



ผลของโปรแกรมการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ
The Effects of Transitional Nursing Program from Hospital to Home
on Self-Care Behaviors and Readmission Rates among
Older Adult Patients with Pneumonia

ฮัสสนา หวันประรัตน์¹, ฟุซียะห์ หะยี^{*}, ศิริพันธ์ ศิริพันธ์¹

Hassana Whanprarat¹, Fusiya Hayee^{*}, Siriphan Siriphan¹

(Received: June 16, 2025; Revised: July 8, 2025; Accepted: July 9, 2025)

บทคัดย่อขยาย

ความเป็นมาและวัตถุประสงค์ โรคปอดอักเสบเป็นสาเหตุสำคัญของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ การพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่านจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาล การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในผู้สูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบ

วิธีการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย โปรแกรมการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่าน แบบบันทึกการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.98 และค่าความเชื่อมั่นของครอนบาคแอลฟา 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบแบบทีคู่ ทีแบบอิสระ และโคสแควร์

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และไม่มีผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน ขณะที่กลุ่มควบคุมมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำร้อยละ 15.4

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์

¹ Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University

*Corresponding Author: fusiya.h@pnu.ac.th



สรุปและข้อเสนอแนะ ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่านสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองและลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอักเสบ

คำสำคัญ: การพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่าน, ผู้สูงอายุโรคปอดอักเสบ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, การกลับมารักษาซ้ำ

Extended Abstract

Background and Objective Pneumonia is a major cause of hospital readmission and mortality among older adults. Transitional care nursing plays an important role in ensuring continuity of care after hospital discharge. This study aimed to examine the effects of a transitional care nursing program from hospital to home on self-care behaviors and readmission rates among older adult patients with pneumonia.

Methods This study was quasi-experimental. The participants were 52 older adults who were admitted to a general hospital in southern Thailand. They were divided equally into two groups: an experimental group and a control group, each comprising 26 participants. The research instruments consisted of a transitional care nursing program, a readmission record form, and a self-care behavior assessment tool, which was reviewed by five experts, yielding a content validity index (CVI) of 0.98 and a Cronbach's alpha coefficient of 0.98. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, independent t-tests, and chi-square tests.

Results The findings revealed that the experimental group had significantly higher self-care behavior scores after receiving the program, with statistically significant differences from both their pre-intervention scores and the control group ($p < 0.01$). Moreover, no participants in the experimental group were readmitted within 28 days post-discharge, whereas the control group had a 15.4% readmission rate.

Conclusion and Recommendations The findings of this study indicate that the transitional care nursing program effectively promotes self-care behaviors and reduces hospital readmission rates. It is considered appropriate for implementation in the care of older adults with pneumonia.



Keywords: Transitional care nursing, Older adults with pneumonia, Self-care behavior, Hospital readmission

บทนำ

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นภาวะที่เนื้อปอดเกิดการอักเสบจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส หรือปัจจัยอื่น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุซึ่งมีภูมิคุ้มกันลดลงตามวัย ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อรุนแรงและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ข้อมูลระดับโลกในปี พ.ศ. 2564 ระบุว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบมากกว่า 2.18 ล้านคน โดยกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไปมีอัตราการเสียชีวิตสูงสุด (Dadonait & Roser, 2024) ในขณะที่ประเทศไทย มีรายงานช่วงปี พ.ศ. 2561 - 2565 มีผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเฉลี่ยมากกว่า 20,000 รายต่อเดือน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝนและฤดูหนาว (Department of Disease Control [DDC], 2023) ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบมักมีโรคร่วมเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคหัวใจ ซึ่งเพิ่มความซับซ้อนในการรักษาและมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลสูง (Heui et al., 2020) (a) จากข้อมูลของโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ระหว่างปี พ.ศ. 2563 – 2567 พบว่า มีผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคปอดอักเสบในฐานะผู้ป่วยในจำนวนมากกว่า 700 – 1,000 รายต่อปี โดยมีแนวโน้มของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในบางปี อย่างไรก็ตาม แม้อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันจะอยู่ในระดับต่ำ (ระหว่างร้อยละ 0.55 – 2.07) แต่ยังคงสะท้อนถึงความจำเป็นในการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอักเสบยังคงปรากฏอยู่ทุกปี โดยมีค่าระหว่างร้อยละ 0.16 – 9.41 ซึ่งถือเป็นอัตราที่ไม่อาจมองข้ามได้ ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า แม้ระบบการรักษาในโรงพยาบาลจะมีประสิทธิภาพระดับหนึ่ง แต่ยังคงขาดกลไกสนับสนุนการฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่องในช่วงหลังจำหน่าย จึงจำเป็นต้องมีรูปแบบการดูแลที่ช่วยลดความเสี่ยงของการกลับมารักษาซ้ำ และลดอัตราการเสียชีวิตในระยะยาว (Narathiwat Rajanagarindra Hospital, 2024)

ลักษณะทางคลินิกของโรคปอดอักเสบในผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากวัยอื่นอย่างชัดเจน ทั้งในด้านอาการแสดง การตอบสนองของร่างกาย และผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวม โดยทั่วไป อาการของโรคในผู้สูงอายุมักไม่รุนแรงหรือจำเพาะ เช่น ไม่มีไข้สูงหรืออาการไอรุนแรงเหมือนในวัยหนุ่มสาว แต่กลับแสดงออกในรูปแบบที่ไม่จำเพาะ เช่น อาการซึม หรือหายใจเร็วผิดปกติ ซึ่งอาจทำให้การวินิจฉัยล่าช้าและส่งผลต่อความล่าช้าในการรักษา (Heui et al., 2020) (a) นอกจากนี้ ความเสื่อมของระบบต่าง ๆ ในร่างกายตามวัย รวมถึงพยาธิสภาพของปอดและภูมิคุ้มกันที่ลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ปอดได้ง่าย และหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม อาจนำไปสู่ความรุนแรงของโรคจนถึง



