



ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังผ่าตัดในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ใบหน้าและขากรรไกร

มะลิวรรณ ช้วนอัมพร พย.บ.¹

พรศิริ กนกกาญจนะ วพย.²

วิภาวี กิตติพงษ์อนันต์ พ.บ.³

กัมพล อินทรทะกุล พย.ม.^{1,4}

(วันรับบทความ: 8 มีนาคม พ.ศ.2569/ วันแก้ไขบทความ: 16 เมษายน พ.ศ.2569/ วันตอบรับบทความ: 22 เมษายน พ.ศ.2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ใบหน้าและขากรรไกรก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานปกติ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัด โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับของแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 1.00 และ 0.98 ตามลำดับ โปรแกรมฯ มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อรายการกับวัตถุประสงค์อยู่ในช่วง 0.67–1.00 และแบบสอบถามพฤติกรรมมีค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบไคสแควร์ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลหลังผ่าตัดสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่กลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น ควรนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนไปใช้ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ใบหน้าและขากรรไกร โดยประยุกต์ใช้ร่วมกับการพยาบาลตามมาตรฐานและทำการติดตามต่อเนื่องผ่านช่องทางดิจิทัลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดของผู้ป่วยดังกล่าว

คำสำคัญ: สมรรถนะแห่งตน การดูแลตนเอง การดูแลหลังผ่าตัด การบาดเจ็บที่ใบหน้าและขากรรไกร

¹พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร

²พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร

³นายแพทย์ชำนาญการ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร

⁴ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: Kampon.int@gmail.com Tel: 062-6424664



The Effects of a Self-Efficacy Enhancement Program on Post-Operative Self-Care Behaviors in Patients with Maxillofacial Injury

Maliwan Hunaumpon B.N.S.¹

Pornsiri Kanokkarnjana Dip. APAGN²

Vipavee Kittiponganan M.D.³

Kampon Introntakun M.N.S.^{1,4}

(Received Date: March 8, 2026, Revised Date: April 16, 2026, Accepted Date: April 22, 2026)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to compare the mean postoperative self-care behavior score of patients with maxillofacial injuries before and after the intervention, both within and between groups. A total of 50 participants were selected through purposive sampling and assigned to either an experimental group or a control group, with 25 participants in each group. The experimental group received the self-efficacy enhancement program for 6 weeks, while the control group received standard nursing care. The research instruments included the self-efficacy enhancement program, a demographic data record form, and a postoperative self-care behavior questionnaire. Content validity was established, with scale-level content validity indices of 1.00 for the demographic data record form and 0.98 for the postoperative self-care behavior questionnaire. The program demonstrated item-objective congruence values ranging from 0.67 to 1.00, and the questionnaire showed acceptable reliability, with a Cronbach's alpha coefficient of 0.81. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, paired t-tests, and independent t-tests.

The findings showed that, within the groups, the experimental group that received the program had a significantly higher mean postoperative self-care behavior score after the intervention than before the intervention, whereas the control group showed no statistically significant difference. Between the groups, after the intervention, the experimental group had a significantly higher mean postoperative self-care behavior scores than the control group. This shows that the self-efficacy enhancement program was effective in promoting postoperative self-care behaviors among patients with maxillofacial injuries. Therefore this program may be integrated into standard nursing care to enhance postoperative self-care behaviors in this patient population.

Keywords: self-efficacy, self-care, post-operative care, maxillofacial injuries

¹Registered Nurse, Department of Nursing, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok

²Advanced Practice in Adult and Gerontological Nursing, Department of Nursing, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok

³Medical Physician, Professional Level, Department of Surgery, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok

⁴Corresponding Author, Email: Kampon.int@gmail.com Tel: 062-6424664



บทนำ

องค์การอนามัยโลกรายงานว่า การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลกโดยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 1.19 ล้านคนต่อปี และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในเด็กและเยาวชนอายุ 5-29 ปี ทั้งนี้ ร้อยละ 92 ของการเสียชีวิตดังกล่าวเกิดในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง¹ และมากกว่ากึ่งหนึ่งเป็นกลุ่มผู้ใช้ถนนที่เปราะบาง เช่น คนเดินเท้า ผู้ขี่จักรยาน และผู้ขี่รถจักรยานยนต์¹ นอกจากนี้ อุบัติเหตุทางถนนยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจประมาณร้อยละ 3 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศของแต่ละประเทศ¹ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาและผลกระทบต่อประชากรวัยแรงงาน ซึ่งเป็นกลุ่มที่พบบาดเจ็บบริเวณใบหน้าและขากรรไกร (Maxillofacial trauma)¹ นอกจากนี้ การศึกษาของ สุมิตรา จันทรเพ็ง² พบว่าสาเหตุสำคัญมาจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์สูงถึงร้อยละ 71 โดยผู้ป่วยร้อยละ 87.65 ไม่สวมหมวกนิรภัย ขณะที่ร้อยละ 27 ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนเกิดอุบัติเหตุ และร้อยละ 35.77 มีการบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมด้วย สำหรับชนิดของการบาดเจ็บ พบกระดูกโหนกแก้มหักมากที่สุด ร้อยละ 39 รองลงมาคือกระดูกขากรรไกรล่างร้อยละ 22.33 และกระดูกหน้าผากร้อยละ 10 อีกทั้งการรักษาส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้การผ่าตัดร้อยละ 68.74^{3,4} การผ่าตัดขากรรไกรและใบหน้าเป็นหัตถการทางการแพทย์ที่ใช้ในการรักษาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เช่น กระดูกหัก รอยแตกของโครงสร้างใบหน้า การเคลื่อนของขากรรไกร และภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับเนื้อเยื่ออ่อนของใบหน้า โดยหัตถการอาจครอบคลุมถึงการตรึงกระดูกด้วยแผ่นและสกรู (Open reduction and internal fixation: ORIF) หรือการผ่าตัดเพื่อจัดแนวขากรรไกรและคืนรูปร่างปกติให้แก่ผู้ป่วย⁵ ในกระบวนการผ่าตัด ผู้ป่วยมักต้องเผชิญกับความเจ็บปวด การจำกัดการเคลื่อนไหวของขากรรไกร การบวม และภาวะไม่สะดวกในการพูดหรือรับประทานอาหารการพักผ่อนจึงเป็นระยะที่สำคัญยิ่ง เพราะแม้จะได้รับการผ่าตัดที่ประสบความสำเร็จแล้ว แต่ผลลัพธ์จะดีหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยในช่วงพักฟื้นอย่างมีวินัยและถูกต้อง⁶ หากผู้ป่วยดูแลตนเองหลังผ่าตัดได้ไม่เหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนหลายประการ เช่น การติดเชื้อของแผลผ่าตัด การบวมและปวดที่คงอยู่นาน การอ้าปากได้จำกัด รับประทานอาหารลำบากภาวะขาดสารอาหาร ตลอดจนความวิตกกังวลและผลกระทบต่อภาพลักษณ์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย^{6,7} ซึ่งการบาดเจ็บที่ใบหน้าและขากรรไกรส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะรายที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการจัดแนวกระดูก การตรึงขากรรไกร การซ่อมแซมเนื้อเยื่อ หรือการฟื้นฟูโครงสร้างใบหน้า อีกทั้งอาจมีปัญหาก่อนนอนหลับและการพูดที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁷ การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในช่วงพักฟื้นหลังผ่าตัดจึงถือเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและสนับสนุนกระบวนการฟื้นฟู ได้แก่ การดูแลแผลผ่าตัด การทำความสะอาดช่องปากอย่างสม่ำเสมอ รับประทานอาหารอ่อนเพื่อหลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือนแผล และการหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่อาจกระทบกระเทือนต่อโครงสร้างใบหน้า⁸ นอกจากนี้ การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การใช้ยาฆ่าเชื้อ ยาลดบวม หรือการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง มีผลโดยตรงต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย⁹ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมในระยะพักฟื้นจะนำไปสู่การฟื้นตัวที่ล่าช้าและเกิดความเครียดสะสม^{10,11} แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับคำแนะนำ การดูแลตนเองหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง แต่ในทางปฏิบัติยังพบการดูแลตนเองที่ไม่สม่ำเสมอและเกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ ซึ่งสะท้อนว่าความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถลงมือปฏิบัติได้จริงและทำได้ต่อเนื่อง คือความเชื่อมั่นว่าตนเองทำได้ภายใต้ข้อจำกัดหลังผ่าตัด หรือการมีสมรรถนะแห่งตน¹²

