนุนทางสังคม เนื้อหาครอบคลุมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม รวมจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดยคะแนนเฉลี่ยที่สูงขึ้นแสดงถึงระดับปัจจัยทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพของผู้สูงอายุมากขึ้น การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง ปัจจัยทางสังคมระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง ปัจจัยทางสังคมระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง ปัจจัยทางสังคมระดับสูง โดยแบบสอบถามปัจจัยทางสังคมผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .80 และค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงก์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง .67-1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้และตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .79

3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ฉบับย่อ (Geriatric Depression Scale: GDS-15) ที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นฉบับภาษาไทยของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะ

คำตอบเป็นแบบ “ใช่” และ “ไม่ใช่” คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–15 คะแนน โดย 0–5 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า 6–10 คะแนน หมายถึง เริ่มมีภาวะซึมเศร้า และ 11–15 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า คะแนนที่สูงขึ้นแสดงถึงแนวโน้มภาวะซึมเศร้าที่มากขึ้น มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93

4. แบบประเมินภาวะเปราะบาง (FRAIL Scale)¹⁵ ใช้สำหรับประเมินระดับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ด้าน ได้แก่ ความอ่อนล้า ความสามารถในการขึ้นบันได ความสามารถในการเดิน โรคประจำตัว และน้ำหนักลดโดยไม่ตั้งใจ แต่ละข้อให้คะแนน 0–1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–5 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0 คะแนน หมายถึง ไม่เปราะบาง 1–2 คะแนน หมายถึง ก่อนเปราะบาง และ 3–5 คะแนน หมายถึง เปราะบาง ทั้งนี้ ในการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ผู้วิจัยจัดกลุ่มภาวะเปราะบางเป็นตัวแปรตามแบบทวิภาค โดยรวมกลุ่มไม่เปราะบางและก่อนเปราะบางเป็นกลุ่มอ้างอิง และกำหนดให้กลุ่มเปราะบางเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและปัจจัยชีวภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและความชัดเจนของข้อคำถามร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

2. แบบสอบถามปัจจัยทางสังคม เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จึงนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล ผู้สูงอายุ การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และการพยาบาลอนามัยชุมชน ผลการตรวจสอบพบว่ามีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .80 และค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง .67–1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .79

3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ฉบับย่อ (GDS-15) เป็นเครื่องมือมาตรฐานฉบับภาษาไทยของกรมสุขภาพจิต ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลตามแนวทางของเครื่องมือ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ .93

4. แบบประเมินภาวะเปราะบาง (FRAIL Scale) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในการคัดกรองภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลตามคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข¹⁵

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม และได้รับเอกสารรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเลขที่ SN-IRB 2568/004.31/07/68 เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2568



การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่เพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูล โดยจัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดบางไกรใน อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

2. จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยเน้นว่าการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจ และผู้เข้าร่วมสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อ ใดๆ ต่อการเข้ารับบริการ

3. สำหรับผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้ผู้เข้าร่วมลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจึงเข้าดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมินที่ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะเปราะบาง แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (GDS-15) และแบบสอบถามปัจจัยทางสังคม โดยใช้วิธีสัมภาษณ์ตามข้อคำถามในเครื่องมือวิจัย หรือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในกรณีที่สามารถอ่านและตอบได้อย่างสะดวก ทั้งนี้ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที

4. ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกบันทึกโดยใช้รหัสแทนชื่อ และไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้ในแบบบันทึกข้อมูล โดยเอกสารและข้อมูลการวิจัยถูกจัดเก็บไว้ในที่ปลอดภัย และมีเพียงผู้วิจัยที่เกี่ยวข้องเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้

5. หากพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับที่ควรได้รับการดูแลเพิ่มเติม ผู้วิจัยให้คำแนะนำในการติดต่อหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้านหรือบุคลากรสุขภาพในพื้นที่ตามความเหมาะสม

6. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามลักษณะของข้อมูล

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวิตจิตสังคมกับภาวะเปราะบางใช้การทดสอบความสัมพันธ์ตามระดับการวัดของตัวแปร และวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางด้วยการถดถอยโลจิสติก โดยกำหนดตัวแปรตามเป็นภาวะเปราะบางแบบทวิภาค คือ 0 = ไม่เปราะบาง/ก่อนเปราะบาง และ 1 = เปราะบาง ตัวแปรอิสระในแบบจำลอง ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย ภาวะซึมเศร้า และ

คะแนนปัจจัยทางสังคม รายงานผลด้วยค่า odds ratio, adjusted odds ratio, ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่า p-value เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางมีค่อนข้างน้อย ผลการวิเคราะห์หาค่าสถิติจึงควรตีความด้วยความระมัดระวัง โดยเฉพาะในด้านความเสถียรของค่าประมาณในแบบจำลอง

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 148 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.9 และเพศชาย ร้อยละ 29.1 โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60–69 ปี ร้อยละ 50.0 รองลงมา คือ อายุ 70–80 ปี ร้อยละ 46.6 และมากกว่า 80 ปี ร้อยละ 3.4 ด้านสถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่มีคู่ ร้อยละ 41.2 รองลงมาคือ หม้ายหรือหย่าร้าง ร้อยละ 40.5 และโสด ร้อยละ 18.2 สำหรับระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.9 รองลงมาไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 17.6 และระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 8.8 ในด้านอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นผู้เกษียณอายุ รองลงมาเป็นเกษตรกรและค้าขายขนาดเล็ก ส่วนรายได้ครัวเรือนต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างน้อยหนึ่งโรค และมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงปกติถึงน้ำหนักเกิน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	43	29.1
หญิง	105	70.9
อายุ		
60–69 ปี	74	50.0
70–79 ปี	69	46.6
≥80 ปี	5	3.4
สถานภาพสมรส		
โสด	27	18.2
คู่	61	41.2
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	60	40.5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	26	17.6
ประถมศึกษา	102	68.9
มัธยมศึกษา	13	8.8
ปวช./ปวส.	5	3.4
ปริญญาตรี	2	1.4
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	39	26.4
เกษตรกร	37	25.0
รับจ้าง	35	23.6



ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	16	10.8
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	14	9.5
อื่น ๆ	7	4.7
รายได้ต่อเดือน		
<5,000 บาท	56	37.8
5,001–10,000 บาท	50	33.8
10,001–15,000 บาท	25	16.9
15,001–20,000 บาท	11	7.4
>20,000 บาท	6	4.1
โรคประจำตัว		
ไม่มี	27	18.2
มี	121	81.8
ดัชนีมวลกาย (BMI)		
ต่ำกว่าเกณฑ์	15	10.1
ปกติ	103	69.6
น้ำหนักเกิน	30	20.3

ผลการวิเคราะห์ระดับปัจจัยทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่าคะแนนเฉลี่ยปัจจัยทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.81$, $SD=.26$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและด้านการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากัน ($M=3.04$) รองลงมาคือด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($M=2.93$, $SD=.54$) และด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ($M=2.88$, $SD=.52$) ส่วนด้านการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($M=2.11$, $SD=.78$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยทางสังคมในผู้สูงอายุ

ปัจจัยทางสังคม	M	SD	ระดับ
ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	3.04	0.45	ปานกลาง
ด้านการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์	3.04	0.57	ปานกลาง
ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ	2.93	0.54	ปานกลาง
ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	2.67	0.46	ปานกลาง
ด้านการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน	2.11	0.78	ต่ำ
ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม	2.88	0.52	ปานกลาง
รวม	2.81	0.26	ปานกลาง

ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน GDS-15 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 90.5) ขณะที่ผู้สูงอายุร้อยละ 9.5 มีภาวะซึมเศร้า ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	134	90.5
มีภาวะซึมเศร้า	14	9.5

เมื่อประเมินภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุด้วยแบบประเมิน FRAIL scale พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มไม่เปราะบาง (ร้อยละ 72.3) รองลงมาคือกลุ่มก่อนเปราะบาง (ร้อยละ 20.9) และกลุ่มเปราะบาง (ร้อยละ 6.8) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ

ภาวะเปราะบาง	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เปราะบาง	107	72.3
ก่อนเปราะบาง	31	20.9
เปราะบาง	10	6.8

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวภาพ จิตใจ และสังคมกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุ พบว่า อายุ ดัชนีมวลกาย ภาวะซึมเศร้า และระดับปัจจัยทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นและมีดัชนีมวลกายที่แตกต่างจากเกณฑ์ปกติมีแนวโน้มอยู่ในกลุ่มภาวะเปราะบางมากขึ้น นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มเกิดภาวะเปราะบางสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในด้านปัจจัยทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับปัจจัยทางสังคมต่ำมีสัดส่วนของภาวะเปราะบางสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับปัจจัยทางสังคมสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ตัวแปรโรคประจำตัวไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าว ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย ภาวะซึมเศร้า และระดับปัจจัยทางสังคม จึงถูกนำเข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางในขั้นตอนต่อไป ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวภาพ จิตใจ และสังคมกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่ศึกษา	χ^2	df	p-value	สรุปผล
อายุ	14.472	2	< .001*	มีความสัมพันธ์
ดัชนีมวลกาย	25.933	2	< .001*	มีความสัมพันธ์
โรคประจำตัว	2.739	1	0.098	ไม่มีความสัมพันธ์
ภาวะซึมเศร้า	19.978	1	< .001*	มีความสัมพันธ์
ระดับปัจจัยทางสังคม	23.703	1	< .001*	มีความสัมพันธ์

ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพบว่า แบบจำลองมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=40.896$, $df=4$, $p<.001$) และมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Hosmer–Lemeshow $\chi^2=4.068$, $df=7$, $p=.772$) เมื่อพิจารณารายตัวแปร พบว่า ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับโอกาสอยู่ในกลุ่มภาวะเปราะบางที่เพิ่มขึ้น 2.55 เท่า ($OR=2.550$, 95% CI: 1.510–4.308, $p<.001$) ขณะที่ปัจจัยทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้าม โดยผู้สูงอายุที่มีคะแนนปัจจัยทางสังคมสูงมีความสัมพันธ์กับโอกาสที่จะอยู่ในกลุ่มภาวะเปราะบางลดลง ($OR = 0.023$, 95% CI: 0.001–0.435, $p=.012$) ในขณะที่ยาและดัชนีมวลกายไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะเปราะบางในแบบจำลองนี้ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาคของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	df	p-value	OR	95% CI
อายุ	0.987	1.050	0.884	1	.347	2.683	0.343–21.008
ดัชนีมวลกาย	-0.767	0.963	0.633	1	.426	0.465	0.070–3.069
ภาวะซึมเศร้า	0.936	0.267	12.250	1	< .001*	2.550	1.510–4.308
ปัจจัยทางสังคม	-3.757	1.492	6.343	1	.012*	0.023	0.001–0.435

หมายเหตุ: ตัวแปรตามคือภาวะเปราะบาง โดยกำหนดให้ 0=ไม่เปราะบาง/ก่อนเปราะบาง และ 1=เปราะบาง; OR=odds ratio; CI=confidence interval; อายุและดัชนีมวลกายวิเคราะห์ตามรหัสกลุ่มที่จัดไว้ในตารางที่ 1 ส่วนภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางสังคมวิเคราะห์จากคะแนนของแบบประเมิน

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางสังคมมีความเกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่อายุและดัชนีมวลกายไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญในแบบจำลองสุดท้าย ผลดังกล่าวสะท้อนว่าภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านจิตใจและสังคมร่วมกับปัจจัยด้านชีวภาพ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดชีวิตสังคมที่อธิบายว่าสุขภาพของบุคคลเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยหลายมิติ^{5,14} แม้ว่าปัจจัยด้านอายุและดัชนีมวลกายจะเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มักถูกกล่าวถึงว่าเกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบาง แต่ผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญของอายุและดัชนีมวลกายในแบบจำลองถดถอยโลจิสติกสุดท้าย การไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจอธิบายได้จากหลายประการ ได้แก่ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุค่อนข้างกระจุกตัว จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเปราะบางมีค่อนข้างน้อย และการนำตัวแปรหลายตัวเข้าสู่แบบจำลองถดถอยโลจิสติกอาจทำให้ค่าประมาณมีความไม่เสถียร ผลดังกล่าวจึงควรตีความด้วยความระมัดระวัง และไม่ควรสรุปว่าอายุหรือดัชนีมวลกายไม่มีความสำคัญต่อภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะเปราะบาง และมีเพียงส่วนน้อยที่อยู่ในภาวะเปราะบาง สอดคล้องกับการศึกษาที่รายงานว่าผู้สูงอายุในชุมชนมักอยู่ในระยะก่อนเปราะบาง (pre-frailty) มากกว่าภาวะเปราะบางอย่างสมบูรณ์^{3,12} สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุจำนวนมากยังคงมีศักยภาพในการดำรงชีวิตใน

ชุมชน แต่มีความเสี่ยงที่จะพัฒนาไปสู่ภาวะเปราะบางหากไม่ได้รับการดูแลหรือการส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม ดังนั้น การคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะเปราะบางในระดับชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มที่อยู่ในระยะก่อนเปราะบาง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้สามารถนำข้อมูลไปใช้ประกอบการวางแผนดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชนได้อย่างเหมาะสม⁴ ซึ่งอาจเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชนต่อไป

ในด้านปัจจัยทางจิตใจ ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งรายงานว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง การเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางกาย และสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ อาจอธิบายได้จากวรรณกรรมว่า ภาวะซึมเศร้าอาจเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกาย การรับประทานอาหาร และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้วัดพฤติกรรมดังกล่าวโดยตรง¹¹⁻¹² ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานของ Soysal และคณะ¹³ ซึ่งพบว่าภาวะซึมเศร้าและภาวะเปราะบางมีความสัมพันธ์กันในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร่ายังอาจมีผลกระทบต่อระบบสรีรวิทยา เช่น การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท ฮอโมน และการอักเสบเรื้อรัง ซึ่งล้วนเป็นกลไกที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความเปราะบางต่อความเครียดและเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น

ในด้านปัจจัยทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับภาวะเปราะบาง โดยผู้สูงอายุที่มีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็งมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพที่ดีกว่า^{14,16} ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในชุมชนสัมพันธ์กับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อาจอธิบายได้จากวรรณกรรมว่า เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชนอาจช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ บริการสุขภาพ และความช่วยเหลือที่จำเป็นได้มากขึ้น¹⁷⁻¹⁸ ในทางตรงกันข้าม การที่ผู้สูงอายุที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมหรือแยกตัวจากสังคม อาจมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและการเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางกาย ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะเปราะบางได้ง่ายขึ้น¹⁸

โดยสรุป ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางสังคมมีความเกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดนนทบุรี ผลดังกล่าวสอดคล้องกับกรอบแนวคิดชีวิตจิตสังคมที่อธิบายว่าสุขภาพของผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมร่วมกัน¹⁶⁻²⁰ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ผลการศึกษาจึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้โดยตรง แต่สามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการคัดกรองภาวะซึมเศร้า การประเมินปัจจัยทางสังคม และการวางแผนดูแลผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ประการแรก การวิจัยเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างปัจจัยชีวิตจิตสังคมกับภาวะเปราะบางได้โดยตรง ประการที่สอง กลุ่มตัวอย่างได้จากการคัดเลือกแบบสะดวกในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง



จังหวัดนนทบุรี จึงอาจจำกัดการอ้างอิงผลการวิจัยไปยังผู้สูงอายุในบริบทพื้นที่อื่น ประการที่สาม ข้อมูลบางส่วนได้จากการตอบแบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์ตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง จึงอาจเกิดความคลาดเคลื่อนจากการจดจำหรือการรับรู้ของผู้ตอบ ประการที่สี่ แบบสอบถามปัจจัยทางสังคมเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แม้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่นเบื้องต้นแล้ว แต่ควรมีการตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย และประการสุดท้าย จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเปราะบางมีค่อนข้างน้อย จึงอาจส่งผลต่อความเสถียรของค่าประมาณในการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ดังนั้น จึงควรตีความผลการวิเคราะห์ด้วยความระมัดระวัง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษา พบว่า ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางสังคมมีความเกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น หน่วยงานด้านสาธารณสุขและบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลอนามัยชุมชน สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการคัดกรองภาวะซึมเศร้า การประเมินปัจจัยทางสังคม และการวางแผนดูแลผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

ในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าร่วมกับการประเมินปัจจัยทางสังคมของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ รวมทั้งออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมทางสังคม เช่น กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน หรือกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ทั้งนี้ การนำผลการวิจัยไปใช้ควรพิจารณาร่วมกับบริบทของพื้นที่และข้อจำกัดของการศึกษา

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และควรใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างที่เพิ่มความเป็นตัวแทนของประชากร เพื่อให้สามารถอ้างอิงผลการวิจัยไปยังผู้สูงอายุในบริบทพื้นที่อื่นได้มากขึ้น นอกจากนี้ ควรพิจารณาศึกษาตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบาง เช่น พฤติกรรมสุขภาพ ภาวะโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต และการเข้าถึงบริการสุขภาพ เพื่อให้เข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางได้ครอบคลุมมากขึ้น

ควรมีการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (prospective cohort study) หรือการศึกษาเชิงติดตามระยะยาว (longitudinal study) เพื่ออธิบายทิศทางการสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวภาพ จิตใจ สังคม และภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุได้ชัดเจนยิ่งขึ้น รวมทั้งควรมีการตรวจสอบคุณสมบัติของแบบสอบถามปัจจัยทางสังคมในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายเพิ่มเติม เพื่อพัฒนาเครื่องมือให้มีความเหมาะสมต่อการใช้ในบริบทชุมชนและบริการปฐมภูมิ

References

1. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56(3):M146–56.
2. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013; 381(9868):752–62.
3. Dent E, Morley JE, Cruz-Jentoft AJ, Woodhouse L, Rodríguez-Mañas L, Fried LP, et al. Physical frailty: ICFSR international clinical practice guidelines. *J Nutr Health Aging* 2019; 23(9):771–87.
4. Department of Older Persons. Situation of the Thai elderly 2022 [internet]. Bangkok: Department of Older Persons; 2022. (in Thai). [cited 2026 Mar 20]. Available from: <https://www.dop.go.th/>.
5. Suyajai P, Sutthiyano S, Tawaro T. The model of enhancing developmental capabilities in movement vulnerable group to promoting intellectual well-being. *Journal of Dhamma for Life*. 2024; 30(3):502–512. (in Thai).
6. Klinpudtan N, Tongma S, Klinchet N, Srithumsuk W. Nurse's role in home care's older adult with frailty. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2022;23(2):50–7. (in Thai).
7. Anupat C, Wirojratana V, Watanakijkritert D, Tiraphat S. Factors influencing frailty in older adults. *Journal of Health Science Research*. 2020;14(1):43–54. (in Thai).
8. Samniang N. Prevalence and associated factors of physical frailty in elderly patients at Geriatric Clinic, Nakomping Hospital. *Journal of Nakomping Hospital*. 2024;15(1):76–93. (in Thai).
9. Kampiriyapong N, Krongyuth S, Prasan S, Boonchuwong O. Factors relating to frailty among community-dwelling elderly in Ubon Ratchathani Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2023;34(1):188–201. (in Thai).
10. Ongmekiat T. Frailty in older adult: a case study. *Thai Journal of Nursing Council* 2018; 33(3):5–19. (in Thai).
11. Netchan P, Ratsiri T, Sasat S. Selected factors related to frailty older persons. *Journal of the Police Nurses*. 2019;11(1): 61–72. (in Thai).
12. Sirikamonsathian B, Wongkumpun S. Epidemiology of frailty, sarcopenia, dementia among community-dwelling older persons in Lak Si District, Bangkok. *J Chulabhorn Royal Acad*. 2024; 6(2): 63–74. (in Thai).
13. Soysal P, Veronese N, Thompson T, et al. Relationship between depression and frailty in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev*. 2017;36:78–87. doi:10.1016/j.arr.2017.03.005.
14. Thinuan P, Siviroj P, Lerttrakarnnon P, Lorge T. Prevalence and potential predictors of frailty among community-dwelling older persons in northern Thailand: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(11):4015.
15. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Manual for health screening and assessment of older adults, 2021 [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2021 [cited 2026 May 13]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ%20พ.ศ.%202564.pdf>. (in Thai).
16. Jaidee S, Sasat S. A Study of frailty in older people reside in community, Bangkok. *Royal Thai Navy Medical Journal*. 2017;44(3): 117–35. (in Thai).



17. Suriya J, Angwattana S, Suankaew S. Social support and health behavior of the elderly of the elderly club of Sungmen District, Phrae Province. *Nursing Journal*. 2020; 47(3):267–76. (in Thai).
18. Pattana K, Sarachan E, Nantawon F, Prapa S, Yuttatri P, Thosingh O. Factors related to the level of daily living activity among elderly people living in low-cost apartment. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*. 2021;22(3):488–97. (in Thai).
19. Thipprakmas R. Social protective factors in Depression among the elderly: The role of family, social and community supports. *Regional Health Promotion Center* 9. 2021;9(15):339–51. (in Thai).
20. Sripanya B, Phirawatthakul C, Wong-arsa O. Prevalence and Risk Factors of Frailty among Aged 50 Years and Over in Sakon Nakhon Province. *The journal of Chulabhorn Royal Academy*. 2026; 8(2):97–105. (in Thai).

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ในกระแสเลือด โรงพยาบาลวารินชำราบ

Development of A Care System for Patients with Sepsis and Septic Shock at Warinchamrap Hospital

เกษร สุขพันธ์¹, เตชะธรรม ฟองนวศิริกุล¹, ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล²

Kesorn Sukpan¹, Techatham Phongnuansirikun¹, Teepatad Chintapanyakun²

¹กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

²ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

¹Nursing Department, Warinchamrap Hospital, Ubon Ratchathani

²Department of Nursing Service, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Corresponding author Teepatad Chintapanyakun; Email: teepatad.chi@mahidol.ac.th

Received: December 9, 2025 Revised: July 24, 2026 Accepted: August 16, 2026

บทคัดย่อ

ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดทำให้ผู้ป่วยสำคัญทั่วร่างกายล้มเหลวอย่างรวดเร็วและเป็นอันตรายถึงชีวิต งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวารินชำราบ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) แพทย์และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 164 คน และ 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหรือภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลวารินชำราบ จำนวน 70 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 35 คน ที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติเดิม และกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน ที่ได้รับการดูแลตามระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เครื่องมือการวิจัยได้แก่ แนวทางการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด แนวปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด แบบบันทึกข้อมูล และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย Mann-Whitney U test, paired t-test, Fisher's exact test, และ Risk ratio regression ผลการวิจัย พบว่า 1) ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลวารินชำราบ มีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ทางคลินิกจนเกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง และ 2) ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ พบว่า ระยะเวลาในการวินิจฉัยของกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ระยะเวลาในการได้รับยาปฏิชีวนะของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับแลคเตทในเลือดช่วงที่ 3 ลดลงเมื่อเทียบกับแรกรับ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับอัตราการเสียชีวิตของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผลลัพธ์ด้านระบบบริการ พบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนวันนอนน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 3) แพทย์และพยาบาลมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลอยู่ในระดับมาก จึงสรุปได้ว่าระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในการศึกษาครั้งนี้เป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด; ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด; ระบบการดูแลผู้ป่วย



Development of A Care System for Patients with Sepsis and Septic Shock at Warinchamrap Hospital

Kesorn Sukpan¹, Techatham Phongnuansirikun¹, Teepatad Chintapanyakun²

¹Nursing Department, Warinchamrap Hospital, Ubon Ratchathani

²Department of Nursing Service, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Corresponding author Teepatad Chintapanyakun; Email: teepatad.chi@mahidol.ac.th

Received: December 9, 2025 **Revised:** July 24, 2026 **Accepted:** August 16, 2026

Abstract

Septic shock causes rapid, multi-organ failure throughout the body and is life-threatening. This research and development study aimed to develop and evaluate the outcomes of an integrated care system for patients with sepsis and septic shock at Warinchamrap Hospital. The sample consisted of 164 physicians and registered nurses, and 70 patients diagnosed with sepsis or septic shock who were admitted to Warinchamrap Hospital. The patients were divided into a comparison group (n = 35) receiving routine care and an experimental group (n = 35) receiving care through the newly developed sepsis and septic shock care system. Research instruments included a collaborative practice guideline for the hospital sepsis and septic shock care committee, a clinical practice guideline for sepsis and septic shock management, data recording forms, and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, Mann-Whitney U test, paired t-test, Fisher's exact test, and risk ratio regression. The findings revealed that: 1) The sepsis and septic shock care system developed for Warinchamrap Hospital was appropriate, feasible for clinical implementation, and yielded the expected outcomes. 2) Process outcomes showed that the experimental group had a shorter time to diagnosis than the comparison group, although the difference was not statistically significant. However, the time to first antibiotic administration in the experimental group was significantly shorter than that in the comparison group. For clinical outcomes, the results indicated that the experimental group had a significantly greater reduction in 3-hour lactate levels compared with baseline in the emergency department. The mortality rate in the experimental group was also significantly lower than that in the comparison group. In terms of service outcomes, it was found that the experimental group had a significantly shorter length of hospital stay compared with the comparison group. Regarding staff satisfaction, physicians and nurses reported high overall satisfaction with the care system. Therefore, the results indicate that the integrated care system for patients with sepsis and septic shock developed in this study is effective.

Keywords: sepsis; septic shock care; system for patients

ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่เกิดจากการตอบสนองของร่างกายต่อการติดเชื้ออย่างรุนแรงจนส่งผลให้เกิดความผิดปกติของการทำงานของอวัยวะต่างๆ ซึ่งอาจลุกลามจนเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) นำไปสู่การเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาที่ทันทั่วถึงและเหมาะสม¹ จากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกา พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมากกว่า 1.7 ล้านคนต่อปี เสียชีวิตสูงถึง 270,000 คนต่อปี และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงถึง 62 พันล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี² สำหรับประเทศไทย พบว่าอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ที่ประมาณ 77 คนต่อประชากรแสนคนและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัว³ เมื่อพิจารณาสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เขตสุขภาพที่ 10 ปี พ.ศ. 2565 – 2567 พบว่าอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 24.35, 28.55, และ 25.68 หรือเฉลี่ยสถิติทั้ง 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.19 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดของกระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดเป้าหมายให้มีอัตราการเสียชีวิตไม่เกินร้อยละ 26.00

แนวทางการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องภายใต้โครงการ Surviving Sepsis Campaign (SSC) ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างสมาคมเวชบำบัดวิกฤตของสหรัฐอเมริกา (Society of Critical Care Medicine) และยุโรป (European Society of Intensive Care Medicine) แนวทางล่าสุดในปี ค.ศ. 2021 ให้ความสำคัญกับการรักษาแบบมุ่งเป้าเร่งด่วน (early goal-directed therapy) โดยเน้นการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยในระยะเริ่มต้น มีการใช้ quick SOFA (qSOFA) และกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic Inflammatory Response Syndrome: SIRS) เป็นเครื่องมือในการคัดกรองเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด⁴ และในปี ค.ศ. 2021 ได้เพิ่มเครื่องมือคัดกรอง คือ NEWS2 (National Early Warning Score2) หรือ MEWS (Modified Early Warning Score) เพื่อให้มีการประเมินคัดกรองและทำนายอาการทรุดลงของผู้ป่วย⁵⁻⁶ การให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย การให้สารน้ำอย่างเพียงพอ และการเฝ้าติดตามอาการอย่างใกล้ชิด⁵ ทำให้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยและพ้นระยะวิกฤตหรือฉุกเฉิน⁷

ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ต้องมีระบบการตอบสนองเร่งด่วน (rapid response system: RRS) เป็นนวัตกรรมทางคลินิกที่ได้รับการพัฒนาเพื่อปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยวิกฤตรวมถึงผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ระบบนี้ประกอบด้วยสองส่วนหลักคือ ทีมตอบสนองเร่งด่วน (rapid response team: RRT) และเครื่องมือเตือนภัยระยะแรก (early warning score: EWS) ทีมตอบสนองเร่งด่วนประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต เช่น แพทย์อายุรกรรม แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และบุคลากรสนับสนุนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทีมนี้จะทำงานร่วมกันเพื่อประเมิน วินิจฉัย และให้การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงอย่างทันทั่วถึง เครื่องมือเตือนภัยระยะแรกเป็นระบบคะแนนที่ใช้ในการประเมินสัญญาณชีพและอาการทางคลินิกของผู้ป่วย เพื่อระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการทรุดลงและเข้าสู่ภาวะวิกฤต⁸



จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการใช้ระบบการตอบสนองเร่งด่วนสามารถลดอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลได้ร้อยละ 17.00 และลดอัตราการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นในโรงพยาบาลร้อยละ 25.00 นอกจากนี้ ยังช่วยลดระยะเวลาอนโรพยาบาลโดยเฉลี่ย 2.10 วัน และลดอัตราการรับเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า (unplanned ICU admission) ร้อยละ 15.00⁹ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Choi et al.¹⁰ ได้ติดตามระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดตลอดระยะเวลา 10 ปี ที่มตอบสนองเร่งด่วน (RRT) ร่วมกันการใช้แนวปฏิบัติหรือชุดการดูแลสามารถลดอัตราการเสียชีวิตภายใน 28 วัน ได้อย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 50.00 เป็น 32.10 สำหรับประเทศไทย การศึกษาของยุคลฉัตร หล้าวรรณ และคณะ¹¹ ได้พัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่า จำนวนวันนอนค่ารักษาพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า ระบบการตอบสนองเร่งด่วนซึ่งอยู่ในระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี และผลลัพธ์ด้านระบบบริการ