ขึ้นเสียชีวิตหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ (Heui et al., 2020) (b) แม้ว่าโรคปอดอักเสบสามารถรักษาให้หายได้ หากผู้ป่วยมีสภาพร่างกายอ่อนแอ หรือขาดความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสม ก็อาจเกิดการเจ็บป่วยซ้ำ การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายในระยะเวลาอันสั้นหลังจำหน่าย จึงถือเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนถึงความสำเร็จของระบบการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง (Santos et al., 2020) ดังนั้น การเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุให้แข็งแรงและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและกลับมาเจ็บป่วยซ้ำจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านตามแนวคิดของ Naylor (2018) เพื่อใช้ควบคู่กับการพยาบาลตามปกติที่มีอยู่เดิม จึงเป็นแนวทางที่มีศักยภาพในการเสริมสร้างพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และสนับสนุนการฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

การพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care) จึงเป็นช่วงเวลาสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงจากการเปลี่ยนผ่านระหว่างโรงพยาบาลสู่บ้าน ช่วยสนับสนุนการฟื้นตัวของผู้ป่วยและการพึ่งพาตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน (Santos et al., 2020) แนวคิดการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านตามโมเดลของ Naylor (2018) ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อรองรับความซับซ้อนของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเน้นการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ การสื่อสารต่อเนื่อง การให้ความรู้สุขภาพที่เหมาะสม และการส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดอัตราการกลับมาเจ็บป่วยซ้ำ และลดภาระของระบบสุขภาพในระยะยาว การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในผู้สูงอายุโรคปอดอักเสบ หอบหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Heui et al., 2020) (b) ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองผ่านการพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านจึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ และเพิ่มประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่แตกต่างจากวัยอื่น เนื่องจากสมรรถภาพของร่างกายที่ลดลงตามวัย การส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่องจึงมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสุขภาพและการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ (Klin et al., 2020)

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem et al., 2001) สามารถนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่านของ Naylor (2018) ได้อย่างสอดคล้อง โดยเน้นที่การเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งถือเป็นช่วงสำคัญของการฟื้นตัว ทฤษฎีของโอเรมให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ผ่านการสนับสนุนที่เหมาะสมจากพยาบาล ขณะที่แนวคิดของ Naylor (2018) มุ่งเน้นการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการในระยะเปลี่ยนผ่าน การผสานทั้งสองแนวคิดจึงช่วยให้สามารถ



ออกแบบโปรแกรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ การตัดสินใจ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งยังสามารถลดการพึ่งพิงระบบสุขภาพและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพระยะยาว การพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care) เป็นการดูแลผู้ป่วยในช่วงเปลี่ยนผ่านจากสถานพยาบาลหนึ่งสู่อีกแห่ง เช่น จากโรงพยาบาลกลับบ้าน หรือจากโรงพยาบาลไปยังสถานบริการสุขภาพอื่น ซึ่งมักเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า การวางแผนจำหน่าย (Nilmarat et al., 2022) การดูแลในระบนี้มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษา ลดการดูแลแบบแยกส่วน และป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางจากภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน องค์ประกอบสำคัญของการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ การประเมินแรกรับ การวางแผนดูแลหลังออกจากโรงพยาบาล การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพในโรงพยาบาลและในชุมชน ตลอดจนการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง (Nilsawat, 2022)

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยอิงแนวคิดของ Naylor (2018) และประยุกต์ใช้ร่วมกับหลักการของ Orem et al. (2001) เพื่อออกแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ทั้งในระบที่พักรักษาในโรงพยาบาล และระยะหลังจำหน่ายผ่านการติดตามทางโทรศัพท์ โปรแกรมนี้ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก ได้แก่ การคัดกรองความเสี่ยง การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การส่งเสริมการดูแลตนเอง การประสานงานกับทีมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยมุ่งหวังให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง ลดภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนในบริบทของระบบสุขภาพไทย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอักเสบในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอักเสบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุโรคปอดอักเสบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายในระยะเวลา 28 วัน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคปอดอักเสบในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม



2. ผู้สูงอายุโรคปอดอักเสบในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านสูงกว่าก่อนทดลอง

3. ผู้สูงอายุโรคปอดอักเสบในกลุ่มทดลองมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ แนวคิดการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่านของ Naylor (2018) ซึ่งมุ่งเน้นการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน และต้องกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem et al., 2001) ซึ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง โดยเน้นให้พยาบาลทำหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุน และประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมตามระดับความต้องการ การบูรณาการทั้งสองแนวคิดนี้ช่วยให้เกิดการออกแบบโปรแกรมที่ไม่เพียงแต่เน้นการประสานการดูแลในระบบบริการสุขภาพเท่านั้น แต่ยังพัฒนาความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน โดยแนวคิดของ Naylor (2018) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 10 ประการ ได้แก่ 1) การให้บริการอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน 2) การคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง (เช่น แบบประเมิน Mini-Cog) 3) การดูแลโดยพยาบาลเวชปฏิบัติขั้นสูง (APNs) หรือพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทาง 4) การส่งเสริมความต่อเนื่องในการดูแล โดยการส่งต่อข้อมูลแก่ทีมเยี่ยมบ้าน 5) การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 6) การออกแบบพฤติกรรมดูแลร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ 7) การสร้างและรักษาความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และผู้ดูแล 8) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว 9) การจัดการอาการและความเสี่ยง และ 10) การให้ความรู้ด้านสุขภาพ และการส่งเสริมการดูแลตนเอง

โปรแกรมการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่านที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้ ถูกออกแบบให้ครอบคลุมทั้ง 2 ระยะสำคัญ คือ

ระยะที่ 1: ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล ใช้องค์ประกอบที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 และ 10 โดยมุ่งเน้นการประเมินปัญหา วางแผนการดูแล สื่อสารกับทีมสุขภาพ และเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมกลับบ้าน

ระยะที่ 2: หลังจำหน่ายกลับบ้าน ใช้องค์ประกอบที่ 1, 7 และ 10 โดยมุ่งเน้นการติดตามทางโทรศัพท์ ส่งเสริมความร่วมมือกับครอบครัว ให้ความรู้ และสนับสนุนพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (Figure 1)

