



สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์
สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
สำนักงานสาขากาตตะวันตกเฉียงเหนือ
The Nurse's Association of Thailand

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ Journal of Nursing and Therapeutic Care

ปีที่ 44 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม - กันยายน) 2569
Volume 44 No.3 (July - September) 2026

ISSN 2985-1432 (Online)





วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ

JOURNAL OF NURSING AND THERAPEUTIC CARE

เจ้าของ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ที่ปรึกษา นางสาวกรรณิกา โททกษาปณ์กุล

นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล

ข้าราชการเกษียณอายุ

ศาสตราจารย์ ดร.รุจา ภูไพบูลย์

ข้าราชการเกษียณอายุ

รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ

นายกสภาการพยาบาล

รองศาสตราจารย์ ดร.ดรณี รุจกรกานต์

วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวมาศ คุณล้าน เกื่อนนาดี

นายกกิตติมศักดิ์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

บรรณาธิการผู้ช่วย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภวดี แถวเพี้ย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย

อาจารย์ ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

อาจารย์ ดร.กชกร เพี้ยชัย

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

อาจารย์ ดร.จิรณัฐ สมโชค ไวก์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.เกษราวัลณ์ นิลวรังกูร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร.มารีสา ไกรฤกษ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รองศาสตราจารย์ ดร.อัมพรพรรณ ธีรานูตร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รองศาสตราจารย์ ดร.เสาวคนธ์ วีระศิริ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ข้าราชการเกษียณอายุ)

รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีธัญญา จุฬาริ

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบรมัน

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดลวิวัฒน์ แสนโสม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฬารัตน์ ตั้งภักดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติรา ไกรนุวัตร

วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต

อาจารย์ ดร.สาตี แอมิลตัน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

อาจารย์ ดร.สืบสาน รักสกุลพิวัฒน์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Mr. Kent Dale Hamilton

Faculty of Liberal Art Ubon Ratchathani University (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านภาษาอังกฤษ)

ดร.ศศิมา ทองสาย

สถานส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

(ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติ)

ดร.เอกชัย ภูผาใจ

โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

ฝ่ายจัดการ

อาจารย์ นุชพร คุมใหม่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

อาจารย์ศุจิรัตน์ ปัญญาแก้ว

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

อาจารย์ ขนิษฐา พรหมกระโทก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

พว.นิพนธ์ วาดาดา

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

พว.กนกนาถ กิ่งสันเทียะ

นักวิชาการอิสระ

พว.พัชรี จันทะจร

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

นางสาวภาณุมาศ หาญสุริย์

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ JOURNAL OF NURSING AND THERAPEUTIC CARE

International Editorial Board Journal of Nursing and Therapeutic Care

Professor Patraporn Bhatarasakoon

Faculty of Nursing, Chiang Mai University, TH

Professor Wilaiporn Rojjanasrira

Graceland University School of Nursing, Independence,
Missouri, USA

Professor Suparp Aree-Ue

¹Department of Epidemiology and Biostatistics

²Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine
Ramathibodi Hospital, Mahidol University, TH

Associate Professor Chantira Chiaranai

Institute of Nursing, Suranaree University of Technology, TH

Associate Professor Jom Suwanno

Faculty of Nursing, Walailak University, TH

Associate Professor Wasana Ruaisungnoen

Faculty of Nursing, Khon Kaen University, TH

Associate Professor Samoraphop Banharak

Faculty of Nursing, Khon Kaen University, TH

Associate Professor Buratin Khampirat

Institute of Social Technology, Suranaree University of
Technology, TH (Statistician)

Associate Professor Inthira Roopsawang

Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine
Ramathibodi Hospital, Mahidol University, TH

Professor Benno von Bormann

Independent researcher and Visiting Professor, Institute of
Medicine, Suranaree University, TH



วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาลและความรู้จากศาสตร์ อื่นๆ ที่เป็นประโยชน์แก่วิชาชีพพยาบาล
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยทางการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
3. เพื่อเสริมสร้างศักยภาพพยาบาลในการเผยแพร่ความรู้จากประสบการณ์และการศึกษาค้นคว้าไปสู่การสร้างองค์ความรู้ใหม่
4. เพื่อเป็นสื่อกลางการติดต่อสัมพันธ์ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของพยาบาลทั้งในประเทศไทย และสากล

ขอเขียนหรือบทความใด ๆ ที่ตีพิมพ์
เผยแพร่ในวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ฉบับนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะตัวของ
ผู้เขียน กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
และไม่มีข้อผูกพันประการใด



รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. รศ.ดร.ศรัญญา จุฬาริ | 21. ผศ.ดร.อินทิรา ปากันทะ |
| 2. รศ.ดร.สมรภาพ บรรหารักษ์ | 22. ผศ.ดร.ธัญลักษณ์ โอบ่อ้อม |
| 3. รศ.ดร.พิชญ์ประอร ยังเจริญ | 23. ผศ.ดร.จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร |
| 4. รศ.ดร.ปิยนุช ชูโต | 24. ผศ.ดร.ภัทรมนัส พงศ์รังสรรค์ |
| 5. รศ.ดร.อภิรดี นันทศุภวัฒน์ | 25. ผศ.ดร.เกศรา เสนงาม |
| 6. รศ.ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ | 26. ผศ.ดร.สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์ |
| 7. รศ.ดร.พินันท์ วิศาลสกุลวงษ์ | 27. ผศ.ดร.สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์ |
| 8. รศ.ดร.วาสนา รวยสูงเนิน | 28. ผศ.ดร.สุภาพร วรรณสันทัด |
| 9. รศ.ดร.อินทิรา รูปสว่าง | 29. ผศ.ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ |
| 10. รศ.ดร.หทัยชนก บัวเจริญ | 30. ผศ.ดร.บุษบา สมใจวงศ์ |
| 11. รศ.ดร.กัณฑพร ยอดไชย | 31. อาจารย์ ดร.จิรณัฐ สมโชค ไหว้ |
| 12. รศ.ดร.วิลาวัณย์ ขมนิรัตน์ | 32. อาจารย์ ดร.ภัทรภร สฤชชสมบัติ |
| 13. รศ.ดร.วลัยพร นันทศุภวัฒน์ | 33. อาจารย์ ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ |
| 14. รศ.ดร.บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ | 34. อาจารย์ ดร.ณัฐริตา เพชรประไพ |
| 15. รศ.ดร.จุฬารณณ์ ตั้งภักดี | 35. อาจารย์ ดร.สืบสาน รักสกุลพิพัฒน์ |
| 16. ผศ.ดร.ดวงพร ปิยะคง | 36. อาจารย์ ดร.บัณฑิตา นฤมาณเดชะ |
| 17. ผศ.ดร.น้ำอ้อย รักดีวงศ์ | 37. ดร.ศศิมา ทองสาย |
| 18. ผศ.ดร.ทิพมาส ชิมวงศ์ | 38. ดร.เพ็ญศรี รักษ์วงศ์ |
| 19. ผศ.ดร.สุพรรณิ กัณหดิลก | 39. อาจารย์ คมคาย สุวรรณพงศ์ |
| 20. ผศ.ดร.อดิพร สำราญบัว | |



สารบัญ

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

- * ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับ
การส่องกล้องลำไส้ใหญ่
มานิกา อยู่สำราญ ดวงธิดา ช่างย้อม e284091
กัญจน์ณิชา เรื่องชัยวิสุข (1-19)
สุระเดช ไชยตอกเกีย วิชชุดา อันทรง
ภัทรมนัส พงศ์รังสรรค์ e284118
ระวีวรรณ พิไลเกียรติ ปวงกมล กฤษณบุตร (1-16)
อชิรญาณ ศรีพัฒน์วัฒน์
- * ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อ
การดูแลตนเองภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ และภาวะเม็ดเลือดขาว
ชนิดนิวโทรฟิลต่ำในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการยาเคมีบำบัด
จุฑามาศ มูลภิชัย e284637
น้ำอ้อย รักติวงศ์ (1-16)
- * การพัฒนารูปแบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอด
โรงพยาบาลขอนแก่น
สุธิดา สิงห์ศิริเจริญกุล e285359
สุวรรณา ธาดาพิพัฒน์ (1-18)
ศุภวดี แถวเพีย ทิพวรรณ ทัพซ่าย
วรรณพร คำพิลา
พัชรภรณ์ เจียรนัยชนะกิจ
นวลจันทร์ ไพบุลย์บรรพต
กนกวรรณ โสภณพงษ์
- * ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบองค์รวมต่อความรู้ ทักษะ
และระดับความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ
จิรัชญา เหล่าคมพุดาจารย์ e284429
สุภาวดี ตั้งใจ (1-13)
ธิดิรัตน์ เหล่าคมพุดาจารย์
อ้อยใจ กุชัยภูมิ ศิริพร มาสูงเนิน
- * ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแล
แบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ
กุลธรา จงตระการสมบัติ e284352
อริญชัย เมตรพมราช (1-15)
มันทนา สังคมกำแพง เบญจมาศ แสนแสง
สำเนียง ปักเขมมายัง ภาวิณี จิตรนอก
วรลักษณ์ ภูสิทธิ์ธนากุล
ประไพจิตร วงศ์แสน สุพรรณษา นิยมชัย
- * อิทธิพลของการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและวัฒนธรรมองค์
การต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
เขตภาคเหนือ
ศุภลักษณ์ สิทธิอักษร e285315
จิรรัตน์ หรือตระกูล (1-16)
รุ่งทิพา บุญประคม



สารบัญ

- * ประสพการณ์ของครอบครัวในการตัดสินใจถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วย
ระยะท้ายในหอผู้ป่วยระดับประคอง ศูนย์การุณรักษ์
โรงพยาบาลศรีนครินทร์: การวิจัยเชิงคุณภาพ
สมัญญา ชื่นรักษา ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ e284777
วรศยา แก่นนาคำ ยุภาภรณ์ สายแสน (1-17)
บำเพ็ญจิต แสงชาติ ศรีเวียง ไพโรจน์กุล
สิริรักษ์ มีสุข วิยะดา วงศ์มุกดา e285420
จรินทร์ โคตพรม ญฐมน โจมแพง (1-15)
- * ผลของรูปแบบการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก
ต่อความวิตกกังวลความร่วมมือในการผ่าตัด และอัตราการงัดหรือ
เลื่อนผ่าตัด
ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน
และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรายใหม่
ปทุมพร แสนวิชัย e285619
อภิญา วงศ์พิริโยธา (1-18)
- * ประสิทธิภาพของเทคนิคการให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้นต่อ
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกระดูกตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง:
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
สมฤดี อรุณจิตร นันทน์ภัส สารมาศ e285916
อุราภรณ์ เขยกาญจน์ (1-18)
ยุพาวรรณ เกิดเขียว
- * การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง อำเภองครักษ์
จังหวดนครนายก
ธณกร ปัญญาไสโสภณ อมรา วิสูตรานุกุล e286081
พิสสัลลัม อารังศรีวรกุล (1-14)
พรหมบัญชา พรหมมาหล้า
โสภณา จิรวงศ์นุสรณ์ อะเคื้อ กุลประสูติติก
วิภาณันท์ ม่วงสกุล ชัยสิทธิ์ ทนศึก e286061
ปราโมทย์ เปี้ยชญญา จุฬามาศ ไทยกุล (1-15)
- * ประสิทธิภาพของการใช้นวัตกรรมกระจกตรวจเท้าต่อการส่งเสริม
พฤติกรรมดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร
กาญจนารัตน์ พรหมแก้ว e286001
จุติรัตน์ มากมิ่งจวน วิภาวดี ว่องวรานนท์ (1-16)
สิรานันท์ จันทร์ชุม อาฉ๊ะ บิลละ
กัธร ยลสุริยวงศ์
- * การใช้ชีวิตอยู่กับภาวะเหล็กเกินในเด็กธาลัสซีเมีย: ประสพการณ์ชีวิต
และการปรับตัวด้านจิตสังคม
บุญญภัสร์ ภูมิฏ สุรดา จันดีกระยอม e286721
สุพัตรา บัวที จิตาภา ผูกพัน (1-16)
วาทีนี้ สุขมาก
- * ปัจจัยทำนายภาวะเหนื่อยง่ายในการเรียนของนักศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐแห่งหนึ่ง
นุชพร ดุมใหม่ จิรวรรณ อินคัม e289273
(1-15)
- * ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อความวิตกกังวล
ก่อนผ่าตัดและการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัด
คลอดบุตรแบบวางแผน
ปิยะรัตน์ วงศ์สน สมสกุล นีละสมิต e286169
บุญทวี สุนทรลิมศิริ (1-17)
- * อื่น ๆ
- * คำแนะนำสำหรับผู้เขียน



บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะ พบกันฉบับที่ 3 ปี พ.ศ. 2569 ซึ่งวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ เจ้าของโดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปัจจุบันวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ได้รับการรับรองคุณภาพจาก TCI เป็นวารสารกลุ่มที่ 1 และเป็นวารสารทางการพยาบาล ราย 3 เดือน เรามีการปรับปรุงการทำงานของวารสารอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปรับเป็นการตีพิมพ์และเผยแพร่แบบออนไลน์ (Electronic journal) เพียงอย่างเดียว เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้อ่านได้อย่างกว้างขวาง สำหรับท่านที่สนใจจะส่งบทความมาตีพิมพ์กับเราขอความกรุณาศึกษาคำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความอย่างละเอียด และวารสารตีพิมพ์ทันทีที่บทความแต่ละเรื่องเรียบร้อย (Real time) โดยไม่จำเป็นต้องรอรวมเล่ม

วารสารฉบับนี้มีผลงานตีพิมพ์มาฝากพี่น้องพยาบาล มีความน่าสนใจสามารถนำไปใช้ต่อยอดการพัฒนาบริการพยาบาลต่อไปได้ และวารสารเป็นแหล่งเผยแพร่องค์ความรู้ ผลงานของพยาบาลวิชาชีพและการสาธารณสุข ซึ่งบทความที่ท่านส่งเข้ามา จะได้รับการประเมินที่เข้มข้นให้เป็นไปตามเกณฑ์การประเมิน ท่านจึงมั่นใจได้ว่าบทความของท่านมีคุณภาพที่ดี และสมาชิกสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการขอกำหนดตำแหน่งที่สูงขึ้นได้ การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของวารสารจะมีการยกระดับขึ้นสู่ฐานระดับนานาชาติในอนาคตมุ่งสู่ความเป็นมาตรฐานระดับสากล

สุดท้ายนี้ วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ มีความภูมิใจในความสามารถของพี่น้องพยาบาลที่มุ่งมั่นในการพัฒนาสุขภาพประชาชน เป็นแรงจูงใจในการพัฒนาวิชาชีพ และพัฒนาสังคมจึงขอเรียนเชิญพี่น้องพยาบาลทุกท่านร่วมเป็นเจ้าของวารสาร โดยการสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฯ ร่วมส่งบทความมาเผยแพร่ ติดตามอ่านวารสาร ช่วยกันอ้างอิงวารสารของเรามากขึ้น และนำองค์ความรู้ไปพัฒนาต่อเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งของวิชาชีพต่อไป

ขอขอบคุณกองบรรณาธิการทุกท่านที่ทำงานอย่างเข้มแข็ง ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะในการปรับแก้ต้นฉบับจนเกิดความสมบูรณ์ และขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่อนุเคราะห์ให้สถานที่ตั้งสำนักงานสมาคมพยาบาลฯ ในการดำเนินงานวารสาร

รองศาสตราจารย์ ดร. จันทรีทิรา เจริญชัย

บรรณาธิการ





ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

มานิกา อยู่สำราญ พย.ม.¹

ดวงธิดา ช่างยิ้ม พย.ม.²

กัญจน์ณิชา เรืองชัยวิสุข พย.ม.³

สุระเดช ไชยตอกเกีย ส.ม.⁴

วิษุตา อันทรง พย.บ.⁵

(วันรับบทความ: 21 พฤศจิกายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 25 มกราคม พ.ศ.2569/ วันตอบรับบทความ: 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยข้อมูลการส่องกล้องและสถานะการเจ็บป่วย และปัจจัยความต้องการข้อมูลก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ณ ห้องส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร แผนกห้องผ่าตัด โรงพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 152 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ 4 ส่วน ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และสถานะการเจ็บป่วย แบบสอบถามความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และแบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.81 และ 0.76 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการข้อมูลอยู่ในระดับมาก ความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง อายุและระยะเวลาการเป็นโรคมียุทธศาสตร์สัมพันธ์กับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความต้องการข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ปัจจัยอื่นไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ดังนั้นพยาบาลจึงควรพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เพื่อช่วยบรรเทาความวิตกกังวลอย่างมีประสิทธิภาพและเพิ่มความพึงพอใจในบริการต่อไป

คำสำคัญ: ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการส่องกล้องและสถานะการเจ็บป่วย ความต้องการข้อมูลก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

^{1,2}อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

³อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กทม.

⁴อาจารย์ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์ประยุกต์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย จังหวัดเลย

⁵พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาสารคาม จ.มหาสารคาม

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: maniga.y@msu.ac.th Tel: 083-1766464



Factors Associated with Anxiety in Patients Undergoing Colonoscopy

Maniga Yusamran M.N.S.¹

Duangtida Shangyom M.N.S.²

Kunnicha Ruangchaithaweesuk M.N.S.³

Suradech Chaitokkia M.P.H.⁴

Witchuda Unsong B.N.S.⁵

(Received Date: November 21, 2025, Revised Date: January 25, 2026, Accepted Date: February 11, 2026)

Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine the relationships among personal factors, colonoscopy-related, illness-related, and perceived information factors with anxiety in patients undergoing colonoscopy. The sample consisted of 152 patients who underwent colonoscopy at the Gastrointestinal Endoscopy Unit, Operating Department, Mahasarakham Provincial Hospital. Participants were selected using simple random sampling. Data were collected using four instruments: a personal data form, a colonoscopy and health status form, a colonoscopy patient information needs questionnaire, and a colonoscopy patient anxiety questionnaire. The reliability testing of the instruments yielded Cronbach's alpha coefficients of 0.81 and 0.76, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficients, and the chi-square tests.

The results revealed that the participants had a high level of information needs and a high level of anxiety. Age and duration of illness were also significantly associated with anxiety. In addition, information needs were positively and strongly correlated with anxiety at the .05 significance level. Other factors were not significantly related to anxiety. Therefore, nurses should develop nursing intervention programs for patients undergoing colonoscopy to alleviate anxiety and enhance patient satisfaction with healthcare services effectively.

Keywords: personal factors, colonoscopy-related and illness-related factors, pre-colonoscopy information needs, anxiety, colonoscopy patients

^{1,2}Lecturer, Adult and Elderly Nursing Program, Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Mahasarakham Province

³Lecturer, Adult and Elderly Nursing Program, Faculty of Nursing, Kasetsart University, Bangkok

⁴Lecturer, Applied Science Program, Faculty of Science and Technology, Loei Rajabhat University, Loei Province

⁵Professional Nurse, Operative Department, Mahasarakham Hospital, Mahasarakham Province

¹Corresponding author E-mail: maniga.y@msu.ac.th Tel: 083-1766464



บทนำ

การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) เป็นการตรวจคัดกรองโรค วินิจฉัย รักษา และติดตามโรคทางลำไส้ใหญ่และทวารหนัก¹ ด้วยการใช้กล้องขนาดเล็กส่องเข้าไปในภายในลำไส้ใหญ่ส่วนปลายจนถึงลำไส้เล็กส่วนปลาย² จากสถิติผู้มารับบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ณ โรงพยาบาลมหาสารคาม ในปี พ.ศ. 2566 - 2567 พบว่า มีจำนวน 836 และ 794 ราย ตามลำดับ³ แผนขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567⁴ ให้การส่องกล้องลำไส้ใหญ่เป็นหนึ่งใน 13 นโยบายหลัก ที่กระทรวงสาธารณสุขได้การดำเนินงานเกี่ยวกับนโยบายมะเร็งครบวงจร โดยส่งเสริมให้ประชาชน อายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยตนเองโดยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT test) ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และสนับสนุนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีผลการตรวจผิดปกติได้รับการตรวจซ้ำโดยเจ้าหน้าที่ และส่งต่อเพื่อรับการรักษาดูแลด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทุกคน โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เพิ่มสิทธิการรักษาการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ให้กับประชาชน เพื่อเพิ่มอัตราการตรวจให้ครอบคลุมมากขึ้น ทำให้ประชาชนได้รับการตรวจคัดกรองเร็วมากขึ้น ลดความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งลำไส้ หากเป็นแล้วจะเพิ่มโอกาสในการรักษาและลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์⁴ การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในกลุ่มความเสี่ยงสูง ถือเป็นหนึ่งใน 67 บริการการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืนหรือการผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) โดยกำหนดข้อบ่งชี้ในการให้บริการ ข้อใดข้อหนึ่ง⁵ แม้ว่าการส่องกล้องลำไส้ใหญ่จะเป็นอีกหนึ่งวิธีในการค้นหาความผิดปกติในลำไส้ได้อย่างแม่นยำและชัดเจนแล้ว แต่ยังพบว่าภายหลังการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ดังกล่าวอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ เช่น การเป็นแผลที่ผนังลำไส้ ภาวะเลือดออกหลังการตัดติ่งเนื้อ ลำไส้ทะลุ เป็นต้น ซึ่งพบอุบัติการณ์น้อยมาก⁶ และเป็นการตรวจที่มีความเสี่ยง มีความยุ่งยากในขั้นตอนของการเตรียมลำไส้เพื่อเข้ารับการตรวจ และมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง⁷ การส่องกล้องจึงเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และกลัวการส่องกล้อง⁸ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พบว่า ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลทั้งในระดับน้อย⁹ ระดับปานกลาง⁹ และระดับมาก⁸ โดยการให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระยะก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และสิ่งแวดล้อม จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญและปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมและความร่วมมือในการเข้ารับการตรวจมากขึ้น ลดการตอบสนองทางสรีรวิทยาที่เกิดจากความวิตกกังวล เช่น การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ¹⁰ และเอื้อต่อการดำเนินกระบวนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ให้เป็นไปอย่างราบรื่น ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ รวมถึงช่วยเพิ่มคุณภาพของการตรวจและผลลัพธ์ทางการรักษาโดยรวม^{11,12} อันจะส่งผลดีต่อการรักษาพยาบาล และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

จากประสบการณ์การสอนภาคปฏิบัติแผนกห้องผ่าตัดและการให้บริการการพยาบาลของอาจารย์ (Faculty practice) พบว่า ผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในทุกระยะของการส่องกล้อง ความไม่มั่นใจในการปฏิบัติตัวหลังส่องกล้อง วิตกกังวลกับผลการส่องกล้อง รวมถึงวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่พบซ้ำอย่างต่อเนื่องจากการสังเกตทางคลินิกของผู้วิจัย แม้ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเบื้องต้นก่อนเข้ารับการตรวจแล้วก็ตาม โดยประเด็นดังกล่าวสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ซึ่งรายงานว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในหลายบริบทของสถานพยาบาล ทั้งในและต่างประเทศ ยังคงมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง อันมีสาเหตุจากความกลัวต่อความเจ็บปวด ความไม่แน่ใจในขั้นตอนการตรวจ ความกังวลต่อผลการตรวจ และการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการส่องกล้องที่ไม่เพียงพอ^{8,9,12} โดยความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่มิเพียงแต่มีผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ด้านร่างกาย ความวิตกกังวลจะทำให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยากระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางให้หลั่งสารฮอโมน แดททีโคลามีน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ กระสับกระส่าย ระดับความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเพิ่ม หรือความทนทานต่อความเจ็บปวดลดลง และปริมาณการใช้ยาระงับความรู้สึกเพิ่มขึ้น การพักฟื้นนานขึ้น และผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะและหลังผ่าตัด ได้แก่ เกิดทางเดินหายใจอุดตัน ภาวะความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำ การสูดสำลักเศษอาหารเข้าปอด เป็นต้น ซึ่งล้วนส่งผลต่อประสิทธิภาพของกระบวนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และความปลอดภัยของ



ผู้ป่วยในระหว่างการตรวจ และด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยหงุดหงิด โกรธง่าย นอกจากนั้นยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ลึกลับ ไม่มีความมั่นใจ การรับรู้ การจดจำข้อมูลของบุคคลลดลง ซึ่งผลกระทบดังกล่าวอาจทำให้การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในระยะก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ขาดประสิทธิภาพ⁸ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาพร้อมกับหลักฐานจากงานวิจัยที่ผ่านมา จึงสะท้อนให้เห็นว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่เป็นปัญหาที่พบบ่อยอย่างกว้างขวาง และยังมีช่องว่างของข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มนี้ในบริบทของพื้นที่ศึกษา

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พบว่า เพศหญิงมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย⁹ แต่บางงานวิจัยพบว่าเพศชายมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศหญิง¹¹ ผู้ป่วยอายุน้อยจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่อายุมากกว่า เป็น 8.12 เท่า ผู้ที่มีสถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง มีความเสี่ยงเกิดความวิตกกังวลผิดปกติมากกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพสมรส คู่เป็น 49.05 เท่า⁹ ระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มีความเสี่ยงเกิดความวิตกกังวลผิดปกติเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ระดับการศึกษามากกว่าหรือเท่ากับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ผู้ป่วยที่กำลังประกอบอาชีพมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยที่เกษียณอายุ เป็นสองเท่า⁹ ผู้ที่เคยมีประสบการณ์การได้รับการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหารส่วนปลายที่ไม่ดี⁹ ระยะเวลาก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พบว่า ระยะเวลาน้อยกว่า 2 เดือน มีความเสี่ยงเกิดความวิตกกังวลผิดปกติ เป็น 7.48 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีระยะเวลา มากกว่าหรือเท่ากับ 2 เดือน บทบาทในครอบครัว รายได้ มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่^{10,11,13} นอกจากนี้ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ได้แก่ วิธีการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ขณะส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ระยะเวลาในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เป็นต้น มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{9,14} ดังนั้นการให้ข้อมูลผู้ป่วย การอธิบายแนวทางการเผชิญความเครียด และการเตรียมสภาพจิตใจก่อนการส่องกล้องช่วยให้ผู้ป่วย ลดความวิตกกังวลได้¹⁴ จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวจึงสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ 2) ปัจจัยข้อมูลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และสภาวะการเจ็บป่วย ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการเป็นโรค ชนิดการส่องกล้อง ประสบการณ์การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และระยะเวลารอคอยส่องกล้อง และ 3) ปัจจัยความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่

อย่างไรก็ตามยังพบช่องว่างเกี่ยวกับผลการวิจัยที่ยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยงานวิจัยบางส่วนรายงานว่าปัจจัยด้านเพศ โดยเฉพาะเพศหญิง มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่^{15,16} ในขณะที่ปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น อายุ ประสบการณ์การส่องกล้องมาก่อน ระดับการรับรู้ข้อมูล และความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย ยังมีผลการศึกษาไม่สอดคล้องกันหรือมีการศึกษาจำกัดในบางบริบท^{9,15,17} ทำให้มีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลการศึกษาระดับความวิตกกังวลก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และยังไม่สามารถอธิบายปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมส่งผลต่อกระบวนการดูแลที่เชื่อมโยงต่อเนื่อง ตั้งแต่ผู้ป่วยมารับการนัดหมาย การเตรียมลำไส้ขณะอยู่บ้าน จนกระทั่งเข้ารับการส่องกล้องตรวจที่โรงพยาบาล ซึ่งต้องอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อสนับสนุนการวางแผนการดูแลอย่างเป็นระบบ^{8,14} ดังนั้นในการทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้ โดยเฉพาะการทำความเข้าใจปัจจัยพื้นฐานที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนการพัฒนาแนวทางหรือโปรแกรมการดูแล^{12,13} ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ประกอบด้วย ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยข้อมูลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และสภาวะการเจ็บป่วย และปัจจัยความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ซึ่งเป็นตัวแปรที่ยังขาดข้อมูลเชิงสัมพันธ์ในบริบทของผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในประเทศไทย^{15,17} องค์ความรู้ที่ได้จะช่วยในวางแผนการพยาบาล และพัฒนารูปแบบเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความวิตกกังวล ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยข้อมูลการส่องกล้องและสภาวะการเจ็บป่วย และปัจจัยความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่



2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยข้อมูลการส่องกล้องและสภาวะการเจ็บป่วย และปัจจัยความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่

สมมติฐานการวิจัย

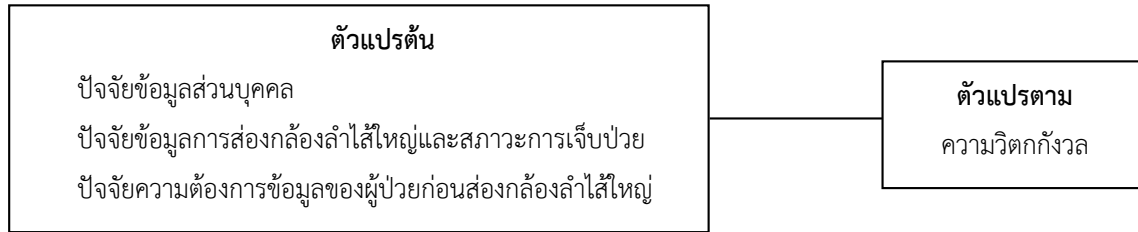
1. ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่
2. ปัจจัยข้อมูลการส่องกล้องและสภาวะการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่
3. ปัจจัยความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษารังนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลของ Spielberger¹⁸ เป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัย โดย Spielberger กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความเครียดซึ่งเกิดจากความมั่นคง ปลอดภัยของบุคคลถูกคุกคาม โดยสิ่งที่คุกคามนั้น อาจมีจริงหรืออาจเกิดจากการทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้าของบุคคล ความวิตกกังวลทำให้ประสิทธิภาพในการตอบสนอง ความต้องการของบุคคลลดลง และมีผลเสียต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลการเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ของผู้ป่วยส่งผลกระทบ คือ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลซึ่งเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญ จากการประเมินเหตุการณ์การเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่มากระตุ้นว่าเป็นอันตรายหรือคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย ร่วมกับความวิตกกังวลแฝงซึ่งเป็นลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลแบบแฝงสูงก็จะเป็นตัวเสริมความวิตกกังวลขณะเผชิญเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ไม่มีความสุข กระวนกระวายใจ ผู้ป่วยจึงพยายามแสวงหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย สิ่งรอบข้าง เพื่อปรับตัวจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของการดำเนินชีวิตประจำวัน¹⁸

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลหลายประการมีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยเฉพาะปัจจัยด้านเพศ ซึ่งมีผลการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกัน กล่าวคือ งานวิจัยบางฉบับรายงานว่าเพศหญิงมีระดับความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย⁹ ขณะที่บางการศึกษาพบว่าเพศชายมีความวิตกกังวลสูงกว่า นอกจากนี้ อายุยังเป็นปัจจัยสำคัญ โดยผู้ป่วยอายุน้อยมีโอกาสเกิดความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบความเสี่ยงสูงกว่าถึง 8.12 เท่า⁹ ด้านสถานภาพสมรส พบว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพโสด หม้าย หรือหย่าร้าง มีความเสี่ยงต่อการเกิดความวิตกกังวลผิดปกติสูงกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่ถึง 49.05 เท่า⁹ ขณะที่ปัจจัยด้านระดับการศึกษาและสถานภาพการทำงานก็มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเช่นกัน โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และผู้ที่ยังประกอบอาชีพอยู่ มีแนวโน้มเกิดความวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ⁹ นอกจากนี้ ปัจจัยด้านประสบการณ์และบริบทของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่มิมีบทบาทสำคัญ โดยเฉพาะผู้ที่เคยมีประสบการณ์ไม่ได้จากการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหารส่วนปลาย รวมถึงผู้ที่มีระยะเวลารอคอยก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่น้อยกว่า 2 เดือน ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดความวิตกกังวลผิดปกติสูงกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลารอคอยนานกว่าหรือเท่ากับ 2 เดือนถึง 7.48 เท่า⁹ ขณะเดียวกัน บทบาทในครอบครัวและรายได้ก็มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่เช่นกัน^{10,11,13} ในส่วนของปัจจัยด้านข้อมูลพบว่าความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เช่น วิธีการส่องกล้อง ระยะเวลาในการตรวจ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{9,14} โดยมีรายงานว่าทำให้ข้อมูลที่เหมาะสม การอธิบายแนวทางการเผชิญความเครียด และการเตรียมสภาพจิตใจก่อนการส่องกล้อง สามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวจึงสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ 2) ปัจจัยข้อมูลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และสภาวะการเจ็บป่วย ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการเป็นโรค ชนิดการส่องกล้อง ประสบการณ์การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ระยะเวลารอคอยส่องกล้อง และ 3) ปัจจัยความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ซึ่งกรอบแนวคิดในการวิจัย สรุปดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ณ ห้องส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร แผนกห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ณ ห้องส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร แผนกห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 152 ราย ซึ่งมีเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้า (Inclusion criteria)

- 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง
- 2) เป็นผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) เป็นครั้งแรก
- 3) เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เช่น ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะกลืนลำบาก หรือไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ เป็นต้น

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออก (Exclusion criteria)

- 1) เป็นผู้ป่วยที่ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย
- 2) เป็นผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติ ได้แก่ มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด คลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยหอบ เจ็บแน่นหน้าอก ความดันโลหิตผิดปกติ หรือมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ขณะกำลังถามแบบสอบถามก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่
- 3) เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการมองเห็นและการได้ยิน ที่ไม่สามารถสื่อสารหรือทำความเข้าใจแบบสอบถามได้อย่างเหมาะสม

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ใช้โปรแกรม G*Power Analysis¹⁹ ในการวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดการทดสอบสมมติฐานเป็นแบบสองทาง (Two-tailed test) เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และงานวิจัยก่อนหน้าที่เกี่ยวข้องรายงานขนาดความสัมพันธ์โดยใช้ค่า Correlation coefficient อยู่ในระดับปานกลาง ผู้วิจัยจึงกำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of analysis) เท่ากับ 0.80 กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) โดยอ้างอิงจากค่า Correlation coefficient ระดับปานกลาง ($r = 0.30$) และระดับ 0.05²⁰ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 138 ราย และป้องกันการสูญหายหรือไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงได้เพิ่มขนาดตัวอย่าง ร้อยละ 10 (จำนวน 14 ราย) ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 152 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีจับฉลากรายชื่อแบบไม่ใส่คืนจากบัญชีรายชื่อผู้ที่มารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ในแต่ละวัน โดยกำหนดสัดส่วนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทั้งหมดของวันนั้น ในอัตราส่วนประมาณร้อยละ 30–40 ต่อวันซึ่งในแต่ละวันมีผู้ป่วยเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เฉลี่ยประมาณ 8–10 ราย ผู้วิจัยทำการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง วันละ 3–4 ราย และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ จำนวน 152 ราย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 ส่วน ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน และสิทธิในการรักษา

2. แบบบันทึกข้อมูลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และสภาวะการเจ็บป่วย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการเป็นโรค ชนิดการส่องกล้อง ประสบการณ์การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และระยะเวลารอคอยส่องกล้อง

3. แบบสอบถามความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ของ ปรียาพร สมัครการ²¹ ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดความต้องการของ กาลิโอเน²² เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ จำนวน 14 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด เกณฑ์การให้คะแนนมี 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ต้องการ ต้องการน้อย ต้องการปานกลาง และต้องการมาก การแปลผลคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-14 คะแนน หมายถึง มีความต้องการน้อย คะแนนในช่วง 15-28 คะแนน หมายถึง มีความต้องการปานกลาง และคะแนนในช่วง 29-42 คะแนน หมายถึง มีความต้องการมาก

4. แบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ในการวิจัยครั้งนี้ขออนุญาตใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ของ นิตยา กลิ่นรัตน์ และ มณฑิรา ชาญณรงค์⁹ ซึ่งปรับมาจากแบบสอบถามความวิตกกังวลในขณะเผชิญกับสถานการณ์ (Form X-I State) ของ Spielberg¹⁸ เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 10 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนมี 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีเลยถึงมากที่สุด แปลผลคะแนนรวมอยู่ในช่วง 20-39 คะแนน หมายถึง ความวิตกกังวลระดับต่ำ คะแนน 40-59 คะแนน หมายถึง ความวิตกกังวลระดับปานกลาง และคะแนน 60-80 คะแนน หมายถึง ความวิตกกังวลระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) แบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของ ปรียาพร สมัครการ²¹ จากงานวิจัยเรื่อง ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการจากการเยี่ยมก่อนผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ มีดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.80 และแบบสอบถามความวิตกกังวล นำมาจากแบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ป่วยระหว่างเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ของนิตยา กลิ่นรัตน์ และมณฑิรา ชาญณรงค์⁹ จากงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.80 ในการศึกษาครั้งนี้จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีก

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่และแบบสอบถามความวิตกกังวล ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง ณ โรงพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 30 ราย นำคะแนนที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ (Internal consistency reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.81 และ 0.76 ตามลำดับ ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด จึงนำไปใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการได้รับรองด้านจริยธรรมคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยมหาสารคามและโรงพยาบาลมหาสารคาม และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคามแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้

1. สัมภาษณ์ผู้ป่วย ตามที่ได้กำหนดคุณสมบัติไว้ จากเอกสารที่ระบุรายละเอียดการผ่าตัดของผู้ป่วยในแต่ละวัน
2. เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้



3. ภายหลังจากพยาบาลประจำหน่วยงานแนะนำผู้วิจัยแก่ผู้ป่วยแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนระยะเวลา ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างอย่างครบถ้วน โดยเน้นสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยอย่างอิสระ

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างแสดงความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

5. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในบริเวณที่จัดไว้เป็นส่วนมีความสงบ และเป็นส่วนตัว ภายในหน่วยงานที่เข้ารับการตรวจ และใช้เวลากลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามอย่างเพียงพอ โดยไม่มีบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลอยู่ในบริเวณดังกล่าว เพื่อป้องกันการกดดันหรือมีอิทธิพลต่อการตอบแบบสอบถาม ในกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟัง ด้วยน้ำเสียงเป็นกลาง ไม่ชี้นำคำตอบ และบันทึกคำตอบตามที่กลุ่มตัวอย่างระบุ โดยจัดให้มีเพียงผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างอยู่ในบริเวณดังกล่าว และผู้วิจัยจะทวนคำตอบให้กลุ่มตัวอย่างฟังอีกครั้ง เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและนำไปวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และสภาวะการเจ็บป่วย วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนนความต้องการข้อมูลและคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และสภาวะการเจ็บป่วยกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square)
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูลกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients)

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 346-327/2568 และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 68/069 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือตอบรับการเข้าร่วมงานวิจัย ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการปฏิเสธของกลุ่มตัวอย่างจะไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ และนำไปใช้เป็นประโยชน์ทางวิชาการและนำเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และสภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่
ตารางที่ 1 ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และสภาวะการเจ็บป่วย (n = 152)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ข้อมูลส่วนบุคคล		
เพศ (Gender)		
ชาย	39	25.66
หญิง	113	74.34
อายุ (Age) (Mean = 60.20 , S.D. = 7.40 , Max = 81, Min = 37)		
30-39	2	1.32
40-49	6	3.95
50-59	56	36.84
60-69	82	53.94
70-79	4	2.63
80-89	2	1.32
สถานภาพสมรส (Marital status)		
โสด	15	9.87
คู่	121	79.61
หม้าย	15	9.87
หย่าร้าง	1	0.66
ศาสนา (Religion)		
พุทธ	150	98.68
อิสลาม	2	1.32
ระดับการศึกษา (Educational level)		
ประถมศึกษา	85	55.92
มัธยมศึกษา	39	25.66
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	4	2.63
ปริญญาตรี	23	15.13
ปริญญาโท	1	0.66
อาชีพ (Occupation)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12	7.89
เกษตรกร	81	53.29
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12	7.89
พนักงานบริษัท	5	3.29
รับจ้าง	14	9.21
ค้าขาย	24	15.79
ข้าราชการเกษียณ	4	2.63



ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (Monthly family income)		
5,001- 10,000 บาท	39	25.66
10,001- 15,000 บาท	46	30.26
15,001- 20,000 บาท	24	15.79
มากกว่า 20,000 บาท	43	28.29
สิทธิในการรักษา (Healthcare insurance entitlement)		
บัตรทอง	126	82.89
ประกันสังคม	4	2.63
ข้าราชการ	22	14.47
ข้อมูลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และสภาวะการเจ็บป่วย		
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย (Duration of illness)		
1 เดือน	106	69.74
2 เดือน	41	26.97
6 เดือน	5	3.29
ชนิดการส่องกล้อง (Type of colonoscopy)		
ส่องกล้องลำไส้ใหญ่	151	99.34
ส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นและลำไส้ใหญ่	1	0.66
ประสบการณ์ในการส่องกล้อง (Previous colonoscopy experience)		
ที่โรงพยาบาลนี้		
เคย	2	1.32
ไม่เคย	150	98.68
ที่โรงพยาบาลอื่น		
เคย	1	0.66
ไม่เคย	151	99.34
ระยะเวลารอคอยส่องกล้อง (Waiting time for colonoscopy)		
30 นาที	46	30.26
45 นาที	25	16.45
60 นาที	81	53.29

จากตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 74.34 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.95 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 79.61 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 98.68 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 55.92 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 53.29 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 10,001- 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 30.26 ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษา คิดเป็นร้อยละ 82.89 ส่วนข้อมูลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และสภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยเป็นเวลา 1 เดือน คิดเป็นร้อยละ 69.74 ด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 99.34 ไม่มีประสบการณ์ในการส่องกล้องทั้งโรงพยาบาลนี้ และโรงพยาบาลอื่น คิดเป็นร้อยละ 98.68 และ 98.34 ตามลำดับ และมีระยะเวลารอคอยส่องกล้อง 60 นาที คิดเป็นร้อยละ 53.29



ส่วนที่ 2 ข้อมูลความต้องการข้อมูลและข้อมูลความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่

ตารางที่ 2 ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการข้อมูลและระดับคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (n = 152)

คะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คะแนนความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (Information needs score)		
ระดับปานกลาง (15 – 28 คะแนน)	18	11.84
ระดับมาก (29 – 42 คะแนน)	134	88.16
(Mean = 35.87, S.D. = 5.16, Max = 42, Min = 21)		
คะแนนความวิตกกังวล (Anxiety score)		
ระดับปานกลาง (40 – 59 คะแนน)	16	10.53
ระดับสูง (60 – 80 คะแนน)	136	89.47
(Mean = 65.00, S.D. = 6.58, Max = 76, Min = 40)		

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ มีคะแนนความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 88.16 (Mean = 35.87, S.D. = 5.16, Max = 42, Min = 21) และมีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 89.47 (Mean = 65.00, S.D. = 6.58, Max = 76, Min = 40)

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และสภาวะการเจ็บป่วยกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และสภาวะการเจ็บป่วยกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) (n = 152)

ปัจจัย	ระดับความวิตกกังวล				χ²	df	p-value
	ปานกลาง		สูง				
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
ข้อมูลส่วนบุคคล							
เพศ (Gender)					Fisher's Exact Test		0.072
ชาย	1	0.66	38	25.00			
หญิง	15	9.87	98	64.47			
อายุ (Age)					55.575	27	0.001*
30-39	0	0	2	1.32			
40-49	0	0	6	3.95			
50-59	11	7.24	45	29.60			
60-69	3	1.97	79	51.97			
70-79	2	1.32	2	1.32			
80-89	0	0	2	1.32			



ปัจจัย	ระดับความวิตกกังวล				χ²	df	p-value
	ปานกลาง		สูง				
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
สถานภาพสมรส (Marital status)					0.416	3	0.937
โสด	2	1.32	13	8.55			
คู่	12	7.90	109	71.71			
หม้าย	2	1.32	13	8.55			
หย่าร้าง	0	0	1	0.66			
ศาสนา (Religion)					Fisher's Exact Test		1.000
พุทธ	16	10.53	134	88.15			
อิสลาม	0	0	2	1.32			
ระดับการศึกษา (Educational level)					0.746	4	0.945
ประถมศึกษา	9	5.92	76	50.00			
มัธยมศึกษา	4	2.63	35	23.03			
ประกาศนียบัตร/ อนุปริญญา	0	0	4	2.63			
ปริญญาตรี	3	1.97	20	13.16			
ปริญญาโท	0	0	1	0.66			
อาชีพ (Occupation)					2.342	6	0.886
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	1.32	10	6.58			
เกษตรกร	9	5.92	72	47.37			
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	2	1.32	10	6.58			
พนักงานบริษัท	0	0	5	3.29			
รับจ้าง	1	0.66	13	8.55			
ค้าขาย	2	1.32	22	14.47			
ข้าราชการเกษียณ	0	0	4	2.63			
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (Monthly family income)					4.909	4	0.297
5,001- 10,000 บาท	6	3.95	33	21.71			
10,001- 15,000 บาท	4	2.63	42	27.63			
15,001- 20,000 บาท	1	0.66	23	15.13			
มากกว่า 20,000 บาท	5	3.29	38	25.00			



ปัจจัย	ระดับความวิตกกังวล				χ²	df	p-value
	ปานกลาง		สูง				
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
สิทธิในการรักษา (Healthcare insurance entitlement)					0.909	3	0.823
บัตรทอง	13	8.55	113	74.34			
ประกันสังคม	0	0	4	2.63			
ข้าราชการ	3	1.97	9	5.92			
ข้อมูลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และสถานะการเจ็บป่วย							
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย (Duration of illness)					27.476	2	0.001*
1 เดือน	7	4.61	99	65.13			
2 เดือน	5	3.29	36	23.97			
6 เดือน	4	2.63	1	3.29			
ชนิดการส่องกล้อง (Type of colonoscopy)					Fisher's Exact Test		1.000
ส่องกล้องลำไส้ใหญ่	16	10.53	135	88.81			
ส่องกล้องทางเดินอาหาร	0	0	1	0.66			
ส่วนต้นและลำไส้ใหญ่							
ประสบการณ์ในการส่องกล้อง (Previous colonoscopy experience)							
ที่โรงพยาบาลนี้					Fisher's Exact Test		0.200
เคย	1	0.66	1	0.66			
ไม่เคย	15	9.87	135	88.81			
ที่โรงพยาบาลอื่น					Fisher's Exact Test		1.000
เคย	0	0	1	0.66			
ไม่เคย	16	10.53	135	88.81			
ระยะเวลารอคอยส่องกล้อง (Waiting time for colonoscopy)					9.702	5	0.084
30 นาที	4	2.63	42	27.63			
45 นาที	1	0.66	24	15.79			
60 นาที	11	7.24	70	46.05			

* $p < .05$



จากตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และสภาวะการเจ็บป่วยกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พบว่า ส่วนข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($\chi^2 = 55.575$, $df = 27$, $p < .001$ ตามลำดับ) และข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน และสิทธิในการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ส่วนข้อมูลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และสภาวะการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาการเป็นโรค มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($\chi^2 = 27.476$, $df = 2$, $p < .001$ ตามลำดับ) และข้อมูลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และสภาวะการเจ็บป่วย ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ชนิดการส่องกล้อง ประสบการณ์การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และระยะเวลารอคอยส่องกล้อง ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน และมีระยะเวลาการเป็นโรคแตกต่างกัน จะมีระดับความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน และสิทธิในการรักษา รวมถึงข้อมูลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และสภาวะการเจ็บป่วย ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ชนิดการส่องกล้อง ประสบการณ์การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และระยะเวลารอคอยส่องกล้อง ไม่ส่งผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูลกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่

ตารางที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูลกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) ($n = 152$)

ตัวแปร	1	2
1. ความต้องการข้อมูล	1	
2. ความวิตกกังวล	0.70***	1

*** $p < .001$

จากตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูลกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พบว่า ความต้องการข้อมูลมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.70$, $p < .001$)

การอภิปรายผล

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนใหญ่มีระดับความวิตกกังวลสูง คิดเป็นร้อยละ 89.47 (Mean = 65, S.D. = 6.58, Max = 76, Min = 40) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความกังวลใจต่อการตรวจในระดับมาก ซึ่งอาจเกิดจากลักษณะของการตรวจที่เป็นหัตถการที่ต้องสอดใส่อุปกรณ์เข้าไปในร่างกาย (Invasive procedure) ต้องสอดกล้องผ่านทางทวารหนักเข้าสู่ลำไส้ใหญ่ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัวต่อความเจ็บปวด ความอับอาย และผลการตรวจที่อาจบ่งชี้ถึงโรคร้ายแรง เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) ตามทฤษฎีของ Spielberger^{23,24} นอกจากนี้ จากบริบทการให้บริการในพื้นที่ศึกษาพบว่า การเตรียมผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ส่วนใหญ่เป็นการให้ข้อมูลในลักษณะทั่วไปและกระชับ เน้นด้านขั้นตอนการนัดหมายและการเตรียมลำไส้เป็นหลัก โดยมีระยะเวลาในการให้ข้อมูลค่อนข้างจำกัด และยังขาดการประเมินระดับความวิตกกังวลรายบุคคล ก่อนเข้ารับการตรวจอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายได้รับข้อมูลไม่เพียงพอในการทำความเข้าใจขั้นตอนของการตรวจ การจัดการความเจ็บปวด และการดูแลตนเองภายหลังการส่องกล้อง ซึ่งอาจส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญเพิ่มสูงขึ้น²³



ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลขณะเผชิญ เนื่องจากรับรู้ว่าการส่องกล้องเป็นสถานการณ์คุกคามทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น ความกลัวเจ็บ กลัวผลตรวจ และขาดความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจ ซึ่งอาจสะท้อนถึงช่องว่างของกระบวนการให้ข้อมูลและการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในพื้นที่ศึกษา โดยเฉพาะใน ผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงสูง ยังมีแนวโน้มประเมินสถานการณ์รุนแรงกว่าความเป็นจริง ทำให้ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ตามแนวคิดความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety) ของ Spielberger^{23,24} ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลสูงก่อนเข้ารับการส่องกล้อง และปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อระดับความวิตกกังวล ได้แก่ ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจ ความกลัวต่อความเจ็บปวด และประสบการณ์จากการตรวจครั้งก่อน^{9,12} ดังนั้น ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่จึงสัมพันธ์กับการรับรู้ภัยคุกคาม (Perceived threat) และ ระดับความรู้เกี่ยวกับการตรวจ หากผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่เพียงพอหรือขาดความเข้าใจ ย่อมมีแนวโน้มเกิดความวิตกกังวลสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการประเมินความวิตกกังวลของ STAI^{23,24}

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากงานวิจัยบางส่วนของที่รายงานว่าผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ซึ่งความแตกต่างดังกล่าวอาจอธิบายได้จากบริบทของกลุ่มตัวอย่างและกระบวนการให้บริการที่ไม่เหมือนกัน โดยการศึกษาบางฉบับดำเนินการในหน่วยบริการที่มีการจัดโปรแกรมเตรียมความพร้อมหรือการให้ข้อมูลเชิงรุกก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ในขณะที่พื้นที่ศึกษาของงานวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านเวลาและรูปแบบการให้ข้อมูลก่อนการตรวจ ทำให้ผู้ป่วยอาจได้รับข้อมูลไม่เพียงพอและขาดการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ ความแตกต่างด้านเครื่องมือวัด ระยะเวลาที่ประเมินความวิตกกังวล และลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ ประสบการณ์การส่องกล้อง และระดับความวิตกกังวลแฝง อาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลที่รายงานแตกต่างกันระหว่างการศึกษา ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการเตรียมความพร้อมด้านข้อมูลและจิตใจก่อนเข้ารับการตรวจ เช่น การให้คำแนะนำ โดยพยาบาล การใช้สื่อให้ความรู้ และการฝึกผ่อนคลาย เพื่อลดความตึงเครียดและส่งเสริมประสบการณ์ที่ดีต่อการรับบริการทางการแพทย์

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยข้อมูลการส่องกล้องและสภาวะการเจ็บป่วย และปัจจัยความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 60–69 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,001–15,000 บาท และใช้สิทธิบัตรทองในการรักษา ทั้งนี้ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน และสิทธิในการรักษา ไม่พบความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลการที่อายุมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล อาจอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยในช่วงอายุที่แตกต่างกันมีการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยและการตรวจทางการแพทย์แตกต่างกัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งอาจมีความกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ความเสี่ยงจากการตรวจ และผลการวินิจฉัยโรคมามากกว่ากลุ่มอายุน้อย ส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลแตกต่างกัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจหรือหัตถการทางการแพทย์¹⁵ ในขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคลอื่นไม่พบความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล อาจเนื่องมาจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างคล้ายคลึงกัน เช่น การนับถือศาสนาเดียวกัน การใช้สิทธิการรักษาเดียวกัน และระดับการศึกษาใกล้เคียงกัน ส่งผลให้ความแตกต่างของระดับความวิตกกังวลไม่ชัดเจน นอกจากนี้ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยอาจขึ้นอยู่กับความรู้ต่อกระบวนการตรวจ ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับผลการตรวจ และประสบการณ์ส่วนบุคคล มากกว่าลักษณะพื้นฐานทางประชากรศาสตร์ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่พบว่า รายได้ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรสไม่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจทางการแพทย์^{12,15}

ผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของ Spielberger¹⁸ ซึ่งระบุว่า ความวิตกกังวลเป็นผลจากการรับรู้ภัยคุกคามและการประเมินสถานการณ์ของบุคคล มากกว่าปัจจัยส่วนบุคคล ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ควรมุ่งเน้นการประเมินความวิตกกังวลตามช่วงอายุ การให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจ และการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ เพื่อช่วยลดการรับรู้ภัยคุกคามและความวิตกกังวลของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ¹²



2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลการส่องกล้องและสภาวะการเจ็บป่วย กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยประมาณ 1 เดือน เข้ารับการตรวจด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และไม่มีประสบการณ์การผ่าตัดหรือการส่องกล้องลำไส้ใหญ่มาก่อน โดยมีระยะเวลารอคอยการส่องกล้องประมาณ 60 นาที ทั้งนี้ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และสภาวะการเจ็บป่วยกับความวิตกกังวล พบว่า ระยะเวลาการเป็นโรคมิมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ปัจจัยอื่น ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ชนิดการส่องกล้อง ประสบการณ์การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และระยะเวลารอคอยการส่องกล้อง ไม่พบความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล การที่ระยะเวลาการเป็นโรคมิมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล อาจอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยแตกต่างกันย่อมมีระดับความคุ้นเคยกับอาการ ความไม่แน่นอนของโรค และความคาดหวังต่อผลการตรวจแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยอาจมีความวิตกกังวลสูง เนื่องจากยังขาดประสบการณ์ในการเผชิญกับโรคและไม่แน่ใจเกี่ยวกับผลการวินิจฉัย ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานกว่าอาจมีการปรับตัวและรับรู้สถานการณ์ได้ดีขึ้น ส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่รายงานว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีอิทธิพลต่อการรับรู้ภัยคุกคามและระดับ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจหรือหัตถการทางการแพทย์¹² ในขณะที่ปัจจัยข้อมูลการส่องกล้องและสภาวะการเจ็บป่วยอื่นไม่พบความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล อาจเนื่องมาจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างเป็นเนื้อเดียวกัน เช่น ส่วนใหญ่เป็นการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ชนิดเดียวกัน ไม่มีประสบการณ์การส่องกล้องหรือการผ่าตัดมาก่อน และมีระยะเวลารอคอยการตรวจใกล้เคียงกัน ส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยไม่แตกต่างกันอย่างชัดเจน

ผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของ Spielberger¹⁸ ซึ่งระบุว่า ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) เกิดจากการรับรู้ภัยคุกคามและการประเมินสถานการณ์ของบุคคล ในบริบทของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ การรับรู้ต่อโรคและความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย โดยเฉพาะในช่วงระยะเวลาการเป็นโรคที่แตกต่างกัน อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นความวิตกกังวลมากกว่าลักษณะของการตรวจหรือประสบการณ์ที่ผ่านมา

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินความวิตกกังวลโดยคำนึงถึงระยะเวลาการเป็นโรคของผู้ป่วย และการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยเฉพาะการให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับระยะของการเจ็บป่วย การอธิบายขั้นตอนการตรวจอย่างชัดเจน และการให้การสนับสนุนทางการพยาบาล ซึ่งจะช่วยลดการรับรู้ภัยคุกคามและลดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{12,16}

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่

ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความวิตกกังวลของผู้ป่วย ($r = 0.68, p < .001$) ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยที่มีความต้องการข้อมูลมากกว่า มีแนวโน้มที่จะมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าเล็กน้อย ซึ่งค่าความสัมพันธ์จะมีระดับสูง แต่ยังคงแสดงให้เห็นว่า การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และระยะเวลาในการตรวจ สามารถช่วยลดความไม่แน่นอนและความกังวลของผู้ป่วยได้ตามแนวคิดของ Spielberger¹⁸ อธิบายว่า ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้สถานการณ์นั้นเป็นภัยคุกคาม การให้ข้อมูลที่เพียงพอสามารถช่วยให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้องมากขึ้น ลดความกลัวและความวิตกกังวล งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การให้ข้อมูลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร สามารถลดความวิตกกังวลและเพิ่มความร่วมมือระหว่างการตรวจได้^{9,12,17} อย่างไรก็ตาม ค่าความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงแสดงว่า ความต้องการข้อมูลเพียงอย่างเดียวไม่สามารถอธิบายความวิตกกังวลของผู้ป่วยทั้งหมดได้ ปัจจัยอื่น ๆ เช่น ประสบการณ์การเจ็บป่วย ประเภทการตรวจ และการสนับสนุนทางสังคม น่าจะมีบทบาทร่วมด้วย ดังนั้น การเตรียมความพร้อมด้านข้อมูลควรทำควบคู่กับการดูแลสุขภาพจิตใจ และการสนับสนุนอื่น ๆ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจของผู้ป่วย²⁵⁻²⁷



สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัยสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่มีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก และมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สะท้อนให้เห็นว่าการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เป็นหัตถการที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลเพื่อประกอบการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการตรวจ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลกับความวิตกกังวล พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ครอบครัวต่อเดือน และสิทธิในการรักษา ไม่พบความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยบางส่วน สำหรับปัจจัยข้อมูลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และสภาวะการเจ็บป่วย พบว่า ระยะเวลาการเป็นโรคมี่ความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่การวินิจฉัยโรค ชนิดการส่องกล้อง ประสบการณ์การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และระยะเวลารอคอยการส่องกล้อง ไม่พบความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้บางประเด็น

นอกจากนี้ ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความวิตกกังวลของผู้ป่วย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงย่อมมีความต้องการข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อลดความไม่แน่นอนและการรับรู้ภัยคุกคามจากการตรวจ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ รวมถึงการจัดการให้ข้อมูลและการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจที่เหมาะสมกับช่วงอายุและระยะเวลาการเป็นโรค เพื่อส่งเสริมคุณภาพการพยาบาลและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดงานวิจัย

จากการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมาจากโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว ซึ่งอาจสะท้อนภาพเฉพาะตัวของผู้ป่วยในโรงพยาบาลนั้น โดยไม่ครอบคลุมลักษณะของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่นหรือภูมิภาคอื่น ซึ่งอาจจำกัดการนำผลวิจัยไปใช้ทั่วไป

ข้อเสนอแนะการวิจัย

การนำผลการวิจัยไปใช้ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ รวมทั้งพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และพยาบาลสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลจากการวิจัยเพื่อช่วยบรรเทาความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การวิจัยครั้งต่อไป ควรพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เพื่อช่วยบรรเทาความวิตกกังวลอย่างมีประสิทธิภาพและเพิ่มความพึงพอใจในบริการ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาสาสมัครทุกท่าน รวมถึงโรงพยาบาลมหาสารคาม ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ทั้งนี้ การวิจัยได้รับการสนับสนุนจากงบประมาณเงินรายได้ประจำปี พ.ศ. 2568 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างสูงที่เอื้อให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. Rex DK, Anderson JC, Butterly LF, Day LW, Dominitz JA, Kaltenbach T, et al. Quality indicators for colonoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2024;100(3):352-81. doi: 10.1016/j.gie.2024.04.2905.
2. American Cancer Society. Colorectal cancer risk factors [Internet]. 2023. [cited 2024 Nov 30]. Available from <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8605.00.pdf>.



3. Information Technology Center, Mahasarakham Hospital. Operating room service statistics [Internet]. Mahasarakham: Mahasarakham Hospital; 2025 [cited 2025 Jan 21]. Available from: <http://dte.mhkdc.com/index.php?mod=stat>. (in Thai)
4. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Ministry of Public Health Policy Implementation Plan 2024 [report]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)
5. Nimmannawuttipong T, Phantabadeekorn W, Manonchan K, Duangrat T, eds. Recommendations for the development of one day surgery and minimally invasive surgery (ODS & MIS) Service Systems, 2023. Bangkok: Charansanitwong Printing; 2023. (in Thai)
6. Wu M, Lin Y, Chen Z, Wei J. Mesenteric laceration of the sigmoid colon after colonoscopy: A rare complication. *Asian Journal of Surgery*. 2023;46(11):5391-2. doi: 10.1016/j.asjsur.2023.07.091.
7. Adenusi AO, Obaitan I, Monteiro JFG, Asifat O, Shaukat A. Endoscopic and stool-based colorectal cancer screening coverage among US veterans: A survey analysis using 2021 Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) data. *Gastroenterology & Endoscopy*. 2024;2:181–5. doi: 10.1016/j.gande.2024.06.003.
8. Thongkam S, Soowit B. The effect of an educational preparedness program via a LINE mobile application on the anxiety level of patients undergoing outpatient colonoscopy. *Journal of the Police Nurses*. 2022;14(2):314–23. (in Thai)
9. Klinrat N, Channarong M. Factors associated with anxiety among patients undergoing gastrointestinal endoscopy at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. *Journal of Health Sciences and Pedagogy*. 2021;1(3):68–81. (in Thai)
10. Barzegar SL, Mohammadi S, Shamsalinia A, Saberifar M. The effects of white noise on preprocedural anxiety and vital signs among older adults undergoing colonoscopy. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2024;39(3):386-90. doi: 10.1016/j.jopan.2023.08.017.
11. Fang L, Chen L, Wu B, Xu Y, Chen L. Using clinical-based discharge criteria to discharge patients after endoscopy procedures under drug-induced intravenous sedation in the outpatient care unit: An observational study. *Journal of Peri Anesthesia Nursing*. 2024;39(5):859-66. doi: 10.1016/j.jopan.2023.12.023.
12. Shahrababaki PM, Asadi NB, Dehesh T, Nouhi E. The effect of a pre-colonoscopy education program on fear and anxiety of patients: A randomized clinical trial study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2022;27(6):554-9. doi: 10.4103/ijnmr.ijnmr_96_22.
13. Bello C, Nuebling M, Koster KL, Heidegger T. Patient-reported perioperative anaesthesia-related anxiety is associated with impaired patient satisfaction: A secondary analysis from a prospective observational study in Switzerland. *Scientific Reports*. 2023;13(1):1-10. doi: 10.1038/s41598-023-43447-6.
14. Yusamran M, Gawgleun W. Needs and need responses of preoperative patients in Mahasarakham Hospital. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*. 2021;22(3):304-12. (in Thai)
15. Napimsang S, Singhapant T, Chintapanya T. Factors affecting anxiety in patients undergoing gastrointestinal endoscopy at a secondary care hospital. *Ubon Ratchathani University Journal of Health and Nursing*. 2024;3(2):95–108. (in Thai)



16. Lin W, Huang W, Mei C, Zhong C, Zhu L, Liu P, et al. Pre-Procedural anxiety and associated factors among women seeking cervical cancer screening services in Shenzhen, China: Does past screening experience matter? *Frontiers in Oncology*. 2022;12: 857138. doi: 10.3389/fonc.2022.857138.
17. Raksapol N, Janthasri A. Effects of a preparation program utilizing information and counseling services on readiness and anxiety of patients undergoing colonoscopy. *Thai Journal of Public Health and Health Education*. 2024;4(1):1–17. (in Thai)
18. Spielberger CD, ed. *Anxiety and behavior*. New York: Academic Press; 1966.
19. Thomas PR. *Sample size determination and power*. New Jersey (NJ): John Wiley & Sons, Inc.; 2013.
20. Srisatitnarakun B. *Effect size, power analysis, and appropriate sample size calculation using G*Power*. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2020. (In Thai)
21. Sammakarn P. *Needs and responses to needs from preoperative visiting by operating room nurses among major surgery patients [master's thesis]*. Chonburi: Burapha University; 2014. (In Thai)
22. Gaglione KM. Assessing and intervening with families of CCU patients. *The Nursing Clinics of North America*. 1984;19(3):427-32. PMID: 6567140
23. Spielberger CD. *STAI Manual*. California (CA): Consulting Psychologists Press; 1970.
24. Spielberger CD. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) form Y: Self-evaluation questionnaire*. Palo Alto (PA): Consulting Psychologists Press; 1983.
25. Pongsaisopon N, Promsaka Na Sakolnakorn P. Effectiveness of a brief intervention on anxiety relief in patients preparing for surgery at counseling unit, Udon Thani Hospital. *Udonthani Hospital Medical Journal*. 2022;30(2):207–15. (in Thai)
26. Baisawet P, Srithong C, Hannarong T. Effect of colon preparation in outpatients before colonoscopy at Endoscopic Center, Surat Thani Hospital. *Journal of Health Research and Innovation*. 2021;4(2):40–53. (in Thai)
27. Chansiri K, Kuanmungtai P. The relationships between anxiety and perceived illness severity with the needs of patients undergoing open heart surgery. *Journal of Nursing and Therapeutic Care*. 2025;43(3):1-14. (in Thai)



ประสบการณ์การเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน: การวิจัยเชิงคุณภาพ

ภัทรมนัส พงศ์รังสรรค์ ประด.¹

ระวีวรรณ พิไลเกียรติ ประด.^{1,4}

ปวงกมล กฤษณบุตร ประด.²

อชิรญาณ ศรีพัฒน์นาวัฒน์ ศษ.ม.³

(วันรับบทความ: 23 พฤศจิกายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 31 มกราคม พ.ศ.2569/ วันตอบรับบทความ: 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2569)

บทคัดย่อ

พยาบาลพี่เลี้ยงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในระยะเปลี่ยนผ่านของพยาบาลจบใหม่ จากชีวิตนักศึกษาพยาบาลสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพอย่างภาคภูมิใจ การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน ผู้ให้ข้อมูลคือพยาบาลพี่เลี้ยงที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 27 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด รวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม จำนวน 3 กลุ่ม กลุ่มละ 8-10 คน ใช้เวลากลุ่มละ 60-70 นาที วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน สามารถสรุปได้ 3 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) การรับรู้เกี่ยวกับบทบาทการเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย ผู้สร้างความมั่นใจในการทำงาน ผู้ชี้แนะการลงมือปฏิบัติงานครั้งแรก ผู้ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และผู้เป็นแบบอย่างที่ดีทางวิชาชีพ 2) การทำหน้าที่เป็นพยาบาลพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย ทบทวนความรู้ภาคทฤษฎี ถ่ายทอดประสบการณ์ภาคปฏิบัติ สนับสนุนให้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ให้ความเป็นกันเองในการทำงานร่วมกัน และเสริมสร้างพลังอำนาจในการทำงาน และ 3) ความท้าทายในการทำหน้าที่เป็นพยาบาลพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย การเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงจากการมอบหมายงาน ขาดความมั่นใจในความรู้ของตนเอง ความซ้อนทับการทำหน้าที่ของพยาบาลพี่เลี้ยง ความแตกต่างทางความคิดของช่วงวัย และขาดแนวทางการทำหน้าที่พยาบาลพี่เลี้ยงที่ชัดเจน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการกำหนดแนวทางการสรรหาและพัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับการสอนงานพยาบาลจบใหม่อย่างเหมาะสม และพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการที่ลดความซ้อนทับการทำหน้าที่ของพยาบาลพี่เลี้ยง เพื่อให้พยาบาลพี่เลี้ยงสามารถทำหน้าที่ของการเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงได้เต็มศักยภาพ

คำสำคัญ: พยาบาลพี่เลี้ยง พยาบาลวิชาชีพ ระยะเปลี่ยนผ่าน การวิจัยเชิงคุณภาพ

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

²อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

³พยาบาลวิชาชีพ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

⁴ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: weewan15@yahoo.co.th, raweewanp@nu.ac.th Tel: 089-0562103



Experiences of Precepting Newly Graduated Nurses during Transition: A Qualitative Study

Phattharamanat Pongrangsarn Ph.D.¹

Raweewan Pilaikiat Ph.D.^{1,4}

Poungkamon Krisanabud Ph.D.²

Archi Raya Sripattanawat M.Ed.³

(Received Date: November 23, 2025, Revised Date: January 31, 2026, Accepted Date: February 9, 2026)

Abstract

Preceptor nurses play a crucial role during the transition period of newly graduated nurses, guiding them from being nursing students to becoming proud of professional nurses. This qualitative research aimed to explore the experiences of precepting newly graduated nurses in their transitional period. The participants were 27 preceptor nurses working at a university hospital who were selected through purposive sampling based on specific criteria. Data were collected through focus group discussions with three groups consisting of 8–10 participants which lasted 60–70 minutes. Data were analyzed using content analysis.

The findings revealed that the experiences of the nurse preceptors for transitioning newly graduated nurses could be summarized into three main themes: 1) perceptions about the preceptor role comprised of being a confidence builder for clinical practice, a guide for initial hands-on experiences, a problem-solving assistant, and a professional role model; 2) performing the preceptor role consisted of reviewing theoretical knowledge, sharing practical experience, encouraging independent practice, fostering a friendly work environment, and empowering professional practice; and 3) challenges in the preceptor role included being assigned the role without preparation, lacking confidence in one's own knowledge, overlapping responsibilities, generational differences in perspectives, and the absence of clear guidelines for the preceptor role. The study suggests that nursing administrators should establish appropriate guidelines for selecting and developing the competencies of preceptor nurses for training newly graduated nurses. Additionally, management models should be developed to reduce role overlap and enable preceptor nurses to perform their roles to their full potential.