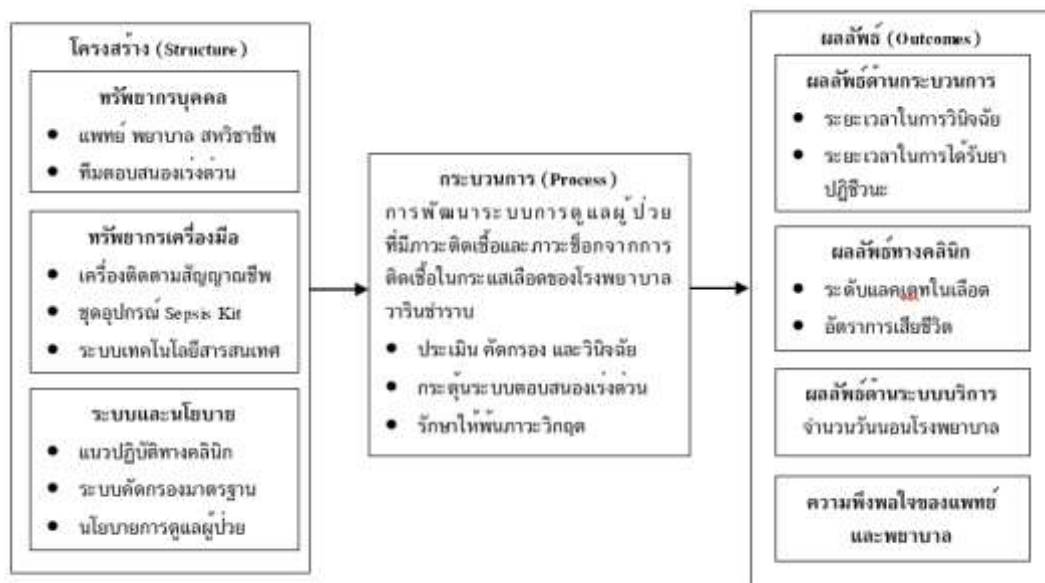
สำหรับโรงพยาบาลวชิรพยาบาลเป็นโรงพยาบาลทั่วไป สถิติผู้ป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 – 2567 จากระบบสารสนเทศทางการแพทย์ พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 1,572, 1,495, และ 1,403 คน ตามลำดับ มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 10.35, 13.97, และ 12.50 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ของระดับโรงพยาบาลที่กำหนดไว้น้อยกว่าร้อยละ 10.00 เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เสียชีวิตมีความล่าช้าในการวินิจฉัยและให้การรักษา โดยระยะเวลาเฉลี่ยจากการเข้ารับบริการจนได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ที่ 110.50 นาที และระยะเวลาเฉลี่ยจากการวินิจฉัยจนได้รับยาปฏิชีวนะอยู่ที่ 85.20 นาที ซึ่งยาวนานกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ 60 นาที มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 6.43 วัน และเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ยประมาณ 27,041 บาท/คน และจากการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลวชิรพยาบาลในปี พ.ศ. 2567 พบว่า การใช้เครื่องมือประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่หลากหลายและไม่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งโรงพยาบาล เช่น แผนกผู้ป่วยนอกและห้องฉุกเฉินใช้ SIRs, SOS และ MEWS ขณะที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมใช้ SOS Score, SOFA Score และ qSOFA ทำให้เกิดความสับสนและการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยงาน ขาดการบูรณาการและการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงการติดตามและประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยยังไม่เป็นระบบ แม้จะมี Surviving Sepsis Campaign และแนวปฏิบัติมาตรฐาน แต่ยังมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในโรงพยาบาลทั่วไประดับ M1 โดยเฉพาะการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ การใช้เครื่องมือคัดกรองหลายชนิด และการขาดทีมตอบสนองเร่งด่วนที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตลดลง ระยะเวลาอนโรพยาบาลสั้นลง และบุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพโดยรวม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลวรินชำราบ
2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ ผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์ด้านระบบบริการ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด กับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลจากแนวปฏิบัติเดิม
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลวรินชำราบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพการดูแลของ Donabedian¹² ซึ่งอธิบายว่าการประเมินคุณภาพการดูแลสุขภาพจำเป็นต้องพิจารณาความสัมพันธ์ของ 3 องค์ประกอบหลัก ประกอบด้วย 1) ด้านโครงสร้าง (structure) เป็นปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานภายในองค์กร รวมถึงการวิเคราะห์ทรัพยากรบุคคลที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพ รวมถึงทรัพยากรเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2) ด้านกระบวนการ (process) เป็นรูปแบบหรือแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย การศึกษานี้จะพัฒนาระบบครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรองและประเมินโดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน ร่วมกับทีมตอบสนองเร่งด่วน เพื่อวินิจฉัยและให้การรักษาเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว และ 3) ด้านผลลัพธ์ (outcome) เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการตามโครงสร้าง และกระบวนการ การศึกษาจะประเมินใน 4 มิติ ได้แก่ (1) ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ คือ ระยะเวลาในการวินิจฉัย และระยะเวลาในการได้รับยาปฏิชีวนะ (2) ผลลัพธ์ทางคลินิก คือ ระดับแลคเตทในเลือด อัตราการเสียชีวิต (3) ผลลัพธ์ด้านระบบบริการ คือ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และ (4) ความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ สามารถเขียนกรอบแนวคิดได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและและพัฒนา (research and development) โดยใช้รูปแบบการพัฒนา ก่อนแล้วตามด้วยการวิจัย ตามแนวคิดของสุมิล ว่องวานิช¹³ และศิริชัย กาญจนวาสี¹⁴ มีขั้นตอนการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ระยะหลัก คือ

ระยะที่ 1 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ครอบคลุม $D_1R_1D_2$ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. วิเคราะห์สภาพปัญหา ผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลอุบัติการณ์ 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2565 – 2567) ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่า มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 10.35, 13.97 และ 12.50 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ของระดับโรงพยาบาลที่กำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10.00 เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เสียชีวิตมีความล่าช้าในการวินิจฉัยและให้การรักษา โดยระยะเวลาเฉลี่ยจากการเข้ารับบริการจนได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ที่ 110.5 นาที และระยะเวลาเฉลี่ยจากการวินิจฉัยจนได้รับยาปฏิชีวนะอยู่ที่ 85.20 นาที ซึ่งยาวนานกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ 60 นาที มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 6.43 วัน และเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ยประมาณ 27,041 บาท/คน และยังไม่มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างเป็นระบบ

2. กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

3. การสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การวิจัยและพัฒนา (research and development) จำนวน 15 เรื่อง ทำการสังเคราะห์และสรุปผลการวิจัยให้ออกมาอยู่ในรูปขององค์ความรู้ และจัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อใช้ประกอบในระบบการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดฉบับร่าง (development ครั้งที่ 1: D1)

4. นำระบบการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ฉบับร่าง ไปทดลองใช้กับตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์คัดเข้า 5 คน ร่วมกับพิจารณาความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยสัมภาษณ์กับผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยทางการแพทย์ 1 ท่านและผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 1 ท่าน (research ครั้งที่ 1: R1)

5. ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาในข้อ 1.4 มาปรับปรุง อีกครั้ง ภายหลังจากปรับปรุงแล้ว ผู้วิจัยจัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อใช้ประกอบในระบบการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดฉบับสมบูรณ์ (development ครั้งที่ 2: D2) ก่อนที่จะนำไปใช้จริงกับตัวอย่างในระยะที่ 2

6. ก่อนดำเนินการในระยะที่ 2 เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้วิจัยได้ปรึกษากับแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน แพทย์อายุรกรรมเพื่อนำเสนอแนวคิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และนำเข้าประชุมชี้แจงให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสาขาอายุรกรรม เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย อธิบายรายละเอียดของระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ระยะที่ 2 ศึกษาประสิทธิผลของการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลวรินชำราบ (research ครั้งที่ 2: R2) ผู้วิจัยใช้รูปแบบการเปรียบเทียบกลุ่มทดลอง-กลุ่มเปรียบเทียบแบบ ก่อน-หลังตามช่วงเวลา (non-randomized, one treatment group with historical control) ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหรือภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวรินชำราบ เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive selection) ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.50 โดยยึดผลลัพธ์ด้านระยะเวลาในการได้รับยาปฏิชีวนะ¹¹ อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้จำนวนตัวอย่างเท่ากับ 64 คน และเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 10% เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล รวมเป็น 70 คน แบ่งเป็น กลุ่มเปรียบเทียบ คือ กลุ่มผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหรือภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติเดิม จำนวน 35 คน และกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหรือภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการดูแลผ่านระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลวรินชำราบ จำนวน 35 คน มีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ ผู้ป่วยเพศชายและหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหรือภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดจากแพทย์ และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวรินชำราบที่ห้องฉุกเฉิน หรือแผนกผู้ป่วยนอก

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีคำสั่งไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ (do not resuscitate: DNR) ผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายใน 1 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นภายใน 6 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษา

2. กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลวรินชำราบ จำนวน 164 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดทุกคนที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลวรินชำราบ ตามระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย

1.1 แนวทางการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวรินชำราบ เป็นแนวทางการทำงานอย่างเป็นระบบและทำงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายในการประเมิน คัดกรอง และดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

1.2 แนวปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วย ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยสามัญ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน มีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และนำไปทดลองใช้เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัย



และการประเมินผล (AGREE II) โดยประเมินจาก 6 หมวด ได้คะแนนรวมมากกว่าร้อยละ 80.00 ถือว่าแนวปฏิบัติมีคุณภาพสามารถนำไปใช้ได้ทางคลินิก

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาที่ได้รับ ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ คะแนน NEWS2 แกร็บที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และการวินิจฉัยที่ได้รับ 2) ข้อมูลผลลัพธ์ด้านการบริหารจัดการ ได้แก่ ระยะเวลาที่ใช้ในการวินิจฉัย ระยะเวลาในการได้รับยาปฏิชีวนะ 3) ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับแลคเตทในเลือดแรกรับ และชั่วโมงที่ 3 และอัตราการเสียชีวิต และ 4) ข้อมูลผลลัพธ์ด้านบริการโรงพยาบาล คือ จำนวนวันนอน

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของแพทย์และพยาบาลต่อระบบตอบสนองเร่งด่วน ผู้วิจัยปรับจากแบบสอบถามของยุคลจักร หล้าวรรณ และคณะ¹¹ จำนวน 8 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ มีความพึงพอใจน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ตามลำดับ มีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .87 ความเที่ยงโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .84 มีเกณฑ์การแปลผลระดับความพึงพอใจ คือ ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด, 1.50 – 2.49 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย 2.50 – 3.49 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง, 3.50 – 4.49 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก, 4.50 – 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2568-05.020 รับรองวันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิและการรักษาความลับ รวมทั้งได้อ่านเอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2568 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2568 มีรายละเอียด ดังนี้

1. กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาตามแนวปฏิบัติเดิม ก่อนมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 35 คน ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2568 ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 เมื่อผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะติดเชื้อหรือภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยจะได้รับประเมินและคัดกรองโดยใช้ SOS score หากมีคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 4 คะแนน รายงานให้แพทย์ทราบ เพื่อพิจารณาให้การรักษาดูแลผู้ป่วยตามชุดการดูแล ได้แก่ การเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการเก็บเลือดเพื่อเพาะเชื้อ มีการประเมินระดับแลคเตทในเลือดแรกรับบางรายเท่านั้นขึ้นอยู่กับแพทย์ การพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะจะรอผลเลือดจากห้องปฏิบัติการและผลการเพาะเชื้อ การให้สารน้ำและยากระตุ้นความดันโลหิตขึ้นอยู่สัญญาณชีพของ

ผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วยในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจนพ้นระยะวิกฤตและพิจารณาให้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยสามัญหรือหอผู้ป่วยวิกฤต

2. กลุ่มทดลอง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาผ่านระบบการพัฒนากการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 35 คน ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2568 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2568

ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เมื่อผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะติดเชื้อหรือภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยจะได้รับประเมินและคัดกรองโดยใช้ qSOFA, SIRS, และ NEWS2 score หากมีคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 5 คะแนน พยาบาลจะประเมินระดับแลคเตทในเลือดแรกรับผู้ป่วยทุกคนเมื่อระดับแลคเตทในเลือดมากกว่า 2 mmol/L จะใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมตอบสนองเร่งด่วน มีการเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการเก็บเลือดเพื่อเพาะเชื้อ พร้อมรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (หากไม่มีข้อห้าม) ร่วมกับให้ยากระตุ้นความดันโลหิตเพื่อรักษาระดับความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure: SBP) มากกว่า 90 mmHg หรือ ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิต (mean arterial pressure: MAP) มากกว่า 65 mmHg ให้การดูแลผู้ป่วยในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจนพ้นระยะวิกฤตและพิจารณาให้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยสามัญหรือหอผู้ป่วยวิกฤต

หอผู้ป่วยสามัญ เมื่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อหรือภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด แพทย์และพยาบาล จะประเมินและติดตามความรุนแรงของโรคและผลลัพธ์ของกระบวนการดูแลรักษาต่อเนื่องจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยติดตามระดับแลคเตทในเลือดชั่วโมงที่ 3 และประเมินและคัดกรองโดยใช้ NEWS2 score ทุก 1 ชั่วโมง จนผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่ จึงประเมินทุก 4 ชั่วโมง

3. ผู้วิจัยและทีมผู้วิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล 1) ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ ได้แก่ ระยะเวลาในการวินิจฉัยและระยะเวลาในการได้รับยาปฏิชีวนะ 2) ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับแลคเตทในเลือด และอัตราการเสียชีวิต 3) ผลลัพธ์ด้านระบบบริการ คือ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และ 4) ความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาที่ได้รับ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ คะแนน NEWS2 แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และการวินิจฉัยที่ได้รับ โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบระยะเวลาในการวินิจฉัย ระยะเวลาในการได้รับยาปฏิชีวนะ ระดับแลคเตทในเลือด และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ก่อนและหลังพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากตัวแปรมีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ (non-normal distribution) และเปรียบเทียบอัตรา



การเสียชีวิตโดยใช้สถิติ Fisher's exact test และ Risk ratio regression เมื่อควบคุมตัวแปรกวน (Confounding) ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว และคะแนน NEWS2

3. วิเคราะห์ความพึงพอใจของแพทย์และพยาบาลต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้สถิติบรรยายได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาที่ได้รับ พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 70.00) มีอายุเฉลี่ย 60.20 ปี (SD = 10.44) เมื่อพิจารณาโรคประจำตัว พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 22.86) รองลงมา คือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 18.57) และโรคไตเรื้อรัง (ร้อยละ 8.57) ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone มีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 74.29) มีคะแนน NEWS2 แรกรับที่ห้องฉุกเฉินอยู่ในระดับเสี่ยงสูงมากที่สุด (ร้อยละ 40.00) ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (ร้อยละ 72.86) และมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (ร้อยละ 27.14) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาที่ได้รับของตัวอย่าง (N = 70)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)		กลุ่มทดลอง (n = 35)		รวม (N = 70)	
	n	%	n	%	n	%
เพศ						
ชาย	26	74.29	23	65.71	49	70.00
หญิง	9	25.71	12	34.29	21	30.00
อายุ (ปี), M (SD)	60.71 (12.97)		59.69 (7.24)		60.20 (10.44)	
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)						
ไม่มี	16	45.72	12	34.29	28	40.00
โรคเบาหวาน	6	17.14	7	20.00	13	18.57
โรคความดันโลหิตสูง	7	20.00	9	25.71	16	22.86
โรคไขมันในเลือดสูง	0	0.00	1	2.86	1	1.42
โรคไตเรื้อรัง	3	8.57	3	8.57	6	8.57
โรคหืดหรือถุงลมโป่งพอง	2	5.71	1	2.86	3	4.29
โรคมะเร็ง	1	2.86	2	5.71	3	4.29
ยาปฏิชีวนะ (ได้มากกว่า 1 ชนิด)						
Ceftriaxone	29	82.86	23	65.71	52	74.29
Ceftazidime	3	8.57	10	28.58	13	18.57
Tazocin	3	8.57	2	5.71	5	7.14
NEWS2 (คะแนน)						
1 - 4 (mild risk)	2	5.72	0	0.00	2	2.86
5 - 6 (moderate risk)	20	57.14	20	57.14	40	57.14
≥ 7 (high risk)	13	37.14	15	42.86	28	40.00
การวินิจฉัยที่ได้รับ						
Sepsis	26	74.29	25	71.43	51	72.86
Septic shock	9	25.71	10	28.57	19	27.14

2. ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อ
ในกระแสเลือด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ผู้วิจัยได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้และภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) อยู่ระหว่าง .80 – .90 เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้หรือภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดผ่านทีมตอบสนองเร่งด่วน มุ่งเน้นการประสานงานระหว่างแพทย์และพยาบาลในการประเมิน คัดกรองและวินิจฉัย ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีการกระตุ้นระบบตอบสนองเร่งด่วนเพื่อบริหารจัดการผู้ป่วยและรักษาผู้ป่วยให้พ้นระยะวิกฤต สามารถส่งต่อไปรักษาต่อเนื่องจากที่หอผู้ป่วยได้ ทั้งนี้การจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้และภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้วิจัยได้ใช้แนวปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้และช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้แพทย์และพยาบาลให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานและมีทิศทางเดียวกัน (ดังภาพที่ 2) พร้อมมีบทบาทของพยาบาลและแพทย์ตามระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้และภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 2



ภาพที่ 2 ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ตารางที่ 2 บทบาทของแพทย์และพยาบาลตามระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

หน่วยงาน	เวลา (นาที)	บทบาทของพยาบาล	บทบาทของแพทย์
ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน			
1. ประเมิน คัดกรอง และวินิจฉัย	10	ซักประวัติและตรวจร่างกาย	ประเมินผู้ป่วย ซักประวัติ และตรวจร่างกายซ้ำ



หน่วยงาน	เวลา (นาที)	บทบาทของพยาบาล	บทบาทของแพทย์
		- คัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้ qSOFA, SIRS, NEWS2 - เมื่อ qSOFA 2/3 คะแนน ร่วมกับ SIRS 3/4 คะแนน ร่วมกับ NEWS2 > 5 คะแนน พิจารณาตรวจระดับแลคเตทในเลือด - ระดับแลคเตทในเลือด > 2 mmol/L รายงานแพทย์ฉุกเฉินทราบ	- ส่งเจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Complete blood count, Urine analysis/culture, Blood culture 2 specimens และ Chest x-rays - วินิจฉัยว่าเป็น sepsis หรือ septic shock
2. การกระตุ้นระบบตอบสนองเร่งด่วน	20	- เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็น sepsis หรือ septic shock พยาบาลเรียกทีมระบบตอบสนองเร่งด่วน และใช้แนวทางการปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด - ประเมิน ติดตามอาการและอาการแสดง พร้อมสัญญาณชีพทุก 15 นาที และรายงานให้แพทย์ทราบเมื่อ SBP < 90 mmHg, MAP < 65 mmHg, HR > 120 bpm, RR > 28 breath/min, SpO₂ < 94%	- คอยติดตามการรายงานอาการและอาการแสดง พร้อมสัญญาณชีพจากพยาบาล เพื่อวางแผนการรักษาผ่านทีมตอบสนองเร่งด่วน - ประเมินเพิ่มเติม เพื่อหาสาเหตุของภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด
3. รักษาให้พ้นภาวะวิกฤต	90	- ให้ยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์กว้างตามแผนการรักษาทันที - ประเมินความพอเพียงของสารน้ำเข้าและออก โดยพิจารณาจากปัสสาวะออกอย่างน้อย 0.5–1 ml/kg/hr - ประเมิน ติดตามอาการและอาการแสดง พร้อมสัญญาณชีพทุก 15 นาที และรายงานให้แพทย์ทราบเมื่อ SBP < 90 mmHg, MAP < 65 mmHg, HR > 120 bpm, RR > 28 breath/min, SpO₂ < 94%	- พิจารณาสั่งให้ยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์กว้างภายใน 1 ชั่วโมง หากผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด หรือภายใน 3 ชั่วโมง หากผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด - พิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดอย่างน้อย 30 ml/kg/hr หรือ 1,500 ml ภายใน 3 ชั่วโมง (ถ้าไม่มีข้อห้ามเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวหรือภาวะน้ำเกิน) - พิจารณาเริ่มให้ Norepinephrine หาก MAP < 65 mmHg - แพทย์ปรึกษากับแพทย์เฉพาะทาง เพื่อให้การรักษามีความต่อเนื่อง

หน่วยงาน	เวลา (นาที)	บทบาทของพยาบาล	บทบาทของแพทย์
4. การดูแล ต่อเนื่อง	15	- เมื่อพ้นระยะวิกฤต พยาบาลประสานงานกับหอผู้ป่วยต่าง ๆ เพื่อรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษในหอผู้ป่วย - พยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินสรุปประวัติ และส่งต่อข้อมูลกับพยาบาลที่หอผู้ป่วย - ดูแลผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้ายส่งต่อไปยังหอผู้ป่วย	หากเกินศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยพิจารณาส่งต่อไปรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า
หอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 (รวมชายและหญิง)			
การดูแลรักษา ต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟู สภาพผู้ป่วย	ไม่มี	- ประเมิน ติดตามอาการและอาการแสดง พร้อมสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนกระทั่งสัญญาณชีพคงที่ให้ติดตามและประเมิน NEWS2 ทุก 4 ชั่วโมง - ติดตามระดับแลคเตทในเลือดชั่วโมงที่ 3 หาก ระดับแลคเตทในเลือด > 2 mmol/L รายงานแพทย์เวรทราบ - ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา	- ประเมินและติดตามผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม และติดตามผลการเพาะเชื้อ เพื่อปรับยาปฏิชีวนะให้เหมาะสมกับเชื้อที่เพาะได้ - ให้การรักษตามอาการ จนกระทั่งผู้ป่วยหายจากโรคและวางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3. ผลลัพธ์ของการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ พบว่า ระยะเวลาในการวินิจฉัยของกลุ่มทดลองที่ได้รับระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลจากแนวปฏิบัติเดิม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ระยะเวลาในการรับยาปฏิชีวนะของกลุ่มทดลองใช้น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=.047$)

ผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดมีระดับแลคเตทในเลือดชั่วโมงที่ 3 ลดลงเมื่อเทียบกับแรกรับ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=.030$) สำหรับอัตราการเสียชีวิต พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=.039$)

ส่วนผลลัพธ์ด้านระบบบริการ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดมีจำนวนวันนอนน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลจากแนวปฏิบัติเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=.037$) โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับระบบ



การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ร้อยละ 53.00 (RR=.47, 95%CI=.36-0.61) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ ผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์ด้านระบบบริการ ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง

ผลลัพธ์	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)	กลุ่มทดลอง (n = 35)	Effect	95%CI	p
1. ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ					
ระยะเวลาในการวินิจฉัย					
Median (IQR)	40 (30-45)	35 (30-45)	1.57 [†]	-7.17 - 10.31	.322 ^A
M (SD)	40.17 (19.31)	38.60 (17.27)			
ระยะเวลาในการได้รับยาปฏิชีวนะ					
Median (IQR)	60 (45-100)	48 (40-58)	16.11 [†]	32.84 - 35.11	.047 ^A
M (SD)	73.69 (45.52)	57.57 (32.97)			
2. ผลลัพธ์ทางคลินิก					
ระดับแลคเตทในเลือด, M (SD)					
แรกรับ	NA	2.55 ± 0.72	-	-	.030 ^B
ชั่วโมงที่ 3	NA	2.21 ± 0.51	-	-	
อัตราการเสียชีวิต (คน), n (%)					
รอดชีวิต	31 (88.57)	35 (100.00)	0.47 ^{††}	0.36-0.61	.039 ^C
เสียชีวิต	4 (11.43)	0 (0.00)			
3. ผลลัพธ์ด้านระบบบริการ					
จำนวนวันนอน (วัน)					
Median (IQR)	8 (5-14)	6 (4-10)	4.28 [†]	0.23 - 8.35	.037 ^A
M (SD)	11.54 (11.09)	7.26 (4.35)			

† = Mean difference; †† = Risk ratio regression, adjusted by age, comorbidity, NEWS2 score;

A = Mann-Whitney U test; B = paired t-test; C = Fisher's exact test

4. ความพึงพอใจของแพทย์และพยาบาลต่อระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวารินชำราบ

ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของแพทย์และพยาบาลต่อระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวารินชำราบพบว่า โดยภาพรวมมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลอยู่ในระดับมาก (M=4.40, SD=.61) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ามี 3 ข้อที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน คือ ระบบการดูแลช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ตัดสินใจในการเฝ้าระวังและจัดการภาวะติดเชื้อหรือภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างรวดเร็ว (M=4.92, SD=.27) มีความครอบคลุมครบถ้วน ตั้งแต่การคัดกรองจนเคลื่อนย้ายออกจากห้องฉุกเฉิน และไปรักษาต่อในหอผู้ป่วยได้ (M=4.92, SD=.27) และลดความเสี่ยงของผู้ป่วยให้มีอาการทรุดลง หรือเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้อย่างเป็นรูปธรรม (M=4.92, SD=.27) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ มีความสะดวกในการใช้งาน (M=3.95, SD=.86)

อภิปรายผล

1. ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลวารินชำราบ พบว่า มีความเหมาะสม (CVI=.80-.90) แนวปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ร่วมกับคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวารินชำราบ มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ไว้ชัดเจนระหว่างแพทย์และพยาบาล ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 (รวมชายและหญิง) ทำให้การปฏิบัติงานตามระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นไปตามแนวคิดคุณภาพการดูแล¹² ทำให้รูปแบบกระบวนการทำงานเป็นเชิงระบบ คือ มีโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ที่ชัดเจน ทำให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลดังผลการวิจัย อีกทั้งใช้หลักการนิเทศทางคลินิก (clinical supervision) โดยหัวหน้าพยาบาลในฐานะผู้วิจัยและทีมผู้วิจัยที่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน มีการกำกับทิศทางการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาล เพื่อเป้าหมายสูงสุด คือ ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการรักษาและการดูแลที่เป็นมาตรฐาน มีการกำกับติดตามและประเมินผลการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลวารินชำราบ

2. ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ พบว่า ระยะเวลาในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะติดเชื้อหรือภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดของกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาจากระยะเวลาทั้ง 2 กลุ่มพบว่ามีความเฉลี่ยไม่เกิน 60 นาที ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ และสอดคล้องกับแนวทางการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดของ Gavelli et al.¹⁵ ระบุว่า พยาบาลควรประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อหรือช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรวดเร็ว และต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ภายใน 1 ชั่วโมง ขณะที่ระยะเวลาในการได้รับยาปฏิชีวนะของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองที่ได้ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลวารินชำราบ เมื่อผู้ป่วยได้รับประเมินและคัดกรองด้วยเครื่องมือต่าง ๆ ได้แก่ qSOFA 2/3 คะแนน ร่วมกับ SIRS 3/4 คะแนน ร่วมกับ NEWS2 > 5 คะแนน และระดับแลคเตทในเลือด > 2 mmol/L ร่วมกับมีอาการและอาการแสดงของภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดแพทย์ฉุกเฉินจะพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์กว้างภายใน 1 ชั่วโมงทันที ทำให้กลุ่มทดลองใช้ระยะเวลาน้อยกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยจนได้รับยาปฏิชีวนะของผู้ป่วยที่ผ่านระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด น้อยกว่าก่อนพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹¹

ผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า กลุ่มทดลองที่ผ่านระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดมีระดับแลคเตทในเลือดชั่วโมงที่ 3 ลดลงเมื่อเทียบกับแรกรับ ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แสดงให้เห็นว่า การบริหารจัดการยาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดผ่านระบบการดูแลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาปฏิชีวนะชนิดออกฤทธิ์กว้าง ภายใน 1 ชั่วโมงทันทีภายหลังจากที่เก็บเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อ ทำให้



สามารถควบคุมความรุนแรงของภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ จึงทำให้ระดับแลคเตทในเลือดชั่วโม่งที่ 3 ลดลง ซึ่งเป็นไปตามคำแนะนำของ Evans et al.⁵ ขณะที่อัตราการเสียชีวิตของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้เนื่องจากก่อนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย พยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้การประเมิน คัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหรือมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดแล้วรอการวินิจฉัยจากแพทย์ แล้วจึงทำการรักษาต่อ จึงเกิดความล่าช้าตั้งแต่ขั้นตอนการรอนัยวินิจฉัยผู้ป่วยตั้งแต่แรก ทำให้ความรุนแรงภาวะติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว นำไปสู่ความล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะหลายระบบและเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด¹⁶ แต่ภายหลังพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้มีการประเมิน คัดกรอง และวินิจฉัย กระตุ้นระบบตอบสนองเร่งด่วน และรักษาผู้ป่วยให้พ้นภาวะวิกฤตภายในระยะเวลา 2 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Choi et al.¹⁰ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีทีมตอบสนองเร่งด่วนช่วยในการบริหารจัดการผู้ป่วย สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้

สำหรับผลลัพธ์ด้านระบบบริการ พบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนวันนอนน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้เนื่องจาก ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดมีการจัดการเชิงระบบครอบคลุมตั้งแต่การประเมิน คัดกรอง และวินิจฉัย กระตุ้นระบบตอบสนองเร่งด่วน และรักษาผู้ป่วยให้พ้นภาวะวิกฤต และรักษาต่อในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยพักฟื้นและหายจากโรค ซึ่งในระหว่างนอนพักรักษาในหอผู้ป่วยยังคงใช้ระบบการดูแลกำกับติดตามจนกระทั่งผู้ป่วยหายดีสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ ส่งผลให้จำนวนวันนอนผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Hyun et al.¹⁷ พบว่า โรงพยาบาลในประเทศเกาหลีใต้เมื่อพัฒนาและใช้ระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดสามารถลดจำนวนวันนอนของผู้ป่วยได้

3. ความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ต่อระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลวรินชำราบ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก สะท้อนให้เห็นว่า แพทย์และพยาบาลให้ความสำคัญกับระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ทั้งแพทย์และพยาบาลต่างเห็นคุณค่าของระบบการดูแลแล้ว ระบบการดูแลช่วยให้ท่านตัดสินใจการดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว มีความชัดเจนในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของแพทย์และพยาบาล รวมถึงการประสานงานร่วมกัน เพื่อลดความเสี่ยงของผู้ป่วยให้มีอาการทรุดลง หรือเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้อย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า แพทย์และพยาบาลมีความพึงพอใจต่อระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยรวมภาพอยู่ในระดับมาก¹¹

ข้อจำกัดของงานวิจัย คือ งานวิจัยครั้งนี้ไม่ได้มีการสุ่มตัวอย่าง (randomization) อาจมีปัจจัยแทรกซ้อนตามเวลา (secular trend) เช่น อายุ โรคร่วม คะแนน NEWS2 และระดับแลคเตทในเลือดที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลงานวิจัยไปใช้

ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้มีการนำระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลวรินชำราบได้ ยกเว้นผู้ป่วยเด็กและสตรีตั้งครรภ์ที่มีเครื่องมือประเมินสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (early warning system) แตกต่างกัน โดยมุ่งเน้นให้แพทย์และพยาบาลทุกคนรู้กระบวนการทำงานตามระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีทิศทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาอัตราการรอดชีพในระยะยาว การฟื้นตัวของผู้ป่วย การกลับมาโรงพยาบาลซ้ำ รวมถึงคุณภาพชีวิต เพื่อเป็นข้อมูลในการส่งเสริมผู้ป่วยตั้งแต่ระยะพักฟื้นในโรงพยาบาลวรินชำราบต่อไป

References

1. Rudd KE, Johnson SC, Agesa KM, Shackelford KA, Tsoi D, Kievlan DR, et al. Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990–2017: Analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 2020;395(10219):200–11. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32989-7.
2. Rhee C, Jones TM, Hamad Y, Pande A, Varon J, O'Brien C, et al. Prevalence, underlying causes, and preventability of sepsis-associated mortality in US acute care hospitals. *JAMA Netw Open*. 2019;2(2):e187571. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2018.7571.
3. Public Health Strategies of the Ministry of Public Health. Public Health Statistics A.D. 2022. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023. (in Thai).
4. 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.
5. 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):1181–1247. doi: 10.1007/s00134-021-06506-y.
6. Fernando SM, Rochwerg B, Reardon PM, Thavorn K, Seely AJE, Perry JJ, et al. Emergency department disposition decisions and associated mortality and costs in ICU patients with suspected infection. *Crit Care*. 2018;22(1):172. doi: 10.1186/s13054-018-2096-8.
7. Seymour CW, Kennedy JN, Wang S, Chang CH, Elliott CF, Xu Z, et al. Derivation, validation, and potential treatment implications of novel clinical phenotypes for sepsis. *JAMA*. 2019;321(20):2003–2017. doi: 10.1001/jama.2019.5791.
8. Maharaj R, Raffaele I, Wendon J. Rapid response systems: A systematic review and meta-analysis. *Crit Care*. 2015;19(1):254. doi: 10.1186/s13054-015-0973-y.
9. Solomon RS, Corwin GS, Barclay DC, Quddusi SF, Dannenberg MD. Effectiveness of rapid response teams on rates of in-hospital cardiopulmonary arrest and mortality: a systematic review and meta-analysis. *J Hosp Med*. 2016;11(6):438–45. doi: 10.1002/jhm.2554.
10. Choi S, Son J, Oh DK, Huh JW, Lim CM, Hong SB. Rapid response system improves sepsis bundle compliances and survival in hospital wards for 10 years. *J Clin Med*. 2021;10(18):4244. doi: 10.3390/jcm10184244.



