



วารสารการพยาบาล และสุขภาพดอกจาน

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 [พฤษภาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2569]

ISSN 3088-3849 (Online)



JNH D

Journal of Nursing and Health Dok Jan

บทบรรณาธิการ

วารสารการพยาบาลและสุขภาพดอกจาน ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๒ ประจำเดือน พฤษภาคม-สิงหาคม ๒๕๖๙

วารสารการพยาบาลและสุขภาพดอกจาน ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๒ ประจำเดือน พฤษภาคม-สิงหาคม ๒๕๖๙ จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย องค์ความรู้ และนวัตกรรมด้านการพยาบาลและสุขภาพ ตลอดจนเป็นพื้นที่สำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ นักวิชาการ นักวิจัย นักศึกษา และผู้สนใจ อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพ และการดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง

ในปัจจุบัน ระบบสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งจากโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมสูงวัย การเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีดิจิทัล ตลอดจนความคาดหวังของประชาชน ต่อระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเข้าถึงได้ การพัฒนางานด้านการพยาบาลและสุขภาพจึงจำเป็นต้องอาศัยองค์ความรู้จากการวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางวิชาชีพและนำไปสู่ การพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อบริบทและความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง วารสารฉบับนี้ จึงมุ่งนำเสนอผลงานทางวิชาการที่มีความหลากหลาย ครอบคลุมประเด็นสำคัญด้านการพยาบาลและสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ ผลงานที่เผยแพร่ในฉบับนี้สะท้อนให้เห็นถึงความพยายามของผู้ปฏิบัติงานและนักวิชาการในการสร้างองค์ความรู้ พัฒนารูปแบบการดูแล และแสวงหา แนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

กองบรรณาธิการขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความไว้วางใจในการส่งบทความวิจัยเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ เผยแพร่ในวารสารของเราและยินดีรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะจากท่านเพื่อปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพ ของวารสารให้ดียิ่งขึ้น และในโอกาสนี้ ขอเชิญชวนนักวิจัยทุกท่านส่งบทความวิจัยของท่านสำหรับ พิจารณาตีพิมพ์ในฉบับถัดไป โดยเริ่มต้นตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๙ เป็นต้นไป เราพร้อมที่จะรับ บทความที่มีคุณภาพจากทุกท่านเพื่อเผยแพร่และส่งเสริมความรู้ทางวิชาการในด้านการพยาบาลและสุขภาพ สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานของวารสารการพยาบาลและสุขภาพดอกจาน และ หวังว่าบทความในฉบับนี้จะมีส่วนช่วยในการส่งเสริมและพัฒนาความรู้ทางการพยาบาลและสุขภาพให้เติบโต และขยายผลไปสู่สังคมในวงกว้างต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชลกร ทรงแศรี

บรรณาธิการ



สารบัญ

	หน้า
ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 โรงพยาบาลโพธิ์ชัย ลาวัลย์ อรกุล*	1 - 14
ผลของโปรแกรมบริหารสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลปากคาด นราพร มหาชัย และ วรรณิณี นครชัย*	15 - 28
บทบาทของหัวหน้าพยาบาลในการพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน: การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา เมตตา สุทธิพรไพศาลกุล และ ทศพร ทองย้อย*	29 - 43
ผลของสื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และการปฏิบัติในการให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี พิสมัย คุณาวัฒน์ และ วรรณิณี นครชัย*	44 - 58
การพัฒนาสื่อและผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองต่อความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี วิวัฒน์ สุวรรณบุตร, วรรณิณี นครชัย* และ พัชรินทร์ น้อยลา	59 - 73

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของเกษตรกรผู้เลี้ยงโคนม อำเภอเมือง จังหวัด
ขอนแก่น 74 - 84
กานต์ชนก ศรีโสภา และ เทพไทย โชติชัย*

การศึกษาสาเหตุของการไม่มาตามนัดและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับ
สาเหตุของการไม่มาตามนัดนอนโรงพยาบาลเพื่อทำหัตถการในห้องปฏิบัติการสวน
หัวใจ: การศึกษาย้อนหลัง 85 - 99
สราวุธ วงษ์คุย ,วารินทร์ สุขสำราญ1,* อริญชัย เมตรพรมราช
และ กุลธรา จงตระการสมบัติ

การพัฒนาแนวทางการส่งใช้ยาสมุนไพรในเครือข่ายบริการของอำเภอพนมพิสัย
จังหวัดหนองคาย 100 - 114
กนกกาญจน์ เกื่อนโยธา*



ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภค
อาหารและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 โรงพยาบาลโพธิสัย

Effects of a Health Education Program Utilizing Self-Management and Family
Support on Dietary Behaviors and Clinical Outcomes Among Patients with Stage 4-5
Chronic Kidney Disease at Phon Phisai Hospital

Received: June 16, 2026

Revised: August 26, 2026

Accepted: August 31, 2026

ลาวัลย์ อรกุล^{1*}

LAWAN ORAKUL^{1*}

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และอัตราการกรองของไต (eGFR) ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัวในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5

วิธีดำเนินการวิจัย: การวิจัยเชิงทดลองขั้นต้นแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลโพธิสัย จำนวน 62 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือดำเนินการวิจัยคือ โปรแกรมสุขศึกษาฯ ร่วมกับสมุดบันทึกอาหาร และสื่อโฆษณาการ เครื่องมือเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ และแบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.73 เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 83.9) มีรายได้ไม่เกิน 3,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 62.9) หลังได้รับโปรแกรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นจาก 4.55 เป็น 6.16 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อมในภาพรวมเพิ่มขึ้นจาก 1.52 เป็น 2.53 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยพฤติกรรมรายด้านพัฒนาขึ้นทุกด้าน นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต (eGFR) เพิ่มขึ้นจาก 18.88 เป็น 20.14 มิลลิเมตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ข้อสรุป: โปรแกรมสุขศึกษาที่เน้นการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถพัฒนาความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และช่วยชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะลุกลามได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้ในบริบทผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ

คำสำคัญ : โปรแกรมสุขศึกษา, การจัดการตนเอง, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5



Abstract

Objective: To compare knowledge, dietary behaviors, and estimated glomerular filtration rate (eGFR) before and after participation in a health education program integrating self-management and family support among patients with stage 4–5 chronic kidney disease (CKD).

Methods: This quasi-experimental study employed a one-group pretest-posttest design. Purposive sampling was used to recruit 62 patients with stage 4–5 CKD who received care at Phon Phisai Hospital. The intervention comprised the health education program, accompanied by food diaries and nutritional media. Data collection instruments included a demographic questionnaire, a knowledge assessment, and a dietary behavior assessment (Cronbach's alpha = 0.73). Data were collected at baseline and at 12 weeks post-intervention and analyzed using descriptive statistics and a paired t-test.

Results: The majority of participants were older adults (83.9%), with a monthly income not exceeding 3,000 baht (62.9%). Following the intervention, mean scores for CKD knowledge increased significantly from 4.55 to 6.16, and overall dietary behaviors aimed at delaying renal decline improved significantly from 1.52 to 2.53 ($p < 0.05$), with improvements observed across all behavioral sub-dimensions. Furthermore, mean eGFR increased significantly from 18.88 to 20.14 mL/min/1.73 m² ($p < 0.05$).

Conclusion: A health education program that emphasizes self-management and family involvement can effectively enhance knowledge, dietary behaviors, and clinical outcomes, thereby delaying kidney function decline in patients with advanced-stage CKD, even within resource-limited contexts.

Keywords: Health Education Program, Self-Management, Dietary Behaviors, Stage 4–5 Chronic Kidney Disease



บทนำ

โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสาเหตุหลักในประเทศไทยเกิดจากโรคเบาหวาน (ร้อยละ 36.3) และโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 23.3) ปัจจุบันพบความชุกของโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไปถึงร้อยละ 2.9-13 ของประชากร หรือคิดเป็นจำนวนผู้ป่วยมากถึง 2 ถึง 9 ล้านคน ความรุนแรงของโรคนี้คือในระยะแรกมักไม่มีอาการแสดงผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองเจ็บป่วย และมักตรวจพบเมื่อการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease: ESRD) ซึ่งต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ไม่ว่าจะเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ภาวะนี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อีกทั้งยังสร้างภาระค่าใช้จ่ายที่สูงลิ่ว โดยค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไตเฉลี่ยสูงถึง 240,000 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งยังไม่รวมค่าใช้ยาและค่าใช้จ่ายทางอ้อมอื่น ๆ ส่งผลให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ต้องแบกรับงบประมาณเฉพาะสำหรับการล้างไตเพิ่มขึ้นจาก 5,247 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2558 เป็น 6,318 ล้านบาทในปี 2559 สะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบเชิงระบบที่รุนแรงทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และเศรษฐกิจของประเทศ

ในบริบทพื้นที่โรงพยาบาลโพธิสัย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ได้เปิดให้บริการคลินิกโรคไตเรื้อรังสัปดาห์ละ 2 วัน (วันจันทร์และวันพุธ) มีผู้ป่วยมารับบริการเฉลี่ย 40-50 คนต่อสัปดาห์ โดยกลุ่มเป้าหมายหลักคือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ปี จำนวน 45-50 คน และระยะที่ 4-5 จำนวน 35-40 คน จากสถิติเวชระเบียนระหว่างปี พ.ศ. 2565-2567 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 สูงถึง 308, 274 และ 262 คนตามลำดับ แม้จำนวนรวมจะลดลงเล็กน้อย แต่เมื่อเจาะลึกในแง่ความรุนแรงกลับพบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยระยะที่ 4 ที่ทรุดลงจนเข้าสู่ระยะที่ 5 จำนวน 29, 23 และ 26 คนตามลำดับ และที่น่ากังวลอย่างยิ่งคือ สัดส่วนของผู้ป่วยระยะที่ 5 ที่ต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไตพุ่งสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดดจาก 15 คน (ร้อยละ 51.72) ในปี 2565 เป็น 18 คน (ร้อยละ 78.26) ในปี 2566 และสูงถึง 24 คน (ร้อยละ 92.31) ในปี 2567 ซึ่งตามเกณฑ์การดูแลเชิงคลินิกระบุว่า ผู้ป่วยในระยะที่ 4-5 เป็นช่วงวิกฤตที่ต้องควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัด ทั้งการจำกัดปริมาณโปรตีน และการควบคุมแร่ธาตุ ได้แก่ โซเดียม โพแทสเซียม และฟอสฟอรัส ตลอดจนต้องตรวจเลือดและปัสสาวะเพื่อติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ทว่าในทางปฏิบัติปัญหาส่วนใหญ่ของผู้ป่วยในพื้นที่มีรากเหง้ามาจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ซึ่งกลายเป็นปัจจัยเร่งให้หน้าที่ของไตเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบแนวทางการแก้ปัญหาผ่านแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) ของ Kanfer & Gaelick-Bays (1991) ซึ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองผ่าน 3 ขั้นตอนสำคัญ คือ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ อนุ อิศรพานิช และกิตติพร



เนาว์สุวรรณ (2565) ที่นำรูปแบบ MSES Model มาใช้ในผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 4 โดยตั้งสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับรสชาติอาหาร ปฏิบัติตามแผนการรักษา งดสมุนไพรหรืออาหารเสริม และสร้างแรงใจร่วมกัน ซึ่งพิสูจน์แล้วว่าสามารถชะลอภาวะไตเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญและความจำเป็นอย่างเร่งด่วนในการพัฒนาและศึกษา "ผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5" เพื่อแก้ปัญหาพฤติกรรมบริโภคของสิทธิผู้ป่วยในโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย โดยมีมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดทักษะการจัดการตนเองที่ยั่งยืน สามารถควบคุมระดับแร่ธาตุและชะลอการเสื่อมของไต เพื่อยืดระยะเวลาการเข้าสู่กระบวนการบำบัดทดแทนไต และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นในที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5

สมมติฐานการวิจัย

หลังเข้าโปรแกรมสุขศึกษากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อมหรือคงไว้หน้าที่ไต และมีค่าอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษา ครั้งนี้ใช้แนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัว (Self-Management & Family Support Program) ของ Kanfer & Gaelick-Bays(1991) 3 วิธี ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง (Self-Recording) บันทึกการบริโภคอาหาร/น้ำ (โปรตีน, โซเดียม, โพแทสเซียม, ฟอสฟอรัส) 2) การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) โดยการเปรียบเทียบพฤติกรรมกับเป้าหมาย/ผลเลือดทางห้องปฏิบัติการ 3) การเสริมแรงตนเองและครอบครัว (Self-Reinforcement & Family Support) โดยให้ครอบครัวช่วยปรับรสชาติอาหาร งดสมุนไพร/อาหารเสริม และให้กำลังใจ

โปรแกรมสุขศึกษาต่อการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

- ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง
- ความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วย
- สนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติตัว
- สร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยครอบครัว



- 1.ความรู้ และพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5
2. ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcomes) เพื่อชะลอไตเสื่อม
 - ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) คงที่หรือดีขึ้น

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest – Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 (ที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต) ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย ซึ่งมีจำนวนสะสมเฉลี่ยประมาณ 260–300 คนต่อปี

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย อำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2568

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง: เนื่องจากการวิจัยเชิงทดลองขั้นต้น เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียว (One-Group Pretest-Posttest Design) ผู้วิจัยจึงคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power (พารามิเตอร์: สถิติ t-test แบบ Dependent means, กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ Power = 0.80, ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α = 0.05) และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size: d) ไว้ที่ระดับปานกลางค่อนข้างต่ำค่าคู่อัตราการกรองของไตที่เสื่อมลงตามธรรมชาติ ซึ่งคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการพลังสถิติแท้จริงจำนวน 52 คน

ทั้งนี้ เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการดำเนินโปรแกรม (Attrition Rate) เช่น การย้ายที่อยู่ การส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ หรือการไม่สามารถมาพบแพทย์ตามนัดได้ ผู้วิจัยจึงได้เผื่อขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกประมาณร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่างจริง (เพิ่มอีก 10 คน) ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้นจำนวน 62 คน

ผู้วิจัยดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ป่วยที่มารับบริการตามคลินิกโรคไตในวันจันทร์และวันพุธ ตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 หรือ 5 (eGFR < 30 มล./นาที/1.73 ตร.ม.) ที่ยังไม่ได้ล้างไตหรือฟอกเลือด และไม่มีโรคเรื้อรังอื่น ๆ ร่วม
2. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สื่อสารภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นได้ดี
3. มีญาติหรือสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก (Caregiver) ในเรื่องการจัดหาอาหารอย่างน้อย 1 คน และยินดีเข้าร่วมโปรแกรมพร้อมผู้ป่วย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria):

1. ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเฉียบพลันในขณะนั้น เช่น ภาวะน้ำท่วมปอด (Pulmonary Edema) หรือ โพแทสเซียมในเลือดสูงวิกฤต ที่ต้องเข้ารับการรักษาทันทีผู้ป่วยใน



2. ผู้ป่วยหรือญาติปฏิบัติโปรแกรมการเข้าร่วมโครงการ หรือขอยกเลิกกลางคันระหว่างระยะเวลาการจดบันทึกอาหาร

เครื่องมือวิจัยและการหาคุณภาพ (Research Instruments & Quality)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ "โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัว" ประกอบด้วย คู่มือการปฏิบัติตัว สมุดบันทึกการบริโภคอาหารประจำวัน และสื่อให้ความรู้เรื่องอาหารโรคไต (เน้นการคุมโซเดียม โพแทสเซียม ฟอสฟอรัส)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก (เช่น อายุ, ระยะโรคไต, ค่า eGFR, BUN, Cr, Electrolytes)

2.2 แบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำโปรแกรม คู่มือ และแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน (ประกอบด้วย แพทย์โรคไต อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคไต และนักกำหนดอาหาร) ตรวจสอบความสอดคล้อง นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ซึ่งได้ค่า $IOC \geq 0.67$ และได้ปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหารไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยโรคไตที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายจำนวน 20 คน หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าเท่ากับ 0.87

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 3 ระยะ (รวมระยะเวลาทดลองประมาณ 8-12 สัปดาห์) โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง (Pre-test)

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างและอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ กิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยรวมทั้ง ให้ทำแบบสอบถามพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และบันทึกผลเลือด/ปัสสาวะพื้นฐาน (Baseline Data) ดำเนินการเก็บข้อมูลค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ย้อนหลัง 3 เดือน หรือ ส่งตรวจเพิ่มกรณีไม่มีผลตรวจที่ห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลโพธิสัย ทดสอบคะแนนความรู้ และคะแนนพฤติกรรม (Pre-test)

2. ระยะดำเนินการทดลอง (Intervention)

จัดกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษาและการการตนเอง โดยแบ่งเป็นรอบการอบรมให้ความรู้ ฝึกทักษะการอ่านฉลากโภชนาการ การกะปริมาณโปรตีน การจัดการแช่ผักผลไม้โพแทสเซียม โดยให้ผู้ดูแลหลัก



ร่วมเรียนรู้ด้วย มอบสมุดบันทึกการบริโภคอาหารให้ไปจดที่บ้าน และมีการโทรศัพท์ติดตามกระตุ้น (Telephone Follow-up) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ร่วมกับการประสานกับครอบครัวในการเสริมแรงและปรับรสชาติอาหาร โดยดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2567 - พฤษภาคม 2568 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดการใช้โปรแกรมสุขศึกษา

โปรแกรม	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา
ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง	จัดกลุ่มให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง ในวันที่กลุ่มตัวอย่างมารับบริการที่ คลินิกโรคไต วัดผลการให้ความรู้ก่อน – หลัง	1 ชม.
ให้ความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5	จัดกลุ่มให้สุขศึกษาเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 จำนวน จำนวนทั้งหมด 3 ครั้ง แต่ละครั้ง ห่างกัน 1 เดือน วัดผลการให้ความรู้ก่อน – หลัง	1 ชม.
การใช้กระบวนการกลุ่ม	คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่คลินิกโรคไต ที่สามารถควบคุมอาหารและมีพฤติกรรมที่ บริโภคอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อมได้ดีให้เป็นตัวอย่าง ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติตัวในรูปแบบ การสนทนากลุ่ม จำนวน 1 ครั้ง	1 ชม./ครั้ง
การสร้างแรงจูงใจ	มอบสมุดคู่มือและสื่อสุขศึกษา “อาหารสำหรับผู้ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5” เพื่อให้ผู้ป่วย เรียนรู้ด้วยตนเองที่บ้าน	1 ชม.

ระยะหลังการทดลอง (Post-test)

เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมตามโปรแกรม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารชุดเดิมอีกครั้ง และรวบรวมผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (eGFR, แร่ธาตุต่างๆ) จากเวชระเบียนเพื่อนำไปวิเคราะห์ผลและประเมินคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรม (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และอัตราการครองชีพก่อนและหลังเข้าโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้สถิติ Paired t-test



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการรับรองพิจารณาโครงร่างวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลโพธิ์สัฒย เลขที่ ECPPS 01-2567 ลงวันที่ 9 ตุลาคม 2567

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.1) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 41.9) และเกือบทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 83.9) โดยมีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.6) ในด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 82.3) รองลงมาคือไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 11.3) สอดคล้องกับสัดส่วนด้านการงานที่ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 62.9) และประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 27.4) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนค่อนข้างจำกัด คือไม่เกิน 3,000 บาท (ร้อยละ 62.9) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 62)

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	26	41.9
หญิง	36	58.1
อายุ		
50-59 ปี	10	16.1
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	52	83.9
สถานภาพสมรส		
โสด	2	3.2
สมรส	45	72.6
หม้าย	12	19.4
หย่าร้าง	3	4.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	7	11.3
ประถมศึกษา	51	82.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	3.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	1.6
อนุปริญญา	1	1.6



คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	39	62.9
เกษตรกร	17	27.4
รับจ้าง	3	4.8
ค้าขาย	2	3.2
ธุรกิจส่วนตัว	1	1.7
รายได้ต่อเดือน		
ไม่เกิน 3000 บาท	39	62.9
3001-5000	10	16.1
5001-7000	2	3.2
7001-9000	1	1.7
9001-11000	3	4.8
มากกว่า 11000	7	11.3

2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และอัตราการกรองของไต ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัวในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 62 คน พบว่า หลังเข้าโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นจาก 4.55 (SD = 0.918) เป็น 6.16 (SD = 0.961) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อมในภาพรวมเพิ่มขึ้นจาก 1.52 (SD = 0.487) เป็น 2.53 (SD = 0.199) ซึ่งสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.001

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อมเป็นรายด้าน พบว่าหลังเข้าโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นในทุกด้านอย่างชัดเจน โดยกลุ่มเนื้อสัตว์ที่ควรเลือกรับประทาน (Mean เพิ่มจาก 1.24 เป็น 2.38) กลุ่มผักที่มีโพแทสเซียมต่ำ (Mean เพิ่มจาก 0.67 เป็น 2.05) และกลุ่มผลไม้ที่มีโพแทสเซียมต่ำ (Mean เพิ่มจาก 0.44 เป็น 2.15) เปลี่ยนระดับพฤติกรรมจาก "นาน ๆ ครั้ง (1 วัน/สัปดาห์)" ขึ้นมาเป็น "บางครั้ง (2-3 วัน/สัปดาห์)" ส่วนการดื่มน้ำสะอาด (Mean เพิ่มจาก 1.52 เป็น 2.53) พัฒนาขึ้นมาอยู่ในระดับ "บ่อยครั้ง (4-5 วัน/สัปดาห์)"

นอกจากนี้ ในส่วนของผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่าค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต (eGFR) ของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าโปรแกรมมีค่าเท่ากับ 20.14 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. (SD = 5.38) ซึ่งสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.88 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. (SD = 5.32) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.001 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหารรายด้าน/ภาพรวม และ อัตราการกรองของไต (eGFR) ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ($n = 62$)

ผลลัพธ์การวิจัย	ก่อนร่วม โปรแกรม $\bar{X}$ (SD.)	ระดับการ ปฏิบัติ	หลังร่วม โปรแกรม ($\bar{X}$ / SD)	ระดับการ ปฏิบัติ (หลัง)	p-value
1.ความรู้เรื่องโรค	4.55 (0.918)	-	6.16, 0.961	-	< 0.001***
2.พฤติกรรมการบริโภคอาหาร					
2.1 กลุ่มเนื้อสัตว์ที่ควรเลือกรับประทาน	1.24 / 0.607	นาน ๆ ครั้ง	2.38/0.310	บางครั้ง	< 0.001***
2กลุ่มผักที่มีโพแทสเซียมต่ำกินได้	0.67/0.330	นาน ๆ ครั้ง	2.05/0.552	บางครั้ง	< 0.001***
2.3 กลุ่มผลไม้ที่มีโพแทสเซียมต่ำกินได้	0.44/0.271	นาน ๆ ครั้ง	2.15/0.564	บางครั้ง	< 0.001***
2.4 การดื่มน้ำสะอาด	1.52 / 0.487	นาน ๆ ครั้ง	2.53/0.199	บ่อยครั้ง	< 0.001***
ภาพรวมพฤติกรรมการบริโภค	1.52 / 0.487	-	2.53/0.199	-บ่อยครั้ง	< 0.001***
3. อัตราการกรองของไต (eGFR)	18.88 / 5.32	-	20.14/5.38	-	< 0.001***

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.001



อภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยพฤติกรรมรายด้านเพิ่มขึ้นจากระดับ "นาน ๆ ครั้ง" เป็น "บางครั้ง" และ "บ่อยครั้ง" ในด้านการดื่มน้ำสะอาด เนื่องจากแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) ของ Kanfer & Gaelick-Bays (1991) ซึ่งอธิบายว่า พฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนไม่ได้เกิดจากการยึดเย็ดความรู้ (Passive learning) แต่เกิดจากกระบวนการรับรู้และควบคุมตนเอง (Self-regulation) ผ่าน 3 กลไกหลักที่โปรแกรมนี้เข้าไปกระตุ้น ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง (Self-Recording) คือ การที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันจดบันทึกการบริโภคอาหาร (โปรตีน โซเดียม โพแทสเซียม ฟอสฟอรัส) ลงในสมุดบันทึกประจำวัน ทำให้เกิด "การสังเกตตนเอง (Self-Observation)" จากเดิมที่เป็นผู้บริโภครวมตามความเคยชิน เปลี่ยนเป็นมีความตื่นตัวและตระหนักรู้ (Awareness) ในทุกคำที่รับประทาน 2) การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) เมื่อกลุ่มตัวอย่างนำสมุดบันทึกมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายโภชนาการที่พยาบาลผู้ให้สุขศึกษาแนะนำ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ช่องว่างของพฤติกรรม (Behavioral gap) และพยายามปรับปรุง และ 3) การเสริมแรงตนเองและครอบครัว (Self-Reinforcement & Family Support) รวมทั้งบริบทของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.9 เป็นผู้สูงอายุ และร้อยละ 82.3 จบเพียงระดับประถมศึกษา ซึ่งมักมีข้อจำกัดในการเข้าถึงและทำความเข้าใจข้อมูลโภชนาการที่ซับซ้อน การที่โปรแกรมนี้ดึง ผู้ดูแลหลักในครอบครัว (Caregiver) เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดหาอาหาร ปรับรสชาติดอาหารให้อ่อนเค็มตามรูปแบบ MSES Model (อนุ อิศรพานิช และกิตติพร เนาว์สุวรรณ, 2565) และการโทรศัพท์ติดตามกระตุ้นสัปดาห์ละครั้งจากผู้วิจัย จึงเป็นตัวเร่งปฏิกิริยา (Catalyst) สำคัญที่ช่วยเปลี่ยนความรู้ให้กลายเป็นการปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวันได้ แม้ผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ (รายได้น้อยกว่า 3,000 บาท/เดือน ร้อยละ 62.9) แต่การเน้นเลือกวัตถุดิบท้องถิ่นที่หาได้ง่าย เช่น ผักพื้นบ้านโพแทสเซียมต่ำ ช่วยลดอุปสรรคด้านค่าใช้จ่าย ส่งผลให้พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารรวมพัฒนาขึ้นอย่างชัดเจน

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับงานวิจัยของ กานต์พิชชา ศรีใจ และคณะ (2566) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแพร่กระจาย และสอดคล้องกับ อนุ อิศรพานิช และกิตติพร เนาว์สุวรรณ (2565) ที่พบว่าการปรับพฤติกรรมโดยมีครอบครัวเป็นฐานช่วยเพิ่มความสามารถในการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องของผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 4 ได้อย่างมีนัยสำคัญ

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต (eGFR) เพิ่มขึ้นจาก 18.88 เป็น 20.14 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสะท้อนถึงการชะลอความเสื่อมของเนื้อไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเหตุผลทางพยาธิสรีรวิทยา (Pathophysiology) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 มีหน่วยไต (Nephrons) ที่ทำหน้าที่ปกติเหลือ



ค่อนข้างน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 30) หน่วยไตที่เหลืออยู่จึงต้องทำงานหนักเกินกำลัง เกิดภาวะความดันโลหิตเลือดฝอยไตสูง (Glomerular Hyperfiltration) ซึ่งเป็นปัจจัยเร่งให้เกิดพังผืดในไต (Glomerulosclerosis) การที่ค่า eGFR ของกลุ่มตัวอย่างขยับสูงขึ้นและคงที่นั่น เป็นผลลัพธ์โดยตรง (Direct consequence) จากการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารตามโปรแกรมสุขศึกษา 3 กลไกทางชีวภาพ 3 ประการ ได้แก่ 1) การจำกัดโปรตีนและเลือกโปรตีนคุณภาพสูง (High Biological Value Protein) จะช่วยลดการสะสมของเสียที่เป็นสารประกอบไนโตรเจน (BUN) ลดภาระงานของหน่วยไตที่เหลืออยู่ ส่งผลให้ความดันภายในหลอดเลือดฝอยไตลดลง 2) การควบคุมโซเดียมและเพิ่มการปฏิบัติด้านการดื่มน้ำสะอาด ซึ่งพฤติกรรมดื่มน้ำที่เพิ่มขึ้นเป็นระดับ "บ่อยครั้ง" (4-5 วัน/สัปดาห์) ควบคู่กับการลดอาหารรสจัดตามที่ครอบครัวช่วยควบคุม ช่วยลดภาวะปริมาตรเลือดเกิน (Volume overload) ควบคุมความดันโลหิตในระบบและหลอดเลือดดำไตไม่ให้สูงวิกฤต ส่งผลให้เลือดไหลเวียนมาเลี้ยงเนื้อไต (Renal perfusion) ได้ดีขึ้น เนื้อไตจึงไม่ถูกทำลายซ้ำ และ 3) การคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส ช่วยลดการเกิดภาวะเลือดเป็นกรด (Metabolic acidosis) ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้ไตเสื่อมสภาพเร็ว กลไกทางพยาธิสรีรวิทยาเหล่านี้สะท้อนว่า เมื่อพฤติกรรมเปลี่ยน (Behavioral shift) สรีรวิทยาของไตย่อมฟื้นตัวและคงสภาพไว้ได้ (Physiological stabilization) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับข้อค้นพบของ ชลธิชา ทิพย์รักษ์ และคณะ (2564) ที่ศึกษาการจัดการตนเองชะลอไตเสื่อมในโรงพยาบาลชุมชนแล้ว พบว่า ค่าความยืดหยุ่นและการกรองของไตบวกกลับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศของ Handel et al., (2023) ที่ยืนยันว่า โปรแกรมควบคุมอาหารที่เน้นผู้ดูแลร่วมมือในผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย (Advanced CKD) สามารถเพิ่มค่า eGFR ได้เฉลี่ย 1.2-1.5 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. ภายใน 12 สัปดาห์ เช่นเดียวกับผลการวิจัยครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปประยุกต์ใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลเชิงรุกในชุมชน

โรงพยาบาลโพธิสัยและเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ควรนำโปรแกรมนี้ไปขยายผล (Scale up) ในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โดยปรับรูปแบบสื่อให้สอดคล้องกับข้อจำกัดของผู้สูงอายุ เช่น การใช้คู่มือที่มีตัวหนังสือขนาดใหญ่ การใช้ภาพสี หรือการทำคลิปวิดีโอสั้นภาษาอีสาน/ภาษาท้องถิ่น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่อ่านหนังสือน้อยเข้าใจได้ง่ายขึ้น

ควรจัดตั้งระบบ "คู่หูดูแลไต" หรือ "Caregiver Network" โดยดึงสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักเข้ามาเป็นแกนนำในการควบคุมอาหารร่วมกับผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เนื่องจากผลวิจัยเชิงประจักษ์ชี้ชัดว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้พฤติกรรมผู้ป่วยเปลี่ยนอย่างยั่งยืน

2. ด้านการจัดการนโยบายและบริการสุขภาพ

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ (รายได้น้อย) ทีมสหวิชาชีพ (พยาบาลโรคไต แพทย์ และนักกำหนดอาหาร) ควรนำข้อมูลพฤติกรรมรายด้านไปออกแบบ "เมนูชะลอไต



เสื่อมราคาประหยัดประจำท้องถิ่น" โดยเน้นวัตถุดิบหรือผักพื้นบ้านโพแทสเซียมต่ำที่หาได้ง่ายในเขตอำเภอโพธิ์ชัย แทนการแนะนำอาหารสำเร็จรูปหรืออาหารราคาแพง เพื่อลดอุปสรรคและเพิ่มความร่วมมือในการควบคุมอาหารของผู้ป่วย

ควรบรรจุระบบการโทรศัพท์ติดตามกระตุ้นสัปดาห์ละครั้ง (Telephone Follow-up) หรือการประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันส่งข้อความเตือน (หากผู้ดูแลเข้าถึงเทคโนโลยี) ให้เป็นหนึ่งในแนวปฏิบัติมาตรฐาน (Standard Operating Procedure: SOP) ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 4-5 ของโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลการวิจัยในระยะยาวที่มากกว่า 12 สัปดาห์ (เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี) เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Sustainability of behavior) และดูอัตราการรอดพ้นจากการต้องเข้าสู่กระบวนการบำบัดทดแทนไต (ESRD Free-Survival Rate) ที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ควรขยายผลการวิจัยโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนและยืนยันประสิทธิภาพของโปรแกรมได้อย่างหนักแน่นยิ่งขึ้น

3. ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ควบคู่ไปด้วย โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) ตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เกี่ยวกับอุปสรรค แรงจูงใจ และประสบการณ์จริงในการจัดการตนเอง เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงเนื้อหาของโปรแกรมสุขศึกษาให้ตรงจุดและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในพื้นที่อย่างแท้จริง

4. มีการศึกษาวิเคราะห์ความคุ้มค่า (Cost-Effectiveness Analysis) ว่าโปรแกรมสุขศึกษานี้สามารถช่วยโรงพยาบาลโพธิ์ชัยและประเทศ ลดงบประมาณบัตรทองในการบำบัดทดแทนไต (เฉลี่ย 240,000 บาท/คน/ปี) ได้เป็นจำนวนเงินเท่าใด เมื่อเทียบกับงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

- กานต์พิชชา ศรีใจ, ปิยะวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ, และสุภารัตน์ วังคะฮาด. (2566). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b และ 4. วารสารเกื้อการุณย์, 30(1), 45-58.
- ชลธิชา ทิพย์รักษ์, ญัฐภาภรณ์ อ่อนศรี, และสิทธิชัย แพรไพศาล. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมและฟังก์ชันการทำงานของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 31(2), 112-125.
- อนุ อิศรพานิช, และกิตติพร เนาว์สุวรรณ. (2565). รูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 4 โดยใช้ MSES Model ในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิจัยและระบบสาธารณสุข, 16(3), 302-315.



- Handel, M. J., Cooper, R. S., & Vigneron, A. (2023). *Family-centered self-management interventions in advanced chronic kidney disease: A randomized controlled trial*. *Journal of Renal Nutrition*, 33(4), 512-521. <https://doi.org/10.1053/j.jrn.2023.02.004>
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Bays, L. (1991). *Self-management methods*. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (4th ed., pp. 305-360). Pergamon Press.



ผลของโปรแกรมบริหารสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุใน โรงพยาบาลปากคาด

The Effect of a Brain Exercise Program for Dementia Prevention on Cognitive Function in Older Adults at Pakkhat Hospital

Received: June 23, 2026

Revised: August 26, 2026

Accepted: August 31, 2026

นราพร มหาชัย¹, ทรรศนีย์ นครชัย^{2*}Naraporn Mahachai¹, Tassanee Nakhonchai^{2*}

บทคัดย่อ

วิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบริหารสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลปากคาด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลปากคาด คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 32 คน โดยมีระยะเวลาดำเนินการวิจัย ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2568 – 30 เมษายน 2569 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุ CVI= .88 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม แบบประเมินความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้าน และแบบประเมินความพึงพอใจ มีค่า CVI= .92, 1 และ 1 มีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค= .86, .96, .98 ตามลำดับ แบบทดสอบสมรรถภาพของสมองผ่านการทดสอบความไว ร้อยละ 82 และค่าความจำเพาะ ร้อยละ 70

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Wilcoxon signed-rank test ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ กลุ่มตัวอย่างทุกรายให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้านอยู่ในระดับดี ส่งผลให้หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับพอใจมากที่สุด

ดังนั้น โปรแกรมบริหารสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสมรรถภาพสมองและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพหรือชุมชนต่อไปได้

คำสำคัญ: โปรแกรมบริหารสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม, สมรรถภาพสมอง, ผู้สูงอายุ

¹ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปากคาด

² กลุ่มงานวิชาการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็่งอุดรธานี

* ผู้ประสานงาน (Corresponding Author): ทรรศนีย์ นครชัย อีเมลล์ tasuch.na@gmail.com



Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a brain exercise program for dementia prevention on cognitive function among older adults at Pakkhat Hospital. The sample comprised 32 older adults aged 60 years and above who received care at the geriatric clinic at Pakkhat Hospital, selected through purposive sampling. The study was conducted from October 1, 2025, to April 30, 2026. The research instrument consisted of a dementia prevention program designed for older adults, with a Content Validity Index (CVI) of .88. Data collection instruments included a dementia perception assessment, a home activity participation assessment, and a satisfaction assessment, with CVI values of .92, 1.00, and 1.00, respectively, and Cronbach's alpha coefficients of .86, .96, and .98, respectively. A separate cognitive function screening test demonstrated a sensitivity of 82% and a specificity of 70%. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test.