Keywords: preceptorship, registered nurses, transitional period, qualitative research

¹Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University, Phitsanulok

²Lecturer, Faculty of Nursing, Naresuan University, Phitsanulok

³Registered Nurse, Faculty of Medicine, Naresuan University, Phitsanulok

⁴Corresponding Author, E-mail: weewan15@yahoo.co.th, raweewanp@nu.ac.th Tel: 089-0562103



บทนำ

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องประยุกต์ทั้งศาสตร์และศิลปะมาใช้ในการปฏิบัติงาน พยาบาลเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่ในทีมสุขภาพ บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบสำคัญในการเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ครอบคลุมทั้งด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริม และการฟื้นฟูสุขภาพ ให้การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การเรียนการสอนเพื่อผลิตพยาบาลวิชาชีพต้องใช้ระยะเวลาในการศึกษา 4 ปี ประกอบด้วยภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยการฝึกปฏิบัติในสถานการณจริงจะมีอาจารย์พยาบาลให้คำแนะนำช่วยเหลือในการฝึกฝนทักษะต่าง ๆ ตลอดเวลา เพื่อให้บัณฑิตพยาบาลเป็นผู้มีความรู้ ทักษะ และสามารถให้การพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ เมื่อสำเร็จการศึกษานักศึกษาพยาบาลจะมีช่วงการเปลี่ยนผ่านจากสถานะนักศึกษาพยาบาลไปเป็นพยาบาลวิชาชีพ Duchscher¹ อธิบายองค์ประกอบของการเปลี่ยนผ่านของพยาบาลจบใหม่ว่าประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะทำตาม (Doing) ระยะเข้าถึง (Being) และระยะเข้าใจ (Knowing) โดยระยะแรกจะใช้เวลาประมาณ 3-4 เดือน ในช่วงเวลาดังกล่าวจึงเป็นเวลาที่พยาบาลจบใหม่ต้องเรียนรู้วิธีการทำงาน ทักษะ และกฎระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน ระยะเปลี่ยนผ่าน เป็นเวลาที่พยาบาลจบใหม่ต้องมีการเรียนรู้และเผชิญกับปัญหาในการปฏิบัติงานที่หลากหลายจากผลการวิจัยที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าพยาบาลจบใหม่ต้องเผชิญกับความเครียดจากภาระงานที่มากเนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอ²⁻⁴ ต้องจัดการกับความต้องการในหลายบทบาท⁵ มีความยากลำบากในการปรับตัวและปรับเปลี่ยนบทบาทกับเพื่อนร่วมงานและการต้องทำงานด้วยตนเองให้ได้^{6,7} นอกจากนั้น อาจมีสิ่งใหม่ที่ต้องเผชิญทั้งสถานที่ใหม่ การเรียนรู้ใหม่ ความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้น ความซับซ้อนของการดูแลผู้ป่วย และการถูกคาดหวังในเรื่องความรู้ ความสามารถ และทักษะในการปฏิบัติงานทั้งจากผู้รับบริการและผู้ร่วมงาน^{4,6} ในขณะที่พยาบาลจบใหม่ยังขาดทักษะและความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลและการปฏิบัติงานร่วมกับทีมสุขภาพ จึงส่งผลให้พยาบาลจบใหม่เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน เกิดความไม่พึงพอใจในงาน และรู้สึกเบื่อการทำงานในวิชาชีพจนนำไปสู่การตัดสินใจลาออกจากงาน⁷ ปัญหาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าพยาบาลจบใหม่ต้องมีการปรับตัวและจัดการกับปัญหาที่มีความหลากหลายเมื่อก้าวสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพอย่างเต็มตัว พยาบาลจบใหม่จึงจำเป็นต้องได้รับการปฐมนิเทศและการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ เพื่อให้สามารถปรับตัวกับบทบาทพยาบาลวิชาชีพและมีสมรรถนะจำเป็นในการปฏิบัติงานตามที่หน่วยงานต้องการ

ระบบพยาบาลที่เลี้ยง เป็นการสอนงานระหว่างพยาบาลประจำการที่มีประสบการณ์ด้านปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกที่สูงกับพยาบาลจบใหม่ มีข้อค้นพบจากงานวิจัยที่เสนอว่าพยาบาลที่เลี้ยงควรเป็นบุคคลที่มีสมรรถนะทั้งด้านปฏิบัติการพยาบาล ด้านครูผู้สอน ด้านผู้นำเชิงบริหาร และด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ⁸ เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาและเป็นแบบอย่างที่ดีพร้อมที่จะช่วยเหลือพัฒนาทักษะของพยาบาลจบใหม่ให้ก้าวหน้าตามจุดหมายของหน่วยงาน โดยการจัดประสบการณ์การเรียนรู้อย่างเป็นทางการขึ้นในระยะเวลาที่จำกัดและแน่นอน ระบบพยาบาลที่เลี้ยง จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของการปฐมนิเทศและการสอนงานให้กับพยาบาลจบใหม่ ผลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมพยาบาลที่เลี้ยงสำหรับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่านมีความสำคัญและจำเป็น⁹ และมีประสิทธิผลในการช่วยให้พยาบาลจบใหม่ได้เรียนรู้งาน มีความผูกพันกับพยาบาลที่เลี้ยงและหน่วยงาน รวมทั้งเกิดความพึงพอใจในงาน ลดปัญหาการลาออกของพยาบาลจบใหม่⁹⁻¹² มีความมั่นใจ มีความสุข และมีความภูมิใจในงาน¹³ ระบบพยาบาลที่เลี้ยงจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้พยาบาลจบใหม่ สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วงของการเปลี่ยนผ่านจากนักศึกษาพยาบาลสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ต้องใช้ความรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อทำหน้าที่พยาบาลวิชาชีพด้วยตนเอง

พยาบาลที่เลี้ยง เป็นผู้ที่มียุทธศาสตร์สำคัญในความสำเร็จของการเตรียมพยาบาลจบใหม่ เนื่องจากเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับพยาบาลจบใหม่¹⁴ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สิ่งที่ควรคำนึงถึงในการคัดเลือกพยาบาลที่เลี้ยงตามทฤษฎีฐานรากประกอบด้วย ทักษะการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ การสะท้อนคิด ทักษะทางคลินิก และทักษะทางอารมณ์ นอกจากนี้ พยาบาลที่เลี้ยงควรมีลักษณะเฉพาะ คือ มีไหวพริบ มีความรับผิดชอบ มีทักษะในการจูงใจ และมีความคิดริเริ่ม¹⁵ ในขณะเดียวกันพยาบาลที่เลี้ยงเองก็เกิดความเครียดกับการทำหน้าที่และบทบาทของพยาบาลที่เลี้ยง ไม่ได้การสนับสนุนในการทำหน้าที่ และขาดขวัญกำลังใจ¹⁶



นอกจากนั้น การทำหน้าที่พยาบาลที่เลี้ยงยังต้องเผชิญกับความแตกต่างทางความคิดของช่วงวัย (Generation gap) เนื่องจากพยาบาลที่เลี้ยงส่วนมากเป็นพยาบาลในเจนเนอเรชั่นเอ็กซ์และวาย (Generation X, Y) ที่เติบโตมาในช่วงเปลี่ยนผ่านของเทคโนโลยีให้ความสำคัญกับการทำงานเป็นทีม มีความอดทน และมีความรับผิดชอบในการทำงานสูง แต่พยาบาลจบใหม่เป็นพยาบาลในเจนเนอเรชั่นซี (Generation Z) ที่เติบโตมากับยุคเทคโนโลยี ให้ความสำคัญกับการตัดสินใจและการสื่อสารที่รวดเร็ว ชอบทำงานในขอบข่ายที่ชัดเจน และเน้นการสร้างสมดุลระหว่างชีวิตกับงาน (Work-life balance)¹⁷ จากค่านิยมและทัศนคติต่อการทำงานที่ต่างกันอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดความตึงเครียดในความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลที่เลี้ยงกับพยาบาลจบใหม่ได้

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง ขนาด 472 เตียง ให้บริการทั้งประเภทผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยฉุกเฉินในทุกสาขา เป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติงานการเรียนการสอนของนิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มีศูนย์ความเป็นเลิศ 7 ด้าน ได้แก่ ศูนย์ความเป็นเลิศโรคหัวใจ ศูนย์ความเป็นเลิศโรคตา ศูนย์ความเป็นเลิศโรคมะเร็ง ศูนย์ความเป็นเลิศโรคหลอดเลือดสมอง ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการปลูกถ่ายอวัยวะ ศูนย์ความเป็นเลิศโรคไต ศูนย์รักษาผู้มีบุตรยาก และศูนย์รักษาแก้ไขภาวะปากแหว่งเพดานโหว่และความผิดปกติของศีรษะและใบหน้า ในปีงบประมาณ 2565 มีบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลรวมทั้งสิ้น 914 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ 534 คน ในแต่ละปีมีพยาบาลจบใหม่เข้าปฏิบัติงานปีละประมาณ 50 คน¹⁸ มีการดำเนินงานเกี่ยวกับพยาบาลที่เลี้ยงสำหรับพยาบาลจบใหม่ โดยการมอบหมายให้หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้คัดเลือกพยาบาลที่จะทำหน้าที่เป็นพยาบาลที่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ หลังจากนั้นจะส่งไปอบรมหลักสูตรพยาบาลที่เลี้ยงที่รับรองโดยสภาการพยาบาลเป็นระยะเวลา 5 วัน นอกจากนั้น มีพยาบาลที่เลี้ยงบางส่วนผ่านการอบรมมาเป็นระยะเวลานาน ทำให้ขาดความมั่นใจในการทำหน้าที่เป็นพยาบาลที่เลี้ยงของตนเอง จากเหตุผลดังกล่าว ทีมผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลที่เลี้ยงที่มีประสบการณ์การทำหน้าที่เป็นพยาบาลที่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่านด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกที่มาจากความคิด ความรู้สึกและประสบการณ์ของพยาบาลที่เลี้ยงโดยตรง เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาพยาบาลที่เลี้ยงให้มีสมรรถนะและมีความพร้อมในการทำหน้าที่เป็นพยาบาลที่เลี้ยงเพื่อดูแลพยาบาลจบใหม่ให้เรียนรู้งานและปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมในการทำงานใหม่ได้อย่างรวดเร็ว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้อยู่บนพื้นฐานการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเน้นการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ประสบการณ์ของการเป็นพยาบาลที่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยเชื่อมโยงสิ่งต่าง ๆ ในปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาในสภาพที่เป็นจริงตามธรรมชาติ (Naturalistic inquiry) และแสดงให้เห็นภาพความสัมพันธ์ของข้อมูลเท่าที่จะเป็นไปได้ภายใต้บริบทและขอบเขตของการวิจัย โดยไม่มีการคัดเลือกตัวแปรของการศึกษาไว้ล่วงหน้า

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของการเป็นพยาบาลที่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน ประชากรในการวิจัย คือ พยาบาลที่เลี้ยงที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด (Purposive sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2565

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษาประสบการณ์การเป็นพยาบาลที่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลคือพยาบาลที่เลี้ยงที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง มีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพ 2) ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลที่เลี้ยงที่อนุมัติโดยสภาการพยาบาล 3) มีประสบการณ์การทำงานที่เป็นพยาบาลที่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในช่วงระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา และ 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ จำนวนผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ได้พิจารณาจากความอิ่มตัวของข้อมูล (Data saturation) คือข้อมูลที่รวบรวมได้แสดงให้เห็นข้อสรุปของปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างชัดเจน โดยไม่มีข้อสรุปใหม่ที่เกิดขึ้นจากการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่เพิ่มเติม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ การทำหน้าที่ในบทบาทพยาบาลที่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลที่เลี้ยง ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานของพยาบาลที่เลี้ยง ความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลที่เลี้ยง รูปแบบการดำเนินงานของพยาบาลที่เลี้ยงที่ควรปรับปรุง และความต้องการการช่วยเหลือของพยาบาลจบใหม่ที่อยู่ในความดูแลของพยาบาลที่เลี้ยง

2. อุปกรณ์ที่ใช้ในระหว่างการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ โปรแกรมวิดิทัศน์สำหรับการประชุม (Video conference) ที่สามารถบันทึกภาพและเสียง สมุดบันทึก และปากกา ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มผ่านโปรแกรมวิดิทัศน์สำหรับการประชุม เนื่องจากช่วงเวลาที่ทำการศึกษาคือช่วงเวลาที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากบุคคลหนึ่งไปสู่บุคคลหนึ่ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยประสานงานกับฝ่ายการพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยลำดับที่ 4 ซึ่งเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ทำการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์กลุ่มของพยาบาลที่เลี้ยง เพื่อรับสมัครผู้ให้ข้อมูลในโครงการวิจัย โดยเปิดโอกาสให้ผู้สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยเลือกช่วงเวลาที่จะสะดวกเพื่อเข้าร่วมการสนทนากลุ่มจำนวน 3 กลุ่ม แบ่งเป็น 3 ช่วงเวลา และกำหนดจำนวนผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ไม่เกินกลุ่มละ 10 คน ภายหลังการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย มีพยาบาลที่เลี้ยงที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 27 คน ภายหลังจากได้รายชื่อผู้สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยส่งรหัสเข้าร่วมการสนทนากลุ่มผ่านโปรแกรมวิดิทัศน์สำหรับการประชุมให้กับผู้สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ และนัดหมายวันและเวลาเพื่อทำการสนทนากลุ่มโดยขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก

เมื่อถึงวันและเวลานัดหมายเพื่อทำการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยลำดับที่ 1 เข้าพบผู้สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยผ่านโปรแกรมวิดิทัศน์สำหรับการประชุม เพื่อแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม ระยะเวลาที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม และสิทธิในการปฏิเสธการเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ จากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งขอคำยินยอมการเป็นผู้ให้ข้อมูลและขออนุญาตบันทึกเสียงระหว่างการสนทนากลุ่ม หากผู้สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยรายใด ไม่ยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูลสามารถออกจากโปรแกรมวิดิทัศน์สำหรับการประชุมได้ทันทีเมื่อผู้สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูลและยินยอมให้บันทึกเสียงระหว่างการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการสนทนากลุ่มโดยมีผู้วิจัยลำดับที่ 3 ทำหน้าที่เป็นผู้นำการสนทนากลุ่มและมีผู้วิจัยลำดับที่ 1 อยู่ร่วมในระหว่างการสนทนากลุ่ม เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าสู่ระบบของผู้ให้ข้อมูลและตรวจสอบความต่อเนื่องของการบันทึกเสียงในระหว่างการสนทนากลุ่ม และช่วยผู้นำการสนทนากลุ่มสร้างบรรยากาศในการสนทนาโดยการกระตุ้นหรือซักถามเป็นระยะ โดยจำนวนผู้ให้ข้อมูลในการสนทนากลุ่มแต่ละกลุ่มอยู่ระหว่าง 8-10 คน และใช้เวลาในการสนทนากลุ่มกลุ่มละ 60-70 นาที ผู้นำการสนทนากลุ่มยุติการสนทนากลุ่มเมื่อไม่มีข้อมูลที่เป็นประเด็นใหม่เกิดขึ้น



การวิเคราะห์ข้อมูล

จะวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ตามแนวคิดของ Miller & Crabtree¹⁹ ที่ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ ถอดเทปการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ซึ่งมีลักษณะเป็นเชิงบรรยายมาแยกแยะและจัดหมวดหมู่ (Establishing files) นำข้อมูลที่ได้มาลงรหัสหมวดหมู่ของข้อมูล (Coding the data) จัดประเภทของข้อมูลจากการลงรหัส โดยการนำรหัสของข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่มารวบรวมจัดประเภทและนำข้อมูลที่มีรหัสคล้ายคลึงกันมารวมเข้าเป็นกลุ่มเดียวกัน (Identify unit) เมื่อได้ข้อมูลที่จัดประเภทแล้วนำมาวิเคราะห์และตีความหาประเด็นสำคัญ เพื่อพัฒนาและสร้างหมวดหมู่ของข้อมูล (Developing categories) นำหมวดหมู่ของข้อมูลที่ได้ มาวิเคราะห์หาแก่นสาระและหาความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (Developing theme and interpretively determine connections) นำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ (Informant checking) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของงานวิจัย (Verify) เขียนสรุปและรายงานการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างความน่าเชื่อถือให้กับงานวิจัย (Trustworthiness) ตามแนวคิดของ Lincoln & Guba²⁰ โดยมีการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน (Data triangulation) ด้วยการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่ปฏิบัติงานในแผนกที่ต่างกัน ทีมผู้วิจัยจะมีการปรึกษาหารือร่วมกัน (Peer debriefing) เกี่ยวกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และผลการวิเคราะห์ข้อมูล มีการใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูลในการยืนยันความจริงและความชัดเจนของผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการรายงานผลการวิจัยทุกประเด็น (Confirmability) และมีการนำผลการวิจัยที่วิเคราะห์ได้ไปให้ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 คน ตรวจสอบผลการวิจัยว่าถูกต้องและสอดคล้องกับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลหรือไม่ (Member checking)

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาระยะที่ 1 ของโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมพยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับพยาบาลจบใหม่ โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร (COA No.055/2022; P2-0418/2564) ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และลักษณะการสนทนากลุ่ม ขออนุญาตบันทึกเสียงระหว่างการสนทนากลุ่ม เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ซักถามข้อสงสัย และตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจของตนเอง จากนั้นผู้วิจัยขอให้ผู้ให้ข้อมูลลงลายมือชื่อในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ห้องทำการฝ่ายการพยาบาลในวันเวลาที่สะดวก ในระหว่างการสนทนากลุ่มหากมีคำถามใดที่ผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกใจที่จะตอบ ผู้ให้ข้อมูลมีอิสระที่จะไม่ตอบ ข้อมูลบันทึกเสียงที่ได้จากการสนทนากลุ่มจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ โดยข้อมูลบันทึกเสียงทั้งหมดจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านเพื่อการเข้าเครื่องคอมพิวเตอร์และเข้าถึงข้อมูล ข้อมูลบันทึกเสียงทั้งหมดจะถูกลบและทำลายเมื่อผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว 1 ปี การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลเพื่อการตีพิมพ์เผยแพร่ จะปกปิดชื่อจริงและใช้รหัสแทน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลมีความอึดตัวเมื่อทำการสนทนากลุ่มจำนวน 3 ครั้งและผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 27 คน ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ทั้งหมดเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 35.20 ปี (S.D. = 4.63) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 86.67) ทั้งหมดผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลพี่เลี้ยงที่สภาการพยาบาลรับรอง ทุกคนเป็นผู้ปฏิบัติงานที่พยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับพยาบาลจบใหม่ในช่วงระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา และมีประสบการณ์ปฏิบัติงานในหน้าที่พยาบาลพี่เลี้ยงเฉลี่ย 8.27 ปี (S.D. = 3.25)

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน ประสบการณ์การเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน สามารถสรุปได้เป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) การรับรู้บทบาทการเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน 2) การทำหน้าที่เป็นพยาบาลพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน และ 3) ความท้าทายในการทำหน้าที่พยาบาลพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยมีรายละเอียดในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้



1. การรับรู้บทบาทการเป็นพยาบาลที่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน

ผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทการเป็นพยาบาลที่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่านว่า จะต้องเป็นผู้ที่แสดงบทบาทต่าง ๆ ที่ประกอบด้วย 1) ผู้สร้างความมั่นใจในการทำงาน 2) ผู้ชี้แนะการลงมือปฏิบัติงานครั้งแรก 3) ผู้ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และ 4) ผู้เป็นแบบอย่างที่ดีทางวิชาชีพ โดยมีรายละเอียดในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1.1. ผู้สร้างความมั่นใจในการทำงาน ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นว่า พยาบาลที่เลี้ยงควรเป็นผู้สร้างความมั่นใจในการทำงานให้กับพยาบาลจบใหม่ เพราะในระยะเปลี่ยนผ่านจะเป็นช่วงเวลาที่พยาบาลจบใหม่ยังขาดความมั่นใจในการทำงาน เนื่องจากยังมีประสบการณ์น้อยและกลัวการถูกฟ้องร้องในประเด็นต่าง ๆ พยาบาลที่เลี้ยงจึงต้องทำหน้าที่เป็นผู้สร้างความมั่นใจให้กับพยาบาลจบใหม่ในการทำงานดังกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ของหนูจะเป็นประมาณว่า น้องใหม่จะยังไม่มี ความมั่นใจในการเข้าหาคส (ผู้ป่วย) ด้วยความที่ว่าคนไข้เป็นวิกฤตก็ คือเด็กตัวเล็ก น้องยังไม่มี ความมั่นใจในการเข้าคสค่ะ เราก็ต้องเสริมความมั่นใจให้กับน้อง” (FG-1-P11)

“...ประสบการณ์น้อย กลัวทำอะไรไปแล้วโดนฟ้องร้อง น้องจะขาดความมั่นใจ คือความรู้ น้องมีถามตอบได้แต่ ความมั่นใจ ความมั่นใจต่อหน้าคนไข้ น้องจะยังขาดในจุดนี้ คือเสริมความมั่นใจให้กับน้อง” (FG-1-P1)

“เรื่องของความมั่นใจ...น้องใหม่จะขาดความมั่นใจในการเข้าหาคนไข้และการทำหัตถการค่ะ เพิ่งแบบเจอคนไข้แบบหลากหลายเป็นครั้งแรก ถ้าเราสามารถเสริมความมั่นใจให้น้องได้ ก็อาจจะช่วยให้น้องมีความมั่นใจมากขึ้นในการทำงานหน้างานจริง ๆ” (FG-2-P2)

ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย ทำงานอยู่ในแผนกผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจที่ต้องให้การดูแลเฉพาะผู้ป่วยโรคหัวใจได้แสดงความคิดเห็นว่า พยาบาลที่เลี้ยงจะต้องเป็นผู้ที่สร้างความมั่นใจในการทำงานให้กับพยาบาลจบใหม่ โดยเฉพาะความรู้ในเรื่องของเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะโรค เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจมีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่มีความหลากหลายและมีความเฉพาะเจาะจงในการใช้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ด้วยความที่เป็นไอซียู (หอผู้ป่วยวิกฤต) เครื่องมืออุปกรณ์มันค่อนข้างหลากหลายแล้วก็ค่อนข้างเยอะ...น้องจะไม่ค่อยกล้าหยิบจับ ขาดความมั่นใจว่าจะทำอันนี้ได้ไหม ทำอันนั้นได้ไหม...ด้วยความที่เป็นไอซียู ถ้ามันยุ่งที่จะต้องถูกปลีกตัวไปทำอีกสิ่งหนึ่ง ซึ่งน้องก็จะกังวล...เขาไม่รู้ว่าเขาจะต้องไปถามใคร เขาเดินต่อไม่ได้ เขาก็ต้องการเราต้องการที่เลี้ยงเพื่อให้มั่นใจที่จะทำได้” (FG-2-P4)

1.2 ผู้ชี้แนะการลงมือปฏิบัติงานครั้งแรก ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นว่า พยาบาลที่เลี้ยงควรเป็นผู้ชี้แนะการลงมือปฏิบัติงานครั้งแรกของพยาบาลจบใหม่ เพราะการที่พยาบาลจบใหม่เริ่มทำงานครั้งแรกอาจยังสับสนหรือมองไม่ออกว่าจะต้องให้การพยาบาลอย่างไรก่อน พยาบาลที่เลี้ยงจึงต้องเป็นผู้ชี้แนะและลงมือปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับพยาบาลจบใหม่ครั้งแรกที่ต้องปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วย ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“น้องใหม่ต้องการพี่เลี้ยงในช่วงแรกที่มาทำงาน...พี่เลี้ยงพาน้องทำงาน เช่น การรับคำสั่งการรักษา การบริหารยา การทำหัตถการ ระหว่างที่เราพาน้องทำก็มีการให้ความรู้น้องไปในตอนนั้นด้วย ไม่แบบปล่อยให้เขาทำคนเดียว” (FG-1-P4)

“เวลาเราจะให้น้องไปทำการพยาบาลในครั้งแรก ๆ เราก็อาจจะต้องไปกับน้องอย่าง เช่น คนไข้หลังผ่าตัดมาแล้ว ก็คือต้องการให้คนไข้เคลื่อนไหว แต่ว่าคนไข้มีเดรน (ท่อระบาย) 2-3 เส้น มีสายฟอเรแคท (สายสวนปัสสาวะ) และมีไอวี (สารน้ำทางหลอดเลือดดำ) 2-3 ตัว อาจจะต้องทำให้น้องดูก่อนว่าต้องทำยังไง” (FG-1-P10)

1.3 ผู้ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ผู้ให้ข้อมูลมีความคิดเห็นว่า พยาบาลที่เลี้ยงควรทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือพยาบาลจบใหม่ในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า เพราะบางครั้งพยาบาลจบใหม่อาจต้องเผชิญกับปัญหาที่ตนเองไม่มีประสบการณ์มาก่อน ซึ่งพยาบาลที่เลี้ยงจะต้องช่วยแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้า และให้คำปรึกษาพยาบาลจบใหม่เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาได้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล



“สำหรับความคาดหวังก็ว่าจะต้องการพี่ที่แบบสามารถแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้าได้ค่ะ...ช่วยให้คำปรึกษาเขาได้อย่างที่
วอร์ดหนูคุณพ่อคุณแม่หลังคลอดมือใหม่ ๆ บางคนเขาก็จะถามเยอะหรือจะมีปัญหาหลาย ๆ อย่างนะค่ะ...เราต้อง
แก้ไขปัญหาค่ะ ต้องให้คือบางที่เราก็ต้องทำให้เขาดูก่อน เขาก็จะคาดหวังว่าพี่แก้ไขแบบนี้แบบนี้แล้ว อนาคตเราเจอ
แบบนี้เราจะแก้ไขยังไงเขาก็จะคาดหวัง” (FG-1-P2)

1.4 ผู้เป็นแบบอย่างที่ดีทางวิชาชีพ ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นว่า พยาบาลที่เลี้ยงคือผู้ที่จะต้องเป็นแบบอย่างที่ดี
ทางวิชาชีพให้กับพยาบาลจบใหม่ ต้องเป็นผู้ที่มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ มีความเมตตาโอปอ้อมอารี มีความศรัทธา และ
มีความเข้มแข็งในความเป็นวิชาชีพพยาบาล ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“พยาบาลที่เลี้ยงต้องมีทัศนคติที่ดี ที่ดีมากมาก เป็นโรลโมเดล (แบบอย่างที่ดี) เป็นพยาบาลที่มีความเมตตา
มีความโอปอ้อมอารี มีความศรัทธา มีความเข้มแข็งในความเป็นวิชาชีพพยาบาล” (FG-2-P5)

2. การทำหน้าที่เป็นพยาบาลที่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน

ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์เกี่ยวกับการทำหน้าที่เป็นพยาบาลที่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน ดังนี้
1) ทบทวนความรู้ภาคทฤษฎี 2) ถ่ายทอดประสบการณ์ภาคปฏิบัติ 3) สนับสนุนให้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง 4) ให้ความเป็นกันเองใน
การทำงานร่วมกัน และ 5) เสริมสร้างพลังอำนาจในการทำงาน โดยมีรายละเอียดในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

2.1 ทบทวนความรู้ภาคทฤษฎี ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นว่า การทำหน้าที่เป็นพยาบาลที่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่
ในระยะเปลี่ยนผ่านสิ่งที่มีความสำคัญคือ การทบทวนความรู้ภาคทฤษฎีให้กับพยาบาลจบใหม่ ถึงแม้ว่าพยาบาลจบใหม่จะมีความรู้
จากการเรียนในสถาบันการศึกษามาบ้างแล้ว แต่บางครั้งการปฏิบัติพยาบาลในบางแผนกอาจต้องการความรู้ที่มีความเฉพาะทางมาก
ขึ้น เช่น ห้องคลอด และหอผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พยาบาลที่เลี้ยงจึงมีการทบทวนความรู้ภาคทฤษฎี ด้วยการมอบหมาย
ให้พยาบาลจบใหม่ทบทวนความรู้และนำมาประชุมปรึกษาร่วมกัน (Conference) ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ของทีวอร์ดเป็นเหมือนเฉพาะทาง น้องที่เข้ามาสร้างความรู้การดูแลคนไข้...ถ้าเป็นพี่เลี้ยงต้องให้ความรู้ทางด้านนี้
จะทำให้ น้องมีความมั่นใจมากขึ้นในการดูแลเพราะว่าทีวอร์ดคนไข้ก็ค่อนข้างหนัก...น้องจะไม่กล้าเข้าหาคนไข้
ไม่กล้าเข้าไปดูแลคนไข้ค่ะ” (FG-1-P3)

“สิ่งที่คิดว่าน้องใหม่ต้องการให้พี่ช่วย...ตั้งแต่เรื่องของความรู้ จริงๆ น้องใหม่จบมา ความรู้เขาก็ยังค่อนข้างมีอยู่นะ
ค่ะ แต่ว่าเราอาจจะต้องเอามาชี้ให้เขาเห็นชัดเจนขึ้น เทียบกับเคสที่เราเจอ...อย่างของหนูเป็นหน่วยงานเฉพาะ
เป็นห้องคลอดค่ะ ก็อาจจะเหมือนเอากลับมาทบทวนให้เขาเพิ่มขึ้นค่ะ มอบหมายให้ไปศึกษาหาความรู้ แล้วเอ
กลับมาคุยกัน เอามาประชุมปรึกษากันเพิ่มขึ้น ก็จะเป็นการทำให้เขาทบทวนความรู้ที่จะเอากลับมาใช้ดูแลคนไข้ได้
อย่างชัดเจนขึ้น” (FG-3-P3)

2.2 ถ่ายทอดประสบการณ์ภาคปฏิบัติ ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นว่าการทำหน้าที่เป็นพยาบาลที่เลี้ยงให้กับ
พยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน สิ่งที่ยาบาลที่เลี้ยงทำได้คือ การถ่ายทอดประสบการณ์ของพยาบาลที่เลี้ยงที่อาจแตกต่าง
จากสิ่งที่พยาบาลจบใหม่เคยเรียนมาจากสถาบันการศึกษา แต่เป็นสิ่งที่พยาบาลที่เลี้ยงเคยปฏิบัติมาให้กับพยาบาลจบใหม่ฟังเพราะ
บางครั้งเนื้อหาที่พยาบาลจบใหม่เรียนมาอาจไม่ได้มีความเฉพาะทางหรือเฉพาะโรคเหมือนกับที่ต้องมาปฏิบัติงานจริง เพื่อช่วยลด
ความกลัวและความวิตกกังวลเมื่อต้องทำงานร่วมกับบุคลากรในทีมสุขภาพแผนกอื่นๆ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ทีวอร์ด (หอผู้ป่วย) จะเป็นอะไรเฉพาะทางมาก ๆ มันจะไม่มีทีที่เราจะได้เรียนมา ก็คือเขาต้องการให้เราถ่ายทอด
ประสบการณ์ที่ผ่านมาให้ เขาจะมีความกลัว ที่จะช่วยอาจารย์หมดตรว...ก็ต้องถ่ายทอดให้เขาเวลาที่ว่างหรือเวลา
อาจารย์มาฝึกให้เข้าไป และช่วยคุณน้องอีกที...” (FG-1-P2)

“น้องใหม่ต้องการความช่วยเหลือ ต้องการความช่วยเหลือในทุก ๆ ด้านค่ะ แต่จะขอเพิ่มเติมเกี่ยวกับการประสานงานของ
หน่วยงานต่าง ๆ...น้องเขาก็จะไม่ค่อยคล่องในการทำเรื่องแบบนี้ค่ะ ก็จะไม่รู้ว่าขั้นตอนต้องทำยังไง ก็คือเราต้องเล่าให้เขา
ฟัง ก็คืออธิบายให้เขาฟังหมดเลย...น้องไม่มีประสบการณ์ ก็จะต้องสอนไปทีละเรื่อง ทีละเรื่อง ทุกอย่างเลย” (FG-2-P9)



2.3 สนับสนุนให้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นว่า การทำหน้าที่เป็นพยาบาลพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน คือ พยาบาลพี่เลี้ยงจะต้องสนับสนุนให้พยาบาลจบใหม่มีการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง โดยมีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ในหอผู้ป่วยทั้งผู้ช่วยเหลือคนไข้ ผู้ช่วยพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้เข้าใจว่า พยาบาลจบใหม่อาจจะยังไม่สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ด้วยตนเอง ดังนั้นทุกคนในหอผู้ป่วยควรเปิดโอกาสและสนับสนุนให้พยาบาลจบใหม่ลงมือปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเองให้มากขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ในเวิร์ดที่มีทั้งเนอร์สเอด (ผู้ช่วยเหลือคนไข้), พีเอ็น (ผู้ช่วยพยาบาล) ก็อยากให้เข้าใจแล้วก็ให้โอกาสน้องใหม่...แบบบางคนเขาอาจจะแบบไม่ยึดหยุ่นกับน้องใหม่ คิดว่าน้องทำไม่เป็นจะมาคอยให้การช่วยเหลือน้อง...ในส่วนนั้นถ้าเข้าใจน้อง...แล้วก็เปิดโอกาสให้น้องทำเยอะขึ้น” (FG-1-P4)

“ทุกคนในเวิร์ดต้องร่วมมือกัน ช่วยกันแล้วก็ช่วยสนับสนุนด้วยกัน คือทั้งพี่เลี้ยงด้วยเพื่อช่วยอำนวยความสะดวก...แล้วก็เอื้ออำนวยความสะดวกใหม่ด้วย เพราะเขาเป็นน้องใหม่บางอย่างเขาก็ทำไม่ได้เหมือนพี่ ๆ...ทุกคนร่วมมือกันช่วยกับพี่ ๆ...ช่วยให้น้องได้ทำงานเอง” (FG-1-P2)

2.4 ให้ความเป็นกันเองในการทำงานร่วมกัน ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นว่า การทำหน้าที่เป็นพยาบาลพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่านสิ่งสำคัญอีกประการคือ การให้ความเป็นกันเองในการทำงานร่วมกัน ผู้ให้ข้อมูลหลายรายกล่าวว่า ความเป็นกันเองในการทำงานร่วมกันและการทำงานร่วมกันแบบพี่น้อง จะทำให้กับพยาบาลพี่เลี้ยงเป็นคนที่เข้าถึงง่ายและเป็นที่ยอมรับของพยาบาลจบใหม่ ทำให้พยาบาลจบใหม่กล้าที่จะขอคำปรึกษาโดยตรงกับพยาบาลพี่เลี้ยง ซึ่งจะเป็นผลดีในเรื่องของคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“การให้ความเป็นกันเองกับน้อง น้องทุกคน จะพยายามให้ทุกคนเข้าถึง เราเข้าถึงเขาด้วย เพื่อที่เขาเกิดความไว้วางใจ มีอะไรก็อาจจะเข้าตรงมาหาเราได้เลยโดยไม่ต้องผ่านพี่ที่อยู่ใกล้เคียงกับเขา ซึ่งมันจะช่วยให้งานน้องมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพราะว่าเขาจะได้รับประสบการณ์จากเราโดยตรง” (FG-1-P2)

“ต้องลดตัวตนของพี่ แล้วก็เข้าใจความต่างว่าเด็กรุ่นนี้ไม่ชอบคนที่ไปดุ พยายามต้องทำตัวให้กลมกลืน กับน้อง ใช้ความอ่อนโยนในการสอน เปิดใจคุยกันว่าพี่ดูไปใหม่พี่คนนี้เป็นอย่างไร คือเรายอมรับฟังเขาด้วย คือเราอยู่เป็นพี่น้อง” (FG-1-P1)

2.5 เสริมสร้างพลังอำนาจในการทำงาน ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นว่า การทำหน้าที่เป็นพยาบาลพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน สามารถแสดงออกด้วยการเสริมสร้างพลังอำนาจในการทำงาน (Empowerment) ให้กับพยาบาลจบใหม่ โดยเฉพาะเมื่อเกิดปัญหาในการทำงานหรือเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พยาบาลพี่เลี้ยงต้องให้ข้อมูลป้อนกลับเชิงบวก (Positive feedback) ต่อเหตุการณ์หรือความผิดพลาดที่เกิดขึ้น โดยเน้นการรักษาศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพื่อให้พยาบาลจบใหม่มีกำลังใจในการทำงานต่อไป ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“พยาบาลจบใหม่โอกาสผิดพลาดก็จะมี ดังนั้นถ้าเจอเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น เราต้องให้เกียรติในการคุย ถ้าน้องทำอะไรพลาดมา...การที่เราเหมือนว่าให้เกียรติเขาแล้ว เรียกเขามาตักเตือนไม่ทำอะไรต่อหน้าต่อหน้าคนไข้หรือญาติ เขาก็จะไว้วางใจเหมือนมีความมั่นใจกล้าเข้าไปอีก ยอมรับความผิดพลาด เราจะว่ากล่าวตักเตือนและเอ็มเพาเวอร์ (เสริมสร้างพลังอำนาจ) ก็ให้เขาก้าวต่อไป” (FG-1-P2)

3. ความท้าทายในการทำหน้าที่พยาบาลพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน

ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นถึงความท้าทายในการทำหน้าที่พยาบาลพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่านที่พบมีดังนี้ 1) การเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงจากการมอบหมายงาน 2) ขาดความมั่นใจในความรู้ของตนเอง 3) ความซับซ้อนของการทำหน้าที่ของพยาบาลพี่เลี้ยง 4) ความแตกต่างทางความคิดของช่วงวัย และ 5) ขาดแนวทางการทำหน้าที่พยาบาลพี่เลี้ยงที่ชัดเจน โดยมีรายละเอียดในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้



3.1 การเป็นพยาบาลที่เลี้ยงจากการมอบหมายงาน ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นว่า สิ่งที่ทำหายกับการทำหน้าที่เป็นพยาบาลที่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่านคือ การถูกมอบหมายให้เป็นพยาบาลที่เลี้ยงเพราะถึงคิวที่ตนเองต้องรับผิดชอบ ซึ่งพยาบาลบางคนอาจจะไม่ชอบหรือไม่สนใจที่จะมาเป็นพยาบาลที่เลี้ยง แต่เมื่อถูกมอบหมายก็มีความจำเป็นต้องทำหน้าที่ดังกล่าว ผู้ให้ข้อมูลหลายรายมีความคิดเห็นว่า การมอบหมายให้พยาบาลท่านใดมาทำหน้าที่เป็นพยาบาลที่เลี้ยงควรเป็นการทำหน้าที่ด้วยความสมัครใจจริง ๆ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ตัวพี่เลี้ยง อาจจะต้องถามความสมัครใจ วิธีการที่จะหาว่าใครจะเป็นพี่เลี้ยง จะต้องมีการถามความสมัครใจด้วย... อย่างที่พี่บอกคือแอททิจูด (ทัศนคติ) เขาเป็นยังไง เขาโอเคไหมที่จะมาสอนเขายินยอมหรือเปล่า เขาชอบไหม บางทีเขาอาจจะไม่ได้ชอบก็ได้ บางคนดันเป็นคิวเขาพอดี เขาก็พูดอะไรไม่ค่อยได้” (FG-1-P1)

“พี่เลี้ยงบางคนไม่ได้อยากสอนหรือว่าบางคนสอนไม่เก่ง...ก็อยากได้ให้เป็นพี่เลี้ยงที่เขาสมัครใจจริง ๆ ค่ะ...” (FG-1-P4)

3.2 ขาดความมั่นใจในความรู้ของตนเอง ผู้ให้ข้อมูลบางรายได้แสดงความคิดเห็นว่า สิ่งที่ทำหายกับการทำหน้าที่เป็นพยาบาลที่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่านคือ ขาดความมั่นใจในความรู้ของตนเองโดยเฉพาะความรู้ในเรื่องของเครื่องมือที่มีความทันสมัยขึ้นหรือเทคโนโลยีที่มีความก้าวหน้าขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“เรื่องโนเลจ (ความรู้) เทคโนโลยีมันก้าวไปค่อนข้างมาก ถ้าเจอเป็นพวกแอคควาแซแคร์ (การดูแลที่ซับซ้อน) เช่น เอคโม (เครื่องฟอกการทำงานของหัวใจและปอดเทียม) พี่เลี้ยงก็ดูลำบากใจเหมือนกัน” (FG-1-P2)

3.3 ความซับซ้อนกับการทำหน้าที่ของพยาบาลที่เลี้ยง ผู้ให้ข้อมูลส่วนมากได้แสดงความคิดเห็นว่า สิ่งที่ทำหายกับการทำหน้าที่เป็นพยาบาลที่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่านคือ การที่พยาบาลที่เลี้ยงจะต้องทำหน้าที่หลายอย่างในเวลาเดียวกัน โดยบางเวรพยาบาลที่เลี้ยงจะต้องเป็นทั้งพยาบาลปฏิบัติการ หัวหน้าเวร และทำหน้าที่เป็นพยาบาลที่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ ถ้าเวรไหนต้องให้การดูแลผู้ป่วยจำนวนมากหรือมีภาระงานอย่างอื่นที่พยาบาลที่เลี้ยงต้องรับผิดชอบ จะทำให้กับพยาบาลที่เลี้ยงไม่มีเวลาสอนงานให้กับพยาบาลจบใหม่ได้ลงมือปฏิบัติจริง แต่จะเป็นการสอนงานแบบทำให้ดูหรืออธิบายให้ฟังมากกว่า ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“เวลาขึ้นเวรจะต้องมีน้องด้วย คือเราจะได้ขึ้นมาเพื่อเป็นพี่เลี้ยงโดยเฉพาะ เราทำงานไปด้วยบางทีถ้าเกิดว่าหน้างานมันยุ่งจริง ๆ เราอยากสอนนะแต่ว่ามันต้องใช้ความรวดเร็ว...ส่วนใหญ่มันจะเป็นการทำให้ดูซะมากกว่าในช่วงแรก น้องอาจจะไม่ได้ทำอะไร” (FG-1-P4)

“คือที่เวิร์ดพี่เลี้ยงส่วนใหญ่ก็คือจะขึ้นเวรด้วย ในเวลานั้นพี่เลี้ยงก็ทำหน้าที่เป็นอินชาร์จ (หัวหน้าเวร) เวลางานหน้างานมันค่อนข้างที่จะไม่มีเวลาให้น้อง ส่วนใหญ่มักจะให้เป็นอธิบายหรือพูดให้ฟังตอนที่ราวน์ (ตรวจเยี่ยม) คนไข้ ส่วนที่ลงหัตถการมีเวลาให้น้องได้ฝึกปฏิบัติค่อนข้างน้อย” (FG-1-P7)

3.4 ความแตกต่างทางความคิดของช่วงวัย ผู้ให้ข้อมูลหลายรายได้แสดงความคิดเห็นว่า สิ่งที่ทำหายกับการทำหน้าที่เป็นพยาบาลที่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่านคือ ความแตกต่างทางความคิดของช่วงวัย (Generation gap) โดยเฉพาะการมอบหมายพยาบาลที่เลี้ยงที่มีความอาวุโสและมีประสบการณ์ในการทำงานที่ค่อนข้างมาก แต่เมื่อต้องมาเป็นพยาบาลที่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ อาจมีปัญหาในเรื่องความแตกต่างทางความคิด จากการมีช่วงวัยและช่วงอายุที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้พยาบาลจบใหม่ไม่กล้าขอคำปรึกษาจากพยาบาลที่เลี้ยง หรืออาจจะเป็นเรื่องยากสำหรับการเริ่มทำหน้าที่พยาบาลที่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“พยาบาลที่เลี้ยงส่วนใหญ่ที่จะได้มอบหมาย คือส่วนใหญ่จะค่อนข้างซีเนียร์ (อาวุโส)...ทีเนี่ย ช่องว่างอายุระหว่างน้องกับพี่ค่อนข้างเยอะ...น้องก็ไม่ค่อยกล้าถามเรา เพราะว่าด้วยความซีเนียร์ เขาก็จะไม่ถาม...ช่วงอายุ แล้วก็เจเนอเรชั่น (รุ่น หรือ ช่วงอายุของคน) ของแต่ละเจเนอเรชั่น” (FG-2-P3)

“ปัญหาช่องว่างระหว่างวัย อยู่โรงพยาบาลมาประมาณ 15 ปีแล้ว ก็น้องใหม่มาประมาณ 1 ปี ปัญหาในเรื่องของเจเนอเรชั่นค่ะ ตัวเองประสบการณ์เยอะนะ แต่ว่าตอนแรกก็คือแบบไม่เข้าใจน้อง...ก็คิดว่าเป็นปัญหาในการที่จะสอนงานน้อง เพราะว่า หนึ่งคือความอดทนหรือความต่างระหว่างวัย มันค่อนข้างยากในการสอนงานน้องช่วง 3 เดือนแรกค่ะ” (FG-1-P1)



3.5 ขาดแนวทางการทำหน้าที่พยาบาลพี่เลี้ยงที่ชัดเจน ผู้ให้ข้อมูลบางรายได้แสดงความคิดเห็นว่า สิ่งหนึ่งที่ยังเป็นปัญหาในการทำหน้าที่ของการเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่านคือ แนวทางการทำหน้าที่พยาบาลพี่เลี้ยงที่ยังไม่มีรูปแบบหรือแนวทางการทำหน้าที่ที่ชัดเจน ทำให้การทำหน้าที่ของพยาบาลพี่เลี้ยงในแต่ละหอผู้ป่วยไม่เหมือนกัน ทำให้ตัวพยาบาลพี่เลี้ยงไม่มั่นใจในการทำหน้าที่ของตนเองว่าถูกต้องหรือไม่ และยังส่งผลทำให้พยาบาลจบใหม่สับสนกับการทำหน้าที่ของตนเอง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“สถานการณ์ของไอซียู บางทีมันก็ยุ่ง เพราะฉะนั้นการนิเทศบางทีมันก็จะ เป็นระบบแบบการสอนข้างเตียง อาจจะยังทำให้รูปแบบการนิเทศสำหรับน้องใหม่ อาจจะยังต่างกันไปตามสถานการณ์ที่เจอ ยังไม่ได้มีรูปแบบ ยังไม่ได้แข็งแกร่งในเรื่องของรูปแบบการนิเทศที่ชัดเจน” (FG-2-P10)

“รูปแบบของการจัดการเกี่ยวกับพยาบาลพี่เลี้ยงมันก็จะแตกต่างกันไป ในบางทีหน่วยงานของแต่ละหน่วย การทำงานมันไม่เหมือนกัน ลักษณะการทำงาน วัฒนธรรมก็ต่างกัน ทำให้น้องแบบว่ามันเหมือน งง ๆ หรือว่าแบบว่าเอาตัวไม่ถูก” (FG-2-P1)

ผู้ให้ข้อมูลบางรายได้แสดงความคิดเห็นว่า เพราะความที่ไม่มีแนวทางการทำหน้าที่ของพยาบาลพี่เลี้ยงที่ชัดเจน ทำให้พยาบาลพี่เลี้ยงกับพยาบาลจบใหม่ขึ้นแรงแรงไม่ตรงกัน พยาบาลจบใหม่ต้องเรียนรู้จากพี่พยาบาลหลายคนทำให้เกิดสับสนเกี่ยวกับระบบการทำงานโดยเฉพาะในช่วงแรกของการเริ่มต้นทำงานใหม่ เพราะพี่พยาบาลแต่ละคน จะใช้ประสบการณ์และความถนัดที่แตกต่างกันในการสอนงานให้กับพยาบาลจบใหม่ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ปัญหาเรื่องการปรับเวรพยาบาลพี่เลี้ยงที่จะขึ้นประกบคู่กับน้องพยาบาลจบใหม่...เพราะว่าตอนช่วงแรกจะให้น้องเป็นเวรลอยเข้า (ปฏิบัติงานเฉพาะช่วงเวลา 8.30–16.30 น.) แต่คนที่พี่พยาบาลพี่เลี้ยงไม่สามารถจัดเวรลอยเข้าขึ้นมาประกบกับน้องได้...น้องก็ต้องไปขึ้นเวรคู่กับพยาบาลคนอื่นที่ไม่ได้ทำหน้าที่เป็นพยาบาลพี่เลี้ยงด้วย...การสอนอาจจะไม่ต่อเนื่องกัน...และอีกอย่างคือพี่แต่ละคนเอาประสบการณ์ เอาความถนัดของตัวเองสอนเข้าไปด้วย ก็ทำให้น้องรู้สึกว้าว่าพี่แต่ละคนสอนไม่เหมือนกันค่ะ ก็อาจจะ เป็นความสับสนของน้องที่เพิ่งเริ่มเข้ามาทำงานใหม่ด้วยค่ะ” (FG-3-P3)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน สามารถสรุปได้ 3 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) การรับรู้บทบาทการเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน 2) การทำหน้าที่เป็นพยาบาลพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน และ 3) ความท้าทายในการทำหน้าที่พยาบาลพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยมีการอภิปรายผลในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. การรับรู้บทบาทการเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน ผลการศึกษาค้นคว้านี้ทำให้เข้าใจการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลต่อบทบาทการเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยบทบาทคือมุมมองต่อพฤติกรรมที่สังคมคาดหวังให้กับพยาบาลพี่เลี้ยงปฏิบัติกับพยาบาลจบใหม่ โดยพยาบาลพี่เลี้ยงรับรู้บทบาทของตนเองว่า ในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านถือเป็นช่วงเวลาที่ยาบาลจบใหม่ต้องมีการปรับตัวกับสถานะที่เปลี่ยนจากนักศึกษาพยาบาลมาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ต้องรับผิดชอบปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเอง ทำให้ขาดความมั่นใจและมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความผิดพลาดในการปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้น พยาบาลพี่เลี้ยงจะต้องเป็นผู้ที่สร้างความมั่นใจในการทำงานให้กับพยาบาลจบใหม่ ซึ่งการสร้างความมั่นใจจะช่วยให้พยาบาลจบใหม่รู้สึกได้รับการสนับสนุน (Support) จนเกิดความรู้สึกมั่นใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการคงอยู่ในงาน²¹ นอกจากนั้น พยาบาลพี่เลี้ยงจะต้องเป็นผู้ชี้แนะพยาบาลจบใหม่ในการลงมือปฏิบัติงานครั้งแรก เป็นผู้ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า โดยเฉพาะเมื่อพยาบาลจบใหม่ต้องเผชิญกับปัญหาที่อาจจะไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน และที่สำคัญในอีกบทบาทของการเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงคือการเป็นแบบอย่างที่ดีทางวิชาชีพให้กับพยาบาลจบใหม่ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า



การเป็นพยาบาลที่เลี้ยงสำหรับพยาบาลจบใหม่ พยาบาลที่เลี้ยงควรเป็นบุคคลที่มีสมรรถนะทั้งด้านปฏิบัติการพยาบาล ด้านความเป็นครูผู้สอนและให้คำปรึกษา เป็นผู้ที่มีความเป็นผู้นำเชิงบริหาร และต้องเป็นผู้ที่มีทักษะด้านการสื่อสาร อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาและเป็นแบบอย่างที่ดี และพร้อมที่จะช่วยเหลือพัฒนาทักษะของพยาบาลจบใหม่ ให้ก้าวหน้าตามจุดมุ่งหมายของหน่วยงาน⁸

2. การทำหน้าที่เป็นพยาบาลที่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน ผลการศึกษครั้งนี้ทำให้เข้าใจ ประสพการณ์ของผู้ให้ข้อมูลต่อการทำหน้าที่เป็นพยาบาลที่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยหน้าที่คือ ความรับผิดชอบที่กำหนดให้กับพยาบาลที่เลี้ยงต้องปฏิบัติกับพยาบาลจบใหม่เพื่อให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้ให้ข้อมูล ได้ทำหน้าที่เป็นพยาบาลที่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ด้วยการมอบหมายให้บทวนความรู้ที่เป็นภาคทฤษฎีและนำความรู้ดังกล่าวมา ประชุมปรึกษาร่วมกัน (Conference) เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน นอกจากนั้น ผู้ให้ข้อมูลได้มีการถ่ายทอด ประสพการณ์การทำงานของตนเองให้กับพยาบาลจบใหม่ เพื่อให้เห็นภาพของการปฏิบัติงานจริง เพราะบางครั้งพยาบาลจบใหม่อาจ เรียนในเนื้อหาวิชาที่ไม่ได้มีความเฉพาะทางหรือเฉพาะโรคเหมือนกับที่ต้องมาปฏิบัติงานจริง ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการเป็น พยาบาลที่เลี้ยงสำหรับพยาบาลจบใหม่นั้น พยาบาลที่เลี้ยงต้องทำหน้าที่ในการถ่ายทอดความรู้และทักษะเฉพาะของหน่วยงาน ด้วยการสอนวิธีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานของหน่วยงานอย่างใกล้ชิด (On the job training) และช่วยเชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎี สู่การปฏิบัติจริง²² นอกจากนั้น ผู้ให้ข้อมูลได้มีการสนับสนุนพยาบาลจบใหม่ได้ลงมือปฏิบัติงานด้วยตนเอง โดยมีการประสานงาน กับเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ในหอผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ร่วมทีมการพยาบาลมีความเข้าใจในสมรรถนะของพยาบาลจบใหม่ และช่วยสนับสนุนให้ พยาบาลจบใหม่ได้ลงมือปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเอง เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติพยาบาลเพิ่มขึ้น การทำหน้าที่ของผู้ให้ข้อมูล ดังกล่าวแสดงถึงการทำหน้าที่เป็นโค้ช (Coach) ที่ให้คำแนะนำในสถานการณ์จริง (Just in time teaching) เพื่อกระตุ้นให้กับ พยาบาลจบใหม่เกิดการคิดวิเคราะห์และแก้ปัญหาทางคลินิกอย่างมีวิจารณญาณ²³⁻²⁶ การให้ความเป็นกันเองในการทำงานร่วมกัน และการเสริมสร้างพลังอำนาจในการทำงาน (Empowerment) ให้กับพยาบาลจบใหม่ จัดเป็นการทำหน้าที่ของพยาบาลที่เลี้ยง ในด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) ซึ่งถือเป็นการทำหน้าที่ที่สำคัญที่ช่วยลดความรู้สึกคับข้องใจและเป็นการ ให้กำลังใจกับพยาบาลจบใหม่ เพื่อช่วยลดความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนผ่านจากนักศึกษาพยาบาลสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพ อย่างเต็มตัว (Transitional shock)²⁷

3. ความท้าทายในการทำหน้าที่พยาบาลที่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน ผลการศึกษครั้งนี้ทำให้เข้าใจ ถึงความท้าทายของการทำหน้าที่พยาบาลที่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนให้เห็นว่า การทำหน้าที่เป็นพยาบาลที่เลี้ยงที่มากจากการถูกมอบหมายให้ทำหน้าที่หรือต้องทำหน้าที่เป็นพยาบาลที่เลี้ยงเนื่องจากถึงคิวที่ตนเอง ต้องรับผิดชอบ และไม่ได้มีการมอบหมายหน้าที่มาก่อนล่วงหน้า ทำให้ขาดความมั่นใจในความรู้และการทำหน้าที่ของตนเอง ซึ่งความท้าทายในประเด็นดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงการขาดการเตรียมความพร้อมเพื่อการทำหน้าที่เป็นพยาบาลที่เลี้ยง และ จากผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การมอบหมายให้เป็นพยาบาลที่เลี้ยงโดยไม่มีการเตรียมตัว ไม่มีการแจ้งล่วงหน้า หรือไม่มีการฝึกอบรม มาก่อน ส่งผลทำให้กับพยาบาลที่เลี้ยงขาดความรู้พื้นฐานและขาดความมั่นใจในการทำหน้าที่ของตนเอง¹⁶ นอกจากนั้น ผู้ให้ข้อมูลได้ ให้ความเห็นว่าการทำหน้าที่พยาบาลที่เลี้ยงยังขาดแนวทางการทำหน้าที่พยาบาลที่เลี้ยงที่ชัดเจน ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การทำหน้าที่พยาบาลที่เลี้ยงยังขาดการสนับสนุนจากองค์กรที่ชัดเจน การรับรู้ดังกล่าวอาจส่งผลทำให้กับพยาบาลที่เลี้ยงหลายคน มีความรู้สึกว่าการทำหน้าที่พยาบาลที่เลี้ยงของตนเองยังขาดการยอมรับ ขาดการสนับสนุน และขาดสิ่งตอบแทนที่เหมาะสม จากองค์กร ทำให้ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มที่¹⁵ ถึงแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจะได้ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาล ที่เลี้ยงที่อนุมัติโดยสภาการพยาบาล แต่การฝึกอบรมดังกล่าวอาจเป็นการฝึกอบรมที่เน้นทฤษฎีมากเกินไป จึงทำให้กับพยาบาล ที่เลี้ยงไม่สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ในการสอนงานทางคลินิกในสถานการณ์จริงได้ และอาจทำให้กับพยาบาลที่เลี้ยง ไม่เข้าใจความต้องการที่แท้จริงของพยาบาลจบใหม่ได้



นอกจากนั้น ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าการทำหน้าที่พยาบาลที่เลี้ยงมีความซับซ้อนทับกับการทำหน้าที่อื่นของตนเอง เช่น การเป็นหัวหน้าเวร (Incharge) ข้อมูลดังกล่าวเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าพยาบาลที่เลี้ยงยังต้องทำหน้าที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยและรับผิดชอบภาระงานตามปกติ ในขณะที่เดียวกันก็ต้องทำหน้าที่เป็นผู้สอน ผู้นิเทศ และผู้ให้คำปรึกษาแก่พยาบาลจบใหม่ด้วย การทำหน้าที่ในหลายบทบาทพร้อมกันอาจส่งผลทำให้การจัดสรรเวลาให้กับการสอนงานทางคลินิกอย่างมีประสิทธิภาพเป็นเรื่องยาก เนื่องจากต้องเร่งรัดกับการปฏิบัติงานภายใต้ข้อจำกัดของจำนวนบุคลากรและเวลาที่จำกัด ซึ่งความรับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่หลายบทบาทพร้อมกัน อาจเป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดและความท้าทายในการทำหน้าที่เป็นอย่างมาก และอาจนำไปสู่ภาวะหมดไฟ (Burnout) ของผู้ทำหน้าที่พยาบาลที่เลี้ยงได้¹⁶ ความแตกต่างทางความคิดของช่วงวัย (Generation gap) จัดเป็นความท้าทายที่พยาบาลที่เลี้ยงจะต้องเผชิญในเรื่องความแตกต่างระหว่างวัยและประสบการณ์กับพยาบาลจบใหม่ เนื่องจากค่านิยมและทัศนคติการทำงานของเจนเนอเรชั่นเอ็กซ์และวาย (Generation X,Y) จะให้ความสำคัญกับความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ มีความอดทน และมีการเรียนรู้ประสบการณ์จริงจากสถานการณ์การทำงาน จึงมักจะอดทนต่อการทำงานล่วงเวลา ในขณะที่เจนเนอเรชั่นซี (Generation Z) จะให้ความสำคัญกับความสมดุลระหว่างชีวิตกับงาน (Work-life balance) ความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และมีขอบเขตการทำงานที่ชัดเจน¹⁷ ความแตกต่างทางความคิดดังกล่าวอาจทำให้เกิดปัญหาในการสื่อสารและการทำความเข้าใจซึ่งกันและกัน จนส่งผลเสียต่อความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลที่เลี้ยงกับพยาบาลจบใหม่ได้²⁸ สำหรับรูปแบบการเป็นพยาบาลที่เลี้ยงที่เป็นการมอบหมายแบบ 1 ต่อ 1 อาจทำให้พยาบาลจบใหม่รู้สึกสนิทกับพยาบาลที่เลี้ยงหลักมากเกินไป จนไม่กล้าขอคำปรึกษาจากพยาบาลคนอื่น ๆ ในหน่วยงาน ทำให้การปรับตัวเข้ากับทีมของพยาบาลจบใหม่ทำได้ช้าลง²⁹

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มผ่านโปรแกรมวิดิทัศน์สำหรับการประชุม ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลที่เลี้ยงมีการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทการเป็นพยาบาลที่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ ประกอบด้วย ผู้สร้างความมั่นใจในการทำงาน ผู้ชี้แนะการลงมือปฏิบัติงานครั้งแรก ผู้ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และผู้เป็นแบบอย่างที่ดีทางวิชาชีพ การทำหน้าที่เป็นพยาบาลที่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ ประกอบด้วย ทบทวนความรู้ภาคทฤษฎี ถ่ายทอดประสบการณ์ภาคปฏิบัติ สนับสนุนให้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ให้ความเป็นกันเองในการทำงานร่วมกัน และเสริมสร้างพลังอำนาจในการทำงาน และความท้าทายของการเป็นพยาบาลที่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ ประกอบด้วย การเป็นพยาบาลที่เลี้ยงจากการมอบหมายงาน ขาดความมั่นใจในความรู้ของตนเอง ความซับซ้อนกับการทำหน้าที่ของพยาบาลที่เลี้ยง ความแตกต่างทางความคิดของช่วงวัย และขาดแนวทางการทำหน้าที่พยาบาลที่เลี้ยงที่ชัดเจน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงจากพยาบาลที่เลี้ยงในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง และเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาหนึ่งของการปฏิบัติหน้าที่พยาบาลที่เลี้ยง จึงอาจมีข้อจำกัดด้านการถ่ายโอนผลการวิจัยไปยังบริบทอื่น (Transferability) และผลการศึกษาอาจสะท้อนประสบการณ์เฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลและช่วงเวลาการศึกษาเท่านั้น ดังนั้น การจะนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงควรพิจารณาความสอดคล้องของลักษณะประชากร บริบทองค์กร และสภาพแวดล้อมทางการทำงานร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) นำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการคัดเลือกและพัฒนาศักยภาพพยาบาลที่เลี้ยงให้เหมาะสมสำหรับการทำหน้าที่เป็นพยาบาลที่เลี้ยงให้กับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน
- 2) นำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโครงสร้างระบบพยาบาลที่เลี้ยงสำหรับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน ที่ครอบคลุมในเรื่องของการจัดอัตรากำลังและการคิดภาระงานที่เหมาะสม



ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสำหรับพยาบาลที่เลี้ยง การวิจัยและพัฒนารูปแบบพยาบาลที่เลี้ยงสำหรับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน และศึกษาประสิทธิผลของการเตรียมความพร้อมพยาบาลที่เลี้ยงสำหรับพยาบาลจบใหม่ในระยะเปลี่ยนผ่าน

2) ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลที่เลี้ยงโดยใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลที่หลากหลาย เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ที่อาจทำให้เข้าใจประสบการณ์และบริบทของการทำหน้าที่พยาบาลที่เลี้ยงได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น และอาจสะท้อนให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่พยาบาลที่เลี้ยงในช่วงเวลาต่าง ๆ ได้มากขึ้น และผลการวิจัยที่ได้ยังสามารถนำไปพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดหรือการศึกษาแบบผสมวิธี (Mixed methods) เพื่อยืนยันและต่อยอดองค์ความรู้ในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ถ่ายทอดประสบการณ์อันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ได้มอบทุนสนับสนุนการวิจัย

References

1. Duchscher JB. A process of becoming: The stages of new nursing graduate professional role transition. The Journal of Continuing Education in Nursing. 2008;39(10):441-50. doi: 10.3928/00220124-20081001-03.
2. Gardiner I, Sheen J. Graduate nurses' experience of feedback, support and anxiety: A pilot study. Australian Journal of Advanced Nursing. 2017;35(1):6-15. doi: 10.37464/2017.351.1471.
3. Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM. Job stress in new nurses during the transition period: An integrative review. International Nursing Review. 2018;65(4):491-504. doi: 10.1111/inr.12425.
4. Halpin Y, Terry LM, Curzio J. A longitudinal, mixed methods investigation of newly qualified nurses' workplace stressors and stress experiences during transition. Journal of Advanced Nursing. 2017;73(11):2577-86. doi: 10.1111/jan.13344.
5. Baker OG. New graduate nurses' transition: Role of lack of experience and knowledge as challenging factors. Saudi Journal for Health Sciences. 2020;9(3):214-20. doi: 10.4103/sjhs.sjhs_88_20.
6. Pongrangsarn P, Krisanabud K, Pilaikiat R. The experiences of transition to professional nurses of newly graduated nurses. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2023;38(4):324-40. doi: 10.60099/jtnmc.v38i04.264481 (in Thai).
7. Ulupinar S, Aydogan Y. New graduate nurses' satisfaction, adaptation and intention to leave in their first year: A descriptive study. Journal of Nursing Management. 2021;29(6):1830-40. doi: 10.1111/jonm.13296.
8. Thamsrisawat J, Hinjiran S, Kaikaew S. The competencies of nurse preceptors for new nurses at a private hospital in Chonburi province. Christian University of Thailand Journal. 2016;22(3):366-76 (in Thai)
9. Missen K, McKenna L, Beauchamp A. Satisfaction of newly graduated nurses enrolled in transition to practice programmes in their first year of employment: A systematic review. Journal of Advanced Nursing. 2014;70(11):2419-33. doi: 10.1111/jan.12464.
10. Rush KL, Adamack M, Gordon J, Lilly M, Janke R. Best practices of formal new graduate nurse transition programs: An integrative review. International Journal of Nursing Studies. 2013;50(3):345-56. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.06.009.



11. Chen F, Liu Y, Wang X, Dong H. Transition shock, preceptor support and nursing competency among newly graduated registered nurses: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*. 2021;102:104891. doi: 10.1016/j.nedt.2021.104891.
12. Graf AC, Jacob E, Twigg D, Nattabi B. Contemporary nursing graduates' transition to practice: A critical review of transition models. *Journal of Clinical Nursing*. 2020;29(15-16):3097-107. doi: 10.1111/jocn.15234.
13. Dangsuwan K, Fongsuwan C, Kamonmattayakol K. Coaching new nurses, challenges for emergency room: A case study at Naradhiwasrajanagarindra Hospital. *Songlanagarind Journal of Nursing*. 2015;35(2):35-44 (in Thai).
14. Powers K, Herron EK, Pagel J. Nurse preceptor role in new graduate nurses' transition to practice. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2019;38(3):131-6. doi: 10.1097/DCC.0000000000000354.
15. Amaral G, Figueiredo AS. How to choose a preceptor: Aspects to consider based on a grounded theory study. *BMC Nursing*. 2023;22(1):90. doi: 10.1186/s12912-023-01240-w.
16. Valizadeh S, Borimnejad L, Rahmani A, Gholizadeh L, Shahbazi S. Challenges of the preceptors working with new nurses: A phenomenological research study. *Nurse Education Today*. 2016;44:92-7. doi: 10.1016/j.nedt.2016.05.021.
17. Mellum JS. Generational harmony in nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*. 2024;29(2):1-12. doi: 10.3912/OJIN.Vol29No02PPT30.
18. Nursing Department, Naresuan University Hospital. Nursing Service Organization (NSO) of Naresuan University Hospital. Annual Report Summary 2022. Phitsanulok: Nursing Department, Naresuan University Hospital; 2022. (in Thai)
19. Miller WL, Crabtree BF. Primary care research: A multimethod typology and qualitative road map. In: Crabtree WL, Miller WL, editors. *Doing qualitative research. Research methods for primary care*. Vol. 3. Thousand Oaks: Sage Publications 1992. p. 3-28.
20. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage Publications; 1985.
21. Hong KJ, Yoon H-J. Effect of nurses' preceptorship experience in educating new graduate nurses and preceptor training courses on clinical teaching behavior. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(3):975. doi: 10.3390/ijerph18030975.
22. Greenway K, Butt G, Walthall H. What is a theory-practice gap? An exploration of the concept. *Nurse Education in Practice*. 2019;34:1-6. doi: 10.1016/j.nepr.2018.10.005.
23. Hariyono H, Sri Pantja M, Dhita Yuniar K, Siti S, Rahaju N, Faisol R, et al. Improvement of critical thinking ability for nurses professional students with five minute preceptor clinic guidance method. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*. 2023;30(5):e20-7. doi: 10.47750/jptcp.2023.30.05.002.
24. Doelger M, Kesten K, Sakallaris B. Just-in-time orientation of non-critical care nurses to the critical care environment. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 2022;53(10):465-72. doi: 10.3928/00220124-20220907-08.



25. Kuhlman PD, Williams D, Russell G, Amornmarn A, Harbaugh J, Woods R, et al. Just-in-time teaching (JiTT) screencasts: A randomized controlled trial of asynchronous learning on an inpatient hematology-oncology teaching service. *Journal of Cancer Education*. 2022;37(6):1711-8. doi: 10.1007/s13187-021-02016-z.
26. Jeong HW, Ju D, Choi ML, Kim S. Development and evaluation of a preceptor education program based on the one-minute preceptor model: Participatory action research. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(21):11376. doi: 10.3390/ijerph182111376.
27. Rodphothong J. The development of nurse mentorship model for new professional nurses, Pakkred hospital, Nonthaburi province [thesis]. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2015 (in Thai)
28. Boonrod W. A development of instruments and the measurement model of mentoring effectiveness in nursing for the Royal Thai Army hospitals [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2005 (in Thai)
29. Narueponjirakul C, Oumtanee A. Experiences of a team mentoring newly graduated nurses working in emergency room. *Journal of The Police Nurse*. 2019;11(1):12-23 (in Thai)



ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อการดูแลตนเอง ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ และภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

จุฑามาศ มุสิกชัย พย.บ.¹

น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ ส.ด.²

(วันรับบทความ: 16 ธันวาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2569/ วันตอบรับบทความ: 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยก่อนการทดลองแบบ 1 กลุ่มวัดซ้ำ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อการดูแลตนเอง ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ และภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง จำนวน 29 ราย ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประเมินการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบและภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำหลังเข้าโปรแกรมฯ 3 ครั้ง ติดตามการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ และภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำหลังรับยาเคมีบำบัด 4 รอบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการดูแลตนเอง และแบบบันทึกอาการในช่องปากและอุณหภูมิร่างกาย ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 และความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามการดูแลตนเองได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89 บรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง อัตราการเกิด ระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบและภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลคะแนนการดูแลตนเองโดยใช้สถิติทดสอบ Friedman matched samples และ Wilcoxon signed – rank test และเปรียบเทียบอัตราการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ และภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำโดยใช้สถิติ Cochran's Q test และ McNemar test

ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยอันดับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบและภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าโปรแกรมฯ ทั้ง 3 ครั้งอยู่ในระดับดี และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอันดับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบหลังเข้าโปรแกรมครั้งที่ 3 มากกว่าหลังเข้าโปรแกรมครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) 2) การเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบหลังรับยาเคมีบำบัดรอบที่ 1-4 พบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระดับความรุนแรงที่พบมากที่สุดคือระดับ 1 และ 3) การเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำหลังรับยาเคมีบำบัดรอบที่ 1-4 ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ระดับความรุนแรงที่พบมากที่สุด คือ ระดับ 1 สรุปได้ว่า โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และลดการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

คำสำคัญ: โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ การดูแลตนเอง เยื่อช่องปากอักเสบ เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

² ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: nam-oy.p@rsu.ac.th Tel: 090-5195823



Effect of a Supportive-Educative Program using the LINE Application on Self-care for Oral Mucositis and Neutropenia among Patients with Breast Cancer Receiving Chemotherapy

Jutamas Munpichai M.N.S.¹

Nam-oy Pakdevong Dr.P.H.²

(Received Date: December 16, 2025, Revised Date: February 13, 2026, Accepted Date: February 16, 2026)

Abstract

This pre-experimental study employed a one-group repeated measures design to evaluate the effects of a supportive-educative program delivered via the LINE application on self-care behavior, oral mucositis, and neutropenia among breast cancer patients undergoing chemotherapy. A purposive sample of 29 participants engaged in the 12-week intervention. Self-care behaviors for the prevention of oral mucositis and neutropenia were assessed at three time points following participation in the program. The incidence of oral mucositis and neutropenia were monitored across four chemotherapy cycles. Data collection instruments included demographic and self-care behavior questionnaires, as well as an oral symptom and body temperature recording form. The research instruments were assessed for content validity by experts and yielded a content validity index of 1.00. The internal consistency reliability of the self-care behavior questionnaire was confirmed with a Cronbach's alpha coefficient of 0.89. Descriptive statistics were used to summarize participants' characteristics and the incidence and severity of oral mucositis and neutropenia. Self-care scores were compared using the Friedman test for matched samples and Wilcoxon signed – rank test. The incidence of oral mucositis and neutropenia across chemotherapy cycles were compared using Cochran's Q test and McNemar test.

The findings revealed that: 1) The means of the self-care scores for the prevention of oral mucositis and neutropenia after participation in the program were at a good level at all three measurement points, and the means of the self-care scores for the prevention of oral mucositis at the third sessions of the program was significantly higher than those of the first sessions ($p < .01$). 2) The incidence of oral mucositis decreased significantly across chemotherapy cycles ($p < .05$), with grade 1 being the most frequently observed severity level. 3) The incidence of neutropenia varied across cycles; the differences were not statistically significant ($p > .05$) and were predominantly at grade 1 severity. In conclusion, the supportive-educative program delivered through the LINE application effectively enhanced self-care behaviors and reduced the incidence of oral mucositis among breast cancer patients undergoing chemotherapy.

