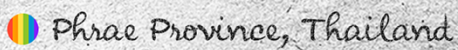




ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2568



ISSN 2774-096X (Online)

วารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา

Journal of Phrae Public Health for Development



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
Phrae Provincial Public Health Office



วารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา

Journal of Phrae Public Health for Development

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2568

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมและเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการด้านการแพทย์ สาธารณสุข และการคุ้มครองผู้บริโภค รวมถึงผลงานนวัตกรรมด้านการสาธารณสุข ให้มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน ก่อให้เกิดองค์ความรู้อันเป็นประโยชน์ต่อการเสริมสร้างคุณภาพงานวิจัยและองค์กรด้านสุขภาพ

คณะที่ปรึกษา

นพ.วีระศักดิ์ ดำรงพงษ์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่
นพ.รุ่งกิจ ปินใจ	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่
ภก.ประเสริฐ กิตติประภัสร์	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่
ภก.เด่น ปัญญานันท์	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่
นายศราวุธ นันทวรรณ	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่

บรรณาธิการ

ดร.นิพัทธ์พงษ์ แสงสว่าง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
-------------------------	------------------------------

รองบรรณาธิการ

ดร.ภก.หทัยพร อินทยศ	โรงพยาบาลสอง จังหวัดแพร่
พว.กรรณิการ์ ชัยนันท์	โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่

กองบรรณาธิการ

ภญ.ศุภรัชต์ แห่งพิช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
นายเมธี กองลี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
พว.ชนิษฐา พันธุ์เวช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
นายชนะศักดิ์ ศิริวัจโนดม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
นายทวีศักดิ์ โทะทองชีว	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
นายนิธิ แนวเล็ก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
นางสาวชรินรัตน์ รัตนอุปพันธ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
พว.จินนารสเข้ม	โรงพยาบาลร้องกวาง จังหวัดแพร่
นายปิยวัฒน์ หนองโหมล	โรงพยาบาลสอง จังหวัดแพร่

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

รศ.ดร.จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ดร.ปิยะ บุษบา	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ดร.ปิยาพัทธ์ อารีญาติ	มหาวิทยาลัยแม่โจ้
ดร.จารุภา จิรโสภณ	มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต
ดร.ศิริเนตร สุขดี	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ
ดร.สรายุधि ตรีศรี	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ผศ.ดร.ปิ่นนเรศ กาศอุดม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
ดร.ศิวพร ละม้ายนิล	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ดร.ชาตรี แมตลี	มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.เสาวภา เต็ดขาด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
ดร.ฐิฎาภา สุภัทรชยาภูมิ	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
พว.พรธิดา ชื่นบาน	โรงพยาบาลแพร่

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

นพ.จิรายุทธ์ พุทธรักษา
ผศ.ดร.พิชชาดา ประสทธิโชค
ดร.กัลยาณี โนอินทร์
ดร.วราภรณ์ แสงอรุณ

โรงพยาบาลสอง
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง

บรรณาธิการแถลง

วารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา พ.ศ. 2568 ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 (เดือนมกราคม-มิถุนายน) ฉบับนี้เป็นพื้นที่แห่งการเรียนรู้ ในการเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านการแพทย์ สาธารณสุข และการคุ้มครองผู้บริโภค รวมทั้งผลงานนวัตกรรมด้านการสาธารณสุขที่ก่อให้เกิดองค์ความรู้อันเป็นประโยชน์ แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในรูปแบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (E-journal) มาอย่างต่อเนื่อง เป็นปีที่ 5 ซึ่งในฉบับนี้มีบทความวิจัย ทั้งหมด 6 เรื่อง ได้แก่ (1) ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคต่อหิโนเพื่อควบคุมความดันตา โรงพยาบาลแพร่ (2) การพัฒนารูปแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตร สำหรับผู้สูงอายุต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน กรณีศึกษา จังหวัดแพร่ (3) ประสิทธิภาพของแอปพลิเคชันสำหรับการทดแทนสารน้ำและการจัดการการให้เลือด ในระหว่าง การผ่าตัด (4) ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำ ทางหลอดเลือดดำในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ (5) ผลของการพยาบาลทางไกลใน การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (6) ปัจจัยที่มีผลต่อการรับสิทธิประโยชน์ ทดแทนกรณีคลอดบุตร ของผู้ประกันตนกองทุนประกันสังคมที่รับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่

กองบรรณาธิการขอขอบคุณเจ้าของบทความทุกท่านที่ให้ความเชื่อมั่นและไว้วางใจส่งบทความ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ในการประเมินบทความทั้งภายในและภายนอกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะ อันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาผลงาน เพื่อการปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ทางวิชาการยิ่งขึ้น รวมทั้ง ขอเชิญชวนทุกท่านอ่านบทความทางวารสารออนไลน์ www.thaidj.org/index.php/jpphd และสามารถ ส่งบทความเพื่อเข้ารับการพิจารณาเผยแพร่ทางเว็บไซต์ดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ กองบรรณาธิการจะมุ่งมั่นพัฒนา วารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนาให้ได้รับการรับรองคุณภาพที่สูงขึ้น ต่อไป

ดร.นิพัทธ์พงษ์ แสงสว่าง

บรรณาธิการ

มิถุนายน 2568

สารบัญ

หน้า

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหื่นเพื่อควบคุมความดันตา โรงพยาบาลแพร่	1
ธราทิพย์ อินทรจุกุล	
การพัฒนารูปแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน กรณีศึกษา จังหวัดแพร่	13
เสกสรรค์ ช่างเขียว และคณะ	
ประสิทธิผลของแอปพลิเคชันสำหรับการทดแทนสารน้ำและการจัดการการให้เลือด ในระหว่างการผ่าตัด	28
ศักดิ์กฤษณ์ ประสิทธิ์ศุภการ จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช และประเสริฐศักดิ์ ขอห้องกลาง	
ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำ ทางหลอดเลือดดำในงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่	41
วรางคณา วงศ์อรินทร์ กรรณิการ์ ชัยนันท์ และนิพัทธ์พนธ์ แสงด้วง	
ผลของการพยาบาลทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังจำหน่าย จากโรงพยาบาล	59
สุพิน วัชรธรรม และ ศุภาพร แก้วประเสริฐ	
ปัจจัยที่มีผลต่อการรับสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร ของผู้ประกันตนกองทุน ประกันสังคมที่รับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่	74
เกรียงศักดิ์ คำปน นิพัทธ์พนธ์ แสงด้วง และหทัยพร อินทยศ	
หลักเกณฑ์การเขียนต้นฉบับลงพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา	88

Contents

	Page
Research Articles	
The results of the self-care behavior promotion program for glaucoma patients to control intraocular pressure at Phrae Hospital <i>Taratip Intararujikul</i>	1
The Development of a Friendly Prototype Community model for the elderly with Quality of Life of Elderly by the Participative Network Partners in the community: A Case study at Phrae Province <i>PaSaksun Changkenw et al.</i>	13
Effectiveness of application for fluid replacement and blood management during surgery <i>Sakkrid Prasitsuppakarn, Chiraporn Tachaudomdach and Prasertsak Khorhongklang</i>	28
Effectiveness of a practice guidelines for the prevention of phlebitis in patients receiving intravenous therapy at In Patient Department Nongmuangkhai hospital, Phrae Province <i>Warangkana Wongarin, Kannika Chainan and Niphitphon Seangduang</i>	41
Effects of Tele-nursing in COPD Patients' Careafter Discharge from the Hospital <i>Supin Rootham and Supaporn Kaewprasert</i>	59
Factors Affecting Maternity Benefit Receipt among Social Security Insured Persons Receiving Prenatal Care and Delivery Services at Phrae Hospital, Phrae Province <i>Kreangsak Kampon, Nipitphon Saengduang and Hutsayaporn Intayos</i>	74
Criteria for writing manuscripts for publication in the Journal of Phrae Public Health for Development	88

The results of the self-care behavior promotion program for glaucoma patients to control intraocular pressure at Phrae Hospital¹

Taratip Intararujikul²

Received: 2 May 2025

Accepted: 30 June 2025

Abstract

The quasi-experimental research aims to study results of the self-care behavior promotion program for glaucoma patients to control intraocular pressure at Phrae Hospital that affects for the glaucoma knowledge, perception of severity and benefits of glaucoma prevention and treatment and self-care behavior between before and after joining the program in 45 people selected by purposive sampling. Research instruments were the self-care behavior promotion program for glaucoma patients to control intraocular pressure and the questionnaire consisted of 4 parts: 1) General information, 2) Knowledge about glaucoma with a KR-20 value of 0.94, 3) Perception of disease severity and benefits of glaucoma prevention, and 4) Self-care behaviors for glaucoma with Cronbach's alpha coefficient values of 0.95 and 0.91, respectively. Data was analyzed by descriptive statistics and paired t-test.

The result that after joined the self-care behavior promotion program for glaucoma patients to control intraocular pressure at Phrae Hospital. The sample were had the glaucoma knowledge, perception of severity and benefits of glaucoma prevention and treatment and self-care behavior increasing. It is significantly different from before joining the program ($p < 0.00$).

Should encourage perception of disease severity and benefits of glaucoma prevention in glaucoma patients to continuously control intraocular pressure at home.

Keywords: glaucoma patients, intraocular pressure, self-care behavior

¹ Academic Article

² Registered Nurse, Phrae Hospital, E-mail : tudtu.kitty9458@gmail.com

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหื่นเพื่อควบคุมความดันตา โรงพยาบาลแพร่¹

ธาราทิพย์ อินทรจุกุล²

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหื่นเพื่อควบคุมความดันตา โรงพยาบาลแพร่ ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง 45 คน เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหื่นเพื่อควบคุมความดันตา โรงพยาบาลแพร่ และแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความรู้เรื่องต่อหื่นมีค่า KR-20 เท่ากับ 0.94 3) การรับรู้ความรุนแรงของโรคและประโยชน์ของการป้องกันโรคต่อหื่น และ 4) พฤติกรรมดูแลตนเองของโรคต่อหื่น มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.95 และ 0.91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและด้วยสถิติทดสอบ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหื่นเพื่อควบคุมความดันตา โรงพยาบาลแพร่ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้โรคต่อหื่น การรับรู้ความรุนแรงและประโยชน์ของการป้องกันรักษาโรคต่อหื่น และพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มสูงขึ้น แตกต่างกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.00$) ทั้งนี้ควรสนับสนุนการรับรู้ความรุนแรงของโรคและประโยชน์ของการป้องกันโรคต่อหื่น ในผู้ป่วยโรคต่อหื่นเพื่อควบคุมความดันตาได้ที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคต่อหื่น ความดันตา พฤติกรรมดูแลตนเอง

¹ บทความวิชาการ

² พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลแพร่ อีเมล tudtu.kitty9458@gmail.com

บทนำ

โรคต้อหิน คือ โรคของดวงตาชนิดหนึ่งที่เกิดความผิดปกติของขั้วประสาทตาและเส้นใยประสาทตาโดยรอบบางตัวลงอย่างมีลักษณะจำเพาะ ตามมาด้วยเซลล์ประสาทตาฝ่อลงส่งผลให้ตามัวและสูญเสียการมองเห็นได้หากไม่ได้รับการรักษา ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ พบบ่อยคือ ความดันตาสูงเกินค่าปกติ แต่ผู้ป่วยบางรายไม่ต้องมีความดันตาที่สูงเกินไปก็เป็นต้อหินได้ ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยร่วมอื่น ๆ โรคต้อหินส่วนใหญ่มักไม่มีอาการ อาจตรวจพบเมื่อมาตรวจสุขภาพทั่วไปหรือตรวจเจอโดยความบังเอิญ ผู้ป่วยที่มีอาการโดยเฉพาะอาการตามองไม่เห็นเมื่อมาตรวจมักจะเป็นโรคมากแล้ว (วิศนิตันติเสวี, 2566) ส่งผลกระทบต่อภาพรวมทางด้านสุขภาพและเศรษฐกิจทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวไปจนถึงระบบสาธารณสุขของประเทศ (เดชาทรอาสนทอง, 2563) ในปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วยประมาณ 76 ล้านคนที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคต้อหิน และคาดว่าจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 111.80 ล้านคนในปี 2040 (Allison et al., 2020) ความเสี่ยงของการเป็นโรคต้อหินยิ่งเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.00-4.00 ในผู้ที่มีอายุ 50-70 ปี สำหรับในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 พบกว่า 2 ล้านคนเป็นโรคต้อหิน ส่วนใหญ่ไม่มีอาการ มักตรวจพบโดยบังเอิญจากอาการตามัว เป็นอาการที่พบได้ในระยะท้ายของโรค (โรงพยาบาลราชวิถี, 2565)

การให้บริการห้องตรวจจักษุ โรงพยาบาลแพร่ปีพ.ศ. 2563 -2566 ให้บริการผู้ป่วยทั้งหมดรวมทุกประเภท จำนวน 19,438 คน, 19,517 คน, 19,901 คน และ 23,491 คน ตามลำดับ และให้บริการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคต้อหิน จำนวน 3,886 ราย พบผู้ป่วย 1,416 ราย ร้อยละ 36.44,

คัดกรอง 3,390 ราย พบผู้ป่วย 1,487 ราย ร้อยละ 43.86, คัดกรอง 4,048 ราย พบผู้ป่วย 1,470 ราย ร้อยละ 36.31 และ คัดกรอง 4,100 ราย พบผู้ป่วย 1,517 ราย ร้อยละ 37.00 ตามลำดับ (โรงพยาบาลแพร่, 2566) ผู้ที่เป็นโรคต้อหินหากไม่สังเกตอาการของตนเอง สามารถพัฒนาไปสู่ขั้นรุนแรงซึ่งไม่สามารถแก้ไขให้กลับเป็นปกติได้ ดังนั้นการตรวจตาอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งสำคัญ จะเห็นได้ว่าการให้บริการห้องตรวจจักษุ ให้บริการผู้ป่วยในจำนวนมาก และพบอุบัติการณ์การเกิดโรคต้อหินในทุก ๆ ปีอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนการดำเนินงานในห้องตรวจจักษุ ทั้งนี้พบปัญหาผู้ป่วยโรคต้อหินมีความดันตาสูงกว่าเกณฑ์ปกติ เนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันตาให้อยู่ในระดับปกติได้ ผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการมาพบแพทย์ตามนัด บ่อย ๆ ผู้ป่วยโรคต้อหินโดยส่วนใหญ่แต่ละรายใช้ยาหยอดตาวันละหลายชนิด 2-3 ชนิด และต้องหยอดตาไปตลอดชีวิตจากการติดตามยังพบว่า ผู้ป่วยลืมหยอดยา หยอดยาไม่ครบจำนวนตามแพทย์สั่ง หรือพบยาหมดก่อนถึงกำหนดนัด หยุดหยอดยาเองโดยคิดว่าสามารถรักษาให้หายได้ หรือเสาะแสวงหาซื้อยาอื่น ๆ รวมด้วยนอกเหนือจากแพทย์สั่ง เป็นต้น จากปัญหาเหล่านี้ สะท้อนให้ทราบถึงข้อจำกัดในการรับรู้ การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินที่สามารถส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือมีภาวะที่รุนแรงขึ้นมาตามได้ในอนาคต

จากการทบทวนทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลตนเองทางสุขภาพ กล่าวถึง ปัจจัยที่มีผลต่อแนวโน้มการเกิดพฤติกรรมในการป้องกันและรักษาโรคได้แก่ การรับรู้ของบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการ



ป้องกันรักษาโรคที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกำบัง
รักษาโรคของตนเอง (Becker & Maiman, 1975)
และจากการส่งเสริมพฤติกรรมกำบังตนเองของ
ผู้ป่วยโรคต้อหินเพื่อควบคุมความดันตา โดยการ
สร้างการรับรู้สามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการมีความ
ดันตาสูง มีพฤติกรรมกำบังหยอดยาสูงขึ้น และ
มีระดับความดันตาลดลงได้ (ดาริน ยวเลิศวานิช
และคณะ, 2566)

ผู้วิจัยในบทบาทเป็นหัวหน้าการพยาบาล
เฉพาะสาขากัญจึงได้สนใจที่จะใช้โปรแกรมส่งเสริม
พฤติกรรมกำบังตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินที่ได้
พัฒนาขึ้นจากแนวคิดสร้างการรับรู้ เพื่อควบคุม
ความดันตา โรงพยาบาลแพร่ เพื่อลดอัตราของ
ภาวะแทรกซ้อนและการสูญเสียในผู้ป่วยโรคต้อหิน
เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยแบบ
องค์รวมและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยใน
ห้องตรวจจักษุให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้โรคต้อหินของ
ผู้ป่วยโรคต้อหิน ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วม
โปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้โรคต้อหินของ
ผู้ป่วยโรคต้อหิน ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วม
โปรแกรม
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกำบังตนเองของ
ผู้ป่วยโรคต้อหิน เพื่อควบคุมความดันตา ระหว่าง
ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม
กำบังตนเองผู้ป่วยโรคต้อหินมีความรู้โรคต้อหิน
เพิ่ม ขึ้นสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม
กำบังตนเองผู้ป่วยโรคต้อหินมีการรับรู้โรคต้อหินเพิ่ม
ขึ้นสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

3. หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม
กำบังตนเองผู้ป่วยโรคต้อหินมีพฤติกรรมกำบังตนเอง
เพิ่ม ขึ้นสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง
(quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียว
วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (pre-test และ
post-test design) ผู้ป่วยนอกโรคต้อหินที่มารับ
บริการห้องตรวจจักษุ โรงพยาบาลแพร่ และ
ทำการเปรียบเทียบตัวแปรก่อนและหลังการทดลอง
ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกำบัง
ตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน เพื่อควบคุมความดันตา
ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้โรคต้อหิน การรับรู้โรค
ต้อหิน และพฤติกรรมกำบังตนเองของโรคต้อหินใน
ผู้ป่วยโรคต้อหิน ใช้ระยะเวลาดำเนินการวิจัย
ทั้งหมด 8 สัปดาห์ ดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง สัปดาห์ที่ 1
เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองในผู้ป่วยนอกโรค
ต้อหินและดำเนินการเตรียมความพร้อมกับ
เจ้าหน้าที่ในห้องจักษุ โรงพยาบาลแพร่ โดยการ
ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และ
กิจกรรมของโครงการวิจัย

ระยะทดลอง ใช้เวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์
ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน
2567 โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกำบังตนเอง
ของผู้ป่วยโรคต้อหิน เพื่อควบคุมความดันตา ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลา 30 นาที
สร้างความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน โดยการบรรยาย
ประกอบสื่อให้ความรู้เรื่องโรคต้อหิน

กิจกรรมที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลา 30 นาที
สะท้อนข้อมูล สร้างการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง
ความรุนแรงของโรคและประโยชน์ของการป้องกัน
รักษาโรคต่อหิ โดยการสนทนากับผู้ป่วยโรคต่อหิ
ในประเด็นความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากโรคต่อหิ
ผลกระทบที่เกิดจากโรคต่อหิและวิธีการดูแล
ตนเองเพื่อควบคุมความดันตา นำเสนอความคิดเห็น
ตามประเด็นที่กำหนดและเล่าถึงประสบการณ์
ในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันตา ชักถาม
แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความคิดเห็นร่วมกัน
ระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยโรคต่อหิ

กิจกรรมที่ 3 สัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลา 30 นาที
การฝึกปฏิบัติการใช้ยาหยอดตาที่ถูกต้อง โดยการ
บรรยายประกอบการสาธิต เกี่ยวกับการใช้ยาหยอด
ตาอย่างถูกวิธี ฝึกอ่านชื่อยา ฉลากยา อ่านคู่มือ
ประจำตัวผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยโรคต่อหิฝึกปฏิบัติ
ระหว่างเพื่อน ๆ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและ
ผลัดการฝึกปฏิบัติจนครบทุกราย ผู้วิจัยมอบหมาย
ให้ผู้ป่วยนำวิธีการใช้ยาหยอดตาที่ถูกต้องนำไป
ปฏิบัติที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 4 สัปดาห์ที่ 3 - 8 การสื่อสาร
ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิ ผ่านทางโทรศัพท์มือถือ
ในแอปพลิเคชัน LINE Official Account (Line
OA) ผู้วิจัยทบทวนความรู้และทักษะการปฏิบัติใน
การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิ เพื่อควบคุม
ความดันตา ส่งคลิปวิดีโอจากยูทูบ (Youtube)
อินโฟกราฟฟิก ในการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคต่อหิ
ให้กับสมาชิกผู้ป่วยโรคต่อหิในกลุ่มไลน์
ให้สามารถเรียนรู้ผ่านช่องทางอื่น ๆ อย่างต่อเนื่อง
ผ่านช่องทางไลน์กลุ่ม และติดตามการดูแลตนเอง
โดยสอบถามปัญหาอุปสรรค ความต่อเนื่องในการ
ดูแลตนเองให้ข้อเสนอแนะและกำลังใจในการดูแล
ตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิผ่านช่องทาง

แอปพลิเคชัน LINE Official Account (Line OA)
หรือไลน์ส่วนตัว

ระยะหลังทดลอง สัปดาห์ที่ 8 เก็บรวบรวม
ข้อมูลหลังการทดลอง ในผู้ป่วยนอกโรคต่อหิ
ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล วิเคราะห์
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยนอกโรคต่อหิที่มารับ
บริการห้องตรวจจักษุ โรงพยาบาลแพร่ ระหว่าง
เดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2567 จำนวน 172 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ว่าเป็นโรค
ต่อหิ มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี
2. สามารถพูด เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้
อย่างดี
3. ยินดีและเต็มใจในการตอบแบบสอบถาม
4. สามารถปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานได้
ตลอดระยะเวลาการวิจัย
5. ไม่มีโรคแทรกซ้อน เช่น ตาบอดทั้งสองข้าง
หูไม่ตึง การรับรู้และสติสัมปชัญญะดี เป็นต้น
6. มีสมาร์โฟนและไลน์แอปพลิเคชันสำหรับ
ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมตามโปรแกรม
การวิจัยที่ได้กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด
- 2) ย้ายภูมิลำเนาจนเสร็จสิ้นโครงการวิจัย
- 3) ไม่สามารถใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทาง
โทรศัพท์มือถือได้ เช่น ไม่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ต
ไม่มีโทรศัพท์สำหรับใช้ในการเล่นโซเชียลมีเดียได้
- 4) ปฏิเสธหรือขอถอนตัวระหว่างดำเนิน
กิจกรรมตามโปรแกรมการวิจัย



กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) คือ ผู้ป่วยนอกโรคต้อหินที่มารับบริการ ห้องตรวจจักษุ โรงพยาบาลแพร่ คัดเลือกจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคต้อหินในเดือน พฤษภาคม และ เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567 จำนวน 45 คน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power จากงานวิจัยของ จีระกานต์ สุขเมือง (2565) ในการศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคต้อหิน เพื่อควบคุมความดันตา หอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ผู้วิจัยกำหนดสมมติฐานแบบทางเดียว กำหนดค่าอิทธิพล เท่ากับ 0.50 กำหนดให้ค่าระดับความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 45 คน

เครื่องมือการวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน เพื่อควบคุมความดันตา โรงพยาบาลแพร่

2. แบบสอบถาม พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องโรคต้อหินแบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคต้อหิน จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ตอบถูกต้อง ได้ 1 คะแนน ไม่แน่ใจหรือตอบผิดได้ 0 คะแนน แปลผลความรู้เรื่องโรคต้อหิน พิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968) ดังนี้ คะแนน ≥ 7 หมายถึง มีความรู้ในระดับสูง คะแนน 4-6 หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลางและ คะแนน ≤ 3 หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงและประโยชน์ของการป้องกันโรคต้อหิน จำนวน 15 ข้อ คะแนนเต็ม 75 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ การแปลผลการรับรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน พิจารณาตามเกณฑ์ของเบส (Best, 1977) ดังนี้ คะแนน ≥ 56 หมายถึง มีการรับรู้ระดับสูง คะแนน 36 – 55 หมายถึง มีการรับรู้ระดับปานกลาง และ คะแนน ≤ 35 หมายถึง มีการรับรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมดูแลตนเองของโรคต้อหิน จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 50 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ แปลผลพฤติกรรมดูแลตนเองของโรคต้อหิน พิจารณาตามเกณฑ์ของเบส (Best, 1977) ดังนี้ คะแนน ≥ 37 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับสูง คะแนน 24 – 36 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับปานกลาง และคะแนน ≤ 23 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบแบบสอบถามทั้งฉบับ มีค่า CVI = 1.00

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคต้อหินมีค่า KR-20 = 0.94 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงและประโยชน์ของการป้องกันโรคต้อหิน เท่ากับ 0.95 และส่วนที่ 4 พฤติกรรมดูแลตนเองของโรคต้อหินเท่ากับ 0.91 ตามลำดับ



การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยตัวแปรตามในกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติ paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

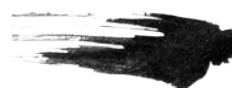
ผู้วิจัยได้รับอนุมัติดำเนินโครงการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลแพร่

หมายเลขรับรอง 87/2567 อนุมัติโครงการ ณ วันที่ 2 พฤษภาคม 2568

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.89 อายุเฉลี่ย 49.04 ปี (S.D.= 7.85) สถานภาพสมรส ร้อยละ 71.11 ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 35.56 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40.00 มีผู้ดูแล ร้อยละ 62.22 ตามลำดับ ดังแสดงตาราง 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 45)		
ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	31	68.89
หญิง	14	31.11
อายุ (ปี)	(Mean = 49.04, S.D.= 7.85, Min = 31, Max = 59)	
สถานภาพสมรส		
โสด	10	22.22
สมรส	32	71.11
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	3	6.67
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	5	11.11
มัธยมศึกษาตอนปลาย	12	26.67
อนุปริญญา/ปวส.	12	26.67
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	16	35.56
อาชีพหลัก		
รับจ้าง	21	46.67
ข้าราชการ	15	33.33
ค้าขาย	9	20.00



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 45) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคต้อหิน	(Mean = 6.64, S.D.= 6.47, Min = 1, Max = 40)	
มีสมาชิกครอบครัวช่วยดูแล		
มี	28	62.22
ไม่มี	17	37.78

ส่วนที่ 2 ความรู้โรคต้อหิน การรับรู้โรคต้อหิน และ พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน เพื่อควบคุมความดันตา พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้โรคต้อหินอยู่ในระดับ ปานกลางและระดับสูงเท่ากัน ร้อยละ 37.78 รองลงมาคือระดับต่ำร้อยละ 24.44 มีการรับรู้ความรุนแรงและประโยชน์ของการป้องกันโรคต้อหินอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 62.22 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 37.78 มีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อ

ควบคุมความดันตาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.22 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 17.78 หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้โรคต้อหินเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.11 มีการรับรู้ความรุนแรงและประโยชน์ของการป้องกันโรคต้อหินเพิ่มขึ้นในระดับสูง ร้อยละ 88.89 มีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันตาเพิ่มขึ้นในระดับสูงร้อยละ 75.56 ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ความรู้โรคต้อหิน การรับรู้โรคต้อหิน และ พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 45)

หัวข้อ	โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน			
	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้โรคต้อหิน				
ระดับต่ำ	11	24.44	0	0.00
ปานกลาง	17	37.78	4	8.89
ระดับสูง	17	37.78	41	91.11
การรับรู้ความรุนแรงและประโยชน์ของการป้องกันโรคต้อหิน				
ระดับต่ำ	28	62.22	0	0.00
ปานกลาง	0	0.00	5	11.11
ระดับสูง	17	37.78	40	88.89

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ความรู้โรคต่อหื่น การรับรู้โรคต่อหื่น และ พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหื่น ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 45) (ต่อ)

หัวข้อ	โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหื่น			
	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต				
ระดับต่ำ	8	17.78	0	0.00
ปานกลาง	37	82.22	11	24.44
ระดับสูง	0	0.00	34	75.56

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความรู้โรคต่อหื่น การรับรู้โรคต่อหื่น และ พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหื่น เพื่อควบคุมความดันโลหิต พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของความรู้โรคต่อหื่นเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (Mean = 5.53, S.D. = 2.02) เป็นระดับสูง (Mean = 8.36, S.D. = 1.17) มีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงและประโยชน์ของการป้องกันโรคต่อหื่น เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (Mean = 35.62, S.D. = 2.95)

เป็นระดับสูง (Mean = 58.00, S.D. = 2.65) ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (Mean = 27.02, S.D. = 3.15) เป็นระดับสูง (Mean = 38.33, S.D. = 3.28) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ paired t-test พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้โรคต่อหื่น การรับรู้โรคต่อหื่น และ พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหื่นเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.00$)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความรู้โรคต่อหื่น การรับรู้โรคต่อหื่น และ พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหื่น ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 45)

หัวข้อ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			t	P-value
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ		
ความรู้โรคต่อหิน								
	5.53	2.02	ปานกลาง	8.36	1.17	สูง	-8.57	< 0.00*
การรับรู้โรคต่อหิน								
	35.62	2.95	ปานกลาง	58.00	2.65	สูง	-33.83	< 0.00*
พฤติกรรมดูแลตนเอง								
	27.02	3.15	ปานกลาง	38.33	3.28	สูง	-20.06	< 0.00*

หมายเหตุ *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00



สรุปผลการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อควบคุมความดันตา โรงพยาบาลแพร่ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคต้อหินหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีความรู้โรคต้อหิน มีการรับรู้ความรุนแรงและประโยชน์ของการป้องกันโรคต้อหิน และมีพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อควบคุมความดันตาเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรม และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.00$)

การอภิปรายผลการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อควบคุมความดันตา โรงพยาบาลแพร่ อภิปรายผลการวิจัยเป็นลำดับตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ความรู้โรคต้อหินของผู้ป่วยโรคต้อหินหลังเข้าร่วมโปรแกรม เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง ร้อยละ 91.11 ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อควบคุมความดันตา ได้การบรรยายประกอบสื่อให้ความรู้เรื่องโรคต้อหินเป็นรายกลุ่ม และมีการทบทวนความรู้ผ่านช่องทางกลุ่มไลน์ คลิป์วิดีโอ อินโฟกราฟฟิก ให้กับผู้ป่วยโรคต้อหินได้เรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การให้สุศึกษาหรือความรู้เป็นส่วนสำคัญ เพื่อส่งเสริมจิตใจให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ที่เหมาะสมและสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง (พรพรช โนนจ้อย, 2564) สอดคล้องกับการศึกษาของ อนันต์ พรมาตา (2563) ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหินและการใช้ยาหยอดตา ประกอบกับการแจกเอกสารแผ่นพับ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง

มีความรู้และระดับความดันลูกตาลดลงหลังได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.00$)

2. การรับรู้ความรุนแรงและประโยชน์ของการป้องกันโรคต้อหินของผู้ป่วยโรคต้อหิน หลังเข้าร่วมโปรแกรม เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง ร้อยละ 88.89 ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อควบคุมความดันตาได้สร้างการรับรู้ โดยการสนทนาเป็นรายกลุ่ม โดยให้ผู้ป่วยโรคต้อหิน ร่วมกันเสนอความคิดเห็น ความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคต้อหิน ผลกระทบที่เกิดจากโรคต้อหิน และวิธีการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันตา หลังจากนั้นให้ตัวแทนผู้ป่วยนำเสนอความคิดเห็นตามประเด็นที่กำหนด และเล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมความดันตา ชักถามแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความคิดเห็นร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยโรคต้อหิน สอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ (Perceived) บุคคลนั้นจะมีปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพตามการรับรู้ที่เกิดจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กล่าวถึงพฤติกรรมของบุคคลมาจากความเชื่อได้ การที่บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพโดยการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนี้มีความรุนแรงรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และรับรู้ต่อปัญหาและอุปสรรคต่อการปฏิบัติของการป้องกันโรคบุคคลนั้นก็จะมีพฤติกรรมให้เกิดการปฏิบัติที่เหมาะสม (Becker & Maiman, 1975) สอดคล้องกับการศึกษาของ ดาริน ยวลีศวานิช และคณะ (2566) ที่ได้นำแนวคิดการรับรู้ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหิน โดยสาธิต สร้างความเข้าใจและเปิดโอกาสให้มีการ

ซักถาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.00$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ และคณะ (2564) ได้ให้ผู้ป่วยได้ค้นหาปัญหาของตนเอง วิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการเพิ่มขึ้นหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสะท้อนคิดให้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง และเล่าประสบการณ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมหาแนวทางที่เหมาะสม ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อการรับรู้ต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยต่อหื่นที่เพิ่มขึ้น

3. พฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันตา ของผู้ป่วยโรคต่อหื่น หลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่ม ขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง ร้อยละ 75.56 ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคต่อหื่นมีความรู้และการรับรู้ความรุนแรงและประโยชน์ของการป้องกันโรคต่อหื่นของผู้ป่วยโรคต่อหื่นเพิ่มขึ้น จากโปรแกรมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อควบคุมความดันตา โดยการเสริมสร้างความรู้ สร้างการรับรู้ และการฝึกปฏิบัติการใช้ยาหยอดตาที่ถูกต้อง เป็นไปตามแนวคิดของ Becker and Maiman (1975) ที่ได้อธิบายถึงแนวคิดการเสริมสร้างการรับรู้ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ดาริน ยูเลศวานิช และคณะ (2566) ที่ได้นำแนวคิดการรับรู้มาใช้ในโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหื่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การควบคุมความดันลูกตา เกี่ยวกับพฤติกรรม การหยอดยา และการใช้ยาหยอดที่ถูกวิธี เพิ่มขึ้นหลัง การทดลองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.00$) เช่นเดียวกับการ ศึกษาของ รัตนา คำชาย และภาวนา ดาวงศ์ศรี (2565) ได้ใช้

โปรแกรมสร้างการรับรู้ผู้ป่วยโรคต่อหื่น ร่วมกับการพัฒนาทักษะการใช้ยาหยอดตา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาหยอดตาถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรเสริมสร้างการรับรู้ให้กับผู้ป่วยโรคต่อหื่น โดยการสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหื่น การฝึกปฏิบัติการใช้ยาหยอดตาที่ถูกต้อง การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ร่วมเสนอความคิดเห็นในประเด็น ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบ วิธีการดูแลตนเอง ในการควบคุมความดันตา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ที่เพิ่มขึ้นและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน เพื่อเป็นการติดตามพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันตา ของผู้ป่วยโรคต่อหื่น อย่างต่อเนื่อง และผลทางคลินิก รวมถึง ปัญญาอุปสรรคของการรับรู้ของพฤติกรรมหลังจาก เข้าร่วมโปรแกรม เพื่อสามารถนำมาพัฒนาเป็น การศึกษา วิจัยและพัฒนาต่อไปในอนาคตได้

เอกสารอ้างอิง

ดาริน ยูเลศวานิช วรณันุช โพธิ์พุกษ์ และ
แสงทอง สอนศรี. (10 มิถุนายน 2566).
ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การ
ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหื่น เพื่อ
ควบคุมความดันตา โรงพยาบาลลำพูน.
เข้าถึงได้จาก คลังปัญญาเชียงราย
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย:
<https://eslipcro.moph.go.th/>



- research/download/105_20230612
_SUCCESS.pdf
- เดชาทร อาสนทอง. (2563). ความชุกของผู้ป่วยโรค
ต้อหินในโรงพยาบาลศรีสะเกษเนื่องในวัน
ต้อหินโลก. วารสารการแพทย์
โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์,
35(3), 749-756.
- ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ, คมสัน แก้วระยยะ,
วิไลวรรณ คมขำ และ ใบบัว เสวต
สุวรรณ. (2564). การเสริมสร้างพลัง
อำนาจเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแล
ตนเองในผู้ป่วยต้อหิน: จากแนวคิดสู่การ
ปฏิบัติ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระ
จอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 4(2), 24-36.
- พรรษ โนนจ้อย. (2564). การให้สุศึกษา.
ศรีนครินทร์เวชสาร, 36(2), 246-251.
- รัตนา คำชาย และ ภาวนา ดาวงค์ศรี. (2565).
ผลของการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลการ
สร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะการ
ใช้ยาหยอดตาต่อพฤติกรรมความร่วมมือ
ในการรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน
โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์
โรงพยาบาลอุดรธานี. 30(3). 420-434.
- โรงพยาบาลแพร่. (2566). สรุปผลการดำเนินงาน
ให้บริการห้องตรวจจักษุ โรงพยาบาลแพร่
ปีพ.ศ. 2563 -2566. โรงพยาบาลแพร่.
- โรงพยาบาลราชวิถี. (6 มีนาคม 2565). ต้อหิน
อันตรายที่ไร้สัญญาณเตือน ตรวจพบก่อน
ป้องกันได้. โรงพยาบาลราชวิถี. [http://
www.rajavithi.go.th/rj/?p=19885](http://www.rajavithi.go.th/rj/?p=19885)
- วิศน์ ดันติเสวี. (2566). แพทย์จุฬาฯ แนะนำทาง
ป้องกันโรคต้อหิน ตรวจพบก่อน “ป้องกัน
ได้”. เข้าถึงได้จาก ข่าวสารจุฬาฯ:
- [https://www.chula.ac.th/news/1075
02/](https://www.chula.ac.th/news/107502/)
- โสภณ เมฆธน. (16 มีนาคม 2560). สาธารณสุข
แนะคนวัย 40 ปีขึ้นไปควรพบจักษะ
แพทย์ตรวจ ตาหาต้อหิน พบเร็วรักษาได้
ตาไม่บอด. เข้าถึงได้จาก เจาะลึกระบบ
สุขภาพ:
[https://www.hfocus.org/content/20
17/03/13604](https://www.hfocus.org/content/2017/03/13604)
- อนันต์ พรมาตา. (2563). การศึกษาการให้ความรู้
และความดันลูกตาของผู้ป่วยโรคต้อหินใน
โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์.
มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร, 4(1),
32-42.
- Allison, K., Patel, D., & Alabi, O. (2020).
Epidemiology of Glaucoma: The
Past, Present, and Predictions for
the Future. Cureus, 12(11), e11686.
DOI 10.7759/cureus.11686.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). The
Health Belief Model: Origins and
Correlates in Psychological Theory.
Health Education Monographs, 2,
336-353.
- Best, J. W. (1977). Research in Education.
Englewood Cliffs, New Jersey:
Practice Hall.
- Bloom, B. S. (1968). Learning for Mastery.
Instruction and Curriculum.
Regional Education Laboratory for
the Carolinas and Virginia, Topical
Papers and Reprints. Evaluation
Comment, 1(2), 1-12.

