



วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

JOURNAL OF HEALTH AND NURSING UBON RATCHATHANI UNIVERSITY

ISSN 3027-6551 (Online)

ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2568 Vol.4 No. 2 July - December 2025

บทความวิชาการ

- การส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นตามวิถีอีสานใต้ในสังคมผู้สูงอายุ : บทบาทพยาบาล สุรีย์ ธรรมนิภบวร
- สุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง : บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล จันทนา ลีละไกรวรรณ
ในการส่งเสริมสุขภาพ และ นิตยา จันทบุตร
- การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กัญจน์ณิชา เรืองชัยทวิสุข
เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ และคณะ

บทความวิจัย

- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันการกระทำความผิด ชีวติพร รูปแกะ และคณะ
เกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ของนักศึกษาพยาบาล
- ผลของชาตึงรองขาต่อความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการทำแผลเบาหวานที่เท้า กนกพร ศรีวิชัย และคณะ
- ประสิทธิภาพของการคัดแยกผู้ป่วยต่อการตอบสนองการพยาบาลตามความเร่งด่วน วารุณี สุพิมล
งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร
- ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วย กมลพร พรหมเทศ
ยาละลายลิ่มเลือด ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร
- การพัฒนาแนวทางการคัดกรองสำหรับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเพื่อลดระยะเวลารอคอย เปรมฤดี โคตรสมบัติ
งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลอากาศอำนวย



วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

Journal of Health and Nursing Ubon Ratchathani University

ที่ปรึกษา	คณบดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	รองคณบดีฝ่ายวิจัย บริการวิชาการ และวิเทศสัมพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
บรรณาธิการ กองบรรณาธิการ	ศาสตราจารย์ ดร.พงศ์ศักดิ์ รัตนชัยกุล โสภณ	คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมปอง พะมุลิตา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เป็ยชื้อ	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
	ศาสตราจารย์ ดร.อนามัย เทศกะทิก	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
	รองศาสตราจารย์ ดร. อากรณ์ ดีนาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
	รองศาสตราจารย์ ดร. ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
	รองศาสตราจารย์ ดร. มณฑา เก่งการพานิช	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีย์ ธรรมิกบวร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
	รองศาสตราจารย์ ดร. สมรภพ บรรหารักษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริรัตน์ ศรีโปลา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิลาวรรณ ฉันทะปรีดา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์
	ดร.วิวิรรณ เผ่ากัณหา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี
ฝ่ายจัดการวารสาร	ดร.นุสรา ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลอุบลรัตน์บุรี
	นายแพทย์วีระ มหาวานากุล	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี
	เภสัชกรหญิงชมนุช วีระวัธน์ชัย	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปวีณา ภูมิทิปปรากฏ	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิรา ดอนสมัคร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อมรรัตน์ นระสนธิ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาวิตรี สิงหา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สิริทรัพย์ สีหะวงษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุทินี เสาร์แก้ว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ดร.วิศนีย์ บุญหมั่น	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ดร.หทัยรัตน์ สายมาอินทร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวภัทร นักรู้กำลังพัฒนา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
นางสาวกนกอร ธานี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	

- วัตถุประสงค์**
1. เผยแพร่บทความวิชาการและผลงานวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อด้านการพยาบาลและสุขภาพ
 2. เป็นแหล่งเสนอผลงานวิชาการสำหรับบุคลากรในวิชาชีพพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
 3. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ แนวคิด และประสบการณ์ทางวิชาการ

กำหนดการออกวารสาร

กำหนดการออกวารสาร ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มิถุนายน

ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม

เจ้าของ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

เลขที่ 85 ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190

โทรศัพท์ 045-353226

E-Mail: nurseubjournal@gmail.com

ISSN

3027-6551 (Online)

**ทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีนี้
ผ่านการพิจารณากรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ อย่างน้อย 3 ท่าน
ความคิดเห็นหรือข้อความใดๆ ในทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
เป็นของผู้เขียนและถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนเท่านั้น
บรรณาธิการและคณะพยาบาลศาสตร์ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยและไม่มีส่วนรับผิดชอบแต่อย่างใด**

สารบัญ

บทความวิชาการ

การส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นตามวิถีอีสานใต้ในสังคมผู้สูงอายุ : บทบาทพยาบาล
สุรีย์ ชรรณิกบวร 1

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง : บทบาทที่ทำนายของพยาบาล
ในการส่งเสริมสุขภาพ
จินตนา ลีละไกรวรรณ และนิตยา จันทบุตร 13

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ
กัญจน์นิษา เรืองชัยวิสุข และคณะ 33

บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันการกระทำความผิด
เกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ของนักศึกษาพยาบาล
ฐิติพร รูปแกะและคณะ 50

ผลของชาติตั้งรองขาต่อความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการทำแผลเบาหวานที่เท้า
กนกพร ศรีวิชัยและคณะ 65

ประสิทธิผลของการคัดแยกผู้ป่วยต่อการตอบสนองการพยาบาลตามความเร่งด่วน
งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร
วารุณี สุพิมล 77

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วย
ยาละลายลิ่มเลือด ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร
กมลพร พรหมเทศ 90

การพัฒนาแนวทางการคัดกรองสำหรับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเพื่อลดระยะเวลาารอคอย
งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลอากาศอำนวย
เปรมฤดี โคตรสมบัติ 109

สารจากบรรณาธิการ

วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (Journal of Health and Nursing Ubon Ratchathani University) ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 ฉบับนี้ เผยแพร่ในรูปแบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ เลข ISSN 3027 - 6551 โดยมีเนื้อหาสาระที่น่าสนใจดังนี้ บทความวิชาการ 3 เรื่อง ได้แก่ การส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นตามวิถีอีสานใต้ในสังคมผู้สูงอายุ : บทบาทพยาบาล สุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง : บทบาทที่ทำนายของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพ และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ บทความวิจัย 5 เรื่อง ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมป้องกันการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ของนักศึกษาพยาบาล ผลของชาตั้งรอกชาต่อความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการทำแผลเบาหวานที่เท้า ประสิทธิภาพของการคัดแยกผู้ป่วยต่อการตอบสนองการพยาบาลตามความเร่งด่วน งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร และการพัฒนาแนวทางการคัดกรองสำหรับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเพื่อลดระยะเวลารอคอย งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลอากาศอำนวย ผู้สนใจสามารถเข้าถึงบทความวิชาการ/บทความวิจัยที่ดีพิมพ์ในวารสารได้ทางหน้าเว็บไซต์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (<http://www.nurse.ubu.ac.th/new/>)

วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อยู่ในช่วงของการพัฒนาวารสารเพื่อเตรียมประเมินเข้าสู่ฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index Centre: TCI) ในลำดับต่อไป ขอแสดงความขอบคุณที่ปรึกษากองบรรณาธิการ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้แต่งทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นอย่างดี และพร้อมรับฟังข้อเสนอแนะจากทุกท่านด้วยความขอบคุณยิ่ง เพื่อให้วารสารเผยแพร่ผลงานที่มีคุณภาพต่อไป ทั้งนี้ ขอเชิญชวนผู้สนใจทุกท่านส่งบทความวิชาการ/บทความวิจัยที่ดีพิมพ์ในวารสารฯ ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม - มิถุนายน 2569 ได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ผศ.ดร สมปอง พะมุลิตา

บรรณาธิการวารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

การส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นตามวิถีอีสานใต้ในสังคมผู้สูงอายุ : บทบาทพยาบาล

สุรีย์ ธรรมิกบวร* ปร.ค. (การพยาบาล)

บทคัดย่อ:

บริบทของครอบครัวในสังคมผู้สูงอายุวิถีอีสานใต้ มีความเข้มแข็งของวัฒนธรรมประเพณี ครอบครัวอบอุ่นเป็นต้นทุนสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของทุกคน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์แนวทางการส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นตามวิถีอีสานใต้ในบริบทของสังคมผู้สูงอายุ

ผลการศึกษา พบว่า 1) สถานการณ์ของครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง คือ ครอบครัวเดี่ยวเพิ่มสูงขึ้น การลดลงของการอยู่ร่วมกันทางกายภาพของครอบครัว 2) แนวคิดของครอบครัวอบอุ่น ตามแนวคิด “ครอบครัว 5 ดี” คือ อาหารดี ออกกำลังกายดี อาสาดี สื่อสารดี และใส่ใจดี 3) ลักษณะของต้นทุนครอบครัวในสังคมผู้สูงอายุ คือ การให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ กตัญญู ให้คุณค่าควบคู่กับวิถีชีวิต มีความเชื่อที่ต้องดูแลทดแทนบุญคุณ ไก่ลัดชิดผูกพัน และให้ความสำคัญกับวัฒนธรรมประเพณี และ 4) บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมครอบครัวอบอุ่น ได้แก่ (1) ส่งเสริมการออกแบบการอยู่ร่วมกัน (2) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมตัดสินใจ (3) ส่งเสริมการอยู่ร่วมกันเมื่อสมาชิกเปลี่ยนแปลงสุขภาพหรือสถานะ (4) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาในครอบครัว (5) ส่งเสริมการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถ่ายทอดภูมิปัญญาของครอบครัว (6) ส่งเสริมการเรียนรู้ในสิ่งใหม่ ๆ ร่วมกันของครอบครัว (7) ส่งเสริมการทำกิจกรรมร่วมกันของครอบครัว (8) ส่งเสริมการอยู่ร่วมที่มีการดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่ถามไถ่ดูแล (9) ส่งเสริมการอยู่ร่วมที่มีความใส่ใจดูแลส่งเสริมสุขภาพกันและกัน (10) ส่งเสริมการอยู่ร่วมที่มีการร่วมกันปฏิบัติตามความเชื่อ หรือกิจกรรมทางศาสนา และ (11) ส่งเสริมการอยู่ร่วมที่มีการวางแผนการพึ่งพาตนเองร่วมกัน ดังนั้น ควรส่งเสริมให้พยาบาลทำความเข้าใจสถานการณ์และแนวคิดของครอบครัวอบอุ่น เพื่อนำสู่การส่งเสริมสถาบันครอบครัวที่เป็นพื้นฐานของความรักเอื้ออาทรและนำสู่การมีคุณภาพชีวิตของคนทุกช่วงวัยได้

คำสำคัญ: ครอบครัวอบอุ่น, ผู้สูงอายุ, การส่งเสริมสุขภาพ, บทบาทพยาบาล

*Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, Email: suree.1@nrru.ac.th

วันที่รับบทความ 18 กรกฎาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 24 พฤศจิกายน 2568 วันตอบรับบทความ 3 ธันวาคม 2568

Promoting Warm Families Based on the Southern Isan Way of Life in an Aging Society: The Role of Nurses

Suree Trumikaborworn Ph.D. (Nursing)*

Abstract:

The context of families in an aging society following the Southern Isan way of life is characterized by strong cultural traditions. Warm families serve as essential social capital for promoting the health and well-being of individuals across all age groups. This article aims to synthesize approaches for promoting warm families based on the Southern Isan way of life within the context of an aging society.

The findings revealed that: family structures have changed, with an increase in nuclear families and a reduction in physical co-living among family members; the concept of warm families is framed by the “Five-Good Family” approach, which includes good food, regular physical activity, volunteerism, effective communication, and attentive care; the characteristics of family capital in an aging society include placing importance on older adults, filial piety, valuing older adults as part of everyday life, beliefs in caregiving as a means of repaying gratitude, close emotional bonds, and an emphasis on cultural traditions. The roles of nurses in promoting warm families include: (1) promoting the design of co-living arrangements; (2) promoting participatory decision-making; (3) supporting co-living when family members experience changes in health status or social roles; (4) promoting family participation in problem-solving; (5) encouraging shared learning and the transmission of family wisdom; (6) supporting joint learning of new knowledge or skills within the family; (7) promoting participation in shared family activities; (8) fostering co-living characterized by care, mutual assistance, and attentiveness; (9) promoting co-living that emphasizes mutual care and health promotion among family members; (10) supporting co-living that involves shared beliefs or religious practices; and (11) promoting joint planning for self-reliance among family members. Therefore, nurses should be encouraged to understand the family context and the concept of warm families in order to strengthen the family institution as a foundation of love and mutual care, thereby contributing to the quality of life of individuals across all stages of life.

Keywords: Warm families, Older adults, Health promotion, Nursing roles

**Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing Nakhon Ratchasima Rajabhat University, Email: suree.t@nrnu.ac.th*

Received July 18, 2025 Revised November 24, 2025 Accepted December 3, 2025

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์ จากข้อมูลเดือน กรกฎาคม 2568 พบจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 13,064,915 ราย (ร้อยละ 20.08) สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า มีประชากรรวม 21,716,975 ราย พบว่า มีผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 4,131,668 ราย (ร้อยละ 19.07) ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์แล้วเช่นกันพบว่ามีผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง ร้อยละ 10.32 ผู้สูงอายุดูแลตนเองร้อยละ 4.67 และอยู่ระหว่างการดูแลร้อยละ 1.76¹ เห็นได้ว่าเมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้นผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลมากขึ้น

ครอบครัวเป็นรากฐานสำคัญในสังคมไทยและมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่า ลักษณะครอบครัวมีความหลากหลาย เช่น ครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวขยาย ครอบครัวทางเลือก² รวมทั้งต้องอาศัยการปรับตัวเพื่อให้สังคมสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยระบบสังคมและระบบย่อยต่าง ๆ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครัวไทยตามวงจรชีวิตพบว่า ครอบครัวนั้นมีหลากหลาย และครอบครัวมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงตามช่วงชีวิต ตามกลุ่มอายุของประชาชน โดยมีผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับครอบครัวและผู้สูงอายุอยู่ลำพัง ครอบครัวโดยเฉพาะในครอบครัวที่มีลักษณะข้ามรุ่นจะพบว่า พัฒนาการของเด็กจะช้าลง³⁻⁴ นอกจากนี้แล้วมีปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัวมากขึ้น⁵

ดังนั้น ผู้เขียนจึงต้องการเสนอบทความวิชาการที่ได้จากประสบการณ์การดำเนินการโครงการพัฒนางานด้านครอบครัวในพื้นที่ต่อเนื่องเป็นเวลา 2 ปี มีเป้าหมายเพื่อเสนอบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพครอบครัว โดยการนำต้นทุนวิถีชีวิตมาเป็นปัจจัยในการพัฒนา ทั้งนี้ เพื่อแสดงให้เห็นบทบาทความสำคัญในการปฏิบัติงานในชุมชนเพื่อส่งเสริมครอบครัวให้มีความอบอุ่น เข้มแข็ง เป็นต้น ทูทหนุนเสริมสมาชิกทุกคนในครอบครัวให้มีสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อสังเคราะห์แนวทางการส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นตามวิถีอีสานใต้ในบริบทของสังคมผู้สูงอายุ

วิธีการ

บทความนี้มุ่งสังเคราะห์แนวทางการส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นตามวิถีอีสานใต้ในบริบทของสังคมผู้สูงอายุ การนำเสนอประกอบด้วยสถานการณ์ครอบครัวในพื้นที่อีสานใต้ แนวคิดครอบครัวอบอุ่น ต้นทุนครอบครัวในสังคมสูงวัยวิถีอีสานใต้ และบทบาทพยาบาลการส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นตามวิถีอีสานใต้ในสังคมผู้สูงอายุ ภายใต้ประสบการณ์และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผลลัพธ์

1. สถานการณ์ครอบครัวในพื้นที่อีสานใต้ พื้นที่การศึกษาแห่งหนึ่ง

จากประสบการณ์การพัฒนาพื้นที่ครอบครัวอบอุ่นต้นแบบในพื้นที่นำร่อง ตำบลหนึ่งในจังหวัดเขตอีสานใต้พบว่า วิถีชีวิตในชุมชนที่มีทั้งส่วนที่เป็นชนบท และกึ่งเมืองกึ่งชนบท ครอบครัวมีการอยู่ร่วมแบบห่าง ๆ โดยเฉพาะรุ่นหลานกับผู้สูงอายุในครอบครัวพบว่า มีกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันลดลง ทั้งกิจกรรมการรับประทานอาหาร การเล่านิทาน และการทำงานบ้านร่วมกัน อาจเนื่องจากผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวให้เวลากับโลกเสมือนคือ โลกออนไลน์มาก การศึกษานอกชุมชนมีมากขึ้น แม่เด็กเล็ก ๆ บางส่วนต้องไปเรียนในตัวอำเภอ ดังนั้น การใช้เวลากับการเดินทางจึงมากขึ้น จะมีเพียงรุ่นอนุบาลที่พบว่า ยังนิยมเรียนในศูนย์เด็กเล็กในตัวบลด นอกจากนี้พบปัญหาว่า ผู้สูงอายุ และพ่อแม่ไม่มั่นใจว่าจะสื่อสารคุยกับลูกหลานอย่างไรในการแบ่งเวลาให้เหมาะสมกับการใช้มือถือ การส่งเสริมการอยู่ร่วมกันแบบผูกพันร่วมมือกันจึงมีความสำคัญและมีความจำเป็น จากประสบการณ์พบสถานการณ์ในระดับพื้นที่ 2 ประเด็นสำคัญ คือ ครอบครัวเดี่ยวเพิ่มสูงขึ้น และ การลดลงของการอยู่ร่วมกันทางกายภาพของครอบครัว ดังนี้

1) ครอบครัวเดี่ยวเพิ่มสูงขึ้น และครอบครัวข้ามรุ่นแบบถาวรและชั่วคราว คือ ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวเพิ่มมากขึ้นและโดยเฉพาะในสังคมอีสานมีครอบครัวข้ามรุ่นแบบถาวรและแบบชั่วคราว กล่าวคือ ครอบครัวที่ลูกหลานไปทำงานต่างถิ่นกลับมาเยี่ยมบ้านนาน ๆ ครั้ง และครอบครัวที่ผู้สูงอายุเป็นหัวหน้าครอบครัวรับผิดชอบดูแลลูกหลานทั้งหมด นอกจากนี้มีครอบครัวข้ามรุ่นแบบเทียมคือ ครอบครัวที่พ่อแม่มีภาระงานมาก ปล่อยภาระการเลี้ยงดูให้เป็นบทบาทผู้สูงวัยในครอบครัว โดยเฉพาะในชุมชนชนบทพบว่า ภาพรวมของคะแนนความอยู่ดีมีสุขอยู่ในระดับปานกลาง และประเด็นที่คะแนนระดับน้อยคือ การตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐาน⁶ การส่งเสริมคุณภาพการอยู่ร่วมจึงจำเป็นต้องมีระบบกลไกในชุมชนเป็นตัวช่วย บทบาทการดูแลลูกหลานจะเป็นบทบาทที่ผู้สูงอายุภาคภูมิใจ และรู้สึกมีคุณค่า หากได้รับการสนับสนุนจากพ่อแม่ของหลานด้านการเงินเพียงพอ แต่จะรู้สึกลำบากหากตนเองสุขภาพกายมีปัญหา หรือมีปัญหาการดำรงชีวิตในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อการเลี้ยงดูบุตรหลาน นอกจากนี้การอยู่ร่วมระหว่างวัยในสังคมยุคไอที ความแตกต่างด้านความรู้ทางไอที ส่งผลต่อความมั่นใจ และการเข้าถึงเพื่อการดูแลบุตรหลาน ในขณะที่ผู้สูงอายุขาดตัวช่วยในการเลี้ยงดูบุตรหลาน สิ่งที่จะมาช่วยแก้ไขลดปัญหาที่อาจจะเกิดจากความแตกต่างนี้ที่สำคัญที่สุดคือ การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อการสื่อสารที่ดี⁷

2) การลดลงของการอยู่ร่วมกันทางกายภาพของครอบครัว ในความเป็นครอบครัวในบางครอบครัวการอยู่ร่วมกันทางกายภาพอาจมีไม่มากเพราะต้องไปทำงาน ไปเรียนต่างถิ่น เป็นต้น แต่ถึงดังกล่าวไม่ควรเป็นอุปสรรค แต่ควรหาแนวทางสร้างสรรค์การอยู่ร่วมที่ดีคือ การอยู่ร่วมที่สร้างความผูกพันกันยิ่งขึ้น โดยใช้ความก้าวหน้าทางไอที ใช้การออกแบบร่วมกัน และใช้ตัวช่วยในการร่วมดูแลสร้างการอยู่ร่วมที่ดีในครอบครัว เช่น เครื่องช่วยครอบครัว เครื่องช่วยผู้นำ เครื่องช่วยองค์กรในชุมชน เป็นต้น แนวทาง

ต่อไปนี้เป็นแนวทางที่พัฒนาจากการศึกษาในบริบทตำบลในภาคอีสานซึ่งมีทั้งส่วนที่เป็นชนบท และส่วนที่เป็นกึ่งเมืองกึ่งชนบท โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้ ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวเป็นส่วนใหญ่ ชุมชนมีการปฏิบัติตามฮีตสิบสองตามประเพณี วัฒนธรรมของอีสาน และมีกิจกรรมในชุมชนร่วมกัน กิจกรรมที่มีในชุมชนส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมตามประเพณี ไม่มีกิจกรรมที่ส่งเสริมการดูแลครอบครัวเด็กและเยาวชนที่เป็นรูปแบบ เด็กและเยาวชนมีกิจกรรมร่วมกันน้อยเพราะมีเด็กบางส่วนเดินทางไปเรียนนอกชุมชน และการมีกิจกรรมร่วมกันในหมู่บ้านในตำบลมีน้อย สภาเด็กและเยาวชนในระดับตำบลอยู่ในช่วงเริ่มตั้งองค์กรยังไม่เข้มแข็ง มีการออมในบางหมู่บ้าน ปัญหาเด็กและเยาวชนไม่ต่างจากภาพรวมของสังคม คือมีปัญหาการติดยาเสพติด ซึ่งพ่อแม่บางส่วนมองว่าติดยาเสพติดดีกว่าติดยาเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาของดารุณี จงอุดมการณ์ และคณะ^๕ พบว่า สิ่งที่ผู้ปกครองกังวลมากที่สุดคือ การติดยาเสพติดของลูกหลาน และการมีกิจกรรมร่วมกันในบ้านมีน้อย ดังนั้นหากไม่แก้ไขจะส่งผลกระทบต่อความผูกพันในครอบครัว และส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมบุตรหลาน ตลอดจนความอ่อนแอในครอบครัวได้ พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพครอบครัว บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นตามวิถีอีสานใต้ภายใต้สถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น จึงพัฒนาแนวทางการส่งเสริมให้เกิดครอบครัว 5 ดี ตามแนวทางที่ค้นพบต้นทุนครอบครัวในบริบทอีสานใต้

2. แนวคิดครอบครัวอบอุ่น

นิยามครอบครัวอบอุ่นมีหลากหลาย แปรตามนิยามโครงการที่ดำเนินการและหน่วยงานที่รับผิดชอบและใช้คำหลากหลายแตกต่างกัน เช่น ครอบครัวอบอุ่นหรือครอบครัวเข้มแข็ง ครอบครัวสุขภาพะครอบครัวอยู่ดีมีสุข เป็นคำที่มีการใช้ในความหมายใกล้เคียงกัน มีองค์ประกอบ ประกอบด้วย โครงสร้างครอบครัว (Family structure) บทบาทหน้าที่ครอบครัว (Family function) สัมพันธภาพในครอบครัว (Family relationships) การพึ่งตนเองของครอบครัวโดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจ (Economic situation) ความมั่นคงของครอบครัว ความปลอดภัย ความสงบสุข (Safety family) สุขภาพของครอบครัว (Family health) การยึดมั่นในศาสนา ความเชื่อ (Religion/spirituality) บ้านและสภาพแวดล้อม (Housing and environment) ความสัมพันธ์กับสังคม (Community relationship) และการเข้าถึงบริการต่าง ๆ^๖ สำหรับการดำเนินงานด้านการพัฒนาครอบครัวในระดับตำบลผู้เขียนได้ให้ผู้นำ และผู้ร่วมโครงการที่ประกอบด้วย กลุ่มประชากรต่าง ๆ ร่วมกันกำหนดนิยามครอบครัวอบอุ่นว่าควรเป็นอย่างไร จึงได้องค์ประกอบเรียกว่า **“ครอบครัว 5 ดี”** ประกอบด้วย 1) อาหารดี (Happy healthy food) หมายถึง อาหารที่ดีต่อสุขภาพที่ครอบครัวร่วมกันจัดทำ และรับประทานอาหารร่วมกัน 3 วันต่อสัปดาห์ 2) ออกกำลังกายดี (Active family) หมายถึง ครอบครัวร่วมกันออกกำลังกาย ออกกำลังกายเหมาะสมตามวัย ตรวจสอบจับชีพจรดูแลสุขภาพกายร่วมกัน ออกกำลังกายร่วมกันอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 3) อาสาดี (Positive activities) หมายถึง การมีกิจกรรมจิตอาสา กิจกรรมในการพัฒนาตนเอง กิจกรรมการพัฒนาครอบครัวร่วมกันสม่ำเสมอ ร่วมมือในกิจกรรมต่าง ๆ แบ่งเบาภาระร่วมกันในครอบครัว 4) สื่อสารดี (Positive communication) หมายถึง การมีเวลาพูดคุยรับฟังกันและกันสม่ำเสมอ

ได้ถามกัน พูดจากันในทางบวก มีเวลาล้อมวงคุยกัน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ 5) ใฝ่ใจดี (Yours heart ours heart) หมายถึง การแสดงบทบาทของแต่ละคนอย่างเหมาะสม ยิ้มแย้มแจ่มใสดูแลกันและกัน¹⁰

3. ต้นทุนของครอบครัวในสังคมสูงวัยวิถีอีสานใต้

ในบริบทสังคมวิถีอีสานใต้ มีความเข้มแข็งในประเพณี ที่เรียกว่า “สืตสิบสองกองสิบสี่” เป็นต้นทุนสำคัญ นอกจากนี้ จากสังคมเกษตรกรรมวิถีอีสานมีการดูแลผู้สูงอายุใกล้ชิด และผู้สูงอายุเป็นที่พึ่งพิงการดูแลบุตรหลานและงานด้านเกษตรกรรม ดังนั้นสังคมผู้สูงอายุในวิถีอีสานจึงยังเป็นต้นทุนทางบวก แต่ยังมีจุดอ่อนบางประการเช่น ความต่างระหว่างวัยที่มีเทคโนโลยีมาเป็นปัจจัยสร้างความห่างกันในครอบครัว ข้อค้นพบสะท้อนต้นทุนครอบครัวในสังคมสูงวัยภายใต้วิถีอีสานใต้พบว่า การให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ กตัญญูให้คุณค่าควบคู่กับวิถีชีวิต มีความเชื่อที่ต้องดูแลทดแทนบุญคุณ ใกล้ชิดผูกพัน และให้ความสำคัญกับวัฒนธรรมประเพณี ดังนี้

1) **ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ** ครอบครัวจะให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ จะมีการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ ดูแลเวลาเจ็บป่วยในครอบครัวจะมีการมอบหมายลูกหลานหนึ่งคนดูแล บางครั้งแม้ไม่ได้อยู่บ้านเดียวกันแต่จะคอยดูแลติดตาม ในบางกรณีพบว่า ลูกหลานที่ทำงานอยู่ที่บ้านหรือสามารถบริหารเวลาได้จะได้รับการฝากให้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ หลายคน หมุนเวียนไป ทั้งนี้ ส่วนใหญ่จะเป็นลูกหลานที่ทำหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข และอาสาสมัครดูแลบุคคลในครอบครัว

2) **กตัญญู** โดยครอบครัวให้ความสำคัญกับความกตัญญู เป็นสิ่งที่ปลูกฝังในการกล่อมเกลา ลูกหลาน ให้กตัญญูต่อพ่อแม่ และญาติผู้สูงวัย จึงมีการดูแลในครอบครัว¹¹

3) **ให้คุณค่าควบคู่วิถีชีวิต** ครอบครัวที่มีฐานจากวิถีเกษตรกรรม ด้วยวิถีชีวิตส่วนใหญ่เป็นการทำเกษตร ดังนั้น การทำภารกิจตามฤดูกาลจึงเป็นสิ่งที่ทุกคนในครอบครัวต้องให้ความสำคัญ ร่วมมือกัน เด็กและเยาวชนจะเรียนรู้วิถีเกษตรจากพ่อแม่และครอบครัว มองเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุในครอบครัวเสมือนครูผู้รู้ที่สอนอาชีพให้ ผู้สูงอายุมีประสบการณ์ชีวิตที่ยาวนาน มีความสำเร็จในการดำรงชีวิตอย่างเรียบง่าย มองเห็นคุณค่าความรู้และวิถีชีวิต ทำให้ลูกหลานเชื่อถือและยอมรับ เกิดความเคารพและเต็มใจที่จะดูแลผู้สูงอายุ

4) **มีความเชื่อที่ต้องดูแลทดแทนบุญคุณ** ครอบครัวมีความเชื่อในการร่วมกันดูแลผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลเอาใจใส่ ในด้านอาหารการกิน ความเป็นอยู่จากลูกหลานตามอัธยาศัย และผู้สูงอายุส่วนมากเต็มใจทำหน้าที่แบ่งเบาภาระครอบครัวในการช่วยดูแลลูกหลานที่เรียนหนังสือ ในชุมชน ในขณะที่พ่อแม่ทำงานต่างถิ่น หรือไปทำงานนอกหมู่บ้าน ครอบครัวเชื่อในเรื่องการศึกษาเพื่ออาชีพและการก้าวออกจากความลำบากในวิถีเกษตร ในเกือบทุกบ้านจะดูแลให้ลูกหลานได้รับการศึกษาที่โรงเรียน และการเรียนรู้วิถีชีวิตโดยการให้ช่วยงานบ้าน งานเกษตรตามเหมาะสม

5) **ใกล้ชิดผูกพัน** ครอบครัวที่ร่วมในการดูแลลูกหลานใกล้ชิดอบอุ่น การดูแลบุตรหลาน มีความใกล้ชิด เนื่องจากเป็นสังคมเกษตรเป็นส่วนใหญ่ จึงมีกิจกรรมด้านการเกษตรให้ทำร่วมกัน มีกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน เช่น การทำเกษตรกรรม การรับประทานอาหาร การเล่านิทาน กิจกรรมสนุกสนานในบ้าน อย่างไรก็ตาม

การทำกิจกรรมดังกล่าวลดลงจากเดิม อาจเนื่องจากอยู่ในสังคมยุคไอที ซึ่งลูกหลานส่วนใหญ่จะอยู่กับการใช้มือถือและการออนไลน์ รวมทั้งครอบครัวที่สนับสนุนการใช้ชมแม่ เนื่องจากเดิม ในสังคมการเกษตรจะดูแลให้ผู้ที่เป็นแม่ได้ทำหน้าที่ของแม่ โดยยกเว้นบทบาทงานด้านการเกษตรหรืองานด้านครัวเรือน ทำให้ไม่มีโอกาสในการให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นเวลานาน แต่ในยุคสมัยที่มีการปลูก การทำเกษตรมากขึ้น หรือมีการทำงานนอกพื้นที่ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เฉลี่ยลดลงเพียงสามเดือน

6) ให้ความสำคัญกับวัฒนธรรมประเพณี ครอบครัวให้ความสำคัญต่อการเปลี่ยนผ่านในแต่ละช่วงเปลี่ยนแปลงของชีวิต นิยมให้ลูกหลานได้บวชเณร หรือบวชพระภิกษุในวัยที่เหมาะสม สำหรับสตรีเมื่อตั้งครรรภ์ คลอด จะมีการดูแลเป็นพิเศษและเมื่อเปลี่ยนผ่านสู่วัยสูงอายุ จะมีกิจกรรมดูแลพิเศษในช่วงประเพณีสงกรานต์ เช่น กิจกรรมขอพรผู้สูงอายุ รดน้ำคำหัว เป็นต้น ซึ่งครอบครัวมีการบ่มเพาะความคิดความเชื่อตามฮีตคองอีสาน การให้เด็กได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมตามประเพณีวัฒนธรรมเช่น การตักบาตรในวันพระ การทำบุญตามประเพณี เช่น การร่วมกิจกรรมช่วยเตรียมงานตามงานบุญอีสานฮีตสิบสอง โดยเป็นการทำบุญตามประเพณีในทุกเดือน ผลจากการมีส่วนร่วมทำให้เกิดโอกาสในการร่วมกิจกรรมของสมาชิกในครอบครัว

จากต้นทุนครอบครัวอีสานใต้ในสังคมสูงอายุดังกล่าวข้างต้น ถือเป็นรากฐานและต้นทุนสำคัญต่อการส่งเสริมความอบอุ่นตามแนวคิด “ครอบครัว 5 ดี” ดังนั้น บทบาทพยาบาลเพื่อส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นควรให้ความสำคัญกับรากฐานเดิมนี้ เพื่อสร้างความยั่งยืนจากต้นทุนเดิมที่มี เช่น การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างวัย การสร้างโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้ทบทวนแนวทางในการดูแลกันและกันผ่านกิจกรรมต่าง ๆ หรือการส่งเสริมให้มีกิจกรรมที่สร้างความสนุกสนาน สร้างความทรงจำที่ดีร่วมกัน และจากบริบทครอบครัวที่ผู้สูงอายุอยู่กับหลานมีมากขึ้น เนื่องจากรุ่นลูกต้องไปทำงานไกลบ้าน ดังนั้น ภาระในครอบครัว การเลี้ยงลูกหลาน ผู้สูงอายุจะมีบทบาทมากขึ้น การพัฒนาให้ผู้สูงอายุเข้าใจการเปลี่ยนแปลงจะช่วยให้ผู้สูงอายุรับภาระใหม่ได้เป็นอย่างดี ผู้สูงอายุอาจจะมีความรู้สึกดี ๆ และรู้สึกว่าคุณค่ากับภาระนี้ แต่หากมีปัญหาสุขภาพ ปัญหาเศรษฐกิจ จะบั่นทอนให้เกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพกับลูกหลานได้ อย่างไรก็ตามพบว่า การสื่อสารผ่านการเยี่ยมเยียนจะช่วยกระชับความสัมพันธ์ได้ บทบาทพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว

4. บทบาทพยาบาลการส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นตามวิถีอีสานใต้ในสังคมผู้สูงอายุ

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพครอบครัว สามารถดำเนินการได้ผ่านกิจกรรมเยี่ยมบ้าน หรือการร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนในการจัดกิจกรรม หรือบูรณาการกิจกรรมตามประเพณี เพื่อเป็นโอกาสในการส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวที่เป็นปัจจัยฐานรากในการทำให้ครอบครัวสร้างครอบครัว 5 ดีร่วมกัน บทบาทพยาบาลต่อไปนี้จะมุ่งเน้นเป้าหมายที่สร้างการอยู่ร่วมหรือสร้างสัมพันธภาพที่ดีของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสามารถสรุปบทบาทที่พยาบาลในการส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นตามวิถีอีสานใต้ในสังคมผู้สูงอายุได้ดังนี้

1) ส่งเสริมการออกแบบการอยู่ร่วมกันอย่างมีความหมายชัดเจน เช่น การอยู่ร่วมที่มีการกำหนดบทบาทสมาชิกและกติกาของบ้านร่วมกัน เพื่อเป็นข้อตกลงที่สร้างวินัยให้สมาชิกในครอบครัว ในยุคที่การสื่อสารเข้าถึงลูกหลานทุกทิศทาง การไม่กำหนดแนวทางการอยู่ร่วมเป็นหลักจะทำให้ไม่เกิดการเรียนรู้และเกิดข้อขัดแย้งระหว่างสมาชิกได้ ดังนั้น พยายามที่ดูแลครอบครัวสามารถส่งเสริมการร่วมคิด การออกแบบกติกา ของบุคคลในครอบครัว เพื่อให้มีการอยู่ร่วม ฟังพาดูแลเอาใจใส่กันและกัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุในครอบครัว จะสร้างความมั่นใจไม่รู้สึกรังเกียจเป็นภาระของครอบครัว โดยการจัดกิจกรรมร่วมกับโรงเรียนในชุมชน ให้ผู้สูงอายุ หรือพ่อแม่ร่วมกิจกรรมที่ทำให้บุตรหลานและครอบครัวมีช่วงเวลาดี ๆ ความทรงจำดี ๆ และการบอกกล่าวสิ่งดี ๆ ในบรรยากาศที่สนุก ผ่อนคลาย

2) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยส่งเสริมการอยู่ร่วมที่มีการตัดสินใจในเรื่องสำคัญร่วมกัน เช่น การเรียน การงานอาชีพ เป็นต้น การที่สมาชิกในครอบครัวมีการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ จะสร้างความเข้าใจไปด้วยกันถึงปัจจัยเงื่อนไขในครอบครัว ทุกคนควรรับฟังกันและกันและคิดร่วมกัน จึงจะสร้างความรับผิดชอบร่วมกันเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงใดจากการตัดสินใจ ทั้งนี้ ครอบครัวที่เชื่อว่าเด็กไม่ต้องร่วมคิด เด็กมีหน้าที่เรียนอย่างเดียวนั้นอาจไม่ถูกต้องเพราะจะทำให้เด็กไม่เรียนรู้ การกล่อมเกลாதงสังคมที่ครอบครัวมีส่วนสำคัญนั้นจะเกิดได้เมื่อมีกิจกรรมร่วมกัน ทั้งกิจกรรมที่ต้องคิด ตัดสินใจเพื่อถ่ายทอดวิธีคิดที่เป็นเหตุเป็นผล ทั้งนี้ ผู้ใหญ่ต้องมีความสม่ำเสมอในการให้โอกาสมีส่วนร่วมตัดสินใจ การมีความสัมพันธ์ที่ดีผ่านมามีกิจกรรมที่ต้องร่วมตัดสินใจจะส่งผลดีต่อสุขภาพจิตวัยรุ่นไทย¹² ในสังคมยุคใหม่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของครอบครัวแบบร่วมกันมีความสำคัญต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว¹³ โดยพยายามเชื่อมบ้านให้คำแนะนำ ให้แนวคิดในการสร้างแนวทางให้แต่ละบ้านมีการตัดสินใจร่วมกัน จะสร้างความอบอุ่นมั่นใจและเป็นการสร้างความรับผิดชอบ การมีวินัยให้สมาชิกในครอบครัว บทบาทพยาบาล สามารถนำต้นทุนพื้นที่ที่มีความยึดมั่นในความกตัญญู ให้ลูกหลานได้ตัดสินใจที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวร่วมกันผ่านกิจกรรม การกำหนดเวลาของครอบครัวร่วมกัน เป็นต้น

3) ส่งเสริมการอยู่ร่วมกันเมื่อสมาชิกเปลี่ยนแปลงสุขภาพหรือสถานะ เช่น การเป็นแม่ การแต่งงาน การเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงช่วงวัยรุ่น เข้าสู่วัยทำงาน เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงเหตุการณ์สำคัญของชีวิตต้องการองค์ความรู้จากประสบการณ์ของพ่อแม่ ปู่ย่า ตายายในการถ่ายทอดองค์ความรู้ในการดูแล นอกจากนี้เป็นการสะท้อนถึงการเอาใจใส่ดูแล หากสิ่งเหล่านี้มีในแต่ละครอบครัวจะทำให้เกิดความอุ่นใจได้ว่ามีครอบครัวคอยสนับสนุนดูแลประคับประคองช่วยเหลือให้ผ่านพ้นวิกฤติจากการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ การร่วมทุกข์ร่วมสุขเช่นนี้ในครอบครัวจะก่อให้เกิดความผูกพันที่ยึดโยงความเป็นครอบครัวไว้ได้ และส่งผลต่อความเข้มแข็งของชุมชนต่อไป พยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้ให้คำปรึกษา เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจการเปลี่ยนแปลง และระบุแนวทางในการหนุนเสริมให้สมาชิกในครอบครัวดูแลได้ถูกต้องทำให้ผ่านพ้นวิกฤติในช่วงเปลี่ยนผ่านได้

4) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาในครอบครัว โดยการส่งเสริมการอยู่ร่วมที่มีการให้ทุกคนในครอบครัวร่วมคิด ร่วมแก้ปัญหาหากมีปัญหาใด ๆ ในครอบครัว การเป็นส่วนหนึ่งที่ได้รับรู้ และร่วมแก้ไขปัญหามาในครอบครัว เป็นการอยู่แบบร่วมทุกข์ร่วมสุขนำมาซึ่งความเข้าใจเห็นใจ รับรู้ปัญหาต่าง ๆ ร่วมกัน การเลี้ยงดูโดยไม่ให้ลูกหลานร่วมรับทราบปัญหาในครอบครัว จะทำให้มีข้อมูลครอบครัวไม่เท่าเทียมกันอาจนำมาซึ่งการตีความและการเข้าใจไม่ตรงได้ เช่น การที่พ่อแม่ไม่ให้ไปเที่ยวอาจคิดว่าพ่อแม่จำกัดสิทธิพ่อแม่ไม่รัก แต่เหตุผลที่แท้จริงที่ครอบครัวไม่แจ้งคือ ปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว เป็นต้น การเลี้ยงดูของพ่อแม่ควรมีหลักเกณฑ์ชัดเจน จะทำให้มีการขัดเกลาต่อเนื่อง บทบาทพยาบาลคือ การส่งเสริมทักษะการฟัง จัดกิจกรรม จัดโอกาสให้ครอบครัว ได้มีกิจกรรมสร้างความผูกพันในครอบครัว อันจะเป็นฐานในการไว้วางใจ กล่าวที่จะนำปัญหาใด ๆ มาขอคำปรึกษา ขอความช่วยเหลือ

5) ส่งเสริมการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถ่ายทอดภูมิปัญญาของครอบครัว การถ่ายทอดภูมิปัญญาของครอบครัวมีความสำคัญต่อการนิยามว่าครอบครัวคือ โรงเรียนแห่งแรก ซึ่งการสอนถ่ายทอดนอกจากเป็นการถ่ายทอดภูมิปัญญาด้านการดูแลตนเอง ด้านการดูแลสุขภาพแล้ว การถ่ายทอดภูมิปัญญาด้านอาชีพเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวได้มีการสืบทอดสิ่งดี ๆ ในครอบครัวร่วมกัน หากมีสิ่งใดที่สามารถคิดต่อยอดได้ จะได้รับการพัฒนาร่วมกัน ซึ่งการเปิดใจรับฟัง และมีการถ่ายทอดที่น่าสนใจทันสมัย จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ดีได้ การถ่ายทอดอาจได้แก่ การทำอาหารสุขภาพ การดูแลสุขภาพ การอาสา การทำงานเกษตร เป็นต้น บทบาทพยาบาลคือ การจัดกิจกรรมส่งเสริมการถ่ายทอดภูมิปัญญาของครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้เด็กและผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ในด้านการเรียนรู้ สร้างคุณค่าต่อกัน ดังจะพบว่าผู้สูงอายุไม่มั่นใจว่าจะสอนบุตรหลานอย่างไร เพราะมองว่าตนเองไม่ทันเทคโนโลยี

6) ส่งเสริมการเรียนรู้ในสิ่งใหม่ ๆ ร่วมกันของครอบครัว ในสังคมสูงวัย การเรียนรู้พัฒนาตนเอง จะช่วยให้ครอบครัวมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง เช่น การเรียนรู้การใช้ สมาร์ทโฟน (Smart phone) การเรียนรู้ภาษาอังกฤษร่วมกัน เป็นต้น จะเป็นโอกาสที่ได้ดูแลช่วยเหลือกันในการเรียนรู้ ลูกหลานที่เข้าใจช่วยสอนผู้สูงวัยในครอบครัว เป็นต้น บทบาทพยาบาลคือ กระตุ้นครอบครัวให้ร่วมในการค้นหาศักยภาพและความต้องการของครอบครัว และนำมาออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกันต่อไป

7) ส่งเสริมการทำกิจกรรมร่วมกันของครอบครัว เช่น การท่องเที่ยว การอ่านนิทาน การออกกำลังกาย การทำจิตอาสา เป็นต้น การมีกิจกรรมเสริมประสบการณ์ที่สนุกน่าสนใจร่วมกันทำให้สมาชิกครอบครัว มีช่วงเวลาประทับใจร่วมกัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งเสริมสัมพันธ์ภาพให้เข้มแข็งขึ้น ซึ่งประเด็นนี้ในอดีตสังคมเกษตรพื้นที่ชนบทจะเข้มแข็ง แต่เมื่อมีกิจกรรมที่จำเป็นต้องช่วยกันหารายได้ หรือมีการกิจมากจนอาจจะเลยกิจกรรมเหล่านี้ได้ จึงควรตระหนักอยู่เสมอ และบริหารเวลาร่วมกันเพื่อออกแบบกิจกรรมให้ทุกคนเข้าร่วม บทบาทพยาบาลคือ การจัดกิจกรรมหนุนเสริมครอบครัวในแต่ละชุมชน ซึ่งอาจเป็นการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย เช่น ชมรมผู้สูงอายุ สภาเด็กและเยาวชน โรงเรียนในชุมชน เพื่อร่วมกันจัดกิจกรรมสม่ำเสมอ การจัดให้มีการออกกำลังกายร่วมกันในครอบครัว ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากบุตรหลาน ในขณะที่ออกกำลังกาย จะส่งเสริมทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิตใจ อารมณ์ ของทุกคนได้