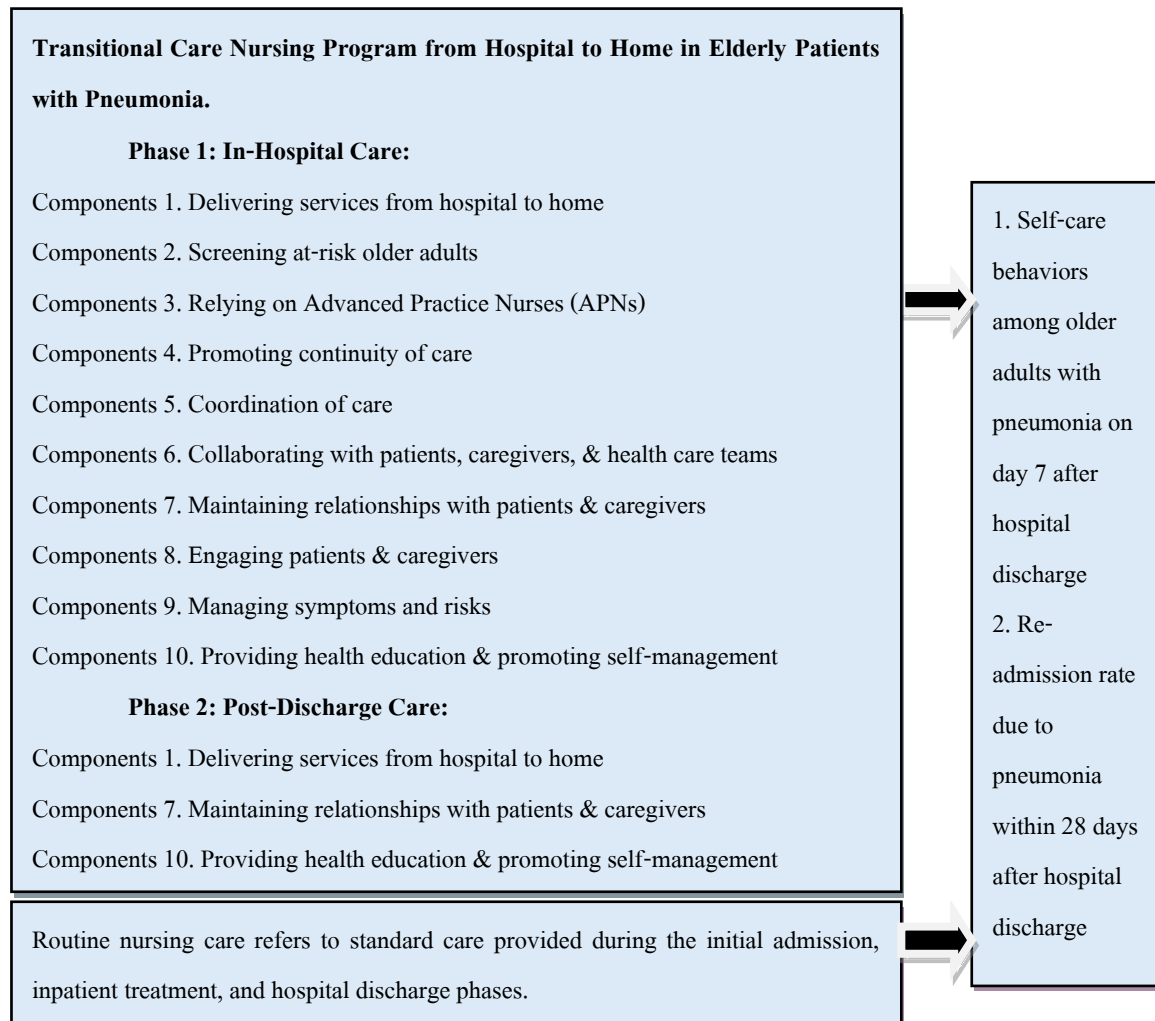


Figure 1 Conceptual framework

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups, pre - post test design) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบ และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ระหว่างเดือน ตุลาคม 2567 - มีนาคม 2568 จำนวน 52 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน



วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอักเสบ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอักเสบ
3. เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (เริ่มวันที่ 1)
4. สามารถพูดและเขียนภาษาไทยได้
5. มีโทรศัพท์มือถือส่วนตัว
6. คัดกรองความเสี่ยง โดยแบบประเมิน Mini-Cog (มากกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน)

เกณฑ์การคัดออก

1. มีสถานภาพจำหน่ายนอกเหนือจากการอนุญาตของแพทย์ เช่น ไม่สมัครใจอยู่ต่อ หนีกลับบ้าน ส่งต่อไปสถานพยาบาลอื่น หรือเสียชีวิต
2. ขอดอนตัวจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง
3. ไม่สามารถอยู่ร่วมจนครบขั้นตอนของโปรแกรมได้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*power (Faul et al., 2009) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power) ที่ 80 % และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) โดยอ้างอิงจากงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายกัน คือ การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ Thaewiriyakun (2020) ได้รายงานขนาดอิทธิพลไว้ที่ 1.51 ซึ่งจัดอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม เนื่องจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและแนวทางการดำเนินการวิจัยมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงลดขนาดอิทธิพลลงเหลือ 0.80 เพราะถือว่าเป็นขั้นต่ำของขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Large effect size) ตามเกณฑ์ของ Cohen (2023) เมื่อคำนวณด้วยโปรแกรม G*power ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 26 คนต่อกลุ่มรวมเป็น 52 คน

การจัดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 คนตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยกลุ่มตัวอย่าง 26 คนแรกถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มควบคุม และได้รับการพยาบาลตามปกติ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง



จากนั้นจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอีก 26 คน เข้าร่วมกลุ่มทดลอง ซึ่งจะได้รับการพยาบาลด้วยโปรแกรมการดูแลและเปลี่ยนแปลงผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้สูงอายุโรคปอดอักเสบ เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการวิจัย ผู้วิจัยใช้วิธีการจับคู่ (Matching) ตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) เพศเดียวกัน 2) อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี 3) มีหรือไม่มีโรคประจำตัวเหมือนกัน 4) มีหรือไม่มีผู้ดูแลเหมือนกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา และสิทธิการรักษาพยาบาล 2) ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ วันที่เข้ารับการรักษา อาการสำคัญ การรักษา โรคประจำตัว พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อมีอาการป่วย และระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอิงจากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's Self-Care Theory) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ 1 หมายถึงไม่ปฏิบัติ 2 หมายถึงปฏิบัติบางครั้ง 3 หมายถึงปฏิบัติบ่อยครั้ง 4 หมายถึงปฏิบัติเป็นประจำ จะได้คะแนนอยู่ในช่วง (actual range) 25 - 100 คะแนน