11. Lamwanna Y, Chintapanyakun T, Charoenjunyakul A, Sakulpipat P, Sompiea D. The development of rapid response system of management in patients with sepsis and septic shock. *journal of the police nurses and health science*. 2024;16(2): 459–473. (in Thai).
12. Donabedian A. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press; 2003.
13. Wongwanich S. *Educational research methodology: Inspiring new perspective*. Bangkok: Icon printing; 2016. (in Thai).
14. Kanjanawasee S. Research and development for Thai education. *Silpakorn Educational Research Journal*. 2016;8(2):1–18. (in Thai).
15. Gavelli F, Castello LM, Avanzi GC. Management of sepsis and septic shock in the emergency department. *Intern Emerg Med*. 2021;16(6):1649–1661. doi: 10.1007/s11739-021-02735-7.
16. Thompson K, Venkatesh B, Finfer S. Sepsis and septic shock: Current approaches to management. *Intern Med J*. 2019;49(2):160–170. doi: 10.1111/imj.14199.
17. Hyun DG, Lee SY, Ahn JH, Huh JW, Hong SB, Koh Y, et al. Mortality of patients with hospital-onset sepsis in hospitals with all-day and non-all-day rapid response teams: A prospective nationwide multicenter cohort study. *Crit Care*. 2022;26(1):280. doi: 10.1186/s13054-022-04149-z.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในผู้ป่วยทันตกรรม ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป โรงพยาบาลทันตกรรม

Factors Associated with Anesthetic Complications among Dental Patients Undergoing General Anesthesia at a Dental Hospital

จิตพิสุทธิ์ มั่นศีล¹, พิมพลอย เพ็งกลาง¹

อนุชาติ สนมศรี¹, รุ่งทิพา แก้วกัลยา¹, กฤตติกา สายโส¹

Jitpisut Munsil¹, Phimploi Phengklang¹

Anuchart Sanomsri¹, Rungtiwa Kaewkunlaya¹, Krittika Saiso¹

¹ หน่วยงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹Anesthesia Unit Dental Hospital, Faculty of Dentistry, Mahidol University

Corresponding author, Phimploi Phengklang; Email: ploy-pimpeng@hotmail.com

Received: February 19, 2026 Revised: July 1, 2026 Accepted: August 16, 2026

บทคัดย่อ

ปัจจุบันการรักษาโรคทางทันตกรรมภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไปมีเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นการทำหัตถการในส่วนทางเดินหายใจของผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมผ่าตัดและทีมวิสัญญี ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีเพิ่มขึ้น การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางทันตกรรมภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางทันตกรรมภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป จำนวน 618 ราย เครื่องมือวิจัย คือ แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนที่ผู้วิจัยพัฒนา มีค่าดัชนีความสอดคล้อง .67–1.00 และค่าความเชื่อมั่นด้วยสถิติ Cohen's kappa coefficient เท่ากับ .82 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและความสัมพันธ์ด้วย simple binary logistic regression และ multiple binary logistic regression โดยรายงานค่า crude odds ratio (COR) และ adjusted odds ratio (AOR) ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ผลการวิจัยพบว่าภาวะแทรกซ้อนระยะขณะให้การระงับความรู้สึกมีร้อยละ 22.80 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หลังควบคุมตัวแปรร่วม ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ ภาวะแทรกซ้อนระยะหลังให้การระงับความรู้สึกห้องพักฟื้นมีร้อยละ 79.30 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อายุ การใส่ท่อช่วยหายใจ และประเภทการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนระยะหลังให้การระงับความรู้สึก 24–48 ชั่วโมงพบร้อยละ 56.00 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ เพศ อายุ และการใส่ท่อช่วยหายใจ ดังนั้น วิสัญญีพยาบาลควรประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีการระงับความรู้สึกเป็นเวลานาน รวมทั้งควรเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูก ซึ่งเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางทันตกรรมภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

คำสำคัญ: การผ่าตัดทางทันตกรรม; การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป; ปัจจัยสัมพันธ์; ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี



Factors Associated with Anesthetic Complications among Dental Patients Undergoing General Anesthesia at a Dental Hospital

Jitpisut Munsil¹, Pimphloi Phengklang¹

Anuchart Sanomsri¹, Rungtiwa Kaewkunlaya¹, Krittika Saiso¹

¹Anesthesia Unit Dental Hospital, Faculty of Dentistry, Mahidol University

Corresponding author, Pimphloi Phengklang ; Email: ploy-pimpeng@hotmail.com

Received: February 19, 2026 Revised: July 1, 2026 Accepted: August 16, 2026

Abstract

Presently, the number of dental procedures performed under general anesthesia has increased. These procedures involve shared airway management between the surgical and anesthesia teams, thereby increasing the risk of anesthetic complications for patients. This study aimed to investigate factors associated with anesthetic complications in patients undergoing dental surgery under general anesthesia. A prospective analytical study was conducted among 618 patients undergoing dental procedures under general anesthesia using consecutive sampling. Data were collected using an anesthetic complication record form developed by the researcher. The content validity index ranged from .67 to 1.00, and Cohen's kappa coefficient was .82. Data were analyzed using descriptive statistics, simple binary logistic regression, and multiple binary logistic regression. Crude odds ratios (COR), adjusted odds ratios (AOR), and 95% confidence intervals were reported, with statistical significance set at .05. The results showed that intraoperative anesthetic complications occurred in 22.80% of patients. After adjustment for confounding variables, endotracheal intubation remained significantly associated with complications. In the post-anesthesia care unit, complications occurred in 79.30% of patients, with age, type of intubation, and type of surgery identified as significant associated factors. Within 24–48 hours post-anesthesia, complications were found in 56.00% of patients, and significant associated factors included sex, age, and endotracheal intubation. Therefore, nurse anesthetists should place particular emphasis on the assessment and close monitoring of older patients, those undergoing prolonged anesthesia, and patients requiring nasotracheal intubation, as these factors were associated with anesthesia-related complications. Such vigilance may help enhance patient safety in dental procedures performed under general anesthesia.

Keywords: anesthetic complications; associated factors; dental surgery; general anesthesia

ความเป็นมาและความสำคัญ

ในปัจจุบันโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีผู้รับบริการผ่าตัดช่องปาก ใบหน้า ขากรรไกรและแม็กซิลโลเฟเชียล เพื่อแก้ไขการสบฟันร่วมขากรรไกรผิดปกติ แก้ไขภาวะปากแหว่งเพดาน เนื่องมาจากกระดูกขากรรไกรและจำเป็นต้องได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป หน่วยวิสัญญีวิทยาให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด¹ โดยทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวในขณะที่ผ่าตัดและไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากความเจ็บปวดหรือจากการผ่าตัด² ทำให้ทันตแพทย์ผ่าตัดได้อย่างราบรื่น แต่การระงับความรู้สึกแบบทั่วไปอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจ³ ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้¹⁻² นอกจากนี้การให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในผู้ป่วยผ่าตัดทางทันตกรรมมีลักษณะเฉพาะที่ใช้ทางเดินหายใจร่วมกับทันตแพทย์ผ่าตัด (shared airway) ส่งผลให้การเข้าถึงทางเดินหายใจทำได้จำกัดและเพิ่มความเสี่ยงต่อการอุดตันทางเดินหายใจ การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ การสำลักเลือดหรือเศษวัสดุจากการผ่าตัด รวมถึงภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำได้ โดยในระยะหลังผ่าตัดในช่องปากมักมีเลือด น้ำลาย หรือสารคัดหลั่งคั่งค้างรวมถึงการใส่อุปกรณ์ภายในช่องปาก ซึ่งมีข้อจำกัดการเปิดปากและทำให้การเข้าถึงทางเดินหายใจได้ยาก หากเกิดภาวะฉุกเฉินการช่วยเหลือจึงซับซ้อนมาก ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและต้องวางแผนการระงับความรู้สึก ประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันและแก้ไขการเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งอาจเกิดขึ้นโดยมีสาเหตุมาจาก 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย จากพยาธิสภาพของโรคที่ทำให้ต้องมารับการผ่าตัดรักษา โรคประจำตัว 2) ปัจจัยด้านการผ่าตัด เช่น ชนิดและความซับซ้อนของการผ่าตัด การจัดทำระหว่างผ่าตัดและระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด 3) ปัจจัยด้านการระงับความรู้สึก เช่น ชนิดของการให้ยาระงับความรู้สึก ระยะเวลาที่ได้รับการระงับความรู้สึก หัตถการทางวิสัญญี และ 4) ปัจจัยเชิงระบบ เช่น ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมืออุปกรณ์สำคัญจำเป็น 5) การผิดพลาดของมนุษย์ (human error)^{1,4} เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

จากการทบทวนวรรณกรรมภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยหลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในการผ่าตัดศัลยกรรมช่องปากและใบหน้าขากรรไกร 5 ลำดับแรก ได้แก่ ภาวะเจ็บคอ ภาวะคลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะและความดันโลหิตต่ำ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้แม้จะมีความรุนแรงน้อย⁵ โดยส่งผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยได้และระยะเวลานอนโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มสูงขึ้น⁶ หน่วยวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดช่องปากใบหน้าและขากรรไกรรวมถึงผู้ป่วยที่มารับบริการทางทันตกรรมทั่วไป โดยมีผู้ป่วยมารับบริการให้การระงับความรู้สึก พ.ศ. 2565 จำนวน 586 ราย พ.ศ. 2566 จำนวน 598 ราย และพ.ศ. 2567 จำนวน 602 ราย⁷ ซึ่งมีแนวโน้มผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มมากขึ้นและอาจพบภาวะแทรกซ้อนได้ แต่เนื่องจากการบันทึกข้อมูลภาวะแทรกซ้อนในปัจจุบันของวิสัญญีพยาบาลมักพบปัญหาการขาดความสมบูรณ์ในการบันทึกภาวะแทรกซ้อนของการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปชนิดไม่รุนแรง ส่งผลให้ข้อมูลที่ใช้ในการเฝ้าระวังและพัฒนาคุณภาพมีข้อจำกัด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปสำหรับการผ่าตัดทางทันตกรรม ซึ่งมีลักษณะเฉพาะด้านการใช้ทางเดินหายใจร่วมกันระหว่างทีมผ่าตัดและทีมวิสัญญี แม้ว่าจะมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนใน



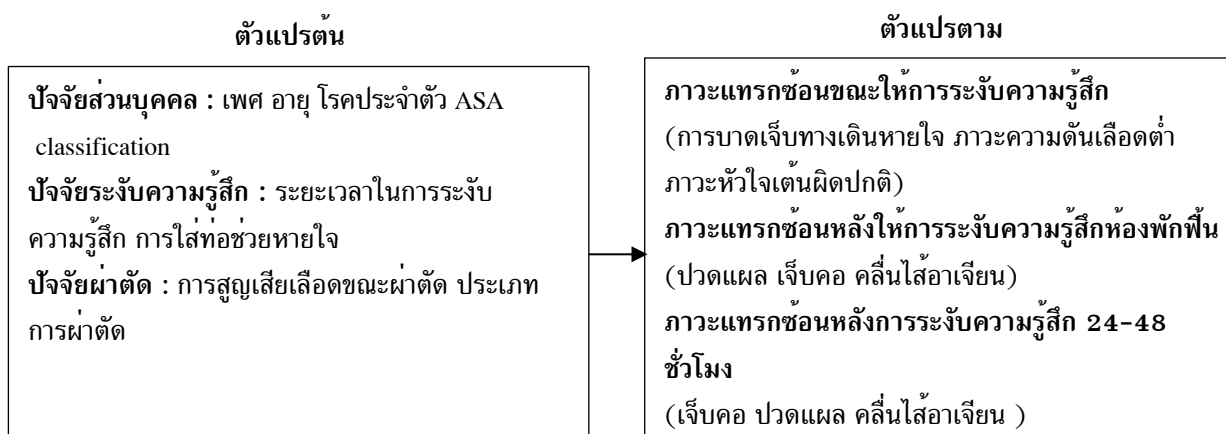
ผู้ป่วยผ่าตัดทั่วไป แต่ข้อมูลในบริบทโรงพยาบาลทันตกรรมยังมีจำกัด โดยเฉพาะความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านผู้ป่วย ด้านการรับรู้ความรู้สึก และด้านการผ่าตัดกับภาวะแทรกซ้อนในแต่ละระยะของการรับรู้ความรู้สึก ผลการศึกษาคาดว่าจะ成为ข้อมูลสำหรับพัฒนาคุณภาพการพยาบาลวิสัญญี การเฝ้าระวัง และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การรับรู้ความรู้สึกแบบทั่วไป โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในระยะขณะให้การรับรู้ความรู้สึก ระยะหลังการรับรู้ความรู้สึกในห้องพักฟื้น และระยะหลังการรับรู้ความรู้สึก 24-48 ชั่วโมง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้พัฒนารอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนจากการรับรู้ความรู้สึกแบบทั่วไปในผู้ป่วยรักษาทันตกรรม⁵ ร่วมกับแนวทางการประเมินความเสี่ยงของ American Society of Anesthesiologists ซึ่งระบุว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อนสัมพันธ์กับปัจจัยด้านผู้ป่วย ด้านการรับรู้ความรู้สึก และด้านการผ่าตัด โดยปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว และ ASA classification ซึ่งสะท้อนภาวะสุขภาพและมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน^{1,8} ปัจจัยด้านการรับรู้ความรู้สึก ได้แก่ ระยะเวลาในการรับรู้ความรู้สึกและการใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินหายใจและอาการไม่พึงประสงค์หลังผ่าตัด⁹⁻¹⁰ ปัจจัยด้านการผ่าตัด ได้แก่ ประเภทการผ่าตัดและปริมาณการสูญเสียเลือด ซึ่งสะท้อนความรุนแรงและความซับซ้อนของการผ่าตัด และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตต่ำ อาการปวด และการฟื้นตัวช้า¹¹⁻¹² ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดกรอบแนวคิดเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีใน 3 ระยะ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบไปข้างหน้า (prospective analytical study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทันตกรรมและผ่าตัดภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ณ โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2568 โดยการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ประจำคณะทันตแพทยศาสตร์และคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการวิจัย 2024/DT113 เมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางทันตกรรมและภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ณ โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบต่อเนื่อง (consecutive sampling) จากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและไม่เข้าเกณฑ์คัดออกได้จำนวนทั้งสิ้น 618 ราย และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากกรอบระยะเวลาศึกษา 1 ปี และเก็บข้อมูลผู้ป่วยทุกรายที่เข้าเกณฑ์ในช่วงเวลาดังกล่าวซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้มีความเพียงพอต่อการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษาและการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี โดยหน่วยวิเคราะห์ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วย 1 รายต่อการได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป 1 ครั้ง เพื่อป้องกันการนับข้อมูลซ้ำในผู้ป่วยรายเดียวกัน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 3 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง 2) เป็นผู้ป่วยที่รักษาทางทันตกรรมและการผ่าตัดช่องปากและแมกซิโลเฟเชียลภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป 3) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดังกล่าวในโรงพยาบาลทันตกรรมและกลับบ้าน 4) ผู้ป่วยนัดผ่าตัดล่วงหน้า 5) ผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมมีความสมัครใจเข้าร่วมวิจัย 6) กรณีผู้ป่วยเด็ก ต้องมีผู้ปกครองสามารถให้ข้อมูลอาการและภาวะแทรกซ้อนหลังการระงับความรู้สึกได้ และเกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย 2) การรักษาทางทันตกรรมแบบฉุกเฉิน 3) ผู้ป่วยที่มีข้อมูลในแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนไม่ครบถ้วน 4) ผู้ป่วยไม่สามารถติดตามข้อมูลภาวะแทรกซ้อนได้ทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะให้การระงับความรู้สึก ระยะหลังการระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น ระยะหลังการระงับความรู้สึก 24-48 ชั่วโมง 5) ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงการระงับความรู้สึกก่อนเริ่มการผ่าตัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบบันทึกข้อมูลภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวทางการดูแลผู้ป่วยทางวิสัญญีและแบบบันทึกทางคลินิกที่ใช้ในงานวิสัญญี โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ASA Physical Status โรคประจำตัว โดยกำหนดรายการและรหัสข้อมูลเพื่อให้ผู้บันทึกข้อมูลเข้าใจตรงกัน 2) ข้อมูลการผ่าตัด การระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี ได้แก่ ชนิดการผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัด วิธีการระงับความรู้สึก ชนิดการใส่ท่อช่วยหายใจ และภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีใน 3 ระยะ คือ ระยะขณะให้การระงับความรู้สึก ระยะหลังการระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น และระยะหลังการระงับความรู้สึก 24-48 ชั่วโมง โดยกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการและเกณฑ์การประเมินไว้อย่างชัดเจน



ทั้งนี้บันทึกข้อมูลในลักษณะเกิดหรือไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยไม่มีการให้คะแนนรวม 3) แบบบันทึกรายละเอียดภาวะแทรกซ้อนและการแก้ไข เป็นแบบบันทึกปลายเปิดสำหรับบันทึกรายละเอียดของภาวะแทรกซ้อน การช่วยเหลือ การแก้ไขปัญหาและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยวิสัญญีพยาบาล โดยแบบบันทึกได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย พบว่าแบบบันทึกมีความชัดเจนและสามารถใช้เก็บข้อมูลได้จริง ตรวจสอบความสอดคล้องของผู้บันทึกข้อมูล (inter-rater reliability) โดยวิสัญญีพยาบาล 2 คน บันทึกข้อมูลจากผู้ป่วยและเวชระเบียนเดียวกัน พบว่ามีความสอดคล้องของการบันทึกข้อมูลร้อยละ 90 และมีค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินด้วยสถิติ Cohen's kappa coefficient เท่ากับ 0.82 แสดงถึงความสอดคล้องของการประเมินในระดับดีมาก¹³

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MU-DT/PY-IRB 2024/084.2811 วันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 อนุญาตให้เผยแพร่ข้อมูลผู้ป่วยได้โดยไม่เปิดเผยตัวตน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยและได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และผู้เข้าร่วมวิจัยหรือผู้ปกครองได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรักษาความลับก่อนลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยกรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี ผู้ปกครองเป็นผู้ลงนามให้ความยินยอม จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดแก่ทีมวิสัญญีพยาบาลผู้เก็บข้อมูล เพื่อความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการบันทึกข้อมูลและเกณฑ์การประเมินภาวะแทรกซ้อนให้เป็นแนวทางเดียวกันก่อนเริ่มเก็บข้อมูลจริง ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยข้อมูลจากเวชระเบียนและข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยโดยตรง โดยข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ อายุ เพศ ASA Physical Status โรคประจำตัว ข้อมูลการผ่าตัด การระงับความรู้สึก และบันทึกทางวิสัญญี เก็บรวบรวมจากเวชระเบียนและแบบบันทึกทางวิสัญญี ส่วนข้อมูลภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี เก็บจากการสังเกตและประเมินอาการผู้ป่วยโดยวิสัญญีพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยในแต่ละระยะ ร่วมกับการตรวจสอบข้อมูลจากเวชระเบียน การประเมินภาวะแทรกซ้อนแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะหลังให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เก็บข้อมูลโดยวิสัญญีพยาบาลผู้ให้การดูแลขณะผ่าตัด 2) ระยะหลังการระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น (PACU) เก็บข้อมูลโดยวิสัญญีพยาบาลประจำห้องพักฟื้น 3) ระยะหลังการระงับความรู้สึก 24–48 ชั่วโมง เก็บข้อมูลโดยติดตามอาการผู้ป่วยและตรวจสอบข้อมูลจากเวชระเบียน ผู้วิจัยและวิสัญญีพยาบาลบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลและภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำเข้าสู่การวิเคราะห์ทางสถิติ ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 618 ราย และเก็บข้อมูลได้ครบถ้วน โดยมีอัตราการตอบกลับของข้อมูล ร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 29 ซึ่งเป็นลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล โดยผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ ตัวแปรที่ศึกษาเป็นข้อมูลที่สามารถเก็บได้จากผู้ป่วยทุกช่วงอายุ โดยใช้แบบบันทึกมาตรฐานเดียวกันในผู้ป่วยทุกราย ทั้งนี้ในกรณีที่ข้อมูลบางตัวแปรไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยตรวจสอบย้อนกลับจากบันทึกทางวิสัญญีและเวชระเบียน การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ASA classification โรคประจำตัว ประเภทการผ่าตัด และข้อมูลด้านการรับรู้ความรู้สึก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา รายงานเป็นจำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) วิเคราะห์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในระยะขณะให้การรับรู้ความรู้สึก ระยะหลังการรับรู้ความรู้สึกในห้องพักฟื้น และระยะหลังการรับรู้ความรู้สึก 24-48 ชั่วโมง รายงานเป็นจำนวนและร้อยละ 3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี ผู้วิจัยใช้สถิติ Simple Binary Logistic Regression เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อน และนำเสนอเป็นค่า Crude Odds Ratio (COR) ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่า p-value จากนั้นตัวแปรที่มีค่า p-value น้อยกว่า .25 ตามแนวคิดของ Hosmer และ Lemeshow คัดเลือกเข้าสู่การวิเคราะห์แบบ Multiple Binary Logistic Regression เพื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยกวน (confounding factors)¹⁴ และคำนวณ Adjusted Odds Ratio (AOR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 การแปลผลความสัมพันธ์พิจารณาจากทิศทางและขนาดของค่า Odds Ratio โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ โดยค่า OR มากกว่า 1 หมายถึง ปัจจัยนั้นสัมพันธ์กับโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เพิ่มขึ้น ส่วนค่า OR น้อยกว่า 1 หมายถึง ปัจจัยนั้นสัมพันธ์กับโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ลดลง และค่า OR ที่มีระยะห่างจาก 1 มากแสดงถึงขนาดความสัมพันธ์ที่มากขึ้น¹⁴

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิงร้อยละ 53.0 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 11-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.4 กลุ่มตัวอย่างมีอายุมาตรฐาน 28 ปี (พิสัย 3-76 ปี) และเมื่อจำแนกตาม ASA classification พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ใน ASA class I-II ร้อยละ 97.2 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.0 มีโรคประจำตัว และร้อยละ 34.0 ไม่มีโรคประจำตัว ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (618 ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	290	47.00
หญิง	328	53.00
อายุ		
อายุ 3-10 ปี	38	6.10
อายุ 11-30 ปี	355	57.40
อายุ 31-60 ปี	200	32.40
อายุ > 60 ปี ขึ้นไป	25	4.10
(min 3 max 76 mean 28.96 SD13. 561)		



ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (618 ราย)	ร้อยละ
ASA		
ASA I-II	601	97.20
ASA > III	17	2.80
การมีโรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว*	408	66.00
ไม่มีโรคประจำตัว	210	34.00

*ผู้ป่วย 1 รายมีโรคประจำตัวได้มากกว่า 1 โรค

ส่วนที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนของการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในระหว่างการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ร้อยละ 22.8 ระยะหลังให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (ห้องพักฟื้น) ร้อยละ 79.3 ระยะหลังให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (24-48 ชั่วโมง) ร้อยละ 56 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีแบ่งตามระยะการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระยะขณะให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป	141	22.80
การบาดเจ็บทางเดินหายใจ	50	8.10
ความดันเลือดต่ำ	31	5.00
ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ	19	3.10
ระยะหลังให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (ห้องพักฟื้น)	490	79.30
ปวดแผล	474	76.70
เจ็บคอ	27	4.40
ภาวะคลื่นไส้อาเจียน	11	1.80
ระยะหลังให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (24-48 ชั่วโมง)	346	56.00
เจ็บคอ	185	29.90
ปวดแผล	122	19.80
ภาวะคลื่นไส้อาเจียน	77	12.40

*ผู้ป่วย 1 รายมีภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่า 1 ชนิด

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีแบ่งตามระยะ

1.ระยะขณะให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในระหว่างการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 22.8 โดยการวิเคราะห์แบบ Simple Binary Logistic Regression พบว่าด้านปัจจัยผู้ป่วย อายุและการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงกว่ากลุ่มอายุ 3-10 ปี จำนวน 4.00 เท่า และผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว 1.60 เท่า ขณะที่เพศและ ASA classification ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี ($p > .05$) ด้านปัจจัยการระงับความรู้สึก พบว่าระยะเวลาการระงับความรู้สึกมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($p<.05$) โดยผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกนานมากกว่า 3 ชั่วโมง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกน้อยกว่า 3 ชั่วโมง 1.51 เท่า ส่วนการใส่ท่อช่วยหายใจทางปากมีแนวโน้มลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อเทียบกับการใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูกแต่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.06$) ด้านปัจจัยการผ่าตัด พบว่าประเภทการผ่าตัดไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.07$)

เมื่อนำตัวแปรที่มีค่า $p<.25$ จากการวิเคราะห์แบบ Simple Binary Logistic Regression เข้าสู่การวิเคราะห์แบบ Multiple Binary Logistic Regression หลังควบคุมอิทธิพลของตัวแปรร่วม พบว่า การใส่ท่อช่วยหายใจมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR=.42, 95% CI=.20-.89, $p=.024$) โดยผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทางปากมีโอกาสดเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูก 0.42 เท่า ขณะที่อายุ โรคประจำตัว ระยะเวลาการระงับความรู้สึก และประเภทการผ่าตัดไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังควบคุมตัวแปรร่วม ($p>.05$)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีขณะได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ด้วยการวิเคราะห์อย่างหยาบ (simple binary logistic regression) และการวิเคราะห์แบบ Multiple Binary Logistic Regression (MBLR)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์	การเกิดภาวะแทรกซ้อน		Simple Binary Logistic Regression		P-value	Multiple Binary Logistic Regression		P-value
	เกิด (n=141) (22.80)	ไม่เกิด (n=477) (77.20)	COR	OR (95%CI)		AOR	OR (95%CI)	
เพศ					.19			-
หญิง	68 (20.70)	260 (79.30)	Ref	Ref	Ref	-	-	-
ชาย	73 (25.20)	217 (74.80)	1.29	.88-1.87	.19	-	-	-
อายุ					.02*			.01 ^a
อายุ 3-10 ปี	8 (20.00)	32 (80.00)	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
อายุ 11-30 ปี	79 (22.40)	274 (77.60)	1.15	.51-2.60	.73	.51	.17-1.48	.21
อายุ 31-60 ปี	42 (20.90)	159 (79.10)	1.06	.45-2.46	.89	.44	.15-1.35	.15
อายุ > 60 ปี ขึ้นไป	12 (50.00)	12 (50.00)	4.00	1.31-12.18	.01*	1.82	.50-6.61	.36
ASA classification					.42			-
ASA 1-2	136 (22.60)	465 (77.40)	Ref	Ref	Ref	-	-	-
ASA ≥ 3	5 (31.30)	11 (68.80)	1.56	.53-4.56		-	-	-
โรคประจำตัว					.03*			.08
ไม่มีโรคประจำตัว	37 (17.60)	173 (82.40)	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
มีโรคประจำตัว	104 (25.50)	304 (74.50)	1.60	1.05-2.43		1.47	.95-2.26	.08
ระยะเวลาการระงับความรู้สึก					.03*			.19
<3 ชม.	61 (19.30)	255 (80.70)	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
>3 ชม.	80 (26.50)	222 (73.50)	1.51	1.03-2.20		1.35	.85-2.15	.19
การใส่ท่อช่วยหายใจ					.06*			.02 ^a
Nasal intubation	125 (24.20)	391 (75.80)	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Oral intubation	16 (15.70)	86 (84.30)	.58	.33-1.03		.42	.20-.89	.02 ^a