8) ส่งเสริมการอยู่ร่วมที่มีการดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่ตามใจดูแล ให้การช่วยเหลือ และมีการรับฟังกัน พุดคุยกันสม่ำเสมอ เช่น การขออาสาดูแลน้อง การอาสาช่วยงานบ้านเพื่อแบ่งเบาภาระของพ่อแม่ เป็นต้น หรือการดูแลให้เวลารับฟังกันอย่างสม่ำเสมอ หากชุมชน องค์กรมีการจัดกิจกรรมจะช่วยให้ครอบครัวมีโอกาส มีกิจกรรมร่วมกัน เช่น การพุดคุยกันระหว่างรับประทานอาหาร บทบาทพยาบาล คือ การให้ความรู้ และจัดกิจกรรมจิตอาสาในชุมชน เปิดโอกาสให้ครอบครัวร่วมออกแบบกิจกรรมจิตอาสา เช่น กิจกรรมธนาคารเวลา เพื่อเกื้อกูลกันระหว่างครอบครัว การอาสาเป็นธุระพาไปซื้อของ ไปพบแพทย์ เป็นต้น หรือการมีจิตอาสาดูแลตามความสามารถ นอกจากเป็นการส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นแล้วยังเป็นการสร้างชุมชนอบอุ่นด้วย

9) ส่งเสริมการอยู่ร่วมที่มีความใส่ใจดูแลส่งเสริมสุขภาพกันและกัน เช่น ดูแลจัดหาอาหารที่เหมาะสมกับวัยและภาวะสุขภาพ การรับประทานร่วมกัน การดูแลทุกข์สุขของกันและกันจะช่วยให้เด็กและเยาวชนมีความผูกพันและมีโอกาสในการเรียนรู้จากการสังเกต พบว่า หากครอบครัวมีการอยู่ร่วมที่มีการส่งเสริมสุขภาพพร้อมกัน มีการทบทวนบทบาทในครอบครัว จะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพ¹³⁻¹⁴ บทบาทพยาบาล คือ การส่งเสริมให้ความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ครอบครัวมีความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุหรือการดูแลพัฒนาการเด็กให้เป็นไปตามวัย เป็นต้น

10) ส่งเสริมการอยู่ร่วมที่มีการร่วมกันปฏิบัติตามความเชื่อ หรือกิจกรรมทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ การตักบาตร การทำบุญร่วมกันตามจารีตประเพณี การสืบทอดคถล่อมเกล้าด้วยสุขภาวะทางจิตวิญญาณที่ดีจะเป็นการให้เครื่องมือที่ดีในการดำเนินชีวิต และสร้างความทรงจำของการอยู่ร่วมที่ดีด้วยกิจกรรมที่สร้างความสุขสงบตามวิถีประเพณีอีสาน ดังนั้น บทบาทพยาบาลจึงเป็นการบูรณาการกิจกรรมการอบรม การส่งเสริมสุขภาพกับประเพณี วัฒนธรรมต่าง ๆ อย่างเหมาะสม

11) ส่งเสริมการอยู่ร่วมที่มีการวางแผนการพึ่งพาตนเองร่วมกัน เช่น การออมเงิน การออมเวลา การถนอมอาหารในรูปแบบต่าง ๆ การทำเกษตรอินทรีย์ เป็นต้น การออมร่วมกันจะเป็นการสร้างการอยู่ร่วมที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจว่า หากมีความจำเป็นเดือครอื่นจะสามารถดูแลครอบครัวได้ บทบาทพยาบาลคือ การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพองค์กรวม การมีอิสระพึ่งพาตนเองได้จะเป็นฐานสำคัญทำให้สัมพันธภาพครอบครัวมีความมั่นคง เพราะต่างเกื้อกูลไม่เป็นภาระจนเกิดข้อขัดแย้งได้

จากบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมครอบครัวอบอุ่นจะเห็นได้ว่า การพยาบาลครอบครัวนั้นสามารถสร้างสุขภาวะของแต่ละครอบครัวได้โดยการบูรณาการตามวิถี ความเชื่อพื้นฐานทางวัฒนธรรมที่มีอยู่เดิม นำมาออกแบบอย่างเหมาะสม จะทำให้ได้รับความร่วมมือ และเกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติ

บทสรุป

แนวทางการพัฒนาครอบครัวอบอุ่นในสังคมผู้สูงอายุวิถีอีสานได้ ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ และด้วยสังคมเกษตรกรรม ผู้สูงอายุยังมีบทบาทสำคัญในครอบครัว ประกอบกับประเพณีในชุมชนยังเข้มแข็งเพียงพอให้เป็นต้นทุนในการพัฒนากิจกรรมร่วมกับชุมชนได้ เช่น การทำบุญตามเดือนที่เรียกว่า

“อีตลิบสอง” มีแนวทางสำคัญคือ การส่งเสริมการอยู่ร่วมกันของผู้สูงอายุกับครอบครัว บุตรหลาน โดยบทบาทพยาบาลควรเป็นการพัฒนากิจกรรมที่ส่งเสริมการสร้างสัมพันธ์ภาพเพราะเป็นจุดที่เป็นประเด็นปัญหาและเป็นจุดเริ่มต้นของปัญหาในครอบครัวที่สำคัญ และประเด็นการพัฒนาควรให้ความสำคัญกับระบบกลไกที่มีอยู่เดิมในชุมชน เพื่อให้สามารถมีการดำเนินการต่อเนื่อง โดยนำรากฐานทางวัฒนธรรมมาเป็นต้นทุนในการออกแบบกิจกรรม เพื่อส่งเสริมครอบครัวอบอุ่น ตามบทบาทพยาบาลต่อไปให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Department of older persons. Statistics of older persons [Internet]. [cited 2025 October 5], Available from department of older persons website: <https://www.dop.go.th/th/know/1>
2. Natrujirote W. Alternative family and the existing of family institution. Veridian E-Journal, Silpakorn University. 2017; 10(2): 1817-27.
3. Samutjak B, Rittirong J, Chuanwan S, Thienlai K, Nityanara P, Somta S. Thai families in the future: 2040. [cited 2025 November 9], Available from website:https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2022/07/566-ThaiFamily-2040_compressed.pdf (in Thai)
4. Office of academic promotion and support region 6. Study on the situation and solutions for skipped-generation families based on family and community. Bangkok: National Research Council of Thailand (NRCT); 2023.
5. Foundation for the promotion of social equality. Warm family, strong community: Knowledge for family development in communities. Bangkok: Foundation for the Promotion of Social Equality; n.d.
6. Chuayplen P, Srikruadong A. The relationships among family members and mental health of Thai adolescents. Jlarus. 2019; 1(3): 207-20.
7. Kanjanakuntorn P, Chaiumporn S. Thai family relation models in the globalization era. JSDMS. 2019; 21(2): 164-75.
8. Surakan P, Jongudomkarn D. The family caregiver’s roles in providing care for chronically the ill family members: A synthesis of qualitative research theses. Journal of the office of DPC7 Khon Kaen. 2019; 26(2): 83-92.
9. Gray R. Conclusion, discussion, and recommendations. In Gray R, Tangchonlatip K, (Eds). Definitions, family types, and well-being family indicators: A literature review. Samut Sakhon: Pimdee Company Limited (Head Office); 2021.
10. Trummikaboworn S, Chupawa J. Essential knowledge for families. Ubon Ratchathani: Ubon Ratchathani University Press; 2019. (in Thai)

11. Bunchoom S. Family socialization and deviant behavior of early adolescents in the central north eastern region. *Phdssj*. 2016; 4(1): 91-109.
12. Thianlai K, Hutaphaed W. Distance people: communication of skipped-generation household. *JSDMS*. 2019; 21(1): 59-76.
13. Watcharasindhu J, Deawisret W, Sawatpanich W. Impact of a behavioural consultation programme on family health development. *JTNMC*. 2016; 31(2): 17-27.
14. Jinng P, Chaijukul Y, Kramanon S, Kasemnetr L, Kaochim P, Wongratana C, Srijindarat U, Thongpakdee T, and Kesonpat P. Family strength in the context of Thai society: Components and casual factors. *Warasan Phuettikamma*. 2022; 28(2): 56-79.

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง : บทบาทที่ทำนายของพยาบาล ในการส่งเสริมสุขภาพ

จินตนา ลีละไกรวรรณ* ปร.ศ. (การพยาบาล)

นิตยา จันทบุตร** พย.ม.(การพยาบาลผู้สูงอายุ)

บทคัดย่อ:

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางและเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเหงา และความวิตกกังวล พยาบาลจำเป็นต้องมีองค์ความรู้ในการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ บทบาทนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง และบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพ วิธีการศึกษาเป็นการดำเนินการทบทวนแบบบรรยายจากงานวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในประเทศไทย จำนวน 17 เรื่อง และต่างประเทศ จำนวน 31 เรื่อง ที่มีการเผยแพร่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2568 จากแหล่งข้อมูลวิชาการที่มีการเผยแพร่ทางอินเทอร์เน็ต

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะซึมเศร้า ความเหงา และความวิตกกังวล และ กลไกสำคัญที่นำไปสู่ปัญหา ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ การทำกิจกรรมทางสังคม และการรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง ส่วนบทบาทพยาบาล ควรมีบทบาทในการคัดกรอง การให้ความรู้และทักษะ การเผชิญปัญหา การดูแลแบบองค์รวม สร้างเครือข่ายทางสังคม ผลักดันการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการทำงานแบบสหวิชาชีพ และการพัฒนานวัตกรรมดูแล เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง

คำสำคัญ: สุขภาพจิต, ผู้สูงอายุ, การอยู่ลำพัง, การพยาบาล, สุขภาวะ

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

**Corresponding author อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ, E-mail: nittaya.c@sskru.ac.th

วันที่รับบทความ 14 ตุลาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 2 ธันวาคม 2568 วันตอบรับบทความ 4 ธันวาคม 2568

The Mental Health of Older Adults Living Alone: The Critical Role of Nurses in Promoting Well-Being

Chintana Leelakraiwan Ph.D. (Nursing)*

*Nittaya Chanthabut** M.N.S. (Gerontological Nursing)***

Abstract:

Elderly individuals living alone constitute a vulnerable population who are particularly susceptible to mental health challenges, including depression, loneliness, and anxiety. Therefore, nurses need specialized knowledge and skills to effectively promote the well-being of this population. This article aimed to review the literature regarding mental health issues among the elderly living alone and the roles of nurses in promoting their well-being. A narrative review was conducted using a total of 48 research articles, including 17 Thai and 31 international publications from 2015 to 2025, retrieved from online academic databases.

The findings indicate that elderly individuals living alone face a heightened risk of depression, loneliness, and anxiety. Key factors influencing these outcomes include emotional support, participation in social activities, and self-esteem. Regarding nursing roles, nurses are essential in screening, providing health education and coping skills, delivering holistic care, and establishing social networks. Furthermore, the nurse's role extends to advocating for social support, engaging in multidisciplinary collaboration, and developing care innovations to enhance the well-being and quality of life of the elderly living alone.

Keywords: Mental health, Older adults, Living alone, Nursing, Well-being

**Assistant Professor, Faculty of Nursing, Northern College*

***Corresponding author, Lecturer, Faculty of Nursing, Sisaket Rajabhat University, E-mail: nittaya.c@sskru.ac.th*

Received October 14, 2025, Revised December 2, 2025, Accepted December 4, 2025

บทนำ

ในภูมิภาคยุโรปและอเมริกาเหนือ โครงสร้างครัวเรือนของผู้สูงอายุกำลังเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญ โดยสถิติชี้ให้เห็นว่าในหลายประเทศมีผู้สูงอายุที่พำนักอาศัยเพียงลำพังเป็นสัดส่วนสูงกว่าหนึ่งในสามของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งในบางประเทศแถบยุโรปนั้น ตัวเลขดังกล่าวได้พุ่งสูงเกินกว่าร้อยละ 30 สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มสังคมผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยโดยลำพังที่กำลังขยายตัว¹ ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ พ.ศ. 2568 จากรายงานสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 14,848,192 คน คิดเป็น ร้อยละ 22.50 ของประชากรทั้งหมด (ประมาณ 65.90 ล้านคน) ซึ่งมากกว่า 1 ใน 5 ของประชากรทั้งประเทศ² นอกจากนี้ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในครัวเรือนยังเพิ่มขึ้นเกือบ 4 เท่า จากร้อยละ 3.60 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 12.90 ในปี พ.ศ. 2567³ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดจากหลายปัจจัย เช่น การอยู่ครองโสด การมีบุตรน้อยลง การย้ายถิ่นฐานของบุตรหลานเพื่อประกอบอาชีพ การหย่าร้าง การสูญเสียคู่สมรส ถูกทอดทิ้ง⁴⁻⁵ ทั้งนี้ การอยู่อาศัยลำพังเมื่อประกอบกับปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น อายุที่มากขึ้น ปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน และการขาดผู้ดูแลที่ใกล้ชิด เช่น ลูกหลานแยกบ้านและมาเยี่ยมเป็นครั้งคราว⁶

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังจัดเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางในการดำรงชีวิต และเผชิญกับความเครียดสูงด้านสุขภาพ เช่น โรคเรื้อรังหรือภาวะทุพพลภาพ⁷ แต่ยังรวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพจิต อารมณ์และสังคม ที่รุนแรงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่นด้วย⁸ การศึกษาในประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีโอกาสเข้าถึงบริการด้านสุขภาพน้อยลง เนื่องจากข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล⁹ รวมทั้งการมีสุขภาพกายที่ไม่ดี นอนหลับไม่เพียงพอ และขาดกิจกรรมทางสังคมหรือสันทนาการ เพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังได้¹⁰⁻¹² การอยู่ลำพังซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตหลายประการ ได้แก่ การขาดการสนับสนุนทางอารมณ์ การแยกตัวทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง^{10-11,13} นำไปสู่ความรู้สึกโดดเดี่ยวและความทุกข์ทางจิตใจ ซึ่งอาจพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลในระยะยาว

ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเหงา เป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตที่สำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ทวีความสำคัญยิ่งขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากร ที่ทำให้จำนวนผู้สูงอายุซึ่งอาศัยอยู่ตามลำพังเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยการอยู่อาศัยลำพังนั้นมีความเชื่อมโยงโดยตรงกับการเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าว ด้วยเหตุนี้ ผู้ดูแลโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจสถานการณ์นี้อย่างลึกซึ้ง เพื่อหาแนวทางป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพ¹⁴

แม้งานวิจัยในอดีตจะเน้นบทบาทพยาบาลในสถานพยาบาล แต่ยังพบช่องว่างขององค์ความรู้ (Knowledge gap) ที่สำคัญ กล่าวคือ ขาดการสังเคราะห์ บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพัง อย่างเป็นระบบ ข้อมูลที่มีอยู่ยังกระจัดกระจายและไม่ชัดเจนในทางปฏิบัติ การศึกษานี้จึงเป็นการทบทวนวรรณกรรมแบบบรรยาย (Narrative review) โดยกำหนดขอบเขตการศึกษา

เฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพัง เพื่อสังเคราะห์บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นรูปธรรม และนำไปสู่การพัฒนาโยบายที่เหมาะสมต่อไป

ดังนั้น เพื่อทำความเข้าใจถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้น บทความนี้จึงทำการทบทวนวรรณกรรมแบบบรรยายเกี่ยวกับปัญหาหลักด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง และศึกษาค้นคว้ารวบรวมและสังเคราะห์ความรู้เรื่องเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง เพื่อช่วยให้เข้าใจแนวคิด ทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง เพื่อไปสู่แนวทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ การพัฒนานวัตกรรมในการดูแล การนำไปใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) ในการกำหนดนโยบายหรือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง รวมทั้งเป็นการช่วยให้พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขมีแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ตลอดจนเป็นการส่งเสริมการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลให้มีความรู้ทันสมัย เข้าใจบทบาทของตนเอง และสามารถปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการทบทวน

เพื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง และบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง

วิธีการทบทวนวรรณกรรม

วิธีการศึกษาเป็นการดำเนินการทบทวนแบบบรรยาย (Narrative review) จากงานวิจัยเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณในประเทศไทย จำนวน 17 เรื่อง และต่างประเทศ จำนวน 31 เรื่อง ที่มีการเผยแพร่ในช่วง 10 ปีล่าสุด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2568 จากฐานข้อมูล เช่น PubMed, CINAHL, Google scholar, TCI คัดเลือกและประเมินระดับคุณภาพของงานวิจัย เชิงคุณภาพ และปริมาณ โดยใช้คำค้นที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อวิจัยภาษาไทย ได้แก่ สุขภาพจิต ผู้สูงอายุ การอยู่ลำพัง การพยาบาล สุขภาวะ ภาษาอังกฤษ ได้แก่ Mental health, Elderly, Living alone, Nursing, Well-being

เกณฑ์ในการคัดเลือกวรรณกรรม คือ 1) บทคัดย่อและเนื้อหาหลักตรงตามเกณฑ์วัตถุประสงค์ 2) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ 3) เป็นบทความวิจัยฉบับเต็มที่สามารถเข้าถึงได้ 4) ตีพิมพ์เป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ และ 5) วรรณกรรมที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์ (Grey literature)

การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล มีการสรุปเนื้อหาสำคัญจากวรรณกรรมแต่ละรายงาน เปรียบเทียบและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ และสังเคราะห์ประเด็นหลัก แนวโน้ม หรือช่องว่างขององค์ความรู้ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการทบทวนวรรณกรรม

ผลการทบทวนวรรณกรรมแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง และ 2) บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง มีรายละเอียดดังนี้

1. ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ดังนี้

1.1 ข้อมูลผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง

ปรากฏการณ์การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังเป็นแนวโน้มระดับโลก (Global trend) ที่มีพลวัตแตกต่างกันตามบริบททางวัฒนธรรมและระบบสวัสดิการ กล่าวคือ ในกลุ่มประเทศตะวันตกและสมาชิกองค์กรเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและพัฒนา (Organization for Economic Co-operation and Development : OECD) การอยู่ลำพังถือเป็นบรรทัดฐานปกติที่สะท้อนค่านิยมปัจเจกบุคคล โดยพบสัดส่วนสูงกว่าร้อยละ 40 ในกลุ่มสแกนดิเนเวีย¹⁵ และร้อยละ 28 ในสหรัฐอเมริกา¹⁶ ในขณะที่กลุ่มเอเชียตะวันออกเผชิญการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวที่รวดเร็วและรุนแรงกว่า ดังปรากฏในญี่ปุ่นที่มีสัดส่วนดังกล่าวสูงถึงร้อยละ 29.10 และนำไปสู่ประเด็นท้าทายเรื่องการตายอย่างโดดเดี่ยวหรือ “Kodokushi”¹⁷ สอดคล้องกับประเทศเกาหลีใต้ที่มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 37.80 จากการเปลี่ยนแปลงค่านิยมเรื่องความกตัญญู¹⁸

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) โดยข้อมูลสถานการณ์ล่าสุดในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 พบว่า มีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 14,848,192 คน คิดเป็นร้อยละ 22.50 ของประชากรทั้งหมด หรือมากกว่า 1 ใน 5 ของประชากรทั้งประเทศ² นอกเหนือจากการเพิ่มขึ้นเชิงปริมาณ รูปแบบการอยู่อาศัยยังเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ สัดส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังเพิ่มขึ้นเกือบ 4 เท่า จากร้อยละ 3.60 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 12.90 ในปี พ.ศ. 2567³ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครัวเรือนดังกล่าวเป็นผลมาจากปัจจัยที่ซับซ้อน เช่น การครองโสด การลดลงของอัตราการมีบุตร การย้ายถิ่นฐานของบุตรหลาน การหย่าร้าง และการสูญเสียคู่สมรส⁴⁻⁵ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว จากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว และระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่โสดหรือสูญเสียคู่สมรส มักมีโอกาสอาศัยอยู่ลำพังสูง อายุที่มากขึ้น ปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน และการขาดผู้ดูแลที่ใกล้ชิด จะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการแยกตัวทางสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ออกจากบ้านน้อยลง ขาดการมีส่วนร่วมในสังคม นำไปสู่ความรู้สึกโดดเดี่ยวและปัญหาสุขภาพกายและใจที่รุนแรงขึ้น⁶

สถานการณ์และแนวโน้มทางสถิติ จากการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2564-2567 พบพลวัตที่สำคัญ 3 ประการ ดังนี้

1) การขยายตัวเชิงปริมาณ จากข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุ พ.ศ. 2567 ระบุว่า จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 14.02 ล้านคน มีผู้สูงอายุอยู่ลำพัง ประมาณ 1.80 ล้านคน หรือร้อยละ 12.90

ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับร้อยละ 12.00 ในปี พ.ศ. 2564¹⁹ สอดคล้องกับแนวโน้มสังคมสูงวัยในระดับสากล

2) มิติทางเพศสภาพ โดยสถิติบ่งชี้ถึงปรากฏการณ์ “ความเป็นหญิงในสังคมสูงวัย” (Feminization of aging) โดยพบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีแนวโน้มอาศัยอยู่ลำพังมากกว่าเพศชาย เนื่องจากอายุคาดเฉลี่ย ที่สูงกว่าและสัดส่วนการเป็นหม้ายที่มากกว่า ข้อมูลยังระบุว่าหญิงสูงวัยมีความเสี่ยงเผชิญภาวะโดดเดี่ยวมากกว่าชายสูงวัยถึง 2 เท่า²⁰

3) การกระจายตัวเชิงพื้นที่พบว่า พื้นที่ที่มีความชุกของผู้สูงอายุอยู่ลำพังสูงสุดกระจุกตัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ มากกว่าเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งสัมพันธ์กับการย้ายถิ่นของประชากรวัยแรงงาน เข้าสู่เมืองอุตสาหกรรม ส่งผลให้เกิดปรากฏการณ์ครัวเรือนข้ามรุ่น หรือ “Skipped-generation households” ในพื้นที่ชนบท²⁰

นัยทางสังคมและเศรษฐกิจ การเพิ่มขึ้นของครัวเรือนผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังส่งผลให้เกิดความเปราะบางใน 2 มิติสำคัญ คือ 1) ความเปราะบางทางเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อภาวะยากจนสูงกว่าผู้ที่อยู่กับครอบครัว ข้อมูลปี 2566 พบว่า มีผู้สูงอายุต้องทำงานหารายได้กว่า 5.11 ล้านคน¹⁹ สะท้อนว่าระบบสวัสดิการเดิมอาจไม่เพียงพอสำหรับผู้ไม่มีบุตรหลานอุปการะ และ 2) ความเสี่ยงด้านสุขภาพ ได้แก่ การขาดผู้ดูแล เพิ่มความเสี่ยงกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินทางการแพทย์ อุบัติเหตุและปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าจากการแยกตัวทางสังคมซึ่งมีความรุนแรงในกลุ่มที่อยู่ลำพัง²⁰

ข้อมูลเชิงประจักษ์ยืนยันว่าโครงสร้างการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างสิ้นเชิง โดยมีประชากรกลุ่มเปราะบางที่ต้องดำรงชีพลำพังเกือบ 2 ล้านคน สถานการณ์นี้เรียกร้องให้รัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องปรับเปลี่ยนกระบวนการตัดสินใจจากการพึ่งพาครอบครัวสู่การสร้างระบบสนับสนุนโดยชุมชน ควบคู่กับการพัฒนานวัตกรรมเพื่อความปลอดภัย เพื่อรองรับบริบทของสังคมสูงวัยในอนาคตได้อย่างยั่งยืน

1.2 ข้อมูลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง

1) ภาวะซึมเศร้า (Depression) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีระดับความซึมเศร้าเฉลี่ยสูงสุดเมื่อเทียบกับผู้ที่อาศัยอยู่กับผู้อื่น²¹ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่มีความชุกสูง ตัวอย่างเช่น การศึกษาในประเทศจีนซึ่งสำรวจผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังจำนวน 1,831 คน พบว่า ร้อยละ 14.40 มีภาวะซึมเศร้าระดับสูง ในขณะที่ร้อยละ 55.30 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และร้อยละ 30.40 มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ²² ในอีกการศึกษาหนึ่งที่ประเทศไอร์แลนด์พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังร้อยละ 5.30 มีอาการซึมเศร้าระดับสูง ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่ากลุ่มที่อาศัยอยู่กับผู้อื่นอย่างมีนัยสำคัญ²³ สำหรับผู้หญิงหม้ายสูงวัยที่อาศัยอยู่ตามลำพังในชนบทของจีนพบว่า มีความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 44²⁴ ผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ลำพังร้อยละ 4 มีภาวะซึมเศร้า²⁵ อย่างไรก็ตาม อัตราความชุกดังกล่าวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพกาย โดยพุ่งสูงถึงร้อยละ 80.50 ในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและต้องดำรงชีวิตอยู่เพียงลำพัง²⁶ จะพบในช่วง 1-3 ปีแรก และแม้จะค่อย ๆ ลดลงเมื่อเวลาผ่านไป แต่ก็ยังคงอยู่ในระดับที่สูงกว่า

กลุ่มผู้ที่อาศัยอยู่กับผู้อื่น²⁷ การอาศัยอยู่ตามลำพัง เป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าโดยไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ เช่น การสนับสนุนทางสังคมหรือสุขภาพโดยรวม^{23,28} นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ น้อยหรือขาดการสนับสนุนทางการเงินมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น²⁹ ผู้หญิงและผู้สูงอายุในชนบท เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มอื่น^{13,28-29}

2) ความเหงา (Loneliness) ความเหงาเป็นปัญหาที่พบได้ในวงกว้างในหมู่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง โดยการศึกษาในประเทศจีนพบว่า ร้อยละ 8.10 ของหญิงหม้ายสูงอายุที่อยู่ลำพังมีภาวะความเหงาอย่างมีนัยสำคัญ²⁴ ในขณะที่การศึกษาในไอร์แลนด์ชี้ว่า ร้อยละ 21.60 ของผู้สูงอายุประสบกับความเหงาและการอาศัยอยู่ตามลำพังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายภาวะนี้ได้ดีที่สุด³⁰ นอกจากนี้ การศึกษาในสหรัฐอเมริกาและทั่วโลกยังระบุว่า ร้อยละ 17-57 ของผู้สูงอายุโดยรวมเผชิญกับความเหงา โดยมีอัตราที่สูงขึ้นอย่างชัดเจนในกลุ่มผู้ที่อยู่ตามลำพัง³¹ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ตามลำพังกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52) มีความรู้เหงาในระดับปานกลาง²⁵ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Panyathorn³² ที่ระบุถึงปัญหาความรู้สึกเหงาในผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน อีกประเด็นที่น่าสนใจคือ ความเหงาเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในอนาคตได้และยังมีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับการแยกตัวทางสังคม³³⁻³⁵

3) ความวิตกกังวล (Anxiety) แม้จะมีการรายงานความชุกของความวิตกกังวลน้อยกว่าภาวะซึมเศร้าหรือความเหงา แต่เป็นปัญหาที่สำคัญ โดยพบว่า ร้อยละ 16.70 ของหญิงหม้ายสูงอายุที่อยู่ตามลำพังมีอาการของความวิตกกังวล²⁴ ภาวะวิตกกังวล ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพัง ถือเป็นอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่มีความซับซ้อน แตกต่างจากความกลัวที่เป็นการตอบสนองต่อภัยตรงหน้าอย่างทันทีทันใด แต่ความวิตกกังวลเปรียบเสมือน ภาวะตื่นตัวเพื่อเตรียมรับมือกับภัยคุกคามในอนาคตที่ยังมาไม่ถึงและเต็มไปด้วยความคลุมเครือ ผลการวิเคราะห์เครือข่ายชี้ชัดว่า อาการแกนกลางที่ขับเคลื่อนระบบคือ ความกังวลที่ควบคุมไม่ได้ (Uncontrollable worry) ซึ่งหมายถึง กระบวนการคิดที่วนเวียนถึงเหตุการณ์เชิงลบในลักษณะ ห่วงโซ่ความคิดที่ต่อเนื่อง (Chain of negative thoughts) โดยผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าคุณคิดเหล่านี้รุกรานเข้ามาและยากที่จะยับยั้งหรือเบี่ยงเบนความสนใจได้ภาวะการคิดวนเวียนที่หยุดไม่ได้นี้เอง จะไปกระตุ้นให้ร่างกายเกิดความตึงเครียดสะสมเรื้อรัง จนนำไปสู่ ความบกพร่องในการผ่อนคลาย ซึ่งเป็นปลายทางที่ทำให้ระบบประสาทตื่นตัวตลอดเวลา ในขณะที่เดียวกัน ความรู้สึกซึมเศร้า ก็ทำหน้าที่เป็น สะพานเชื่อม (Bridge symptom) ที่ส่งต่อความรุนแรงจากวงจรวิตกกังวลไปสู่ภาวะซึมเศร้า ดังนั้น แนวทางการดูแลจึงต้องมุ่งเน้นที่การตัดวงจรความคิดที่ควบคุมไม่ได้นี้เป็นลำดับแรก¹⁴ ซึ่งความวิตกกังวลมักเกิดร่วมกับภาวะซึมเศร้า โดยระดับความวิตกกังวลที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้นเช่นกัน^{12,22} สำหรับผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ตามลำพังมักเผชิญภาวะวิตกกังวลด้านความปลอดภัยและกลัวการถูกทอดทิ้งจากครอบครัว³² ซึ่งส่งผลให้เมื่อมีการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยก็จะรีบ ไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา ทั้งนี้ ความวิตกกังวลสูงสุดของผู้สูงอายุโดยเฉพาะในเขตเมือง คือปัญหาการขอความช่วยเหลือหากเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือการเจ็บป่วยในเวลากลางคืน³⁶

กล่าวโดยสรุป ภาวะซึมเศร้า ความเหงา และความวิตกกังวลในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีปัญหาคู่ที่แยกขาดจากกัน แต่มีปฏิสัมพันธ์เชิงซ้อน โดยมีความเหงาเป็นปัจจัยทำนายตั้งต้นที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และมีความวิตกกังวลเป็นแกนกลางที่เชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพกาย จากการสังเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบพบความแตกต่างที่สำคัญในบริบทของประเทศไทย กล่าวคือ แม้ตัวเลขความชุกของภาวะซึมเศร้าในภาพรวมจะดูไม่สูงมากเมื่อเทียบกับต่างประเทศ แต่ปัจจัยเรื่องโรคเรื้อรังและความกังวลด้านความปลอดภัย กลับเป็นตัวแปรเร่งที่ทำให้ความเล็งสูงยิ่งขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแตกต่างจากบริบทตะวันตกที่มักเน้นความวิตกกังวลในเชิงนามธรรม อย่างไรก็ตาม แม้งานวิจัยในอดีตจะชี้ให้เห็นถึงความชุกและปัจจัยเสี่ยงอย่างชัดเจน แต่ยังไม่ปรากฏ ช่องว่างขององค์ความรู้ที่สำคัญ คือ การขาดองค์ความรู้เชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับ บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับกลไกจำเพาะเหล่านี้ เช่น พยาบาลจะมีบทบาทอย่างไรในการลดความกังวลเรื่องเหตุฉุกเฉินในผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง หรือมีแนวทางใดในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านช่วง 1-3 ปีแรกของการเริ่มอยู่ลำพัง การทบทวนวรรณกรรมในลำดับถัดไปจึงมุ่งสังเคราะห์บทบาทเหล่านี้ให้เกิดความชัดเจนยิ่งขึ้น

1.3 บทบาทสำคัญของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง

แนวคิด ทฤษฎีของการส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังของพยาบาล ดังนี้

(1) หลักการส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง หลักการสำคัญคือ การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) โดยเน้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care) และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะ เช่น ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly community)³⁷

(2) แนวคิดสำคัญ ได้แก่ Active ageing ขององค์การอนามัยโลก เน้น 3 องค์ประกอบหลักคือ สุขภาพดี (Healthy), ความมั่นคงปลอดภัย (Security), และการมีส่วนร่วม (Participation)^{37,38} แนวคิด “3 อ” ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ เป็นพื้นฐานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาวะควรคำนึงถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุแต่ละราย³⁹

(3) ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ Ottawa charter for health promotion⁴⁰ ได้เน้นการสร้างเสริมสุขภาพผ่านการสนับสนุนทางสังคม การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ Health promotion model⁴¹ เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยอาศัยแรงจูงใจและการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ PRECEDE-PROCEED Model⁴² ใช้ในการวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และกำหนดบทบาทของพยาบาล โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินสุขภาพ วางแผนการดูแล ให้ความรู้ และสนับสนุนผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา และการประสานงานกับเครือข่ายชุมชนเป็นกลยุทธ์สำคัญในการส่งเสริมสุขภาวะ

1.4 บทบาทที่ทำนายของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีความเสี่ยงสูงที่จะเผชิญกับภาวะซึมเศร้า ความเหงา และความวิตกกังวล ซึ่งล้วนส่งผลกระทบโดยตรงต่อความสามารถในการใช้ชีวิตอย่างอิสระและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังและมีเครือข่ายสังคมที่อ่อนแอ⁴³ การส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังเป็นภารกิจที่มีความสำคัญต่อระบบสุขภาพ เนื่องจากสังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องดำรงชีวิตคนเดียว ส่งผลให้ความเปราะบางด้านอารมณ์และจิตใจเพิ่มสูงขึ้น หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ในระบบบริการสุขภาพพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สุขภาวะด้านสุขภาพจิตเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพองค์รวม (Holistic health) หากปัญหาสุขภาพจิตบกพร่อง อาจพัฒนาไปสู่ความเจ็บป่วยทางจิตเวชรุนแรงหรือปัญหาสุขภาพกายที่ซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งพยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังดังนี้

1) การประเมินและคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต การประเมินและคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังเป็นขั้นตอนที่สำคัญยิ่งในการป้องกันและจัดการกับปัญหาทางจิตเวชที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาวะซึมเศร้า ความเหงา และความวิตกกังวล ซึ่งพบความชุกสูงในกลุ่มประชากรนี้ ดังนั้น การประเมินอย่างมีประสิทธิภาพจึงต้องใช้เครื่องมือที่เหมาะสมกับบริบท วัฒนธรรม และข้อจำกัดของผู้สูงอายุ การประเมินปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังต้องอาศัยหลักการที่เป็นระบบและครบถ้วน โดยมีแนวทางสำคัญดังต่อไปนี้

(1) การคัดกรองเบื้องต้นในชุมชนและสถานพยาบาลปฐมภูมิ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตมักไม่แสวงหาการรักษาเฉพาะทาง⁴⁴ การคัดกรองอย่างเป็นระบบจึงควรดำเนินการตั้งแต่ในระดับชุมชนหรือสถานพยาบาลปฐมภูมิ เพื่อให้สามารถตรวจพบปัญหาได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นโดยใช้แบบสอบถามสั้น ๆ ที่มีความไวและความจำเพาะสูง เช่น Thai mental health indicator-15 (TMHI-15)⁴⁵ เป็นแบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (PHQ-9)⁴⁶ สำหรับภาวะซึมเศร้าและ GAD-7⁴⁷ สำหรับความวิตกกังวล

(2) การใช้เครื่องมือเฉพาะทางและการประเมินแบบองค์รวม ควรใช้แบบประเมินที่ได้รับการพัฒนาและทดสอบความแม่นยำแล้ว เช่น CES-D-10⁴⁸ สำหรับภาวะซึมเศร้าหรือ UCLA 3-item Loneliness scale⁴⁹ สำหรับความเหงา ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการคัดกรองเบื้องต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การประเมินควรรวมถึงปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น สุขภาพกาย การนอนหลับ ความพึงพอใจในชีวิตและความถี่ในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม^{22,50-51}

(3) การประเมินโดยใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม การประยุกต์ใช้เทคโนโลยี เช่น ระบบเซ็นเซอร์ตรวจจับพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน สามารถช่วยประเมินความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้อย่าง

แม่นยำโดยไม่รบกวนผู้สูงอายุ⁵² นอกจากนี้ การพัฒนาแบบประเมินออนไลน์หรือแอปพลิเคชันยังเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการคัดกรองในสถานการณ์ที่มีข้อจำกัด⁴⁴

(4) การวิเคราะห์ข้อมูลและการแบ่งกลุ่มความเสี่ยง การใช้แบบจำลองทำนายความเสี่ยง (Risk prediction model) ที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านสุขภาพกาย จิตใจ และสังคม สามารถช่วยระบุผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาอื่น ๆ ได้อย่างแม่นยำ⁵⁰ และการวิเคราะห์เครือข่าย (Network analysis) จะช่วยให้สามารถระบุอาการสำคัญและความสัมพันธ์ระหว่างอาการ เพื่อออกแบบการดูแลที่ตรงจุดยิ่งขึ้น¹⁴

(5) การประเมินซ้ำและติดตามผล การประเมินควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องและมีการติดตามผลเป็นระยะ เพื่อประเมินประสิทธิผลของการพยาบาลและปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละราย⁵³

โดยสรุป การประเมินปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังจำเป็นต้องใช้แนวทางเชิงรุกและเป็นระบบ โดยมีข้อเสนอแนะสำคัญคือ ควรพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ ให้มีความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือคัดกรองและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สร้างระบบการคัดกรองที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง พร้อมขั้นตอนการส่งต่อที่ชัดเจน เลือกใช้เครื่องมือประเมินที่เหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรม ของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ และประเมินแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งมิติทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้สามารถวางแผนการดูแลได้อย่างรอบด้านและเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคน

2) การให้การดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง การดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง (Holistic and continuous care) เป็นแนวทางที่สำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง โดยเน้นการบูรณาการการดูแลในมิติร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง การดูแลที่ครอบคลุมประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 5 ประการ ได้แก่

(1) การประเมินและวางแผนดูแลแบบรายบุคคล เป็นการประเมินความต้องการของผู้สูงอายุอย่างรอบด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการออกแบบแผนการดูแลที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล⁵⁴⁻⁵⁶ ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติฉบับที่ 1 ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566-2570) เป็นกรอบยุทธศาสตร์ระดับชาติที่มุ่งให้ “คนทุกช่วงวัยมีปัญญา อารมณ์ดี มีความสุข และอยู่ในสังคมอย่างทรงคุณค่า” ผ่านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู และคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต และเน้นการป้องกันและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า เหงา วิตกกังวล และการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ โดยใช้ระบบคัดกรองและเยี่ยมบ้านในชุมชน ส่งเสริมการแพทย์ทางไกลสำหรับผู้สูงอายุที่เข้าถึงบริการยาก โดยเฉพาะในชนบทหรือผู้ที่มีข้อจำกัดในการเดินทาง

(2) การบูรณาการบริการสุขภาพกายและจิตใจ โดยการดูแลสุขภาพจิตควรดำเนินการควบคู่ไปกับการดูแลสุขภาพกาย เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพและการจัดการโรคประจำตัว ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพจิตที่ดีขึ้น^{54, 57} การจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและกิจกรรมกลุ่ม โปรแกรมที่นำโดยพยาบาล เช่น กลุ่มจิตบำบัดประคับประคองจิตใจ กลุ่มระลึกความหลัง การออกกำลังกาย การฝึกสมอง การให้ความรู้

ด้านโภชนาการและการจัดกิจกรรมกลุ่ม มีผลลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มการสนับสนุนทางสังคม และส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง⁵⁸⁻⁵⁹ การดำเนินการอย่างต่อเนื่องและหลากหลายองค์ประกอบจะให้ผลลัพธ์ที่ยั่งยืน

(3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม งานอดิเรก หรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในชุมชน จะช่วยลดความเหงาและภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ และยังช่วยเสริมสร้างความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง^{54,57,60} การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือการติดต่อกับผู้อื่นทั้งแบบพบหน้าหรือไม่พบหน้า (เช่น โทรศัพท์) ช่วยลดความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าและความเหงา^{10,61}

(4) การเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้านและการติดตามผลโดยทีมสหวิชาชีพ เช่น พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา ช่วยให้ผู้สูงอายุประเมินและตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างทันที่^{54,57}

(5) การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณและวัฒนธรรม เป็นการเคารพความเชื่อและค่านิยมทางวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ เช่น การปฏิบัติศาสนกิจหรือกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต จะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและลดความเครียด⁶²

โดยสรุป การดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่องถือเป็นหัวใจสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง โดยต้องมีการบูรณาการการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ พร้อมทั้งมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำรงชีวิตได้อย่างมีความหมาย

3) การสร้างเครือข่ายและการสนับสนุนทางสังคม พยาบาลมีบทบาทในการเชื่อมโยงผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังกับแหล่งสนับสนุนในชุมชน เช่น กลุ่มเพื่อนบ้าน อาสาสมัคร หรือบริการสาธารณสุข เพื่อเสริมสร้างทุนทางสังคมและลดความโดดเดี่ยว การเยี่ยมบ้านและการติดตามอย่างใกล้ชิดช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและได้รับการดูแล²¹ รวมทั้ง เครือข่ายสังคมที่เข้มแข็ง ยังมีส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ดีกว่าการอาศัยอยู่ตามลำพัง^{13,43} พยาบาลควรส่งเสริมความสัมพันธ์กับบุตรหลานเนื่องจากความพึงพอใจในความสัมพันธ์กับบุตรหลานมีผลลดความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า²⁸ ได้แก่

(1) การให้ความรู้และเสริมสร้างทักษะการเผชิญปัญหา การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิต การจัดการความเครียด และการสร้างทักษะการเผชิญปัญหา (Coping skills) เป็นอีกบทบาทสำคัญของพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความต้องการบริการสุขภาพจิตสูง^{59,63} การเสริมสร้างทักษะเหล่านี้ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

(2) การทำงานแบบสหวิชาชีพและการพัฒนานโยบาย พยาบาลควรทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และแพทย์ เพื่อวางแผนการดูแลที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับแต่ละบุคคล^{58,64} นอกจากนี้ พยาบาลยังมีบทบาทในการผลักดันนโยบายและพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง

(3) การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมการดูแล พยาบาลควรมีบทบาทในการวิจัยและพัฒนาแนวทางใหม่ ๆ ในการส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล การสร้างโปรแกรมเชื่อมบ้านระยะยาว และการประเมินผลลัพธ์อย่างเป็นระบบ^{58-59,65}

การอภิปราย

จากผลการทบทวนวรรณกรรมแบบบรรยายเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในประเทศไทย ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับผู้อื่นอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ เช่น จีนและไอร์แลนด์พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังมีอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าสูง โดยเฉพาะในช่วงปีแรกของการอยู่ลำพัง ความเสี่ยงจะสูงสุดและเมื่อเวลาผ่านไปก็ยังสูงกว่ากลุ่มที่อยู่กับผู้อื่น ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ รายได้น้อย ขาดการสนับสนุนทางการเงิน เพศหญิง และการอยู่อาศัยในชนบท ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่า การอยู่ลำพังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญโดยไม่ขึ้นกับปัจจัยอื่น เช่น การสนับสนุนทางสังคมหรือสุขภาพโดยรวม ดังนั้น การดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังจึงควรได้รับความสำคัญเป็นพิเศษ ทั้งที่มีการรายงานว่า ในประเทศไทย ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าสูงเช่นเดียวกับต่างประเทศ โดยเฉพาะกลุ่มที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมหรือมีรายได้น้อย⁶⁶ สอดคล้องกับงานวิจัยในไทยพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่อยู่กับครอบครัวหรือผู้อื่น⁶⁷ สอดคล้องกับข้อมูลจากประเทศจีนและไอร์แลนด์

ความเหงาเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง โดยมีอัตราความชุกสูงกว่ากลุ่มที่อยู่กับผู้อื่นอย่างชัดเจน งานวิจัยในหลายประเทศ เช่น จีน ไอร์แลนด์ สหรัฐอเมริกาพบว่า ความเหงาเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายภาวะซึมเศร้าในอนาคต และมีความเชื่อมโยงกับการแยกตัวทางสังคม เป็นที่น่าสังเกตว่า ความเหงาไม่เพียงแต่ส่งผลต่อสุขภาพจิตโดยตรง แต่ยังเป็นตัวเชื่อมโยงไปสู่ปัญหาอื่น ๆ เช่น ภาวะซึมเศร้าและการแยกตัวจากสังคม ดังนั้นการป้องกันและลดความเหงาจึงเป็นหัวใจสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง ความเหงาเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุไทยที่อยู่ลำพัง โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวและสังคม⁶⁸ ทั้งนี้อัตราความเหงาในผู้สูงอายุไทยใกล้เคียงกับต่างประเทศ เช่น จีน ไอร์แลนด์ และสหรัฐอเมริกา โดยการอยู่ลำพังเป็นปัจจัยทำนายความเหงาได้ดีที่สุด ถึงแม้ว่าความวิตกกังวลจะมีอัตราการเกิดน้อยกว่าภาวะซึมเศร้าหรือความเหงา แต่ก็ยังเป็นปัญหาสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงหม้ายสูงอายุที่อยู่ลำพัง ความวิตกกังวลที่ควบคุมไม่ได้และปัญหาในการผ่อนคลายเป็นแกนกลางของปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มนี้ และมักเกิดร่วมกับภาวะซึมเศร้า แต่ก็เป็นที่น่าสังเกตและให้ความสำคัญว่า ความวิตกกังวลนั้นเป็นปัญหาที่สำคัญที่ควรให้การดูแลเบื้องต้นสำหรับเครือข่ายปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง และมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างใกล้ชิด แม้จะมีการศึกษาน้อยกว่าภาวะซึมเศร้าและความเหงา แต่พบว่า ผู้สูงอายุไทยที่อยู่ลำพังมีความวิตกกังวลในระดับที่น่ากังวล โดยเฉพาะกลุ่มหญิงหม้ายและผู้ที่ยังขาดการสนับสนุนทางสังคม⁶⁹ และการเฝ้าระวังลักษณะความวิตกกังวลในไทยคล้ายกับต่างประเทศ คือมักเกิดร่วมกับภาวะซึมเศร้าและความเหงา

หากเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในประเทศไทยกับต่างประเทศ พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังเป็นประเด็นสากลพบได้ทั้งในไทยและต่างประเทศ ปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ การขาดการสนับสนุนทางสังคม รายได้น้อย เพศหญิง และการอยู่อาศัยในชนบท ความเชื่อมโยงระหว่างภาวะซึมเศร้า ความเหงา และความวิตกกังวล พบได้ในทุกประเทศ และช่องว่างขององค์ความรู้ในไทย คือ การศึกษาระยะยาวและการพัฒนานวัตกรรมการดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทไทย

ผลการทบทวนวรรณกรรมแบบบรรยายเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพ จะเห็นได้ว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินและคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง โดยเน้นการใช้เครื่องมือที่เหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรม เช่น TMHI-15, PHQ-9 รวมถึง CES-D-10 สำหรับภาวะซึมเศร้า GAD-7 สำหรับความวิตกกังวล และ UCLA Loneliness scale สำหรับความเหงา การคัดกรองควรเริ่มตั้งแต่ระดับชุมชนหรือสถานพยาบาลปฐมภูมิ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตมักไม่แสวงหาการรักษาเฉพาะทาง นอกจากนี้ การประเมินควรครอบคลุมทั้งสุขภาพกาย การนอนหลับ ความพึงพอใจในชีวิต และปฏิสัมพันธ์ทางสังคม รวมถึงการใช้เทคโนโลยี เช่น เซ็นเซอร์ตรวจจับพฤติกรรมหรือแอปพลิเคชันออนไลน์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การประเมินและคัดกรองต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยพยาบาลควรมีความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือและการสื่อสารที่เหมาะสม พร้อมทั้งสร้างระบบการส่งต่อที่ชัดเจนและประเมินแบบองค์รวม

การให้การดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง การดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่องเป็นหัวใจสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง โดยเน้นการบูรณาการการดูแลในมิติร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลประกอบด้วย การประเมินและวางแผนดูแลแบบรายบุคคล การบูรณาการบริการสุขภาพกายและจิตใจ การจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและกิจกรรมกลุ่มการส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม การเยี่ยมบ้านและติดตามผลโดยทีมสหวิชาชีพ และการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณและวัฒนธรรม สรุปได้ว่า การดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่องช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำรงชีวิตได้อย่างมีความหมาย โดยต้องมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

การสร้างเครือข่ายและการสนับสนุนทางสังคม พยาบาลมีบทบาทในการเชื่อมโยงผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังกับแหล่งสนับสนุนในชุมชน เช่น กลุ่มเพื่อนบ้าน อาสาสมัคร หรือบริการสาธารณสุข เพื่อเสริมสร้างทุนทางสังคมและลดความโดดเดี่ยว การเยี่ยมบ้านและการติดตามอย่างใกล้ชิดช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและได้รับการดูแล นอกจากนี้ พยาบาลควรส่งเสริมความสัมพันธ์กับบุตรหลาน การให้ความรู้และเสริมสร้างทักษะการเผชิญปัญหา รวมถึงการทำงานแบบสหวิชาชีพและการพัฒนานโยบายและนวัตกรรม การดูแล ดังนั้น การสร้างเครือข่ายและการสนับสนุนทางสังคมเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยลดความโดดเดี่ยว และส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง โดยพยาบาลควรทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพและผลักดันนโยบายที่เหมาะสมซึ่งนับว่าเป็นบทบาทที่ทำนายของพยาบาล

สรุป

ภาวะซึมเศร้า ความเหงา และความวิตกกังวลเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง โดยมีความเชื่อมโยงกันอย่างใกล้ชิด การอยู่ลำพังไม่เพียงแต่เพิ่มความเสี่ยงของอาการเหล่านี้ แต่ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม การเข้าใจปัจจัยเสี่ยงและกลไกที่เกี่ยวข้องจะช่วยให้สามารถพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสำหรับผู้สูงอายุในสังคมไทยต่อไป ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังครอบคลุมทั้งการประเมินและคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต การดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง และการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ซึ่งทั้งหมดนี้ต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีการติดตามผล และปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ความเหงา และวิตกกังวล พยาบาลจึงควรมีบทบาทสำคัญในการคัดกรองและดูแลสุขภาพจิตแบบองค์รวม รวมถึงการจัดกิจกรรมกลุ่มและสร้างเครือข่ายสังคมที่เข้มแข็ง เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพจิตที่เข้าถึงง่ายและเหมาะสมกับบริบทไทย พร้อมทั้งส่งเสริมการทำงานแบบสหวิชาชีพและการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลที่ตอบ โจทย์ปัญหาเฉพาะกลุ่ม และควรมีการบูรณาการนโยบายด้านสังคมและสุขภาพเพื่อสนับสนุนผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมทางสังคม และการศึกษาวิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับกลไกทางวัฒนธรรมไทยที่มีผลต่อสุขภาพจิต เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ข้อจำกัด

บทความนี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา กล่าวคือ การนำเสนอนี้เป็นการสังเคราะห์องค์ความรู้ในลักษณะการพรรณนาเชิงเนื้อหา ซึ่งมุ่งเน้นฉายภาพของกลุ่มอาการหลัก ได้แก่ ความเหงา ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า เป็นสำคัญ จึงอาจไม่ได้ครอบคลุมปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ อย่างรอบด้านเท่ากับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ งานวิจัยที่นำมาอ้างอิงยังมีความหลากหลายในบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งอาจส่งผลต่อรูปแบบการแสดงออกของอาการทางจิตใจที่แตกต่างกันไป ในผู้สูงอายุแต่ละพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population division. living arrangements of older persons around the world 2019. New York: United Nations; 2019.
2. Moonsom M. Number of elderly in Thailand march 2025. Bangkok: The Secretariat of the house of representatives; 2025. [cited 2025 November 30]. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.14156/2006890>. (in Thai)
3. National Statistical Office. The 2024 survey of the older persons in Thailand. Bangkok: National statistical office; 2024. [cited 2025 November 30]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241003145311_65007.pdf. (in Thai)
4. Mahem K, Pinyo P, Potjana R, Toin P, Sri-osothe P. Experiences of elderly living alone and differences between female and male: A meta-ethnography. *J Nurs Health Care*. 2020; 38(2): 138-47. (in Thai)
5. Wongsawang N, Jeenkawkham D, Tassanaboon P, Kitreerawutiwong N. Lived experiences of elderly living alone: A qualitative study. *J Prapokklao Hosp Clin Med Educ Cent*. 2019; 36(2): 124-33. (in Thai)
6. Iamtrakul P, Chayphong S. Exploring the influencing factors on living alone and social isolation among older adults in rural areas of Thailand. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(21): 13802.
7. Mulrisuk S, Thummakulsak P. The role of nurses in health promotion for Thai elderly living alone. *J Siam Univ*. 2022; 23(44): 104-12. (in Thai)
8. Juntapim S, Theranut A. Mental health status and factors related on mental health status of the older adults living alone in urban community, Khon Kaen Province. *J Nurs Health Care*. 2021; 39(3): 130-9.
9. Meemon N, Paek SC. Older adults living alone in Thailand: Socioeconomic inequality and its relation to unmet health needs. *Asia Pac Soc Sci Rev*. 2020; 20(4): 3.
10. Ren Z, Wang S, He M, Shi H, Zhao H, Cui L, et al. The effects of living arrangements and leisure activities on depressive symptoms of Chinese older adults: Evidence from panel data analysis. *J Affect Disord*. 2024; 349: 226-33.
11. Dang M, Chen Y, Ji J, Zhang Y, Chen C, Zhang Z. The association between household and family composition and mental health of the elderly: Mediating role of lifestyle. *BMC Public Health*. 2024; 24(1): 645.

12. Huang M, Liu K, Liang C, Wang Y, Guo Z. The relationship between living alone or not and depressive symptoms in older adults: A parallel mediation effect of sleep quality and anxiety. *BMC Geriatr.* 2023; 23(1): 506.
13. Lim Y, Baek J, Lee S, Kim J. Association between loneliness and depression among community-dwelling older women living alone in South Korea: The mediating effects of subjective physical health, resilience, and social support. *Int J Environ Res Public Health.* 2022; 19(18): 11384.
14. Chang Z, Zhang Y, Liang X, Chen Y, Guo C, Chi X, et al. A network analysis of depression and anxiety symptoms among Chinese elderly living alone: Based on the 2017-2018 Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey (CLHLS). *BMC Psychiatry.* 2025; 25(1): 12.
15. OECD. OECD family database: HM1.4 living arrangements by age [Internet]. Paris: OECD publishing; 2023. [cited 2025 November 30]. Available from: <https://www.oecd.org/els/family/HM1-4-Living-arrangements-by-age.pdf>.
16. Administration for community living. 2023 profile of older Americans. Washington, DC: U.S. Department of health and human services; 2023.
17. Cabinet office of Japan. Annual report on the ageing society 2024 [Summary]. Tokyo: Cabinet office; 2024.
18. Statistics Korea. 2023 statistics on the aged. Daejeon: Statistics Korea; 2024.
19. National Statistical Office. The 2024 survey of the older persons in Thailand: Provincial level. Bangkok: Ministry of digital economy and society; 2025.
20. Foundation of Thai gerontology research and development institute (TGRI). Situation of the Thai elderly 2022. Nakhon Pathom: Institute for population and social research, Mahidol University; 2023.
21. Zheng J, Ni Z. The impact of living alone on older adults' mental health and the mediating role of healthy diet. *Front Psychiatry.* 2025; 16: 1562487.
22. Hou B, Zhang H. Latent profile analysis of depression among older adults living alone in China. *J Affect Disord.* 2023; 323: 440-7.
23. Chang M, Eymundsdottir H, Sigurdardottir S, Launer L, Gudnason V, Jonsson P. Living alone and likelihood of having high depressive symptoms among older adults. *Innov Aging.* 2024; 8(Suppl 1): 190-1.
24. You H, Wang Y, Xiao L, Liu L. Prevalence of and factors associated with negative psychological symptoms among elderly widows living alone in a Chinese remote sample: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022; 20(1): 126.

25. Saenseeha L, Leelakraiwan J, Chantabut N, Juntapim S, Thummulapukul T, Suwanchok A. Health and psychosocial status of the elderly living alone in the community. *J Nurs Health*. 2023; 46(1): 114-27. (in Thai)
26. Boonpha R, Kraithaworn P, Piasue N. Social support and health status among community dwelling older people living alone with chronic diseases. *J Thail Nurs Midwifery Counc*. 2019; 34(2): 112-26. (in Thai)
27. Koo J, Son N, Yoo KB. Relationship between the living-alone period and depressive symptoms among the elderly. *Arch Gerontol Geriatr*. 2021; 94: 104341.
28. Fang H, Duan Y, Hou Y, Chang H, Hu S, Huang R. The association between living alone and depressive symptoms in older adults population: Evidence from the China Health and Retirement Longitudinal Study. *Front Public Health*. 2024; 12: 1289123.
29. Zheng G, Zhou B, Fang Z, Jing C, Zhu S, Liu M, et al. Living alone and the risk of depressive symptoms: A cross-sectional and cohort analysis based on the China health and retirement longitudinal study. *BMC Psychiatry*. 2023; 23(1): 647.
30. Sherry KM, Moloney K, Laird E, Ward M, Hoey L, Hughes C, et al. Predictors of loneliness in older Irish adults and its relationship to depression. *Age Ageing*. 2024; 53(2): afae012.
31. Berg-Weger M, Morley J. Loneliness in old age: An unaddressed health problem. *J Nutr Health Aging*. 2020; 24(3): 243-5.
32. Panyathorn K. Healthcare behaviors of the elderly living alone in Ban Tad, Muang, Udon Thani. *Nurs Health Educ J*. 2018; 1(2): 33-8. (in Thai)
33. Zhang Y, Kuang J, Xin Z, Fang J, Song R, Yang Y, et al. Loneliness, social isolation, depression and anxiety among the elderly in Shanghai: Findings from a longitudinal study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2023; 110: 104980.
34. Van As BAL, Imbimbo E, Franceschi A, Menesini E, Nocentini A. The longitudinal association between loneliness and depressive symptoms in the elderly: A systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2021: 1-13.
35. Tavares J, Silva S, Ribeiro A, Matheus A, Sá-Couto P, Sousa L, et al. Psychometric validation of the Portuguese ALONE scale and analysis of factors associated with severe loneliness in a sample of community-dwelling older adults. *Aging Ment Health*. 2025: 1-10.
36. Jittapraneeraht S, Hathirat S, Boongird C, Kanhasing R. How do the Thai elders living alone in urban community plan for their health care: A qualitative study in Bangkok metropolitan region. *Srinagarind Med J*. 2020; 35(4): 438-44. (in Thai)

37. Research and Development Institute RBRU. Principles, concepts, and theories for promoting elderly well-being [thesis]. Chanthaburi: Rambhai Barni Rajabhat University; 2021. [cited 2025 November 30]. Available from: <https://etheses.rbru.ac.th/pdf-uploads/thesis-406-file06-2021-11-26-13-43-50.pdf>. (in Thai)
38. Muangsakul W. Potential development of the elderly living alone with active aging concept. *J Soc Res.* 2015; 38(2): 93-112. (in Thai)
39. National Science and Technology Development Agency (NSTDA). Promoting health among the elderly with the “3 Os” principle [Internet]. Pathum Thani: NSTDA; 2025 [cited 2025 November 30]. Available from: <https://www.nstda.or.th/sci2pub/promoting-health-among-the-elderly/>. (in Thai)
40. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. Geneva: World Health Organization; 1986.
41. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 6th ed. Boston: Pearson; 2011.
42. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning: an educational and ecological approach. 3rd ed. Mountain View, CA: Mayfield Publishing; 1999.
43. Sakurai R, Kawai H, Suzuki H, Kim H, Watanabe Y, Hirano H, et al. Poor social network, not living alone, is associated with incidence of adverse health outcomes in older adults. *J Am Med Dir Assoc.* 2019; 20(11): 1438-43.
44. Tansupasiri P, Khaektao P, Panitaangkool Y. Mental health screening and digital intervention for Thai seniors citizen in primary care. *Eur Psychiatry.* 2022; 65(S1): S857.
45. Mongkol A, Wongpiromsarn Y, Tangserree T, Huttapanom W, Rompho P, Jareonvanit W. Development and testing of the Thai mental health indicator (Version 2007). Bangkok: Department of Mental Health; 2009. (in Thai)
46. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001; 16(9): 606-13.
47. López N, Morales-Asencio B, Ripoll-Córdoba D, Coronado-López J, Caldichoury N, Quispe-Ayala C, et al. Internal validity and reliability of the GAD-7 test in Latin America. *Chronic Stress (Thousand Oaks).* 2025; 9:24705470251315260.
48. González P, Nuñez A, Merz E, Brintz C, Weitzman O, Navas EL, et al. Measurement properties of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D 10): Findings from HCHS/SOL. *Psychol Assess.* 2017; 29(4): 372-81.

49. Hughes ME, Waite LJ, Hawkey LC, Cacioppo JT. A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Res Aging*. 2004; 26(6): 655-72.
50. Gao S, Zhang H. Development and validation of a depression risk prediction model for rural elderly living alone. *BMC Psychiatry*. 2025; 25(1): 45.
51. Hu C, Dai Z, Liu H, Liu S, Du M, Liu T, et al. Decomposition and comparative analysis of depressive symptoms between older adults living alone and with others in China. *Front Public Health*. 2023; 11: 1088461.
52. Kim JY, Liu N, Tan H, Chu CH. Unobtrusive monitoring to detect depression for elderly with chronic illnesses. *IEEE Sens J*. 2017; 17(17): 5694-704.
53. Arora S, Kumar R, Arora M. A study to assess the psychosocial wellbeing of elderly residents residing in old age homes of Punjab. *Int J Sci Res (IJSR)*. 2023; 12(5): 1652-6.
54. Yi Y, Park YH. Structural equation model of the relationship between functional ability, mental health, and quality of life in older adults living alone. *PLoS One*. 2022; 17(8): e0269003.
55. Biering P. Helpful approaches to older people experiencing mental health problems: A critical review of models of mental health care. *Eur J Ageing*. 2018; 16(2): 215-25.
56. Juntapim S, Theranut A. Mental health status and factors related on mental health status of the older adults living alone. *Work Older People*. 2022; 26(4): 387-96.
57. Lee H, Hong I, Jin Y, Hong J, Yoo S. Impact of home visit & rehabilitation programs on elderly people living alone: A systematic review. *Am J Occup Ther*. 2024; 78(2): 7802205090.
58. Song M, Boo S. Effects of a nurse-led multicomponent intervention for frail older adults living alone in a community: A quasi-experimental study. *BMC Nurs*. 2022; 21(1): 162.
59. Hasaroueyeh SG, Sattari MH, Rostami M. Effects of nursing care on improving the quality of life in the elderly: A review. *Avicenna J Aging Healthc*. 2024; 1(1): e143486.
60. Luo J, Guo Y, Tian Z. Loneliness or sociability: The impact of social participation on the mental health of the elderly living alone. *Health Soc Care Community*. 2024; 6695274.
61. Noguchi T, Nojima I, Inoue-Hirakawa T, Sugiura H. Role of non-face-to-face social contacts in moderating the association between living alone and mental health among community-dwelling older adults: A cross-sectional study. *Public Health*. 2021; 194: 25-8.
62. Detthipornpong S, Songwathana P, Bourbonnais A. Holistic health practices of rural Thai homebound older adults: A focused ethnographic study. *J Transcult Nurs*. 2022; 33(5): 521-8.
63. Li S, Wang Y, Xu L, Ni Y, Xi Y. Mental health service needs and mental health of old adults living alone in urban and rural areas in China: The role of coping styles. *Geriatr Nurs*. 2023; 50: 124-31.

64. Wong A, Wong F. The psychological impact of a nurse-led proactive self-care program on independent, non-frail community-dwelling older adults: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2020; 110: 103724.
65. Arabacı Z, Kaçan H. The effects of a home visit-supported nursing education program on certain parameters in older adults living alone at home. *Int J Nurs Knowl.* 2024.
66. Detsakhon T, et al. Thai mental health situation through mental health check in [Internet]. Bangkok: Department of Mental Health; 2025. [cited 2025 November 30] Available from: <https://dmh-elibrary.org/items/show/1759>. (in Thai)
67. Sanitaya R. Factors influencing psychological health of Thai elderly population [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2012. (in Thai)
68. Boontoch K, Nuntaboot K. Happiness, distress and mental health of the elderly in a community in the upper north region of Thailand. *J Psychiatr Assoc Thailand.* 2017; 63(3): 257-70. (in Thai)
69. Kititarakul T, Lee TM. Integrating quantitative and qualitative insights: Addressing mental health challenges among Thai elderly living alone in Bangkok. *SEEJPH.* 2024: 3834-47.

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ

กัญจน์ฉนิชา เรื่องชัยวิสุข* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ชนนันท์ ธนารักษ์ตะภูมิมิ** ค.ค. (วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา)

สรียา โชติธรรม** ค.ค. (วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา)

วรัญญู ฉายาบรรณ*** ค.ค. (วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา)

บทคัดย่อ:

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการดูแลและผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามกรอบการทบทวนวรรณกรรม PICO สืบค้นฐานข้อมูล Scopus, Science Direct, PubMed, Google scholar และ Thai journal online ที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ พ.ศ. 2558-2568 เป็นงานวิจัยทั้งแบบการทดลองแบบสุ่มและกึ่งทดลอง จำนวน 16 เรื่อง เป็นงานวิจัยการทดลองแบบสุ่ม ร้อยละ 31.25 และกึ่งทดลอง ร้อยละ 68.75 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการติดตามผลลัพธ์หลังเข้าร่วมโปรแกรม 5 สัปดาห์ ถึง 24 เดือน ประเมินผลลัพธ์โดยการติดตามค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด การติดตามค่าน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร และการลดลงของน้ำหนัก รูปแบบการดูแลพบว่า การควบคุมอาหารเป็นส่วนสำคัญในการเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ การกำหนดเป้าหมาย สร้างความตระหนักร่วมกับผู้ป่วยเป็นจุดเริ่มต้นของการดูแล การมีกิจกรรมทางกาย การดูแลด้านจิตใจ การกำกับติดตามโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการมีเครื่องมือสนับสนุนการจัดการตนเอง บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำรูปแบบการควบคุมอาหารร่วมกับการกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย และการติดตามอย่างใกล้ชิด ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด น้ำหนัก และระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร และในอนาคตควรศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยวัดผลลัพธ์ทางคลินิกในการเข้าสู่เบาหวานระยะสงบที่มีระยะเวลาในการติดตามผลไม่น้อยกว่า 6 เดือน

คำสำคัญ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ, รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, โรคเบาหวานระยะสงบ

*Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์,

E-mail: Kunnicha.r@ku.th

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

***อาจารย์ ภาควิชาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วันที่รับบทความ 19 ตุลาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 7 ธันวาคม 2568 วันตอบรับบทความ 8 ธันวาคม 2568

A Systematic Review of Care Models for Patients with Type 2 Diabetes Mellitus Aiming to Achieve Diabetes Remission

Kunnicha Ruangchaitaweesuk M.N.S. (Adult Nursing)*

*Thananun Thanarachataphoom** Ph.D. (Educational Research Methodology)*

*Sareeya Chotitham** Ph.D. (Educational Research Methodology)*

*Waranyu Chayaban*** Ph.D. (Educational Research Methodology)*

Abstract:

This systematic review aimed to synthesize care models and their associated clinical outcomes related to achieving diabetes remission in patients with type 2 diabetes, based on the PICO framework. Studies were retrieved from Scopus, Science Direct, PubMed, Google Scholar, and Thai Journals Online, covering publications from 2015 to 2025. A total of 16 studies were included, consisting of 31.25% randomized controlled trials and 68.75% quasi-experimental studies. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis. The follow-up periods for outcome assessment ranged from 5 weeks to 24 months. Clinical outcomes were evaluated using glycated hemoglobin (HbA 1c), fasting blood glucose levels, and body weight reduction.

The findings indicated that dietary control is a key component in achieving diabetes remission. In addition, collaborative goal-setting and enhancing patient awareness served as the foundation of care, supported by physical activity, psychological support, close monitoring by healthcare professionals, and self-management support tools. Healthcare professionals can apply these evidence-based care models—particularly dietary management combined with patient-centered goal-setting and close follow-up—as these approaches are strongly associated with reductions in glycated hemoglobin, body weight, and fasting blood glucose levels. Future research should focus on evaluating care models for patients with type 2 diabetes based on clinical remission outcomes, with follow-up periods of at least six months.

Keywords: Systematic review, Care models for type 2 diabetes, Diabetes remission

**Corresponding author, Assistant Professor, Department of Adults and Gerontology, Faculty of Nursing, Kasetsart University,*

E-mail: kunnicha.r@ku.th

***Assistant Professor, Department of Education, Faculty of Education, Kasetsart University.*

****Lecturer, Department of Education, Faculty of Education, Kasetsart University.*

Received October 19, 2025, Revised December 7, 2025, Accepted December 8, 2025

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable disease) ที่กลายเป็นภาระสำคัญของระบบสาธารณสุขทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก สถานการณ์ความชุกของโรคนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจากการประมาณการทั่วโลกในปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยประมาณ 463 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 578 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 และสูงถึง 700 ล้านคนในปี พ.ศ. 2588¹ เช่นเดียวกับประเทศไทยที่มีแนวโน้มของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติในช่วง 5 ปีย้อนหลัง ในปี พ.ศ. 2563-2567 พบว่า มีอัตราป่วยของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นจาก 470.18 เป็น 490.68, 528.26, 570.40 และ 604.69 รายต่อแสนประชากร ตามลำดับ² การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพในด้านเศรษฐกิจ โดยมีต้นทุนการรักษาต่อครั้งเท่ากับ 1,312 บาท และต้นทุนรวม 1,344.0 ล้านบาท³ ผลกระทบที่สำคัญคือการเกิดภาวะแทรกซ้อน เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม แบ่งออกเป็นแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง หากไม่ได้รับการรักษาและจัดการที่เพียงพอ โรคนี้จะนำไปสู่ผลกระทบร้ายแรงหลายประการ เช่น ภาวะตาบอด โรคไต โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงโรคหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) และภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ไม่เพียงแต่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง แต่ยังส่งผลกระทบต่อเพิ่มขึ้นของอัตราการเสียชีวิตอีกด้วย⁴

ปัจจุบันแนวทางการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้พัฒนาไปสู่เป้าหมายใหม่ที่เรียกว่า “Diabetes remission” หรือ “โรคเบาหวานระยะสงบ” ซึ่งเป็นภาวะที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติโดยไม่ต้องพึ่งพายาลดน้ำตาล⁵ โดยนิยามของโรคเบาหวานระยะสงบ เป็นภาวะที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถบรรลุและรักษาระดับน้ำตาลในเลือดโดยพิจารณาจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการคือค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) น้อยกว่า 6.5% (หรือ 48 mmol/mol) อย่างคงที่อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป โดยไม่ใช้ยาลดน้ำตาลใด ๆ⁶⁻⁷ ปัจจุบันประเทศไทย ได้กำหนดเป้าหมายเชิงนโยบายในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกำหนดให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โดยมีเป้าหมายระยะสั้น (ภายใน 3 เดือน) ให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถลดยาได้ และไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป้าหมายระยะกลาง (ภายใน 6 เดือน ถึง 1 ปี) ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติโดยสามารถหยุดยาเบาหวานได้ และมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดสะสม น้อยกว่า 6.5% ต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน และไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และเป้าหมายระยะยาว (1 ปีขึ้นไป) ร้อยละการเข้าสู่เบาหวานระยะสงบของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เป้าหมายอย่างน้อย 10% ของผู้ป่วยรายใหม่ และมีจำนวนสถานบริการสาธารณสุขมีการดำเนินงาน Remission service อย่างต่อเนื่อง⁸

จะเห็นได้ว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นภาระสำคัญของระบบสาธารณสุขทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก โดยอัตราการป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังเป็นโรคที่มีต้นทุนการบริการผู้ป่วยนอกสูงเป็นอันดับ 2 รองจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งแม้จะมีแนวทางการรักษาและยาควบคุมระดับน้ำตาล

ที่หลากหลาย แต่การเพิ่มขึ้นของภาระโรค ต้นทุนการรักษาที่สูง และความเล็งต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ท้าทายระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การศึกษารูปแบบการดูแลที่สามารถนำผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบได้ จึงเป็นแนวทางสำคัญในการลดภาระโรค ลดค่าใช้จ่ายระยะยาว และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยได้กำหนดเป้าหมายเชิงนโยบายให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โดยมีเป้าหมายให้อย่างน้อยร้อยละ 10 ของผู้ป่วยรายใหม่สามารถเข้าสู่ระยะสงบได้ และกำหนดให้ทีมสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างครบถ้วน จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิผลต่อการนำผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบ อีกทั้งยังไม่มีงานวิจัยที่เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลจากหลากหลายประเทศเพื่อนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทประเทศไทย ซึ่งการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้มีจุดเด่นคือการสังเคราะห์ รูปแบบการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care model) ที่ส่งผลต่อเบาหวานระยะสงบ ซึ่งแตกต่างจากการทบทวนวรรณกรรมอื่นที่เน้นแค่ผลลัพธ์ของปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง และผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และผู้กำหนดนโยบายในการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการดูแลและผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) โดยใช้กระบวนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตามแนวทางของ The Joanna Briggs Institute For Evidence Based Nursing & Midwifery (2016)⁹ ที่ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดปัญหา กำหนดวัตถุประสงค์และคำถามสำหรับการทบทวน 2) การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย 3) การกำหนดการสืบค้นงานวิจัย 4) การกำหนดวิธีการคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด 5) การประเมินคุณภาพงานวิจัย 6) การรวบรวมข้อมูลและการสกัดข้อมูล และ 7) การวิเคราะห์และการสังเคราะห์ข้อมูลจากผลการวิจัย สืบค้นทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตั้งแต่ พ.ศ. 2558 ถึง พ.ศ. 2568 โดยกำหนดคุณสมบัติของงานวิจัยที่นำมาศึกษาเป็นงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 เพื่อให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ตามกรอบการทบทวนวรรณกรรม PICO ได้แก่ (1) กลุ่มตัวอย่าง (Population) คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (2) การจัดการกระทำ (Intervention) คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้เข้าสู่ระยะสงบ (3) การเปรียบเทียบ (Comparison) คือ การศึกษาจะต้องมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และ (4) ผลลัพธ์ (Outcome) คือ การเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีดำเนินการทบทวนอย่างเป็นระบบ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ในครั้งนี้รวบรวมจากผลงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือและสามารถเข้าถึงฉบับเต็มของบทความวิจัยได้ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 ถึง พ.ศ. 2568 จำนวนทั้งสิ้น 102 เรื่อง และงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 16 เรื่อง

เกณฑ์การคัดเข้า

ผู้วิจัยคัดเลือกงานวิจัยโดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ เป็นงานวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (P) ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้เข้าสู่ระยะสงบ (I) การศึกษาจะต้องมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (C) เป็นงานวิจัยที่แสดงผลลัพธ์คือ การเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (O)

เกณฑ์คัดออก

1. งานวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างไม่ใช่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ/บรรยาย
3. เป็นงานวิจัยที่ไม่ได้ศึกษาผลลัพธ์เรื่องค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด หรือการติดตามค่าน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร หรือการลดลงของน้ำหนัก หรือการเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ

เครื่องมือที่ใช้ในการทบทวนวรรณกรรม

1. แบบคัดกรองงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria form) สร้างขึ้นตามเกณฑ์ในการคัดเลือก โดยต้องผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทุกข้อ
2. ประเมินคุณภาพของงานวิจัย (Critical appraisal form) เป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับการประเมินคุณภาพเชิงระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัยที่นำมาทบทวนอย่างเป็นระบบ โดยใช้แบบประเมินงานวิจัยกึ่งทดลอง JBI Critical appraisal checklist for quasi-experimental studies (Non-randomized experimental studies) และเชิงทดลอง JBI Critical appraisal checklist for randomized controlled trials ที่พัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์⁹
3. แบบบันทึกผลการสังเคราะห์ข้อมูล (Data extraction form) โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาใช้สำหรับการลงบันทึกข้อมูลจากงานวิจัยที่คัดเลือก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กำหนดคำสำคัญ (Keywords) ตามกรอบ PICO โดยกำหนด (1) กลุ่มตัวอย่าง (Participants) ได้แก่ “ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2” OR “ผู้ใหญ่ที่เป็นเบาหวาน” OR “Patients with type 2 diabetes” OR “Adults with diabetes” (2) วิธีการทดลอง (Intervention) ได้แก่ “การควบคุมอาหาร” OR “การลดน้ำหนัก” OR “โปรแกรมสุขภาพ” OR “การออกกำลังกาย” OR “Diet control” OR “Weight loss” OR “Lifestyle

intervention” OR “Exercise” และ (3) การเปรียบเทียบการจัดกระทำ (Comparison) ได้แก่ “การรักษาตามปกติ” OR “ไม่มีการจัดกระทำ” OR “การใช้ยา” OR “Standard care” OR “No intervention” OR “Pharmacological treatment” และ 4) ตัวแปรผลลัพธ์ (Outcome) ได้แก่ “การเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบ” OR “โรคไม่แสดงอาการ” OR “ระดับน้ำตาลปกติโดยไม่ใช้ยา” OR “Diabetes remission” OR “Normal blood glucose without medication”

2. กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลที่เป็นสากล ได้แก่ Scopus, Science Direct, PubMed และฐานข้อมูลในประเทศไทย Thai Journal Online (ThaiJO) และ Google Scholar โดยใช้คำสืบค้นดังกล่าวข้างต้น

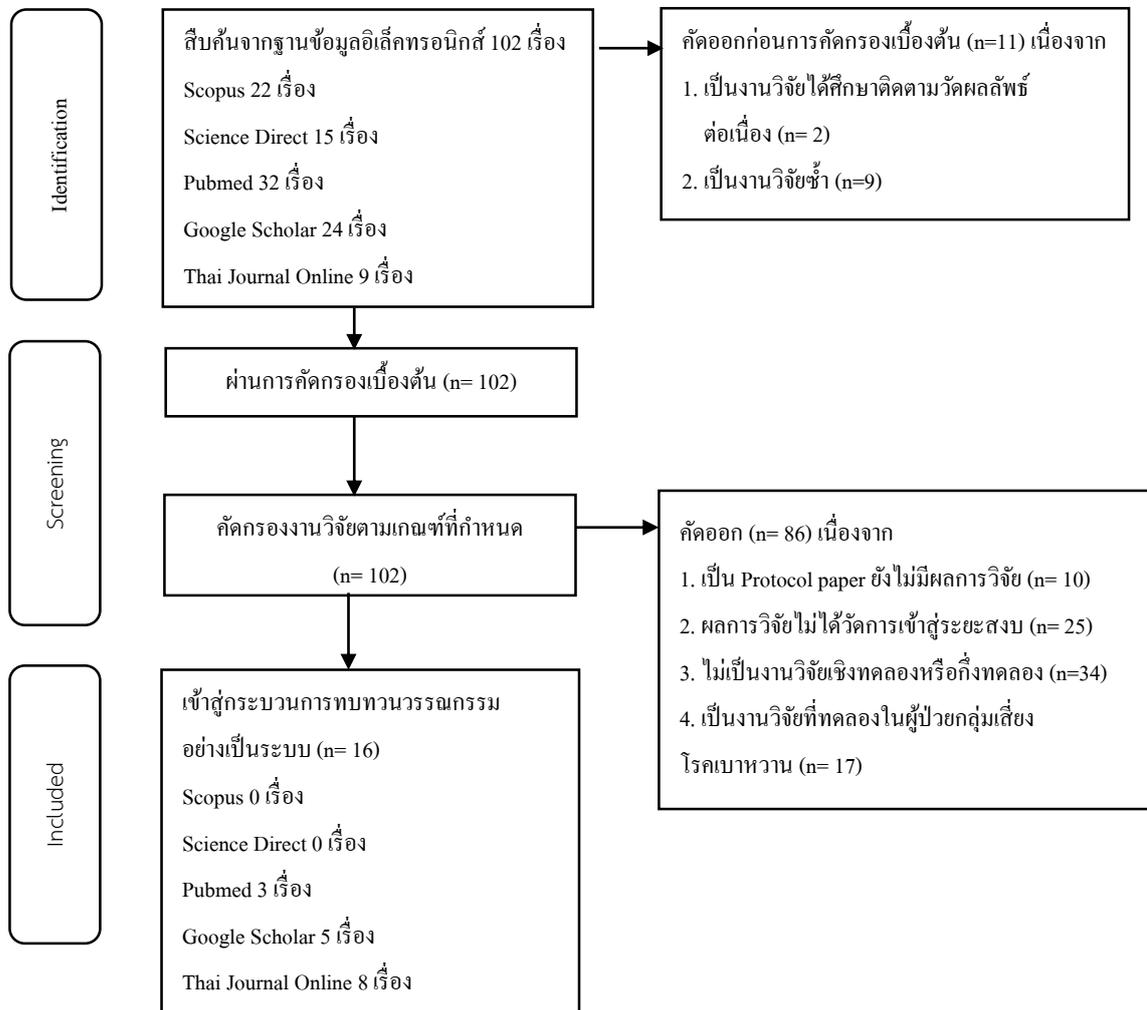
3. สืบค้นงานวิจัยโดยใช้คำสืบค้นตามที่กำหนด ด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ (1) การสืบค้นด้วยคอมพิวเตอร์ (Computerized searching) โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และบริการสืบค้นออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ตผ่านระบบที่มีให้บริการของสำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ได้แก่ Scopus, ScienceDirect, Pubmed, Google Scholar และ Thai Journal Online (ThaiJO) และ (2) การสืบค้นจากรายการเอกสารอ้างอิงจากงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและ งานวิจัยค้นฉบับ เพื่อสืบค้นงานวิจัยที่สอดคล้องเพิ่มเติม

4. การคัดกรองผลงาน (Screening) ผู้วิจัยทำการคัดกรองผลงานตาม Inclusion criteria และ Exclusion criteria โดยผู้วิจัยได้เริ่มต้นอ่านรายละเอียดของหัวข้อเรื่องและบทคัดย่อ กรณีเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจะทำการคัดออก หลังจากนั้นได้สรุปกระบวนการคัดกรองผลงาน โดยใช้ PRISMA diagram¹⁰ โดยในกระบวนการคัดกรองผลงานวิจัยได้รับการยืนยันจากผู้วิจัยร่วมอีก 3 ท่าน

5. ประเมินคุณภาพงานวิจัย (Assessment criteria) หลังจากสืบค้นงานวิจัยทั้งหมด ผู้วิจัยได้คัดกรองงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด ตามแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยที่พัฒนาโดย สถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute Appraisal Form) พิจารณาตามแบบประเมินคุณภาพของงานวิจัยทั้งแบบประเมินงานวิจัยกึ่งทดลอง และการทดลองแบบสุ่ม เพื่อประเมินคุณภาพของงานวิจัย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ สอดคล้อง = 1 คะแนน ไม่ชัดเจน = 0.5 คะแนน ไม่สอดคล้อง = 0 คะแนน นำคะแนนมารวมกันและกำหนดเกณฑ์เป็น 3 ระดับ คือ มากกว่าร้อยละ 75 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 50-74 อยู่ในระดับปานกลาง และ น้อยกว่าร้อยละ 50 อยู่ในระดับต่ำ

6. สังเคราะห์ข้อมูล (Data extraction) โดยแบบสังเคราะห์ข้อมูลวิจัยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาที่ประกอบด้วย ข้อมูล 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของงานวิจัย ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ผู้ทำวิจัย ปีที่พิมพ์เผยแพร่ อ้างอิง วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และตอนที่ 2 เนื้อหาของงานวิจัย ประกอบด้วย กรอบแนวคิดที่ใช้ รายละเอียดโปรแกรม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ระยะเวลา การประเมินผล ผลการวิจัย และข้อเสนอแนะของผู้วิจัย โดยนำงานวิจัยทั้งหมดมาสังเคราะห์และบันทึกลงในแบบสังเคราะห์ที่พัฒนาขึ้นมา

7. นำเสนอผลการทบทวน (Reporting of findings) เป็นการนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรม โดยนำเสนอในรูปแบบตารางที่ได้จากการพิจารณาข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาศึกษา ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 PRISMA Flow Diagram แสดงขั้นตอนการคัดเลือกบทความวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของงานวิจัย รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานระยะที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โดยการแจกแจงความถี่ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยจากการสืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ 102 เรื่อง พบว่ามีงานวิจัยในฐานข้อมูล Scopus จำนวน 22 เรื่อง Science Direct จำนวน 15 เรื่อง PubMed จำนวน 32 เรื่อง Google Scholar จำนวน 24 เรื่อง และ ThaiJO จำนวน 9 เรื่อง โดยงานวิจัยทั้ง 16 เรื่อง ผ่านการคัดเลือกและประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยผู้วิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยได้สรุปรายงานเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ มาสังเคราะห์ต่อ

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของงานวิจัย

จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบที่มีการรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสืบค้นตามคำสำคัญที่กำหนดไว้พบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ตามรายละเอียด ดังนี้

บทความวิจัยทั้งหมด 16 เรื่อง เป็นบทความในวารสารระดับชาติและนานาชาติ เป็นวารสารระดับนานาชาติ 5 เรื่อง ร้อยละ 31.25 วารสารระดับชาติที่ผ่านการประเมินคุณภาพจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-journal citation index center: TCI) จำนวน 11 เรื่อง ร้อยละ 68.75 โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกบทความวิจัยและเหตุผลการคัดออก นำเสนอตามแนวทางการนำเสนอของ PRISMA รายละเอียดดังภาพที่ 1 การนำเสนอผลการวิจัยได้นำเสนอข้อมูลทั่วไปของงานวิจัย และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ

รายงานวิจัยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ พบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่เบาหวานระยะสงบที่ตีพิมพ์ในระหว่างปี พ.ศ. 2558-2568 ประกอบด้วย งานวิจัยการทดลองแบบสุ่ม ร้อยละ 31.25 และกึ่งทดลอง ร้อยละ 68.75 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การวัดผลลัพธ์การเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ มีระยะเวลาการติดตามผลลัพธ์ต่ำสุด 5 สัปดาห์ สูงสุดติดตามนานถึง 24 เดือน วิธีการวัดผลลัพธ์การเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ โดยการประเมินการเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ ร้อยละ 31.25 การติดตามค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ร้อยละ 100 การติดตามค่าน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ร้อยละ 25 และการลดลงของน้ำหนัก ร้อยละ 68.75 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้เข้าสู่เบาหวานระยะสงบเริ่มต้นจากการกำหนดเป้าหมาย/สร้างความตระหนักร่วมกับผู้ป่วย ร้อยละ 56.25 การควบคุมเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ร้อยละ 93.75 การมีกิจกรรมทางกาย ร้อยละ 68.75 การดูแลด้านจิตใจ ร้อยละ 12.50 การกำกับติดตามโดยบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 75 และการมีเครื่องมือสนับสนุนการจัดการตนเอง ร้อยละ 43.75 ดังตารางที่ 1

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ

ตารางที่ 1 รายงานวิจัยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ (n = 16)

งานวิจัย/นักวิจัย	จำนวน กลุ่ม ตัวอย่าง	ระยะเวลา การติดตาม ผลลัพธ์ (เดือน)	DM remission	HbA1c	FBS	Weight loss	การ กำหนด เป้าหมาย/ สร้าง ความ ตระหนัก	อาหาร	กิจกรรม ทางกาย	จิตใจ	การ กำกับ ติดตาม	เครื่องมือ สนับสนุน การจัดการ ตนเอง	ร้อยละ ของ ผลลัพธ์ การเข้าสู่ DM remission	Level of evidence	Quality Apprai- sal/Risk of Bias
Punthakee et al. (2024) ¹¹	159	4	-	■	-	■	■	■	■	-	■	■	-	Level 1.c	สูง
Yang et al. (2023) ¹²	72	3, 12	■	■	-	■	-	■	-	-	-	-	47.2, 44.4	Level 1.c	สูง
Lean et al. (2019) ¹³	280	12, 24	■	■	-	■	-	■	-	-	■	-	- , 36	Level 1.c	สูง
Dasgupta et al. (2022) ¹⁴	100	6	■	■	-	-	-	■	■	-	-	-	36	Level 1.c	สูง
Shamanna et al. (2024) ¹⁵	319	12, 18	■	■	-	■	-	■	-	-	■	■	13	Level 1.c	สูง
ลำเนาวัจโจโต (2567) ¹⁶	98	5 สัปดาห์	-	■	-	■	■	-	■	-	■	-	-	Level 2.d	ปานกลาง
อุยนิษฐ์ รามฤทธิ์ (2567) ¹⁷	60	3, 6	-	■	-	-	■	■	■	-	■	-	-	Level 2.c	ปานกลาง
พินรวี สิงห์โต (2568) ¹⁸	96	4	-	■	-	-	■	■	-	-	-	-	-	Level 2.c	ปานกลาง
อธิบ ลิธิระประเสริฐ (2568) ¹⁹	80	6	■	■	-	■	■	■	■	■	■	■	15	Level 2.d	ปานกลาง
สันติ โพธิ์ทอง และ ประเสริฐ เล็กสรรเสริฐ (2567) ²⁰	74	-	-	■	-	■	-	■	-	-	-	-	-	Level 2.c	ปานกลาง
เกษรา โคตรภักดี (2568) ²¹	50	3, 6	-	■	-	■	■	■	■	■	■	■	-	Level 2.d	ปานกลาง

หมายเหตุ DM (Diabetes Mellitus) : โรคเบาหวาน, HbA1c : ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด, FBS (Fasting blood sugar) : ค่าระดับน้ำตาลในเลือด

ตารางที่ 1 รายงานวิจัยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ (n = 16) (ต่อ)