1.3 แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำ เป็นแบบบันทึกเพื่อวัดผลการกลับมารักษาซ้ำ โดยใช้การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ในครั้งที่ 3 ภายหลังผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านครบ 28 วัน โดยบันทึกจำนวนผู้ป่วยและการมาหรือไม่มารักษาซ้ำ แล้วคิดเป็นร้อยละในแต่ละกลุ่ม

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

2.1 โปรแกรมการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้สูงอายุโรคปอดอักเสบเป็นรูปแบบโปรแกรม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี คำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และรูปแบบการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่านตามแนวคิดของ Naylor (2018) ซึ่งมี 10 องค์ประกอบ โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การรักษาในโรงพยาบาล และระยะที่ 2 หลังจำหน่าย ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะรักษาในโรงพยาบาล (ใช้องค์ประกอบ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 และ 10) ดังรายละเอียด

1. เยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 1 (วันที่เข้ารับการรักษา) กิจกรรม คือ สร้างสัมพันธภาพ ลงทะเบียนผู้ป่วยและมอบสมุดประจำตัว (มีข้อมูลเกี่ยวกับ โรคปอดอักเสบ, การดูแลตนเอง, QR Code การล้างมือ 7 ขั้นตอน) ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง (ใช้เวลา 30 นาที) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติออกแบบพฤติกรรมการดูแลตนเอง สอนล้างมือ



7 ขั้นตอน ประสานกับทีมสุขภาพ เช่น แพทย์วางแผนการรักษา เภสัชกรเรื่องยาที่ใช้กับผู้ป่วย รังสีแพทย์เรื่องผลการอ่านภาพถ่ายรังสีปอด งานกายภาพบำบัดเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เป็นต้น และวางแผนการจำหน่าย รวมเวลาประมาณ 50 – 60 นาที

2. เยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 2 (วันที่ 2) กิจกรรม คือ สร้างสัมพันธภาพต่อเนื่อง ทบทวนความรู้เรื่องโรค และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ แนะนำการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน รวมเวลาประมาณ 20 - 30 นาที

3. เยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 3 ระยะเวลาเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (วันจำหน่าย) ทบทวนความรู้เรื่องโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การล้างมือ การดูแลตนเองที่บ้าน และประสานกับทีมสุขภาพ คือ งานเวชกรรมสังคมเรื่องการติดตามเยี่ยมบ้าน และหน่วยงานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน เช่น ศูนย์สาธารณสุขชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เรื่อง ข้อมูลและปัญหาสุขภาพผู้ป่วยที่ต้องติดตาม ต่อ เป็นต้น เพื่อการดูแลต่อเนื่อง รวมเวลาประมาณ 30 – 40 นาที

ระยะที่ 2 ระยะหลังจำหน่าย (ใช้องค์ประกอบ ข้อ 1, 7 และ 10) ดังรายละเอียด

1. เยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 4 (เยี่ยมทางโทรศัพท์ วันแรกหลังจำหน่าย) กิจกรรม คือ สร้างสัมพันธภาพต่อเนื่อง ติดตามการใช้บริการสุขภาพจากสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านทั้งการไปรับบริการเองและบุคลากรสาธารณสุขมาเยี่ยมบ้าน ทบทวนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง รวมเวลาประมาณ 10 – 15 นาที

2. เยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 5 (เยี่ยมทางโทรศัพท์ วันที่ 7 หลังจำหน่าย) กิจกรรม คือ สร้างสัมพันธภาพต่อเนื่องเหมือนครั้งที่ 4 ติดตามการได้รับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านทั้งการไปรับบริการเองและบุคลากรสาธารณสุขมาเยี่ยมบ้าน ขอความร่วมมือตอบแบบประเมินทางโทรศัพท์ รวมเวลาประมาณ 10 – 15 นาที

3. เยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 6 (เยี่ยมทางโทรศัพท์ วันที่ 28 หลังจำหน่าย) กิจกรรมคือ กล่าวทักทาย ติดตามการได้รับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านทั้งการไปรับบริการเองและบุคลากรสาธารณสุขมาเยี่ยมบ้าน สอบถามข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำ กล่าวขอบคุณ สิ้นสุดสัมพันธภาพ รวมเวลาประมาณ 10 – 15 นาที

3. เครื่องมือสำหรับกำกับติดตามการวิจัย เป็นแบบบันทึกที่ใช้กำกับและติดตามความต่อเนื่องในการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุม เยี่ยมผู้ป่วยจำนวน 3 ครั้ง ในแต่ละครั้งจะบันทึกวัน เดือน ปี กิจกรรมที่ดำเนินการ และระยะเวลาที่ใช้ กลุ่มทดลอง เยี่ยมผู้ป่วยจำนวน 6 ครั้ง โดยบันทึกข้อมูลในรูปแบบเดียวกัน



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น เข้าสู่กระบวนการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษผู้มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 2 ท่าน ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อปรับปรุงเครื่องมือให้มีความชัดเจน ถูกต้อง และครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากนั้นจึงนำเครื่องมือไปวิเคราะห์หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งผลการประเมินพบว่าค่าดัชนี CVI เท่ากับ 0.98 แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับสูง และได้รับการตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

2.1 โปรแกรมการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้สูงอายุโรคปอดอักเสบ ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมฯ ที่ได้รับการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคปอดอักเสบซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ที่แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง จำนวน 4 ราย เพื่อประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมต่าง ๆ และระยะเวลาในการดำเนินการ ผลการทดลองใช้พบว่า โปรแกรมมีความเหมาะสมทั้งในด้านเนื้อหา ขั้นตอน และระยะเวลาในการปฏิบัติ