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของ Bandura¹² มาเป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ใบหน้าและขากรรไกรหลังการผ่าตัด โดยส่งเสริมความเชื่อมั่นว่าตนทำได้ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเริ่มลงมือปฏิบัติ อดทนต่ออุปสรรค และทำพฤติกรรมได้ต่อเนื่องในระยะพักฟื้น กลไกการเรียนรู้นี้เกิดจากการมีสมรรถนะแห่งตน¹² ซึ่งส่งผลต่อกระบวนการกำกับพฤติกรรมของผู้ป่วยในหลายมิติ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเอง การตั้งเป้าหมายและความตั้งใจในการปฏิบัติ การประเมินอุปสรรคและการหาวิธีรับมือ ตลอดจนการควบคุมอารมณ์เมื่อเผชิญความเจ็บปวดหรือความกังวลหลังผ่าตัด เมื่อสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้ถูกต้องสม่ำเสมอมากขึ้น และคงพฤติกรรมต่อเนื่องจนเกิดผลลัพธ์การฟื้นตัวที่เหมาะสม ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่วงพักฟื้นหลังผ่าตัด¹³



จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่างานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนได้ศึกษาในหลายกลุ่มโรค เช่น มะเร็งท่อน้ำดี กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระฉก และผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการเจาะคอ¹³⁻¹⁶ แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และสนับสนุนผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้น¹³⁻¹⁶ อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการพัฒนาโปรแกรมที่ออกแบบเฉพาะสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บ ที่ใบหน้าและขากรรไกรหลังผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีข้อจำกัดเฉพาะทั้งด้านร่างกาย ได้แก่ การเคลื่อนไหวขากรรไกร การรับประทานอาหาร การสื่อสาร และด้านจิตสังคมเกี่ยวกับความกังวลต่อภาพลักษณ์ การแยกตัวจากสังคม ความมั่นใจลดลง ที่แตกต่างจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มอื่น¹⁰

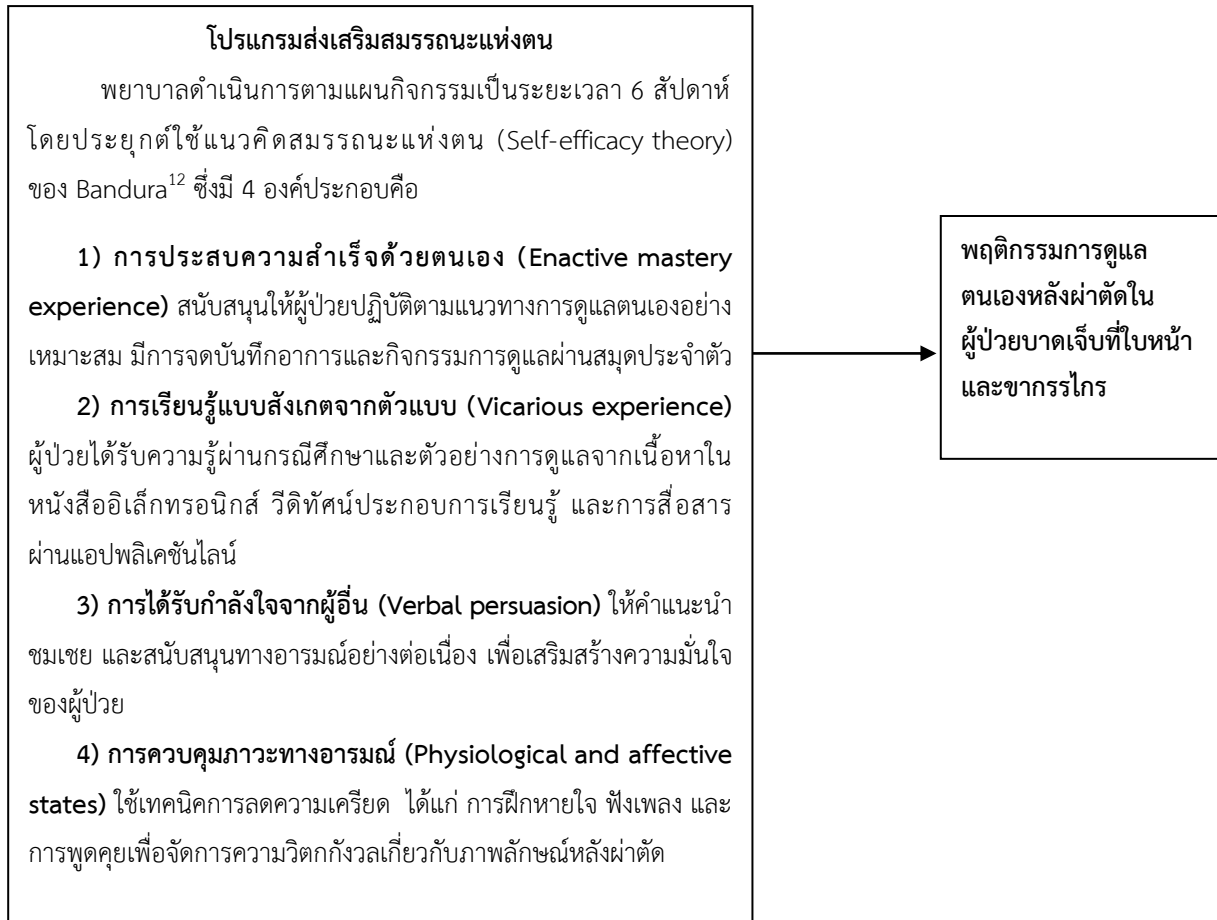
จากปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและช่องว่างทางวิชาการที่พบ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเพื่อยกระดับทักษะและแรงจูงใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ใบหน้าและขากรรไกรหลังการผ่าตัด โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจะเป็นแนวทางการพยาบาลเชิงรุกที่ครอบคลุมทั้งมิติของข้อมูลสุขภาพ การเสริมสร้างเสริมทางบวก และการฝึกพฤติกรรมที่เอื้อต่อการฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ Bandura¹² เนื่องจากเป็นแนวคิดที่อธิบายบทบาทของความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อการเริ่มต้นและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมภายใต้ข้อจำกัดหลังผ่าตัด โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจึงประยุกต์องค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง การเรียนรู้แบบสังเกตจากตัวแบบ การได้รับกำลังใจจากผู้อื่น และการควบคุมภาวะทางอารมณ์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้เป็นช่องทางในการสื่อสารติดตามอาการ และให้คำแนะนำเพิ่มเติม ซึ่งมีความสำคัญในบริบทสังคมไทยที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงและใช้งานได้สะดวก ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสามารถส่งผลเชิงบวกต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยให้ดีขึ้น¹⁷ การออกแบบโปรแกรมที่ตอบสนองต่อบริบทและความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ใบหน้าและขากรรไกร ไม่เพียงแต่อาจจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น การติดเชื้อ การฟันตัวที่ล่าช้า การนอนโรงพยาบาลซ้ำ เป็นต้น แต่ยังมีศักยภาพในการส่งเสริมภาพลักษณ์ตนเองและความมั่นใจ ดังนั้นผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยครั้งนี้จะสามารถใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาแนวทางการพยาบาลเชิงนวัตกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ใบหน้าและขากรรไกร อีกทั้งยังช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม และส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ใบหน้าและขากรรไกร ก่อนและหลังทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ใบหน้าและขากรรไกร ก่อนและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของ Bandura¹² เป็นฐานคิดในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองหลังผ่าตัดของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ใบหน้าและขากรรไกรหลังการผ่าตัด โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการจัดการสุขภาพของตนเอง ซึ่งแนวคิดสมรรถนะแห่งตนนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง การเรียนรู้แบบสังเกตจากตัวแบบ การได้รับกำลังใจจากผู้อื่น และการควบคุมภาวะทางอารมณ์ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในช่วงพักฟื้น 6 สัปดาห์ ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ สรุปได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (Two group pre-posttest design) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจากการบาดเจ็บที่ใบหน้าและขากรรไกรที่เข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2569