The Development of a Friendly Prototype Community model for the elderly with Quality of Life of Elderly by the Participative Network Partners in the community: A Case study at Phrae Province¹

Saksun Changkenw²
Adul Wuttijurepan³
Sopawadee Saensiriwong⁴
Pimchai Srikwar⁵

Received: 11 April 2025

Accepted: 30 June 2025

Abstract

This participatory action research aimed to develop and examine the outcomes of a community-based participatory model for creating age-friendly prototype communities in Phrae Province, Thailand. The study participants included 1) 25 community leaders and stakeholders and 2) 306 older adults. Data were collected through questionnaires and focus group discussions, and analyzed using content analysis, descriptive statistics, and inferential statistics with a paired t-test.

The findings revealed that the developed model was based on participatory collaboration among community members and multi-sectoral networks, including public and private sectors, consistent with the principles of PAR. The model comprised five key steps: 1) community assessment guided by the World Health Organization's concept of age-friendly cities, 2) needs assessment and issue prioritization, 3) development planning, 4) feedback and policy advocacy through community and administrative channels and 5) evaluation and continuous reflection for sustainable improvement. This process resulted in the establishment of a prototype age-friendly community aligned with the WHO's eight domains of age-friendly cities.

Regarding outcomes, the overall quality of life scores of older adults significantly improved after the implementation ($p < 0.05$). Domain-specific analysis indicated statistically significant improvements in psychological well-being, social relationships, and environmental aspects ($p < 0.05$), while physical health scores showed a positive trend but did not reach statistical significance ($p = 0.07$).

Keywords: Age-Friendly Community, Participation, Quality of Life

¹ Academic Article

² Public Health Technical Officer, Professional Level, Phrae Provincial Public Health Office,
E-mail : saksun9721@gmail.com

³ Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Phrae

⁴ Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Phrae Provincial Public Health Office

⁵ Public Health Officer, Experienced Level, Phrae Provincial Public Health Office

การพัฒนารูปแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน กรณีศึกษา จังหวัดแพร่¹

เสกสรรค์ ช้างเขียว²

อดุลย์ วุฒิจูรินทร์³

โสภาวดี แสนศิริวงศ์⁴

พิมพ์ใจ สีขาว⁵

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน จังหวัดแพร่ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) ผู้นำชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 25 คน 2) ผู้สูงอายุ จำนวน 306 คน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม และสนทนากลุ่ม นำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบ คือ การดำเนินงานโดยมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของ PAR ได้รับการพัฒนา 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินชุมชนตามแนวคิดของเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก 2) การวิเคราะห์ความต้องการหรือประเด็นที่ต้องพัฒนา 3) การวางแผนพัฒนา 4) การคืนข้อมูลให้ชุมชน และนำเสนอต่อผู้บริหารเพื่อเสนอเป็นนโยบายและนำเข้าเทศบาลฯ 5) การประเมินผลและสะท้อนข้อมูลกลับเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เกิดรูปแบบการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุต้นแบบของจังหวัดแพร่ ตาม 8 องค์ประกอบของเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนต้นแบบ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุหลังการดำเนินงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รายด้าน พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ ภายหลังการดำเนินงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในขณะที่คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.07$)

คำสำคัญ: ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วม คุณภาพชีวิต

¹ บทความวิชาการ

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ อีเมล saksun9721@gmail.com

³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี แพร่

⁴ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

⁵ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่



บทนำ

การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก นับเป็นประเด็นด้านสาธารณสุขที่สำคัญในศตวรรษที่ 21 โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2011) คาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ. 2050 จะมีผู้สูงอายุจำนวนมากกว่า 1,500 ล้านคนทั่วโลก ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2567 ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 20.70 และคาดว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-Aged Society) ในปี พ.ศ. 2578 (กรมการปกครอง, 2567) การเปลี่ยนผ่านนี้มีผลกระทบต่อโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ และระบบสุขภาพของประเทศอย่างมีนัยสำคัญ ผู้สูงอายุมีแนวโน้มประสบปัญหาด้านสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น โรคเรื้อรัง ภาวะสมองเสื่อม ความเหงา ซึมเศร้า และการสูญเสียบทบาททางสังคม ซึ่งล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (Quality of Life) อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (สุวัฒน์ และวิระวรรณ, 2554) เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว รัฐบาลไทยได้กำหนดวิสัยทัศน์ “ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม” และจัดทำข้อตกลงร่วมระหว่าง 7 กระทรวง ผ่านหลักการ 4S ได้แก่ Social Participation, Social Security, Strong Health และ Smart Digital Innovation (สำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2567) นอกจากนี้ ยังได้ผลักดันแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566–2580) เพื่อยกระดับการดูแลแบบองค์รวม โดยเน้นความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน และชุมชน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) หนึ่งในแนวทางสำคัญคือการส่งเสริมให้เกิด “เมืองหรือชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ” (Age-Friendly Cities and Communities: AFCC) ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก ซึ่งกำหนด 8 องค์ประกอบ

หลักในการประเมิน ได้แก่ อาคารและพื้นที่สาธารณะ ที่อยู่อาศัย ระบบขนส่ง การมีส่วนร่วมในสังคม การสื่อสาร การเคารพ และการยอมรับ การจ้างงาน และบริการสุขภาพ (WHO, 2017) หลักการเหล่านี้นมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตอย่างปลอดภัย เข้าถึงการบริการอย่างมีคุณภาพ และยังคงมีบทบาทในชุมชนอย่างมีคุณค่า

งานวิจัยที่ผ่านมาหลายชิ้นชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยการพัฒนาด้านสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพ การศึกษา และสิ่งแวดล้อม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างเป็นรูปธรรม (เขาวเรศ, 2558; เบญจมาศ, 2564; ญัตติกาญจน์, 2567) โดยเฉพาะในบริบทของชุมชนชนบท หรือเมืองขนาดเล็ก การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนอย่างยั่งยืน

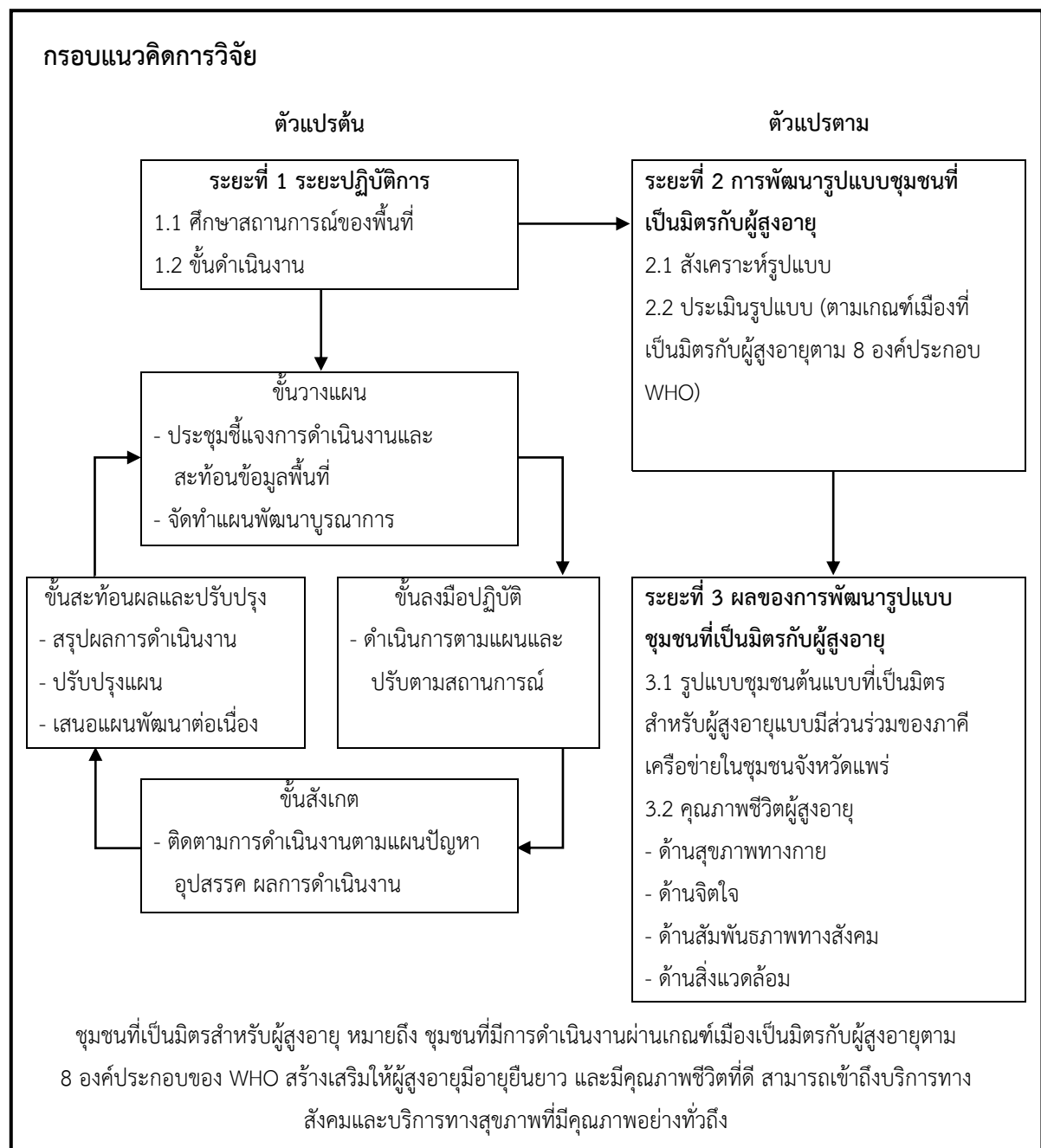
จังหวัดแพร่เป็นหนึ่งในพื้นที่ที่เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ โดยมีประชากรสูงอายุมากถึงร้อยละ 26.87 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในพื้นที่ยังคงเน้นหนักที่มีดีสุขภาพกายโดยขาดแนวทางการที่ครอบคลุมทุกมิติของคุณภาพชีวิต ได้แก่ สุขภาพจิต สังคม สิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ ซึ่งล้วนมีบทบาทต่อความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ และจังหวัดแพร่ ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนารูปแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

กรณีศึกษา จังหวัดแพร่ โดยเลือกพื้นที่ต้นแบบด้วยความสมัครใจ เป็นพื้นที่ต้นแบบในการศึกษา โดยมุ่งเน้นการบูรณาการแนวคิดขององค์การอนามัยโลก สู่การปฏิบัติจริงในระดับพื้นที่ ซึ่งไม่เพียงแต่จะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในมิติต่าง ๆ แต่ยังเป็นต้นแบบที่สามารถขยายผลได้ในจังหวัด ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน งานวิจัยนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลของการดำเนินงานชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

ในจังหวัดแพร่ โดยใช้แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อพัฒนารูปแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนจังหวัดแพร่
- 2) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบของชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนจังหวัดแพร่



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เก็บข้อมูลแบบพหุวิธี คือ เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดำเนินการตามวงจร การวิจัย 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนการวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observing) และการสะท้อนกลับ (reflecting) โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) ขั้นตอนวางแผน 2) พัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนระยะพัฒนารูปแบบ 3) ศึกษาผลของการดำเนินงานตามรูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนต้นแบบ จำนวน 1,121 คน (HDC, 2566) จาก 8 หมู่บ้านในตำบลแม่หล่าย อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่

กลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ปฏิบัติการ ศึกษาสถานการณ์ของพื้นที่ และดำเนินการตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลสถานการณ์ทั่วไปของชุมชนต้นแบบ เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และผู้สูงอายุที่อาศัยในตำบลแม่หล่าย อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของท้องถิ่น เครือข่ายคณะทำงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ ในตำบลต้นแบบ และผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 25 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่มีบทบาทสำคัญในชุมชนและมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้นำชุมชนและผู้เกี่ยวข้องจำนวน 25 คน กลุ่มเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1

ระยะที่ 3 ผลของการพัฒนารูปแบบการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุก่อนและหลังการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลแม่หล่าย อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ จำนวน 306 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) แบบโปรแกรมสุ่มอย่างง่าย เพื่อเลือกตัวอย่างจากรายชื่อผู้สูงอายุในชุมชนต้นแบบ จำนวน 8 หมู่บ้าน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางของ Krejcie & Morgan (1970)

1) เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่ 1. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-85 ปี ประชาชน หรือ เจ้าหน้าที่ที่อาศัยจริงในพื้นที่ตำบลแม่หล่าย 2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 3. สามารถสื่อสาร ได้ตอบ และเข้าใจภาษาไทย และ 4. มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยลงนามในใบยินยอม

2) เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria) ได้แก่ มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร และมีปัญหาด้านการเดินทางเข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) ประยุกต์ใช้ แบบประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการ (สำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2567) ตาม 8 องค์ประกอบ ซึ่งเผยแพร่ให้ใช้ทั่วไปและเป็นที่ยอมรับในระดับสากลและได้รับคำแนะนำโดยผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

2) ประเมินเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI) ของสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล (2554) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็นองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย 7 ข้อ ด้านจิตใจ 6 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 3 ข้อ และด้านสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ การแปลผล คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน เปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้ คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่กลางๆ คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม ไปปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการทำวิจัย จำนวน 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน โดยภายหลังจากได้รับข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับแก้ไข และนำแบบสอบถามมาทดสอบความตรงตามวัตถุประสงค์ โดยการหาค่า IOC (IOC : Index of item objective congruence) รวม ได้ค่าเท่ากับ 0.88 โดยทั้งสองส่วนมีค่าเท่ากับ 0.88 ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในแบบสอบถามและ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาตามแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้

(try out) สอบถามกลุ่มตัวอย่างทดลองในพื้นที่ที่มีพื้นที่วิจัย จำนวน 30 คนเพื่อเป็นการทดสอบการใช้จริงมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยการหา Cronbach's alpha coefficient พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น 0.87

ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย ได้ศึกษาเอกสารและรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน กำหนดรูปแบบ วิธีวิจัยแบบผสมวิธี เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมประเด็นการวิจัย ดังนี้ 1) การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม และประเมินผลรูปแบบ 2) การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการ โดยการประชุมและสนทนากลุ่ม ตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ในแผนการวิจัย 3) นำรายละเอียดที่ได้แต่ละขั้นตอน รวมทั้งผลลัพธ์ที่ได้ จากการพัฒนารูปแบบ นำไปทำรูปแบบนำเสนอผลงานวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้วิเคราะห์

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยมีการจัดระเบียบข้อมูล จัดกลุ่ม จัดประเภท และวิเคราะห์หาข้อสรุป

2) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ หนังสือรับรอง

เลขที่ PPH No. 040/2567 เมื่อ วันที่ 4 มิถุนายน
2567

ผลการวิจัย

การพัฒนาารูปแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในจังหวัดแพร่ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ขั้นตอนการวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observing) และการสะท้อนกลับ (reflecting) ดังนี้

1. ขั้นตอนศึกษาสถานการณ์และขั้นการวางแผน (Planning)

บริบทและสถานการณ์

ข้อมูลทั่วไป ปี พ.ศ. 2567 ตำบลแม่หล่าย อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ ตั้งอยู่ห่างจากที่ว่าการอำเภอเมืองแพร่ 12 กิโลเมตร มีพื้นที่ 13.52 ตารางกิโลเมตร แบ่งเป็น 8 หมู่ มีจำนวน 2,017 หลังคาเรือน มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง มี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 178 คน มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 8 คน มี วัด 3 วัด ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1 ศูนย์ฯ สถานศึกษา 3 แห่ง อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร การปลูกข้าว และค้าขายและบริการ สภาพเศรษฐกิจฐานะปานกลาง รายได้ครัวเรือนเฉลี่ย 4,500 - 8,000 บาทต่อเดือน มีจำนวนประชากร จำนวน 4,327 คน เป็นผู้สูงอายุ 1,121 คน คิดเป็นร้อยละ 25.60 ของประชากร แบ่งความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันพื้นฐาน (Activity of Daily Living: ADL) เป็นกลุ่มติดสังคม 1,059 คน คิดเป็นร้อยละ 94.47 ติดบ้าน 50 คน คิดเป็น ร้อยละ 4.46 ติดเตียง 12 คน คิดเป็นร้อยละ 1.07 (HDC,2567) จากการประเมินสถานการณ์ชุมชนผู้สูงอายุตาม 8 องค์ประกอบ โดยการระดมความเห็นจากภาคีเครือข่ายและประชาคมหมู่บ้าน เพื่อกำหนด

ประเด็นปัญหาและแนวทางพัฒนา โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน หน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชมรมผู้สูงอายุ และ อสม. เบื้องต้นพบว่า

1) อาคารสถานที่และบริเวณภายนอกอาคารสถานที่สาธารณะที่ผู้สูงอายุใช้บริการหรือรวมกลุ่มเป็นส่วนใหญ่ เช่น วัด โรงเรียนผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ ที่ทำการเทศบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบริเวณพื้นที่ภายนอกอาคารและตัวอาคารมีความสะอาด ปลอดภัย แต่ยังขาดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ที่จอดรถ ป้ายบอกทางห้องน้ำ ราวจับในห้องน้ำ ป้ายบอกทางต่างระดับ ที่นั่งรอสำหรับผู้สูงอายุ

2) ระบบขนส่งและยานพาหนะในชุมชนเป็นชุมชนกึ่งเมือง มีบริการขนส่งสาธารณะที่สะดวกและเหมาะสม และบริการพิเศษต่าง ๆ อย่างครบถ้วน ในกรณีที่ขนส่งสาธารณะไม่เพียงพอ ยังมีบริการขนส่งเสริม แต่ยังขาดในเรื่อง ปรับปรุงเส้นทางให้ชัดเจน และที่จอดรถ และจุดรับ-ส่งพิเศษสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ

3) ที่อยู่อาศัย จากบริบทของชุมชนกึ่งเมืองจึงพบว่าบ้านส่วนใหญ่ในชุมชนเอื้อต่อความปลอดภัยและความสะดวกสบายของผู้สูงอายุ มีความมั่นคงและปลอดภัย แต่ยังมีบางบ้านที่ต้องปรับปรุงในส่วนของราวจับบันได มีห้องส้วมเป็นแบบนั่งราบหรือชักโครก และมีราวจับห้องน้ำ รวมถึงการสนับสนุนงบประมาณให้สำหรับผู้สูงอายุในกลุ่มเปราะบาง

4) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ในชุมชนที่เป็นแบบกึ่งเมืองซึ่งมีต้นทุนเดิมในพื้นที่ ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในชุมชนสูง ในกิจกรรมตามขนบธรรมเนียมและประเพณีของท้องถิ่น ในวันสำคัญต่างๆ และการเข้าร่วมกิจกรรมของตำบล



อำเภอ และจังหวัด ควรเพิ่มกิจกรรมที่หลากหลาย และจูงใจให้ผู้สูงอายุกลุ่มต่าง ๆ ได้มาร่วมงาน รวมถึงส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่แยกตัวหรือเสี่ยงต่อการอยู่อย่างโดดเดี่ยวออกมาร่วมกิจกรรมในชุมชน

5) การให้ความเคารพและการยอมรับ เป็นชุมชนที่ให้ความเคารพผู้สูงอายุ อย่างสูงและมีการสนับสนุน และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำโครงการ และกิจกรรมต่างๆ ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม และสามารถแสดงความคิดเห็นในการจัดกิจกรรมสำคัญของชุมชน

6) การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน พบว่าได้ให้โอกาสผู้สูงอายุสร้างอาชีพและพัฒนาความสามารถของผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการฝึกอบรมหลังเกษียณอายุราชการในด้านต่าง ๆ โดยให้คำแนะนำและมีคำตอบแทนที่เหมาะสม แต่ยังคงขาดประเด็นในการสื่อสารรณรงค์และการรับรู้ หรือสร้างโอกาสในการจ้างงาน และมีการส่งเสริมการจ้างงานในผู้สูงอายุตามความเหมาะสม

7) การสื่อสารและการให้ข้อมูล ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและสวัสดิการทางสังคม มีการสื่อสารทางเสียงตามสาย และการจัดกิจกรรมอบรมในพื้นที่ แต่ในพื้นที่ยังขาดการเข้าถึงในช่องทางดิจิทัล โดยผู้สูงอายุที่ยังไม่มีมือถือและอินเทอร์เน็ตไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลส่วนนี้ได้

8) การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้การดูแลในระบบปฐมภูมิ ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและฟื้นฟู โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน และติดเตียงได้รับการดูแลระยะยาว (Long Term Care) รวมถึงจัดกิจกรรมร่วมกับโรงพยาบาลแพร์ในการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในพื้นที่ แต่ทั้งนี้ยังขาดนักกายภาพบำบัด และกายอุปกรณ์ เป็นต้น

หลังจากขั้นตอนการสำรวจสถานการณ์ ได้จัดประชุมคืบข้อมูลของชุมชน และชี้แจงแนวทางการประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของตำบลต้นแบบ ให้กับ ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่และมีการจัดทำแผนบูรณาการร่วมกันโดยที่ ในการประสานงานในพื้นที่

2. ขั้นตอนปฏิบัติ (Acting)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนหลักในการดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานร่วมกันกับหน่วยงานภาครัฐ ชมรมผู้สูงอายุ และโรงเรียนผู้สูงอายุ ในพื้นที่ ดำเนินการพัฒนาตามแผนใน 8 องค์ประกอบ เช่น การปรับพื้นที่สาธารณะให้ปลอดภัย การติดตั้งราวจับในห้องน้ำการเพิ่มไฟส่องสว่างและป้ายบอกทาง การจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม ด้านบริการสุขภาพได้พัฒนาแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน-ติดเตียง และจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านโดยอสม. และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การดำเนินการเป็นไปตามบทบาทของแต่ละหน่วยงานและยึดตามความต้องการของชุมชน

3. ขั้นตอนการสังเกต (Observing)

จากการสังเกตและสะท้อนการดำเนินงาน จนสามารถขับเคลื่อนเป็นชุมชนต้นแบบเป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ ตาม 8 องค์ประกอบ พบว่าพื้นที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยมีข้อค้นพบปัจจัยที่ทำให้การพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ ดังนี้ 1) ด้านการเป็นผู้นำ ผู้นำท้องถิ่นและชุมชนให้ความสำคัญ ตระหนักถึงปัญหามีวิสัยทัศน์ 2) กำหนดเป้าหมายพัฒนาไปทิศทางเดียวกัน 3) ด้านการจัดการงบประมาณและทรัพยากร ขอสนับสนุนงบประมาณทั้งจากภาครัฐ

เอกชน และภาคีเครือข่าย และมีสถานที่ประจำใน
ประชุมปรึกษาในการดำเนินงาน 4) ด้านการจัดการ
ความรู้ มีวิทยากรที่มีความรู้และสามารถถ่ายทอด
ข้อมูลสุขภาพ และมีเทคโนโลยีช่วยพัฒนาด้านตลาด
และสินค้า 5) ด้านการมีส่วนร่วมและภาคีเครือข่าย
ในชุมชนและนอกชุมชนร่วมขับเคลื่อน และเรียนรู้
ร่วมกัน ซึ่งเครือข่ายในชุมชนได้เสนอแผนงาน
โครงการนำเข้าสู่เทศบาลฯ เพื่อขอรับสนับสนุน
งบประมาณอย่างยั่งยืน อุปสรรคในการทำงานซึ่งมี
ภาคีเครือข่ายในการดำเนินร่วมกัน ระยะเริ่ม
ดำเนินงานต้องให้คณะทำงานเห็นความสำคัญของ
ปัญหาในพื้นที่ และรับรู้ปัญหา และเลือก
องค์ประกอบที่จะพัฒนาร่วมกันในการพัฒนาด้าน
โครงสร้างและสิ่งแวดล้อมต้องใช้งบประมาณในการ
ดำเนินงานต้องใช้ระยะเวลาในการปรับปรุง และ
ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4. ขั้นตอนสะท้อนกลับ (Reflecting)

4.1 การประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ
และผู้พิการ (สำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2567)
จากผู้ส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ จำนวน 25 คน พบว่า
ผ่านเกณฑ์ครบทั้ง 8 องค์ประกอบ ภาพรวมพบผ่าน
เกณฑ์ในระดับดีมากที่สุด 90.05 คะแนน
องค์ประกอบในระดับดีมากที่สุด โดยเฉพาะด้าน
อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก (99.56 คะแนน)
และการให้ความเคารพและการยอมรับ (98.02
คะแนน) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (96.42
คะแนน) บริการชุมชนและบริการสุขภาพ (95.61
คะแนน) การสื่อสารและการให้ข้อมูล (90.78
คะแนน) การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและ
การจ้างงาน (90.35 คะแนน) องค์ประกอบที่ผ่าน
เกณฑ์ระดับดีมาก ได้แก่ ด้านที่อยู่อาศัย (80.11
คะแนน) และองค์ประกอบที่ผ่านเกณฑ์ระดับดี
ได้แก่ ระบบขนส่งและยานพาหนะ (73.37 คะแนน)

มีการคืนข้อมูลให้กับผู้บริหาร ชุมชนและ
ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง พร้อมกับรับฟังข้อคิดเห็น
ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
ให้ครอบคลุมในพื้นที่โดยการนำแผนงานโครงการ
เข้าสู่แผนพัฒนาท้องถิ่นในเทศบาลฯ อนุมัติขอรับ
งบประมาณในปีต่อไป

รูปแบบ คือ การดำเนินงานโดยมีส่วนร่วม
ของชุมชน และภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน
โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนหลักใน
การดำเนินงานและประสานงาน สรุป 5 ขั้นตอน
ดังนี้ 1) การประเมินชุมชนตามแนวคิดของเมือง
ที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก
วิเคราะห์ข้อมูลตาม 8 องค์ประกอบของ WHO
โดยการจัดประชุมผู้นำท้องถิ่น ผู้นำชุมชนและ
ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสำคัญของชุมชนในการดูแล
ผู้สูงอายุ ให้ทราบนโยบายและความสำคัญของการ
ดำเนินงาน วิเคราะห์สถานการณ์ของชุมชนและ
จุดที่ต้องพัฒนาตาม 8 องค์ประกอบของเมือง
ที่เป็นมิตร 2) การวิเคราะห์ความต้องการหรือ
ประเด็นที่ต้องพัฒนา โดยให้ชุมชนตกลงร่วมกันใน
การเรียงลำดับความสำคัญของการพัฒนาใน
องค์ประกอบที่จะพัฒนา 3) การวางแผนพัฒนา
จัดทำแผนพัฒนาในระยะ 1 ปี 3 ปี และมอบหมาย
ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนหลักในการ
จัดทำและประสานแผนการดำเนินงานในการพัฒนา
และมอบหมายให้หน่วยงาน ชมรมหรือโรงเรียนใน
พื้นที่รับผิดชอบตามแผนที่จัดทำไว้ 4) การคืนข้อมูล
ให้ชุมชน และนำเสนอแผนต่อผู้บริหารเพื่อเสนอเป็น
นโยบายและนำเข้าสู่เทศบาลฯ ประชุมผู้นำท้องถิ่น
ผู้นำชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสำคัญของชุมชนใน
การดูแลผู้สูงอายุ สรุปผลการดำเนินงานตามแผน
หาจุดเด่นและจุดด้อยของแผน และข้อเสนอแนะ
ที่จะพัฒนาต่อ และนำแผนงานที่ต้องใช้งบประมาณ

ที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องเข้าสู่แผนพัฒนาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อขอรับรองประมาณ 5) การประเมินผลและสะท้อนข้อมูลกลับเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนและมีการวิเคราะห์การดำเนินงานตามแผนที่ได้กำหนดการพัฒนาบรรลุตามวัตถุประสงค์หรือไม่ และประเมินผลตามเกณฑ์ใน 8 องค์ประกอบเมืองที่เป็นมิตรของผู้สูงอายุ และหาจุดพัฒนาเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ครบตามเกณฑ์ต่อไป

4.2 ผลของการพัฒนารูปแบบของชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผลของการพัฒนารูปแบบของชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุ จำนวน 306 คน จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 197 คน ร้อยละ 64.40 มีอายุเฉลี่ย 69.17 ปี (S.D. = 6.40) ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา จำนวน 229 คน ร้อยละ 74.80 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 149 คน ร้อยละ 48.70 การพักอาศัย ส่วนใหญ่ อยู่กับคู่สมรส จำนวน 95 คน ร้อยละ 31.00 รองลงมาอยู่กับลูกจำนวน 85 คน ร้อยละ 27.80 ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้จ่าย จำนวน 108 คน ร้อยละ 35.50 ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน จำนวน 85 คน ร้อยละ 27.80

ส่วนที่ 2 ผลของการพัฒนารูปแบบของชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การประเมินผลกระทบของรูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดำเนินการโดยใช้แบบสอบถาม WHOQOL – BREF – THAI ฉบับภาษาไทย ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติหลัก ได้แก่ สุขภาพกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม การวิเคราะห์ผลลัพธ์เปรียบเทียบกับก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า

คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ จากค่าเฉลี่ยก่อนดำเนินการ 88.87 คะแนน เป็น 90.84 คะแนนหลังการดำเนินงาน ($p = 0.02$) โดยมีรายละเอียดแต่ละด้านดังนี้ 1) ด้านจิตใจ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 22.27 เป็น 22.89 ($p = 0.02$) สะท้อนถึงสุขภาวะจิตที่ดีขึ้น อาจเป็นผลจากการสื่อสาร กิจกรรมที่ให้ความเคารพและการยอมรับ และกิจกรรมที่มีความหมายทางด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คะแนนเพิ่มขึ้นจาก 9.14 เป็น 11.16 ($p < 0.00$) เป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงคุณภาพที่ชัดเจน โดยเฉพาะการมีกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุผ่านชมรม และโรงเรียนผู้สูงอายุ และการได้รับการยอมรับจากชุมชนด้านสิ่งแวดล้อม คะแนนเพิ่มขึ้นจาก 27.82 เป็น 28.46 ($p = 0.03$) แสดงถึงการเข้าถึงบริการสาธารณะ สิ่งอำนวยความสะดวก และความรู้สึกปลอดภัยในที่อยู่อาศัยที่ดีขึ้น ด้านสุขภาพกาย แม้คะแนนเฉลี่ยจะเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 23.06 เป็น 23.55 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.07$) ซึ่งอาจเป็นเพราะข้อจำกัดของระยะเวลาการดำเนินงาน โดยสุขภาพกายต้องใช้ intervention และระยะเวลานานกว่าจะเกิดผลชัดเจน



ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวมของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาแบบของชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตร (n = 306)

คุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุ	ก่อนได้รับการพัฒนาแบบ			หลังได้รับการพัฒนาแบบ			t	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
1. ด้านสุขภาพกาย	23.06	3.23	กลางๆ	23.55	3.65	กลางๆ	1.82	0.07
2. ด้านจิตใจ	22.27	3.68	กลางๆ	22.89	3.23	กลางๆ	2.36	0.02*
3. สัมพันธภาพทางสังคม	9.14	1.62	กลางๆ	11.16	1.57	กลางๆ	16.32	0.00*
4. สิ่งแวดล้อม	27.82	4.01	กลางๆ	28.46	3.60	กลางๆ	2.21	0.03*
โดยรวม	88.87	11.37	กลางๆ	90.84	11.08	กลางๆ	2.27	0.02*

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value 0.05

การอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ภายใต้กรอบแนวคิดชุมชนเป็นมิตรกับผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก ทั้ง 8 องค์ประกอบ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน ด้านจิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมผ่านชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมือง การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และการปรับสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยและเอื้อต่อการดำรงชีวิต ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานของเบญจมาศ เมืองเกษม (2564) ที่ศึกษารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย โดยเน้นการพัฒนาครอบคลุมทั้ง 8 องค์ประกอบตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก และปรับประยุกต์ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทชุมชน โดยชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นพลังขับเคลื่อนหลัก พบว่าสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจนนอกจากนี้ ยังมีความสอดคล้องกับการศึกษา