2.2 แบบประเมินพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอักเสบ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมิน ฯ ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษาจริง จำนวน 10 ราย ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหาของคำถาม และความสามารถในการตอบให้ตรงกับจุดมุ่งหมายของผู้วิจัย จากนั้นจึงวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ผลการวิเคราะห์ ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha) 0.98

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัด โดยนำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ และได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยตามมติที่ประชุม เลขที่ IRBC-FON-PNU/2024/181810 ลงวันที่ 18 ตุลาคม 2567 และทำหนังสือขออนุญาตไปยังโรงพยาบาลเป้าหมายเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูล จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย อาทิ วัตถุประสงค์ ระยะเวลา วิธีดำเนินการ



ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม พร้อมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายที่อาจเกิดขึ้น แนวทางการให้ความช่วยเหลือ ตลอดจนสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และการถอนตัวนั้นจะไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลหรือสิทธิอื่นใดที่พึงได้รับ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ โดยจะเปิดเผยเฉพาะในกรณีที่ได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น และผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ โดยไม่มีการเปิดเผยตัวตนของกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลครบถ้วนแล้ว ขอความร่วมมือให้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขป และเครื่องมือในการวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป้าหมาย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และการทำวิจัย ต่อจากนั้น เข้าพบแพทย์ หัวหน้าพยาบาล และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการทำวิจัย เมื่อพยาบาลผู้รับผิดชอบผู้ป่วยคัดเลือกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ให้แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย

ขั้นตอนการ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ 26 รายก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่ม ต่อจากนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง ดังรายละเอียด

วันที่	กลุ่มควบคุม (n = 26)	กลุ่มทดลอง (n = 26)
ระยะที่ 1 รักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย ณ หอผู้ป่วยที่รับการรักษา		
ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 ที่รับการรักษา)	ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนี้ 1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายและแนะนำตัว 2. ลงทะเบียนและมอบสมุดประจำตัวผู้ป่วย 3. ขอความร่วมมือให้ตอบแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง (ใช้เวลา 30 นาที) 4. แจ้งว่าหลังจำหน่าย 7 วัน ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ไปขอให้ตอบแบบประเมินฯ ออนไลน์ และ 28 วัน จะสอบถามข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำ 6. ให้การพยาบาลตามปกติ	ได้รับการพยาบาลตามปกติ และได้รับ โปรแกรมการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ในผู้สูงอายุโรคปอดอักเสบ ดังนี้ 1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายและแนะนำตัว (องค์ประกอบ 7) 2. คัดกรองความเสี่ยง โดยแบบประเมิน Mini-Cog (องค์ประกอบ 2) 2. ลงทะเบียนผู้ป่วยและมอบสมุดประจำตัวผู้ป่วย 3. ขอความร่วมมือให้ตอบแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง (ใช้เวลา 30 นาที) 4. ให้ความรู้ตามโปรแกรมฯ แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล (ถ้ามี) (องค์ประกอบ 1, 10) 5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติออกแบบพฤติกรรม



วันที่	กลุ่มควบคุม (n = 26)	กลุ่มทดลอง (n = 26)
	(30 - 40 นาที)	ดูแลตนเอง (องค์ประกอบ 6, 8) 6. ประสานงานกับทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ผู้รับผิดชอบ ผู้ป่วย รังสีแพทย์ เกสเซอร์ ในการร่วมดูแลรักษา (องค์ประกอบ 4, 5) 7. ให้การพยาบาลตามปกติ (องค์ประกอบ 3, 9) (50 - 60 นาที)
ครั้งที่ 2 (วันที่ 2)	ได้รับการพยาบาลตามปกติ	1. กล่าวทักทาย (องค์ประกอบ 7) 2. ทบทวนความรู้ตามโปรแกรมฯ แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล (ถ้ามี) (องค์ประกอบ 1, 10) (20 - 30 นาที)
ครั้งที่ 3 (วันจำหน่าย)	ได้รับการพยาบาลตามปกติ	1. กล่าวทักทาย (องค์ประกอบ 7) 2. ทบทวนความรู้ตามโปรแกรมฯ แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล (ถ้ามี) (องค์ประกอบ 1, 10) 3. ประสานหน่วยงานเวชกรรมสังคมส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ในการติดตามเยี่ยมบ้าน และโทรศัพท์ประสาน ผู้รับผิดชอบงานดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจากโรงพยาบาลของ สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน (องค์ประกอบ 4, 5) (30 - 40 นาที)
ระยะที่ 2 หลังจำหน่ายอยู่ที่บ้าน (เยี่ยมทางโทรศัพท์) ผู้วิจัย โทรศัพท์ถึงผู้ป่วย หรือผู้ดูแล (ถ้ามี)		
ครั้งที่ 4 (วันที่ 1 หลังจำหน่าย)	ไม่มีกิจกรรม	1. กล่าวทักทาย (องค์ประกอบ 7) 2. สอบถามอาการ และการใช้บริการสาธารณสุข 3. ทบทวนความรู้ตามโปรแกรมฯ แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล (ถ้ามี) (องค์ประกอบ 1, 10) (10 - 15 นาที)
ครั้งที่ 5 (วันที่ 7 หลังจำหน่าย)	1. กล่าวทักทาย 2. ขอความร่วมมือตอบแบบประเมินฯ ทางโทรศัพท์ (15 - 20 นาที)	1. กล่าวทักทาย (องค์ประกอบ 7) 2. สอบถามอาการ และการใช้บริการสาธารณสุข 3. ขอความร่วมมือผู้ป่วยหรือผู้ดูแล (ถ้ามี) ตอบแบบประเมินฯ ทางโทรศัพท์ (10 - 15 นาที)
ครั้งที่ 6 (วันที่ 2 หลังจำหน่าย)	1. กล่าวทักทาย 2. สอบถามการกลับมารักษาซ้ำ 3. ให้ความรู้ตามโปรแกรมฯ แก่ผู้ป่วย และผู้ดูแล (ถ้ามี) 4. กล่าวขอบคุณและสิ้นสุดสัมพันธภาพ (15 - 20 นาที)	1. กล่าวทักทาย (องค์ประกอบ 7) 2. สอบถามอาการและการใช้บริการสาธารณสุข 3. สอบถามข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำ 4. กล่าวขอบคุณและสิ้นสุดสัมพันธภาพ (10 - 15 นาที)