งานวิจัย/นักวิจัย	จำนวน กลุ่ม ตัวอย่าง	ระยะเวลา การติดตาม ผลลัพธ์ (เดือน)	DM remission	HbA1c	FBS	Weight loss	การ กำหนด เป้าหมาย/ สร้าง ความ ตระหนัก	อาหาร	กิจกรรม ทางกาย	จิตใจ	การ กำกับ ติดตาม	เครื่องมือ สนับสนุน การจัดการ ตนเอง	ร้อยละ ของ ผลลัพธ์ การเข้าสู่ DM remission	Level of evidence	Quality Apprai- sal/Risk of Bias
เดือนเพ็ญ เคียนนุ่น และคณะ (2568) ²³	274	5	-	■	■	■	-	■	■	-	■	■	-	Level 2.d	ปานกลาง
นวลนิตย์ ไชยเพชร และคณะ (2568) ²⁴	25	3	-	■	■	■	■	■	■	-	■	-	-	Level 2.d	ปานกลาง
ณกานต์ชญาณ์ นววัชรินทร์ และคณะ (2568) ²⁵	360	3	-	■	■	■	■	■	■	-	■	-	-	Level 2.d	ปานกลาง
ชญัญญ์นิภูฐ์ วงศ์อุดมทอง และคณะ (2567) ²⁶	122	4	-	■	■	-	-	■	■	-	■	■	-	Level 2.d	ปานกลาง

หมายเหตุ เกณฑ์การประเมิน Quality appraisal คือ คะแนน 75% เท่ากับ สูง คะแนน 50-74% เท่ากับ ปานกลาง คะแนน <50% เท่ากับ ต่ำ²⁸

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่า การวัดผลลัพธ์การเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ มีการติดตามผลลัพธ์ครั้งเดียว ร้อยละ 62.50 และติดตามผลลัพธ์จำนวน 2 ครั้ง ร้อยละ 37.50 มีระยะเวลาการติดตามผลลัพธ์ต่ำสุด 5 สัปดาห์ สูงสุดติดตามนานถึง 24 เดือน ทั้งนี้ระยะเวลาในการติดตามผลลัพธ์มีบทบาทสำคัญต่อการยืนยันการเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบ โดยตามเกณฑ์กำหนดภาวะเบาหวานระยะสงบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง การมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) น้อยกว่า 6.5% (หรือ 48 mmol/mol) อย่างคงที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป โดยไม่ใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด⁶⁻⁷ ในการติดตามผลลัพธ์พบว่า ได้ติดตามหลังเริ่มโปรแกรมน้อยกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้มีการกำกับติดตามซ้ำ จำนวน 8 งาน การติดตามผลหลังเริ่มโปรแกรมที่ได้มีการติดตามทั้งในครั้งแรกหรือครั้งที่ 2 หลังเริ่ม โปรแกรมมากกว่า 6 เดือน จำนวน 7 งาน ส่วนอีก 1 งานไม่ได้ระบุระยะเวลาการติดตามผลลัพธ์ ซึ่งจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อเข้าสู่เบาหวานระยะสงบของในประเทศไทย กรณีรับการรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะใช้ผลการตรวจค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) อย่างน้อย 6 เดือน หลังเริ่มการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม⁶ มีวิธีการวัดผลลัพธ์การเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ โดยการประเมินการเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ ร้อยละ 31.25 การติดตามค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ร้อยละ 100 การติดตามค่าน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ร้อยละ 25 และการลดลงของน้ำหนัก ร้อยละ 68.75

เมื่อพิจารณารูปแบบของโปรแกรมพบว่า จุดเริ่มต้นของโปรแกรมเริ่มจากการกำหนดเป้าหมายและสร้างความตระหนักร่วมกับผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 68.75 การตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดูแลรักษา โดยมีแนวทางการตั้งเป้าหมายที่สำคัญดังนี้ การประเมินความสนใจและความตั้งใจในการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ¹⁹ การกำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพเฉพาะบุคคล ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายลดพลังงานที่ได้รับจากอาหารวางแผนการออกกำลังกาย ตั้งเป้าหมายลดน้ำหนักอย่างน้อยร้อยละ 5 จากน้ำหนักเริ่มต้น¹¹ การกำหนดเป้าหมายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด^{18,21} การสร้างแรงจูงใจช่วยให้ผู้ป่วยลงมือทำและคงอยู่กับพฤติกรรมที่ตั้งใจไว้^{16,25} ทั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ อารยา ฉัตรชนะพานิช และ โชติมณี เรืองกลิ่น (2566)²⁷ ที่ใช้กระบวนการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยมีความตระหนักต่อพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และสามารถตั้งเป้าหมายการดูแลตนเองได้ชัดเจนมากขึ้น การเรียนรู้ตนเองและการรับรู้ความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแนวโน้มสุขภาพของตนเอง การร่วมตั้งเป้าหมายระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ในรอบ 3 เดือน รวมทั้งเรียนรู้ผ่านกิจกรรม เช่น การเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบที่สามารถหยุดยารักษาเบาหวานได้ การฝึกสังเกตและติดตามตนเอง การบันทึกภาวะสุขภาพ การสะท้อนเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง^{17,24} การปรับทัศนคติแบบที่สอนน้องใช้วิธีการให้ผู้ป่วยเรียนรู้ผ่านการแลกเปลี่ยนและการสอนจากผู้ป่วยด้วยกันเอง เพื่อเสริมสร้างทัศนคติ

และแรงสนับสนุน²² นอกจากนี้มีการดูแลด้านจิตใจ โดยมีการประเมินและจัดการความเครียด ของผู้ป่วย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยมีแนวทางและการพูดคุยและให้กำลังใจ เพื่อช่วยผู้ป่วยรับรู้ เข้าใจปัญหา และ ร่วมกันหาทางแก้ไข รวมถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางการจัดการปัญหา และสนับสนุนให้ผู้ป่วย ได้ปรึกษากับคนในครอบครัว¹⁹ การสอนการจัดการความเครียดด้วยสติ เช่น การสวดมนต์ ฟังสมาธิ และ การสันทนาการ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีเครื่องมือในการดูแลอารมณ์และลดความเครียดในชีวิตประจำวัน²¹

แนวทางการควบคุมการรับประทานอาหารพบว่า งานวิจัยทั้ง 16 เรื่อง ได้ใช้กิจกรรมนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ซึ่งแนวทางที่ใช้ ได้แก่ การควบคุมพลังงานที่ได้รับจากอาหาร ได้กำหนด เป้าหมายในการลดพลังงานจากการรับประทานอาหารลงวันละ 500-750 กิโลแคลอรี¹¹ การจำกัดรูปแบบการ รับประทานอาหารเป็นรอบ เช่น การจำกัดอาหาร 5 วัน สลับกับการรับประทานปกติ 10 วัน โดยในช่วงจำกัด ให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานประมาณ 840 กิโลแคลอรี/วัน พร้อมกำหนดเวลาในการรับประทานอาหารเช้า (06.30-08.30 น.) กลางวัน (11.00-13.00 น.) และเย็น (17.00-19.00 น.)¹² การให้สูตรอาหารพลังงานต่ำ การใช้พลังงาน 800-900 กิโลแคลอรี/วัน ร่วมกับผลิตภัณฑ์ทดแทนมื้ออาหารและอาหารบางชนิด¹⁴ การจัดการอาหารเป็นระยะ โดยระยะที่ 1 การควบคุมอาหาร โดยการใช้ผลิตภัณฑ์ทดแทนมื้ออาหารทั้งหมด 0-12 สัปดาห์ ให้พลังงาน 825-853 กิโลแคลอรี/วัน (ในรูปแบบซูป) และดื่มน้ำอย่างน้อย 2.25 ลิตร/วัน ระยะที่ 2 การกลับมารับประทานอาหารตามปกติอย่างค่อยเป็นค่อยไป ในสัปดาห์ที่ 12-18 ระยะที่ 3 การคงไว้ซึ่งน้ำหนักที่ลดลงแล้ว สัปดาห์ที่ 19-104 รับประทานอาหารปกติ โดยได้รับคำแนะนำเฉพาะบุคคล และสามารถให้สูตรอาหารทดแทนวันละ 1 ซองต่อเนื่อง พร้อมการนัดหมายติดตามทุกเดือน¹³ การสอน เทคนิคการรับประทานที่เหมาะสม เช่น เทคนิคลดหวาน มัน เค็ม 6:6:1¹⁷ การสอนหลักการโภชนาการ แบบอาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำ การเลือกโปรตีนและไขมันที่เหมาะสม และการอ่านฉลากโภชนาการ¹⁸ รวมถึง การสอนการรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำ²⁵ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า เช่น การส่งเสริมให้รับประทานข้าวกล้อง รับประทานผักใบอย่างน้อยวันละครั้ง กิโลกรัม ลดการเติมน้ำตาล ใช้สูตรหวานน้อย และใช้จานควบคุมปริมาณอาหาร (Portion control plate) โดยแบ่งจานขนาด 9 นิ้วเป็น 4 ส่วน: ½ ผักใบ, ¼ ข้าว-แป้ง, และ ¼ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน¹⁹ การสาธิตและการให้คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ โภชนาการหรือนักกำหนดอาหาร ใช้การสาธิต การตอบคำถามแบบสองทาง (ปฏิจาวิสนา) และการใช้โมเดล อาหารประกอบการสอน^{20-22,24} การใช้เทคโนโลยีและปัญญาประดิษฐ์ร่วมกับการควบคุมอาหาร แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเวลาจำกัด (Restrictive phase) 90 วัน ระยะเวลากลับมาใช้ใหม่ (Reintroduction phase) 90 วัน และระยะคงสภาพ (Maintenance phase) โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์ภายใต้การกำกับดูแลของบุคลากรทาง การแพทย์ช่วยให้คำแนะนำและปรับอาหารอย่างต่อเนื่อง¹⁵ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ Yang et al. (2023)¹² ทำให้เห็นชัดว่า การควบคุมการรับประทานอาหารเช้าอย่างเคร่งครัดเพียงอย่างเดียว ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ เบาหวานระยะสงบได้ ประเมินผลลัพธ์การเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โดยติดตามที่ 3 เดือน และที่ 12 เดือน พบมีผู้ป่วยเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้ร้อยละ 47.20, 44.40 ทั้งนี้เนื่องจากการลดน้ำหนักเป็น กลไกสำคัญในการทำให้โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าสู่ระยะสงบ โดยส่งผลต่อการลดการดื้ออินซูลินของตับ

และฟื้นคืนการทำงานของเบต้าเซลล์ในตับอ่อน ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้กลับสู่ระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติได้

กิจกรรมทางกายและการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อควบคุมเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า มีงานที่ศึกษาเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกาย ร้อยละ 68.75 โดยมีการกำหนดให้ผู้ป่วยออกกำลังกายระดับปานกลางถึงหนัก อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ ภายใต้การดูแลและให้คำแนะนำจากนักวิทยาศาสตร์การกีฬา รวมถึงได้รับเครื่องนับก้าว เพื่อช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหว¹¹ มีการส่งเสริมการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน เช่น การเดินเร็ว 10-15 นาทีหลังมื้ออาหาร การฝึกหายใจเข้า ด้วย 3 ท่า SKT¹⁷ การสร้างความมั่นใจของผู้ป่วยโดยใช้การสื่อสารเพื่อกระตุ้นการออกกำลังกาย¹⁸ รวมถึงการแนะนำให้ออกกำลังกายต่อเนื่องจนมีเหงื่อออกอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที หรือ เดินมากกว่า 10,000 ก้าว/วัน ควบคู่กับการส่งเสริมให้นอนหลับอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อคืน¹⁹ อีกวิธีการที่ใช้คือการจัดกิจกรรมการเสนอตัวแบบ (Role model) ของผู้ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พร้อมทั้งให้ความรู้เรื่องการใช้สติในการดำรงชีวิต (เช่น การสวดมนต์ สมาธิ สันทนาการ) และจัดกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกัน (30-45 นาที/กลุ่ม) โดยมีการกำกับติดตามผ่านการส่งภาพถ่ายในไลน์กลุ่ม²¹ การสอนเรื่องการออกกำลังกายที่เน้นชนิดการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย^{22,24,25} และมีการจัดโปรแกรมการฝึกออกกำลังกายแบบมีผู้ดูแลทั้งแอโรบิกและการฝึกแรงต้าน สัปดาห์ละ 3 ครั้ง¹⁴

การกำกับติดตามโดยบุคลากรทางการแพทย์ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า มีการดำเนินการหลายรูปแบบ ครอบคลุมทั้งการนัดหมาย การติดตามต่อเนื่อง การตรวจติดตามทางคลินิก และการประเมินผลพฤติกรรม โดยในด้านการนัดหมายตามแผนการรักษา มีการพบแพทย์แบบตัวต่อตัวทุกสัปดาห์ในสัปดาห์ที่ 1-6 และทุก 2 สัปดาห์ในสัปดาห์ที่ 8-16 พร้อมการโทรศัพท์ติดตามเพิ่มเติม¹¹ การนัดหมายทุกเดือนในช่วงการควบคุมน้ำหนักที่ลดลง¹³ รวมถึงการนัดติดตามเพื่อประเมินพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย พร้อมตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเองและส่งรายงานผลแบบออนไลน์ 6 ครั้งต่อสัปดาห์ ควบคู่กับการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อติดตามปัญหา²¹ นอกจากนี้ยังมีการนัดติดตามและตรวจน้ำตาลปลายนิ้วก่อนอาหารเช้าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง พร้อมบันทึกพฤติกรรมสุขภาพเพื่อมุ่งสู่เบาหวานระยะสงบ²⁴ และการติดตามทางโทรศัพท์ รวมถึงการนัดตรวจซ้ำเมื่อครบ 3 เดือน เพื่อตรวจดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร²⁵ ส่วนการติดตามต่อเนื่องและการสื่อสาร มีการเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์ หรือระบบออนไลน์ (Line/Facebook) อย่างน้อยเดือนละครั้ง พร้อมสุ่มตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้วทุก 1-4 เดือน¹⁷ อีกทั้งยังมีการให้คำแนะนำและกำกับพฤติกรรมผ่าน โทรศัพท์หรือไลน์อย่างน้อยเดือนละครั้งตลอด 6 เดือน¹⁹ และเมื่อเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ จะมีระบบการให้คำปรึกษาออนไลน์เพิ่มเติม²² สำหรับการติดตามผลทางคลินิก มีการตรวจน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว เดือนละครั้ง ควบคู่กับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล²⁰ รวมถึงการประเมินผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย น้ำตาลก่อนอาหารเช้า และน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) พร้อมกิจกรรมสะท้อนตนเองเพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถ²⁴ อีกทั้งยังมีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด

ขณะอดอาหารเดือนละครั้งต่อเนื่อง 3 ครั้ง และตรวจน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) 1 ครั้ง พร้อมเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉิน²⁶ สุดท้ายคือการติดตามการบรรลุเป้าหมาย โดยประเมินความก้าวหน้าที่ตั้งไว้ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อปรับเป้าหมายตามสถานการณ์ ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และปรับวิธีการดูแลแบบรายบุคคล¹⁸

การมีเครื่องมือสนับสนุนการจัดการตนเอง คิดเป็นร้อยละ 43.75 โดยมีการสนับสนุนในหลายรูปแบบ เช่น การนับก้าวและการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวมถึงการได้รับเครื่องตรวจน้ำตาลและแถบตรวจระหว่างการเรียนรู้ในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อเสริมการจัดการตนเอง¹¹ นอกจากนี้ยังมีการจดบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือดจากการตรวจด้วยตนเองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทั้งก่อนและหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง ต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน และนำสมุดบันทึกมาให้แพทย์ตรวจทุกครั้งที่มาพบแพทย์¹⁹ รวมทั้งมีการกำกับติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้ผู้ป่วยตรวจระดับน้ำตาลด้วยวิธี Dextrostix (DTX) ด้วยตนเอง²² อีกทั้งมีการจัดทำสมุดบันทึกกิจกรรมประจำตัวผู้ป่วยและโปสเตอร์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานเพื่อใช้เป็นเครื่องมือประกอบการดูแล²⁶ ขณะเดียวกันยังมีการให้คำแนะนำด้านโภชนาการเฉพาะบุคคล โดยอ้างอิงจากการคาดการณ์การตอบสนองระดับน้ำตาลในเลือดที่ขับเคลื่อนด้วยปัญญาประดิษฐ์ร่วมกับการสนับสนุนจากโค้ชสุขภาพ (Health coaches) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านคำแนะนำที่นำโดยปัญญาประดิษฐ์¹⁵

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยมาใช้

1.1 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวาน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลได้ หากมีการกำกับตนเอง เช่น การลดอาหารเค็ม การออกกำลังกาย และได้รับการกระตุ้นเตือนทั้งจากทีมสุขภาพและบุคคลในครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ

1.2 ควรติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงเดือนแรก ๆ ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพราะเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมักจะเปลี่ยนใจไปมีพฤติกรรมดั้งเดิมได้มากที่สุด และนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกในสมุดบันทึกการติดตามผู้ป่วยมาวางแผนการดูแลจัดกิจกรรมให้สอดคล้องเป็นรายบุคคล

1.3 ควรพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย และพัฒนาทักษะการสื่อสารที่ดี ควรเน้นในเรื่องพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เพื่อการแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงประเด็น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการวัดผลลัพธ์ทางคลินิกเกี่ยวกับการเข้าสู่เบาหวานระยะสงบอย่างชัดเจน และมีระยะเวลาในการติดตามผลไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ ทั้งนี้เพื่อให้

สอดคล้องกับนโยบายระดับชาติที่ส่งเสริมการนำเทคโนโลยีมาช่วยในการดูแลสุขภาพ และเพื่อขยายองค์ความรู้ในเชิงปริมาณที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

2.2 การศึกษา Meta-analysis รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ

เอกสารอ้างอิง

1. Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, Malanda B, Karuranga S, Unwin et al. Williams R. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th ed. Diabetes Res Clin Pract. 2019; 157, 107843.
2. Department of Health, Ministry of Public Health. New incidence rate of diabetes per 100,000 population [online dashboard]. [cited 2025 September 18], Available from department of health Website: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/> (in Thai)
3. Khiaochaoen O, Prasertworakul C, Khattiyod T, Sriwongchai C, Srisirianun T, Lampu P, et al. Outpatient cost by disease: Outputs from the first phase cost per disease project. HISPA Compendium. 2023; 1(7): 100-12. (in Thai)
4. American Diabetes Association. International experts outline diabetes remission diagnosis criteria [Press release]. [cited 2025 September 18], Available from American Diabetes Association Website: <https://diabetes.org/newsroom /international-experts-outline-diabetes-remission-diagnosis-criteria>
5. American Diabetes Association. 2. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes-2021. Diabetes Care. 2021; 44(Supplement 1): S15-S33.
6. The Royal College of Family Physicians of Thailand. Diabetes remission in type 2 diabetes with intensive lifestyle intervention guide for healthcare providers. Bangkok: The Royal College of Family Physicians of Thailand; 2022. (in Thai)
7. Taheri S. Type 2 diabetes remission: A new mission in diabetes care. Diabetes Care. 2024; 47(1): 47-49.
8. Non-communicable Diseases Division, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Diabetes remission service: Operational guidelines. Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)
9. Joanna Briggs Institute. JBI manual for evidence synthesis (Version November 2024). Joanna Briggs Institute; 2024.
10. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, & Altman D. G. Preferred reporting items for systematic reviews and meta analyses: The PRISMA statement. PLoS Med. 2009; 6(7): e1000097.

11. Punthakee Z, Hall S, McInnes N, Sherifali D, Tsiplova K, Kirabo F. R, et al. Evaluating remission of type 2 diabetes using a metabolic intervention including fixed-ratio insulin degludec and liraglutide: A randomized controlled trial. *Diabetes Obes Metab.* 2024; 26(12): 5600-08.
12. Yang X, Zhou J, Shao H, Huang B, Kang X, Wu R, Bian F, & Hu M. Effect of an intermittent calorie-restricted diet on type 2 diabetes remission: A randomized controlled trial. *JCEM.* 2023; 108(6): 1415-24.
13. Lean M. E. J, Leslie W, Barnes A. C, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, et al. Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-year results of the DiRECT open-label, cluster-randomised trial. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2019; 7(5): 344-55.
14. Dasgupta K, Boule N, Henson J, Chevalier S, Redman E, Chan D, et al. Remission of type 2 diabetes and improved diastolic function by combining structured exercise with meal replacement and food reintroduction among young adults: The RESET for REMISSION randomised controlled trial protocol. *BMJ Open.* 2022; 12(6): 1-14.
15. Shamanna P, Joshi S, Thajudeen M, Shah L, Poon T, Mohamed M, & Mohammed J. Personalized nutrition in type 2 diabetes remission: Application of digital twin technology for predictive glycemic control. *Front. Endocrinol.* 2024; 1-17.
16. Jaito L. Effects of intensive weight reduction program in type 2 diabetes patients treated with oral antidiabetic drugs to diabetes remission, Pathiu Hospital, Chumphon Province. *ECH.* 2024; 9(3): 429. (in Thai)
17. Rammarit U. Results of the development of a nursing model for case management and self-regulation of patients with type 2 diabetes into remission of diabetes. *JODPC8.* 2024; 2(3): 27-41. (in Thai)
18. Singhato P. Comparative results of blood sugar control in type 2 diabetes patients between the use of the 3A 2S behavior modification program and the strict behavior modification program. *SNC.* 2025; 8(2): 143-54. (in Thai)
19. Leethiraprasert R. Effectiveness and factors associated with remission in type 2 diabetes mellitus in Kanthararom Hospital, Sisaket Province. *RHPC9 Journal.* 2025; 19(1): 203-15. (in Thai)
20. Pothong S. & Leksansern P. Development of intensive behavior change promotion strategies in type 2 diabetes patients for achieving diabetes remission in Nonthaburi Province. *Sahasat J Soc. Sci. Hum.* 2024; 24(2): 32-45. (in Thai)
21. Khotphakdee K. The Development of a care model to promote diabetes remission in Tha Bo District, Nong Khai Province. *Journal of Nursing and Therapeutic Care.* 2025; 43(2): 1-15. (in Thai)

22. Sakulmanon T. & Khunnikom P. Developing a care model for achieving remission in type 2 diabetes patients: A case study of community hospital in Krabi Province. Health Sci J Thai. 2025; 7(1): 30-9. (in Thai)
23. Kianbun D, Punpipatpaibun P, Mayusiri P. & Navawatcharin N. Development for type 2 diabetes patients care model with strict behavior modification to enter diabetes in remission sub district health promoting hospital, Chumphon Province. ECH. 2024; 9(6): 540-50. (in Thai)
24. Chaipetch N, Tinnachartarak P, & Khotchanam M. Effectiveness of the health behavior change program aimed at diabetes remission in controlling type 2 diabetes at Mueangphotawat Community Health Center, Mueang District, Surat Thani Province. SJRH. 2025; 4(1): 328-39. (in Thai)
25. Navawatcharin N, Mayusiri P, Kiantboon D, & Nakdontree P. The development of type 2 diabetes care model with intensive lifestyle intervention for diabetes remission in community hospital, Chumphon Province. ECH. 2024; 9(1): 298-307. (in Thai)
26. Wongudomkong C, Suwannawong S, Poonna K, & Intrarawichian I. The results of lifestyle behavior changes on diabetic patients aiming for diabetes remission at Phon Phisai Hospital Community Health Center, Nong Khai Province. ECH. 2024; 9(4): 595-605. (in Thai)
27. Chattanapanich A, & Rueangklin C. Effects of using motivational procedures in type 2 diabetes mellitus patients with poor glycemic control in the ChiangYuen subdistrict ChiangYuen District Mahasarakham Province. AJNHS. 2023; 3(3): 321-31. (in Thai)
28. Ma L.L, Wang Y.Y, Yang Z.H, Huang D, Weng H, Zeng X.T. Methodological quality (risk of bias) assessment tools for primary and secondary medical studies: What are they and which is better? Mil Med Res. 2020; 7(1): 7.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ของนักศึกษาพยาบาล

จิตติพร รูปแกะ*, มณฑิรา สุขจิตต์*, ญาณิศา โพธิ์สุริยะ*, ณัฐณิชา สุวรรณชาติ*,
ณัฐกมล สายแว*, ณัฐจิราภรณ์ โสประโคน*, ณัฐติยา ไชยะตา*, ณัฐธิดา ภาวังก์*,
สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์** ปร.ค.(การพยาบาล),
สุทินี เสาร์แก้ว*** พย.ม.(การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด).

บทคัดย่อ:

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ชั้นปีที่ 1-4 ที่กำลังศึกษาในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 209 คน โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2568 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่าดัชนีความตรงเท่ากับ .90 และหาค่าความเที่ยง ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ แบบสอบถามทักษะเกี่ยวกับพระราชบัญญัติการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์และแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ตามวิธีของ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .72, .72 และ .88 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2560 อยู่ในระดับสูง (Mean = 8.72, S.D. = 1.78) ทักษะต่อพระราชบัญญัติการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2560 อยู่ในระดับดี (Mean = 4.19, S.D. = 0.86) และมีพฤติกรรมในการป้องกันการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2560 อยู่ในระดับเหมาะสม (Mean = 3.92, S.D. = 1.57) ผลการวิเคราะห์ ความรู้ ทักษะ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .315, .421, p < .001$) ผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถนำไปพัฒนากระบวนการรับรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความตระหนักรู้และปลูกฝังทัศนคติที่เหมาะสมต่อการป้องกันการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้, ทักษะ, พฤติกรรมป้องกัน, ความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์, นักศึกษาพยาบาล

*นักศึกษพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

***Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, E-mail: Sutinee.s@ubu.ac.th

วันที่รับบทความ 26 กันยายน 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 2 ธันวาคม 2568 วันตอบรับบทความ 8 ธันวาคม 2568

The Relationship Between Knowledge, Attitudes, and Preventive Behaviors Toward Computer-Related Offenses Among Nursing Students

*Thitiporn Ruamkae**, *Montrira sukjit**, *Yanisa Phosuriya**, *Nuthanicha suwanchat**,
*Nathakamon saiweal**, *Natchiraporn sophakol**, *Nutiya chaiyata**, *Nathida phawoung**
*Somluk Tepsuriyanont** Ph.D (Nursing)*, *Sutinee Sowkeaw*** M.N.S (Maternal and Newborn Nursing)*

Abstract:

This survey study aimed to examine the levels of knowledge, attitudes, and preventive behaviors regarding computer-related offenses, as well as the relationships among these variables, among nursing students at the Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University. The participants were 209 first- to fourth-year nursing students enrolled in the 2024 academic year, selected using stratified random sampling. Data were collected between January to February 2025. The research instruments were the self-developed questionnaires, validated by a panel of experts, yielding a content validity index (CVI) of 0.90. The reliability of the instruments were confirmed, with Cronbach's alpha coefficients of .72, .72, and .88 for the knowledge, attitudes, and preventive behaviors questionnaires, respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation coefficient.

The results shown that the nursing students demonstrated a high level of knowledge regarding computer-related offenses (Mean = 8.72, S.D. = 1.78), a good level of attitude toward the offenses (Mean = 4.19, S.D. = 0.86), and an appropriate level of preventive behaviors regarding such offenses (Mean = 3.92, S.D. = 1.57). The analysis showed a statistically significant positive relationship between knowledge and preventive behaviors, as well as between attitudes and preventive behaviors regarding computer-related offenses ($r = .315$ and $r = .421$, respectively; $p < .001$). The findings suggest that enhancing continuous awareness and fostering appropriate attitudes among nursing students could contribute to the prevention of computer-related offenses.

Keywords: Knowledge, Attitudes, Preventive behaviors, Computer-related offenses, Nursing students.

*3rd year Nursing Student, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University.

**Assistant Professor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

***Corresponding author, Assistant Professor., Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University, E-mail: Sutinee.s@ubu.ac.th

Received September 26, 2025, Revised December 2, 2025, Accepted December 8, 2025

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันเครือข่ายสังคมออนไลน์เข้ามามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและกระบวนการนึกคิดในวิถีของกลุ่มคนในสังคมทุกเพศทุกวัยภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว และพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์มีการเปลี่ยนแปลงไป ประเทศไทยมีการก้าวเข้าสู่ยุคดิจิทัลเต็มรูปแบบมากขึ้น จากการสำรวจมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือนในช่วงไตรมาสที่ 1 (มกราคม - มีนาคม) ปี พ.ศ. 2567 พบว่า ประเทศไทยมีผู้ใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นในไตรมาสที่ 1 (พ.ศ. 2566) จากร้อยละ 87.60 เป็นร้อยละ 89.50 โดยจากผลการสำรวจการใช้อินเทอร์เน็ตของกลุ่มอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป ในช่วงไตรมาสที่ 1 พ.ศ. 2566-2567 พบว่า ทุกกลุ่มอายุมีแนวโน้มใช้อินเทอร์เน็ตสูงขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 15-24 ปี มีการใช้อินเทอร์เน็ตสูงที่สุด ร้อยละ 99.10 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 25-39 ปี ร้อยละ 98.70 และกลุ่มนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาเป็นกลุ่มที่ใช้อินเทอร์เน็ตสูงที่สุดคือ ร้อยละ 99.30¹ ซึ่งกิจกรรมที่ใช้อินเทอร์เน็ตส่วนใหญ่ ได้แก่ Facebook, Twitter, LINE, Instagram ร้อยละ 92.02 และการที่เยาวชนใช้เวลาในเครือข่ายสังคมออนไลน์มากขึ้นทำให้มีโอกาสที่จะเกี่ยวข้องกับการเป็นผู้กลั่นแกล้งหรือถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ได้สูงขึ้นเช่นกัน โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนมีปัญหาการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์มากที่สุด² เครือข่ายสังคมออนไลน์จึงเป็นช่องทางที่นิยมใช้อย่างมากในการติดต่อสื่อสาร การแลกเปลี่ยนข้อมูล การแสดงความคิดเห็น และการทำกิจกรรมต่าง ๆ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตประจำวันรูปแบบต่าง ๆ เช่น การสื่อสาร การศึกษา การใช้สื่อสังคมออนไลน์เปรียบเสมือนดาบสองคมที่มีทั้งผลดีและผลเสียต่อผู้ที่เข้าใช้บริการ โดยมีอิทธิพลทางด้านสังคมที่ช่วยส่งเสริมให้คนส่วนใหญ่ต้องเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของสังคมออนไลน์ ส่งผลให้มีการเผยแพร่ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลอาจมีการถูกละเมิดความเป็นส่วนตัวมีการโจรกรรมข้อมูลหรือรูปภาพ รวมถึงการเปิดเผยข้อมูลที่ปราศจากการกั้นกรองซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อตนเองหลาย ๆ ด้าน เช่น ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและด้านการเรียนการงาน³ ตลอดจนบุคคลที่ถูกอ้างถึงหรือมีส่วนเกี่ยวข้องให้ได้รับความเสียหายตามมา

ในสถาบันการศึกษามีการนำเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต เพื่อการศึกษามาใช้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่นักศึกษาในสถาบันการศึกษาคควมีความรู้ ความเข้าใจในการใช้คอมพิวเตอร์ให้มากยิ่งขึ้น เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาการกระทำผิดจากการรู้เท่าไม่ถึงการณ์ การกระทำผิดทางคอมพิวเตอร์ เช่น การแอบเข้าระบบคอมพิวเตอร์ผู้อื่น การดักจับข้อมูลของผู้อื่น การก่อวินาศกรรมระบบคอมพิวเตอร์โดยไวรัสคอมพิวเตอร์หรืออีเมล การสร้างซอฟต์แวร์เพื่อช่วยกระทำผิด การส่งต่ออีเมลที่กระทำผิด การเผยแพร่ภาพและเสียงที่ลามกอนาจาร หรือทำลายชื่อเสียงลักษณะของบุคคลอื่น⁴ ดังนั้น นักศึกษาจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ พระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ และเมื่อมีความรู้ความเข้าใจ จะทำให้มีพฤติกรรมป้องกันการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ตามมา สอดคล้องกับกรอบแนวคิด KAP (KAP model)⁵ ได้กล่าวไว้ว่า ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน กล่าวคือ ความรู้มีผลต่อทัศนคติและทัศนคติที่ดีจะช่วยให้เกิดการปฏิบัติที่ดีตามมา ความรู้จึงมีผลต่อการปฏิบัติ

ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเชื่อว่าทัศนคติจะเป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติตามความรู้ นั้น หรือความรู้มีผลต่อทัศนคติก่อน แล้วการปฏิบัติที่เกิดขึ้นเป็นไปตามทัศนคตินั้น โดยเชื่อได้ว่าความรู้และทัศนคติที่ดีจะทำให้มีพฤติกรรมป้องกันการกระทำความคิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ได้ เพื่อที่จะได้นำความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติการกระทำความคิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ไปใช้ได้อย่างถูกต้อง ตามเจตนารมณ์ของกฎหมายที่กำหนดฐานความผิดและบทลงโทษสำหรับการกระทำความคิดทางคอมพิวเตอร์⁴

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมากที่สุด⁶ โดยเครือข่ายสังคมออนไลน์ที่ใช้มากที่สุด คือ Facebook ร้อยละ 85.37 และใช้เวลากับเครือข่ายสังคมออนไลน์ในแต่ละวันมากกว่า 4 ชั่วโมง ร้อยละ 58.13² การรับรู้เกี่ยวกับการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ การป้องกันการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ และมีการจัดการต่อการกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ โดยภาพรวมในแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลาง ถึงระดับมาก และยังพบว่า มีประสบการณ์ถูกกลั่นแกล้งผ่านสังคมออนไลน์ ร้อยละ 55.20 การกลั่นแกล้งที่พบมากที่สุด คือ การโพสต์ข้อความทำให้เสียชื่อเสียง ร้อยละ 24.60 โดนบล็อกหรือลบออกจากกลุ่ม ร้อยละ 23.20 และเผยแพร่วิดีโอ รูปภาพที่น่าอับอาย ร้อยละ 14.70 ตามลำดับ⁷ ตลอดจนมีการศึกษาในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ซึ่งทราบว่ามีความหมายแต่ไม่เคยอ่าน ไม่ได้เข้าสัมมนา ไม่ได้เข้าฝึกอบรม เกี่ยวกับการใช้ระบบคอมพิวเตอร์อย่างปลอดภัยเลย⁸

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ได้มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารออนไลน์เข้ามาใช้งาน เพื่อเป็นกลไกในการสนับสนุนการดำเนินงานและการจัดการเรียนการสอน และยังได้ส่งเสริมให้การใช้คอมพิวเตอร์และระบบอินเทอร์เน็ต โดยขยายการให้บริการระบบอินเทอร์เน็ตไร้สาย (Wireless internet) ครอบคลุมพื้นที่ส่วนใหญ่ของคณะพยาบาลศาสตร์ ให้นักศึกษาพยาบาล สามารถเข้าถึงระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตได้สะดวกมากยิ่งขึ้น และเมื่อมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความคิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2560 ย่อมส่งผลกระทบต่อนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ซึ่งอยู่ในฐานะของผู้ใช้คอมพิวเตอร์และระบบอินเทอร์เน็ต หากมีการใช้ข้อมูลอย่างถูกต้องก็จะส่งผลกระทบในเชิงบวก หากใช้ไม่ถูกต้องหรือถูกละเมิดสิทธิ์ก็จะส่งผลกระทบต่อด้านลบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันได้ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการกระทำความคิดพระราชบัญญัติฯ จากการใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมป้องกันการกระทำความคิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี โดยนำรูปแบบ KAP model เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนในการบริหารจัดการและพัฒนาให้นักศึกษาให้มีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมป้องกันการกระทำความคิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับใด
2. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ของนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ (KAP model) โดยกรอบแนวคิด KAP⁵ ได้กล่าวไว้ว่า ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน กล่าวคือความรู้มีผลต่อทักษะและทักษะที่ดีจะช่วยให้เกิดการปฏิบัติที่ดี ความรู้จึงมีผลต่อการปฏิบัติ ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเชื่อว่าทักษะจะเป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติตามความรู้ นั้น หรือความรู้มีผลต่อทักษะก่อน แล้วการปฏิบัติที่เกิดขึ้นเป็นไปตามทักษะนั้น โดยเชื่อได้ว่าความรู้และ ทักษะที่ดี จะทำให้นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมป้องกันการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ ซึ่งนักศึกษาพยาบาล ต้องมีความรู้และทักษะที่เกี่ยวกับพระราชบัญญัติการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์เพื่อที่จะได้นำความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ ไปใช้ได้ถูกต้อง

สมมติฐาน

1. ความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ของนักศึกษาพยาบาล
2. ทักษะ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ของนักศึกษาพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey study)

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ชั้นปีที่ 1-4 ที่กำลังศึกษาในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 435 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ชั้นปีที่ 1-4 ที่กำลังศึกษาในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2567 จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane⁹ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 209 คน

จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิในการคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละชั้นปี ประกอบด้วยชั้นปีที่ 1 จำนวน 61 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 49 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 51 คนและชั้นปีที่ 4 จำนวน 48 คน โดยพื้นที่วิจัยคือคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ดำเนินการการวิจัยระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง เดือนมีนาคม 2568 โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 สัปดาห์ คือ เดือนมกราคม ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อความในช่องว่าง จำนวนทั้งหมด 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นปี ประเภทสื่อสังคมออนไลน์ และวัตถุประสงค์ในการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นเท็จจริงเกี่ยวกับพระราชบัญญัติการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ จำนวน 12 ข้อ ใช้เกณฑ์การจำแนกระดับของคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ¹⁰ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 8.01-12.00 หมายถึง ความรู้ระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.01-8.00 หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0.00-4.00 หมายถึง ความรู้ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 ทักษะคิดเกี่ยวกับพระราชบัญญัติการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นหรือความเชื่อเกี่ยวกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ภายใต้พระราชบัญญัติการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ โดยใช้มาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) ของ Likert ซึ่งมี 5 ระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด จำนวน 18 ข้อ ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ จำแนกระดับทัศนคติของคะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ

ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.41-5.00

หมายถึง

ทัศนคติที่ดี

ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.61-3.40

หมายถึง

ทัศนคติปานกลาง

ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.00-2.60

หมายถึง

ทัศนคติที่ไม่ดี

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมป้องกันการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการกระทำหรือการปฏิบัติในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ภายใต้พระราชบัญญัติการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์จำนวน 20 ข้อ โดยใช้มาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) ของ Likert ซึ่งมี 5 ระดับ

คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง ปานกลาง บางครั้ง ไม่เคย ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ จำแนกระดับพฤติกรรมของคะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ

ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.41-5.00	หมายถึง	พฤติกรรมเหมาะสม
ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.61-3.40	หมายถึง	พฤติกรรมปานกลาง
ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.00-2.60	หมายถึง	พฤติกรรมไม่เหมาะสม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการทำวิจัย ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและด้านการจัดการเรียนการสอน แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุงด้านเนื้อหาตามข้อเสนอแนะได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) ดังนี้ ดัชนีด้านความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.90 ดัชนีด้านทัศนคติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 ดัชนีด้านพฤติกรรมในการป้องกันการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ Cronbach's alpha เท่ากับ .72, .72 และ .88 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หมายเลขรับรอง UBU-REC-25/2568 ลงวันที่ 14 มกราคม พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้ (1) ประสานผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล (2) ชี้แจงผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอน การเก็บข้อมูลวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจลงนามยินยอมเข้าร่วม การวิจัยตามความสมัครใจและสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูล หรือ คำตอบของกลุ่ม ตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยจะใช้รหัสแทนชื่อจริงในการทำวิจัย การนำเสนอข้อมูลที่ได้อาจจากการวิจัย จะนำเสนอในภาพรวม ซึ่งไม่สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มตัวอย่างและใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้นและจะทำลายข้อมูลแบบสอบถามหลังเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี (3) ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย และ (4) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามแล้วนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ตัวแปรความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)¹¹ เนื่องจาก ตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ มีการแจกแจงตามปกติและข้อมูลไม่มีความสัมพันธ์กันเองภายใน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 92.80) ส่วนใหญ่มีอายุ 19 ปี (ร้อยละ 26.80) โดย ระดับชั้นที่มีนักศึกษามากที่สุดคือ ชั้นปีที่ 1 (ร้อยละ 29.20) รองลงมาคือชั้นปีที่ 3 (ร้อยละ 24.40) นักศึกษาส่วนใหญ่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ Instagram มากที่สุด (ร้อยละ 97.60) รองลงมาคือ TikTok (ร้อยละ 87.60) และ Facebook (ร้อยละ 85.60) โดยวัตถุประสงค์หลักของการใช้สื่อออนไลน์คือเพื่อความบันเทิง (ร้อยละ 97.60) และการติดต่อสื่อสาร (ร้อยละ 93.80) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ อยู่ในระดับสูงร้อยละ 55.00 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.80

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ อยู่ในระดับสูง (Mean = 8.72, S.D. = 1.78) ระดับทัศนคติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ อยู่ในระดับดี (Mean = 4.19, S.D. = 0.86) และพฤติกรรมในการป้องกันการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์มีความเหมาะสม (Mean = 3.92, S.D. = 1.57) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ ของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม (n = 209)

ตัวแปร	Mean	S.D.	การแปลผล
ความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์	8.72	1.78	มาก
ทัศนคติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์	4.19	0.86	ดี
พฤติกรรมป้องกันการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์	3.92	1.57	เหมาะสม

ทัศนคติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์

คะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ โดยรวม ระดับดี (Mean = 4.19, S.D. = 0.86) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การสร้างบัญชีปลอมเพื่อทำร้ายหรือดูถูกผู้อื่นบนโซเชียลมีเดียถือเป็นการกระทำที่ไม่เหมาะสม (Mean = 4.80, S.D. = 0.43) รองลงมาคือ การส่งต่อข้อมูลส่วนตัวของผู้อื่นเพื่อประโยชน์ส่วนตนโดยไม่ได้รับความยินยอมถือเป็นการละเมิดสิทธิ และการคุกคามหรือข่มขู่ผู้อื่นบนโซเชียลมีเดียเป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน (Mean = 4.74, SD = 0.49 และ Mean = 4.74, SD = 0.54) ส่วนระดับที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด อยู่ในระดับปานกลาง คือ การละเมิดความปลอดภัยในคอมพิวเตอร์เป็นวิธีเรียนรู้ที่สำคัญ (Mean = 2.85, S.D. = 1.74) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทัศนคติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและรายข้อ (n = 209)

ทัศนคติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติฯ	Mean	S.D.	การแปลผล
1. การกระทำผิดทางคอมพิวเตอร์ทุกประเภท ควรได้รับการ ลงโทษตามกฎหมายอย่างเข้มงวด	4.55	0.60	ดี
2. การกระทำผิดทางคอมพิวเตอร์สร้างความเสียหายอย่างใหญ่หลวงให้กับบริษัทและบุคคลทั่วไป	4.50	0.40	ดี
3. การส่งต่อข้อมูลส่วนตัวของผู้อื่นเพื่อประโยชน์ส่วนตนโดยไม่ได้รับความยินยอมถือเป็นการละเมิดสิทธิ	4.74	0.49	ดี
4. การสร้างบัญชีปลอมเพื่อทำร้ายหรือดูถูกผู้อื่นบน โซเชียลมีเดียถือเป็นการกระทำที่ไม่เหมาะสม	4.80	0.43	ดี
5. การแก้ไขหรือตัดแปลง โปรไฟล์ของผู้อื่นบน โซเชียลมีเดียเพื่อความบันเทิงเป็นสิ่งที่สามารถทำได้	3.34	1.79	ปานกลาง
6. การละเมิดความปลอดภัยในคอมพิวเตอร์เป็นวิธีเรียนรู้ที่สำคัญ	2.85	1.74	ปานกลาง
7. การแชร์ข้อมูลส่วนตัวของผู้อื่นโดยไม่ได้รับความยินยอมถือเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล	4.68	0.72	ดี
8. การกระทำผิดทางคอมพิวเตอร์ การฟิชซิง (phishing) เป็นเรื่องที่อันตรายและควรถูกป้องกันอย่างเคร่งครัด	4.51	0.67	ดี
9. การกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์เป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ในทุกกรณี	4.18	0.91	ดี
10. การโพสต์ข้อมูลที่ไม่เป็นความจริงบน โซเชียลมีเดียอาจสร้างความเข้าใจผิดในวงกว้าง	4.65	0.59	ดี
11. การละเมิดระบบเพื่อเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคล เป็นสิ่งที่ทำได้ถ้าหากมีประโยชน์ต่อสาธารณะ	3.20	1.56	ปานกลาง
12. การโจรกรรมข้อมูลส่วนบุคคลผ่านระบบคอมพิวเตอร์เป็นการกระทำที่ไร้ศีลธรรม	4.61	0.60	ดี
13. การคุกคามหรือข่มขู่ผู้อื่นบน โซเชียลมีเดียเป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้	4.74	0.54	ดี
14. การโจมตีโซเชียลมีเดียของผู้อื่นเพื่อทำลายชื่อเสียงเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง	4.62	0.70	ดี
15. การใช้ข้อมูลจากบัญชีโซเชียลของผู้อื่นเพื่อสร้างเนื้อหาที่น่าสนใจเป็นเรื่องที่สามารถทำได้ในยุคดิจิทัล	2.89	0.64	ปานกลาง
16. การเข้าถึงข้อมูลที่เป็นความลับโดยไม่ได้รับอนุญาตเป็นการละเมิดความเป็นส่วนตัว	4.67	0.75	ดี
17. การกระทำผิดบน โซเชียลมีเดียอาจส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของตนเองในระยะยาว	4.56	0.71	ดี
18. การส่งต่อข้อมูลที่ไม่ได้รับอนุญาตบน โซเชียลมีเดียถือเป็นการสร้างการเปลี่ยนแปลงใหม่และตื่นเต้นบน โลกออนไลน์	3.26	1.68	ปานกลาง
รวม	4.19	0.86	ดี