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจากการบาดเจ็บที่ใบหน้าและขากรรไกร ที่เข้านอนรักษาตัว จำนวน 50 ราย การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจของการทดสอบ (Power analysis) กำหนดขนาดอิทธิพลในการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้ค่ากลางเท่ากับ 0.50 กำหนดอำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ 0.80 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 จากนั้นเปิดตารางสำเร็จรูป Power analysis¹⁸ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 22 รายต่อกลุ่ม และได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10¹⁹ เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นได้กลุ่มตัวอย่าง 25 รายต่อกลุ่ม รวมทั้งสิ้น 50 ราย จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติการวิจัย เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without re-placement)²⁰ เพื่อเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมอย่างเท่าเทียม ในกรณีที่บางครั้งอาสาสมัครทั้งสองกลุ่มพักรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยเดียวกัน ผู้วิจัยกำหนดมาตรการเพื่อลดการปนเปื้อนของสิ่งทดลอง โดยแยกช่วงเวลาในการดำเนินการกิจกรรมอย่างชัดเจน และดำเนินการกิจกรรมของกลุ่มทดลองในห้องสาริตที่แยกจากหอผู้ป่วย ไม่ดำเนินการกิจกรรมต่อหน้ากลุ่มควบคุม และขอความร่วมมืออาสาสมัครไม่แลกเปลี่ยนรายละเอียดของกิจกรรม



ระหว่างกันในช่วงเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามแนวทางมาตรฐานของหอผู้ป่วยตามปกติ เพื่อคงความแตกต่างของการทดลองและลดความรู้สึกว่าได้รับการปฏิบัติไม่เท่าเทียมกัน ทั้งนี้ ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองและเก็บข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยได้ขอเชิญให้กลุ่มควบคุมโดยให้คำแนะนำเพิ่มเติมและมอบเอกสารความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัด เพื่อให้อาสาสมัครได้รับประโยชน์จากการวิจัยอย่างเหมาะสม โดยคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

เกณฑ์คัดเข้าการวิจัย ได้แก่ 1) เพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการบาดเจ็บที่ใบหน้าและขากรรไกรและอยู่ในช่วงพักฟื้นหลังผ่าตัดครบ 3 วัน ขึ้นไป 4) ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการปฏิบัติชีวิตประจำวันในระดับช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง (5-11 คะแนน) ถึงระดับช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด (มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน) ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (The Barthel ADL index) 5) ไม่มีประวัติสมองเสื่อมหรือมีคะแนน Mini cog test มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน 6) สามารถสื่อสาร เรียนรู้ และเข้าใจภาษาไทย 7) มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ และ 8) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ เกณฑ์คัดออกจากการวิจัย ได้แก่ 1) มีอาการบาดเจ็บร่วมที่กระทบต่อการประเมินผล เช่น อาการบาดเจ็บที่สมองหรือระบบประสาท เป็นต้น 2) เข้าสู่ภาวะวิกฤตหรือภาวะการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด และ 3) มีอาการปวดจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเครื่องมือออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นครอบคลุมเรื่อง เพศ ช่วงอายุ รายได้ต่อเดือน อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพ ดัชนีมัลลอกฮอลล์ สาเหตุการบาดเจ็บ

1.2 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองหลังผ่าตัด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การดูแลแผลและช่องปาก การรับประทานอาหาร การจัดทำทางและการเคลื่อนไหว การติดตามรักษา สุขภาพจิตและสภาพลักษณะ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน^{21,22} โดยคะแนน 5 หมายถึง ปฏิบัติเสมอ และคะแนน 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 30-150 คะแนน และแปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ยอิงเกณฑ์ของละเอียด ศิลาน้อย และกันทิมาลัย จินดาประเสริฐ²³ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 4.20-5.00 = ระดับมากที่สุด 3.40-4.19 = ระดับมาก 2.60-3.39 = ระดับปานกลาง 1.80-2.59 = ระดับน้อย และ 1.00-1.79 = ระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือดำเนินการวิจัย ดังนี้