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์	การเกิดภาวะแทรกซ้อน		Simple Binary Logistic Regression		P-value	Multiple Binary Logistic Regression		P-value
	เกิด (n=141)	ไม่เกิด	COR	OR		AOR	OR	
	(22.80)	(n=477) (77.20)						
ประเภทการผ่าตัด					.08*			.07
ผ่าตัดใหญ่	93 (25.30)	275 (74.70)	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
ผ่าตัดเล็ก	48 (19.20)	202 (80.80)	.70	.47-1.04	.08	.82	Ref	.45

* ตัวแปรที่จะนำเข้าสู่การวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร ที่มีค่า p-value <0.25 ตามคำแนะนำของ Hosmer & Lemeshow

COR=Crude Odds Ratio, AOR=Adjusted Odds Ratio, CI=Confidence Interval, Ref=กลุ่มอ้างอิง, a. p<.05

2. ระยะหลังให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (ห้องพักรฟื้น)

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีของกลุ่มตัวอย่างระยะหลังให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (ห้องพักรฟื้น) พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 79.30 โดยผลการวิเคราะห์แบบ simple binary logistic regression พบว่าด้านปัจจัยผู้ป่วย อายุและการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) โดยผู้ป่วยอายุ 11-30 ปี และ 31-60 ปี มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่ากลุ่มอายุ 3-10 ปี จำนวน 28.57 เท่า และ 21.61 เท่า ตามลำดับ ขณะที่ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัว 0.64 เท่า ส่วนเพศและ ASA classification ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อน ($p>.05$) ด้านปัจจัยการระงับความรู้สึก พบว่าการใส่ท่อช่วยหายใจมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทางปากมีโอกาสดังกล่าวต่ำกว่าผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูก 0.14 เท่า ส่วนระยะเวลาในการระงับความรู้สึกไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อน ($p=.61$) ด้านปัจจัยการผ่าตัด พบว่าปริมาณการสูญเสียเลือดและประเภทการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.01$ และ $p<.001$ ตามลำดับ) โดยผู้ป่วยที่สูญเสียเลือดมากกว่า 750 มิลลิลิตร มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าผู้ป่วยที่สูญเสียเลือดน้อยกว่า 750 มิลลิลิตร 2.37 เท่า ขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเล็กมีโอกาสดังกล่าวต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ .37 เท่า

เมื่อนำตัวแปรที่มีค่า $p<.25$ จากการวิเคราะห์แบบ simple binary logistic regression เข้าสู่การวิเคราะห์แบบ multiple binary logistic regression หลังควบคุมอิทธิพลของตัวแปรร่วม พบว่าอายุ การใส่ท่อช่วยหายใจ และประเภทการผ่าตัด ยังคงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยอายุ 11-30 ปี และ 31-60 ปี มีโอกาสดังกล่าวมากกว่ากลุ่มอายุ 3-10 ปี จำนวน 7.87 เท่า และ 5.79 เท่า ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทางปากมีโอกาสดังกล่าวต่ำกว่าผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูก .29 เท่า และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเล็กมีโอกาสดังกล่าวต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ .48 เท่า ขณะที่ผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี การมีโรคประจำตัว ASA classification ปริมาณการสูญเสียเลือด และระยะเวลาในการระงับความรู้สึก ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังควบคุมตัวแปรร่วม ($p>.05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีระยะหลังให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป(ห้องพักฟื้น) ด้วยการวิเคราะห์อย่างง่าย (simple binary logistic regression) และการวิเคราะห์แบบ Multiple Binary Logistic Regression (MBLR)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์	การเกิดภาวะแทรกซ้อน		Simple Binary Logistic Regression		P-value	Multiple Binary Logistic Regression		P-value
	เกิด (n=490) (79.30)	ไม่เกิด (n=128) (20.70)	COR	OR (95%CI)		AOR	OR (95%CI)	
เพศ					0.15			-
หญิง	268 (81.7)	60 (18.3)	Ref	Ref	Ref	-	-	-
ชาย	222 (76.6)	68 (23.4)	.73	.49-1.08	0.11	-	-	-
อายุ					<.001*			<.001 ^a
อายุ 3-10 ปี	7 (17.50)	33 (82.50)	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
อายุ 11-30 ปี	303 (85.80)	50 (14.20)	28.57	11.98-68.10	<.001*	7.87	2.86-21.65	<.001 ^a
อายุ 31-60 ปี	165 (82.10)	36 (17.90)	21.61	8.86-52.71	<.001*	5.79	2.01-16.66	<.001 ^a
อายุ > 60 ปี ขึ้นไป	15 (62.50)	9 (37.50)	7.86	2.46-25.09	<.001*	2.87	.72-11.44	.13
ASA classification					.10			.49
ASA 1-2	480 (79.90)	121 (20.10)	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
ASA ≥ 3	10 (62.50)	6 (37.50)	0.42	.15-1.19	.10	.65	.19-2.21	.49
โรคประจำตัว					.04*			.19
ไม่มีโรคประจำตัว	176 (83.80)	34 (16.20)	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
มีโรคประจำตัว	314 (77.00)	94 (23.00)	.64	.42-.99	.04*	.72	.43-1.19	.05 ^a
ปริมาณสูญเสียเลือด					.01*			.35
ขณะผ่าตัด (ml)								
< 750 ml.	324 (76.60)	99 (23.40)	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
>750 ml.	166 (85.10)	29 (14.90)	2.37	1.19-4.72	.01*	1.46	.66-3.19	.35
ระยะเวลาการระงับความรู้สึก					.61			.17
<3 ชม.	247 (78.20)	69 (21.80)	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
>3 ชม.	243 (80.50)	59 (19.50)	1.11	.75-1.63	.61	.67	.38-1.18	.17
การใส่ท่อช่วยหายใจ					<.001*			<.001 ^a
Nasal intubation	443 (85.90)	73 (14.10)	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Oral intubation	47 (46.10)	55 (53.90)	.14	.09-.22	<.001*	.29	.16-.52	<.001 ^a
ประเภทการผ่าตัด					<.001*			.01 ^a
ผ่าตัดใหญ่	316 (85.90)	52 (14.10)	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
ผ่าตัดเล็ก	174 (69.60)	76 (30.40)	.37	.25-.56	<.001*	.48	.28-.85	.01 ^a

* ตัวแปรที่จะนำเข้าสู่การวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร ที่มีค่า p-value <0.25 ตามคำแนะนำของ Hosmer & Lemeshow

* COR = Crude Odds Ratio, AOR = Adjusted Odds Ratio, CI = Confidence Interval, Ref = กลุ่มอ้างอิง, a. p < .05



3. ระยะเวลาให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (24-48 ชั่วโมง)

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีระยะหลังให้การระงับความรู้สึก 24-48 ชั่วโมง พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 56.00 โดยผลการวิเคราะห์แบบ simple binary logistic regression พบว่าด้านปัจจัยผู้ป่วย อายุและเพศมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยผู้ป่วยอายุ 11-30 ปี 31-60 ปี และมากกว่า 60 ปี มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่ากลุ่มอายุ 3-10 ปี จำนวน 7.09 เท่า 6.30 เท่า และ 4.71 เท่า ตามลำดับ ขณะที่เพศชายมีโอกาสดเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าเพศหญิง 0.70 เท่า ส่วน ASA classification และการมีโรคประจำตัวไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อน ($p > .05$) ด้านปัจจัยการระงับความรู้สึก พบว่าระยะเวลาการระงับความรู้สึกและการใส่ท่อช่วยหายใจมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกนานมากกว่า 3 ชั่วโมง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกน้อยกว่า 3 ชั่วโมง 1.84 เท่า และผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทางปากมีโอกาสดเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูก 0.36 เท่า ด้านปัจจัยการผ่าตัด พบว่าปริมาณการสูญเสียเลือดและประเภทการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยผู้ป่วยที่มีปริมาณการสูญเสียเลือดมากกว่า 750 มิลลิลิตร มีโอกาสดเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าผู้ป่วยที่สูญเสียเลือดน้อยกว่า 750 มิลลิลิตร 2.37 เท่า และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเล็กมีโอกาสดเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ 0.46 เท่า

เมื่อนำตัวแปรที่มีค่า $p < .25$ จากการวิเคราะห์แบบ simple binary logistic regression เข้าสู่การวิเคราะห์แบบ multiple binary logistic regression หลังควบคุมอิทธิพลของตัวแปรร่วม พบว่า เพศ ระยะเวลาการระงับความรู้สึก และประเภทการผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศชายมีโอกาสดเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าเพศหญิง .69 เท่า ($AOR = .69$, 95% $CI = .49-.98$, $p = .03$) ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกนานกว่า 3 ชั่วโมงมีโอกาสดเกิดภาวะแทรกซ้อน 0.58 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกน้อยกว่า 3 ชั่วโมง ($AOR = 0.58$, 95% $CI = .34-.98$, $p = .04$) และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเล็กมีโอกาสดเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ .69 เท่า ($AOR = .69$, 95% $CI = .49-.98$, $p = .03$) แม้ว่าตัวแปรอายุโดยรวมจะไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อน ($p = .08$) แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายกลุ่ม พบว่าผู้ป่วยอายุ 11-30 ปี และ 31-60 ปี มีโอกาสดเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่ากลุ่มอายุ 3-10 ปี 3.61 เท่า และ 3.26 เท่า ตามลำดับ ($p < .05$) ขณะที่ผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี ผู้ป่วยที่มี ASA classification $\geq$ III โรคประจำตัว ปริมาณการสูญเสียเลือดและการใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังควบคุมตัวแปรร่วม ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะหลังรับความรู้สึก (24-48 ชั่วโมง) ด้วยการวิเคราะห์อย่างง่าย (Simple Binary Logistic Regression) และการวิเคราะห์แบบ Multiple Binary Logistic Regression (MBLR)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์	การเกิดภาวะแทรกซ้อน		Simple Binary Logistic Regression		P-value	Multiple Binary Logistic Regression		P-value
	เกิด (n=346) (56.00)	ไม่เกิด (n=272) (44.00)	COR	OR (95%CI)		AOR	OR (95%CI)	
เพศ					.03*			.03 ^a
หญิง	197 (60.10)	131 (39.90)	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
ชาย	149 (51.40)	141 (48.60)	.70	.51-.97	.03*	.69	.49-.98	.03 ^a
อายุ					<.001*			.08
อายุ 3-10 ปี	7 (17.50)	33 (82.50)	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
อายุ 11-30 ปี	212 (60.10)	141 (39.90)	7.09	3.05-16.47	<.001*	3.61	1.36-9.57	.01 ^a
อายุ 31-60 ปี	115 (57.20)	86 (42.80)	6.30	2.66-14.93	<.001*	3.26	1.19-8.88	.02 ^a
อายุ > 60 ปี ขึ้นไป	12 (50.00)	12 (50.00)	4.71	1.50-14.78	.008*	3.45	.94-12.70	.06
ASA classification					.14			.17
ASA 1-2	340 (56.50)	262 (43.50)	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
ASA ≥ 3	6 (37.50)	10 (62.50)	.46	.17-1.29	.14	.46	.15-1.41	.17
โรคประจำตัว					.94			.21
ไม่มีโรคประจำตัว	118 (56.20)	92 (43.80)	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
มีโรคประจำตัว	228 (55.90)	180 (44.10)	.99	.71-1.38	.94	1.42	.82-2.46	.21
ปริมาณสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด (ml)					<.001*			.12
< 750 ml.	279 (53.00)	247 (47.00)	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
>750 ml.	67 (72.80)	25 (27.20)	2.37	1.45-3.87	<.001*	1.39	.92-2.10	.12
ระยะเวลาการรับความรู้สึก					<.001*			.04 ^a
<3 ชม.	154 (55.50)	162 (59.60)	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
>3 ชม.	192 (55.50)	110 (40.40)	1.84	1.33-2.53	<.001*	.58	.34-.98	.04 ^a
การใส่ท่อช่วยหายใจ					<.001*			.26
Nasal intubation	310 (60.10)	206 (39.90)	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Oral intubation	36 (35.30)	66 (64.70)	.36	.23-.56	<.001*	0.71	.47-1.07	.26
ประเภทการผ่าตัด					<.001*			.03 ^a
ผ่าตัดใหญ่	235 (63.90)	133 (36.10)	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
ผ่าตัดเล็ก	111 (44.40)	139 (55.60)	.45	.33-.63	<.001	.69	.49-.98	.03 ^a

* ตัวแปรที่จะนำเข้าสู่การวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร ที่มีค่า p-value <0.25 ตามคำแนะนำของ Hosmer & Lemeshow

COR Crude Odds Ratio, AOR=Adjusted Odds Ratio, CI=Confidence Interval, Ref=กลุ่มอ้างอิง, a. p<.05



อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางทันตกรรมภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป จำนวน 618 ราย มีภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในระยะเวลาใดระยะหนึ่ง ทั้งหมด 552 ราย จึงนำเสนอการอภิปรายผลตามระยะของการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ดังนี้

1. ระยะขณะให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

การศึกษพบว่าภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในระยะนี้ส่วนใหญ่เป็นการบาดเจ็บทางเดินหายใจมา รองลงมา ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตต่ำและภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งอาจอธิบายได้จากลักษณะเฉพาะของการผ่าตัดช่องปาก ใบหน้า และขากรรไกรที่ทีมผ่าตัดและทีมวิสัญญีใช้ทางเดินหายใจร่วมกัน (shared airway) ทำให้การจัดการทางเดินหายใจมีความซับซ้อนกว่าการผ่าตัดทั่วไป ผลการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปรพบว่า การใส่ท่อช่วยหายใจทางปากมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่าการใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yamamoto และคณะ⁹ ที่รายงานว่า การใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูกเพิ่มความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเยื่อโพรงจมูกและคอหอย โดยเฉพาะการผ่าตัดช่องปากและขากรรไกรที่จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูกเพื่อหลีกเลี่ยงการรบกวนพื้นที่ผ่าตัด ดังนั้นควรใส่ท่อช่วยหายใจผ่านรูจมูกข้างที่เหมาะสมและเตรียมโพรงจมูกก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ เช่น ใช้เทคนิคช่วยนำท่อช่วยหายใจเพื่อลดการบาดเจ็บ แม้ปัจจัยด้านอายุ โรคประจำตัว และระยะเวลาการระงับความรู้สึกจะพบความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนในการวิเคราะห์เบื้องต้น แต่เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรแล้วไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าปัจจัยดังกล่าวอาจมีผลร่วมกับความซับซ้อนของการผ่าตัดและการจัดการทางเดินหายใจ มากกว่าจะเป็นปัจจัยอิสระต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ภาวะความดันโลหิตต่ำและภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrhythmia หรือ premature ventricular contractions; PVC) อาจสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิตระหว่างการระงับความรู้สึก¹⁵ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ D'Amico และคณะ⁸ รายงานว่าปัจจัยด้านโรคหัวใจและการใช้ยาลดความดันโลหิตสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตต่ำระหว่างการระงับความรู้สึก ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลควรประเมินทางเดินหายใจก่อนผ่าตัด เตรียมอุปกรณ์สำหรับการใส่ท่อช่วยหายใจยาก¹⁶ และเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิตอย่างใกล้ชิด

2. ระยะหลังให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในห้องพักฟื้น

การศึกษพบว่าภาวะแทรกซ้อนในระยะนี้ส่วนใหญ่ คือ อาการปวดแผลมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ อาการเจ็บคอและอาการคลื่นไส้อาเจียน ซึ่งอาจเกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัดร่วมกับผลของการจัดการทางเดินหายใจ ผลการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปรพบว่า ผู้ป่วยวัยรุ่นและผู้ใหญ่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่ากลุ่มเด็ก ขณะที่การใส่ท่อช่วยหายใจทางปากและการผ่าตัดเล็กมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่าการใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูกและการผ่าตัดใหญ่ สะท้อนว่าความรุนแรงของการผ่าตัดและวิธีการจัดการทางเดินหายใจเป็นปัจจัยสำคัญต่อการฟื้นตัวในระยะหลังผ่าตัดทันที ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Bekele และคณะ¹² ที่รายงานว่าความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดเฉียบพลันจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ และพบอุบัติการณ์ของการปวดสูงภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด นอกจากนี้การใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูกยังสัมพันธ์กับอาการเจ็บคอและการระคายเคืองของ

เยื่อบุทางเดินหายใจหลังผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Moulder และคณะ¹⁰ รายงานว่าภาวะเจ็บคอพบบ่อยหลังการใส่ท่อช่วยหายใจ และสามารถลดอาการเจ็บคอได้ด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจอย่างนุ่มนวลและการควบคุมแรงดัน cuff ให้อยู่ในระดับเหมาะสม¹⁰ สำหรับประเภทการผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่มีแนวโน้มเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเล็ก ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับระดับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและการตอบสนองต่อการอักเสบหลังผ่าตัด ภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังการระงับความรู้สึกพบได้ในผู้ป่วยบางราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gan และคณะ¹⁷ ที่รายงานไว้ว่า postoperative nausea and vomiting (PONV) เกิดประมาณร้อยละ 20-30 และสัมพันธ์กับปัจจัยด้านผู้ป่วยและการระงับความรู้สึก¹⁷ ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลควรประเมินผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ อายุ การใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูกและการผ่าตัดใหญ่ พร้อมทั้งเฝ้าระวังอาการเจ็บคอ อาการปวดแผล ภาวะคลื่นไส้อาเจียน วางแผนการจัดการความปวดและการป้องกัน PONV เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วย

3. ระยะหลังให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (24-48 ชั่วโมง)

การศึกษาพบว่าภาวะแทรกซ้อนในระยะนี้สามารถพบได้บ่อย โดยพบอาการเจ็บคอบ่อยที่สุด รองลงมา ได้แก่ อาการปวดแผลและอาการคลื่นไส้อาเจียน สะท้อนว่าความไม่สุขสบายของผู้ป่วยยังคงต่อเนื่องหลังพ้นระยะห้องพักฟื้น ผลการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปรพบว่า เพศหญิงและผู้ป่วยวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ยังคงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่า ขณะที่การผ่าตัดเล็กมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่าการผ่าตัดใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาที่รายงานไว้ว่าเพศหญิงมีโอกาสเกิดอาการปวดและอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดมากกว่า¹¹ ทั้งนี้ การใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูกยังสัมพันธ์กับการเกิดอาการเจ็บคอ ซึ่งอาจเกิดจากการระคายเคืองหรือการบาดเจ็บของเยื่อบุทางเดินหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Cheung CK และคณะ¹⁸ ที่รายงานอาการเจ็บคอหลังผ่าตัดอาจคงอยู่ได้นาน 24-72 ชั่วโมง ขณะที่แนวทาง Enhanced Recovery แนะนำให้มีการจัดการความปวดแบบผสมผสาน (multimodal analgesia) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมอาการปวดและลดผลข้างเคียงจากยา¹⁸⁻¹⁹ แม้ว่าปัจจัยด้านการผ่าตัดจะยังคงความสัมพันธ์หลังควบคุมตัวแปรร่วมในบางปัจจัย แต่ผลการศึกษาสะท้อนว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะนี้เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งด้านผู้ป่วยและการระงับความรู้สึก

โดยสรุปภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในผู้ป่วยผ่าตัดช่องปาก ใบหน้า ขากรรไกร และแม็กซิลโลเฟเชียลที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระยะของการระงับความรู้สึก และมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านผู้ป่วย ด้านการระงับความรู้สึก และด้านการผ่าตัด ดังนั้น การประเมินปัจจัยเสี่ยงก่อนการระงับความรู้สึก การวางแผนการพยาบาล การเตรียมอุปกรณ์สำหรับการจัดการทางเดินหายใจ การจัดการความปวด การป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดและการเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างเหมาะสมในทุกระยะ จะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มความปลอดภัย และส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ



ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

1. วิทยาลัยพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยรักษาทางทันตกรรมควรให้ความสำคัญกับการประเมินผู้ป่วยที่มีปัจจัยสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ได้แก่ เพศหญิง กลุ่มวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ และผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูกเพื่อวางแผนดูแลอย่างเหมาะสมในระยะหลังผ่าตัด

2. หน่วยวิสัญญีวิทยาที่ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดและรักษาทางทันตกรรมควรนำปัจจัยที่พบจากการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาแนวทางประเมินความเสี่ยงและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย เช่น อาการเจ็บคอ ปวดแผลและคลื่นไส้อาเจียน เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยและการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึก

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ศึกษาแยกตามช่วงอายุหรือประเภทหัตถการ และพิจารณาปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เช่น โรคร่วม ชนิดยาระงับความรู้สึก เพื่ออธิบายปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

References

1. Miller RD, Cohen NH, Eriksson LI, Fleisher LA, Wiener Kronish JP, Young WL, editors. Miller's anesthesia. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.
2. Royal College of Anesthesiologists of Thailand. Standards for anesthesia [Internet]. Bangkok: Royal College of Anesthesiologists of Thailand; 2019 [cited 2024 Aug 12]. Available from: https://rcat.org/download/มาตรฐานการระงับความรู้สึก/?wpdmdl=8278&masterkey=OxoqlGSKwFFnzln_h31qiQOVGyR-JW1188yZRiMLv. (in Thai).
3. Butterworth JF, Mackey DC, Wasnick JD. Morgan and Mikhail's clinical anesthesiology. 7th ed. New York: McGraw Hill; 2022.
4. Elbahi MK, Mohamednour MFA, Mukhtar FS, Rikabi N, Elshafie SI. Perioperative patient safety and surgical complications: a comprehensive review of current evidence and improvement strategies. Cureus. 2025;17(12):e99959. doi:10.7759/cureus.99959.
5. Lone PA, Wani NA, Ain QU, Heer A, Devi R, Mahajan S. Common postoperative complications after general anesthesia in oral and maxillofacial surgery. Natl J Maxillofac Surg. 2021;12(2):206-10. doi: 10.4103/njms.NJMS_66_20.
6. Praphai P, Wankwan K, Pakdevong N, Wangsom A, Wonganan U. Factors related to complications of general anesthesia among post-operative patients. APHEIT Journal of Nursing and Health. 2021;3(1):32-47. (in Thai).
7. Anesthesiology Unit, Dental Hospital, Faculty of Dentistry, Mahidol University. Minutes of the monthly anesthesiology unit meeting, January 2024 [internal document]. Bangkok: Faculty of Dentistry, Mahidol University; 2024. (in Thai).
8. D'Amico F, Fominskiy EV, Turi S, Pruna A, Fresilli S, Triulzi M, et al. Intraoperative hypotension and postoperative outcomes: a meta-analysis of randomised trials. Br J Anaesth. 2023;131(5): 823-31. doi:10.1016/j.bja.2023.08.026.
9. Yamamoto T, Flenner M, Schindler E. Complications associated with nasotracheal intubation and proposal of simple countermeasure. Anaesthesiol Intensive Ther. 2019;51(1):72-3. doi:10.5603/AIT.a2019.0002.

10. Moulder ZJ, Mann J, Bramley P, Heinz J, Wiles MD. Postoperative sore throat: a systematic review. *Anaesthesia*. 2026;81(1):116–33. doi:10.1111/anae.70048.
11. Selvido DI, Bhattarai BP, Rokaya D, Niyomtham N, Wongsirichat N. Pain in oral and maxillofacial surgery and implant dentistry: types and management. *Eur J Dent*. 2021;15(3):588–98. doi:10.1055/s-0041-1725212.
12. Bekele EA, Tulu TB, Bulto YA, Azibte GT, Birhanu W. Prevalence and associated factors of acute postoperative pain in adult surgical patients: a prospective study. *Surg Pract Sci*. 2024;19:100262. doi:10.1016/j.sipas.2024.100262.
13. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159–74. doi:10.2307/2529310.
14. Hosmer DW, Lemeshow S, Sturdivant RX. *Applied Logistic Regression*. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 2013.
15. Guarracino F, Bertini P. Perioperative hypotension: causes and remedies. *J Anesth Analg Crit Care*. 2022;2(1):17. doi:10.1186/s44158-022-00045-8.
16. Merola R, Troise S, Palumbo D, D'Auria D, Dell'Aversana Orabona G, Vargas M. Airway management in patients undergoing maxillofacial surgery: state of the art review. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg*. 2025;126(2):102044. doi:10.1016/j.jormas.2024.102044.
17. Gan TJ, Belani KG, Bergese S, et al. Fourth consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg*. 2020;131(2):411–448. doi:10.1213/ANE.0000000000004833.
18. Cheung CK, Adeola JO, Beutler SS, Urman RD. Postoperative pain management in enhanced recovery pathways. *J Pain Res*. 2022;15:123–135. doi:10.2147/JPR.S231774.
19. Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, Rosenberg JM, Bickler S, Brennan T, et al. Management of postoperative pain: a clinical practice guideline from the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *J Pain*. 2016;17(2):131–57. doi:10.1016/j.jpain.2015.12.008.



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดพิษณุโลก

The Factors Influencing Health Literacy of Elderly Caregivers in Phitsanulok Province

ธานี ถือแก้ว¹, รัศมี สุขนรินทร์²

Thanee Thuekaew¹, Rassamee Suknarin²

¹นักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์สาขาสถาปัตยกรรมศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

²วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

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

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

Corresponding Author: Rassamee Suknarin; Email: Rassamee@scphpl.ac.th

Received: November 3, 2024 Revised: August 15, 2026 Accepted: August 17, 2026

บทคัดย่อ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจำเป็นต้องมีความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในจังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 327 คน กลุ่มตัวอย่างมาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2567 โดยใช้แบบสอบถาม 5 ส่วน ซึ่งประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนที่ 3 ทักษะคิดในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม และส่วนที่ 5 ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยการหาความเที่ยงตรง มีค่าเท่ากับ .67-1.00 ความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้มีค่า KR20 เท่ากับ .56 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค แบบสอบถามส่วนที่ 3 4 และ 5 เท่ากับ .70, .89 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้นแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับสูง- โดยแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta=.45, p<.001$) และทักษะคิดในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ($\beta=.15, p=.003$) สามารถร่วมกันพยากรณ์ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ร้อยละ 27.5 ($R^2=.275, p<.001$) ดังนั้น ในการส่งเสริมหรือสนับสนุนผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีความรู้ด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น ควรมุ่งเน้นให้การสนับสนุนทางสังคมและการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ; ทักษะคิด; ผู้ดูแลผู้สูงอายุ; ผู้สูงอายุ; แรงสนับสนุนทางสังคม

The Factors Influencing Health Literacy of Elderly Caregivers in Phitsanulok Province

Thanee Thuekaew¹, Rassamee Suknarin²

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

¹Phromphiram District Health Office, Phitsanulok Province

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

Corresponding Author: Rassamee Suknarin; Email: Rassamee@scphpl.ac.th

Received: November 3, 2024 Revised: August 15, 2026 Accepted: August 17, 2026

Abstract

Long-term caregivers for the elderly require health literacy to effectively care for dependent older adults in the community. This cross-sectional analytical study aimed to investigate factors influencing health literacy among elderly caregivers in Phitsanulok Province. The sample consisted of 327 elderly caregivers selected through multi-stage sampling. Data were collected between June and July 2024 using a questionnaire with five parts: personal factors, knowledge of elderly healthcare, attitudes toward elderly healthcare, social support, and health literacy of elderly caregivers. The instrument's content validity ranged from 0.67 to 1.00. The knowledge section's reliability (KR-20) was 0.56, and the Cronbach's alpha coefficients for attitudes, social support, and health literacy were 0.70, 0.89, and 0.90, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple linear regression. The results revealed that overall health literacy among elderly caregivers was at a high level. Social support ($\beta=.45$, $p<.001$) and attitudes toward elderly healthcare ($\beta=.15$, $p=.003$) together predicted 27.5% of the variance in health literacy among elderly caregivers ($R^2=.275$, $p<.001$). Therefore, to promote and enhance health literacy among elderly caregivers, emphasis should be placed on providing social support and fostering positive attitudes toward elderly healthcare.