The results revealed that, following the intervention, participants exhibited significantly higher mean dementia perception scores compared with pre-intervention values ($p < .05$). All participants demonstrated a high level of cooperation in sustaining activities at home, which, in turn, contributed to significantly higher post-intervention cognitive performance scores relative to pre-intervention values ($p < .05$). Overall, participant satisfaction with the program was rated at the highest level.

In conclusion, the brain exercise program for dementia prevention effectively improved dementia perception and cognitive function among older adults. This program may therefore be applied as an intervention strategy to promote cognitive health and prevent dementia among older adults within healthcare and community settings.

Keywords: Brain Exercise Program for Dementia Prevention, Cognitive Function, Older Adults



บทนำ

ปัจจุบันโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่าจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และการเพิ่มขึ้นของประชากรกลุ่มนี้ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพเรื้อรังและภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย (World Health Organization, 2021) สำหรับประเทศไทย พบว่ามีผู้สูงอายุคิดเป็นมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลายเป็นประเด็นสำคัญทางสาธารณสุข (กรมอนามัย, 2566) ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความเสื่อมของสมอง ส่งผลต่อความสามารถด้านความจำ การคิด การเรียนรู้ การใช้เหตุผล และการดำเนินกิจวัตรประจำวัน โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่าปัจจุบันมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกมากกว่า 55 ล้านคน และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 10 ล้านคนต่อปี (World Health Organization, 2021) สำหรับประเทศไทยคาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทศวรรษข้างหน้า (Tantirat et al., 2020) ซึ่งภาวะดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ครอบครัว และเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2566–2570 เพื่อส่งเสริมการคัดกรอง การป้องกัน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่ระยะเริ่มต้น (กรมอนามัย, 2566) โรงพยาบาลปากคาดได้จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุและดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลปากคาด, 2567) จากการทบทวนวรรณกรรม การป้องกันภาวะสมองเสื่อมควรเริ่มตั้งแต่ระยะก่อนเกิดโรคหรือระยะที่มีความบกพร่องเล็กน้อย รวมทั้งจัดกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองควรมีหลากหลายที่สามารถกระตุ้นความจำในระยะสั้น ระยะยาว และกระตุ้นกระบวนการรู้คิด (Yang et al., 2022) นอกจากนี้กิจกรรมต้องสามารถให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลสามารถนำไปปฏิบัติต่อเองที่บ้านได้ (เพ็ญศิริ โคตรพัฒน์ และคณะ, 2566) จากการทบทวนการดำเนินงานป้องกันสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลปากคาดพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม และการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการทำกิจกรรมภายในคลินิก และยังขาดกิจกรรมบริหารสมองต่อเองให้ผู้สูงอายุนำกลับไปปฏิบัติต่อเองที่บ้าน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมบริหารสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นกิจกรรมการเรียนรู้และการฝึกกระตุ้นการทำงานของสมองอย่างต่อเนื่องทั้งในสถานบริการและที่บ้าน โดยเพิ่มกิจกรรมกระตุ้นทั้งความจำระยะสั้นและระยะยาว การกระตุ้นการรู้คิดและการจดบันทึกและติดตามการทำกิจกรรม พร้อมทั้งศึกษาผลของโปรแกรมต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลปากคาดขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบริหารสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลปากคาด

**วัตถุประสงค์เฉพาะ**

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง
3. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้านของผู้สูงอายุ
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมบริหารสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมบริหารสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมมีค่าคะแนนสมรรถภาพสมองสูงกว่าก่อนทดลอง
2. ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมบริหารสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมมีค่าคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาใช้ กระตุ้นการรับรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ โดยสร้าง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้ถึงอุปสรรคของการ ปฏิบัติตน และ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ พร้อมทั้งประยุกต์ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของ Bruner ในการจัดการเรียนรู้ เพื่อเสริมสร้างการรู้คิด ดังนี้ 1) การจัดการเรียนรู้ควรตอบสนองความต้องการและ ความสนใจของผู้สูงอายุ 2) เปิดโอกาสให้ผู้เรียนซักถามและเรียนรู้ด้วยตนเอง 3) การจัดการเรียนรู้โดยให้ ลงมือปฏิบัติจริง 4) มีการสรุปบทเรียน 5) ส่งเสริมให้ผู้เรียนทำความเข้าใจและจดบันทึก

โปรแกรมบริหารสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมใน
ผู้สูงอายุ 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย
กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้โรคสมองเสื่อม ปัจจัยเสี่ยงและอาการ
เตือนของโรคสมองเสื่อม
กิจกรรมที่ 2 ฝึกทักษะการออกกำลังกายและการบริหาร
สมอง (Brain Exercise)
กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมบริหารสมองต่อเนื่องให้กลุ่มตัวอย่าง
นำไปฝึกกระตุ้นสมรรถภาพสมองด้วยตนเองที่บ้านมีการจด
บันทึกในแบบบันทึกกิจกรรมทุกวัน
กิจกรรมที่ 4 ติดตามและกระตุ้นกิจกรรมโดยการเยี่ยมบ้าน
และติดตามทางโทรศัพท์

1. สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ
2. การรับรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมของ
ผู้สูงอายุ
3. ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
ต่อเนื่องที่บ้าน
4. ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วม
โปรแกรมของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและ
หลังการทดลอง (Pre-Post-test design) โดยมีระยะเวลาดำเนินการวิจัย ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2568 ถึงวันที่
30 เมษายน 2569 มีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้



1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลปากคาด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลปากคาด
คัดเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

- 1) ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยในพื้นที่อำเภอปากคาด
- 2) สามารถอ่านและเขียนหนังสือภาษาไทยได้
- 3) ไม่มีปัญหาการได้ยิน ไม่มีปัญหาการทรงตัว
- 4) ยินดีเข้าร่วมวิจัย
- 5) สามารถใช้งานโทรศัพท์มือถือได้หรือมีผู้ดูแลที่สามารถใช้งานโทรศัพท์มือถือได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรง เช่น วัณโรคปอด
- 2) ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล
- 3) ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนประเมิน TMSE < 23 คะแนน

เกณฑ์นำอาสาสมัครออก (withdrawal criteria)

- 1) ขอลอนตัวจากโครงการวิจัย
- 2) ย้ายภูมิลำเนา
- 3) เข้าร่วมการทดลองไม่ครบตามกำหนด
- 4) เสียชีวิตระหว่างการวิจัย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*power กำหนดอำนาจการทดสอบ (power analysis) = 0.95 หาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) จากงานวิจัยของไอลดา มาเม่น และคณะ (2567) เรื่อง ผลของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ กำหนดขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.6 ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตามของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ คู่มือโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุ มีเนื้อหาประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 สร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม โดยใช้สื่อการสอนร่วมกับแผ่นพับ กิจกรรมที่ 2 ฝึกทักษะการออกกำลังกายและการบริหารสมอง โดยใช้คู่มือออกกำลังกายและบริหารสมอง โดยมีรายละเอียดประกอบด้วย ทำบริหารสมอง 3 ท่า คือ 1) ท่า โป่ง-ก้อย 2) ท่า



จับแอล 3) ทำจับจุมุก-จับหู เข้า – เย็น โดยทำต่อเนื่อง ครั้งละ 15 นาที วิธีการออกกำลังกายโดยใช้ ผ่านตาราง 9 ช่อง วันละ 1 ครั้ง กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมบริหารสมองต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีคู่มือกิจกรรมบริหารสมองต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีรายละเอียดกิจกรรมคือ เกม Sudoku กิจกรรมวาดภาพระบายสีบวกลบเลข เกมส้นคือใคร โดยให้ทำกิจกรรมวันละครั้งพร้อมจดบันทึกในแบบบันทึกกิจกรรมทุกวัน กิจกรรมที่ 4 ติดตามและกระตุ้นทำกิจกรรมทางโทรศัพท์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ การกำหนดคะแนน ข้อความด้านบวก 5,4,3,2,1 คะแนนด้านลบ 1,2,3,4,5 คะแนน การแปลผลด้านบวก 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยเห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วย 3 คะแนน หมายถึง ไม่แน่ใจ 2 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ด้านลบ ให้คะแนนตรงกันข้าม การรับรู้ภาวะสมองเสื่อม มีคะแนนอยู่ระหว่าง 10 - 50 คะแนน โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับการรับรู้ 3 ระดับ คือ ระดับดี 37 – 50 คะแนน ระดับปานกลาง 23 – 36 คะแนน และระดับไม่ดี 10 – 22 คะแนน

- แบบทดสอบสมรรถภาพของสมอง Thai Mental State Examination (TMSE) พัฒนา โดย Train the Brain Forum Thailand มีจำนวน 6 ข้อ โดยให้ตอบตามข้อ แต่ละ ข้อมีคะแนนกำหนดให้คะแนนเต็มทั้งหมด 30 คะแนน ถ้าได้คะแนนรวม <24 คะแนน ถือว่า มีภาวะมีความผิดปกติทางด้านความสามารถของสมอง

- แบบประเมินความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้านผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้ประเมินและตรวจสอบการบ้านที่ให้ผู้สูงอายุทำลักษณะการประเมินแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติถูกต้อง ให้ 2 คะแนน ปฏิบัติถูกต้องบางส่วน ให้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน

- แบบประเมินความพึงพอใจ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ พอใจมากที่สุด พอใจมาก พอใจปานกลาง พอใจน้อย และพอใจน้อยที่สุด รวม 5 ข้อ การกำหนดคะแนน ข้อความด้านบวก 5,4,3,2,1 คะแนนด้านลบ 1,2,3,4,5 คะแนน การแปลผล คะแนนเฉลี่ย $1.00 - 1.49 =$ พอใจน้อยที่สุด $1.50 - 2.49 =$ พอใจน้อย $2.50 - 3.49 =$ พอใจปานกลาง $3.50 - 4.49 =$ พอใจมาก คะแนนเฉลี่ย $4.50 - 5.00 =$ พอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ โปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุ แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม แบบประเมินความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้าน และแบบประเมินความพึงพอใจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ 2 ท่าน โดยหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมป้องกันภาวะ



สมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุมีค่า $CVI = .88$ แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมมีค่า $CVI = .92$ และแบบประเมินความพึงพอใจมีค่า $CVI = 1$ แบบประเมินความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้าน มีค่า $CVI = 1$ ส่วนแบบทดสอบสมรรถภาพของสมอง Thai Mental State Examination (TMSE) พัฒนาโดย Train the Brain Forum Thailand ผ่านการทดสอบความไว (sensitivity) มีค่าเท่ากับร้อยละ 82 และค่าความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 70 (ศรนรินทร์ กาญจนะโนพินิจ และคณะ, 2557) จากนั้นนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (tryout) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 15 ราย หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมแบบประเมินความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้าน และแบบประเมินความพึงพอใจด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่า .86, .96, .98 ตามลำดับ

3. ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

โครงการเพื่อผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ และได้รับการพิจารณาอนุมัติโครงการเลขที่ BKP 2025-054 เมื่อวันที่ 24 กันยายน 2568 ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยอธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าจะรักษาความลับและนำมาใช้ในการวิจัยเท่านั้น การอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างและเสนอในภาพรวมของผลการวิจัย

4. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ มีวิธีการดำเนินวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนดังนี้

1) ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการและหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกในการเก็บข้อมูล โดยขออนุญาตตรวจสอบรายชื่อและคุณสมบัติของผู้สูงอายุที่เข้าเกณฑ์การวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยและขอความยินยอมในการเข้าโครงการวิจัย

2) ประเมินการรับรู้ภาวะสมองเสื่อม ประเมินสมรรถภาพสมอง ก่อนการทดลองโดยใช้เวลาในการทำแบบทดสอบ 15 นาที

3) ดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมป้องกันสมองเสื่อม จำนวน 4 กิจกรรม โดยนัดผู้สูงอายุมาพบที่คลินิกสูงอายุโรงพยาบาลปากคาดทุกวันอังคาร เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 90 นาที/ ครั้ง และโทรติดตามและกระตุ้นให้ทำกิจกรรมทุกวันศุกร์ โดยนัดเวลากับผู้สูงอายุและผู้ดูแล ใช้เวลา 20 นาที/ คน โดยมีกิจกรรมแต่ละสัปดาห์ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 สร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม โดยให้ความรู้โรคสมองเสื่อมและแนวทางการป้องกัน โดยใช้เวลา 15 นาที ฝึกกิจกรรมทางความคิดความจำ โดยฝึกจำชื่อ จำนวนที่ ฝึกการจดจำรูปภาพ โดยใช้ให้เล่นเกมทายผลไม้ ทายชื่อสัตว์ ใช้เวลา 30 นาที ฝึกทักษะการออกกำลังกายและการบริหารสมอง (Brain Exercise) 3 ท่า โดยใช้เวลาฝึกบริหารสมอง 30 นาที แนะนำผู้สูงอายุและญาติเกี่ยวกับการ



ทำกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้าน ใช้เวลา 15 นาที โดยให้ญาติควบคุมกำกับการทำกิจกรรม ทุกวันจนถึงวันนัด ได้แก่ เกม Sudoku วันละ 1 แผ่น บวกละขระบายสี วันละ 1 แผ่น บริหารสมองด้วยท่าออกกำลังกาย 3 ท่า ให้ผู้สูงอายุฝึกและเขียนสิ่งดี ๆ ในชีวิตตามช่องที่กำหนด ในแผ่นเกมฉันทาคือใคร จำนวน 1 แผ่น

สัปดาห์ที่ 2 ฝึกความจำระยะยาวและกระตุ้นการรับรู้ โดยให้ผู้สูงอายุนำการบ้าน แผ่นเกมฉันทาคือใคร มาเล่าเรื่องราวที่เขียน โดยทำกิจกรรมกลุ่ม ใช้การทำกิจกรรม 30 นาที ให้ผู้สูงอายุเล่นเกมบริหารสมองฝึกฝนความจำและสมาธิ ใช้เวลา 30 นาที ประเมินความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่อเนื่องเพื่อป้องกันสมองเสื่อมที่บ้านของสัปดาห์ที่ 1 และให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล 15 นาที

สัปดาห์ที่ 3 ฝึกจดจำตัวเลขและการจินตนาการภาพ โดยให้ผู้สูงอายุเล่นเกมทายสุภาชิตคำพังเพย ใช้เวลา 30 นาที ฝึกจดจำตัวเลขและการจินตนาการภาพ โดยให้เล่นเกมออกกำลังกายผ่านตาราง 9 ช่อง โดยให้ผู้สูงอายุเดินหรือเต้น ตามชุดตัวเลข 9 ท่า โดยเปิดเพลงประกอบ ใช้เวลา 30 นาที ประเมินความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่อเนื่องเพื่อป้องกันสมองเสื่อมที่บ้านของสัปดาห์ที่ 2 และให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล ใช้เวลา 15 นาที

สัปดาห์ที่ 4 ฝึกการรับรู้ทางมิติสัมพันธ์ โดยให้ผู้สูงอายุเล่นเกมทายชื่อสี ใช้เวลา 15 นาที ให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมกลุ่ม โดยให้เล่นเกมสมดุลง (ต่อบล็อก) ใช้เวลา 30 นาที ประเมินความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้านของสัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลา 15 นาที

4) ประเมินความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่อเนื่องเพื่อป้องกันสมองเสื่อมที่บ้านในภาพรวมทั้ง 4 สัปดาห์ ใช้เวลา 15 นาที

5) ประเมินสมรรถภาพสมองและความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อกิจกรรมของโปรแกรม หลังการทดลองโดยใช้เวลาในการทำแบบทดสอบ 30 นาที

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งก่อนและหลังการทดลองมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งสถิติวิเคราะห์ที่ได้กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มีรายละเอียดดังนี้

1) คะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคภาวะสมองเสื่อม คะแนนความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจง ความถี่ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) คะแนนสมรรถภาพสมอง และ คะแนนความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคภาวะสมองเสื่อม ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้ สถิติ Wilcoxon signed-rank test ภายหลังทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro – Wilk Test พบมีการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นปกติ



4) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมมองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test ภายหลังทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro – Wilk Test พบมีการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นปกติ

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 60-70 ปี ร้อยละ 61.11 ($\bar{x} \pm S.D = 69.70 \pm 5.90$ ปี) มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงมากที่สุด ร้อยละ 36.11 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.67 อาศัยอยู่กับบุตรมากที่สุด ร้อยละ 36.11 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
60 – 70 ปี	22	61.11
71 - 80 ปี	13	36.11
81 ปีขึ้นไป	1	2.78
อายุเฉลี่ย ($\bar{x} \pm S.D$) = 69.70 $\pm$ 5.90 ปี		
โรคประจำตัว		
ไม่มี	2	5.56
มี		
เบาหวาน	3	8.33
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	9	25.00
เบาหวาน ร่วมกับ ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	13	36.11
เก๊าท์	2	5.56
ความดันโลหิตสูง	2	5.56
ไทรอยด์เป็นพิษ	1	2.78
ภูมิแพ้	1	2.78
หอบหืด	2	5.56
กระเพาะ	1	2.78
สถานภาพสมรส		
สมรส	24	66.67
โสด	3	8.33
หม้าย	7	19.44
หย่า	2	5.56



รายการ	จำนวน	ร้อยละ
อาศัยอยู่ที่บ้านกับใคร		
บุตร	13	36.11
ภรรยา	9	25.00
สามี	12	33.33
พี่สาว/พี่ชาย	2	5.56

2. การเปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

ผลการเปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการทดลองผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมาคือระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25 ภายหลังการทดลอง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับดีเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 97.22 ขณะที่ระดับปานกลางลดลงเหลือคิดเป็นร้อยละ 2.78 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อม พบว่า ภายหลังการทดลองผู้สูงอายุมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 34.58 ± 2.99 คะแนน และภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 37.42 ± 2.76 คะแนน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

ระดับการรับรู้	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Wilcoxon (Z)	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับดี (33 – 50 คะแนน)	27	75	35	97.22		
ระดับปานกลาง (17 - 32 คะแนน)	9	25	1	2.78		
ระดับไม่ดี (0 - 16 คะแนน)	0	.00	0	.00		
ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} \pm S.D$)	34.58 ± 2.99		37.42 ± 2.76		- 4.80	<.001*

*p< .05

3. การศึกษาการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้านของผู้สูงอายุ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้านอยู่ในระดับดี โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยการให้ความร่วมมือภาพรวม 22.72 ± 1.45 คะแนน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการศึกษาการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้านของผู้สูงอายุ

ระดับการให้ความร่วมมือ	จำนวน	ร้อยละ
ให้ความร่วมมือดี (ค่าคะแนน 19 - 24 คะแนน)	36	100.00
ให้ความร่วมมือปานกลาง (ค่าคะแนน 13 -18 คะแนน)	0	.00
ให้ความร่วมมือน้อย (ค่าคะแนน 7 - 12 คะแนน)	0	.00
ไม่ให้ความร่วมมือ (ค่าคะแนน 0 - 6 คะแนน)	0	.00
การให้ความร่วมมือภาพรวม ($\bar{X} \pm S.D$)	22.72 ± 1.45	



4. การเปรียบเทียบสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ

พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย 26.47 ± 1.61 คะแนน เพิ่มขึ้นหลังการทดลองเป็น $29.88 \pm .32$ คะแนน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ

สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ	ค่าคะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Wilcoxon (Z)	p-value
ก่อนการทดลอง	26.47	1.61	-4.50	<.001*
หลังการทดลอง	29.88	.32		

* $p < .05$

5. การประเมินความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมของผู้สูงอายุ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับพอใจมากที่สุด มีค่าคะแนนเฉลี่ย $4.70 \pm .46$ โดยด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยสูงสุดคือ เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถนำกลับไปปฏิบัติที่บ้านได้ $4.90 \pm .31$ คะแนน รองลงมาคือด้าน กิจกรรมมีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ความง่ายต่อการใช้งานไม่ซับซ้อน และมีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ $4.77 \pm .43$ คะแนน (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมของผู้สูงอายุ

ลำดับ	รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
1	มีความเหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุ	4.77	.43	พอใจมากที่สุด
2	เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถนำกลับไปปฏิบัติที่บ้านได้	4.90	.31	พอใจมากที่สุด
3	มีความง่ายต่อการใช้งานไม่ซับซ้อน	4.77	.43	พอใจมากที่สุด
4	มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ	4.77	.43	พอใจมากที่สุด
5	ผู้สูงอายุได้รับความรู้ในกิจกรรมที่จัดให้	4.80	.43	พอใจมากที่สุด
6	วัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้จัดกิจกรรมมีความเพียงพอ	4.53	.68	พอใจมากที่สุด
7	สถานที่จัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	4.53	.81	พอใจมากที่สุด
8	ระยะเวลาในการทำกิจกรรมเหมาะสม	4.57	.82	พอใจมากที่สุด
	ความพึงพอใจในภาพรวม	4.70	.46	พอใจมากที่สุด



อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมบริหารสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมดีขึ้น มีความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้านอยู่ในระดับดี สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมบริหารสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ซึ่งมุ่งปรับเปลี่ยนการรับรู้ของผู้สูงอายุโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยง ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม และปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดความรุนแรงของโรค รวมทั้งอาการเตือน ทำให้ผู้สูงอายุตระหนักว่าตนเองมีโอกาสเกิดการเสื่อมถอยทางการรู้คิดตามวัย อีกทั้งการให้ความรู้โดยการอธิบายผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมต่อความจำ การคิด การดำเนินชีวิต และการพึ่งพาผู้อื่น ช่วยส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค นอกจากนี้ในโปรแกรมบริหารสมองมีกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้ทดลองปฏิบัติ และเห็นว่าสามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง จึงช่วยเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะสมองเสื่อม เมื่อผู้สูงอายุรับรู้ถึงประโยชน์ในการทำกิจกรรมป้องกันสมองเสื่อมจึงส่งผลต่อการให้ความร่วมมือต่อการทำกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้าน ประกอบกับการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสมกับวัยและไม่ซับซ้อนและมีผู้วิจัยคอยตอบคำถามและเสนอแนะการทำกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์จึงช่วยลดการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ รวมทั้งการติดตามทางโทรศัพท์เป็นสิ่งชักนำให้ผู้สูงอายุเกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับการศึกษาของ Zewdie et al., (2022) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ เป็นองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและความเชื่อที่จะนำไปปฏิบัติ และสอดคล้องกับการศึกษาของโอลดา มาเม่น และคณะ (2567) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$

ด้านผลการศึกษาสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีสมรรถภาพสมองดีขึ้น อธิบายได้ว่า โปรแกรมบริหารสมองที่ใช้ในการทดลองมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสมรรถภาพสมอง ทั้งในด้านความจำระยะสั้นและระยะยาว ผ่านกิจกรรมที่นำมาใช้ ได้แก่ การระบายสีบวกละการคูณ Brain Exercise การเล่าประสบการณ์เดิมที่เป็นความภาคภูมิใจทำให้ผู้สูงอายุได้รำลึกถึงความจำในระยะยาว นอกจากนี้ยังมีการฝึกการจดจำและการจินตนาการ โดยให้ผู้สูงอายุเล่นเกมทายชื่อสี เกมทายสุภาษิตคำพังเพย เกมออกกำลังกายผ่านตาราง 9 ช่อง อีกทั้งยังฝึกการรับรู้ของสมองด้านมิติสัมพันธ์ผ่านการเล่นเกมสมดุ (ตอบลือก) ซึ่งเป็นกิจกรรมกลุ่มทำให้ผู้สูงอายุได้ฝึกการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น สำหรับการบริหารสมองด้านการคิดวิเคราะห์ ผู้วิจัยได้นำ เกม Sudoku แบ่งระดับความยากง่ายในแต่ละสัปดาห์ให้ผู้สูงอายุนำกลับไปทำเป็นการบ้านทุกวันต่อเนื่องเป็นเวลา 1 เดือน ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถพัฒนาความจำ การคิดวิเคราะห์ และทักษะการทำงานของสมองด้านต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีค่าคะแนน



สมรรถภาพสมองเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ สอดคล้องกับการศึกษาของพินทุ์ ศรีชัยเลิศสกุล (2560) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการกระตุ้นการทำงานสมองที่มีต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยของสมรรถภาพสมองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองเพิ่มขึ้น 3.6 เท่า

ด้านการประเมินความพึงพอใจพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับพอใจมากที่สุด อธิบายได้ว่าโปรแกรมบริหารสมองได้รับการออกแบบให้ตอบสนองความต้องการและความสามารถของผู้สูงอายุ ทั้งในด้านความเหมาะสมของเนื้อหา ความเข้าใจง่าย และการนำไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน ความสามารถในการนำกิจกรรมไปฝึกต่อที่บ้านได้ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มความต่อเนื่องของการฝึกสมอง ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจและรู้สึกว่ากิจกรรมมีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพสมองของตนเอง นอกจากนี้กิจกรรมที่ทำไม่ซับซ้อนและเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุยังช่วยลดอุปสรรคในการเข้าร่วมและส่งเสริมแรงจูงใจ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีส่วนสำคัญต่อการยอมรับและความพึงพอใจต่อโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Yang et al., (2022) ที่พบว่าการออกแบบกิจกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ควรเน้นความเรียบง่าย ความเหมาะสมตามวัย และการนำไปใช้ได้จริง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดต่อผู้เข้าร่วม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสายใจ พันแพง (2567) ที่พบว่าหลังจัดกิจกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมร่วมกับส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรมระดับดีมาก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมบริหารสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและป้องกันสมองเสื่อมตั้งแต่ยังไม่เกิดโรค

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

1) ควรศึกษาผลของโปรแกรมบริหารสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น

2) ควรพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย. (2566). แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2566–2570.

<https://anamai.moph.go.th>

คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลปากคต. (2567). สรุปตัวชี้วัดการดำเนินงาน 3 ปี. โรงพยาบาลปากคต



- พินทุตรี ศรีชัยเลิศสกุล (2560) ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการทำงานสมองที่มีต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 1(2), 206-215.
- เพ็ญศิริ โคตรพัฒน์, อุบลพรรณ ชีระศิลป์ และ ชฎาภา ประเสริฐทรง. (2566). ผลของโปรแกรมการป้องกันสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสลอด. วารสารพยาบาลทหารบก, 24(1), 470-480.
- สายใจ พันแพง. (2567). การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเด่นเหล็ก อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุดรธานี. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเด่นเหล็ก.
- ศรณรินทร์ กาญจนะโนพินิจ, สุวิทย์ เจริญศักดิ์ และฐิติวี แก้วพรสวรรค์. (2557). การศึกษาคุณสมบัติการวัดของแบบคัดกรอง Cognistat ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 59(4), 409-18.
- ไอลดา มาเม่น, ภูมิทิพย์ สาสนบุรณ์ และพลอยไพลิน บุตสา. (2567). ผลของโปรแกรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ), 34(3), 34-43.
- Tantirat, P., Suphanchaimat, R., Rattanathumsakul, T., & Noree, T. (2020). *Projection of the number of elderly in different health states in Thailand in the next ten years, 2020–2030*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(22), <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/22/8703>
- World Health Organization. (2021). *Global status report on the public health response to dementia*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>
- World Health Organization. (2021). *Dementia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Yang, X., Xu, X. Y., Guo, L., Zhang, Y., Wang, S. S., & Li, Y. (2022). *Effect of leisure activities on cognitive aging in older adults: A systematic review and meta-analysis*. Frontiers in Psychology, 13, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1080740>
- Zewdie, A., Mose, A., Sahle, T., Bedewi, J., Gashu, M., Kebede, N., & Yimer, A. (2022). *The health belief model's ability to predict COVID-19 preventive behavior: A systematic review*. SAGE Open Medicine, 10, 1–12.



บทบาทของหัวหน้าพยาบาลในการพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน: การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา

The Role of Head Nurses in Developing an Intermediate Care Network System

From Hospital to Community: A Descriptive Qualitative Study

Received: July 13, 2026

Revised: August 22, 2026

Accepted: August 31, 2026

เมตตา สุทธิพรไพศาลกุล¹ และ ทศพร ทองย้อย^{2*}

Metta Suttipornphaisakul¹ and Todsaporn Tongyoy^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของหัวหน้าพยาบาลในการพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และสังเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จในการสร้างภาคีเครือข่าย ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 31 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย หัวหน้าพยาบาล 1 คน 5 คน พยาบาลผู้จัดการรายกรณี 5 คน และผู้แทนภาคีเครือข่าย 20 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน - ธันวาคม พ.ศ. 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และการศึกษาเอกสาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูลและวิธีการ

ผลการวิจัยพบ 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) บริบทและเส้นทางสู่การพัฒนาบทบาทหัวหน้าพยาบาล โดยช่องว่างของระบบเดิมและการขาดความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญ 2) บทบาทของหัวหน้าพยาบาล ได้แก่ การสร้างวิสัยทัศน์ร่วม ภาวะผู้นำเชิงวิสัยทัศน์ การบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ การพัฒนาศักยภาพทีม การบริหารทรัพยากร และการประสานเครือข่าย 3) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงความต่อเนื่องของการดูแล การติดตามผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้น ความเข้มแข็งและความไว้วางใจในเครือข่าย ตลอดจนความรู้และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของบุคลากร และ 4) ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จ ได้แก่ ภาวะผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และลงมือปฏิบัติจริง การสนับสนุนจากผู้บริหาร ทุนทางสัมพันธ์ภาพระหว่างองค์กร และวัฒนธรรมการเรียนรู้และการปรับตัวร่วมกัน ผลการวิจัยสะท้อนแนวทางการพัฒนาบทบาทหัวหน้าพยาบาลในการเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ: บทบาทหัวหน้าพยาบาล, ผู้ป่วยระยะกลาง, เครือข่ายการดูแล, การวิจัยเชิงคุณภาพ

¹กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

²กลุ่มงานวิจัยและพัฒนากายภาพบำบัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

*ผู้ประสานงาน (Corresponding Author): ทศพร ทองย้อย อีเมล ben_nu41@hotmail.com



Abstract

This qualitative study aimed to investigate the role of head nurses in developing an intermediate care network system from hospital to community, examine its associated outcomes, and synthesize the key conditional factors underlying successful network development. Thirty-one informants were purposively selected, comprising one head nurse, five ward heads involved in intermediate care, five case manager nurses, and 20 network partner representatives. The study was conducted from April to December 2025, with data collected through in-depth interviews, observations, and document reviews. Data were analyzed using content analysis, and the trustworthiness of the findings was established through data and methodological triangulation.

Four principal themes emerged: (1) the context and pathway toward head nurse role development, in which gaps within the existing system and the absence of connectivity between hospital and community served as key drivers for network development; (2) head nurse roles, including shared vision building, visionary leadership, strategic management, team capacity development, resource management, and network coordination; (3) the resulting outcomes, with informants reflecting on greater continuity of care, more comprehensive patient follow-up, strengthened and more trusted network relationships, as well as increased knowledge and confidence among personnel in the care of intermediate care patients; and (4) conditions underlying success, including visionary and practice-oriented leadership, administrative support, inter-organizational relational capital, and a culture of shared learning and mutual adaptation. The findings illuminate pathways for developing head nurses' roles in linking intermediate care systems between hospitals and communities, fostering continuity and sustainability.