2.1 โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน เป็นชุดกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดสมรรถนะแห่งตนของ Bandura¹² โดยดำเนินกิจกรรมร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นช่องทางในการสื่อสาร แผนกิจกรรมของโปรแกรม ครอบคลุม 4 องค์ประกอบ คือ การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง การเรียนรู้แบบสังเกตจากตัวแบบ การได้รับกำลังใจจากผู้อื่น และการควบคุมภาวะทางอารมณ์ เพื่อเสริมความมั่นใจและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด การเข้าร่วมโปรแกรมมีระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยมีสื่อสนับสนุนโปรแกรม ดังนี้

1) หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องฟื้นฟูอย่างมั่นใจ: คู่มือการดูแลตนเองหลังผ่าตัดที่ใบหน้าและขากรรไกร เป็นสื่อการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ประกอบโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ใบหน้าและขากรรไกรหลังผ่าตัด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และความมั่นใจในการดูแลตนเองในระยะพักฟื้นเนื้อหาประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่ใบหน้าและขากรรไกร การผ่าตัด และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ได้แก่ การดูแลแผลผ่าตัด การดูแลช่องปาก การดูแลไหมมัดขากรรไกร การป้องกันการติดเชื้อ และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม 3) ข้อมูลเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติ ข้อควรระวัง และอาการสำคัญที่ต้องรีบมาพบแพทย์ และ 4) ข้อมูลเพื่อส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การทบทวนแนวทางการดูแลตนเอง การเรียนรู้จากกรณีศึกษา การเสริมกำลังใจ และการจัดการความเครียดหรือความกังวลภายหลังผ่าตัด



2) สมุดประจำตัวสำหรับบันทึกอาการและอาการแสดงการดูแล ใช้สำหรับให้ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด อาการผิดปกติภายหลังผ่าตัด และกิจกรรมการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการส่งเสริมประสบการณ์ความสำเร็จ โดยเนื้อหาประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ตารางบันทึกอาการผิดปกติรายสัปดาห์ในช่วง 1-7 สัปดาห์หลังผ่าตัด ครอบคลุมอาการสำคัญที่ควรเฝ้าระวัง ได้แก่ ไข้สูง หนาวสั่น ปวด บวม แดงบริเวณแผล แผลมีหนองหรือกลิ่นผิดปกติ แผลแยก ลวดมัดพันหลุด อาการคลื่นไส้อาเจียน หายใจลำบาก อ่อนเพลีย และอาการชาบริเวณแผล ทั้งนี้ เพื่อใช้ประกอบการติดตามอาการ การประเมินผล และการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

3) วิดีทัศน์ประกอบการเรียนรู้ ใช้เป็นสื่อประกอบการให้ความรู้ในโปรแกรมฯ เพื่อส่งเสริมความเข้าใจของผู้ป่วย เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดที่ใบหน้าและขากรรไกรให้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยเนื้อหาภายในวิดีทัศน์ครอบคลุมแนวทางการปฏิบัติที่สำคัญในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัด ได้แก่ การดูแลแผลผ่าตัด การดูแลความสะอาดในช่องปากและบริเวณไหมมัดขากรรไกร การป้องกันการติดเชื้อ การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ตลอดจนการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดและข้อควรปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ตรวจสอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่ใบหน้าและขากรรไกร 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ใบหน้าและขากรรไกร 1 ท่าน ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (Scale-level Content Validity Index: S-CVI) ของแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองหลังผ่าตัด ได้ค่า S-CVI = 1.00 และ 0.98 ตามลำดับ ส่วนโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนประกอบด้วย แผนกิจกรรม หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ สมุดประจำตัว และวิดีทัศน์ประกอบการเรียนรู้ มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อรายการกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence: IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งครอบคลุมด้านวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม และความเหมาะสม จากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความชัดเจน และเหมาะสมยิ่งขึ้น 2) ความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองหลังผ่าตัด ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับตัวอย่างวิจัยจำนวน 30 ราย นำมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.81 ส่วนโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับตัวอย่างวิจัยจำนวน 5 ราย พบว่า มีความเหมาะสม ภาษาที่ใช้เข้าใจได้ ไม่ซับซ้อน และสามารถนำไปใช้ได้จริง

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์จากคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่การรับรอง COA 165/2568 ลงวันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2568 ก่อนทำการศึกษา ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมทั้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาได้โดยอิสระ และสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลที่สามารถเชื่อมโยงถึงตัวบุคคลได้ โดยผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย ข้อมูลจะถูกเก็บรักษาไว้ตามระยะเวลาที่สถาบันกำหนด และเมื่อพ้นระยะเวลาดังกล่าวจะดำเนินการทำลายข้อมูลทั้งหมดด้วยวิธีที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเข้าถึงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยไม่ได้รับอนุญาต

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการหลังได้รับหนังสือรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้



1. ขั้นตอนเตรียมการ

- 1) ผู้วิจัยได้เสนอโครงการนี้แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
- 2) ภายหลังจากการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราชแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อเข้าสนามวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3) เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด
- 4) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นัดพบกลุ่มตัวอย่างเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์รายละเอียดของวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยที่จะได้รับและการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาล ผู้วิจัยให้สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง โดยมีเวลาในการตัดสินใจได้อย่างอิสระ
- 5) เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้ลงนามยินยอมในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. ขั้นตอนการดำเนินการ

2.1 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามแนวทางมาตรฐานของหอผู้ป่วย ได้แก่ การให้คำแนะนำรายบุคคลเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดตามแนวปฏิบัติปกติ เช่น การดูแลแผล การดูแลช่องปาก การเลือกรับประทานอาหาร และการสังเกตอาการผิดปกติ โดยไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ทั้งนี้ กลุ่มควบคุมได้รับการติดตามเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ และตอบแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดจำนวน 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ในวันที่ 3 หลังผ่าตัด และครั้งที่ 2 เมื่อครบ 6 สัปดาห์ ใช้เวลาประมาณ 20–30 นาที

2.2 กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตามแนวทางมาตรฐานเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม และเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura¹² โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นช่องทางในการสื่อสาร ติดตามอาการ ทบทวนความรู้ และให้คำแนะนำเพิ่มเติมรายบุคคล ร่วมกับสื่อสนับสนุน ได้แก่ หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง ฟันฟอยอย่างมั่นใจ: คู่มือการดูแลตนเองหลังผ่าตัดที่ใบหน้าและขากรรไกร สมุดประจำตัวผู้ป่วย และวีดิทัศน์ประกอบการเรียนรู้ โปรแกรมมีระยะเวลาดำเนินการ 6 สัปดาห์ จัดกิจกรรมทั้งหมด 7 ครั้ง โดยมีแผนกิจกรรมการดูแล ดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 3 หลังการผ่าตัด ที่หอผู้ป่วย กิจกรรมเริ่มต้นอย่างมั่นใจ ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม จากนั้นอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พร้อมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ภายหลังจากนั้น ผู้วิจัยแนะนำหนังสืออิเล็กทรอนิกส์และสมุดประจำตัวผู้ป่วยสำหรับใช้ประกอบการเรียนรู้และการติดตามอาการ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ได้แก่ การดูแลแผลผ่าตัด การดูแลความสะอาดในช่องปาก การดูแลไหมมัดขากรรไกร การป้องกันการติดเชื้อ และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ร่วมกับการสาธิตวิธีปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจ และความมั่นใจเบื้องต้นในการดูแลตนเอง ใช้เวลาประมาณ 30–60 นาที