Keywords: attitudes; caregivers; elderly; health literacy; social support

ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันประชากรโลกมีอัตราเพิ่มช้าลง ในขณะที่จำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2565 มีประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวนมากถึง 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลก จากจำนวนประชากรทั้งหมด 8,000 ล้าน สำหรับทวีปเอเชียพบว่า ประเทศจีนมีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง 265 ล้านคน และเป็นประเทศที่มีประชากรสูงอายุมากที่สุดในโลก ในขณะที่ประเทศญี่ปุ่น มีอัตราผู้สูงอายุสูงถึง ร้อยละ 36.00 ของจำนวนประชากร ขณะเดียวกันประชากรของประเทศสมาชิกอาเซียน จำนวน 10 ประเทศ กำลังมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงที่สุด คือ ประเทศสิงคโปร์ ร้อยละ 23.00 รองลงมาคือประเทศไทย ร้อยละ 19.00 ลำดับที่ 3 คือ ประเทศอินโดนีเซีย ร้อยละ 11 ประเทศที่มีสัดส่วนของประชากรสูงอายุต่ำสุด ได้แก่ ประเทศลาว ร้อยละ 7.00 ส่วนภาพรวมของประชากรไทยมีอัตราเพิ่มลดลงแต่ประชากรสูงอายุกลับกำลังเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่รวดเร็ว และคาดการณ์ว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรไทยจะลดลงจาก 66 ล้านคน เหลือเพียง 60 ล้านคน แต่ประชากรสูงอายุจะเพิ่มจาก 13 ล้านคน เป็น 19 ล้านคน¹

สำหรับสถานการณ์ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี จังหวัดสุโขทัย จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดเพชรบูรณ์ และจังหวัดตาก มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 23.16, 22.12, 20.65, 19.72, 13.14 ตามลำดับ² ถึงแม้ว่าจังหวัดพิษณุโลกไม่ใช่จังหวัดที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดในภาคเหนือหรือในเขตสุขภาพที่ 2 แต่ประชากรของจังหวัดพิษณุโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่ามีจำนวนประชากร 847,384 คน เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 175,006 คน คิดเป็นร้อยละ 20.65 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 4,350 คน คิดเป็น ร้อยละ 2.48 นอกจากนี้ มีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (care giver) ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร จำนวน 1,305 คน และมีผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (care manager) 70 ชั่วโมง จำนวน 414 คน³ การเตรียมความพร้อมรองรับการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการเพิ่มของจำนวนผู้สูงอายุส่งผลต่อทั้งตัวผู้สูงอายุเองและอาจเป็นภาระของครอบครัว ตลอดจนภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ทั้งการดูแลด้านสุขภาพ ค่าใช้จ่ายด้านสวัสดิการที่เพิ่มขึ้น ค่าครองชีพที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถเลี้ยงดูตนเองได้ บริการสาธารณะต่างๆ ที่ต้องจัดบริการให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ รวมทั้งด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีล้วนเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นตามไปด้วย⁴⁻⁵

ในปี พ.ศ. 2561 รัฐบาลมีนโยบายและสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มอย่างต่อเนื่อง กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ และแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่มตามความสามารถในการดำเนินชีวิต ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ให้การดูแลสนับสนุนทั้งบริการด้านสุขภาพและด้านสังคม แก่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือกลุ่มติดบ้านและติดเตียง โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ คงสภาวะสุขภาพเดิมของผู้สูงอายุไว้ให้นานที่สุด ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและช่วยเหลือดูแลฟื้นฟูสภาพให้สามารถช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด⁶⁻⁷ และผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ซึ่งผลการศึกษาดูแลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ลดลง การใช้บริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้น และภาระการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้นของผู้ดูแล⁸ นอกจากนี้การศึกษาในผู้ดูแล

ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว พบว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้ดูแลที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงสามารถให้การสนับสนุนที่เหมาะสมในการดูแลอาหารการติดตามอาการ และการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์⁹ จากการศึกษาชิ้นนี้ชี้ให้เห็นว่าความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล ซึ่งความสำเร็จในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนอกจากจะมีระบบการจัดการและการวางแผนดูแลระยะยาวที่ดีแล้ว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) ก็เป็นบุคคลที่สำคัญยิ่งที่จะทำให้สุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้นหรือคงสถานะเดิมไว้ได้นานที่สุด โดยการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องอาศัยความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะที่จำเป็น ประสบการณ์ในการทำหน้าที่ รวมถึงทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ การเข้ามามีส่วนร่วมส่งเสริมและสนับสนุนในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้นำท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลในพื้นที่ เป็นต้น ซึ่งภาคส่วนเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในทุกมิติ¹⁰⁻¹¹

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) หมายถึง ความสามารถและทักษะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ และความเข้าใจด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ ประเมินผล และจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมถึงสามารถถ่ายทอดและชี้แนะด้านสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนได้อย่างถูกต้อง¹² คุณสมบัติดังกล่าวจึงเป็นสิ่งที่ต้องได้รับการส่งเสริมและพัฒนาอย่างต่อเนื่องในทุกกลุ่มประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งมีบทบาทสำคัญในการนำความรู้ด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ได้แก่ การดูแล การช่วยเหลือ การประคับประคอง การสนับสนุนและการเป็นผู้ประสานงานและเชื่อมโยง มีปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้และการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบไปด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทัศนคติ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม^{10-11,13-15}

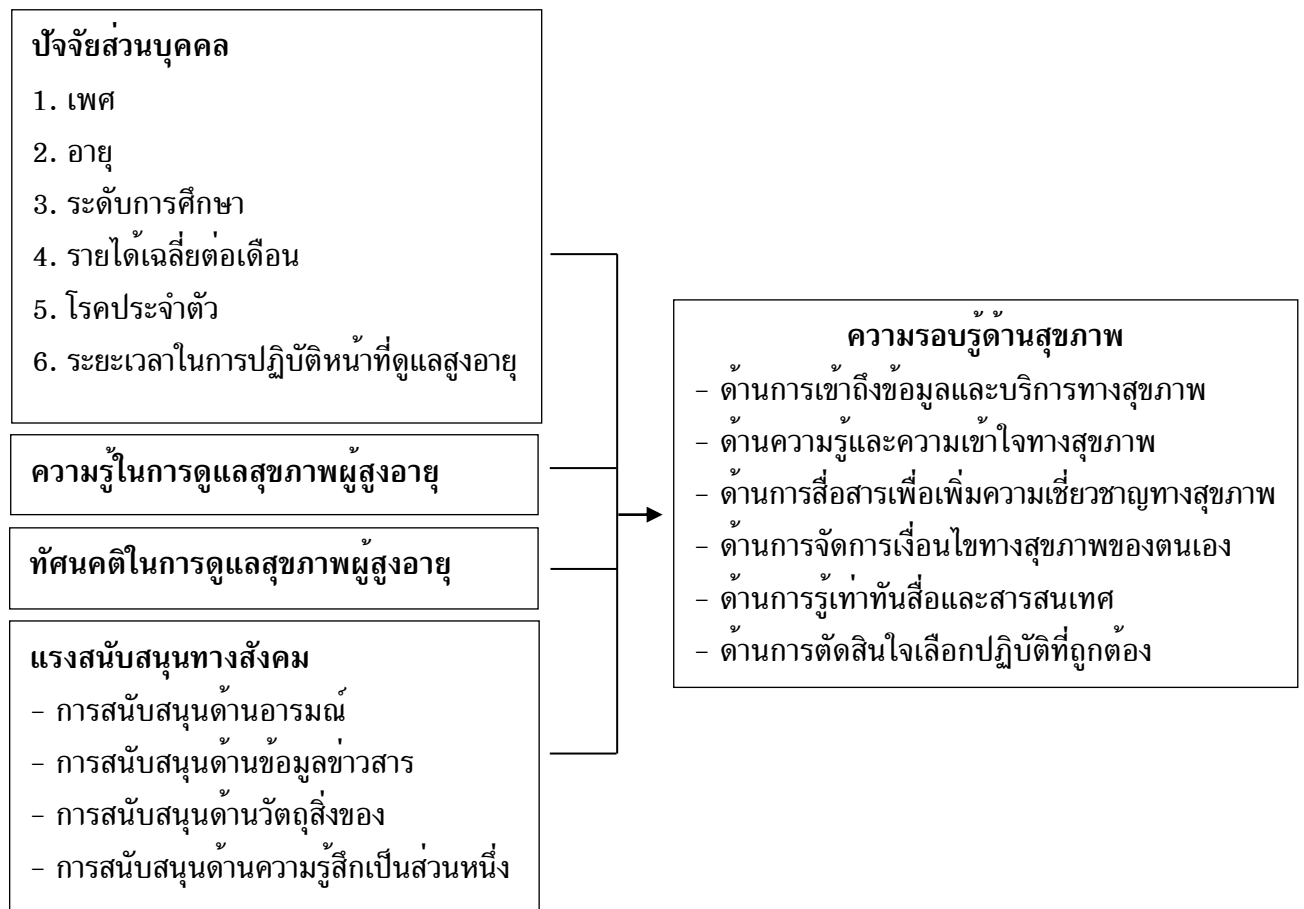
จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดพิษณุโลก โดยการวิเคราะห์อิทธิพลร่วมของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในบริบทของจังหวัดพิษณุโลก ช่องว่างองค์ความรู้ดังกล่าวนำไปสู่คำถามสำคัญสองประการ คือ ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดพิษณุโลกอยู่ในระดับใด และปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มดังกล่าว ซึ่งสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเอื้อให้เกิดการลดภาระงบประมาณด้านสุขภาพของภาครัฐอย่างยั่งยืน ลดความแออัดในหน่วยบริการสุขภาพ และเสริมสร้างทักษะการจัดการสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ผ่านการมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่ายในระดับชุมชน อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในจังหวัดพิษณุโลก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) มาเป็นกรอบในการดำเนินการ ตามนิยามของ Nutbeam¹⁶ และ Edward, Wood, Davies & Edwards¹⁷ คือ ระดับพื้นฐาน ประกอบด้วย 1) ความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ ระดับปฏิสัมพันธ์ ประกอบด้วย 3) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง และระดับวิจรณ์ญาณ ประกอบด้วย 5) การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง สำหรับตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และแรงสนับสนุนทางสังคม ดังแสดงแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (analytical survey research) รูปแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2567

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ตามหลักสูตรของกรมอนามัย 70 ชั่วโมงหรือ 420 ชั่วโมง ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 1,305 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุตามหลักสูตรของกรมอนามัย 70 ชั่วโมงหรือ 420 ชั่วโมง ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 297 คน

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel & Ross¹⁸ ได้จำนวน 297 คน เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย (missing data) จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ดังนั้น จึงได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 327 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) ดังนี้ มีขั้นตอนที่ 1 สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified sampling) โดยแบ่งอำเภอ ออกเป็น 3 กลุ่ม ตามสัดส่วนจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร จังหวัดพิษณุโลก ขั้นตอนที่ 2 สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยวิธีจับสลากเพื่อหาตัวแทนของแต่ละกลุ่มอำเภอตามขนาดเล็ก กลาง ใหญ่ กลุ่มละ 1 อำเภอ ขั้นตอนที่ 3 คำนวณขนาดตัวอย่างของอำเภอที่สุ่มได้ในแต่ละกลุ่ม และมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) กลุ่มตัวอย่างยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ 2) ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 70 ชั่วโมง หรือ 420 ชั่วโมง 3) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า 1 ปี 4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 5) ไม่มีความผิดปกติทางด้านการพูด การได้ยิน และการมองเห็น 6) มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย คือ 1) กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวจากการวิจัย 2) กลุ่มตัวอย่างย้ายที่อยู่หรือเสียชีวิตขณะให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งแบบสอบถาม ออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว และระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ มีตัวเลือกให้ตอบและเขียนคำตอบลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ มีตัวเลือกคำตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ คะแนนสูงสุด 10 คะแนน การแปลผลจำแนกเป็น 3 ระดับ โดยใช้การแบ่งช่วงคะแนนของข้อมูลตามเกณฑ์ของ Bloom¹⁹ คือ < 60% (0-5 คะแนน) ระดับต่ำ 60-79% (6-7 คะแนน) ระดับปานกลาง 80% ขึ้นไป (8-10 คะแนน) ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 8 ข้อ มีตัวเลือกคำตอบแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง=5 เห็นด้วย=4 ไม่แน่ใจ=3 ไม่เห็นด้วย=2 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง=1 การแปลผลจำแนกเป็น 3 ระดับ โดยใช้การแบ่งช่วงคะแนนของข้อมูลตามเกณฑ์ของ Best²⁰ คือ 8.00-18.67 ระดับต่ำ 18.68-29.35 ระดับปานกลาง 29.36-40.00 ระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 14 ข้อ มีตัวเลือกคำตอบแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับเป็นประจำ=3 ได้รับเป็นบางครั้ง=2 ไม่เคยได้รับเลย=1 การแปลผลจำแนกเป็น 3 ระดับ โดยใช้การแบ่งช่วงคะแนนของข้อมูลตามเกณฑ์ของ Best²⁰ คือ 14.00-23.33 ระดับต่ำ 23.34-32.67 ระดับปานกลาง 32.68-42.00 ระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 12 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์จากกองการสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข¹² ประกอบไปด้วยคำถาม 6 ด้าน ๆ ละ 2 ข้อ คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพ ด้านความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีตัวเลือกคำตอบแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด=5 มาก=4 ปานกลาง=3 น้อย=2 น้อยที่สุด=1 การแปลผลจำแนกเป็น 3 ระดับ โดยใช้การแบ่งช่วงคะแนนของข้อมูลตามเกณฑ์ของ Best²⁰ คือ

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุรายด้าน 2.00–4.67 ระดับต่ำ 4.68–7.35 ระดับปานกลาง 7.36–10.00 ระดับสูง
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาพรวม 12.00–28.00 ระดับต่ำ 29.00–44.00 ระดับปานกลาง 45.00–60.00 ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาโดยอาจารย์ที่ปรึกษา ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of item-objective congruence: IOC) ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านงานสุขภาพภาคประชาชน 1 ท่าน มีผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา ดังนี้ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีค่า IOC รายข้อระหว่าง .67–1.00 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 ชุด แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น ดังนี้ ค่าคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ของแบบสอบถามความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ .569 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ของแบบสอบถามทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ .708, .898 และ .901 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ SCPHPL 6/2567.2.2.1 ลงวันที่ 23 พฤษภาคม 2567 และผู้วิจัยจะพิทักษ์สิทธิให้อาสาสมัครเข้าร่วมวิจัย โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ การขอความยินยอมแบบสมัครใจไม่บังคับ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และสามารถถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกแปลงเป็นรหัสแทน ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น และจะทำลายข้อมูลหลังการวิจัยสิ้นสุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานเพื่อลงพื้นที่กับสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในพื้นที่ในการศึกษาวิจัย โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกจากอำเภอขนาดใหญ่ จำนวน 97 คน อำเภอขนาดกลาง จำนวน 144 คน อำเภอขนาดเล็ก จำนวน 86 คน จากนั้นผู้วิจัยได้นัดหมายกลุ่มตัวอย่างล่วงหน้าเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีวิธีการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการตอบแบบสอบถาม รวมถึงสิทธิในการปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา และขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์ม
2. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบด้วยตนเองอย่างอิสระ ใช้ระยะเวลาประมาณ 20–30 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จส่งกลับคืนทันที ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมด และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยตรวจสอบจำนวนแบบสอบถามทั้งหมด มีอัตราตอบกลับคิดเป็นร้อยละ 100 แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว และระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่าต่ำสุด (minimum) และค่าสูงสุด (maximum)
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในจังหวัดพิษณุโลก โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้น แบบขั้นตอน (stepwise multiple linear regression) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ได้แก่ ตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม มีความสัมพันธ์เชิงเส้นต่อกัน ทุกตัวแปรมีการแจกแจงแบบปกติ (normality) การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (multicollinearity) โดยพิจารณาจากค่า VIF เท่ากับ 1.120 และค่า Tolerances เท่ากับ .893 และไม่พบ autocorrelation โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson มีค่าเท่ากับ 1.736

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98.47 มีอายุเฉลี่ย 52.35 ± 8.92 ปี อายุต่ำสุด 24 ปี อายุสูงสุด 87 ปี โดยมีช่วงอายุระหว่าง 51–60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 42.20 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 41–50 ปี ร้อยละ 30.28 มีระดับการศึกษาอยู่ในช่วงมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.มากที่สุด ร้อยละ 47.40 รองลงมาอยู่ในช่วงมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 29.97 รายได้ต่อ

เดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 59.33 รองลงมา มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 32.72 รายได้เฉลี่ย 6,271.53 $\pm$ 3,899.10 บาทต่อเดือน รายได้ต่ำสุด 600 บาท และรายได้สูงสุด 30,000 บาท ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว 53.21 มีโรคประจำตัวตามการวินิจฉัยของแพทย์ ร้อยละ 46.79 ชนิดของโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.45 รองลงมา คือ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 33.18 และระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เท่ากับ 5.64 $\pm$ 2.79 ปี ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุสูงสุด 12 ปี ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุต่ำสุด 1 ปี ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5-10 ปี ร้อยละ 63.61

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 48.95 (SD $\pm$ 6.05) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีความรอบรู้อยู่ในระดับสูงทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพ คะแนนค่าเฉลี่ย 8.14 (SD $\pm$ 1.18) ด้านความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ คะแนนค่าเฉลี่ย 8.00 (SD $\pm$ 1.27) ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ คะแนนค่าเฉลี่ย 8.29 (SD $\pm$ 1.30) ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง คะแนนค่าเฉลี่ย 8.44 (SD $\pm$ 1.30) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ คะแนนค่าเฉลี่ย 8.03 (SD $\pm$ 1.17) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง คะแนนค่าเฉลี่ย 8.04 (SD $\pm$ 1.32) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 327)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	M	SD	การแปลผล
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพ	8.14	1.18	ระดับสูง
ด้านความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ	8.00	1.27	ระดับสูง
ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	8.29	1.30	ระดับสูง
ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง	8.44	1.30	ระดับสูง
ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	8.03	1.17	ระดับสูง
ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	8.04	1.32	ระดับสูง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาพรวม	48.95	6.05	ระดับสูง

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม (β =.456, p <.001) และทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (β =.151, p =.003) โดยปัจจัยทั้ง 2 ปัจจัยสามารถร่วมกันพยากรณ์อิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ร้อยละ 27.5 (ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3) สามารถนำมาเขียนสมการพยากรณ์ ได้ดังนี้

อิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ = 20.607+.534(แรงสนับสนุนทางสังคม) +.286(ทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 327)

ตัวแปร	Y	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11
ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Y)	1.00	.061	-.021	-.059	.078	.065	.057	.005	-.041	-.016	.300*	.505*
เพศ ¹ (X1)		1.00	-.076	.027	.068	-.152	.052	.033	.038	-.002	-.012	.037
อายุ(X2)			1.00	.077	-.191*	-.133	-.137	-.354*	.135	-.125	-.164*	-.028
ม.ต้น ² (X3)				1.00	-.621*	-.188*	-.061	-.055	.043	.075	-.095	-.014
ม.ปลาย/ปวช. ² (X4)					1.00	-.273*	.088	.105	.001	-.023	.136	-.022
ป.ตรีขึ้นไป ² (X5)						1.00	.187*	.039	-.054	-.010	.152	.073
รายได้(X6)							1.00	.033	.042	.092	.019	.050
โรคประจำตัว ³ (X7)								1.00	-.098	.129	.105	.009
ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ(X8)									1.00	-.111	-.223	-.040
ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ(X9)										1.00	.101*	-.038
ทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ(X10)											1.00	.327*
แรงสนับสนุนทางสังคม(X11)												1.00

*p-value<.001

กลุ่มอ้างอิง 1 = เพศชาย, 2 = ประถมศึกษา, 3 = มีโรคประจำตัว

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 327)

ตัวแปร	b	SE(b)	Beta	t-value	p-value	95% of CI for b	
						Lower	Upper
แรงสนับสนุนทางสังคม	.534	.059	.456	9.108	<.001	.419	.649
ทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	.286	.095	.151	3.018	.003	.100	.473
ค่าคงที่ (Constant)	20.607	3.026	-	6.811	<.001	14.654	26.559

R=.525, R²=.275, Adj.R²=.271, F=61.599, p-value<.001

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใหญ่มีการศึกษาช่วงมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. มีระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุระหว่าง 5-10 ปี มีความรู้ในระดับสูงและยังมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังได้รับการสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้านเป็นอย่างดีจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จึงส่งผลให้สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพ ด้านความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง พบว่ามีความรอบรู้ในระดับสูงทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของสุลริรัตน์ เพ็ชรสมบัติ และคณะ¹⁴ ที่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสระแก้วมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีและการศึกษาของทรศณีย์ บุญมั่น¹⁵ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษา พบว่า อสม.ส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดพิษณุโลก ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมและทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ส่งผลเชิงบวกต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ($\beta=.456, p<.001$) จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.54 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ถึงการให้ความสำคัญ ความเอาใจใส่จากผู้ที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ ได้รับความเคารพ การยอมรับในวิธีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้รับคู่มือ เอกสาร แผ่นพับต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ รวมถึงการได้รับการสนับสนุนและการให้คำแนะนำการดูแลผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของอานนท์ สังฆะพงษ์ และคณะ¹³ พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ($\beta=.211, p<.01$) สามารถร่วมทำนายและมีอิทธิพลทางบวกต่อความรอบรู้สุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเขตอำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ และการศึกษาของ ทรรศนีย์ บุญมั่น¹⁵ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุโขทัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($p<.001, \beta=.202$) และทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่ส่งผลเชิงบวกต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ($\beta=.151, p=.003$) จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.38 มีทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติที่ดี มีความเข้าใจและให้ความสำคัญของการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจะมีแนวโน้มการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุบรรลุตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ยิ่งขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาศิวะพร ชุ่มเย็น และคณะ¹⁰ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรธานี คือ ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2=.667, p<.001$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีค่า KR20 เท่ากับ .569 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (.70) เนื่องจากแบบสอบถาม มีจำนวนเพียง 10 ข้อ แต่ครอบคลุมเนื้อหาหลายด้านที่มีความหลากหลายสูง (content heterogeneity) เช่น การวัดสัญญาณชีพ โภชนาการ และหัตถการทางการแพทย์ เป็นต้น ดังนั้น ควรมีการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ให้มีความเฉพาะเจาะจงและมีคุณภาพทางสถิติสูงขึ้น ด้วยการเพิ่มจำนวนข้อคำถาม ในแต่ละมิติของการดูแลให้มากขึ้นหรือแยกข้อคำถามเป็นรายด้าน ดำเนินการการวิเคราะห์รายข้อ (item analysis) เพื่อคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าความยากง่าย (p) และค่าอำนาจจำแนก (r) ที่เหมาะสมตามเกณฑ์มาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้น แบบขั้นตอน (stepwise multiple linear regression) มีข้อจำกัดสำคัญ คือ ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตัวแบบเหมาะสมเกินไป (overfitting) ซึ่งส่งผลให้โมเดลพยากรณ์มีความแม่นยำสูงเฉพาะกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา แต่อาจขาดความคงตัวเมื่อนำไปประยุกต์ใช้กับประชากรกลุ่มอื่น กระบวนการคัดเลือกตัวแปรเข้าและออกซ้ำหลายครั้งอาจนำไปสู่การสะสม

ของความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 (Type I Error Inflation) หรือการรายงานนัยสำคัญทางสถิติที่สูงกว่าความเป็นจริง ดังนั้น การแปลผลปัจจัยอิทธิพลและการนำผลวิจัยไปอ้างอิงในบริบทที่แตกต่างออกไปจึงควรทำด้วยความระมัดระวัง นอกจากนี้ ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรเพิ่มขั้นตอนการตรวจสอบความถูกต้องของโมเดล (model validation) ด้วยการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างใหม่ (cross-validation) เพื่อยืนยันความคงเส้นคงวาและความแม่นยำของตัวแปรพยากรณ์ที่คัดเลือกมาได้ ซึ่งจะช่วยลดข้อจำกัดที่เกิดจากการคัดเลือกตัวแปรแบบขั้นตอน (stepwise) และทำให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

บุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการมุ่งเน้นให้การสนับสนุนทางสังคมและการสร้างทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้และเข้าใจในวิธีการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี ตลอดจนสามารถให้ความรู้คำแนะนำและให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัวได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ควรแยกการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม 70 ชั่วโมง และ 420 ชั่วโมง โดยนำปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมและทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมาพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2.2. ควรนำปัจจัยที่พบในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมและทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มาพัฒนาโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

References

1. Department of Elderly Affairs. Situation and trends of the Thai aging society 2022. Bangkok: Amarin Corporation Public Company Limited; 2023. (in Thai).
2. Health Center No. 2 Phitsanulok. Elderly demographics. [internet]. 2024 [cited 5 Feb 2024]. Available from: <https://hpc2service.anamai.moph.go.th/ltcdata/oldperson.php> (in Thai).
3. Health Center No. 2 Phitsanulok. LTC Subdistrict passed the criteria of the National Health Security Office, Region 2, Phitsanulok as of September 30, 2022. [internet]. 2024 [cited 5 Feb 2024]. Available from: <https://hpc2service.anamai.moph.go.th/ltcdata/ltc.php>. (in Thai).
4. Office of the Promotion and Protection of the Elderly. A guide to the rights of the elderly under the Elderly Persons Act B.E. 2546 (2003). (7thed.). Bangkok: Office of the Promotion and Protection of the Elderly, 2010. (in Thai).
5. Srihaphak S, Chuengsatiansup K, Tengrang K. Research report on the impact and burden of long-term care for the elderly under Thai culture. Nonthaburi: Health Systems Research Institute, 2013. (in Thai).



6. Department of Elderly Affairs, Ministry of Social Development and Human Security. Measures to drive the national agenda on aging society (revised edition). (2nd ed.). Bangkok: Amarin Printing and Publishing Public Company Limited, 2019. (in Thai).
7. Prayoonwong N. Trend situation and health promotion of elderly bedridden people in Thailand. *Journal of Public Health and Innovation*. 2022;2(2):14–25. (in Thai).
8. Yuen EYN, Knight T, Ricciardelli LA, Burney S. Health literacy of caregivers of adult care recipients: A systematic scoping review. *Health Soc Care Community*. 2018;26(2):e191–e206. doi: 10.1111/hsc.12368.
9. Selvi Sarıg  l S,   rek D, U  urluo  lu   . The effect of caregivers' health literacy levels on the quality of life and self-care of patients with heart failure. *Geriatr Nurs*. 2024;60:491–496. doi:10.1016/j.gerinurse.2024.10.015.
10. Choomyen S, Wananatwichit C. Factors influencing role performance among the caregivers for caring of the dependent elderly people in Uttaradit Province. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi*. 2023;34(1):158–171. (in Thai).
11. Nampan J, Auemaneekul N, Kalampakorn S. Factors Influencing Job Performance Among Trained Caregivers for Caring Dependent Elderly in Bangkok. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2020;28(3):41–52. (in Thai).
12. Division of Health Education, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Strengthening and evaluating health literacy and health behaviors. Bangkok: New Thammada Printing Co., Ltd; 2016. (in Thai).
13. Sangkhaphong A, Toonsiri C, Lawang W. Factors Influencing Health Literacy among Family Caregivers of Chronic Disease Patients in Community. *Journal of Nursing and Health Care*. 2019;37(2):55–62. (in Thai).
14. Pechsombat S, Wattanaburanon A, Sangjun S, Thongnopakun S. Association between health literacy with social support and dependent elderly care of caregivers in sa kao province. *Journal of Environmental Education Medical and Health*. 2025;10(4):360–369. (in Thai).
15. Boonmun T. Factors affecting to health literacy among village health volunteers in Sukhothai Province [Master thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2021. (in Thai).
16. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 2008;67(12):2072–8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.
17. Edwards M, Wood F, Davies M, Edwards A. The development of health literacy in patients with a long-term health condition: The health literacy pathway model. *BMC Public Health*. 2012;12(1):1–15. doi: 10.1186/1471-2458-12-130.
18. Daniel W. W, Ross C. L. Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences. (6th ed.). John Wiley & Sons; 1995.
19. Bloom S. Human characteristics and school learning. New York: McGraw-Hill; 1976.
20. Best J. W. Research in education. (3rd ed.). New Jersey: Prentice hall; 1977.

**ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 3
Factors Influencing Performance Based on Core Competency of
Village Health Volunteers in Health Region 3**

รักษัสุดา หยวทอง^{1,3}, ยุทธนา แยกคาย²

Raksuda Yuakthong^{1,3}, Yutthana Yaebkai²

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3

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

Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

² Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok,

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

³ Health Service Support Center 3

Corresponding author: Yutthana Yaebkai; Email: yutthanaya@scphpl.ac.th

Received: April 16, 2026 Revised: August 13, 2026 Accepted: August 17, 2026

บทคัดย่อ

การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 3 โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 880 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80.70 อายุเฉลี่ย 51.96 ปี (SD=10.75) มีระยะเวลาปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฉลี่ย 13.64 ปี (SD=9.61) ระดับการรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับสูง ส่วนการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลัก ได้แก่ การรับรู้บทบาท ($\beta=.23$) แรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta=.19$) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ($\beta=-.12$) อาชีพรับจ้าง/อิสระ ($\beta=.09$) และการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ($\beta=.08$) ซึ่งตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 5 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักได้ ร้อยละ 10.00 ($p<.05$) ดังนั้น ควรพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างการรับรู้บทบาท การสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยออกแบบการพัฒนาให้เหมาะสมตามกลุ่มอาชีพและระดับการศึกษา

คำสำคัญ: การปฏิบัติงาน; สมรรถนะหลัก; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



Factors Influencing Performance Based on Core Competency of Village Health Volunteers in Health Region 3

Raksuda Yuakthong^{1,3}, Yutthana Yaebkai²

¹Master of Public Health Student, Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok
Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

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

³Health Service Support Center 3

Corresponding author: Yutthana Yaebkai; Email: yutthanaya@scphpl.ac.th

Received: April 16, 2026 **Revised:** August 13, 2026 **Accepted:** August 17, 2026

Abstract

Village health volunteers (VHVs) play a crucial role in strengthening Thailand's primary health care system. This cross-sectional analytical study examined factors influencing VHVs performance based on core competencies in Health Region 3. The sample consisted of 880 VHVs selected using a multistage sampling method. Data were collected through a structured questionnaire and analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. The results showed that most participants were female (80.70%), with a mean age of 51.96 ± 10.75 years, and the average duration of service as VHVs was 13.64 ± 9.61 years. Role perception, social support, work motivation, and intersectoral collaboration were high, while performance based on core competencies was moderate. Factors influencing performance included role perception ($\beta=.23$), social support ($\beta=.19$), work motivation ($\beta=-.12$), being employed or self-employed ($\beta=.09$), and lower secondary education ($\beta=.08$). These five predictors accounted for 10.00% of the variance in performance ($p<.05$). Therefore, the capacity of VHVs should be developed by focusing on enhancing role perception, social support, and work motivation, with development programs tailored to their occupations and educational levels.