Keywords: Head Nurse Role, Intermediate Care Patients, Care Network, Qualitative Research



บทนำ

การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) เป็นช่วงเชื่อมต่อที่สำคัญระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลกับการดูแลในชุมชน ซึ่งผู้ป่วยระยะกลางคือ ผู้ที่พ้นภาวะวิกฤติมีอาการคงที่แต่ยังมีความผิดปกติของร่างกายและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยมีผลการประเมิน Barthel Index น้อยกว่า 15 คะแนน หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนนร่วมกับความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป กลุ่มผู้ป่วยนี้ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ซึ่งถือเป็นเวลาทอง (Golden Period) ที่ร่างกายสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดีที่สุด (สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ, 2567)

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยได้กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยมุ่งเน้นการให้บริการในระดับปฐมภูมิที่เชื่อมโยงระบบบริการแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามและฟื้นฟูสมรรถภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง (กองบริหารการสาธารณสุข, 2562) อย่างไรก็ตามยังพบว่าปัญหาหลักของการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในประเทศไทยคือ การขาดความต่อเนื่องของการบริการและการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม (นงนภัทร รุ่งเนย และคณะ, 2565)

การพัฒนาระบบเครือข่ายจึงจำเป็นต้องอาศัยผู้นำที่สามารถเชื่อมโยงบุคลากรและองค์กรที่มีบทบาทแตกต่างกันให้เกิดเป้าหมายและการดำเนินงานร่วมกัน หัวหน้าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากเป็นผู้ที่สามารถกำหนดทิศทาง สร้างความร่วมมือ และประสานการทำงานระหว่างบุคลากรในโรงพยาบาลกับภาคีเครือข่ายในชุมชนได้ แนวคิดภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership) จึงสามารถใช้เป็นแนวคิดเพื่อทำความเข้าใจ ลักษณะบทบาทของหัวหน้าพยาบาลในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะการสร้างวิสัยทัศน์ร่วม กระตุ้นการมีส่วนร่วม และขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cummings et al., 2018) อีกทั้งความสำเร็จของระบบดูแลในชุมชนขึ้นอยู่กับการทำงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างพยาบาล ผู้นำท้องถิ่น อาสาสมัคร และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Tongyoy et al., 2025)

การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางที่เชื่อมโยงทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชน ส่งผลให้ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยลดลงอย่างชัดเจน อัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลง และผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น (สุดใจ บุบผาทาเต และสุธิภาญจน์ อิทธิศักดิ์โกสิน, 2567) การได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในการร่วมคิด ร่วมดำเนินกิจกรรม และร่วมประเมินผล ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางมีประสิทธิภาพ (ศาสตรา เข้มบุบผา, 2565) อย่างไรก็ตาม ยังมีประเด็นที่ควรทำความเข้าใจเพิ่มเติม คือ กระบวนการที่หัวหน้าพยาบาลใช้ในการเชื่อมโยงและบริหารจัดการภาคีเครือข่ายตั้งแต่โรงพยาบาลสู่ชุมชน การวิจัยเชิงคุณภาพจะสามารถสะท้อนมุมมองของผู้ที่มีประสบการณ์ตรง



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบทบาทของหัวหน้าพยาบาลในการพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากบทบาทของหัวหน้าพยาบาลในการสร้างและบริหารจัดการภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง
3. เพื่อสังเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จในการพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยหัวหน้าพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กระบวนทัศน์การตีความ (Interpretive Paradigm) ร่วมกับการทบทวนบริบทการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อทำความเข้าใจบทบาทหัวหน้าพยาบาลในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและผู้เชื่อมโยงโรงพยาบาลกับชุมชน กรอบแนวคิดประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) บริบทและปัญหาของระบบเดิม 2) บทบาทหัวหน้าพยาบาล 3) กระบวนการพัฒนาเครือข่าย 4) ผลลัพธ์ และ 5) ปัจจัยความสำเร็จ โดยใช้เพื่อสังเคราะห์ความเข้าใจเชิงปรากฏการณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

1. กระบวนทัศน์การวิจัย การวิจัยครั้งนี้ตั้งอยู่บนกระบวนทัศน์การตีความ (Interpretive Paradigm) ซึ่งมีฐานคิดว่าความจริงทางสังคมเป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นโดยปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับบริบทแวดล้อม และสามารถทำความเข้าใจได้ก็ต่อเมื่อเข้าไปสัมผัสกับมุมมองและประสบการณ์ของผู้อยู่ในสถานการณ์นั้นจริง (Lincoln & Guba, 1985) ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Qualitative Descriptive Research) ที่เน้นการสะท้อนภาพความเป็นจริงจากมุมมองของผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้ได้ภาพที่ครอบคลุม ลึกซึ้ง และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล (Doyle et al., 2020)

2. บริบทพื้นที่ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดหนองคาย เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 266 เตียง ให้บริการประชากรในพื้นที่ 10 ตำบล จำนวนประมาณ 89,000 คน มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตรับผิดชอบ 10 แห่ง โรงพยาบาลแห่งนี้ได้ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางอย่างต่อเนื่อง และมีการจัดตั้งทีมเครือข่ายที่ประกอบด้วยทีมโรงพยาบาล ทีม รพ.สต. และทีมชุมชน ทำให้เป็นพื้นที่ที่มีคุณค่าทางวิชาการในการศึกษาบทบาทของหัวหน้าพยาบาลในการขับเคลื่อนระบบเครือข่าย

3. การเลือกผู้ร่วมวิจัย การวิจัยครั้งนี้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยผู้วิจัยเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลผ่านผู้นำทาง (Gate keeper) คือ หัวหน้าพยาบาล โดยมีผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 31 คน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) หัวหน้าพยาบาล จำนวน 1 คน ที่มีประสบการณ์บริหารอย่างน้อย 3 ปี และมีประสบการณ์ในการพัฒนาระบบเครือข่าย 2) หัวหน้าตึกที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะกลาง ได้แก่ ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตึกผู้ป่วยนอก ตึกอายุรกรรม ตึกศัลยกรรม และตึกพิเศษ จำนวน 5 คน ที่



มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางอย่างน้อย 1 ปี 3) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี จำนวน 5 คน ที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยตรงและมีประสบการณ์ทำงานร่วมกับเครือข่าย 4) ผู้แทนภาคีเครือข่าย จำนวน 20 คน ประกอบด้วย ผอ.รพ.สต. 10 คน ผู้นำชุมชน 5 คน และอสม. 5 คน ที่มีประสบการณ์ทำงานร่วมกับโรงพยาบาลในระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ไม่สามารถรับข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรมได้ และ 2) ขอดอนตัวออกจากการวิจัยในระหว่างการดำเนินการ ผู้วิจัยหยุดเก็บข้อมูลเมื่อข้อมูลถึงจุดอิ่มตัว (Data Saturation)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลักของการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมด้านการวิจัยเชิงคุณภาพทั้งภาคทฤษฎีและภาคสนาม ผ่านการฝึกอบรมและลงพื้นที่ปฏิบัติการวิจัยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ

2) แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ตัวอย่างคำถามครอบคลุมทั้ง 3 ประเด็น ได้แก่ 1) บทบาทของหัวหน้าพยาบาลในการสร้างวิสัยทัศน์และขับเคลื่อนระบบเครือข่ายเป็นอย่างไร 2) หลังจากมีการพัฒนาระบบเครือข่าย เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง และ 3) ความท้าทายและปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จในการพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนเป็นอย่างไร

3) เครื่องมือในการบันทึกข้อมูล ได้แก่ เทปบันทึกเสียง และการบันทึกภาคสนาม (Field Note)

4. ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ COA No. NKPH 12.1 ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรม 3 ประการ ได้แก่ 1) หลักการเคารพในบุคคล โดยให้ข้อมูลการวิจัย บอกกล่าวถึงสิทธิที่จะได้รับ และให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย 2) หลักสิทธิประโยชน์ ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับหัวหน้าพยาบาล และ 3) หลักความยุติธรรม มีเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกที่ชัดเจน ข้อมูลเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน - ธันวาคม 2568 โดยผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยด้วยความสมัครใจ และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการที่หลากหลาย ได้แก่

1) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interviews) สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่ม คนละ 45-60 นาที ด้วยแนวคำถามที่ครอบคลุมประเด็นบทบาทของหัวหน้าพยาบาล กระบวนการพัฒนาเครือข่าย



ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ตลอดจนปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรค ขณะสัมภาษณ์มีการจดบันทึกภาคสนามและบันทึกเสียง

2) การสังเกต (Observation) ผู้วิจัยเข้าร่วมสังเกตการประชุมเครือข่าย การวางแผนการดูแลผู้ป่วย และการติดตามผล เพื่อสังเกตปฏิสัมพันธ์ระหว่างหัวหน้าพยาบาลกับทีมเครือข่ายในบริบทชีวิตจริง พร้อมบันทึกภาคสนามทุกครั้ง

3) การศึกษาเอกสาร (Document Review) ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบเครือข่าย ได้แก่ รายงานการประชุมเครือข่าย แผนการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง บันทึกการส่งต่อ และนโยบายที่เกี่ยวข้อง เพื่อตรวจสอบข้อมูลกับสิ่งที่ได้จากการสัมภาษณ์และสังเกต

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยดำเนินการอย่างเป็นระบบตามขั้นตอน ดังนี้

1) การเตรียมข้อมูล ผู้วิจัยถอดเสียงการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (verbatim transcription) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อความโดยเปรียบเทียบกับไฟล์บันทึกเสียง และจัดระเบียบข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสังเกต และการศึกษาเอกสารตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูลและประเด็นที่เกี่ยวข้อง

2) การเข้ารหัสข้อมูลเบื้องต้น (Initial Coding) ผู้วิจัยอ่านข้อมูลทั้งหมดซ้ำหลายรอบเพื่อทำความเข้าใจภาพรวมของข้อมูล จากนั้นกำหนดรหัสที่สะท้อนความหมายของข้อความโดยเปิดรับรหัสที่เกิดขึ้นจากข้อมูลโดยตรง และไม่ใช้กรอบทฤษฎีเป็นตัวกำหนดรหัสล่วงหน้า

3) การจัดกลุ่มรหัส (Categorization) นำรหัสที่มีความหมายหรือเนื้อหาใกล้เคียงกันมาเปรียบเทียบ จัดกลุ่ม และพัฒนาเป็นหมวดหมู่ข้อมูล โดยพิจารณาความเหมือน ความแตกต่าง ความสัมพันธ์ และความเชื่อมโยงของข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม

4) การพัฒนาประเด็นหลักและประเด็นย่อย (Theme and Sub-theme Development) ผู้วิจัยวิเคราะห์และทบทวนหมวดหมู่ข้อมูลซ้ำหลายรอบ เพื่อค้นหารูปแบบ ความสัมพันธ์ และความหมายร่วมของข้อมูล แล้วสังเคราะห์เป็นประเด็นย่อย (Sub-theme) และประเด็นหลัก (Theme) โดยตรวจสอบว่าประเด็นที่สังเคราะห์ขึ้นสามารถอธิบายข้อมูลต้นฉบับและตอบวัตถุประสงค์การวิจัยได้อย่างชัดเจน

5) การสังเคราะห์ข้อค้นพบ ผู้วิจัยนำประเด็นหลักและประเด็นย่อยมาจัดระบบความสัมพันธ์ และสังเคราะห์เป็นข้อค้นพบโดยใช้การจำแนกประเภทข้อมูล (Typological Analysis) พร้อมทั้งตรวจสอบความสอดคล้องของข้อค้นพบกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสังเกต และการศึกษาเอกสาร รวมถึงการตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล (Member Checking)



ความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การศึกษานี้มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือตามเกณฑ์ของ Lincoln & Guba (1985) ประกอบด้วย 1) ความน่าเชื่อถือได้ (Credibility) โดยการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) จากหลายกลุ่ม และด้านวิธีการ (Methodological Triangulation) ผ่านการสัมภาษณ์ การสังเกต และการศึกษาเอกสาร รวมทั้งการนำผลการวิเคราะห์กลับไปคืนสู่ผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง (Member Checking) 2) ความสามารถในการถ่ายทอด (Transferability) โดยอธิบายบริบทพื้นที่อย่างละเอียด 3) ความมั่นคง (Dependability) โดยบันทึก Audit Trail ทุกขั้นตอน และ 4) ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) โดยผู้วิจัยดำเนินการสะท้อนคิดตนเอง (Reflexivity) อย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการ เนื่องจากผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล และมีความคุ้นเคยกับบริบทของพื้นที่ศึกษา ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงบทบาท มุมมอง ประสบการณ์ และความสัมพันธ์กับผู้ให้ข้อมูลที่อาจมีอิทธิพลต่อการเก็บรวบรวมและการตีความข้อมูล ผู้วิจัยแยกความคิดเห็นหรือข้อคาดหวังส่วนบุคคลออกจากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล โดยยึดข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสังเกต และเอกสารเป็นหลักในการตีความ และทบทวนการตีความข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการนำมุมมองส่วนบุคคลมาใช้ กำหนดความหมายของข้อมูล นอกจากนี้ การใช้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลายกลุ่มและหลายวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งการตรวจสอบผลการวิเคราะห์กับผู้ให้ข้อมูล ช่วยลดอิทธิพลของอคติของผู้วิจัยและเพิ่มความสามารถในการยืนยันข้อค้นพบ

สรุปผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 31 คน ประกอบด้วยเพศหญิง 23 คน คิดเป็นร้อยละ 74.19 และเพศชาย 8 คน คิดเป็นร้อยละ 25.81 มีอายุเฉลี่ย 44.61 ปี SD 8.30 ปี มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 18.43 ปี SD 7.29 ปี และจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบ 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูล 4 ประเด็นหลัก

Theme	Sub-theme
1. บริบทและเส้นทางสู่การพัฒนาบทบาทหัวหน้าพยาบาล	ช่องว่างของระบบเดิมเป็นแรงขับเคลื่อน
	วิสัยทัศน์ที่เกิดจากการเห็นปัญหาตรงหน้า
	การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร
2. บทบาทของหัวหน้าพยาบาลในการพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน	การสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน
	การบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์
	การประสานงานเครือข่าย
	ผลต่อระบบการดูแลผู้ป่วย
	ผลต่อความเข้มแข็งของเครือข่าย



Theme	Sub-theme
3. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากบทบาทของหัวหน้าพยาบาลในการสร้างและบริหารจัดการภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง	ผลต่อบุคลากรพยาบาล
4. ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จในการพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยหัวหน้าพยาบาล	ภาวะผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และลงมือทำจริง
	การสนับสนุนจากผู้บริหารองค์กร
	สัมพันธภาพระหว่างองค์กร
	วัฒนธรรมการเรียนรู้และการปรับตัวร่วมกัน

1. บริบทและเส้นทางสู่การพัฒนาบทบาทหัวหน้าพยาบาล

1.1 ช่องว่างของระบบเดิมเป็นแรงขับเคลื่อน ก่อนการพัฒนาระบบเครือข่าย การดูแลผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาลมีลักษณะกระจายกระจาย แต่หน่วยงานทำงานกับแบบแยกส่วน ทีมโรงพยาบาลและชุมชนไม่มีช่องทางสื่อสารที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยที่ถูกส่งกลับบ้านหลุดออกจากระบบการดูแลทันทีที่ออกจากโรงพยาบาล

“...ตอนนั้นพอผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เราก็ไม่รู้ว่าเขาเป็นยังไงต่อ ทีม รพ.สต. ก็ไม่รู้ว่าดูแลยังไง ผู้ป่วยกลับมาใหม่ก็มีอยู่เรื่อยๆ บางทีกลับมาตอนที่สายเกินแก้แล้ว...” (หัวหน้าพยาบาล, การสื่อสารส่วนบุคคล, เมษายน 2568)

1.2 วิสัยทัศน์ที่เกิดจากการเห็นปัญหาตรงหน้า หัวหน้าพยาบาลไม่ได้รอให้มันนโยบายจากบนลงล่าง แต่เริ่มต้นจากการมองเห็นช่องว่างของระบบด้วยตนเอง และตัดสินใจลงมือแก้ไข โดยเริ่มจากการรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ ศึกษาต้นแบบ และนำเสนอต่อผู้บริหาร จนได้รับอนุมัติให้ดำเนินการพัฒนาระบบ

“...หัวหน้าพยาบาลโทรมาหาเราก่อนเลย บอกว่าอยากให้ช่วยกันดูแลผู้ป่วยต่อที่ชุมชน ตอนแรกก็ตกใจนิดนึง ไม่แน่ใจว่าจะทำได้ไหม แต่ท่านอธิบายให้ฟัง และบอกว่าเราจะช่วยกัน ไม่ปล่อยให้ รพ.สต. ทำคนเดียว...” (ผอ.รพ.สต., การสื่อสารส่วนบุคคล, ตุลาคม 2568)

1.3 การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร พื้นฐานสำคัญที่ทำให้การพัฒนาเครือข่ายเป็นไปได้คือ ความสัมพันธ์ส่วนบุคคลที่หัวหน้าพยาบาลสร้างสมมาอย่างต่อเนื่อง ผ่านการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน การประชุมสาธารณสุขระดับอำเภอ และการไปเยี่ยมเยียน รพ.สต. ในพื้นที่ ทุนความสัมพันธ์นี้ทำให้เมื่อถึงเวลาที่ต้องขอความร่วมมือ ภาคีเครือข่ายพร้อมตอบรับทันที

“...หัวหน้าพยาบาลคนนี้ไม่ใช่คนที่เพิ่งมาขอความร่วมมือตอนมีโครงการ เขารู้จักเรามา นานแล้ว เวลาเราขอความช่วยเหลือเขาก็ไม่เคยปฏิเสธ พอเขาขอความร่วมมือ เราก็ไม่มีเหตุผลอะไรจะปฏิเสธ...” (ผู้นำชุมชน, การสื่อสารส่วนบุคคล, ธันวาคม 2568)



2. บทบาทของหัวหน้าพยาบาลในการพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

2.1 การสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน หัวหน้าพยาบาลนำข้อมูลสถานการณ์ที่รวบรวมได้มาแปลงเป็นภาพอนาคตที่เป็นรูปธรรมและนำเสนอต่อทุกภาคส่วน ทำให้แต่ละหน่วยงานมองเห็นบทบาทของตนเองในระบบที่ใหญ่กว่า นอกจากนี้ หัวหน้าพยาบาลยังแสดงความกล้าในการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ ทั้งการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบที่ติดขัดมานาน และการยืนหยัดเมื่อเผชิญกับการต่อต้านจากบางฝ่ายในช่วงแรก รวมทั้งการสร้างแรงจูงใจและยกย่องความสำเร็จของทีม ทำให้บุคลากรรู้สึกมีคุณค่าและอยากมีส่วนร่วม

“...หัวหน้าพยาบาล เปิดประชุมครั้งแรก บอกว่าเราไม่ได้แค่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล เราต้องดูแลเขาถึงบ้าน ตลอด 6 เดือน ทุกคนต้องมีหน้าที่ ภาพนั้นมันทำให้เราเข้าใจว่าทำไมเราต้องร่วมมือกัน...” (พยาบาลผู้จัดการรายกรณี, การสื่อสารส่วนบุคคล, พฤษภาคม 2568)

“...ที่เขาไม่เคยว่าถ้าเราทำผิดพลาด แต่จะชี้ให้เห็นแนวทางที่ดีกว่า และมักจะชมเสมอเวลาเราทำได้ดี ทำให้เรารู้สึกมีค่าและอยากทำให้ดีขึ้นเรื่อยๆ...” (พยาบาลวิชาชีพ, การสื่อสารส่วนบุคคล, มิถุนายน 2568)

2.2 การบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ เป็นการบริการจัดการที่ครอบคลุมการวางแผน การจัดการทรัพยากร และการพัฒนาศักยภาพทีม เริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างรอบด้าน นำข้อมูลมาใช้ในการออกแบบระบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และวางแผนการดำเนินงานเป็นขั้นตอน ในด้านการพัฒนาศักยภาพ เช่น การอบรมทีมสหวิชาชีพ ถ่ายทอดความรู้ สร้างโอกาสการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะให้กับสมาชิกเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบการประชุม การสอนงาน และการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง ส่วนการบริหารทรัพยากรเป็นการประสานงานขอสนับสนุนจากทั้งภายในและภายนอกองค์กร

“...ที่หัวหน้ามีวางแผนเป็นขั้นตอน ไม่เร่งรีบ เริ่มจากสิ่งที่ทำได้ก่อน ค่อยๆ ขยายผล ทำให้การทำงานมีทิศทางชัดเจน และทุกคนรู้ว่าต้องทำอะไรเมื่อไหร่...” (ผอ.รพ.สต., การสื่อสารส่วนบุคคล, ตุลาคม 2568)

“...ที่หัวหน้าจะคอยช่วยประสานงานขอสนับสนุนงบประมาณจาก อบต. และอุปกรณ์จากโรงพยาบาล ทำให้เรามีเครื่องมือในการทำงาน ไม่ต้องหาเองทุกอย่าง...” (ผอ.รพ.สต.การสื่อสารส่วนบุคคล, ตุลาคม 2568)

2.3 การประสานงานเครือข่าย ด้วยการเชื่อมโยงภาคีเครือข่าย การสร้างกลไกการทำงานร่วมกัน และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยหัวหน้าพยาบาลทำหน้าที่เป็น Boundary Spanner ที่เชื่อมโยงระหว่างองค์กรต่างๆ ที่มีวัฒนธรรมและระบบงานแตกต่างกัน กลไกการประสานงานที่หัวหน้าพยาบาลพัฒนาขึ้นประกอบด้วย การประชุมเครือข่ายประจำเดือน การสื่อสารผ่านแอปพลิเคชัน LINE กลุ่ม ระบบ



ส่งต่อมาตรฐาน และการเยี่ยมบ้านร่วมกัน ซึ่งช่วยให้การสื่อสารระหว่างหน่วยงานเป็นไปอย่างราบรื่น เมื่อเกิดความขัดแย้งหรือปัญหาในระบบ หัวหน้าพยาบาลมีความสามารถในการระบุปัญหาและหาทางออก ร่วมกับทีม โดยไม่ตัดสินใจคนเดียว ทำให้ทุกฝ่ายรู้สึกว่าคุณมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา

“...เขาไม่ได้มองว่าเราเป็นคนนอก เราเป็นทีมเดียวกัน ทำให้เรารู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของระบบ และอยากร่วมมือทำงานด้วย ไม่ใช่แค่รับคำสั่ง...” (ผู้นำชุมชน, การสื่อสารส่วนบุคคล, ธันวาคม 2568)

“...ตอนนี้เรามีช่องทางติดต่อที่ชัดเจน มีการประชุมสม่ำเสมอ รู้ว่าเราต้องทำอะไร ใครรับผิดชอบอะไร ทำให้การทำงานไม่สับสน ถ้ามีปัญหาก็กโทรหากันได้เลย ไม่ต้องรอ...” (พยาบาลวิชาชีพ, การสื่อสารส่วนบุคคล, มิถุนายน 2568)

“...เวลาเจอปัญหา พี่หัวหน้าพยาบาลก็จะนั่งคุยกับทีม ฟังความเห็นของทุกคน แล้วร่วมกันหาวิธีแก้ไข ไม่ใช่ตัดสินใจคนเดียว ทำให้เรารู้สึกว่าปัญหาเป็นของทุกคน ไม่ใช่ปัญหาของโรงพยาบาลคนเดียว...” (พยาบาลผู้จัดการรายกรณี, การสื่อสารส่วนบุคคล, พฤษภาคม 2568)

3. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากบทบาทของหัวหน้าพยาบาลในการสร้างและบริหารจัดการภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

3.1 ผลต่อระบบการดูแลผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงของระบบการดูแลจากแบบแยกส่วนไปสู่แบบต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงบ้านตลอด 6 เดือนแห่งเวลาทอง ทีมโรงพยาบาลและ รพ.สต. ทำงานประสานกันได้อย่างราบรื่น พบว่าคะแนนเฉลี่ย Barthel ADL Index ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

“...ผู้ป่วยที่เราดูแลอยู่ตอนนี้ไม่มีใครหลุดจากระบบเลย เราติดตามได้ทุกคน รู้ว่าแต่ละคนเป็นยังไง ต้องการอะไร ถ้ามีปัญหาก็กได้ทัน แตกต่างจากก่อนมากที่เราไม่รู้เลยว่าผู้ป่วยเป็นยังไงหลังจากออกจากโรงพยาบาล...” (พยาบาลผู้จัดการรายกรณี, การสื่อสารส่วนบุคคล, พฤษภาคม 2568)

3.2 ผลต่อความเข้มแข็งของเครือข่าย ภาคีเครือข่ายมีความไว้วางใจกันมากขึ้น มีช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจน และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของระบบร่วมกัน ความเข้มแข็งของเครือข่ายปรากฏให้เห็นจากอัตราการเข้าร่วมประชุมที่สูงขึ้น การแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เพิ่มขึ้น และการที่ภาคีเครือข่ายริเริ่มแก้ปัญหาด้วยตนเองโดยไม่ต้องรอให้โรงพยาบาลสั่งการ

“...ตอนนี้ถ้ามีผู้ป่วยรายไหนที่เราเป็นห่วง เราโทรแจ้งโรงพยาบาลได้เลย ไม่ต้องรอ ทีมโรงพยาบาลก็ตอบสนองเร็ว เราทำงานเป็นทีมเดียวกันจริงๆ ไม่ใช่แค่รับส่งผู้ป่วยกัน...” (อสม., การสื่อสารส่วนบุคคล, กรกฎาคม 2568)

3.3 ผลต่อบุคลากรพยาบาล บุคลากรพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะกลางเพิ่มขึ้น มีความมั่นใจในการทำงานมากขึ้น และรู้สึกว่าการงานของตนเองมีความหมายและผลกระทบที่วัดได้จริง ภาระงานในช่วงแรกเพิ่มขึ้นค่อยๆ ลดลงเมื่อระบบทำงานได้คล่อง



“...ตอนแรกรู้สึกว่างานเพิ่มขึ้น แต่พอทำไป พบว่างานกระจายไปยังทีมในชุมชน แทนที่จะเราต้องทำคนเดียว ทำให้งานลดลงจริงๆ และผู้ป่วยได้รับการดูแลดีขึ้นด้วย สิ่งที่ดีที่สุดคือเราเห็นว่าผู้ป่วยดีขึ้น มันให้ความรู้สึกที่ดี...” (พยาบาลวิชาชีพ, การสื่อสารส่วนบุคคล, มิถุนายน 2568)

4. ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จในการพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยหัวหน้าพยาบาล

4.1 ภาวะผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และลงมือทำจริง ปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการขับเคลื่อนระบบคือ ตัวหัวหน้าพยาบาลเอง โดยเฉพาะการที่ท่านไม่ได้เพียงแต่ออกคำสั่ง แต่ลงมือทำจริงร่วมกับทีม เข้าร่วมประชุมเครือข่าย ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน และแก้ปัญหาเฉพาะหน้าด้วยตนเอง ทำให้เป็นแบบอย่างที่ดีที่ทีมเคารพและยึดถือปฏิบัติตาม

“...พี่หัวหน้าเป็นคนที่ทำมากกว่าพูด ถ้าเรามีปัญหา ท่านก็ลงไปช่วยแก้ปัญหาด้วยตัวเอง ไม่ได้แค่สั่งการ ทำให้เราเกิดความเคารพและอยากทำตามท่าน เวลาท่านบอกให้ทำอะไร เราก็ไม่มีเหตุผลจะปฏิเสธ...” (ผอ.รพ.สต., การสื่อสารส่วนบุคคล, ตุลาคม 2568)

4.2 การสนับสนุนจากผู้บริหารองค์กร ความสำเร็จของหัวหน้าพยาบาลในการพัฒนาเครือข่ายเกิดขึ้นได้เพราะได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาลอย่างชัดเจน ทั้งด้านนโยบายงบประมาณ บุคลากร และพื้นที่ในการทดลองสิ่งใหม่ หากไม่มีการสนับสนุนนี้ ความพยายามของหัวหน้าพยาบาลแต่ลำพังก็ยากที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงระบบได้

“...ผู้อำนวยการท่านเปิดโอกาสให้เราลองทำ และบอกว่าถ้าต้องการอะไรก็บอก ไม่มีการรอให้ผ่านขั้นตอนราชการมากมาย ความเชื่อใจจากผู้บริหารทำให้เราทำงานได้คล่อง...” (หัวหน้าพยาบาล, การสื่อสารส่วนบุคคล, เมษายน 2568)

4.3 สัมพันธภาพระหว่างองค์กร ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต. และชุมชนที่สั่งสมมาก่อนการพัฒนาโครงการเป็นรากฐานสำคัญ ความสัมพันธ์นี้ลดเวลาในการสร้างความไว้วางใจและทำให้ภาคีเครือข่ายพร้อมเปิดรับความร่วมมือได้เร็วกว่าปกติ

“...ถ้าไม่รู้จักกันมาก่อน การมาบอกว่าให้ช่วยดูแลผู้ป่วยคงทำได้ยาก แต่เพราะเรารู้จักกันมานาน รู้ว่าโรงพยาบาลไม่ได้มาใช้เรา แต่มาร่วมมือกัน ก็เลยพร้อมทำ...” (ผอ.รพ.สต., การสื่อสารส่วนบุคคล, เมษายน 2568)

4.4 วัฒนธรรมการเรียนรู้และการปรับตัวร่วมกัน ระบบเครือข่ายที่พัฒนาขึ้นไม่ได้ถูกวางแผนไว้อย่างสมบูรณ์แบบตั้งแต่นั้น แต่เกิดจากการทดลอง เรียนรู้ และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง หัวหน้าพยาบาลสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัยสำหรับการทดลองสิ่งใหม่ ยอมรับว่าความล้มเหลวเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้ และนำบทเรียนมาพัฒนาระบบให้ดีขึ้นในวงรอบถัดไป



“...มีอยู่ช่วงหนึ่งที่ระบบส่งต่อมันไม่ works ข้อมูลหายไปตลอด ท่านหัวหน้าฯ ก็นั่งวิเคราะห์กับทีม ไม่มีการตำหนิใคร แต่หาว่าปัญหาอยู่ที่ตรงไหน แล้วก็แก้ไข ตอนนั้นระบบดีขึ้นมากเพราะเราเรียนรู้จากปัญหา...” (พยาบาลผู้จัดการรายกรณี, การสื่อสารส่วนบุคคล, สิงหาคม 2568)

อภิปรายผล

1. บริบทและเส้นทางสู่การพัฒนาบทบาทหัวหน้าพยาบาล ผลการวิจัยพบว่าช่องว่างของระบบเดิมที่หัวหน้าพยาบาลเผชิญอยู่โดยตรงเป็นแรงผลักดันให้เกิดการริเริ่มพัฒนาเครือข่าย สอดคล้องกับแนวคิดของ Kotter (2018) ที่ระบุว่าการเปลี่ยนแปลงองค์กรต้องเริ่มจากการสร้างความรู้สึกรเร่งด่วน (Sense of Urgency) จากผู้นำที่มองเห็นปัญหาและเชื่อมั่นว่าสามารถเปลี่ยนแปลงได้ การที่หัวหน้าพยาบาลไม่รอให้มีคำสั่งจากบนลงล่างแต่ริเริ่มเองนั้น สอดคล้องกับ Rogers (2019) ที่อธิบายว่า Change Agent ที่มีประสิทธิผลต้องมีความมุ่งมั่นและความกล้าในการนำการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ การสั่งสมทุนความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรก่อนจะมีโครงการสอดคล้องกับ Pratt & de Vries (2018) ที่พบว่าความผูกพันกับชุมชนและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญที่ทำให้การมีส่วนร่วมมีความยั่งยืน

2. บทบาทของหัวหน้าพยาบาลในการพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน จากผลการวิจัยพบว่าบทบาทภาวะผู้นำเชิงวิสัยทัศน์ที่พบสอดคล้องกับ Cummings et al. (2018) ที่พบว่าภาวะผู้นำแบบเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพการดูแล ความพึงพอใจของบุคลากร และผลลัพธ์ของผู้ป่วย โดยเฉพาะมิติ Idealized Influence และ Inspirational Motivation ที่ปรากฏชัดในข้อมูลที่เก็บได้ การที่หัวหน้าพยาบาลลงมือทำจริงมากกว่าสั่งการยังสะท้อนลักษณะของ Servant Leadership ที่สร้างความไว้วางใจและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทีม (Wong et al., 2013) บทบาทการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์สอดคล้องกับแนวคิด Strategic Management in Nursing ของ Porter-O'Grady & Malloch (2018) ที่เน้นการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม การกำหนดทิศทาง และการจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ บทบาทการประสานงานเครือข่ายที่ปรากฏมีความสอดคล้องกับบทบาท Boundary Spanner ที่อธิบายว่าเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงระหว่างองค์กร สร้างสะพานเชื่อมความแตกต่าง และอำนวยความสะดวกในการแลกเปลี่ยนทรัพยากรและข้อมูล

3. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากบทบาทของหัวหน้าพยาบาลในการสร้างและบริหารจัดการภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง พบว่า ผลลัพธ์ด้านความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับแนวคิด Relational Continuity ของ Haggerty et al. (2013) ที่อธิบายว่าความสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการส่งผลต่อความพึงพอใจและผลลัพธ์การดูแล การที่เครือข่ายมีความเข้มแข็งขึ้น สอดคล้องกับ Belrhiti et al. (2024) ที่อธิบายว่าความไว้วางใจเป็นรากฐานสำคัญของการทำงานเป็นภาคี เมื่อมีความไว้วางใจจะนำไปสู่การแบ่งปันทรัพยากรและความยั่งยืนของเครือข่าย ผลต่อบุคลากรสอดคล้อง



กับการศึกษาของ Cummings et al. (2018) ที่พบว่าภาวะผู้นำที่ดีมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจในการทำงานและการลดอัตราการลาออก

4. ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จในการพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยหัวหน้าพยาบาล พบว่า ภาวะผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และลงมือทำจริงสอดคล้องกับ Tongyoy et al. (2025) ที่พบว่าความสำเร็จของระบบดูแลในชุมชนขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพและผู้นำที่เข้มแข็ง การสนับสนุนจากผู้บริหารสอดคล้องกับการศึกษาของ สุดใจ บุพผาทาเต และสุริยาญจน์ อิทธิศักดิ์โกคินม, (2567) ที่พบว่า การได้รับความสนับสนุนจากระดับนโยบายเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จ ทูทางสัมพันธ์ภาพระหว่างองค์กรสอดคล้องกับ Pratt & de Vries (2018) ที่พบว่าบรรทัดฐานการถือปฏิบัติเป็นแรงจูงใจภายในที่ทำให้การมีส่วนร่วมยั่งยืน วัฒนธรรมการเรียนรู้ร่วมกันสอดคล้องกับแนวคิด Learning Organization ของ Senge (2020) ที่เน้นว่าองค์กรที่แข็งแกร่งต้องมีการเรียนรู้เป็นทีมและพัฒนาวิสัยทัศน์ร่วมกัน

ข้อเสนอแนะงานวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมการพัฒนาภาวะผู้นำของหัวหน้าพยาบาล ผ่านหลักสูตรฝึกอบรมที่ครอบคลุมทั้งทักษะภาวะผู้นำ การบริหารจัดการเครือข่าย และการสร้างภาคีความร่วมมือ รวมทั้งจัดสรรงบประมาณและบุคลากรที่เพียงพอสำหรับการดำเนินงานระบบเครือข่าย และสร้างนโยบายส่งเสริมการทำงานเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนอย่างยั่งยืน

2. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรให้การสนับสนุนหัวหน้าพยาบาลอย่างชัดเจนทั้งด้านนโยบาย ทรัพยากร และพื้นที่ในการทดลองสิ่งใหม่ จัดตั้งศูนย์ประสานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง พัฒนาระบบสารสนเทศที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต. และสร้างระบบจูงใจสำหรับบุคลากรที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาเครือข่าย

3. หัวหน้าพยาบาลควรลงทุนในการสร้างความสัมพันธ์กับภาคีเครือข่ายก่อนที่จะมีโครงการ เพราะทุนความสัมพันธ์นี้คือรากฐานของความสำเร็จ นอกจากนี้ควรสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ในทีม ยอมรับความล้มเหลวเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการ และออกแบบระบบที่ไม่ขึ้นอยู่กับบุคคลใดบุคคลหนึ่งเพื่อความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในหลายพื้นที่หรือหลายระดับของโรงพยาบาล เพื่อเปรียบเทียบบทบาทของหัวหน้าพยาบาลในการพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะกลางภายใต้บริบทที่แตกต่างกัน รวมทั้งควรศึกษาโดยเพิ่มความหลากหลายของผู้ให้ข้อมูลและใช้การวิจัยแบบผสมผสานหรือการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อประเมินผลลัพธ์ของระบบเครือข่ายในด้านคุณภาพการดูแล ความต่อเนื่องของการดูแล และผลลัพธ์ของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ



เอกสารอ้างอิง

- กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)*. บอรัณ ทุ ปี.
- นงนภัทร รุ่งเนย, ธัญพร ชื่นกลิ่น, นภัส แก้ววิเชียร, เบญจพร สุธรรมชัย, วิชาญ เกิดวิชัย, และ ศุภสิทธิ์ พรรณารุณทัย. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความยั่งยืนของนโยบายการดูแลสุขภาพระยะกลางในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(1), 112–123.
- ศาสตรา เข้มบุบผา. (2565). การพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(3), 939–956.
- สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Guideline for Intermediate care) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2567*. ผู้แต่ง.
- สุดใจ บุบผาทาเต และ สุธิกาญจน์ อิทธิศักดิ์โกคิน. (2567). การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะกลางโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายชุมชน. *วารสารวิชาการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(3), 119–130.
- Belhiti, Z., Bigdeli, M., Lakhal, A., Kaoutar, D., Zbiri, S., & Belabbes, S. (2024). Unravelling collaborative governance dynamics within healthcare networks: A scoping review. *Health Policy and Planning*, 39(4), 412–428. <https://doi.org/10.1093/heapol/czae005>
- Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micaroni, S. P., & Chatterjee, G. E. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 19–60. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>
- Doyle, L., McCabe, C., Keogh, B., Brady, A., & McCann, M. (2020). An overview of the qualitative descriptive design within nursing research. *Journal of Research in Nursing*, 25(5), 443–455. <https://doi.org/10.1177/1744987119880234>
- Haggerty, J. L., Roberge, D., Freeman, G. K., & Beaulieu, C. (2013). Experienced continuity of care when patients see multiple clinicians: A qualitative metasummary. *Annals of Family Medicine*, 11(3), 262–271. <https://doi.org/10.1370/afm.1499>
- Kotter, J. P. (2018). *Leading change* (2nd ed.). Harvard Business Review Press.



- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE Publications.
- Porter-O'Grady, T., & Malloch, K. (2018). *Quantum leadership: Building better partnerships for sustainable health* (5th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Pratt, B., & de Vries, J. (2018). Community engagement in global health research that advances health equity. *Bioethics*, 32(7), 454–463.
<https://doi.org/10.1111/bioe.12465>
- Rogers, E. M. (2019). *Diffusion of innovations* (5th ed.). Free Press.
- Senge, P. M. (2020). *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization* (3rd ed.). Currency.
- Tongyoy, T., Piyabanditkul, L. & Nuntaboot, K. (2025). Roles and Success Factors of Community Health Nurses in Providing Health Care for People with Disabilities in Southern Thailand: A Qualitative Descriptive Study. *Jurnal Ners*, 20(4), pp. 353-362. <http://dx.doi.org/10.20473/jn.v20i4.71878>
- Wong, C. A., Cummings, G. G., & Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: A systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 709–724. <https://doi.org/10.1111/jonm.12116>



ผลของสื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และการปฏิบัติในการให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายของ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

The effect of Video based learning on knowledge and practice of subcutaneous
administration of morphine for end of life cancer patients on among registered at
Udonthani Cancer Hospital

Received: June 19, 2026

Revised: August 26, 2026

Accepted: August 31, 2026

พิสมัย คุณาวัดน์¹, ทรรศนีย์ นครชัย^{1*}

Pissamai kunawat¹, Tassanee Nakhonchai^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของสื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และการปฏิบัติในการให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ที่ปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้าย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 37 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ สื่อวีดิทัศน์การให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีค่า CVI = .82 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้มีค่า CVI = .86 มีค่า KR-20 = .86 แบบประเมินการปฏิบัติการให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนัง และแบบประเมินความพึงพอใจมีค่า CVI = .92 และ .96 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค = .82 และ .86 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Wilcoxon signed rank test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความรู้การให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ โดยมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นจาก $8.58 + 2.19$ คะแนน เป็น $12.95 + 1.52$ คะแนน ส่วนการปฏิบัติให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนการปฏิบัติให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองทุกขั้นตอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ โดยมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นจาก $24.92 + 3.54$ คะแนน เป็น $29.89 + .31$ คะแนน และกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้สื่อวีดิทัศน์การให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด

สื่อวีดิทัศน์เป็นนวัตกรรมทางการศึกษาที่มีศักยภาพสูงในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาล โดยเฉพาะเมื่อออกแบบให้สอดคล้องกับหลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่และอยู่ภายใต้ระบบคุณภาพที่เหมาะสมอาจนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาสื่อการเรียนรู้ในบริบทใกล้เคียงกัน

คำสำคัญ: สื่อวีดิทัศน์, ความรู้, การปฏิบัติทางการพยาบาล, การให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนัง, ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

¹ กลุ่มงานวิชาการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

* ผู้ประสานงาน (Corresponding Author): ทรรศนีย์ นครชัย อีเมล tasuch.na@gmail.com



Abstract

This quasi-experimental study employed a one-group pretest–posttest design to examine the effects of video-based learning on knowledge and practice regarding subcutaneous administration of morphine in end-of-life cancer patients among registered nurses at Udonthani Cancer Hospital. Participants comprised 37 registered nurses working in inpatient wards who provided care for end-of-life cancer patients, selected through purposive sampling. The intervention consisted of a video-based learning program on subcutaneous administration of morphine in end-of-life cancer patients, with a content validity index (CVI) of .82. Data were collected using a knowledge test (CVI = .86, KR-20 = .86), an assessment checklist for the practice of subcutaneous morphine administration, and a satisfaction questionnaire (CVI = .92 and .96; Cronbach's alpha coefficients = .82 and .86, respectively). Data were analyzed using descriptive statistics, including mean and standard deviation, as well as the Wilcoxon signed-rank test.