ครั้งที่ 2 ก่อนจำหน่าย ผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัดที่ได้ให้ไว้ในครั้งแรก โดยเน้นย้ำประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องภายหลังกลับบ้าน ได้แก่ การดูแลแผล การดูแลช่องปาก การป้องกันการติดเชื้อ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และข้อควรระวังในชีวิตประจำวัน พร้อมทั้งซักถามความเข้าใจของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัย และเน้นย้ำอาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมและเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง เมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ใช้เวลาประมาณ 20–30 นาที

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมทำได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยติดตามอาการและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยภายหลังกลับบ้าน พร้อมทั้งทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองในระยะพักฟื้น โดยประเมินอาการสำคัญ เช่น แผลในช่องปาก อาการบวม ปวดกลืนปาก เลือดซึม และความเรียบร้อยของไหมมัดขากรรไกร จากนั้นให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ควบคู่กับการเรียนรู้จากกรณีศึกษา โดยผู้วิจัยนำเสนอสถานการณ์ตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด 1–2 สถานการณ์ เช่น ปวดบวมมาก รับประทานอาหารได้น้อย หรือมีเลือดซึมจากแผล แล้วอธิบายวิธีสังเกตอาการ แนวทางการดูแลตนเองที่เหมาะสม



และข้อบ่งชี้ที่ควรมาพบแพทย์ พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและแลกเปลี่ยนความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำแนวทางดังกล่าวไปประยุกต์ใช้กับตนเองได้อย่างเหมาะสม ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมเสริมแรงให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจากสมุดบันทึกอาการและความผิดปกติ ร่วมกับการประเมินอาการที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด พร้อมทั้งให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ดี ชื่นชมความก้าวหน้า และเสริมแรงทางบวกเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยคงพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังร่วมกับผู้ป่วยวิเคราะห์อุปสรรคหรือข้อจำกัดที่พบในการดูแลตนเอง และช่วยกันหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละราย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความเครียดหรือความกังวลใจ พร้อมแนะนำวิธีผ่อนคลายที่เหมาะสม เช่น การฟังเพลงและการฝึกหายใจ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมความพร้อมในการดูแลตนเองใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที

ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมปรับใช้ให้เหมาะกับตนเอง ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสะท้อนประสบการณ์จากการดูแลตนเองที่ผ่านมา ทั้งในด้านสิ่งที่สามารถปฏิบัติได้ดี ปัญหาที่พบ และข้อกังวลที่ยังมีอยู่ จากนั้นให้คำแนะนำเฉพาะรายโดยคำนึงถึงสภาพปัญหา ความพร้อม และบริบทการใช้ชีวิตของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำแนวทางการดูแลตนเองไปปรับใช้ได้เหมาะสมในชีวิตประจำวัน กิจกรรมนี้มุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง และสามารถพัฒนาวิธีการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับสภาพจริงมากขึ้น ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที

ครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมมั่นใจมากขึ้น ก้าวผ่านอุปสรรค ผู้วิจัยติดตามอาการและประเมินอุปสรรคที่ยังคงมีอยู่ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสม พร้อมทั้งทบทวนสัญญาณอาการผิดปกติที่ผู้ป่วยควรเฝ้าระวังและการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดปัญหา นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังเสริมกำลังใจและชี้ให้เห็นความก้าวหน้าในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถก้าวผ่านอุปสรรคและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมั่นใจ ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที

ครั้งที่ 7 สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมทบทวนและก้าวต่อ ผู้วิจัยสรุปผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรม โดยทบทวนทั้งสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ดีและประเด็นที่ยังควรเฝ้าระวังต่อไป เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสะท้อนความรู้สึก ความกังวล และประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การฟื้นตัว และภาพลักษณ์ภายหลังผ่าตัด พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องหลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถคงพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมในระยะยาว จากนั้นจึงเก็บข้อมูลหลังการทดลอง ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลส่วนบุคคล มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคุณลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบ Chi-Square Test

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ระหว่างก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Dependent t-test ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วย Shapiro-Wilk test มีค่า $p = .20$ แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จึงสามารถใช้ Dependent t-test ได้

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test เนื่องจากผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วย Shapiro-Wilk test มีค่า $p = .32$ แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และทดสอบข้อตกลงสำหรับสถิติ Independent t-test ด้วยการทดสอบ Levene's test พบว่า $p = .53$ แสดงว่าข้อมูลมีความแปรปรวนทั้งสองกลุ่มเท่ากัน จึงสามารถใช้ Independent t-test ได้



ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ในเพศชายพบมากที่สุด โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 84 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 68 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 25-34 ปี โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 36 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 64 รายได้ที่พบมากที่สุด กลุ่มควบคุมอยู่ที่ช่วง 20,001-25,000 บาท ร้อยละ 36 ส่วนกลุ่มทดลองพบมากที่สุดเท่ากัน 3 ช่วง ได้แก่ น้อยกว่า 5,000 บาท 5,001-10,000 บาท และ 20,001-25,000 บาท ช่วงละร้อยละ 28 อาชีพที่พบมากที่สุดคือรับจ้าง โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 52 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 60 ระดับการศึกษาที่พบมากที่สุด กลุ่มทดลองคือมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 44 กลุ่มควบคุม คือปริญญาตรี ร้อยละ 48 สถานภาพสมรสที่พบมากที่สุดคือคู่สมรส โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 56 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 72 การดื่มแอลกอฮอล์บางครั้งพบในกลุ่มทดลองร้อยละ 48 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 56 และสาเหตุการบาดเจ็บที่พบมากที่สุด คืออุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 72 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 84 ทั้งนี้ ผลการทดสอบไคสแควร์ไม่พบความแตกต่างของลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปและความแตกต่างของลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ (Gender)					1.75	0.18 ^{ns}
ชาย	17	68.00	21	84.00		
หญิง	8	32.00	4	16.00		
ช่วงอายุ (Age)					4.38	0.22 ^{ns}
18-24 ปี	3	12.00	7	28.00		
25-34 ปี	16	64.00	9	36.00		
35-44 ปี	2	8.00	2	8.00		
45-54 ปี	4	16.00	7	28.00		
รายได้ต่อเดือน (Monthly income)					6.20	0.28 ^{ns}
น้อยกว่า 5,000 บาท	4	16.00	7	28.00		
5,001-10,000 บาท	5	20.00	7	28.00		
10,001-15,000 บาท	4	16.00	1	4.00		
15,001-20,000 บาท	3	12.00	1	4.00		
20,001-25,000 บาท	9	36.00	7	28.00		
25,001-30,000 บาท	0	0.00	2	8.00		
อาชีพ (Occupation)					2.34	0.67 ^{ns}
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	4.00	0	0.00		
รับจ้าง	15	60.00	13	52.00		
ข้าราชการ	3	12.00	2	8.00		
พนักงานทั่วไป	3	12.00	5	20.00		
ค้าขาย	3	12.00	5	20.00		



ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับการศึกษา (Education Level)					3.32	0.51 ^{ns}
ประถมศึกษา	2	8.00	2	8.00		
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	4.00	0	0.00		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	6	24.00	11	44.00		
อนุปริญญา/ปวส.	4	16.00	2	8.00		
ปริญญาตรี	12	48.00	10	40.00		
สถานภาพ (Status)					1.43	0.49 ^{ns}
คู่สมรส	18	72.00	14	56.00		
หย่าร้าง	1	4.00	2	8.00		
โสด	6	24.00	9	36.00		
ดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol consumption)					2.01	0.36 ^{ns}
ดื่มประจำ	10	40.00	9	36.00		
ดื่มบางครั้ง	14	56.00	12	48.00		
ไม่ดื่ม	1	4.00	4	16.00		
สาเหตุการบาดเจ็บ (Cause of injury)					5.56	0.23 ^{ns}
กีฬา	2	8.00	1	4.00		
ถูกทำร้าย	1	4.00	0	0.00		
พลัดตกหกล้ม	1	4.00	3	12.00		
รถจักรยานยนต์	21	84.00	18	72.00		
รถยนต์	0	0.00	3	12.00		

ns = non significant

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ใบหน้าและขากรรไกร ก่อนและหลังทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง ก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 2.65 (S.D. = 0.32) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองเท่ากับ 4.23 (S.D. = 0.35) อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean difference = 1.58, 95% CI = 1.41 ถึง 1.75, Cohen's d = 3.88) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19.42, p < .001$) ส่วนกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 2.63 (S.D. = 0.23) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองเท่ากับ 2.67 (S.D. = 0.27) อยู่ในระดับปานกลาง (Mean difference = 0.04, 95% CI = -0.08 ถึง 0.16, Cohen's d = 0.12) ไม่พบความแตกต่างกัน ($t = 0.64, p = .52$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ใบหน้าและขากรรไกร ก่อนและหลังทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (n=25)			หลังทดลอง (n=25)			t	p-value	Mean difference	95% CI		Effect size
	Mean	S.D.	Level	Mean	S.D.	Level				Lower	Upper	
กลุ่มทดลอง (Experimental group)												
พฤติกรรม	2.65	0.32	ปาน	4.23	0.35	มาก	19.42	< 0.001*	1.58	1.41	1.75	3.88
การดูแลตนเอง			กลาง			ที่สุด						
กลุ่มควบคุม (Control group)												
พฤติกรรม	2.63	0.23	ปาน	2.67	0.27	ปาน	0.64	0.52	0.04	-0.08	0.16	0.12
การดูแลตนเอง			กลาง			กลาง						

*p-value < .001, Mean difference (Post-test – Pre-test)



ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ใบหน้าและขากรรไกร ก่อนและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 2.63 (S.D. = 0.23) อยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มทดลองเท่ากับ 2.65 (S.D. = 0.32) อยู่ในระดับปานกลาง (Mean difference = 0.02, 95% CI = -0.14 ถึง 0.17, Cohen's d = 0.06) โดยก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.22, p = .82$) หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 2.67 (S.D. = 0.27) อยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มทดลองเท่ากับ 4.23 (S.D. = 0.35) อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean difference = 1.56, 95% CI = 1.38 ถึง 1.74, Cohen's d = 4.95) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 17.51, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ใบหน้าและขากรรไกร ก่อนและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=25)			กลุ่มทดลอง (n=25)			t	p-value	Mean difference	95% CI		Effect size
	Mean	S.D.	Level	Mean	S.D.	Level				Lower	Upper	
ก่อนทดลอง (Pre-test)												
พฤติกรรม	2.63	0.23	ปาน	2.65	0.32	ปาน	0.22	0.82	0.02	-0.14	0.17	0.06
การดูแลตนเอง			กลาง			กลาง						
หลังทดลอง (Post-test)												
พฤติกรรม	2.67	0.27	ปาน	4.23	0.35	มากที่สุด	17.51	< 0.001*	1.56	1.38	1.74	4.95
การดูแลตนเอง			กลาง									

*p-value<.001, Mean difference (Experimental group - Control group)

การอภิปรายผล

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 ผลการวิจัยจากการเปรียบเทียบภายในกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อธิบายได้ตามแนวคิดสมรรถนะแห่งตนของ Bandura¹² ที่ชี้ว่าการส่งเสริมความรู้และทักษะที่เพียงพอควบคู่กับการติดตามและให้กำลังใจในการดูแลต่อเนื่อง เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วย ลงมือทำและทำต่อเนื่องจนเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองทำได้ภายใต้ข้อจำกัดหลังผ่าตัด เช่น ความเจ็บปวด อาการบวม การเคลื่อนไหวขากรรไกรจำกัด ความกังวลต่อภาพลักษณ์ เป็นต้น จนผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถดูแลตนเองได้จริงภายใต้สถานการณ์การฟื้นตัวหลังการผ่าตัด หรือเกิดสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ที่สูงขึ้น ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคู่สมรส ซึ่งอาจเป็นแรงสนับสนุนจากครอบครัวในการช่วยเตือน ช่วยสังเกตอาการผิดปกติ และให้กำลังใจ ที่เอื้อต่อความต่อเนื่องของการดูแลตนเอง ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Litt และคณะ²⁴ ที่ศึกษาโปรแกรมเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยผ่าตัดช่องปาก พบว่าการเสริมสมรรถนะแห่งตนช่วยให้ผู้ป่วยรับมือกับสถานการณ์การรักษได้ดีขึ้น ลดความกังวลและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mei และคณะ²⁵ ที่ศึกษาโปรแกรมให้ความรู้เพื่อเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยผ่าตัดช่องปากและขากรรไกร ที่พบว่าโปรแกรมให้ความรู้ช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจมากขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณสามารถจัดการและบอกอาการปวดได้ถูกต้อง จึงรายงานอาการได้ดีขึ้น และทำให้ความปวดกับผลกระทบจากความปวดหลังผ่าตัดช่องปากและขากรรไกรลดลง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยได้รับคำแนะนำชัดเจนและมีทีมบุคลากรทางการแพทย์ติดตามให้กำลังใจ ผู้ป่วยจะเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น สามารถทำได้ต่อเนื่อง และจัดการอาการต่าง ๆ หลังผ่าตัดได้ดีขึ้น



วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ใบหน้าและขากรรไกร ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนทดลอง คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดของทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกันแสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองใกล้เคียงกันในระยะเริ่มต้น แต่หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัด สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่าการมีโปรแกรมที่สอนเป็นระบบและติดตามต่อเนื่องช่วยให้ผู้ป่วยทำตามคำแนะนำได้สม่ำเสมอว่าการดูแลตามปกติ ทั้งนี้ โปรแกรมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เน้นการปฏิบัติจริง การเห็นแบบอย่าง การเสริมแรงทางบวก และการจัดการอารมณ์ โดยมีการใช้สื่อสนับสนุนที่ครอบคลุมแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่มีเพียงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัด โดยด้านที่ 1 การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) ทำให้กลุ่มทดลองรู้สึก "ทำได้" มีการบันทึกอาการและกิจกรรมการดูแลในสมุดประจำตัว ช่วยให้เห็นพัฒนาการของตนเอง (Progress tracking) ทำให้เกิดความมั่นใจจากการได้รับผลลัพธ์ที่ดีจริง ด้านที่ 2 การเรียนรู้แบบสังเกตจากตัวแบบ (Vicarious experience) มีการใช้กรณีศึกษา หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ วิดีทัศน์ประกอบการเรียนรู้ และแอปพลิเคชันไลน์ ช่วยให้กลุ่มทดลองรู้สึกว่ามีเพื่อนร่วมทาง ไม่ได้เผชิญปัญหาเพียงลำพัง ด้านที่ 3 การได้รับกำลังใจจากผู้อื่น (Verbal persuasion) การให้คำแนะนำ ชมเชย และการเสริมพลังทางอารมณ์จากบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งครอบครัว กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความพยายามที่จะดูแลตนเองต่อไป ส่วนด้านที่ 4 การควบคุมภาวะทางอารมณ์ (Emotional arousal) การลดความเครียด ความวิตกกังวล และภาพลักษณ์เชิงลบ ผ่านเทคนิคการฝึกหายใจ ฟังเพลง หรือการพูดคุย ได้ช่วยลดอารมณ์เชิงลบที่เป็นอุปสรรคต่อความมั่นใจ ทำให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่พร้อมสำหรับการฟื้นฟูร่างกาย อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคู่สมรส จึงมีคนใกล้ชิดช่วยเหลือและช่วยเหลือ ทำให้การทำตามแผนการดูแลนั้นทำได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ Li และคณะ²⁶ ในผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกช่องปากและขากรรไกร ที่ใช้แพลตฟอร์มสุขภาพบนมือถือดูแลต่อเนื่อง พบว่า กลุ่มที่ได้รับการติดตามมีพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wang และคณะ²⁷ พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องปากและขากรรไกรที่มีปัญหาอ้าปากได้น้อย เมื่อได้รับการฝึกบริหารช่องปากร่วมกับการสนับสนุนทางโทรศัพท์หลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง จะมีอาการดีขึ้น โดยโปรแกรมนี้นี้ช่วยเพิ่มสมรรถนะแห่งตนและความร่วมมือในการบริหารช่องปากเพื่อการฟื้นฟู ส่งผลให้การทำงานของขากรรไกรและการอ้าปากดีกว่าการดูแลตามปกติ นอกจากนี้ การให้ความรู้และการส่งเสริมทักษะที่จำเป็นทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ช่วยให้ผู้ป่วยมี พฤติกรรมดูแลตนเองหลังผ่าตัด ได้ถูกต้องและสม่ำเสมอมากขึ้น เช่น การปฏิบัติตามคำแนะนำ การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ส่งผลให้ความร่วมมือดีขึ้น ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และทำให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น²⁸

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่เกี่ยวข้องกับความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างที่ควรได้รับการพิจารณา กล่าวคือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองในทั้งสองกลุ่มมีขนาดค่อนข้างเล็ก ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัย 3 ประการดังต่อไปนี้

1. กลุ่มตัวอย่างมีขนาด 25 คนต่อกลุ่ม ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่จำกัด อาจทำให้ไม่สะท้อนความหลากหลายของพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ใบหน้าและขากรรไกรในทางคลินิกได้อย่างครบถ้วน ผลการวิจัยจึงควรตีความด้วยความระมัดระวัง และควรมีการศึกษาซ้ำในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อยืนยันความสามารถในการนำไปใช้ (Generalizability)
2. การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามประเมินตนเองในขณะที่ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาลและอยู่ในความดูแลของทีมพยาบาล อาจทำให้เกิดอคติจากการตอบในลักษณะที่สังคมยอมรับ (Social desirability bias) กล่าวคือ ผู้ป่วยอาจตอบแบบสอบถามในทิศทางที่คิดว่าผู้วิจัยหรือผู้ดูแลต้องการ มากกว่าที่จะสะท้อนพฤติกรรมจริง ซึ่งส่งผลให้คะแนนของผู้ตอบมีความใกล้เคียงกันมากกว่าที่ควรจะเป็น



3. ลักษณะของเครื่องมือวัดและช่วงคะแนนที่กำหนดอาจมีส่วนจำกัดการกระจายของคะแนน โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลอาจมีคะแนนกระจุกตัวสูงใกล้เคียงกับคะแนนสูงสุดของสเกล (Ceiling effect) ในขณะที่กลุ่มควบคุมอาจมีคะแนนกระจุกตัวในช่วงกลางถึงต่ำของสเกล ปรากฏการณ์ดังกล่าวอาจทำให้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมีขนาดเล็กกว่าที่ควร และส่งผลให้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) มีขนาดสูงกว่าความเป็นจริง การศึกษาในอนาคตควรพิจารณาใช้เครื่องมือวัดที่มีช่วงคะแนนกว้างขึ้น หรือเพิ่มจำนวนข้อคำถามเพื่อให้สามารถแยกแยะระดับพฤติกรรมได้ละเอียดยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ร่วมกับการพยาบาลตามมาตรฐาน โดยเฉพาะการใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นช่องทางในการติดตามอาการ ทบทวนความรู้ และให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้นลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมการฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพ
2. ด้านการจัดการศึกษาพยาบาล สามารถใช้เป็นกรณีศึกษาในการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ หรือการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลเข้าใจการประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนและการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ใบหน้าและขากรรไกรได้อย่างเหมาะสม
3. ด้านนโยบาย ควรสนับสนุนให้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเป็นต้นแบบและเป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานในโรงพยาบาล ที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ใบหน้าและขากรรไกรหลังผ่าตัด เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะพักฟื้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาเชิงปริมาณ ควรเพิ่มระยะเวลาติดตามผลเป็น 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพิ่มการวัดสมรรถนะแห่งตนโดยตรง และศึกษาผลของโปรแกรมในตัวแปรตามอื่น เช่น ระดับความปวด การอักเสบ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และคุณภาพชีวิต รวมทั้งศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายมากขึ้น
2. การศึกษาเชิงคุณภาพ ควรศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรม เพื่อทำความเข้าใจกลไกที่ทำให้โปรแกรมประสบความสำเร็จ และสะท้อนมุมมองของผู้ป่วยต่อการดูแลตนเองและการติดตามต่อเนื่อง