ของนาฏสินี ชัยแก้ว และมยุรี บุญทัด (2567) ที่ชี้ให้เห็นว่าการเตรียมความพร้อมของชุมชนเพื่อรองรับสังคมสูงวัยในเขตสุขภาพที่ 3 มีความสำเร็จในระดับสูงเมื่อชุมชนและภาคีเครือข่ายร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยเฉพาะวัดและพระอาวาสสมัครส่งเสริมสุขภาพ มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่

การที่คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุในชุมชนต้นแบบจังหวัดแพร่ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการดำเนินงานบ่งชี้ว่า รูปแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น มีผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในด้านจิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม เกิดจากการเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ และโรงเรียนผู้สูงอายุซึ่งสามารถช่วย ลดความเหงา และสร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในฐานะพลเมือง และการจ้างงาน ช่วยเพิ่มรายได้และคุณค่าในตนเอง และการพัฒนาระบบการสื่อสารและการให้ข้อมูลที่เข้าถึงง่าย ช่วยลดความวิตกกังวลเวลาผู้สูงอายุมีปัญหา ในด้านสัมพันธภาพทางสังคมดีขึ้นอาจมาจากการที่ผู้สูงอายุได้รับการเคารพและยอมรับ



เป็นส่วนหนึ่งของสังคมและการมีโอกาสดำเนินงานหรือเป็นอาสาสมัครช่วยให้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น คุณภาพชีวิตในด้านสิ่งแวดล้อมเพิ่มมาจากการปรับปรุงอาคารสถานที่และบริเวณภายนอกและที่อยู่อาศัยให้สะอาดและปลอดภัย การสร้างสภาพแวดล้อมที่น่าอยู่และการจัดการขยะที่ดี ส่งผลให้สภาพแวดล้อมในชุมชนดีขึ้น เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตในด้านดังกล่าวดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวเรศ แดงจวง (2558) ที่พบว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตทางจิตใจ สิ่งแวดล้อม และร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของอรสุตา ดันตยานนท์ และแดนวิชัย สายรักษา (2566) ที่ศึกษาในจังหวัดมหาสารคามพบว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญด้านสิ่งแวดล้อมและสังคมสูงกว่าด้านสุขภาพกายและจิตใจ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของบริบทชุมชนในการกำหนดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเอง สำหรับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสุขภาพกาย ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากระยะเวลาการดำเนินงานยังไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพกายอย่างชัดเจน การปรับเปลี่ยนด้านสุขภาพกาย ต้องอาศัยกิจกรรมเฉพาะเจาะจงและต่อเนื่อง เช่น โปรแกรมออกกำลังกาย การส่งเสริมโภชนาการ และการจัดการโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังคงสะท้อนแนวโน้มที่ดีในด้านสุขภาพกาย ซึ่งอาจเห็นผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญมากขึ้นหากมีการดำเนินงานต่อเนื่องในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับงานของ สุนทร หาญศึก (2567) ที่ชี้ว่าการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพกายจำเป็นต้องอาศัยระยะเวลายาวนาน และกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจงอย่างเป็นระบบ

การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเฉพาะในขั้นตอนการสะท้อนกลับและคืนข้อมูลสู่ชุมชน นำไปสู่การสร้างพื้นที่เรียนรู้และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับงานของณัฐติกาญจน์ สุวรรณเทพ และคณะ (2567) ที่ระบุว่าการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน สามารถพัฒนากระบวนการและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ดีขึ้นในทุกมิติ

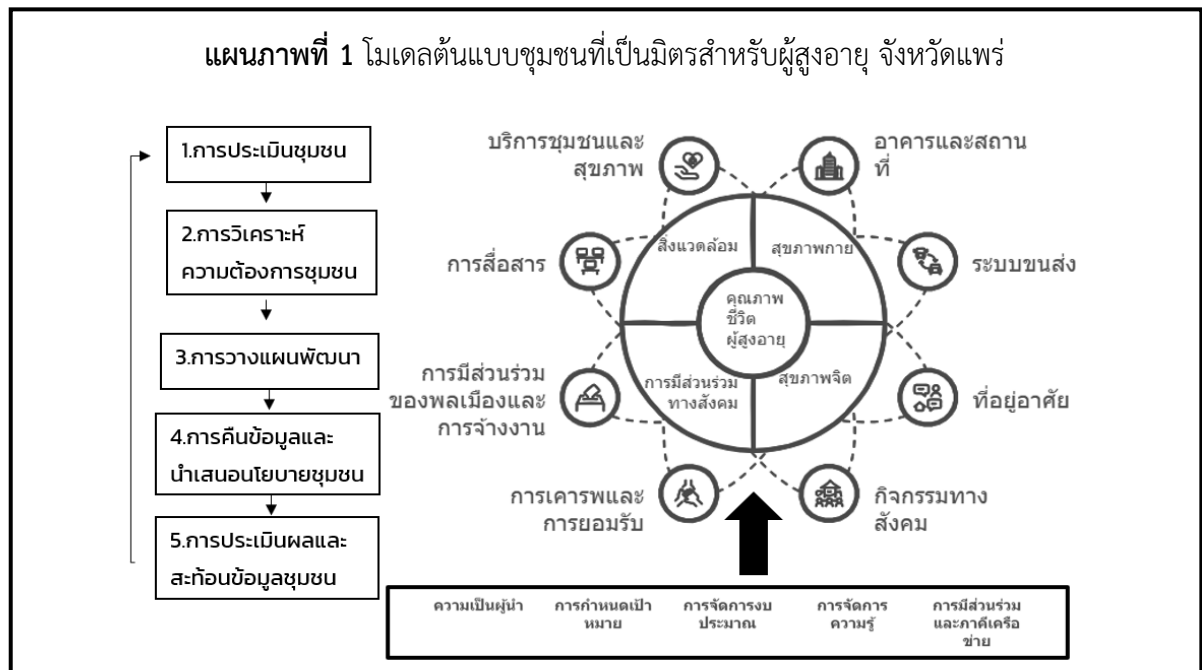
โดยสรุป ผลการศึกษาสะท้อนว่า การพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่ประยุกต์ให้เข้ากับบริบทของชุมชน สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะในมิติที่เกี่ยวข้องกับสังคม สิ่งแวดล้อม และจิตใจ ซึ่งเป็นแนวทางที่ควรส่งเสริมและขยายผลไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน เพื่อส่งเสริมการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

สรุปผลการศึกษา

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมกับกระบวนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เป็นกลไกหลักที่ทำให้เกิดรูปธรรมในการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุของจังหวัดแพร่ โดยเฉพาะใน 5 องค์ประกอบสำคัญได้แก่ 1) ด้านการเป็นผู้นำ ผู้นำท้องถิ่นและชุมชนให้ความสำคัญ ตระหนักถึงปัญหามีวิสัยทัศน์ 2) กำหนดเป้าหมาย พัฒนาไปทิศทางเดียวกัน 3) ด้านการจัดการงบประมาณและทรัพยากร ขอสนับสนุนงบประมาณทั้งจากภาครัฐ เอกชน และภาคีเครือข่าย และมีสถานที่ประจำในประชุมปรึกษาในการดำเนินงาน 4) ด้านการจัดการความรู้ มีวิทยากรที่มีความรู้และสามารถ

ถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพ และมีเทคโนโลยีช่วยพัฒนา
ด้านตลาดและสินค้า 5) ด้านการมีส่วนร่วมและภาคี
เครือข่ายในชุมชนและนอกชุมชน ร่วมขับเคลื่อน
และเรียนรู้ร่วมกัน โดยมีการดำเนินงานแบบมีส่วน
ร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ
ภาคเอกชน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของ PAR
ในวงจร 5 ขั้นตอน ที่สำคัญได้แก่ 1) การประเมิน
ชุมชนตามแนวคิดของเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ
ขององค์การอนามัยโลก 2) การวิเคราะห์ความ
ต้องการหรือจุดที่ต้องพัฒนา 3) การวางแผนพัฒนา

4) การคืนข้อมูลให้ชุมชน และนำเสนอต่อผู้บริหาร
เพื่อเสนอเป็นนโยบายและนำเข้าเทศบัญญัติ
5) การประเมินผลและสะท้อนข้อมูลกลับเพื่อการ
พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตามแผนภาพที่ 1 ส่งผลให้
ผลการประเมินชุมชนต้นแบบใน 8 องค์ประกอบ
ขององค์การอนามัยโลก อยู่ในระดับ “ดีมากที่สุด”
ซึ่งสะท้อนศักยภาพของชุมชนต้นแบบ ในการ
ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างรอบด้าน และ
ควรนำไปขยายผลในระดับจังหวัดต่อไป



ข้อเสนอแนะ

1. การนำารูปแบบชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตร
สำหรับผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายใน
ชุมชน เป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพและ
สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนได้
จึงเป็นแนวทางขยายไปในชุมชนอื่นๆของจังหวัด
แพร่ โดยปรับให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่
ตามความเหมาะสมของชุมชน

2. การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วม
ของภาคีเครือข่ายในชุมชนอย่างต่อเนื่องและ

เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีส่วนร่วมในการ
ตัดสินใจ ในกิจกรรมต่างๆ จะช่วยให้กิจกรรมตรง
ตามความต้องการของผู้สูงอายุ

3. การบรรจุแผนการพัฒนาชุมชนที่เป็นมิตร
กับผู้สูงอายุเข้าไว้ในแผนพัฒนาหรือเทศบัญญัติ
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะมีงบประมาณ
ที่เพียงพอเพื่อให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและ
ยั่งยืน

4. เพิ่มการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง
เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายแก่ผู้สูงอายุ



เพิ่มเป็นองค์ประกอบที่ 9 ในการดำเนินงานชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.นิพัทธ์พงษ์ แสงด้วง นางสาวปริยารัตน์ จิระพงษ์สุวรรณ และนางสายฝน อินศรีชื่น ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่และคณะผู้บริหารที่ให้การสนับสนุน รวมทั้ง นายกเทศมนตรีเทศบาลแม่หล่ายและคณะเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ และโรงเรียนผู้สูงอายุที่ให้การสนับสนุน ประสานการเก็บข้อมูล และอาสาสมัครทุกท่านที่เสียสละเวลาให้ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). สถิติของผู้สูงอายุของประเทศไทย 77. ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2566.

<http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/275>

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580).

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

<https://www.dop.go.th/th/laws/1/28/843>

ณัฐติกาญจน์ สุวรรณเทพ, มาลินี เอี่ยมคง และสุพรรณรัตน์ รินสาธ. (2567). การพัฒนารูปแบบชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 4. วารสารศูนย์

อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี, 12(2), 36-52.

นาฏสินี ชัยแก้ว, & มยุรี บุญทด. (2567). การพัฒนารูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 3. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 18(1), 368-379.

บุญเชิด หนูอิม. (2561). ศักยภาพเชิงพื้นที่ของเทศบาลเมืองแสนสุขเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ. รายงานการวิจัย, วิทยาลัยบูรพา.

<https://buuir.buu.ac.th/handle/1234567890/3969>

เบญจมาศ เมืองเกษม. (2564). รูปแบบเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุในเขตตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสาร มจร. มนุษยศาสตร์ปริทรรศน์, 7(1), 240-254.

เยาวเรศ แดงจวง. (2558). แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. ราชภัฏเพชรบูรณ์สาร, 16(2), 85-93.

ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข. (2567). ร้อยละของ Healthy Ageing ปีงบประมาณ 2567 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 17 มกราคม 2567].

สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง.

(2567). ประชากรรายอายุ. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย.

<https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/displayData>



- สุนทร หาญศึก. (2567). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต
ของผู้สูงอายุตำบลลุง อำเภอกันทรลักษ์
จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนา
สุขภาพศรีสะเกษ*, 3(1), 1-12.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และวิระวรรณ ตันติพิวัฒน
สกุล. (2554). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต
องค์การอนามัยโลก ฉบับย่อ ฉบับ
ภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI).*
โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการ
สำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่.
- อรสุดา ตันตยานนท์ และแดนวิชัย สายรักษา.
(2566). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุในเทศบาลเมืองมหาสารคาม
จังหวัดมหาสารคาม. *Interdisciplinary
Academic and Research Journal*,
3(6), พฤศจิกายน-ธันวาคม, 385-398.
- Cohen, J. M. (1980). *Participation's place in
rural development: Seeking clarity
through specificity.* World
Development.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970).
*Determining sample size for
research activities.* Educational
and Psychological Measurement,
30, 607-610.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The
action research planner.* Deakin
University Press.
- World Health Organization. (2017). The
WHO age-friendly cities framework
[Internet].
<https://extranet.who.int/agefriendl>
[yworld/agefriendly-cities-
framework/](https://extranet.who.int/agefriendlyworld/agefriendly-cities-framework/)
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (2000).
Participatory Action Research. In N.
Denzin & Y. Lincoln (Eds.),
Handbook of Qualitative Research
(2nd ed., pp. 567-605). Sage.

Effectiveness of application for fluid replacement and blood management during surgery¹

Sakkrid Prasitsuppakarn²
Chiraporn Tachaudomdach³
Prasertsak Khorhongklang⁴

Received: 11 April 2025

Accepted: 30 June 2025

Abstract

Fluid replacement and blood management are crucial roles of nurse anesthetists during surgery, significantly impacting patient survival. Developing an application to assist in fluid and blood management calculations is essential. This quasi-experimental research aimed to study 1) the effectiveness of a fluid replacement and blood management application during surgery and 2) nurse anesthetists' satisfaction with the application. The sample included 39 nurse anesthetists from the anesthesiology department of Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, selected through systematic sampling. Data collection tools consisted of a test and an opinion questionnaire, validated by six experts with a content validity index ranging from 0.83 to 1.00 and reliability ranging from 0.81 to 0.87. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The results showed that the average time for manual calculations was 4.09 minutes, while the application significantly reduced the calculation time to 0.22 minutes ($p < 0.05$, $p = 0.00$). Nurse anesthetists' satisfaction with the application was at a highest level across all aspects (mean = 4.79 ± 0.40), including convenience, speed, accuracy, and applicability in both emergency and routine situations. This study demonstrates that the application effectively enhances operational efficiency and patient safety.

Keywords: Fluid Replacement, Blood Management, Application

¹ Academic Article

² Nurse Anesthetist, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Email: sakkrid2555@gmail.com

³ Medical Nursing, Faculty of Nursing Chiang Mai University Tachaudomdach

⁴ Chakkarat Hospital, Nakhonratchasima

ประสิทธิผลของแอปพลิเคชันสำหรับการทดแทนสารน้ำและการจัดการการให้เลือด ในระหว่างการผ่าตัด¹

ศักดิ์กฤษณ์ ประสิทธิ์ศุภการ²

จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช³

ประเสริฐศักดิ์ ขอห้องกลาง⁴

บทคัดย่อ

การทดแทนสารน้ำและการจัดการการให้เลือดเป็นบทบาทสำคัญของวิสัญญีพยาบาลในระหว่างการผ่าตัด ซึ่งมีความจำเป็นต่อการช่วยชีวิตผู้ป่วย การพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อสนับสนุนการคำนวณการทดแทนสารน้ำและการจัดการการให้เลือดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ประสิทธิผลของแอปพลิเคชันสำหรับการทดแทนสารน้ำและการจัดการการให้เลือดในระหว่างการผ่าตัด และ 2) ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้งานแอปพลิเคชัน โดยใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว กลุ่มตัวอย่างเป็นวิสัญญีพยาบาลจำนวน 39 คน จากแผนกวิสัญญี โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบทดสอบและแบบสอบถามความคิดเห็น ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าความตรงระหว่าง 0.83-1.00 และค่าความเที่ยงแบบสอบถามความคิดเห็นอยู่ระหว่าง 0.81-0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า เวลาเฉลี่ยในการคำนวณด้วยมืออยู่ที่ 4.09 นาที ขณะที่การคำนวณด้วยแอปพลิเคชันใช้เวลาเฉลี่ยเพียง 0.22 นาที ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $p = 0.00$) ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้งานแอปพลิเคชันอยู่ในระดับมากที่สุดในทุกด้าน (ค่าเฉลี่ย 4.79 ± 0.40) ซึ่งรวมถึงความสะดวก รวดเร็ว ความถูกต้อง และการใช้งานในสถานการณ์เร่งด่วนและปกติ การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าแอปพลิเคชันสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: การทดแทนสารน้ำ การให้เลือด แอปพลิเคชัน

¹ บทความวิชาการ

² วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา อีเมล sakkridd2555@gmail.com

³ กลุ่มวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

⁴ โรงพยาบาลจักราช จังหวัดนครราชสีมา

บทนำ

การพัฒนาประเทศตามนโยบายไทยแลนด์ 4.0 ให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมอุตสาหกรรม การแพทย์ ซึ่งเป็นกลไกขับเคลื่อนเศรษฐกิจและ พัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพ นานาชาติ (Medical Hub) และยังสร้างโอกาส ให้แก่อุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น ผลิตภัณฑ์ สมุนไพร เวชภัณฑ์ยา อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์และ แพลตฟอร์มบริการดิจิทัล (กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ซึ่งจะผลักดัน ให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่การเป็นศูนย์กลางสุขภาพ นานาชาติอย่างเต็มรูปแบบ และการพัฒนาที่มีความ ยั่งยืนต้องมีการปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง ของสังคมโลก เช่น บริการทางการแพทย์ที่ซับซ้อน หรือใช้เทคโนโลยีขั้นสูง ดังนั้นการพัฒนาระบบ บริการทางการแพทย์และนวัตกรรมผ่านเทคโนโลยี สารสนเทศที่ดี ต้องสามารถตอบสนองต่อปัญหา สุขภาพ และสนับสนุนผู้ดูแล ผ่านแพลตฟอร์มต่าง ๆ ทำให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงข้อมูลต่างๆได้อย่าง สะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง และสามารถใช้ประกอบการ ตัดสินใจได้ทันที และเป็นระบบสารสนเทศที่ทันสมัย และมีมาตรฐานเทียบเท่าสากล

ปัจจุบันการใช้ระบบการแพทย์ดิจิทัล (Digital Health) เป็นความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี คอมพิวเตอร์และสารสนเทศ ที่นำมาใช้ด้านบริการ สุขภาพซึ่งเป็นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและบริการ สารสนเทศ และเทคโนโลยีด้านการสื่อสาร ที่เชื่อมโยงระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ป่วย ช่วยให้การบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาล มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เป็นการยกระดับคุณภาพ ทางการแพทย์และการให้บริการด้านสาธารณสุข (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ตัวอย่างการให้บริการในกลุ่มการแพทย์

ดิจิทัล เช่น การให้คำปรึกษาทางการแพทย์ ผ่านการวิดีโอคอล การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ในด้านการแพทย์ผ่านระบบออนไลน์ ซึ่งได้มีการ พัฒนาระบบปัญญาประดิษฐ์ (Artificial intelligence) ที่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลภายใน ระยะเวลาอันรวดเร็วรวมกับการนำอุปกรณ์ อิเล็กทรอนิกส์มาใช้ในการเชื่อมโยงข้อมูลของ อุปกรณ์ในชีวิตประจำวัน เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยใน ทุกมิติ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและ ควบคุมโรค การดูแลรักษาพยาบาล และการฟื้นฟู สมรรถภาพ

มิติด้านการดูแลรักษาพยาบาลในด้านการ รักษาด้วยวิธีผ่าตัดถือเป็นการรักษาที่สำคัญและ ปัจจุบันมีการทำหัตถการเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จากข้อมูลของกองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2567) พบว่าในปี พ.ศ. 2567 มียอดผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดในทุกกลุ่มโรคทั้ง ประเทศจำนวน 1,734,081 ราย และผู้ป่วยที่มารับ บริการผ่าตัดในทุกกลุ่มโรคในโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา จำนวน 37,368 ราย ซึ่งถือเป็น โรงพยาบาลศูนย์ที่มีการให้บริการผ่าตัดเป็นอันดับ ต้นของประเทศไทย ซึ่งการเตรียมผู้ป่วยทั้งระยะ ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังการผ่าตัดถือเป็นสิ่ง ที่สำคัญยิ่ง และปัจจัยที่สำคัญในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อ การผ่าตัด คือ การรักษาสมดุลของสารน้ำในร่างกาย เพราะสมดุลของสารน้ำ เกลือแร่ และเลือดใน ร่างกายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำรงชีวิตของ มนุษย์ ความผิดปกติของสารน้ำ เกลือแร่ และเลือด นำมาซึ่งความผิดปกติในการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งบางภาวะอาจทำให้เกิดอันตรายถึง ชีวิตได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยขณะได้รับการ ระบายความรู้สึก (อังกาบ ปราการรัตน์ และคณะ, 2556) การงดสารน้ำตั้งแต่ระยะก่อนให้การระงับ

ความรู้สึกร่วมกับภาวะเจ็บป่วยอื่นที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะพร่องสารน้ำอาจทำให้เกิดภาวะความดันเลือดต่ำระหว่างการผ่าตัด เป็นภาวะที่พบได้บ่อยมากระหว่างให้การระงับความรู้สึก บุคลากรวิสัญญีที่ดูแลผู้ป่วยต้องให้การวินิจฉัย หาสาเหตุและรักษาโดยเร็ว หากทิ้งไว้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่นสมองขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ไตวายเฉียบพลัน และพัฒนาเป็นความเสียหายระยะยาวได้ และหากเกิดขึ้นแล้วจะส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (กษมา รักษาภณ, 2565) วิสัญญีพยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญในการทดแทนสารน้ำและการจัดการการให้เลือดเป็นอย่างยิ่ง

จุดมุ่งหมายที่สำคัญในการให้สารน้ำคือการทำให้ผู้ป่วยคงระบบการไหลเวียนเลือดที่ดีสามารถส่งเลือดไปเลี้ยงยังอวัยวะต่างๆ และขนส่งออกซิเจนได้อย่างเพียงพอ (Heather A. Wallace, Hariharan Regunath. , 2023) โดยทั่วไปนิยมให้สารน้ำ balance salt ที่ไม่มีน้ำตาลในการทดแทนสารน้ำให้แก่ผู้ป่วยซึ่งมีหลายจุดประสงค์และนำค่าที่ได้มารวมกันเพื่อทดแทนให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ สูตร Maintenance fluid ใช้สูตรของ Holliday and Segar ซึ่งปรับตามความต้องการทางเมตาบอลิกของแต่ละคนโดยใช้กฎ 4-2-1 สูตร Deficit fluid ให้เพื่อทดแทนภาวะขาดสารน้ำจากการงดน้ำและงดอาหารโดยทดแทนปริมาณครึ่งหนึ่งของสารน้ำที่ควรได้รับในชั่วโมงแรกและทดแทนปริมาณปริมาณหนึ่งในสี่ของสารน้ำที่ควรได้รับในชั่วโมงที่ 2 และ 3 ต่อมา สูตร Replacement fluid ใช้วิธีการคำนวณ Third- space loss ซึ่งเป็นปริมาณที่ทดแทนตามขนาดของการผ่าตัดซึ่งแบ่งเป็น 3 ขนาด ได้แก่ การผ่าตัดขนาดเล็ก การผ่าตัดขนาดกลาง และการผ่าตัดขนาดใหญ่ ซึ่งการผ่าตัดแต่ละขนาดจะมีการกำหนดปริมาณสารน้ำที่ต้องทดแทนเป็นจำนวน

มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม (มานี รักษา และคณะ, 2560) ซึ่งวิสัญญีพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยขณะได้รับการระงับความรู้สึกควรมีความรู้ สามารถคำนวณผลได้อย่างแม่นยำและรวดเร็ว

ดังนั้นการทดแทนสารน้ำและการจัดการการให้เลือดจึงเป็นบทบาทหลักของวิสัญญีพยาบาลในระหว่างการผ่าตัด และเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วยหากมีการจัดการที่ถูกต้องและเหมาะสม บ่อยครั้งที่การทดแทนอาจมีความคลาดเคลื่อนซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายที่ร้ายแรงได้ การทดแทนสารน้ำและการบริหารการให้เลือดที่ไม่เพียงพออาจทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ, ช็อก และ อวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลวตามมา แต่ถ้ามากเกินไปอาจทำให้เกิดภาวะไม่สมดุลของระดับเกลือแร่ในร่างกาย, น้ำท่วมปอด และไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ (ปรก เหล่าสุวรรณ และคณะ, 2566) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนานวัตกรรมการใช้ แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์พกพาพร้อมกับการใช้งานระบบปัญญาประดิษฐ์ในการสร้างโปรแกรมการคำนวณการให้สารน้ำในระหว่างการผ่าตัดและการจัดการการให้เลือดบนแพลตฟอร์มไลน์ (Platform LINE Official Account) ที่คำนึงถึงคุณภาพการบริการความปลอดภัย ในการดูแลผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความสะดวกรวดเร็ว แม่นยำ และสนับสนุนการให้บริการในผู้ป่วยที่นัดมารับการผ่าตัด และสถานการณ์เร่งด่วน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยยังไม่พบว่ามีแอปพลิเคชันที่สามารถบอกปริมาณสารน้ำที่ต้องได้รับการทดแทนในระหว่างการผ่าตัดและการคำนวณการสูญเสียเลือดที่ต้องมีการจัดการการให้เลือดในห้องผ่าตัดที่มีความสะดวกในการใช้งาน และถูกต้องตามหลักการทางการแพทย์

จากนโยบายในการพัฒนาระบบการแพทย์ดิจิทัลและการทบทวนวรรณกรรมที่ยังไม่พบว่ามีผู้สร้างแอปพลิเคชันการให้สารน้ำและการจัดการการให้เลือดในระหว่างผ่าตัด จึงทำให้ผู้วิจัยเกิดความคิดในการสร้างนวัตกรรม การพัฒนาแอปพลิเคชัน ซึ่งสามารถใช้งานได้ทั้งโทรศัพท์แบบพกพาและคอมพิวเตอร์ส่วนบุคคลแบบพกพา (Tablet) รองรับทั้งระบบ iOS และ Android เพื่อให้วิสัญญีพยาบาลสามารถใช้งานผ่านอุปกรณ์พกพาของตนเองได้อย่างสะดวกใช้ได้ ในทุกสถานที่ ผลลัพธ์ที่ได้มีความแม่นยำ สอดรับกับนโยบายการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลให้มีความเข้มแข็งในสมรรถนะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และนวัตกรรม และพัฒนาคุณภาพการดูแลและรักษาผู้ป่วยให้มีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแอปพลิเคชันการทดแทนสารน้ำและการจัดการการให้เลือดในระหว่างการผ่าตัด

2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลในการทดแทนสารน้ำและการจัดการการให้เลือดในระหว่างการผ่าตัดด้วยการใช้แอปพลิเคชัน

สมมติฐานการวิจัย

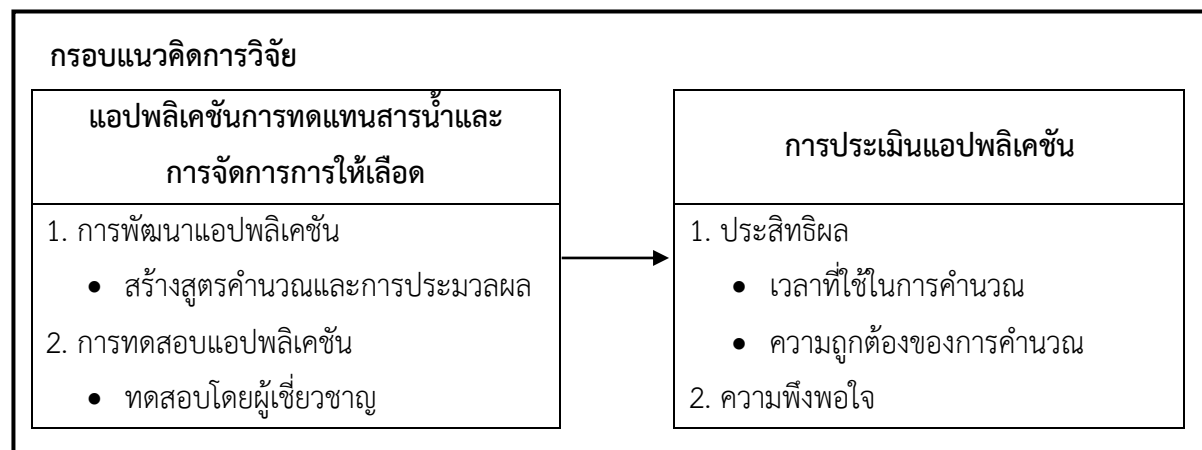
ประสิทธิผลของการทดแทนสารน้ำและการจัดการการให้เลือดโดยใช้แอปพลิเคชันมีความแตกต่างจากการคำนวณแบบปกติ

$$\text{สมมติฐาน } H_0: \mu_1 = \mu_2$$

$$H_0: \mu_1 \neq \mu_2$$

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการทดแทนสารน้ำ การจัดการการให้เลือดขณะผ่าตัด แนวคิดการพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพ และผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาสังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง กำหนดระยะเวลาในการวิจัยไว้ 6 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567 ถึง

เดือน มีนาคม 2568 โดยดำเนินการเก็บข้อมูล หลังจากได้รับการรับรองการวิจัย

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ วิสัญญีพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี กลุ่มภารกิจ

ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 65 คน (ข้อมูล ณ เดือนตุลาคม 2567) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการโดยการใช้อยู่โปรแกรม G*Power ของ Heinrich Heine University ทำการทดสอบแบบสองทาง กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5 กำหนดความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 และขนาดอำนาจของการทดสอบ เท่ากับ 0.80 ได้

ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน และเพื่อเป็นการลดโอกาสสูญหายของข้อมูลผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 15 คิดเป็น 39 คน และได้ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้คอมพิวเตอร์ในการสุ่มตัวเลข (computer random sampling) ซึ่งกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าได้แก่ 1) วิสัญญีพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านวิสัญญีพยาบาลมากกว่า 1 ปีขึ้นไป 2) ยินดีและมีความเต็มใจเข้าร่วมในการทำวิจัย และเกณฑ์การคัดออกได้แก่ 1) วิสัญญีพยาบาลที่ไม่ได้ให้บริการรับความรู้สึก เช่น หัวหน้าห่อผู้ป่วย และวิสัญญีพยาบาลที่ลาศึกษาต่อ

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ Mobile Application และแบบทดสอบจากสถานการณ์จริงของผู้ป่วย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการทดแทนสารน้ำขณะผ่าตัด การยินยอมให้เสียเลือด และการให้เลือดขณะผ่าตัดของ มานี รักษาเกียรติ และคณะ (2560) โดยกรอกข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยในแอปพลิเคชันและประมวลผลโดยระบบปัญญาประดิษฐ์

เครื่องมือที่รวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไป และการทดสอบการคำนวณ ประกอบด้วย อายุงาน เวลาในการคิดแบบปกติ (คิดด้วยมือ) เวลาในการคิดด้วยแอปพลิเคชัน และความถูกต้องในการคำนวณ

2) แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แอปพลิเคชันและความพึงพอใจในภาพรวมของการคำนวณผ่านการใช้แอปพลิเคชัน ประกอบด้วย ข้อคำถาม 8 หัวข้อ เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ และเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ซึ่งมีลักษณะดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน เห็นด้วย 4 คะแนน ไม่แน่ใจ/เฉยๆ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน และได้มีการจำแนกความหมายคะแนนจากแบบสอบถาม (Semantic Differentials) โดยคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ยระดับ 4.51-5.00 อยู่ในระดับมากที่สุด 3.51-4.50 อยู่ในระดับมาก 2.51-3.50 อยู่ในระดับปานกลาง 1.51-2.50 อยู่ในระดับน้อยและ 1.00-1.50 อยู่ในระดับน้อยที่สุด

การดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นการใช้แอปพลิเคชันและความพึงพอใจโดยรวม โดยได้ตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้อง (The Indexes of Item – Objective congruence : IOC) โดยเชิญผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแอปพลิเคชัน 1 ท่าน วิสัญญีแพทย์ 3 ท่าน วิสัญญีพยาบาล 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน รวมผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสิ้น 6 ท่าน ผลการประเมินค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.83-1.00 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) กับวิสัญญีพยาบาล ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะของประชากรและความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน

โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคลอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงอยู่ระหว่าง 0.81-0.87

เก็บรวบรวมข้อมูล

มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยนำแอปพลิเคชันที่มีการพัฒนาเสร็จสิ้นแล้วไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มเดียว (One-Group Pretest-Posttest Design) ซึ่งเป็นวิสัญญีพยาบาลจำนวน 39 คน โดยสร้างแบบทดสอบและกำหนดสถานการณ์ข้อมูลของผู้ป่วยจากสถานการณ์จริง และได้อธิบายวิธีการทดสอบและให้ซักถามจนเข้าใจ โดยมีขั้นตอนการทดสอบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทดสอบคำนวณแบบปกติ (คำนวณด้วยมือ) โดยสถานการณ์ที่กำหนดให้และบันทึกผลการทดลองจำนวน 1 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 2 ทดสอบคำนวณโดยใช้แอปพลิเคชัน จากสถานการณ์ที่กำหนดให้และบันทึกผลการทดลองจำนวน 1 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 ให้กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับแอปพลิเคชันและความพึงพอใจโดยรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาได้นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลอายุงานโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลเวลาในการคำนวณแบบปกติและการคำนวณโดยใช้แอปพลิเคชัน โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความถูกต้องของการคำนวณแบบปกติและการคำนวณโดยใช้แอปพลิเคชัน โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

4. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างประสิทธิผลของการคำนวณแบบปกติและการคำนวณแบบใช้แอปพลิเคชัน ทั้งด้านเวลาและความถูกต้องโดยใช้สถิติเชิงอนุมานทดสอบความแตกต่าง paired t-test

5. วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจในภาพรวมต่อการใช้งานแอปพลิเคชัน โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา เลขที่โครงการวิจัย 67185 ใบรับรองเลขที่ 018/2025 วันที่รับรอง 20 กุมภาพันธ์ 2568 และพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมกลุ่มตัวอย่างสามารถแสดงความคิดเห็นตามจริง มีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือหยุดเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุงาน 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 61.50 รองลงมาคือ กลุ่มที่มีอายุงาน 1 ปีขึ้นไปถึง 2 ปี ร้อยละ 17.90 กลุ่มที่อายุงาน 3 ปีขึ้นไปถึง 5 ปี ร้อยละ 15.40 และกลุ่มที่มีอายุ 2 ปีขึ้นไปถึง 3 ปี ร้อยละ 5.10



2. ข้อมูลเวลาที่ใช้ในการคำนวณแบบปกติ และการคำนวณโดยใช้แอปพลิเคชัน พบว่า เวลาที่ใช้ในการคำนวณแบบปกติ (คำนวณด้วยมือ) ใช้เวลาน้อยที่สุด 80 วินาทีและใช้เวลามากที่สุด 480 วินาที เวลาเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 249.54

± 86.38 วินาที เวลาที่ใช้ในการคำนวณด้วยแอปพลิเคชันใช้เวลาน้อยที่สุด 15 วินาทีและใช้เวลามากที่สุด 27 วินาที เวลาเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 22.72 ± 2.84 วินาที ดังตารางที่

ตารางที่ 1 ข้อมูลเวลาที่ใช้ในการคำนวณของกลุ่มตัวอย่าง (n = 39)

เวลาที่ใช้ในการคำนวณ (วินาที)	min	max	Mean $\pm$ S.D.
การคำนวณแบบปกติ	80	480	249.54 $\pm$ 86.38
การคำนวณโดยใช้แอปพลิเคชัน	15	27	22.72 $\pm$ 2.84