พฤติกรรมป้องกันการกระทำคามผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกระทำคามผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์โดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม (Mean = 3.92, S.D = 1.57) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การใช้คอมพิวเตอร์ของเพื่อน โดยไม่ได้แจ้งให้เจ้าตัวทราบ (Mean = 4.56, S.D = 1.13) รองลงมาคือการเข้าสู่ข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ของผู้อื่น โดยไม่ได้รับอนุญาต (Mean = 4.51, SD = 1.14) ส่วนระดับพฤติกรรมโพสต์เกี่ยวกับเด็ก เยาวชน โดยปิดบังใบหน้า ยกเว้นเมื่อเป็นการเชิดชู ชื่นชม อย่างให้เกียรติอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด (Mean = 2.83, S.D = 1.76) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมป้องกันการกระทำคามผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ ของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและรายข้อ (n = 209)

พฤติกรรมป้องกันการกระทำคามผิดฯ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	การแปลผล
1. ท่านไม่เคยแพร่ข้อมูลใด ๆ ที่ทำให้ผู้อื่นเสียหาย ถูกดูหมิ่นหรือถูกเกลียดชัง	3.44	1.86	เหมาะสม
2. ท่านไม่ใช่ username/password ที่ไม่ใช่ของตนเอง	3.38	1.85	ปานกลาง
3. ท่านไม่จำหน่ายหรือเผยแพร่โปรแกรมสำหรับใช้กระทำคามผิด	3.53	1.90	เหมาะสม
4. ท่านโพสต์ฝากร้านในสื่อสังคมออนไลน์ได้อย่างอิสระ โดยไม่จำเป็นต้องขออนุญาตจากเจ้าของ	4.44	1.24	เหมาะสม
5. ท่านใช้คอมพิวเตอร์ของเพื่อน โดยไม่ได้แจ้งให้เจ้าตัวทราบ	4.56	1.13	เหมาะสม
6. ท่านเข้าสู่ข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ของผู้อื่น โดยไม่ได้รับอนุญาต	4.51	1.14	เหมาะสม
7. ท่านไม่นำข้อมูลที่ผิดหรือบิดเบือนหลอกลวง (Fake News) เข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์	3.66	1.78	เหมาะสม
8. ท่านอ่านเงื่อนไขให้ละเอียดก่อนดาวน์โหลดโปรแกรมหรือข้อมูลจากเว็บไซต์	4.01	1.26	เหมาะสม
9. ท่านไม่นำภาพตัดต่อ ดัดแปลง ที่อาจทำให้ผู้อื่นเสียหายหรืออับอาย เข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์	3.72	1.77	เหมาะสม
10. ท่านไม่ปลอมแปลง ทำลายข้อมูลคอมพิวเตอร์ของผู้อื่น	3.95	1.71	เหมาะสม
11. ท่านระมัดระวังการใช้ข้อความบนอินเทอร์เน็ตที่ทำให้เกิดความเสียหายต่อตัวบุคคล/องค์กรที่ถูกพาดพิง	4.27	1.34	เหมาะสม
12. ท่าน Save ข้อมูลของคนอื่น แล้วนำไปใช้เพื่อเป็นประโยชน์ต่อตัวเอง	4.26	1.39	เหมาะสม
13. ท่านไม่ส่งอีเมลลูกโซ่โดยไม่บอกที่มา	3.92	1.72	เหมาะสม
14. ท่านไม่ส่งต่ออีเมลโฆษณาขายของต่าง ๆ ที่ผู้รับไม่ต้องการ	3.95	1.70	เหมาะสม
15. ท่านไม่เผยแพร่ภาพที่ทำให้ผู้อื่นเสียหายและเสียชื่อเสียง	4.06	1.62	เหมาะสม
16. ท่านไม่แชร์ข่าวใน Line, Facebook , Twitter โดยไม่ได้ตรวจสอบข้อเท็จจริง	3.86	1.51	เหมาะสม
17. ท่านไม่กด Share ข้อมูลที่อาจมีผลกระทบต่อผู้อื่น	3.98	1.56	เหมาะสม
18. ท่านไม่โพสต์เผยแพร่สิ่งลามก อนาจาร	4.02	1.68	เหมาะสม
19. ท่านแสดงความคิดเห็นบนสื่อออนไลน์ที่สุภาพหรือไม่หมิ่นประมาทต่อผู้อื่น	4.03	1.51	เหมาะสม
20. ท่านโพสต์เกี่ยวกับเด็ก เยาวชน โดยปิดบังใบหน้า ยกเว้นเมื่อเป็นการเชิดชู ชื่นชม อย่างให้เกียรติ	2.83	1.76	ปานกลาง
โดยรวม	3.92	1.57	เหมาะสม

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะและพฤติกรรมป้องกันการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ ต่อพฤติกรรมป้องกันการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พบว่าความรู้ ทักษะ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .315, .421, P < .001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะและพฤติกรรมป้องกันการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 209)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)		
	ความรู้	ทักษะ	พฤติกรรมป้องกัน
1. ความรู้	1		
2. ทักษะ	.455**	1	
3. พฤติกรรมป้องกัน	.315**	.421**	1

**P < .001

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2560 ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พบว่า อยู่ในระดับมาก (Mean = 8.72, S.D. = 1.78) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การเข้าถึงข้อมูลและแหล่งความรู้ที่เพิ่มมากขึ้นในปัจจุบันที่เป็นข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมายคอมพิวเตอร์ถูกเผยแพร่อย่างกว้างขวางผ่านช่องทางออนไลน์ เช่น เว็บไซต์ของหน่วยงานรัฐ (กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม) สื่อโซเชียลมีเดีย และแหล่งข้อมูลทางวิชาการต่าง ๆ ตลอดจนนโยบายและการรณรงค์ให้ความรู้ของภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้มีการจัดอบรมและประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับกฎหมายคอมพิวเตอร์ผ่านสื่อต่าง ๆ การเสนอข่าวที่เกี่ยวข้องกับอาชญากรรมไซเบอร์ เช่น การหลอกลวงทางออนไลน์ การหมิ่นประมาทบนโลกออนไลน์หรือในสังคมออนไลน์ ทำให้มีการตื่นตัวกันเพิ่มมากขึ้น การได้รับความรู้เกี่ยวกับการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์จึงมีหลากหลายช่องทาง เช่น จากการเสพข่าวหรือได้รับข้อมูลจากการฝึกอบรม ตลอดจนจากการศึกษาค้นคว้าหาความรู้ด้วยตนเองได้ด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภาพร คำใส และนวพร ประสมทอง¹² ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมการกระทำผิดตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ของแรงงานนอกระบบในจังหวัดนครสวรรค์พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์อยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือการใช้ Username/Password ของผู้อื่น Login เข้าสู่ระบบโดยไม่ได้รับอนุญาต (Mean = 3.94, S.D. = 0.61)

ทัศนคติต่อพระราชบัญญัติการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2560 ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีพบว่า อยู่ในระดับดี (Mean = 4.19, S.D. = 0.86) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยคือ การกระทำที่ถูกลงโทษไม่เหมาะสมที่สุดคือ การสร้างบัญชีปลอมเพื่อทำร้ายหรือคุกคามผู้อื่นบนโซเชียลมีเดีย ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.80, S.D. = 0.43) แสดงให้เห็นว่านักศึกษาส่วนใหญ่มองว่าการกระทำดังกล่าวเป็นสิ่งที่ผิดจรรยาบรรณและไม่สมควรเกิดขึ้นในสังคมออนไลน์ และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การละเมิดความปลอดภัยในคอมพิวเตอร์เป็นวิธีเรียนรู้ที่สำคัญ (Mean = 2.85, S.D. = 1.74) บ่งชี้ว่ามีบางส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ยังมีมุมมองว่าการละเมิดระบบเพื่อการเรียนรู้สามารถยอมรับได้ในบางกรณี ซึ่งสะท้อนถึงช่องว่างในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับจริยธรรมทางเทคโนโลยี ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยของ ชันญติกา มูลชีพ และกัมปนาท วงษ์วัฒนพงษ์¹³ ที่ศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตามกฎหมายพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2560 ของบุคลากรส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัยพบว่า อยู่ในระดับน้อย (Mean = 2.93, S.D. = 0.85) จึงควรมีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2560 ดังกล่าว ผ่านทางสื่อต่าง ๆ ให้ประชาชนทั่วไปได้รับทราบและควรเพิ่มความรู้เรื่อง พรบ.ว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการกระทำผิดทางคอมพิวเตอร์ แต่ถ้าขาดการตระหนักรู้ ก็อาจเกิดการกระทำผิดจากคอมพิวเตอร์ได้

พฤติกรรมในการป้องกันการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2560 ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พบว่าอยู่ในระดับเหมาะสม (Mean = 3.92, S.D. = 1.57) สามารถอธิบายได้ว่า นักศึกษามีความตระหนักรู้ในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ มีการเข้าถึงแหล่งข้อมูล และแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยทางคอมพิวเตอร์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กัณทรัตน์ เหล็กแก้ว และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550 ของนักศึกษาปริญญาตรี วิทยาลัยเซียงรายพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550 อยู่ในระดับมาก สะท้อนให้เห็นว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยทางสังคมออนไลน์และมีพฤติกรรมที่ลดความเสี่ยงต่อการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ และสอดคล้องกับสุระสิทธิ์ ทรงม้า และสุภารัตน์ คุ่มบำรุง¹⁵ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550 กับพฤติกรรมการใช้คอมพิวเตอร์และระบบอินเทอร์เน็ตของนักศึกษาและบุคลากร มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิตพบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมการใช้คอมพิวเตอร์และระบบอินเทอร์เน็ตที่เสี่ยงต่อการกระทำผิดตามพระราชบัญญัติฯ โดยรวมอยู่ในระดับน้อย (Mean = 2.33, S.D. = 0.46) ตลอดจนการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับพระราชบัญญัติฯ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้คอมพิวเตอร์

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทักษะเกี่ยวกับพระราชบัญญัติการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .455, p < .001$) ซึ่งสาเหตุที่ความรู้มีผลต่อทักษะ อาจเป็นเพราะเมื่อบุคคลมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกฎหมายและอันตรายที่เกิดจากการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ ก็จะเกิดความตระหนักและมองเห็นความสำคัญในการป้องกันมากขึ้น และผลวิเคราะห์พบว่าความรู้ ทักษะ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .315, .421 p < .001$) สามารถอธิบายได้ว่า ยิ่งกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์มากขึ้น ทักษะที่มีต่อการป้องกันการกระทำผิดทางคอมพิวเตอร์ก็ยิ่งเป็นไปในเชิงบวกมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ ลอเนย์ลา ที่กล่าวว่า ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ความรู้มีผลต่อทักษะและทักษะที่ดีจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติที่ดี โดยที่ความรู้มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเชื่อว่าทักษะจะเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติตามความรู้หรือความรู้มีผลต่อทักษะก่อน แล้วการปฏิบัติที่เกิดขึ้นเป็นไปตามทักษะนั้น

ผลการเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการวิจัยพบว่า ผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยพบว่า ความรู้และทักษะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิด KAP (Knowledge, Attitude, Practice) ที่ระบุว่าความรู้มีผลต่อทักษะ และทักษะที่ดีจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม การศึกษานี้จึงเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการให้ความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2560 แก่กลุ่มนักศึกษา โดยเฉพาะการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการใช้เทคโนโลยีอย่างปลอดภัย และมีจริยธรรม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมในการใช้งานสื่อออนไลน์ในอนาคตต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการนำผลการวิจัยไปใช้ สามารถนำผลการศึกษาไปพัฒนากระบวนการรับรู้ให้มีประสิทธิภาพและนำไปสู่ความสำเร็จ เพื่อสร้างความตระหนักและปลูกฝังทัศนคติที่เหมาะสมต่อการป้องกันการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ ตลอดจนสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและเครื่องมือรักษาความปลอดภัย เช่น โปรแกรมป้องกันไวรัสหรือ Virtual private network (VPN) ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากรและสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายด้านความปลอดภัยทางไซเบอร์ในอนาคตได้
2. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ ต้องขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความกรุณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะในการจัดทำเครื่องมือ ขอบคุณนักศึกษาทุกชั้นปีที่มีส่วนร่วมในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. National Statistical Office. Survey on the use of information and communication technology in households. 2024; [cited 2024 November 24]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2024/20240531072624_48392.pdf.
2. Muangnang R, Chidmongkol R, Tirapriwong Y, Kaewma S, Srichairattanakul J. Perception, prevention and coping strategies for cyberbullying among nursing students. J Health Nurs. 2022; 38(2): 198-209.
3. Jun-up P. Behavior of social media usage and effects on high school students in Phitsanulok province. [thesis]. Naresuan University; 2018. (in Thai)
4. Computer-Related Crime Act, B.E. 2550. (2007). Government Gazette. 124 (27 A): 4-13.
5. Launiala A. How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes, and practices some observations from medical anthropology research on malaria in pregnancy in Malawi. Anthropology matters Journal. 2009; 11(1): 1-13.
6. Thongmeekwan S, Chaetiao S, Chantaweemuang W, Kijrungrot T, Paenkaew J. Online social network using behavior among nursing students of Boromarajonani college of nursing, Songkhla. J Nurs Sci Siam. 2020; 21(41): 67-77. (in Thai)
7. Chobsiang L, Sriserm C, Boonchawi P, Thongprasan J, Srichat N. Perception and self-management of cyberbullying among bachelor of nursing science students at Boromarajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong. J Health Sci.BCNSP 2021; 5(1): 22-33. (In Thai)
8. Takeo K, Pong-inwong C, Boonliang D. Knowledge and understanding of secondary school students in social media under Act 2017 of Computer Offenses; A case study Khon Kaen Province. Dhammathas Acad. 2021; 21(1): 29-38.
9. Tato R. Nursing research: From concepts to application (revised edition). 8th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2024.
10. Kitpreedaborisut B. Research and analysis methods. 9th ed. Bangkok: Jamnong; 2008. 199-200.
11. Wanichbancha K. Statistics for research. 14th ed. Bangkok: Samlada Ltd., Part.; 2023.

12. Khamsai S, Prasomthong N. The relationship between knowledge and understanding of behavior in committing offenses under the computer- related offenses of informal workers in Nakhon Sawan Province. *J Bus Admin.* 2023; 32: 69-85. (in Thai)
13. Mooncheep C, Wongwatthanaphong K, A study knowledge, attitude and compliance with the computer-related crime act B.E. 2560 of local personnel: A case study of local administrative organizations in Khiri Mat district Sukhothai. *Acad Res.* 2021; 4(4): 39-52. (in Thai)
14. Lekkaew K, T.Charoen, Siririrth W. Knowledge, attitude, and practice about computer crime act B.E. 2550 (2007) of undergraduate students in Chiangrai College. *Silpakorn University,* 2015; 8(2): 2809-19. (in Thai)
15. Songma S, Khumbamrung S. Relationship between awareness of the computer-related crime Act B.E.2550 (2007) and the internet behavior of students and personal of Suan Dusit Rajabhat University. *J Res.* 2012; 8(2): 91-106. (in Thai)

ผลของชาติตั้งรองขาต่อความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการทำแผลเบาหวานที่เท้า

กนกพร ศรีวิชัย*, นราวดี ไวยศรีแสง*, นฤมล เพชรนาค*, นฤมล เกทิพย์*,
นัทธิดา ชินวรรณะ*, ปรียาภรณ์ พลเยี่ยม*, ปวีณรัตน์ สุบิน*, ภารดา สืบสา*,
หทัยชนก รื่นรัมย์*, อภิญญา ชัยหาญ*, จุฑาทิพย์ นาเพ็ง*, อำพร หวีเกตุ*,
อรุณรัตน์ อุทัยแสง**, (การพยาบาลผู้ใหญ่) กุลพิชาน์ จุลเสวก*** (การพยาบาลผู้ใหญ่)

บทคัดย่อ:

โรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย คือ แผลเบาหวานที่เท้า ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียอวัยวะและภาวะพิการถาวรในผู้ป่วย การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของนวัตกรรมตั้งตั้งรองขา ต่อความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการทำแผลเบาหวานที่เท้า กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลจำนวน 12 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดนครพนม คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ นวัตกรรมตั้งตั้งรองขา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนใช้ตั้งตั้งรองขา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการทำแผลเบาหวานที่เท้าอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 24.50, S.D. = 5.71) หลังใช้ตั้งตั้งรองขามีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการทำแผลเบาหวานที่เท้าอยู่ในระดับมาก (Mean = 34.08, S.D. = 3.29) ภายหลังจากใช้ตั้งตั้งรองขา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงกว่าก่อนใช้ตั้งตั้งรองขาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.23, p < .05$) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ตั้งตั้งรองขามีประสิทธิภาพในการช่วยจัดทำผู้ป่วยในการทำแผลเบาหวานที่เท้า ซึ่งส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีความสะดวกในการปฏิบัติงานมากขึ้น จึงควรสนับสนุนให้นำไปใช้และขยายผลเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลเบาหวานที่เท้า

คำสำคัญ: ตั้งตั้งรองขา, ความพึงพอใจ, พยาบาลวิชาชีพ, แผลเบาหวานที่เท้า

*นักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปี 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

**Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

E-mail: arunrat_takkt@hotmail.com

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

วันที่รับบทความ 29 กันยายน 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 25 พฤศจิกายน 2568 วันตอบรับบทความ 8 ธันวาคม 2568

Effect of the Leg Support Stand on Professional Nurses' Satisfaction in Caring for Diabetic Foot Ulcers

*Kanokporn Sornvichai**, *Narawadee Waisrisaeng**, *Naruemon Phetnak**, *Naruemol Kethip**,
*Natthicha Chinwanna**, *Preeyaporn Pholyiam**, *Paweenrat Subin**, *Parada Suebsa**,
*Hathaichanok Ruenrom**, *Aphinya Chaihan**, *Chuthathip Napheng**, *Amporn wheeked**,
*Arunrat Utaisang*** (Adult Nursing), *Khunphitha Junsevg**** (Adult Nursing)

Abstract:

Diabetes mellitus is commonly complicated by diabetic foot ulcers, which are a major cause of limb loss and permanent disability among patients. This single-group, pretest-posttest quasi-experimental study aimed to examine the effect of the innovative leg support stand on professional nurses' satisfaction in caring for diabetic foot ulcers. The participants were 12 professional nurses working in the surgical ward of a hospital in Nakhon Phanom Province, purposively selected. The research instruments included the leg support stand innovation and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The results showed that before using the leg support stand, the participants had a moderate level of satisfaction in caring for diabetic foot ulcers (Mean = 24.50, S.D. = 5.71). After using the stand, the mean satisfaction score increased to a higher level (Mean = 34.08, S.D. = 3.29), with the difference being statistically significant ($t = -4.23$, $p < 0.05$). This study indicates that the leg support stand is effective in facilitating proper patient positioning during care for diabetic foot ulcers, enhancing nurses' ease of practice. Therefore, its use should be promoted and expanded to improve the quality of care for patients with diabetic foot ulcers.

Keywords: Leg support stand, Satisfaction, Professional nurses, Diabetic foot ulcers

**Fourth-year Bachelor of Nursing students, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University*

***Corresponding author Assistant Professor, Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University*

E-mail: arunrat_takkt@hotmail.com

****Assistant Professor, Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University*

Received September 29, 2025, Revised November 25, 2025, Accepted December 8, 2025

ความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus: DM) เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของการหลั่งหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลินส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงต่อเนื่องและก่อให้เกิดความผิดปกติของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น หลอดเลือด หัวใจ ไต และระบบประสาท¹ ทั่วโลกมีผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานประมาณ 529 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นมากกว่า 850 ล้านคนภายในปี 2050² สำหรับประเทศไทยอัตราความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 20-79 ปีอยู่ที่ประมาณ 10.2 เปอร์เซ็นต์³ ซึ่งสะท้อนถึงภาระโรคที่เพิ่มขึ้นและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย เศรษฐกิจ และสังคม หนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคเบาหวาน คือ แผลเบาหวานที่เท้า (Diabetic foot ulcer: DFU) และนับเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่ความพิการถาวรและการสูญเสียอวัยวะของผู้ป่วย สาเหตุการเกิดแผลดังกล่าวมักสัมพันธ์กับหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ ภาวะหลอดเลือดส่วนปลายตีตัน การสูญเสียความรู้สึกรวมเท้า การติดเชื้อเรื้อรัง ตลอดจนการขาดการดูแลรักษาที่เหมาะสม หากไม่ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ แผลอาจลุกลามจนกลายเป็นเนื้อตายและจำเป็นต้องตัดอวัยวะในที่สุด^{4,5} องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกมีโอกาสเกิดแผลเบาหวานที่เท้าตลอดช่วงชีวิตสูงถึงร้อยละ 15-25 โดยมีอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 40 ภายใน 1 ปี และร้อยละ 65 ภายใน 5 ปี⁶ สำหรับประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยยังคงมีอัตราการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าอยู่ในระดับสูง โดยในปี 2563 มีผู้ป่วยที่มีแผลเบาหวานที่เท้าเฉลี่ย 1.7 รายต่อประชากรแสนคน และอัตราการตัดขาหรือเท้าก็พบได้ในระดับ 0.1% ของประชากรแสนคน นี่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในระยะยาว ไม่เพียงแต่ลดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่ยังทำให้ภาระทางการรักษาเพิ่มขึ้นและต้องการการพัฒนาแนวทางการดูแลที่สามารถลดความรุนแรงของแผลเบาหวานและป้องกันการสูญเสียอวัยวะ⁷

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแผลเบาหวานที่เท้ามีความสำคัญ โดยเริ่มจากการประเมินลักษณะแผล การเลือกวิธีทำแผลที่เหมาะสม ไปจนถึงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ส่งเสริมการหายของแผลและลดการกลับเป็นซ้ำ⁸ อย่างไรก็ตาม ในการปฏิบัติงานจริง พยาบาลมักเผชิญข้อจำกัด โดยเฉพาะด้านท่าทางและอุปกรณ์ที่ใช้ ผู้ป่วยมักต้องยกเท้าด้วยหมอนหรือผ้าห่มซ้อนกัน ซึ่งไม่สามารถรักษาระดับความสูงและองศาที่เหมาะสมได้ตลอดเวลา ทำให้พยาบาลต้องโน้มตัว ใช้แรงมาก และการปฏิบัติงานในท่าที่ไม่เหมาะสมต่อเนื่องเป็นเวลานาน ส่งผลให้พยาบาลเกิดอาการเมื่อยล้าและปวดกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะบริเวณหลัง คอ ไหล่ และข้อมือ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก รวมถึงกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม ปัญหาเหล่านี้ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคลากร แต่ยังลดประสิทธิภาพและความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย⁹⁻¹⁰ ส่วนผลกระทบต่อผู้ป่วยนั้นพบว่า ผู้ป่วยแผลเบาหวานที่เท้ามักมีอาการเมื่อยล้าและปวดจากการใช้เวลาทำแผลเป็นเวลานาน รวมทั้งมีความพึงพอใจต่อการดูแลลดลงอย่างชัดเจน งานวิจัยของ Mi และ Wang¹¹ รายงานว่า ผู้ป่วยที่มีแผลที่เท้าจากเบาหวานมักประสบปัญหาแผลหายช้า อาการปวด ความเครียดทางจิตใจและภาวะนอนหลับผิดปกติ

ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต การดูแลแบบการดูแลต่อเนื่องแบบรายบุคคล (Personalized continuous care: PCC) ช่วยลดอาการปวดและความเครียดของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับแนวทางการดูแลทั่วไป หอผู้ป่วยศัลยกรรมเอื้ออารีย์ โรงพยาบาลนครพนม มีผู้ป่วยแผลเบาหวานที่เข้ารับการดูแลเฉลี่ยเดือนละ 50-60 ราย ภาระงานดังกล่าวตอกย้ำความจำเป็นในการพัฒนาเครื่องมือที่ตอบโจทย์การทำงานจริงของพยาบาล แม้ที่ผ่านมาได้มีการคิดค้นอุปกรณ์ช่วยดูแลแผลหลายรูปแบบ เช่น แก้วทำแผล อุปกรณ์วางขา หรือขาตั้งรองขา แต่ยังมีข้อจำกัดในการใช้งานจริง เช่น ไม่สามารถปรับระดับได้ หรือไม่เหมาะกับการทำแผลบนเตียง¹²⁻¹⁴

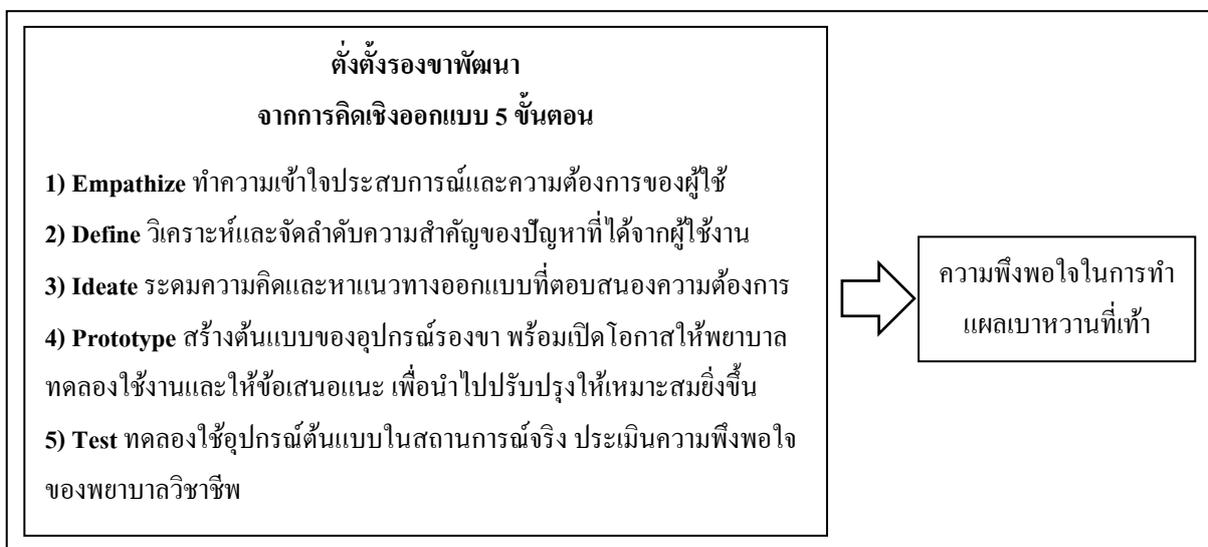
ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนานวัตกรรมตั้งตั้งรองขา เพื่อช่วยยกขาผู้ป่วยให้อยู่ในระดับและองศาที่เหมาะสม สะดวกต่อการมองเห็นและเข้าถึงแผล โดยใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design thinking) ซึ่งมุ่งเน้นการเข้าใจปัญหาจากประสบการณ์ตรงของผู้ใช้งานจริง ผ่านขั้นตอนการทำความเข้าใจความต้องการของพยาบาล กำหนดปัญหา คิดแนวทางแก้ไข สร้างต้นแบบ และทดลองใช้งานจริง¹¹ เพื่อนำผลลัพธ์มาปรับปรุงและต่อยอดการใช้งานในวงกว้าง เพื่อนำสู่การยกระดับคุณภาพการดูแลแผลเบาหวานที่เท้า เพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและส่งเสริมสุขภาวะของบุคลากรทางการแพทย์อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้ตั้งตั้งรองขาต่อความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการทำแผลเบาหวานที่เท้า

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด การคิดเชิงออกแบบ (Design thinking)¹⁵ ในการพัฒนาตั้งตั้งรองขา เพื่อช่วยจัดทำผู้ป่วยก่อนทำแผลเบาหวาน โดยมุ่งเน้นให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้งานและตอบโจทย์ปัญหาที่พยาบาลวิชาชีพเผชิญในงานประจำวันอย่างมีประสิทธิภาพประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย คือ การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเอืออริย์ โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้การวิเคราะห์พลังการทดสอบ (Power analysis) สำหรับสถิติ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ ($\alpha = 0.05$) และอำนาจการทดสอบ ($1 - \beta = 0.80$) ตามหลักของ Cohen¹⁶ และ Faul et al.¹⁷ กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 1.0 ใช้โปรแกรม G*Power version 3.1 ได้กลุ่มตัวอย่าง 10 คน อย่างไรก็ตามเนื่องจากประชากรทั้งหมดในหอผู้ป่วยมีเพียง 12 คน และสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบทุกคน จึงเลือกใช้การเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมด (Total population sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือก 1) เป็นพยาบาลที่นำนวัตกรรมตั้งตั้งรองชา ไปใช้ในการทำแผลเบาหวานที่เท้าให้แก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเอืออริย์ โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม ในช่วงเวลาที่ดำเนินการวิจัย และ 2) ให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก พยาบาลที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมเอืออริย์ โรงพยาบาลนครพนม ในช่วงเวลาที่ดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน และประสบการณ์ทำแผลเบาหวานที่เท้า

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้ตั้งตั้งรองชาในการทำแผลเบาหวานที่เท้า ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ 1 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมตั้งตั้งรองชา น้อยที่สุด และ 5 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมชาต้งรองชา มากที่สุด ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ แบ่งเป็นด้านวัตถุประสงค์ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 1) ความแข็งแรงทนทาน 2) การดูแลทำความสะอาดได้ง่าย 3) ความประหยัดและคุ้มค่า 4) ความทันสมัยและความสวยงาม และด้านการใช้งาน จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 5) ความปลอดภัยในการใช้งาน 6) ความเหมาะสมของขนาดและรูปร่าง 7) ความสะดวกสบายในการใช้งาน และ 8) ความเป็นไปได้ในการใช้งานได้จริง การแปลผลคะแนนความพึงพอใจ แบ่งเป็น 5 ระดับ¹⁸ ดังนี้ 4.20 - 5.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด คะแนนความพึงพอใจ 3.40 - 4.19 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก คะแนนความพึงพอใจ 2.60 - 3.39 หมายถึง ระดับความพึงพอใจ ปานกลาง คะแนนความ

พึงพอใจ 1.80 - 2.59 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย และคะแนนความพึงพอใจ 1.00 - 1.79 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นวัตกรรมตั้งตั้งรองขา โดยมีรายละเอียดของนวัตกรรม ดังนี้ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 นวัตกรรมตั้งตั้งรองขา

กระบวนการพัฒนานวัตกรรม เริ่มจากสำรวจบริบทการทำงานเพื่อผู้ป่วยเบาหวานในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมและเก็บความต้องการของผู้ใช้งานหลัก คือพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วย เพื่อกำหนดคุณลักษณะสำคัญ ได้แก่ ความมั่นคง ปรับขนาดได้ ทำความสะอาดง่าย และให้ความสบายผู้ป่วย จากนั้นพัฒนาแบบร่างและสร้างต้นแบบชิ้นที่ 1 ด้วยโครงสร้างรูปตัว X ใช้ท่อโพลีไวนิลคลอไรด์ (Polyvinylchloride: PVC) ประกอบข้อต่อ พร้อมแผ่นรองหนังเทียมสำหรับกระจายแรงกด ทำการทดสอบใช้งาน ประเมินความมั่นคง การปรับระดับ บันทึกรายปัญหาและข้อเสนอแนะของผู้ใช้งาน เพื่อนำไปปรับปรุงจุดยึด-ล็อก ความหนาแผ่นรอง และความแข็งแรงของข้อต่อ ก่อนสรุปเป็นต้นแบบชิ้นที่ 2 มีโครงสร้างรูปตัว X ผลิตจาก PVC น้ำหนักเบาแต่แข็งแรง ปรับความยาวและความสูงได้ 8-18 เซนติเมตร รองรับศีรษะผู้ป่วยรายบุคคล มีแผ่นรองหนังเทียมช่วยกระจายแรงกดเพิ่มความสบาย ฐานตั้งขนานกับพื้นเตียงเพื่อความมั่นคง พับเก็บได้ และทำความสะอาดด้วยแอลกอฮอล์ 70% ต้นทุนการผลิต 600 บาทต่อชิ้น หลังทดลองใช้จริง พยาบาลวิชาชีพเสนอให้เพิ่มความแข็งแรงของอุปกรณ์ เพิ่มความหนาของแผ่นรอง และปรับระบบล็อกให้ใช้งานสะดวกและปลอดภัย ซึ่งได้ดำเนินการปรับปรุงแล้วในต้นแบบชิ้นที่ 2

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยนวัตกรรมตั้งตั้งรองขา เพื่อทำแผลเบาหวานที่เท้าได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ก่อนนำไปทดลองใช้ และแบบสอบถามความพึงพอใจ ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ประเมินความตรงของเนื้อหา (Index of item-objective congruence: IOC) ได้ 0.81 และได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ จากนั้นได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เพื่อตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามความพึงพอใจในการทำแผลเบาหวานที่เท้ากับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.91

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัยทุกขั้นตอน ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม เลขที่ BCNN68013 ลงวันที่ 28 เมษายน 2568 และจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลนครพนม เลขที่ NP - EC11 - No. 25/2568 ลงวันที่ 2 พฤษภาคม 2568 การวิจัยครั้งนี้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม ซึ่งไม่มีการระบุชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย การเข้าร่วมการวิจัยต้องมาด้วยความสมัครใจโดยไม่มีข้อบังคับใด ๆ และสามารถยุติการเข้าร่วมในการทำวิจัยหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาเมื่อกลุ่มตัวอย่างต้องการ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลกับคณะผู้วิจัย ไม่มีผลต่อการเสียสิทธิ์หรือประเมินผลปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ คณะผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงหน่วยงานโรงพยาบาลนครพนม โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และขอความยินยอมจากพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมการศึกษาอย่างสมัครใจ หลังจากนั้นจึงเริ่มกระบวนการเก็บข้อมูลเป็นลำดับขั้นตอน ดังนี้ 1) ระยะก่อนทดลอง (Pre-test) พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คน ได้ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจในการทำแผลเบาหวานที่เท้า โดยยังไม่ใช้นวัตกรรมต้งตั้งรองขา 2) ระยะทดลอง (Experiment) ผู้วิจัยนำอุปกรณ์ต้งตั้งรองขาไปใช้จริงในการทำแผลเบาหวานในหอผู้ป่วย โดยให้พยาบาลวิชาชีพใช้ในการจัดทำผู้ป่วยตามความเหมาะสม ขณะเดียวกัน ผู้วิจัยได้สังเกตและบันทึกข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากผู้ใช้งาน และ 3) ระยะหลังทดลอง (Post-test) หลังสิ้นสุดการใช้นวัตกรรมพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจฯ ซ้ำอีกครั้ง ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาเปรียบเทียบกับผลการประเมินก่อน-หลังการทดลอง เพื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงและผลของนวัตกรรม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนมิถุนายน 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk test ได้ค่า $A = 0.210$, $p = .245$
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการทำแผลเบาหวานก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมต้งตั้งรองขา ด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษา พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมทั้งหมดเป็นเพศหญิง โดยมากกว่าครึ่งมีอายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 58.33 และส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพพยาบาล 11-15 ปี ร้อยละ 33.33

ระดับความพึงพอใจก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมตั้งตั้งรองขา เมื่อพิจารณาความพึงพอใจในการทำแผลเบาหวานที่เท้าของพยาบาลวิชาชีพก่อนการใช้นวัตกรรมตั้งตั้งรองขา ซึ่งใช้วิธีการทำแผลแบบเดิมพบว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับมาก และระดับน้อยตามลำดับ ในขณะที่หลังการใช้นวัตกรรมดังกล่าว ความพึงพอใจของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือระดับมาก แสดงให้เห็นว่านวัตกรรมสามารถตอบสนองความต้องการในการทำแผลและช่วยลดข้อจำกัดในการปฏิบัติงานได้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละจำแนกตามระดับความพึงพอใจในการทำแผลเบาหวานที่เท้าของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมตั้งตั้งรองขา (n = 12)

ระดับ ความพึงพอใจ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด	0	0	8	66.67
มาก	4	33.33	4	33.33
ปานกลาง	5	41.67	0	0
น้อย	3	25	0	0
น้อยที่สุด	0	0	0	0

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการทำแผลเบาหวานที่เท้าของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกเป็นภาพรวมและรายข้อระหว่างก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมตั้งตั้งรองขา (n = 12)

รายการ	ความพึงพอใจก่อนใช้ ตั้งตั้งรองขา		ความพึงพอใจหลังใช้ ตั้งตั้งรองขา		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
	ภาพรวม	24.50	5.71	34.08		
1. ความแข็งแรงทนทาน	3.33	1.07	4.25	0.62	-2.56	.026*
2. การดูแลทำความสะอาดได้ง่าย	2.92	0.90	4.00	0.60	-3.03	.012*
3. ความประหยัดและคุ้มค่า	3.25	1.14	4.08	0.67	-1.97	.075
4. ความทันสมัยและความสวยงาม	2.83	1.03	4.50	0.52	-4.21	.001*
5. ความปลอดภัยในการใช้งาน	3.33	0.98	4.17	0.83	-2.15	.054
6. ความเหมาะสมของขนาดและรูปร่าง	2.75	0.87	4.17	0.84	-4.21	.001*
7. ความสะดวกสบายในการใช้งาน	2.83	0.58	4.50	0.52	-5.86	.000**
8. ความเป็นไปได้ในการใช้งาน ได้จริง	3.25	0.87	4.42	0.52	-3.39	.006*

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

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจฯ ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวม และรายข้อพบว่า หลังการใช้นวัตกรรมตั้งตั้งรอกษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยสูงกว่า ก่อนการใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในภาพรวม คะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจาก 24.50 (S.D. = 5.71) เป็น 34.08 (S.D. = 3.29) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.23, p = .001$) ดังตารางที่ 2

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้นวัตกรรมตั้งตั้งรอกษา พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในการทำแผลเบาหวานที่เท้าสูงกว่าก่อน ใช้นวัตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์นี้สะท้อนว่า นวัตกรรมที่ออกแบบโดยใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design thinking) สามารถตอบสนองความพึงพอใจของผู้ใช้จริง แนวคิดนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Silva et al.¹⁹ ซึ่งอธิบายได้ว่ากระบวนการคิดเชิงออกแบบเน้นความเข้าใจผู้ใช้ (User-centered approach) ผ่าน 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) Empathize 2) Define 3) Ideate 4) Prototype 5) Test เพื่อพัฒนาแนวทางแก้ปัญหาที่สร้างสรรค์และเหมาะสมกับบริบทจริงของการพยาบาล การประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ในการพัฒนานวัตกรรมตั้งตั้งรอกษา จึงสะท้อนถึงความเข้าใจประสบการณ์และความต้องการของพยาบาลอย่างแท้จริง ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและความพึงพอใจของผู้ใช้งาน สอดคล้องกับงานของ Kosaji et al.²⁰ ที่รายงานว่าการพยาบาลและเทคโนโลยีสนับสนุนสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและความพึงพอใจของบุคลากรทางสุขภาพ การเลือกใช้วัสดุโพลีไวนิลคลอไรด์ (PVC) ในการพัฒนาอุปกรณ์มีความเหมาะสม เนื่องจากมีคุณสมบัติน้ำหนักเบา แข็งแรง และทำความสะอาดได้ง่าย ช่วยลดภาระงานด้านการบำรุงรักษา และเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้งานจริง ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับรายงานของ Mohammed²¹ ที่ศึกษาการใช้นวัตกรรมดิจิทัลในการดูแลแผล พบว่าอุปกรณ์ที่ใช้งานง่ายและดูแลรักษาไม่ซับซ้อน ช่วยเสริมความสะดวกในการปฏิบัติงานและเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และยังสอดคล้องกับ Salzman-Erikson²² ที่เสนอว่า การสะท้อนประสบการณ์ของพยาบาลต่อบริบทการทำงานจริง เป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนานวัตกรรมเชิงมนุษยธรรม ซึ่งช่วยให้เข้าใจทั้งมิติทางอารมณ์ จริยธรรม และวัฒนธรรมของการพยาบาล ได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น การใช้นวัตกรรมตั้งตั้งรอกษาในการทำแผลเบาหวานที่เท้า จึงไม่เพียงตอบโจทยด้านกายภาพของการจัดทำผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังสะท้อนความใส่ใจในมิติความรู้สึกและประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน นอกจากนี้การวิจัยยังสะท้อนการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในงานประจำวันของพยาบาล และพบว่า นวัตกรรมที่พัฒนาจากความต้องการของผู้ใช้โดยตรงสามารถเพิ่มทั้งประสิทธิภาพงานและความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานอย่างไรก็ตาม แม้ว่าความปลอดภัยในการใช้งาน และความประหยัดคุ้มค่า มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังใช้นวัตกรรม แต่ไม่แตกต่างทางสถิติ อาจเกิดจากการรับรู้ของผู้ใช้ที่ยังผูกกับประสบการณ์เดิม และการเปรียบเทียบกับอุปกรณ์มาตรฐานเดิมซึ่งยังรู้สึกไม่แตกต่างอย่างชัดเจน แม้จะเห็นแนวโน้มดีขึ้นแต่ต้องใช้เวลาหรือประสบการณ์ต่อเนื่องเพื่อสร้างความเชื่อมั่นและรับรู้ประโยชน์ที่มีนัยสำคัญมากขึ้นประกอบกับโครงสร้างของตั้งตั้งรอกษา ยังไม่สามารถตรงขาผู้ป่วยให้อยู่ในตำแหน่งที่มั่นคงได้อย่างสมบูรณ์²³

เช่นเดียวกันกับข้อค้นพบของ Choi²⁴ ที่ชี้ให้เห็นว่าการใช้อุปกรณ์ในการรองรับและสร้างความมั่นคงแก่ผู้ป่วยมีผลต่อการประเมินด้านความปลอดภัยและการยอมรับในทางปฏิบัติ

โดยสรุป การพัฒนานวัตกรรมตั้งร่องขา ถือเป็นก้าวสำคัญที่สะท้อนศักยภาพของพยาบาลไทยในการออกแบบและประยุกต์ใช้นวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาในบริบทจริง แม้ยังมีข้อจำกัดบางด้าน แต่ผลลัพธ์เชิงบวกด้านความสะดวกสบาย ความพึงพอใจ และการใช้งานจริง เป็นหลักฐานสนับสนุนว่านวัตกรรมลักษณะนี้ควรได้รับการพัฒนาต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และความคุ้มค่าในการดูแลผู้ป่วยในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ จากผลการวิจัยที่พบว่า นวัตกรรมตั้งร่องขา ช่วยเพิ่มความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการทำแผลเบาหวานที่เท้าได้อย่างมีนัยสำคัญ จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและหอผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีการดูแลผู้ป่วยแผลเบาหวานที่เท้า เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลและลดภาระงานของบุคลากร ทั้งนี้ควรมีการอบรมการใช้งานแก่นักศึกษาและพยาบาลวิชาชีพเพื่อสร้างความเข้าใจและความมั่นใจในการใช้จริงในทางคลินิก นอกจากนี้ การจัดหาอุปกรณ์ในระดับโรงพยาบาลชุมชนยังอาจช่วยเพิ่มความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วย และสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนานวัตกรรมการพยาบาลที่เน้นการแก้ปัญหาตามบริบท

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรขยายการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้น และครอบคลุมหลายบริบทของโรงพยาบาล เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ในด้านความพึงพอใจและประสิทธิภาพการใช้งาน รวมทั้งควรมีการประเมินผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม ที่ให้การสนับสนุนและเอื้อเพื่อโอกาสในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณ โรงพยาบาลนครพนม โดยเฉพาะหอผู้ป่วยศัลยกรรม เอื้ออารีย์ที่กรุณาอำนวยความสะดวกด้านสถานที่และการประสานงานในการเก็บรวบรวมข้อมูล นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยขอแสดงความซาบซึ้งใจต่อพยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างและให้ความร่วมมือในการทดลองใช้นวัตกรรม “ตั้งร่องขา” จนการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Diabetes - fact sheet [Internet]. 2024 [cited 2025 October 31]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas - 11th edition: Global and regional overview [Internet]. 2024 [cited 2025 October 31]. Available from: <https://diabetesatlas.org/data-by-location/global/>

3. The World Bank. Diabetes prevalence (% of population ages 20-79) - Thailand [Internet]. 2024 [cited 2025 October 31]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.DIAB.ZS?locations=TH>
4. Rittirong P. Epidemiology and associated factors of lower-limbs amputation of diabetic foot ulcer in Banmi Hospital, Lopburi Province. J Prev Med Assoc Thai. 2024; 14(3): 528-42. (in Thai)
5. Thungtak R. The prevalence and risk factors of diabetic foot ulcer in patients with type 2 diabetes mellitus at primary care setting in Trang Province. J Health Health Manag. 2023; 9(2): 230-41. (in Thai)
6. World Health Organization. Global report on diabetes and complications. Geneva: World Health Organization; 2022.
7. Department of Disease Control. Global report on diabetic foot complications. 2022. [cited 2025 October 31]. Available from: <https://ddc.moph.go.th> (in Thai)
8. Woranit W, Jupaphorn K, Sittichok T. The role of nurses in diabetic foot ulcer management. J Thai Wound Care Assoc. 2023; 7(2): 49-58. (in Thai)
9. Sun W, Yin L, Zhang T, Zhang H, Zhang R, Cai W. Prevalence of work-related musculoskeletal disorders among nurses: A meta-analysis. Iran J Public Health. 2023 Mar; 52(3): 463-75.
10. Wang C, Chung F-Y, Lin C-C, Gibson JC, McGuire S, Suarez AV, Billen J. The spongiform tissue in strumigenys ants contains exocrine glands. Arthropod Struct Dev. 2023; 73: 101246.
11. Mi Y, Wang J. Effectiveness of personalized continuous care in wound care of patients with diabetic foot ulcers. Front Endocrinol (Lausanne). 2025; 16: 1612047.
12. Phettong P. PVC for leg. 2017. [cited 2025 October 31]. Available from: https://explore.nrct.go.th/search_detail/result/2927 (in Thai)
13. Chonrathawatthin M. Move on “Pee mai luk, noo jad hai.” 2022. [cited 2025 October 31]. Available from: <https://webportal.bangkok.go.th> (in Thai)
14. Khamchalee A. Equipment for elevating patients' legs during wound care. 2021. [cited 2025 October 31]. Available from: <https://www.thailandinnovationportal.com> (in Thai)
15. Kelley DM, Moggridge B, Nuttall M. Design thinking. In: Brown T, (Eds.) Change by design: how design thinking creates new alternatives for business and society. New York: HarperBusiness; 2009. 9-29.
16. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

17. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007; 39(2): 175-191.
18. Lai L, Silanoi D, Kantimalai J. The use of rating scales in social sciences, humanities, hotel management, and tourism research. *J Ubon Ratchathani Univ Bus Admin*. 2018; 8(15): 112-26. (in Thai)
19. Silva NR da, Costa R, Locks MOH, Sebold LF. Design thinking: An approach to research and innovation in nursing. *Cogitare Enferm*. 2023; 28: e93167.
20. Kosaji D, Awad MI, Katmah R, Jelinek HF, Domingues MF, Baguneid M, Alanazi A, Khalaf K. Diabetic foot prevention, assessment, and management using innovative smart wearable technology: A systematic review. *J Neuroeng Rehabil*. 2025; 22: 168.
21. Mohammed HT, Corcoran K, Lavergne K, Graham A, Gill D, Jones K, Singal S, Krishnamoorthy M, Cassata A, Mannion D, Fraser RDJ. Clinical, operational, and economic benefits of a digitally enabled wound care program in home health: Quasi-experimental, pre-post comparative study. *JMIR Nurs*. 2025; 4(1): e71535.
22. Salzmann-Erikson M. A scoping review of autoethnography in nursing. *Int J Nurs Sci*. 2024; 11: 586-94.
23. Srisawat P, Wichit N, Khamkong N. Nursing innovation for improving wound care practices in community hospitals. *J Health Nurs Ubon Ratchathani Univ*. 2022; 1(2): 45-57. (in Thai)
24. Choi H, Tak SH, Song YA, Park J. Nurses' perspectives on the adoption of new smart technologies for patient care: focus group interviews. *BMC Health Serv Res*. 2025; 25: 391.