The results revealed that, following the intervention, participants demonstrated significantly higher knowledge scores regarding subcutaneous administration of morphine compared with pre-intervention scores ($p < .05$), increasing from 8.58 ± 2.19 to 12.95 ± 1.52 . With regard to practical performance, post-intervention practice scores improved significantly across all procedural steps ($p < .05$), increasing from 24.92 ± 3.54 to $29.89 \pm .31$. Furthermore, participants reported the highest level of satisfaction with the video-based learning program across all evaluated aspects.

These findings suggest that video-based learning constitutes a highly effective educational innovation for enhancing nursing competencies, particularly when designed in accordance with adult learning principles and implemented within an appropriate quality assurance system. This educational approach may thus be applied as a model for developing learning materials in similar clinical contexts.

Keywords: Video-Based Learning, Knowledge, Nursing Practice, Subcutaneous Administration of Morphine, Advanced Cancer Patients



บทนำ

โรคมะเร็งเกิดจากเซลล์มีการแบ่งตัวที่ผิดปกติและมีการเจริญเติบโตอย่างไม่หยุดยั้ง เกิดเป็นก้อนเนื้อแทรกอยู่ตามอวัยวะที่เป็นต้นกำเนิดของมะเร็ง กดเบียดอวัยวะข้างเคียง และสุดท้ายมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกาย ซึ่งไม่สามารถรักษาหายได้ (National Cancer Institute, 2021) จากการทบทวนสถานการณ์ผู้ป่วยระยะท้ายของประเทศไทยในฐานข้อมูลระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565 พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวนทั้งสิ้น 164,684 ราย พบสัดส่วนกลุ่มโรคมะเร็งมากที่สุดร้อยละ 47.29 กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยมีกลไกการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายผ่านคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาที่ 14 สาขาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยความร่วมมือของสหวิชาชีพ (กองบริหารการสาธารณสุข, 2561) ปัจจุบันโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีเปิดให้บริการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง โดยเริ่มตั้งแต่กระบวนการคัดกรองผู้ป่วย การรักษาให้คำปรึกษาผู้ป่วยรายเดี่ยว และการให้คำปรึกษาร่วมกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) เมื่อผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่ระยะท้าย รวมทั้งการจัดการความปวดและอาการไม่พึงประสงค์ เช่น อาการหอบเหนื่อย กลืนอาหารไม่ได้ กระสับกระส่าย เป็นต้น การจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งมี 2 รูปแบบ คือจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การทำสมาธิบำบัด การฝึกการหายใจ การใช้ดนตรีบำบัด และการปรับสภาพแวดล้อม แต่ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายไปหลายอวัยวะในร่างกาย ความรุนแรงของอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งประมาณร้อยละ 80 อยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง จำเป็นต้องจัดการความปวดโดยใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการและลดความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย ซึ่งยาที่ใช้บรรเทาอาการปวดที่สำคัญคือ ยามอร์ฟิน (World Health Organization, 2020)

ยามอร์ฟินเป็น opioid แรกเริ่มที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการจัดการความปวดจากโรคมะเร็ง ซึ่งมีประสิทธิผลในการลดความปวดอย่างชัดเจน โดยรูปแบบการให้ยามีทั้งให้ทางปาก ทางหลอดเลือดดำ ทางผิวหนัง และทางใต้ผิวหนัง สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายการให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนัง (subcutaneous) เป็นหนึ่งในทางเลือกเมื่อผู้ป่วยมีอาการกลืนลำบาก อาเจียนบ่อย มีปัญหาด้านการดูดซึมยา จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการจัดการความปวดโดยใช้ยามอร์ฟิน 3 ปี ย้อนหลัง พ.ศ. 2566 - 2568 ของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี พบจำนวน 689 ราย, 606 รายและ 658 ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังจำนวน 69 ราย, 67 ราย และ 63 ราย ตามลำดับ (งานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต , 2568) รูปแบบการให้ยามีทั้งให้ในผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและให้ในผู้ป่วยที่ประสงค์นำยากลับไปรักษาที่บ้าน การให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังเป็นการให้ผ่านเครื่องควบคุมการให้อัตโนมัติ ปัจจุบันโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีมีการใช้งานอยู่ 2 ประเภท คือ เครื่องควบคุมการให้อัตโนมัติที่นำกลับมาใช้ซ้ำได้ (Thala pump) ใช้กับกระบอกฉีดยาขนาด 20 cc สามารถให้ยาได้ 20- 24 ชั่วโมง ตามอัตราเร็วในการให้ยา และเครื่องควบคุมการให้อัตโนมัติแบบใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง (Surefuser pump) สามารถให้ยา



ได้ 3 วัน เมื่อให้ครบแล้วสามารถเติมน้ำได้อีก 1 ครั้ง รวมการใช้งาน 6 วัน (โรงพยาบาลอุดรธานี, 2562) ซึ่งเหมาะสำหรับให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้งานที่บ้าน

จากการทบทวนการให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังของหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมະเร็งอุดรธานี ภายหลังผู้ป่วยได้รับการวางแผนล่วงหน้าจากพยาบาลระดับประคอง และแพทย์มีคำสั่งให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนัง โรงพยาบาลระดับประคองจะประเมินผู้ป่วย วางแผนการให้ยาและการใช้งานเครื่อง แต่ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยแบบประคองมีการศึกษาพยาบาลระดับประคองทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จากสถิติจำนวนให้บริการย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ. 2566 - 2568 จำนวน 1,130 ราย, 1,203 ราย และ 1,391 ราย ตามลำดับ (งานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต, 2568) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยและญาติมีความประสงค์ที่จะประคองให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเสียชีวิตในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดภาระงานที่เพิ่มขึ้น จึงเกิดความล่าช้าในการปฏิบัติงาน งานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต จึงปรับระบบการปฏิบัติงานโดยกำหนดให้มี PCWN และดำเนินการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคองขึ้นโดยใช้เวลา 2 วัน แต่การฝึกอบรมแต่ละหน่วยงานสามารถส่งพยาบาลวิชาชีพเข้าร่วมอบรมได้เพียงหน่วยงานละ 1 คน ทำให้เมื่อแพทย์มีคำสั่งให้ยาและเมื่อเกิดปัญหาการใช้งานของเครื่อง ร่วมกับผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน แต่ละหน่วยงานยังต้องประสานงานขอความช่วยเหลือกับพยาบาลระดับประคองเหมือนเดิม อีกทั้งเมื่อจำนวนผู้ป่วยให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังเพิ่มขึ้น การใช้งานเครื่องควบคุมการให้อัตโนมัติแบบนำมาใช้ซ้ำ (Thala pump) จึงไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย ประกอบกับในผู้ป่วยบางรายที่นำยามอร์ฟินใต้ผิวหนังไปให้ต่อที่บ้านที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลมະเร็งอุดรธานี เมื่อหยุดการใช้งานเครื่องหรือผู้ป่วยเสียชีวิต การนำเครื่องส่งคืนโรงพยาบาลมีความล่าช้าทำให้หมุนเวียนการใช้งานไม่ทัน ดังนั้นโรงพยาบาลมະเร็งอุดรธานี จึงนำเครื่องควบคุมการให้อัตโนมัติแบบใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง (sure fuser pump) มาใช้งานร่วมกับเครื่องควบคุมการให้ยาแบบเดิม ประกอบกับการทบทวนวรรณกรรมและทบทวนเกี่ยวกับสื่อวิทัศน์ของโรงพยาบาลมະเร็งอุดรธานียังไม่มีการพัฒนาสื่อวิทัศน์เฉพาะสำหรับการให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายร่วมกับการใช้งานเครื่องควบคุมการให้อัตโนมัติแบบใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง (sure fuser pump) รวมทั้งไม่มีการนำสื่อวิทัศน์มาประเมินผลทั้งด้านความรู้ การปฏิบัติและความพึงพอใจของพยาบาล

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาสื่อวิทัศน์การให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังโดยใช้เครื่องควบคุมการให้อัตโนมัติขึ้น พร้อมทั้งศึกษาผลของสื่อวิทัศน์ต่อความรู้และการปฏิบัติให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมະเร็งอุดรธานี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของสื่อวิทัศน์ต่อความรู้และการปฏิบัติให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมະเร็งอุดรธานี



วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนและหลังได้รับสื่อวีดิทัศน์
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนและหลังได้รับสื่อวีดิทัศน์
3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อสื่อวีดิทัศน์เรื่องการให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์การให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีค่าคะแนนความรู้การให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง
2. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์การให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีค่าคะแนนการปฏิบัติให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Donabedian's SPO Model (Donabedian, 2003) โดยจะต้องอาศัยองค์ประกอบที่สัมพันธ์กัน 3 องค์ประกอบหลักคือ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ของมัลคัม โนลส์ ดังนี้

ด้านโครงสร้างของสื่อวีดิทัศน์มีเนื้อหาประกอบด้วย ข้อบ่งชี้ในการให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนัง ตำแหน่งที่ให้ยา อุปกรณ์ที่ใช้ให้ยา วิธีการให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังโดยใช้เครื่องควบคุมการให้ยาอัตโนมัติทั้งแบบใช้เข็ม (Thala pump) และแบบใช้แล้วทิ้ง (Sure fuser pump) การสังเกตความผิดปกติของเครื่องควบคุมการให้ยาและการสังเกตอาการผิดปกติหลังให้ยา

ด้านกระบวนการ ประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่โดยเริ่มจาก

1. ความต้องการรู้ (Need to Know) ผู้ใหญ่ต้องการทราบว่า ทำไมต้องเรียนรู้เรื่องนี้ และความรู้นี้จะนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
2. มโนทัศน์ต่อตนเอง (Self-Concept) ผู้ใหญ่มีความเป็นอิสระ สามารถกำหนดเป้าหมาย ตัดสินใจ และรับผิดชอบการเรียนรู้ของตนเอง
3. ประสบการณ์ (Experience) ผู้ใหญ่มีประสบการณ์เดิมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง สามารถนำประสบการณ์มาเชื่อมโยงกับความรู้ใหม่และใช้เป็นฐานในการเรียนรู้เกี่ยวกับการให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนัง
4. ความพร้อมที่จะเรียนรู้ (Readiness to Learn) ผู้ใหญ่พร้อมเรียนรู้เมื่อสิ่งที่เรียน มีความเกี่ยวข้องกับบทบาท หน้าที่ หรือปัญหาที่กำลังเผชิญ เพราะการให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังร่วมกับการใช้เครื่องควบคุมการให้ยาอัตโนมัติเป็นการพยาบาลต้องปฏิบัติการในหน่วยงาน

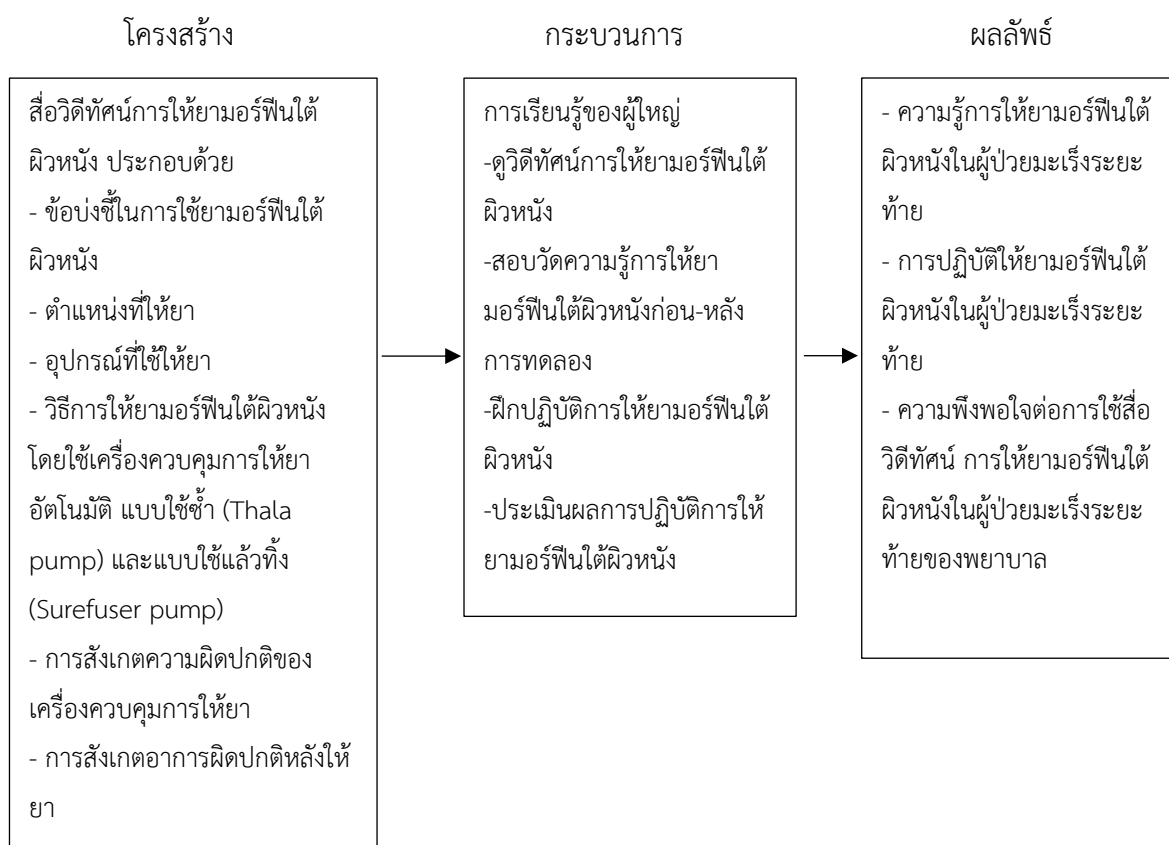


5. แนวทางการเรียนรู้ (Orientation to Learning) ผู้ใหญ่มักเรียนรู้โดยมุ่งเน้น การแก้ไขปัญหา และการนำไปใช้จริง มากกว่าการเรียนรู้เพื่อจดจำเนื้อหา

6. แรงจูงใจ (Motivation to Learn) ผู้ใหญ่ได้รับแรงจูงใจทั้งจากภายในและภายนอก และความต้องการพัฒนาตนเองให้สามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในการอย่างถูกต้องและครอบคลุม

โดยกระบวนการเรียนรู้ประกอบด้วยการสอบวัดความรู้ก่อน-หลังเรียน การให้คู่มือทัศนศึกษาให้ยามอร์ฟินได้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย การฝึกปฏิบัติการให้ยามอร์ฟินได้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและการประเมินผลการปฏิบัติ

ด้านผลลัพธ์ ประกอบด้วยวัดค่าคะแนนความรู้และการฝึกการให้ยามอร์ฟินได้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและประเมินความพึงพอใจต่อการใช้คู่มือทัศนศึกษาให้ยามอร์ฟินได้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายของพยาบาล



กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว (ไม่มีกลุ่มควบคุม) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
2. กลุ่มตัวอย่างและการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง



พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ที่ปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้าย ที่นอนรักษาพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยในทั้งหมดของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ได้แก่ หอผู้ป่วยพิเศษ หอผู้ป่วยศัลยกรรมและรังสีรักษา หอผู้ป่วยอายุรกรรม เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1. พยาบาลวิชาชีพไม่จำกัดอายุงาน
2. ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้าย
3. สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ปฏิเสธเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางระยะเวลา 4 เดือน การดูแลผู้ป่วยแบบประคับ ประคอง

เกณฑ์นำอาสาสมัครออก (withdrawal criteria)

1. ขอลถอนตัวจากโครงการวิจัย
2. ขอย้ายหน่วยงาน ลาออก เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง เสียชีวิต

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*power กำหนดอำนาจการทดสอบ (power analysis) = .95 หาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) จากงานวิจัยของ ชีร์วัฒน์ ช่างปัด และ สุมลชาติ ดวงบุปผา (2566) กำหนดขนาดอิทธิพล เท่ากับ .6 ที่ระดับความเชื่อมั่น .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตามของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 15 จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 37 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยผู้วิจัย ได้แก่ สื่อวีดิทัศน์การให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วย มะเร็งระยะท้ายผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยมีขั้นตอนการพัฒนาสื่อประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์ของ สื่อ การออกแบบเนื้อหา การจัดทำสคริปต์ นำไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ปรับปรุงแก้ไข ตามข้อเสนอแนะ โดยผู้เชี่ยวชาญเสนอให้เพิ่มเติมขนาดตัวอักษรให้มีขนาดใหญ่และชัดเจนขึ้น จากนั้น นำไปแก้ไขและทดลองใช้เบื้องต้นก่อนนำไปใช้จริง โดยสื่อวีดิทัศน์มีเนื้อหาประกอบด้วย ข้อบ่งชี้ในการให้ ยามอร์ฟินใต้ผิวหนัง ตำแหน่งที่หย่า อุปกรณ์ที่ใช้หย่า วิธีการให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังโดยใช้เครื่องควบคุม การให้ยาอัตโนมัติ (Syringe driver) การสังเกตความผิดปกติของเครื่องควบคุมการให้ยาอัตโนมัติ และการสังเกตอาการผิดปกติหลังหย่า

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้หลักการให้ยามอร์ฟินใต้ ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบเลือกตอบ (Multiple choice question; MCQ) จำนวน 15 ข้อ 15 คะแนน แบบประเมินการปฏิบัติการให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ลักษณะคำถามแบบ



มาตรวัด 3 ระดับ คือ ปฏิบัติถูกต้อง ปฏิบัติถูกต้องบางส่วน ไม่ปฏิบัติ การแปลผล คะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัติ คะแนน 1 หมายถึง ปฏิบัติบางส่วน คะแนน 0 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ 15 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน แบบประเมินความพึงพอใจ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ พอใจมากที่สุด พอใจมาก พอใจปานกลาง พอใจน้อย และพอใจน้อยที่สุด รวม 7 ข้อ การกำหนดคะแนน ข้อความด้านบวก 5,4,3,2,1 คะแนนด้านลบ 1,2,3,4,5 คะแนน การแปลผล

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง พอใจน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง พอใจน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง พอใจปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง พอใจมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง พอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ อายุรแพทย์โรคมะเร็ง 1 คน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยระดับประคองจำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 1 คน หาค่าความตรงเชิงเนื้อหาของสื่อวิธีทัศนการให้ยามอร์ฟินได้ ผิดหนึ่งในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย $CVI = .82$ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบทดสอบความรู้การให้ยามอร์ฟินได้ ผิดหนึ่งในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีค่า $CVI = .86$ แบบประเมินการปฏิบัติการให้ยามอร์ฟินได้ ผิดหนึ่งในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย $CVI = .92$ และแบบประเมินความพึงพอใจ มีค่า $CVI = .96$ นำไปทดลองใช้เพื่อค่าความเชื่อมั่น (reliability) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน โดยแบบทดสอบความรู้ในการให้ยามอร์ฟินได้ ผิดหนึ่งในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย $KR-20 = .86$ แบบประเมินการปฏิบัติการให้ยามอร์ฟินได้ ผิดหนึ่งในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย และแบบประเมินความพึงพอใจ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) = .82 และ .86

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

โครงการการวิจัย ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เลขที่ UDCH_IB 016/ 2568 เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน 2568 ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับรองจริยธรรมโดยมีระยะเวลาในการดำเนินการเก็บข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2568 – 31 ธันวาคม 2568 โดยอธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าจะรักษาความลับและนำมาใช้ในการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน และหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อขออนุญาตตรวจสอบรายชื่อและคุณสมบัติของพยาบาลวิชาชีพที่เข้าเกณฑ์การวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยจึง



เข้าพบพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยและขอความยินยอมในการเข้าโครงการวิจัย และเพื่อป้องกันอคติในการให้คะแนน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

2. (วันที่ 1) ทดสอบความรู้การให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนการทดลอง โดยใช้เวลาในการทำแบบทดสอบ 15 นาที ผ่าน Google form

3. (วันที่ 1) ประเมินการปฏิบัติให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนการทดลองใช้เวลา 15 นาที/ คน โดยใช้หุ่นและสถานการณ์จำลอง

4. (วันที่ 1) ให้กลุ่มตัวอย่างดูวิดีโอทัศน์การให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายใช้เวลา 15 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายเพิ่มเติมและให้ฝึกปฏิบัติซ้ำตามขั้นตอนในสื่อทัศน์พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างนำสื่อทัศน์กลับไปทบทวนซ้ำและฝึกปฏิบัติด้วยตนเองโดยใช้เวลาเรียนรู้ 7 วัน

5. (วันที่ 7) ทดสอบความรู้การให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายหลังการทดลอง โดยใช้เวลาในการทำแบบทดสอบ 15 นาที ผ่าน Google form

6. (วันที่ 7) ประเมินการปฏิบัติให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายหลังการทดลองใช้เวลา 15 นาที/ คน โดยใช้หุ่นและสถานการณ์จำลอง

7. (วันที่ 5) ประเมินความพึงพอใจ ใช้เวลา 10 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งก่อนและหลังการทดลองมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งสถิติวิเคราะห์ได้กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ
2. คะแนนความรู้ คะแนนการปฏิบัติ และคะแนนความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้และคะแนนการปฏิบัติให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test ภายหลังทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro – Wilk Test พบมีการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นปกติของคะแนนความรู้และค่าคะแนนการปฏิบัติ

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.59 มีอายุ 20-30 ปี มากที่สุด ร้อยละ 45.95 ทุกรายจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนัง ร้อยละ 67.57 (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2	5.41
หญิง	35	94.59
อายุ		
20-30 ปี	17	45.95
31-40 ปี	13	35.13
41-50 ปี	7	18.92
จบการศึกษา		
ปริญญาตรี	37	100.00
ปริญญาโท	0	.00
ปริญญาเอก	0	.00
มีประสบการณ์ให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนัง		
ไม่เคย	12	32.43
เคย	25	67.57

2. การเปรียบเทียบความรู้การให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อน-หลังการ

ทดลอง

พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความรู้การให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยก่อนทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย 8.58 ± 2.19 คะแนน เพิ่มขึ้นหลังการทดลอง เป็น 12.95 ± 1.52 คะแนน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้การให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อน-หลังการทดลอง

ค่าคะแนนความรู้ (15 คะแนน)	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	Wilcoxon (Z)	Sig
ก่อนการทดลอง	5.00	10.00	8.58	2.19	-5.39	< .001*
หลังการทดลอง	13.00	15.00	12.95	1.52		

* $p < 0.05$

3. การเปรียบเทียบการปฏิบัติให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อน-หลังการ

ทดลอง

พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนการปฏิบัติให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแตกต่างจากก่อนทดลองทุกขั้นตอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) โดยรวมการปฏิบัติทุกขั้นตอนก่อนการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 24.92 ± 3.54 คะแนน เพิ่มขึ้นเป็นหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย $29.89 \pm .31$ คะแนน (ตารางที่ 3)



ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการปฏิบัติให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อน-หลังการทดลอง

ค่าคะแนนการปฏิบัติ	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Wilcoxon (Z)	Sig
ขั้นตอนก่อนให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนัง (10 คะแนน)					-4.72	< .001*
ก่อนการทดลอง	5.00	10.00	8.71	1.11		
หลังการทดลอง	9.00	10.00	9.97	.16		
ขั้นตอนการให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนัง (14 คะแนน)					-3.10	.002*
ก่อนการทดลอง	6.00	14.00	13.21	1.72		
หลังการทดลอง	14.00	14.00	14.00	.00		
ขั้นตอนหลังให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนัง (6 คะแนน)					-5.27	< .001*
ก่อนการทดลอง	1.00	6.00	3.52	1.42		
หลังการทดลอง	5.00	6.00	5.92	.27		
ค่าคะแนนการปฏิบัติ	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Wilcoxon (Z)	Sig
รวมการปฏิบัติทุกขั้นตอน (30 คะแนน)					-5.38	< .001*
ก่อนการทดลอง	16.00	29.00	24.92	3.54		
หลังการทดลอง	29.00	30.00	29.89	.31		

*p< 0.05

4. การประเมินความพึงพอใจต่อการใช้สื่อวีดิทัศน์การให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้สื่อวีดิทัศน์การให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวม $4.68 \pm .57$ คะแนน และด้านที่มีค่าคะแนนความพึงพอใจสูงสุดคือ มีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยามอร์ฟินใต้ผิวหนัง มีค่าคะแนนเฉลี่ย $4.72 \pm .52$ คะแนน



ตารางที่ 4 การประเมินความพึงพอใจต่อการใช้อยู่อาศัยการให้ยามอร์ฟินได้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายของกลุ่มตัวอย่าง

ลำดับ	รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความพึงพอใจ
1	สื่อวีดิทัศน์การให้ยามอร์ฟินได้ผิวหนังมีเนื้อหาครอบคลุมการการการให้ยามอร์ฟินได้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย	4.55	0.55	มากที่สุด
2	เนื้อหาของวีดิทัศน์มีความเหมาะสมและชัดเจนในการให้ยามอร์ฟินได้ผิวหนังทุกขั้นตอน	4.63	0.54	มากที่สุด
3	การใช้สื่อวีดิทัศน์มีความสะดวกรวดเร็วในการเรียนรู้	4.63	0.54	มากที่สุด
4	ความสามารถในการนำไปใช้งาน มีความง่ายต่อการใช้งานไม่ซับซ้อน	4.66	0.53	มากที่สุด
5	มีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยามอร์ฟินได้ผิวหนัง	4.74	0.50	มากที่สุด
6	ภาพและเสียงของวีดิทัศน์มีความชัดเจน	4.71	0.52	มากที่สุด
7	ความพึงพอใจในภาพรวม	4.68	0.57	มากที่สุด

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการให้ยามอร์ฟินได้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนและหลังได้รับสื่อวีดิทัศน์ ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับสื่อวีดิทัศน์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่า สื่อวีดิทัศน์ได้รับการออกแบบให้มีเนื้อหาครอบคลุมข้อบ่งชี้ อุปกรณ์ ขั้นตอนการให้ยา การใช้เครื่องควบคุมการให้ยา และการเฝ้าระวังความผิดปกติ โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้ จึงเป็น Structure ที่เอื้อต่อการเรียนรู้ตามแนวคิด Donabedian ซึ่งระบุว่าโครงสร้างด้านบุคลากร อุปกรณ์ ทรัพยากร และแนวทางการเรียนรู้มีส่วนสนับสนุนกระบวนการและผลลัพธ์ทางการศึกษา (Ghofrani et al., 2024) ด้าน Process กลุ่มตัวอย่างได้รับการทดสอบก่อนเรียน ชมวีดิทัศน์ ฝึกปฏิบัติ และสามารถนำสื่อกลับไปทบทวนซ้ำได้ 7 วัน ส่งผลให้เกิด Outcome คือความรู้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน สอดคล้องการศึกษาของ Mulyadi et al. (2021) ที่พบว่าการเรียนรู้ด้วยเทคโนโลยีและการจำลองสถานการณ์สามารถส่งเสริมผลลัพธ์ด้านความรู้และทักษะทางการพยาบาล



วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนและหลังได้รับสื่อวีดิทัศน์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติเพิ่มหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สะท้อนว่าการที่ผู้เรียนมีความรู้และมีตัวอย่างการปฏิบัติที่ดี รวมทั้งสามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปทบทวนการปฏิบัติและฝึกฝนด้วยตนเองสามารถเพิ่มทักษะปฏิบัติให้ดีขึ้น สอดคล้องกับหลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ที่เน้น Self-concept, Experience และ Orientation to learning กล่าวคือผู้ใหญ่มีประสบการณ์เดิม สามารถกำกับการเรียนรู้ของตนเอง และให้ความสำคัญกับความรู้ที่นำไปใช้แก้ปัญหาในการทำงานจริง สอดคล้องกับการศึกษาของ Foronda et al., (2020) ที่พบว่าสื่อเสมือนจริงและสื่อวีดิทัศน์ช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะทางคลินิก และความมั่นใจของบุคลากรสุขภาพ

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อสื่อวีดิทัศน์การให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด สามารถอธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงใจ เกิดจากสิ่งที่เรียนรู้เป็นความต้องการรู้ (Need to Know) เพื่อนำไปแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยามอร์ฟินใต้ผิวหนังที่กลุ่มตัวอย่างต้องให้บริการ ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างมีอิสระที่จะเรียนรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ที่สามารถเรียนรู้ช่วงเวลาใดก็ได้ อีกทั้งสื่อวีดิทัศน์มีทั้งภาพและเสียงที่ชัดเจน ทำให้สามารถนำมาเป็นแนวทางการเรียนรู้ที่สามารถจดจำวิธีการและสามารถปฏิบัติตามได้ แม้ไม่มีผู้สอนกำกับในเวลา นั้น ๆ จึงสร้างความพึงพอใจต่อการใช้งาน โดยจะเห็นได้จากค่าคะแนนความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์สูงสุดคือ ด้านมีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยามอร์ฟินใต้ผิวหนัง รองลงมาคือ ด้านภาพและเสียงของวีดิทัศน์มีความชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sibrian et al. (2022) พบว่าการจัดการเรียนรู้โดยประยุกต์ใช้แนวคิด Knowles ร่วมกับเทคโนโลยีช่วยให้การเรียนรู้มีความสะดวก เข้าถึงได้ และมีความหมายต่อผู้เรียน ส่งผลดีต่อการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของผู้เรียน

โดยภาพรวม สื่อวีดิทัศน์เป็นนวัตกรรมทางการศึกษาที่มีศักยภาพสูงในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาล โดยเฉพาะเมื่อออกแบบให้สอดคล้องกับหลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่และอยู่ภายใต้ระบบคุณภาพที่เหมาะสม อาจนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาสื่อการเรียนรู้ในบริบทใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1. ควรนำไปใช้ในปฐมนิเทศบุคลากรเกี่ยวกับการให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

1.2. จากผลการวิจัยควรมีการเตรียมความพร้อมของเครื่องควบคุมการให้ยาอัตโนมัติให้พร้อมใช้งานและเพียงพอต่อการให้บริการ



2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

2.1 ควรศึกษาติดตามความคงทนของความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลตามวิธีการใช้สื่อ
วิทัศน์การให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายอีก 6 เดือน และ 1 ปี

2.2 ควรศึกษาการใช้สื่อวิทัศน์ให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยให้ยามอร์ฟินใต้ผิวหนังในญาติและผู้ดูแล

2.3 ข้อจำกัดงานวิจัย

1) กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่มากขึ้น

2) การวิจัยนี้ใช้รูปแบบกลุ่มเดียว จึงไม่สามารถควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนบางประการที่

อาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ได้อย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

กองบริหารการสาธารณสุข. (2561). *แนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบ*

ประคับประคอง [Palliative Care] ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข

งานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต. (2568). *แบบบันทึกการปฏิบัติงานปีพ.ศ. 2566-2568.*

โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี.

โรงพยาบาลอุดรธานี. (2562). *วิธีการใช้งานเครื่องควบคุมการให้ยาใต้ผิวหนังในผู้ป่วยระยะท้ายแบบใช้*
ครั้งเดียว. [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=49fMHmDIZi8>

Donabedian, Avedis. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford
University Press.

Foronda, C., Fernandez-Burgos, M., Nadeau, C., Kelley, C. N., & Henry, M. N. (2020). *Virtual
simulation in nursing education: A systematic review spanning 1996 to 2018*.
Simulation in Healthcare, 15(1), 46–54.

Ghofrani, M., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Ghahramanian, A., Janati, A., & Taleghani, F.
(2024). *Adapting the Donabedian model in undergraduate nursing education: A
modified Delphi study*. *BMC Medical Education*, 24(1), 202.

National Cancer Institute. (2021). *What Is Cancer?*. [https://www.cancer.gov/about-](https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer)
[cancer/understanding/what-is-cancer](https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer)

Mulyadi, M., Tonapa, S. I., Rompas, S. S. J., Wang, R.-H., & Lee, B.-I. (2021). *Effects of
simulation technology-based learning on nursing students' learning outcomes: A
systematic review and meta-analysis of experimental studies*. *Nurse Education
Today*, 107, 105127.



Sibrian, J., Hutapea, K., Dunbar, G. B., & Kwar, L. N. (2022). *A virtual world: New graduate education in the era of COVID-19*. The Journal of Continuing Education in Nursing, 53(7), 307–311.

World Health Organization. (2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.



การพัฒนาสื่อและผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองต่อความรู้และการปฏิบัติใน
การดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

Development and Effect of Video Media combined with Scenario on Knowledge
and Practice of Nurses in Caring for Patients with Percutaneous Transhepatic Biliary
Drainage at Udonthani Cancer Hospital

Received: June 15, 2026

Revised: August 26, 2026

Accepted: August 31, 2026

วิวัฒน์ สุวรรณบุตร¹, ทรรศนีย์ นครชัย^{2*}

พัชรินทร์ น้อยลา¹

Wiwat Suwannabutr¹ Tassanee Nakhonchai^{2*}

and Patcharin Noyla¹

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองต่อความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี วิจัยดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาปัญหาและสถานการณ์การจัดการเรียนการสอนของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง โดยการสอบถามถึงสัมภาษณ์ แพทย์และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน 2) พัฒนาสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองและนำไปตรวจสอบคุณภาพ 3) นำไปทดลองใช้เบื้องต้นกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน 4) ปรับปรุงพร้อมนำไปทดลองใช้และประเมินผลกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง ระยะเวลาที่ศึกษา 10 กุมภาพันธ์ – 10 กรกฎาคม 2569 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แนวคำถามถึงโครงสร้างแบบประเมินความรู้ แบบประเมินการปฏิบัติของพยาบาล และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Wilcoxon sign rank test

ผลการวิจัยพบว่า สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองมีคะแนนความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมาก หลังการทดลองใช้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 96.67 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีค่าคะแนนการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: สื่อวีดิทัศน์, สถานการณ์จำลอง, ผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง

¹ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

² กลุ่มงานวิชาการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

* ผู้ประสานงาน (Corresponding Author): ทรรศนีย์ นครชัย อีเมล tasuch.na@gmail.com



Abstract

This research and development study aimed to develop and examine the effects of video media combined with simulation scenarios on the knowledge and practice of professional nurses caring for patients with percutaneous transhepatic biliary drainage at Udonthani Cancer Hospital. The research process comprised four phases: 1) an investigation into the problems and existing learning management practices regarding nursing care for patients with percutaneous transhepatic biliary drainage, conducted through semi-structured interviews with 10 physicians and professional nurses; 2) the development and quality validation of the video media combined with simulation scenarios; 3) a preliminary trial conducted with 15 professional nurses; and 4) subsequent revision of the media, followed by implementation and evaluation with 30 professional nurses selected through purposive sampling. The study was conducted between February 10, 2026, and July 10, 2026. Research instruments included a semi-structured interview guide, a knowledge assessment form, a nursing practice assessment form, and a satisfaction questionnaire. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and the Wilcoxon signed-rank test.

The results indicated that the video media combined with simulation scenarios demonstrated a high level of feasibility for implementation, and following the intervention, the majority of participants demonstrated a high level of knowledge (96.67%). Mean knowledge scores following the intervention were significantly higher than those observed prior to the intervention ($p < .05$). Furthermore, nursing practice scores pertaining to the care of patients with percutaneous transhepatic biliary drainage improved significantly relative to pre-intervention levels ($p < .05$). Participant satisfaction with the developed media was rated at a high level.