3. ข้อมูลความถูกต้องในการคำนวณแบบปกติและการคำนวณโดยใช้แอปพลิเคชัน พบว่าการคำนวณแบบปกติ (คำนวณด้วยมือ) มีความถูกต้อง

จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.60 ส่วนการคำนวณโดยใช้แอปพลิเคชันมีความถูกต้องจำนวน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 100.00 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลความถูกต้องของการคำนวณของกลุ่มตัวอย่าง (n = 39)

ความถูกต้องของการคำนวณ	จำนวน	ร้อยละ
การคำนวณแบบปกติ	17	43.60
การคำนวณโดยใช้แอปพลิเคชัน	39	100.00

4. การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างประสิทธิภาพของการคำนวณแบบปกติและการคำนวณแบบใช้แอปพลิเคชันทั้งด้านเวลาและความถูกต้องจากผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติทดสอบความแตกต่าง (Statistical dependent t-test) พบว่า ค่า mean difference ของความถูกต้องจากการคำนวณทั้งแบบปกติและการใช้แอปพลิเคชัน

= 1.23 และค่า $P < 0.00^*$ แสดงว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่า mean difference ของเวลาในการคำนวณทั้งแบบปกติและการใช้แอปพลิเคชัน = 226.82 และค่า $P < 0.00^*$ แสดงว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างประสิทธิภาพของการคำนวณแบบปกติและการคำนวณแบบใช้แอปพลิเคชันทั้งด้านเวลาและความถูกต้อง (n = 39)

ประสิทธิภาพของการใช้แอปพลิเคชัน	N	mean	S.D.	t	P-value
ความถูกต้อง	39	1.23	1.20	6.39	0.00*
เวลาในการคำนวณ	39	226.82	85.83	16.50	0.00*

5. ความพึงพอใจในภาพรวมและความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการใช้ออปพลิเคชันสำหรับการทดแทนสารน้ำและการจัดการการให้เลือดในระหว่างการผ่าตัด พบว่า ความพึงพอใจในภาพรวมต่อการใช้งาน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.79 ± 0.40 อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด และความคิดเห็นทุกข้อมีระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุด โดยความพึงพอใจ

ด้านความถูกต้อง ชัดเจน และแม่นยำในการคำนวณ ด้านช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพมากขึ้น คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.97 ± 0.16 ด้านรูปแบบของแอปพลิเคชันสามารถเข้าถึงและใช้งานได้ง่าย ด้านภาษาที่ใช้สามารถเข้าใจได้ง่ายและด้านสามารถนำไปใช้ได้จริงในการปฏิบัติงาน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.95 ± 0.22 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจในภาพรวมและความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการใช้ออปพลิเคชันสำหรับการทดแทนสารน้ำและการจัดการการให้เลือดในระหว่างการผ่าตัด (n = 39)

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ออปพลิเคชัน	mean $\pm$ S.D.	ระดับความพึงพอใจ
ความพึงพอใจในภาพรวมต่อการใช้งาน	4.79 ± 0.40	มากที่สุด
1. รูปแบบของแอปพลิเคชันสามารถเข้าถึงและใช้งานได้ง่าย	4.95 ± 0.22	มากที่สุด
2. มีความสะดวก รวดเร็ว สั้นไหล ไม่ติดขัด เมื่อใช้งาน	4.87 ± 0.33	มากที่สุด
3. ภาษาที่ใช้สามารถเข้าใจได้ง่าย	4.95 ± 0.22	มากที่สุด
4. มีความถูกต้อง ชัดเจน และแม่นยำในการคำนวณ	4.97 ± 0.16	มากที่สุด
5. สามารถใช้ได้ทั้งในสภาวะเร่งด่วนและปกติ	4.72 ± 0.45	มากที่สุด
6. ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพมากขึ้น	4.97 ± 0.16	มากที่สุด
7. สามารถนำไปใช้ได้จริงในการปฏิบัติงาน	4.95 ± 0.22	มากที่สุด

อภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของแอปพลิเคชันสำหรับการทดแทนสารน้ำและการจัดการการให้เลือดในระหว่างการผ่าตัด เป็นการสร้างนวัตกรรมที่ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อการให้บริการในมิติการดูแลรักษาผู้ป่วย และยังส่งเสริมประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพซึ่งจากการศึกษาวิจัยพบว่า แอปพลิเคชันการทดแทนสารน้ำและการจัดการการให้เลือดสามารถใช้งานได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ มีความแตกต่างจากการคำนวณแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P < 0.00$) เนื่องด้วยแอปพลิเคชันนี้ได้ถูกออกแบบตามหลักการ

ทดแทนสารน้ำในห้องผ่าตัด โดยมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญคือการทำให้อุปกรณ์ระบบการไหลเวียนเลือดที่ดีสามารถส่งเลือดไปเลี้ยงยังอวัยวะต่าง ๆ และขนส่งออกซิเจนได้อย่างเพียงพอ สอดคล้องกับทฤษฎีของ ฮีทเธอร์และ ฮาเรียฮัน (Heather A. Wallace, Hariharan Regunath. 2023) ในการทดแทนสารน้ำเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต และแอปพลิเคชันยังสามารถประมวลผลได้อย่างรวดเร็วช่วยลดระยะเวลาในการคำนวณสารน้ำ ซึ่งมีความแตกต่างจากการคำนวณแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P < 0.00$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ

รัชนี้ ไตรยะวงศ์ (2565) ได้ศึกษาแอปพลิเคชันคำนวณยาความเสี่ยงสูงสำหรับพยาบาลวิสัญญีพบว่าแอปพลิเคชันสามารถลดเวลาในการทำงานได้ สามารถลดข้อผิดพลาดในการคำนวณปริมาณยาความเสี่ยงสูงได้ และสามารถเป็นเครื่องมือสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานบริการด้านวิสัญญีได้

ผลลัพธ์ในด้านความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชัน พบว่า ความพึงพอใจในภาพรวมต่อการใช้งานอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องด้วยแอปพลิเคชันมีรูปแบบที่สามารถเข้าถึงและใช้งานได้ง่าย มีความสะดวก รวดเร็ว สั้นไหล ไม่ติดขัดเมื่อใช้งาน ภาษาที่ใช้สามารถเข้าใจได้ง่าย มีความถูกต้อง ชัดเจน และแม่นยำในการคำนวณสามารถใช้ได้ทั้งในสภาวะเร่งด่วนและปกติ ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพมากขึ้น และยังสามารถนำไปใช้ได้จริงในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของสุนทรพร วันสุพงศ์ (2567) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการคัดแยกกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินแบบดั้งเดิมและการคัดแยกด้วยการใช้แอปพลิเคชันพบว่า การใช้แอปพลิเคชัน มีความถูกต้องมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการดั้งเดิม และสร้างความพึงพอใจของพยาบาลอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

วิสัญญีพยาบาล นักเรียนวิสัญญีพยาบาล วิสัญญีแพทย์ หรือบุคลากรทางด้านการแพทย์สามารถนำแอปพลิเคชันการทดแทนสารน้ำและการจัดการการให้เลือดในระหว่างการผ่าตัดนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยในระหว่างผ่าตัด เพื่อทดแทนสารน้ำ คำนวณการสูญเสียเลือดเพื่อเผื่อระวังภาวะ ช็อก ภาวะซีดอย่างรุนแรง และสามารถคำนวณการให้เลือดได้อย่างแม่นยำตามทฤษฎี

ทางการแพทย์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการได้น้ำเกินอีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นเพิ่มเติมในการพัฒนาแอปพลิเคชัน ในการให้สารน้ำในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมอื่น เช่น โรคหัวใจ ไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่ต้องจำกัดสารน้ำ และผู้ป่วยโรคอ้วนในระยะต่าง ๆ และนอกจากการให้เลือดแล้วอาจพัฒนาการให้ส่วนประกอบของเลือดเพื่อเพิ่มปริมาณเกล็ดเลือดต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

(2567). รายงานข้อมูลภาพรวมจำแนกตามกลุ่มผ่าตัด/ไม่ผ่าตัด (รายงานพยาบาล).

<https://cmi.moph.go.th/report/micro/index?menu>

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงาน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2567).

นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.

2567-2568.

<https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/>

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง

สาธารณสุข. (2565). ข้อมูลความรู้บท

วิเคราะห์เกี่ยวกับอุตสาหกรรม

การแพทย์ของประเทศไทย ชุดที่ 1

ประจำปีงบประมาณ 2566.

โชติพิบูลย์ทรัพย์, ภัทรวดี. (2567). ปัจจัยที่ส่งผล

ต่อการใช้งานแอปพลิเคชันเพื่อสุขภาพ.

วารสารระบบสารสนเทศด้านธุรกิจ,

10(1), 43-55.

- ปากันทะ, อินทรา, คำบุญ, ธีรรัตน์, พูลยอดพันธ์, สิริลักษณ์, แก้วทอง, รัชนีวรรณ, และ ศรีพัฒน์วัฒน์, อชิรญาณ. (2023). การพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลัน. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 17(2), 38-50.
- ปราการรัตน์, อังคาบ, สนั่นศิลป์, วิมลลักษณ์, สุขสมปอง, ศิริลักษณ์, และ ตุ่มทอง, ปฏิภาณ. (2556). *ตำราวิสัญญีวิทยา*. เอ-พลัส พริน.
- ไทรยะวงศ์, รัชนี, บำรุงชาติ, ไกรลาศ, และ เพยกลาง, ดวงรัตน์. (2565). แอปพลิเคชันคำนวณยาความเสี่ยงสูงสำหรับพยาบาลวิสัญญี. *วารสารวิชาการ "การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ"*, 8(2), 115-129.
- รักษมณี, กษมา. (2565). *Ready for crisis in anesthesia*. พรินท์เอเบิล.
- รักษาเกียรติศักดิ์, มานี, หยกอุบล, เบญจรัตน์, วัชรเกษ, กำแหง, ไกรประสิทธิ์, ขนิษฐา, และ อภิเดชากุล, ปาริชาติ. (2560). *ตำราวิสัญญีพื้นฐานและหน่วยงานปฏิบัติ*. พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- วันสุพงศ์, สุนทราพร, สัมฤทธิ์รินทร์, สุมณา, ภาเคน, ฉันทา, ปาระลี, พงษ์ลัดดา, วรรณจันทร์, ศิรินันท์, และ ทั้งไพศาล, ธนัท. (2567). ศึกษาเปรียบเทียบผล การคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉินแบบดั้งเดิม และการคัดแยกด้วยการใช้แอปพลิเคชัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 47(4), 131-143.
- ศรีสถิตย่นรากร, บุญใจ. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา*. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หลงละเลิง, วินิตย์, มณีเสาวภาคย์, เอกลักษณ์, วาจนศิริ, ถาวร, บัวคำศรี, อติศัย, และ ศิวิวัฒน์สาร, เมธาร์. (2021). แอปพลิเคชันช่วยฝึกการอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจ. *TUH Journal online*, 6(3), 24-38.
- เหล่าสุวรรณ, ประก, สรสุชาติ, สดดาปริย, เลิศศิริโสภณ, สุรัญชนา, และ เอียสกุล, อธิฐาน. (2566). *ภาวะวิกฤตทางวิสัญญีวิทยา 2*. ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรัทัย, พิสมัย, และ ภูมנסกุล, ศรีสมร. (2556). *การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบและการประมาณค่าขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม GPower**. พิมพ์ดี 39.
- อัคคะเดชอนันต์, ฐิติณัฐ. (2562). สมรรถนะของพยาบาลกับนวัตกรรมการดูแลสุขภาพประชาชนในยุคไทยแลนด์ 4.0. *วารสารสภาการพยาบาล*, 34(1), 5-13.
- Foxbith. (2024). *Application development*. <https://www.foxbith.com/blog/what-is-application>
- Livens, J. (2024). *Application performance monitoring in a cloud-native world*. Dynatrace. <https://www.dynatrace.com/news/blog/what-is-apm/>
- Peng, Y., Wang, H., Fang, Q., Xie, L., Shu, L., Sun, W., & Liu, Q. (2020).

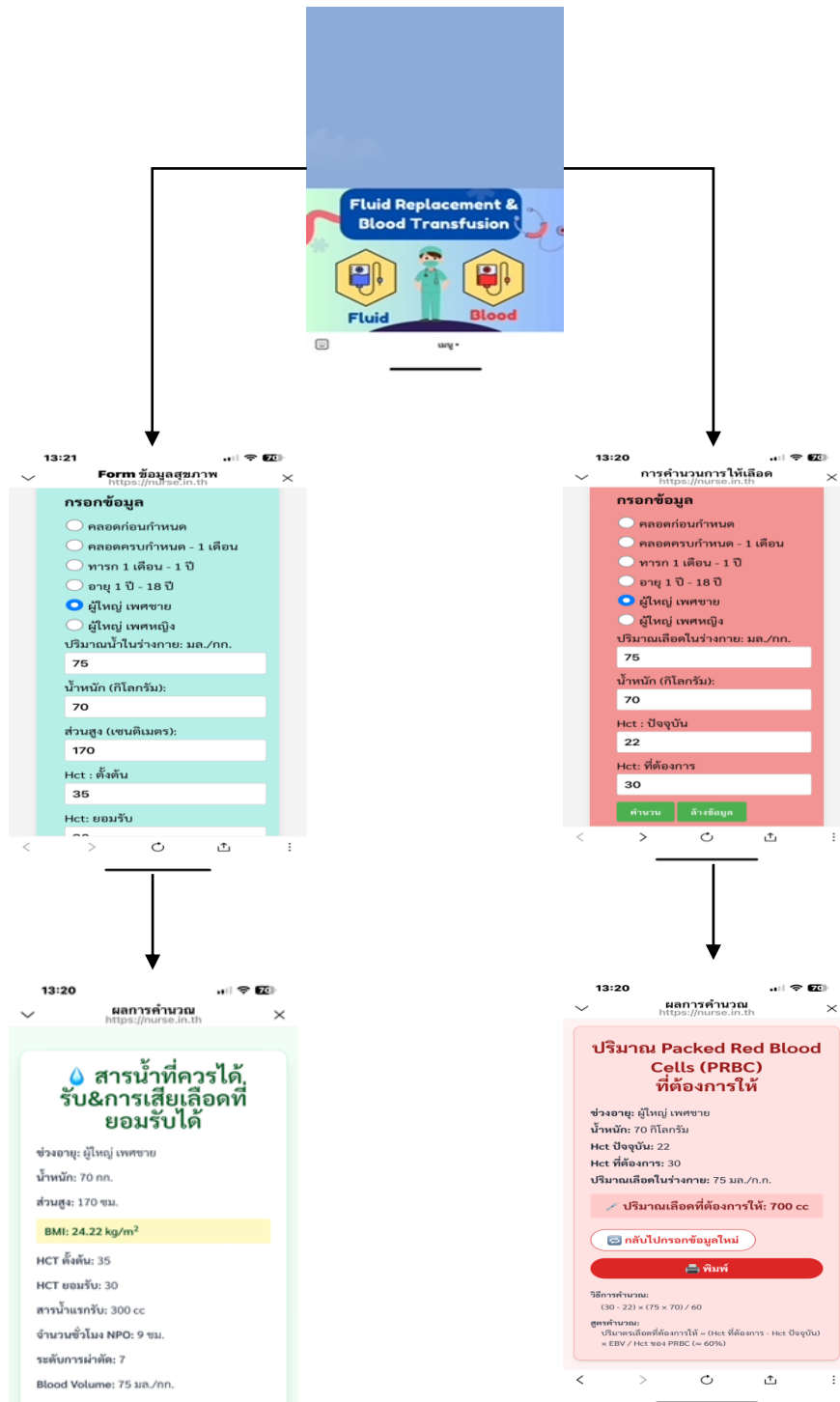


Effectiveness of mobile applications on medication adherence in adults with chronic diseases: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 26(4), 550–561.
<https://doi.org/10.18553/jmcp.2020.26.4.550>

Sharma, S. (2023). *What is the difference between calculating aspects by hand and by computer?* Quora.
<https://www.quora.com/What-is-the-difference-between-calculating-aspects-by-hand-and-by-computer>

Wallace, H. A., & Regunath, H. (2023, June 26). *Fluid resuscitation*. StatPearls.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546682/>

รูปแบบแอปพลิเคชันการคำนวณสารน้ำและการจัดการการให้เลือดในระหว่างผ่าตัด



Effectiveness of a practice guidelines for the prevention of phlebitis in patients receiving intravenous therapy at In Patient Department Nongmuangkhai hospital, Phrae Province¹

Warangkana Wongarin²
Kannika Chainan³
Niphitphon Seangduang⁴

Received: 14 May 2025

Accepted: 30 June 2025

Abstract

This action research aims to develop and study the effectiveness of a practice guideline for the prevention of phlebitis in inpatients. The focus was on continuous development and improvement of the guideline using the PDCA cycle as a conceptual framework. The sample consisted of 1) 14 professional nurses working in inpatient department 2) 100 patients receiving intravenous fluids admitted to the inpatient department. The instruments included a knowledge assessment form, a nursing practice assessment form for the prevention of phlebitis in the inpatient department, and a record of the incidence and severity of phlebitis. Content validity was approved by experts and reliability was tested using the Kuder-Richardson formula (KR-20), with a reliability score of 0.95. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, and mean.

The results found that a practice guideline for the prevention of phlebitis in inpatient department was developed at Nong Muang Khai Hospital, Phrae Province. The results showed that after implementation of the practice guideline, the effectiveness of a guideline for the prevention of phlebitis was significantly improved. Professional nurses' knowledge of intravenous fluid administration and prevention of phlebitis increased from moderate ($\bar{x} = 10.07$, S.D. = 1.44) to high ($\bar{x} = 15.29$, S.D. = 2.01). Their ability to correctly perform nursing activities to prevent phlebitis from intravenous fluid administration increased from 81.80% to 97.65%, and the incidence of phlebitis decreased.

Keywords: Effectiveness/the practice guideline intravenous fluids/peripheral phlebitis

¹ Academic Article

² Registered Nurse, Nongmuangkhai Hospital, E-mail: jeab_warang@hotmail.com

³ Registered Nurse, Senior Professional Level, Nongmuangkhai Hospital

⁴ Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Phrae Provincial Public Health Office

ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ จากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่¹

วารางคณา วงศ์อรินทร์²

กรรณิการ์ ชัยนันท์³

นิพัทธ์พนธ์ แสงด้วง⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา และศึกษาผลของแนวปฏิบัติการป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในงานผู้ป่วยใน มุ่งเน้นการพัฒนา และปรับปรุงแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องโดยใช้วงล้อ PDCA เป็นกรอบแนวคิด ในการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยใน จำนวน 14 คน 2) ผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายที่เข้ารับการรักษานานผู้ป่วยใน จำนวน 100 คน เครื่องมือ ได้แก่ แบบประเมินความรู้ แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และแบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ และระดับความรุนแรงของหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของ Kuder-Richardson (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย ได้แนวปฏิบัติการป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ และพบว่าภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย และการป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบสูงขึ้นจากระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 10.07, S.D. = 1.44) เป็นระดับมาก ($\bar{x}$ = 15.29, S.D. = 2.01) และสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 81.10 เป็น 97.65 และอุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบลดลง

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ แนวปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ

¹ บทความวิชาการ

² พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ อีเมล jeab_warang@hotmail.com

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหนองม่วงไข่

⁴ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

บทนำ

การให้น้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (Peripheral Venous Catheters: PVCs) เป็นแนวทางการปฏิบัติทั่วไปที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Aitana Guanche-Sicilia, 2021) เป็นการรักษาทางการแพทย์ในการให้สารละลาย สารอาหาร ยา เลือด และผลิตภัณฑ์ของเลือดทางหลอดเลือดดำเพื่อรักษาสสมดุลเกลือแร่ บรรเทาพยาธิสภาพของโรค และฟื้นฟูสุขภาพให้ผู้ป่วยกลับคืนโดยเร็ว เป็นการรักษาที่พบมากถึงร้อยละ 80.00 (วิมลวัลย์ วโรฬาร, 2560) ภาวะแทรกซ้อนจากการให้น้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ได้แก่ การรั่วของสารน้ำ หรือยา ออกนอกหลอดเลือด หลอดเลือดดำอักเสบ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโตรไลต์ การติดเชื้อ ทั้งการติดเชื้อเฉพาะที่ และการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งการให้น้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายจะเกิดการติดเชื้อเฉพาะที่ได้มากกว่าการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยมีการศึกษาพบการติดเชื้อในกระแสเลือดเกิดจากการให้น้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ร้อยละ 6.20 (ปาจารย์ ศักดิ์วาลีสกุล และอุษณีย์ ศิริวงศ์พรหม, 2562) หลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการได้รับสารน้ำ ยา เคมีบำบัด เลือด หรือส่วนประกอบของเลือด ซึ่งเป็นความเสี่ยงทางคลินิกที่พบบ่อย โรงพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการป้องกัน เฝ้าระวัง และดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายอย่างปลอดภัย ผลกระทบจากการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เกิดความเจ็บปวด ติดเชื้อในกระแสเลือดนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่ารักษาจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำ และในหอผู้ป่วยวิกฤต ประเทศเปรู

พบอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำสูงถึงร้อยละ 29.00 และพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น 13.10 วัน เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่พบการติดเชื้อ 9.10 วัน นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตสูงถึง 35,000 ดอลลาร์สหรัฐต่อผู้ป่วยติดเชื้อ 1 ครั้ง (CDC, 2015) ในปี 2566 ประเทศไทย มีความชุกของการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้น้ำทางหลอดเลือดดำ ร้อยละ 3.79 เมื่อจำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลขนาด 30-120 เตียงมีความชุกของการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้น้ำทางหลอดเลือดดำสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.10 รองลงมา ได้แก่ โรงพยาบาลขนาด 121-500 เตียง มีความชุกของการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้น้ำทางหลอดเลือดดำสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.98 และโรงพยาบาลขนาดมากกว่า 1,000 เตียง มีความชุกของการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้น้ำทางหลอดเลือดดำน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.64 (ภัทรรัตน์ ตันนุกิจ และคณะ, 2567)

โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ในงานผู้ป่วยใน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการให้น้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อรักษาสมดุลน้ำและอิเล็กโตรไลต์และฉีดยาทางหลอดเลือดดำ จากการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลในงานผู้ป่วยใน พบอุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้น้ำทางหลอดเลือดดำเพิ่มขึ้น ในปี 2566 พบอุบัติการณ์หลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบระดับ 4 เท่ากับ 0.14 ครั้งต่อ 1,000 วันนอนรวมของผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ส่วนในปี 2567 อุบัติการณ์เพิ่มขึ้นโดยพบหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบระดับ 3 สูงถึง 1.78 ครั้งต่อ 1,000



วันนอนรวม ซึ่งเกินกว่า ค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ที่ 0 ครั้ง ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนร่วมกับงานการพยาบาล ผู้ป่วยใน พบว่าการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิด หลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำ ทางหลอดเลือดดำยังขาดการประเมินหลอดเลือด และบริเวณที่แทงเข็มอย่างสม่ำเสมอ ไม่บันทึกผล การประเมินอย่างละเอียด แขนงเข็มบริเวณข้อพับ ข้อต่อ หรือตำแหน่งที่มีการเคลื่อนไหวมาก ทำให้เกิดการเสียดสีของเข็มกับผนังหลอดเลือด และได้ปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีความเหมาะสมกับ บริบทของหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยใน แต่ยังพบ อุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ จากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ซึ่งสามารถ ป้องกันได้ จากการที่อุบัติการณ์ของภาวะหลอด เลือดดำส่วนปลายอักเสบในระดับ 3 เพิ่มขึ้น จนเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ สะท้อนให้เห็นถึงความ จำเป็นเร่งด่วนในการปรับปรุงและพัฒนาแนว ปฏิบัติการพยาบาลใหม่ เพราะแนวทางปฏิบัติใน ปัจจุบันอาจไม่เพียงพอ หรือไม่สอดคล้องกับปัญหา ที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อความ ปลอดภัยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยหากไม่ได้อรับการรักษา และดูแลรักษา มีโอกาสพัฒนา ไปเป็นระดับ 4 ต้องรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ทำแผล ทุกวัน เนื่องจากการอักเสบ และหนองที่ผิวหนัง ไม่เพียงแต่สร้างความเจ็บปวด และความไม่สบาย แต่ยังนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงกว่า เช่น การติดเชื้อ หรือการอุดตันของหลอดเลือด ซึ่งเป็น สิ่งที่สามารถป้องกันได้ หากพยาบาลมีความรู้ และ ทักษะที่ ถูกต้องตามหลักฐานเชิงประจักษ์ การพัฒนาแนวปฏิบัติใหม่จึงเป็นการยกระดับ คุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืน และแสดงถึง ความมุ่งมั่นของสถานพยาบาลในการลดความเสี่ยง

จากการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูงสุด

ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ ปฏิบัติงานป้องกันควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และเป็นทีมนำในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ ตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติตามแนว ปฏิบัติการป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจาก การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และหากมีการ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างเหมาะสม จะส่งผลดีต่อผู้ป่วย คือ 1) ผู้ป่วยจะได้รับความ ปลอดภัย ลดความเสี่ยงจากการเกิดภาวะหลอด เลือดดำส่วนปลายอักเสบ และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ทำให้ไม่ต้องทนทุกข์กับความเจ็บปวด อาการบวม หรือการอักเสบที่ไม่จำเป็น 2) การรักษาจะมี ประสิทธิภาพและต่อเนื่อง เมื่อไม่มีภาวะแทรกซ้อน มาขัดขวาง การให้ยา และสารน้ำจะเป็นไปอย่าง ราบรื่น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาครบถ้วนตาม แผนการรักษา นำไปสู่การฟื้นตัวที่รวดเร็วขึ้น และ สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ และ 3) ความวิตกกังวลจะลดลง และความไว้วางใจจะ เพิ่มขึ้น ทั้งผู้ป่วย และญาติจะรู้สึกมั่นใจในคุณภาพ การรักษาพยาบาลมากขึ้น เมื่อเห็นว่าภาวะแทรกซ้อน ที่สามารถป้องกันได้นั้นลดน้อยลง ซึ่งเป็นการสร้าง ความเชื่อมั่นในสถานพยาบาล และบุคลากรผู้ดูแล ได้อย่างยั่งยืน สำหรับผลดีต่อบุคลากรพยาบาล และ โรงพยาบาล คือ 1) เพิ่มประสิทธิภาพ และคุณภาพ การดูแล เนื่องจากพยาบาลมีความรู้ และทักษะ ที่ถูกต้องในการป้องกันภาวะหลอดเลือดดำส่วน ปลายอักเสบทำให้การดูแลได้มาตรฐาน และมีคุณภาพสูงขึ้น 2) ช่วยลดภาระงานที่ไม่จำเป็น ทำให้พยาบาลมีเวลาดูแลผู้ป่วยในด้านอื่น ๆ ได้มาก ขึ้น ซึ่งส่งผลให้ความมั่นใจในวิชาชีพของพยาบาล

เพิ่มขึ้น และรู้สึกภาคภูมิใจในการปฏิบัติงาน
3) เสริมสร้างภาพลักษณ์ที่ดีของโรงพยาบาลในด้าน
คุณภาพ และความปลอดภัยของผู้ป่วย และช่วยให้
บรรลุเป้าหมายด้านคุณภาพ และความปลอดภัย
ตามมาตรฐาน รวมถึงเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการ
วิจัย และพัฒนาเพื่อการดูแลที่ดียิ่งขึ้นต่อไปใน
อนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกัน
หลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำ
ทางหลอดเลือดดำในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาล
หนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่

2. เพื่อศึกษาผลของแนวปฏิบัติการป้องกัน
หลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำ
ทางหลอดเลือดดำในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาล
หนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันหลอดเลือด
ดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำ
ทางหลอดเลือดดำ พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับ
การป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ
เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติฯ

2. หลังการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันหลอดเลือด
ดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำ
ทางหลอดเลือดดำ พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติการ
พยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำ
ส่วนปลายอักเสบถูกต้องสูงกว่าก่อนการใช้
แนวปฏิบัติฯ

3. การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกัน
หลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำ
ทางหลอดเลือดดำ สามารถลดอุบัติการณ์หลอดเลือด

ดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำทาง
หลอดเลือดดำ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มุ่งเน้นการพัฒนา
และปรับปรุงแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องโดยใช้วงจร
PDCA เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา โดยมีขั้นตอน
การดำเนินงาน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน
ประกอบด้วย

1) ขั้นตอนการวางแผน (Plan) เป็นการ
วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา กำหนดเป้าหมาย/
วัตถุประสงค์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ การ
ดำเนินงาน วิธีการ และขั้นตอนที่จำเป็น เพื่อให้การ
ดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย

2) ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do) เป็นการนำแนว
ปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในงานผู้ป่วยใน เก็บรวบรวม
และบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการ
ดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป

3) ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check) เป็น
ขั้นตอนการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการ
ปฏิบัติว่าการดำเนินงานเป็นไปตามแนวปฏิบัติที่
กำหนดไว้หรือไม่ และเปรียบเทียบผล วิเคราะห์
ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย t-test

4) ขั้นตอนการปรับปรุง (Action) เป็น
ขั้นตอนของการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นหลังจากได้ทำ
การตรวจสอบแล้ว กำหนดเป็นแนวปฏิบัติใหม่
เพื่อนำไปใช้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action
research) ทำการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2567
ถึง 31 พฤษภาคม 2568 โดยใช้กระบวนการพัฒนา
คุณภาพอย่างต่อเนื่อง (PDCA) และดำเนินการเก็บ



ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 5 มีนาคม 2568 ถึง 10 พฤษภาคม 2568 ตามกระบวนการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

1. ประชุมทีมการพยาบาลงานผู้ป่วยใน ทบทวนอุบัติการณ์ สถานการณ์และปัญหาของ กิจกรรมการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิด หลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ทบทวนแนวปฏิบัติ ที่ใช้อยู่เดิม

2. ศึกษา ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง กำหนดแนวทางแก้ไขปัญา และพัฒนา แนวปฏิบัติที่สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของงาน ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ และจัดทำ เครื่องมือเกี่ยวกับการป้องกันหลอดเลือดดำ ส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

3. เตรียมประชุมชี้แจงและให้ความรู้เกี่ยวกับ แนวทางปฏิบัติใหม่ที่พัฒนาขึ้น ให้พยาบาลวิชาชีพ เข้าใจเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำทาง หลอดเลือดดำ และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ได้ถูกต้องตามแนวทาง

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Do)

1. ส่งมอบแนวปฏิบัติการป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้ทีมดูแลและพัฒนากระบวนการดูแล ผู้ป่วยในโรงพยาบาล (PCT) ตรวจสอบ

2. ประเมินความรู้ การปฏิบัติตามแนว ปฏิบัติการป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ จากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำของพยาบาล วิชาชีพ

3. จัดประชุมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพ เรื่องแนวปฏิบัติการป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลาย อักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยใช้ สื่อวิดีโอของของชมเครือข่ายพยาบาลผู้ให้สารน้ำ

ทางหลอดเลือดดำแห่งประเทศไทย และ แนวปฏิบัติใหม่ที่พัฒนาขึ้นแบบ electronic file

4. นำแบบประเมินภาวะหลอดเลือดดำ อักเสบ (Phlebitis scale) แผ่นพับความรู้การสังเกต อาการผิดปกติหลังได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ไปใช้ในหน่วยงาน

5. เก็บข้อมูลในแบบบันทึกแจ้งเตือนการให้ สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และนำข้อมูลไปใช้ในการ ส่งและรับเวรการพยาบาล เพื่อเป็นการสื่อสารแจ้ง เตือนระหว่างผู้ปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบ (Check)

1. ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแนว ปฏิบัติการป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ จากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำของพยาบาล วิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยใน โดยสังเกตการ ปฏิบัติตามแนวทาง ติดตามสอบถามผู้ป่วยข้างเตียง ประเมินความรู้ความเข้าใจหลังได้รับคำแนะนำจาก พยาบาล ผู้วิจัยทบทวนความเข้าใจ พร้อมให้ข้อมูล ย้อนกลับ ในกิจกรรมที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง เพื่อให้เกิด การเรียนรู้ร่วมกัน

2. ประเมินความรู้ และการปฏิบัติของ พยาบาลวิชาชีพหลังใช้แนวปฏิบัติฯ

3. ติดตามอุบัติการณ์การเกิด phlebitis หลัง ใช้แนวปฏิบัติฯ

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงการดำเนินงาน (Act)

ประชุมบุคลากรในงานผู้ป่วยใน โดยนำเสนอ ความแตกต่างของผลการประเมินก่อนและหลังการ ใช้แนวปฏิบัติฯ และสะท้อนข้อมูลสู่ผู้ปฏิบัติ เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ปัญหาและอุปสรรค เพื่อหาแนวทางป้องกันแก้ไข ปัญหาาร่วมกันในหน่วยงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยใน จำนวน 14 คน และผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ในช่วงก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 100 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยใน และมีประสบการณ์ในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน เคยได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการ ทบทวน ฟันฟู การปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง และมีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย และผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ในช่วงก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 50 คนในแต่ละช่วง (รวม 100 คน) ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) โดยสุ่มผู้ป่วยทุกๆ คนที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาและได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

เครื่องมือการวิจัย

1) แนวปฏิบัติการป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของสมาคมเครือข่ายพยาบาลผู้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (Infusion Nurse Network Association: INNA)

2) แบบประเมินความรู้ในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย และการป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก โดยถ้าตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน โดยมีคะแนนรวมระหว่าง 0-15 คะแนน และมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับ โดยการ

อิง เก ณ ท์ (Scribante, Pretorius & Benade, 2019) ดังนี้ คะแนน 11-15 หมายถึง มีความรู้ในระดับมาก คะแนน 6-10 หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง คะแนน 0-5 หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ

2) แบบประเมินการปฏิบัติตามรายการปฏิบัติเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ จำนวน 17 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบตรวจสอบรายการระหว่างการปฏิบัติ (1 คะแนน) และไม่ได้ปฏิบัติ (0 คะแนน)

3) แบบบันทึกอุบัติการณ์ ประกอบด้วย การเกิด Phlebitis และระดับความรุนแรงของ Phlebitis อ้างอิงเกณฑ์ของชมรมเครือข่ายพยาบาลผู้ให้สารน้ำแห่งประเทศไทย (2567) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ Grade 0 หมายถึง ไม่มีอาการ Grade 1 หมายถึง แดงรอบรอยเข็มมีอาการปวดหรือไม่มีก็ได้ Grade 2 หมายถึง ปวดและแดงรอบรอยเข็ม บวม หรือไม่บวมก็ได้ Grade 3 หมายถึง ปวดรอบรอยเข็มร่วมกับแดง คลำได้หลอดเลือดแข็ง Grade 4 หมายถึง ปวดรอบรอยเข็มร่วมกับแดง มีรอยแดงเป็นทาง คลำได้หลอดเลือดแข็งยาวมากกว่า 1 นิ้ว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ผลการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องของแนวปฏิบัติการป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 แบบประเมินความรู้ในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย และการป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.96 และแบบประเมินการปฏิบัติตามรายการปฏิบัติเพื่อป้องกัน



หลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำได้ค่า IOC เท่ากับ 0.98 ตามลำดับ

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ ที่มีลักษณะเช่นเดียวกันกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 10 คน นำแบบสอบถามที่ได้มาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของ Kuder-Richardson (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.945

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ประกอบด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการ

วิจัยในคน จังหวัดแพร่ (เอกสารรับรองเลขที่ PPH No. 021/2568 ลงวันที่ 3 มีนาคม 2568) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการ และเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่า ข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 43.36 ปี (S.D. = 12.85) ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 92.85 และมีประสบการณ์ทำงาน มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 50.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์อบรมการป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 64.28 รายละเอียด ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 14)		
ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	0	0.00
หญิง	14	100.00
อายุ (ปี)	(Mean = 43.36, S.D.= 12.85, Min = 22, Max = 58)	
21 - 30	3	21.42
31 - 40	2	14.28
41 - 50	3	21.42
51 - 60	6	42.85
สถานภาพสมรส		
โสด	5	35.72
สมรส	7	50.00



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 14) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	2	14.28
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	13	92.85
ปริญญาโท	1	7.14
ปริญญาเอก	0	0.00
อื่นๆ	0	0.00
ประสบการณ์การทำงาน (ปี)		
< 1	5	35.71
3 - 5	0	0.00
5 - 10	2	14.29
> 10	7	50.00
ประสบการณ์การอบรมการป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ		
มี	9	64.29
ไม่มี	5	35.71

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามรายการปฏิบัติเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ผลการวิจัย

พบว่า ก่อนการใช้แนวปฏิบัติฯ พยาบาลวิชาชีพ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 10.07$, S.D. = 1.44) ในขณะที่หลังการใช้แนวปฏิบัติฯ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 15.28$, S.D. = 2.01) ดังแสดงตารางที่ 2



ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามรายการปฏิบัติเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ (n = 14)

การประเมินความรู้	ระดับคะแนน			
	$\bar{X}$	S.D.	t-test	P-value
ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ	10.07	1.44	8.38	0.00
หลังการใช้แนวปฏิบัติ	15.25	2.01		

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตามรายการปฏิบัติเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำของพยาบาลวิชาชีพในงานผู้ป่วยใน ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการใช้แนวปฏิบัติฯ กิจกรรมที่ปฏิบัติได้ถูกต้องน้อยที่สุด (น้อยกว่า 10 ครั้ง) คือ ข้อ 12 การทำ flushing และการ locking ข้อ 5 รัดสายยางเหนือบริเวณที่จะแทงประมาณ 6-8 นิ้ว ข้อ 11 ทำ scrub the hub ข้อต่อ 3 ทาง ข้อ 11 ข้อที่ปฏิบัติได้ถูกต้องทั้งก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ คือ ข้อ 1 การเตรียมอุปกรณ์ ข้อ 8 ต่อสายให้สารน้ำกับเข็มโดยใช้หลักปลอดเชื้อ และข้อ 10 ล้างมือหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามรายการปฏิบัติเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 81.80 เป็นร้อยละ 97.65 โดยกิจกรรมที่ปฏิบัติได้ถูกต้องสูงสุด ได้แก่ ข้อที่ 1 การเตรียม

อุปกรณ์ ข้อที่ 2 แนะนำตัวเอง ขออนุญาตแทงเข็ม บอกเหตุผล ชนิดของน้ำเกลือ จำนวนหยดที่ให้ ภาวะแทรกซ้อนและการช่วยเฝ้าสังเกต ข้อที่ 3 ล้างมือ แบบ Hygienic hand washing ข้อที่ 4 เลือกตำแหน่งหลอดเลือดที่เหมาะสม ข้อที่ 8 ต่อสายให้สารน้ำกับเข็มโดยใช้หลักปลอดเชื้อ ข้อที่ 5 รัดสายยางเหนือบริเวณที่จะแทงประมาณ 6-8 นิ้ว ข้อที่ 8 ต่อสายให้สารน้ำกับเข็มโดยใช้หลักปลอดเชื้อ การปิดแผลระหว่างแทงเข็ม ใช้หลัก Fixed sterile ใส่ มองเห็นปากแผลได้ ข้อ 9 การปิดแผลระหว่างแทงเข็ม ใช้หลัก Fixed sterile ใส่ มองเห็นปากแผลได้ ข้อ 11 ทำ scrub the hub ข้อต่อ 3 ทาง ข้อที่ 14 particulate contamination เฝ้าระวังสิ่งแปลกปลอมหลุดเข้าไปในระบบไหลเวียน ข้อ 16 ประเมิน สังเกตอาการและอาการแสดงของหลอดเลือดดำอักเสบ และลงบันทึก สรุปทางการพยาบาลทุกเวร ตามลำดับ ดังแสดงตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบร้อยละของการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ (n = 14)

กิจกรรม	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		หลังใช้แนวปฏิบัติ	
	ปฏิบัติถูกต้อง		ปฏิบัติถูกต้อง	
	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละของจำนวนครั้งที่มีการปฏิบัติ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละของจำนวนครั้งที่มีการปฏิบัติ
ขั้นตอนที่ 1 การแทงเข็ม				
1. เตรียมอุปกรณ์	14	100.00	14	100.00
2. แนะนำตัวเอง ขออนุญาตแทงเข็ม บอกเหตุผล ชนิดของน้ำเกลือ จำนวนหยดที่ให้ ภาวะแทรกซ้อนและการช่วยเฝ้าสังเกต	12	85.71	14	100.00
3. ล้างมือ แบบ Hygienic hand washing	10	71.43	14	100.00
4. เลือกตำแหน่งหลอดเลือดที่เหมาะสม	11	78.57	14	100.00
5. รัดสายยางเหนือบริเวณที่จะแทงประมาณ 6-8 นิ้ว	9	64.28	12	85.71
6. เลือกตำแหน่งหลอดเลือดที่เหมาะสม	10	71.43	14	100.00
7. การแทงเข็มเข้าหลอดเลือด ด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ	12	85.71	13	92.85
8. ต่อสายให้สารน้ำกับเข็มโดยใช้หลักปลอดเชื้อ	14	100.00	14	100.00
9. การปิดแผลระหว่างแทงเข็ม ใช้หลัก Fixed sterile ใส่มองเห็นปากแผลได้	10	71.43	14	100.00
10. ล้างมือหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม	14	100.00	14	100.00
ขั้นตอนที่ 2 การดูแลระหว่างคาเข็ม				
11. ทำ scrub the hub ข้อต่อ 3 ทาง	9	64.28	14	100.00
12. การทำ flushing และการ locking	8	57.14	13	92.85
13. การพิจารณา Y-site compatibility เพื่อป้องกันการไม่เข้ากันของสารน้ำและยา	11	78.57	13	92.85
14. particulate contamination เฝ้าระวังสิ่งแปลกปลอมหลุดเข้าไปในระบบไหลเวียน	12	85.71	14	100.00
15. ลงบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาล หลังการแทงเข็มให้สารน้ำ	10	71.43	14	100.00
16. ประเมิน สังเกตอาการและอาการแสดงของ Phlebitis และลงบันทึกทางการพยาบาลทุกเวอร์	12	85.71	14	100.00
17. การถอดเข็ม	12	85.71	13	92.85
ภาพรวม	190	81.80	232	97.65



ส่วนที่ 4 อุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ ผลการวิจัยพบว่า ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ดังแสดงตารางที่ 4

ตารางที่ 4 อุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบก่อน และหลังการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (ครั้งต่อ 1,000 วันให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย) (n = 50)

ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n = 50)		หลังใช้แนวปฏิบัติ (n = 50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ				
ไม่เกิด	47	94.00	50	100.00
เกิด	3	6.00	0	0.00
ระดับความรุนแรงของการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ				
ระดับ 2	2	4.00	0	0.00
ระดับ 3	1	2.00	0	0.00

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จ.แพร่ พบว่าแนวปฏิบัติการป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพ มีความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพิ่มขึ้น และอุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบลดลง อภิปรายผลตามสมมุติฐานการวิจัยดังนี้

1) ได้แนวปฏิบัติการป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จ.แพร่ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นใหม่จากแนวปฏิบัติเดิม เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติได้ถูกต้อง และป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย โดยการทบทวนวรรณกรรมหลักฐานเชิงประจักษ์ และความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน แบ่งขั้นตอนการปฏิบัติเป็นหมวดหมู่ คือการแทงเข็ม การดูแลระหว่างแทงเข็ม และการถอดเข็ม เพื่อให้เข้าใจง่ายและปฏิบัติได้ครบถ้วน รวมทั้งมีการประเมินความรู้และการปฏิบัติของพยาบาล แบบประเมินภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis scale) แผ่นพับความรู้การสังเกตอาการผิดปกติหลังได้รับสารน้ำจากผู้ป่วยขณะรับใหม่ แบบบันทึกแจ้งเตือนการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อใช้ในการเฝ้าระวัง และสื่อสารแจ้งเตือนระหว่างผู้ปฏิบัติงาน ส่งผลให้มีการตรวจพบความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้เร็ว ให้การพยาบาลได้ถูกต้องเหมาะสม ลดอุบัติการณ์หลอดเลือดดำอักเสบระดับ 3 และ 4 ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรีย์พร กุมภาคม (2565) ได้พัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของ

ระบบการพยาบาลผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายพบว่า การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบตามมาตรฐาน ร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยญาติผู้ดูแล และสมรรถนะที่พอเพียงของพยาบาลวิชาชีพ ส่งผลให้คุณภาพทางการพยาบาลดีขึ้น เช่นเดียวกับ การศึกษาของ สุวิมล ต้นทวีวงศ์ (2567) พบว่าการใช้แนวทางป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ผ่านรูปแบบการสอนให้ความรู้แก่พยาบาล มีระบบการปฏิบัติงานและการนิเทศทางคลินิก ส่งผลให้บุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้เพิ่มมากขึ้น สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ และพยาบาลมีความพึงพอใจ

2) หลังการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามรายการปฏิบัติเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำก่อนการใช้แนวปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 10.07$, S.D. = 1.44) ซึ่งบ่งชี้ว่าพยาบาลอาจมีความรู้พื้นฐานในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่ครอบคลุมหรือลึกซึ้งเพียงพอในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบได้อย่างมีประสิทธิภาพ หลังจากมีการนำแนวปฏิบัติการป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบมาใช้ คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นจนอยู่ในระดับมาก

($\bar{x} = 15.28$, S.D. = 2.01) ผลลัพธ์นี้สะท้อนให้เห็นว่า แนวปฏิบัติการป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยความรู้แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัตินี้อาจช่วยให้พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของมาตรการป้องกันต่างๆ และมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับขั้นตอนและเทคนิคที่จำเป็นในการลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ความรู้ที่เพิ่มขึ้นนี้เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบไม่เพียงแต่ทำให้เกิดความเจ็บปวดและไม่สบายแก่ผู้ป่วย แต่ยังอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น เช่น การติดเชื้อ การอุดตันของหลอดเลือด หรือการต้องถอดสายสวนหลอดเลือดดำออกก่อนกำหนด ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นและเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ดังนั้น การที่พยาบาลมีความรู้ที่ถูกต้องและเพียงพอจะนำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมและช่วยลดอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของพนิดา กาวินา และคณะ (2560) พบว่า การอบรมให้ความรู้เป็นกระบวนการทำให้พยาบาลได้รับรู้ข้อเท็จจริงที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ และสามารถตัดสินใจประเมินสิ่งที่ได้พบเห็นว่าถูกต้อง นำไปสู่การเรียนรู้ได้เร็วขึ้น และส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ และการอบรมเพิ่มความรู้พยาบาลให้เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติเดียวกัน เพราะการปฏิบัติแต่ละขั้นต้องอาศัยความรู้และทักษะที่ถูกต้องจึงจะสามารถให้บริการผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และนำไปสู่



การป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบได้เป็นอย่างดี
(นภา อุทัยศรี, 2566)

3) หลังการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบถูกต้องสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 โดยการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในการปฏิบัติตามรายการปฏิบัติเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำของพยาบาลวิชาชีพในงานผู้ป่วยใน ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ พบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติกิจกรรมบางข้อได้น้อยมาก (น้อยกว่า 10 ครั้ง) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในข้อที่ 5 (รัดสายยางเหนือบริเวณที่จะแทงประมาณ 6-8 นิ้ว), ข้อที่ 11 (ทำ scrub the hub ข้อต่อ 3 ทาง) และข้อที่ 12 (การทำ flushing และการ locking) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันการติดเชื้อและภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ การที่พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ได้น้อย แสดงให้เห็นว่าอาจมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เพียงพอเกี่ยวกับความสำคัญของแต่ละขั้นตอนหรืออาจขาดการตระหนักรู้ถึงเทคนิคที่ถูกต้องในการปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติ พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติการพยาบาลตามรายการปฏิบัติเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบถูกต้องโดยรวมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 81.80 เป็นร้อยละ 97.65 ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติในการส่งเสริมให้พยาบาลปฏิบัติตามขั้นตอนที่ถูกต้องนอกจากนี้ ผลการวิจัยยังระบุว่ากิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติได้ถูกต้องในระดับสูงทั้ง

ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ การเตรียมอุปกรณ์ ต่อสายให้สารน้ำกับเข็มโดยใช้หลักปลอดเชื้อ และล้างมือหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีความเข้าใจและให้ความสำคัญกับการปฏิบัติพื้นฐานเหล่านี้เป็นอย่างดี ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาหลักปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ สิ่งที่น่าสังเกตคือ กิจกรรมที่เคยปฏิบัติได้น้อยที่สุดกลับมีพัฒนาการที่ดีขึ้นหลังการใช้แนวปฏิบัติ กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติได้ถูกต้องสูงสุดภายหลังการใช้แนวปฏิบัติครอบคลุมหลายประเด็นที่สำคัญ ตั้งแต่ขั้นตอนพื้นฐาน เช่น การเตรียมอุปกรณ์ การแนะนำและให้ข้อมูลผู้ป่วย การล้างมือแบบ Hygienic hand washing การเลือกตำแหน่งหลอดเลือดที่เหมาะสม ไปจนถึงเทคนิคเฉพาะทาง เช่น การรัดสายยาง การต่อสายให้สารน้ำด้วยหลักปลอดเชื้อ การปิดแผลด้วยหลัก Fixed sterile ใส่ การทำ scrub the hub การเผาระวังสิ่งแปลกปลอม และการประเมินสังเกตอาการ Phlebitis การที่กิจกรรมเหล่านี้มีการปฏิบัติที่ถูกต้องสูงขึ้น แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติได้ช่วยเสริมสร้างความรู้และทักษะที่จำเป็นให้กับพยาบาลอย่างครอบคลุม ทำให้พยาบาลสามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การเพิ่มขึ้นของร้อยละการปฏิบัติที่ถูกต้องนี้ไม่เพียงแต่สะท้อนถึงการปรับปรุงพฤติกรรมพยาบาลเท่านั้น แต่ยังมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่ถูกต้องจะช่วยลดอุบัติการณ์ของภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและสร้างความไม่สุขสบายแก่ผู้ป่วย การที่พยาบาลสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ซับซ้อน เช่น การทำ scrub the hub หรือการทำ flushing

และ locking ได้อย่างถูกต้องมากขึ้น จะส่งผลโดยตรงต่อการลดความเสี่ยงของการติดเชื้อและการอักเสบ ณ บริเวณที่แทงเข็ม สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรีย์พร กุมภาคม (2565) ได้พัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายพบว่า การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ ตามมาตรฐาน ร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และสมรรถนะที่พอเพียงของพยาบาลวิชาชีพ ส่งผลให้คุณภาพทางการพยาบาลดีขึ้น เช่นเดียวกับ การศึกษาของ สุวิมล ตันทวีวงศ์ (2567) พบว่าการใช้แนวทางป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบผ่านรูปแบบการสอนให้ความรู้แก่พยาบาลมีระบบการปฏิบัติงานและการนิเทศทางคลินิก ส่งผลให้บุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้เพิ่มมากขึ้น สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

4) การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ สามารถลดอุบัติการณ์หลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 โดยก่อนการใช้แนวปฏิบัติ พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจำนวน 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 6.00 ซึ่งบ่งชี้ว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ ประสบภาวะแทรกซ้อนนี้ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนนี้ได้สำเร็จไม่เพียงแต่เพิ่มความปลอดภัยและลดความเจ็บปวด ให้แก่ผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจตามมา เช่น การติดเชื้อหรือการต้องถอดสายน้ำเกลือออกก่อนกำหนด ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังช่วย ลดภาระงานของบุคลากร

ทางการแพทย์ และ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ยืนยันว่าแนวปฏิบัติดังกล่าวมีประสิทธิภาพสูงในการยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยและมีคุณภาพมากขึ้น สอดคล้องกับ ปาจริย์ ศักดิ์वालีสกุล และอุษณีย์ ศิริวงศ์พรหม (2562) ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบจากการได้รับยานอร์อิพิเนฟรีน พบว่าการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น อุบัติการณ์หลอดเลือดดำอักเสบเกิดในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 2.25 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ บุญญารักษ์ จันทศรี (2566) ได้ศึกษาการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้ยาและสารน้ำ โดยแบ่งเป็น 3 ด้านหลัก ได้แก่ 1) เชิงโครงสร้าง ได้แก่การอบรม, ประเมินสมรรถนะ/นิเทศงาน 2) เชิงกระบวนการ มี 3 ขั้นตอน ได้แก่ ก่อน ระหว่าง และหลังให้ยา/สารน้ำ 3) เชิงผลลัพธ์ ได้แก่ ความร่วมมือผู้รับบริการความปลอดภัย และการรายงานอุบัติการณ์ พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจอย่างมาก ($\bar{X} = 4.75$) และไม่พบอุบัติการณ์หลอดเลือดดำอักเสบ แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติตามแนวทางที่ถูกต้องสามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงแข สุขศิลป์ และคณะ (2566) ที่พบว่าการปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานช่วยเพิ่มคุณภาพการพยาบาล ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความรู้ของพยาบาลบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์



ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมการนำแนวปฏิบัติการป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ในงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ ไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เพื่อให้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน และส่งเสริมให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

2. ควรมีการสนับสนุน จัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายตามแนวทางการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบ เช่น alcohol hand rub พลาสเตอร์ฟิล์มใสชนิดกันน้ำ ปิดแผลระหว่างแทงเข็ม ตามหลัก Fixed sterile ใส่ ช่วยให้มองเห็นตำแหน่งที่แทงเข็มได้ง่าย

3. ควรมีการนิเทศ ติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการกระตุ้นและช่วยให้ทราบปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติตามบริบทของหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน เพื่อติดตามผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง รวมถึงปัญหาอุปสรรคหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ เพื่อนำมาพัฒนาเป็นการศึกษา วิจัยและพัฒนาต่อไปในอนาคตได้

2. ควรใช้เทคโนโลยีในการเก็บข้อมูลและประเมินผลการวิจัย เช่น ระบบรายงานข้อมูลออนไลน์ และแอปพลิเคชันสำหรับติดตามผล เพื่อเพิ่มความสะดวก รวดเร็ว ในการเข้าถึงข้อมูลการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

กิตติรัตน์ สวัสดิ์รักษ์, ศันสนีย์ ชัยบุตร. (2561).

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย. ชัยภูมิเวชสาร, 3(1). 50-60.

จริณา คงพันธุ์, ผกากรอง พันธุ์โพธิ์โรจน์. (2021).

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงต่อการปฏิบัติการพยาบาลและอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 4(1), 156-169.

ดวงแข สุขศิลป์. (2567). การปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของพยาบาลในโรงพยาบาลสมุทรสาคร. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีสเทียณ, 10(2), 66-85.

นภา อุทัยศรี. (2567).การพัฒนาแนวทางการ

ปฏิบัติ ทางพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบของผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน, 1(3), 199-214.

นภสร ดวงสมสา. (2561). การพัฒนาแนวปฏิบัติ

ทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย. J Health Sci BCNSP, 2(1):64-81.



นพรัตน์ เรืองศรี. (2560). ผลการใช้แนว

ปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลพิจิตร. สืบค้นจาก <https://pch.moph.go.th/image/5.knowledge/2562>.

บุญญารักษ์ จันทศรี. (2566). การพัฒนาแนว

ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ จากการให้ยาและสารน้ำ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหนองวัวซอ. สืบค้นจาก <https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fbackoffice.udpho.org%2Fopenaccess%2Fcontrol%2Fdownload.php%3Fid%3DMjA3&psig=AOvVaw0SLUH4fjs7jqmGoBmWypBL&ust=1748250538856000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=0CAQQn5wMahcKEwiQ8KLWpL6NAxUAAAAHQAAAAAQBA>.

ปาจริย์ ศักดิ์วัลีสกุล และอุษณีย์ ศิริวงศ์พรหม.

(2561). ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบจากการได้รับยานอร์อิพิเนพรีน. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 25(2), 92-108.

พิพัฒ เกษแก้ว. (2024). ประสิทธิผลของแนว

ปฏิบัติป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงในงานห้องผู้ป่วยหนัก 2

โรงพยาบาลลำพูน. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, 4(1), e266990.

ภัทรารัตน์, สุวดี, จิราพร. (2567). การสำรวจความชุกของการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในประเทศไทย. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 20(2), 7-19.

วิมลวัลย์ วโรหาร. (2560). หลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยเด็ก: การป้องกันและการดูแล. วารสารโรคหัวใจ และทรวงอก Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 28(1), 16-28.

สมาคมเครือข่ายพยาบาลผู้ให้สารน้ำแห่งประเทศไทย. (2567). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ. กรุงเทพฯ: วิชั่น พรีเมลส์ จำกัด.

สุรีย์พร กุมภกาม, บุญเรือน ชุ่มแจ่ม, วณิชญา เรืองศรี, นภสร จันทเพชร และ นุชนารถ เขียนนุกูล. (2564). การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. วารสารกองการพยาบาล, 49(2), 37-52.

สุวิมล ต้นทวีวงศ์. (2567). ผลของการใช้แนวทางป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลฉลอง. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุข วชิระภูเก็ต, 4(1), 61-78.

Aitana Guanche-Sicilia. (2021). Prevention and Treatment of Phlebitis Secondary to the Insertion of a Peripheral Venous Catheter: A



Scoping Review from a Nursing
Perspective. Retrived from
file:///C:/Users/HP/Downloads/Pre-
eventPrevention_and_Treatment
_of_Phlebitis_Secondary_to.pdf.

Centers for Disease Control and
Prevention. (2015). Central line-
associated bloodstream
infections (CLABSI) data and
statistics. Retrieved from
[https://www.cdc.gov/hai/bsi/clab
si-resources.html](https://www.cdc.gov/hai/bsi/clab-si-resources.html).

Naomi P. O'Grady. ed al., (2017)
Guidelines for the Prevention of
Intravascular Catheter-Related
Infections, 2011. Retrived from
[https://www.cdc.gov/infection-
control/media/pdfs/Guideline-
BSI-H.pdf](https://www.cdc.gov/infection-control/media/pdfs/Guideline-BSI-H.pdf).

Effects of Tele-nursing in COPD Patients' Care after Discharge from the Hospital¹

Supin Rootham²
Supaporn Kaewprasert³

Received: 12 May 2025

Accepted: 30 June 2025

Abstract

This study is a quasi-experimental two-group study with pre-test and post-test. It aimed to investigate the effects of telenursing on the care of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) after hospital discharge. between intervention and control groups. The sample group was made up of COPD patients who were admitted to Mae ai hospital. The participants were selected by purposive sampling with 30 subjects to divide the sample into an experimental group of 15 and a control group of 15 subjects for 4th week. The data were analyzed using percentages, standard deviations, means, and independence samples t-tests.

The results showed a statistically significant difference in the mean score of knowledge and the mean score of practice between the experimental and control groups ($p < 0.00$, < 0.00), respectively. The mean score of the COPD assessment test (CAT) and readmission rate within 28 days after discharge was no statistically significant difference between the experimental and the control groups. However, the mean score of CAT in the experimental group decreased more than in the control group, and the readmission rate within 28 days after discharge in the experimental group was less than in the control group during the study period.

Tele-nursing could increase the potential for COPD patient self-care after discharge and readmission rate prevention, and telehealth can be used as an alternative for caring for COPD patients after discharge.

Keywords: Tele-nursing, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Readmission rate within 28 days

¹ Academic Article

² Professional Nurse, Inpatient Department, Nursing Department, Mae ai Hospital.
E-mail Supinpin3@gmail.com

³ Professional Nurse, Inpatient Department, Nursing Department, Mae ai Hospital.

ผลของการพยาบาลทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล¹

สุพิน ฐิธรรม²
ศุภาพร แก้วประเสริฐ³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่ข่าย จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ศึกษาเป็นเวลา 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ใช้ค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ Independent t-test และ Fisher's exact test

ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.00$ และ < 0.00 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินระดับความรุนแรงของอาการ และอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามคะแนนการประเมินระดับความรุนแรงของอาการในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม และอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำ ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

การพยาบาลทางไกลสามารถเพิ่มศักยภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการดูแลตนเอง หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และสามารถใช้เป็นทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

คำสำคัญ: การพยาบาลทางไกล โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

¹ บทความวิชาการ

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลแม่ข่าย อีเมล Supinpin3@gmail.com

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลแม่ข่าย

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก จากสถิติองค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2562 พบมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มากกว่า 210 ล้านคน และมีการเสียชีวิต 3.23 ล้านคนต่อปี เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของ ประชากรโลก และได้ประมาณการความชุกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วโลก ร้อยละ 10.30 (Global initiative for chronic obstructive lung disease, 2024) สถานการณ์ในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2562 - 2563 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รายใหม่ จำนวน 14,243 คน และ 11,349 คน ตามลำดับ (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2565) พบอัตราการเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น 1.30 เท่าในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา (Central Chest Institute of Thailand, 2019) โดยในปี พ.ศ. 2562 มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 40 คนต่อประชากร 100,000 คน เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 3 (Division of Non Communicable Diseases, 2019)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นการอุดกั้นของหลอดลมในลักษณะเรื้อรัง ซึ่งเป็นผลจากการระคายเคืองเรื้อรังต่อปอดจากฝุ่นและก๊าซพิษที่สำคัญที่สุดได้แก่ คาร์บอนหุ่ย ทำให้เกิดปฏิกิริยาอักเสบเกิดขึ้นทั้งในปอด และระบบอื่น ๆ โดยทั่วไปมักหมายรวมถึงโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (Pulmonary emphysema) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนอกจากเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเจ็บป่วยแล้วยังนำไปสู่การเสียชีวิตได้โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2565) ส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (Global initiative for

chronic obstructive lung disease, 2024) ดังนั้น การรักษาพยาบาลต้องอย่างต่อเนื่อง ต้องมีการดูแลและเตรียมความพร้อมวางแผนการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังออกจากโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2565)

จากการทบทวนวรรณกรรมในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า การดูแลสุขภาพทางไกล (Telehealth) หรือการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) เป็นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น วิดีโอคอล โทรศัพท์ หรือแอปพลิเคชันที่ออกแบบมาเฉพาะ เพื่อให้พยาบาลสามารถให้คำแนะนำและติดตามผลผู้ป่วยในรูปแบบออนไลน์ ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการที่มีคุณภาพ โดยมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพที่มีความปลอดภัยและเป็นระบบ พยาบาลผู้ให้บริการจะต้องมีสมรรถนะ ความเข้าใจในความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละราย และความสามารถการใช้เทคโนโลยีมาใช้ในการให้การพยาบาลทางไกล ผ่านกระบวนการพยาบาล สอดคล้องกับประกาศสภาการพยาบาล เรื่องแนวทางการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) ที่ได้ กล่าวว่า การพยาบาลทางไกล หมายความว่า การพยาบาลและการผดุงครรภ์เพื่อให้คำปรึกษาและแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยภายใต้กรอบความรู้แห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยนาระบบดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการ ทั้งนี้โดยความรับผิดชอบของผู้ให้การพยาบาลทางไกล (สภาการพยาบาล, 2564) สรุปได้ว่าการพยาบาลทางไกล หมายถึง รูปแบบของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการทางการพยาบาล แก่ผู้รับบริการด้วยระบบทางไกล ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย การประเมิน

ภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหาการพยาบาล การวางแผนทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาล อย่างเป็นองค์รวม การพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) ที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยหลายด้าน ที่สำคัญคือลดการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เนื่องจากทำให้พยาบาลเข้าใจในบริบทของผู้ป่วย และประเมินข้อจำกัดของผู้ป่วยได้ดีขึ้น มีการวางแผนร่วมกัน การติดตามกำกับทางไกลทำได้แบบต่อเนื่องสามารถประเมินผลลัพธ์ในด้านความต่อเนื่องในการรักษา ความสม่ำเสมอของการใช้ยา กิจวัตรประจำวัน ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิต (อาคม โพธิ์สุวรรณ และคณะ, 2567) และมีการศึกษาที่พบว่า การบริการพยาบาลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับการพยาบาลทางไกลช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและ การปฏิบัติตัวสามารถจัดการดูแลตนเองได้ดีส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น (พิราวรรณ เก่งสงวนสิทธิ์ และชิตใจ จินตธรรม, 2565)

โรงพยาบาลแม่เอย มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมารับบริการในตึกผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2564 - 2566 จำนวน 193, 185 และ 294 คน ตามลำดับ อัตราการกลับมารักษาซ้ำ ปี พ.ศ. 2564 - 2566 คิดเป็นร้อยละ 14.45, 16.53 และ 9.83 ตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยมารับการรักษาในหอผู้ป่วยในด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบเฉียบพลัน (COPD with Acute Exacerbation) ปี พ.ศ. 2564 - 2566 จำนวน 6,926 , 7,560 และ 8,267 ครั้ง ตามลำดับ (โรงพยาบาลแม่เอย, 2566) ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นจากการที่ผู้ป่วยขาดความรู้ และทักษะในการดูแลตนเอง ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ไม่ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง เนื่องจากไม่มีการวางแผนจำหน่ายที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผ่านมา

เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา กระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยใน ได้มีการใช้แนวทางวางแผนจำหน่ายรูปแบบ DMETHOD เหมือนกันทุกโรค แต่พบว่าจะมีการวางแผนจำหน่ายที่ล่าช้า โดยการวางแผนจำหน่ายจะทำในวันจำหน่าย ผู้ป่วยและญาติจะได้รับการสอน แนะนำ และนัดหมายครั้งต่อไปในวันที่จำหน่าย ขาดการประเมินปัญหาและความรู้ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยหรือญาติได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว ขาดความมั่นใจในการดูแลตนเอง ทั้งการมีข้อจำกัดในการติดตามดูแลต่อเนื่อง เมื่อกลับบ้านจะเกิดปัญหาภาวะคุกคามต่อสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่งลง มีการกลับมารักษาซ้ำก่อนแพทย์นัด

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยในจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการประยุกต์ใช้การพยาบาลทางไกล ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาจะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับการปฏิบัติตามสภาพจริง รวมทั้งเป็นการยกระดับผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดและองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางไกล (telehealth) หรือ ระบบการแพทย์ทางไกล

(telemedicine) (World Health Organization, 2010) และแนวทางการพยาบาลทางไกล (tele-nursing) (สภาการพยาบาล, 2564) โดยใช้

Application Line official ในการดูแล ติดตาม เฝ้าระวัง ร่วมกับการให้ความรู้ แก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล





วิธีดำเนินวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research designs)

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (Two groups pre-test and post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดเชียงใหม่ ในเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เข้ารับการนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาล แม่ข่าย ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) อ้างอิงจากงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ศึกษาถึงผลของโปรแกรมพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของ พิวรรณ เก่งสงวนสิทธิ์ และ ชิตใจ จินตธรรม (2565) โดยใช้โปรแกรม n4studies (Bernard, 2000; Ngamjarus, 2014) ได้กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มทดลอง (Intervention) 6 คน และกลุ่มควบคุม (Control) 6 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มความเพียงพอ (Power) ในการตรวจจับความแตกต่างซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นจะช่วยเพิ่มอำนาจการทดสอบ (Statistical Power) ของการวิจัยทำให้มีโอกาสมากขึ้นที่จะตรวจพบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติในผลการวิจัย และเพิ่มความแม่นยำและความน่าเชื่อถือการใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ช่วยให้ผลการวิจัยมีความแม่นยำมากขึ้น และเพิ่มความ

เชื่อมั่นในข้อสรุปที่ได้จากงานวิจัย ได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 9 คน (Cohen, 1988; ปรีดีนุกุลสมปรารถนา, 2564) ดังนั้นจะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวม 30 คน เป็นกลุ่มควบคุม (Control group) 15 คน และกลุ่มทดลอง (Intervention group) 15 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ

- 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลแม่ข่าย
- 2) มีความสามารถในการอ่าน พูด เข้าใจภาษาไทย และการได้ยินเป็นปกติ
- 3) มีโทรศัพท์เคลื่อนที่ และสามารถใช้อินเทอร์เน็ต LINE ได้ตอบในการสื่อสารได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ

- 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวช
- 2) มีอาการกำเริบหรือได้รับการส่งต่อสถานพยาบาลอื่นในระหว่างการศึกษา
- 3) ไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมที่กำหนดได้ครบถ้วน

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 7 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการป่วย ผู้ดูแลหลัก และพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) โดยมี 2 คำตอบ “ถูก” และ “ผิด” เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ตอบถูกได้ 1 คะแนน

ตอบผิดได้ 0 คะแนน



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบวัดมาตรฐาน ค่า 3 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติประจำ หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอ (ทุกวันหรือสัปดาห์ละ 4-6 ครั้ง) ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบางครั้ง (บางวันหรือสัปดาห์ละ 1-3 ครั้ง) ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย (ไม่เคยปฏิบัติเลยใน 1 สัปดาห์) เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามเชิงบวก ปฏิบัติประจำ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 1 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ 0 คะแนน และคำถามเชิงลบ ปฏิบัติประจำ 0 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 1 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ 2 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบประเมิน COPD assessment test : CAT เพื่อวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 8 ข้อ เป็นการประเมินอาการของโรค COPD ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต และสุขภาวะของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยให้คะแนนตนเองในแต่ละข้อ ระหว่างดี (0) จนถึงแย่มาก (5) คะแนนรวม 40 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

0 - 10 บ่งบอกถึงการมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และสุขภาวะในระดับต่ำ

11 - 20 บ่งบอกถึงการมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และสุขภาวะในระดับปานกลาง

21 - 30 บ่งบอกถึงการมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และสุขภาวะในระดับสูง

31 - 40 บ่งบอกถึงการมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และสุขภาวะในระดับสูงมาก

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกการปฏิบัติ 6 minute walk สำหรับผู้ป่วยบันทึกที่บ้าน

ส่วนที่ 6 แบบประเมินตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พัฒนาจากบริการการแพทย์ทางไกลสำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (กรมการแพทย์, 2566) ประกอบด้วย 3 คำถาม 1) มีอาการไอ เสมหะมาก กว่าเดิม เสมหะเปลี่ยนสี 2) มีอาการเหนื่อยมากกว่าเดิมจนทำกิจกรรมด้วยความยากลำบาก เช่น อาบน้ำ แต่งตัว กินข้าว พุดคุย แปร่งฟัน และ 3) มีการใช้ยาพ่นฉุกเฉินมากกว่า 4 ครั้งต่อวัน