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (frequency) ค่าเฉลี่ย (average) และร้อยละ (percentage) เพื่อจำแนกลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะพื้นฐานระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2. คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์โดยการคำนวณค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและหลังการทดลองในแต่ละกลุ่ม

3. การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองภายในกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบทีคู่ (paired t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

4. การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่ม เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบทีอิสระ (independent t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ก่อนดำเนินการทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-test) และสถิติทีคู่ (Paired t-test) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลเพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการใช้สถิติพาราเมตริก โดยใช้การทดสอบการแจกแจงแบบปกติ (Test of Normality) ด้วยการพิจารณาค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ซึ่งอยู่ในช่วง ± 3 แสดงให้เห็นว่าข้อมูลมีลักษณะแจกแจงใกล้เคียงปกติ นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้ตรวจสอบความเท่ากันของค่าความแปรปรวนภายในกลุ่มตัวอย่าง (Homogeneity of Variance) พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงว่าค่าความแปรปรวนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความใกล้เคียงกัน จึงสอดคล้องกับข้อกำหนดเบื้องต้นของการใช้สถิติพาราเมตริก และสามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยได้อย่างเหมาะสม

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบของตารางพร้อมคำอธิบายประกอบอย่างเป็นระบบ เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และอัตราการกลับมารักษาซ้ำ โดยเรียงลำดับผลการวิเคราะห์ตามประเด็นที่ศึกษา ดังนี้



ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (Table 1)

Table 1 Frequency, Percentage, Average & Results of the Comparison Between the Control Group (n = 26) & the Experimental Group (n = 26) Classified by General Characteristics of the Total Samples (n = 52)

General Information / Group		Control Group (n=26)	Experimental Group (n=26)	Total (n=52)	X ²
		n (%)	n (%)	n (%)	
Sex *	Male	11 (42.3)	11 (42.3)	22 (42.3)	1.00 ^{ns}
	Female	15 (57.7)	15 (57.7)	30 (57.7)	
Age **	60 - 70	14 (53.9)	15 (57.7)	29 (55.8)	0.954 ^{ns}
	71 - 80	9 (34.6)	8 (30.8)	17 (32.7)	
	81 - 90	3 (11.5)	3 (11.5)	6 (11.5)	
	Average Age (year)	69.39	70.42	70.40	
	S.D.	7.314	7.781	8.685	
Religion *	Buddhism	3 (11.5)	6 (23.1)	9 (17.3)	0.465 ^{ns}
	Islam	23 (88.5)	20 (76.9)	43 (82.7)	
Education	Primary	6 (23.1)	1 (3.9)	7 (13.5)	0.064 ^{ns}
Level **	Secondary	16 (61.5)	23 (88.5)	39 (75.0)	
	Bachelor's/ Higher	4 (15.4)	2 (7.7)	6 (11.5)	
Family	Head of Family	6 (23.1)	6 (23.1)	12 (23.1)	0.349 ^{ns}
Status**	Spouse	0	2 (7.7)	2 (3.8)	
	Member	20 (76.9)	18 (69.2)	38 (73.1)	
Current	Government	3 (11.5)	1 (3.9)	4 (7.7)	0.052 ^{ns}
Occupation**	Pensioner				
	Business	8 (30.8)	5 (19.2)	13 (25.0)	
	Unemployed	15 (57.7)	14 (53.9)	29 (55.8)	
	Other	0	6 (23.1)	6 (11.5)	
Healthcare	Reimbursement	7 (26.9)	6 (23.1)	13 (25.0)	0.554 ^{ns}
Coverage**	Health Card	18 (69.2)	20 (76.9)	38 (73.1)	
	Payment	1 (3.9)	0	1 (1.9)	



General Information / Group		Control Group (n=26)	Experimental Group (n=26)	Total (n=52)	X ²
		n (%)	n (%)	n (%)	
Living Situation *	Spouse	6 (23.1)	5 (19.2)	11 (21.2)	1.000 ^{ns}
	Living with family members	20 (76.9)	21 (80.8)	41 (78.8)	
Vaccination This Year *	Influenza	9 (34.6)	14 (53.9)	23 (44.2)	0.264 ^{ns}
	Never	17 (65.4)	12 (46.2)	29 (55.8)	
Underlying condition**	None	9 (34.6)	9 (34.6)	18 (34.6)	0.699 ^{ns}
	Diabetes (DM)	3 (11.5)	2 (7.7)	5 (9.6)	
	Hypertension (HT)	3 (11.5)	6 (23.1)	9 (17.3)	
	COPD	3 (11.5)	1 (3.9)	4 (7.7)	
	DM & HT	8 (30.8)	8 (30.8)	16 (30.8)	

Ns = not significant, $p > 0.05$

Fisher's Exact Test*

Pearson Chi-Square**

Table 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าชาย คิดเป็นร้อยละ 57.7 มีอายุระหว่าง 60 – 88 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 70.40 ปี นับถือศาสนาอิสลามเป็นส่วนมาก คิดเป็นร้อยละ 82.7 ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ที่ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 75.0 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.8 อาศัยอยู่ร่วมกับบุตรหลาน และร้อยละ 55.8 ไม่มีอาชีพในปัจจุบัน สำหรับสิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 73.1) ด้านสภาพความเป็นอยู่ พบว่าเกือบทั้งหมดอาศัยร่วมกับบุตรหลาน โดยเฉพาะในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 76.9 สำหรับการได้รับวัคซีนในปีปัจจุบัน พบว่ากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.4) ไม่ได้รับวัคซีน ขณะที่กลุ่มทดลองได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ในอัตราที่สูงกว่าคือ ร้อยละ 53.9 สำหรับโรคประจำตัว พบว่า ร้อยละ 34.6 ไม่มีโรคประจำตัว และโรคที่พบร่วมกันมากที่สุดคือ เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง (DM & HT) ซึ่งพบในอัตราเท่ากันทั้งสองกลุ่ม คือร้อยละ 30.8 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน โดยมีการจับคู่ตามเพศ อายุ และโรคประจำตัว ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยได้ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) (Gurvich & Naumova, 2025) ผลการวิเคราะห์พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีความสอดคล้องกันในข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญก่อนเข้าร่วมการทดลอง



ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

Table 2 Comparison of Mean Scores of Self-Care Behaviors Between the Control and Experimental Groups before and after the Intervention Using Independent T-Test (n = 52)

Self-Care Behaviors	Control Group		Experimental Group		t
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
Before Intervention	44.50	8.47	45.77	7.99	0.56
After Intervention	44.65	8.33	72.00	8.90	11.44*

*P < 0.01

เมื่อประเมินคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ใกล้เคียงกันก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่าน อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลองในวันที่ 7 หลังจากจำหน่ายกลับบ้าน พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอักเสบ (Table 2)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

Table 3 Comparison of Mean Differences in Self-Care Behavior Scores Before and After the Intervention Within the Control and Experimental Groups Using Paired t-test (n = 52)

Self-Care Behaviors	Before Intervention		After Intervention		Mean difference		t
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
Control gr. (n = 26)	44.50	8.47	44.65	8.33	0.15	1.16	0.68
Experimental gr. (n=26)	45.77	7.99	72.00	8.90	26.23	5.95	22.48*

*P < 0.01



Table 3 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า

3.1 ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการได้รับโปรแกรมการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่าน (72.00, S.D. = 8.90) สูงกว่าก่อนการทดลอง (45.77, S.D. = 7.99) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 22.48, p < .01$) สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมฯ มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอักเสบ

3.2 ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการทดลอง (44.50, S.D. = 8.47) และหลังการทดลอง (44.65, S.D. = 8.33) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.68, p > .05$) แสดงว่า การพยาบาลตามปกติไม่มีผลอย่างชัดเจนต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเอง

3.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 26.23 คะแนน (S.D. = 5.95) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีความแตกต่างเพียง 0.15 คะแนน (S.D. = 1.16) อย่างชัดเจน สะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์ของโปรแกรมการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่านฯ ที่มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

Table 4 Readmission Rate Within 28 Days in the Control and Experimental Groups

	Readmission	Percentage
Control Groups (n = 26)	4	15.38
Experimental Groups (n = 26)	0	0

จากผลการวิเคราะห์ใน Table 4 พบว่ากลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ (การมาอนรักษาด่วนในโรงพยาบาลซ้ำ) ภายใน 28 วัน จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.38 ขณะที่กลุ่มทดลองไม่มีผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำในช่วงเวลาดังกล่าว (ร้อยละ 0) ผลการเปรียบเทียบนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุโรคปอดอักเสบที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน มีแนวโน้มกลับมารักษา



ช้าน้อยกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สะท้อนให้เห็นถึง ประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ในการลด อัตราการกลับมารักษาซ้ำในระยะสั้นได้อย่างชัดเจน

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่ บ้านส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอักเสบ โดยเฉพาะเมื่อ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองมี พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองหลังจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งชี้ให้เห็นถึง ประสิทธิภาพของโปรแกรมในการเสริมสร้างศักยภาพของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเองอย่าง ต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (75 %) และอาศัยอยู่ กับบุตรหลาน (78.8 %) ทำให้พวกเขาได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างใกล้ชิด ซึ่งเป็นปัจจัยเกื้อหนุน ที่ช่วยให้สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพได้ดีขึ้น แนวทางของโปรแกรมที่เน้นการให้ความรู้ ทบทวนพฤติกรรมสุขภาพ และจัดการเรียนรู้ทั้งก่อนและหลังจำหน่าย มีบทบาทสำคัญในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นอย่างยั่งยืน ประเด็นนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (2001) ที่เน้นการสร้างความสามารถในการ自我ดูแลตนเองของบุคคล และแนวคิดการดูแลระยะ เปลี่ยนผ่านของ Naylor (2018) ซึ่งเน้นการดูแลต่อเนื่องผ่านความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งใน โรงพยาบาลและชุมชน โปรแกรมในงานวิจัยนี้ได้จัดให้มีระบบส่งต่อข้อมูลและการประสานการดูแล อย่างเป็นระบบ ซึ่งช่วยลดความสับสนของผู้ป่วยหลังจำหน่าย และเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติตาม แผนการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ การดูแลที่มีการติดตามต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของครอบครัวใน ชุมชนมุสลิม ซึ่งเป็นบริบทหลักของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ ยังเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญ ทำให้การ ดูแลตนเองของผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้จริงและต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน ซึ่งสะท้อนถึงความเหมาะสมของ การออกแบบโปรแกรมในบริบทท้องถิ่น

ในมิติของการเปรียบเทียบพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการ ได้รับ โปรแกรม พบว่าจะคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถ เสริมสร้างความรู้และทักษะการ自我ดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Heui et al. (2020) (b) ที่พบว่าการดำเนิน โปรแกรมลักษณะนี้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจช่วยเพิ่ม พฤติกรรมสุขภาพได้อย่างชัดเจน ปัจจัยสนับสนุนอีกประการคือ กลุ่มตัวอย่างมีเวลาและความพร้อมใน การเข้าร่วมโปรแกรม เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว (55.8 %) และสามารถเข้าถึงบริการ สุขภาพผ่านสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (73.1 %) ทำให้สามารถรับบริการและติดตามต่อเนื่องได้โดย



ไม่เป็นภาระทางการเงินหรือการเดินทางมากนัก ซึ่งส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมและความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพ

ในด้านของอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำที่ร้อยละ 15.38 สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการเสื่อมของอาการหลังจำหน่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Coleman et al. (2006); Naylor et al. (2011) ที่พบว่าการดูแลต่อเนื่องที่มีโครงสร้างสามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ยังมีสัดส่วนของผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวถึง 34.6 % และมีโรคร่วมเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพียง 30.8 % ซึ่งเป็นโรคที่สามารถควบคุมได้ผ่านการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมเมื่อได้รับการสนับสนุนจากโปรแกรมที่มีองค์ประกอบทั้งด้านความรู้ การติดตาม และแรงเสริมจากครอบครัวและชุมชน จึงทำให้สามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำได้จริง บริบทของพื้นที่ที่มีความเข้มแข็งของระบบครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะในสังคมมุสลิมชายแดนใต้ ซึ่งให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวอย่างใกล้ชิด ยังเป็นเงื่อนไขที่ส่งเสริมให้โปรแกรมมีความเหมาะสมและมีผลสัมฤทธิ์ที่ชัดเจน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Jehloh et al. (2024) ที่พบว่าโปรแกรมลักษณะนี้เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุมุสลิมที่มีโรคเรื้อรัง เช่น COPD