ประสิทธิผลของการคัดแยกผู้ป่วยต่อการตอบสนองการพยาบาลตามความเร่งด่วน งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร

วารุณี สุพิมล* พย.บ.

บทคัดย่อ:

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระบบ MOPH ED Triage และดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินต่อระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยและความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 12 คน ที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลอากาศอำนวย รวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนมิถุนายน - กันยายน 2568 วิธีการดำเนินการวิจัย อบรมให้ความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วยจากการประชุมกลุ่มย่อย ใช้คู่มือการคัดแยกผู้ป่วย ติดตามสังเกตการณ์ รวบรวมข้อมูลโดยศึกษาเวชระเบียนก่อนและหลังการทดลองจำนวน 240 ฉบับ เพื่อวิเคราะห์ระยะเวลาการรอคอย และความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย ด้วยใบคัดแยก และแบบบันทึกผลลัพธ์การคัดแยก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลารอคอยผู้ป่วยก่อนการทดลองแตกต่างจากหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้านการปฏิบัติตามทฤษฎีของพยาบาลพบว่า คะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความถูกต้องของการคัดแยกแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการศึกษาเน้นย้ำถึงประสิทธิผลของรูปแบบการคัดแยกตามระบบ MOPH ED Triage ที่ใช้ร่วมกับดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้น จึงควรส่งเสริมการใช้รูปแบบการคัดแยกดังกล่าวอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วย

คำสำคัญ: การคัดแยก, ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน, ระยะเวลารอคอย, ความถูกต้องของการคัดแยก

*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร, E-mail: errefer2562@gmail.com

วันที่รับบทความ 27 ตุลาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 9 ธันวาคม 2568 วันตอบรับบทความ 10 ธันวาคม 2568

Effectiveness of MOPH ED Triage On the Response to Nursing Urgency Emergency Departments of Akatamnui Hospital, Sakhon Nakon Provice

Warunee Supimon* B.N.S.

Abstract:

This quasi-experimental study aimed to examine the effectiveness of implementing the MOPH ED Triage system combined with the emergency severity index (ESI) on patient waiting time and triage accuracy. The sample consisted of 12 registered nurses working in the emergency department of Akatamnui Hospital. Data were collected between June and September 2025. The participants received triage knowledge through small-group discussions and the triage manual. Observational follow-up was conducted, and 240 patient medical records before and after the intervention were reviewed to analyze waiting time and triage accuracy using triage forms and triage outcome recording sheets. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

The results revealed that patient waiting time prior to the intervention differed significantly from the post-intervention period at .01. Regarding independent nursing roles, post-intervention scores were significantly higher than pre-intervention scores at .01. Triage accuracy also showed a statistically significant improvement at .01. These findings highlight the effectiveness of the MOPH ED Triage model used in conjunction with the emergency severity index for patient triage by registered nurses. Therefore, continuous implementation of this triage model is recommended to enhance the efficiency of patient care.

Keywords: Triage, Emergency severity index, Waiting time, Triage accuracy

*Corresponding author, Registered Nurse, Professional Level Akat Amnuai Hospital, Sakonnakhon Province, E-mail: errefer2562@gmail.com
Received October 27, 2025, Revised December 9, 2025, Accepted December 10, 2025

ความสำคัญและความเป็นมา

การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Prematurity death) และการเกิดภาวะทุพพลภาพทั่วโลก การเข้าถึงบริการและการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่เป็นมาตรฐานจึงเป็นกุญแจสำคัญในการสร้างห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of survival) ในระดับประเทศ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้การพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร เป็นนโยบายหลัก ภายใต้ยุทธศาสตร์ Service excellence เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและเพิ่มประสิทธิภาพของระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Care System: ECS)¹ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลสถิติชี้ให้เห็นว่าห้องฉุกเฉินทั่วประเทศยังประสบปัญหาความแออัดรุนแรง โดยมีผู้มารับบริการสูงถึง 35 ล้านครั้ง/ปี และพบว่าเกือบ 60% เป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ซึ่งสูงกว่าประเทศพัฒนาแล้วอย่างสหรัฐอเมริกาและออสเตรเลีย ปัญหาเหล่านี้ไม่เพียงแต่ทำให้ทรัพยากรทางการแพทย์ถูกใช้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ แต่ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติที่ต้องได้รับการกู้ชีพอย่างทันที่²

เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนดในพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 28 ประเทศไทยจึงต้องมีระบบคัดแยกที่ได้มาตรฐาน ระดับสากลมีการใช้ระบบคัดแยกแบบ 5 ระดับความรุนแรง เช่น Canadian triage and acuity scale (CTAS) และ Emergency severity index (ESI) ซึ่งนำมาสู่การพัฒนาเกณฑ์การคัดแยกและจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข (MOPH ED Triage) สำหรับโรงพยาบาลในประเทศไทย โดยมุ่งเน้นการคัดแยกที่แม่นยำ ไม่เกิดภาวะคัดแยกสูงหรือต่ำกว่าสภาพรุนแรงที่เป็นจริง (Over or under triage) บทบาทสำคัญในกระบวนการนี้เป็นของพยาบาลผู้ทำหน้าที่คัดแยก (Triage nurse) ซึ่งต้องมีทักษะ ความรู้ และความแม่นยำในการจำแนกผู้ป่วยตามสถานะจริง เพื่อให้เกิดการตอบสนองการพยาบาลตามความเร่งด่วนได้อย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยทั้งในระดับประเทศและต่างประเทศพบว่า เน้นการนำรูปแบบการคัดแยก 5 ระดับมาใช้ซึ่งมีประสิทธิภาพนั้นขึ้นอยู่กับความถูกต้องของการคัดแยกและการลดระยะเวลารอคอย และพบช่องว่างของความรู้คือการศึกษาส่วนใหญ่เน้นการพัฒนาและทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ แต่การศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบ MOPH ED Triage ร่วมกับดัชนีความรุนแรงต่อผลลัพธ์การตอบสนองการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านระยะเวลารอคอย การปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาล และความถูกต้องของการคัดแยก โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริบทของโรงพยาบาลชุมชนยังมีน้อย³⁻⁶

โรงพยาบาลอากาศอำนวยการเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F1 มีอัตราความผิดพลาดในการคัดแยกสูงอย่างต่อเนื่อง ทั้ง Under triage สูงถึงร้อยละ 9 และ Over triage สูงถึงร้อยละ 16 ในช่วงปี พ.ศ. 2564-2566⁷ และนำมาสู่ความเสี่ยงและการร้องเรียนเรื่องการตรวจรักษาที่ล่าช้า สถานการณ์ปัญหาเชิงบริบทนี้ชี้ให้เห็นว่าระบบการคัดแยกเดิมยังขาดประสิทธิภาพ ดังนั้น การวิจัยนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการนำ

รูปแบบ MOPH ED Triage มาปรับใช้และศึกษาประสิทธิภาพ เพื่อตอบโจทย์ช่องว่างทางความรู้ และนำไปสู่การพัฒนากระบวนการคัดแยกผู้ป่วยในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพและความแม่นยำสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ และการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน
2. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย
3. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติบทบาทหน้าที่พยาบาลคัดแยก ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย
4. เพื่อเปรียบเทียบความถูกต้องของการคัดแยกก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย

สมมติฐานการวิจัย

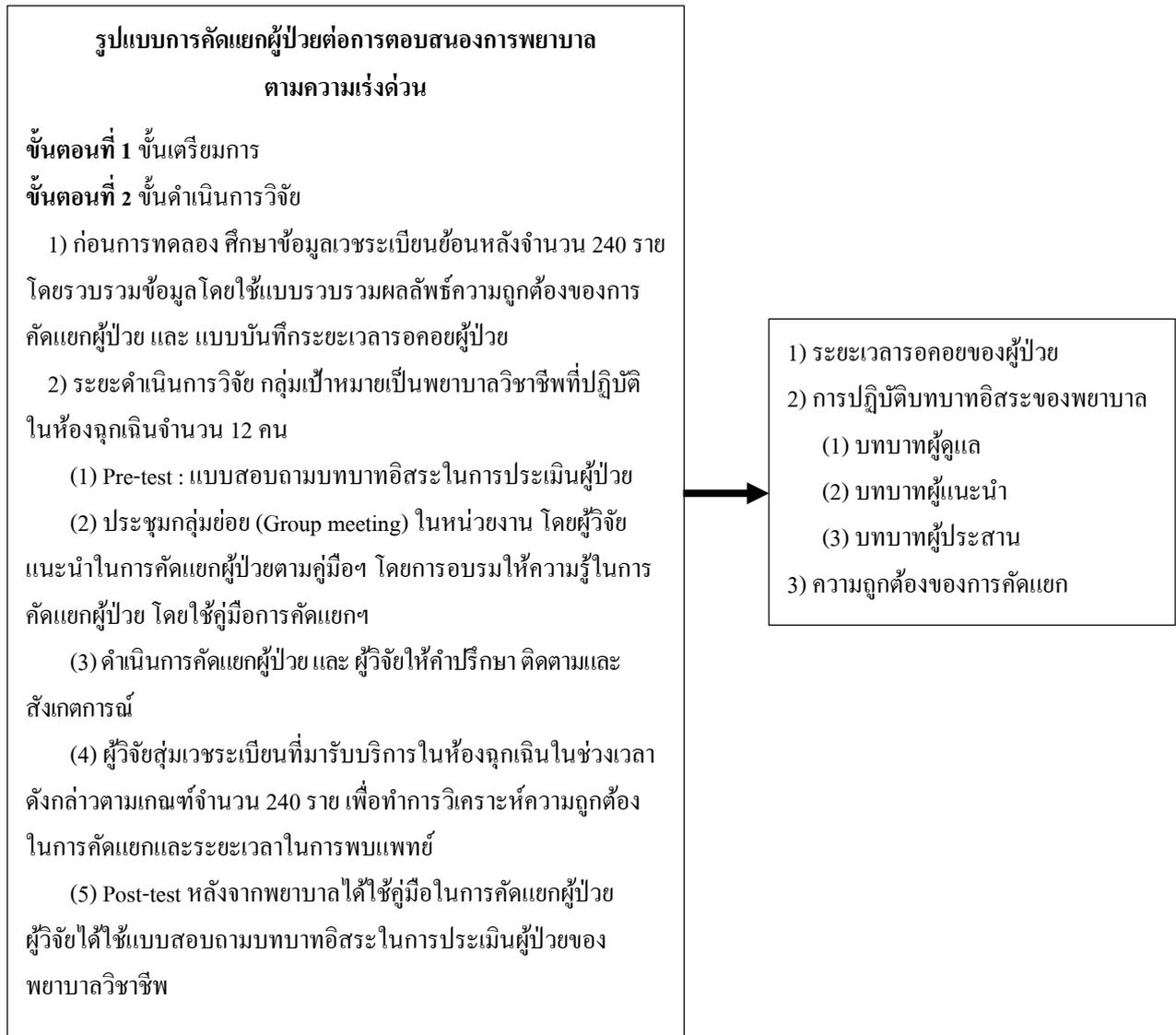
1. ภายหลังจากใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระบบ MOPH ED Triage และดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ช่วยลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยในแต่ละระดับความรุนแรงฉุกเฉินตามเกณฑ์หรือน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ภายหลังจากใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระบบ MOPH ED Triage และดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน เพิ่มความถูกต้องของการคัดแยกระดับความรุนแรงฉุกเฉินของผู้ป่วย เมื่อเทียบกับก่อนการใช้รูปแบบดังกล่าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. ภายหลังจากใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระบบ MOPH ED Triage และดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน การปฏิบัติบทบาทพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพจะมีคะแนนสูงขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนการใช้รูปแบบดังกล่าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษากลุ่มเดียววัดก่อนหลัง (Quasi experimental research with one-group pre-post-test design)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนากรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลอากาศอำนวยการ และเวชระเบียนของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลอากาศอำนวยการ ในช่วงเวลาที่ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง เดือนกันยายน 2568 จำนวน 12,889 ฉบับ

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการในห้องฉุกเฉิน จำนวน 12 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ปฏิบัติงานหมุนเวียนหรือรับผิดชอบงานคัดแยกผู้ป่วย และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก คือ

1) ไม่อยู่ในพื้นที่ปฏิบัติงานในช่วงเวลาของการเก็บข้อมูล เช่น ลาศึกษาต่อ ลาพักผ่อนระยะยาว

ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วน กรณีประชากรขนาดใหญ่ แทนค่า P ด้วย 0.796 ซึ่งเป็นสัดส่วนความถูกต้องของการประเมินคัดแยกผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่หลังการอบรม จากการศึกษาของพิมพา วีระคำ และคณะ⁸ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 208 และเพื่อป้องกันการสูญหาย และไม่สมบูรณ์จึงเพิ่มเป็น 240 ฉบับ จากนั้นนำมาแบ่งเป็น 5 ระดับความรุนแรง ประกอบด้วย Critical, Emergency, Urgent, Semi-urgent, Non-urgent ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 5 กลุ่มจำแนกตามความรุนแรงจะได้ระดับละ 48 ฉบับ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์ (Increase statistical power) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการวิเคราะห์ความแตกต่างของแต่ละระดับความรุนแรงที่มีความถี่แตกต่างกันในความเป็นจริง⁹ ในการรวบรวมข้อมูลนี้ใช้เวาระเบียนจำนวน 240 ฉบับ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร โดยมีรหัสโครงการ 005-2568 และเลขที่ SKN REC 2025-041 ลงวันที่ 16 มิถุนายน 2568 ผู้วิจัยได้ขออนุญาตรวบรวมข้อมูล แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ ขั้นตอน และระยะเวลาการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การนำเสนอผลการวิจัยได้นำเสนอในภาพรวมไม่ระบุรายบุคคล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือคู่มือการคัดแยกผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอ้างอิงจาก MOPH ED Triage โดยมีเนื้อหาประกอบด้วย เกณฑ์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน แนวปฏิบัติเฉพาะสำหรับหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชของโรงพยาบาล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 16 ข้อ มีเนื้อหาเกี่ยวกับ (1) บทบาทผู้ดูแล (2) บทบาทผู้แนะนำ และ (3) บทบาทผู้ประสาน และ 2) แบบรวบรวมผลลัพธ์ความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย ใช้บันทึกผลการคัดแยกระดับความรุนแรงโดยพยาบาลเทียบกับผลการคัดแยกของผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญ เพื่อประเมินความถูกต้อง (ข้อมูลได้จากเวาระเบียนและใบคัดแยก)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย การสร้างเครื่องมือผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน (ESI) และนำเกณฑ์ MOPH ED Triage มาปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือการคัดแยกผู้ป่วย ได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 ท่าน และ พยาบาลวิชาชีพ 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of item objective

congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.83 ถึง 1.00 และได้นำไปทดลองกับพยาบาล วิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 13 คน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับใกล้เคียงกันในพื้นที่จังหวัดใกล้เคียง จากนั้นวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถามการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงรวมเท่ากับ 0.92

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการรวบรวมข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยได้มีการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการ ในการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ได้ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และลงนามในหนังสือเจตนา

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1) ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลังจำนวน 240 ราย ที่เข้ารับบริการในห้องฉุกเฉินระหว่าง เดือน เมษายน-มิถุนายน 2568 โดยรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบรวบรวมผลลัพธ์ความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย และ แบบบันทึกระยะเวลารอคอยผู้ป่วย

2) ระยะดำเนินการวิจัย โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติในห้องฉุกเฉินจำนวน 12 คน มีดำเนินการ คือ

(1) พยาบาลวิชาชีพตอบแบบสอบถามบทบาทอิสระในการประเมินผู้ป่วย จำนวน 16 ข้อ (Pre-test)

(2) ประชุมกลุ่มย่อย (Group meeting) ในหน่วยงาน โดยผู้วิจัยแนะนำในการคัดแยกผู้ป่วยตามคู่มือ MOPH ED Triage ร่วมกับ ESI เพื่อเพิ่มความรู้ในการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน มุ่งเน้นที่แนวคิดพื้นฐานการคัดแยก 5 ระดับ ตามเกณฑ์ MOPH ED Triage โดยคู่มือการคัดแยกผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นเป็นหลักซึ่งครอบคลุมขั้นตอนการคัดแยก การประเมินภาวะคุกคามชีวิต/ไม่สมควรรอการคาดการณ์ความจำเป็นในการใช้ทรัพยากรและการประเมินสัญญาณชีพ

(3) ให้พยาบาลวิชาชีพใช้คู่มือการคัดแยกผู้ป่วยเพื่อการคัดแยกผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในห้องฉุกเฉิน โดยใช้ระยะเวลา 3 เดือน และผู้วิจัยจะติดตามผลและการควบคุมคุณภาพ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษาและติดตามสังเกตการณ์ การคัดแยกของผู้ปฏิบัติงานทุกคนในเวรเช้า (08.00 - 16.00 น.) และเวรบ่าย (16.00 - 24.00 น.) หากพบข้อผิดพลาด หรือความไม่เข้าใจในการใช้เกณฑ์ ผู้วิจัยจะให้คำปรึกษารายบุคคล หรือจัดประชุมรายสัปดาห์เพื่อแก้ไขความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน จนกว่าการปฏิบัติงานด้วยรูปแบบใหม่จะมีความคงที่และถูกต้อง

(4) ผู้วิจัยสุ่มเวชระเบียนที่มารับบริการในห้องฉุกเฉินในช่วงเวลาดังกล่าวตามเกณฑ์จำนวน 240 ราย เพื่อทำการวิเคราะห์ความถูกต้องในการคัดแยกและระยะเวลาในการพบแพทย์ โดยใช้แบบรวบรวมผลลัพธ์ความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย และ แบบบันทึกระยะเวลารอคอยผู้ป่วย

(5) หลังจากพยาบาลได้ใช้คู่มือในการคัดแยกผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามบทบาทอิสระในการประเมินผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 12 คน และวิเคราะห์ผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป จะดำเนินการโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบ โดยการวิเคราะห์สถิติเปรียบเทียบ ได้แก่

1) การเปรียบเทียบระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยกับเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลีย โดยใช้สถิติ t-test

2) เปรียบเทียบการปฏิบัติบทบาทหน้าที่พยาบาลคัดแยก ก่อนหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วย โดยใช้สถิติ Paired t-test

3) เปรียบเทียบความถูกต้องของการคัดแยกก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้สถิติ t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจำนวน 12 คน เป็นเพศชาย 1 คน (ร้อยละ 8.33) เพศหญิง 11 คน (ร้อยละ 91.67) อายุระหว่าง 30-53 ปี อายุเฉลี่ย 43.08 ปี (S.D. = 7.03) ทั้งหมดจบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 5 ปี และมีพยาบาลที่ผ่านการอบรมการคัดแยกผู้ป่วยจำนวน 11 คน (ร้อยละ 91.67)

ระยะเวลาการรอคอยพบว่า ระยะเวลาการรอคอยก่อนการทดลองพบว่า ผู้ป่วยวิกฤติ มีระยะเวลาการรอคอย 0-2 นาที (Mean = 0.80, S.D. = 0.60) เจ็บป่วยฉุกเฉิน 5-25 นาที (Mean = 15.50, S.D. = 6.00) เจ็บป่วยรึบด่วน 20-60 นาที (Mean = 45.5, S.D. = 12.55) เจ็บป่วยถึงรึบด่วน 40-120 นาที (Mean = 85.00, S.D. = 12.55) และ เจ็บป่วยไม่รึบด่วน 90-180 นาที (Mean = 135.00, S.D. = 30.00) หลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยวิกฤติมีระยะเวลาการรอคอย 0-1 นาที (Mean = 0.21, S.D. = 0.41) เจ็บป่วยฉุกเฉิน 0-20 นาที (Mean = 7.48, S.D. = 4.02) เจ็บป่วยรึบด่วน 5-44 นาที (Mean = 17.58, S.D. = 8.28) เจ็บป่วยถึงรึบด่วน 5-72 นาที (Mean = 35.31, S.D. = 18.15) และ เจ็บป่วยไม่รึบด่วน 10-112 นาที (Mean = 61.10, S.D. = 28.07) เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาการรอคอยก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกประเภทความเร่งด่วน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้
ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน (n = 240)

ประเภทความเร่งด่วน	ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย								t	p-value
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง					
	Min	Max	Mean	S.D.	Min	Max	Mean	S.D.		
1. วิกฤต	0	2	0.80	0.60	0	1	0.21	0.41	-6.07	<.001*
2. เจ็บป่วยฉุกเฉิน	5	25	15.50	6.00	0	20	7.48	4.02	-8.27	<.001*
3. เจ็บป่วยรีบด่วน	20	60	45.50	12.55	5	44	17.58	8.28	-12.87	<.001*
4. เจ็บป่วยกึ่งรีบด่วน	40	120	85.00	20.00	5	72	35.31	18.15	-13.19	<.001*
5. เจ็บป่วยไม่รีบด่วน	90	180	135.0	30.00	10	112	61.10	28.07	-12.44	<.001*

*p-value < .01

บทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ คณะกรรมการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพหลังการ
พัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .01) รวมทั้งบทบาทผู้ดูแล (t = 16.69,
p-value < .01) บทบาทผู้แนะนำมีความแตกต่างกันก่อนและหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
(p-value < .01) และ บทบาทผู้ประสานงานแตกต่างกันก่อนและหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
(p-value < .01) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลของการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบ
การคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินรายด้านและโดยรวม (n = 12)

การปฏิบัติบทบาทอิสระของ พยาบาลวิชาชีพ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
บทบาทผู้ดูแล	2.04	0.60	4.54	0.46	16.69	.00*
บทบาทผู้แนะนำ	2.13	0.53	4.67	0.45	13.25	.00*
บทบาทผู้ประสานงาน	2.25	0.54	4.39	0.44	13.19	.00*
บทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ	2.14	0.56	4.41	0.45	14.38	.00*

*p-value < .01

ความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยพบว่า ก่อนการทดลองคัดแยกถูกต้อง 161 ราย (ร้อยละ 67.08)
ไม่ถูกต้อง 79 ราย (ร้อยละ 32.92) โดยพบว่า ความถูกต้องของการคัดแยกต่ำกว่าสภาพจริง 24 ราย (ร้อยละ 10)
และ สูงกว่าสภาพจริง 55 คน (ร้อยละ 22.92) หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้ทำการคัดแยกผู้ป่วยถูกต้อง
208 ราย (ร้อยละ 85) และ ไม่ถูกต้อง 32 ราย (ร้อยละ 15.00) โดยพบว่า ต่ำกว่าสภาพจริง 8 ราย (ร้อยละ 3.33) และ
สูงกว่าสภาพจริง 14 ราย (ร้อยละ 5.83) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองพบว่า
ความถูกต้องของการคัดแยกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .01) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนี
ความรุนแรงฉุกเฉิน (n = 240)

ความถูกต้องของ การคัดแยกระดับ ความรุนแรงผู้ป่วย	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง				t	df	p- value
	จำนวน	ร้อยละ	Mean	S.D.	จำนวน	ร้อยละ	Mean	S.D.			
คัดแยกถูกต้อง	161	67.08	13.42	1.88	208	85	17.33	0.49	-6.68	11	<.01*
คัดแยกไม่ถูกต้อง	79	32.92	6.58	1.88	32	15	2.67	0.49			

*p-value < .01

การอภิปรายผล

การคัดแยกต่อการตอบสนองการพยาบาลตามความเร่งด่วนโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินและการประชุมกลุ่มที่เกี่ยวข้องพบว่า ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยทุกระดับความรุนแรงลดลงและต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของออสเตรเลียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้ป่วยวิกฤติมีระยะเวลารอคอยเฉลี่ยน้อยกว่า 1 นาที และผู้ป่วยเจ็บป่วยรุนแรงมีระยะเวลารอคอยเฉลี่ย 7.48 นาที สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินของ MOPH ED Triage แสดงให้เห็นว่าหากพยาบาลมีความเข้าใจระบบการคัดแยกและคัดแยกได้ถูกต้องตามเกณฑ์ทำให้สามารถ บริหารเวลารอคอยสอดคล้องกับระดับความเร่งด่วนตามเวลาที่กำหนด ซึ่งนำไปสู่การลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยทุกระดับ ซึ่งการลดระยะเวลารอคอยนี้เป็นการแก้ไขปัญหาสำคัญที่ระบุไว้ในบทนำที่ว่า การคัดแยกที่ผิดพลาดส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ล่าช้า และเพิ่มความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยและการมีแนวปฏิบัติที่ครอบคลุมและเป็นมาตรฐานเดียวกันทำให้การตัดสินใจของพยาบาลถูกต้องและรวดเร็วขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยที่อาการรุนแรงเข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างทันที่ สอดคล้องกับความสำคัญของการคัดแยกที่ถูกต้องเพื่อลดการเกิดภาวะทรุดลงขณะรอตรวจ

การปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินทั้ง 3 ด้านดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งให้เห็นว่ารูปแบบการคัดแยกที่เป็นมาตรฐานช่วยเสริมสร้างบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ และการที่รูปแบบการคัดแยกมีขั้นตอนการดูแลหรือขั้นตอนการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้พยาบาลคัดแยกมีความมั่นใจและสามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้องในการจัดผู้ป่วยให้อยู่ในระดับความรุนแรงที่เหมาะสม หากมีแนวปฏิบัติที่ครอบคลุมและชัดเจนสนับสนุนการแสดงบทบาทอิสระ (Autonomous role) ของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับที่กล่าวถึงโดยมยุรี มานะงาน¹⁰ ว่ารูปแบบการคัดแยกที่มีมาตรฐานช่วยพยาบาลในการแสดงบทบาทอิสระในการปฏิบัติงานและส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานโดยรวม ซึ่งการมีความรู้และความมั่นใจที่เพิ่มขึ้นผ่านการประชุมกลุ่มและอบรม ทำให้พยาบาลมีความกล้าในการตัดสินใจที่รวดเร็วและถูกต้อง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติบทบาทอิสระในสถานการณ์ฉุกเฉิน

ความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยพบว่า ภายหลังจากใช้รูปแบบการคัดแยกโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินและความรู้จากการประชุมกลุ่ม ความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จาก 67.08% เป็น 85.00% ในขณะที่ความผิดพลาดในการคัดแยกทั้งหมดลดลงจาก 32.92% เหลือ 15.00% โดยความผิดพลาดประเภท “คัดแยกต่ำกว่าสภาพรุนแรงที่เป็นจริง” (Under triage) ลดลงจาก 10% เหลือ 3.33% และความผิดพลาดประเภท “คัดแยกสูงกว่าสภาพรุนแรงที่เป็นจริง” (Over triage) ลดลงจาก 22.92% เหลือ 5.83% ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นที่ยืนยันว่าการใช้แนวทางการคัดแยกที่เป็นมาตรฐาน และการอบรมสามารถเพิ่มความถูกต้องได้จริงสอดคล้องกับการศึกษาของ พนอ เตชะอริศ และ ปรีวัฒน์ ภู่อเงิน¹¹ ที่ทำการประเมินคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยในกลุ่มพยาบาล โดยพบความผิดพลาดประเภท Over triage ร้อยละ 15.19 และ Under Triage ร้อยละ 3.33 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอัตราความผิดพลาดหลังการปรับปรุง (Under triage 3.33% และ Over triage 5.83%) มีแนวโน้มที่ต่ำกว่างานวิจัยดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่ม Over Triage สอดคล้องกับการศึกษาของ สหัชศัญญา สุขจันทร์และคณะ¹² ที่พบว่า ความผิดพลาดในการคัดแยกส่วนใหญ่มักเป็นการประเมินระดับความฉุกเฉินสูงเกินจริง (Over triage) ซึ่งเป็นรูปแบบความผิดพลาดที่ลดลงอย่างมากในการศึกษานี้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพา วีระคำและคณะ⁸ ที่ได้ผลวิจัยว่า การอบรมการคัดแยกผู้ป่วยสามารถเพิ่มความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยฉุกเฉินได้จริง ดังนั้น การประชุมกลุ่มและการจัดอบรมให้ความรู้จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้พยาบาลมีความรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และสามารถลดความผิดพลาดในการคัดแยกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล โรงพยาบาลควรนำรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตามระบบ MOPH ED Triage และดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินอย่างเป็นทางการ และขยายผลไปสู่พยาบาลทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในแผนก และการเสริมสร้างบทบาทอิสระ ควรส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการคัดแยกผู้ป่วย และการดูแลเบื้องต้นอย่างต่อเนื่อง เช่น ให้ความรู้เพิ่มเติมเฉพาะทาง การสนับสนุนด้านอุปกรณ์ และการให้อำนาจในการตัดสินใจในการบริหารเบื้องต้นก่อนพบแพทย์

1.2 ด้านนโยบาย ควรมีนโยบายพัฒนาสมรรถนะพยาบาล กำหนดให้การจำแนกประเภทผู้ป่วยเป็นสมรรถนะวิชาชีพเฉพาะ (Specialized competency) ของหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาถึงประสิทธิผลในระยะยาว เพื่อติดตามและประเมินว่า ความถูกต้องของการคัดแยก และการปฏิบัติบทบาทอิสระของพยาบาล ยังคงอยู่ในระดับสูงหรือไม่ ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 6-12 เดือน

2.2 ควรศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่ของความรู้และทักษะ เช่น ความถี่ในการจัดอบรม ทบทวน หรือสนับสนุนจากผู้บริหาร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอากาศอำนวย ที่อนุญาตและสนับสนุนการวิจัย หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำปรึกษาด้านระเบียบวิธีวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล แพทย์ผู้เชี่ยวชาญและพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตลอดจนเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. MOPH ED Triage. 1st ed. Nonthaburi: Bureau of Medical Academic, Department of Medical Services; 2018. (in Thai)
2. Klaisuban C. Handbook of appropriate emergency room service provision guidelines based on facility potential level. 2nd ed. Nonthaburi: Bureau of Medical Academic; 2018. (in Thai)
3. Konklai P, Kadsomboon K. The effectiveness of using an outpatient triage guideline based on urgency level at Sung Men Hospital, Sung Men District, Phrae Province. J Phrachomkloa Coll Nurs Phetchaburi. 2024; 7(3): 91-107. (in Thai)
4. Moolsarn P. The effectiveness of triage training on the accuracy of triage in the emergency and forensic medicine unit, Somdet Phra Yuppharat Loeng Nok Tha Hospital [Internet]. 2024 [cited 2024 March 12]. Available from: <https://www.yasothon.moph.go.th>. (in Thai)
5. Rittiwong R. The effect of a patient triage model utilizing the professional nurse's role and the use of the emergency severity index on waiting time at Kut Chap Hospital. J Health Environ Educ. 2024; 9(1): 194-203. (in Thai)
6. Upnananchai S, Auamtanee A. The effect of using a patient triage model utilizing the Emergency Severity Index on patient waiting time and the independent role performance of professional nurses in the emergency and trauma unit, Klang Hospital. J Charoenkrung Pracharak Hosp. 2017; 13(2): 90-101. (in Thai)
7. Emergency and Trauma Unit, Akat Amnuai Hospital. Annual Report 2023. Sakon Nakhon: Akat Amnuai Hospital; 2023. (in Thai)
8. Veerakam P, Wiriyapornpraphas K, Jak-aom S, Phinyo P. The effectiveness of training on MOPH ED Triage system on the accuracy of patient triage by staff of the emergency and trauma unit, Mae Sai Hospital. J Dep Med Serv. 2019; 44(5): 70-4. (in Thai)

ประสิทธิผลของการคัดแยกผู้ป่วยต่อการตอบสนองการพยาบาลตามความเร่งด่วน
งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร

9. Australian Government. Emergency Triage Education Kit [Internet]. 2007 [cited 2024 December 6]. Available from: <http://www.ag.gov.au/cca>
10. Manangarn M. The effect of using a triage guideline based on urgency level in the outpatient unit, Chakkarat Hospital, Chakkarat District, Nakhon Ratchasima Province. J Public Health Nurs. 2020; 34(3): 52-65. (in Thai)
11. Techathik P, Phoon-Ngern P. Triage process in the emergency room. In: Essential knowledge in emergency care. 1st ed. Khon Kaen: Khlang Nana Printing; 2014. (in Thai)
12. Sukjamnong S, Pakkarato B, Singharn S, Srisawang W, Chamnanborirak P. Quality of emergency patient triage in Nadun Hospital, Nadun District, Maha Sarakham Province. Thai J Emerg Med. 2021; 1(2): 69-83.

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษา ด้วยยาละลายลิ่มเลือด ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร

กมลพร พรหมเทศ* พย.บ.

บทคัดย่อ:

การศึกษาแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด กลุ่มตัวอย่างเป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารักษาในปี พ.ศ. 2564-2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสำรวจข้อมูลทั่วไป แบบประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาพยาบาลและผลลัพธ์ของผู้ป่วย ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 79.52 อายุระหว่าง 60-75 ปี ร้อยละ 39.76 ผู้ป่วยเริ่มมีอาการก่อนมาถึงโรงพยาบาลระยะเวลาน้อยกว่า 120 นาที ร้อยละ 50.60 มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ 40.96 และ 32.53 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคคือ การสูบบุหรี่ ร้อยละ 39.76 และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 22.89 ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ส่วนใหญ่พบ ST Elevation บริเวณ Anterior wall และ Inferior wall ร้อยละ 48.19 และ 37.35 ตามลำดับ การตรวจปอดพบ Killip class I ร้อยละ 74.70 และชนิดของยาละลายลิ่มเลือดที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาส่วนใหญ่คือ Streptokinase ร้อยละ 96.39 ด้านการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาพยาบาลพบว่า การซักประวัติคัดกรอง ภายในเวลา 5 นาที และการรายงานแพทย์ทันที ร้อยละ 83.13 เท่ากัน การประเมิน Contraindication การให้ข้อมูลและเซ็นยินยอม ก่อนการรักษา การบันทึกสัญญาณชีพก่อน ขณะ และหลังการให้ยาทุก 15 นาทีหรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 100 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด ภายในเวลา 30 นาที ร้อยละ 90.36 และระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดตั้งแต่เริ่มมีอาการ ภายในเวลา 3 ชั่วโมง ร้อยละ 55.42 เฉลี่ย 3 ชั่วโมง 59 นาที ด้านผลลัพธ์ของผู้ป่วยพบว่าผล EKG 12 lead หลังยาละลายลิ่มเลือดหมด 90 นาที มี Reperfusion ร้อยละ 38.55 ภาวะแทรกซ้อนหลังได้ยาคือ ภาวะความดันโลหิตต่ำร้อยละ 44.58 ระยะเวลานอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 6 ชั่วโมง ร้อยละ 65.06 การส่งต่อเพื่อทำ PCI ร้อยละ 85.54 และอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 10.84 สรุปได้ว่าแผนการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและทำให้หน่วยงานมีแนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้ถูกต้องตามมาตรฐาน

คำสำคัญ: โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, ยาละลายลิ่มเลือด, การดูแลผู้ป่วย

*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร

E-mail: waewoppol@gmail.com

วันที่รับบทความ 17 พฤศจิกายน 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 9 ธันวาคม 2568 วันตอบรับบทความ 10 ธันวาคม 2568

Outcomes of Care for Patients with Acute ST-Elevation Myocardial Infarction Receiving Thrombolytic Therapy in the Emergency Department of Mukdahan Hospital

Kamonphon Promthet B.N.S.*

Abstract:

This retrospective descriptive study aimed to examine outcome of clinical practice guidelines and the outcomes of patients with acute ST-elevation myocardial infarction (STEMI) who received thrombolytic therapy. The sample consisted of the medical records STEMI patients treated with thrombolytic agents, identified through a review of medical records from 2021 to 2024. The research instruments included a general demographic data form and an assessment form for outcomes of clinical practice guidelines and patient outcomes, both of which were evaluated for content validity. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency distribution, mean, and percentage.

The results showed that most patients were male (79.52%) and between 60 and 75 years of age (39.76%). Half of the patients developed symptoms less than 120 minutes before arriving at the hospital (50.60%). The most common comorbidities were hypertension (40.96%) and diabetes mellitus (32.53%). Major risk factors included cigarette smoking (39.76%) and hyperlipidemia (22.89%). Electrocardiographic findings indicated ST elevation primarily in the anterior wall (48.19%) and inferior wall (37.35%). Clinical assessment revealed that most patients were classified as Killip class I (74.70%). Streptokinase was the most commonly administered thrombolytic agent (96.39%). Regarding adherence to clinical care guidelines, history taking and initial screening within 5 minutes, as well as immediate notification of the physician, were achieved in 83.13% of cases. Assessment of contraindications to thrombolytic therapy, patient education and informed consent, and monitoring of vital signs before, during, and every 15 minutes after drug administration or when symptoms changed were performed in 100% of cases. The proportion of patients who received thrombolytic therapy was administered within 30 minutes of diagnosis (diagnosis to fibrinolysis) in 90.36%. Additionally, 55.42% received thrombolytic therapy within 3 hours of symptom onset, with an average onset-to-needle time of 3 hours and 59 minutes. Regarding patient outcomes, 12-lead ECG findings at 90 minutes after completion of thrombolytic therapy showed reperfusion in 38.55% of patients. Post-treatment complications included hypotension (44.58%). A total of 65.06% of patients remained in the emergency department for less than 6 hours.

**Corresponding author, Registered nurse, Professional level, Emergency and Accident Nursing Department, Mukdahan Hospital*

E-mail: waewoppol@gmail.com

Received November 17, 2025, Revised December 9, 2025, Accepted December 10, 2025

Referral for percutaneous coronary intervention (PCI) occurred in 85.54% of cases, and the in-hospital mortality rate was 10.84%. In conclusion, the clinical care pathway for patients with acute ST-elevation myocardial infarction appears beneficial, supporting standardized management and enhancing the quality and consistency of patient care.