Keywords: Video Media, Simulation Scenarios, Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage, Nursing Care



บทนำ

มะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 8 ซึ่งพบอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ จากข้อมูลย้อนหลัง พ.ศ. 2563–2565 พบผู้ป่วยจำนวน 728, 750 และ 853 ราย ตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับสถิติของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีที่พบผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีเข้ารับการรักษในปี พ.ศ. 2566–2568 จำนวน 132 และ 189 ราย และ 200 ราย ตามลำดับ (งานทะเบียนมะเร็ง, 2568) สาเหตุสำคัญของการเกิดโรคเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งก่อให้เกิดการอักเสบเรื้อรังของเยื่อบุท่อน้ำดี ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์และพัฒนาเป็นมะเร็งในที่สุด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้รับการวินิจฉัยในระยะลุกลาม ทำให้มีข้อจำกัดในการรักษาและมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี แม้ว่าการรักษาด้วยการผ่าตัด ยาเคมีบำบัด หรือการฉายรังสีจะช่วยควบคุมโรคได้ในบางราย แต่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ในผู้ป่วยระยะลุกลาม ดังนั้นการรักษาส่วนใหญ่จึงมุ่งเน้นการดูแลแบบประคับประคอง (Peirce et al., 2023) ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีระยะลุกลามมักเกิดภาวะอุดตันของทางเดินน้ำดี ส่งผลให้มีระดับบิลิรูบินในเลือดสูง เกิดอาการตัวเหลือง ตาเหลือง คันตามผิวหนัง และคุณภาพชีวิตลดลง การใส่สายระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง (Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage: PTBD) เป็นวิธีการรักษาที่ช่วยระบายน้ำดี ลดการอุดตัน และบรรเทาอาการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินน้ำดีได้ (สุประภษฐ์ ศรีสะเกด, 2565) อย่างไรก็ตามการใส่สาย PTBD อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ การอุดตันของสาย การเลื่อนหรือหลุดของสาย และการติดเชื้อ ซึ่งพบได้ร้อยละ 12.9–67 ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาซ้ำ ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น (Pulappadi et al., 2021)

จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สาย PTBD ในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2568 จำนวน 17 ราย พบภาวะแทรกซ้อนภายใน 30 วันหลังทำหัตถการ ได้แก่ สาย PTBD อุดตัน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.18 สายเลื่อนหรือหลุด 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.65 และการติดเชื้อบริเวณแผล 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.88 (งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกศัลยกรรม, 2568) จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่าการให้บริการดังกล่าวเป็นหัตถการที่เพิ่งเปิดให้บริการ และบุคลากรทางการพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกศัลยกรรม จึงจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยใส่สาย PTBD และจัดประชุมวิชาการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยใส่สาย PTBD ขึ้น แต่ผลการดำเนินงานยังพบว่าผู้เข้าร่วมประชุมไม่ครอบคลุมพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยใส่สาย PTBD ทั้งหมด ปัจจุบันการจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 มุ่งเน้นการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการสร้างองค์ความรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติจริง การใช้สื่อวิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองเป็นวิธีการเรียนรู้ที่ช่วยเสริมสร้างทั้งความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการปฏิบัติงาน (สุประภษฐ์ ศรีสะเกด, 2565)



ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Foronda et al. (2020) ที่พบว่า การนำสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองมาใช้ให้ความรู้ส่งผลให้ผู้เรียนสามารถลงความรู้และนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการบรรยายเพียงอย่างเดียว ประกอบกับโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานียังไม่มีสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับนำสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องมาใช้ในการให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองและศึกษาผลของการใช้สื่อดังกล่าวต่อความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยใส่สายระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เพื่อยกระดับคุณภาพการพยาบาลลดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สาย PTBD และเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัญหา สถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
2. เพื่อออกแบบ สร้าง และประเมินความเป็นไปได้ในการใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง
3. เพื่อทดลองการใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องของพยาบาลวิชาชีพ
4. เพื่อประเมินผลการใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องของพยาบาลวิชาชีพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยพัฒนาใช้กรอบในการดำเนินการแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ โดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ซึ่งมีองค์ประกอบที่สัมพันธ์กัน 3 องค์ประกอบหลักคือ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) ร่วมกับการนำแนวคิดการจัดการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 โดยประยุกต์ใช้กระบวนการจัดการเรียนการสอนทำให้เกิดทักษะทางปัญญา (intellectual skills) ตามทฤษฎีของกานเย ซึ่งมี 3 ขั้นตอนร่วมกับ ได้แก่ 1) กระตุ้นผู้เรียนโดยดึงดูดให้ผู้เรียนเกิดความสนใจในการเรียนโดยการใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับโจทย์สถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง 2) กระตุ้นผู้เรียนให้นึกถึงความรู้และดึงความรู้มาอยู่ในหน่วยความจำเพื่อใช้งานและการเชื่อมโยงข้อมูลใหม่และเก่า 3) กระตุ้นผู้เรียนให้ตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสาระที่เรียน และการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง ซึ่งทั้ง 3 ขั้นตอนถูกนำมาใช้ในกระบวนการเรียนรู้ของพยาบาล หลังจากนั้นผู้วิจัยจะสรุปความรู้ที่ได้รับอีกครั้ง และประเมินผลการเรียนรู้จากการใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับโจทย์สถานการณ์ โดยวัดความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง (output) และความพึงพอใจของผู้เรียน

ด้านโครงสร้าง

ขั้นตอนที่ 1 เพื่อศึกษาปัญหา สถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จากการสอบถามถึงสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเพื่อนำข้อมูลมากำหนดขอบเขตด้านเนื้อหาและรูปแบบลักษณะของสื่อวีดิทัศน์

ด้านกระบวนการ

ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบ สร้าง และประเมินความเป็นไปได้ในการใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองการใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องของพยาบาลวิชาชีพ

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลและปรับปรุงสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง

ด้านผลลัพธ์

สื่อวีดิทัศน์และโจทย์สถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

1. ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใส่สายระบายท่อน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง
2. การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยใส่สายระบายท่อน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง
3. ความพึงพอใจของพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา มีวิธีดำเนินการแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน โดยมีระยะเวลาที่ศึกษา 10 กุมภาพันธ์ 2569 – 10 กรกฎาคม 2569 ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาปัญหา สถานการณ์ ข้อมูลและความต้องการพื้นฐานเกี่ยวกับสื่อวีดิทัศน์และโจทย์สถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี โดยการสอบถามถึงสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างรายบุคคลที่ละคำถามและให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นในประเด็นนั้น ๆ ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้บันทึกคำพูดของกลุ่มตัวอย่างเมื่ออ่านประเด็นคำถามครบทุกข้อแล้ว ผู้วิจัยทำการกล่าวขอบคุณและปิดการสัมภาษณ์

ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบ สร้าง และประเมินความเป็นไปได้ในการนำสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องไปใช้



1. นำผลการวิเคราะห์ที่ได้จากการสอบถามถึงสัมภาษณ์ในขั้นตอนที่ 1 มากำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ การลำดับเนื้อหา การกำหนดรูปแบบลักษณะสื่อวีดิทัศน์เพื่อให้ตอบโจทย์กับความ ต้องการและสามารถแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง

2. ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการออกแบบสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง

3. รวบรวมเนื้อหา เขียนบทสื่อวีดิทัศน์ และเขียนบทสถานการณ์จำลอง แบ่งออกเป็น 5 สถานการณ์ ดังนี้ สถานการณ์จำลองการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายก่อนใส่สายระบาย การดูแลผู้ป่วย หลังใส่สายระบาย การดูแลแผล การสวนล้างสายระบายน้ำดี การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยนำสายระบาย น้ำดีกลับบ้าน

4. กำหนดตัวละคร/ฉาก จากนั้นนำไปถ่ายทำวีดิทัศน์โดยทำหนังสือขออนุญาตถ่ายทำในแต่ละ สถานะที่ที่เกี่ยวข้อง โดยประสานงานเจ้าหน้าที่หน่วยโสตทัศนศึกษาเป็นผู้ดำเนินการถ่ายทำและตัดต่อ คลิปวีดิทัศน์ตามบท จากนั้นผู้วิจัยเป็นผู้ใส่คำบรรยายเสียงแต่ละคลิปวีดิทัศน์โดยใช้เวลาประมาณ 3-5 นาที

5. นำสื่อวีดิทัศน์สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดี ผ่านทางผิวหนังหน้าท้องไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาและการผลิตสื่อ

6. นำผลการประเมินและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับ สถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง

7. นำสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทาง ผิวหนังหน้าท้องไปประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้กับพยาบาลวิชาชีพพยาบาลวิชาชีพที่มี ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใส่สายระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง จำนวน 15 คน

8. นำข้อมูลและข้อเสนอแนะที่ได้มาวิเคราะห์ผล และดำเนินการปรับปรุงแก้ไขสื่อวีดิทัศน์ ร่วมกับสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องให้มีความสมบูรณ์ พร้อมนำไปใช้ในขั้นที่ 3 ต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 นำสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทาง ผิวหนังหน้าท้องของพยาบาลวิชาชีพไปทดลองใช้

1. นำสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทาง ผิวหนังหน้าท้องของพยาบาลวิชาชีพไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

2. ประเมินผลการใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบาย น้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องของพยาบาลวิชาชีพไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลและปรับปรุงสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สาย ท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องของพยาบาลวิชาชีพให้สมบูรณ์



ประเมินความพึงพอใจและข้อเสนอแนะต่อสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง และนำข้อเสนอแนะมาสรุปเรียบเรียง วิเคราะห์สาระเพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาและปรับปรุงสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องให้เสร็จสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ศัลยแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องและพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการจัดอบรมในโรงพยาบาลมะเร็งอุตรธานี

กลุ่มตัวอย่าง สามารถแบ่งตามขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง คือ ศัลยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการจัดอบรม พยาบาลศัลยกรรม และพยาบาลผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง จำนวน 10 คน แบ่งเป็น ศัลยแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 9 คน จากหน่วยงานดังนี้ กลุ่มงานวิชาการ พยาบาล 1 คน งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกศัลยกรรม 2 คน หอผู้ป่วยศัลยกรรมรังสี 2 คน หอผู้ป่วยพิเศษ 2 คน งานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต 1 คน หอผู้ป่วยวิกฤต 1 คน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง

เกณฑ์คัดเข้า

สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใส่สายระบายน้ำดีผ่านทางหน้าท้อง 10 ปี ขึ้นไป มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยใส่สายระบายน้ำดีมากกว่า 50 คน

เกณฑ์คัดออก

อยู่ระหว่างศึกษาต่อหรือฝึกอบรม เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่อยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ

เกณฑ์นำอาสาสมัครออก

เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามที่กำหนด ขอลถอนตัวจากโครงการวิจัย ลาออกและขอย้ายหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ

1. ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาและการผลิตสื่อ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ใส่สายระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง จำนวน 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการผลิตสื่อวีดิทัศน์ จำนวน 1 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ประเมินคุณภาพของสื่อวีดิทัศน์ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใส่สายระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง จำนวน 15 คน เพื่อประเมินความเหมาะสมและสอดคล้องของสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดอำนาจการทดสอบ $= .7$ กำหนดขนาดอิทธิพล เท่ากับ $.6$ ที่ระดับความเชื่อมั่น $.05$ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาผู้เชี่ยวชาญและพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้



เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม

มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดีที่ใส่สายระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง 10 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 50 ราย และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

อยู่ระหว่างศึกษาต่อหรือฝึกอบรม เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่อยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ

เกณฑ์นำอาสาสมัครออก

เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามที่กำหนด ขอลถอนตัวจากโครงการวิจัย ลาออก และขอย้ายหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 3 และขั้นตอนที่ 4 กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียวกันคือ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยใส่สายระบายน้ำดีผ่านทางหน้าท้องในหน่วยงานดังนี้ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกศัลยกรรม งานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต หอผู้ป่วยศัลยกรรมและรังสี หอผู้ป่วยพิเศษ หอผู้ป่วยอายุรกรรม เลือกรูปแบบเจาะจง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดอำนาจการทดสอบ = .7 กำหนดขนาดอิทธิพล = .95 ที่ระดับความเชื่อมั่น .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 24 คน เพื่อป้องกันสูญหายของข้อมูลเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20 % คำนวณขนาดตัวอย่าง ได้ 30 คน ตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ไม่มีหรือมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใส่สายระบายน้ำดีผ่านทางหน้าท้อง < 10 ปี มีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เช่น สมาร์ทโฟน แท็บเล็ต ที่สามารถเชื่อมต่อกับอินเทอร์เน็ตได้

เกณฑ์คัดออก

เป็นกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 และ 2 อยู่ระหว่างศึกษาต่อหรือฝึกอบรม เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่อยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ

เกณฑ์นำอาสาสมัครออก

เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามที่กำหนด ขอลถอนตัวจากโครงการวิจัย ขอย้ายหน่วยงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ สื่่วิตทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามกึ่งสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำสื่อทัศน์ทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องไปใช้ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา ด้านรูปแบบสื่อการเรียนรู้ ด้านสถานการณ์จำลอง ด้านการนำไปใช้ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์ที่ใช้ในการแปลผลของการประเมินดังนี้ ค่าเฉลี่ย 3.21- 4.00= ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.46 - 3.20= ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.76 - 2.45= ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.75= ระดับควรปรับปรุง แบบประเมินความรู้ในการ



ดูแลผู้ป่วยใส่สายระบายท่อน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง ลักษณะคำถามให้เลือกตอบ ใช่ และไม่ใช่ ข้อคำถามมี 24 ข้อ คำถามด้านบวก มี 12 ข้อ ถ้าตอบ ใช่ ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ให้ 0 คะแนน ข้อคำถามด้านลบมี 12 ข้อ ถ้าตอบ ใช่ ให้ 0 คะแนน ตอบไม่ใช่ให้ 1 คะแนน การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 0 – 8 คะแนน = มีความรู้ระดับน้อย 9 - 16 คะแนน = มีความรู้ระดับปานกลาง 17 - 24 คะแนน = มีความรู้ระดับมาก แบบประเมินการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใส่สายระบายท่อน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามแบ่งเป็น ปฏิบัติ (2 คะแนน) ปฏิบัติบางส่วน (1 คะแนน) ไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง ลักษณะคำถามตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert Rating Scales) มี 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด – พึงพอใจน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การแปลผล (ทรศนีย์ นครชัย และสุเมธา ขวัญสง, 2567) คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง พึงพอใจน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง พึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ ศัลยแพทย์ 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ใส่สายระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง จำนวน 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการผลิตสื่อวีดิทัศน์ จำนวน 1 คน สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง มีค่า CVI = 0.96 แบบสอบถามกึ่งสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง CVI = 1.00 แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องไปใช้ CVI = 1.00 แบบประเมินความรู้ CVI = .88 แบบประเมินการปฏิบัติของพยาบาล CVI = .96 แบบประเมินความพึงพอใจ CVI = 1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจำนวน 15 คน หาค่าความเชื่อมั่นโดยแบบประเมินความรู้หาค่าความเชื่อมั่นจากสูตรของคูเดอร์และริชาร์ดสัน มีค่า KR-20 มีค่า .88 แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องไปใช้แบบประเมินการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใส่สายระบายท่อน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง และแบบ ประเมินความพึงพอใจ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient) เท่ากับ .86, .88 และ .92 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

โครงการการวิจัย ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เลขที่ UDCH_IRB 018/2568 ลงวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2569 ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยอธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าจะรักษาความลับและนำมาใช้ในการวิจัยเท่านั้น



การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตหัวหน้างาน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และกลุ่มงานวิชาการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งแจ้งรายละเอียดและขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างซึ่งแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความยินยอมกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. เก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละระยะดังนี้

3.1 ระยะที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถามถึงการสัมภาษณ์ ใช้เวลา 10 นาที

3.2 ระยะที่ 2 ประเมินความเป็นไปได้ในการนำสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องไปใช้ ใช้เวลา 10 นาที

3.3 ระยะที่ 3 เก็บข้อมูลวิจัยโดย

1) ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้และปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใส่สายระบายน้ำดีผ่านทางหน้าท้องก่อนการทดลอง ใช้เวลา 15 นาที

2) ให้กลุ่มตัวอย่างดูสื่อวีดิทัศน์การดูแลผู้ป่วยใส่สายระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง จากนั้นผู้วิจัยอธิบายโจทย์สถานการณ์จำลอง ใช้เวลา 10 นาที และให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติดูแลผู้ป่วยใส่สายระบายน้ำดีผ่านทางหน้าท้องโดยใช้หุ่น และให้กลุ่มตัวอย่างข้อซักถามข้อสงสัย ใช้เวลา 15 นาที

3) ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้และทดสอบการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใส่สายระบายน้ำดีผ่านทางหน้าท้องหลังการทดลอง ใช้เวลา 15 นาที

3.4 ระยะที่ 4 เก็บข้อมูลความพึงพอใจและข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลา 10 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้ ความถี่ ค่าร้อยละ

2. ข้อมูลค่าคะแนนความรู้ คะแนนการปฏิบัติ ค่าคะแนนความเป็นไปได้ในการนำสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องไปใช้ คะแนนความพึงพอใจของพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ของพยาบาล และ ค่าคะแนนการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใส่สายระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ Wilcoxon signed-rank test ภายหลังทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro – Wilk Test พบมีการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นปกติของคะแนนความรู้และค่าคะแนนการปฏิบัติ

สรุปผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลและความต้องการพื้นฐานเกี่ยวกับสื่อวีดิทัศน์และโจทย์สถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี



พบว่า 1) ด้านโครงสร้างการจัดการเรียนการสอนมีการฝึกอบรมภายในโรงพยาบาลทั้งแบบออนไลน์และแบบอบรมภายในห้องเรียนแต่ยังไม่มีจัดการจัดการเรียนการสอนผ่านสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการใช้สถานการณ์จำลอง 2) ด้านปัญหาและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องพบว่าด้านการบริการเนื่องจากโรงพยาบาลเริ่มเปิดให้บริการใส่สายระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง ประกอบกับบุคลากรส่วนใหญ่ยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใส่สายระบายน้ำดี รวมทั้งมีบุคลากรบรรจุใหม่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวไม่ครอบคลุมบางราย ปฏิบัติในการดูแลสายระบายน้ำดีไม่ถูกต้อง ด้านผู้รับบริการพบว่า มีจำนวนผู้รับบริการใส่สายระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องเพิ่มมากขึ้นทำให้ความต้องการการดูแลเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ด้านวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องพบว่ามีความเพียงพอต่อการให้บริการ

ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบ สร้าง และประเมินความเป็นไปได้ในการนำสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องไปใช้พบว่า การออกแบบสื่อวีดิทัศน์ มีการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องจำนวน 4 แหล่ง พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงประเด็น 12 เรื่อง คัดเลือกเพื่อนำเนื้อหา มาสร้างสื่อวีดิทัศน์การดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องได้ทั้งสิ้น 8 เรื่อง เมื่อสร้างสื่อวีดิทัศน์แล้วนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน โดยหาค่า CVI = 0.86 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.33 ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคกระเพาะร้อยละ 80 และทุกคนมีประสบการณ์ในการทำงาน ≥ 10 ปี สำหรับผลการประเมินความเป็นไปได้ในการนำสื่อวีดิทัศน์ไปใช้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยระดับมากทุกด้านโดยด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านการนำไปใช้ภาพรวมมีค่าเฉลี่ย 3.87 ± 0.35 คะแนน รองลงมาคือด้านสถานการณ์จำลอง ค่าเฉลี่ย 3.80 ± 0.41 คะแนน

ขั้นตอนที่ 3 นำสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องของพยาบาลวิชาชีพไปใช้

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.00 อายุ 20 – 29 ปี มากที่สุดร้อยละ 50 ส่วนใหญ่อายุงาน ≤ 5 ปี ร้อยละ 73.33 ส่วนใหญ่ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางร้อยละ 83.33

2. การเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยก่อนการทดลองมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 96.67 หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็นอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 96.67 (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องของพยาบาลวิชาชีพ

ระดับความรู้	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Wilcoxon (Z)	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับมาก (17-24 คะแนน)	1	3.33	29	96.67		
ระดับปานกลาง (9-16 คะแนน)	29	96.67	1	3.33		
ระดับน้อย (0-8 คะแนน)	0	0	0	0		
ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{x} \pm S.D$)	13.83 $\pm$ 1.94		19.40 $\pm$ 1.69		-4.99	< .001*

*p< .05

3. การเปรียบเทียบค่าคะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า หลังทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องทุกด้านเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ โดยหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 81.73 ± 0.8 เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 61.30 ± 9.96 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องของพยาบาล

ด้านการปฏิบัติ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Wilcoxon (Z)	p
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
การเตรียมผู้ป่วย	6.42	1.38	9.82	0.39	-5.01	< .001*
การดูแลหลังใส่สาย	4.55	1.20	7.91	0.29	-5.04	< .001*
การดูแลแผล PTBD	12.33	2.76	17.88	0.33	-5.09	< .001*
การสวนล้างสาย	18.91	3.5	25.85	0.36	-5.11	< .001*
การแนะนำก่อนกลับบ้าน	19.09	3.25	20.27	0.45	-4.92	< .001
ภาพรวมทุกด้าน	61.30	9.96	81.73	0.80	-5.07	< .001*

*p< .05

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลและปรับปรุงสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องของพยาบาลวิชาชีพให้สมบูรณ์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการใช้อยู่ดีทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองการดูแลผู้ป่วยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องในการให้ความรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.43 ± 0.55 คะแนน ส่วนข้อเสนอแนะ ด้านการปรับปรุงสื่อวีดิทัศน์กลุ่มตัวอย่างไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ส่วนด้านการนำไปใช้กลุ่มตัวอย่างเสนอแนะให้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการนำสื่อวีดิทัศน์ไปใช้พร้อมศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและศึกษาความคงทนความรู้ในอีก 6 เดือน (ตารางที่ 3)



ตารางที่ 3 การประเมินความพึงพอใจต่อการใช สื่ อ วิ ตี ทัศน์ ร่วมกับส ถานการณ ์ จ ำ ลองการดูแลผู้ปวยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง

รายการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
เนื้อหาครอบคลุมการดูแลผู้ปวย	4.39	0.56	มาก
เนื้อหาชัดเจนและเหมาะสม	4.39	0.56	มาก
สะดวกต่อการเรียนรู้	4.45	0.56	มาก
ง่ายต่อการใช้งาน	4.55	0.51	มากที่สุด
มีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน	4.45	0.56	มาก
ภาพและเสียงชัดเจน	4.36	0.6	มาก
ความพึงพอใจโดยรวม	4.39	0.5	มาก
ภาพรวม	4.43	0.55	มาก

อภิปรายผล

การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับส ถานการณ ์ จ ำ ลองในการดูแลผู้ปวยใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้องของพยาบาลวิชาชีพ สามารถอภิปรายผลโดยเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการดูแลสุขภาพของ Avedis Donabedian ซึ่งอธิบายว่าคุณภาพการบริการสุขภาพเกิดจากความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) โดยองค์ประกอบทั้งสามมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกัน กล่าวคือ โครงสร้างที่เหมาะสมจะส่งเสริมกระบวนการดูแลที่มีคุณภาพ และนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น (Ayanian & Markel, 2016) ในการศึกษาครั้งนี้สามารถอภิปรายผลตามองค์ประกอบดังกล่าวได้ดังนี้

ประการแรก ในด้านโครงสร้าง (structure) การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับส ถานการณ ์ จ ำ ลองถือเป็นการจัดเตรียมทรัพยากรด้านการเรียนรู้ที่สำคัญสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล เนื่องจากสื่อการเรียนรู้ดังกล่าวทำหน้าที่เป็นเครื่องมือในการถ่ายทอดองค์ความรู้และขั้นตอนการปฏิบัติที่ถูกต้องตามมาตรฐานทางคลินิก การมีสื่อการเรียนรู้ที่ชัดเจนและเป็นระบบสามารถช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติงานและเพิ่มความมั่นใจของพยาบาลในการดูแลผู้ปวย โดยเฉพาะหัตถการที่มีความเฉพาะทาง เช่น การดูแลผู้ปวยที่ใส่สายท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Foronda et al., (2020) ที่สนับสนุนว่าการใช้สื่อวีดิทัศน์เป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสุขภาพ เนื่องจากสามารถแสดงขั้นตอนการปฏิบัติจริงและช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาที่ซับซ้อนได้ง่ายขึ้น อีกทั้งยังสามารถเรียนรู้ซ้ำได้ตามความต้องการ ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การใช้สื่อดิจิทัลในการเรียนการสอนยังสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ซึ่งเน้นการใช้เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้แบบยืดหยุ่นและการเรียนรู้ตลอดชีวิตของบุคลากรทางสุขภาพ (Redecker, 2017)

ประการที่สอง ในด้านกระบวนการ (process) ผลการศึกษพบว่าการจัดการเรียนรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับส ถานการณ ์ จ ำ ลองช่วยให้พยาบาลมีความรู้และทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้ปวยใส่สายท่อระบาย



น้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียนและการเรียนรู้จากประสบการณ์ (experiential learning) ทำให้ผู้เรียนสามารถฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจทางคลินิกในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยก่อนนำไปใช้กับผู้ป่วยจริง กระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดข้อผิดพลาดทางการพยาบาล และเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Shin et al., (2019) พบว่าการใช้สถานการณ์จำลองในการเรียนการสอนทางการพยาบาลสามารถช่วยเพิ่มทักษะการคิดเชิงวิพากษ์ ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก และความมั่นใจของพยาบาลในการปฏิบัติงานได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองยังช่วยเชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีกับการปฏิบัติจริง ทำให้ผู้เรียนสามารถเข้าใจบริบทของการดูแลผู้ป่วยได้อย่างลึกซึ้งมากขึ้น

ประการที่สาม ในด้านผลลัพธ์ (outcome) ผลการวิจัยพบว่าหลังการใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลอง พยาบาลมีคะแนนความรู้และคะแนนการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งมีความพึงพอใจต่อสื่อในระดับมาก ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าสื่อที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Liaw et al., (2018) ที่พบว่าการเรียนรู้ผ่านการจำลองสถานการณ์สามารถช่วยพัฒนาความสามารถทางคลินิกและเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล ส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อนัญญา อุทิศสัมพันธ์กุล (2565) ที่พัฒนาสื่อวีดิทัศน์และศึกษาผลการใช้สื่อในการให้ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีกเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระบบกล้ามเนื้อข้อต่อและกระดูก ผลการศึกษาพบว่า หลังชมวีดิทัศน์กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ และทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องมากกว่าก่อนชมวีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อวีดิทัศน์และต้องการทบทวนความรู้ซ้ำที่บ้าน

เมื่อพิจารณาโดยรวม ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองสามารถช่วยพัฒนาคุณภาพการเรียนรู้ของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างเป็นระบบ และมีศักยภาพในการนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการเรียนการสอนทางการพยาบาลในบริบทอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับสถานการณ์จำลองไปใช้ในการอบรมพยาบาลใหม่และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยใส่สายระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังหน้าท้อง
2. ควรนำสื่อไปใช้เป็นการเรียนรู้แบบออนไลน์ เพื่อให้บุคลากรสามารถทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเอง
3. งานวิจัยนี้ข้อจำกัดงานวิจัยเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

ควรศึกษาผลของสื่อวีดิทัศน์ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากสายระบายน้ำดี



เอกสารอ้างอิง

- งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกศัลยกรรม. (2568). รายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วย. โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี.
- งานทะเบียนมะเร็ง. (2568). *Hospital base cancer registry*. โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี.
- ทรรศนีย์ นครชัย และสุเมธ ขวัญสง. (2567). การพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์การบริหารยาเคมีบำบัดกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกิน. วารสารสุขภาพและการศึกษา, 7(2), 1-13.
- สุประภษณี ศรีษะเกต. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีภาวะสายระบายน้ำดีอุดตัน. โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก: กรณีศึกษา. วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข, 1(2), 54-66.
- อนัญญา อุทิศสัมพันธ์กุล. (2565). การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์และผลการใช้สื่อในการให้ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีกแก่ผู้ดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระบบกล้ามเนื้อข้อต่อและกระดูก. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 37(1), 77-89.
- Ayanian JZ & Markel H. (2016). *Donabedian's lasting framework for health care quality*. N Engl J Med. 375(3), 205-7.
- Donabedian A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.
- Foronda, C., Fernandez-Burgos, M., Nadeau C, Kelley C, Henry M. (2020). *Virtual simulation in nursing education: a systematic review*. Clin Simul Nurs, 39, 46-52.
- Liaw, SY, Zhou, WT, Lau, TC, Siau, C & Chan, SW. (2018). *An interprofessional communication training using simulation to enhance safe care for a deteriorating patient*. Nurse Educ Today. 62, 1-6.
- Peirce, V., Paskow, M., Qin, L., Dadzie, R., & Rapoport, M. (2023). *A systematised literature review of real-world treatment patterns and outcomes in unresectable advanced or metastatic biliary tract cancer*. Targeted Oncology, 18, 837-852
- Pulappadi, V. P., Srivastava, D. N., & Madhusudhan, K. S. (2021). *Diagnosis and management of hemorrhagic complications of percutaneous transhepatic biliary drainage: A primer for residents*. British Journal of Radiology, 94(1120), <https://doi.org/10.1259/bjr.20200879>
- Redecker C. (2017). *European framework for the digital competence of educators*. European Commission
- Shin, S, Park, JH & Kim, JH. (2019). *Effectiveness of patient simulation in nursing education: meta-analysis*. Nurse Educ Today, 82, 5-15.



ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของเกษตรกรผู้เลี้ยงโคนม

อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

Health Status and Health Behaviors Among Dairy Farmers

in Mueang District, Khon Kaen Province

Received: April 18, 2026

Revised: August 26, 2026

Accepted: August 31, 2026

กานต์ชนก ศรีโสภ¹, เทพไทย โชติชัย^{1*}

Kanchanok Srisopa¹ and Tepthai Chotchai^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของเกษตรกรผู้เลี้ยงโคนม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น คำนวณขนาดตัวอย่าง สุ่มตัวอย่างแบบง่ายและเก็บข้อมูลในเกษตรกรผู้เลี้ยงโคนม 45 ราย โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 ส่วนใหญ่อายุ 41 ปีขึ้นไป ร้อยละ 73.33 โดยมีอายุเฉลี่ย 51.20 ปี (S.D. = 14.70) ต่ำสุด 15 ปี และสูงสุด 81 ปี จบมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป ร้อยละ 55.56 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 71.11 และมีประสบการณ์ในการประกอบอาชีพเลี้ยงโคนมมาแล้ว 11 ปีขึ้นไป ร้อยละ 62.22 โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 18 ปี (S.D. = 11.50) มีรายได้ไม่เกิน 30,000 บาท ร้อยละ 64.44 ไม่มีโรคประจำตัว 32 ราย ร้อยละ 71.11 และได้รับการตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา 29 ราย ร้อยละ 64.44 โดยไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีมากถึงร้อยละ 35.56

ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.45 รองลงมาคือระดับเสี่ยงน้อย ร้อยละ 31.11 และระดับเสี่ยงสูง ร้อยละ 4.40 ตามลำดับ โดยมีภาวะสุขภาพระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.71 คะแนน (S.D. = 0.61) และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเสี่ยงน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.24 คะแนน (S.D. = 0.38) เมื่อพิจารณาตามระดับความเสี่ยง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในความเสี่ยงน้อย ร้อยละ 53.3 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 46.7

คำสำคัญ : ภาวะสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, เกษตรกรผู้เลี้ยงโคนม, อาชีวนาแม่และความปลอดภัย

¹สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

*ผู้ประสานงาน (Corresponding Author): เทพไทย โชติชัย อีเมล tepthai@scphkk.ac.th



Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to investigate the health status and health behaviors of dairy farmers in Mueang District, Khon Kaen Province. The sample size was calculated, and simple random sampling was employed to collect data from 45 dairy farmers using questionnaires. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were used to analyze the data.

The findings revealed that the majority of the sample were female (60.00%), mostly aged 41 years and older (73.33%), with an average age of 51.20 years (S.D. = 14.70), ranging from a minimum of 15 years to a maximum of 81 years. Fifty-five point five six percent (55.56%) had completed at least lower secondary education, 71.11% were married, and 62.22% had at least 11 years of experience in dairy farming, with an average of 18 years (S.D. = 11.50). Sixty-four point four four percent (64.44%) earned less than 30,000 baht, 32 individuals (71.11%) had no pre-existing medical conditions, and 29 individuals (64.44%) had undergone a health check-up in the past year, while as many as 35.56% had not received an annual health check-up.

Overall, health status fell predominantly within a moderate level (64.45%), followed by low risk (31.11%) and high risk (4.40%), respectively, with the moderate level health status corresponding to an average score of 2.71 (S.D. = 0.61). Overall health care behaviors were mostly at a low risk level, with an average score of 2.24 (S.D. = 0.38). With regard to risk level, the majority (53.3%) were at low risk, followed by moderate risk (46.7%).