Keywords: performance; core competency; village health volunteers

ความเป็นมาและความสำคัญ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้นำเสนอกรอบแนวคิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งเน้นการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพและการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐาน¹ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้นำแนวคิดดังกล่าวมาใช้เป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ ผ่านการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพชุมชน แนวทางสาธารณสุขมูลฐานจึงถูกผลักดันอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) เป็นต้นมา ในปัจจุบันประเทศไทยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวนกว่า 1,075,163 คน² ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน/ชุมชนทั่วประเทศ ปฏิบัติงานด้วยจิตอาสาและเสียสละ มีบทบาทสำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนการให้บริการด้านสาธารณสุขขั้นพื้นฐานแก่ประชาชน

ในอดีตที่ผ่านมา อสม. ปฏิบัติงานด้วยจิตอาสาโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนจากรัฐ ต่อมาในปี พ.ศ. 2552 รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณสนับสนุนค่าป่วยการ จำนวน 600 บาทต่อคนต่อเดือนเพื่อเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและรองรับภาระงานที่เพิ่มขึ้น และปรับเพิ่มขึ้นเป็น 1,000 บาทต่อคนต่อเดือนในปี พ.ศ. 2561 ควบคู่กับการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานจากระบบดั้งเดิมสู่ระบบอิเล็กทรอนิกส์ ปัจจุบันได้มีการปรับเพิ่มค่าป่วยการเป็น 2,000 บาทต่อคนต่อเดือน ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 สอดคล้องกับภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากเดิมมากกว่า 4 วันต่อเดือนหรือสัปดาห์ละ 1 วัน เป็นมากกว่า 8 วันต่อเดือนหรือสัปดาห์ละ 2 วัน³ ในปี พ.ศ. 2567 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนอย่างทั่วถึง โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้พัฒนาแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. (smart AorSorMor) เป็นเครื่องมือสนับสนุนการปฏิบัติงาน และการรายงานผลของ อสม. เชื่อมโยงข้อมูลกับระบบสุขภาพระดับพื้นที่ ทั้งนี้ กำหนดให้ อสม. จัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานภายในวันที่ 25 ของทุกเดือน เพื่อใช้รับรองผลการปฏิบัติงานที่มีผลผูกพันตามกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิในการรับค่าป่วยการ โดยแบบรายงานผลการปฏิบัติงานดังกล่าวครอบคลุมภาระงานหลัก 9 ด้าน ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมสุขภาพ 2) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค 3) การฟื้นฟูสุขภาพ 4) การคุ้มครองผู้บริโภค 5) การจัดการสุขภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมในแผนสุขภาพตำบล 6) การสนับสนุนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) 7) การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล/การบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ 8) การเข้าร่วมกับทีมหมอครอบครัว และ 9) กิจกรรมอื่นๆ ตามประเด็นปัญหาสุขภาพหรือกิจกรรมเชิงนโยบายเร่งรัด ซึ่งสะท้อนสมรรถนะหลักที่ต้องปฏิบัติอย่างครบถ้วนในทุกพื้นที่³

เขตสุขภาพที่ 3 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ ชัยนาท นครสวรรค์ อุทัยธานี กำแพงเพชร และพิจิตร มีอสม. จำนวน 63,150 คน⁴ ทั้งนี้ จากข้อมูลสถานการณ์การเบิกจ่ายค่าป่วยการของ อสม. ทั่วประเทศในช่วงเดือนมกราคมถึงกันยายน พ.ศ. 2567 พบว่า เขตสุขภาพที่ 3 มีอัตราการไม่ส่งเบิกค่าป่วยการสูงที่สุดในภาคเหนือ จำนวน 6,292 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0 ซึ่งสูงกว่าเขตสุขภาพที่ 1 ร้อยละ 1.5 และเขตสุขภาพที่ 2 ร้อยละ 6.2 โดย “อัตราการไม่ส่งเบิกค่าป่วยการ” หมายถึง สัดส่วนของ อสม. ที่ไม่ส่งรายงานผลการปฏิบัติงาน ภายในวันที่ 25 ของทุกเดือน ซึ่งใช้รับรองผลการปฏิบัติงานที่มีผลผูกพันตามกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิในการรับค่าป่วยการ ทั้งนี้สาเหตุหลักมาจากการไม่ส่งรายงานผลการปฏิบัติงานภายในระยะเวลาที่กำหนด จำนวน 5,764 คน คิดเป็นร้อยละ 91.6⁴ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การปฏิบัติงานของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 3 ยังประสบปัญหาและข้อจำกัด ส่งผลต่อประสิทธิภาพ



ในการปฏิบัติงานและสูญเสียสิทธิประโยชน์ที่พึงจะได้รับ ในทำนองเดียวกัน ยังสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบที่ประชาชนควรได้รับจากการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. การดูแลสุขภาพประชาชน การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และการขับเคลื่อนระบบสุขภาพในระดับชุมชน ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. จึงมีความจำเป็น โดยการเสริมสร้างสมรรถนะหลักในด้านต่าง ๆ ให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าวและปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติงานให้มีความเหมาะสม สร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน ให้ อสม. สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพ ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 ตลอดจนระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง ใกล้เคียง และใกล้ชิดต่อไป

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้บทบาทของ Biddle⁵ ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House⁶ และทฤษฎีแรงจูงใจของ Herzberg⁷ เพื่ออธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. โดยจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การรับรู้บทบาทที่ชัดเจนช่วยส่งเสริมความมั่นใจและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน⁸⁻⁹ ขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัว และชุมชน มีส่วนช่วยสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม.⁹ นอกจากนี้ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานและความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมความต่อเนื่องและประสิทธิภาพในการดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชน^{8,10} สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการดำเนินงาน¹¹ อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. ตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงาน (อสม.1) ฉบับปัจจุบัน โดยเฉพาะในบริบทของเขตสุขภาพที่ 3 ซึ่งมีบริบทด้านเศรษฐกิจ สังคม และระบบบริการสุขภาพที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น จึงเป็นช่องว่างขององค์ความรู้ที่นำไปสู่การศึกษาครั้งนี้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 3 เพื่อเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้ ใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนานโยบายและการประยุกต์ในการวางแผนพัฒนาศักยภาพ อสม. ส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม. ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของ อสม. ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

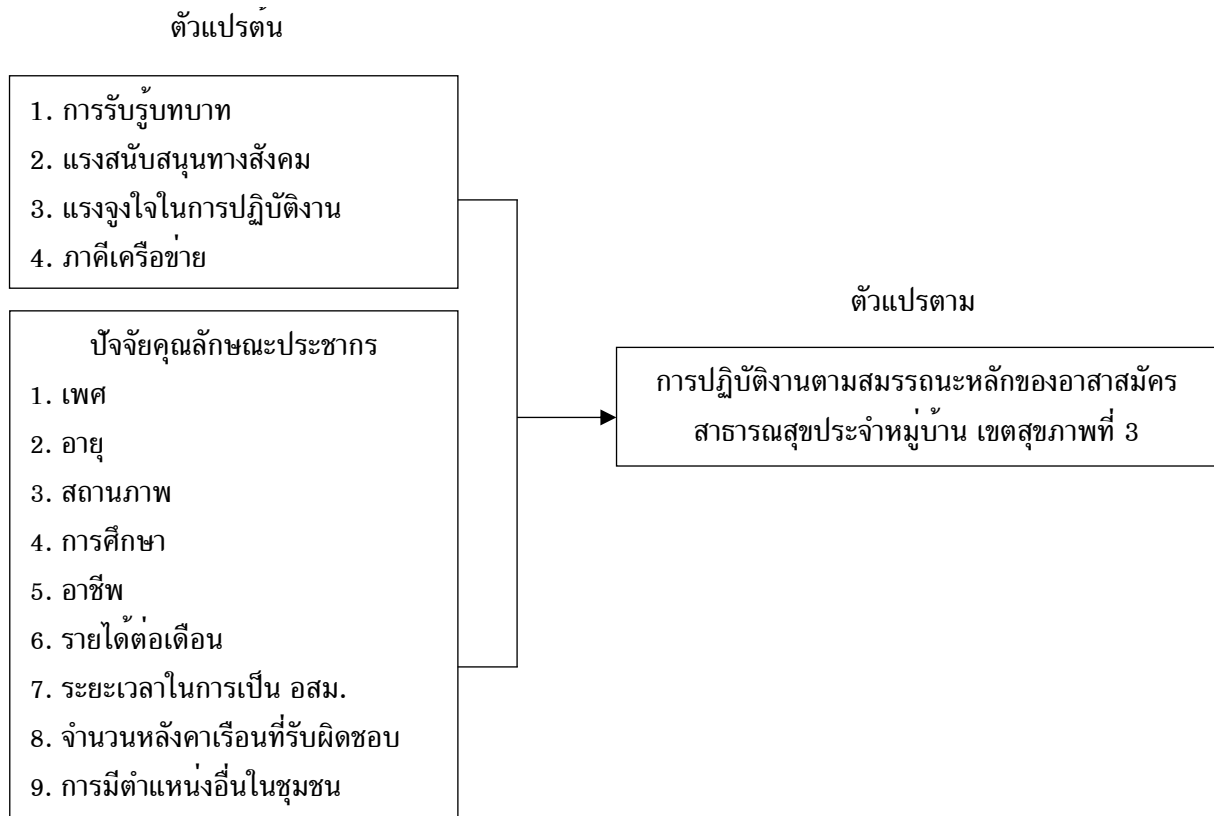
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ภาคีเครือข่าย และการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. เขตสุขภาพที่ 3
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. เขตสุขภาพที่ 3

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร การรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และภาคีเครือข่าย มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. เขตสุขภาพที่ 3

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

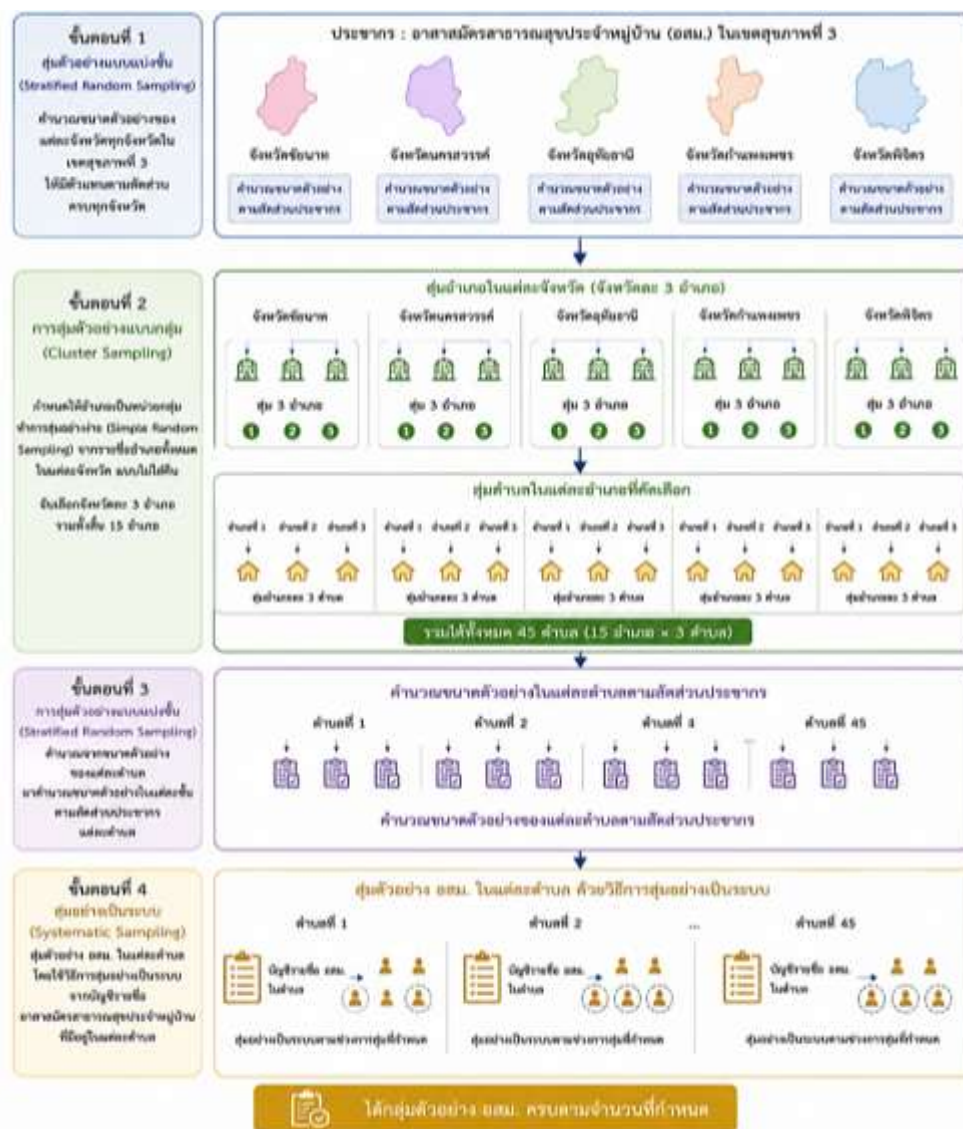
วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย คือ การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (cross-sectional analysis study)

ประชากร คือ อสม. เขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 63,150 คน²

กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. เขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 836 คน ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรประมาณค่าเฉลี่ยกลุ่มประชากรแบบทราบขนาดประชากร¹² ขนาดของกลุ่มตัวอย่างต้องอย่างน้อย 836 ตัวอย่าง และเพื่อป้องกันการตอบข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ โดยการปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างภายใต้เงื่อนไขเฉพาะอัตราการเกิดผลลัพธ์ไม่ครบถ้วนตามความคาดหวัง ร้อยละ 5.0 ได้ขนาดตัวอย่างใหม่จำนวน 880 คน

การสุ่มตัวอย่าง คือ ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling) โดยเริ่มจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 5 จังหวัด เพื่อให้ได้ตัวแทนที่ครอบคลุมทุกจังหวัด จากนั้นดำเนินการสุ่มแบบกลุ่มโดยกำหนดให้อำเภอเป็นหน่วยกลุ่มและสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน จังหวัดละ 3 อำเภอ รวม 15 อำเภอ ต่อมาสุ่มเลือกตำบลในแต่ละอำเภอ อำเภอละ 3 ตำบล ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน รวมทั้งสิ้น 45 ตำบล จากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลตามสัดส่วนของประชากร และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบจากบัญชีรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยสุ่มตามช่วงการสุ่มที่กำหนด จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนดในแต่ละตำบล ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า คือ กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 20 ปีขึ้นไป ปฏิบัติงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือ ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัย และพ้นสถานภาพการเป็น อสม. ขณะเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็น อสม. จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ และการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน จำนวน 9 ข้อ โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 การรับรู้บทบาท ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของ อสม. ตามหลักเกณฑ์การปฏิบัติงาน อสม. และรายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบ (อสม.1) พ.ศ. 2566 (ฉบับ 2) พ.ศ. 2567³ จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่

น้อยที่สุด ถึงมากที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ โดยมีการแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ¹³ ได้แก่ 1) คะแนน 1.00-34.00 หมายถึง การรับรู้บทบาทอยู่ในระดับต่ำ 2) คะแนน 34.01-67.00 หมายถึง การรับรู้บทบาทอยู่ในระดับปานกลาง และ 3) คะแนน 67.01-100.00 หมายถึง การรับรู้บทบาทอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์/ความรู้สึก 2) ด้านการประเมินคุณค่า 3) ด้านทรัพยากร และ 4) ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยได้รับ ถึง เป็นประจำ เกณฑ์การให้คะแนน คือ 3, 2 และ 1 ตามลำดับ โดยมีการแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ¹³ ได้แก่ 1) คะแนน 1.00-12.66 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ 2) คะแนน 12.67-24.33 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และ 3) คะแนน 24.34-36.00 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับแรงจูงใจ 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยจูงใจหรือปัจจัยกระตุ้น และ 2) ปัจจัยค่าจูงหรือปัจจัยสุขอนามัย จำนวน 24 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ โดยมีการแปลผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ¹³ ได้แก่ 1) คะแนน 1.00-40.66 หมายถึง แรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำ 2) คะแนน 40.67-80.33 หมายถึง แรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง และ 3) คะแนน 80.34-120.00 หมายถึง แรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 ภาวดีเครือข่าย ประกอบด้วยข้อคำถามด้านการประสานงาน การเข้าร่วมกิจกรรมการทำงานเป็นทีม และการมีส่วนร่วม จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ น้อยที่สุด ถึง มากที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ โดยมีการแปลผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ¹³ ได้แก่ 1) คะแนน 1.00-17.33 หมายถึง ภาวดีเครือข่ายอยู่ในระดับต่ำ 2) คะแนน 17.34-33.67 หมายถึง ภาวดีเครือข่ายอยู่ในระดับปานกลาง และ 3) คะแนน 33.68-50.00 หมายถึง ภาวดีเครือข่ายอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 6 การปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะหลัก ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานของ อสม. และรายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบ (อสม.1) พ.ศ. 2566 (ฉบับ 2) พ.ศ. 2567 โดยมีกิจกรรมการปฏิบัติงานทั้งสิ้น 9 กิจกรรม³ จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ตั้งแต่ ไม่เคย ถึง เป็นประจำ เกณฑ์การให้คะแนน คือ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ โดยมีการแปลผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ¹³ ได้แก่ 1) คะแนน 1.00-34.00 หมายถึง การปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะหลักอยู่ในระดับต่ำ 2) คะแนน 34.01-67.00 หมายถึง การปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะหลักอยู่ในระดับปานกลาง และ 3) คะแนน 67.01-100.00 หมายถึง การปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะหลักอยู่ในระดับสูง



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Index of Item-Objective Congruence: IOC) รายข้ออยู่ระหว่าง .67-1.00 แล้วนำไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 30 คน และนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามการรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ภาวศรัทธา และการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. เท่ากับ .96, .94, .93, .96 และ .98 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ IRRB of SCPHPL 6/2568.2.5 วันที่รับรอง 4 ธันวาคม 2568

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 3 ได้แก่ จังหวัดชัยนาท จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดอุทัยธานี จังหวัดกำแพงเพชร และจังหวัดพิจิตร
2. ผู้วิจัยประสานเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และหน่วยบริการสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในเขตรับผิดชอบทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยรวบรวมแบบสอบถาม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง
3. ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนกุมภาพันธ์ถึงมีนาคม 2569 และติดตามการส่งคืนแบบสอบถามจากหน่วยบริการสุขภาพในแต่ละพื้นที่ เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนตามจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร การรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ภาวศรัทธา และการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
2. วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. เขตสุขภาพที่ 3 ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) โดยผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน จำนวน 5 ข้อ¹⁴ พบว่า 1) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระต่อกัน โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.657 3) ค่าความคลาดเคลื่อน

มีการแจกแจงปกติ 4) ความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ และ 5) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมีค่าระหว่าง -0.368 ถึง 0.695 แสดงให้เห็นว่าข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุ และสามารถนำไปวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ตัวแปรเชิงคุณลักษณะที่มีระดับการวัดเป็นนามบัญญัติ (nominal scale) ได้แก่ เพศ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ และการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน ได้ถูกแปลงให้อยู่ในรูปตัวแปรหุ่น (dummy variables) โดยกำหนดค่ารหัส 0 และ 1 ก่อนนำเข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนต่อไป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.7 มีอายุเฉลี่ย 51.96 ± 10.75 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี และอายุสูงสุด 78 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.00 สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 34.20 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม/เลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 55.20 และรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย $5,709.98 \pm 4,019.00$ บาท ต่ำสุด 500 บาท และสูงสุด 30,000 บาท มีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฉลี่ย 13.64 ± 13.64 ปี ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 44 ปี มีจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบค่าเฉลี่ย 11.83 ± 3.83 หลังคาเรือน ต่ำสุด 5 หลังคาเรือน และสูงสุด 29 หลังคาเรือน และส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งอื่นในชุมชน ร้อยละ 83.50

2. ข้อมูลการรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ภาควิเคราะห์ และการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม.

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้บทบาทอยู่ในระดับสูง ($M=74.97$, $SD=13.91$) แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($M=30.99$, $SD=4.38$) แรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ($M=96.91$, $SD=15.58$) ภาควิเคราะห์อยู่ในระดับสูง ($M=38.71$, $SD=7.14$) และการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. อยู่ในระดับปานกลาง ($M=66.50$, $SD=18.35$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปรผลการรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ภาควิเคราะห์ และการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. ($n = 880$)

ตัวแปร	M	SD	แปรผล
การรับรู้บทบาท (คะแนนเต็ม 100 คะแนน)	74.97	13.91	สูง
แรงสนับสนุนทางสังคม (คะแนนเต็ม 36 คะแนน)	30.99	4.38	สูง
1. ด้านอารมณ์/ความรู้สึก (คะแนนเต็ม 9 คะแนน)	7.64	1.32	สูง
2. ด้านการประเมินคุณค่า (คะแนนเต็ม 9 คะแนน)	7.61	1.37	สูง
3. ด้านข้อมูลข่าวสาร (คะแนนเต็ม 9 คะแนน)	8.13	1.26	สูง
4. ด้านทรัพยากร/เครื่องมือ (คะแนนเต็ม 9 คะแนน)	7.61	1.31	สูง
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (คะแนนเต็ม 120 คะแนน)	96.91	15.58	สูง
1. ปัจจัยจูงใจหรือปัจจัยกระตุ้น (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)	40.82	6.82	สูง



ตัวแปร	M	SD	แปรผล
1.1 ด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	8.36	1.48	สูง
1.2 ด้านการยอมรับนับถือ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	8.24	1.47	สูง
1.3 ด้านโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	7.78	1.65	สูง
1.4 ด้านลักษณะงาน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	8.09	1.44	สูง
1.5 ด้านความรับผิดชอบ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	8.34	1.52	สูง
2. ปัจจัยค่าจ้างหรือปัจจัยสุขอนามัย (คะแนนเต็ม 70 คะแนน)	56.08	9.35	สูง
2.1 ด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	7.73	1.50	สูง
2.2 ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในหน่วยงาน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	8.29	1.53	สูง
2.3 ด้านสภาพในการทำงาน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	8.09	1.45	สูง
2.4 ด้านนโยบายและการบริหารงาน (คะแนนเต็ม 15 คะแนน)	11.93	2.21	สูง
2.5 ด้านความมั่นคงในงาน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	7.98	1.64	สูง
2.6 ด้านวิธีปกครองบังคับบัญชา (คะแนนเต็ม 15 คะแนน)	12.08	2.20	สูง
ภาคีเครือข่าย (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)	38.71	7.14	สูง
การปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลัก (คะแนนเต็ม 100 คะแนน)	66.50	18.35	ปานกลาง
1. การส่งเสริมสุขภาพ (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)	13.06	3.95	ปานกลาง
2. การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค (คะแนนเต็ม 15 คะแนน)	13.63	3.89	สูง
3. การฟื้นฟูสุขภาพ (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	3.42	1.06	ปานกลาง
4. การคุ้มครองผู้บริโภค (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	6.74	1.98	ปานกลาง
5. การจัดการสุขภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมในแผนสุขภาพตำบล (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	6.35	2.12	ปานกลาง
6. การสนับสนุนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	3.31	1.05	ปานกลาง
7. การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล/การบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	6.58	1.99	ปานกลาง
8. การเข้าร่วมกับทีมหมอครอบครัว (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	6.59	2.14	ปานกลาง
9. กิจกรรมอื่นๆ ตามประเด็นปัญหาสุขภาพหรือกิจกรรมเชิงนโยบายเร่งรัด (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	6.82	2.07	ปานกลาง

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. เขตสุขภาพที่ 3

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. เขตสุขภาพที่ 3 ได้แก่ การรับรู้บทบาท ($\beta=.23$) แรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta=.19$) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ($\beta=-.12$) อาชีพรับจ้าง/อิสระ ($\beta=.09$) และการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ($\beta=.08$) ซึ่งตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 5 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. ได้อยู่ละ 10.0 (Adjusted $R^2=.10$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็น อสม. จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน และภาคีเครือข่าย ไม่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. เขตสุขภาพที่ 3 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการวิเคราะห์หัตถดอยพหุระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ
อสม. เขตสุขภาพที่ 3 (n = 880)

ตัวแปรพยากรณ์	R ²	R ² Change	b	s.e. of b	β	t	p-value
การรับรู้บทบาท	.064	.063	.306	.054	.232	5.708	<.001
แรงสนับสนุนทางสังคม	.084	.081	.787	.156	.188	5.048	<.001
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	.092	.088	-.138	.046	-.117	-2.989	.003
อาชีพรับจ้าง/อิสระ	.100	.096	3.849	1.319	.094	2.919	.004
(งานบ้าน/ว่างงาน/เกษียณอายุ = กลุ่มอ้างอิง)							
การศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น	.105	.100	3.360	1.424	.076	2.359	.019
(ประถมศึกษา = กลุ่มอ้างอิง)							

Constant (a)=30.71, R=.325, R²=.105, Adjusted R²=.10, F=20.605, t=6.403, p<.001

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงทั้งระดับของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. โดยผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. การศึกษาการรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ภาวศรัทธา และการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. เขตสุขภาพที่ 3 พบว่า การรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และภาวศรัทธาอยู่ในระดับสูง เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลไกสำคัญของระบบสุขภาพภาคประชาชนที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านองค์ความรู้ การอบรม การสื่อสารนโยบาย และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงการได้รับการยอมรับจากชุมชนและภาวศรัทธาในพื้นที่ ส่งผลให้ อสม. เกิดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และสามารถประสานความร่วมมือกับภาวศรัทธาได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. อยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นว่า แม้ อสม. จะมีความพร้อมทั้งด้านการรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และภาวศรัทธาในระดับสูง แต่การนำศักยภาพดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติงานจริงต้องอาศัยปัจจัยสนับสนุนด้านอื่นร่วมด้วย โดยเฉพาะการพัฒนาทักษะเชิงปฏิบัติ การนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง และระบบบริหารจัดการที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานในพื้นที่ สอดคล้องกับแนวคิดสมรรถนะของ McClelland¹⁵ ที่อธิบายว่า สมรรถนะเป็นคุณลักษณะที่เกิดจากการบูรณาการความรู้ ทักษะ คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจ ซึ่งส่งผลต่อผลการปฏิบัติงานของบุคคล โดยการที่ อสม. มีการรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง สะท้อนถึงการมีปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสมรรถนะ อย่างไรก็ตาม การมีศักยภาพของบุคคลเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการเกิดผลการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลัก หากยังขาดปัจจัยสนับสนุนที่เอื้อต่อการนำสมรรถนะและความพร้อมดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติจริงในบริบทพื้นที่

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. เขตสุขภาพที่ 3 ได้แก่ การรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การศึกษา และอาชีพ ทั้ง 5 ตัวแปร



สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 10.00 ซึ่งสามารถนำไปสู่การอภิปรายผลต่อไปดังนี้

2.1 การรับรู้บทบาท มีอิทธิพลทางบวกต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. สามารถอธิบายได้ว่า อสม. มีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ และขอบเขตการปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายอย่างชัดเจนส่งผลให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้บทบาทของ Biddle ที่ระบุไว้ว่า การที่บุคคลมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองตามที่ได้รับมอบหมาย และสามารถปฏิบัติตามบทบาทนั้นได้อย่างถูกต้องจะนำไปสู่การปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และตัวชี้วัดที่กำหนดไว้⁵ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การรับรู้บทบาทที่ชัดเจนช่วยส่งเสริมความมั่นใจและเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน⁸

2.2 แรงสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลทางบวกต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. สามารถอธิบายได้ว่า การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อน อสม. ครอบครัว และภาคีเครือข่าย จะช่วยเสริมสร้างขวัญกำลังใจ ความมั่นใจ และเอื้อต่อการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House⁶ ที่ระบุไว้ว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร อารมณ์/ความรู้สึก การประเมินคุณค่า และทรัพยากร/เครื่องมือ ล้วนเป็นปัจจัยที่ช่วยเสริมสร้างศักยภาพและเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของ อสม. ได้ และเป็นปัจจัยที่มีผล/ส่งเสริมการปฏิบัติงานของ อสม.^{8,16} รวมทั้งเป็นปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานของ อสม. และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานและเป็นตัวแปรสำคัญในการพยากรณ์ผลการดำเนินงานของ อสม.⁹ การได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่และเครือข่ายในชุมชนมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และทุนทางสังคมซึ่งสะท้อนถึงการยอมรับ ความไว้วางใจ และความสัมพันธ์ที่ดีในชุมชน มีส่วนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของ อสม. ¹⁷⁻¹⁸