References

1. World Health Organization. Road traffic injuries. [internet]. 2023 [cited 2025 Sep 24]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>.
2. Chanpeng S. Incidence and causes of maxillofacial fractures: A retrospective 3-year case study of patients treated at Chaiyaphum Hospital. Journal of Environmental Education, Medical and Health. 2021;6(1):51-8. (in Thai)
3. Srisambhuwong D. Prevalence of mandibular and maxillofacial fractures at Pathum Thani Hospital: An 8-year retrospective study. Srinagarind Medical Journal. 2017;32(5):422-6. (in Thai)
4. Boonkasem S, Rojanaworarit C, Kansorn S, Punkabut S. Incidence and etiology of maxillofacial trauma: A retrospective analysis of patients attending a provincial hospital in northern Thailand. Journal of Public Health and Development. 2015;13(2):57-71. (in Thai)
5. Roccia F, Iocca O, Sobrero F, Rae E, Laverick S, Carlaw K, et al. World Oral and Maxillofacial Trauma (WORMAT) project: A multicenter prospective analysis of epidemiology and patterns of maxillofacial trauma around the world. Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery. 2022;123(6):849-57. doi: 10.1016/j.jormas.2022.05.004



6. Jose A, Nagori SA, Agarwal B, Bhutia O, Roychoudhury A. Management of maxillofacial trauma in emergency: An update of challenges and controversies. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*. 2016;9(2):73-80. doi: 10.4103/0974-2700.179456 004
7. Lee KH, Chua J. Psychosocial support following maxillofacial trauma and its impact on trauma recurrence. *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery*. 2018;17(1):32-7. doi: 10.1007/s12663-016-0979-2
8. Kumar N, Choudhary RS, Malhotra K, Kathariya R. Maxillofacial nursing: Assessing the knowledge and awareness of nurses in handling maxillofacial injuries through a comprehensive survey. *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery*. 2020;19(1):136-42. doi: 10.1007/s12663-019-01240-x
9. Patel A, Saadi R, Lighthall JG. Securing the airway in maxillofacial trauma patients: A systematic review of techniques. *Craniofacial Trauma & Reconstruction*. 2021;14(2):100-9. doi: 10.1177/1943387520950096
10. Sarwer DB, Siminoff LA, Gardiner HM, Spitzer JC. The psychosocial burden of visible disfigurement following traumatic injury. *Frontiers in Psychology*. 2022;13(1):e979574. doi: 10.3389/fpsyg.2022.979574
11. Braimah RO, Ukpong DI, Ndukwe KC. Psychosocial and health-related quality of life (HRQoL) aspect of oral and maxillofacial trauma. In: Almasri MA, Kummoona R, editors. *Maxillofacial surgery and craniofacial deformity - practices and updates*. 2019.
12. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977;84(2):191-215. doi: 10.1037//0033-295x.84.2.191
13. Rakthai W, Wetchaprasit R, Sae-sia W. Effects of a caregiver self-efficacy enhancement program on perceived self-efficacy and pneumonia prevention behaviors among head and neck cancer patients with tracheostomy. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*. 2024;11(2):83-103. (in Thai)
14. Pamulila S, Klinbua A, Moalasri C, Paprom W, Wamaloorn C. Effects of a self-efficacy perception promotion program on self-care behaviors among patients with cholangiocarcinoma. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2024;25(3):320-8. (in Thai)
15. Tosumrit S, Wanchai A, Yanachai J. The effects of self-efficacy promoting program on knowledge and self-care behaviors of patients undergoing cataract surgery, Bangrakam Hospital, Phitsanulok Province. *Journal of Nursing and Health Science Research*. 2024;16(2):e271978. (in Thai)
16. Sonthitham K, Chamusri S. Effects of a self-efficacy promotion program on care for the prehypertension risk group among village health volunteers. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2020;21(2):102-10. (in Thai)
17. Tang Z, Shi Y, Pan A, Yu W, Yu M, Chen Y, et al. Effect of new nurse-led healthcare collaborative model on self-efficacy, compliance and quality of life in patients with chronic diseases. *American Journal of Translational Research*. 2023;15(4):2957-69.
18. Burns N, Grove SK. *The practice of nursing research: conduct, critique and utilization*. 5th ed. St. Louis: Saunders Elsevier; 2005.
19. Polit DF, Hungler BP. *Nursing research: principles and methods*. Baltimore: Lippincott; 1999.



20. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Wolters: Kluwer; 2021.
21. Saigal S, Khan MM. Primary assessment and care in maxillofacial trauma. In: Bonanthaya K, Panneerselvam E, Manuel S, Kumar VV, Rai A, editors. Oral and maxillofacial surgery for the clinician. Singapore: Springer Nature Singapore; 2021. doi: 10.1007/978-981-15-1346-6_48.
22. Cho DY, Willborg BE, Lu GN. Management of Traumatic Soft Tissue Injuries of the Face. Seminar in Plastic Surgery. 2021;35(4):229-37.doi: 10.1055/s-0041-1735814
23. Silanoi L, Jindaprasert K. The use of rating scale in quantitative research on social sciences, humanities, hotel and tourism study. Journal of Management Science, Ubon Ratchathani University. 2019;8(15):112-26. (in Thai)
24. Litt MD, Nye C, Shafer D. Coping with oral surgery by self-efficacy enhancement and perceptions of control. Journal of Dental Research. 1993;72(8):1237-43. doi: 10.1177/00220345930720081301
25. Mei Z, Sangchan H, Wipa S-s. Effect of preoperative self-efficacy pain education program on self-efficacy to report pain, pain intensity, and pain interferences among patients undergoing oral and maxillofacial surgery. Journal of Current Science and Technology. 2022;12(2):265-73.
26. Li Y, Wang Y, Wu Y, Yu H, Yao H, Wang Y, et al. Impact of mHealth on postoperative quality of life, self-management, and dysfunction in patients with oral and maxillofacial tumors: Nonrandomized controlled trial. Journal of Medical Internet Research. 2025;13(1):e59926. doi: 10.2196/59926
27. Wang TJ, Su JH, Leung KW, Liang SY, Wu SF, Wang HM. Effects of a mouth-opening intervention with remote support on adherence, the maximum interincisal opening, and mandibular function of postoperative oral cancer patients: A randomized clinical trial. European Journal of Oncology Nursing. 2019;40(1):111-9. doi: 10.1016/j.ejon.2019.04.001
28. Nazari A, Borna S. Patient education and communication in oral and maxillofacial treatments. In: Keyhan SO, Bohluli B, Fallahi HR, Khojasteh A, Fattahi T, editors. Handbook of oral and maxillofacial surgery and implantology. Cham: Springer Nature Switzerland; 2025. p. 1-153