Keywords: Health Status, Health Behaviors, Dairy Farmers, Occupational Safety and Health



บทนำ

ประเทศไทยมีเกษตรกรเป็นแรงงานหลักในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของชาติ โดยเฉพาะในภาคปศุสัตว์ ซึ่งอาชีพการเลี้ยงโคนมถือเป็นหนึ่งในอาชีพสำคัญที่ช่วยสร้างรายได้และความมั่นคงทางอาหาร ทั้งยังเป็นแหล่งโปรตีนคุณภาพให้กับประชากรในประเทศ อย่างไรก็ตาม เกษตรกรผู้เลี้ยงโคนมมักต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การทำงานกลางแจ้งเป็นเวลานาน การยกของหนัก การตื่นเช้ามิดให้อาหารสัตว์ และการทำงานที่ขาดวันหยุดพักผ่อน ซึ่งอาจนำไปสู่การเจ็บป่วยเรื้อรังโดยไม่รู้ตัว จากรายงานของกรมควบคุมโรค (2566) พบว่า เกษตรกรผู้เลี้ยงโคนมทั่วประเทศมีแนวโน้มการเกิดโรคกล้ามเนื้อและกระดูกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.7 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 35.2 ในปี 2565 ขณะที่โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในกลุ่มเกษตรกรเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.6 เป็นร้อยละ 25.9 ในช่วงเวลาเดียวกัน สอดคล้องกับข้อมูลจากสำนักงานปศุสัตว์จังหวัดขอนแก่น (2567) ที่ระบุว่า เกษตรกรผู้เลี้ยงโคนมในพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น มีจำนวนมากขึ้นจากปี 2563-2567 คิดเป็น ร้อยละ 4.8, 5.5, 7.2, 9.6 และ 11.4 ตามลำดับ และในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พบอัตราการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับระบบกล้ามเนื้อ ความดันโลหิต และโรคทางเดินหายใจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป

ประเด็นดังกล่าวสอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ พ.ศ. 2561-2580 ซึ่งให้ความสำคัญกับการยกระดับคุณภาพชีวิตของแรงงานในภาคการเกษตร และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) ที่มุ่งส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มประชากรวัยทำงาน รวมถึงการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพในพื้นที่ชนบท จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาในประเด็นที่ใกล้เคียงกัน เช่น สมชาย จันทรดี (2564) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับความชุกของโรคกล้ามเนื้อในเกษตรกรจังหวัดมหาสารคาม พบว่า การไม่ยืดกล้ามเนื้อหลังทำงานสัมพันธ์กับอาการปวดหลังในระดับสูง สุภาวดี เทียนทอง (2565) ศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีในการเลี้ยงโคและผลกระทบต่อสุขภาพในจังหวัดนครราชสีมา พบว่าการขาดความรู้ในการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองสัมพันธ์กับอัตราการเกิดโรคทางเดินหายใจ และการศึกษาของสิริวรรณ โคตรศรี (2563) ศึกษาความรู้และทัศนคติของเกษตรกรต่อการดูแลสุขภาพ พบว่าทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพสัมพันธ์กับการไปตรวจร่างกายประจำปีอย่างมีนัยสำคัญ

จากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าองค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยมีความหลากหลาย อีกทั้งยังพบงานวิจัยที่ศึกษาภาวะสุขภาพเฉพาะในกลุ่มเกษตรกรผู้เลี้ยงโคนมในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นค่อนข้างน้อย คำตอบงานวิจัยยังหาข้อสรุปไม่ได้ และกลุ่มเกษตรกรกลุ่มนี้พบว่ามีปัญหาด้านสุขภาพอนามัยที่มีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆในพื้นที่นี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาโดยการสำรวจภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของเกษตรกรผู้เลี้ยงโคนม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะนำไปสู่การวางแผนด้านสุขภาพในการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเกษตรกรผู้เลี้ยงโคนมในพื้นที่ต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของเกษตรกรผู้เลี้ยงโคนมในพื้นที่ตำบลบ้านค้อ อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น

วิธีการดำเนินการวิจัย

ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive Research) ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ เกษตรกรผู้เลี้ยงโคนมที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ตำบลบ้านค้อ อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น รวมจำนวน 146 หลังคาเรือน (สหกรณ์โคนมขอนแก่น, 2567)

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ เกษตรกรผู้เลี้ยงโคนมในพื้นที่ตำบลบ้านค้อ อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 45 ราย โดยได้จากการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Lwanga และ Lemeshow (1991) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.96 ค่าความชุกของตัวแปรตามที่ศึกษา โดยอ้างอิงจากงานวิจัย สุนิสา ไชยเกลี้ยง (2565) พบว่าเกษตรกรมีปัญหาสุขภาพจากการทำงานหลายประเภท ซึ่งกำหนดไว้ 0.04 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ซึ่งกำหนดไว้ที่ 0.05

ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อเกษตรกรผู้เลี้ยงโคนมในพื้นที่ตำบลบ้านค้อ อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น ทั้งหมด 146 หลังคาเรือน จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเกษตรกรผู้เลี้ยงโคนมที่สามารถให้ข้อมูลได้ 45 ราย โดยเลือกตัวแทนหลังคาเรือนละ 1 ราย เกณฑ์การคัดเข้า อายุ 15 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ประกอบอาชีพเลี้ยงโคนมเป็นหลักโดยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงโคนม 1 ปี ขึ้นไป สุขภาพแข็งแรงปกติ อ่านออกเขียนได้ และยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย เกณฑ์คัดออกไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนดได้

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลส่วนบุคคลของเกษตรกรผู้เลี้ยงโคนม เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และระยะเวลาประกอบอาชีพ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 : ภาวะสุขภาพของเกษตรกรผู้เลี้ยงโคนม วัดจากอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความถี่ของการเข้ารับบริการทางการแพทย์ และการประเมินสุขภาพตนเองในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 6 ข้อ มีการแปลผลระดับภาวะสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

3.67 – 5.00 เท่ากับ ภาวะสุขภาพเสี่ยง

2.34 – 3.66 เท่ากับ ภาวะสุขภาพปานกลาง

1.00 - 2.33 เท่ากับ ภาวะสุขภาพดี

ส่วนที่ 3 : พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การพักผ่อน การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสัมผัสสารเคมี และการตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 14 ข้อ



โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ ทุกครั้ง = 5 คะแนน, บ่อยครั้ง = 4 คะแนน, บางครั้ง = 3 คะแนน, นานๆ ครั้ง = 2 คะแนน, ไม่เคยเลย = 1 คะแนน (คะแนนมาก หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงระดับมาก หรือมีความเสี่ยงต่อสุขภาพมาก) และมีการแปลผลระดับพฤติกรรมของเกษตรกรผู้เลี้ยงโคนมออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

3.67 – 5.00 เท่ากับ พฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงระดับมาก

2.34 – 3.66 เท่ากับ พฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงระดับปานกลาง

1.00 – 2.33 เท่ากับ พฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงระดับน้อย หรือพฤติกรรมสุขภาพดี

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญที่ปฏิบัติงานและเกี่ยวข้องกับเกษตรกรที่เลี้ยงโคนม จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยนักวิชาการสัตวบาลชำนาญการพิเศษ เกษตรตำบล และนักวิชาการสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย และนำมาวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา/ประเด็นที่ต้องการวัด ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67-1.00 พร้อมตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม และปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

จากนั้นได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่ศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ตำบลโนนท่อน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในข้อคำถามและความสมบูรณ์ของเครื่องมือจากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้มาวิเคราะห์หาค่าคุณภาพต่าง ๆ ของเครื่องมือ โดยในส่วนของข้อมูลทั่วไป นำมาพิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถามกับผู้ตอบ การใช้ภาษาในการสื่อสาร ความเข้าใจในข้อคำถาม และประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ความยาวของแบบสอบถาม ความต่อเนื่องของลำดับคำถาม ความชัดเจนของคำตอบที่เป็นทางเลือก ความเหมาะสมของเนื้อหาต่อบริบทของเกษตรกรผู้เลี้ยงโคนม และความสอดคล้องของคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อให้เครื่องมือที่ใช้มีความน่าเชื่อถือและสามารถสะท้อนข้อมูลได้อย่างถูกต้องตามสภาพความเป็นจริงของกลุ่มตัวอย่าง และในส่วนของข้อมูลภาวะสุขภาพ และส่วนของข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค เท่ากับ 8.20 และ 8.40 ตามลำดับ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ติดต่อขอข้อมูลประชาชนในพื้นที่ในการศึกษา จากผู้ใหญ่บ้านตำบลบ้านค้อ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เพื่อใช้ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้
3. นำหนังสือราชการถึงผู้ใหญ่บ้านตำบลบ้านค้อ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เพื่อขออนุญาต และขอความร่วมมือในการแจ้งให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคัดเลือก ทราบถึงการเก็บข้อมูลในพื้นที่ที่รับผิดชอบ รวมถึงกำหนดวัน เวลา สถานที่ และวิธีการดำเนินงานที่สะดวกในการเก็บข้อมูล



4. ผู้วิจัยเดินทางไปเก็บข้อมูลตามที่สุ่มได้ในหมู่บ้านด้วยตนเอง แนะนำตัวกับผู้นำชุมชน อสม. และดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างตามที่นัดหมายไว้ โดยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา และเพื่อให้ไม่ให้เกิดผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างเอง จึงไม่ต้องลงชื่อผู้ตอบแต่อย่างใด และดำเนินการเก็บข้อมูลจนเสร็จ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมดจะนำมาทำการตรวจสอบหรือบรรณาธิกร (Manual editing) เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ (Completeness) ของแบบสอบถามว่าข้อมูลมีการบันทึกครบถ้วนทุกหัวข้อที่กำหนดไว้หรือไม่ และตรวจสอบความสอดคล้อง (Consistency) ของคำตอบในขั้นต้นว่ามีความสอดคล้องกันหรือไม่ จากนั้นผู้วิจัยจะทำการลงรหัส (Coding) และบันทึกข้อมูล (Keying) โดยบันทึกด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยทำการบันทึกข้อมูลเป็น 2 ครั้ง ใช้ผู้บันทึก 2 คน และตรวจสอบการบันทึกข้อมูลว่ามีการบันทึกข้อมูลถูกต้องตรงกันทั้ง 2 ครั้ง โดยใช้คำสั่ง Validate ตรวจสอบข้อมูลว่ามีรหัสนอกเหนือจากที่กำหนด (Out of range) และตรวจสอบความสอดคล้อง (Consistency checking) ของข้อมูล จากนั้นจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ผู้วิจัยเลือกใช้สถิติให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

- 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของเกษตรกรผู้เลี้ยงโคนม เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ และการมีโรคประจำตัว
- 2) ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของเกษตรกรผู้เลี้ยงโคนม วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด เพื่ออธิบายระดับภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งในมิติทางกาย จิตใจ และสังคม พร้อมแปลผลระดับตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน คือ ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดในแบบสอบถาม โดยครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ (1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย (2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย (3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม (4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ (5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม และ (6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถาม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปีภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว



ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 27 ราย ร้อยละ 60.00 ส่วนใหญ่อายุ 41 ปีขึ้นไป 33 ราย ร้อยละ 73.33 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 51.20 ปี (S.D. = 14.70) มีอายุต่ำสุด 15 ปี และสูงสุด 81 ปี จบมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป 25 ราย ร้อยละ 55.56 มีสถานภาพสมรส 32 ราย ร้อยละ 71.11 และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการประกอบอาชีพเลี้ยงโคนมมาแล้ว 11 ปีขึ้นไป 28 ราย ร้อยละ 62.22 โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 18 ปี (S.D. = 11.50) ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 30,000 บาท 29 ราย ร้อยละ 64.44 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว 32 ราย ร้อยละ 71.11 และได้รับการตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา 29 ราย ร้อยละ 64.44 โดยไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีมาถึงร้อยละ 35.56

ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 29 ราย ร้อยละ 64.45 รองลงมาคือระดับเสี่ยงน้อย 14 ราย ร้อยละ 31.11 และระดับเสี่ยงสูง 2 ราย ร้อยละ 4.40 ตามลำดับ โดยมีคะแนนภาวะสุขภาพเฉลี่ย 2.71 คะแนน (S.D. = 0.61) แปลผลภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ สะท้อนถึงปัญหาที่เกษตรกรพบบ่อยที่สุด คือ “อาการปวดตามร่างกาย เมื่อทำงานหนัก” มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.31 คะแนน (S.D. = 1.18) รองลงมาคือ “อาการปวดตามคอ บ่า ไหล่” มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.07 (S.D. = 1.14) และ “อาการอ่อนเพลีย ไม่กระฉับกระเฉง” มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.76 (S.D. = 0.88) ตามลำดับ โดยทุกข้อมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเสี่ยงน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.24 คะแนน (S.D. = 0.38) เมื่อพิจารณาตามระดับความเสี่ยง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในความเสี่ยงน้อย 24 ราย ร้อยละ 53.3 รองลงมาคือระดับปานกลาง 21 ราย ร้อยละ 46.7 และไม่มีเกษตรกรผู้เลี้ยงโคนมที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับเสี่ยงสูง

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า เกษตรกรผู้เลี้ยงโคนมมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเรียงลำดับคะแนนจากมากไปน้อย 3 อันดับแรก ได้แก่ “การดื่มเครื่องดื่มชูกำลังหรือกาแฟจัด” มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.24 คะแนน (S.D. = 1.55) รองลงมาคือ “รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา” มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.89 คะแนน (S.D. = 1.11) และ “การพักผ่อนไม่เพียงพอ” มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.62 คะแนน (S.D. = 1.34) ตามลำดับ โดยทุกข้อมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพ รายข้อ

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ (จำนวน/ร้อยละ)							
	ทุก ครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย เลย	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. ท่านรับประทานอาหารไม่ตรง เวลา	4 (8.9)	6 (13.3)	21 (46.7)	9 (20.0)	5 (11.1)	2.89	1.11	ปาน กลาง
2. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม หวานหรือมันจัด	3 (6.7)	5 (11.1)	15 (33.3)	6 (13.3)	16 (35.6)	2.42	1.39	ปาน กลาง
3. ท่านสูบบุหรี่	2 (4.4)	2 (4.4)	5 (11.1)	1 (2.2)	35 (77.9)	1.56	1.08	เสี่ยง น้อย
4. ท่านดื่มสุรา	1 (2.2)	2 (4.4)	11 (24.4)	8 (17.8)	23 (51.2)	1.73	1.07	เสี่ยง น้อย
5. ท่านละเลยการรับประทาน ผักหรือผลไม้	2 (4.4)	-	16 (35.6)	17 (37.8)	10 (22.2)	2.27	0.94	เสี่ยง น้อย
6. ท่านพักผ่อนไม่เพียงพอหรือนอน หลับ น้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน	5 (11.1)	4 (8.9)	19 (42.2)	3 (6.7)	14 (31.1)	2.62	1.34	ปาน กลาง
7. ท่านดื่มน้ำไม่ถึง 6-8 แก้ว	1 (2.2)	4 (8.9)	19 (42.2)	7 (15.6)	14 (31.1)	2.38	1.11	ปาน กลาง
8. ท่านดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง หรือ กาแฟมากกว่า 2 แก้วต่อวัน	15 (33.3)	5 (11.1)	12 (26.7)	2 (4.4)	11 (24.5)	3.24	1.55	ปาน กลาง
9. ท่านรู้สึกเครียด วิตกกังวล หรือ หงุดหงิดง่ายจากการทำงานหนัก	2 (4.4)	4 (8.9)	14 (31.1)	12 (26.7)	13 (28.9)	2.33	1.15	เสี่ยง น้อย
10. ท่านไม่ได้ออกกำลังกายอย่าง สม่ำเสมอ	2 (4.4)	4 (8.9)	21 (46.7)	8 (17.8)	10 (22.2)	2.56	1.08	ปาน กลาง
11. ท่านสัมผัสสารเคมี ยาฆ่าแมลง หรือปุ๋ยวัชพืชโดยไม่ใส่ถุงมือป้องกัน	-	1 (2.2)	5 (11.1)	14 (31.1)	25 (55.6)	1.60	0.82	เสี่ยง น้อย
12. ท่านไม่สวมถุงมือป้องกันขณะ ทำงานในฟาร์มหรือโรงเรือน	-	3 (6.7)	4 (8.9)	15 (33.3)	23 (51.1)	1.71	0.93	เสี่ยง น้อย
13. ท่านไม่ได้เข้ารับการตรวจ สุขภาพประจำปี	5 (11.1)	13 (28.9)	-	5 (11.1)	22 (48.9)	2.42	1.45	ปาน กลาง
14. ท่านมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือไม่ไปพบแพทย์ตามนัด	-	-	9 (20.0)	13 (28.9)	23 (51.1)	1.69	0.82	เสี่ยง น้อย



อภิปรายผล

1. ภาวะสุขภาพของเกษตรกรอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีปัญหาสุขภาพที่พบมาก ได้แก่ อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดคอ บ่า ไหล่ และอาการอ่อนเพลีย ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า ลักษณะงานของเกษตรกรผู้เลี้ยงโคนมเป็นงานที่ต้องใช้แรงงานทางกายอย่างต่อเนื่อง เช่น การยกของหนัก การรีดนม และการทำงานกลางแจ้งเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดปัญหาทางระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูก ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของกรมควบคุมโรคที่พบแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของโรคกล้ามเนื้อในกลุ่มเกษตรกร นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยค่อนข้างสูง (51.20 ปี) ซึ่งอายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเสื่อมของร่างกาย จึงอาจเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพดังกล่าวมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของสิทธิชัย ลวพฤกษ์ (2561) ซึ่งศึกษาภาวะสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานของเกษตรกรผู้เลี้ยงโคนมในพื้นที่ภาคกลาง พบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีถึงปานกลาง และการศึกษาของนิตยา ตากฟุ้ง (2560) ซึ่งศึกษาปัจจัยคุกคามสุขภาพและพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของเกษตรกรเลี้ยงสัตว์ (รวมถึงโคนม สุกร สัตว์ปีก) ในพื้นที่จังหวัดสระบุรี พบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง ทั้งนี้พบว่ามีบางการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกับการศึกษานี้ ได้แก่ การศึกษาของ ฤทธิ์ตรงค์ เอ็มแย้ม และคณะ (2563) ได้ศึกษาปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานและภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงของเกษตรกรเลี้ยงโคนม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเสี่ยงสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวิถีการดำเนินชีวิตโดยรวม เช่น อุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานในฟาร์มโคนม การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากแบบแผนวิถีการดำเนินชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง

2. พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางหรือเสี่ยงน้อย แต่เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มชูกำลังหรือกาแฟในปริมาณมาก การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา และการพักผ่อนไม่เพียงพอ ผลดังกล่าวสะท้อนถึงรูปแบบการดำเนินชีวิตที่สัมพันธ์กับลักษณะงานที่ต้องเริ่มงานตั้งแต่เช้ามืดและทำงานต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมชดเชย เช่น การบริโภคคาเฟอีนและการละเลยพฤติกรรมสุขภาพพื้นฐาน แม้ว่าพฤติกรรมเสี่ยงบางด้าน เช่น การสูบบุหรี่และดื่มสุรา จะอยู่ในระดับต่ำ แต่พฤติกรรมด้านโภชนาการและการพักผ่อนยังเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ตากฟุ้ง (2560) ซึ่งศึกษาปัจจัยคุกคามสุขภาพและพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของเกษตรกรเลี้ยง สัตว์ (รวมถึงโคนม สุกร สัตว์ปีก) ในพื้นที่จังหวัดสระบุรี พบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง และการศึกษาของทัศนีย์ อภิชาติสรางกูร และวราภา คุณภาพร (2563) พบว่า เกษตรกรผู้เลี้ยงโคนมมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพและการจัดการด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

3. ความไม่สอดคล้องระหว่างภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ แม้พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมจะอยู่ในระดับดี (เสี่ยงน้อย) แต่ภาวะสุขภาพยังอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยด้าน



“ลักษณะงาน” อาจมีอิทธิพลต่อสุขภาพมากกว่าพฤติกรรมส่วนบุคคล หรือพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอาจยังไม่เพียงพอในการชดเชยผลกระทบจากงานที่ใช้แรงงานหนัก ประเด็นนี้สอดคล้องกับแนวคิดด้านอาชีวอนามัยที่ระบุว่า สุขภาพของแรงงานไม่ได้ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นกับสภาพแวดล้อมในการทำงานด้วย

4. การเข้าถึงบริการสุขภาพยังไม่ครอบคลุม แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับการตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปี แต่ยังพบว่าไม่ถึงร้อยละ 35.56 ที่ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี สะท้อนถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น ข้อจำกัดด้านเวลา ภาระงาน การรับรู้ความสำคัญของการตรวจสุขภาพ ซึ่งอาจส่งผลให้ปัญหาสุขภาพไม่ได้รับการตรวจพบตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย : หน่วยงานสาธารณสุขควรพัฒนาระบบคัดกรองสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มเกษตรกร โดยเฉพาะโรคระบบกล้ามเนื้อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่งเสริม นโยบายด้านอาชีวอนามัยในภาคเกษตรกรรม เช่น การออกแบบงานให้เหมาะสมกับสรีระ (Ergonomics) สนับสนุน การจัดบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ (Mobile Health Unit) ในพื้นที่ชนบท บูรณาการความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล สหกรณ์โคนม และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

ควรจัดกิจกรรม อบรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อและการป้องกันการบาดเจ็บจากการทำงาน ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารให้ตรงเวลา การลดการบริโภคคาเฟอีน การนอนหลับอย่างเพียงพอ ส่งเสริมให้เกษตรกรเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองในการทำงานในฟาร์ม รวมทั้งการส่งต่อข้อมูลที่สำคัญจากการศึกษาเพื่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ได้ดูแลต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาในรูปแบบงานวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล โดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและขยายพื้นที่ศึกษา เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิง การศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เช่น ความเครียดจากการทำงาน คุณภาพชีวิต สภาพแวดล้อมในการทำงาน การศึกษาพัฒนาและประเมิน โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเฉพาะกลุ่มเกษตรกรผู้เลี้ยงโคนม รวมทั้งการใช้วิธีวิจัยแบบผสม (Mixed methods) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ไม่สามารถอธิบายเหตุและผลได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย ศึกษาเฉพาะพื้นที่เดียว ทำให้การอ้างอิงทั่วไปมีข้อจำกัด



เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2566). รายงานสถานการณ์สุขภาพเกษตรกรและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข. <https://ddc.moph.go.th>
- ทัศนีย์ อภิชาติสร่างกูร และวราภา คุณภาพร (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้และความเข้าใจในการดูแลสุขภาพโคนมของเกษตรกรในเขตจังหวัดเชียงใหม่ (รายงานผลการวิจัย).
- นิตยา ตากพิง. (2560). ปัจจัยคุกคามสุขภาพและพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของเกษตรกรเลี้ยงสัตว์. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ, 10(36), 14-25.
- ฤทธิ์ตรงค์ เอ็มแย้ม, วีระพร สุทธากรณ์, และกรรณิการ์ ณ ลำปาง. (2563). ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานและภาวะสุขภาพตามความเลียงของเกษตรกรการเลี้ยงโคนม อำเภอแม่ฮ่อน จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพิงค์, 6(2), 45-58
- สมชาย จันทรดี. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับความชุกของโรคกล้ามเนื้อในเกษตรกร จังหวัดมหาสารคาม [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยขอนแก่น].
- สหกรณ์โคนมขอนแก่น. (2567). รายงานสถิติสมาชิกเกษตรกรผู้เลี้ยงโคนม ประจำปี 2567. ขอนแก่น: สหกรณ์โคนมขอนแก่น.
- สำนักงานปศุสัตว์จังหวัดขอนแก่น. (2567). รายงานสถานการณ์สุขภาพของเกษตรกรผู้เลี้ยงโคนมในบ้านเนินทอง ตำบลบ้านค้อ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. ผู้แต่ง.
- สิทธิชัย ลวฤกษ์. (2561). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงจากการทำงานของเกษตรกรผู้เลี้ยงโคนม. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 1(3), 12-25.
- สิริวรรณ โคตรศรี. (2563). ความรู้และทัศนคติของเกษตรกรต่อการดูแลสุขภาพ. วารสารวิจัยสุขภาพชุมชน, 12(1), 45-56.
- สุนิสา ไชยเกลี้ยง. (2565). ภาวะของโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานในกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกพืช. วารสารความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน 13(1), 1-12.
- สุภาวดี เทียนทอง. (2565). พฤติกรรมการใช้สารเคมีในการเลี้ยงโคและผลกระทบต่อสุขภาพในจังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี].
- Lwanga, S. K., & Lemeshow, S. (1991). *Sample size determination in health studies: A practical manual*. Geneva: World Health Organization.



การศึกษาสาเหตุของการไม่มาตามนัดและความสัมพันธ์ระหว่าง
ปัจจัยส่วนบุคคลกับสาเหตุของการไม่มาตามนัดนอนโรงพยาบาลเพื่อทำหัตถการ
ในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ: การศึกษาย้อนหลัง

A Study of Appointment Non-attendance Causes and The Relationship between
Personal Factors with Appointment Non-attendance in Hospitals for Cardiac
Catheterization Procedures: Retrospective study

Received: July 14, 2026

Revised: August 25, 2026

Accepted: August 31, 2026

สรารุท วงษ์คุย¹, วารินทร์ สุขสำราญ^{1*}

อริญชัย เมตรพรมราช¹ และกุลธรา จงตระการสมบัติ¹

Sarawut Wongkuy¹, Warin Suksamran^{1*}

Alin Metprommarat¹ and Kulthara Chongtrakarnsombut¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective data collection) เพื่อศึกษาสาเหตุของการไม่มาตามนัดนอนโรงพยาบาล และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสาเหตุของการไม่มาตามนัดนอนโรงพยาบาลเพื่อทำหัตถการในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วย ตั้งแต่ 1 มกราคม 2567 – 31 ธันวาคม 2568 เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 234 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวน ร้อยละ และหาความสัมพันธ์ด้วย Pearson Chi-Square Test และ Fisher Exact Test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุ 61 ปีขึ้นไป มีสถานภาพสมรส/หม้าย/หย่าร้าง จบชั้นมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า การเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาล 101 กิโลเมตรขึ้นไป (ไกล) สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันสังคม มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงและอื่น ๆ ไม่มาตามนัดนอนโรงพยาบาลด้วยสาเหตุด้านตัวผู้ป่วย จำนวน 120 ราย (ร้อยละ 51.3) โดยเป็นสาเหตุจากการปฏิเสธการทำหัตถการมากที่สุด จำนวน 44 ราย (ร้อยละ 18.8) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุของการไม่มาตามนัดนอนโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สิทธิการรักษา (p value = .001)

จากผลการวิจัยดังกล่าวควรพัฒนาหรือปรับปรุงกระบวนการให้ข้อมูลในระยษณัดผู้ป่วย โดยเน้นถึงความจำเป็นและความเสี่ยงของการไม่ทำหัตถการ พัฒนาช่องทางการสื่อสารและระบบการติดตามก่อนนอนโรงพยาบาล

คำสำคัญ: การไม่มาตามนัด, ปัจจัยส่วนบุคคล, ห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ

¹ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*ผู้ประสานงาน (Corresponding Author): วารินทร์ สุขสำราญ อีเมล narmwarin@gmail.com



Abstract

This study employed a retrospective data collection design aimed at investigating the causes of appointment non-attendance for hospital admission, and examining the relationship between personal factors and these causes of appointment non-attendance for cardiac catheterization procedures among patients with cardiovascular disease at the Queen Sirikit Heart Center of the Northeast. Data were drawn from the period from January 1, 2024, to December 31, 2025, for patients listed in the catheterization appointment system, and were collected using data record forms from a total of 234 cases. Data were analyzed using frequencies and percentages, with associations examined using the Pearson Chi-Square test and Fisher's Exact test.

The findings revealed that the majority of the sample were male, aged 61 years or older, of marital status married, widowed, or divorced, had completed secondary education or its equivalent, traveled 101 kilometers or more from home to the hospital, held Universal Coverage Scheme or Social Security Scheme benefits, and presented with underlying diseases, particularly hypertension among others. Appointment non-attendance for hospital admission was attributable to patient-related factors in 120 cases (51.3%), with refusal of the procedure constituting the most common cause (44 cases, 18.8%). Among personal factors examined, healthcare coverage was found to be significantly associated with the causes of appointment non-attendance for hospital admission ($p = .001$).

Based on these findings, the patient scheduling information process should be developed or refined, with particular emphasis on the necessity of the procedure and the risks associated with its non-performance. Communication channels and follow-up systems prior to hospitalization should likewise be developed.

Keywords: Appointment Non-attendance, Personal Factors, Cardiac Catheterization



บทนำ

ศูนย์ประสานงานผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล (Admission center) มีภาระงานทั้งในการนัดผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลเพื่อทำหัตถการด้านอายุรกรรมทางหัวใจและหลอดเลือด (Appointment) การติดตามผู้ป่วยก่อนนอนโรงพยาบาล (Alert) และการทำเรื่องนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย (Admit) ที่มาตามนัดนอนโรงพยาบาลเพื่อทำหัตถการอายุรกรรมหัวใจ โดยภาระงานดังกล่าวได้จัดทำเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล (CNPg) สำหรับใช้ในหน่วยงาน (อริญชัย เมตรพมราช, 2568) ในปี 2566 - 2568 มีการนัดผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลเพื่อทำหัตถการในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจจำนวน 3,104, 2,894 และ 2,836 ราย ตามลำดับ โดยในปี 2568 หัตถการในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจที่มีจำนวนผู้ป่วยนัดมานอนโรงพยาบาล 3 อันดับแรก ได้แก่ การตรวจสวนหัวใจและการขยายหลอดเลือดหัวใจจำนวน 1,454 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.3 การจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นวิทยุความถี่สูงจำนวน 714 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.2 การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวรจำนวน 365 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.9 อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลสถิติของศูนย์ประสานงานผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลที่ผ่านมาพบว่าในปี 2566 - 2568 มีผู้ป่วยไม่มานอนโรงพยาบาลเพื่อทำหัตถการในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจตามนัดจำนวน 246, 250 และ 246 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.9, 8.6 และ 8.7 ตามลำดับ (ศูนย์ประสานงานผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล, 2568)

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความซุกซนของการขาดนัดในแผนกผู้ป่วยนอกในอัตราที่สูง เช่น ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตเมือง จังหวัดนครสวรรค์ พบความซุกซนของการขาดนัดสูงถึงร้อยละ 18.9 (กุลนิดา มุขแจ้ง และคณะ, 2566) ส่วนในประเทศพบว่ามียารงานอัตราการไม่มาตามนัดที่แตกต่างกัน ตั้งแต่ร้อยละ 12 - 80 ในสถานพยาบาลต่าง ๆ (Lee, Earnest et al., 2005; Barron, 1980) ผลกระทบของการที่ผู้ป่วยไม่มาตามนัดนั้นมีมากมาย และไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะการบริการด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดหมายด้วย ผลเสียบางประการ ได้แก่ กระบวนการดูแลรักษาที่หยุดชะงัก ระยะเวลารอคอยการนัดหมายที่นานขึ้น และการเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินที่สูงขึ้น การเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินที่ไม่เหมาะสมอาจทำให้ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูงขึ้น เนื่องจากบริการในห้องฉุกเฉินมีราคาแพงกว่าและยังส่งผลให้การดูแลเชิงป้องกันของห้องฉุกเฉินน้อยลง (Kim & Giachetti, 2006) ยิ่งไปกว่านั้น การไม่มาตามนัดหมายยังทำให้ผู้ป่วยรายอื่นเข้าถึงบริการได้น้อยลง ซึ่งอาจสร้างความไม่พอใจให้กับผู้ป่วยและผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ และส่งผลให้ผลลัพธ์การดูแลรักษาไม่ดีเท่าที่ควร (Samuels et al., 2015)

สาเหตุของการไม่มาตามนัดของผู้ป่วยนอก ประกอบไปด้วย การดูวันนัดผิด ลืมนัด ภาวะการเจ็บป่วยยาเหลือปริมาณมาก ภาวะของโรคสงบ ความไม่พอใจระบบบริการของโรงพยาบาล (ธนัชพร กาฝากส้ม และคณะ, 2562) การไปทำธุระอื่นที่สำคัญกว่า การนัดตรงกับนัดหมายอื่นหรือวันที่มีงานสำคัญ (ขวัญชัย ประเสริฐยิ่ง และธงชัย อามาตย์บัณฑิต, 2567) ความรู้สึกที่ไม่ได้รับการเคารพ ความไม่เข้าใจระบบการนัดหมาย ความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลล่วงหน้าเกี่ยวกับขั้นตอนและข่าวร้ายที่อาจจะได้รับ (Lacy,



Paulman et al., 2004) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการไม่มาตามนัดของผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยที่อายุน้อย เพศชาย คนโสด ระดับการศึกษาน้อยกว่า อาศัยอยู่ไกลจากโรงพยาบาล การส่งต่อจากแพทย์ทั่วไป เวลารอคอยที่ยาวนาน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ การขาดการแจ้งเตือนการนัดหมาย ความยากลำบากในการจัดการการนัดหมาย และการสื่อสารที่ไม่เพียงพอระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ (Alturbag, 2024) นอกจากนี้ยังเคยมีการศึกษาวิเคราะห์การให้บริการนัดทำหัตถการด้านอายุรกรรมของศูนย์ประสานงานผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลในปี 2562 พบว่ามีสาเหตุของการที่ผู้ป่วยไม่มาตามนัดนอนโรงพยาบาลเพื่อทำหัตถการในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจมากถึง 10 สาเหตุ ได้แก่ ขอยกเลิกเนื่องจากไม่พร้อมทำ ป่วยและ admit อยู่โรงพยาบาลอื่น ทำที่โรงพยาบาลอื่นแล้ว มีปัญหาเรื่องสิทธิการรักษา ได้ทำไปแล้ว เสียชีวิตแล้ว อาการปกติดีแล้ว แพทย์ยกเลิกคิว ลืมวันนัด และไม่ระบุเหตุผลของการไม่มาตามนัด (อริญชัย เมตรพมราช, 2562)

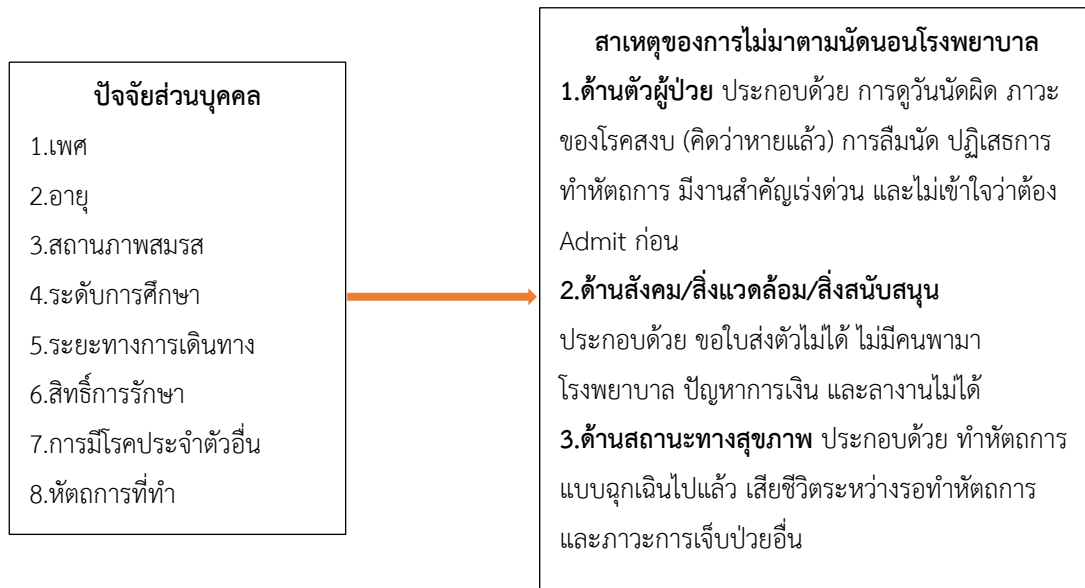
จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงสนใจที่จะศึกษาถึงสาเหตุของการไม่มาตามนัดนอนโรงพยาบาลเพื่อทำหัตถการในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุการไม่มาตามนัดนอนโรงพยาบาล ซึ่งในการให้บริการนั้นมีการเก็บข้อมูลสถิติการไม่มาตามนัดของผู้ป่วยเพื่อรายงานสถิติประจำเดือนให้กับผู้บริหารเท่านั้น และถือเป็นงานประจำของพยาบาลประจำศูนย์ประสานงานผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล แต่ยังไม่ได้นำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์ถึงสาเหตุของการไม่มาตามนัดนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย อีกทั้งข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์จะได้นำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานของหน่วยงานในการส่งเสริมการมาตามนัดของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสาเหตุของการไม่มาตามนัดนอนโรงพยาบาลเพื่อทำหัตถการในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสาเหตุของการไม่มาตามนัดนอนโรงพยาบาลเพื่อทำหัตถการในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคล โดย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะทางการเดินทาง (Alturbag, 2024) มีผลต่อการไม่มาตามนัดของผู้ป่วย นอกจากนี้จากการเก็บข้อมูลการไม่มาตามนัดผู้วิจัยยังพบว่า มีปัจจัยส่วนบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สิทธิการรักษา การมีโรคประจำตัวอื่น และหัตถการที่ทำ ส่วนตัวแปรตาม คือ สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่มาตามนัด ได้แก่ การดูวันนัดผิด ภาวะการเจ็บป่วย ภาวะของโรคสงบ (คิดว่าหายแล้ว) (ธนชพร กาฝากส้ม และคณะ, 2562) การลืมนัดหรือไปทำธุระอื่นที่สำคัญกว่า การนัดตรงกับนัดหมายอื่นหรือวันที่มีงานสำคัญ (ขวัญชัย ประเสริฐยิ่ง และธงชัย อามาตย์บัณฑิต, 2567) ส่วนสาเหตุของการไม่มาตามนัดยังพบว่า มีสาเหตุจากการทำหัตถการแบบฉุกเฉินไปแล้ว และการเสียชีวิตระหว่างรอทำหัตถการ ผู้วิจัยจึงนำมาเขียนกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective data collection study)

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 234 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีนัดทำหัตถการในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2567 – 31 ธันวาคม 2568 และไม่มาตามนัดทำหัตถการอายุรกรรม

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีชื่อในระบบนัดทำหัตถการ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2567 – 31 ธันวาคม 2568 แต่ไม่ได้มาตามนัดทำหัตถการในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ มีข้อมูลส่วนบุคคลไม่ครบถ้วนตามแบบบันทึก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการบันทึกข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

แบบบันทึกปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะทางการเดินทาง สิทธิการรักษา โรคประจำตัวอื่น ๆ และหัตถการที่ทำ