Keywords: supportive-educative nursing program, self-care, oral mucositis, neutropenia, patients with breast cancer receiving chemotherapy

¹Student of Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, School of Nursing Rangsit University

²Assistant Professor, School of Nursing, Rangsit University

²Corresponding Author, Email: nam-oy.p@rsu.ac.th Tel: 090-5195823



บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในสตรีทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งทั่วโลกและในประเทศไทย^{1,2} มะเร็งเต้านมระยะแรกมีพยาธิสภาพไม่รุนแรง ก้อนขนาดเล็กกว่า 5 เซนติเมตร อาจมีหรือไม่มีกระจายไปยังเนื้อเยื่อและต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง สามารถรักษาให้หายขาดได้³ โดยมีอัตราการรอดชีวิต 5 ปีร้อยละ 83.60 – 98⁴ การรักษา มะเร็งเต้านมระยะแรก ได้แก่ การผ่าตัดและการรักษาด้วยรังสี ร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด ยาฮอร์โมน ยาต้านฮอร์โมน และยาภูมิคุ้มกันบำบัด โดยขึ้นอยู่กับชนิดก่อนมะเร็งและการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง⁵ การให้ยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาเสริมที่ใช้มากที่สุดในมะเร็งเต้านมระยะแรกทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด⁶ ทั้งนี้สูตรยาเคมีบำบัดที่มักใช้คือ สูตร AC ประกอบด้วยยา Doxorubicin และ Cyclophosphamide รอบยาทุก 21 วัน ทั้งหมด 4 รอบ⁷ ยาเคมีบำบัดเป็นสารเคมีที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็ว จึงส่งผลต่อทั้งเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติโดยเฉพาะเซลล์ที่แบ่งตัวเร็ว เช่น เซลล์ไขกระดูก เซลล์รากผม เล็บ เซลล์เยื่อบุต่าง ๆ เป็นต้น ส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงจากการรับยาเคมีบำบัด โดยอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบเป็นอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย⁶ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความปวดในช่องปาก รับประทานอาหารได้ลดลง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ และภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำมีผลต่อแบคทีเรียประจำถิ่นที่อยู่ในช่องปากและลำไส้ ส่งผลให้เกิดการอักเสบและติดเชื้อในช่องปากและระบบทางเดินอาหาร อาการเยื่อบุช่องปากอักเสบและภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ หากมีระดับรุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยต้องเลื่อนให้ยาเคมีบำบัด ต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษาได้^{8,9} ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการได้รับรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบและภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัดเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเปราะบางทางด้านสุขภาพตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem¹⁰ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาสูตร AC จะใช้เวลาในการรับยาที่โรงพยาบาลเพียง 1-2 ชั่วโมง จากนั้นต้องกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน หากผู้ป่วยขาดความรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบและภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ จะไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ¹⁰ ทั้งนี้การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ ประกอบไปด้วย การประเมินช่องปากด้วยตนเอง การดูแลความสะอาดช่องปาก รวมทั้งการรับประทานอาหารที่เหมาะสม¹¹ และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ ประกอบด้วย การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การวัดอุณหภูมิร่างกายอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง หลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้ติดเชื้อหรืออยู่ในสถานที่แออัด การจัดเตรียมและรับประทานอาหารโปรตีนสูง การพักผ่อนนอนหลับ การสังเกตอาการที่แสดงถึงการติดเชื้อ¹² และการออกกำลังกาย¹³ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการนำระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม¹⁰ มาสร้างโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบจากการได้รับยาเคมีบำบัด โดยนำวิธีการช่วยเหลือทางการพยาบาล ได้แก่ การสอนความรู้ ฝึกทักษะการประเมินสุขภาพช่องปาก การดูแลช่องปากด้วยตนเอง การชี้แนะ และติดตามอาการเพื่อให้คำปรึกษาและร่วมหาแนวทางแก้ปัญหาทางโทรศัพท์และทางไลน์แอปพลิเคชัน (LINE application)¹⁴⁻¹⁸ รวมทั้งการสนับสนุนด้านจิตใจ โดยการให้กำลังใจและรับฟังปัญหาการสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลช่องปากและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้¹⁴⁻¹⁷ โดยหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ พบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น^{14,16,17} สามารถลดอัตราการเกิด และระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบได้¹⁴⁻¹⁸ อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่กล่าวมาเป็นการศึกษาในโรคมะเร็งทั้งที่เป็นมะเร็งเต้านมและมะเร็งตำแหน่งอื่น และสูตรยาเคมีบำบัดเป็นสูตรยาอื่น ๆ ร่วมกับสูตร AC



นอกจากนี้ พบการศึกษาที่นำระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม¹⁰ มาสร้างโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา ผลพบว่าหลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น¹⁹ และพบการศึกษาที่ใช้แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลอื่นมาสร้างโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาสูตร AC²⁰⁻²² ผลพบว่าหลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีขึ้น²⁰ พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น²¹ มีระดับความรู้และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น²² อย่างไรก็ตาม การศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่ศึกษาผลลัพธ์ทั้งการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบและภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำยังมีจำกัด

ปัจจุบันเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมากขึ้น โดยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดร้อยละ 43.63 เคยใช้สื่อสังคมออนไลน์ แอปพลิเคชันที่ใช้มากที่สุด คือ แอปพลิเคชันไลน์ ร้อยละ 31.28 โดยใช้ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมากที่สุด รองลงมาใช้ค้นหาเกี่ยวกับข้อมูลยาและการรักษามะเร็งเต้านม^{23,24} นอกจากนี้มีการนำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ในการติดตามอาการผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าสามารถลดการเกิดและระดับความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบได้¹⁵ ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น¹⁹ เนื่องจากแอปพลิเคชันไลน์ทำให้ผู้ป่วยและพยาบาลสามารถสื่อสารแบบมีปฏิสัมพันธ์โต้ตอบกันได้โดยตรงทันทีทั้งรูปแบบข้อความ เสียง การโทรด้วยวิดีโอ รวมถึงการส่งรูปภาพและภาพเคลื่อนไหว ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับคำปรึกษา สนับสนุน และให้กำลังใจขณะพักอยู่ที่บ้าน ซึ่งช่วยลดความวิตกกังวล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น²⁵ นอกจากนี้ผู้ใช้สามารถเข้าถึงแอปพลิเคชันไลน์ได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่มีการนำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ร่วมกับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด และศึกษาผลลัพธ์ทั้งการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบและภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกันยังมีจำกัด

หน่วยเคมีบำบัดโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิขนาด 400 เตียง ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบไม่พักค้างคืน ผู้ป่วยรายใหม่จะได้รับคำแนะนำเป็นรายบุคคลในการรับยาครั้งแรกเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและการปฏิบัติตัวโดยรวม มีสื่อที่ใช้เป็นสมุดประจำตัวของโรงพยาบาล และแผ่นพับตามสูตรยาเคมีบำบัด และหากผู้ป่วยต้องการซักถามเพิ่มเติมสามารถติดต่อได้ทางเบอร์โทรศัพท์ของโรงพยาบาล การให้ข้อมูลโดยใช้องค์ความรู้และตามประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละบุคคล ยังไม่มีแนวปฏิบัติการให้ข้อมูลที่ใช้กรอบแนวคิดทางการพยาบาล รวมทั้งยังไม่มีระบบการติดตามอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาสูตร AC ในพื้นที่ศึกษาพบการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบหลังรับยา และต้องเลื่อนรอบการรับยาเนื่องจากมีภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำร้อยละ 63.12 ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์เพื่อพัฒนาการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบและภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรก (ระยะที่ 1-2) ที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร AC แบบผู้ป่วยนอก และนำมาพัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อการดูแลตนเอง ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบและภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ คือ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบและภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าโปรแกรมครั้งที่ 1, 2 และ 3
2. เพื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบหลังรับยาเคมีบำบัดรอบที่ 1, 2, 3 และ 4
3. เพื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำหลังรับยาเคมีบำบัดรอบที่ 1, 2, 3 และ 4



4. เพื่อศึกษาระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบและภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำหลังรับยาเคมีบำบัดรอบที่ 1, 2, 3 และ 4

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบและภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำของกลุ่มตัวอย่าง หลังเข้าโปรแกรมครั้งที่ 3 และ 2 มากกว่าหลังเข้าโปรแกรมครั้งที่ 1
2. การเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบหลังรับยาเคมีบำบัดรอบที่ 1, 2, 3 และ 4 แตกต่างกัน
3. การเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำหลังรับยาเคมีบำบัดรอบที่ 1, 2, 3 และ 4 แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม¹⁰ เป็นกรอบแนวคิด โดยนำวิธีการช่วยเหลือทางการพยาบาล 4 วิธี ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมมาพัฒนาเป็นโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ โดยนำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในการส่งคลิปวิดีโอวิธีการดูแลตนเองเพื่อนำไปทบทวนเพิ่มเติมได้ภายหลัง การชี้แนะเกี่ยวกับปัญหาการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน การสนับสนุนโดยติดตามอาการและให้กำลังใจ และสร้างสิ่งแวดล้อมของการเรียนรู้โดยกระตุ้นให้ดูแลตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ และภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ (ดังแสดงในภาพที่ 1)

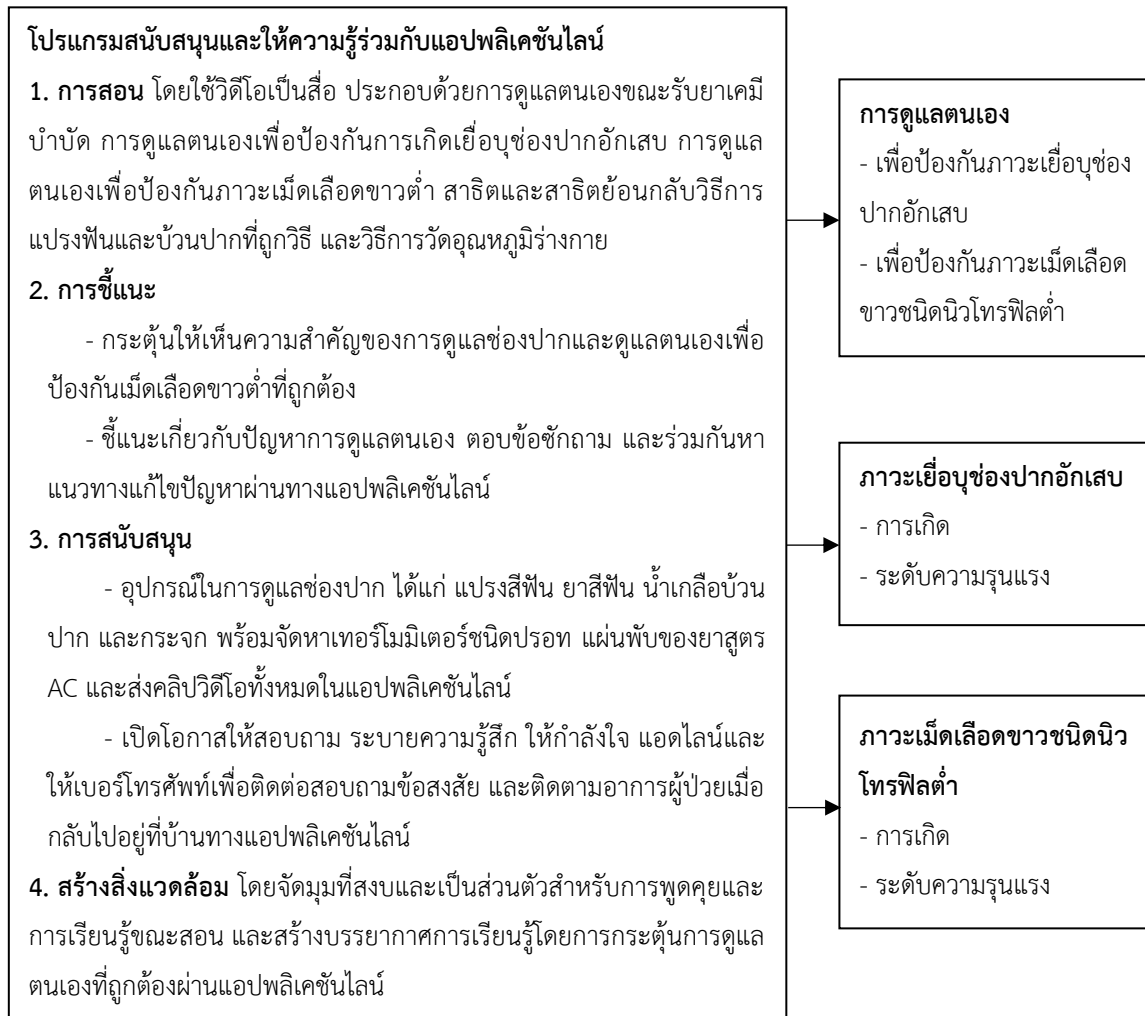
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยก่อนการทดลอง (Pre-experimental research) แบบ 1 กลุ่มวัดซ้ำ (One-group repeated measures design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะ 1-2 ที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก ณ หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลตติยภูมิ ขนาด 400 เตียง ตั้งแต่พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 - ตุลาคม พ.ศ. 2568

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) ผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 20-59 ปี 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมระยะ 1-2 ที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นครั้งแรกสูตร AC ก่อนการผ่าตัดหรือหลังการผ่าตัดเต้านม (Mastectomy) 3) สามารถพูดสื่อสาร อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และ 4) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการวิจัย ได้แก่ ไม่มีโรคที่มีมือถือและแอปพลิเคชันไลน์ เกณฑ์การถอดถอนกลุ่มตัวอย่างจากการวิจัย ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในระหว่างการรับยาเคมีบำบัด ได้แก่ การทำงานของหัวใจผิดปกติ มีภาวะตับอักเสบ แพ้ยามีเคมีบำบัดรุนแรงต้องเปลี่ยนสูตรยาเคมีบำบัด และ 2) กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดขนาดอิทธิพลที่เกิดขึ้นกับตัวแปรตาม (Effect size) จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน¹⁸ นำมาคำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้เท่ากับ 0.70 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 นำไปคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* power version 3.1.9.4 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 24 คน และเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการวิจัยอีกร้อยละ 20 รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น 29 คน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง เครื่องมือกำกับการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยในวันที่มารับยาเคมีบำบัดรอบที่ 1, 2, 3 และ 4 จะได้รับการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม รวมทั้งให้ดูวิดีโอการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และวิดีโอวิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในครั้งแรกที่เข้าร่วมโปรแกรม พร้อมทั้งส่งวิดีโอทั้งหมดให้ทางแอปพลิเคชันไลน์เพื่อให้สามารถเปิดทบทวนได้ตลอดเวลา และได้รับ ติดตามอาการเมื่ออยู่ที่บ้านทางแอปพลิเคชันไลน์ในวันที่ 3, 7 และ 14 หลังรับยาเคมีบำบัดรอบที่ 1, 2, 3 และ 4

1.2 แผนการสอน

1.3 แผนพยาบาลเคมีบำบัดสูตร AC

1.4 วิดีโอการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เนื้อหาเกี่ยวกับการรักษามะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด การออกฤทธิ์ของยาเคมีบำบัด ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและวิธีการปฏิบัติเมื่อรับยาเคมีบำบัด



1.5 วิถีวิถีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ²⁷ ประกอบด้วย การประเมินช่องปาก การแปรงฟัน การบ้วนปาก และการรับประทานอาหาร

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย แบบบันทึกการประเมินอาการในช่องปากและการวัดอุณหภูมิร่างกาย สำหรับกลุ่มตัวอย่างบันทึกที่บ้าน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ สิทธิการรักษา ผู้ดูแล รายได้ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว และการรักษาที่ได้รับ ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ประวัติการเจ็บป่วยโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา และรอบการรับยาเคมีบำบัด

3.2 แบบสอบถามการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบและภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก¹⁶ และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันเม็ดเลือดขาวต่ำ²⁰ ประกอบด้วย 3 ส่วน รวม 42 ข้อ ดังนี้ ส่วนที่ 1. การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ 23 ข้อ (คะแนนเต็ม 92 คะแนน) ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการประเมินและจดบันทึก (2 ข้อ) ด้านการเลือกแปรงสีฟันและยาสีฟันที่เหมาะสม (3 ข้อ) ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก (8 ข้อ) ด้านความถี่และระยะเวลาที่ใช้ในการบ้วนปาก (4 ข้อ) และด้านการเลือกรับประทานอาหาร (6 ข้อ) ส่วนที่ 2. การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ 12 ข้อ (คะแนนเต็ม 48 คะแนน) ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการประเมินและป้องกันการติดเชื้อ (6 ข้อ) และด้านการรับประทานอาหาร (6 ข้อ) และส่วนที่ 3. การดูแลสุขภาพองค์รวม 7 ข้อ (คะแนนเต็ม 28 คะแนน) คำถามเป็นเชิงบวกทั้งหมด ให้เลือกตอบเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ (4 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี (มากกว่า ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79 ของคะแนนเต็ม) และระดับไม่ดี (น้อยกว่าร้อยละ 60)

3.3 แบบสรุปการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบและภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ แบ่งเป็น

3.3.1 การเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ และระดับความรุนแรงโดยใช้ตามเกณฑ์ของ World Health Organization (WHO)²⁷ เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ ระดับ 0 หมายถึง เยื่อช่องปากปกติ ไม่มีอักเสบหรือเป็นแผล ระดับ 1 หมายถึง เยื่อช่องปากเริ่มมีสีแดง แต่ไม่มีอาการปวด หรือเริ่มมีอาการเจ็บในช่องปากเล็กน้อย ระดับ 2 เยื่อช่องปากมีสีแดง มีอาการบวม มีอาการปวดหรือมีแผล รับประทานอาหารธรรมดาหรืออาหารอ่อนได้ ระดับ 3 หมายถึง เยื่อช่องปากมีสีแดงกระจายมากขึ้น มีอาการบวม ปวดหรือมีแผล รับประทานอาหารเหลวหรือน้ำได้เท่านั้น ระดับ 4 หมายถึง มีอาการเยื่อช่องปากอักเสบอย่างรุนแรง รับประทานอาหารทางปากไม่ได้ ต้องได้รับอาหารทางสายยางหรือทางหลอดเลือดดำ วันที่เริ่มมีอาการเยื่อช่องปากอักเสบ และระยะเวลาที่มีอาการเยื่อช่องปากอักเสบ

3.3.2 แบบบันทึกการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ และระดับความรุนแรงตามเกณฑ์ของ The NCI Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 5.0²⁸ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลต่ำ เป็น 4 ระดับ โดยพิจารณาจากค่าสมบูรณ์ของนิวโทรฟิล (Absolute neutrophil count : ANC) ดังนี้ ระดับ 1 มีค่า ANC 1,500 – 1,999 /mm³ ระดับ 2 มีค่า ANC 1,000 - 1,499 /mm³ ระดับ 3 มีค่า ANC 500 – 999 /mm³ และระดับ 4 มีค่า ANC น้อยกว่า 500 /mm³

3.4 แบบบันทึกผลการติดตามอาการทางแอปพลิเคชันไลน์ ประกอบด้วย วันเวลาที่ติดตาม ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเอง และคำแนะนำที่ผู้วิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่าง



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของภาษา (Face validity) ของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ แผนการสอน แบบสอบถามการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบและภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ และแบบบันทึกการประเมินอาการในช่องปากและการวัดอุณหภูมิร่างกายสำหรับกลุ่มตัวอย่างบันทึกที่บ้าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลประจำหลักสูตรปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็ง จำนวน 1 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ได้ค่าเท่ากับ 1.00 เมื่อปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมและความเหมาะสมของภาษา ซึ่งพบว่าสามารถใช้ได้โดยไม่มีข้อเสนอนะในการแก้ไข และผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนทำการทดสอบการประเมินอาการเยื่อช่องปากอักเสบและการวัดอุณหภูมิร่างกายทั้งหมด 3 ครั้ง ในการเข้าโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ครั้งที่ 1 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถประเมินได้ถูกต้องทุกคนก่อนนำไปบันทึกเองเมื่ออยู่ที่บ้าน

ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ค่าความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของแบบสอบถามการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบและภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) โดยแบบสอบถามการดูแลตนเองทั้งหมดได้ค่าเท่ากับ 0.89 และเมื่อแยกตามส่วน ได้แก่ การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ได้ค่าเท่ากับ 0.82 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ ได้ค่าเท่ากับ 0.84 และการดูแลสุขภาพองค์รวม ได้ค่าเท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในคนจากมหาวิทยาลัยรังสิต และโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษาและได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยประสานงานผู้อำนวยการศูนย์มะเร็งวิทยา และหัวหน้าหน่วยเคมีบำบัด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด พยาบาลประจำหน่วยงานแนะนำผู้วิจัยกับผู้ป่วย และผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และทำการฝึกอบรมผู้ช่วยวิจัยในการช่วยเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ก่อนการทดลอง ดำเนินการทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ รวม 12 สัปดาห์ โดยผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบและภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำในวันที่มารับยาเคมีบำบัดรอบที่ 2, 3 และ 4 และการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในวันที่ 2 - 21 หลังได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่ 1, 2, 3 และ 4 โดยการติดตามอาการทางแอปพลิเคชันไลน์เมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ในวันที่ 3, 7, และ 14 หลังรับยาเคมีบำบัด และให้ผู้ป่วยบันทึกอุณหภูมิร่างกายและอาการในช่องปากทุกวันหลังได้รับยาเคมีบำบัด และเก็บข้อมูลการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ จากค่าสมบูรณ์ของนิวโทรฟิล (Absolute neutrophil count : ANC) หลังได้รับยาเคมีบำบัด 21 วันของการรับยาเคมีบำบัดรอบที่ 1, 2, 3 และ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติต่างๆ ดังนี้ 1) บรรยายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ และภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา 2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบและภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ หลังได้รับโปรแกรมฯครั้งที่ 1, 2 และ 3 โดยใช้สถิติ Friedman matched samples test เนื่องจากคะแนนกระจายไม่เป็นโค้งปกติ และเปรียบเทียบรายคู่ด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test และ 3) เปรียบเทียบการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ และการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่ (Cycle) 1, 2, 3 และ 4 โดยใช้สถิติ Cochran's Q test และ McNemar test



จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต ได้รับการรับรองโครงการวิจัย เอกสารรับรองเลขที่ COA.NO.RSUEB2024-112 วันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ เอกสารรับรองเลขที่ EC101/2567 วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรม โดยแนะนำตัว อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ และขั้นตอน การดำเนินการวิจัย และประโยชน์ของการวิจัยที่จะได้รับ พร้อมเอกสารชี้แจงรายละเอียดของโครงการ แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วย มีอิสระที่จะเข้าร่วม ปฏิเสธ หรือถอนตัวจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่กระทบต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับทั้งในปัจจุบันและ อนาคต เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามจนปราศจากข้อสงสัย และหากยินยอมให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร ข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับ การเผยแพร่ผลงานวิจัยเป็นภาพรวม ไม่สามารถเชื่อมโยงไปสู่ตัวบุคคลได้ และ หลังสิ้นสุดการวิจัยเอกสารที่เก็บข้อมูลถูกทำลายตามระเบียบที่มหาวิทยาลัยรังสิตกำหนด

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิงที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร AC จำนวน 29 คน มีอายุระหว่าง 26 – 57 ปี อายุเฉลี่ย 45.79 ปี (S.D. = 8.27) โดยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (16 คน ร้อยละ 55.17) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด (22 คน ร้อยละ 75.86) นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด (28 คน ร้อยละ 96.55) มีระดับการศึกษาปริญญาตรี (15 คน ร้อยละ 51.72) ประกอบอาชีพข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจมากที่สุด (13 คน ร้อยละ 44.83) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 30,000 บาท มากที่สุด (20 คน ร้อยละ 68.97) สหิข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ (13 คน ร้อยละ 44.83) มีผู้ดูแล (26 คน ร้อยละ 89.66) กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (26 คน ร้อยละ 89.66) และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (20 คน ร้อยละ 68.97) ไม่มีโรคประจำตัว (20 คน ร้อยละ 68.97) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.75 – 34.78 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ค่าเฉลี่ย 26.09 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (S.D.=4.24) และมีน้ำหนักเกิน (21 คน ร้อยละ 72.41) ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 (23 คน ร้อยละ 79.31) พบมีชนิดของตัวรับ เป็น ER+PR+HER2+ มากที่สุด (13 ร้อยละ 44.83) และกลุ่มที่มีผลโปรตีน Ki67 มากกว่าร้อยละ 30 เป็นส่วนใหญ่ (17 คน ร้อยละ 58.62) และเป็นการรับยาเคมีบำบัดก่อนผ่าตัดมากที่สุด (17 คน ร้อยละ 58.62)

ส่วนที่ 2 การดูแลตนเอง

2.1 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ คะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ หลังเข้าโปรแกรมครั้งที่ 1, 2 และ 3 เท่ากับ 74.52, 79.34 และ 79.83 ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 81, 86.24 และ 86.77 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับดี เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Friedman matched samples test พบว่าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($\chi^2(2) = 10.25, p=.006$) เมื่อเปรียบเทียบรายคู่ด้วยสถิติ Wilcoxon signed - rank test พบว่า หลังเข้าโปรแกรมครั้งที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ยอันดับมากกว่าหลังเข้าโปรแกรมครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($Z = -2.795, p=.005$) ส่วนหลังเข้าโปรแกรมครั้งที่ 1 และ 2 และหลังเข้าโปรแกรมครั้งที่ 2 และ 3 คะแนนเฉลี่ยอันดับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบไม่แตกต่างกัน ($Z = -1.742, p=.081$ และ $Z = -1.433, p=.152$ ตามลำดับ)

2.2 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ คะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ หลังเข้าโปรแกรมครั้งที่ 1, 2 และ 3 เท่ากับ 46.90, 47.38 และ 47.10 ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 97.71, 98.71 และ 98.13 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับดี เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Friedman matched samples test พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($\chi^2(2) = 3.84, p=.147$; Kendall's $W = .066$)



ส่วนที่ 3 ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

3.1 การเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 29 คน เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบมากที่สุดหลังรับยา
รอบที่ 1 จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 34.48 และพบน้อยที่สุดหลังรับยารอบที่ 4 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.45 เมื่อทดสอบ
ความแตกต่างของการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบหลังรับยาเคมีบำบัดรอบที่ 1, 2, 3 และ 4 ด้วยสถิติ Cochran's Q test พบว่า
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Cochran's Q = 11.40, df = 3, p = .010) เมื่อทดสอบรายคู่ด้วย
สถิติ McNemar test พบว่าหลังให้ยาครั้งที่ 1 และ 4 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = .012) สรุปได้ว่า
โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ ส่งผลกระทบต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบหลังรับยาเคมีบำบัด
(ดังแสดงในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความถี่ ร้อยละ และการทดสอบความแตกต่างของการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบหลังรับยาเคมีบำบัดรอบที่ 1, 2, 3
และ 4 ด้วยสถิติ Cochran's Q test (n=29)

การเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ	เกิด		ไม่เกิด		Cochran's Q test	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
หลังรับยารอบที่ 1	10	34.48	19	65.52	11.40	.010
หลังรับยารอบที่ 2	7	24.14	22	75.86		
หลังรับยารอบที่ 3	7	24.14	22	75.86		
หลังรับยารอบที่ 4	1	3.45	28	96.55		

3.2 ระดับความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ระดับความรุนแรงที่พบมากที่สุด คือ ระดับ 1 โดยหลังรับยาเคมี
บำบัดรอบที่ 1 พบระดับ 1 จำนวน 8 คน และระดับ 2 จำนวน 2 คน หลังรับยารอบที่ 2 พบระดับ 1 จำนวน 6 คน และ ระดับ 2
จำนวน 1 คน หลังรับยารอบที่ 3 พบระดับ 1 จำนวน 6 คน และระดับ 2 จำนวน 1 คน และหลังรับยารอบที่ 4 พบระดับ 1 จำนวน 1 คน

ส่วนที่ 4 ภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ

4.1 การเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 29 คน พบว่าเกิดภาวะเม็ดเลือดขาว
ชนิดนิวโทรฟิลต่ำหลังรับยาเคมีบำบัดทั้งหมดรวมทุกรอบยา จำนวน 12 คน มีกลุ่มตัวอย่างที่เกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ
มากกว่า 1 รอบ จำนวน 6 คน โดยเกิดซ้ำมากที่สุด 3 รอบยา เมื่อจำแนกเป็นแต่ละรอบการรับยา พบเกิดภาวะเม็ดเลือดขาว
ชนิดนิวโทรฟิลต่ำหลังรับยารอบที่ 3 มากที่สุด จำนวน 8 คน รองลงมาคือหลังรับยารอบที่ 1 จำนวน 7 คน หลังรับยารอบที่ 2
จำนวน 4 คน และพบน้อยที่สุดหลังรับยารอบที่ 4 จำนวน 3 คน เมื่อทดสอบความแตกต่างของการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาว
ชนิดนิวโทรฟิลต่ำหลังรับยาเคมีบำบัดรอบที่ 1, 2, 3 และ 4 ด้วยสถิติ Cochran's Q test พบว่าไม่แตกต่างกัน (Cochran's Q =
5.368, df = 3, p = .147) (ดังแสดงในตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความถี่ ร้อยละ และการทดสอบความแตกต่างของการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำหลังรับยาเคมีบำบัด
รอบที่ 1, 2, 3 และ 4 ด้วยสถิติ Cochran's Q test (n=29)

การเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ	เกิด		ไม่เกิด		Cochran's Q test	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
หลังรับยารอบที่ 1	7	24.14	22	75.86	5.37	.147
หลังรับยารอบที่ 2	4	13.79	25	86.21		
หลังรับยารอบที่ 3	8	27.59	21	72.41		
หลังรับยารอบที่ 4	3	10.34	26	89.66		



4.2 ระดับความรุนแรงของภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ กลุ่มตัวอย่างที่เกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ หลังรับยาเคมีบำบัดทั้ง 4 รอบ มีระดับความรุนแรงที่พบมากที่สุด คือ ระดับ 1 โดยหลังรับยาครั้งที่ 1 พบระดับความรุนแรงสูงสุด คือ ระดับ 4 จำนวน 1 คน และระดับความรุนแรงที่พบมากที่สุด คือ ระดับที่ 3 จำนวน 3 คน หลังรับยาครั้งที่ 2 พบระดับความรุนแรงสูงสุดและมากที่สุด คือระดับ 3 จำนวน 2 คน หลังรับยาครั้งที่ 3 พบระดับความรุนแรงสูงสุด คือ ระดับ 3 จำนวน 1 คน และระดับความรุนแรงที่พบมากที่สุด คือระดับ 1 จำนวน 6 คน และหลังรับยาครั้งที่ 4 พบความรุนแรงสูงสุดและพบมากที่สุด คือระดับ 1 จำนวน 3 คน

การอภิปรายผล

1. การดูแลตนเอง

1.1 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ผลการศึกษา พบว่าการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบของกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยหลังเข้าโปรแกรมครั้งที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ยอันดับการดูแลตนเองฯ มากกว่า หลังเข้าโปรแกรมครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) อภิปรายได้ว่าโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ที่ผู้วิจัยออกแบบโดยนำทฤษฎีระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม¹⁰ มาใช้ ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรมการพยาบาล คือ การสอนให้ความรู้เรื่องโรคเมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับ ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด วิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ วิธีการประเมินช่องปาก การบันทึกอาการช่องปาก การแปรงฟันและการบ้วนปากที่ถูกวิธี โดยมีวิดีโอเป็นสื่อทำให้เห็นภาพชัดเจนและเข้าใจได้ง่ายขึ้น และส่งสื่อวิดีโอให้ทางแอปพลิเคชันไลน์ การชี้แนะให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการเป็นรายบุคคล ทั้งขณะที่มาโรงพยาบาลและทางแอปพลิเคชันไลน์เมื่ออยู่ที่บ้าน การสนับสนุนจัดหาอุปกรณ์ในการดูแลช่องปาก และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ โดยโปรแกรมดำเนินการรวม 12 สัปดาห์ตลอด 4 รอบการรับยาเคมีบำบัด ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ได้รับการกระตุ้นให้ฝึกฝนและปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลช่องปากที่ไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำตามวิถีชีวิตปกติตั้งแต่ก่อนรับยาเคมีบำบัด ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความมั่นใจ สามารถแก้ปัญหาการดูแลตนเองได้ในระดับดี ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานและแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม¹⁰ และการศึกษาที่ผ่านมา^{17,29} ที่พบว่า คะแนนความสามารถในการดูแลช่องปากหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.2 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ ผลการศึกษาพบว่า การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมทั้ง 3 ครั้งอยู่ในระดับดี อย่างไรก็ตามเมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่แตกต่างกัน อภิปรายได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี และประกอบอาชีพ ทำให้มีพื้นฐานความรู้ในการดูแลตนเองที่ดี และสามารถค้นคว้าหาความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มเติมจากแหล่งความรู้ที่น่าเชื่อถือได้ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำในระดับดี ตั้งแต่หลังเข้าโปรแกรมครั้งที่ 1 และโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ที่ประกอบด้วย 4 กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การสอนเรื่องการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ และภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ การชี้แนะวิธีการดูแลตนเอง การวัดและบันทึกอุณหภูมิร่างกาย สนับสนุนเทอร์โมมิเตอร์ชนิดปรอทแก้ว และการติดตามอาการทางแอปพลิเคชันไลน์เพื่อให้คำปรึกษาและชี้แนะเพิ่มเติมต่อเนื่องตลอด 12 สัปดาห์ ทำให้การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำในระดับดี ยังคงอยู่อย่างต่อเนื่อง หลังเข้าโปรแกรมครั้งที่ 2 และ 3 โดยมีคะแนนเกือบเต็มทุกครั้ง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ทิพวรรณ เทียมสาน และคณะ³⁰ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



2. ภาวะเย็บช่องปากอักเสบ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะเย็บช่องปากอักเสบในทุกรอบการรับยาเคมีบำบัด โดยพบมากที่สุด หลังรับยาครั้งที่ 1 และมีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับการรับยาครั้งต่อไป ($p < .05$) โดยเป็นระดับความรุนแรงระดับ 1 มากที่สุดในแต่ละรอบยาเคมีบำบัด อภิปรายได้ว่าในระยะเริ่มต้นกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 รอบการรับยาครั้งที่ 1 กลุ่มตัวอย่างยังมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอ ทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลช่องปาก ส่งผลให้เกิดภาวะเย็บช่องปากอักเสบได้มาก และเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 2 และ 3 กลุ่มตัวอย่างได้รับการสอนวิธีการดูแลช่องปากที่ถูกรวบรวมเพิ่มเติม ได้รับการติดตาม สนับสนุน ชี้แนะ และกระตุ้นให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทางแอปพลิเคชันไลน์ ทำให้ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว ซึ่งการสื่อสารโต้ตอบกันสองทางระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยอย่างทันที ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำตรงตามความต้องการและตรงกรณี จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจ มีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น รับรู้ปัญหา และปรับพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสมช่วยลดการเกิด และลดระดับความรุนแรงของภาวะเย็บช่องปากอักเสบได้ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม¹⁰ คือ เมื่อผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะ เกิดประสบการณ์ และแรงจูงใจในการปฏิบัติกรดูแลสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถวางแผน และดำเนินกิจกรรมที่จำเป็นต่อการดูแลตนเองได้ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของพวงทอง จินดากุล และคณะ¹⁴ และการศึกษาของ Elsehrawy และคณะ³¹

3. ภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ การศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ หลังได้รับยาเคมีบำบัดทั้ง 4 รอบยา ไม่แตกต่างกัน โดยมีระดับความรุนแรงที่พบมากที่สุดคือระดับ 1 อภิปรายได้ว่าจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุเฉลี่ย 45.79 ปี ($S.D. = 8.27$) ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ จึงมีระบบภูมิคุ้มกันที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุ³² และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี คือ ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ จึงช่วยลดปัจจัยที่จะกระตุ้นให้เกิดการอักเสบภายในร่างกาย เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และมีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน^{33,34} อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าระดับความรุนแรงของภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำที่พบสูงสุด คือ ระดับ 4 พบหลังรับยาครั้งที่ 1 และมีแนวโน้มลดลงต่อเนื่องในรอบถัดมาเหลือเพียงระดับ 1 หลังรับยาครั้งที่ 4 ทั้งนี้ภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำระดับ 1 ไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และไม่ส่งผลให้ต้องเลื่อนรอบการรับยาเคมีบำบัดออกไป อภิปรายได้ว่าแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีพฤติกรรมกรดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำอยู่ในระดับดี ตั้งแต่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ครั้งที่ 1 แต่ก็ยังพบการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำในระดับที่รุนแรงได้ ซึ่งสอดคล้องกับกลไกของยาเคมีบำบัดที่มีฤทธิ์ทำลายเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็ว เช่น เซลล์ไขกระดูก เป็นต้น ส่งผลให้เกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำได้

ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของอภิญา ลือพิช และ ขวัญจิต ด่านวิไล³⁵ ที่พบอุบัติการณ์เกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำระดับ 2 ขึ้นไป ร้อยละ 65.45 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร AC หลังได้ยาเคมีบำบัดรอบแรก แต่เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 2 และ 3 โปรแกรมที่ประกอบไปด้วยกิจกรรมการพยาบาลทั้งการสอน ชี้แนะ สนับสนุน และสร้างสิ่งแวดล้อมในการเรียนรู้โดยการใช้แอปพลิเคชันไลน์เข้ามาช่วยประเมินปัญหาของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างรวดเร็ว และสามารถชี้แนะเพื่อช่วยกลุ่มตัวอย่างแก้ไขปัญหาการดูแลตนเองได้ทันที ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมกรดูแลตนเองที่อยู่ในระดับดีให้คงอยู่อย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ระดับความรุนแรงของภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำที่พบหลังรับยาครั้งที่ 2, 3 และ 4 ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของฤทัย เจริญนัยปริเปรม¹⁹ ที่พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อระดับเฝ้าระวังน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการวิจัยครั้งนี้จึงชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง สามารถป้องกันการเกิดภาวะเย็บช่องปากอักเสบและภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ และความรุนแรงของภาวะดังกล่าวมีแนวโน้มลดลง ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มที่เชื่อว่าบุคคลมีศักยภาพในการกระทำกรดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถเรียนรู้ วางแผน และจัดการกรดูแลตนเองได้ ส่งผลให้สามารถคงไว้ซึ่งสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี



ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยก่อนการทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดซ้ำหลังการทดลอง โดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากข้อจำกัดของระบบการรับผู้ป่วยของโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษาขณะดำเนินการวิจัย ซึ่งมีผลต่อการสรุปผลลัพธ์ของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ได้อย่างชัดเจน จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงกับกลุ่มประชากรที่มีบริบทแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ด้านการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลสามารถนำโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีลักษณะคล้ายคลึงตามกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ โดยพยาบาลที่จะนำโปรแกรมไปใช้ควรได้รับการฝึกฝนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทั้งการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม โดยใช้วิดีโอเป็นสื่อประกอบ ร่วมกับการนำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในการติดตามอาการ และเป็นช่องทางในการสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในการป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบและภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัดได้ตามศักยภาพ

2. จากผลการวิจัย แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัดทั้ง 4 รอบยาไม่แตกต่างกัน โดยมีระดับความรุนแรงที่พบมากที่สุดคือระดับ 1 แต่ระดับความรุนแรงของภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำที่พบสูงสุดคือระดับ 4 ดังนั้น จึงควรมีการวางแผนการดูแลและติดตามผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำในระดับรุนแรงอย่างต่อเนื่อง

ด้านการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยผลการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยเป็นการวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และมีการเก็บข้อมูลจากพื้นที่ศึกษาที่มากกว่า 1 พื้นที่

2. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่นๆที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีผลข้างเคียงทำให้เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบและภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำหลังรับยาเคมีบำบัด

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม และขอขอบคุณผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

References

1. World Health Organization International Agency for Research on Cancer. Cancer today. [internet]. 2022 [cited 2025 Apr 03]. Available from: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/bars?mode=cancer&group_populations=1&key=total&populations=903_904_905_908_909_935&sexes=2&types=0_1&sort_by=value1&values_position=out
2. World Health Organization International Agency for Research on Cancer. Global Cancer Observatory: Thailand. [internet]. 2022 [cited 2025 Apr 03]. Available from: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/764-thailand-fact-sheet.pdf>
3. American Cancer Society. Treating breast cancer. [internet]. 2021 [cited 2025 Apr 03]. Available from: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8581.00.pdf>



4. Qatar Biomedical Research Institute. Breast cancer – awareness and screening at a younger age is key. [internet]. 2021 [cited 2025 Apr 03]. Available from: <https://www.hbku.edu.qa/en/news/QBRI-PM-BCASYAK>
5. Corti C, Batra-Sharma H, Kelsten M, Shatsky RA, Garrido-Castro AC, Gradishar WJ. Systemic therapy in breast cancer. American Society of Clinical Oncology Educational Book. 2024;44(3):1-20. doi: 10.1200/EDBK_432442
6. American Cancer Society. Chemotherapy for breast cancer. [internet]. 2021 [cited 2025 Apr 03]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/treatment/chemotherapy-for-breast-cancer.html>
7. BC Cancer. BCCA protocol summary for adjuvant therapy for breast cancer using doxorubicin and cyclophosphamide. [internet]. 2025 [cited 2025 May 10]. Available from: https://www.bccancer.bc.ca/chemotherapy-protocols-site/Documents/Breast/BRAJAC_Protocol.pdf
8. Sonis ST, Elting LS, Keefe D, Peterson DE, Schubert M, Hauer-Jensen M, et al. Perspectives on cancer therapy-induced mucosal injury: Pathogenesis, measurement, epidemiology, and consequences for patients. Cancer. 2004;100(9):1995–2025. doi: 10.1002/cncr.20162
9. Akarawatcharangura O, Wisawatapnimit P, Kana N, Seedadard R, Thipprasopchock S. Development of a nursing model for cancer patients with chemotherapy induced neutropenia. Journal of Nursing Division. 2023;49(1):30-48. (in Thai)
10. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM, Nursing concept of practice. 6thed. St.Louis: Mosby; 2001.
11. BC Cancer. Symptom management guideline: oral mucositis. [internet]. 2019 [cited 2025 Apr 07]. Available from: <https://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/documents/12.%20oral%20mucositis.pdf>
12. Nakamanuruk W, Ritklar L. Development of nursing practice guidelines for the prevention of febrile neutropenia in patients receiving chemotherapy. Thammasat University Hospital Journal Online. 2021;6(2):20-7. (in Thai)
13. Schauer T, Hojman P, Gehl J, Christensen JF. Exercise training as prophylactic strategy in the management of neutropenia during chemotherapy. British Journal of Pharmacology. 2022; 179(12):2925–37. doi: 10.1111/bph.15141
14. Jindakul P, Namvongprom A, Pakdevong N-O. Effectiveness of the educative-supportive program on self care ability, Perceived intensity of side effects of chemotherapy and anxiety among patients with early breast cancer undergoing adjuvant chemotherapy. Thai Cancer Journal. 2018;38(3):105-16. (in Thai)
15. Narksanong S. Effects of a self-oral health care program and oral mucositis symptoms in cancer patients receiving chemotherapy. Health Science Clinical Research. 2022;37(1):44-57. (in Thai)
16. Phueahimai N, Namvongprom A, Pakdevong N. Oral care and oral mucositis after the supportive-educative nursing program in patients with head and neck cancer. APHEIT Journal. 2016;5(1):88-102. (in Thai)
17. Puangkamyad A, Namjuntra R, Binhosen V. Effects of an oral care program on oral care ability and oral mucositis among cancer patients receiving chemotherapy. Thai Red Cross Nursing Journal. 2017;10(2):57-73. (in Thai)



18. Wang Z, Yin G, Jia R. Impacts of self-care education on adverse events and mental health related quality of life in breast cancer patients under chemotherapy. *Complement Therapies in Medicine*. 2019;43:165-9. doi:10.1016/j.ctim.2019.01.027
19. Jearanaipreame R, Bannaasan B, Matchim Y. The effects of the supportive educative nursing system on self-care behaviors and risk for infection among hematological cancer patients receiving chemotherapy. *Journal of Health Sciences and Wellness*. 2023;27(2):321-35. (in Thai)
20. Prasertsri T, Namvongprom A, Pakdevong N-O. Effects of health promotion program on health promoting behaviors, absolute neutrophils count, infection rate, and quality of life of persons with breast cancer receiving chemotherapy. *Journal of Nursing and Therapeutic Care*. 2012;30(1):39-45. (in Thai)
21. Mak WC, Ching SSY. Effect of an education program on knowledge, self-care behavior and handwashing competence on prevention of febrile neutropenia among breast cancer patients receiving doxorubicin and cyclophosphamide in chemotherapy day centre. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2015;2(4):276-88. doi: 10.4103/2347-5625.167232
22. Gendy FJ, Mahrous MF. Effect of immune enhancement intervention on clinical outcomes of patients with breast cancer undergoing chemotherapy. *Egyptian Journal of Health Care*. 2021;12(3):1840-57. doi: 10.21608/ejhc.2021.235593
23. Prakobchit S, Wannasen W, Wamalun C, Tubtimhin S, Somharnwong S, Thotong R. Factors associated with using online social media among patients with breast cancer receiving chemotherapy. *Srinagarind Medical Journal*. 2021;36(3):301-9. (in Thai)
24. Sinuanchaeng B, Namvongprom A, Pakdevong N-O. Educative-supportive care needs, received and satisfaction among patients with early stage cancer. *Journal of Nursing Science and Health*. 2018;41(1):25-33. (in Thai)
25. Srimongkol S, Phooseenam S. Effectiveness of a follow program for using mobile applications on pain in terminally ill cancer patients receiving palliative care in radiotherapy and chemotherapy center Khon Kaen Hospital. *Academic Journal of Nursing Health Sciences*. 2023;3(2):30-43. (in Thai)
26. Tupcharoen P, Pakdevong N-O. Development and feasibility study of self-management application for head and neck cancer patients undergoing radiotherapy or concurrent chemoradiotherapy. *APHEIT Journal of Nursing and Health*. 2022;4(1):1-20. (in Thai)
27. Bell A, Kasi A. Oral mucositis. *StatPearls*. [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 10]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565848/>
28. The United States Department of Health and Human Services; National Cancer Institute(NCI). Common Terminology Criteria for Adverse Events(CTCAE) version 5.0. [internet]. 2017 [cited 2025 Apr 10]. Available from: <https://dctd.cancer.gov/research/ctep-trials/for-sites/adverse-events/ctcae-v5-5x7.pdf>
29. Rakhshani T, Najafi S, Javady F, Dashtbozorg TA, Mohammadkhah F, Jeihooni KA. The effect of Orem-based self-care education on improving self-care ability of patients undergoing chemotherapy: A randomized clinical trial. *BMC Cancer*. 2022;22:1-9. doi: 10.1186/s12885-022-09881-x



30. Tiemsan T, Wacton P, Nunchai W. The effects of a supportive and educative nursing program on self-care ability and quality of life among breast cancer patients undergoing chemotherapy. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2024;11(1)e266875 (in Thai)
31. Elsehrawy MG, Ibrahim NM, Eltahry SI, Elgazzar SE. Impact of educational guidelines on oral mucositis severity and quality of life in oncology patients receiving chemotherapy: A quasi-experimental study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2024;25(7):2427–38. doi: 10.31557/APJCP.2024.25.7.2427
32. Gao H, Nepovimova E, Adam V, Heger Z, Valko M, Wu Q, et al. Age-associated changes in innate and adaptive immunity: Role of the gut microbiota. *Frontiers in immunology*. 2024;15:1421062. doi: 10.3389/fimmu.2024.1421062.
33. Saint-André V, Charbit B, Biton A, Rouilly V, Possémé C, Bertrand A, et al. Smoking changes adaptive immunity with persistent effects. *Nature*. 2024;626:827–35. doi: 10.1038/s41586-023-06968-8.
34. Ragab AAY, Doyle MF, Chen J, Lunetta KL, Murabito JM. Alcohol consumption and immune cell profiles: Insights from the Framingham Heart Study. *Alcohol Clinical and Experimental Research*. 2025;49(9):1953-61. doi: 10.1111/acer.70122.
35. Luepuech A, Danwilai K. Incidence and factors of neutropenia in breast cancer patients receiving intravenous chemotherapy at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Thai Journal of Pharmacy Practice*. 2017;9(1):180-91. (in Thai)



การพัฒนารูปแบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลขอนแก่น

สุธิดา สิงห์ศิริเจริญกุล พย.ม.¹ สุวรรณา ธาดาศิพัฒน์ พย.ม.²

ศุภวดี แถวเพีย Ph.D.^{3,4} ทิพวรรณ ทัพชัย พย.ม.¹

วรรณพร คำพิลา พย.ม.¹ พัชรภรณ์ เจียรนัยธนกิจ พย.ม.²

นวลจันทร์ ไพบูลย์บรรพต พย.ม.² กนกวรรณ โสภณพงษ์ พย.ม.²

(วันรับบทความ: 15 มกราคม พ.ศ.2569/ วันแก้ไขบทความ: 1 มีนาคม พ.ศ.2569/ วันตอบรับบทความ: 19 มีนาคม พ.ศ.2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนารูปแบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอดมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค สถานการณ์ ความต้องการ 2) พัฒนารูปแบบการคัดกรองภาวะเสี่ยง และ 3) ประเมินผลการใช้รูปแบบในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรด้านสุขภาพ จำนวน 22 คน และมารดาหลังคลอด จำนวน 201 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกปัญหา อุปสรรค สถานการณ์ และความต้องการการพัฒนารูปแบบการคัดกรองภาวะเสี่ยง และแบบคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

จากการศึกษาพบประเด็นปัญหาการคัดกรองภาวะเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ ความไม่สอดคล้องในการใช้แบบประเมิน ภาระงานที่ค่อนข้างมาก ข้อจำกัดด้านการสื่อสารกับมารดาชาวต่างชาติ ปัญหาความต่อเนื่องของข้อมูลระหว่างการส่งต่อ และยังพบว่าการตระหนักถึงความเสี่ยงของตัวมารดาเองและการโยกย้ายบุคลากรบ่อยครั้งเป็นอุปสรรคต่อการทำงาน สำหรับสถานการณ์เดิมนั้นมีการคัดกรองแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ช่วง 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด 2) การติดตามต่อเนื่องในตึกผู้ป่วย และ 3) การประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งผลการศึกษาได้สะท้อนความต้องการ 4 มิติหลัก ได้แก่ 1) การปรับปรุงขั้นตอนการทำงานให้ชัดเจนตั้งแต่แรก รับถึงจำหน่าย 2) การพัฒนาระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงถึงเครือข่ายชุมชน 3) การเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากร และ 4) การนำเทคโนโลยีด้านปัญญาประดิษฐ์มาช่วยเพิ่มความแม่นยำในการคัดกรอง รูปแบบการคัดกรองที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การคัดกรองเชิงรุก การให้การพยาบาลตามระดับความเสี่ยง การประสานงานและส่งต่อข้อมูลข้ามแผนก การพัฒนาศักยภาพทีมงาน และการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง สรุปได้ว่ารูปแบบดังกล่าวมีความเป็นไปได้ในการช่วยสร้างระบบการเฝ้าระวังที่ไร้รอยต่อ ส่งเสริมการทำงานเชิงรุก และเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับมารดาหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ระยะหลังคลอด การประเมินภาวะเสี่ยง การวิจัยและพัฒนา การพยาบาลหลังคลอด

¹อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

⁴ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: supawadee.t@bcnkk.ac.th โทร: 080-7507445



Development of a Postpartum Risk Screening Model at Khon Kaen Hospital

Suthida Singsiricharoenkun M.N.S.¹ Suwanna Thadapipat M.N.S.²
Supawadee Thaewpia Ph.D.^{3,4} Thippawan Tupsai M.N.S.¹
Wannaphon Khampila M.N.S.¹ Patcharaporn Jearanaithakit M.N.S.²
Nuanjun Phaiboonbunpot M.N.S.² Kanokwan Soponpong M.N.S.²

(Received Date: January 15, 2026, Revised Date: March 1, 2026, Accepted Date: March 19, 2026)

Abstract

This research and development initiative focused on strengthening postpartum risk screening at Khon Kaen Hospital aims to 1) identifying existing barriers to risk screening, 2) develop a more effective screening model, and 3) evaluating its practical application. The study drew insights from a diverse group of participants including 22 healthcare professionals and 201 postpartum mothers. Data collection involved a blend of in-depth interviews to capture qualitative nuances and a structured screening tool for quantitative assessment. For analysis, the researchers employed content analysis for the qualitative findings alongside descriptive statistics for the numerical data.

The initial phase revealed six systemic hurdles: a lack of uniformity in how assessment tools were applied, heavy clinical workloads, and language gaps when caring for non-native mothers. Furthermore, the study noted significant gaps in data continuity during handovers, a general lack of risk awareness among mothers, and the disruptive effect of frequent staff rotations. Currently, the screening process moves through three distinct stages- starting with intense monitoring in the first two hours post-delivery, followed by ward-based assessments using various tools, and concluding with interprofessional coordination. From these findings, four essential needs emerged: the demand for standardized "admission-to-discharge" protocols, a unified digital information system, targeted competency training for staff, and the integration of AI-driven tools to enhance screening accuracy. In response, a five-pillar screening model was developed that encompasses proactive risk detection, tailored nursing interventions, streamlined departmental handovers, staff capacity building, and a cycle of continuous evaluation. Ultimately, this refined model has proven effective in creating a seamless surveillance continuum, fostering a proactive culture in clinical monitoring that directly supports more timely interventions and mitigating potential postpartum complications.

Keywords: postpartum period, risk assessment, research and development, postpartum nursing

¹Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand.

²Professional Nurse (Senior Level), Khon Kaen Hospital, Khon Kaen Province, Thailand.

³Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand.

⁴Corresponding author E-mail: supawadee.t@bcnkk.ac.th Tel: 080-7507445



บทนำ

ปัจจุบันวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีความเจริญก้าวหน้ามาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการผดุงครรภ์ แต่ปัญหาทางสุขภาพในมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดก็ยังคงพบมาก และเป็นปัญหารุนแรงที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและนำมาสู่การสูญเสียของมารดา ทารกและครอบครัว พยาบาลเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดให้การดูแลและช่วยเหลือป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับมารดาหลังคลอด ซึ่งภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดและภาวะเสี่ยงสูงที่เกิดอันตรายแก่มารดาหลังคลอด ได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage: PPH) เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญทางสูติกรรมและเป็นสาเหตุสำคัญของการตายมารดาทั่วโลก^{1,2} ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิด PPH มักอธิบายได้ตามแนวคิด “4Ts” ได้แก่ Tone (มดลูกหดตัวไม่ดี), Tissue (รกค้าง/ความผิดปกติของรก), Trauma (การฉีกขาดของช่องทางคลอด) และ Thrombin (ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด)³⁻⁵ ดังนั้น การประเมินปัจจัยเสี่ยงและการเฝ้าระวังอาการตั้งแต่ระยะหลังคลอดระยะแรกจึงมีความจำเป็น เพื่อให้สามารถตรวจพบความผิดปกติได้ทันทั่วทั้งที่และจัดการดูแลอย่างเป็นระบบ ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมความปลอดภัยของมารดาหลังคลอด³⁻⁵ ในส่วนของประเทศไทย จากสถิติของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ. 2560 – 2563 มีมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอดทั่วประเทศ คิดเป็น 21.80, 19.90, 20.30 และ 23.10 ต่อแสนของการเกิดมีชีวิต ตามลำดับ⁶ ส่วนรายงานการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดจากสาเหตุการตกเลือดในเขตสุขภาพที่ 12 ในระหว่างปี พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2563 พบว่า มีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 30.97, 35.01, 41.92 และ 33.67 ต่อแสนของการเกิดมีชีวิต จากการสำรวจสถิติงานสูติกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างปี พ.ศ. 2562–2564 พบว่า จำนวนมารดาที่มาคลอดในแต่ละปีเท่ากับ ปี 2562 จำนวน 4,993 ราย ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 4,848 ราย และปี พ.ศ. 2564 จำนวน 4,475 ราย เมื่อจำแนกมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนตามประเภท พบว่า มารดาอายุมากกว่า 35 ปี มีจำนวน 677, 690 และ 671 ราย ตามลำดับ มารดาวัยรุ่นมีจำนวน 578, 478 และ 374 ราย มารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีจำนวน 444, 444 และ 418 ราย และมารดาที่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดมีจำนวน 85, 75 และ 100 ราย ตามลำดับ⁷ ทั้งนี้เป็นข้อมูลการรายงานแบบจำแนกตามประเภทของภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนจึงไม่ได้สะท้อนการเกิดร่วมกันของภาวะดังกล่าวมากกว่า 1 อย่างในรายเดียว

ดังนั้นมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยงสูงหรือภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด จึงจำเป็นต้องได้รับการคัดกรองเพื่อให้การดูแลได้อย่างทันทั่วทั้งที่ อีกทั้งยังได้รับการดูแลต่อเนื่องที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนของมารดาหลังคลอดส่วนหนึ่งเกิดจากไม่ได้รับการตรวจคัดกรอง หรือตรวจวินิจฉัยที่ถูกต้องทำให้ไม่ได้รับการรักษาในระยะเริ่มแรก ซึ่งวิธีการวินิจฉัยโรค การประเมินความเสี่ยงในมารดาหลังคลอดประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การซักประวัติมารดาหลังคลอดแรกเกี่ยวกับความเสี่ยงต่างๆ ที่สำคัญ ได้แก่ ความเสี่ยงด้านประวัติมารดา ด้านประวัติการตั้งครรภ์ การคลอดที่ผ่านมา โรคประจำตัวก่อนการตั้งครรภ์หรือขณะที่ตั้งครรภ์ รวมไปถึงการผ่าตัดต่าง ๆ โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพที่มีอยู่ตามแนวทางการดำเนินงานของหน่วยงาน ซึ่งจากผลการวิจัยที่ผ่านมาเน้นการประเมินภาวะเสี่ยงทางด้านร่างกายและจิตใจในระยะหลังคลอด^{8,9} การคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลขอนแก่นมีแนวทางในการวินิจฉัยเพื่อวางแผนการพยาบาล เช่น แบบประเมินสภาพมารดาแรกรับ แบบจำแนกประเภทผู้ป่วย ซึ่งแนวปฏิบัติดังกล่าวยังมีความหลากหลายของแนวทางปฏิบัติแบบประเมินมีความซ้ำซ้อน ข้อคำถามมีจำนวนมาก ทำให้ต้องใช้เวลาในการคัดกรองผู้รับบริการแต่ละราย ประกอบกับมีมารดาหลังคลอดที่รับบริการเป็นจำนวนมาก จึงอาจทำให้ได้รับการคัดกรองล่าช้า และผู้รับบริการที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

ดังนั้นการศึกษากการพัฒนาารูปแบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอดที่มีความ ถูกต้อง รวดเร็วเหมาะสมกับหน่วยงาน ผู้รับบริการได้รับการรักษาในระยะเริ่มแรกอย่างถูกต้องและปลอดภัย และได้รับการพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องทันทั่วทั้งที่และมีประสิทธิภาพ ลดภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนของมารดาหลังคลอด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค สถานการณ์ และความต้องการการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลขอนแก่น
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอด



ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอด โดยศึกษาในโรงพยาบาล ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพและมารดาหลังคลอดที่พักรักษาตัวในตึกสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลขอนแก่น ตั้งแต่ 1 เมษายน ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567 ระยะเวลา 6 เดือน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดคุณภาพการดูแลสุขภาพของ Donabedian¹⁰ ซึ่งอธิบายความสัมพันธ์ระหว่าง โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ (Structure–Process–Outcome: SPO) โดยกำหนดให้ ปัญหา อุปสรรค สถานการณ์ และความต้องการในการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอด เป็นมิติโครงสร้าง เช่น การคัดกรองล่าช้า จำนวนเครื่องมือประเมินมาก ซับซ้อน และความต้องการเพิ่มความรวดเร็วในการตอบสนองเมื่อพบความเสี่ยง ซึ่งเป็นเงื่อนไขเชิงระบบที่มีอิทธิพลต่อการออกแบบและการดำเนินงานของกระบวนการ หรือรูปแบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอด ที่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะเสี่ยง 2) การประเมินและคัดกรองภาวะเสี่ยง และ 3) การดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยงตามผลการประเมิน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้นำเสนอการดำเนินการเพียง 2 ขั้นตอนแรก โดยผลลัพธ์ของการดำเนินงานคาดว่าจะสะท้อนคุณภาพของระบบที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ การได้แบบคัดกรองที่เหมาะสมกับบริบทตึกสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลขอนแก่น การลดจำนวนมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยง และการได้รับการดูแลอย่างทันท่วงทีในรายที่มีภาวะเสี่ยง โดยกรอบ SPO สามารถอธิบายแนวคิดเชิงเหตุและผลของการพัฒนารูปแบบจากปัจจัยตั้งต้นเชิงโครงสร้างไปสู่การปรับกระบวนการดูแลและผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยและคุณภาพอย่างเป็นระบบ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา และการพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอด มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา โดยมีขั้นตอนดังนี้

1.1 ผู้วิจัยประเมินปัญหาและความต้องการของหน่วยงาน โดยการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) จากปัญหาการประเมินความเสี่ยงมารดาหลังคลอดจากการใช้เครื่องมือคัดกรองในปัจจุบัน และวิเคราะห์ความต้องการในการพัฒนารูปแบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอดที่ใช้ในปัจจุบันจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน

1.2 นำปัญหาที่พบจากการประเมินเบื้องต้นภายในหอผู้ป่วยสูติกรรม เข้าปรึกษาและขอความคิดเห็นจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน สูติแพทย์ และผู้รับบริการ เพื่อนำไปทบทวนวางแผนแก้ไข้ปัญหา



ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอด โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ประชุมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ หัวหน้าและพยาบาลคลินิกฝากครรภ์ หัวหน้าและพยาบาลตึกห้องคลอด หัวหน้าและพยาบาลตึกสูติกรรมหลังคลอด และหัวหน้าและพยาบาลตึกพิเศษสูติกรรม เพื่อกำหนดทีมงานในการพัฒนารูปแบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอด และนำเสนอร่างรูปแบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอดที่ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการคัดกรองตั้งแต่ห้องคลอด ระยะ 2 ชั่วโมงแรกและระยะที่อยู่ตึกสูติกรรมหลังคลอด 2) เครื่องมือหรือแบบประเมินที่ใช้และเกณฑ์การแปลผลความเสี่ยง 3) แนวทางการรายงานและการส่งต่อข้อมูล เช่น รูปแบบการสื่อสารแบบเป็นระบบตาม SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) และแบบฟอร์มมาตรฐาน 4) แนวทางการพยาบาลตามระดับความเสี่ยง และ 5) แนวทางการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบ ต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการพยาบาลผดุงครรภ์ 2 คน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษด้านการบริการ 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษา 1 คน และสูติแพทย์ 1 คน เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความครอบคลุม ความสอดคล้องกับบริบทหน่วยงาน ความชัดเจนของขั้นตอนและเกณฑ์การประเมิน รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงรูปแบบและแบบคัดกรองก่อนนำไปทดลองใช้

2.2 หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณารูปแบบและให้ข้อเสนอแนะ คณะผู้วิจัยได้รวบรวมข้อเสนอแนะทั้งหมด จัดหมวดหมู่เป็นประเด็นด้านความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจนของคำที่ใช้และขั้นตอน ความเหมาะสมกับบริบทการปฏิบัติงานจริง ความเป็นไปได้ในการใช้งานภายใต้ภาระงานของโรงพยาบาล และความสอดคล้องกับแนวทางการดูแลมาตรฐานและระบบส่งต่อข้อมูล จากนั้นจึงประชุมคณะผู้วิจัยร่วมกับทีมพัฒนาเพื่อพิจารณาปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะจนได้ฉบับปรับปรุงก่อนนำไปทดลองใช้ในหน่วยงานเป้าหมาย โดยสาระสำคัญที่ปรับแก้จากร่างเดิม ประกอบด้วย 1) ปรับโครงสร้างขั้นตอนการคัดกรองให้ชัดเจนเป็นลำดับเวลาและจุดบริการ (ห้องคลอด/ระยะ 2 ชั่วโมงแรก/ตึกสูติกรรมหลังคลอด) พร้อมระบุผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอนเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติ 2) ปรับลดความซ้ำซ้อนของเครื่องมือประเมิน โดยคัดเลือกหัวข้อที่จำเป็น และจัดกลุ่มรายการประเมินให้สอดคล้องกับงานจริง เช่น แยกสัญญาณชีพ ภาวะเลือดออก การหดตัวของมดลูก การให้นม การขับถ่าย สุขภาพจิต และความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม เพื่อให้ใช้เวลาในการประเมินลดลงและบันทึกได้ครบถ้วน 3) กำหนดเกณฑ์การแปลผลและระดับความเสี่ยงให้ชัดเจน (เสี่ยงต่ำ/ปานกลาง/สูง) 4) ปรับการใช้คำและความชัดเจนของรายการประเมินให้สอดคล้องกับศัพท์วิชาชีพที่ใช้ในโรงพยาบาล และทำให้มีความตรงกันระหว่างผู้ปฏิบัติ

2.3 นำร่างรูปแบบที่พัฒนาไปทดลองใช้ในการประเมินปัญหาและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของมารดาในระยะหลังคลอด เพื่อทดสอบคุณภาพและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดในตึกสูติกรรมหลังคลอด จำนวน 8 คน หลังจากปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำรูปแบบฉบับปรับปรุงให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คนประเมินความตรงเชิงเนื้อหา พบว่า มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 1.00 แสดงว่ารูปแบบมีความเหมาะสมและครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตึกสูติกรรมหลังคลอดโรงพยาบาลขอนแก่นจำนวน 38 คน
2. มารดาหลังคลอดที่พักรักษาตัวในแผนกสูติกรรมหลังคลอดโรงพยาบาลขอนแก่นระหว่างเดือน ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 1 กันยายน พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง กำหนดค่า Effect size = 0.50 (ขนาดผลกระทบระดับปานกลาง) ค่าความเชื่อมั่น (α) = .05 อำนาจการทดสอบ (Power) = 0.80 ได้ขนาดขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ จำนวน 22 คน



ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

1. พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในตึกสูติกรรมหลังคลอดโรงพยาบาลขอนแก่น โดยมีคุณสมบัติดังนี้ มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่กำหนดมากกว่า 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 30 คน
 2. มารดาหลังคลอดทั้งที่คลอดเองและคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอดที่พักรักษาตัวในแผนกสูติกรรมหลังคลอดโรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567 จำนวน 40 คน มีคุณสมบัติดังนี้
 - 1) อายุครรภ์เมื่อคลอด 26 สัปดาห์ขึ้นไป
 - 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และยินยอมเข้าร่วมวิจัยรับการสัมภาษณ์
- เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย มารดาหลังคลอดที่ถูกย้ายไปอยู่ห้องพิเศษหรือหอผู้ป่วยวิกฤต

ระยะที่ 2 พัฒนาและการทดลองใช้รูปแบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอด

1. พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในตึกสูติกรรมหลังคลอดโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 22 คน
2. มารดาหลังคลอดที่พักรักษาตัวในแผนกสูติกรรมหลังคลอดโรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึง 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 มีคุณสมบัติดังนี้ อายุครรภ์เมื่อคลอด 26 สัปดาห์ขึ้นไป ทั้งที่คลอดเองและคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และยินยอมเข้าร่วมวิจัยจำนวน 201 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา เครื่องมือ ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลปฏิบัติงาน ประกอบด้วย ตำแหน่ง แผนก อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตึกสูติกรรมหลังคลอด 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอด ประกอบด้วย อายุ ประวัติการตั้งครรภ์และคลอด วิธีการคลอด วันที่คลอด ภาวะเสี่ยงสูงขณะตั้งครรภ์ และระยะคลอด 3) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกปัญหา อุปสรรค สถานการณ์ และความต้องการการพัฒนา รูปแบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารแนวทางที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองภาวะเสี่ยง โดยยึดกรอบแนวคิดคุณภาพการดูแลสุขภาพของ Donabedian (Structure–Process–Outcome) เพื่อให้ประเด็นคำถามครอบคลุมการดำเนินงานเชิงระบบของโรงพยาบาล เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างจำนวน 7 ข้อ ครอบคลุมประเด็นนโยบาย แผนงาน เป้าหมายของหน่วยงาน กระบวนการดำเนินงานการคัดกรองภาวะเสี่ยง ผลการดำเนินงาน การตรวจสอบ การติดตามผล ปัญหาและอุปสรรคพร้อมแนวทางการแก้ไข ความต้องการพัฒนา ตลอดจนปัจจัยภายในและภายนอกที่มีผลต่อการคัดกรอง รวมถึงจุดแข็งและจุดที่ควรพัฒนาของหน่วยงาน

ระยะที่ 2 พัฒนาและการทดลองใช้รูปแบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอด เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอด และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอด นำมาจาก Perinatal Services BC Obstetrics Guideline 20: Postpartum Nursing Care Pathway¹¹ ซึ่งเป็นภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย 14 ด้าน รวม 57 ข้อ ผู้วิจัยแปลตามหลัก back-translation method 3 ขั้นตอน คือ 1) ผู้วิจัยแปลต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย (Forward translation) โดยยึดความหมายเชิงแนวคิดของต้นฉบับเป็นหลัก 2) ผู้เชี่ยวชาญภาษาอังกฤษที่มีพื้นความรู้ด้านการพยาบาลมารดาและทารกซึ่งไม่เคยเห็นต้นฉบับ แปลฉบับภาษาไทยกลับเป็นภาษาอังกฤษ (Back translation) 3) คณะผู้วิจัยเปรียบเทียบฉบับแปลย้อนกลับกับต้นฉบับเดิม เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของความหมาย หากพบข้อความคลาดเคลื่อนได้นำมาอภิปรายร่วมกับผู้เชี่ยวชาญได้ข้อสรุปที่ตรงกับต้นฉบับ ก่อนปรับสำนวนให้สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานจริงของตึกสูติกรรมหลังคลอด เช่น คำศัพท์ทางคลินิกและรูปแบบการบันทึกในหน่วยงาน และดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทหน่วยงาน ครอบคลุมการประเมินสภาพสุขภาพ ได้แก่ สัญญาณชีพและสภาพร่างกายทั่วไป การหดตัวของมดลูก ปริมาณและลักษณะเลือดออกหรือน้ำคาวปลา ลักษณะแผลฝีเย็บหรือแผลผ่าตัดคลอด การทำงานของกระเพาะปัสสาวะและการขับถ่ายอุจจาระ สภาพเต้านมและการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา การพักผ่อนนอนหลับ สภาพอารมณ์และภาวะเครียด ความสัมพันธ์ระหว่างมารดากับทารก ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและอุบัติเหตุอื่นๆ หลังคลอด โดยมีรูปแบบเป็นแบบบันทึก (Checklist) ที่ให้ผู้ประเมินสังเกตอาการและบันทึก