ส่วนที่ 7 แบบบันทึกข้อมูลการกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ โดยไม่ได้นัดหมายภายใน 28 วัน ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย

2.1 คลิปวิดีโอความรู้ แต่ละคลิป มีความยาว 3-5 นาที ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัว

2.2 โทรศัพท์มือถือ โดยใช้ Application LINE ส่วนบุคคล

2.3 การพยาบาลทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

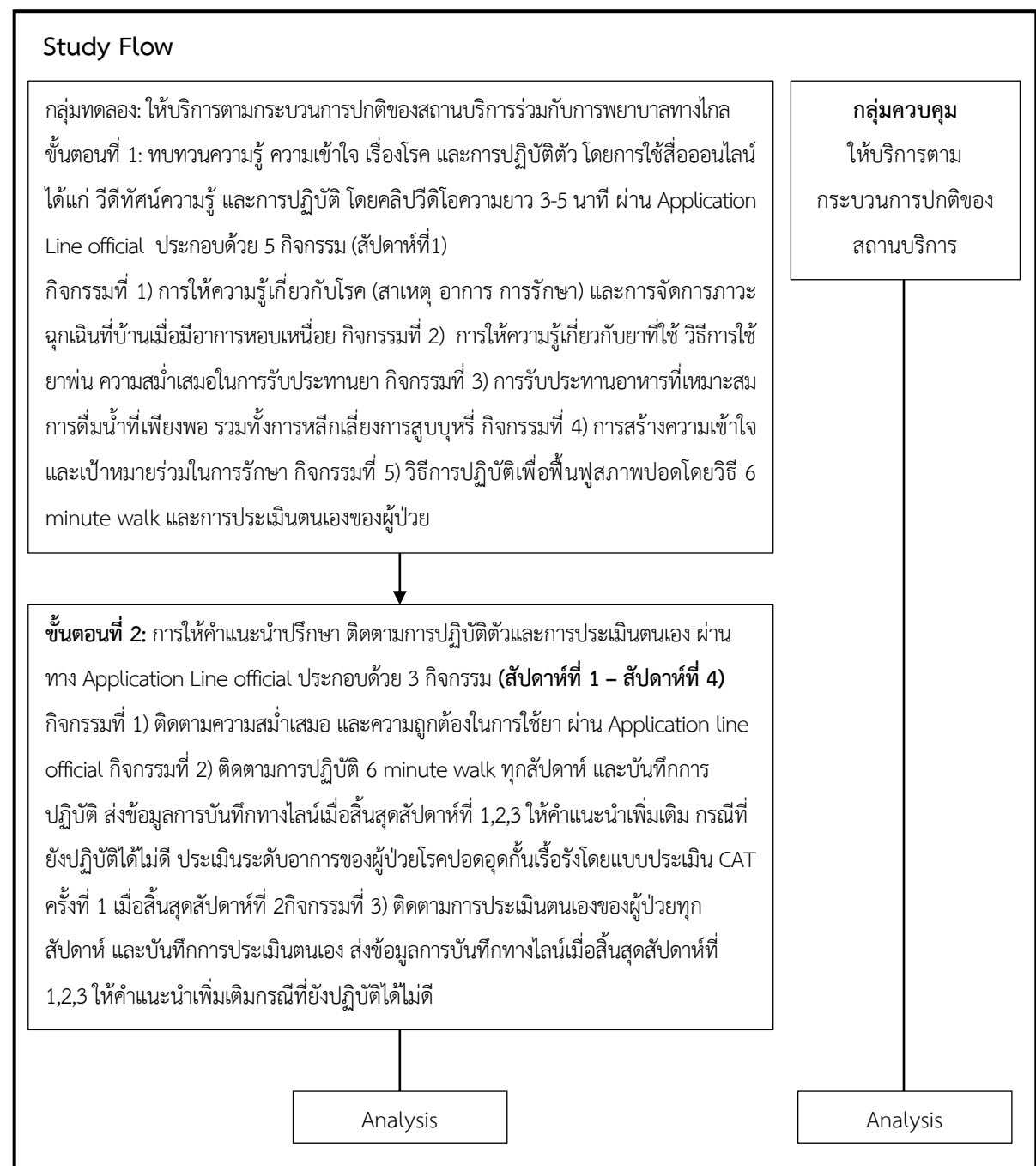
1. ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลคลินิกผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่ข่าย โดยผลการประเมินค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีค่าเท่ากับ 1

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม

ใช้วิธีคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR20) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.80 และส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่โรงพยาบาลไชยปราการ จำนวน 10 ชุด (Julious, 2005) แล้วนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Conbrach's Alpha Coefficient: α) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.70

การเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม

1. ความรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการประเมินระดับความรุนแรงของอาการ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ครั้งที่ 1 ก่อนเริ่มใช้การพยาบาลทางไกลฯ ครั้งที่ 2 สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4
2. อุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภายใน 28 วันหลังจำหน่าย ในช่วงเวลาที่ศึกษา



การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

1. ข้อมูลลักษณะพื้นฐานของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ก่อนเริ่มการทดลอง ใช้สถิติทดสอบ Chi-square ทดสอบความแตกต่างข้อมูลลักษณะพื้นฐานของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ได้แก่ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ผู้ดูแลหลัก พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และสถิติทดสอบ Independent sample t-test ใช้ทดสอบความแตกต่างข้อมูลลักษณะพื้นฐานของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการป่วย กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

3. หลังการทดลอง ใช้สถิติทดสอบ Independent sample t-test เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติ ตัว ค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินระดับอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และสถิติอนุमान Fisher's Exact Test เปรียบเทียบอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ เลขที่ COA No.31/2567 วันที่รับรอง 30 ตุลาคม 2567 ก่อนการเก็บข้อมูลทุกครั้งผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง

ลงนามเข้าร่วมการวิจัยอย่างเป็นทางการลายลักษณ์อักษรในใบยินยอม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม (Consent form) ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.33 มีอายุเฉลี่ย 67.47 ปี (SD = 11.22) อายุต่ำสุด (Minimum) 45 ปี อายุสูงสุด (Maximum) 85 ปี ร้อยละ 60.00 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.00 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 86.66 อาชีพพ่อบ้าน แม่บ้าน ระยะเวลาเฉลี่ยในการป่วย 9.73 ปี (SD = 6.88) ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.67 ได้แก่ บุตร และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 93.33 เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.33 มีอายุเฉลี่ย 68.60 ปี (SD = 9.05) ร้อยละ 60.00 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.00 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 73.33 มีอาชีพเป็นพ่อบ้าน แม่บ้าน ระยะเวลาเฉลี่ยในการป่วย 8.00 ปี (SD = 6.24) ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ ร้อยละ 52.90 ได้แก่ บุตร และร้อยละ 100.00 เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

ผลลัพธ์	Mean $\pm$ SD กลุ่มทดลอง (n = 15)	Mean $\pm$ SD กลุ่มควบคุม (n = 15)	Mean different	P-value ^a Between group
ก่อนทดลอง	7.60 $\pm$ 1.29	7.86 $\pm$ 0.77	0.26	0.50
หลังการทดลอง	9.60 $\pm$ 0.50	8.21 $\pm$ 0.89	1.39	< 0.00*

^a Independent samples t - test, * P-value $\leq$ 0.00

จากตารางที่ 1 ก่อนการวิจัย กลุ่มทดลอง และควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังวิจัยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของทดลอง และกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.00$ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลอง

เพิ่มขึ้น 1.39 คะแนน และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

ผลลัพธ์	Mean $\pm$ SD กลุ่มทดลอง (n = 15)	Mean $\pm$ SD กลุ่มควบคุม (n = 15)	Mean different	P-value ^a Between group
ก่อนทดลอง	11.73 $\pm$ 2.73	10.73 $\pm$ 1.71	1.00	0.24
หลังการทดลอง	16.60 $\pm$ 0.98	11.29 $\pm$ 2.05	5.31	< 0.00*

^a Independent samples t - test, * P-value $\leq$ 0.00

จากตารางที่ 2 ก่อนการวิจัย กลุ่มทดลอง และควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังวิจัยค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.00$ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น 5.31 และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินระดับความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคปอด



อุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่ม ควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินระดับอาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

ผลลัพธ์	Mean $\pm$ SD กลุ่มทดลอง (n = 15)	Mean $\pm$ SD กลุ่มควบคุม (n = 15)	Mean different	P-value ^a Between group
ก่อนทดลอง	25.60 $\pm$ 5.69	22.21 $\pm$ 5.05	3.53	0.08
หลังการทดลอง	9.67 $\pm$ 4.62	15.14 $\pm$ 6.73	4.46	0.06

^a Independent samples t - test, * p-value $\leq$ 0.05

จากตารางที่ 3 ก่อนการวิจัย กลุ่มทดลอง และควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินระดับ ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังวิจัยค่าเฉลี่ยคะแนน การประเมินระดับ ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมลดลง แต่ไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value 0.061 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินระดับ ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น

เรื้อรังในกลุ่มทดลอง มีระดับความรุนแรงของ อาการลดลง 4.46 และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินระดับความรุนแรง ของอาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลง 3.53

5. เปรียบเทียบพฤติกรรมการกลับมารักษาซ้ำ ภายใน 28 วัน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่ม ควบคุมในช่วงการศึกษา

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่ม ควบคุม ในช่วงการศึกษา (n = 30)

ข้อมูล	พฤติกรรมการกลับมารักษาซ้ำ ภายใน 28 วัน (%)		X ²	P-value
	เกิด	ไม่เกิด		
กลุ่มทดลอง (n = 15)	1 (6.67%)	14 (93.33%)	1.33	0.33 ^a
กลุ่มควบคุม (n = 15)	3 (20.00%)	12 (80.00%)		

^a Fisher's Exact Test, * P-value $\leq$ 0.05

จากตารางที่ 4 อุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.33$) อย่างไรก็ตามพบ อุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลทางไกล น้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีอุบัติการณ์กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 6.67 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 20.00 ในช่วงที่ทำการศึกษา

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลทางไกลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.00$ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น 1.39 คะแนน อาจกล่าวได้ว่าการประยุกต์ใช้ แนวคิดและองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางไกล (telehealth) หรือ ระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine) (World Health Organization, 2010) และแนวทางการพยาบาลทางไกล (สภาการพยาบาล, 2564) ซึ่งมีการดูแล ติดตาม ร่วมกับการให้ความรู้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ยังขาดความรู้ในการดูแลตนเองที่เหมาะสมเกิดการเรียนรู้หลังการได้รับความรู้ คำแนะนำ นอกจากการให้ความรู้ พยาบาลได้กระตุ้นให้กำลังใจให้ผู้ป่วยมีพยายามในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ พิราวรรณ เก่งสงวนสิทธิ์ และ ชิตใจ จินตธรรม (2565) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับการพยาบาลทางไกลโรงพยาบาลจุ

พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวและความสามารถในการควบคุมทางคลินิก ของกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการพยาบาลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับการพยาบาลทางไกลสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ อานุภาพ กันทะวงศ์ (2564) ที่ศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุโขทัย ซึ่งแนวปฏิบัติมีการสอนให้ความรู้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมพบว่า ภายหลังใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยที่เข้าร่วมมีความรู้ สูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ นอกจากนี้ยังพบว่า การพยาบาลทางไกลเพิ่มประสิทธิภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ ในด้านการให้คำแนะนำ ติดตามดูแลต่อเนื่องในการดูแลที่บ้าน โดยกลยุทธ์การพยาบาลทางไกลเป็นวิธีการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิผล หลังจากออกจากโรงพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุมีความรู้ และการปฏิบัติโดยรวมในกลุ่มทดลองดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม (Mohamed, Mohamed & Hafez, 2022)

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่ม (Between group) ที่ได้รับการพยาบาลทางไกลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.00$ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น 5.31 ภายหลังการทดลอง อธิบายได้ว่าการที่กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มมากขึ้น ได้ส่งผลต่อการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และสามารถปรับกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ

Kumar & Patel (2023) เรื่องการให้คำปรึกษา และคำแนะนำด้านสุขภาพ พยาบาลสามารถให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการโรคเรื้อรังในเรื่องการปรับพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมผ่านระบบการพยาบาลทางไกล ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมได้ดีขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินระดับความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลทางไกลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และกลุ่มควบคุม ลดลงแต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.06$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินระดับความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลอง มีระดับความรุนแรงของอาการลดลง 4.46 และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินระดับความรุนแรงของอาการลดลง 3.53 สอดคล้องกับการศึกษาของ พีรารวรรณ เก่งสงวนสิทธิ์ และคนอื่นๆ (2565) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับการพยาบาลทางไกลโรงพยาบาลจุฬ พบว่า ระดับความรุนแรงของอาการเหนื่อย (MMRC dyspnea score) ลดลงแต่ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า อุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.33$) อย่างไรก็ตามในช่วงที่ทำการศึกษามีอุบัติการณ์ ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลทางไกลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อาจกล่าวได้ว่าความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลอง ส่งผลเชิงบวกในการดูแลตนเอง

ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการพยาบาลทางไกลโดยเฉพาะการป้องกันอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้พบว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลทางไกลมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ในขณะที่คะแนนการประเมินความรุนแรงของอาการไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม และพบว่าอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการให้การพยาบาลโดยใช้การสอนทางไกลสามารถเสริมสร้างความรู้และส่งเสริมการปฏิบัติตนในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริการ พยาบาลสามารถนำการพยาบาลทางไกลไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานในการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล
2. ด้านนโยบายการพัฒนาคุณภาพ การใช้การพยาบาลทางไกลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ลดอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล
3. ด้านการศึกษาวิจัย การศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนอกจากต้องรับรู้ถึงปัญหาและปัจจัยที่จะช่วยป้องกันอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น

เรื้อรัง ยังมีปัจจัยอื่นที่ผู้ศึกษาควรให้ความสนใจ และควรมีการศึกษาประเด็นอื่นๆเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์. (2566). แนวทางการดูแลผู้ป่วย โรคระบบทางเดินหายใจตามนโยบาย Smart energy and climate action..

ปรีดี นุกุลสมปรารถนา. (2564). จำนวน Sample Size ที่เหมาะกับการทำ Research. <https://www.popticles.com/marketing/research-sample-size/>

พิรารวรรณ เก่งสงวนสิทธิ์ และ ชิดใจ จินตธรรม. (2565). ผลของการใช้รูปแบบการ บริการพยาบาลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร่วมกับการพยาบาลทางไกล โรงพยาบาลจุฬ. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพะเยา.

โรงพยาบาลแม่เมาะ (2566). รายงานการควบคุม โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี 2564-2566.

สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2565). แนวทางการ วินิจฉัยและแนวทางการรักษาโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง 2565. บริษัทภาพพิมพ์ จำกัด.

สภาการพยาบาล (2564). ประกาศสภาการ พยาบาล เรื่อง แนวทางการพยาบาล ทางไกล (Tele-nursing)พ.ศ. 2564. (10 กุมภาพันธ์ 2564). ราชกิจจานุเบกษา, 138 (ตอนพิเศษ) 33, น. 49.

อานุกาพ กันทะวงศ์. (2564). ผลการใช้แนว ปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรค

ปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุโขทัย.

ผลงานวิชาการ : ประเภท R2R.

อาคม โพธิ์สุวรรณ, สุภาภรณ์ วรอรุณ, อุมาร ใจยังยืน และ สุพรรณิ เปี้ยวนาลาว. (2567). การใช้เทคโนโลยีในการ ปฏิบัติการพยาบาลทางไกลในการดูแล ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง กับการ กลับเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาล: การทบทวนอย่างเป็นระบบ. วารสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี, 7(1).

Bernard, R. (2000). *Fundamentals of biostatistics (5th ed.)*. Duxbery: Thomson learning, 308.

Central Chest Institute of Thailand. (2019). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) rates*. Retrieved from: <https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/01/8.-one-page-COPD-edit-8-10-61.pdf>

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Division of Non - Communicable Diseases. (2019). *Number and rate of non-communicable disease deaths 2016 - 2017 (hypertension, diabetes, ischemic heart, cerebrovascular disease, bronchitis, emphysema)*. Bangkok: Department of Medical



- Services, Ministry of Public Health. (in Thai).
Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD). (2024). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2024 Report)*. Retrieved from: <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>
- Julious, S.A. (2005). Sample size of 12 per group rule of thumb for a pilot study. *Pharmaceut Stat*, 4: 287–291. [Google Scholar]
- Kumar, A. & Patel, V. (2023). *The impact of tele-nursing on patient satisfaction and care continuity in elderly home healthcare services*. *Technology in Healthcare*, 31(3), 201-210. Retrieved from <https://doi.org/10.3233/THC-221142>
- Mohamed, N., Mohamed, H., & Hafez, S. (2022). *Telenursing to optimize discharge planning for elderly patients and ensure continuity of home care during COVID-19 pandemic*. *NILES Journal for Geriatric and Gerontology*, 5(1), 92-109. Retrieved from <https://doi.org/10.21608/niles.2022.197285>
- World Health Organization. (2010). *Telemedicine opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth 2009*.

Factors Affecting Maternity Benefit Receipt among Social Security Insured Persons Receiving Prenatal Care and Delivery Services at Phrae Hospital, Phrae Province¹

Kreangsak Kampon²
Nipitphon Saengduang³
Hutsayaporn Intayos⁴

Received: 14 May 2025

Accepted: 30 June 2025

Abstract

This comparative causal study aimed to examine factors associated with the utilization of maternity benefits among 200 insured women who received antenatal care and delivery services at Phrae Hospital. Data were collected using a validated questionnaire covering personal information, benefit perception, benefit information access, and employer social support, with reliability coefficients ranging from 0.75 to 0.98. Data were analyzed using descriptive statistics, the Mann - Whitney U Test, and the Kruskal-Wallis Test.

The results revealed that benefit perception, information access, and employer support were at high levels (mean = 63.23, 25.09, and 21.34, respectively). Differences in age, duration of insurance, type of insured person, benefit perception, information access, and employer support were significantly associated with variations in maternity benefit utilization ($p < 0.05$), while education, income, and number of children were not. Furthermore, benefit perception ($r = 0.17$), information access ($r = 0.15$), and employer support ($r = 0.21$) showed significant correlations with maternity benefit utilization.

These findings highlight the importance of enhancing awareness, improving access to information, and strengthening supportive employer environments to promote equitable utilization of maternity benefits.

Keywords: maternity benefits, Social Security insured

¹ Academic Article

² Public Health Technical Officer, Professional Level, Phrae Provincial Public Health Office
E-mail: kreang_mrs23@hotmail.com

³ Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Phrae Provincial Public Health Office

⁴ Physiotherapist, Professional Level, Long Hospital, Rehabilitation Department, Long Hospital

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร ของผู้ประกันตนกองทุนประกันสังคมที่รับบริการฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลแพร์ จังหวัดแพร่¹

เกรียงศักดิ์ คำปน²

นิพัทธ์พนธ์ แสงด้วง³

หัสยาพร อินทยศ⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสาเหตุเปรียบเทียบครั้งนี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการใช้สิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร ในกลุ่มผู้ประกันตนจำนวน 200 คน ที่มารับบริการฝากครรภ์และคลอด ณ โรงพยาบาลแพร์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ครอบคลุมข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้สิทธิประโยชน์ การเข้าถึงข้อมูลสิทธิประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคมจากนายจ้าง ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นระหว่าง 0.75–0.98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ Mann - Whitney U Test และ Kruskal - Wallis Test

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สิทธิประโยชน์ การเข้าถึงข้อมูล และการสนับสนุนจากนายจ้าง อยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 63.23, 25.09 และ 21.34 ตามลำดับ) ตัวแปรอายุ ระยะเวลาการเป็นผู้ประกันตน ประเภทผู้ประกันตน การรับรู้สิทธิประโยชน์ การเข้าถึงข้อมูล และการสนับสนุนจากนายจ้าง มีความแตกต่างสัมพันธ์กับการใช้สิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ขณะที่ระดับการศึกษา รายได้ และจำนวนบุตรไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้สิทธิประโยชน์ ($r = 0.17$) การเข้าถึงข้อมูล ($r = 0.15$) และการสนับสนุนจากนายจ้าง ($r = 0.21$) มีความสัมพันธ์กับการใช้สิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรอย่างมีนัยสำคัญ

ผลลัพธ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมการรับรู้ การเข้าถึงข้อมูล และการสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนจากนายจ้าง เพื่อเพิ่มความเสมอภาคในการใช้สิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร

คำสำคัญ: การรับสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร ผู้ประกันตนกองทุนประกันสังคม

¹ บทความวิชาการ

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ อีเมล kreang_mrs23@hotmail.com

³ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

⁴ นักกายภาพบำบัดชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลลอง



บทนำ

การประกันสังคมเป็นนโยบายเชิงสวัสดิการสังคมที่สำคัญยิ่งต่อการเสริมสร้างความมั่นคงในชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำในกลุ่มแรงงาน โดยมีเจตนารมณ์เพื่อสร้างหลักประกันในการดำรงชีวิตและคุ้มครองความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงานและสภาพสังคม แนวคิดนี้มีรากฐานมาจากระบบสวัสดิการในประเทศแถบตะวันตก โดยเริ่มขึ้นเป็นครั้งแรกในประเทศเยอรมนีเมื่อปี พ.ศ. 2424 โดยนายกรัฐมนตรี Otto von Bismarck ซึ่งมีเป้าหมายในการให้หลักประกันด้านบำนาญแก่ลูกจ้างผ่านเงินสมทบจากนายจ้างและรัฐบาล จากนั้นแนวคิดดังกล่าวได้แพร่หลายไปทั่วโลก รวมถึงประเทศญี่ปุ่นที่ถือเป็นประเทศแรกในเอเชียที่นำระบบประกันสังคมมาใช้ในปี พ.ศ. 2454 สำหรับประเทศไทย การริเริ่มนำระบบประกันสังคมมาใช้เกิดขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2480 แต่การตรากฎหมายฉบับแรกที่บังคับใช้จริงกลับต้องใช้เวลาานเกือบ 40 ปี จนกระทั่งมีการประกาศใช้ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ซึ่งถือเป็นการเริ่มต้นระบบประกันสังคมอย่างเป็นทางการในประเทศไทย

โดยหลักการพื้นฐานของการประกันสังคมนั้น องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) ให้ความหมายว่าเป็นการคุ้มครองที่สังคมมอบให้แก่ประชาชนเพื่อการเข้าถึงการดูแลสุขภาพและหลักประกันรายได้ โดยเฉพาะในกรณีสูงอายุว่างงาน เจ็บป่วย ทูพพลภาพ บาดเจ็บจากการทำงาน การคลอดบุตร หรือการสูญเสียผู้หาเลี้ยงครอบครัว นอกจากนี้ยังตั้งอยู่บนหลักการสำคัญอีก 5 ประการ ได้แก่ หลักการบังคับใช้เพื่อสร้างความครอบคลุม หลักการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขที่ให้ผู้มีรายได้สูงร่วมรับภาระเพื่อช่วยเหลือผู้มีรายได้ต่ำ หลักการไตรภาคีที่ให้ลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาลร่วมกัน

รับภาระ หลักการจ่ายเงินสมทบตามความสามารถ แต่ให้สิทธิประโยชน์ตามความจำเป็น และหลักการกำหนดสิทธิประโยชน์ในระดับมาตรฐานขั้นต่ำเพื่อการคุ้มครองอย่างแท้จริง ทั้งนี้ กองทุนประกันสังคมในประเทศไทยจะแบ่งออกเป็น 3 ส่วนเพื่อใช้ในการกรณีต่างๆ ได้แก่ เงินกองทุนสำหรับกรณีเจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ และเสียชีวิต เงินกองทุนสำหรับกรณีสงเคราะห์บุตรและชราภาพ และเงินกองทุนสำหรับกรณีว่างงาน

แม้ว่าระบบประกันสังคมของไทยจะมีความก้าวหน้าและมอบสิทธิประโยชน์หลายประการให้กับผู้ประกันตน แต่จากรายงานการปฏิบัติงานของสำนักงานประกันสังคมที่ผ่านมา พบว่ายังคงมีปัญหาและอุปสรรคสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย หนึ่งในปัญหาหลักคือการที่ผู้ประกันตนยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับอย่างถ่องแท้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยหลายชิ้นที่พบว่า ผู้ประกันตนมีระดับความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ประกันสังคมอยู่ในระดับต่ำ (รุ่งนภา ธานุญเรือง และสุชาดา ภัยหลีกส์, 2558; สุรัสวดี ทิพย์พิมพ์วงศ์, 2562) ในขณะทำงานวิจัยของศิริณีทิพย์ คุณสมบัติ และวัลลภ รัฐฉัตรนนท์ (2558) พบว่าพนักงานมีความเข้าใจในภาพรวมอยู่ในระดับสูง แต่ความรู้ความเข้าใจในสิทธิประโยชน์แต่ละด้านก็ยังคงมีความแตกต่างกัน ปัญหาการขาดความรู้ไม่ได้เป็นเพียงแค่เรื่องทางทฤษฎี แต่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะในกรณีการคลอดบุตร

จากการติดตามเยี่ยมผู้ประกันตนหลังคลอดบุตรของสำนักงานประกันสังคมจังหวัดแพร่ และโรงพยาบาลแพร่ ในช่วงปีงบประมาณ 2565 พบว่าผู้ประกันตนที่มาใช้บริการคลอดบุตรจำนวน 625

คน จากทั้งหมด 1,582 ราย (คิดเป็นร้อยละ 39.51) ยังคงขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์กรณีคลอดบุตร ทำให้ผู้ประกันตนไม่ทราบว่าตนเองจะต้องสำรองค่าใช้จ่ายในการคลอดบุตรก่อน ทำให้เกิดความวิตกกังวล และบางรายไม่ได้เตรียมเงินไว้เพื่อใช้จ่าย ทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถจำหน่ายหญิงหลังคลอดได้ตามกำหนดเวลา ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น และเกิดปัญหาหนี้ค้างชำระกับโรงพยาบาล นอกจากนี้ ข้อมูลจากสำนักงานประกันสังคมจังหวัดแพร่ ยังชี้ให้เห็นว่า ในปีงบประมาณ 2565 มีผู้ประกันตนที่มาคลอดบุตรแต่ไม่ขอรับสิทธิประโยชน์จำนวนถึง 623 ราย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัญหาการขาดความรู้ส่งผลให้ผู้ประกันตนไม่สามารถเข้าถึงความช่วยเหลือทางการเงินที่ควรได้รับ จากปัญหาดังกล่าวจึงมีความจำเป็นในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ความเข้าใจของผู้ประกันตน เพื่อให้การดำเนินงานของสำนักงานประกันสังคมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและผู้ประกันตนได้รับสิทธิประโยชน์อย่างครบถ้วนตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย การให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ประกันตนจะช่วยให้พวกเขาสามารถเตรียมพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ การเงิน และเอกสารทางราชการได้อย่างเหมาะสมก่อนเข้ารับบริการ ซึ่งไม่เพียงแต่จะช่วยให้ผู้ประกันตนได้รับสิทธิประโยชน์ที่ครบถ้วนเท่านั้น แต่ยังช่วยลดปัญหาหนี้ค้างชำระของผู้ประกันตนต่อโรงพยาบาลได้อย่างเป็นรูปธรรมอีกด้วย ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรของผู้ประกันตนกองทุนประกันสังคมที่รับบริการฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลแพร์ จังหวัดแพร่ เพื่อให้เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางในการให้ความรู้ความเข้าใจ

เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์แก่ผู้ประกันตน ตลอดจนสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนเพื่อลดภาระหนี้ค้างชำระของโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้สิทธิประโยชน์กองทุนประกันสังคม ระดับการเข้าถึงข้อมูลสิทธิประโยชน์กองทุนประกันสังคม และระดับการสนับสนุนทางสังคมของนายจ้าง ของผู้ประกันตน
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคลของผู้ประกันตน ระดับการรับรู้สิทธิประโยชน์กองทุนประกันสังคม ระดับการเข้าถึงข้อมูลสิทธิประโยชน์กองทุนประกันสังคม และระดับการสนับสนุนทางสังคมของนายจ้างของผู้ประกันตน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้สิทธิประโยชน์กองทุนประกันสังคม การเข้าถึงข้อมูลสิทธิประโยชน์กองทุนประกันสังคม และการสนับสนุนทางสังคมของนายจ้างของผู้ประกันตน กับการรับสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร ของผู้ประกันตน

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ประกันตนที่มีลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการเป็นผู้ประกันตน ประเภทของผู้ประกันตน และจำนวนบุตร แตกต่างกัน จะมีการรับสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรแตกต่างกัน
2. ตัวแปรลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้สิทธิประโยชน์กองทุนประกันสังคมของผู้ประกันตน การเข้าถึงข้อมูลสิทธิประโยชน์กองทุนประกันสังคม และการสนับสนุนทางสังคมของนายจ้าง

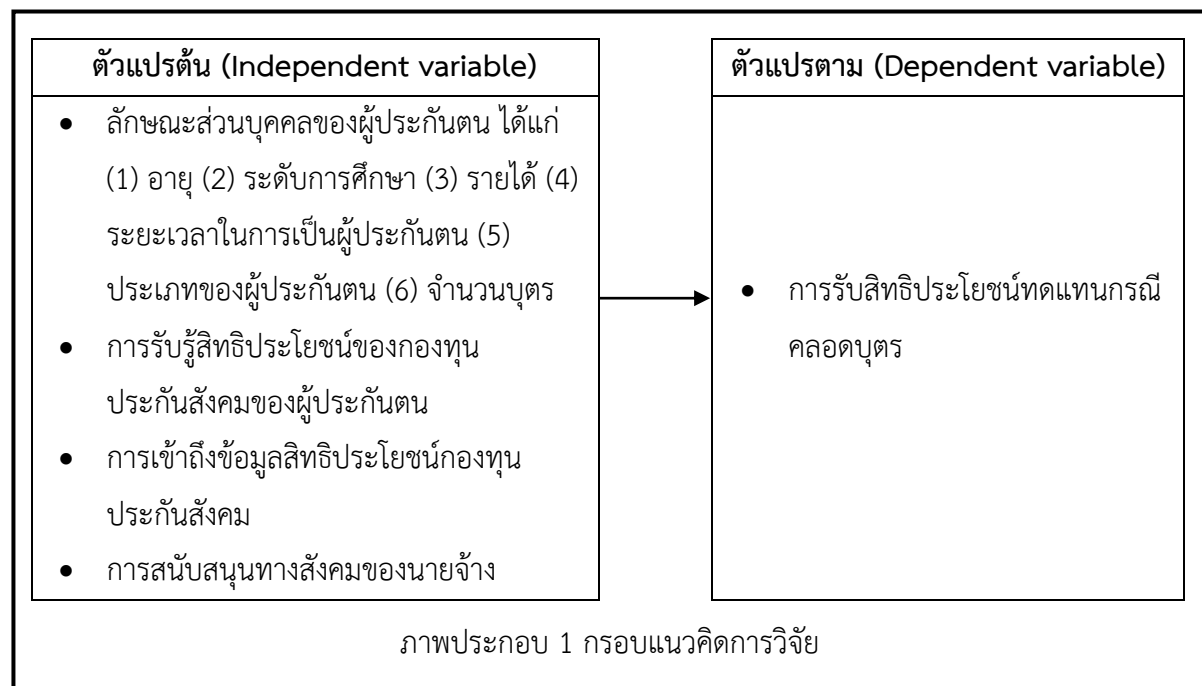


มีความสัมพันธ์กับการรับสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร

กรอบแนวคิดการวิจัย

ทฤษฎีที่ใช้เพื่ออธิบายพฤติกรรมของการวิจัยครั้งนี้ คือทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1986) ที่ได้อธิบายถึงการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมว่าเป็นการเรียนรู้ที่เน้นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมภายในโดยไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก โดยแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์มีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยหลัก 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม โดยแบนดูรา เน้นว่าพฤติกรรมของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลง ไม่ได้มาจาก

สภาพแวดล้อมเพียงอย่างเดียว แต่มาจากกระบวนการทางปัญญาด้วย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีดังกล่าวเพื่อกำหนดตัวแปรอิสระที่เป็นสาเหตุแห่ง พฤติกรรม ร่วมกับการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตัวแปรดังกล่าว ประกอบด้วย ตัวแปรลักษณะส่วนบุคคลของผู้ประกันตน ได้แก่ ระดับการศึกษา ลักษณะงาน รายได้ และระยะเวลาในการเป็นผู้ประกันตน ตัวแปรการรับรู้สิทธิประโยชน์กองทุนประกันสังคมของผู้ประกันตน ตัวแปรการเข้าถึงข้อมูลสิทธิประโยชน์กองทุนประกันสังคม และตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมของนายจ้าง รายละเอียดแสดงตามภาพประกอบ 1



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงเปรียบเทียบสาเหตุ ทำการศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 – มิถุนายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ประชากร คือ ผู้ประกันตนกองทุนประกันสังคมหญิง และผู้ประกันตนกองทุนประกันสังคมชายที่ภรรยาไม่ได้

อยู่ในระบบประกันสังคม ที่มารับบริการฝากครรภ์และคลอด ในโรงพยาบาลแพร่ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2565 จำนวน 4,935 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ประกันตนกองทุนประกันสังคมหญิง และผู้ประกันตนกองทุนประกันสังคมชายที่ภรรยาไม่ได้อยู่ในระบบ

ประกันสังคม ที่มารับบริการฝากครรภ์และคลอด
ในโรงพยาบาลแพร์ จำนวน 200 คน โดยทำการ
กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของ
ของ แฮร์ และคณะ (Hair et al., 2010) กรณีก
การวิเคราะห์สหสัมพันธ์และการวิเคราะห์ถดถอย
โดยกลุ่มตัวอย่างต้องมีไม่ต่ำกว่า 100 คน และกลุ่ม
ตัวอย่างต้องมีจำนวนประมาณ 10 - 20 คน ต่อ
จำนวนตัวแปรอิสระ 1 ตัวแปร ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มี
ตัวแปรอิสระจำนวน 9 ตัวแปร ขนาดตัวอย่างจึงอยู่
ระหว่าง 90-180 คน โดยทำการสุ่มตัวอย่างอย่าง
แบบง่าย (simple random sampling)

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ :
เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม
จำนวน 1 ฉบับ โดยแบ่งออกเป็น 5 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูล
ทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ ระดับการศึกษา
รายได้ ระยะเวลาในการเป็นผู้ประกันตน ประเภท
ของผู้ประกันตน จำนวนบุตร

ตอนที่ 2-5 เป็นการสอบถามเกี่ยวกับตัวแปร
ต่าง ๆ ในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สิทธิ
ประโยชน์กองทุนประกันสังคม ลักษณะเป็นแบบ
มาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด
(5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน)
น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) จำนวน 14
ข้อคำถาม ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดย
ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น
ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach มีค่า
ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 เกณฑ์การแปลผลคะแนน
โดยผู้ตอบแบบสอบถามที่มีคะแนนมากแสดงว่าเป็น
ผู้ที่มีการรับรู้สิทธิประโยชน์กองทุนประกันสังคม
มากกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า และมีเกณฑ์ในการ
แบ่งระดับคะแนน โดยประยุกต์ใช้เกณฑ์การแบ่ง