แบบบันทึกสาเหตุของการไม่มาตามนัดทำหัตถการในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ โดยแบ่งสาเหตุของการไม่มาตามนัดเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1) ด้านตัวผู้ป่วย ประกอบด้วย การดูวันนัดผิด ภาวะของโรคสงบ (คิดว่าหายแล้ว) การลืมนัด ปฏิเสธการทำหัตถการ มีงานสำคัญเร่งด่วน และไม่เข้าใจว่าต้อง Admit ก่อน

2) ด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม/สิ่งสนับสนุน ประกอบด้วย ขอบุสส่วนตัวไม่ได้ ไม่มีคนพามา โรงพยาบาล ปัญหาการเงิน และผลงานไม่ได้



3) ด้านสถานะทางสุขภาพ ประกอบด้วย ทำหัตถการแบบฉูกะโหลกไปแล้ว เสียชีวิตระหว่างรอทำหัตถการ และภาวะการณเจ็บป่วยอื่น

แบบบันทึกปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และแบบบันทึกสาเหตุของการไม่มาตามนัด ได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน หาค่า IOC โดยมีค่าเท่ากับ 0.67 - 1.00 แบบบันทึกสาเหตุของการไม่มาตามนัดนำไปหาค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน 2 คน (Inter-rater reliability) เพื่อประเมินว่าผู้ประเมินทั้ง 2 คน บันทึกสาเหตุของการไม่มาตามนัดตรงกันหรือไม่ ด้วยสถิติ Kappa จากแบบบันทึกสาเหตุของการไม่มาตามนัดทำหัตถการในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจจำนวน 30 ฉบับ ได้เท่ากับ 0.84 ซึ่งแสดงว่าผู้ประเมินทั้ง 2 คนมีความสอดคล้องของการประเมินในระดับสูงมาก (Landis & Koch, 1977)

3. ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่รับรอง HE691264 เมื่อวันที่ 27 เมษายน 2569 ผู้วิจัยได้ยึดหลักจริยธรรมพื้นฐานการวิจัยในมนุษย์ ก่อนดำเนินการวิจัยได้ขออนุญาตทำการศึกษาในโรงพยาบาล และการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มี HN บันทึกไว้ในสถิติไม่มาตามนัดของศูนย์ประสานงานผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ที่บันทึกระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2567 – 31 ธันวาคม 2568 ตามเกณฑ์ที่กำหนด

2) หลังจากได้กลุ่มตัวอย่างครบถ้วนตามช่วงเวลาที่เกี่ยวข้องแล้ว นำ HN ของกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวไปค้นหาข้อมูลในระบบ HO ของโรงพยาบาล เพื่อนำมาบันทึกตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลที่สร้างขึ้น

3) หลังจากนั้นดำเนินการบันทึกสาเหตุของการไม่มาตามนัดนอนโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลครบถ้วนตามแบบบันทึกสาเหตุของการไม่มาตามนัดทำหัตถการในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจที่สร้างขึ้น

4) นำข้อมูลที่ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และสาเหตุของการไม่มาตามนัดนอนโรงพยาบาล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสาเหตุของการไม่มาตามนัดนอนโรงพยาบาล ด้วยสถิติ Pearson Chi-Square Test และ Fisher Exact Test

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 128 ราย (ร้อยละ 54.7) มีอายุ 61 ปีขึ้นไป จำนวน 151 ราย (ร้อยละ 64.5) มีสถานภาพสมรส/หม้าย/หย่าร้าง จำนวน 210 ราย (ร้อยละ 89.1) จบชั้นมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า จำนวน 136 ราย ตามลำดับ (ร้อยละ 58.1) การเดินทางจากบ้านมา



โรงพยาบาล 101 กิโลเมตรขึ้นไป (ไกล) จำนวน 127 ราย (ร้อยละ 54.3) สิทธิบัตรประกันสุขภาพและประกันสังคม จำนวน 113 ราย (ร้อยละ 48.3) มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงและอื่น ๆ จำนวน 105 และ 109 รายตามลำดับ (ร้อยละ 44.8 และ 46.6 ตามลำดับ)

2. สาเหตุของการไม่มาตามนัดนอนโรงพยาบาลเพื่อทำหัตถการในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

กลุ่มตัวอย่างไม่มาตามนัดนอนโรงพยาบาลด้วยสาเหตุด้านตัวผู้ป่วยมากที่สุด จำนวน 120 ราย (ร้อยละ 51.3) โดยเป็นสาเหตุจากการปฏิเสธการทำหัตถการจำนวน 44 ราย (ร้อยละ 18.8) สาเหตุจากมีงานสำคัญเร่งด่วนและภาวะของโรคสงบจึงว่าหายแล้วจำนวนเท่า ๆ กัน คือ 37 และ 35 รายตามลำดับ (ร้อยละ 15.8 และ 15.0 ตามลำดับ) รองลงมาคือสาเหตุด้านสถานะทางสุขภาพ จำนวน 93 ราย (ร้อยละ 39.8) โดยเป็นสาเหตุจากการทำหัตถการแบบฉุกเฉินไปแล้ว จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 17.1) สาเหตุจากภาวะการเจ็บป่วยอื่น จำนวน 35 ราย (ร้อยละ 15.0) ส่วนสาเหตุด้านสังคม สิ่งแวดล้อม สิ่งสนับสนุนมีจำนวน 21 ราย (ร้อยละ 9.0) โดยเป็นสาเหตุจากการขอใบส่งตัวไม่ได้มากที่สุดจำนวน 11 ราย (ร้อยละ 4.7) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงสาเหตุของการไม่มาตามนัดนอนโรงพยาบาลเพื่อทำหัตถการในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (N = 234)

สาเหตุของการไม่มาตามนัด	ประชากร (N = 234)	
	จำนวน	ร้อยละ
ด้านตัวผู้ป่วย	120	51.3
การดูวันนัดผิด	1	0.4
การลืมนัด	3	1.3
มีงานสำคัญเร่งด่วน	37	15.8
ภาวะของโรคสงบ (คิดว่าหายแล้ว)	35	15.0
ปฏิเสธการทำหัตถการ	44	18.8
ด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม/สิ่งสนับสนุน	21	9.0
ขอใบส่งตัวไม่ได้	11	4.7
ปัญหาการเงิน	8	3.4
ไม่มีคนพามาโรงพยาบาล	2	0.9
ด้านสถานะทางสุขภาพ	93	39.8
ทำหัตถการแบบฉุกเฉินไปแล้ว	40	17.1
เสียชีวิตระหว่างรอทำหัตถการ	18	7.7
ภาวะการเจ็บป่วยอื่น	35	15.0



3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสาเหตุของการไม่มาตามนัดนอนโรงพยาบาลเพื่อทำการหัตถการในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุของการไม่มาตามนัดนอนโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สิทธิการรักษา ($p < 0.001$) ส่วนเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ระยะทาง และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุของการไม่มาตามนัดนอนโรงพยาบาล ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสาเหตุของการไม่มาตามนัดนอนโรงพยาบาลเพื่อทำการหัตถการในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้วย Chi-square หรือ Fisher's Exact Test (N = 234)

ปัจจัยส่วนบุคคล	สาเหตุของการไม่มาตามนัด นอนโรงพยาบาล (จำนวน)			X ² / F	p value
	ด้านตัว ผู้ป่วย	ด้านสังคม/ สิ่งแวดล้อม/สิ่ง สนับสนุน	ด้านสถานะ ทางสุขภาพ		
เพศ				2.277 ^a	0.320
ชาย	63	10	55		
หญิง	56	13	37		
อายุ (ปี)				2.184 ^a	0.336
≤ 60	43	11	29		
61 ปีขึ้นไป	76	12	63		
สถานภาพสมรส				1.475 ^a	0.478
โสด	15	2	7		
อื่น ๆ	104	21	85		
ระดับการศึกษา				3.251 ^a	0.517
ประถม/ไม่ได้เรียน	18	5	16		
มัธยม/เทียบเท่า	72	15	49		
ป.ตรี ขึ้นไป	29	3	27		



ปัจจัยส่วนบุคคล	สาเหตุของการไม่มาตามนัด			X ² / F	p value	
	นอนโรงพยาบาล (จำนวน)					
	ด้านตัว	ด้านสังคม/	ด้านสถานะ			
	ผู้ป่วย	สิ่งแวดล้อม/สิ่ง	ทางสุขภาพ			
		สนับสนุน				
ระยะทาง (กม.)					7.786 ^a	0.100
ใกล้	31	1	19			
ปานกลาง	23	6	27			
ไกล	65	16	46			
สิทธิการรักษา					17.726 ^b	0.001 [*]
บัตรทอง/ปกส.	51	19	43			
เบิกได้/รัฐวิสาหกิจ	56	1	39			
ชำระเอง/ประกัน	12	3	10			
เบาหวาน					0.131 ^a	0.937
มี	92	17	71			
ไม่มี	27	6	21			
ความดันโลหิตสูง					1.088 ^a	0.580
มี	65	15	49			
ไม่มี	54	8	43			
ไขมันในเลือดสูง					0.775 ^a	0.679
มี	94	20	74			
ไม่มี	25	3	18			
โรคไต					5.680 ^a	0.058
มี	113	23	81			
ไม่มี	6	0	11			
โรคประจำตัวอื่น ๆ					0.728 ^a	0.695
มี	62	11	52			
ไม่มี	57	12	40			

สาเหตุของการไม่มาตามนัด					
ปัจจัยส่วนบุคคล	นอนโรงพยาบาล (จำนวน)			X ² / F	p value
	ด้านตัว	ด้านสังคม/	ด้านสถานะ		
	ผู้ป่วย	สิ่งแวดล้อม/สิ่ง	ทางสุขภาพ		
		สนับสนุน			
หัตถการที่ทำ				6.534 ^b	0.146
Coronary intervention	67	15	46		
Ablation/Pacemaker	48	6	36		
อื่น ๆ	4	2	10		

*p value < .05 , a = Chi-square , b = Fisher exact test

อภิปรายผล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ กลุ่มผู้สูงอายุ เพศชาย และบ้านอยู่ไกล ซึ่งสอดคล้องกับระบาดวิทยาของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มักพบในเพศชายและจะพบว่ามีอุบัติการณ์สูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น เนื่องจากความเสื่อมสภาพตามอายุของผู้สูงอายุและผลจากการเปลี่ยนแปลงระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนและเทสโทสเตอโรน (Rodgers et al, 2019) และการสะสมของปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะนำไปสู่การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น (เริงฤดี ปธานวนิช, 2568) สอดคล้องกับการศึกษาของอภิชาติ วชิรพันธ์ และคณะ (2566) ที่พบว่าการมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การขาดกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ และการรับประทานอาหาร มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เดินทางจากบ้านมาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ ในระยะทางที่ไกลกว่า 101 กิโลเมตร สะท้อนให้เห็นว่าศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ นั้นเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือดที่รองรับผู้ป่วยทั้งภาคอีสาน ถึงแม้จะมีศูนย์เฉพาะทางหัวใจและหลอดเลือดในอีกหลายโรงพยาบาล แต่สำหรับศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ มีการแยกออกมาเป็นอีกหนึ่งโรงพยาบาลของคณะแพทยศาสตร์ และมีการให้บริการที่หลากหลาย หัตถการทั้งหัตถการหลอดเลือดหัวใจ หัตถการจี้ไฟฟ้าหัวใจ หัตถการผ่าตัดหัวใจ หลอดเลือดและทรวงอก เป็นต้น อีกทั้งยังมีการให้บริการคลินิกพิเศษทั้งคลินิกนอกเวลาราชการ ซึ่งในการเข้ารับการรักษาในคลินิกพิเศษไม่ได้มีการเก็บค่าบริการที่มากเกินไป ส่งผลให้เกิดความสะดวกและความต้องการเข้ามาใช้บริการรักษาของผู้รับบริการ ดังผลการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการที่พรีเมียมคลินิกมีความพึงพอใจและมีประสบการณ์การใช้บริการในระดับดี (ศรัณยา ดวงเดือน และมณฑนา สังคมกำแหง, 2567)



2. สาเหตุของการไม่มาตามนัดนอนโรงพยาบาลเพื่อทำหัตถการในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

กลุ่มตัวอย่างไม่มาตามนัดนอนโรงพยาบาลด้วยสาเหตุด้านตัวผู้ป่วยมากที่สุด โดยเป็นสาเหตุจากการปฏิเสธการทำหัตถการมากที่สุด ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าการที่ผู้ป่วยปฏิเสธการทำหัตถการอาจเนื่องมาจากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การทำหัตถการที่ไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและความวิตกกังวลจนปฏิเสธการทำหัตถการ ดังเช่นการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้การทำหัตถการสวนหัวใจของผู้ป่วยในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ พบว่าการรับรู้อยู่ในระดับน้อย โดยเฉพาะเรื่องความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (อริญชัย เมตรพรมราช และศุภางค์ สุปะติ, 2567) รวมถึงการขาดความรู้ความเข้าใจจนเกิดความกลัวดังกล่าว ทำให้เมื่อผู้ป่วยรับทราบยาแล้วอาการดีขึ้นหรือไม่มีอาการ จึงคิดว่าโรคที่เป็นนั้นหายแล้วและไม่จำเป็นต้องทำหัตถการ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนัชร กาฬากสั้ม และคณะ (2562) ที่พบว่าผู้ป่วยที่รับการตรวจที่คลินิกภูมิแพ้มีความเข้าใจว่าของตนหายแล้วจึงไม่จำเป็นต้องมาตรวจตามนัด

กลุ่มตัวอย่างไม่มาตามนัดนอนโรงพยาบาลด้วยสาเหตุด้านสถานะทางสุขภาพ โดยเป็นสาเหตุจากการทำหัตถการแบบฉุกเฉินไปแล้ว และเสียชีวิตระหว่างรอนัดทำหัตถการ ซึ่งสาเหตุ 2 ประการนี้รวมกันแล้วสูงถึง 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีระยะเวลาการรอคอยทำหัตถการนานเกินไปหรือไม่ จนอาการของโรคกำเริบทำให้ต้องเข้ารับการรักษาและทำหัตถการก่อนวันนัดปกติ ซึ่งระบบหัวใจและหลอดเลือดนั้นถือเป็นระบบที่สำคัญของร่างกาย หากมีความผิดปกติเกิดขึ้นกับระบบดังกล่าวย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการที่รุนแรงได้ ดังนั้นผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จึงมีความวิตกกังวลหรือความกลัวค่อนข้างสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยกลัมน้ำหัวใจตายเฉียบพลัน (Mejía et al., 2023) จึงตัดสินใจเข้ามารับการรักษาก่อนวันนัด

กลุ่มตัวอย่างเลือกที่จะเลื่อนนัดเพื่อไปทำธุระอื่นที่สำคัญกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญชัย ประเสริฐยิ่ง และธงชัย อามาตย์บัณฑิต (2567) ที่พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมีโอกาสไม่มาตามนัด ธุระอื่นที่สำคัญกว่า เช่น การทำเกษตรกรรม เนื่องจากบริบทของคนอีสานที่มีอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก เมื่อถึงเวลาทำการเกษตรหรือเก็บเกี่ยวผลผลิตจะพบว่าผู้ป่วยจะขอเลื่อนการทำหัตถการไปก่อนเพราะอยากจะทำไร่ทำนาให้แล้วเสร็จตามช่วงเวลา เพราะมีผลต่อรายได้ที่จะเข้ามาในครอบครัว เพราะการทำเกษตรกรรมของชาวอีสานในปัจจุบันนอกจากจะเป็นการทำเพื่อยังชีพแล้วยังเป็นการทำเชิงพาณิชย์อีกด้วย และยังมีการทำนาถึงปีละ 2 ครั้ง (ประดิษฐ์ คำมุงคุณ, 2567) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยขอเลื่อนนัดเนื่องมาจากความเชื่อของผู้ป่วยที่เชื่อว่าตอนนี้ตนเองไม่มีอาการเพราะหายจากโรคแล้วส่งผลให้ไม่มาตามนัด ดังการศึกษาของธนัชร กาฬากสั้ม และคณะ (2562)



3.ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสาเหตุของการไม่มาตามนัดนอนโรงพยาบาลเพื่อ ทำหัตถการในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

ผู้ป่วยสิทธิเบิกได้หรือรัฐวิสาหกิจส่วนใหญ่มักไม่มีอุปสรรคด้านค่ารักษาพยาบาล กลับเป็นกลุ่มที่ไม่มาตามนัดด้วยสาเหตุด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ ตัวน้ำหนักผิ ดสีมนัด มีงานสำคัญเร่งด่วน ปฏิเสธการทำหัตถการ และคิดว่าหายแล้ว มากกว่ากลุ่มอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของธนชพร กาฬากสั ม และคณะ (2562) ที่พบว่า การลืมนัด ไม่สบาย ตัวน้ำหนักผิ ด และติดธุระส่วนตัว เป็นสาเหตุหลักของการผิ ดนัดของผู้ป่วยคลินิกโรคภูมิแพ้ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเป็นข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งอาจมีภาระหน้าที่ที่ทำให้ทำงานได้ยากในช่วงเวลาราชการ หรืออาจเนื่องมาจากผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ง่ายกว่ากลุ่มอื่น เมื่อตอนยังไม่พร้อมทำหัตถการหรือคิดว่าโรคหายแล้ว จึงอาจมีความรู้สึกว่าจะมารับการตรวจหรือทำหัตถการหลังจากที่พร้อม จึงทำให้เกิดการปฏิเสธหรือเลื่อนนัดขึ้น

ผู้ป่วยไม่มาตามนัดนอนโรงพยาบาลจากสาเหตุด้านสังคม สิ่งแวดล้อม สิ่งสนับสนุน ได้แก่ ขอบั ส่งตัวไม่ได้ ปัญหาการเงิน และไม่มีคนพามาโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสิทธิบัตรทองหรือสิทธิประกันสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญา พฤตสิ บ (2564) ที่พบว่าผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ที่มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาทต่อเดือน เสี่ยงต่อการไม่มาตามนัด และสาเหตุของการไม่มาตามนัดมาจากการทำงานและครอบครัวมากที่สุด อาจเนื่องมาจากสิทธิการรักษาดังกล่าวเป็นสิทธิหลักของสถานพยาบาลใกล้บ้าน การจะมารับบริการที่ศูนย์เฉพาะทางจึงจำเป็นต้องมีใบส่งตัว และในปัจจุบันพบว่าโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลจังหวัดหลายแห่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสามารถให้บริการทำหัตถการทางหัวใจและหลอดเลือดได้ในบางหัตถการ ฉะนั้นในการทำหัตถการบางอย่างอาจไม่จำเป็นต้องส่งมาที่ศูนย์หัวใจสิริกิต์ ฯ นอกจากนี้แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการทำหัตถการ แต่ในการมาโรงพยาบาลแต่ละครั้งจะมีค่าใช้จ่ายแฝง เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเช่าที่นอนของญาติ เป็นต้น ดังเช่นการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยจะมีค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเฉลี่ย 1,535 บาท ทั้งค่าเดินทาง ค่าคนพามาโรงพยาบาล ค่าที่จอดรถ เป็นต้น (สุวรรณา เชียงขุนทด และคณะ, 2565) ซึ่งผู้ป่วยอาจมีข้อจำกัดในภาระค่าใช้จ่ายส่วนนี้จึงส่งผลให้เกิดการไม่มาตามนัดโรงพยาบาลได้

ข้อจำกัดการวิจัย

- 1) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง ทำให้ต้องมีการนำกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วนออก
- 2) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเฉพาะทาง ซึ่งบริบทของการเดินทางไกล และมีเพียงเฉพาะผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเท่านั้น ดังนั้นผลการวิจัยจึงอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงกับสถานพยาบาลระดับอื่นหรือภูมิภาคอื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน



ข้อเสนอแนะ

1) เนื่องจากการปฏิเสธการทำหัตถการและภาวะโรคสงบจึงคิดว่าหายแล้ว เป็นสาเหตุหลักด้านตัวผู้ป่วย จึงควรพัฒนาหรือปรับปรุงกระบวนการให้ข้อมูลในระยษณัฒผู้ป่วย โดยเน้นถึงความจำเป็นและความเสี่ยงของการไม่ทำหัตถการ

2) เพิ่มช่องทางการสื่อสารให้ครอบคลุม ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ง่าย เช่น Line OA Admission Center หรือระบบการติดตามก่อนนอนโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

กัญญา พณัฒสิบ. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เข้ารับการรักษารในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. วารสารโรคเอดส์, 33(3), 139-150.

กุลนิดา มุขแจ่ง, กัมปนาท สุริย์ และวัชรศักดิ์ พงศ์ประไพ. (2566). มาไม่ตรงนัด? ความซุกและปัจจัยที่สัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตเมือง จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิชาการแพทยและสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3, 21(4), 309-317.

ขวัญชัย ประเสริฐยิ่ง และธงชัย อามาตยบัณฑิต. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อการขาดนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในจังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, 9(1), 308-320.

ธณัฒพร กาฬากสัฒ, นิชาภา เดชาปภาพิทักษ์, มาลินี ทองดี, สุภา อ่อนแฒ, อุมารพร อุดมทรัพย์ากุล และวรรณดา ไล่สวน. (2562). การศึกษาปัญหาการผิฒนัดของผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกโรคภูมิแพ้ โรงพยาบาลรามาริบัติ. Ramathibodi Medical Journal, 42(1), 36-42.

ประดิษฐ์ คำมุงคุณ. (2567). การศึกษาประเพณีการทำขวัญข้าว: การปรับตัวในบริบทเกษตรกรรมสมัยใหม่. วารสารภาษาและวัฒนธรรมศึกษา, 3(1), 31-38.

เริงฤดี ปธานวนิข. (บก.) (2568). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568. คณะแพทยศาสตรรโรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศรันยา ดวงเดือน และมณัฒนา สังคมกำแหง. (2567). ประสภารณัฒการใช้บริการและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการแบบบูรณาการฟรีเมี่ยมศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตรร มหาวิทยาลัยขอนแก่น (การศึกษานำร่อง). วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น, 16(3), 208-220.

ศูนย์ประสานงานผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล. (2568). สถิติ Admission center. [เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์]. ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.

สุวรรณา เชียงขุนทด, พุทธวรรณ ชูเชิต, เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ และพัสมณัฒ คัฒทวีพร. (2565). การศึกษาภาระค่าใช้จ่ายในการมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วารสารพุทธจิตวิทยา, 7(2), 172-185.



- อภิชาติ วชิรพันธ์, สุทัศน์ โชตนะพันธ์, กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ และประวิช ตัญญูสิทธิสุนทร. (2566). ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมของคนไทยต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด. วารสารสถาบันบาราศนราดรุณ, 17(1), 1-12.
- อริญชัย เมตรพรมราช. (2562). การให้บริการนัดทำหัตถการด้านอายุรกรรมของศูนย์ประสานงานผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล (Admission center). ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. สืบค้น 21 กุมภาพันธ์ 2569, จาก http://10.67.67.189/web/article.php?a_id=ODZJLHlvLy8vMjc5MS0tLXd2aGx5bHd2aGdzdWhw
- อริญชัย เมตรพรมราช. (2568). CNPG การเตรียมผู้ป่วยในระยะก่อนนอนโรงพยาบาลเพื่อทำหัตถการในห้องปฏิบัติการสวนหัวใจและหลอดเลือด. ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. สืบค้น 21 กุมภาพันธ์ 2569, จาก <https://qshc.kku.ac.th/JCI/Policy/Display.aspx?t=jci&p=CNPG/CNPG-QSHC-ER-008.pdf&fn=CNPG-QSHC-ER-008.pdf>
- อริญชัย เมตรพรมราช และศุภางค์ สุปะติ. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับการรับรู้และความคาดหวังผลลัพธ์ของผู้ป่วยต่อการทำหัตถการฉีดลิ้นหัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 42(2), 1-11.
- Alturbag, M. (2024). *Factors and Reasons Associated With Appointment Non-attendance in Hospitals: A Narrative Review*. Cureus, 16(4), <https://doi.org/10.7759/cureus.58594>
- BARRON, WILLIAM M. (1980). *Failed appointments. Who misses them, why they are missed, and what can be done*. Prim Care, 7(4), 563–574.
- Kim, S. & Giachetti, R. E. (2006) *A stochastic mathematical appointment overbooking model for healthcare providers to improve profits*. IEEE Trans Syst Man Cybern a Syst Hum, 36(6), 1211–1219. <https://doi.org/10.1109/TSMCA.2006.878970>
- Lacy, NL., Paulman, A., Reuter, MD., & Lovejoy, B. (2004). *Why we don't come : patient perceptions on no-shows*. Annals of family medicine, 2(6), 541–545. <https://doi.org/10.1370/afm.123>
- Landis, JR & Koch, GG. (1977). *The measurement of observer agreement for categorical data*. Biometrics, 33(1), 159-74. <https://doi.org/10.2307/2529310>.
- Lee, VJ., Earnest. A., Chen, MI., & Krishnan, B. (2005). *Predictors of failed attendances in a multi-specialty outpatient centre using electronic databases*. BMC Health Serv Res, 5(51). <https://link.springer.com/article/10.1186/1472-6963-5-51>



- Mejía, P. J. C., Cassano, P. D., Morón, P. D., Reátegui, M. D., Navarrete, K. M., & Córdova-Mendoza, P. (2023). *Prevalence of anxiety and depression in patients with acute coronary syndrome: systematic review and meta-analysis*. The Pan African medical journal, 46(91), 1-12.
- Rodgers, J. L., Jones, J., Bolleddu, S. I., Vanthenapalli, S., Rodgers, L. E., Shah, K., Karia, K., & Panguluri, S. K. (2019). *Cardiovascular Risks Associated with Gender and Aging*. Journal of Cardiovascular Development and Disease, 6(2), 19.
- Samuels, Ronald C., Ward, Valerie L., Melvin, Patrice, Macht-Greenberg, Michael, Wenren, Larissa M., Yi, Jessica, Massey, Gordon & Cox, Joanne E. (2015). *Missed appointments: factors contributing to high no-show rates in an urban pediatrics primary care clinic*. Clin Pediatr (Phila), 54(10), 976–982.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25676833/>



การพัฒนาแนวทางการสั่งใช้ยาสมุนไพรในเครือข่ายบริการ ของอำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

Development of Herbal Medicine Prescription Guidelines in the Health Service
Network of Phon Phisai District, Nong Khai Province

Received: June 15, 2026
Revised: August 26, 2026
Accepted: August 31, 2026

กนกกาญจน์ เกื้อนโยธา^{1*}
Kanokkan Thueanyotha^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพร (2) พัฒนาแนวทางการสั่งใช้ และ (3) ศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางในเครือข่ายบริการอำเภอโพนพิสัย กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรทางการแพทย์ 15 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2568 – ธันวาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สถิติเชิงพรรณนาโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานใช้ Wilcoxon Signed-Ranks Test

ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์ก่อนพัฒนาบุคลากรมีความรู้ระดับปานกลาง มีอุปสรรคสำคัญคือ ความไม่มั่นใจในประสิทธิภาพ ข้อมูลวิชาการไม่เพียงพอและระบบเบิกจ่ายไม่ครอบคลุม ผู้วิจัยจึงพัฒนาแนวทางโดยกำหนดกลุ่มโรคเป้าหมาย จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน และจัดการประชุมทบทวนทักษะ 3 ชั่วโมง หลังการพัฒนาพบว่าบุคลากรมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีความมั่นใจในทักษะ 4 ด้านหลักในระดับมากที่สุด ส่งผลให้ปริมาณการสั่งใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า การพัฒนาแนวทางการสั่งใช้ยาสมุนไพรในเครือข่ายบริการอำเภอโพนพิสัยสามารถยกระดับความรู้ ความมั่นใจ และการปฏิบัติของบุคลากรได้จริง อีกทั้งยังช่วยลดความไม่สม่ำเสมอในการสั่งใช้ยา และเพิ่มคุณภาพบริการที่สอดคล้องกับนโยบายการส่งเสริมสมุนไพรระดับประเทศ ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นต้นแบบในการขยายผลไปยังพื้นที่อื่นเพื่อขับเคลื่อนการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การพัฒนา, แนวทางการสั่งใช้ยาสมุนไพร, ทักษะ, ความรู้

¹กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลโพนพิสัย

*ผู้ประสานงาน (Corresponding Author): กนกกาญจน์ เกื้อนโยธา อีเมล thuanyota2515@gmail.com



Abstract

This Participatory Action Research (PAR) study aimed to (1) examine the prevailing situation surrounding herbal medicine prescription, (2) develop corresponding prescribing guidelines, and (3) evaluate the outcomes of their implementation within the health service network of Phon Phisai District. The sample comprised 15 medical personnel selected through purposive sampling in accordance with predetermined inclusion criteria. Data collection instruments included questionnaires, in-depth interviews, and focus group discussions. The study was conducted between October and December 2025. Data were analyzed using content analysis, descriptive statistics (percentage, mean, and standard deviation), and inferential statistics employing the Wilcoxon Signed-Ranks Test.

The results revealed that, prior to the intervention, personnel possessed a moderate level of knowledge regarding herbal medicine prescription and encountered barriers such as limited confidence in treatment efficacy, inadequate academic evidence, and an insufficiently comprehensive reimbursement system. In response, the researcher developed prescribing guidelines by identifying target disease groups, producing a practical operational manual, and organizing a three-hour skills review workshop. Following the intervention, results demonstrated a statistically significant increase in knowledge ($p < 0.001$) and the highest level of confidence across four core competency domains, resulting in a sustained increase in the volume of herbal medicine prescriptions.

In conclusion, the development of herbal medicine prescription guidelines within the Phon Phisai District health service network effectively enhanced the knowledge, confidence, and clinical practice of healthcare personnel. It furthermore contributed to reducing inconsistency in prescribing practices and enhancing service quality in alignment with national policy on the promotion of herbal medicine. The findings of this study may serve as a model for expansion into other areas, supporting the sustainable integration of traditional Thai medicine and herbal remedies into the health service system.

Keywords: Development, Herbal Medicine Prescription Guidelines, Attitude, Knowledge



บทนำ

ประเทศไทยมีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในระบบสาธารณสุขมาอย่างต่อเนื่อง โดยกระทรวงสาธารณสุขได้บรรจุยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติและส่งเสริมให้สถานพยาบาลของรัฐใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการใช้สมุนไพรเป็นมรดกทางวัฒนธรรมที่ทรงคุณค่าของประเทศไทย มีประวัติศาสตร์ยาวนานและผ่านการส่งต่อความรู้มาหลายชั่วอายุคน แม้ในอดีตที่การแพทย์แผนปัจจุบันยังไม่แพร่หลาย สมุนไพรไทยเป็นทรัพยากรสำคัญที่ถูกนำมาใช้ในการรักษาโรคและดูแลสุขภาพของคนไทย เพื่อลดการนำเข้ายาจากต่างประเทศ ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา รัฐบาลไทยได้ตระหนักถึงศักยภาพและคุณค่าของสมุนไพรไทย จึงมีนโยบายฟื้นฟูและส่งเสริมการใช้สมุนไพรอย่างจริงจัง โดยในปี พ.ศ. 2554 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบาย "การพัฒนาสมุนไพรไทยครบวงจร" และต่อมาในปี พ.ศ. 2560 ได้มีการจัดทำ "แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560-2564" เพื่อขับเคลื่อนสมุนไพรไทยอย่างเป็นระบบ ล่าสุดในปี พ.ศ. 2566 ได้มีการจัดทำ "แผนปฏิบัติการด้านสมุนไพรแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566-2570" เพื่อต่อยอดการพัฒนาสมุนไพรไทยให้เป็นพลังทางเศรษฐกิจที่สำคัญของประเทศ หนึ่งในกลไกสำคัญที่รัฐบาลใช้ในการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร คือ การบรรจุยาสมุนไพรเข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งปัจจุบันมียาสมุนไพรจำนวนมากที่ได้รับการบรรจุ โดยมีสมุนไพรหลายชนิดที่มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนประสิทธิผลและความปลอดภัยอย่างชัดเจน

นอกจากนี้ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้ "ฟ้าทะลายโจร" เป็นทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการไม่รุนแรง ซึ่งนับเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ทำให้ยาสมุนไพรไทยได้รับความสนใจในวงกว้างมากขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้จะมีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรอย่างต่อเนื่อง แต่จากข้อมูลรายงานการสั่งใช้ยาของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า สัดส่วนมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐยังมีสัดส่วนต่ำกว่าร้อยละ 2 ของมูลค่าการใช้ยาทั้งหมด ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 5 ภายในปี 2565 แสดงให้เห็นว่ายังมีช่องว่างในการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรอย่างมีนัยสำคัญ อำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคาย มีเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโพธาราม ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลโพธารามและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 15 แห่ง ที่มีการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการจ่ายยาสมุนไพร จากรายงานการใช้ยาของอำเภอโพธาราม ในปีงบประมาณ 2565, 2566 และ 2567 พบว่า มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรคิดเป็นร้อยละ 1.76, 5.43 และ 7.69 ตามลำดับ ของมูลค่าการใช้ยาทั้งหมด จากการสำรวจเบื้องต้นยังพบว่าการสั่งใช้ยาสมุนไพรในเครือข่ายอำเภอโพธาราม มีความแตกต่างกันมากในแต่ละหน่วยบริการ บางแห่งมีการสั่งใช้ยาสมุนไพรในสัดส่วนที่สูง ในขณะที่บางแห่งแทบไม่มีการสั่งใช้ยาสมุนไพรเลย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความไม่สม่ำเสมอในการนำนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรไปปฏิบัติ การสั่งใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ทั้งปัจจัยด้านบุคลากร เช่น ความรู้ ทักษะ



ความเชื่อมั่นต่อประสิทธิผลและความปลอดภัยของยาสมุนไพร ปัจจัยด้านระบบ เช่น นโยบาย การสนับสนุนจากผู้บริหาร ความพร้อมของยาสมุนไพร ระบบข้อมูลสารสนเทศ และปัจจัยด้านผู้รับบริการ เช่น การยอมรับและความพึงพอใจต่อยาสมุนไพร