โดยรวม โปรแกรมการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่านที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถส่งเสริมพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ลดการกลับมารักษาซ้ำ และตอบสนองต่อบริบททางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมต่อการพัฒนาเพื่อขยายผลในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนจำกัด การวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลแห่งเดียวในจังหวัดหนึ่ง ซึ่งอาจไม่สามารถแทนประชากรผู้สูงอายุโรคปอดอักเสบในพื้นที่อื่นหรือบริบทที่แตกต่างกันได้อย่างครอบคลุม ส่งผลต่อลักษณะทั่วไป (generalizability) ของผลการวิจัย

2. ความแตกต่างของบริบททางสังคมและระบบการดูแลสุขภาพ โปรแกรมการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่านในงานวิจัยนี้ ได้รับความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ หากนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีทรัพยากรหรือระบบการประสานงานที่แตกต่างกัน อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพของโปรแกรม



สรุป

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการกลับมารักษาซ้ำในผู้สูงอายุโรคปอดอักเสบ โดยใช้การออกแบบกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม ผลการวิเคราะห์พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับโปรแกรม ($p < 0.01$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองยังมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายเป็นศูนย์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำร้อยละ 15.38 สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่านมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองและลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในผู้สูงอายุโรคปอดอักเสบ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำโปรแกรมการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่านไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลทั่วไป โดยโรงพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอักเสบ โดยเฉพาะในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองและลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ซึ่งจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายและภาระงานของระบบบริการสุขภาพ

2. ส่งเสริมบทบาทของทีมนสหสาขาวิชาชีพและบุคลากรในชุมชน ควรสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน เพื่อร่วมกันวางแผน ดูแล และติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่านตามแนวคิดของ Naylor (2018)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เพิ่มความหลากหลายของสถานที่เก็บข้อมูล เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในผลการวิจัยและความสามารถในการทั่วไปของผลลัพธ์ ควรศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้น และหลากหลายทั้งในด้านเพศ อายุ ภูมิหลังทางสังคม และพื้นที่ภูมิศาสตร์ต่าง ๆ เช่น ชนบท เมือง หรือพื้นที่ชายขอบ

2. ศึกษาผลระยะยาวของโปรแกรมการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่าน ควรติดตามผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการกลับมารักษาซ้ำในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ที่ได้จากโปรแกรม



รายการอ้างอิง (References)

- Cohen, J. (2023). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Routledge.
- Coleman, E. A., Parry, C., Chalmers, S., & Min, S. (2006). The care transitions intervention: Results of a randomized controlled trial. *Archives of internal medicine*, 166(17), 1822–1828. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.17.1822>
- Dadonaite, B., & Roser, M. (2024). *Pneumonia*. *Our World in Data*. <https://ourworldindata.org/pneumonia>
- Department of Disease Control. (2023). *Pneumonia situation report 2018–2022 (Pneumonia situation report, 2018–2022)*. Ministry of Public Health, Thailand. <https://ddc.moph.go.th>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149–1160. <http://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Gurvich, V., & Naumova, M. (2025, May 8). *Critical issues with the Pearson's chi-square test*. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2305.06318>
- Heui, S., Kim, J., & Lee, H. (2020) (a). Self-care behaviors and transitional care in older adults with pneumonia. *Journal of Geriatric Nursing*, 45(2), 123–130. <http://doi.org/10.1016/j.jgerinurse.2003.10.008>
- Heui, J., Kim, Y., & Lee, H. (2020) (b). Transitional care model for older patients with pneumonia: Reducing readmission rates and improving self-care. *Journal of Geriatric Pulmonology*, 15(3), 211–220. <http://doi.org/10.3346/jkmg.2020.35e352>
- Jehloh, L., Songwathana, P., Kitrungrote, L., & Bourbonnais, A. (2024). *Perspectives of family caregivers and nurses on hospital discharge transitional care for Muslim older adults living with COPD: a qualitative study*. *BMC Nursing*, 23(1), 1–11. <http://doi.org/10.60099/Prijmr.2024.264962>
- Klinkhajorn, A., & Woramalee, S. (2020). *Nursing Manual for Elderly Patients with Pneumonia* [Master's thesis]. Mahidol University.
- Narathiwat Rajanagarindra Hospital (2024). *Hospital Statistics report*. Author.



- Naylor, M. D. (2018). *The Transitional Care Model: Translating research into practice*. University of Pennsylvania School of Nursing. <https://www.transitionalcare.info>
- Naylor, M. D., Aiken, L. H., Kurtzman, E. T., Olds, D. M., & Hirschman, K. B. (2011). The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Affairs*, 30(4), 746–754. <http://doi.org/10.1377/tlgaff.2011.0041>
- Nilmarat, K., Khaw, T., Purintharapibal, C., Saechit, K., & Thamachot, P. (2022). Experiences of nurses in transitional care for families of critically ill patients who decided to withdraw treatment: A case study. *Thai Nursing Council Journal*, 37(1), 42–57. http://www.nur.psu.ac.th/research/file_warsarn/1557journal/2.pdf
- Nilsawat, W. (2022). The effect of a transitional care program for stroke patients and their caregivers on activities of daily living, complications, and self-management ability of caregivers. *Journal of Nursing and Public Health Research*, 2(3), 57–70. <http://he02.tci-thaijo.org/index.php/juphr>
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Santos, M. J., Dias, R. P., & Reis, F. M. (2020). Discharge planning and transitional care to prevent readmission in elderly patients with pneumonia. *International Journal of Nursing Studies*, 104, 103524. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103524>
- Thaewiriyakun, C. (2020). Development of a discharge planning model for elderly pneumonia patients at the Institute of Chest Diseases. *Nursing Journal*, 69(3), 35–43. <http://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJN/article/download/245154/167198>