Keywords: Acute ST-elevation myocardial infarction, Thrombolytic therapy, Patient care

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโลก ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองมากกว่า 20 ล้านคน ทั้งนี้ 80% ของการเสียชีวิตสามารถป้องกันได้¹ สำหรับประเทศไทย จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2565 พบการเสียชีวิตของคนไทยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึง 7 หมื่นคน เฉลี่ยชั่วโมงละ 8 คน และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี สาเหตุเกิดจากหลอดเลือดไปเลี้ยงที่หัวใจตีบตัน ขาดความยืดหยุ่น เนื่องจากการสะสมของไขมัน โปรตีน และการอักเสบที่บริเวณผนังด้านในของหลอดเลือด ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ คือ อายุ เพศ ประวัติครอบครัว ระดับความดันโลหิตที่สูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โดยโรคนี้นักเป็นโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ความเสี่ยงจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีความเครียดหรือไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายการรักษาของแพทย์²

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ST-elevation myocardial infarction: STEMI) เป็นการเจ็บป่วยวิกฤตและฉุกเฉินมีสาเหตุเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจโดยสมบูรณ์อย่างเฉียบพลันซึ่งความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่หลอดเลือดหัวใจอุดตัน ดังนั้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบเร่งด่วนโดยการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจโดยเร็วที่สุด คือ ควรได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดภายใน 120 นาทีนับตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการ โดยควรได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีแรกนับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล และไม่ควรเกิน 6 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ จึงจะสามารถจำกัดบริเวณการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและลดอัตราการตายได้³

การดูแลรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำเป็นต้องมีการวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาทันทั่วทั้งที่ ลดอุบัติเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้หรือเสียชีวิตตั้งแต่มองถึงโรงพยาบาล และหากไม่รอดชีวิตก็ไม่เกิดทุพพลภาพจากกล้ามเนื้อหัวใจที่เสียไปกลับไปใช้ชีวิตได้ปกติ โรงพยาบาลมุกดาหารได้รับการยกระดับเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ S (Standard level-S referral hospital) ขนาด 350 เตียง มีจำนวนเตียงให้บริการจริง 485 เตียง (วันที่ 1 ธันวาคม 2565) ปัจจุบันมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจ 1 ท่าน และแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 2 ท่าน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้มีการตรวจประเมินและจัดระดับให้โรงพยาบาลมุกดาหารเป็นศูนย์โรคหัวใจตติยภูมิระดับ 4 (Cardiac center level 4) เมื่อปี พ.ศ.2552 สามารถให้บริการในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome) คือ การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agent) แต่ยังไม่สามารถทำการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ หลังจากได้รับยาละลายลิ่มเลือดผู้ป่วยจะได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานีซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายศูนย์สุขภาพเขตที่ 10 โดยโรงพยาบาลมุกดาหารได้มีการกำหนดระยะเวลาการให้ยาละลายลิ่มเลือด Door to needle ภายใน 30 นาที เมื่อผู้ป่วยมาถึงจากผลการปฏิบัติการพยาบาลยังพบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาละลาย

ลิ้มเลือด Door to needle น้อยกว่า 30 นาทีในปี พ.ศ. 2561-2563 ทำได้เพียงร้อยละ 32.35 ในปัจจุบัน โรงพยาบาลมุกดาหารได้รับการยกระดับเป็นศูนย์โรคหัวใจระดับ 3 โดยสามารถให้บริการตรวจรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยการตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องมือแบบภายนอก (Non invasive intervention) การตรวจ Echocardiography และการตรวจ Exercise treadmill stress test (EST) สถิติผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมุกดาหารตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวน 184 คน 230 คน และ 226 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีจำนวน 52 คน 51 คน และ 59 คน ตามลำดับ มีอัตราการเสียชีวิตจำนวน 3 คน 6 คน และ 8 คน ตามลำดับ⁴ และได้รับการส่งต่อไปรักษาที่ศูนย์หัวใจโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี จำนวน 43 คน 44 คน และ 46 คน ตามลำดับ⁵

งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหารมีแผนการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาแผนการดูแลและเป็นผู้รับผิดชอบเก็บข้อมูลตัวชี้วัดและสถิติผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มารับการรักษาที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ถึงปัจจุบัน โดยผู้วิจัยได้มีการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและได้นำแผนการดูแลมาใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งแผนการดูแลได้มีการกำหนดกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่จะต้องปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยตามช่วงระยะเวลาที่กำหนดไว้ในแผนและมีการกำหนดบทบาทครอบคลุมบุคลากรทุกฝ่ายในทีมที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ในปี พ.ศ. 2563 สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยได้มีการปรับปรุงพัฒนาแนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยกำหนดระยะเวลาการให้ยาละลายลิ่มเลือดหลังแพทย์วินิจฉัย (Diagnosis to fibrinolysis) น้อยกว่า 30 นาที สำหรับโรงพยาบาลที่ยังใช้แนวทาง Pharmacoinvasive strategy และผู้วิจัยจึงได้มีการพัฒนาปรับปรุง แก้ไข แผนการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันครั้งล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2564 เพื่อให้เป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย แต่ยังคงขาดการติดตามประเมินผลผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยภายหลังจากการดูแลรักษาพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลลัพธ์การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI (ST-elevation myocardial Infarction: ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดยกตัวของส่วน ST (ST segment) บนคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดและศึกษาผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงและพัฒนาแผนการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหารต่อไป

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด
ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร

คำถามการวิจัย

ผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร

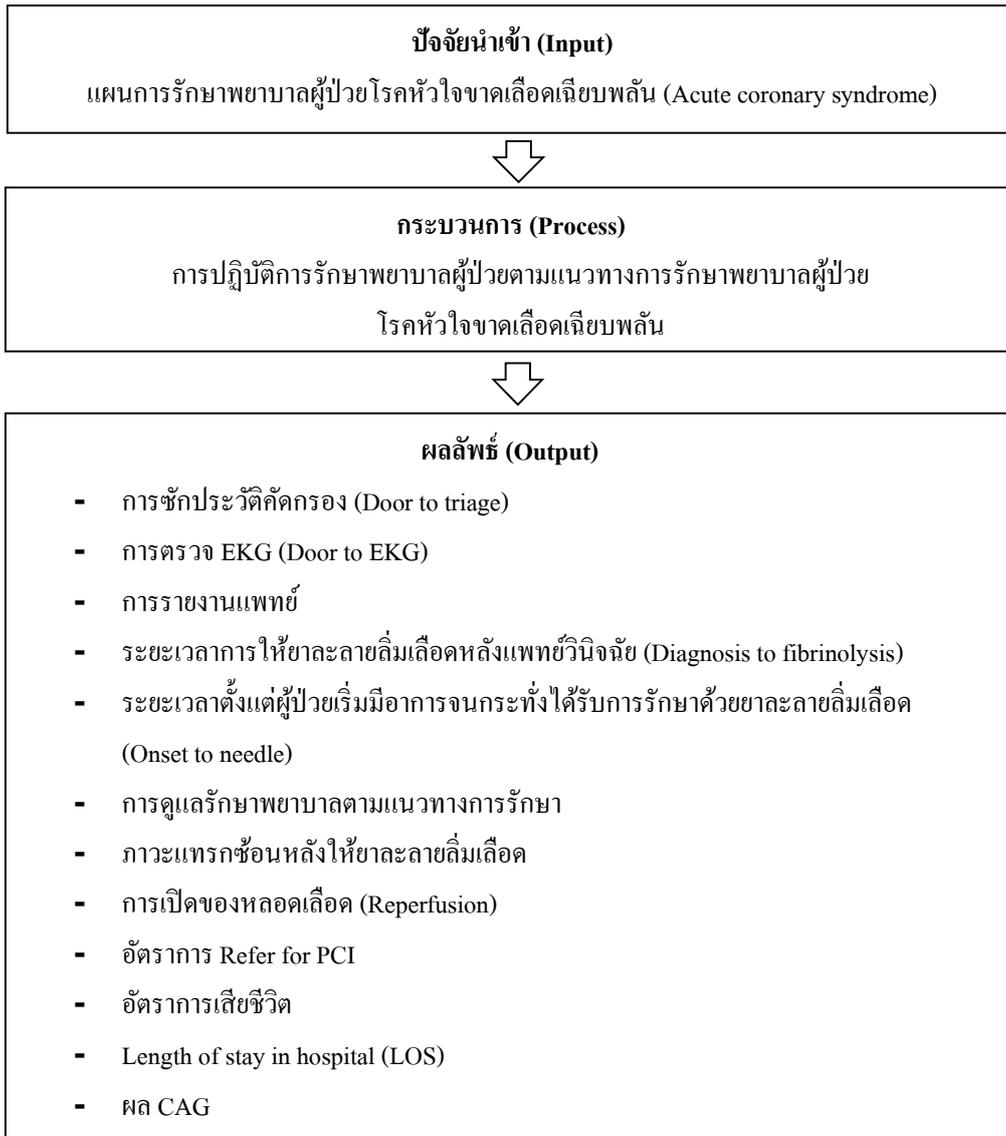
ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ (System theory) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ด้านโครงสร้างหรือปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ การประเมินปริมาณและคุณภาพของทรัพยากร บุคคล เครื่องมือและอุปกรณ์ รวมทั้งนโยบายขององค์กร ระบบบริการ 2) ด้านกระบวนการ (Process) เป็นการประเมินการดำเนินการหรือขั้นตอนการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย เช่น การปฏิบัติการพยาบาล การตรวจรักษา และ 3) ด้านผลลัพธ์ (Output) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพที่เป็นผลจากการรักษาพยาบาล ตลอดจนความรู้ ทักษะและพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง

การวิจัยครั้งนี้ทำการประเมินผลด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ การประเมินด้านกระบวนการ ได้แก่ การปฏิบัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยตามแนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งมีการกำหนดกิจกรรมการดูแลและเป้าหมายหรือผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้นและการประเมินด้านผลลัพธ์ ได้แก่ การติดตามผลการรักษาผู้ป่วยโรคคือ ระยะเวลาในการชกประวัติคัดกรอง (Door to triage) ระยะเวลาในการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Door to EKG) ระยะเวลาในการรายงานแพทย์ ระยะเวลาในการให้ยาละลายลิ่มเลือดหลังแพทย์วินิจฉัยเป็น STEMI (Diagnosis to fibrinolysis) ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Onset to needle) การดูแลรักษาพยาบาลตามแนวทางการรักษาภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด การเปิดของหลอดเลือด (Reperfusion) อัตราการส่งต่อ (Refer) เพื่อทำ PCI อัตราการเสียชีวิต ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาโรงพยาบาล (Length of stay in hospital: LOS) และผล CAG จากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลมุกดาหาร โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร ในปีงบประมาณ 2564-2567 (1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2567) ซึ่งมีจำนวน 19 คน 18 คน 24 คน และ 22 คน รวมเวชระเบียน 83 ฉบับ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสำรวจข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่มารับการรักษาที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด
ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร

ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI
ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร

การพัฒนาและตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีขั้นตอนการสร้างและตรวจสอบคุณภาพ
เครื่องมือ ดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร รายงานการวิจัย แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ
หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย และการสร้าง
แบบสอบถาม

2. กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย และสร้างแบบสอบถามการวิจัย เรื่องผลลัพธ์
การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดที่
งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร

3. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา
โครงสร้าง หลักวิชา และภาษาที่ใช้ แล้วนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

4. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน วิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือ
โดยค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item- Objective concurrence: IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญได้ค่า IOC = 0.90

5. หลังจากตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามมาปรับปรุงตาม
ข้อเสนอแนะ และจัดพิมพ์แบบสอบถามที่สมบูรณ์เพื่อนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมุกดาหาร ได้หมายเลขรับรอง MEC 07/68 ลงวันที่ 30 กันยายน 2567
หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสืบค้นข้อมูลและรวบรวมข้อมูลจากเวช
ระเบียน (โปรแกรม HosXp) ของโรงพยาบาล เฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรค
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI และได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดที่ห้องอุบัติเหตุ
และฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร ลงในแบบรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. แบบสำรวจข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 79.52 อายุระหว่าง 60-75 ปี ร้อยละ 39.76 สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ร้อยละ 72.29 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยมาเองหรือญาตินำส่งเอง ร้อยละ 49.40 อาการสำคัญคือ เจ็บหน้าอก ร้อยละ 66.27 โดยผู้ป่วยเริ่มมีอาการก่อนมาถึงโรงพยาบาล มีระยะเวลาน้อยกว่า 120 นาที ร้อยละ 50.60 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเจ็บหน้าอก Pain score ระหว่าง 8-10 คะแนน ร้อยละ 49.40 มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ 40.96 และ 32.53 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค คือ การสูบบุหรี่ ร้อยละ 39.76 และมีภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 22.89 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ST elevation บริเวณ Anterior wall ร้อยละ 48.19 ผลการตรวจปอดพบ Killip class I มากที่สุด ร้อยละ 74.70 และยาละลายลิ่มเลือดที่ได้รับมากที่สุด คือ Streptokinase ร้อยละ 96.39 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG 12 lead) ผลการตรวจปอด และชนิดของยาละลายลิ่มเลือดที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา (n = 83)

ข้อมูลทั่วไป	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	รวม
	จำนวน (19คน) (ร้อยละ)	จำนวน (18คน) (ร้อยละ)	จำนวน (24คน) (ร้อยละ)	จำนวน (22คน) (ร้อยละ)	จำนวน (83คน) (ร้อยละ)
ผล EKG 12 lead แรกรับที่ ER มี ST elevation					
1. Anterior wall	8 (42.11)	6 (33.33)	13 (54.17)	13 (59.09)	40 (48.19)
2. Inferior wall	11 (57.89)	7 (38.89)	6 (25.00)	7 (31.81)	31 (37.36)
3. Lateral wall	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
4. Posterior wall	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (4.17)	0 (0.00)	1 (1.20)
5. Left main coronary artery	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (4.17)	0 (0.00)	1 (1.20)
6. Anteroseptal wall	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (4.17)	1 (4.55)	2 (2.40)
7. Anterolateral wall	0 (0.00)	5 (27.78)	2 (8.32)	1 (4.55)	8 (9.65)
การตรวจปอด (Lung sign)					
1. Killip Class I	12 (63.16)	13 (72.22)	17 (70.83)	20 (90.91)	62 (74.70)
2. Killip Class II	1 (5.26)	3 (16.66)	3 (12.50)	0 (0.00)	7 (8.43)
3. Killip Class III	5 (26.32)	1 (5.56)	3 (12.50)	0 (0.00)	9 (10.85)
4. Killip Class IV	1 (5.26)	1 (5.56)	1 (4.17)	2 (9.09)	5 (6.02)
ชนิดยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic Drugs)					
1. Streptokinase	19 (100.00)	18 (100.00)	22 (91.67)	21 (95.45)	80 (96.39)
2. Tenecteplase	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (8.33)	1 (4.55)	3 (3.61)

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด
ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร

2. ผลการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลในช่วงเวลา 0-10 นาทีพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการซักประวัติ/คัดกรองน้อยกว่า 5 นาที และรายงานแพทย์ทันทีที่คัดกรองว่าเจ็บหน้าอกจาก ACS น้อยกว่า 5 นาที ร้อยละ 83.13 เท่ากัน ได้รับการทำ EKG 12 lead น้อยกว่า 10 นาที และรายงานแพทย์เวร ER อ่าน EKG ทันที น้อยกว่า 10 นาที ร้อยละ 80.72 เท่ากัน ส่วนการปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลในช่วงเวลา 11-20 นาทีพบว่าการ consult แพทย์ Cardio Med ทันที น้อยกว่า 15 นาที ร้อยละ 73.49 แพทย์ Cardio Med มีคำสั่งให้ยาละลายลิ่มเลือดหลังจากดูผล EKG น้อยกว่า 10 นาที ร้อยละ 80.72 นอกจากนี้การปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลในช่วงเวลา 21-30 นาทีพบว่าการประเมิน Contraindication ก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ 100 ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจและเซ็นยินยอมเพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือดหลังแพทย์มีคำสั่งน้อยกว่า 10 นาที ร้อยละ 100 ระยะเวลาการให้ยาละลายลิ่มเลือดหลังแพทย์มีคำสั่งน้อยกว่า 30 นาที ร้อยละ 90.36 การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยพบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดตั้งแต่เริ่มมีอาการ น้อยกว่า 3 ชั่วโมง ร้อยละ 55.42 ค่าเฉลี่ยระยะเวลา Onset to needle เท่ากับ 3 ชั่วโมง 59 นาที โดยมีการบันทึกสัญญาณชีพก่อน-ขณะ-หลัง การให้ยาทุก 15 นาที หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 100 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามการปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลในช่วงเวลา 0-10 นาที ช่วงเวลา 11-20 นาที และช่วงเวลา 21-30 นาที (n = 83)

ผลการปฏิบัติ	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	รวม
	จำนวน 19 คน (ร้อยละ)	จำนวน 18 คน (ร้อยละ)	จำนวน 24 คน (ร้อยละ)	จำนวน 22 คน (ร้อยละ)	จำนวน 83 คน (ร้อยละ)
ช่วงเวลา 0-10 นาที					
การซักประวัติ / คัดกรอง (Door to Triage)					
1. < 5 นาที	15 (78.95)	15 (83.33)	22 (91.67)	17 (77.27)	69 (83.13)
2. > 5 นาที	4 (21.05)	3 (16.67)	2 (8.33)	5 (22.73)	14 (16.87)
การรายงานแพทย์ทันทีที่คัดกรองว่าเจ็บหน้าอกจาก ACS					
1. < 5 นาที	15 (78.95)	15 (83.33)	22 (91.67)	17 (77.27)	69 (83.13)
2. > 5 นาที	4 (21.05)	3 (16.67)	2 (8.33)	5 (22.73)	14 (16.87)
การทำ EKG 12 lead (Door to EKG)					
1. < 10 นาที	13 (68.42)	15 (83.33)	22 (91.67)	17 (77.27)	67 (80.72)
2. > 10 นาที	6 (31.58)	3 (16.67)	2 (8.33)	5 (22.73)	16 (19.28)
การรายงานแพทย์เวร ER อ่าน EKG ทันที					
1. < 10 นาที	13 (68.42)	15 (83.33)	22 (91.67)	17 (77.27)	67 (80.72)
2. > 10 นาที	6 (31.58)	3 (16.67)	2 (8.33)	5 (22.73)	16 (19.28)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในช่วงเวลา 0-10 นาที ช่วงเวลา 11-20 นาที และช่วงเวลา 21-30 นาที (n = 83) (ต่อ)

ผลการปฏิบัติ	ปี 2564 จำนวน 19 คน (ร้อยละ)	ปี 2565 จำนวน 18 คน (ร้อยละ)	ปี 2566 จำนวน 24 คน (ร้อยละ)	ปี 2567 จำนวน 22 คน (ร้อยละ)	รวม จำนวน 83 คน (ร้อยละ)
ช่วงเวลา 11-20 นาที					
การ consult แพทย์ Cardio Med ทันที					
1. < 15 นาที	13 (68.42)	13 (72.22)	18 (75.00)	17 (77.27)	61 (73.49)
2. > 15 นาที	6 (31.58)	5 (27.78)	6 (25.00)	5 (22.73)	22 (26.51)
แพทย์ Cardio Med มีคำสั่งให้ยาละลายลิ่มเลือดหลังจากดูผล EKG					
1. < 10 นาที	16 (84.21)	15 (83.33)	18 (75.00)	18 (81.82)	67 (80.72)
2. > 10 นาที	3 (15.79)	3 (16.67)	6 (25.00)	4 (18.18)	16 (19.28)
ช่วงเวลา 21-30 นาที					
การประเมิน Contraindication ก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด					
1. ปฏิบัติ	19 (100.00)	18 (100.00)	24 (100.00)	22 (100.00)	83 (100.00)
2. ไม่ปฏิบัติ	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจและเซ็นยินยอมเพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือดหลังแพทย์มีคำสั่ง					
1. < 10 นาที	19 (100.00)	18 (100.00)	24 (100.00)	22 (100.00)	83 (100.00)
2. > 10 นาที	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
ระยะเวลาการให้ยาละลายลิ่มเลือดหลังแพทย์มีคำสั่ง (Diagnosis to fibrinolysis)					
1. < 30 นาที	16 (84.21)	18 (100.00)	21 (87.50)	20 (90.91)	75 (90.36)
2. > 30 นาที	3 (15.79)	0 (0.00)	3 (12.50)	2 (9.09)	8 (9.64)
ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดตั้งแต่เริ่มมีอาการ (Onset to Needle)					
1. < 3 ชั่วโมง	13 (68.42)	14 (77.78)	10 (41.67)	9 (40.91)	46 (55.42)
2. 3 - 12 ชั่วโมง	6 (31.58)	4 (22.22)	13 (54.17)	12 (54.55)	35 (42.17)
3. > 12 ชั่วโมง	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (4.16)	1 (4.54)	2 (2.41)
ค่าเฉลี่ยระยะเวลา	3 ชม	4 ชม.	4 ชม.	3 ชม.	3 ชม.
Onset to needle	2 นาที	2 นาที	58 นาที	41 นาที	59 นาที
การบันทึกสัญญาณชีพ ก่อน-ขณะ-หลัง การให้ยาทุก 15 นาที หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง					
1. ปฏิบัติ	19 (100)	18 (100)	24 (100)	22 (100)	83 (100)
2. ไม่ปฏิบัติ	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)

3. ผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด พบว่า ผล EKG 12 lead หลังให้ยาละลายลิ่มเลือดหมด 90 นาที ผู้ป่วยมี Reperfusion ร้อยละ 38.55 ภาวะแทรกซ้อนหลังจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดส่วนใหญ่ คือ Hypotension ร้อยละ 44.58 ระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลน้อยกว่า 6 ชั่วโมง

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด
ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร

ร้อยละ 65.06 ส่งต่อ (Refer out) ร้อยละ 85.54 โดยส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี ร้อยละ 81.93 เสียชีวิตร้อยละ 10.84 และปฏิเสธการรักษาร้อยละ 3.62 ดังตารางที่ 3 เมื่อจำแนกผู้ป่วยออกตามผล CAG จาก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานีพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความผิดปกติแบบ Single vessel disease ร้อยละ 30.88 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละจำแนกตามผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (n = 83)

ผลลัพธ์	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	รวม
	จำนวน 19 คน (ร้อยละ)	จำนวน 18คน (ร้อยละ)	จำนวน 24 คน (ร้อยละ)	จำนวน 22คน (ร้อยละ)	จำนวน 83คน (ร้อยละ)
ผล EKG 12 lead หลังให้ยาละลายลิ่มเลือดหมด 90 นาที					
1. Reperfusion	9 (47.37)	8 (44.44)	11 (45.83)	4 (18.18)	32 (38.55)
2. Non Reperfusion	10 (52.63)	10 (55.56)	13 (54.17)	18 (81.82)	51 (61.45)
ภาวะแทรกซ้อนหลังจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด					
1. Hypotension	9 (47.36)	8 (44.44)	13 (54.17)	7 (31.82)	37 (44.58)
2. Anaphylaxis	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (9.09)	2 (2.41)
3. Bleeding	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
4. Cardiac arrhythmia	1 (5.26)	2 (11.11)	1 (4.17)	2 (9.09)	6 (7.23)
5. Cardiogenic shock	2 (10.53)	5 (27.78)	3 (12.50)	2 (9.09)	12 (14.45)
6. Cardiac arrest	2 (10.53)	2 (11.11)	2 (8.34)	0 (0.00)	6 (7.23)
ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (Length of stay (LOS) in hospital)					
1. < 6 ชั่วโมง	11 (57.90)	12 (66.67)	15 (62.50)	16 (72.73)	54 (65.06)
2. 6 - 24 ชั่วโมง	7 (36.84)	4 (22.22)	7 (29.17)	6 (27.27)	24 (28.92)
3. > 24 ชั่วโมง	1 (5.26)	2 (11.11)	2 (8.33)	0 (0.00)	5 (6.02)
ผลการรักษา (Result)					
1. การส่งต่อ (Refer out)	17 (89.47)	15 (83.33)	20 (83.33)	19 (86.36)	71 (85.54)
1.1 at ER	1 (5.26)	2 (11.11)	0 (0.00)	2 (9.09)	5 (6.02)
1.2 at CCU	16 (84.21)	12 (66.67)	20 (83.33)	17 (77.27)	65 (78.31)
1.3 Refer ไป รพ.สพส. อุบลฯ	16 (84.21)	15 (83.33)	19 (79.17)	18 (81.82)	68 (81.93)
1.4 Refer ไป รพ.สกลนคร	1 (5.26)	0 (0.00)	1 (4.17)	1 (4.55)	3 (3.62)
2. เสียชีวิต (Dead)	2 (10.53)	2 (11.11)	3 (12.50)	2 (9.09)	9 (10.84)
2.1 at ER	1 (5.26)	1 (5.56)	2 (8.33)	0 (0.00)	4 (4.82)
2.2 at CCU	1 (5.26)	1 (5.56)	1 (4.17)	2 (9.09)	5 (6.02)
3. ปฏิเสธการรักษา	0 (0.00)	1 (5.56)	1 (4.17)	1 (4.55)	3 (3.62)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละจำแนกตามผล CAG จาก รพ.สรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี (n = 68)

ผลลัพธ์	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	รวม
	จำนวน 16 คน (ร้อยละ)	จำนวน 15 คน (ร้อยละ)	จำนวน 19 คน (ร้อยละ)	จำนวน 18 คน (ร้อยละ)	จำนวน 68 คน (ร้อยละ)
ผล CAG จาก รพ.สรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี					
1. Normal coronary artery	3 (18.75)	0 (0.00)	1 (5.26)	2 (11.11)	6 (8.82)
2. Single vessel disease	6 (37.50)	5 (33.33)	3 (15.79)	7 (38.89)	21 (30.88)
3. Double vessel disease	2 (12.50)	3 (20.00)	4 (21.05)	6 (33.33)	15 (22.06)
4. Triple vessel disease	5 (31.25)	1 (6.67)	5 (26.32)	0 (0.00)	11 (16.18)
5. Left main occlusion	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (5.26)	1 (5.56)	2 (2.94)
6. Not available	0 (0.00)	5 (33.33)	5 (26.32)	2 (11.11)	12 (17.65)
7. ปฏิเสธ CAG	0 (0.00)	1 (6.67)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (1.47)

หมายเหตุ: CAG = Coronary angiography (การตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ)

สรุปผลและอภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร ในปีงบประมาณ 2564-2567 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 60-75 ปี สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยมาเองหรือญาตินำส่งเอง อาการสำคัญที่ทำให้เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่คือ อาการเจ็บหน้าอก โดยผู้ป่วยเริ่มมีอาการก่อนมาถึงโรงพยาบาล มีระยะเวลาน้อยกว่า 120 นาที ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเจ็บหน้าอก Pain score ระหว่าง 8-10 คะแนน มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค คือ การสูบบุหรี่ และมีภาวะไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG 12 lead) มี ST elevation บริเวณ Anterior wall และ Inferior wall การตรวจปอด (Lung sign) ส่วนใหญ่ Killip class I และชนิดของยาละลายลิ่มเลือด ที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาส่วนใหญ่ คือ Streptokinase สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายโอกาสการล้มเหลวในการเปิดหลอดเลือดของยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ในคนไข้หัวใจขาดเลือดชนิด STEMI พบว่า ผู้ป่วย 140 คน อายุเฉลี่ย 63.10 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.40 มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 35.00) เบาหวาน (ร้อยละ 20.70) ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 11.40) สูบบุหรี่ (ร้อยละ 42.90)⁶ ผู้ป่วย Killip classification class I (ร้อยละ 72.10) ตำแหน่งหัวใจขาดเลือดที่พบมากที่สุดคือ anterior wall (ร้อยละ 52.10) สิทธิการรักษาของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ซึ่งยาละลายลิ่มเลือดที่สามารถเบิกจ่ายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้คือยา Streptokinase แพทย์จึงต้องเลือกใช้ยาละลายลิ่มเลือดชนิดนี้เป็น First line drug และในปี พ.ศ. 2566-2567 โรงพยาบาลมุกดาหาร ได้มีการนำยา Tenecteplase (TNK) เข้ามารักษาในผู้ป่วย STEMI ที่สามารถจ่ายส่วนต่างค่ารักษาพยาบาลเพิ่มได้ ซึ่งได้ใช้ในผู้ป่วยเพียง

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด
ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร

1-2 รายต่อปีเท่านั้น ซึ่งจากการศึกษา ที่ผ่านมามีพบว่า การให้ TNK มีประสิทธิภาพดีและลดความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกได้ ดังนั้นโรงพยาบาลที่ใช้แนวทาง Pharmacoinvasive strategy และส่งต่อผู้ป่วยทันทีหลังเริ่มยาละลายลิ่มเลือด เพื่อความปลอดภัยระหว่างการส่งต่อจึงแนะนำว่ายาละลายลิ่มเลือดที่ควรเลือกใช้ คือ TNK⁷ ซึ่งอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ผู้ทำการรักษาและนโยบายระบบบริหารของแต่ละโรงพยาบาล

การปฏิบัติตามแนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร ในปีงบประมาณ 2564-2567 พบว่า การซักประวัติคัดกรองภายในเวลา 5 นาที และการรายงานแพทย์ทันทีที่หลังคัดกรอง ร้อยละ 83.13 เท่ากัน ส่วนการทำ EKG และการรายงานผล EKG ให้แพทย์อ่าน ภายในเวลา 10 นาที คิดเป็น ร้อยละ 80.72 เท่ากัน เมื่อแพทย์เวรห้องฉุกเฉินดูผล EKG แล้วมีการปรึกษาแพทย์อายุรกรรมโรคหัวใจ ภายในเวลา 15 นาที คิดเป็นร้อยละ 73.49 แพทย์จะมีคำสั่งให้ยาละลายลิ่มเลือดหลังดูผล EKG ภายในเวลา 10 นาที คิดเป็นร้อยละ 80.72 ก่อนการให้ยาผู้ป่วยจะได้รับการประเมิน Contraindication ก่อนทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 100 แพทย์และพยาบาลจะให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติถึงแนวทางการรักษาโดยการให้ ยาละลายลิ่มเลือดรวมถึงแจ้งข้อมูลเรื่องความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้นหลังจากการ รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดเพื่อการตัดสินใจโดยให้ผู้ป่วยและญาติเซ็นยินยอมรับการรักษาด้วยยาละลาย ลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำก่อนการรักษาทุกราย คิดเป็นร้อยละ 100 พยาบาลผู้ปฏิบัติจะมีการบันทึก สัญญาณชีพ ก่อน ขณะ และหลังการให้ยาทุก 15 นาที หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง คิดเป็นร้อยละ 100 และ เมื่อแพทย์มีคำสั่งให้ยาละลายลิ่มเลือดพยาบาลสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลา 30 นาที คิดเป็น ร้อยละ 90.36 และระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดตั้งแต่เริ่มมีอาการ ภายในเวลา 3 ชั่วโมง คิดเป็น ร้อยละ 55.42 ค่าเฉลี่ยระยะเวลา Onset to needle เท่ากับ 3 ชั่วโมง 59 นาที สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนา แบบประเมินและคัดกรองผู้ป่วยเจ็บ-แน่นหน้าอกหรือได้ลิ้นปี่พบว่า ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่หน่วยงาน อุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลระนอง ด้วยอาการเจ็บ-แน่นหน้าอก ได้รับการคัดกรองและประเมินอาการเจ็บ แน่นหน้าอก หรือได้ลิ้นปี่ตามแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดยผู้ป่วยได้รับการทำ EKG ภายใน 10 นาที เฉลี่ย 4.15 นาที และมีการรายงานแพทย์ภายใน 5 นาทีทันทีที่ได้ผล EKG⁸

ในส่วนของโรงพยาบาลมุกดาหาร งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้จัดเวรให้มีพยาบาลวิชาชีพและ เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉินอยู่ประจำจุดคัดกรองผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ตามผลัดเวรตึก เวรเช้า เวรบ่ายจึง สามารถประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บหน้าอก ได้ทันทีแต่ยังพบปัญหาในกรณีผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มารับการรักษาให้ข้อมูลอาการสำคัญด้วยอาการที่ไม่ชัดเจน (Atypical chest pain) เช่น อาการปวดจุกท้อง คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ เหนื่อยอ่อนเพลีย หายใจไม่สะดวก ฯลฯ และยังมีสัญญาณชีพเป็นปกติทำให้ได้รับการคัดแยก (Triage) เป็นสีเหลือง Level 3 (Urgency condition) ทำให้ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจล่าช้า และในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกแต่ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ครั้งแรก ผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจยังไม่บ่งบอกถึงภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ ไม่มีหรือมี ST-elevation

ที่ไม่ชัดเจนจึงมีแนวทางให้มีการตรวจคลื่นหัวใจ EKG 12 lead ซ้ำครั้งที่ 2 โดยมีระยะเวลาห่างจากครั้งแรก 10 นาที ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด ในระยะเวลาที่มากกว่า 30 นาที สอดคล้องกับการศึกษาการจัดการทางการแพทย์ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ได้แก่ (1) ความล่าช้าในการทำ EKG และ (2) ความล่าช้าในการแปลผล EKG (3) ความล่าช้าในการเตรียมทีมให้มีความพร้อมในการดูแล และในปี พ.ศ. 2563 สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ได้ปรับปรุงแนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยมีการให้คำแนะนำว่าเมื่อตัดสินใจให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดให้เริ่มยาเร็วที่สุดภายใน 10 นาทีหรืออย่างช้าไม่เกิน 30 นาที ภายหลังจากให้การวินิจฉัย STEMI โดยในปัจจุบันจะใช้คำว่า “STEMI diagnosis to fibrinolysis or wire crossing time” แทนคำเดิมคือ “Door-to-needle” และ “Door-to-balloon”⁷ และบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำจะต้องมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการบริหารยา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยา และมีการบันทึกสัญญาณชีพก่อน ขณะ และหลังการให้ยาทุก 15 นาที และต้องเฝ้าระวังสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดขณะที่ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงจะต้องรีบรายงานอาการให้แพทย์ทราบทันที เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร ได้มีการกำหนดและจัดแบ่งหน้าที่พยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นปฏิบัติงานในหน่วยงานให้มีผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤติฉุกเฉินในแต่ละเวร เพื่อเป็นหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วยพบว่า พยาบาลสามารถปฏิบัติการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน คือมีการประเมิน Contraindication ก่อนให้ยาทุกครั้ง การแจ้งข้อมูลเรื่องความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้นเพื่อการตัดสินใจและเซ็นยินยอม ก่อนให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทุกครั้ง และพยาบาลผู้รับผิดชอบกรณีศึกษา จะมีการบันทึกสัญญาณชีพ ก่อน-ขณะ-หลัง การให้ยาทุก 15 นาที หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง คิดเป็นร้อยละ 100

ผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร ในปีงบประมาณ 2564-2567 พบว่า ผล EKG 12 lead หลังให้ยาละลายลิ่มเลือดหมด 90 นาที มี Reperfusion ร้อยละ 38.55 หลังได้รับยาพบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน คือ ภาวะความดันโลหิตต่ำ ร้อยละ 44.58 และส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 6 ชั่วโมง ร้อยละ 65.06 ผู้ป่วยได้รับการส่งตัวไปรับการรักษาต่อเพื่อทำการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวด (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) คิดเป็นร้อยละ 85.54 และมีอัตราการเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 10.84 และเมื่อพิจารณาจากผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG 12 lead) ของผู้ป่วย STEMI ที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร ส่วนใหญ่มี ST elevation บริเวณ Anterior wall ร้อยละ 48.19 สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล้มเหลวของการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase: SK) ในการรักษาผู้ป่วย STEMI ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน ในปี พ.ศ. 2560-2566 ผู้ป่วย STEMI จำนวน 70 คนพบว่า ตำแหน่งของหัวใจขาดเลือดที่พบมากที่สุด คือ Anterior wall ร้อยละ 48.6 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา SK สำเร็จร้อยละ 44.3 ความล้มเหลวของการใช้ยา SK ร้อยละ 68.38¹⁰ และ

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด
ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร

ผู้ป่วย STEMI จำนวน 218 คนที่ได้รับยา พบว่า อัตราความล้มเหลวของการให้ยาละลายลิ่มเลือด เท่ากับ ร้อยละ 41⁶ ภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่ที่พบหลังจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด SK คือ ภาวะความดันโลหิตต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด โรงพยาบาลแม่สอดจังหวัดตากผู้ป่วย STEMI จำนวน 72 รายพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะ Hypotension ร้อยละ 41.7 Minor bleeding ร้อยละ 15.3 และ Major bleeding ร้อยละ 1.4¹¹

โรงพยาบาลมุกดาหารยังไม่พบผู้ป่วยมีภาวะเลือดออก (Bleeding) เนื่องจากหลังได้ยาละลายลิ่มเลือดแล้วผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไปเพื่อไปทำ PCI ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายศูนย์สุขภาพเขตที่ 10 ซึ่งมีระยะทางห่างจากโรงพยาบาลมุกดาหาร 165 กิโลเมตร ใช้เวลาในการเดินทางประมาณ 2 ชั่วโมง จากการมีข้อจำกัดเรื่องความพร้อมด้านบุคลากร เครื่องมือและสถานที่ และขีดความสามารถในการรักษาโดยตามแนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563 ได้ให้คำแนะนำเรื่องการใช้ Pharmacoinvasive strategy หมายถึง การรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดก่อนซึ่งมีประโยชน์อย่างมากในโรงพยาบาลที่ไม่สามารถทำ Primary PCI ได้หรือต้องใช้เวลามากกว่า 120 นาที ในการส่งตัวไปยังโรงพยาบาลที่สามารถทำ Primary PCI จากการศึกษารเปรียบเทียบการรักษาด้วยวิธี Primary PCI หรือการให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 3 ชั่วโมงแรกหลังผู้ป่วยมีอาการพบว่า ผลการรักษาของทั้งสองวิธีไม่ต่างกัน และแนวทางการส่งต่อเพื่อสวนหัวใจในผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วย PCI โดยเร่งด่วน ถ้ามีภาวะล้มเหลวหรือ Shock ควรส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่สามารถทำ PCI ได้หลังจากได้รับยาละลายลิ่มเลือดโดยเร็ว ควรส่งผู้ป่วยที่หลอดเลือดหัวใจเปิดแล้วจากยาละลายลิ่มเลือดไปยังโรงพยาบาลที่สามารถทำ PCI โดยเร็ว ภายใน 24-72 ชั่วโมง หลังจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด และควรส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่สามารถทำ PCI โดยเร็ว (Rescue PCI) หากหลอดเลือดหัวใจไม่เปิดหลังการให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 90 นาที โดยประเมินจากอาการและ ECG (ST segment ลดลงจากเดิมน้อยกว่า 50%)⁷

ซึ่งจำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร ในปีงบประมาณ 2564-2567 ได้รับการส่งต่อไปทำ PCI ที่ รพ.สรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี จำนวนทั้งสิ้น 68 ราย (ร้อยละ 81.93) พบว่า ผลการทำ CAG แพทย์วินิจฉัยเป็น Single vessel disease คิดเป็นร้อยละ 30.88 และ Double vessel disease คิดเป็นร้อยละ 22.06 และ Triple vessel disease คิดเป็นร้อยละ 16.18 โดยจากการศึกษาการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันด้วยการทำบอลลูนแบบฉุกเฉินของศูนย์หัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 67 รายที่เข้ารับการรักษาด้วยการทำบอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ ผลการทำ CAG พบว่า ส่วนใหญ่พบหลอดเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น (Triple vessel disease) มากที่สุด รองลงมาพบหลอดเลือดตีบ 2 เส้น (Double vessel disease) และหลอดเลือดหัวใจตีบ 1 เส้น (Single vessel disease) ร้อยละ 47.8, 26.9 และ 22.4 ตามลำดับ¹² ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวตรงกับผู้ป่วยในเขตพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร

โดยความรุนแรงของโรคที่ประเมินจาก CAG อาจแตกต่างกันตามเวลาและการตีบที่เห็นอาจเปลี่ยนแปลงหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือภายหลังจากการเปิดหลอดเลือดบางส่วนก่อนถึงโรงพยาบาล ที่ทำ PCI ทำให้ผลการตรวจพบระดับการตีบในจำนวนเส้นเลือดที่ต่างกัน แต่ที่มีความสอดคล้องกันคือ ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดหัวใจปกติ (Normal coronary artery) และหลอดเลือดหัวใจตีบบริเวณขั้วหัวใจ (Left main coronary artery occlusion) พบว่ามีจำนวนน้อยที่สุดเท่า ๆ กัน ดังนั้น การประเมินความรุนแรงของโรคจึงควรอาศัยข้อมูลทางคลินิกและกระบวนการรักษาก่อนหน้า (Pre-PCI management) ร่วมกับผล CAG เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่แม่นยำมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรมีการนำแนวปฏิบัติการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI มาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลรักษาโรค

1.2 ควรมีการพัฒนาเกณฑ์การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำภายใน 10 นาที ในกรณีผู้ป่วยที่มารักษาด้วยอาการ Atypical chest pain ซึ่งมีความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม

1.3 ควรมีการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ โดยการส่งเสริมสนับสนุนด้านงบประมาณ การศึกษาอบรมเฉพาะทางด้านการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยการตรวจรักษาและวินิจฉัยโรคด้วยการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ การทำบอลลูนเพื่อต่างขยายหลอดเลือดหัวใจ การสวนหลอดเลือดหัวใจผ่านผิวหนัง และการผ่าตัดหัวใจ เพื่อพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลเป็นศูนย์โรคหัวใจระดับ 2 ในการรักษาผู้ป่วย ลดอัตราการส่งต่อผู้ป่วย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเสียชีวิต

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษากระบวนการดูแลรักษาและผลลัพธ์ของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าในการรักษา (Treatment delay) ความสำเร็จของการละลายลิ่มเลือด อัตราเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อน พร้อมทั้งนำผลลัพธ์ไปใช้พัฒนาระบบช่องทางด่วน (STEMI fast track) ในระดับอำเภอหรือจังหวัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเปิดเส้นเลือดเร็วที่สุด

2.2 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความพร้อมและศักยภาพบุคลากรในการพัฒนาโรงพยาบาลสู่ศูนย์โรคหัวใจระดับ 2 โดยศึกษาปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการพัฒนาศักยภาพด้าน CAG/PCI ศักยภาพการดูแลผู้ป่วยหัวใจซับซ้อน ความคุ้มค่าทางงบประมาณ และผลต่อการลดอัตราการส่งต่อ อัตราภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเสียชีวิต

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด
ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลมุกดาหาร ผศ.ดร.เสาวมาศ คุณดำน เกื่อนนาดี และขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา ดร.สุเพียร โภคทิพย์ พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs)-key facts [Internet]. Geneva: WHO; [2025 July 31]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. Bureau of Non-Communicable Diseases/Office of Risk Communication, Department of Disease Control. Statistical data on mortality from heart disease and cerebrovascular disease in Thailand, 2022 [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; [2023 September 28]. Available from: <https://www.ddc.moph.go.th/brc/news.php?deptcode=brc&news=37372> (in Thai)
3. Manonot W. Development of a care model for acute myocardial infarction patients at Somdej Phra Yupharat Pua Hospital, Nan Province; 2022. (in Thai)
4. Medical Information Center, Department of medical services. Statistical report on acute myocardial infarction patients in Thailand, 2024. Nonthaburi: Department of Medical Services; 2024. (in Thai)
5. Mukdahan Hospital. Medical record report of acute myocardial infarction patients, 2023. Mukdahan: Mukdahan Hospital; 2023. (in Thai)
6. Chaikhot J. Predictors of failure of coronary artery reperfusion after Streptokinase administration among myocardial ischemia patients at Sisaket Hospital. MJSSBH. 2024; 39(2): 399. (in Thai)
7. Heart association of Thailand under the Royal Patronage. Clinical practice guidelines for acute coronary syndrome management 2020. Samut Prakan: Next Step Design; 2020. (in Thai)
8. Arnon S, Chuanarong S, Rongmuang D. Development of a screening assessment tool for patients with chest pain or epigastric pain in the Emergency Department, Ranong Hospital. Journal of Nursing and Therapeutic Care. 2018; 36(3): 187. (in Thai)
9. Puyafa J. Nursing management for patients with ST-elevation myocardial infarction (STEMI) in the emergency department, Somdej Phra Yupharat Kuchinarai Hospital, Kalasin Province. TJEM. 2022; 2(2): 169. (in Thai)
10. Kaewna P. Factors associated with Streptokinase failure in STEMI treatment in a community hospital setting: a case study. Journal of MPH. 2023; 7(14): 113. (in Thai)

11. Intha K, Surimuang M, Asawaplangkul S. Outcomes of care for patients with acute myocardial infarction treated with thrombolytic agents at Mae Sot Hospital, Tak Province; 2021. (in Thai)
12. Worasuwanrak S. Emergency percutaneous coronary intervention (PCI) for acute myocardial infarction at the Cardiovascular Center, Phra Nangklao Hospital. *J Med Public Health Region* 4. 2015; 17(3). (in Thai)
13. Sirismut T, Duangtipsirikul S, Wachiradilok P. Situation analysis of emergency medical services and literature review on quality improvement in emergency operations for patients with ST-elevation myocardial infarction (STEMI); 2022. (in Thai)
14. Promrat A, Bualeevan K. Development of a care and referral guideline for acute myocardial infarction (STEMI) patients at Yang Sisurat Hospital, Maha Sarakham Province. *Journal of MPH*. 2021; 5(10): 115. (in Thai)
15. Kansong A. Development of a nursing practice guideline for STEMI patients receiving Streptokinase at Sadao Hospital. *JOBCNSUR*. 2020; 10(2): 38. (in Thai)
16. Wijitthampanee A. Nursing care for STEMI patients with concurrent heart failure at Trat Hospital; 2023. (in Thai)
17. Hengratsamee K, Jamsomboon K. Standards of care for patients with acute myocardial ischemia. Bangkok: Sukhumvit Printing; 2013. (in Thai)

การพัฒนาแนวทางการคัดกรองสำหรับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเพื่อลดระยะเวลารอคอย งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลอากาศอำนวย

เปรมฤดี โคตรสมบัติ* พย.บ.

บทคัดย่อ:

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มีคะแนน OAS ≥ 2 จำนวน 30 ราย ที่มารับบริการในช่วงเดือนสิงหาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ แนวทางการคัดกรองที่พัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วย แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt aggression scale: OAS) และดัชนีการคัดแยกความรุนแรงฉุกเฉิน (Emergency severity index: ESI) แผนภูมิการคัดกรอง และแนวปฏิบัติทางการคัดกรอง และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกระยะเวลารอคอย และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลารอคอยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกระยะ ($p < .001$) โดยระยะเวลารวมทั้งหมดลดลงจาก 130.83 นาที เหลือ 56.17 นาที ทุกตัวชี้วัดบรรลุเป้าหมาย (\geq ร้อยละ 80) โดยผู้ป่วยทุกราย (ร้อยละ 100) ได้รับการดูแลภายใน 2 ชั่วโมง และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p < .001$) โดยความพึงพอใจโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.93 (ระดับปานกลาง) เป็น 4.45 (ระดับมาก) เพิ่มขึ้นร้อยละ 51.90 ดังนั้น แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพสูงในการลดระยะเวลารอคอย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย สามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบสำหรับโรงพยาบาลชุมชนอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว ขยายไปยังกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย และพัฒนานวัตกรรมใหม่ ๆ เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: แนวทางการคัดกรอง, ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน, ระยะเวลารอคอย, ความพึงพอใจ

*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร Email: guitar_on@hotmail.com

วันที่รับบทความ 19 พฤศจิกายน 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 10 ธันวาคม 2568 วันตอบรับบทความ 11 ธันวาคม 2568

Development of a Screening Guideline for Emergency Psychiatric Patients to Reduce Waiting Time in Emergency and Forensic Department, Akatamnuai Hospital

Premruedee Kotesombut B.N.S.*

Abstract:

This study aimed to evaluate the effectiveness of a screening protocol for emergency psychiatric patients in the accident and emergency department. A single-group, pretest-posttest, quasi-experimental design was employed. The sample comprised 30 emergency psychiatric patients with an Overt Aggression Scale (OAS) score ≥ 2 who received services between August and October 2025. The intervention tools included the developed screening protocol, which consisted of the Overt Aggression Scale (OAS), the Emergency Severity Index (ESI), a screening flowchart, and standard operating procedures for screening. Data collection instruments included a demographic questionnaire, a waiting time record form, and a patient and family satisfaction assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests, with the significance level set at 0.05.

The results showed that waiting times significantly decreased across all stages ($p < .001$), with the total waiting time reduced from 130.83 minutes to 56.17 minutes. All performance indicators achieved the target ($\geq 80\%$), with all patients (100%) receiving care within 2 hours. Patient satisfaction significantly increased in all dimensions ($p < .001$), with the average satisfaction score rising from 2.93 (moderate) to 4.45 (high), representing a 51.90% increase. In conclusion, the developed screening protocol for emergency psychiatric patients was highly effective in reducing waiting time and improving patient and family satisfaction. It can serve as a model for other community hospitals with similar contexts. Further research is recommended to include long-term follow-up, broader sample populations, and innovative approaches to continuously enhance the quality of care for emergency psychiatric patients.