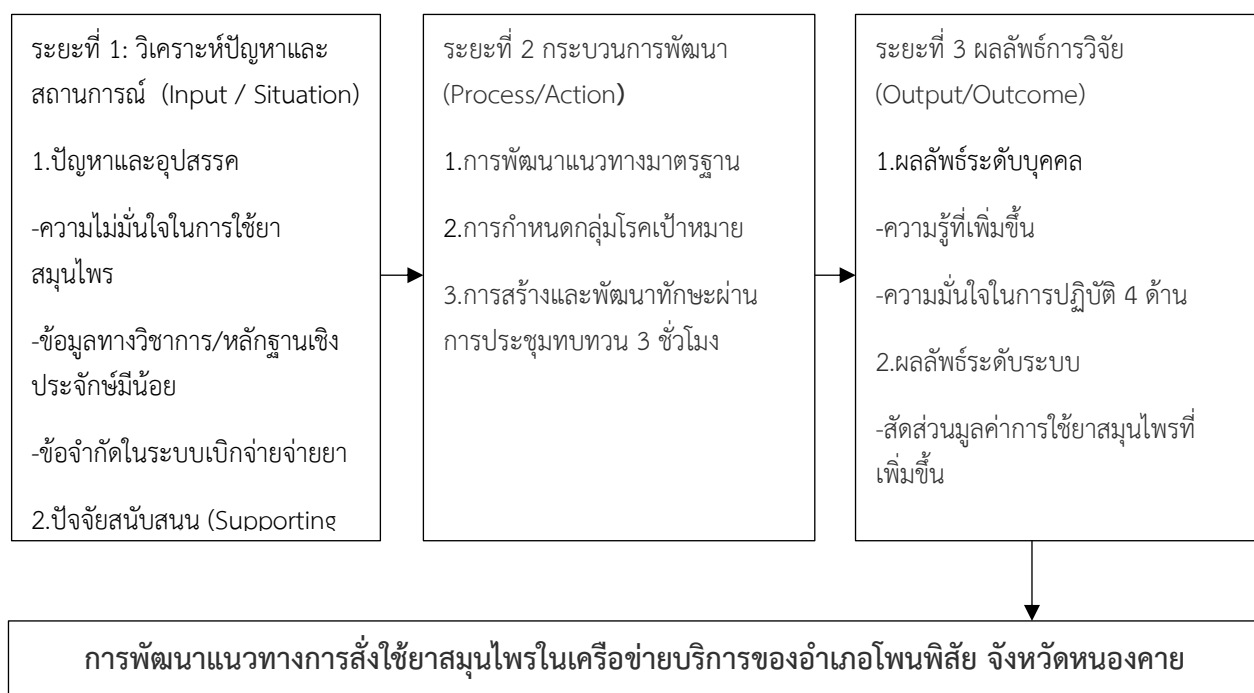
ดังนั้น การศึกษาการพัฒนาแนวทางส่งใช้ยาสมุนไพรในเครือข่ายบริการของอำเภอโพธารามจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากจะทำให้ทราบถึงสถานการณ์การส่งใช้ยาสมุนไพรที่แท้จริง การพัฒนาแนวทางส่งใช้ยาสมุนไพร การส่งใช้ที่เหมาะสม ปัจจัยที่มีผลต่อการส่งใช้ยา รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาระบบการส่งใช้ยาสมุนไพรที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ นำไปสู่การเพิ่มมูลค่าการส่งใช้ยาสมุนไพรตามเป้าหมายของนโยบาย และที่สำคัญคือประชาชนจะได้รับประโยชน์จากการใช้ยาสมุนไพรที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การส่งใช้ยาสมุนไพรในเครือข่ายบริการของอำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคาย
- 2) เพื่อศึกษาการพัฒนาแนวทางการส่งใช้ยาสมุนไพรในเครือข่ายบริการของอำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคาย
- 3) เพื่อประเมินผลการพัฒนาแนวทางการส่งใช้ยาสมุนไพรในเครือข่ายบริการของอำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคาย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ตามแนวคิดวงจร PAOR (Plan-Act-Observe-Reflect) ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งใช้ยาสมุนไพรในเครือข่ายบริการของอำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคาย โดยออกแบบเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 (Input/ Situation) ศึกษาปัญหา (ความไม่มั่นใจ, ข้อมูลวิชาการน้อย, ระบบเบิกง่าย) และปัจจัยสนับสนุน ระยะที่ 2 (Process/Action) การพัฒนาแนวทางมาตรฐาน การกำหนดกลุ่มโรคเป้าหมาย และการสร้างทักษะผ่านการประชุมทบทวน 3 ชั่วโมง ระยะที่ 3 (Output/Outcome) ประเมินผลลัพธ์ด้านความรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติ 4 ด้าน และสัดส่วนมูลค่าการส่งใช้ยาสมุนไพรที่เพิ่มขึ้น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยทำการศึกษาที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 15 แห่ง ในเครือข่ายอำเภอโพธาราม ระยะเวลาศึกษาวิจัย เดือนตุลาคม 2568 ถึง เดือนธันวาคม 2568 ระยะที่ 1 (Input/Situation) ศึกษาปัญหา (ความไม่มั่นใจ, ข้อมูลวิชาการน้อย, ระบบเบิกจ่าย) และปัจจัยสนับสนุน ระยะที่ 2 (Process/Action) การพัฒนาแนวทางมาตรฐาน การกำหนดกลุ่มโรคเป้าหมาย และการสร้างทักษะผ่านการประชุมทบทวน 3 ชั่วโมง ระยะที่ 3 (Output/Outcome) ประเมินผลลัพธ์ด้านความรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติ 4 ด้าน และสัดส่วนมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรที่เพิ่มขึ้น ตามแนวคิดเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม PAOR (Plan-Act-Observe-Reflect)

1. ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ในเครือข่ายบริการของอำเภอโพธาราม ที่เกี่ยวข้องกับการส่งใช้ยาสมุนไพร โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ในเครือข่ายบริการของอำเภอโพธาราม จำนวน 15 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 7 คน แพทย์แผนไทย 3 คน และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ 5 คน

โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) คือ (1) เป็นบุคลากรทางการแพทย์ในเครือข่ายของอำเภอโพธาราม (2) มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการส่งใช้ยาหรือจ่ายยา (3) ปฏิบัติงานในพื้นที่มาแล้ว



อย่างน้อย 6 เดือน (4) สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) คือ (1) อยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อหรือลาปฏิบัติงานนอกพื้นที่ (2) ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา วิชาชีพ ประสบการณ์ทำงาน และความถี่ในการสั่งใช้ยาสมุนไพร ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพร จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ถูก=1 ผิด/ไม่ทราบ=0 และแปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom (1971) เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี 8-10 คะแนน ปานกลาง 6-7 คะแนน และต่ำ 0-5 คะแนน ส่วนที่ 3 ทศนคติต่อการใช้ยาสมุนไพร จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการสั่งใช้ยาสมุนไพร แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านความรู้และความเชื่อมั่น 2) ปัจจัยด้านนโยบายและการสนับสนุน 3) ปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์และการเข้าถึง และ 4) ปัจจัยด้านผู้ป่วยและสังคม จำนวน 25 ข้อ ส่วนที่ 5 ปัญหาและอุปสรรคในการสั่งใช้ยาสมุนไพร จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะ เป็นคำถามปลายเปิด ส่วนที่ 7 ความมั่นใจและทักษะของบุคลากรหลังการพัฒนา แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้และการเลือกใช้ยาสมุนไพรอย่างเหมาะสม 2) การคัดกรองข้อห้ามใช้และความปลอดภัย 3) การให้คำแนะนำและการสื่อสารกับผู้ป่วย 4) การใช้แนวทางการสั่งใช้ยาสมุนไพร จำนวน 4 ข้อ เครื่องมือเป็นมาตรวัดประมาณค่า ตามเกณฑ์การให้คะแนนของ Likert (1932) มี 5 ระดับ ดังนี้ 5 เท่ากับ มากที่สุด 4 เท่ากับมาก 3 เท่ากับปานกลาง 2 เท่ากับน้อย 1 เท่ากับ น้อยที่สุด และแปลผลค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ Best (1977) มี 5 ระดับ ดังนี้ 4.21-5.00 หมายถึง มากที่สุด 3.41-4.20 หมายถึง มาก 2.61-3.40 หมายถึง ปานกลาง 1.81-2.60 หมายถึง น้อย 1.00-1.80 หมายถึง น้อยที่สุด

2.2 เครื่องมือในการวิจัยเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหา และกระบวนการพัฒนาแนวทางการสั่งใช้ยาสมุนไพรในเครือข่ายบริการสุขภาพ ประกอบด้วย (1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) ใช้สำหรับศึกษาสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยสนับสนุน และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการสั่งใช้ยาสมุนไพรจากผู้ให้ข้อมูลหลัก (2) แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation Form) ใช้สำหรับสังเกตกระบวนการสั่งใช้ยาสมุนไพร การปฏิบัติงานของบุคลากร และบริบทการให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพ (3) แบบบันทึกการประชุมกลุ่ม (Focus Group Discussion Record Form) ใช้บันทึกประเด็นการอภิปราย ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และมติที่ได้จากการประชุมกลุ่มในแต่ละวงรอบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผน ปรับปรุง และพัฒนาแนวทางการสั่งใช้ยาสมุนไพร (4) แบบประเมินแนวทางการสั่งใช้ยาสมุนไพร (Herbal Medicine Prescribing Guideline Evaluation Form)



ใช้ประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ความชัดเจน ความครบถ้วน และความสามารถในการนำแนวทางไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการ โดยอาศัยความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง และ (5) แบบติดตามผลการดำเนินงาน (Implementation Monitoring Form) ใช้สำหรับติดตามผลการนำแนวทางการส่งใยสาสมุนไพรมานำไปใช้จริงในหน่วยบริการ โดยประเมินความต่อเนื่องของการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น รวมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแนวทาง เพื่อให้สามารถพัฒนาและขยายผลการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2.3.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสังเกต แบบบันทึกการประชุมกลุ่ม แบบประเมินแนวทางการส่งใยสาสมุนไพรมานำไปใช้จริงในหน่วยบริการ ทดสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC - Index of Item-Objective Congruence) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย และผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งใยสาสมุนไพรมานำไปใช้จริงในหน่วยบริการ ตรวจสอบด้านเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ความคิดเห็นที่สอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ใน 3 ท่านขึ้นไป เป็นมติของการปรับปรุงเครื่องมือ

2.3.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้ว นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับบุคลากรทางการแพทย์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับใยสาสมุนไพรมานำไปใช้จริงในหน่วยบริการ ใช้วิธีของสัมประสิทธิ์คูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (Kuder-Richardson Formula 20: KR-20) เท่ากับ 0.73 และส่วนที่ 3 ทักษะการส่งใยสาสมุนไพรมานำไปใช้จริงในหน่วยบริการ ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการส่งใยสาสมุนไพรมานำไปใช้จริงในหน่วยบริการ ส่วนที่ 5 ปัญหาและอุปสรรคในการส่งใยสาสมุนไพรมานำไปใช้จริงในหน่วยบริการ นั้นวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่นได้ 0.75, 0.86 และ 0.81 ตามลำดับ

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ศึกษาสถานการณ์การส่งใยสาสมุนไพรมานำไปใช้จริงในหน่วยบริการอำเภอโพธาราม โดยรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลการส่งใยสาสมุนไพรมานำไปใช้จริงในหน่วยบริการ และเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และแบบสอบถาม จากบุคลากรทางการแพทย์ในเครือข่ายบริการของอำเภอโพธาราม จำนวน 15 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 7 คน แพทย์แผนไทย 3 คน และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ 5 คน เพื่อสังเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางการพัฒนา

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการส่งใยสาสมุนไพรมานำไปใช้จริงในหน่วยบริการ พัฒนาแนวทางการส่งใยสาสมุนไพรมานำไปใช้จริงในหน่วยบริการโดยกระบวนการมีส่วนร่วม ตามวงจร Plan-Act-Observe-Reflect ประกอบด้วยการออกแบบแนวทาง จัดทำคู่มือและระบบสนับสนุน ทดลองใช้ในหน่วยบริการนำร่อง ติดตามผลการใช้แนวทาง และปรับปรุงจากการสะท้อนผลร่วมกัน



ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ ประเมินผลการดำเนินงานหลังใช้แนวทาง โดยประเมินความรู้ ความมั่นใจและทักษะของบุคลากร รวมทั้งประสิทธิผลของแนวทางจากจำนวนการสั่งจ่ายยาสมุนไพรและ ปริมาณรายรับเงินชดเชยจากระบบ e-Claim

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานใช้ Wilcoxon Signed-Ranks Test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

5. ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ของ โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย เลขที่ ECPPS 06-2568 ลงวันที่ 20 ตุลาคม 2568

สรุปผลการวิจัย

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.7 อายุเฉลี่ย 38.93 ปี ($SD = 11.05$) ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 93.3 มีประสบการณ์ในการทำงานด้านการดูแลสุขภาพ เฉลี่ย 12.93 ปี ($SD = 9.68$) เคยอบรมเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร ร้อยละ 60.0 และส่วนใหญ่มีความถี่ในการสั่ง ใช้ยาสมุนไพรทุกวัน ร้อยละ 80.0

1.2 ความรู้

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการพัฒนาบุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องยาสมุนไพรในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยที่ 6.93 คะแนน ($SD = 0.59$) จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ภายหลังการพัฒนาที่มีความรู้ เรื่องยาสมุนไพรในระดับดีโดยมีคะแนนเฉลี่ยที่ 9.40 คะแนน ($SD = 0.51$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพร ก่อนและหลังการพัฒนา ($n=15$) คะแนน

ระยะการประเมิน	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ระดับความรู้	Wilcoxon Signed-Ranks Test	P-value
ก่อนการพัฒนา	6.93	0.59	ปานกลาง	$Z = -3.42$	0.001
หลังการพัฒนา	9.40	0.51	ดี		

1.3 ความมั่นใจและทักษะของบุคลากรหลังการพัฒนา

ผลการศึกษา พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีความมั่นใจและทักษะอยู่ในระดับมากที่สุดในทุกมิติ โดยประเด็นที่มีสัดส่วนบุคลากรบรรลุความมั่นใจและทักษะ ภายหลังได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการ 3 ชั่วโมงและการใช้คู่มือฉบับย่อในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100.0 ($n=15$) มีสองด้านคือ ด้านการคัด กรองข้อห้ามใช้และความปลอดภัย ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 4.80 ($SD = 0.20$) และด้านการให้



คำแนะนำและการสื่อสารกับผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.76 ($SD = 0.21$) รองลงมาคือ ด้านความรู้และการเลือกใช้ยาสมุนไพรอย่างเหมาะสม พบบุคลากรมีความมั่นใจและทักษะอยู่ในระดับมากที่สุดร้อยละ 93.3 ($n=14$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.59 ($SD = 0.19$) และด้านการใช้แนวทางการสั่งใช้ยาสมุนไพร พบบุคลากรมีความมั่นใจและทักษะอยู่ในระดับมากที่สุดร้อยละ 86.7 ($n=13$) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.69 ($SD = 0.28$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การประเมินความมั่นใจและทักษะของบุคลากรหลังการพัฒนา ($n=15$)

ความมั่นใจและทักษะ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับ
1. ด้านการคัดกรองข้อห้ามใช้และความปลอดภัย	4.80	0.20	มากที่สุด
2. ด้านการให้คำแนะนำและการสื่อสารกับผู้ป่วย	4.76	0.21	มากที่สุด
3. ด้านการใช้แนวทางการสั่งใช้ยาสมุนไพร	4.69	0.28	มากที่สุด
4. ด้านความรู้และการเลือกใช้ยาสมุนไพรอย่างเหมาะสม	4.59	0.19	มากที่สุด

1.4 ปัจจัยและทัศนคติที่มีผลต่อการสั่งใช้ยาสมุนไพร

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยขับเคลื่อนในทุกมิติรวมถึงปัญหาอุปสรรคเชิงระบบต่างอยู่ในระดับมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยด้านความรู้และความเชื่อมั่นมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.76 ($SD = 0.32$) ร้อยละ 93.3 รองลงมาคือ ปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์และการเข้าถึง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.69 ($SD = 0.36$) ร้อยละ 86.7 ปัจจัยด้านนโยบายและการสนับสนุน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.63 ($SD = 0.45$) ร้อยละ 73.3 และปัจจัยด้านผู้ป่วยและสังคม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.52 ($SD = 0.63$) ร้อยละ 73.3 ทัศนคติต่อการใช้ยาสมุนไพรในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.42 ($SD = 0.38$) ร้อยละ 66.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนปัจจัยและทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างในระบบสุขภาพ ($n=15$)

การประเมิน	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ร้อยละ	ระดับ
ทัศนคติต่อการใช้ยาสมุนไพรในภาพรวม	4.42	0.38	93.3	มากที่สุด
ปัจจัยด้านความรู้และความเชื่อมั่น	4.76	0.32	86.7	มากที่สุด
ปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์และการเข้าถึง	4.69	0.36	73.3	มากที่สุด
ปัจจัยด้านนโยบายและการสนับสนุน	4.63	0.45	73.3	มากที่สุด
ปัจจัยด้านผู้ป่วยและสังคม	4.52	0.63	66.7	มากที่สุด
ปัญหาและอุปสรรคเชิงระบบในภาพรวม	4.27	0.70	53.3	มากที่สุด



1.5 ผลการศึกษาจากแบบมีส่วนร่วม (PAR) ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโพธาราม จังหวัด หนองคาย สามารถสังเคราะห์รายละเอียดของการพัฒนาแนวทางตามกระบวนการวงจร PAOR (Plan-Act-Observe-Reflect) ได้ดังนี้:

1. การวางแผน (P - Plan) การวิเคราะห์สถานการณ์และอุปสรรคก่อนการพัฒนา จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตแบบมีส่วนร่วม พบว่าปัญหาสำคัญที่ทำให้การส่งยาสมุนไพรในอดีตรับอัตราต่ำและไม่สม่ำเสมอ เกิดจากบุคลากรทางการแพทย์ขาดความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพเชิงประจักษ์ มีข้อมูลทางวิชาการสนับสนุนน้อย มีความกังวลเรื่องความปลอดภัย ตลอดจนเผชิญข้อจำกัดในเชิงโครงสร้าง เช่น ความหลากหลายของผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพรที่มีจำกัด ระบบเบิกจ่ายยาสมุนไพรที่ยังไม่ครอบคลุม และความไม่สม่ำเสมอในระบบบริการสุขภาพ ข้อมูลจากการสังเกตการณ์ชี้ว่า การส่งยาสมุนไพรในแต่ละหน่วยบริการในเครือข่ายมีความแตกต่างกันอย่างมาก โดยบางแห่งมีอัตราการส่งยาที่สูงตามความสนใจหรือดุลยพินิจส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ ในขณะที่บางแห่งแทบไม่มีการส่งใช้เลย สะท้อนถึงการขาดมาตรฐานการปฏิบัติงานร่วมกัน การร่วมวางแผนนโยบายและแนวทางแก้ไข กลุ่มเป้าหมายและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจึงได้ร่วมจัดทำแผนพัฒนาแนวทางมาตรฐาน โดยกำหนดกลุ่มโรค/อาการเป้าหมายในระยะเริ่มต้น (ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจส่วนต้น อาการทางระบบทางเดินอาหาร และอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ) พร้อมทั้งวางแผนจัดสร้างคู่มือการส่งยาสมุนไพรฉบับย่อ (Manual/Protocol) และการออกแบบหลักสูตรอบรมทบทวนทักษะระยะสั้น

2. การปฏิบัติ (A - Act) การดำเนินงานตามแผนงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพขับเคลื่อนผ่านการเปลี่ยนแปลงใน 4 มิติหลัก ด้านระบบการบริหารจัดการ นโยบาย และคุณภาพบริการ มีการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อบันทึกเวชระเบียน การใช้ยาสมุนไพร 24 ชั่วโมง และการจัดทำบัญชีรายการยา (Drug Catalogue) เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งเครือข่าย ซึ่งช่วยส่งเสริมการบริหารงบประมาณและวางแผนจัดซื้อยาสมุนไพรตามข้อมูลความต้องการใช้และต้นทุนจริงให้มีความคุ้มค่าสูงสุด ด้านมาตรฐานการดูแลรักษาและหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้คู่มือการส่งยาฉบับย่อ มาบังคับใช้จริงในหน่วยบริการ โดยคู่มือมีการระบุรายละเอียดข้อบ่งใช้ ข้อห้ามใช้ ขนาดและระยะเวลาการรักษา เกณฑ์การส่งต่อ รวมถึงการสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย ซึ่งช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางยาและเพิ่มความปลอดภัยในขั้นตอนคัดกรองผู้ป่วยก่อนส่งใช้ ด้านศักยภาพบุคลากรและการทำงานร่วมกัน ดำเนินการจัดการประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการเป็นเวลา 3 ชั่วโมง เน้นกระบวนการเรียนรู้ผ่านกรณีศึกษาจริง (Case-based Learning) และสถานการณ์จำลอง เพื่อพัฒนาทักษะความรู้ความเข้าใจในการส่งยาและคัดกรองข้อควรระวังหรือปฏิกิริยาระหว่างยาของผลิตภัณฑ์สมุนไพร ด้านการสื่อสารและการยอมรับของผู้รับบริการมีการปรับระบบสื่อสารผู้ป่วยให้เป็นสื่อมาตรฐานเดียวกันทั้งเครือข่าย แผ่นพับ และ QR Code ควบคู่กับการนำเครื่องมือรณรงค์ระดับชุมชนอย่าง ปฏิทินใกล้บ้านใกล้ใจ เจ็บป่วยคราใดคิดถึงยาไทยก่อนไปหาหมอ มาปรับใช้จริงในพื้นที่เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง



3. การสังเกต (O - Observe) ความเป็นไปได้และความเหมาะสมทางคลินิก จากการติดตามและสนทนากลุ่มสะท้อนผล บุคลากรผู้ปฏิบัติงานต่างยืนยันว่า แนวทางการสั่งใช้ยาสมุนไพรที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เนื่องจากช่วยคลายความกังวลจากการใช้ดุลยพินิจส่วนบุคคล ส่งผลให้การสั่งใช้ยาสมุนไพรในเครือข่ายเป็นมาตรฐานเดียวกันและมีความปลอดภัยมากขึ้น ความมั่นใจและทักษะของบุคลากรเพิ่มสูงขึ้น หลังการปฏิบัติงานตามแนวทางใหม่ บุคลากรมีความมั่นใจและทักษะเพิ่มขึ้นจนอยู่ในระดับมากที่สุดในทุกด้าน โดยด้านที่มีสัดส่วนบุคลากรบรรลุระดับมากที่สุดสูงสุด (ร้อยละ 100.0) คือ ด้านการคัดกรองข้อห้ามใช้และความปลอดภัย มีค่าเฉลี่ย 4.80 (0.20) และ ด้านการให้คำแนะนำและการสื่อสารกับผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ย 4.76 (0.21) ความเชื่อมั่นและการเข้าถึงของผู้ป่วยการใช้สื่อความรู้มาตรฐานส่งผลให้ผู้รับบริการมีความเข้าใจ ได้รับข้อมูลที่เท่าเทียม เกิดความเชื่อมั่นและยอมรับบริการรักษาด้วยยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งยังช่วยลดความเหลื่อมล้ำและเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงยาสมุนไพรให้แก่ผู้ป่วยในเขตชนบทที่มีข้อจำกัดด้านการเดินทาง

4. การสะท้อนคิด (R - Reflect) ถอดบทเรียนความพร้อมเชิงระบบ ข้อค้นพบสำคัญจากการวิจัยชี้ให้เห็นว่า แม้ความรู้พื้นฐานเรื่องสมุนไพรของบุคลากรจะอยู่เพียงระดับปานกลาง แต่มีทัศนคติที่ดีมาก และมีความพร้อมในการสั่งใช้ยาสมุนไพรสูง สะท้อนว่า การสั่งใช้ยาสมุนไพรไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถของบุคลากรเพียงด้านเดียว แต่ขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของเชิงนโยบาย ระบบสนับสนุนในงานบริการ และความพร้อมของผลิตภัณฑ์ร่วมด้วยกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ การอบรม 3 ชั่วโมงโดยเน้นกระบวนการเรียนรู้ผ่านกรณีศึกษาจริง (CBL) และสถานการณ์จำลอง มีความคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพสูงมากในการพัฒนาความรู้ของบุคลากร และยังเป็นกลไกช่วยป้องกันภาวะ "ความมั่นใจเกินจริง" (Overconfidence) ที่อาจเกิดขึ้นหากบุคลากรมีทัศนคติที่ดีแต่ขาดความรู้เชิงลึกรอบด้าน ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาสถานการณ์การสั่งใช้ยาสมุนไพรในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.7) มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 12.93 ปี และเคยผ่านการอบรมการใช้ยาสมุนไพรร้อยละ 60.0 ซึ่งประสบการณ์และการอบรมเหล่านี้ถือเป็นปัจจัยหนุนสำคัญต่อพฤติกรรมการสั่งใช้ยา สอดคล้องกับแนวคิดของ Puttarak, (2020) นอกจากนี้ บุคลากรยังมีอัตราการสั่งใช้ยาสมุนไพรในงานประจำวันสูงถึงร้อยละ 80.0 ซึ่งนับว่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศอย่างมีนัยสำคัญ ตามข้อสังเกตของ Jivapaisarnpong, (2017) ที่ชี้ถึงอิทธิพลของภูมิปัญญาท้องถิ่นและการส่งเสริมในพื้นที่ ผลประเมินก่อนการพัฒนาสะท้อนช่องว่างสำคัญด้านความรู้ โดยบุคลากรมีคะแนนความรู้เฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางที่ 6.93 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ร้อยละ 86.7 ของกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับปานกลาง ขาดความรู้เชิงลึกเกี่ยวกับสรรพคุณ ข้อห้าม และปฏิกิริยาระหว่างยาของสมุนไพรแต่ละชนิด ซึ่งเป็นผลจากข้อจำกัดของ



หลักสูตรวิชาชีพทางการแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Panthong , (2022) ซึ่งการขาดความรู้เชิงลึกนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ในผู้รับบริการตามคำเตือนของ Ekor, (2014) แม้ผลการวิจัยจะชี้ว่าบุคลากรมีทัศนคติเชิงบวกต่อยาสมุนไพรในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุดเฉลี่ย 4.42 คะแนน อันเป็นผลจากนโยบายสนับสนุนของภาครัฐ สอดคล้อง แต่ตามทัศนะ กล่าวว่า ทัศนคติเชิงบวกหากปราศจากความรู้ความเข้าใจที่ลึกซึ้งและรอบด้าน อาจสร้างความมั่นใจที่เกินจริง (Overconfidence) และนำไปสู่ความเสี่ยงในการใช้ยาสมุนไพรที่ไม่ปลอดภัยได้

ด้านปัจจัยและอุปสรรคเชิงระบบที่มีผลต่อการสั่งใช้ยาสมุนไพร ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยขับเคลื่อนการตัดสินใจในภาพรวมทุกด้านส่งผลต่อบุคลากรในระดับมากที่สุด ปัจจัยที่มีคะแนนสูงสุดคือด้านความรู้และความเชื่อมั่นเฉลี่ย 4.76 คะแนน สอดคล้องกับ แต่การตัดสินใจสั่งใช้ยารักษาคอนไคยังต้องการฐานความรู้ด้านความปลอดภัยที่เข้มแข็งเพื่อป้องกันผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ต่อคนไข้ตามที่ Jafari et al., (2021) เสนอไว้ สำหรับปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์และการเข้าถึงเฉลี่ย 4.69 คะแนน โดยเฉพาะประเด็นมาตรฐานการผลิต WHO GMP และการมีฉลากบรรจุภัณฑ์ยาที่ชัดเจน สอดคล้องอย่างยิ่งกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก (Puttarak, 2020; กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2023) ที่สนับสนุนการใช้แนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) เป็นตัวกระตุ้นความมั่นใจให้กับผู้ปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านนโยบายและการสนับสนุนของกระทรวงสาธารณสุขเฉลี่ย 4.63 คะแนน สอดคล้องกับ Burapachaisri, (2023) ที่ระบุว่าแรงผลักดันเชิงนโยบายเป็นกลไกขับเคลื่อนการยอมรับที่มีประสิทธิภาพ ขณะที่ปัจจัยด้านผู้ป่วยและสังคมเฉลี่ย 4.52 คะแนน สอดคล้อง ในมิติของค่านิยมภูมิปัญญาและการยอมรับของผู้บริโภค อย่างไรก็ตาม ระบบสาธารณสุขในพื้นที่ยังคงเผชิญอุปสรรคสำคัญในระดับมากที่สุดเฉลี่ยถึง 4.27 คะแนน โดยเฉพาะปัญหาความกังวลเรื่องประสิทธิผลเชิงประจักษ์ ข้อมูลวิชาการที่ไม่เพียงพอ และความจำกัดของรูปแบบผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพร สอดคล้องกับ Amponsah et al., (2021) & Ekor, (2014) ยิ่งไปกว่านั้นข้อจำกัดด้านสิทธิการเบิกจ่ายและระบบงบประมาณยังคงเป็นปัจจัยขัดขวางการเข้าถึงและการสั่งใช้ยาสมุนไพรในระบบสุขภาพตามที่ Amponsah et al., (2021) & Patterson, (2023)

ความจำเป็นในการจัดความไม่สม่ำเสมอในระบบบริการสุขภาพของเครือข่ายอำเภอโพธิ์ชัย การพัฒนาแนวทางและคู่มือการสั่งใช้ยาฉบับย่อ (Manual/Protocol) สำหรับกลุ่มโรค/อาการเป้าหมาย อันได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจส่วนต้น อาการทางระบบทางเดินอาหาร และอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวสอดคล้องอย่างดีกับแผนยุทธศาสตร์การแพทย์ดั้งเดิมขององค์การอนามัยโลก (WHO Traditional Medicine Strategy) ที่ให้ความสำคัญของการพัฒนาแนวทางรักษาที่กระชับและใช้งานได้จริงในระดับปฐมภูมิ เช่นเดียวกับรายงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (2023) ที่ระบุว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ชัดเจนช่วยเพิ่มความสม่ำเสมอในการจ่ายยาและลดอันตรายให้แก่ผู้ป่วย ยิ่งไปกว่านั้น การเลือกเป้าหมายการรักษาในกลุ่มอาการหลักนี้ ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ช. เมฆสวัสดิชัย (2562) ที่ระบุว่ายาสมุนไพรที่ถูกสั่งใช้สูงสุดในโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขคือกลุ่มยา



รักษาอาการไอ อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ นอกจากการพัฒนาคู่มือแล้วกระบวนการพัฒนาศักยภาพผ่านการประชุมทบทวนทักษะ 3 ชั่วโมงที่เน้นการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ (Active Learning) ยังสอดคล้องเป็นอย่างดีกับแนวทางการเรียนรู้ผ่านกรณีศึกษา (Case-based Learning: CBL) ซึ่งยืนยันว่า การจัดระบบเรียนรู้ที่อิงเคสคนไข้จริงช่วยกระตุ้นความสามารถของบุคลากรในการประเมินข้อควรระวัง (Precautions) และปฏิกิริยาระหว่างยา (Drug interactions) ของสมุนไพรและผลิตภัณฑ์ธรรมชาติได้ดียิ่งกว่าการบรรยายเชิงทฤษฎีเพียงอย่างเดียว ส่งผลหนุนเสริมให้บุคลากรมีความมั่นใจในทักษะด้านการคัดกรองข้อห้ามใช้และความปลอดภัยเพิ่มขึ้นจนอยู่ในระดับมากที่สุดหลังการพัฒนา

การประเมินผลการพัฒนาแนวทาง สะท้อนผ่านคะแนนความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ที่ยกระดับขึ้นอย่างเด่นชัดจากระดับปานกลางเฉลี่ย 6.93 คะแนน (SD = 0.59) ขึ้นสู่ระดับดีเยี่ยมเฉลี่ย 9.40 คะแนน (SD = 0.51) หลังการพัฒนา ซึ่งผลการเปรียบเทียบกับสถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test ($Z = -3.42$) ชี้ชัดว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.001$ สอดรับกับ Panthong, (2022) ที่พบว่าโครงการฝึกอบรมที่มีโครงสร้างชัดเจนและมุ่งการปฏิบัติจริงจะช่วยพัฒนาความรู้ของทีมสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพจนเต็มร้อยละ 100.0 ของกลุ่มผู้รับการอบรม นอกจากนี้ คะแนนความมั่นใจและทักษะทั้ง 4 ด้านหลักของบุคลากรยังพัฒนาขึ้นมาอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน นำโดยด้านการคัดกรองข้อห้ามใช้และความปลอดภัยสูงสุด (4.80 ± 0.20) และด้านการให้คำแนะนำและสื่อสารกับผู้ป่วย (4.76 ± 0.21) การเพิ่มขึ้นของระดับความมั่นใจนี้สอดคล้องกับข้อสังเกต ที่ชี้ว่าความมั่นใจของทีมผู้รักษาเป็นหัวใจหลักในการส่งเสริมการใช้ยาทางเลือกและสมุนไพร ทว่าเพื่อป้องกันปัญหาความมั่นใจเกินแต่ขาดฐานความรู้และทักษะที่แท้จริง (Overconfidence) จนนำไปสู่เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการจ่ายยาตามที่ Jafari et al., (2021) ให้ความเห็นไว้ โครงการวิจัยนี้จึงสะท้อนผลลัพธ์ที่ดีขึ้นเนื่องจากระดับความมั่นใจที่สูงของบุคลากรเกิดขึ้นควบคู่กับฐานคะแนนความรู้จริงที่ยอดเยี่ยม ส่งผลให้การสั่งใช้ยาในหน่วยบริการมีความปลอดภัยและเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างแท้จริง

ผลลัพธ์เชิงระบบและการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย การกระจายแนวทางและคู่มือการสั่งใช้ยามาตรฐานไปสู่ทุกหน่วยบริการในเครือข่ายช่วยลดความไม่สม่ำเสมอในการสั่งใช้ยาได้อย่างชัดเจน อีกทั้งยังมีศักยภาพในการลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะผู้ป่วยในพื้นที่ชนบทที่มีข้อจำกัดด้านการเดินทางได้รับการเข้าถึงการรักษาด้วยสมุนไพรที่สะดวกและเท่าเทียมยิ่งขึ้น ความสำเร็จเชิงโครงสร้างนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ส. ชินวานิชย์เจริญ, (2561) ที่ยืนยันว่าการพัฒนาระบบจ่ายยาสมุนไพรช่วยส่งเสริมระบบยาและการบริการแพทย์แผนไทยอย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุตามเกณฑ์เป้าหมาย และส่งผลให้มูลค่าการจ่ายยาแพทย์แผนไทยของผู้ป่วยนอกเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ท้ายที่สุดข้อค้นพบเชิงสังเคราะห์ที่ถือเป็นหัวใจสำคัญของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ การตัดสินใจสั่งใช้ยาสมุนไพรอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในระบบบริการสุขภาพไม่ได้ขึ้นตรงกับระดับความรู้เฉพาะตัวของบุคลากรทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว หากแต่ต้องพึ่งพาแรงขับเคลื่อนเชิงนโยบายขององค์กร ระบบสนับสนุนทาง



คลินิก (CPG) ตลอดจนความพร้อมและความหลากหลายของผลิตภัณฑ์สมุนไพรร่วมด้วย การดำเนินการพัฒนาควบคู่กันทั้งระบบในพื้นที่อำเภอโพธิ์ชัย จึงสามารถใช้เป็นรูปแบบจำลองหรือต้นแบบ (Prototype) ในการวางรากฐานเพื่อขยายผลเชิงรุกในการยกระดับระบบยาสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพระดับประเทศอย่างมั่นคง ปลอดภัย และยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายผลักดันระบบเบิกจ่ายยาสมุนไพรในกลุ่มโรคเป้าหมายให้ครอบคลุมทุกสิทธิ์การรักษาเพื่อความยั่งยืน
2. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา: ควรต่อยอดแนวทาง Manual ไปสู่ระบบดิจิทัล (Dashboard) เพื่อติดตามผลการรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วยแบบเรียลไทม์ (นอกเหนือจากแหล่งข้อมูล/ข้อมูลเพิ่มเติม)

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ชัย บุคลากรทางการแพทย์ในเครือข่ายบริการของอำเภอโพธิ์ชัย พยาบาลวิชาชีพ แพทย์แผนไทย และเครือข่ายบุคลากร ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.ชลการ ทรงศรี ผศ.ดร.เทพไทย โชติชัย และ ดร.ภรต สุพน ห้วหน้างานวิจัยและพัฒนา โรงพยาบาลโพธิ์ชัย ที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ และงานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2560). แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560-2564. กระทรวงสาธารณสุข.
- ชวัลลภ เมฆสวัสดิชัย. (2562). การประเมินผลการดำเนินนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสระบุรี ปีงบประมาณ 2560. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 17(3), 595-609.
- สมชาย ชินวานิชย์เจริญ, (2561). การประเมินผลการพัฒนาระบบยาสมุนไพรสำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี. วารสารโรงพยาบาลนครพนม, 5(1), 47-55.
- Amponsah, S. K., (2021). *Knowledge, attitudes, and barriers to the use of herbal medicines among healthcare professionals*. Complementary Therapies in Medicine.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.



Burapachaisri, Traisuree. (2023). *National Action Plan on Thai Herbs No. 2 (2023-2027)*.

Government House of Thailand.

Ekor, M. (2014). *The growing use of herbal medicines: Issues relating to adverse reactions and challenges in monitoring safety*. *Frontiers in Pharmacology*. 4, 177.

<https://doi.org/10.3389/fphar.2013.00177>

Jafari, S., Ghane, M., & Arshad, A. (2021). *Knowledge, attitude and practice of community pharmacists regarding herbal medicines*. *Journal of Pharmaceutical Care*, 9(1), 22–28. <https://doi.org/10.18502/jpc.v9i1.6033>

Jivapaisarnpong, J. (2017). *Factors associated with herbal medicine prescription in the national list of essential medicines of physicians in government health facilities, Saraburi province*. *Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine*, 15(2), 200-210.

Likert, R. (1932). *A technique for the measurement of attitudes*. *Archives of Psychology*, 22(140), 1–55.

Panthong, S., (2022). *Knowledge and attitudes regarding herbal medicines in the national list of essential medicines among public health personnel in Pattani province*. *Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine*, 20(1), 54-66.

Patterson, J. (2023). *Financial and accessibility barriers to traditional medicine in rural areas*. *Global Public Health*.

Puttarak, P., (2020). *Factors affecting herbal medicine prescription of medical personnel in public health facilities: A systematic review and meta-analysis*. *Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine*, 18(3), 540-555.