2.3 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีอิทธิพลทางลบต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. สามารถอธิบายตามทฤษฎีแรงจูงใจของ Herzberg⁷ ได้ว่า ปัจจัยค่าเงินหรือปัจจัยสุขอนามัยเป็นปัจจัยภายนอกมีบทบาทเพียงช่วยลดความไม่พึงพอใจ แต่ไม่สามารถสร้างแรงจูงใจในการทำงานได้อย่างแท้จริง ในขณะที่ปัจจัยจูงใจหรือปัจจัยกระตุ้น ซึ่งเป็นปัจจัยภายในจึงเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า แม้กลุ่มตัวอย่างจะมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง แต่อาจเป็นแรงจูงใจจากปัจจัยภายนอกเป็นหลัก เช่น ค่าป่วยการ นโยบาย หรือภาระหน้าที่ตามระบบการรายงานผลการปฏิบัติงานจึงเป็นแรงจูงใจที่เกิดจากความจำเป็นมากกว่าความพึงพอใจในงาน และทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับการปฏิบัติงานเป็นไปในทิศทางตรงกันข้าม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยด้านระบบสนับสนุนและบริบทการทำงานมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานมากกว่าแรงจูงใจเพียงอย่างเดียว^{17,19} สะท้อนถึงความแตกต่างของบริบทพื้นที่ รูปแบบการสนับสนุน หรือระบบการบริหารจัดการในแต่ละพื้นที่ แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าแรงจูงใจมีอิทธิพลทางบวกต่อการปฏิบัติงานของ อสม. และเป็นองค์ประกอบสำคัญในรูปแบบ

การพัฒนาการปฏิบัติงานของ อสม.^{8,10,16} ดังนั้น แรงจูงใจในการปฏิบัติงานจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ควรได้รับการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานทุกมิติ

2.4 อาชีพ มีอิทธิพลทางบวกต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. สามารถอธิบายได้ว่า อสม. ที่ประกอบอาชีพรับจ้าง/อิสระ จะมีการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. บ้านมากกว่า อสม. ที่ประกอบอาชีพงานบ้าน/ว่างงาน/เกษียณอายุ ทั้งนี้แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเกษตรกรรม/เลี้ยงสัตว์ ซึ่งเป็นอาชีพหลักของประชาชนในพื้นที่ แต่ลักษณะงานด้านเกษตรกรรมมักมีภาระงานตามฤดูกาล ระยะเวลาการทำงานไม่แน่นอน และต้องใช้เวลาในการประกอบอาชีพค่อนข้างมาก โดยเฉพาะในช่วงเพาะปลูกหรือเก็บเกี่ยว จึงส่งผลถึงความต่อเนื่องของการดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชน ในขณะที่อาชีพรับจ้าง/อิสระมักมีความยืดหยุ่นด้านเวลา และมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร รวมถึงการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ได้มากกว่า ส่งผลให้ อสม. กลุ่มนี้สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการอบรม หรือการดำเนินงานในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง สำหรับกลุ่มอาชีพงานบ้าน/ว่างงาน/เกษียณอายุ แม้จะมีเวลาอยู่ในชุมชนมาก แต่บางส่วนมีข้อจำกัดด้านศักยภาพในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยี หรือการประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐ รวมถึงขาดแรงกระตุ้นหรือบทบาททางสังคมที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมเชิงรุกส่งผลให้การปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักขาดความต่อเนื่องและไม่ครอบคลุมอย่างเพียงพอ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า อาชีพมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. และสามารถร่วมทำนายผลการปฏิบัติงานได้^{10,16} แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า อาชีพไม่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.²⁰

2.5 การศึกษา มีอิทธิพลทางบวกต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. สามารถอธิบายได้ว่า อสม. ที่มีการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นจะมีการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักมากกว่า อสม. ที่มีการศึกษาประถมศึกษา กล่าวคือ ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นส่งผลให้บุคคลมีทักษะด้านการคิด วิเคราะห์ การสื่อสาร และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้ดีขึ้น ทำให้สามารถทำความเข้าใจถึงแนวทางการดำเนินงานตามสมรรถนะหลักได้อย่างถูกต้อง อีกทั้งยังมีความสามารถในการเรียนรู้และปรับตัวต่อองค์ความรู้ใหม่ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการปฏิบัติงานในปัจจุบัน นอกจากนี้แนวโน้มของผลการศึกษายังสะท้อนให้เห็นว่า การมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น อาจเอื้อต่อการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานของอสม. ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การศึกษามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของอสม. และเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาทุนทางสังคม และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน^{10,18} แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การศึกษาไม่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม.¹⁹

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) จึงสะท้อนความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. ณ ช่วงเวลาที่ศึกษา นอกจากนี้ การศึกษาดำเนินการเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 3 จึงอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลไปยังพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน



ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของ อสม. อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับสมรรถนะหลักควบคู่กับการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทสภาพพื้นที่และปัญหาสุขภาพของแต่ละชุมชน เช่น การจัดทำแผนสุขภาพตำบล การดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน และการแก้ไขปัญหาสุขภาพตามบริบทเฉพาะพื้นที่

2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรพัฒนาโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะของ อสม. โดยมุ่งเน้นการรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคมและแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ให้สอดคล้องกับบริบท สภาพพื้นที่ และปัญหาสุขภาพของแต่ละชุมชน

3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวกับ อสม. การพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เป็นไปตามสมรรถนะหลัก และการพัฒนาระบบการกำกับและติดตามผลการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. ในระดับเขตสุขภาพ ภาค และประเทศ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังพื้นที่ภาคเหนือหรือเขตสุขภาพอื่น เพื่อเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. ในแต่ละพื้นที่นำไปสู่การพัฒนาแนวทางหรือกำหนดนโยบายที่เหมาะสม

2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เช่น นโยบาย ภาระงาน เทคโนโลยีดิจิทัล และการมีส่วนร่วมที่อาจมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพหรือการวิจัยแบบผสมผสาน

3. ควรพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของ อสม. โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้บทบาท ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม และทฤษฎีแรงจูงใจของ ร่วมกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานที่พบจากการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งปัจจัยที่ได้มีการศึกษาเพิ่มเติม และพัฒนานวัตกรรมหรือเครื่องมือสนับสนุน เช่น แดชบอร์ด (dashboard) หรือแอปพลิเคชัน (application) เพื่อใช้ในการวางแผน กำกับติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักอย่างเป็นระบบ

References

1. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: WHO Document Production Services; 2010.
2. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. 3 Doctor System [internet]. Nonthaburi: Department of Health Service Support; [cited 31 Oct 2025]. Available from: <https://3doctor.hss.moph.go.th>. (in Thai).
3. Announcement of the Village Health Volunteer Promotion and Support Committee on the criteria for the performance of village health volunteers (VHV) and the reporting of performance results according to the form (Form VHV.1), B.E. 2566 (2023), revised B.E. 2567 (2024). Royal Thai Government Gazette. 2024;141(Special Issue 281D):33.

4. Health Service Support Center 3. Report on compensation payments for village health volunteers. Nakhon Sawan: Health Education and Primary Health Care, Health Service Support Center 3; 2024. (in Thai).
5. Biddle BJ. Recent developments in role theory. *Annu Rev Sociol.* 1986;12:67–92. doi:10.1146/annurev.so.12.080186.000435.
6. House JS, Robbins C, Metzner HL. The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the tecumseh community health study. *Am J Epidemiol.* 1982;116(1):123–40. doi:10.1093/oxfordjournals.aje.a113387.
7. Herzberg F, Mausner B, Snyderman BB. The motivation to work. New Brunswick (NJ): Transaction Publishers; 2011.
8. Yaebkai Y, Wongsawat P. Main role performances of village health volunteers. *Journal of Phrapokklao Nursing College.* 2020;31(2):269–279. (in Thai).
9. Margboon W. A causal relationship model for diabetes prevention and control performance among village health volunteers Phauyuha Khiri, Nakhon Sawan Province. *Academic Journal of Nursing and Health Sciences.* 2022;2(1):17–28. (in Thai).
10. Yusuk P. Factors affecting performance of village health volunteers in family care teams, Mueang Prachuap Khiri Khan District, Prachuap Khiri Khan Province [master's thesis]. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2023. (in Thai).
11. Nichol B, Wilson R, Rodrigues A, Haighton C. Exploring the effects of volunteering on the social, mental, and physical health and well-being of volunteers: An umbrella review. *Voluntas.* 2023;1–32. doi:10.1007/s11266-023-00573-z.
12. Daniel WW, Cross CL. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 10th ed. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons; 2013.
13. Nitko AJ, Brookhart SM. Educational assessment of students. 7th ed. Boston: Pearson; 2014.
14. Wanichbancha K, Wanichbancha T. Using SPSS for Windows in data analysis. Bangkok: Samlada; 2015. (in Thai).
15. McClelland DC. Testing for competence rather than for intelligence. *Am Psychol.* 1973;28(1):1–14. doi:10.1037/h0034092.
16. Yaebkai Y, Wongsawat P. The model of performance development for village health volunteers. *Royal Thai Navy Medical Journal.* 2023;50(3):651–668. (in Thai).
17. Audtasen W, Chantaramanee N. Factors predicting performance efficiency among village health volunteers in Nan Province. *Academic Journal of Community Public Health.* 2025;11(1):135–148. (in Thai).
18. Prasatkettkarn P, Sithisarankul P, Ratanachina J. Social capital and related factors among village health volunteers in Samutprakarn Province. *Royal Thai Navy Medical Journal.* 2023;50(2):261–277. (in Thai).
19. Loekchaiphum T. The Effectiveness of Village Health Volunteers, the 1st doctor work in primary health care system, health region 7. *Primary Health Care Journal (Northern Edition).* 2024;34(1):20–27. (in Thai).
20. Kotchapong S, Rojanatrakul T. Performance according to the role of village health volunteers in Bangkrathum District, Phitsanulok Province. *Journal of MCU Buddhapanya Review.* 2021;6(2):107–119. (in Thai).



ผลของการใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐานต่อผลลัพธ์การเรียนรู้
และความพึงพอใจในการพยาบาลจิตเวชสูงอายุนักศึกษาพยาบาล
Effect of Using the Game-Based Learning Model for Nursing Students'
Learning Outcomes and Satisfaction in Geriatric Psychiatric Nursing

พานุชนาถ พุสสี¹, ชาลีนี หนูชูสุข¹

Panudchanard Phoosri¹, Chalinee Nuchusuk¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

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

Corresponding author: Chalinee Nuchusuk; Email: chalinee.n@bcn.ac.th

Received: January 31, 2026 Revised: July 14, 2026 Accepted: August 18, 2026

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้เกมเป็นฐานต่อผลลัพธ์การเรียนรู้และความพึงพอใจในการพยาบาลจิตเวชสูงอายุนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 จำนวน 149 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 81 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 68 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐานในการพยาบาลจิตเวชสูงอายุนักศึกษาพยาบาล แบบทดสอบตามผลลัพธ์การเรียนรู้การพยาบาลจิตเวชสูงอายุนักศึกษาพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ .85 และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการเรียนการสอน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย สถิติ Mann - Whitney U test และ Wilcoxon Signed-Rank test ผลการศึกษพบว่า หลังการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐาน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การเรียนรู้ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการเรียนการสอนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษานี้ สรุปได้ว่ารูปแบบการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐานในการพยาบาลจิตเวชสูงอายุนักศึกษาพยาบาล สามารถส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้ และสร้างความพึงพอใจต่อการเรียนการสอนในนักศึกษาพยาบาลได้มากกว่าการเรียนการสอนปกติที่ใช้การบรรยายเป็นหลัก

คำสำคัญ: การเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐาน; การศึกษานักศึกษาพยาบาล; ความพึงพอใจ; ผลลัพธ์การเรียนรู้

Effect of Using the Game-Based Learning Model for Nursing Students' Learning Outcomes and Satisfaction in Geriatric Psychiatric Nursing

Panudchanard Phoosri¹, Chaline Nuchusuk¹

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

Corresponding author: Chaline Nuchusuk; Email: chaline.n@bcn.ac.th

Received: January 31, 2026 **Revised:** July 14, 2026 **Accepted:** August 18, 2026

Abstract

Current nursing education aims to foster practical knowledge through active student participation, develop problem-solving skills, and cultivate a satisfying learning environment. This study employed a quasi-experimental comparative design with a two-group pretest-posttest approach to examine the effect of game-based learning on learning outcomes and instructional satisfaction in geriatric psychiatric nursing content among nursing students. The sample consisted of 149 third-year nursing students, divided into an experimental group of 81 students and a comparison group of 68 students. The research instruments included a game-based learning model for geriatric psychiatric nursing, a learning outcomes test with a reliability coefficient (KR-20) of .85, and a satisfaction assessment with a reliability coefficient of .80. Data were analyzed using descriptive statistics, the Mann-Whitney U test, and the Wilcoxon signed-rank test. The results revealed that following game-based learning, the experimental group had significantly higher mean learning outcome scores than before the intervention and significantly higher than those of the comparison group. Furthermore, the experimental group demonstrated a significantly higher mean satisfaction score with instruction compared to the comparison group. In conclusion, the game-based learning model in geriatric psychiatric nursing can more effectively enhance learning outcomes and instruction satisfaction among nursing students than traditional lecture-based instruction.

Keywords: game-based learning model; learning outcomes; nursing education; satisfaction



ความเป็นมาและความสำคัญ

การศึกษาพยาบาลในปัจจุบันมุ่งบูรณาการทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะการแก้ปัญหาของผู้เรียน¹ โดยเน้นการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ทั้งทักษะทางเทคนิค (hard skills) (3R) ได้แก่ การอ่านออก (reading) การเขียนได้ (writing) และการคำนวณเป็น (arithmetic) และทักษะทางอารมณ์และสังคม (soft skills) เช่น การคิดอย่างมีวิจารณญาณ ความคิดสร้างสรรค์ การทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำ การสื่อสาร การใช้เทคโนโลยี และทักษะอาชีพ ซึ่งล้วนเป็นทักษะสำคัญที่นักศึกษาพยาบาลควรได้รับการส่งเสริมผ่านการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสม²

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในต่างประเทศส่วนใหญ่มีการส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ที่พัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้และทักษะในศตวรรษที่ 21 โดยเน้นการเรียนรู้เชิงรุก (active learning) ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติและใช้กระบวนการคิด³ เช่น การแลกเปลี่ยนความคิด (think-pair-share) การเรียนรู้แบบร่วมมือ การใช้เกม การวิเคราะห์หัตถ์โอ การโต้แย้ง การสร้างข้อสอบ การทำโครงการ การวิจัยขนาดเล็ก รวมถึงการเรียนรู้แบบใช้ปัญหาและกรณีศึกษาเป็นฐาน สอดคล้องกับการทบทวนงานวิจัย พบว่า รูปแบบการเรียนรู้ที่ช่วยพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ในการเรียน ผู้เรียนมีความพึงพอใจในการเรียนส่วนใหญ่ คือ การเรียนรู้แบบใช้เกม (games based learning) พบงานวิจัยในประเทศระดับมัธยมศึกษา⁴ และในนักศึกษาพยาบาลทั้งในและต่างประเทศ⁵⁻⁸ แต่ยังไม่พบการศึกษาการพยาบาลจิตเวชสูงอายุนักศึกษาพยาบาลในไทยที่มีการวัดผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาควบคู่กับความพึงพอใจในการจัดการจัดการเรียนการสอน ซึ่งปัญหาของการจัดการเรียนการสอนการพยาบาลจิตเวชสูงอายุนปัจจุบันเนื้อหาการสอนเป็นแบบบรรยาย นักศึกษามีผลลัพธ์การเรียนรู้ผ่านเกณฑ์น้อยจากผลการประเมินการจัดการเรียนการสอนความต้องการของผู้เรียนต้องการปรับเป็นการเรียนแบบ Active Learning ที่สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ให้เกิดความเข้าใจได้ง่ายขึ้น ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยพบว่า การใช้เกมกับรายวิชาการพยาบาลสามารถช่วยกระตุ้นความสนใจในการเรียนรู้ได้ดีช่วยเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้ การตัดสินใจ และพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ^{5,8} ผลการวิจัยในต่างประเทศพบว่า การใช้เกมในวิชาการพยาบาล มีประโยชน์มากสำหรับนักศึกษาพยาบาลเพื่อเพิ่มการคิดเชิงวิพากษ์ การแก้ปัญหาผู้ป่วยจิตเวช การเรียนรู้กรณีศึกษาที่หลากหลายผ่านเกม ซึ่งมีความแตกต่างจากการสอนโดยใช้ active learning วิธีอื่นๆ เนื่องจากการเรียนรู้ด้วยเกมช่วยส่งเสริมบรรยากาศความสนุกสนานส่งเสริมความจำระยะยาว⁸

สำหรับการศึกษาในไทยพบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ผ่านการเรียนวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ส่วนใหญ่บอกว่าการเรียนวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช เป็นรายวิชาที่เรียนแล้วมีเนื้อหาเยอะ มีความซับซ้อนมาก มีความเป็นนามธรรมสูง ทำให้ไม่เข้าใจ มองไม่เห็นภาพ นักศึกษาต้องใช้เวลา และความพยายามอย่างมากในการเรียนรู้ ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลบางคนเกิดความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ กชกร ธรรมนำศีล และคณะ⁹ พบว่า ภาวะความเครียดของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ส่วนใหญ่มาจากการเรียนภาคทฤษฎี เช่น วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การพยาบาลผู้ใหญ่ มีสาเหตุมาจากด้านการเรียนการสอน และเป็นความเครียดที่อยู่ในระดับมาก ซึ่งการที่นักศึกษาเรียนไม่รู้เรื่องจนเกิดภาวะเครียดจากการเรียนและส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนได้⁹ เมื่อมีการจัดการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นสื่อจะสามารถดึงดูดความสนใจของผู้เรียนได้ เนื่องจากเกมเป็นสื่อที่

สร้างความสนุกสนานให้กับผู้เรียนพร้อมกับอาจารย์ผู้สอนสามารถสอดแทรกเนื้อหาสาระของรายวิชาให้กับผู้เรียนผ่านเกมได้ ซึ่งจะเป็นการช่วยพัฒนาให้ผู้เรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงขึ้น¹⁰ สอดคล้องกับงานวิจัยการสอนแบบใช้เกมเพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนแบบใช้เกม สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01¹¹

ดังนั้นการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐานเป็นการเรียนรู้ที่สามารถส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้ในปัจจุบันภายใต้บรรยากาศการเรียนการสอนที่มีความสนุก และเป็นมิตรสร้างความพึงพอใจในผู้เรียน ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างประสิทธิภาพ และเน้นให้นักศึกษาสามารถนำไปใช้งานได้จริงจากการมีส่วนร่วมของผู้เรียน¹² ที่ผ่านมาการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ใช้การบรรยายเป็นส่วนใหญ่ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เรียนและเพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา ผลของการใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐานต่อผลลัพธ์การเรียนรู้และความพึงพอใจในการพยาบาลจิตเวชสูงอายุนักศึกษาพยาบาล โดยคาดหวังว่าจะสามารถพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ให้เกิดประโยชน์ต่อนักศึกษาและการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐานต่อผลลัพธ์การเรียนรู้และความพึงพอใจในการพยาบาลจิตเวชสูงอายุนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการเรียนรู้ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนผลลัพธ์การเรียนรู้หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนผลลัพธ์การเรียนรู้หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
3. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจต่อการเรียนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยเกี่ยวข้องกับรูปแบบการเรียนรู้ใช้เกมเป็นฐาน ซึ่งเป็นการเรียนรู้ผ่านการเล่นเกมที่มิกติกา มีความสนุกสนาน มีจุดประสงค์การเรียนรู้ โดยผู้สอนใช้คำถามนำสู่การอภิปรายเกี่ยวกับวิธีการเล่น กติกาการเล่น และผลของการเล่นเพื่อเชื่อมโยงถึงสาระ และจุดประสงค์การเรียนรู้จากการเล่นเกม ซึ่งการเรียนรู้ด้วยเกมจะช่วยกระตุ้นแรงจูงใจในการเรียนรู้ จากการเรียนแบบมีส่วนร่วมส่งเสริมให้ผู้เรียนเข้าใจและจดจำได้ง่ายขึ้น เร็วขึ้น ส่งผลให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในการเรียนรู้ดีขึ้น การเรียนรู้ด้วยเกมเป็นฐานประกอบด้วย 3 ขั้นตอน¹³ ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบไม่เทียบเท่ากลุ่มควบคุม (non-equivalent control group pretest-posttest design) วัดผลก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้ใช้เกมเป็นฐานในหัวข้อการพยาบาลจิตเวชสูงอายุ

ประชากรที่ศึกษา นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร จำนวน 168 คน

กลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร โดยที่ไม่มีประสบการณ์เรียนในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 149 คน โดยมีคุณสมบัติ 1) เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร 2) ไม่เคยเข้ารับการเรียนในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และ 3) ได้รับความยินยอมเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครวิจัยในการวิจัย ขนาดของกลุ่มตัวอย่างการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า สุ่มแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างง่ายได้ กลุ่มเปรียบเทียบ คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 Sec B จำนวน 68 คน และกลุ่มทดลอง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 Sec A จำนวน 81 คน รวมหน่วยตัวอย่างทั้งสิ้น 149 คน เกณฑ์คัดออก คือ 1) ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อ และ 2) นักศึกษาพยาบาลไม่สามารถเข้าร่วมการเรียนรู้โดยใช้รูปแบบเกมเป็นฐานได้จบคาบเรียน เช่น เจ็บป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีข้อคำถามทั้งหมด 3 ข้อ ลักษณะเป็นแบบให้เลือกตอบหรือเติมข้อความ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา

2) แบบทดสอบตามผลลัพธ์การเรียนรู้การพยาบาลจิตเวชสูงอายุ พัฒนาโดยผู้วิจัย ใช้ทดสอบผลที่เกิดจากการเรียนรู้การพยาบาลจิตเวชสูงอายุโดยใช้เกมเป็นฐาน ในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จากกิจกรรมการเรียนรู้ในบทเรียนหัวข้อการพยาบาลจิตเวชสูงอายุตามผลลัพธ์การเรียนรู้ในรายวิชา ได้แก่ 1) อธิบายอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุได้ถูกต้อง คือ ข้อที่ 10, 11, 17,

18, 19 2) ประเมินอาการของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุได้ถูกต้อง คือ ข้อที่ 2, 7, 8, 20 และ 3) ให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุได้ถูกต้องในสถานการณ์ที่กำหนด คือ ข้อที่ 1, 3, 4, 5, 6, 9, 12, 13, 14, 15, 16 เป็นข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ แบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ใช้เวลาประเมิน 20 นาที คะแนนรวม 0-20 คะแนน คะแนนรวมสูงหมายถึงมีผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ดี คะแนนผ่านเกณฑ์ผลลัพธ์การเรียนรู้คิดเป็นร้อยละ 60.0 ของวิชาทฤษฎีการพยาบาล คือเกณฑ์ผ่านผลลัพธ์การเรียนรู้ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้วิจัยนำแบบทดสอบไปใช้เก็บข้อมูลกับนักศึกษาพยาบาลที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นแบบทดสอบด้วยสูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ค่าดัชนีความยากง่าย (p) และค่าอำนาจจำแนก (r) ได้ค่า KR-20 ของแบบทดสอบเท่ากับ .85 แบบทดสอบมีค่า p อยู่ในช่วง .4-.7 และค่า r อยู่ในช่วง .4-.6 พบว่า ค่าดัชนีความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบอยู่ในช่วงที่เหมาะสม

3) แบบประเมินความพึงพอใจ ใช้ประเมินความรู้สึกพึงพอใจของผู้เรียนที่ได้รับภายหลังจากการเรียนรู้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐาน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวนคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ ตั้งแต่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด มีคะแนนรวม 10 - 50 คะแนน คะแนนรวมสูงหมายถึงท่านมีความรู้สึกพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐานมากที่สุด ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปใช้เก็บข้อมูลกับนักศึกษาพยาบาลที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐานในการพยาบาลจิตเวชสูงอายุ พัฒนาโดยทีมผู้วิจัย เป็นรูปแบบการเรียนรู้ใช้เกมเป็นฐานซึ่งเป็นการเรียนรู้ผ่านการเล่นเกมที่มิกติกา มีความสนุกสนาน มีจุดประสงค์การเรียนรู้ โดยผู้สอนใช้คำถามนำสู่การอภิปรายเกี่ยวกับวิธีการเล่น กติกาการเล่น และผลของการเล่นเพื่อเชื่อมโยงถึงสาระ และจุดประสงค์การเรียนรู้จากการเล่นเกม ขั้นตอนของการจัดการเรียนรู้ด้วยเกมเป็นฐาน ที่นำเกมที่มีอยู่แล้วมาใช้ในการจัดการเรียนรู้ด้วยเกมเป็นฐานว่าประกอบด้วย 3 ขั้นตอน¹³ ดังนี้

1. ชี้นำเสนอเกม หมายถึง ชี้นำแจ้งวิธีการเล่น และกติกาการเล่นเกมบิงโกเอลเดอร์รี่ bingo elderly โดยผู้สอนจำเป็นต้องศึกษาเกมให้เข้าใจ และทดลองเล่นก่อน เพื่อจะได้เห็นประเด็น และข้อขัดข้องต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น เพื่อเตรียมการป้องกัน และแก้ไขปัญหาล่วงหน้า ในการนำเสนอเกมมีการจัดลำดับ ขั้นตอนการเล่น และชี้แจงรายละเอียดกติกาการเล่นอย่างชัดเจน มีการกำหนดเป้าหมายของเกมที่ชัดเจน (clear objectives)

2. ขั้นตอนเล่นเกม หมายถึง ขั้นนี้ผู้เรียนจะเล่นตามกติกา โดยการเล่นควรเป็นไปตามลำดับขั้นตอนของเกม มีการควบคุมเวลาในการเล่น โดยคำนึงถึงการให้ feedback ทันที (immediate feedback) เพื่อให้ผู้เรียนทราบถึงความสำเร็จหรือข้อผิดพลาดทันทีที่เกิดขึ้น มีการสร้างแรงจูงใจ (motivation) โดยใช้ความท้าทาย การให้รางวัล และการแข่งขันอย่างเหมาะสมในการเล่น ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและปฏิสัมพันธ์ (engagement and interaction) ในขณะที่เล่นเกมผู้เล่นได้รับการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา (problem-solving skills) จากกิจกรรมหรือการเล่นเกมที่มีความท้าทายที่เหมาะสม (appropriate challenge) โดยคำนึงถึงความสามารถและความรู้ที่เหมาะสมกับผู้เรียน ซึ่งการเรียนรู้ผ่านเกมเน้น



การเรียนรู้แบบเชิงรุก (active learning) เน้นลงมือทำจริง และเกิดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรง (experiential learning) ขณะที่ผู้เรียนเล่น ผู้สอนจะติดตามพฤติกรรมและจดบันทึกข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ต่อการเรียนรู้ของผู้เรียนไว้ เพื่อนำไปใช้ในการอภิปรายหลังการเล่นเกม และผู้สอนจะตรวจสอบสภาพแวดล้อมของการเล่นให้อยู่ในสภาพที่เอื้ออำนวยในการเล่น เช่น การจัดเตรียมโต๊ะ เก้าอี้ การเข้าถึงอุปกรณ์การเล่นเพื่อป้องกันปัญหาการติดขัด และเสียเวลาในขณะที่ผู้เรียนกำลังเล่นเกม

3. ขั้นตอนอภิปรายหลังเล่นเกม หมายถึง ขั้นที่ผู้สอนใช้คำถามเพื่อนำไปสู่การอภิปรายเกี่ยวกับความรู้ หรือสาระที่ผู้เรียนได้รับเป็นการสะท้อนผลลัพธ์และการประเมินผล (reflection and assessment) ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของรูปแบบการเรียนรู้ใช้เกมเป็นฐานในหัวข้อการพยาบาลจิตเวชสูงอายุนำเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้และความพึงพอใจในการเรียนให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกรู้สึกมีความสุขในการเรียนรู้ มีผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ดี

ผู้วิจัยได้นำเสนอรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐานในการพยาบาลจิตเวชสูงอายุก่อนผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (IOC) ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลจิตเวชผู้สูงอายุ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ IRB. BCNB-2568-10 เมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2568 โดยให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ การปกปิดข้อมูลเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ การเปิดเผยข้อมูลจะเปิดเผยเป็นกลุ่ม โดยไม่มีข้อมูลเฉพาะบุคคลที่ทำให้สามารถสืบหาข้อมูลได้ รวมทั้งการขออนุญาตโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีผลต่อคะแนนรายวิชา และการประเมินผลการเรียน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการอนุมัติจากการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล สรุปรายตอนได้ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัยในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้อธิบายวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด ได้แก่ การทำความเข้าใจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การประเมินนักศึกษาพยาบาลตามเกณฑ์คัดเข้า และเกณฑ์คัดออก การอธิบายคำชี้แจงการตอบแบบสอบถาม การตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลจนเกิดความเข้าใจแล้วก่อนลงเก็บข้อมูล เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยซึ่งมีใช้อาจารย์ผู้สอนเป็นผู้ประชาสัมพันธ์ขอความยินยอมผู้ร่วมวิจัยในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. ผู้วิจัยติดต่อขออนุมัติหนังสือ ถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ เพื่อขออนุญาตในการทำการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

3. ติดต่อประสานงานประธานสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และอาจารย์ประจำชั้นปี ของนักศึกษาพยาบาลเพื่อขอเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย รายละเอียดของการวิจัย จากนั้นเข้าพบนักศึกษาพยาบาลเพื่อแนะนำตัว อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เกณฑ์การเลือก กลุ่มตัวอย่าง วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างก่อนวันลงเก็บข้อมูล และร่วมกันกำหนดวันและ เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการ

1. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ช่วยวิจัยจะขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดย อธิบายวัตถุประสงค์รายละเอียดของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล อธิบายให้ทราบว่าผลการวิจัยจะ ถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถ ปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา โดยช่วงเวลาก่อนการทำวิจัย 1 สัปดาห์ ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้ขอความ ยินยอมผู้เข้าร่วมวิจัยให้ยินยอมแก่นักศึกษาที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกเข้าเปิดโอกาสให้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย อย่างอิสระ และนำไปยินยอมมาให้ในวันทำวิจัย

2. เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยแล้วจะเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดย การตอบแบบสอบถาม ดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบตามผลลัพธ์การเรียนรู้การพยาบาล จิตเวชสูงอายุ เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยได้ตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของ แบบสอบถามทันที ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยที่ได้รับการคัดเลือกเข้าโครงการวิจัยมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นนักศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 2) ไม่เคยเข้ารับการเรียนในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ ไม่มีความพิการทางสายตา และ 4) ได้รับความยินยอมเข้าร่วมเป็น อาสาสมัครวิจัยในการวิจัย

3. ในกลุ่มทดลอง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 3 Sec A ผู้วิจัยจัดรูปแบบการเรียนรู้ใช้เกม เป็นฐานในหัวข้อการพยาบาลจิตเวชสูงอายุ ในการส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้และความพึงพอใจใน การเรียน โดยจะดำเนินการสอน 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ช่วงแรกเป็นการเล่นเกมบิงโกเอลเดอร์ ช่วงที่ 2 เป็นเกมคาซูท รวมเวลา 2 ชั่วโมง โดยแต่ละช่วงจะผ่านขั้นตอน 3 ขั้นตอน คือ ขั้นนำเสนอเกม ขั้นเล่นเกม และขั้นอภิปรายหลังเล่นเกม เมื่อสิ้นสุดการสอนผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการให้ผู้เข้าร่วมวิจัย ตอบแบบสอบถาม ดังนี้ แบบทดสอบตามผลลัพธ์การเรียนรู้การพยาบาลจิตเวชสูงอายุ และแบบประเมิน ความพึงพอใจ เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยได้ตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการตรวจสอบ ความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทันที

4. ในกลุ่มเปรียบเทียบ คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 3 Sec B จะได้รับการสอนแบบ บรรยายตามปกติ เมื่อเสร็จสิ้นการสอน ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบ แบบสอบถาม ดังนี้ แบบทดสอบตามผลลัพธ์การเรียนรู้การพยาบาลจิตเวชสูงอายุ และแบบประเมิน ความพึงพอใจ เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยได้ตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการตรวจสอบ ความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทันที ซึ่งหากพบว่าผลการวัดผลลัพธ์การเรียนรู้การพยาบาลจิตเวชสูงอายุ เมื่อเทียบค่าคะแนนแล้ว กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมทางผู้วิจัยจะดำเนินการสอนเสริมรูปแบบการเรียนรู้ ใช้เกมเป็นฐานในหัวข้อการพยาบาลจิตเวชสูงอายุ ในการส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้และความพึงพอใจใน



การเรียนรู้ในนักศึกษาทุกกลุ่มควบคุมเพื่อไม่ให้เกิดการเสียประโยชน์และความเลื่อมล้ำในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ในปีการศึกษาเดียวกัน

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะรวบรวมแบบสอบถาม และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง เก็บรักษาข้อมูลในตู้ที่มีกุญแจล็อกปิดมิดชิด ผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้มีเพียงทีมผู้วิจัย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติหลังวิเคราะห์สถิติแล้วจะเก็บข้อมูลไว้ 1 เดือนเพื่อรอตรวจสอบผลการวิเคราะห์จึงทำลายเอกสาร

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อธิบายข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูล อายุ เพศ ศาสนา และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของค่าเฉลี่ยคะแนนแบบทดสอบ ความพึงพอใจ ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test วิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนนแบบทดสอบในกลุ่มโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test เนื่องจากการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test มีการกระจายตัวไม่ปกติ และกำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล จำนวน 149 คน อยู่ในช่วงอายุ 20 – 22 ปี ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.60 เช่นเดียวกับในกลุ่มเปรียบเทียบ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.60 ในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ทั้ง 2 กลุ่มนับถือศาสนาพุทธทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 96.30 และ 98.50 ตามลำดับ ในส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนแบบทดสอบตามผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 14.46 คะแนน ซึ่งคะแนนสูงกว่าเกณฑ์ผ่าน ในกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 11.91 คะแนน ซึ่งคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ผ่าน คะแนนค่าเฉลี่ยแบบทดสอบก่อนการเรียนรู้ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ 9.68 คะแนน และ 10.13 คะแนน ตามลำดับ โดยคะแนนผ่านเกณฑ์ของแบบทดสอบอยู่ที่ 12 คะแนน คะแนนเต็ม 20 คะแนน สำหรับคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนรู้ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 46.53 คะแนน และ 35.47 คะแนน ตามลำดับ จากการทดสอบคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

2. ผลของรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐานในการพยาบาลจิตเวชสูงอายุน

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนแบบทดสอบตามผลลัพธ์การเรียนรู้ และคะแนนความพึงพอใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการเรียนรู้ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยแบบทดสอบ ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในช่วงหลังการเรียนรู้ พบว่า ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบทดสอบตามผลลัพธ์การเรียนรู้ และความพึงพอใจ ในระยะก่อนการเรียน-หลังการเรียน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Mann-Whitney U test (n=149)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	Z*	p-value
	(n = 81)	(n = 68)		
	M (SD)	M (SD)		
ผลลัพธ์การเรียนรู้				
ก่อนการเรียน	9.68 (2.710)	10.13 (2.304)	-.747	.455
หลังการเรียน	14.46 (1.423)	11.91 (2.100)	-7.162	.000
ความพึงพอใจ				
หลังการเรียน	46.53 (3.613)	35.47 (11.607)	-7.555	.000

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนแบบทดสอบตามผลลัพธ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม ระยะก่อนเรียน-หลังเรียน ทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบทดสอบตามผลลัพธ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม (ระยะก่อนเรียน-หลังเรียน) ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test (n=149)

ตัวแปรที่ศึกษา	Z	p-value
ผลลัพธ์การเรียนรู้		
กลุ่มทดลอง (n = 81)		
ก่อนเรียน-หลังเรียน	-7.689 ^b	.000
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 68)		
ก่อนเรียน-หลังเรียน	-5.024 ^b	.000

b. Based on negative ranks

อภิปรายผล

การเรียนรู้ด้วยรูปแบบการใช้เกมเป็นฐานในการพยาบาลจิตเวชสูงอายุ ต่อผลลัพธ์การเรียนรู้พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบทดสอบของนักศึกษาหลังการเรียนของกลุ่มทดลอง ($M=14.46$, $SD=1.423$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M=9.68$, $SD=2.710$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($M=11.91$, $SD=2.100$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจของนักศึกษาต่อรูปแบบการเรียนรู้ หลังการเรียนของกลุ่มทดลอง ($M=46.53$, $SD=3.613$) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($M=35.47$, $SD=11.607$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐานในการพยาบาลจิตเวชสูงอายุ สามารถส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้ สร้างความพึงพอใจในการเรียนพยาบาลจิตเวชสูงอายุของนักศึกษาพยาบาลได้ ผลการวิจัยครั้งนี้ยังแสดงให้เห็นว่า การจัดการ



เรียนรู้ผ่านเกม Bingo Elderly สามารถส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากกระบวนการจัดกิจกรรมประกอบด้วย 3 ขั้นตอนสำคัญ¹³ ได้แก่ ชี้นำเสนอเกม ชื่นเล่นเกม และ ชื่นอภิปรายหลังเล่นเกม ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจกติกาและเป้าหมายการเรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินอาการ และการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุได้อย่างชัดเจน ในชั้นเล่นเกม ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติจริง ภายใต้บรรยากาศของการแข่งขันและการทำงานเป็นกลุ่ม ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียน และได้พัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์และการแก้ปัญหาจากสถานการณ์ที่ปรากฏในเกม อีกทั้งการให้ข้อเสนอแนะย้อนกลับทันทีจากผู้สอนยังช่วยให้ผู้เรียนสามารถปรับความเข้าใจและแก้ไขข้อผิดพลาดได้อย่างรวดเร็ว

นอกจากนี้ ชื่นอภิปรายหลังการเล่นเกมยังช่วยให้ผู้เรียนได้สะท้อนความคิด แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเชื่อมโยงความรู้จากกิจกรรมในเกมกับเนื้อหาทางวิชาการ ทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น และช่วยให้การประเมินผลการเรียนรู้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐานในหัวข้อการพยาบาลจิตเวชสูงอายุ ส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้และความพึงพอใจในการเรียนให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกสนุกพร้อมทั้งได้รับความรู้ มีความสุขในการเรียน มีผลทำให้คะแนนแบบทดสอบตามผลลัพธ์การเรียนรู้สูงขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยในชั้นเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ที่ได้รับการเรียนรู้โดยใช้เกมในหัวข้อการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเด็ก พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการเรียนรู้แบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$)¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาผลของการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐานต่อความรู้ของนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับ คำศัพท์ภาษาอังกฤษด้านจิตเวช ในนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐานในการเรียนรู้คำศัพท์ภาษาอังกฤษด้านจิตเวช มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับ คำศัพท์ภาษาอังกฤษด้านจิตเวช สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการเรียนรู้จากสมุดคำศัพท์ภาษาอังกฤษทางจิตเวช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$)⁷ สอดคล้องกับการศึกษาการจัดการเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอกโดยใช้เกมเป็นฐานต่อความรู้ ทักษะและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองที่มีการจัดการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐานมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการเรียนรู้ สูงกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการจัดการเรียนรู้ โดยใช้เกมเป็นฐานอยู่ในระดับมาก

อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนแบบทดสอบตามผลลัพธ์การเรียนรู้ภายในกลุ่มทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนแบบทดสอบหลังการเรียนรู้สูงกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{7,11} จากผลการวิจัยนี้สามารถอธิบายตามแนวคิดการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) ที่เชื่อว่าการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ช่วยส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้ สร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้เรียน แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาในสถาบันการศึกษาเดียวอาจไม่สามารถอ้างอิงผลการวิจัยไปยังสถาบันอื่นได้ทั้งหมด จะสามารถใช้อ้างอิงได้เฉพาะนักศึกษาพยาบาลที่มีบริบทคล้ายคลึงกันเท่านั้น

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ควรมีการติดตามผลของคะแนนแบบทดสอบตามผลลัพธ์การเรียนรู้ในผู้เรียนหลังได้รับรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐานในหัวข้อการพยาบาลจิตเวชสูงอายุนอย่างต่อเนื่องในระยะ 6 เดือน เพื่อศึกษาความคงทนความรู้ตามผลลัพธ์การเรียนรู้ และควรรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐานไปปรับใช้ในการเรียนรู้หัวข้อการพยาบาลจิตเวชอื่นๆ ต่อไป

References

1. Tavares N. The use and impact of game-based learning on the learning experience and knowledge retention of nursing undergraduate students: A systematic literature review. *Nurse Educ Today*. 2022;117:105484. doi: 10.1016/j.nedt.2022.105484.
2. National Higher Education Science Research and Innovation Policy Council. Reforming Thailand's education system to focus on skills development so that Thailand can keep pace with global changes [internet]. 2025 [cited 2025 January 11]. Available from: <https://www.nxpo.or.th/th/9456/>. (in Thai).
3. Learning Innovation Center (LIC), Chulalongkorn University. Active learning [internet]. 2024 [cited 2025 January 12]. Available from: https://lic.chula.ac.th/images/Active%20Learning/Active%20Learning_01.pdf. (in Thai).
4. Kathinthong C, Adipat S. The development of vocabulary learning using game based learning for grade 13 students. *Journal of Modern Learning Development*. 2022;7(4):320–31. (in Thai).
5. Choosang S, Chai-ngam N, Pongkiatchai R. Instructional design: under the concept of game based learning for nursing education. *Journal of Food Health and Bioenvironmental Science* 2023;16(1):60–70. (in Thai).
6. Wonggom P, Somjaivong B, Homvisetvongsa S, Potisopha W, Changrueang O, Ruaisungnoen W, Saensom D, Silarat M, Methakanjanasak N. Effects of game-based learning in caring for patients with intercostal drainage on knowledge, practical skills, and satisfaction in nursing students. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2023;38(4):358–372. (in Thai).
7. Thongpradab J, Lohacheewa S, Preeyanon L. Effects of game-based learning on nursing students' knowledge of English psychiatry terminology. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council* 2022;37(4):111–124. (in Thai).
8. Beevi S, Veragi O P. Game based learning in nursing – an innovative strategy. *Medicon Med Sci*. 2023;4(2):4–7. doi:10.55162/MCMS.04.098.
9. Thamnamsin K, Noitung S, Punyapet K, Sorat W. Factors affecting to stress among nursing students in a private nursing college, Bangkok. *Journal of Health and Health Management* 2021;7(1):60–75. (in Thai).



10. Phiwma N. Effects of blended game-based learning in enhancing learning achievements in vocabulary, grammar, and idioms for formal presentations in “English for presentations” course of computer science students at Suan Dusit University. *Academic Journal of Management Technology* 2023;4(2):84-69. (in Thai).
11. Saiboonsri U, Kesonsuwan C, Nantasanee, S, Deeprasert A. The effectiveness of game based learning for enhancing academic achievement in mental health promotion and psychiatric nursing studies among the third-year nursing students at faculty of nursing, Suan Dusit University. *Suan Dusit Graduate Academic Journal* 2022;19(1):129-145. (in Thai).
12. Committee of Higher Education Standards. Details of the learning outcomes according to the Higher Education Qualifications Standards B.E. 2565 (2022) [internet]. 2025 [cited 2025 January 11]. Available from: <https://www.ops.go.th/th/ches-downloads/edu-standard/item/6940-2022-07-22-02-54-49>. (in Thai).
13. Pandach T. Developing the upper secondary school students’ mole and chemical formula concepts using game-based learning. [master’s thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2018. (in Thai).

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

ในการจัดทำนิพนธ์ต้นฉบับบทความเพื่อการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข กองบรรณาธิการฯ ได้กำหนดคำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับเพื่อให้บทความมีคุณภาพและมีรูปแบบการเขียน เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงขอให้ผู้นิพนธ์ทำการศึกษาคำแนะนำและปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด เพื่อให้ กระบวนการประเมินคุณภาพบทความเป็นไปด้วยความราบรื่น สำหรับคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ มีประเด็น หลักๆ ดังต่อไปนี้

1. วารสารฯ ได้กำหนดข้อตกลงในภาพรวมของนิพนธ์ต้นฉบับที่จะเผยแพร่ในวารสารฯ ดังนี้

1.1 เป็นผลงานวิชาการในรูปของบทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่เขียนเป็นภาษาไทย หรือ ภาษาอังกฤษ ในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข หรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง

1.2 เป็นผลงานที่ไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน และผู้นิพนธ์จะต้องไม่ส่งผลงานวิชาการชิ้นเดียวกันนี้ หรือเป็นผลงานที่เนื้อหาส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน ไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น

1.3 ผลงานวิชาการที่มีลักษณะเป็นงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง โดยต้องแนบหลักฐานการรับรองมาพร้อมนิพนธ์ต้นฉบับ

1.4 วารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธการตีพิมพ์เผยแพร่ หากตรวจพบว่านิพนธ์ต้นฉบับ ใดเข้าข่ายละเมิด 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 เมื่อครบกระบวนการจะมีจดหมายอิเล็กทรอนิกส์แจ้งไปยังกองบรรณาธิการวารสารฯ

2.2 กองบรรณาธิการฯ ทำการตรวจสอบเบื้องต้นว่าบทความดังกล่าวมีขอบเขตเนื้อหา รูปแบบ และคุณภาพตามที่วารสารกำหนดหรือไม่ โดยผลของการตรวจสอบมีดังนี้

2.2.1 บทความที่มีคุณภาพและรูปแบบไม่ตรงกับทางวารสารกำหนด กองบรรณาธิการจะทำการปฏิเสธ (decline) ในระบบพร้อมหนังสือชี้แจงเหตุผล

2.2.2 บทความที่มีขอบเขตเนื้อหา และคุณภาพตรงตามที่กำหนด แต่รูปแบบการเขียนไม่ตรงกับที่วารสารกำหนด กองบรรณาธิการจะแจ้งให้แก้ไขบทความผ่านเมลของระบบ ThaiJo ภายใต้อีเมลระบบ submission เดิม

2.2.3 บทความที่ผ่านการพิจารณาในรอบแรกจะถูกส่งให้ผู้ดูแลบทความ (section editor) โดยพิจารณาตามความเชี่ยวชาญ เพื่อดำเนินการในขั้นตอนต่อไป พร้อมทั้งเรียกเก็บค่าธรรมเนียมในการบริหารจัดการและค่าตีพิมพ์ในอัตราที่วารสารฯ กำหนด



2.3 ผู้จัดการวารสารฯ ทำการปกปิดรายชื่อผู้นิพนธ์และหน่วยงานต้นสังกัดที่ปรากฏในไฟล์ บทความ (เพื่อให้เป็นการประเมินคุณภาพแบบ double-blind peer review) จากนั้นจะทำการมอบหมายให้มีผู้ดูแลบทความ (section editor) ซึ่งผู้ดูแลบทความจะทำหน้าที่ประสานผู้ทรงคุณวุฒิ (reviewer) ที่มีความเชี่ยวชาญสอดคล้องกับเนื้อหา และ/หรือระเบียบวิธีวิจัย จำนวน 3 ท่านตามการเสนอแนะของกอง บรรณาธิการและทำการเชิญผู้ทรงคุณวุฒิเพื่ออ่านและประเมินคุณภาพของบทความผ่านระบบ ThaiJo ทั้งนี้ ระยะเวลาของการดำเนินการในขั้นตอนนี้ขึ้นกับระยะเวลาในตอบรับ การอ่านและการประเมินคุณภาพของบทความของผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่าน

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

2.4.1 หากผู้ทรงคุณวุฒิเกินกึ่งหนึ่งลงความเห็นว่ บทความมีจุดบกพร่องที่สำคัญและ ไม่เหมาะสำหรับการเผยแพร่ในวารสาร กองบรรณาธิการจะพิจารณา “ปฏิเสธ” การตีพิมพ์ โดยจะแจ้งเหตุผลผ่านเมลของระบบ

2.4.2 หากผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาแล้วว่า บทความมีประเด็นที่ต้องแก้ไข กอง บรรณาธิการจะส่งข้อเสนอแนะและเอกสารแนบ ให้กับผู้นิพนธ์เพื่อทำการแก้ไข (ทั้งนี้ผู้นิพนธ์จะนำบทความ กลับไปแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และให้ส่งกลับมายังวารสารฯ โดยผ่านระบบ ThaiJo ภายใต้เลข ระเบียบ submission เดิม)

2.5 ผู้ดูแลบทความ (section editor) ทำการตรวจสอบว่าบทความได้รับการแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำหรือไม่อย่างไร ในกรณีที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นขอทำการประเมินใหม่ ผู้จัดการวารสารฯ จะส่งบทความแก้ไขให้ผู้ทรงคุณวุฒิทำการอ่านและประเมินบทความอีกครั้ง หรือหากกองบรรณาธิการเห็นว่า จะต้องมีการแก้ไขเพิ่มเติมก็จะส่งบทความกลับไปให้ผู้นิพนธ์ทำการแก้ไขอีก จนกว่าบทความนั้นจะมีคุณภาพ เพียงพอสำหรับการเผยแพร่

2.6 เมื่อบทความได้รับการแก้ไขจนมีคุณภาพเพียงพอ ทางวารสารฯ จะออกหนังสือรับรอง การตีพิมพ์ และใบเสร็จรับเงินให้กับผู้นิพนธ์ตามที่อยู่ที่แจ้งไว้

3. วารสารฯ กำหนดการเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัย ตามรูปแบบดังนี้

3.1 การตั้งค่าหน้ากระดาษ ให้ตั้งค่าขนาดกระดาษ A4 จัดขอบกระดาษด้านบน-ล่าง-ซ้าย- ขวา ด้านละ 1 นิ้ว พิมพ์โดยใช้ฟอนต์ 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 (เกาะ 1 tab)	16
หัวข้อย่อย	ตัวปกติ	ย่อหน้า (เกาะ 1 tab)	16

รายการ	ลักษณะอักษร	ตำแหน่งการพิมพ์	ขนาด
เนื้อหาของบทคัดย่อและบทความ	ตัวปกติ	จัดข้อความชิดขอบทั้งสองข้าง	16
การเน้นข้อความในบทความ	ตัวปกติ	ตัวหนา หรือ ตัวเอียง	16
ข้อความในตาราง	ตัวปกติ	ข้อความให้อิดซ้าย ส่วนตัวเลขให้อิดขวา	14-16
ตัวเลขอ้างอิง	superscript	ด้วยกทัญช้อความ	16
References	ตัวปกติ ใช้ลำดับ ตัวเลข	ชิดซ้าย	18

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

4. การเตรียมเนื้อหาของนิพนธ์ต้นฉบับที่เป็นผลงานวิจัย กำหนดให้เขียนดังนี้

4.1 ชื่อบทความวิชาการหรือชื่อบทความวิจัย ต้องมีความชัดเจน กระชับ มีความสอดคล้องหรือสะท้อนถึงประเด็นสำคัญของบทความ และควรหลีกเลี่ยงการระบุชื่อบุคคลหรือสถานที่ในชื่อบทความ (หากจำเป็นต้องระบุให้อธิบายไว้ในขอบเขตหรือระเบียบวิธีทำวิจัย)

4.2 ข้อมูลผู้นิพนธ์ กำหนดให้บรรทัดแรกระบุชื่อและนามสกุลภาษาไทยของผู้แต่งหลักและผู้แต่ง ร่วมในบรรทัดเดียวกัน (ใช้ตัวเลขแบบตัวยกเพื่อการอ้างอิงต้นสังกัด) จากนั้นบรรทัดถัดไปให้ระบุชื่อและ นามสกุลภาษาอังกฤษของผู้แต่งหลักและผู้แต่งร่วมในบรรทัดเดียวกัน (ใช้ตัวเลขแบบตัวยกเพื่อการอ้างอิงต้นสังกัด) บรรทัดถัดไปให้ระบุหน่วยงานต้นสังกัดของผู้นิพนธ์ (วารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการแสดงเฉพาะชื่อคณะฯ และสถาบันเท่านั้น) ในบรรทัดสุดท้ายให้เขียน “Corresponding author: (ชื่อภาษาอังกฤษ); Email: (อีเมล ที่ใช้ติดต่อ)”

4.3 บทคัดย่อ บทคัดย่อภาษาไทย ให้เขียนบทคัดย่อแบบย่อหน้าเดียว (ไม่กด Enter ระหว่างย่อหน้า) มีความยาวไม่เกิน 300 คำ โดยประกอบด้วยเนื้อหา 5 ส่วนย่อย ได้แก่ 1) ส่วนนำ เป็นการกล่าวถึง ความสำคัญของการทำวิจัยสั้น ๆ ไม่เกิน 2 บรรทัด 2) วัตถุประสงค์ของการวิจัย 3) วิธีการวิจัย ซึ่งระบุรูปแบบ การวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 4) ผลการวิจัย และ 5) สรุปผลและข้อเสนอแนะ ในการเขียนบทคัดย่อ ไม่ต้องการอ้างอิงในเนื้อหา (สำหรับ บทความวิชาการให้เตรียมบทคัดย่อภาษาไทยเช่นเดียวกัน โดยบทคัดยอบทความวิชาการจะประกอบด้วย ความเป็นมา วัตถุประสงค์ของบทความ เนื้อหาของบทความและข้อเสนอแนะในการประยุกต์ใช้) สำหรับ บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) ให้เขียนในลักษณะเดียวกันกับบทคัดย่อภาษาไทยจากนั้นตามด้วยคำ สำคัญ 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/การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูล 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

สำหรับการเขียนค่าสถิติต่างๆ ให้พิมพ์ชิดกัน ใช้ทศนิยมสองตำแหน่ง กรณีที่มีค่าไม่ถึง 1.00 หรือระหว่าง .01-.99 ไม่ต้องเขียนเลข 0 หน้าทศนิยม ตัวอย่างการเขียนค่าสถิติต่าง เช่น $M=15.60$ $SD=1.28$ $r=.75$ $p<.01$ เป็นต้น

4.8 อภิปรายผล เป็นการสรุปและแปลความหมายของผลการวิจัย โดยไม่นำเสนอผลการวิจัยซ้ำ อีก การอภิปรายผลการวิจัยแต่ละเรื่องเป็นการอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบในการศึกษาวิจัยครั้งนั้น หรือสิ่งที่ เกิดขึ้นนั้น สามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัยสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัย ของงานวิจัยอื่นที่เคยทำไว้หรือไม่อย่างไร ทั้งนี้ ในการอภิปรายผลการวิจัย ต้องมีการสนับสนุนด้วยข้อมูลที่เป็น หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างสมเหตุสมผล และมีการอ้างอิง (in-text citation) อย่างเหมาะสมกับบริบท และ ถูกต้องตามหลักการ

4.9 ข้อเสนอแนะ เป็นการเขียนข้อเสนอแนะที่สืบเนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยในครั้งนี้ ไม่ใช่ ข้อเสนอแนะตามหลักการโดยทั่วไป โดยอาจเป็นข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ หรือเพื่อการทำวิจัย ต่อ ยอดในอนาคต

4.10 การอ้างอิง วารสารฯ กำหนดให้ใช้การอ้างอิงระบบตัวเลขหรือแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) โดยให้ใช้เอกสารอ้างอิงที่มีความทันสมัยไม่เกิน 10 ปีจำนวนไม่น้อยกว่า 10 รายการ และ ไม่เกิน 20 รายการ ขอให้ผู้พิมพ์พิจารณาเลือกอ้างอิงเท่าที่จำเป็นและควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็น ต้นตอของข้อมูล

การอ้างอิงในเนื้อหา (in-text citation) ให้นำ “ตัวเลขอารบิกแบบตัวยก” แสดงลำดับของ เอกสารอ้างอิงมารวบรวมเขียนไว้ที่ท้ายประโยคหรือท้ายชื่อผู้แต่ง และเรียงลำดับหมายเลข 1,2,3 ... ตามที่ ปรากฏในเนื้อหา ไม่เว้นช่วงตัวอักษร (เช่น เนื้อหา1,7) หากมีการอ้างอิงเอกสารมากกว่าหนึ่งแหล่ง และมีลำดับ ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายติดลบ (-) เชื่อมระหว่างเอกสารชิ้นแรกถึงชิ้นสุดท้าย แต่หาก ลำดับเอกสารไม่ ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาคคั่นตัวเลข (เช่น เนื้อหา1-3,6,9) และตัวเลขที่แสดง เอกสารอ้างอิง ต้องตรง กับรายการเอกสารอ้างอิงในท้ายบทความ

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความ ให้อ้างอิงตามหมายเลขที่มีการอ้างอิงแทรก เนื้อหา (in-text citation) และเรียงลำดับต่อเนื่องกันโดยไม่แยกประเภทของ เอกสารอ้างอิง และให้พิมพ์ ต่อเนื่องกันไปจนจบแต่ละรายการ โดยไม่กด Enter ระหว่างกลาง (กด Enter เมื่อสิ้นสุดรายการเท่านั้น) และ ไม่เคาะ space เพื่อทำการจัดคำหรือจัดหน้า

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

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

กัญญาวิณัฏ์ โมกขาว, มนัสวี จำปาเทศ, สุกัญญา สุรังสี, ชะเอม มหาภักดิ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความสามารถในการดูแลตัวเองด้านจิตใจของประชาชน. 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).

Mokekhaow 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 เว้นวรรคตามด้วยอักษรย่อ ของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่มีเครื่องหมายใด ๆ คั่น (กรณีผู้นิพนธ์เป็นคนไทยให้เขียนนามสกุลเป็นภาษาอังกฤษ เว้นวรรคตามด้วยอักษรแรกของชื่อผู้นิพนธ์ เช่น ปรานอม ใจเก่งกล้า ให้เขียน Jaikengkla P. เป็นต้น) ถ้าผู้นิพนธ์มีหลายคนแต่ไม่เกิน 6 คนให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายให้ใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.) หากผู้นิพนธ์มีมากกว่า 6 คนให้ใส่ชื่อผู้นิพนธ์ 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค และตามด้วยคำว่า “ et al.” สำหรับชื่อบทความขอให้ใช้ตัวพิมพ์เล็ก ตลอดทั้งชื่อบทความ (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) ให้ระบุรหัสประจำบทความ ดังตัวอย่าง

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. Leungratanamart 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.tcithaijo.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 ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ทั้งแบบรูปเล่ม 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 ระบุวันที่ เปิดเอกสารโดยใช้คำว่า [Cited DD Month YYYY] ในวงเล็บเหลี่ยม และที่อยู่ของข้อมูลในอินเทอร์เน็ตโดยใช้คำว่า “Available from” ทั้งนี้ทางวารสารขอความร่วมมือจากผู้พิมพ์ให้ใช้ข้อมูลจากเว็บไซต์ที่มีความน่าเชื่อถือหรือเว็บไซต์วารสารหรือฐานข้อมูลเท่านั้น อย่างไรก็ตามขอให้ผู้พิมพ์พิจารณาอ้างอิงจากแหล่งข้อมูลเดิมที่มีคนนำมาเผยแพร่ทางเว็บไซต์เพื่อให้เกียรติแก่เจ้าของข้อมูล ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจาก ฐานข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต 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 ให้ระบุที่มาของภาพไว้ที่ได้ภาพ พร้อมทั้งมีการอ้างอิงด้วยตัวเลขหลังข้อความระบุที่มี และให้ทำการเขียนอ้างอิงท้ายเล่มด้วย เช่น

ที่มา: <http://www.wallpapers.eu.com/view/sunrise-reflection-ocean-city-maryland-other.html2>

การติดต่อ

ผู้พิมพ์หรือผู้สนใจสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

1. บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ดร.มณฑนา เหมชะญาติ โทรศัพท์/ : 02-590-1834 Email: monthana@pnc.ac.th

2. รองบรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ดร.เชษฐา แก้วพรม โทรศัพท์/ : 02-590-1834 Email: chettha@bcnph.ac.th

3. ผู้จัดการ/ผู้ประสานงาน วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ดร.วรณิษฐ์ ลำไย โทรศัพท์/ : 02-590-1834 Email: n.tnaph@gmail.com



สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ตึก 4 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ / 02-590-1834 www.tnaph.org