Keywords: Screening protocol, Emergency psychiatric patients, Waiting time, Satisfaction

**Corresponding author, Registered Nurse, Professional Level, Akatamnuai Hospital, Sakon Nakhon Province.*

Email: guitar_on@hotmail.com

Received November 19, 2025, Revised December 10, 2025, Accepted December 11, 2025

ความสำคัญและความเป็นมา

ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช (Psychiatric emergency) เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการประเมินและให้การดูแลอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วยและผู้อื่น¹ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ซึ่งพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 7-10 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่มาใช้บริการ² โดยผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น อีกทั้งยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในปัจจุบัน จากรายงานสหรัฐอเมริกาพบว่า อัตราการเข้ารับบริการในห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 15 ในช่วงปี 2006-2011³ สถานการณ์ในลักษณะเดียวกันนี้ก็พบได้ในประเทศไทย โดยข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2563 พบจำนวนผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินมีอัตราเพิ่มขึ้นราวร้อยละ 10-20 ต่อปี⁴

การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในห้องฉุกเฉินจึงเป็นความท้าทายอย่างมากสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านเวลา ทรัพยากร และความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง⁵ นอกจากนี้ลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินมักมีความรุนแรง เฉียบพลัน คาดเดาได้ยาก และมีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุร้ายแรงสูง จึงจำเป็นต้องได้รับการประเมินและดูแลรักษาอย่างทันท่วงที หากผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก อาจนำมาสู่ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การบาดเจ็บหรือเสียชีวิตของผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง ปัญหาการใช้กำลังควบคุมผู้ป่วย ตลอดจนภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการดูแลรักษาที่ยืดเยื้อ

อย่างไรก็ตาม กระบวนการคัดกรองและประเมินผู้ป่วยก่อนได้รับการดูแลจากจิตแพทย์ยังใช้เวลานาน ทำให้ผู้ป่วยรอคอยการรักษาเป็นระยะเวลานาน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลรักษา⁶ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความล่าช้าในการคัดกรอง ได้แก่ การขาดเครื่องมือประเมินที่มีประสิทธิภาพ ความไม่คุ้นเคยของเจ้าหน้าที่ต่อภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช ข้อจำกัดด้านสถานที่และบุคลากร⁷

แนวทางการจัดการที่มีการศึกษาในปัจจุบัน เช่น การใช้แบบคัดกรองเบื้องต้น การจัดทำแนวปฏิบัติ (Clinical practice guideline) และการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ก็ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากความแตกต่างของบริบทและทรัพยากรในแต่ละพื้นที่⁸ เช่น การขาดอัตรากำลัง ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลเฉพาะ เพื่อลดระยะเวลารอคอยและเพิ่มคุณภาพในการให้บริการ⁹⁻¹⁰

โรงพยาบาลอากาศอำนวยเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินมารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลสถิติ ในปี พ.ศ. 2565-2567 พบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเพิ่มขึ้นจาก 604 ราย เป็น 638 ราย และ 664 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราการเพิ่มขึ้นสะสมร้อยละ 9.90 ภายในระยะเวลา 3 ปี หรือเฉลี่ยปีละประมาณร้อยละ 3-5 และจากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง 1 ปี พบว่า มีระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยกลุ่มนี้ยาวนานมากกว่า 2 ชม.ถึงร้อยละ 50 หรือประมาณ 332 ราย มีจำนวนผู้ป่วยที่ถูกคัดกรองสูงกว่าเกณฑ์การคัดแยกเพื่อประเมินความรุนแรง (Over triage) ร้อยละ 1 และถูกคัดกรองต่ำกว่าเกณฑ์การคัดแยกเพื่อประเมินความรุนแรง (Under triage) ร้อยละ 5 ซึ่งสาเหตุหลัก

มาจากการไม่มีระบบคัดแยกผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่ชัดเจน (Psychiatric triage system) ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชต้องรอคิวปนกับผู้ป่วยทั่วไป ขาดเกณฑ์การจัดลำดับความเร่งด่วนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะ (ใช้เกณฑ์การคัดแยกทั่วไปที่อาจไม่เหมาะสม) มีกระบวนการประเมินและตรวจสอบซับซ้อน ต้องใช้เวลานาน โดยเฉพาะการประเมินความเสี่ยงการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ส่งผลให้เกิดเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มขึ้นได้หรืออาจทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่พึงพอใจ ซึ่งล้วนเป็นความท้าทายที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน โดยใช้แนวทางการคัดกรองและการจัดลำดับความเร่งด่วน¹¹ และทฤษฎีความพึงพอใจ¹² เป็นกรอบแนวคิด ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ดังนั้นจากแนวคิดและปัญหาที่พบในเบื้องต้นข้างต้น ทำให้เห็นว่าการพัฒนาการคัดกรองและการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินยังคงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเพื่อลดระยะเวลารอคอยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งจะสอดคล้องและช่วยขยายองค์ความรู้จากฐานแนวคิดเดิม นำไปสู่การประยุกต์ใช้และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

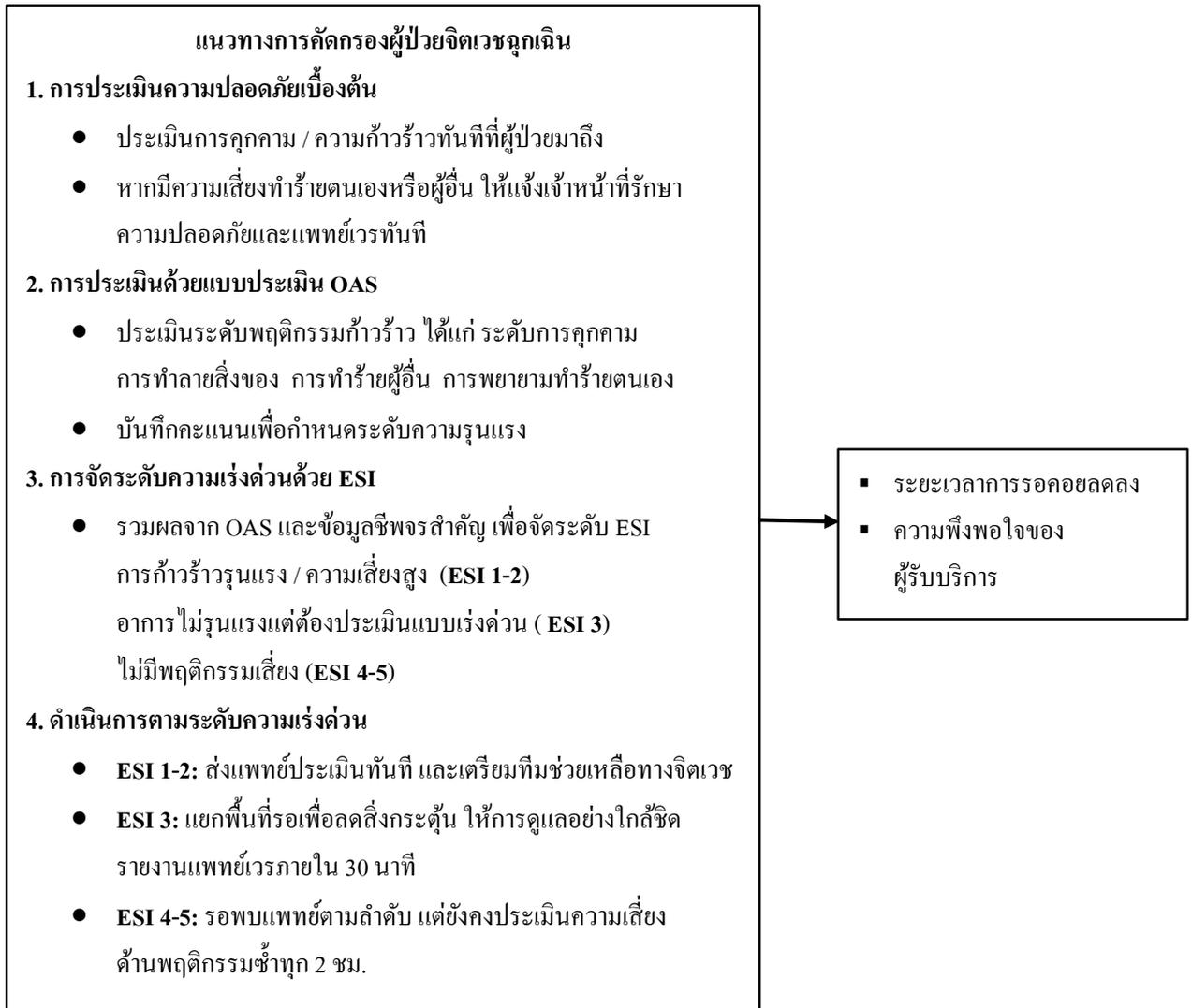
เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้น

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้น
2. เพื่อศึกษาผลความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้นโยบายการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์จากแนวคิดการคัดกรองและการจัดลำดับความเร่งด่วน (Triage and prioritization) ซึ่งเป็นกระบวนการคัดแยกผู้ป่วย ตามลักษณะ ความรุนแรง หรือความจำเป็น เพื่อให้สามารถจัดการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมโดยจัดเรียงลำดับของผู้ป่วยที่การคัดกรองแล้วตามระดับความเร่งด่วน ความสำคัญ หรือผลกระทบ เพื่อกำหนดว่าอะไรควรได้รับการดำเนินการก่อน-หลัง และทฤษฎีความพึงพอใจ (Theory of satisfaction)¹² ซึ่งความพึงพอใจเกิดจากความคาดหวังและผลลัพธ์ที่ได้รับแต่ความพึงพอใจไม่ได้ขึ้นอยู่กับคุณภาพที่ได้รับเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับความคาดหวังด้วย เพราะฉะนั้นจึงมีกรอบแนวคิดเพื่อพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเพื่อลดระยะเวลารอคอยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นสามารถลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินได้
2. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นต่อการใช้นโยบายการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้น

ระเบียบวิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้นโยบายการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินต่อระยะเวลาการรอคอยรวมถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลอากาศอานวย ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนสิงหาคม 2568 ถึง ตุลาคม 2568

รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) โดยมีแผนการทดลอง ดังนี้

O1 O2 X O3 O4

เมื่อ O1 O2 = การวัดก่อนทดลอง (ระยะเวลารอคอย + ความพึงพอใจ)

X = การใช้แนวทางการคัดกรองที่พัฒนาขึ้น

O3 O4 = การวัดหลังทดลอง (ระยะเวลารอคอย + ความพึงพอใจ)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่

ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร ในช่วงระยะเวลาที่ทำการวิจัย ซึ่งมีจำนวนเฉลี่ยประมาณ 50 รายต่อเดือน (ข้อมูลสถิติผู้ป่วยจากแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลอากาศอำนวย, 2568)

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร ในช่วงเดือนสิงหาคม 2568 ถึง กันยายน 2568 จำนวน 30 ราย

คำนวณขนาด กลุ่มตัวอย่าง: กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จของ Cohen¹³ ซึ่งคำนวณจากการกำหนดค่าพารามิเตอร์ 4 ตัว ได้แก่ ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (α) อำนาจการทดสอบ (Power) และจำนวนกลุ่มที่ศึกษาในการวิจัยนี้ กำหนดให้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.8 (ขนาดอิทธิพลสูง) ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ .05 ($\alpha=.05$) อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ($\beta = .2$) และทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง

เมื่อนำค่าที่กำหนดไปเทียบกับตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Cohen¹³ สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่มพบว่า ต้องใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 15 ราย โดยเพื่อการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัยไว้ประมาณ 50% ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจำนวน 30 ราย ใช้วิธีการคัดเลือกผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจงเลือกจากกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย

เกณฑ์คัดเข้า

1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. ผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินทางจิตเวชซึ่งประเมินโดยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) ≥ 2
3. สามารถสื่อสารตอบคำถามได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์คัดออก

1. ไม่ยินยอมหรือขอถอนตัวระหว่างการวิจัย
 2. มีโรคร่วมที่ต้องเปลี่ยนการรักษากระทัน ได้แก่ ติดเชื้อในกระแสเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง
- เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางให้ทุกคนสามารถคัดกรองผู้ป่วยได้ถูกต้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ลดช่องว่างของการคัดกรองผิดพลาดจากการขาดประสบการณ์ของพยาบาลคัดกรอง

1.2 แบบประเมินอาการจิตเวชฉุกเฉินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการประเมินและจัดลำดับในการดูแลผู้ป่วยตามแบบประเมินใหม่

1.3 แผนภูมิการคัดกรอง เป็นแผนภูมิอย่างง่ายเพื่อใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชแบบเร่งด่วน

1.4 แนวปฏิบัติทางการคัดกรอง เพื่อใช้เป็นคู่มือในการช่วยการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชสำหรับพยาบาลคัดกรอง พัฒนาโดยทีมนำทางคลินิก ปี 2568 และปรับให้มีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลอากาศอำนวย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ทั้งหมด 3 ส่วน จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และประวัติการใช้สารเสพติด

2.2 แบบบันทึกระยะเวลารอคอย ทั้งหมดจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลผู้ป่วย เวลาแรกรับ เวลาเริ่มคัดกรอง เวลาที่พบแพทย์ เวลาเริ่มรักษาเบื้องต้น เวลาที่ส่งปรึกษาจิตแพทย์ เวลาที่ให้การรักษาตามแผนการรักษาของจิตแพทย์ เวลาที่จำหน่ายผู้ป่วย เกณฑ์การประเมิน: โดยวัดเป็นนาทีเริ่มจากเวลาแรกรับที่ผู้ป่วยมาที่หน้าห้องฉุกเฉินจนถึงระยะเวลาที่ออกจากห้องฉุกเฉินโดยวัดสองครั้งก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดกรอง

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจ ประกอบด้วย 5 ด้าน มี 13 ข้อ ได้แก่ ด้านความรวดเร็วและประสิทธิภาพในการให้บริการ ด้านคุณภาพของบุคลากรทางการแพทย์ ด้านความสะดวกสบายและสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านการสื่อสารและให้ข้อมูล ด้านความพึงพอใจโดยรวม โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1 = น้อยที่สุด, 5 = มากที่สุด)

3. การสร้างและพัฒนาเครื่องมือ

ได้ดำเนินการปรับปรุงและพัฒนาเครื่องมือหลัก (แนวทางการคัดกรอง) จากกรมสุขภาพจิตตามขั้นตอน ดังนี้ 1) ทบทวนและร่างเครื่องมือ 2) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับโปรแกรมพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน จากกรมสุขภาพจิต และ 3) นำมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของ

โรงพยาบาลอากาศอำนวยการ โดยผู้วิจัยแบ่งเกณฑ์การคัดกรองแยกตามความรุนแรงของภาวะทางจิตเวช OAS แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยและคู่มือ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

4.1 การหาความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแบบบนที่ระยะเวลา รอคอยโดยการหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ พยาบาลจิตเวช และผู้เชี่ยวชาญ ด้านการวิจัย แล้วคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item-objective congruence index: IOC) เลือกข้อคำถาม ที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากนั้นนำไปทดลองใช้ กลับกลุ่มที่มีลักษณะ คล้ายกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย

4.2 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินความพึงพอใจโดยวิธีสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.85

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1: ขึ้นก่อนดำเนินการ (1 เดือน) สิงหาคม 2568

1. พัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน โดยการพัฒนาแบบประเมินอาการจิตเวชฉุกเฉิน

- 1) สร้างและปรับปรุง แบบประเมินอาการจิตเวชฉุกเฉิน โดยอ้างอิงเครื่องมือ OAS
- 2) พิจารณาการใช้ ESI เพื่อกำหนดความเร่งด่วนทางการแพทย์อย่างเหมาะสม
- 3) พัฒนาเป็นแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลอากาศ

2. เก็บข้อมูลพื้นฐาน (ก่อนใช้แนวทาง)

- 1) รวบรวมข้อมูล ระยะเวลาารอคอย และ ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ
- 2) เก็บจากผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทั้งใน-นอกเวลาราชการ
- 3) จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย
- 4) คัดกรองแบบยังไม่ใช้แนวทางการคัดกรองใหม่ (เป็นข้อมูล Baseline)

ระยะที่ 2: ขึ้นดำเนินการ (1 เดือน) กันยายน 2568

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและเตรียมความพร้อม

- 1) จัดประชุม/อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน
- 2) เนื้อหายึดตามแนวทางกรมสุขภาพจิตและปรับให้เหมาะสมกับ โรงพยาบาลอากาศอำนวยการ
- 3) ดำเนินการอบรมในวันที่ 1 เดือนกันยายน 2568

2. ทดสอบการใช้แนวทาง

- 1) แพทย์จัดทำกรณีศึกษา (Case simulation) จำนวน 20 อาการ
- 2) พยาบาลในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินทำการคัดกรองผู้ป่วยสมมุติ โดยใช้แบบประเมินที่พัฒนาขึ้น
- 3) กำหนดเกณฑ์ผ่านที่ระดับคะแนน $\geq 80\%$ เพื่อให้มั่นใจว่าพยาบาลสามารถใช้แนวทางได้

อย่างถูกต้อง แม่นยำ และรวดเร็ว

3. เก็บข้อมูลหลังใช้แนวทาง

- 1) ให้พยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมดเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเวชจริง
- 2) วัด ระยะเวลารอคอยหลังใช้แนวทาง และ ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติ
- 3) เก็บข้อมูลทั้งใน-นอกเวลาราชการ
- 4) จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย
- 5) ใช้แบบประเมิน/แนวทางที่พัฒนาขึ้นในการคัดกรองทุกราย

ระยะที่ 3: ขึ้นสรุปและวิเคราะห์ผล

1. สรุปผลการเปรียบเทียบก่อน-หลังใช้แนวทาง

- 1) วิเคราะห์ความแตกต่างของระยะเวลารอคอย
- 2) วิเคราะห์คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ

2. ทบทวนและปรับปรุงแนวทางอย่างเป็นระบบ

- 1) ประชุมสรุปผลกับทีมสหวิชาชีพ
- 2) ปรับคำจำกัดความ ขั้นตอนการประเมิน เครื่องมือและการตัดสินใจระดับความเร่งด่วนให้ชัดเจน
- 3) จัดทำแนวทางฉบับสมบูรณ์เพื่อใช้จริงในงานบริการ

3. จัดทำรายงานสรุปและเผยแพร่ผล

- 1) จัดทำรายงานวิจัย/คู่มือ
- 2) นำเสนอผลการพัฒนาเพื่อให้สามารถใช้ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินได้อย่างยั่งยืน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการใช้สารเสพติด
2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบความพึงพอใจและระยะเวลารอคอยก่อนและหลังการทดลอง, Chi-square test เปรียบเทียบสัดส่วนการบรรลุเป้าหมาย กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร รหัสโครงการ 040/2568 เลขที่ SKN REC 040/2568 ลงวันที่ 5 สิงหาคม 2568 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ และความเสี่ยงของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมให้พิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมด้วยตนเอง โดยขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมชี้แจงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถขอถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา และไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ โดยผู้วิจัยรักษาความลับของข้อมูลซึ่งจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 25.2 ปี (S.D. = 7.9) โดยส่วนใหญ่อายุ 20-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.70 ด้านสถานภาพสมรสพบว่า ส่วนใหญ่เป็นโสด จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.00 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 80.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 80.00 ด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรคพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีประวัติการใช้สารเสพติด ร้อยละ 100 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n = 30)

ตัวแปร	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	30	100.00
อายุ (ปี)		
- ต่ำกว่า 20 ปี	8	26.70
- 20-29 ปี	14	46.70
- 30-39 ปี	6	20.00
- 40 ปีขึ้นไป	2	6.60
Mean = 25.2 (S.D. = 7.9) (min-max = 15-52)		
สถานภาพสมรส		
- โสด	24	80.00
- สมรส	4	13.30
- หย่าร้าง	2	6.70
ระดับการศึกษา		
- มัธยมศึกษาตอนต้น	24	80.00
- มัธยมศึกษาปลาย/ปวช.	4	13.30
- อนุปริญญา	2	6.70
อาชีพ		
- รับจ้าง	24	80.00
- ว่างาน	4	13.30
- นักเรียน	2	6.70
สถานะการใช้สารเสพติด		
- ยังใช้สารเสพติดอยู่	30	100.00

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินก่อนและหลังการใช้ แนวทางการคัดกรอง

จากข้อมูลพบว่า ระยะเวลารอคอยก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดกรองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกระยะ ($p < .001$) ดังนี้ ระยะเวลาตั้งแต่มาถึงจนได้รับการคัดกรอง ลดลงจาก 17.17 นาที (S.D. = 5.84) เหลือ 3.93 นาที (S.D. = 1.28) ซึ่งลดลง 13.24 นาที หรือร้อยละ 77.10 ระยะเวลาตั้งแต่คัดกรองจนได้รับการประเมินโดยแพทย์ ลดลงจาก 44.67 นาที (S.D. = 16.52) เหลือ 12.33 นาที (S.D. = 4.89) ลดลง 32.34 นาที หรือร้อยละ 72.40 ระยะเวลาตั้งแต่มาถึงจนได้รับการรักษาเบื้องต้น ลดลงจาก 67.50 นาที (S.D. = 19.73) เหลือ 21.50 นาที (S.D. = 6.71) ลดลง 46.00 นาที หรือร้อยละ 68.10 ระยะเวลาทั้งหมดที่อยู่ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ลดลงจาก 130.83 นาที (S.D. = 24.56) เหลือ 56.17 นาที (S.D. = 15.84) ลดลง 74.66 นาที หรือร้อยละ 57.10 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดกรอง (n = 30)

ระยะเวลา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ผลต่าง	t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
1. ระยะเวลาตั้งแต่มาถึงจนได้รับการคัดกรอง (นาที)	17.17	5.84	3.93	1.28	-13.24	13.62	<.001*
2. ระยะเวลาตั้งแต่คัดกรองจนได้รับการประเมินโดยแพทย์ (นาที)	44.67	16.52	12.33	4.89	-32.34	11.43	<.001*
3. ระยะเวลาตั้งแต่มาถึงจนได้รับการรักษาเบื้องต้น (นาที)	67.50	19.73	21.50	6.71	-46.00	13.28	<.001*
4. ระยะเวลาทั้งหมดที่อยู่ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน (นาที)	130.83	24.56	56.17	15.84	-74.66	16.89	<.001*

* $p < .001$

จากข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองภายใน 5 นาทีมากถึงร้อยละ 96.70 มีผู้ป่วยร้อยละ 86.70 ได้รับการประเมินภายใน 15 นาที และผู้ป่วยทั้งหมดใช้เวลาในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชั่วโมง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการตามเป้าหมายที่กำหนด (n = 30)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	χ^2	p-value
	ร้อยละ	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. การคัดกรองภายใน 5 นาที	≥ 80	0 (0.0)	29 (96.7)	28.97	<.001*
2. การได้รับการประเมินโดยแพทย์ภายใน 15 นาที	≥ 80	0 (0.0)	26 (86.7)	25.41	<.001*
3. การได้รับการรักษาเบื้องต้นภายใน 30 นาที	≥ 80	0 (0.0)	27 (90.0)	26.79	<.001*
4. ใช้เวลาใน ER ไม่เกิน 2 ชั่วโมง	≥ 80	4 (13.3)	30 (100.0)	24.55	<.001*

* $p < .001$

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้นโยบายการคัดกรองก่อนและหลังการทดลอง

จากข้อมูลพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p < .001$) ดังนี้ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจด้านกระบวนการให้บริการเพิ่มขึ้นจาก 2.37 (S.D. = 0.46) (ระดับน้อย) เป็น 4.65 (S.D. = 0.44) (ระดับมากที่สุด) เพิ่มขึ้น 2.28 คะแนน ซึ่งเป็นด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ด้านโครงสร้างและสิ่งอำนวยความสะดวก เพิ่มขึ้นจาก 3.45 (S.D. = 0.36) (ระดับปานกลาง) เป็น 4.38 (S.D. = 0.48) (ระดับมาก) เพิ่มขึ้น 0.93 คะแนน ด้านการสื่อสารและให้ข้อมูล เพิ่มขึ้นจาก 2.94 (S.D. = 0.22) (ระดับปานกลาง) เป็น 4.29 (S.D. = 0.45) (ระดับมาก) เพิ่มขึ้น 1.35 คะแนน ด้านผลลัพธ์ของการบริการโดยรวม เพิ่มขึ้นจาก 2.92 (S.D. = 0.26) (ระดับปานกลาง) เป็น 4.42 (S.D. = 0.48) (ระดับมาก) เพิ่มขึ้น 1.50 คะแนน ความพึงพอใจโดยรวมทุกด้าน เพิ่มขึ้นจาก 2.93 (S.D. = 0.23) (ระดับปานกลาง) เป็น 4.45 (S.D. = 0.43) (ระดับมาก) เพิ่มขึ้น 1.52 คะแนน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 51.90 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สรุปภาพรวมความพึงพอใจทั้ง 5 ด้าน (n = 30)

ด้านความพึงพอใจ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			ผลต่าง (M.D.)	t	p-value
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ			
1. กระบวนการให้บริการ	2.37	0.46	น้อย	4.65	0.44	มากที่สุด	+2.28	23.45	<.001*
2. คุณภาพบุคลากร	2.95	0.15	ปานกลาง	4.50	0.50	มากที่สุด	+1.55	18.92	<.001*
3. โครงสร้างและสิ่งอำนวยความสะดวก	3.45	0.36	ปานกลาง	4.38	0.48	มาก	+0.93	10.15	<.001*
4. การสื่อสารและให้ข้อมูล	2.94	0.22	ปานกลาง	4.29	0.45	มาก	+1.35	17.83	<.001*
5. ผลลัพธ์ของการบริการโดยรวม	2.92	0.26	ปานกลาง	4.42	0.48	มาก	+1.50	18.24	<.001*
ความพึงพอใจโดยรวมทุกด้าน	2.93	0.23	ปานกลาง	4.45	0.43	มาก	+1.52	21.67	<.001*

* $p < .001$

อภิปรายผล

1. ระยะเวลาารอคอย ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการคัดกรองที่พัฒนาขึ้นสามารถลดระยะเวลาารอคอยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยระยะเวลาารวมทั้งหมดลดลงจาก 130.83 นาที เหลือ 56.17 นาที (ลดลงร้อยละ 57.10) สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ เดชคง และกาญจนา ปาลเดชพงศ์¹⁴ พบว่าการใช้แบบคัดกรองช่วยลดระยะเวลาารอคอย ทั้งนี้เนื่องจากความสำเร็จในการลดระยะเวลาารอคอยเกิดจากหลายปัจจัยที่สอดคล้องกับแนวคิดและหลักฐานเชิงประจักษ์ ความสำเร็จในการลดระยะเวลาารอคอยเกิดจากหลายปัจจัย การมีแบบประเมินที่มีมาตรฐาน (OAS และ ESI) ช่วยให้พยาบาลคัดกรองได้รวดเร็วและถูกต้อง โดยระยะเวลาคัดกรองลดลงจาก 17.17 นาที เหลือ 3.93 นาที (ลดลงร้อยละ 77.10) สอดคล้องกับแนวคิดของ FitzGerald และคณะ¹⁵ และ Christ และคณะ¹⁶ ที่ระบุว่า การคัดกรองที่มีประสิทธิภาพช่วยลดระยะเวลาารอคอย

คอยและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการใช้เครื่องมือคัดกรองที่ได้มาตรฐานช่วยเพิ่มความแม่นยำในการจำแนกระดับความเร่งด่วน ทำให้สามารถจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยได้ อย่างเหมาะสม และลดระยะเวลารอคอยโดยรวม แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการมีเครื่องมือที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และใช้งานได้ง่ายในสภาพแวดล้อมที่มีภาระงานสูงการมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนช่วยให้งานเป็นระบบ สอดคล้องกับ Marynowski-Traczyk และคณะ¹⁷ และ Wiler และคณะ¹⁸ ที่พบว่า การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนช่วยลดระยะเวลารอคอย ทั้งนี้เนื่องจากการกำหนดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานช่วยลดความสับสนในการปฏิบัติงาน ทำให้บุคลากรสามารถตัดสินใจได้รวดเร็วและถูกต้องยิ่งขึ้น สอดคล้องกับ Parmar และคณะ¹⁹ ที่พบว่า Telepsychiatry ช่วยลดระยะเวลาและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล โดยมีการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีมาปรับใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลมีความคล้ายคลึงกัน การพัฒนาแนวทางการคัดกรองที่เป็นระบบและใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐานถือเป็นรูปแบบหนึ่งของนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดช่องว่างในการดูแล การฝึกอบรมบุคลากรช่วยเพิ่มความมั่นใจ และทักษะในการดูแล สอดคล้องกับสกุรัตน์ อุษณาวรงค์²⁰ พบว่า การพัฒนาทักษะพยาบาลช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากการที่บุคลากรได้รับการอบรมและมีความเข้าใจในการใช้แนวทางการคัดกรองใหม่ทำให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจและรวดเร็ว ลดความลังเลในการตัดสินใจ และเพิ่มความสม่ำเสมอในการปฏิบัติงาน การลงทุนในการพัฒนาบุคลากรจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้แนวทางที่พัฒนาขึ้นประสบความสำเร็จ

ผลการวิจัยพบว่า ทุกตัวชี้วัดบรรลุเป้าหมาย โดยเฉพาะผู้ป่วยทุกราย ได้รับการดูแลภายใน 2 ชั่วโมง โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.30 เป็นร้อยละ 100 มีความหมายสำคัญทางคลินิกในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับ Pearlmutter และคณะ²¹ และ Nicks & Manthey²² พบว่า การรอคอยนานเพิ่มความเสี่ยงต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในทุกกลุ่ม ดังนั้น การรอคอยนานเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การเสียชีวิต การบาดเจ็บตัวเอง หรือการทำร้ายผู้อื่น การที่ผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลอย่างทันท่วงทีจึงช่วยลดความเสี่ยงเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระยะเวลารอคอยที่นานเกินไปไม่เพียงแต่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยจิตเวชเฉียบพลัน แต่ยังส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ในหน่วยงานด้วย แสดงให้เห็นความเป็นสากล (Universal) ของแนวทาง สอดคล้องกับ Ebrahimi และคณะ²³ ที่ระบุว่าระบบคัดกรองที่ดีควรจำแนกและให้การดูแลได้เหมาะสมในทุกระดับ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรืออาการเล็กน้อย แนวทางที่พัฒนาขึ้นจึงไม่เพียงแต่ช่วยลดระยะเวลารอคอย แต่ยังช่วยให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมินและดูแลที่เหมาะสมตามระดับความต้องการของแต่ละราย ซึ่งสะท้อนถึงหลักการความเป็นธรรมและความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

2. ความพึงพอใจ พบว่า ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p < .001$) โดยความพึงพอใจโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 2.93 (ระดับปานกลาง) เป็น 4.45 (ระดับมาก) เพิ่มขึ้นร้อยละ 51.90 สอดคล้องกับทฤษฎีความพึงพอใจของ Linder-Pelz²⁴ และ Oliver²⁵ ที่อธิบายว่า ความพึงพอใจเกิดจากการเปรียบเทียบ

ระหว่างสิ่งที่ได้รับกับความคาดหวัง ทั้งนี้เนื่องจากการปรับปรุงคุณภาพการบริการสามารถเกินความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะในบริบทของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มักมีประสบการณ์เชิงลบจากการรอคอยนานและการขาดความต่อเนื่องในการดูแล แนวทางใหม่จึงสร้างประสบการณ์เชิงบวกที่แตกต่างอย่างเห็นได้ชัด โดยอธิบายในแต่ละด้าน ดังนี้

ด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด คือ ด้านกระบวนการให้บริการ (เพิ่มขึ้น 2.28 คะแนน) จากระดับน้อยเป็นระดับมากที่สุด โดยเฉพาะความพึงพอใจในระยะเวลาการรอคอย (เพิ่มขึ้น 2.50 คะแนน) และความเร็วในการรักษา (เพิ่มขึ้น 2.30 คะแนน) สะท้อนให้เห็นว่าระยะเวลาการรอคอยเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด สอดคล้องกับ Immes และคณะ²⁶ และ Smith และคณะ²⁷ พบว่า ระยะเวลาการรอคอยสัมพันธ์กับความไม่พึงพอใจ ทั้งนี้เนื่องจากการรอคอยนานในสภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชสร้างความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยและญาติมักอยู่ในสภาวะวิกฤต มีความกังวล และต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เมื่อแนวทางการคัดกรองใหม่สามารถลดระยะเวลาการรอคอยลงอย่างมีนัยสำคัญ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกได้รับการตอบสนองอย่างรวดเร็ว ลดความทุกข์ทรมาน และเพิ่มความมั่นใจในระบบบริการ การที่คะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้นถึง 2.50 คะแนนในด้านนี้สะท้อนถึงความสำคัญอย่างยิ่งของการตอบสนองที่รวดเร็วในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

ด้านคุณภาพบุคลากร เพิ่มขึ้น 1.55 คะแนน จากระดับปานกลางเป็นระดับมากที่สุด โดยเฉพาะความมั่นใจในความสามารถ (เพิ่มขึ้น 1.63 คะแนน) ความเอาใจใส่ (เพิ่มขึ้น 1.53 คะแนน) และความน่าเชื่อถือ (เพิ่มขึ้น 1.50 คะแนน) สอดคล้องกับ Charalambous & Papageorgiou²⁸ ที่พบว่า ทักษะและทัศนคติของบุคลากรมีอิทธิพลสำคัญต่อความพึงพอใจ ทั้งนี้ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องอาศัยทักษะเฉพาะทาง เมื่อบุคลากรมีความรู้และทักษะที่ดีขึ้น จะสามารถประเมินและจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมั่นใจ ส่งผลให้การปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพมากขึ้น มีความเอาใจใส่และความเข้าใจมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยและญาติสามารถรับรู้และประเมินได้ การเพิ่มขึ้นของความพึงพอใจในด้านนี้เกิดจากแนวทางช่วยให้บุคลากรมีความมั่นใจและความชำนาญมากขึ้น สอดคล้องกับสกุลรัตน์ อุษณาวรงค์²⁰ และ Vismit และคณะ²⁹ ที่ระบุความสำคัญของการพัฒนาความรู้และทักษะ

ด้านการสื่อสารและให้ข้อมูล เพิ่มขึ้น 1.35 คะแนน จากระดับปานกลางเป็นระดับมาก สอดคล้องกับ Prakash³⁰ ที่ระบุว่า การสื่อสารเป็นมิติสำคัญของความพึงพอใจ การที่บุคลากรมีเวลามากขึ้นในการอธิบายและให้คำแนะนำช่วยเพิ่มความพึงพอใจ สอดคล้องกับ Blais และคณะ³¹ และ Fleury และคณะ³² การมีแนวทางการคัดกรองช่วยลดระยะเวลาการรอคอยและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน บุคลากรมีเวลาเพียงพอในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างละเอียด อธิบายแผนการดูแล ตอบคำถาม และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการรักษา ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากผู้ป่วยและญาติมักมีความกังวลและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคจิตเวชและการรักษา การสื่อสารที่ดีช่วยลดความกังวล เพิ่มความเข้าใจ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการรักษา ส่งผลให้ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

ด้านผลลัพธ์ของการบริการโดยรวม เพิ่มขึ้น 1.50 คะแนน โดยเฉพาะความมั่นใจที่จะกลับมาใช้บริการอีก (เพิ่มขึ้น 1.54 คะแนน) สะท้อนถึงความภักดีต่อบริการที่เพิ่มขึ้น มีความสำคัญในการลดปัญหาการหลบหนีหรือปฏิเสธการรักษา สอดคล้องกับสถิติ แสงประดับ และจินตนา พัฒนพงศ์³³ โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเวชและญาติมักมีประสบการณ์เชิงลบจากการรอคอยนาน การขาดข้อมูล และความรู้ที่ถูกต้องละเลยส่งผลให้เกิดทัศนคติเชิงลบต่อระบบบริการและอาจหลีกเลี่ยงการมาใช้บริการในอนาคต ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในการดูแลสุขภาพจิต เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชมักต้องการการรักษาต่อเนื่องและการติดตามผลเมื่อแนวทางใหม่สามารถสร้างประสบการณ์เชิงบวก จึงเพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยจะกลับมาใช้บริการเมื่อมีความจำเป็น ลดปัญหาการหลบหนีหรือปฏิเสธการรักษา และส่งเสริมผลลัพธ์สุขภาพที่ดีในระยะยาว การที่ความมั่นใจในการกลับมาใช้บริการเพิ่มขึ้นถึง 1.54 คะแนนจึงมีนัยสำคัญต่อความยั่งยืนของการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน

ด้านโครงสร้างและสิ่งอำนวยความสะดวก เพิ่มขึ้น 0.93 คะแนน แม้เป็นด้านที่เพิ่มขึ้นน้อยที่สุด แต่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การที่ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นแม้ไม่มีการปรับปรุงโครงสร้างที่สำคัญ อธิบายได้จากกระบวนการทำงานที่ดีขึ้นส่งผลให้การใช้พื้นที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นสอดคล้องกับแนวคิด Lonial S, Raju PS.³⁴ ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้คุณภาพของผู้รับบริการไม่ได้ขึ้นอยู่กับคุณสมบัติทางกายภาพเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นอยู่กับประสบการณ์โดยรวมในการใช้บริการ ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าการปรับปรุงคุณภาพการบริการไม่จำเป็นต้องลงทุนในการปรับปรุงโครงสร้างทางกายภาพเสมอไป การพัฒนากระบวนการทำงานและคุณภาพบุคลากรสามารถส่งผลต่อการรับรู้ด้าน โครงสร้างและสิ่งอำนวยความสะดวกได้เช่นกัน ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์สำหรับหน่วยงานที่มีข้อจำกัดด้านงบประมาณ ซึ่งแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพสูงในการลดระยะเวลารอคอย (ลดลงร้อยละ 57.10) และเพิ่มความพึงพอใจ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 51.90) โดยทุกตัวชี้วัดบรรลุเป้าหมาย ผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลภายใน 2 ชั่วโมง แนวทางนี้ประกอบด้วยแบบประเมิน OAS และ ESI แผนภูมิการคัดกรอง และแนวปฏิบัติที่ชัดเจน สามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบสำหรับโรงพยาบาลชุมชนอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยมาใช้

1.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรนำแนวทางการคัดกรองสำหรับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการคัดกรองและจัดลำดับความสำคัญในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินรวดเร็ว และมีความแม่นยำ และขยายผลไปสู่หน่วยงานอื่น เช่น หน่วยงานผู้ป่วยนอก และควรพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการคัดกรองและการจัดลำดับความสำคัญให้กับพยาบาลทุกระดับเพื่อส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง

1.2 ด้านนโยบาย ควรมีนโยบายกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน ได้แก่ การจัดทำแนวทางปฏิบัติ หรือ Clinical Practice Guidelines เกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในหน่วยงานและกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ป่วยและประสิทธิภาพการทำงาน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาถึงประสิทธิผลในระยะยาวเพื่อติดตามประเมินว่าความถูกต้องของการคัดกรองและความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเวช และควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ เช่น การพัฒนาบุคลากร ความถี่ในการอบรมทบทวนให้ความรู้

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอากาศอำนวย หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลและบุคลากรทุกท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ป่วยและญาติทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และครอบครัวที่ให้กำลังใจตลอดระยะเวลาการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Smith J, Lee T, Kumar S. Psychiatric emergencies: Acute management and long-term sequelae. *BMJ*. 2021; 366: 14572.
2. Johnson S, Patel V, Chisholm D. The epidemiology of psychiatric emergencies in low- and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*. 2019; 6(10): 877-79.
3. Weiss AJ, Barrett ML, Heslin KC, Stocks C. Trends in emergency department visits involving mental and substance use disorders, 2006-2011. *Healthcare Cost and Utilization Project Statistical Brief*. 2016; 192: 1-11.
4. Department of Mental Health. Annual report 2020. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
5. Nordstrom K, Zun LS. Psychiatric holds and outcomes in US emergency departments. *Psychiatry (Edgmont)*. 2017; 14(6): 47-53.
6. Davis M, Kolski A, Taylor L. The impact of prolonged waiting times on clinical outcomes for psychiatric patients in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 2020; 76(4): S56-S57.
7. Wilson E, Davis K, Moore L. Factors associated with prolonged waiting times for psychiatric patients in the emergency department: A mixed-methods study. *J Psychosom Res*. 2022; 153: 110718.
8. Brown J, Garcia R, Wilson K. Barriers and facilitators to implementing mental health screening in emergency departments: A systematic review. *J Emerg Nurs*. 2023; 49(3): 221-30.

9. Taylor S, Brown D, Wilson R. Developing an evidence-based screening tool for psychiatric emergencies in the emergency department. *Emerg Med J.* 2019; 36(12): 742-46.
10. Miller C, Ramirez A, Nguyen K. Improving the quality of care for psychiatric emergencies in community hospitals: A multi-center interventional study. *Acad Emerg Med.* 2025; 32(6): 644-55.
11. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J, editors. *Emergency triage: Manchester triage group.* 3rd ed. Chichester: John Wiley & Sons; 2014.
12. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med.* 1982; 16(5): 577-82.
13. Cohen J. A power primer. *Psychol Bull.* 1992; 112(1): 155-59.
14. Dechakong J, Paladejpong K. Development of psychiatric emergency triage model in emergency department of community hospital. *J Royal Thai Army Nurses.* 2019; 20(2): 45-54. (in Thai)
15. FitzGerald G, Jelinek GA, Scott D, Gerdz MF. Emergency department triage revisited. *Emerg Med J.* 2010; 27(2): 86-92.
16. Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern triage in the emergency department. *Dtsch Arztebl Int.* 2010; 107(50): 892-98.
17. Marynowski-Traczyk D, Moxham L, Broadbent M. A critical discussion of the nursing role in a stand-alone mental health triage. *J Clin Nurs.* 2017; 26(23-24): 4606-16.
18. Wiler JL, Ross MA, Ginde AA. National study of emergency department observation services. *Acad Emerg Med.* 2017; 18(9): 959-65.
19. Parmar P, Garg RK, Shires C, Nelson C, Lucero-Obusan C. Effect of emergency department tele-psychiatric consultation on hospital admission rates. *Telemed J E Health.* 2021; 27(4): 396-402.
20. Usanavarong S. Effects of violence management program for nurses in caring psychiatric patients in emergency department. *J Psychiatr Nurs Ment Health.* 2021; 35(1): 82-95. (in Thai)
21. Pearlmutter MD, Dwyer KH, Burke LG, Rathlev N, Maranda L, Volturo G. Analysis of emergency department length of stay for mental health patients at ten Massachusetts emergency departments. *Ann Emerg Med.* 2017; 70(2): 193-202.
22. Nicks BA, Manthey DM. The impact of psychiatric patient boarding in emergency departments. *Emerg Med Int.* 2012; 2012: 360308.
23. Ebrahimi M, Heydari A, Mazlom R, Mirhaghi A. The reliability of the Australasian triage scale: A meta-analysis. *World J Emerg Med.* 2016; 6(2): 94-99.
24. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med.* 1982; 16(5): 577-82.

25. Oliver RL. Satisfaction: A behavioral perspective on the consumer. 2nd ed. New York: Routledge; 2014.
26. Innes K, Morphet J, O'Brien AP, Munro I. Caring for the mental illness patient in emergency departments - An exploration of the issues from a healthcare perspective. *J Clin Nurs*. 2019; 23(13-14): 2003-11.
27. Smith JP, Randall D, Shiner B, Frasso-Jakim R, Suvak M, Watts BV. The psychological patient in the ED: Are physicians' treatment decisions affected by concurrent psychiatric diagnosis. *Am J Emerg Med*. 2019; 31(5): 836-39.
28. Charalambous A, Papageorgiou A. Factors associated with patient satisfaction in healthcare: A systematic review. *Health Expect*. 2020; 23(1): 37-53.
29. Vismitt L, Hocking M, Durbin J, Seitz D. Mental health training programs for primary care providers: A systematic review. *Int. J Ment Health Syst*. 2020; 37(3): 293-304.
30. Prakash B. Patient satisfaction. *J Cutan Aesthet Surg*. 2010; 3(3):151-55.
31. Blais MA, Baity MR, Hopwood CJ. Predicting readmission in psychiatric inpatients: Does diagnosis matter? *Psychol Serv*. 2020; 7(3): 155-62.
32. Fleury MJ, Grenier G, Bamvita JM, Perreault M, Kestens Y, Caron J. Comprehensive determinants of health service utilization for mental health reasons in a Canadian catchment area. *Int J. Equity Health*. 2019; 11:20.
33. Saengpradub T, Pattanapongthon J. Development of seamless psychiatric emergency care system in general hospital. *Chiang Mai Med J*. 2022; 48(2): 67-79. (in Thai)
34. Lonial S, Raju PS. Impact of service attributes on customer satisfaction and loyalty in a healthcare context. *Leadersh. Health Serv*. 2015; 28(2): 149-66.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
85 ถนนสมเด็จร์ ตำบลเมืองศรีโค
อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
โทร. 045 – 353226 - 7
E-mail : nurseubujournal@gmail.com