ระดับคะแนนตามแนวคิดของ เบสท์ (Best, 1981)
โดยแบ่งระดับการรับรู้สิทธิประโยชน์กองทุน
ประกันสังคม ออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับสูง หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนรวมเฉลี่ย
ตั้งแต่ 47 - 70 คะแนน

ระดับปานกลาง หมายถึง บุคคลที่มีคะแนน
รวมเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 24 - 46 คะแนน

ระดับต่ำ หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนรวม
เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0 - 23 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลสิทธิ
ประโยชน์กองทุนประกันสังคม ลักษณะเป็นแบบ
มาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด
(5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน)
น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) จำนวน 7
ข้อคำถาม ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดย
ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น
ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach มีค่า
ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75 เกณฑ์การแปลผลคะแนน
โดยผู้ตอบแบบสอบถามที่มีคะแนนมากแสดงว่าเป็น
ผู้ที่เข้าถึงข้อมูลสิทธิประโยชน์กองทุนประกันสังคม
ได้มากกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า และมีเกณฑ์ใน
การแบ่งระดับคะแนน โดยประยุกต์ใช้เกณฑ์การ
แบ่งระดับคะแนนตามแนวคิดของ เบสท์ (Best,
1981) โดยแบ่งระดับการเข้าถึงข้อมูลสิทธิประโยชน์
กองทุนประกันสังคม ออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับสูง หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนรวมเฉลี่ย
ตั้งแต่ 24 - 35 คะแนน

ระดับปานกลาง หมายถึง บุคคลที่มีคะแนน
รวมเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 12 - 23 คะแนน

ระดับต่ำ หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนรวม
เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0 - 11 คะแนน

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทาง
สังคมของนายจ้าง ลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า



5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) จำนวน 5 ข้อคำถาม ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98 เกณฑ์การแปลผลคะแนนโดยผู้ตอบแบบสอบถามที่มีคะแนนมากแสดงว่าเป็นผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมของนายจ้างมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า และมีเกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนน โดยประยุกต์ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนตามแนวคิดของ เบสท์ (Best, 1981) โดยแบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมของนายจ้าง ออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับสูง หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนรวมเฉลี่ย ตั้งแต่ 17 - 25 คะแนน

ระดับปานกลาง หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 9 - 16 คะแนน

ระดับต่ำ หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0 - 8 คะแนน

ตอนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้สิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร ลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ “ได้ขอรับสิทธิ” หรือ “ไม่ได้ขอรับสิทธิ” จำนวน 1 ข้อคำถาม โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบ “ได้ขอรับสิทธิ” ได้ 1 คะแนน และ ตอบ “ไม่ได้ขอรับสิทธิ” ได้ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนโดยผู้ตอบแบบสอบถามที่มีคะแนน 1 คะแนน หมายถึง เป็นผู้ได้ขอรับสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร ผู้ที่มีคะแนน 0 คะแนน หมายถึง เป็นผู้ไม่ได้ขอรับสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นด้วยสถิติบรรยาย เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและลักษณะของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ในการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้สิทธิประโยชน์กรณีคลอดบุตร ของผู้ประกันตนตามลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการเป็นผู้ประกันตน รายได้ ประเภทของผู้ประกันตน และจำนวนบุตร ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test และ Kruskal-Wallis Test

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรลักษณะส่วนบุคคลของผู้ประกันตน การรับรู้สิทธิประโยชน์กองทุนประกันสังคมของผู้ประกันตน การเข้าถึงข้อมูลสิทธิประโยชน์กองทุนประกันสังคม และการสนับสนุนทางสังคมของนายจ้าง กับการรับรู้สิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรของผู้ประกันตน ด้วยสถิติ Spearman Rank Correlation

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสืออธิบาย และขอความยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัย (ตามใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่ เลขที่ใบรับรอง 78/2567) โดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยให้รับทราบความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยขึ้นอยู่ด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม ไม่ระบุชื่อกลุ่มตัวอย่าง และจะนำไปใช้ประโยชน์เฉพาะสำหรับการวิจัยและงานวิชาการเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยสามารถยกเลิกได้ตลอดเวลาโดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ของผู้ประกันตน กองทุนประกันสังคมที่รับบริการฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลแพร์ จำนวน 200 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ร้อยละ 54.50 รองลงมา อายุ 26-30 ปี ร้อยละ 37.50 ส่วนใหญ่จบการศึกษา สูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 65.00 รองลงมา จบระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 35.00 ระยะเวลาในการเป็นผู้ประกันตน ส่วนใหญ่ มากกว่า 6 ปี ร้อยละ 63.50 รองลงมา ระหว่าง 4 – 6 ปี ร้อยละ 22.50 ส่วนใหญ่มีรายได้ ระหว่าง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 66.00 รองลงมา มีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาท ร้อยละ 19.50 ส่วนใหญ่เป็นผู้ประกันตน มาตรา 39 ร้อยละ 51.00 รองลงมา เป็นผู้ประกันตนมาตรา 33 ร้อยละ 49.00 ส่วนใหญ่ มีบุตรจำนวน 1 คน ร้อยละ 60.00 รองลงมา

มีจำนวนบุตร 2 คน ร้อยละ 35.50 การรับประโยชน์ ทดแทนกรณีคลอดบุตร พบว่า ประกันตนที่มาฝาก ครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลแพร์ รับประโยชน์ ทดแทนกรณีคลอดบุตร ร้อยละ 92.00 ไม่รับ ประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร ร้อยละ 8.00

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้สิทธิ ประโยชน์ทดแทนกองทุนประกันสังคม ระดับการ เข้าถึงข้อมูลสิทธิประโยชน์กองทุนประกันสังคม และระดับการสนับสนุนทางสังคมของนายจ้าง ของผู้ประกันตน พบว่า การรับรู้สิทธิประโยชน์ของ ผู้ประกันตน อยู่ในระดับสูง (mean = 63.23 , S.D. = 7.15) การเข้าถึงข้อมูลสิทธิประโยชน์ อยู่ใน ระดับสูง (mean = 25.09, S.D. = 3.85) และระดับ การสนับสนุนทางสังคมของนายจ้าง อยู่ในระดับสูง (mean = 21.34, S.D. = 4.26) รายละเอียดตาม ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับการรับรู้สิทธิประโยชน์ทดแทน ระดับการเข้าถึงข้อมูลสิทธิประโยชน์ และระดับการ สนับสนุนทางสังคมของนายจ้าง (n = 200)

ตัวแปร	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ		mean ± S.D.	ระดับ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การรับรู้สิทธิประโยชน์	196	98.00	4	2.00	0	0.00	63.23 ± 7.15	สูง
การเข้าถึงข้อมูลสิทธิ ประโยชน์	130	65.00	70	35.00	0	0.00	25.09 ± 3.85	สูง
การสนับสนุนทาง สังคมของนายจ้าง	186	93.00	6	3.00	8	4.00	21.34 ± 4.26	สูง

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความ แตกต่างของการรับรู้สิทธิประโยชน์ทดแทนกรณี คลอดบุตร จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล ระดับ การรับรู้สิทธิประโยชน์กองทุนประกันสังคม ระดับ การเข้าถึงข้อมูลสิทธิประโยชน์กองทุนประกันสังคม และระดับการสนับสนุนทางสังคมของนายจ้าง ของ ผู้ประกันตน พบว่า ตัวแปรอายุ ระยะเวลาการเป็น ผู้ประกันตน ประเภทของผู้ประกันตน การรับรู้สิทธิ

ประโยชน์ การเข้าถึงข้อมูล และการสนับสนุนทาง สังคมของนายจ้าง ที่ต่างกันทำให้การรับรู้สิทธิ ประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Chi-square = 37.97, 25.53, -2.16, 9.73, 8.66 และ 93.46 ตามลำดับ) ส่วนตัวแปรระดับการศึกษา รายได้ จำนวนบุตร ที่ต่างกันทำให้การรับรู้สิทธิประโยชน์



ทดแทนกรณีคลอดบุตรต่างกันอย่างไรไม่มีนัยสำคัญ

ทางสถิติ รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร จำแนกตาม
ลักษณะส่วนบุคคล ระดับการรับรู้สิทธิประโยชน์ ระดับการเข้าถึงข้อมูลสิทธิประโยชน์ และระดับการ
สนับสนุนทางสังคมของนายจ้าง ของผู้ประกันตน (n = 200)

ข้อมูลทั่วไป	Mean Rank	Chi-square	p-value
อายุ		37.98	0.00*
ต่ำกว่า 20 ปี	8.50		
20 - 25 ปี	68.50		
26 - 30 ปี	99.17		
30 ปี ขึ้นไป	106.67		
ระดับการศึกษา		3.43	0.06
ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี	95.64		
ปริญญาตรี	103.12		
ระยะเวลาการเป็นผู้ประกันตน		25.53	0.00*
1-3 ปี	76.04		
4-6 ปี	102.10		
มากกว่า 6 ปี	103.38		
รายได้ต่อเดือน		1.52	0.47
0-10,000 บาท	95.68		
10,001-20,000 บาท	101.68		
20,001-30,000 บาท	101.60		
จำนวนบุตร		5.53	0.14
1 คน	96.83		
2 คน	105.68		
3 คน	108.50		
มากกว่า 3 คน	108.50		
การรับรู้สิทธิประโยชน์		9.73	0.00*
ระดับปานกลาง	58.50		
ระดับสูง	101.36		

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้สิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล ระดับการรับรู้สิทธิประโยชน์ ระดับการเข้าถึงข้อมูลสิทธิประโยชน์ และระดับการสนับสนุนทางสังคมของนายจ้าง ของผู้ประกันตน (n = 200) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	Mean Rank	Chi-square	p-value
การเข้าถึงข้อมูล		8.66	0.00*
ระดับปานกลาง	92.79		
ระดับสูง	104.65		
การสนับสนุนทางสังคมของนายจ้าง		93.46	0.00*
ระดับต่ำ	58.50		
ระดับปานกลาง	8.50		
ระดับสูง	105.27		
ประเภทของผู้ประกันตน		-2.16 ^a	0.03*
มาตรา 33	96.26		
มาตรา 39	104.58		

หมายเหตุ a = Z test, * p < 0.05, ใช้สถิติทดสอบ Kruskal-Wallis Test และ Mann-Whitney

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้สิทธิประโยชน์ทดแทนการเข้าถึงข้อมูลสิทธิประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคมของนายจ้าง ของผู้ประกันตนกับการรับรู้สิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรของผู้ประกันตน พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย ตัวแปร การรับรู้สิทธิประโยชน์ การเข้าถึงข้อมูลสิทธิประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคมของ

นายจ้าง มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.17, 0.15 และ 0.21 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า หากผู้ประกันตนมีค่าแผนการรับรู้สิทธิประโยชน์ หรือการเข้าถึงข้อมูล หรือการสนับสนุนทางสังคมของนายจ้าง สูงขึ้นเท่าใดจะทำให้มีการรับรู้สิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรสูงขึ้นตามส่วนตัวแปรอื่นๆ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรส่วนบุคคล การรับรู้สิทธิประโยชน์ การเข้าถึงข้อมูล และการสนับสนุนทางสังคมของนายจ้าง กับตัวแปรการรับรู้สิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร (n = 200)

ตัวแปร	Correlation Method	Correlation Coefficient	p-value
อายุ	Kendall's tau	0.07	0.35
ระดับการศึกษา	Kendall's tau	-0.05	0.53

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรส่วนบุคคล การรับรู้สิทธิประโยชน์ การเข้าถึงข้อมูล และการสนับสนุนทางสังคมของนายจ้าง กับตัวแปรการรับรู้สิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร (n = 200) (ต่อ)

ตัวแปร	Correlation Method	Correlation Coefficient	p-value
ระยะเวลาในการเป็นผู้ประกันตน	Kendall's tau	-0.09	0.20
รายได้	Kendall's tau	-0.09	0.22
ประเภทของผู้ประกันตน	Kendall's tau	-0.02	0.78
จำนวนบุตร	Kendall's tau	-0.04	0.64
การรับรู้สิทธิประโยชน์	Spearman	0.17	0.02*
การเข้าถึงข้อมูล	Spearman	0.15	0.03*
การสนับสนุนทางสังคมของนายจ้าง	Spearman	0.21	0.00*

อภิปรายผล

การวิจัยนี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรของผู้ประกันตน ณ โรงพยาบาลแพร่ โดยอาศัยกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ Bandura (1986) เป็นแกนหลัก ซึ่งเน้นย้ำถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของบุคคล ผลการศึกษาได้สะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนของปัญหาที่ผู้ประกันตนไม่ได้รับสิทธิประโยชน์อย่างครบถ้วน ซึ่งไม่ได้มีสาเหตุมาจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากอิทธิพลของปัจจัยหลายด้านที่ส่งผลกระทบร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลบางประการมีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อการรับรู้สิทธิประโยชน์ ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า อายุ ระยะเวลาการเป็นผู้ประกันตน และประเภทของผู้ประกันตน (มาตรา 39) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการรับรู้สิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตร โดยผู้ประกันตนที่มีอายุมากขึ้นและเป็นสมาชิกในระบบประกันสังคมมาเป็นเวลานานมีแนวโน้ม

ที่จะเข้าถึงสิทธิประโยชน์ได้มากกว่าเนื่องจากมีประสบการณ์ในการใช้สิทธิประโยชน์ต่าง ๆ มาก่อน ทำให้มีความคุ้นเคยกับกระบวนการและเอกสารที่จำเป็น สำหรับผู้ประกันตนตามมาตรา 39 ซึ่งเป็นผู้ที่เคยทำงานในสถานประกอบการและสมัครใจเข้าสู่ระบบเองหลังจากสิ้นสุดสภาพการเป็นลูกจ้าง (มาตรา 33) พบว่า มีแนวโน้มการรับรู้สิทธิประโยชน์สูงกว่ากลุ่มมาตรา 33 เนื่องจากแรงจูงใจในการรักษาสถานะการเป็นผู้ประกันตนด้วยความเข้าใจถึงความสำคัญของสิทธิประโยชน์ที่ตนจะได้รับในระยะยาว สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura ที่ว่าการรับรู้และกระบวนการทางปัญญาภายในมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจและพฤติกรรมของบุคคล ส่วนปัจจัยด้านระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือน ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการรับรู้สิทธิประโยชน์ ผลลัพธ์นี้ขัดแย้งกับข้อสันนิษฐานเบื้องต้นที่ว่าการศึกษาสูงขึ้นจะส่งผลให้ความเข้าใจเรื่องสิทธิประโยชน์ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ศิริทิพย์ คุณสมบัติ และ วัลลภ รัฐฉัตรนนท์ (2558) ที่พบว่า พนักงานมีความเข้าใจในภาพรวมอยู่ใน

ระดับสูงแต่ยังคงมีความเข้าใจในสิทธิประโยชน์แต่ละด้านแตกต่างกัน ดังนั้นปัจจัยที่สำคัญกว่าระดับการศึกษาทั่วไปอาจเป็นความรู้เฉพาะทางเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ประกันสังคม ส่วนปัจจัยการรับรู้และการเข้าถึงข้อมูล พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้สิทธิประโยชน์และการเข้าถึงข้อมูลเป็นตัวแปรสำคัญที่อธิบายพฤติกรรมของการขอรับสิทธิประโยชน์ได้อย่างชัดเจน งานวิจัยนี้พบว่า ผู้ประกันตนที่มีการรับรู้สิทธิประโยชน์ในระดับสูง และสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ดี มีแนวโน้มที่จะรับสิทธิประโยชน์สูงกว่ากลุ่มที่รับรู้ต่ำกว่าหรือเข้าถึงข้อมูลได้จำกัด สอดคล้องกับงานวิจัยของ รุ่งนภา ภาบุญเรือง และ สุขาดา ภัยหลีกสี (2558) และ สุรัสวดี ทิพย์พิมพ์วงศ์ (2562) ที่พบว่า ปัญหาการขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องสิทธิประโยชน์ของกลุ่มผู้ประกันตนในวงกว้าง

ข้อมูลจากสำนักงานประกันสังคมจังหวัดแพร่ ยังสะท้อนปัญหานี้อย่างเป็นทางการ โดยพบว่ามีผู้ประกันตนจำนวนมากที่คลอดบุตรแล้วแต่ไม่ได้ขอรับสิทธิประโยชน์ทางการเงินที่พึงได้รับ การเข้าถึงข้อมูลที่จำกัดทำให้ผู้ประกันตนไม่สามารถเตรียมตัวด้านการเงินและเอกสารที่จำเป็นได้ทันท่วงที ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและภาระหนี้ค้างชำระกับโรงพยาบาล ผลการวิจัยนี้จึงประโยชน์ในการพัฒนาช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงง่ายและมีประสิทธิภาพเพื่อกระจายข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ประกันตนทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอายุน้อยและกลุ่มผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ซึ่งพบว่ามี การรับรู้สิทธิประโยชน์ต่ำกว่า และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมจากนายจ้าง การวิจัย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของนายจ้างมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณี

คลอดบุตร ($p = 0.00$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบทบาทของนายจ้างในการให้ ข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการใช้สิทธิประโยชน์มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเข้าถึงสิทธิของผู้ประกันตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ที่ทำงานในสถานประกอบการ การสนับสนุนจากนายจ้างสามารถทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมระหว่างผู้ประกันตนกับระบบประกันสังคม ช่วยลดความซับซ้อนของขั้นตอนการยื่นเอกสาร และสร้างความมั่นใจให้ผู้ประกันตนในการขอรับสิทธิการสนับสนุนจากนายจ้างจึงเป็นปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมพฤติกรรมการเรียนรู้และพฤติกรรมการใช้สิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนให้เกิดขึ้นจริง สอดคล้องกับทฤษฎีของ Bandura (1986) ที่มองว่าสภาพแวดล้อมทางสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ข้อเสนอแนะ

• ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การพัฒนาช่องทางการสื่อสารเชิงรุกจากผลการวิจัยที่พบว่าการรับรู้และเข้าถึงข้อมูลมีผลอย่างมีนัยสำคัญ ควรจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ที่หลากหลายและเข้าถึงได้ง่าย เช่น คลิปวิดีโอสั้น, อินโฟกราฟิก, หรือช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ที่เข้าถึงกลุ่มคนรุ่นใหม่ได้ รวมถึงการจัดทำโครงการให้ความรู้เฉพาะกลุ่ม ได้แก่ การจัดอบรมหรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์แก่ผู้ประกันตนที่มีแนวโน้มการรับสิทธิต่ำ เช่น กลุ่มอายุน้อย (< 20 ปี) หรือผู้ประกันตนที่เพิ่งเข้าสู่ระบบ (< 3 ปี) โดยอาจร่วมมือกับสถานศึกษาหรือสถานประกอบการเพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้โดยตรง และการปรับปรุงกระบวนการ



ขอรับสิทธิ ให้สะดวกยิ่งขึ้น โดยจัดทำแอปพลิเคชัน หรือแพลตฟอร์มออนไลน์ที่ช่วยให้ผู้ประกันตน สามารถตรวจสอบสิทธิ, ยื่นเอกสาร และติดตาม สถานะการขอรับสิทธิได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และ ลดขั้นตอนที่ยุ่งยาก

- ข้อเสนอแนะสำหรับสถานประกอบการ

การส่งเสริมบทบาทของนายจ้างในการให้ ข้อมูล โดยจัดให้มีการอบรม จัดทำคู่มือให้ความรู้ แก่นายจ้างหรือฝ่ายทรัพยากรบุคคล เรื่องสิทธิ ประโยชน์ทดแทนในระบบประกันสังคม รวมถึง ขั้นตอนการขอรับสิทธิประโยชน์ทดแทนกรณี ต่างๆ เพื่อให้สามารถถ่ายทอดข้อมูลและขั้นตอน การขอรับสิทธิประโยชน์ได้อย่างถูกต้องและ ครบถ้วนแก่ลูกจ้าง รวมถึงการสร้างระบบการ สนับสนุนในองค์กร โดยนายจ้างควรมีนโยบายที่ ส่งเสริมและอำนวยความสะดวกให้ลูกจ้างสามารถ ยื่นเรื่องขอรับสิทธิประโยชน์ได้ง่ายขึ้น เช่น การ ช่วยตรวจสอบเอกสาร ให้คำปรึกษา หรือจัดเตรียม เวลาให้ลูกจ้างไปดำเนินการที่ สำนักงาน ประกันสังคม

- ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรมี การศึกษาวิจัยเพิ่มเติม ในการรับสิทธิประโยชน์ ของผู้ประกันตนให้ครอบคลุมทุกกรณี ทั้งกรณี สงเคราะห์บุตร กรณีบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจากการ ทำงาน กรณีชราภาพ กรณีว่างงาน และกรณี เสียชีวิต เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่สามารถสรุปภาพรวม ได้กว้างขึ้น

2. ในการการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม โดยควรมีการ สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับ ผู้ประกันตนที่ไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ เพื่อทำความเข้าใจถึงอุปสรรค ข้อจำกัด หรือสาเหตุอื่น ๆ

ที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจที่จะไม่ใช้สิทธิอย่าง ละเอียดยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กิตติ ธรรมสวัสดิ์. (2557). การรับรู้และความ

คาดหวังเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์กองทุน ประกันสังคมของแรงงานนอกระบบใน เขตอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัย เทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ.

เจษฎาพงศ์ พรหมเผ่า และ อีระ ศรีธรรมรักษ์.

(2560). ความหมาย แนวคิดและทฤษฎี เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของลูกจ้าง ผู้ประกันตนตามระบบประกันสังคมของ ไทย.

พีรภัทร ฝอยทอง. (2565). ความเป็นมาของการ ประกันสังคม.

รุ่งนภา ถาบุญเรือง และ สุชาดา ภัยหลีกถี้.

(2558). ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิ ประโยชน์ประกันสังคมของพนักงาน โรงงานในเขตอำเภอเมือง จังหวัด เชียงใหม่. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยปทุมธานี, 7(2), 24-35.

รุ่งนภา ถาบุญเรือง และ สุชาดา ภัยหลีกถี้.

(2558). ความรู้เรื่องสิทธิประโยชน์ กองทุนประกันสังคมของผู้ประกันตนที่ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู.

รุ่งนภา เพ่งรุ่งเรืองวงศ์. (2564). ผลการ

ดำเนินงานที่ผ่านพบปัญหาและ อุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานของ สำนักงานประกันสังคมไม่เป็นไปตาม เป้าหมายหลายประการ.

ศศิธร เตียวเจริญ, ศิรินทิพย์ คุณสมบัติ, และ
วัลลภ รัฐฉัตรนนท์. (2558). *ความรู้
ความเข้าใจสิทธิประโยชน์ประกันสังคม
ของพนักงานบริษัท แพรคติกา จำกัด*.

ศิรินทิพย์ คุณสมบัติ และ วัลลภ รัฐฉัตรนนท์.
(2558). ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ความ
เข้าใจสิทธิประโยชน์กองทุน
ประกันสังคมของพนักงานในเขตนิคม
อุตสาหกรรมแห่งหนึ่งในจังหวัด
สมุทรปราการ. *วารสารมนุษยศาสตร์
และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ
อุดรธานี*, 4(1), 1-15.

สุรัสวดี ทิพย์พิมพ์วงศ์. (2562). *การรับรู้สิทธิ
ประโยชน์กองทุนประกันสังคมของ
พนักงานบริษัท นครชัย ชัฟฟลายแอนด์
ซีวิล จำกัด*.

อรพินทร์ ชูชม. (2545). *การประเมินผลโครงการ
และนโยบาย: แนวคิดและปฏิบัติการ*.
สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of
thought and action: A social
cognitive theory*. Prentice-Hall.

Hair, J. F., Jr., Black, W. C., Babin, B. J., &
Anderson, R. E. (2010).
Multivariate data analysis (7th
ed.). Prentice-Hall.

หลักเกณฑ์การเขียนต้นฉบับลงพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา

เวลาเผยแพร่ เป็นวารสารวิชาการอิเล็กทรอนิกส์ที่เผยแพร่เป็นประจำทุกปี ๆ ละ 2 ฉบับ โดยตีพิมพ์ในเดือนมิถุนายนและธันวาคมของทุกปี เพื่อการเผยแพร่ฟรี ไม่มีการจำหน่าย

สถานที่ติดต่อ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทร. 0-54511-145 ต่อ 102 หรือ Email : hrphrae.ejournal@gmail.com

เจ้าของวารสาร เป็นวารสารวิชาการอิเล็กทรอนิกส์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

มาตรฐานวารสาร

บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา ทุกบทความต้องผ่านผู้อ่านหรือผู้ประเมินบทความ (Reviewer) ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ทำงานวิจัยในสาขาอย่างน้อย 2 คน ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิภายในและภายนอก โดยผู้อ่านและผู้เขียนไม่ทราบชื่อซึ่งกันและกัน (Double-blind review) และเป็นวารสารที่ออกตรงเวลาต่อเนื่อง

บทความที่จะลงตีพิมพ์ในวารสาร

1. เป็นบทความในกลุ่มสาขาการแพทย์ สาธารณสุข และการคุ้มครองผู้บริโภค ที่เน้นการวิจัยในเชิงสหวิทยาการและต้องเป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดๆ มาก่อน มิฉะนั้นถือว่าผิดจรรยาบรรณ
2. รับบทความวิจัย (Research Articles) เป็นหลัก และรับบทความวิชาการ (Articles) บทความปริทรรศน์ (Review Articles) และรายงานผู้ป่วย (Cases Study) บ้าง
3. ต้นฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้จะต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ประเมินและให้การยอมรับ อย่างน้อย 2 คน
4. ผู้เขียนต้องยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กองบรรณาธิการวารสารกำหนด และผู้เขียนต้องยินยอมให้บรรณาธิการ แก้ไขความสมบูรณ์ของบทความได้ในขั้นตอนสุดท้ายก่อนเผยแพร่

การเตรียมต้นฉบับ

1. ความยาวของบทความ ตั้งแต่ 3,000 – 8,000 คำ (นับรวมรูปภาพ ตาราง เอกสารอ้างอิง และภาคผนวก) โดยจัดพิมพ์ในหน้ากระดาษขนาด A4
2. ระยะขอบกระดาษ กำหนด ดังนี้
Top 2.75 cm. | Bottom 2.30 cm. | Left or inside 2.50 cm. | Right or outside 2.00 cm
3. บทคัดย่อ (Abstract) ความยาวระหว่าง 300 คำ สำหรับภาษาอังกฤษ 300 คำ สำหรับภาษาไทย และคำสำคัญ (Keywords) 3-5 คำ (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

4. ชื่อเรื่องบทความภาษาอังกฤษ ใช้รูปแบบตัวอักษร Times New Roman ขนาดอักษร 14 pt. (ตัวหนา) จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ
5. ชื่อผู้เขียนทุกคน (ภาษาอังกฤษ) ใช้รูปแบบตัวอักษร Times New Roman ขนาดอักษร 12 pt. (ตัวอักษรปกติ) จัดชิดขวาหน้ากระดาษ
6. เนื้อหาบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ใช้รูปแบบตัวอักษร Times New Roman ขนาดตัวอักษร 12 pt. (ตัวอักษรปกติ) จัดชิดขวา พิมพ์ 1 คอลัมน์
7. คำสำคัญภาษาอังกฤษ ใช้รูปแบบตัวอักษร Times New Roman ขนาดตัวอักษร 12 pt. (ตัวอักษรปกติ) คั่นด้วยเครื่องหมาย , ระหว่างคำ และวรรค 1 เคาะระหว่างคำ
8. ชื่อตำแหน่งและสังกัดหน่วยงานหรือมหาวิทยาลัยของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ใช้ระบบ footnote รูปแบบตัวอักษร Time New Roman ขนาดตัวอักษร 10 pt. (ตัวอักษรปกติ)
9. ชื่อเรื่องบทความภาษาไทย ใช้รูปแบบตัวอักษร TH Sarabun New ขนาดตัวอักษร 18 pt. (ตัวหนา) จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ
10. ชื่อผู้เขียนทุกคน (ภาษาไทย) ใช้รูปแบบตัวอักษร TH Sarabun New ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวอักษรปกติ) จัดชิดขวาหน้ากระดาษ
11. เนื้อหาบทคัดย่อภาษาไทย ใช้รูปแบบตัวอักษร TH Sarabun New ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวอักษรปกติ) จัดชิดซ้าย พิมพ์ 1 คอลัมน์
12. คำสำคัญภาษาไทย ใช้รูปแบบตัวอักษร TH Sarabun New ขนาดอักษร 16 pt. (ตัวอักษรปกติ) และวรรค 2 เคาะระหว่างคำ
13. ชื่อตำแหน่งและสังกัดหน่วยงานหรือมหาวิทยาลัยของผู้เขียนภาษาไทย ใช้ระบบ footnote รูปแบบตัวอักษร TH Sarabun New ขนาดตัวอักษร 12 pt. (ตัวอักษรปกติ)

เนื้อหาบทความ

เนื้อหาบทความ ใช้รูปแบบตัวอักษร TH Sarabun New ทั้งหมด

1. ชื่อหัวเรื่อง ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวหนา) จัดชิดซ้าย ไม่ใส่เลขลำดับที่
2. เนื้อหาบทความ พิมพ์ 2 คอลัมน์ ให้ชิดขอบซ้ายขวา ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวอักษรปกติ)
3. เนื้อหาบทความ ย่อหน้า 1 cm.
4. ชื่อตาราง ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวหนา) ให้ระบุไว้เหนือตารางจัดชิดซ้าย ได้ตารางให้บอกแหล่งที่มาหรือหมายเหตุ (ถ้ามี) จัดชิดซ้าย ส่วนรายละเอียดตัวอักษรในตาราง ผู้เขียนอาจปรับขนาดให้เหมาะสมกับหน้าบทความในกรณีของตารางผู้เขียนอาจจัดทำเป็นภาพ แต่ต้องดำเนินการตามหลักเกณฑ์ในข้อที่ 7
5. ชื่อภาพประกอบ ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวหนา) ให้ระบุไว้ใต้ภาพประกอบ จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษใต้ภาพประกอบให้บอกแหล่งที่มาจัดชิดซ้าย
6. ถ้ามีภาพประกอบ แผนภูมิ ตาราง หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ต้องมีหมายเลขกำกับในบทความ อ้างอิงแหล่งที่มาของข้อมูลให้ถูกต้อง ชัดเจน และไม่ละเมิดลิขสิทธิ์ของผู้อื่น

7. การจัดทำภาพประกอบ หรือจัดทำตารางด้วยการใช้ภาพ ให้ใช้รูปภาพขาว-ดำ ที่มีความคมชัด โดยกำหนดให้ไฟล์ที่เป็นรูปภาพ แผนภูมิ หรือตาราง มีความละเอียดขั้นต่ำตั้งแต่ 300 DPI ขึ้นไป โดยอาจปรับให้รูปภาพ แผนภูมิ ตารางประกอบ มีขนาดพอดีและเหมาะสมกับหน้าบทความ

8. ชื่อเอกสารอ้างอิง ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวหนา) จัดชิดซ้าย

9. เนื้อหาเอกสารอ้างอิง ขนาดตัวอักษร 16 pt. ฟิมพ์ 2 คอลัมน์ จัดชิดซ้าย

ส่วนประกอบของบทความ

1. ชื่อเรื่อง (title) ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่ใช่คำย่อ

2. ชื่อผู้นิพนธ์บทความ (authors and co-authors) ใช้ชื่อและนามสกุลเต็มทั้งชื่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ สำหรับภาษาอังกฤษใช้อักษรตัวพิมพ์ใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของชื่อตัวและนามสกุล ไม่ระบุคำหน้า และตำแหน่งทางวิชาการไว้ขีดขวานำกระดาษต่อจาก ชื่อเรื่อง หาก ถ้ามีผู้นิพนธ์หลายคน ให้ใช้หมายเลข 1 หรือ 2 กำกับไว้ท้ายชื่อตามจำนวนผู้นิพนธ์

3. สังกัดผู้นิพนธ์บทความ (affiliation) ใส่ชื่อหน่วยงานที่สังกัดทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเรียงลำดับตั้งแต่หน่วยงานระดับต้นไปจนถึงหน่วยงานหลักต่อจากชื่อผู้นิพนธ์บทความ และใส่สถานะของผู้นิพนธ์ โดยระบุตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) ที่เชิงอรรถของหน้าแรก กรณีเป็นนักศึกษาให้ระบุระดับการศึกษา ชื่อหลักสูตร สาขาวิชา และสถาบันการศึกษา

4. บทคัดย่อ (abstract) บทคัดย่อภาษาไทย ความยาวไม่เกิน 500 คำ และภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 300 คำ จัดเป็น 1 คอลัมน์ โดยให้ลำดับบทคัดย่อภาษาอังกฤษขึ้นก่อนตามด้วยบทคัดย่อภาษาไทย

5. คำสำคัญ (keyword) ให้เขียนทั้งคำสำคัญภาษาไทยและภาษาอังกฤษ แต่ละชุดไม่เกิน 5 คำ โดยให้ระบุไว้ท้ายบทคัดย่อของแต่ละภาษา

6. เนื้อหาในบทความ (main texts)

6.1 บทความวิจัย (research articles) ประกอบด้วย

6.1.1 บทนำ (introduction) นำเสนอภูมิหลังความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัยรวมทั้งเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเหตุผลของการทำวิจัย

6.1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย (objectives) นำเสนอจุดมุ่งหมายที่ต้องการศึกษาค้นคว้าแสวงหาคำตอบในการวิจัย

6.1.3 สมมุติฐานการวิจัย (hypothesis) (ถ้ามี) เป็นการนำเสนอคำตอบที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าอย่างสมเหตุสมผลต่อปัญหาที่ศึกษา ระบุความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

6.1.4 วิธีดำเนินการวิจัย (research methodology) นำเสนอแบบแผนการวิจัย เช่น การสำรวจ ศึกษาเอกสาร การทดลอง เป็นต้น

6.1.5 ประชากร (population) นำเสนอคุณลักษณะ และจำนวนให้ครอบคลุม
ตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด

6.1.6 กลุ่มตัวอย่าง (sample) นำเสนอหลักเกณฑ์การกำหนด จำนวนตัวอย่าง
การสุ่มตัวอย่าง

6.1.7 เครื่องมือการวิจัย (research instrument) นำเสนอวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
และระยะเวลาการรวบรวมข้อมูล

6.1.8 การเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection) นำเสนอวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
และระยะเวลาการรวบรวมข้อมูล

6.1.9 การวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis) นำเสนอวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้
ในการวิเคราะห์ข้อมูล

6.1.10 ผลการวิจัย (results) นำเสนอรายงานผลการวิจัยจากการวิเคราะห์หรือ
สังเคราะห์ในการวิจัยอย่างชัดเจนและตรงประเด็น โดยยึดแนวทางตามวัตถุประสงค์การวิจัย ควรอธิบาย
ผลการวิจัยด้วยคำบรรยายเป็นหลัก ถ้ามีตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวเลขมากให้นำเสนอเป็นรูปภาพตาราง แผนภูมิ
และกราฟ แทรกในเนื้อหาพร้อมอธิบายผลการวิจัยให้ได้สาระครบถ้วนอย่างสั้นๆ กระชับ

6.1.11 สรุปผลการวิจัย (conclusion) เป็นการสรุปเฉพาะประเด็นสำคัญที่เกิดจากการทำวิจัย

6.1.12 การอภิปรายผลการวิจัย (discussion) เป็นการนำเสนอความเห็นที่เห็นว่าผลการวิจัย
สอดคล้องหรือแตกต่างจากวัตถุประสงค์ สมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้อย่างไร เป็นเพราะเหตุผลใด มีหลักฐาน
ทางทฤษฎีหรือผลงานวิจัยอะไรที่มาสสนับสนุน

6.1.13 ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ (suggestion) นำเสนอให้เห็นว่าสามารถ
นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์อะไรได้บ้าง ตลอดจนข้อเสนอแนะให้ผู้ที่จะทำวิจัยครั้งต่อไปในลักษณะเดียวกัน
ทราบว่าควรจะศึกษาในประเด็นปัญหาหรือ ตัวแปรอะไร จึงจะทำให้ได้ผลการวิจัยหรือข้อสรุปที่สมบูรณ์

6.2 บทความวิชาการ (academic article) ประกอบด้วย

6.2.1 บทนำ (introduction) กล่าวถึงความน่าสนใจของเรื่องที่น่าสนใจ ก่อนเข้าสู่เนื้อเรื่อง

6.2.2 เนื้อเรื่อง (body) นำเสนอให้เห็นถึงปรากฏการณ์ หรือองค์ความรู้ใหม่
ที่เกิดขึ้นในวงวิชาการ ที่เหมาะสมกับสภาพการณ์ปัจจุบัน แสดงให้เห็นความเชื่อมโยงของเหตุที่นำไปสู่ผล
(causal relationship) การอ้างอิงข้อมูลต่างๆ และเหตุผลที่พิสูจน์ได้ทางวิชาการ ซึ่งได้จากการศึกษาค้นคว้า
และจากประสบการณ์ของ ผู้นิพนธ์บทความ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้อ่าน

6.2.3 สรุป (conclusion) สรุปประเด็นสำคัญ จากเนื้อเรื่องให้สั้น กระชับได้เนื้อหา
สาระครบถ้วนของบทความ บอกผลลัพธ์ว่าสิ่งที่กล่าวมามีความสำคัญอย่างไร สามารถนำไปใช้ประโยชน์อะไรได้บ้าง
หรือจะทำให้เกิดอะไรต่อไป

7. เอกสารอ้างอิง (reference) ให้ระบุเฉพาะเอกสารที่ผู้นิพนธ์บทความได้นำมาอ้างอิง
ในบทความอย่างครบถ้วน

การอ้างอิงในเนื้อหา

เพื่อบอกแหล่งที่มาของข้อความนั้น ให้ใช้วิธีการอ้างอิงแบบนาม-ปี โดยระบุชื่อผู้เขียน ปีพิมพ์ ไว้ข้างหน้าหรือข้างหลังข้อความที่ต้องการอ้างอิง เช่น สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2546) ... หรือ ... (Newman & Cullen, 2007) หรือ ... (ดวงเดือน พันธุนาวิน และคณะ, 2544)

การเขียนเอกสารอ้างอิง

ให้รวบรวมเอกสารที่ใช้อ้างอิงไว้ท้ายบทความ เรียงตามลำดับตัวอักษร โดยใช้รูปแบบการเขียน อ้างอิงตามระบบ APA 7th Edition ดังนี้

การอ้างอิงในเนื้อหา (In-Text Citation)

1. การอ้างอิงในเนื้อหาใช้ระบบนาม-ปี โดยมีรูปแบบการเขียน ดังนี้

1.1 ผู้แต่ง 1 คน

ไทย	ชื่อ/สกุล/(ปี) หรือ (ชื่อ/สกุล,/ปี)
อังกฤษ	สกุล/(ปี) หรือ (สกุล,/ปี)

เครื่องหมาย / หมายถึง เว้นวรรค 1 ระยะ

ตัวอย่าง

นิพิฐพนธ์ แสงดวง (2562) ได้ทำวิจัยเรื่อง...

...การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค ความรุนแรง ของโรค ประโยชน์ที่จะได้รับ และอุปสรรคที่เกิดจากการแสดงพฤติกรรมทั้งหมดจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (สุรีย์ กาญจนวงศ์, 2555)

Fragmented, uncoordinated care is the third highest driver of U.S. healthcare costs (Scheppach, 2014).

1.2 ผู้แต่ง 2 คน

ไทย	ชื่อ/สกุลและ/ชื่อ/สกุล/(ปี) หรือ (ชื่อ/สกุลและ/ชื่อ/สกุล,/ปี)
อังกฤษ	สกุล/and/สกุล/(ปี) หรือ (สกุล/&/สกุล,/ปี)

ตัวอย่าง

อมรรัตน์ ภิรมย์ชม และ อนงค์ หาญสกุล (2555) พบว่า...

...โดยใช้แนวคิดของ Katz and Kahn (1978) เนื่องจาก...

...การยอมรับกฎระเบียบ (ดู Patton & Wang, 2012, สำหรับรายละเอียดเพิ่มเติม)

1.3 ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป*

ไทย	ชื่อ/สกุลและคณะ/(ปี) หรือ (ชื่อ/สกุลและคณะ,/ปี)
อังกฤษ	สกุล/et al./(ปี) หรือ (สกุล/et al.,/ปี)

ตัวอย่าง

นิธิมา สุ่มประดิษฐ์ และคณะ (2558) กล่าวถึง...

...ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต (เช่น ได้รับการสนับสนุนทางสังคม; Eker et al., 2000)

*กรณีที่มีผู้เขียนตั้งแต่ 3 คน ขึ้นไป ให้ใส่เฉพาะสกุลของผู้แต่งคนแรก แล้วตามด้วย et al. ตั้งแต่ครั้งแรก

2. การอ้างอิงมากกว่าสองแหล่งข้อมูลให้เขียนเรียงตามลำดับอักษร ดังนี้

...สอดคล้องกับผลการศึกษาของมานะ นาคำ (2549) และ สีลาภรณ์ บัวสาย (2548)...

...หรือถึงแก่ชีวิต (เพิ่มพูน แพนศรี, 2551; ศรีวรรณ มีคุณ, 2548

...การวัดที่มีตัวแปรแฝงหลายตัว (Embretson & Reise, 2000; Marvelde et al., 2006)

3. การอ้างอิงจากข้อมูลจากแหล่งข้อมูลระดับทุติยภูมิ

3.1 การอ้างอิงหน้าข้อความ

งานของผู้เขียน (1) ถูกอ้างอยู่ในงานของผู้เขียน (2)

ไทย ชื่อ¹/สกุล¹/ปี,อ้างถึงใน/ชื่อ²/สกุล²,/ปี).....

อังกฤษ สกุล¹/ปี,/as cited in/สกุล²,/ปี).....

ตัวอย่าง

Arnett (2000, as cited in Claiborne & Drewery, 2010) suggeststhere is an emerging adult stage in the lifespan of humans, covering young people between the ages of 18 and 25 years.

3.2 การอ้างอิงท้ายข้อความ

งานของผู้เขียน (1) ถูกอ้างอยู่ในงานของผู้เขียน (2)

ไทย ...(ชื่อ¹/สกุล¹,¹/ปี/อ้างถึงใน/ชื่อ²/สกุล²,/ปี)...

อังกฤษ ...(สกุล¹,¹/ปี/as cited in/สกุล²,/ปี)...

ตัวอย่าง

...สิ่งเหล่านี้อาจก่อให้เกิดความไม่แน่ใจ และเกิดปัญหาในการสร้างอัตลักษณ์ เพราะขาดผู้แนะนำแนวทางที่ถูกต้องและมีความสับสนในการรับรู้อัตลักษณ์ตนเอง (สมร ทองดี อ้างถึงใน สุภัชฉาน ศรีเยี่ยม, 2554)...

... (Snow, 2006 as cited in Goldstein et al., 2013) ...

การเขียนรายการอ้างอิง (References)

หนังสือในรูปแบบเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มีเลข DOI

1) ผู้แต่ง 1 คน

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่).*/สำนักพิมพ์.*/URL (ถ้ามี)
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

สุภาวค์ จันทวานิช. (2556). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 21). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Best, J. (1981) *Research in Education* (4th ed). Prentice-Hall International.

2) ผู้แต่ง 2 คน

ไทย	ชื่อ/สกุล/และชื่อ/สกุล./(ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./&/สกุล,/ชื่อ./(ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์.//URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

ศศิลักษณ์ ขยันกิจ และ บุษบง ต้นตวงศ์. (2559). *การประเมินอย่างใคร่ครวญต่อเด็กปฐมวัย: แนวคิดและการปฏิบัติเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้*. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ไพบรมา อิศรเสนา ณ อยุธยา และ ชูจิต ตรีรัตนพันธ์. (2560). *การคิดเชิงออกแบบ: เรียนรู้ด้วยการลงมือทำ*. ศูนย์สร้างสรรค์งานออกแบบ (TCDC). <http://resource.tcdc.or.th/ebook/Design.Thinking.Learning.by.Doing.pdf>

Svendsen, S., & Løber, L. (2020). *The big picture/Academic writing: The one-hour guide* (3rd digital ed.). Hans Reitzel Forlag. [https://hansreitzel.dk/soeg/the-big-picture-\(i-bog\)-i-bog-53615-9788741280615](https://hansreitzel.dk/soeg/the-big-picture-(i-bog)-i-bog-53615-9788741280615)

* กรณีไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.)

** กรณีพิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องระบุครั้งที่พิมพ์

*** กรณีไม่ปรากฏเมืองหรือสำนักพิมพ์ ให้ใส่ (ม.ป.ท.) หรือ

3) ผู้แต่ง 3-20 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน

ไทย ชื่อ¹/สกุล¹,/ชื่อ²/สกุล²,/ชื่อ³/สกุล³,/ชื่อ⁴/สกุล⁴,/ชื่อ⁵/สกุล⁵,/ชื่อ⁶/สกุล⁶,/และ/ชื่อ⁷/
 /////สกุล⁷./(ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)

อังกฤษ สกุล¹,/อักษรย่อชื่อ¹,/สกุล²,/อักษรย่อชื่อ²,/สกุล³,/อักษรย่อชื่อ³,/สกุล⁴,/
 /////อักษรย่อชื่อ⁴,/สกุล⁵,/อักษรย่อชื่อ⁵,/สกุล⁶,/อักษรย่อชื่อ⁶,/ &/สกุล⁷,/
 /////อักษรย่อชื่อ⁷./(ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

อารีวรรณ กลั่นกลิ่น, สุธีรา เอี่ยมสุภาชิต, นัยนา อภิวัฒนพร, สุธาสินี สุโขวัฒนกิจ, และ งาม
 เนตร เอี่ยมนาคะ. (บก.). (2556). *เอกสารความรู้ผู้ดำเนินการสปาเพื่อสุขภาพ*.
 สำนักงานส่งเสริมธุรกิจบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ชุมชนสหกรณ์
 การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, G. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2014).
Multivariate Data Analysis (7th ed). Prentice-Hall.

4) ผู้แต่ง 21 คน ขึ้นไป ให้ใส่ชื่อและสกุลของผู้แต่งคนที่ 1-19 ตามด้วยเครื่องหมาย , ... ก่อนชื่อคนสุดท้าย

ไทย ชื่อ¹/สกุล¹,/ชื่อ²/สกุล²,/ชื่อ³/สกุล³,/ชื่อ⁴/สกุล⁴,/ชื่อ⁵/สกุล⁵,/ชื่อ⁶/สกุล⁶,/ชื่อ⁷/สกุล⁷,/
 /////ชื่อ⁸/สกุล⁸,/ชื่อ⁹/สกุล⁹,/ชื่อ¹⁰/สกุล¹⁰,/ชื่อ¹¹/สกุล¹¹,/ชื่อ¹²/สกุล¹²,/ชื่อ¹³/สกุล¹³,/
 /////ชื่อ¹⁴/สกุล¹⁴,/ชื่อ¹⁵/สกุล¹⁵,/ชื่อ¹⁶/สกุล¹⁶,/ชื่อ¹⁷/สกุล¹⁷,/ชื่อ¹⁸/สกุล¹⁸,/
 /////ชื่อ¹⁹/สกุล¹⁹,/././ชื่อคนสุดท้าย/สกุลคนสุดท้าย./(ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/
 /////สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)

อังกฤษ สกุล¹,/อักษรย่อชื่อ¹,/สกุล²,/อักษรย่อชื่อ²,/สกุล³,/อักษรย่อชื่อ³,/สกุล⁴,/
 /////อักษรย่อชื่อ⁴,/สกุล⁵,/อักษรย่อชื่อ⁵,/สกุล⁶,/อักษรย่อชื่อ⁶,/
 /////สกุล⁷,/อักษรย่อชื่อ⁷,/สกุล⁸,/อักษรย่อชื่อ⁸,/สกุล⁹,/อักษรย่อชื่อ⁹,/
 /////สกุล¹⁰,/อักษรย่อชื่อ¹⁰,/สกุล¹¹,/อักษรย่อชื่อ¹¹,/สกุล¹²,/อักษรย่อชื่อ¹²,/
 /////สกุล¹³,/อักษรย่อชื่อ¹³,/สกุล¹⁴,/อักษรย่อชื่อ¹⁴,/สกุล¹⁵,/อักษรย่อชื่อ¹⁵,/
 /////สกุล¹⁶,/อักษรย่อชื่อ¹⁶,/สกุล¹⁷,/อักษรย่อชื่อ¹⁷,/สกุล¹⁸,/อักษรย่อชื่อ¹⁸,/
 /////สกุล¹⁹,/อักษรย่อชื่อ¹⁹,/././สกุลคนสุดท้าย/อักษรย่อชื่อคนสุดท้าย./(ปีพิมพ์)/
 /////ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

Gilbert, J. R., Smith, J. D., Johnson, R. S., Anderson, A., Plath, S., Martin, G., Sorenson, K., Jones, R., Adams, T., Rothbaum, Z., Esty, K., Gibbs, M., Taultson, B., Christner, G., Paulson, L., Tolo, K., Jacobson, W. L., Robinson, R. A., Maurer, O., . . . White, N. (2014). *Choosing a title* (2nd ed.). Unnamed Publishing.

หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI

ไทย ชื่อ/สกุล/(ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/สำนักพิมพ์./https://doi.org/เลข DOI
อังกฤษ สกุล,/อักษรย่อชื่อ/(ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/สำนักพิมพ์./
////////https://doi.org/เลข DOI

* กรณีหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีการเผยแพร่ทั้งแบบรูปเล่มและแบบดิจิทัล ให้ระบุชื่อสำนักพิมพ์ตามแบบรูปเล่ม

ตัวอย่าง

Jackson, L. M. (2019). *The psychology of prejudice: From attitudes to social action* (2nd ed.). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000168-000

บทในหนังสือ

ไทย ชื่อ/สกุล/(ปีพิมพ์)/ชื่อบทหรือชื่อบทความ./ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บ.ก.)/ชื่อหนังสือ/
////////(น./เลขหน้า)/สำนักพิมพ์.
อังกฤษ สกุล,/อักษรย่อชื่อ/(ปีพิมพ์)/ชื่อบทหรือชื่อบทความ./In/ชื่อบรรณาธิการ/
////////(Ed. หรือ Eds.)/ชื่อหนังสือ/(pp./เลขหน้า)/สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2540). การวิจัยอนาคตแบบ EDRF. ใน ทิศนา แคมมณี และ สร้อยสน สกลรักษ์ (บ.ก.), *แบบแผนและเครื่องมือการวิจัยทางการศึกษา* (น. 1-18). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Bornstein, M. H., Hahn, C. S., Suwalsky, J. T. D., & Haynes, O. M. (2003). Socioeconomic status, parenting, and child development: The Hollingshead four-factor index of social status and the socioeconomic index of occupations. In M. H. Bornstein & H. B. Robert (Eds.), *Monographs in parenting series. socioeconomic status, parenting, and child development* (pp. 29–82). Lawrence Erlbaum Associates.

บทความในวารสารแบบรูปเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มีเลข DOI

ไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีพิมพ์)/ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/เลขหน้า.
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ/(ปีพิมพ์)/ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/ // ///// เลขหน้า.

ตัวอย่าง

พรทิพย์ หนูพระอินทร์, ชญานิศ ลือวานิช และ ประพศร์ นรินทร์รักษ์. (2556). การรับรู้สุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลชิริะภูเก็ต. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏ ภูเก็ต*, 9(1), 63-87.

Jacobson, D.E. (1986). Types and Timing of Social Support. *Journal Health Social Behavior*, 27(63), 250-264.

Sillick, T. J., & Schutte, N. S. (2006). Emotional intelligence and self-esteem mediate between perceived early parental love and adult happiness. *E-Journal of Applied Psychology*, 2(2), 38–48. <http://ojs.lib.swinedu.au/index.php/ejap>

บทความในวารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI

ไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีพิมพ์)/ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/ // ///// เลขหน้า./ https://doi.org/เลข DOI
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ/(ปีพิมพ์)/ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/ // ///// เลขหน้า./ https://doi.org/เลข DOI

ธัญนาฏ ญาณพิบูลย์, สุจินดา โพธิ์โพธิ์, และ นิติพงษ์ ส่งศรีโรจน์ (2563). ความสามารถในการใช้ความรู้และนวัตกรรมกับประเด็นที่โดดเด่นขององค์กรใหม่ในธุรกิจภาคการเกษตร. *จุฬาลงกรณ์ธุรกิจปริทัศน์*, 42(2), 54–72. <https://doi.org/10.14456/cbsr.2020.3>

Herbst-Damm, K. L., & Kulik, J. A. (2005). Volunteer support, marital status, and the survival times of terminally ill patients. *Health Psychology*, 24, 225–229. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.2.225>

* กรณีที่เลข DOI แบบที่ใช้เดิมยาวและซับซ้อน ผู้เขียนสามารถเลือกใช้ DOI แบบสั้นหรือแบบยาวก็ได้

บทความในวารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีหมายเลขบทความหรือ eLocator

ไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีพิมพ์)/ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/ ////////บทความ/เลขที่บทความ./URL (ถ้ามี)
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ/(ปีพิมพ์)/ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/ ////////Article/เลขที่บทความ./URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

นวรรณ นิธิโรจน์ และ ศศิลักษณ์ ขยันกิจ. (2563). บทบาทครูอนุบาลในการส่งเสริมกรอบ คติยึดติดเติบโตในโรงเรียนประไพพิศ (นามสมมติ). *วารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา*, 15(2), บทความ OJED1502032. <https://so01.tci-thaijo.org/index.php/OJED/article/view/243480>

Burin, D., Kiltani, K., Rabuffetti, M., & Pia, L. (2019). Body ownership increases the interference between observed and executed movements. *PLOS ONE*, 14(1), Article e0209899. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209899>

วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต
(Doctoral dissertation / Master's thesis)

1) วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตที่ไม่ได้ตีพิมพ์

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/[วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์ /////หรือ วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]./ชื่อมหาวิทยาลัย.
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/[Unpublished doctoral /////dissertation หรือ Unpublished master's thesis]./ชื่อมหาวิทยาลัย.

ตัวอย่าง

รณชัย ศิลากร. (2547). ผลของโครงการปฏิบัติสมาธิเบื้องต้นตามทฤษฎีของมาสโลว์
[วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
Jung, M. S. (2014). *A structural equation model on core competence of nursing
students* [Unpublished doctoral dissertation]. Choong-Ang University.

2) วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตจากเว็บไซต์
(ไม่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์)

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/[วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต หรือ /////วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต./ชื่อมหาวิทยาลัย]./ชื่อเว็บไซต์./URL
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/[Doctoral dissertation หรือ /////Master's thesis./ชื่อมหาวิทยาลัย]./ชื่อเว็บไซต์./URL

ตัวอย่าง

ปิยะ บุษบา. (2561). การพัฒนารูปแบบเชิงสาเหตุ และประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริม
คุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ของนิสิตระดับ
ปริญญาตรี. [วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
ประยุกต์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ]. ปริญญานิพนธ์สถาบันวิจัยพฤติกรรม
ศาสตร์. <http://bsris.swu.ac.th/thesis/53199120066RB8992555f.pdf>

Ata, A. (2015). *Factoreffecting teacher-child communication skill & self-efficacy beliefs: An investigation on preschool teachers* [Master's thesis, Middle East Technical University]. Middle East Technical University Library.
<http://etd.lib.metu.edu.tr/upload/12619101/index.pdf>

3) วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต จากฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์

ไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อวิทยานิพนธ์/(หมายเลข UMI หรือ เลขลำดับอื่น ๆ)/ /////[วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต หรือวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, /////ชื่อมหาวิทยาลัย]/ชื่อฐานข้อมูล.
อังกฤษ	สกุล,อักษรย่อชื่อ/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อวิทยานิพนธ์/(หมายเลข UMI หรือ /////เลขลำดับอื่น ๆ)/[Doctoral dissertation หรือ Master's thesis, /////ชื่อมหาวิทยาลัย]/ชื่อฐานข้อมูล.

ตัวอย่าง

McNiel, D. S. (2006). *Meaning through narrative: A personal narrativediscussing growing up with an alcoholic mother* (UMI No. 1434728) [Master's thesis, California State University–LongBeach]. ProQuest
 Dissertationsand Theses database.

รายงาน

1) รายงานที่จัดทำโดยหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรอื่น

ไทย	ชื่อหน่วยงาน/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อเรื่อง./สำนักพิมพ์./URL(ถ้ามี)
อังกฤษ	ชื่อหน่วยงาน/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อเรื่อง./สำนักพิมพ์./URL(ถ้ามี)

ตัวอย่าง

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. (2561). *รายงานประจำปี 2561*. 21 เซ็นจูรี.
https://www.ocsc.go.th/sites/default/files/document/ocsc_annual_report_2561.pdf

National Cancer Institute. (2019). *Taking time: Support for people with cancer* (NIH Publication No. 18-2059). U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://www.cancer.gov/publications/patient-education/takingtime.pdf>

2) รายงานที่จัดทำโดยผู้เขียนรายบุคคลสังกัดหน่วยงานรัฐหรือองค์กรอื่น

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อเรื่อง./สำนักพิมพ์./URL(ถ้ามี)
อังกฤษ	สกุล./อักษรย่อชื่อ./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อเรื่อง./สำนักพิมพ์./URL(ถ้ามี)

ตัวอย่าง

สุมาลี ตังคนานุรักษ์, อรทัย วิมลโนธ, และ เกรียงไกร นະຈຽ. (2559). *การวิจัยและพัฒนา รูปแบบเพื่อการพัฒนาความรับผิดชอบ การควบคุมและควมมีวินัยของนักเรียนชั้น ประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 โรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฝ่ายประถม. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*

Lipsey, M. W., Farran, D. C., & Hofer, K. G. (2015). *A randomized control trial of a statewide voluntary prekindergarten program on children's skills and behaviors through third grade.* Vanderbilt University, Peabody Research Institute.

เอกสารประกอบการประชุม/การประชุมวิชาการ ที่ไม่มี proceeding (Symposium)

ไทย	ชื่อ/สกุล./(วันที่,เดือน,ปี)./ชื่อเรื่องที่น่าสนใจ./ใน/ชื่อ/(ประธาน),/ชื่อหัวข้อการประชุม/ /////[Symposium]./ชื่อการประชุม,/สถานที่ประชุม.
อังกฤษ	สกุล./อักษรย่อชื่อ./(ปี,เดือน,วันที่)./ชื่อเรื่องที่น่าสนใจ./In/อักษรชื่อย่อ./สกุล/(Chair), /////ชื่อหัวข้อการประชุม/[Symposium]./ชื่อการประชุม,/สถานที่ประชุม.

ตัวอย่าง

De Boer, D., & LaFavor, T. (2018, April 26–29). The art and significance of successfully identifying resilient individuals: A person-focused approach. In A. M. Schmidt & A. Kryvanos (Chairs), *Perspectives on resilience: Conceptualization, measurement, and enhancement* [Symposium]. Western Psychological Association 98th Annual Convention, Portland, OR, United States.

การนำเสนองานวิจัยหรือการนำเสนอโปสเตอร์ (Paper/Poster Presentation)

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปี,/วัน/เดือน)./ชื่อ <i>paper</i> หรือ <i>poster</i> /[Paper หรือ Poster /////presentation]./ชื่อการประชุม,/สถานที่.
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปี,/เดือน,/วันที่)./ชื่อ <i>paper</i> หรือ <i>poster</i> /[Paper หรือ Poster /////presentation]./ชื่อการประชุม,/สถานที่.

ตัวอย่าง

การนำเสนองานวิจัย

นิดา ไพรนารี. (2554, มีนาคม). *การจัดการวิสาหกิจชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์* [Paper presentation], การประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยกรุงเทพ, กรุงเทพฯ, ประเทศไทย.

Khayankij, S. (2016, July). *Mandalas as a tool to enhance self-awareness for early childhood student teachers* [Paper presentation]. Pacific Early Childhood Education Research Association, Bangkok, Thailand.

การนำเสนอโปสเตอร์

Haldrup, S., Lapolla, A., & Gundgaard, J. (2017, November 4–8). *Cost-effectiveness of switching to insulin degludec (ideg) in real-world clinical practice in Italy* [Poster presentation]. International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) 20th Annual European Congress, Glasgow, Scotland.

1) ในรูปแบบรูปเล่มหนังสือ

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปี)./ชื่อบทความ./ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บ.ก.),/ชื่อหัวข้อการประชุม./ ////////ชื่อการประชุม/(น./เลขหน้า)/ฐานข้อมูล.
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปี)./ชื่อเรื่อง./In/ชื่อบรรณาธิการ/(Ed. หรือ Eds.),/ ////////ชื่อหัวข้อการประชุม./ชื่อการประชุม/(pp./เลขหน้า)/ฐานข้อมูล.
* กรณีมีเลข DOI หรือ URL ให้เติมต่อท้ายจากฐานข้อมูล ตัวอย่าง ชื่อฐานข้อมูล./https://doi.org/xxxx	

ตัวอย่าง

พัชรภา ตันติสุขเวช. (2553). การศึกษาทั่วไปกับคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ในประเทศ มาเลเซีย และสิงคโปร์ ศึกษาโดยเปรียบเทียบกับประเทศไทย. ใน ศิริชัย กาญจนวาสี (บ.ก.), การขับเคลื่อนคุณภาพการศึกษาไทย. การประชุมวิชาการและเผยแพร่ ผลงานวิจัยระดับชาติ (น. 97–102). คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Katz, I., Gabayan, K., & Aghajan, H. (2007). A multi-touch surface using multiple cameras. In J. Blanc-Talon, W. Philips, D. Popescu, & P. Scheunders (Eds.), *Lecture notes in computer science: Vol. 4678. Advanced concepts for intelligent vision systems* (pp. 97–108). Springer-Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-540-74607-2_9

2) ในรูปแบบวารสาร

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปี)./ชื่อเรื่อง:/ชื่อเรื่องย่อ./ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/ ////////เลขหน้า./URL
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปี)./ชื่อเรื่อง:/ชื่อเรื่องย่อ./ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/ ////////เลขหน้า./URL
* กรณีมีเลข DOI หรือ URL ให้เติมต่อท้ายจากฐานข้อมูล ตัวอย่าง ชื่อฐานข้อมูล./https://doi.org/xxxx	

ตัวอย่าง

Chaudhuri, S., & Biswas, A. (2017). External terms-of-trade and labor market imperfections in developing countries: Theory and evidence. *Proceedings of the Academy of Economics and Economic Education*, 20(1), 11–16.

[https://search-proquest-com.elibrary.jcu.edu.au/docview/1928612180?
accountid=16285](https://search-proquest-com.elibrary.jcu.edu.au/docview/1928612180?accountid=16285)

เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์ (เอกสารประกอบการเรียน)

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปี)./ชื่อเอกสาร/[เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์]./คณะ,/มหาวิทยาลัย.
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปี)./ชื่อเอกสาร/[Unpublished manuscript]./คณะ, //////มหาวิทยาลัย.

ตัวอย่าง

อัญญมณี บุญเชื้อ. (2556). การส่งเสริมพัฒนาการทางอารมณ์และสังคมสำหรับเด็กปฐมวัย [เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์]. ภาควิชาหลักสูตรและการสอน คณะครุศาสตร์, จฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Blackwell, E., & Conrod, P. J. (2003). *A five-dimensional measure of drinking motives* [Unpublished manuscript]. Department of Psychology, University of British Columbia.

เว็บไซต์

ไทย	ชื่อ/สกุลผู้เขียน./(ปี,/วัน/เดือนที่เผยแพร่)./ชื่อบทความ./ชื่อเว็บไซต์./URL
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อผู้เขียน./(ปี,/เดือน/วันที่เผยแพร่)./ชื่อบทความ./ชื่อเว็บไซต์./URL

* กรณีที่ไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.)
* กรณีที่มีปรากฏเฉพาะ พ.ศ. หรือ ค.ศ. ให้ใส่แค่ (ปี) เท่านั้น
* กรณีชื่อผู้เขียนและชื่อเว็บไซต์เป็นชื่อเดียวกัน ให้ตัดชื่อเว็บไซต์ออก

ตัวอย่าง

มูลนิธิวิจัยพัฒนาสาธารณสุขไทย. (2563, 1 มีนาคม). เจาะลึกระบบสุขภาพไทยป่วยเบาหวาน.

<http://www.hfocus.org/content/2019/11/18031>

International Diabetes Federation. (2021, December 9). *Diabetes fact and figure*. <http://www.idf.org/about-diabetes/facts-figures>

สารสนเทศที่ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง

1) สารสนเทศที่เป็นส่วนหนึ่งของงานอื่น (บทในหนังสือ/บทความในวารสาร/สารานุกรม)

ไทย ชื่อเรื่อง/(ปี,/วัน/เดือนที่เผยแพร่)/ชื่อแหล่งข้อมูล./URL

อังกฤษ ชื่อเรื่อง/(ปี,/เดือน/วันที่เผยแพร่)/ชื่อแหล่งข้อมูล./URL

* กรณีที่ไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.)

* กรณีที่มีปรากฏเฉพาะ พ.ศ. หรือ ค.ศ. ให้ใส่แค่ (ปี) เท่านั้น

ตัวอย่าง

ก้าวต่อไปของสถาบันอุดมศึกษาไทยในตลาดอาเซียน. (2554). *อนุสารอุดมศึกษา*, 37(400), 9–12. http://www.mua.go.th/prweb/pr_web/udom_mua/data/400.pdf
เกษตรกรรม. (2563, 4 มิถุนายน). ใน *วิกิพีเดีย*. <https://th.wikipedia.org/w/index.php?title=เกษตรกรรม&oldid=8891799>

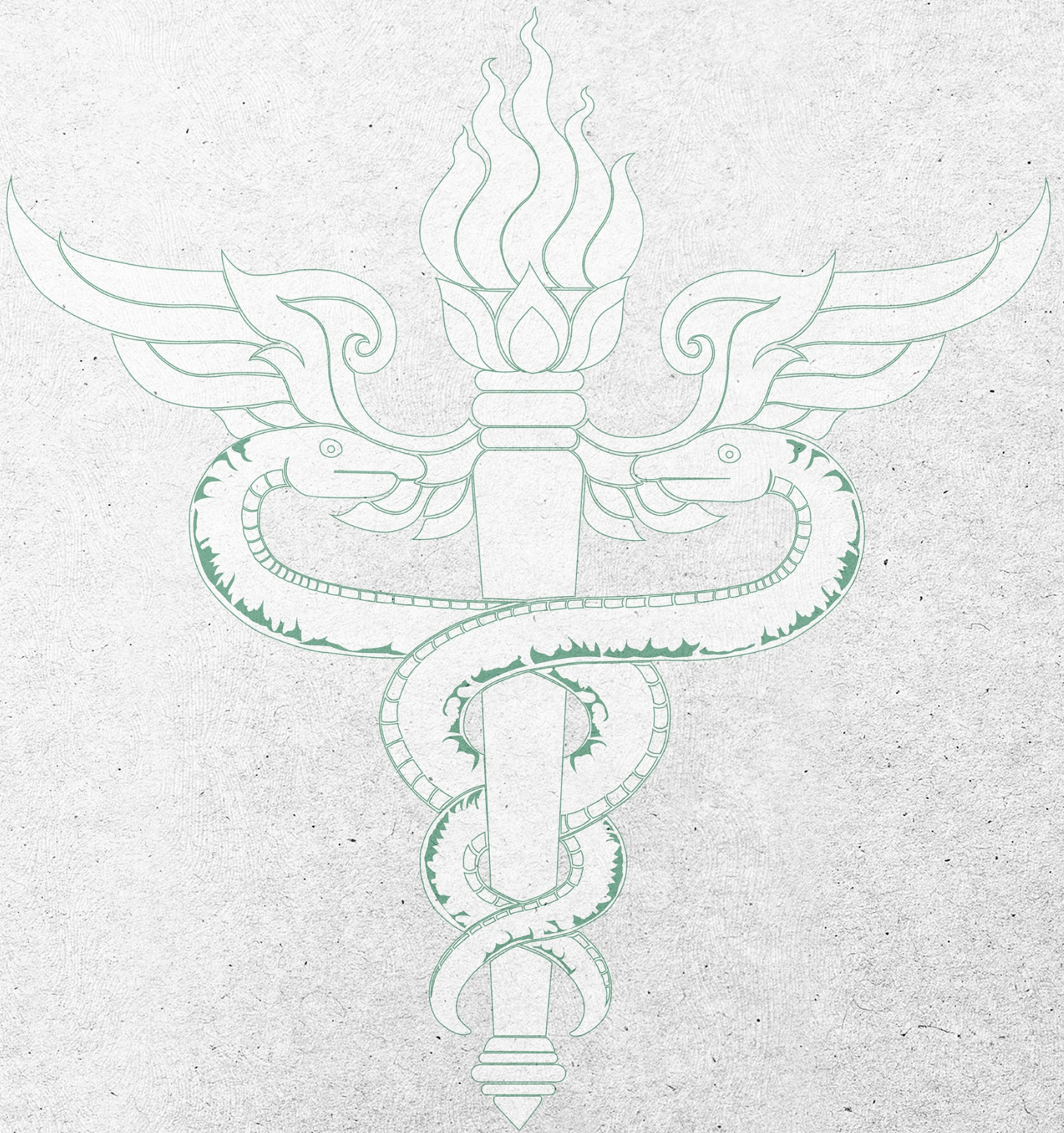
2) สารสนเทศที่ไม่เป็นส่วนหนึ่งของงานอื่น (หนังสือ/รายงาน/เว็บไซต์)

ไทย ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/(ปี,/วัน/เดือนที่เผยแพร่)/ชื่อแหล่งข้อมูล./URL

อังกฤษ ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/(ปี,/เดือน/วันที่เผยแพร่)/ชื่อแหล่งข้อมูล./URL

ตัวอย่าง

Merriam-Webster's collegiate dictionary (11th ed.). (2003). Merriam-Webster.
ไขข้อข้องใจ การบ้านยังจำเป็นสำหรับเด็กยุคใหม่หรือไม่? (2562, 21 สิงหาคม). *ครูบ้านนอก*
ดอทคอม. <https://www.kroobannok.com/87248>





สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
Phrae Provincial Public Health Office



วารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

25 ถนนบ้านใหม่ ต.โนนเวียง อ.เมือง จ.แพร่ 54000
โทร. 0 5451 1143, 0 5451 1145 Fax: 0 5452 3313
<https://thaidj.org/index.php/jpphd>
<http://www.pro.moph.go.th>