ตามลำดับ โดยให้คะแนน 3 ระดับ คะแนน 1 มีภาวะเสี่ยงต่ำ คะแนน 2 เสี่ยงปานกลาง และคะแนน 3 เสี่ยงสูง การแปลผล ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.67 มีภาวะเสี่ยงต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.68-2.33 มีภาวะเสี่ยงปานกลาง และค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 มีภาวะเสี่ยงสูง

การหาความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูล แบบสัมภาษณ์ และแบบคัดกรองให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการพยาบาลผดุงครรภ์ 2 คน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษด้านการบริการ 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิทางการศึกษา 1 คน และสูติแพทย์ 1 คน ได้พิจารณา โดยค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.80-1.00 หลังจากปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ลดความซ้ำซ้อนของข้อคำถามปัญหาและอุปสรรค เพิ่มจุดอ่อนและจุดแข็งของการคัดกรองภาวะเสี่ยง แบบคัดกรองภาวะเสี่ยงปรับการใช้ภาษาและเนื้อหาให้สอดคล้องกับบริบทการพยาบาลมารดาหลังคลอดของประเทศไทยและ ระบบบริการของโรงพยาบาล นำแบบคัดกรองฉบับปรับปรุงไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดจำนวน 21 คน หาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการตามแนวทาง PDCA ได้แก่ Plan-Do-Check-Act ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผน (Plan)

1. ผู้วิจัยกำหนดประเด็นปัญหาและความต้องการของหน่วยงานจากการทบทวนปัญหาและผลลัพธ์การดำเนินงานเดิม และวางแผนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึกจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน
2. ผู้วิจัยนำประเด็นปัญหาที่ได้เข้าหารือร่วมกับพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน สูติแพทย์ และผู้รับบริการ เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนารูปแบบให้สอดคล้องกับบริบทจริง
3. ผู้วิจัยชี้แจงแผนการดำเนินงานต่อหัวหน้าพยาบาล พยาบาลผู้ปฏิบัติงานเพื่อจัดทีมและกำหนดผู้ให้ข้อมูลหลัก ตลอดจนกำหนดช่วงเวลาและรูปแบบการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการ (Do)

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอหนังสืออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย
2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น และหัวหน้าตึกสูติกรรมหลังคลอด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย รายละเอียดการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้
3. ภายหลังได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น คณะผู้วิจัยประชุมชี้แจงการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยต่อหัวหน้าตึกสูติกรรมหลังคลอด หัวหน้าตึกพิเศษสูติกรรม และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่ตึกสูติกรรมหลังคลอด
4. เมื่อได้รับความยินยอมจากพยาบาลผู้ปฏิบัติงานบนตึกสูติกรรมหลังคลอด ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ข้อมูลตามแผนที่กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินผล (Check)

ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลที่เก็บรวบรวม เช่น การกรอกแบบบันทึก แบบคัดกรองครบถ้วน ความสอดคล้องของการบันทึก และความชัดเจนของคำตอบจากการสัมภาษณ์ รวมทั้งสรุปประเด็นสำคัญจากข้อมูลเชิงคุณภาพและผลการทดลองใช้ เพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบในการใช้งานจริง

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นปรับปรุง (Act)

ผู้วิจัยนำผลการตรวจสอบและข้อเสนอแนะจากผู้ให้ข้อมูล ผู้ใช้รูปแบบ เข้าสู่การทบทวนร่วมกับทีมพัฒนา เพื่อปรับปรุงรูปแบบและเครื่องมือแบบคัดกรองภาวะเสี่ยงให้ชัดเจน ลดความซ้ำซ้อน และสอดคล้องกับ Workflow ของโรงพยาบาลมากยิ่งขึ้น ก่อนนำไปใช้ในขั้นตอนถัดไปของการวิจัยและการประเมินผลอย่างเป็นระบบ



การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ประเด็นหลัก 3 ด้าน ได้แก่ ปัญหาและอุปสรรคในการคัดกรองภาวะเสี่ยง สถานการณ์และกระบวนการดำเนินงานการคัดกรองภาวะเสี่ยง ความต้องการของมารดาหลังคลอดและของพยาบาลในการคัดกรองภาวะเสี่ยง

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอด คะแนนภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอด นำเสนอโดย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น เลขที่ KEF 66047 ลงวันที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2567 และมีผลถึงวันที่ 21 มีนาคม พ.ศ. 2568 ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยและสิทธิของมารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยจะลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ทั้งนี้สามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตเป็นการเฉพาะสำหรับการบันทึกเสียงและภาพ (เมื่อมีการบันทึก) ก่อนดำเนินการทุกครั้ง และใช้ข้อมูลเพื่อการวิจัยเท่านั้น ข้อมูลจากแบบประเมิน แบบสัมภาษณ์ ไฟล์เสียงและรูปภาพ ถูกกำหนดรหัสแทนชื่อ และเก็บรักษาในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยที่มีรหัสผ่านและจำกัดสิทธิ์การเข้าถึง ผู้มีสิทธิ์เข้าถึงข้อมูลได้แก่ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยที่ได้รับมอบหมายเท่านั้น โดยเข้าถึงผ่านอุปกรณ์ที่กำหนดและไม่ส่งต่อให้บุคคลภายนอก ข้อมูลทุกอย่างถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมโดยไม่สามารถระบุตัวตนได้

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค สถานการณ์ และความต้องการ รวมทั้งพัฒนารูปแบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลขอนแก่น และประเมินผลการใช้รูปแบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลขอนแก่น ผลการวิจัยนำเสนอด้วยการบรรยายดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่อายุ 36–40 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.40 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 86.36 และมีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ร้อยละ 86.36 มีประสบการณ์ทำงานการพยาบาลมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 81.82 และมีประสบการณ์ปฏิบัติงานแผนกสูติกรรม น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 72.72 โดยปฏิบัติงานในแผนกหลังคลอดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68.18

1.2 กลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอด พบว่า มารดาหลังคลอดมาจากการรับย้าย ร้อยละ 78.60 ซึ่งย้ายมาจากแผนกห้องคลอดร้อยละ 59.70 รองลงมาได้แก่การรับมารดาหลังคลอดจากการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียงเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ได้แก่ ตกเลือด แผลฝีเย็บติดเชื้อ เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 19.40 ในการนำส่งมารดาหลังคลอดส่วนใหญ่มาด้วยรถยนต์ ร้อยละ 84.60 รถนั่ง ร้อยละ 13.90 ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ร้อยละ 43.39 รองลงมาคือตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 ร้อยละ 32.28 คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 51 คลอดปกติโดยวิธีธรรมชาติร้อยละ 48.50 ไม่ได้ตัดแผลฝีเย็บร้อยละ 76.26 การตัดแผลฝีเย็บด้านขวา ร้อยละ 14.65 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 86 และพบว่ามีประวัติการเจ็บป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลร้อยละ 14 ไม่เคยผ่าตัดมาก่อน ร้อยละ 68.70 ไม่มีประวัติการแพ้ยาและแพ้อาหารร้อยละ 95.02 รวมไม่พบประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวร้อยละ 76.50 ตามลำดับ

2. ปัญหา อุปสรรค สถานการณ์ และความต้องการการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลขอนแก่น

ผลการวิจัยพบปัญหาการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอดยังเผชิญทั้งปัญหาเชิงระบบและเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ ความเข้าใจที่ไม่ตรงกันในการใช้เครื่องมือประเมินที่มีจำนวนหัวข้อและเนื้อหา มาก ภาระงานของพยาบาลที่สูงทำให้ไม่สามารถ



ประเมินภาวะเสี่ยงได้ทันทั่วทั้งที่ อุปสรรคด้านการสื่อสารโดยเฉพาะกับมารดาชาวต่างชาติ การบันทึกและการส่งต่อข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนต่อเนื่อง รวมถึงมารดาขาดความตระหนักต่อความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าสถานการณ์การดำเนินงานแม้มีนโยบาย “ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” มาตรฐานการดูแลรายโรค และการใช้เครื่องมือหลากหลาย เช่น SBAR, SOS score, 13B และแบบประเมินการพลัดตกหกล้ม แต่ยังไม่มีการคัดกรองภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ชัดเจน ระบบฐานข้อมูลและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างแผนกยังมีข้อจำกัด ขณะเดียวกันหน่วยงานมีความต้องการรูปแบบการคัดกรองที่มีขั้นตอนชัดเจนตั้งแต่การรับจนจำหน่าย ต้องการเครื่องมือและฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ที่เชื่อมโยงข้อมูล ANC-ห้องคลอด-หลังคลอด ลดภาระเอกสาร ส่งเสริมการอบรมเฉพาะทางพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ร้อยละ 100 และการนำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (Artificial intelligence: AI) เช่น AI คำนวณคะแนนคัดกรอง จัดระดับความเสี่ยงและแจ้งเตือน AI ช่วยบันทึกเวชระเบียนเพื่อลดงานเอกสารในการบันทึกและประมวลผลข้อมูลการคัดกรองภาวะเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ปัญหาและอุปสรรคในการคัดกรองภาวะเสี่ยงมารดาหลังคลอด

1) ปัญหาความเข้าใจและการใช้แบบประเมินภาวะเสี่ยง พยาบาลมีความเข้าใจในการใช้แบบประเมินภาวะเสี่ยงไม่ตรงกัน เนื่องจากแบบประเมินมีจำนวนหัวข้อและเนื้อหาหลากหลาย ทำให้การคัดกรองไม่ถูกต้องหรือขาดประสิทธิภาพ และการงานที่มากทำให้ไม่สามารถประเมินสภาพผู้คลอดได้ทันทั่วทั้งที่ ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า “แบบประเมินมีหลายชุด ประเมินไม่ทัน ยังประเมินไม่ครบก็ต้องไปให้พยาบาลก่อนเพราะหมอมาสั่งการรักษา” และอีกคนสะท้อนว่า “แบบประเมินมีทั้งจากของกระทรวง ส่วนกลาง กองการพยาบาล และของตึกสูติกรรมหลังคลอดเอง ถ้าบูรณาการรวมกันได้จะดีมาก” นอกจากนี้ข้อเสนอแนะจากทีมผู้ร่วมวิจัยระบุว่า “ทุกตึกในส่วนของการงานสูติกรรม รวมถึงพิเศษจะต้องใช้การคัดกรองภาวะเสี่ยงหลังคลอดให้เป็นแนวทางเดียวกัน และหากข้อมูลที่ได้แชร์ถึงกันได้จะเป็นประโยชน์ลดการประเมินซ้ำซ้อนได้มาก” ข้อมูลสะท้อนว่าความซ้ำซ้อนของแบบประเมินและความไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เป็นปัจจัยที่ทำให้การคัดกรองล่าช้าและเกิดความคลาดเคลื่อนในการตีความ

แนวทางแก้ไขที่ดำเนินการ คือ จัดประชุมให้กับพยาบาลประจำการตึกสูติกรรมหลังคลอดและตึกพิเศษสูติกรรมเพื่อทำความเข้าใจการใช้แบบประเมิน การสื่อสาร และการใช้เครื่องมือร่วมกันอย่างเป็นระบบเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการประเมินภาวะเสี่ยง

2) อุปสรรคด้านการสื่อสารกับมารดาหลังคลอด โดยเฉพาะมารดาต่างชาติ มีข้อจำกัดด้านภาษา โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ส่งผลให้ผู้รับบริการไม่เข้าใจเมื่อพยาบาลอธิบายอาการ การประเมินอาการ และการให้สุขศึกษาทำให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด พยาบาลหลังคลอดรายหนึ่งกล่าวว่า “ภาษาอังกฤษเราก็ไม่ได้เก่งมาก พูดได้เป็นประโยคสั้น ๆ พอสื่อสารได้” และผู้ให้สัมภาษณ์อีกรายระบุว่า “ส่วนใหญ่เป็นแม่หลังคลอดชาวพม่า ถ้ามีล่ามมาด้วยก็จะให้คำแนะนำได้ดีขึ้น หรือถ้าสามีเป็นคนไทยก็พอช่วยสื่อสารได้ แม้จะมีคู่มือแปลภาษาก็ไม่มีเวลาเปิดดู ใช้แอปแปลภาษาดีกว่า” นอกจากนี้ยังมีตัวอย่างเหตุการณ์ที่ต้องใช้ล่ามและภาษากายเพื่อให้มารดาหลังคลอดเข้าใจ เช่น “การดูแลมารดาหลังคลอดชาวต่างชาติที่เป็นครูสอนภาษาอังกฤษ” เป็นต้น ข้อค้นพบสะท้อนว่าอุปสรรคด้านภาษาเป็นปัจจัยสำคัญที่กระทบความถูกต้องของการประเมินและความร่วมมือในการดูแล จึงจำเป็นต้องมีแนวทางสนับสนุนการสื่อสารที่เหมาะสมและใช้งานได้ง่ายจริงภายใต้ภาระงานที่มาก

แนวทางแก้ไข คือ การใช้ล่ามและภาษากายช่วยสื่อสาร และมีการวางแผนใช้เทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันแปลภาษา เพื่อช่วยลดช่องว่างทางภาษาระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

3) ข้อมูลไม่ครบถ้วนและการส่งต่อข้อมูลที่ไม่ต่อเนื่อง ฐานข้อมูลด้านภาวะเสี่ยงและการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลยังมีข้อจำกัด ทั้งในด้านรายการประเมินที่ไม่ครอบคลุม และการขาดรายละเอียดสำคัญ เช่น ภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือด การติดเชื้อ หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ รวมถึงการส่งต่อข้อมูลระหว่างแผนกจากห้องคลอดไปสูติกรรมหลังคลอดที่ยังไม่เป็นระบบ ส่งผลให้การสังเกตอาการและการเฝ้าระวังต่อเนื่องทำได้ไม่เต็มที่ ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า

“บางครั้งห้องคลอดส่งคนไข้มาที่ตึกข้อมูลไม่ครบก็ต้องได้โทรไปสอบถาม ถ้ามีระบบแบบคีย์ข้อมูลแล้วไว้บันทึกที่เราเลยคงจะดี” อีกรายหนึ่งกล่าวว่า “ข้อมูลปัญหาและความเสี่ยงสูงของคนไข้บางที่ส่งมาไม่ครบทำให้ไม่ได้เฝ้าระวังต่อเนื่อง เช่น ตกเลือด



ถ้ามีระบบการส่งต่อข้อมูลที่ถึงถึงกันจะดีมาก” และผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งระบุว่า “ถ้าเชื่อมข้อมูลการประเมินภาวะเสี่ยงได้ตั้งแต่ฝากครรภ์จนถึงหลังคลอดจะลดภาระงานในการประเมินได้มากขึ้น” ข้อมูลสะท้อนช่องว่างการส่งต่อและข้อจำกัดของระบบข้อมูล ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการชักประวัติซ้ำ เพิ่มภาระงานและลดความต่อเนื่องของการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยง

แนวทางแก้ไข มีการพัฒนาการใช้แบบฟอร์มมาตรฐานเพื่อส่งต่อข้อมูลระหว่างแผนก และเชื่อมโยงเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของข้อมูลมากขึ้น

4) การขาดความตระหนักของมารดาหลังคลอดต่อภาวะเสี่ยง มารดาหลังคลอดบางรายขาดความตระหนักต่อความเสี่ยง เช่น การพลัดตกหกล้มในห้องน้ำ การพลัดตกเตียง ถึงแม้พยาบาลจะให้สุศึกษาแล้วก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า “คนไข้บอกปัสสาวะที่เตียงที่เราเสริมหมอนนอน (กระโถน) ไม่ออก ลูกเข้าห้องน้ำให้ญาติพาไปแล้วหกล้มบ้างก็มี” และมีตัวอย่างเหตุการณ์เสี่ยงที่พบในหน่วยงาน เช่น “มารดาหลังคลอดพลัดตกเตียง จากตัวโตเกินขนาดเตียงจึงได้นำเตียงคุณแม่หลังคลอดอีกรายมาต่อกัน” ผลสะท้อนว่าปัจจัยพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมมีบทบาทต่อความปลอดภัยหลังคลอด จึงควรเน้นการสื่อสารความเสี่ยงซ้ำและจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อความปลอดภัย

แนวทางแก้ไข เพิ่มการให้ความรู้ตั้งแต่แรกรับหลังคลอด เพื่อเน้นย้ำความปลอดภัยและการป้องกันอุบัติเหตุ รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยร่วมด้วย

5) การเปลี่ยนแปลงบุคลากรและหัวหน้างาน การหมุนเวียนหัวหน้างานและบุคลากรในหอผู้ป่วยจากการเกษียณอายุราชการ การย้ายแผนก ส่งผลต่อความต่อเนื่องของการดำเนินงานตามแนวทางการคัดกรองภาวะเสี่ยง ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า “หัวหน้าที่ทำงานเรื่องการพัฒนาการคัดกรองภาวะเสี่ยงก็เกษียณอายุราชการ ทำให้ขาดความต่อเนื่องแม้คนใหม่จะดำเนินการต่อแต่หน่วยงานภาระงานมาก” และผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งสะท้อนว่า “การย้ายตึกของพี่พยาบาลก็มีผลทำให้งานที่เคยทำไว้ไม่ต่อเนื่อง” ประเด็นนี้สะท้อนความเสี่ยงเชิงระบบต่อความต่อเนื่องของการพัฒนาและความเข้าใจที่สอดคล้องกันของทีมหากไม่มีมาตรฐานกลางและการถ่ายทอดงานที่ชัดเจน

แนวทางแก้ไข จัดระบบการฝึกอบรม การสื่อสารเชิงระบบ และการวางมาตรฐานกลาง เพื่อให้พยาบาลทุกคนมีความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับการใช้แบบประเมินและแนวทางคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอด

2.2 สถานการณ์และกระบวนการดำเนินงานการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอด ในเชิงระบบ โรงพยาบาลมีนโยบาย แผนงาน และมาตรการที่ชัดเจนในการลดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดตามเป้าหมาย “ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย” ทั้งในด้านการประเมินภาวะสุขภาพ การกำหนดมาตรฐานการเฝ้าระวัง และการส่งต่อรายที่มีภาวะเสี่ยงสูง เช่น การใช้ SBAR เป็นกรอบในการประเมินและรายงานสภาพมารดา การเคยใช้แบบประเมิน SOS Score ในการจำแนกความรุนแรงเป็นสี (แดง ส้ม เหลือง เขียว) และการใช้หลัก 13B ร่วมกับแบบประเมินพลัดตกหกล้มเพื่อลดความเสี่ยงด้านความปลอดภัย สรุประเด็นปัญหาได้ว่าแม้หน่วยงานมีนโยบายและเครื่องมือสนับสนุนด้านความปลอดภัยหลายชนิด (เช่น SBAR, SOS score, 13B และแบบประเมินพลัดตกหกล้ม) แต่การคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอดยังมีข้อจำกัดเชิงระบบ ได้แก่ การใช้เครื่องมือหลายชุดที่ยังไม่บูรณาการเป็นระบบเดียว ทำให้ข้อมูลซ้ำซ้อนและเสี่ยงต่อการตกหล่น ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งสะท้อนว่า “ต้องกรอกและประเมินหลายแบบในคนไข้รายเดียว รายการประเมินบางส่วนซ้ำกันและใช้เวลามาก ทำให้บางครั้งต้องเลือกทำเฉพาะส่วนที่เร่งด่วนหรือจำเป็นก่อน ทำให้การประเมินบางรายการไม่ต่อเนื่องตามที่ควร” นอกจากนี้ ความเข้าใจและการตีความเกณฑ์ การให้คะแนนยังไม่สม่ำเสมอ ส่งผลให้การรายงานและการตอบสนองต่อความเสี่ยงแตกต่างกัน ดังพยาบาลหลังคลอดรายหนึ่งกล่าวว่า “บางประเด็นเกณฑ์ยังตีความไม่เหมือนกัน จึงอยากให้มีแนวทางที่ชัดเจนขึ้น” นอกจากนี้บุคลากรใหม่บางคนยังไม่มั่นใจในการใช้เกณฑ์หรือสื่อสารผ่าน SBAR ให้ครบถ้วน ดังผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งสะท้อนว่า “เมื่อพบความเสี่ยงระดับปานกลาง บางครั้งยังไม่แน่ใจว่าต้องเพิ่มความถี่การประเมิน รายงานแพทย์ หรือส่งต่อ เมื่อใด และควรทำอะไรเป็นลำดับแรก โดยเฉพาะช่วงเปลี่ยนเวรหรือคนไข้ย้ายจากห้องคลอดมาหลังคลอด” และภาระงานที่มากทำให้การคัดกรองบางส่วนล่าช้าหรือบันทึกไม่ครบ ซึ่งกระทบต่อความต่อเนื่องและความปลอดภัยของการดูแลในระยะหลังคลอด



แนวทางแก้ไข ควรพัฒนารูปแบบคัดกรองแบบบูรณาการที่กำหนดเส้นทางการคัดกรองชัดเจนตั้งแต่ห้องคลอด ระยะ 2 ชั่วโมงแรกและตึกหลังคลอด และลดความซ้ำซ้อนของแบบประเมินโดยกำหนดชุดข้อมูลขั้นต่ำที่จำเป็น ควรกำหนดเกณฑ์ การแปลผลและแผนตอบสนองตามระดับความเสี่ยง แบบฟอร์มส่งต่อเพื่อให้ข้อมูลครบถ้วนและสื่อสารตรงกัน และควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรผ่านการอบรมแบบกรณีศึกษาและการประเมินสมรรถนะเฉพาะด้าน ดังพยาบาลห้องคลอดรายหนึ่งกล่าวว่า “อาจจะต้องมีการประชุมอบรมให้พยาบาลห้องคลอดและหลังคลอดเพื่อทบทวนแนวทางการคัดกรองภาวะเสี่ยง หรือส่งไปอบรมในการประชุมที่เกี่ยวข้อง” และใช้ระบบสารสนเทศช่วยบันทึก เชื่อมโยงข้อมูลและแจ้งเตือนเพื่อลดภาระงานเอกสาร ดังพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในตึกสูติกรรมหลังคลอด (ประสบการณ์ >5 ปี) รายหนึ่งกล่าวว่า “ถ้ามีระบบการบันทึกข้อมูลผลการคัดกรอง ภาวะเสี่ยงที่ได้ตั้งแต่ ANC ห้องคลอด และหลังคลอด ที่คีย์แล้วเห็นหมดและมีระบบเตือนด้วยจะดีมาก” เพื่อเพิ่มความทันทั่วถึง และความปลอดภัยของการดูแลมารดาหลังคลอด

2.3 ความต้องการพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะเสี่ยง ความต้องการของหน่วยบริการต่อการพัฒนารูปแบบการคัดกรอง ภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอดแบ่งออกเป็น 4 ด้านหลัก ได้แก่

1) ด้านรูปแบบและขั้นตอนการคัดกรอง ต้องการรูปแบบการคัดกรองที่มีขั้นตอนชัดเจนตั้งแต่แรกรับในห้องคลอดจนถึงจำหน่ายจากตึกหลังคลอด และต้องการให้มีการประชุมร่วมกันระหว่างสูติกรรมหลังคลอด 1 และ 2 เพื่อพัฒนารูปแบบร่วมกัน มีแนวปฏิบัติที่ครอบคลุม กระชับ และสามารถใช้ได้จริงในบริบทภาระงานสูง โดยรูปแบบที่แผนกสูติกรรมหลังคลอดต้องการ คือ การคัดกรองที่กำหนด “ประเด็นประเมินหลัก” ชัดเจนตลอดเส้นทางการดูแลตั้งแต่ห้องคลอด ระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ระยะแรกรับ หลังคลอด โดยประเมินทุกเวรจนกระทั่งก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ใช้ชุดข้อมูลการประเมินคัดกรองขั้นต่ำที่จำเป็น ลดความซ้ำซ้อน และมีเกณฑ์แปลผล แนวทางตอบสนองตามระดับความเสี่ยง รวมทั้งมีระบบรายงานและส่งต่อข้อมูลที่เป็นมาตรฐาน เช่น SBAR หรือแบบฟอร์มส่งต่อ

2) ด้านเครื่องมือและระบบข้อมูล ด้านเครื่องมือ พยาบาลตึกสูติกรรมหลังคลอดต้องการเครื่องมือคัดกรองภาวะเสี่ยง หลังคลอด ที่เป็นแบบประเมิน Checklist ชุดเดียว ใช้งานง่าย กระชับ ลดความซ้ำซ้อนของแบบฟอร์มเดิม ครอบคลุมประเด็นสำคัญ หลังคลอด รายการขั้นต่ำที่จำเป็น เช่น สัญญาณชีพ การหดตัวของมดลูก ปริมาณและลักษณะเลือดที่ออกทางช่องคลอด ความเจ็บปวดแผลฝีเย็บ กระเพาะปัสสาวะ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สภาพจิตใจ และการเสี่ยงต่อการหกล้ม เป็นต้น พร้อมช่องบันทึกสั้น ๆ และมีเกณฑ์แปลผลชัดเจนเพื่อจัดระดับความเสี่ยง (ต่ำ-ปานกลาง-สูง) พร้อมแนวทางตอบสนองและสรุปเพื่อการสื่อสารส่งต่อ เช่น SBAR ได้ทันที ด้านระบบข้อมูล พยาบาลตึกสูติกรรมหลังคลอดต้องการระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงข้อมูลตลอดเส้นทาง คลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด ตึกสูติกรรมหลังคลอด และชุมชน ผ่านฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ เช่น ระบบ I-hos Gen2 ซึ่งเป็นระบบสารสนเทศ โรงพยาบาลที่ใช้เป็นฐานข้อมูลเวชระเบียนและการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล โดยสามารถดึงข้อมูลอัตโนมัติ ลดการคีย์ข้อมูลซ้ำ ประมวลผลและแจ้งเตือนแบบ Real-time รองรับการส่งต่อข้อมูลระหว่างทีม และตรวจสอบย้อนหลังได้ เพื่อลดภาระเอกสาร เพิ่มเวลาการดูแลผู้รับบริการและสนับสนุนความต่อเนื่องของการดูแลหลังจำหน่าย

3) ด้านการอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากร มีความต้องการด้านการอบรมและพัฒนาศักยภาพพยาบาล โดยการอบรมเฉพาะทางด้านการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ ครอบคลุมร้อยละ 100 ของจำนวนพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ในตึกสูติกรรมหลังคลอด เพื่อเสริมความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะเสี่ยง การแปลผลระดับความเสี่ยง และการจัดการภาวะเสี่ยงได้อย่างเป็นระบบ รวมถึงการพัฒนาทักษะการทำงานร่วมกับแผนกอื่นและทีมสหสาขาวิชาชีพ อีกทั้งยังต้องการให้มีการประเมินสมรรถนะเฉพาะด้านของพยาบาลตามกลุ่มโรคสำคัญ เช่น ภาวะตกเลือดหลังคลอด ความดันโลหิตสูงหลังคลอด การติดเชื้อ เป็นต้น เพื่อให้มั่นใจว่าพยาบาลสามารถตอบสนองต่อภาวะเสี่ยงได้อย่างทันทั่วถึงและมีมาตรฐาน

แม้พยาบาลในตึกสูติกรรมหลังคลอดจะมีประสบการณ์ทำงาน แต่จากการสะท้อนความคิดเห็นพบว่ายังคงมีความต้องการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการผดุงครรภ์ใน ภาวะเสี่ยงสูงและภาวะวิกฤต รวมทั้งการฝึกอบรมในนันทนาการ การทบทวนกรณีศึกษา และการประเมินสมรรถนะเป็นระยะ เพื่อยกระดับความมั่นใจและความเชี่ยวชาญในการคัดกรอง เฝ้าระวัง และดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยงให้ปลอดภัยมากยิ่งขึ้น



4) ด้านเทคโนโลยีและ แก๊ซเป็น เทคโนโลยีสารสนเทศและปัญญาประดิษฐ์ (AI) ในการคัดกรองและบันทึกผลต้องการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและ AI ช่วยบันทึกผลและประมวลผลภาวะเสี่ยง เช่น แอปพลิเคชันสำหรับกรอก Checklist แล้วเชื่อมข้อมูลเข้าสู่ฐานข้อมูลกลางและแจ้งเตือนกรณีพบสัญญาณเตือนอันตราย เพื่อสนับสนุนการเฝ้าระวังเชิงรุกและลดความผิดพลาดจากการบันทึกด้วยมือโดยทางดิจิทัลกรรมหลังคลอดมีการใช้ แอปพลิเคชันไลน์ (Line application) เพื่อการติดตามและให้คำปรึกษาหลังจำหน่าย ซึ่งเป็นการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนความต่อเนื่องของการดูแล อย่างไรก็ตาม หน่วยงานยังมีความต้องการต่อยอดสู่ระบบที่มีการประมวลผลความเสี่ยงและแจ้งเตือนอัตโนมัติ เพื่อเพิ่มการเฝ้าระวังเชิงรุกและลดความคลาดเคลื่อนจากการบันทึกข้อมูลด้วยมือ

3. รูปแบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลขอนแก่น จากผลการศึกษาปัญหา อุปสรรค สถานการณ์ และความต้องการของหน่วยบริการ คณะผู้วิจัยร่วมกับผู้เกี่ยวข้องได้สังเคราะห์เป็นรูปแบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งจัดระบบการดำเนินงานให้มีความชัดเจนเป็นลำดับขั้นและเอื้อต่อการนำไปใช้ในบริบทการปฏิบัติงานจริง โดยรูปแบบประกอบด้วย 5 ข้อดังนี้

1) การคัดกรองภาวะสุขภาพมารดาหลังคลอด การคัดกรองเบื้องต้น (Initial screening) มารดาหลังคลอดจะได้รับ การประเมินภายหลังคลอดทันที โดยเป็นการคัดกรองภาวะเสี่ยงในห้องคลอดหลังจากการคลอด ด้วยแบบประเมินที่แผนกห้องคลอด ใช้อยู่เดิม ได้แก่ แบบประเมินมารดาในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด แบบประเมิน 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon's functional health) รวมทั้งแบบประเมิน 13/1 ซึ่งเป็นแบบคัดกรองภาวะสุขภาพ หากพบว่ามีความเสี่ยงสูง จะมีการเฝ้าระวังและติดตาม ต่อเนื่องในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดที่ยังพักฟื้นอยู่ในห้องคลอด เมื่อมารดาหลังคลอดย้ายมาที่แผนกสูติกรรมหลังคลอดจะได้รับการประเมินด้านร่างกายและด้านจิตใจโดยใช้แบบคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอด 14 ด้าน 57 ข้อ ซึ่งเป็นแบบประเมิน ภาวะสุขภาพที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้ โดยบูรณาการแบบประเมินชุดต่างๆเข้าด้วยกัน ในรูปแบบ Checklist และจำแนก ระดับความเสี่ยงตามค่าคะแนนที่ได้ แบบประเมิน SBAR และแบบประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพมารดาหลังคลอดแรกรับ ซึ่งเป็นแบบประเมินเดิมที่ใช้อยู่ เพื่อวางแผนให้การพยาบาล

2) การพยาบาลมารดาหลังคลอดตามผลการประเมินภาวะเสี่ยง ดูแลให้การพยาบาลตามผลการประเมิน โดยการใช้ เทคโนโลยีสารสนเทศและปัญญาประดิษฐ์ (AI) ช่วยในกระบวนการประเมินผลข้อมูลเพื่อวางแผนให้การพยาบาลผ่านระบบฐานข้อมูล I-hos Gen2 ที่เชื่อมโยงกับระบบเวชระเบียน ซึ่งเป็นระบบสารสนเทศโรงพยาบาลที่โรงพยาบาลขอนแก่นใช้งานอยู่ในงานบริการ ประจำวัน เพื่อบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและสนับสนุนการดูแลรักษา โดยมีระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงข้อมูลจากแผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด และสถานบริการในชุมชน ผ่านการส่งต่อผู้รับบริการโดยใช้แบบประเมิน 13/4 ซึ่งใช้การส่งต่อทางโทรศัพท์ระหว่างแผนก และใช้ประวัติผู้ป่วยในการส่งต่อผ่านใบส่งตัวระหว่างจังหวัด นอกจากนี้โรงพยาบาลยังใช้ระบบ I-hos Gen 2 ในการบันทึก ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลลงในระบบ เพื่อเชื่อมต่อข้อมูลของผู้รับบริการในการส่งต่อ โดยพยาบาลสามารถใช้งานระบบเพื่อการบันทึก และเรียกดูข้อมูลได้ในตามงานประจำ เช่น การบันทึกข้อมูลการพยาบาลและการสืบค้นข้อมูลมารดาหลังคลอด อย่างไรก็ตาม การใช้ระบบเพื่อสนับสนุนการประเมินความเสี่ยงเชิงคาดการณ์หรือการแจ้งเตือนอัตโนมัติยังเป็นประเด็นที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติม และระบบ I-hos Gen 2 สามารถแยกระดับความรุนแรงได้ตามโรคที่บุคลากรด้านสุขภาพกำหนด

นอกจากนี้ยังมีการใช้เทคโนโลยีในการเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อการดูแลมารดาหลังคลอด เช่น การใช้แอปพลิเคชันหรือ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการบันทึกข้อมูลการประเมินภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอด และการรายงานผลการประเมินได้ทันที การสร้างระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงข้อมูลตั้งแต่การฝากครรภ์ การคลอด และระยะหลังคลอด เพื่อลดความซ้ำซ้อนและ เพิ่มความสะดวกในการใช้งาน การใช้แอปพลิเคชันไลน์ (Line Application) ในการติดตามเยี่ยม เพื่อให้พยาบาลในจังหวัดขอนแก่น ที่ได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาทราบอาการและการพยาบาลที่ต่อเนื่อง เช่น การดูแลมารดาหลังคลอดหลังการทำหมัน รวมทั้งการเข้าร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์หมอพร้อม ซึ่งแจ้งผ่านทางโทรศัพท์ของผู้ที่มาใช้บริการและลงทะเบียนไว้ เพื่อป้องกันการ ผิดนัดและเพื่อให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ



3) การส่งต่อข้อมูลและการประสานงานระหว่างแผนก มีการส่งต่อข้อมูลโดยใช้แบบฟอร์มมาตรฐานในการส่งต่อข้อมูลระหว่างแผนกต่าง ๆ เช่น จากแผนกห้องคลอดไปยังแผนกสูติกรรมหลังคลอด รวมทั้งหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม โภชนาการ คลินิกนมแม่ แผนกสังคมสงเคราะห์และศูนย์พึ่งได้ (One stop crisis center: OSCC) และส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมสุขภาพที่ดูแล โดยการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร ได้แก่ การใช้แอปพลิเคชันไลน์ และระบบข้อมูลออนไลน์ระบบฐานข้อมูล I-hos Gen2 ซึ่งระบบดังกล่าวช่วยในการประสานงานระหว่างแผนก ในการขอคำปรึกษาด้านการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น ให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว และสามารถแจ้งเตือนเมื่อพบภาวะเสี่ยง รวมทั้งการติดตามผลการประเมินและการพยาบาลทุกวัน ส่งต่อข้อมูลในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดอุบัติการณ์ภาวะเสี่ยงหลังคลอด ป้องกันความปลอดภัยมีระบบให้คำปรึกษาที่แบ่งตามความรุนแรงของความเสี่ยงในมารดาหลังคลอด หากภาวะเสี่ยงต่ำใช้แบบฟอร์มบันทึก แต่หากมีความเสี่ยงรุนแรงใช้การโทรศัพท์เพื่อส่งต่อข้อมูลและการบันทึกลงใน I-hos Gen 2 ซึ่ง บุคลากรด้านสุขภาพเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลแก้ไขปัญหาทันทีและการส่งต่อปัญหาเสี่ยงหรือความต้องการการดูแลเร่งด่วนไปยังระดับสถานบริการชุมชน โดยให้มีข้อบ่งชี้ในการติดตาม โดยใช้คะแนน ADL 4 ระดับ ประเภทที่ 1 หมายถึงมีภาวะเสี่ยงสูง มีปัญหารุนแรง หรือเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ได้แก่ ตกเลือดหลังคลอด มีอาการช็อกหน้ามืด ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ครรภ์เป็นพิษรุนแรงหรือชักหลังคลอด (ปวดศีรษะรุนแรง ตาพร่า แน่นลิ้นปี่ ชัก) ติดเชื้อรุนแรงหรือภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหลังคลอด ใช้สูง หนาวสั่น ซึม มีลิ้มเลือดอุดตัน หายใจหอบเหนื่อยหน้าอก และภาวะจิตเวชรุนแรงหลังคลอด (สับสน ประสาทหลอน เสียใจทำร้ายตนเองและทารก) ประเภทที่ 2 มีภาวะแทรกซ้อนหรือเสี่ยงปานกลางที่ต้องติดตามใกล้ชิด เช่น แผลฝีเย็บหรือแผลผ่าตัดอวัยวะเพศ บวมแดง มีหนอง เยื่อบุโพรงมดลูกอักเสบ ไข้ ปวดท้องน้อย น้ำคาวปลาผิดปกติ เจ็บนม อักเสบหรือท่อน้ำนมอุดตัน เจ็บเต้า ก้อนแข็ง ความดันโลหิตหลังคลอดสูงต่อเนื่อง ต้องปรับยา ภาวะโลหิตจางปานกลางและอ่อนเพลียมาก สงสัยซึมเศร้าหลังคลอด ที่คะแนนคัดกรองผิดปกติแต่ยังไม่ฉุกเฉิน ประเภทที่ 3 ไม่มีสัญญาณอันตราย มีปัญหาเล็กน้อยแต่รบกวนการใช้ชีวิต เช่น คัดตึงเต้านม หัวนมแตก ให้นมลำบาก ที่ยังไม่เข้าเกณฑ์อักเสบ ท้องผูก ริดสีดวงทวารปัสสาวะแสบขัดเล็กน้อย นอนไม่พอ อ่อนเพลียเครียด แต่ดูแลตนเองได้ น้ำคาวปลา มดลูกเข้าอู่ตามปกติแต่มีความวิตกกังวล และประเภทที่ 4 เป็นกลุ่มอาการปกติหลังคลอด ดูแลตนเองได้ดี ซึ่งมารดาหลังคลอดจะได้รับการติดตามเยี่ยมหลังคลอดตามระดับความรุนแรงทั้ง 4 ระดับ จากการกำหนดโรคและกำหนดระดับความรุนแรง ปกป้องการติดตามเยี่ยม (เลือกสายที่เยี่ยม) ประเมินผลติดตาม โดยมี อสม. ช่วยเป็นตัวกลาง และมีการส่งกลับข้อมูลจากโรงพยาบาลหรือสถานบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิให้กับโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

4) อบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลมารดาหลังคลอด สนับสนุนให้พยาบาลเข้ารับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผดุงครรภ์ในภาวะเสี่ยงสูงและภาวะวิกฤต การฝึกทักษะพยาบาลด้านสูติกรรมแบบการฝึกอบรมขณะปฏิบัติงาน (On the job training) รวมทั้งในรายที่มีความเสี่ยงสูง นำมาประชุมปรึกษาทางการแพทย์และพยาบาล (Conference case) และการมอบหมายผู้ดูแลเฉพาะโรค รวมทั้งมีการสอบการประเมินสมรรถนะเฉพาะด้าน (Specific training competency) สำหรับพยาบาลทุกคนในทุกโรค การรับการนิเทศจากหัวหน้าตึกและผู้บริหารระดับสูงในหน่วยงาน หรือกิจกรรมการพยาบาลเมื่อมีผู้รับบริการเสี่ยงสูง เช่น การประชุมประจำวันและการตรวจเยี่ยมทางการพยาบาล เป็นต้น เพื่อให้มีความรู้และทักษะการคัดกรองภาวะเสี่ยง การใช้เครื่องมือประเมิน การสื่อสารโดยเฉพาะกับมารดาหลังคลอดชาวต่างชาติ การใช้เทคโนโลยีในการประเมินภาวะเสี่ยงสำหรับมารดาหลังคลอดและการปรับปรุงระบบการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาลที่มีมาตรฐาน ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของมารดาหลังคลอด อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า “กิจกรรมบางส่วนแม้มีอยู่ในงานประจำ แต่ยังมีความต้องการให้พัฒนาเป็น ระบบการฝึกอบรมที่แตกต่างจากการทำงาน Routine” โดย 1) กำหนดหัวข้อและทักษะจำเป็นตามกลุ่มโรคสำคัญหลังคลอดอย่างชัดเจน 2) มีแนวทางปฏิบัติเดียวกันและ Checklist ทักษะสำหรับใช้ฝึกและประเมินภาวะเสี่ยง 3) มีผู้รับผิดชอบหรือพี่เลี้ยงเฉพาะโรค 4) มีการประเมินสมรรถนะก่อนและหลัง หรือเป็นช่วงระยะเวลาเช่น ทุก 3 เดือน และ 5) มีการติดตามผลและทบทวนจากข้อมูลเหตุการณ์เสี่ยง เช่น Morning talk หรือ AAR เพื่อให้การพัฒนาเกิดหลักฐานเชิงระบบมากกว่าการเรียนรู้จากประสบการณ์เฉพาะบุคคล ซึ่งแนวทางดังกล่าวจะช่วยยกระดับความสม่ำเสมอของการคัดกรอง การแปลผล และการตอบสนองต่อภาวะเสี่ยงในตึกสูติกรรมหลังคลอด



สำหรับการประเมินการสื่อสารกับมารดาหลังคลอดชาวต่างชาติ ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า เป็นข้อจำกัดสำคัญที่กระทบความถูกต้องของการประเมินและความร่วมมือในการดูแล เสนอแนวทางพัฒนาเชิงปฏิบัติที่เป็นไปได้ ได้แก่ 1) จัดให้มีช่องทาง “ล่าม หรือผู้ช่วยสื่อสาร” ตามภาษาที่พบบ่อย หรือระบบโทรวิดีโอล่ามในกรณีเร่งด่วน 2) จัดทำสื่อสุขศึกษาและแบบประเมิน ความเสี่ยง คำแนะนำ หลังคลอดฉบับย่อเป็นหลายภาษา เช่น แผ่นพับ คิวอาร์โค้ด (QR code) วิดีโอสั้น เน้นสัญญาณอันตรายและการดูแลตนเอง 3) จัดทำชุดประโยคมาตรฐานสำหรับการประเมินอาการสำคัญ 4) ใช้เทคโนโลยีแปลภาษาเพื่อให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากขึ้น และลดความคลาดเคลื่อนในการประเมินภาวะเสี่ยง

5) การประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอด ตรวจสอบการใช้เครื่องมือแบบคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอด โดยตรวจสอบผลลัพธ์การคัดกรองภาวะเสี่ยงอย่างต่อเนื่องทุกวัน เพื่อรวบรวมสถิติ ความเสี่ยงสำหรับใช้ในการวางแผนการดูแลและพัฒนากระบวนการคัดกรองให้มีประสิทธิภาพ กำหนดให้มีการประชุมประจำวัน เพื่อเป็นการทบทวนภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอดที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ปัญหาที่พบจากการดูแลโดยการทบทวนหลังปฏิบัติงาน เพื่อตรวจสอบข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นในการดูแลภาวะเสี่ยง และวางแผนแก้ไขปรับปรุงการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอดต่อไป และการประชุมทบทวนกรณีผู้ป่วย ในมารดาหลังคลอดที่มีปัญหาสุขภาพรุนแรง เพื่อวางแผนการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ

ผลการประเมินภาวะสุขภาพมารดาหลังคลอดจากการใช้แบบคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอด ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 201 ราย พบว่ามารดาหลังคลอดส่วนใหญ่อยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ (ร้อยละ 36.30) ถึงปานกลาง (ร้อยละ 63.70) และไม่พบมารดาที่มีภาวะเสี่ยงระดับสูง ด้านที่ควรเฝ้าระวังมากกว่าด้านอื่นคือ เต้านมและการให้นม (Breast & Lactation) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในช่วง 1.07–1.80 คะแนน โดยเฉพาะภาวะน้ำนมมาช้าพบจำนวน 39 ราย (ร้อยละ 19.40) มีค่าเฉลี่ย 1.80 (S.D.=0.77) และคะแนน LATCH ต่ำกว่า 7 จำนวน 36 ราย (ร้อยละ 17.91) นอกจากนี้ ด้านความเชื่อและความพร้อมในการดูแลตนเองและทารก (Belief) พบว่าการพักผ่อนนอนหลับ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าข้ออื่น (Mean=1.43, S.D.=0.54) รวมถึงด้านหน้าท้องและการหดตัวของมดลูก (Belly & Fundus) และด้านการทำงานของลำไส้ (Bowel movement) ที่พบประเด็นควรติดตาม ได้แก่ ความเจ็บปวดหลังคลอด (Mean=1.42, S.D.=0.62) จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 5.97) และการขับถ่ายอุจจาระ (Mean=1.38, S.D.=0.76) จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 10.95) ตามลำดับ กลุ่มมารดาที่มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรคมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ารายการอื่นในด้านเดียวกัน (Mean=1.36, S.D.=0.83) จำนวน 39 ราย (ร้อยละ 19.40) จึงควรได้รับการเฝ้าระวังและวางแผนการดูแลเฉพาะราย

การอภิปรายผล

1. ปัญหาและอุปสรรคของการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า มีประเด็นปัญหาและอุปสรรค 5 ประเด็น ได้แก่ 1) ความเข้าใจและการใช้แบบประเมินภาวะเสี่ยง 2) การสื่อสารกับมารดาหลังคลอด โดยเฉพาะมารดาต่างชาติ 3) ข้อมูลไม่ครบถ้วนและการส่งต่อข้อมูลที่ไม่ต่อเนื่อง 4) การขาดความตระหนักของมารดาหลังคลอดต่อภาวะเสี่ยง และ 5) การเปลี่ยนแปลงบุคลากรและหัวหน้างาน ทั้งนี้สะท้อนว่าอุปสรรคดังกล่าวเป็น “ปัจจัยเชิงระบบ” ที่เกี่ยวข้องกับทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ของคุณภาพการดูแล^{10,12} เนื่องจาก เครื่องมือประเมินภาวะเสี่ยงมีรายการมากและซับซ้อน ทำให้ใช้งานยาก ไม่สอดคล้องกับ Workflow และภาระงานที่มากของพยาบาล โดยเฉพาะการประเมินในมารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูง ซึ่งอาจเพิ่มภาระด้านการบันทึก (Documentation burden) และภาระการคิดเชิงคลินิก (Cognitive load) ส่งผลให้เกิดการตกหล่น/การประเมินไม่ทันทั่วไปได้^{13,14} นอกจากนี้ อาจเนื่องมาจาก ความถี่และความต่อเนื่องของการประเมินสภาพ การเฝ้าระวัง และการส่งต่อ ยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ข้อมูลมารดาหลังคลอดในการส่งต่อระหว่างแผนกไม่สมบูรณ์ ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานด้านความปลอดภัย ผู้ป่วยที่ชื่อว่า “ช่วงเปลี่ยนผ่านการดูแล (Handoff/transitions)” เป็นจุดเสี่ยงสำคัญ และการใช้เครื่องมือส่งต่อแบบมีโครงสร้าง (Structured handoff protocols) เช่น SBAR สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพการสื่อสารและความปลอดภัยได้¹⁵ อีกทั้งเกิดช่องว่างด้านภาษาการสื่อสาร โดยเฉพาะในมารดาต่างชาติ อาจส่งต่อการประเมินอาการ การให้สุขศึกษา และการให้ความร่วมมือของมารดาหลังคลอด ซึ่งสัมพันธ์กับมิติ “ประสบการณ์การดูแล (Experience of care)” และการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานคุณภาพการดูแลมารดาและทารก¹²



2. สถานการณ์และกระบวนการดำเนินงานการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอด พบว่า มีประเด็นสถานการณ์และกระบวนการดำเนินงานการคัดกรองภาวะเสี่ยง 2 ประเด็น ได้แก่ (1) การคัดกรองเบื้องต้นในห้องคลอด ภายหลังการคลอดมีการคัดกรองภาวะเสี่ยงทันที (2) การประเมินต่อเนื่องที่แผนกสูติกรรมหลังคลอด เมื่อย้ายมารดาหลังคลอดเข้าสูติกรรม มีการใช้แบบประเมินหลายชุด สะท้อนให้เห็นว่าโรงพยาบาลขอนแก่นมีระบบคัดกรองที่มีโครงสร้างและกลไกกำกับชัดเจนภายใต้เป้าหมายความปลอดภัยของมารดาและทารก โดยมีมาตรการทั้งระดับองค์กร (นโยบาย แผนการดำเนินงาน แบบฟอร์ม มาตรฐานการเฝ้าระวังการประชุมทบทวน) และระดับปฏิบัติการ (คัดกรองทันทีหลังคลอด เฝ้าระวัง 2 ชั่วโมงแรก ประเมินต่อเนื่องในสูติกรรม และใช้ SBAR ในการรายงาน) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดคุณภาพบริการสุขภาพของ Donabedian ที่อธิบายว่า ผลลัพธ์จะดีขึ้นเมื่อโครงสร้างและกระบวนการ ถูกออกแบบให้สนับสนุนการดูแลที่ถูกต้อง ทันเวลา และต่อเนื่อง¹⁰ และสอดคล้องกับมาตรฐานคุณภาพการดูแลมารดาทารกในสถานพยาบาลขององค์การอนามัยโลก ที่เน้นทั้งมิติ การจัดการบริการและการให้การดูแล (Provision of care) และมีมิติประสบการณ์ของผู้รับบริการ (Experience of care) รวมถึงระบบพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระดับหน่วยบริการ^{12,16} เมื่อพิจารณารายละเอียดของการคัดกรองเบื้องต้น มีความสอดคล้องกับมาตรฐานและคำแนะนำสากลด้านการดูแลหลังคลอดที่เน้นการประเมินต่อเนื่องใน 24 ชั่วโมงแรก โดย World Health Organization (WHO) ระบุให้มีการประเมินลักษณะและปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดและมดลูก สัญญาณชีพ อุณหภูมิ และองค์ประกอบสำคัญอื่น ๆ อย่างสม่ำเสมอในช่วง 24 ชั่วโมงแรก เริ่มตั้งแต่ชั่วโมงแรกหลังคลอด¹⁷

3. ความต้องการพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะเสี่ยง พบว่า ความต้องการของหน่วยบริการมีทั้งหมด 4 ด้านหลัก ได้แก่ 1) ด้านรูปแบบและขั้นตอนการคัดกรอง 2) ด้านเครื่องมือและระบบข้อมูล 3) ด้านการอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากร 4) ด้านเทคโนโลยีและ AI ในการคัดกรองและบันทึกผล ทั้งนี้เนื่องจากอาจมีความต้องการเชิงระบบ เพื่อให้การคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอดเป็นงานประจำที่ถูกต้อง ทันเวลา ต่อเนื่อง โดยความต้องการทั้ง 4 ด้านสามารถอธิบายได้ด้วยกรอบ โครงสร้างกระบวนการ ผลลัพธ์ ของ Donabedian ดังที่กล่าวข้างต้น¹⁰ และเมื่อพิจารณาตามแนวคิดการออกแบบระบบงาน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Systems engineering initiative for patient safety: SEIPS) ความต้องการที่กลุ่มตัวอย่างต้องการเป็นการปรับระบบงาน ให้สอดคล้องกันระหว่างการจัดการ คน งาน เครื่องมือ เทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม องค์กร เพื่อลดความคลาดเคลื่อนและเพิ่มความปลอดภัยของผู้รับบริการ¹⁸

4. ด้านรูปแบบและขั้นตอนการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการให้มีขั้นตอนชัดเจนตั้งแต่ห้องคลอดจนจำหน่าย และมีแนวปฏิบัติที่กระชับ ใช้ได้จริง ในการประเมินภาวะเสี่ยงในผู้รับบริการ สอดคล้องกับมาตรฐานคุณภาพการดูแลมารดาและทารกขององค์การอนามัยโลกที่เน้นทั้งการจัดการดูแลและการดูแลตามประสบการณ์ของผู้รับบริการ ควบคู่กับระบบพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่องในหน่วยบริการ¹² การมีระบบการคัดกรองภาวะเสี่ยง ช่วยลดระยะเวลาในการประเมินภาวะเสี่ยงของผู้รับบริการ ทำให้การเฝ้าระวังภาวะวิกฤตที่มีโอกาสเกิดขึ้นในระยะหลังคลอดอย่างรวดเร็ว ตามมาตรฐานการดูแลในระยะแรกหลังคลอดขององค์การอนามัยโลก¹⁷ ด้านการใช้เครื่องมือและระบบข้อมูลของผู้รับบริการยังมีความต้องการ แบบตรวจรายการ (Checklist) ที่ใช่ง่าย เชื่อมข้อมูลจากแผนกฝากครรภ์ แผนกห้องคลอด แผนกหลังคลอด และมีระบบการส่งต่อข้อมูลของผู้รับบริการไปยังชุมชนทำให้ข้อมูลสมบูรณ์ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่เหมาะสม¹⁸ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด SEIPS ซึ่งเห็นว่า เครื่องมือระบบสารสนเทศไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานและบริบทของหน่วยงานอาจทำให้เกิดการแก้ไขปัญหเฉพาะหน้า (Workarounds) และความคลาดเคลื่อนของข้อมูลผู้รับบริการ¹⁹ ด้านการอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากร หน่วยบริการมีความต้องการให้บุคลากรเข้ารับการพัฒนาศักยภาพการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการผดุงครรภ์ในภาวะเสี่ยงสูงให้ครบ 100% และพัฒนาสมรรถนะความเชี่ยวชาญด้านความรู้ ทักษะการประเมินและการตัดสินใจเชิงคลินิก ในการพยาบาลมารดาและทารกทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดอย่างปลอดภัย²⁰ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการป้องกัน และจัดการภาวะแทรกซ้อน เช่น การตกเลือดหลังคลอด²¹ ด้านเทคโนโลยีและ AI ในการคัดกรองและบันทึกผล พบว่าความต้องการแอปพลิเคชันในการบันทึกผู้รับบริการ การตรวจรายการแบบ checklist มีระบบฐานข้อมูลกลางที่เชื่อมต่อกับแผนก พร้อมระบบ



การแจ้งเตือนภาวะเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ozkan และคณะ กล่าวว่า ระบบช่วยตัดสินใจทางคลินิก (Clinical decision support systems: CDSS) ในแผนกสูติกรรมหลังคลอด ที่มีระบบการแจ้งเตือนที่ดีนั้น สามารถปรับปรุงคุณภาพของการบันทึกข้อมูลทางคลินิกได้และช่วยเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลภาวะสุขภาพผู้รับบริการ²² และองค์การอนามัยโลก พบว่า การทำดิจิทัลฟอร์มร่วมกับระบบ CDSS สามารถเพิ่มอัตราการใช้การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) ผ่านอุปกรณ์ดิจิทัล และการติดตามข้อมูลดิจิทัล (Digital tracking) ภายใต้งานไขความพร้อมและความปลอดภัยของข้อมูล²³

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้สังเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการของหน่วยบริการร่วมกับการประชุมปรึกษาผู้เกี่ยวข้องจนได้ “รูปแบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลขอนแก่น” ที่จัดระบบการดำเนินงานให้ชัดเจนเป็นลำดับขั้นและสอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การคัดกรองภาวะสุขภาพมารดาหลังคลอด 2) การพยาบาลตามผลการประเมินภาวะเสี่ยง 3) การส่งต่อข้อมูลและการประสานงานระหว่างแผนก 4) การอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากร และ 5) การติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบ เพื่อสนับสนุนความต่อเนื่องของการดูแลตั้งแต่ห้องคลอด ระยะ 2 ชั่วโมงแรก จนถึงการดูแลในตึกสูติกรรมหลังคลอด

รูปแบบและแบบคัดกรองภาวะเสี่ยงได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ ทั้งนี้ การประเมินภาวะเสี่ยงของมารดาหลังคลอดจำนวน 201 รายด้วยแบบคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอดตามหลัก 13B พบว่าไม่พบมารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูง พบประเด็นที่ควรเฝ้าระวังมากกว่าด้านอื่น ได้แก่ ด้านเต้านมและการให้นม การพักผ่อนนอนหลับ ความเจ็บปวดหลังคลอด และการขับถ่ายอุจจาระ รวมถึงกลุ่มที่มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค สะท้อนความจำเป็นของการมีระบบคัดกรองที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ลดความซ้ำซ้อนของการบันทึก และสนับสนุนการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การเฝ้าระวังและการดูแลมารดาหลังคลอดเป็นไปอย่างทันทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษานี้ดำเนินการในโรงพยาบาลขอนแก่นเพียงแห่งเดียวและประเมินผลในช่วงเวลาจำกัด จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในหลายบริบทและติดตามผลระยะยาวเพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการนำไปใช้ในการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ รูปแบบและขั้นตอนการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอดที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในแผนกสูติกรรมเพื่อการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีแนวโน้มเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้ การคัดกรองอย่างมีมาตรฐานจะช่วยให้บุคลากรสามารถเฝ้าระวัง ตรวจพบความผิดปกติได้อย่างรวดเร็ว ลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมความปลอดภัยของมารดาหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาวิจัยต่อเนื่องเพื่อประเมินประสิทธิผลของการนำรูปแบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงในมารดาหลังคลอดไปใช้ โดยเน้นการติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing outcomes) และผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย เช่น อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ระยะเวลาการตรวจพบภาวะเสี่ยง การส่งต่อหรือการจัดการภาวะเสี่ยงได้ทันทั่วถึง รวมถึงความพึงพอใจของมารดาและบุคลากร เพื่อสนับสนุนการพัฒนาแบบให้มีความเหมาะสมและยั่งยืนมากยิ่งขึ้นในบริบทการบริการสุขภาพจริง

References

1. World Health Organization. Postpartum haemorrhage [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2024 Feb 27]. Available from: [https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)/areas-of-work/maternal-and-perinatal-health/postpartum-haemorrhage](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/areas-of-work/maternal-and-perinatal-health/postpartum-haemorrhage)



2. World Health Organization. First global call for data on postpartum haemorrhage [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2025 Feb 27]. Available from: <https://www.who.int/news-room/articles-detail/first-global-call-for-data-on-postpartum-haemorrhage>
3. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization; 2012. [cited 2025 Feb 27]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502_eng.pdf?sequence=1
4. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No.183: Postpartum hemorrhage. *Obstetrics & Gynecology*. 2017;130(4):e168–e186. doi: 10.1097/AOG.0000000000002351.
5. Escobar MF, Nassar AH, Theron G, Barnea ER, Nicholson W, Ramasauskaite D, et al. FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2022;157(Suppl 1):3–50. doi: 10.1002/ijgo.14116.
6. Department of Health, Ministry of Public Health (Thailand). Situation analysis of Thai maternal deaths, fiscal year 2020 (October 2019–September 2020): Maternal Death Surveillance and Response (MDSR) system, Health Promotion Bureau, Department of Health [Internet]. Nonthaburi (TH): Department of Health; 2020 [cited 2026 Jan 14]. Available from: https://hp.anamai.moph.go.th/th/maternal-mortality-ratio/download?id=79052&mid=30954&mkey=m_document&lang=th&did=24018 (in Thai)
7. Khon Kaen Hospital. Obstetric Department service database (delivery statistics report, 2019–2021) [intranet database]. Khon Kaen: Khon Kaen Hospital; 2022. (in Thai)
8. Hababa H, Assarag B. Overall maternal morbidity during pregnancy using the WHO-WOICE instrument in Morocco. *PLOS ONE*. 2023;18(8):e0275882. doi: 10.1371/journal.pone.0275882.
9. Munk-Olsen T, Liu X, Madsen KB, Kjeldsen MMZ, Petersen LV, Bergink V, et al. Postpartum depression: A developed and validated model predicting individual risk in new mothers. *Translational psychiatry*. 2022;12(419):1–11. doi: 10.1038/s41398-022-02190-8.
10. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed?. *The Journal of the American Medical Association*. 1988;260(12):1743–8. doi: 10.1001/jama.260.12.1743.
11. Perinatal Services BC. Obstetrics guideline 20: Postpartum nursing care pathway [Internet]. Vancouver (BC): Perinatal Services BC; 2011 Mar [cited 2024 Jan 28]. Available from: <https://cms.psbchealthhub.ca/sites/default/files/2023-10/PostpartumNursingCarePathway.pdf>
12. World Health Organization. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: World Health Organization; 2016.
13. Agency for Healthcare Research and Quality. Technical brief No. 47: Measuring documentation burden in healthcare [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2024 [cited 2026 Jan 13]. Available from: <https://effectivehealthcare.ahrq.gov/products/documentation-burden/technical-brief>



14. Asgari E, Kaur J, Nuredini G, Balloch J, Taylor AM, Sebire N, et al. Impact of electronic health record use on cognitive load and burnout among clinicians: Narrative review. *Journal of Medical Internet Research Medical Informatics*. 2024;12:e55499. doi: 10.2196/55499.
15. McCarthy R, Glynn M, Kearsley R, Drew R, Cotter M, Murphy C. In response to “Maternal physiological parameters and routine laboratory tests to screen for maternal sepsis: An observational cohort study” – Neutrophil-to-lymphocyte ratio as a promising cost-effective adjunct in the early detection of maternal sepsis. *International Journal of Obstetric Anesthesia*. 2025;64:104769. doi: 10.1016/j.ijoa.2025.104769.
16. Müller M, Jürgens J, Redaelli M, Klingberg K, Hautz WE, Stock S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review. *British Medical Journal*. 2018;8(8):e022202. doi: 10.1136/bmjopen-2018-022202.
17. World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2026 Jan 13]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK579653/>
18. Wang Z, West CP, Vaa Stelling BE, Hasan B, Simha S, Saadi S, et al. Measuring documentation burden in healthcare Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2024.
19. Carayon P, Schoofs Hundt A, Karsh BT, Gurses AP, Alvarado CJ, Smith M, et al. Work system design for patient safety: The SEIPS model. *Quality and Safety in Health Care*. 2006;15(Suppl1):i50–i58. doi: 10.1136/qshc.2005.015842.
20. International Confederation of Midwives. ICM essential competencies for midwifery practice [Internet]. 2024 [cited 2026 Jan 13]. Available from: https://internationalmidwives.org/wp-content/uploads/EN_ICM-Essential-Competencies-for-Midwifery-Practice-1.pdf
21. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2012 [cited 2026 Jan 14]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502>
22. Ozkan A, Acar Z. Digitization in nursing processes and the use of clinical decision support systems: Do they improve perinatal indicators? *BMC Pregnancy Childbirth*. 2025;28;25(1):218. doi: 10.1186/s 12884-025-07272-1.
23. World Health Organization. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2025 Nov 24]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550505>



ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบองค์รวมต่อความรู้ ทักษะ และระดับความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ

จิรัชญา เหล่าคมพฒณาจารย์ ปร.ด.^{1,4} สุภาวดี ตั้งใจ พย.บ.²

จิตติรัตน์ เหล่าคมพฒณาจารย์ ปร.ด.³ อ้อยใจ กุชัยภูมิ พย.บ.²

ศิริพร มาสูงเนิน พย.บ.²

(วันรับบทความ: 9 ธันวาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2569/ วันตอบรับบทความ: 4 มีนาคม พ.ศ.2569)

บทคัดย่อ

การเจาะน้ำคร่ำเป็นหัตถการเพื่อการวินิจฉัยความผิดปกติทางโครโมโซมหรือพันธุกรรมของทารกในครรภ์ ซึ่งมักดำเนินการในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูง หัตถการดังกล่าวอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความวิตกกังวลทั้งต่อกระบวนการตรวจและผลการตรวจ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบองค์รวมเพื่อเสริมสร้างความรู้ ส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกและลดระดับความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยกึ่งทดลองหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อน-หลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบองค์รวมต่อความรู้ ทักษะและระดับความวิตกกังวลกลุ่มตัวอย่างคือสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ จำนวน 31 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเลือกและเหมาะสมต่อการวิจัยทางการแพทย์ในบริบทคลินิก ประเมินผลลัพธ์ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมและติดตามผล หลังจากนั้น 2 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวัดความรู้ ทักษะและความวิตกกังวล ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่า IOC เท่ากับ 0.67–1.00 ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ ตามสูตร KR-20 เท่ากับ 0.78 ส่วนแบบวัดทัศนคติและความวิตกกังวล มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.79 และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ repeated measures ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลแบบองค์รวมช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้และทัศนคติเชิงบวกอยู่ในระดับสูง ขณะที่ระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม รวมถึงระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ พบว่าความรู้และทัศนคติเพิ่มขึ้น และระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างความรู้และทัศนคติเชิงบวก รวมทั้งลดระดับความวิตกกังวล โดยเสนอแนะให้มีการศึกษาผลในระยะยาว การเปรียบเทียบกับรูปแบบการให้ข้อมูลอื่น และการพัฒนารูปแบบดิจิทัลหรือออนไลน์ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและความต่อเนื่องของข้อมูล

คำสำคัญ: การเจาะน้ำคร่ำ โปรแกรมให้ความรู้แบบองค์รวม ความรู้ ทักษะ ความวิตกกังวล

¹อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

²พยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานห้องฝากครรภ์และวางแผนครอบครัว กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชัยภูมิ

³อาจารย์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

⁴ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: jungera2520@gmail.com โทรศัพท์: 081-6616725



The Effects of a Holistic Information Program on Knowledge, Attitudes, and Anxiety Levels among Pregnant Women Undergoing Amniocentesis

Jiratchaya Laokhompruttajarn Ph.D.^{1,4} Supawadee Thangjai B.N.S.²

Thitirat Laokhompruttajarn D.PA.³ Oojjai Kuchaiyaphum B.N.S.²,

Siriporn Masoongnern B.N.S.²

(Received Date: December 9, 2025, Revised Date: February 9, 2026, Accepted Date: March 4, 2026)

Abstract

Amniocentesis is a diagnostic procedure for detecting chromosomal or genetic abnormalities in the fetus commonly performed in high-risk pregnant women. The procedure may lead to complications and cause anxiety related to both the process and the test results. Therefore, the researcher developed a holistic information program to effectively enhance knowledge, foster positive attitudes, and reduce anxiety among pregnant women. This quasi-experimental one-group pretest-posttest study aimed to examine the effects of the holistic information program on knowledge, attitudes, and anxiety levels. The sample consisted of 31 pregnant women undergoing amniocentesis who were selected through purposive sampling according to set inclusion criteria and who were considered appropriate for nursing research within a clinical context. Outcomes were assessed before and after participation in the program and in a follow-up evaluation conducted two weeks later. The research instruments consisted of questionnaires measuring knowledge, attitudes, and anxiety related to amniocentesis. The content validity of the instruments was assessed by a panel of experts with Index of Item-Objective Congruence (IOC) values ranging from 0.67 to 1.00. The reliability of the knowledge questionnaire, determined using the Kuder-Richardson Formula 20 (KR-20), was 0.78, whereas the attitude and anxiety questionnaires demonstrated Cronbach's alpha coefficients of 0.79 and 0.82, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and repeated-measures ANOVAs.

The results showed that the holistic information program helped pregnant women achieve high levels of knowledge and positive attitudes, while reducing their anxiety levels low. Furthermore, comparisons of scores before and after participation and at the two-week follow-up revealed significant increases in knowledge and attitudes and a significant decrease in anxiety at the .05 level. The program effectively enhanced knowledge and positive attitudes and reduced anxiety levels. It is recommended to study long-term effects of the program and compare with other information delivery methods, as well as to develop digital or online formats to improve accessibility and continuity of information.

Keywords: amniocentesis, patient education, health knowledge, attitudes, anxiety

¹Lecturer, Department of Maternal, Infant, and Midwifery Nursing Program, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University.

²Nursing, Department of Antenatal Care and Family Planning Clinic, Outpatient Nursing Unit, Nursing Division, Chaiyaphum Hospital.

³Lecturer, Faculty of Liberal Arts and Science, Chaiyaphum Rajabhat University,

⁴Corresponding author, Email: jungera2520@gmail.com Tel: 081-6616725



Introduction

Amniocentesis is a medical procedure used to diagnose chromosomal or genetic abnormalities in the fetus.¹ The procedure involves inserting a needle through the abdominal wall to withdraw amniotic fluid for testing, typically performed at 16-18 weeks of gestation to help pregnant women and their families plan the pregnancy appropriately.² This test is generally indicated for high-risk pregnant women, such as those aged 35 years or older, carriers of genetic disorders, or those with abnormal screening results.^{3,4} However, it is contraindicated in cases of premature placental abruption, placenta previa, or cervical incompetence, and genetic counseling should be provided prior to the procedure.⁵ Amniocentesis may cause complications such as infection, leakage of amniotic fluid, or miscarriage; therefore, it should be performed by experienced physicians.⁶

Amniocentesis is considered a high-risk procedure that may threaten the safety of both the pregnant woman and the fetus, leading to fear and anxiety about complications such as miscarriage, bleeding, or amniotic fluid leakage, as well as concerns about test results that may indicate fetal abnormalities.⁷ External factors such as cost, unfamiliarity with the hospital environment, healthcare personnel, and fear of pain also contribute to anxiety.⁸ Generally, anxiety tends to decrease once the test results confirm that the fetus is normal.⁹ However, during the waiting period for results, pregnant women often experience stress due to uncertainty and fear, which necessitates informational and psychological support to help them cope and adapt appropriately. Outcome measures were assessed before and after participation in the intervention, with a follow-up at two weeks to adequately capture changes in anxiety levels.¹⁰

According to statistics from the antenatal care and family planning unit, Outpatient nursing division at Chaiyaphum hospital, between 2021 and 2023, the number of pregnant women undergoing amniocentesis was 354, 415, and 443, respectively, with chromosomal abnormalities detected in 14, 18, and 21 cases, showing a continuous upward trend.¹¹ Interviews with pregnant women who underwent amniocentesis revealed fear and anxiety regarding the procedure and concerns about test results that might indicate fetal abnormalities. Currently, there is limited nurse-led holistic information program systematically evaluating knowledge, attitudes, and anxiety in the context of antenatal care. This holistic information program represents a nurse-led intervention and is part of ongoing quality improvement in antenatal nursing care.¹² It incorporates genetic counseling through flip charts and educational leaflets for home study.¹¹ However, there is still a lack of psychological support activities to reduce stress and anxiety, and no evaluation has been conducted on the knowledge, attitudes, and anxiety levels of pregnant women undergoing amniocentesis. Therefore, the researcher recognized the importance of this issue and developed a holistic information program in collaboration with the antenatal care and family planning unit, applying Rosenstock et al.'s health belief model¹³, Leventhal and Johnson's self-regulation theory¹⁴, and Lazarus and Folkman's Stress and Coping Theory¹⁵ to create a program that effectively promotes knowledge, positive attitudes, and reduces anxiety among pregnant women undergoing amniocentesis.

Research Objectives

1. To examine the effects of a holistic information program on knowledge, attitudes, and anxiety levels among pregnant women undergoing amniocentesis.



2. To compare the mean scores of knowledge, attitudes, and anxiety levels among pregnant women undergoing amniocentesis at three time points: before participation in the holistic information program, one week after the intervention, and at 2 week follow-up.

Conceptual Framework of the Study

This study developed a conceptual framework based on the Health Belief Model, Self-Regulatory Theory, and Stress and Coping Theory to examine the effects of a holistic information program on pregnant women undergoing amniocentesis. The program aims to provide accurate information, enhance emotional support, and promote appropriate stress-coping strategies. It consists of a single 22-minute intervention session, with outcomes assessed before and immediately after participation, followed by a two-week follow-up. The conceptual framework of the study is summarized as follows.

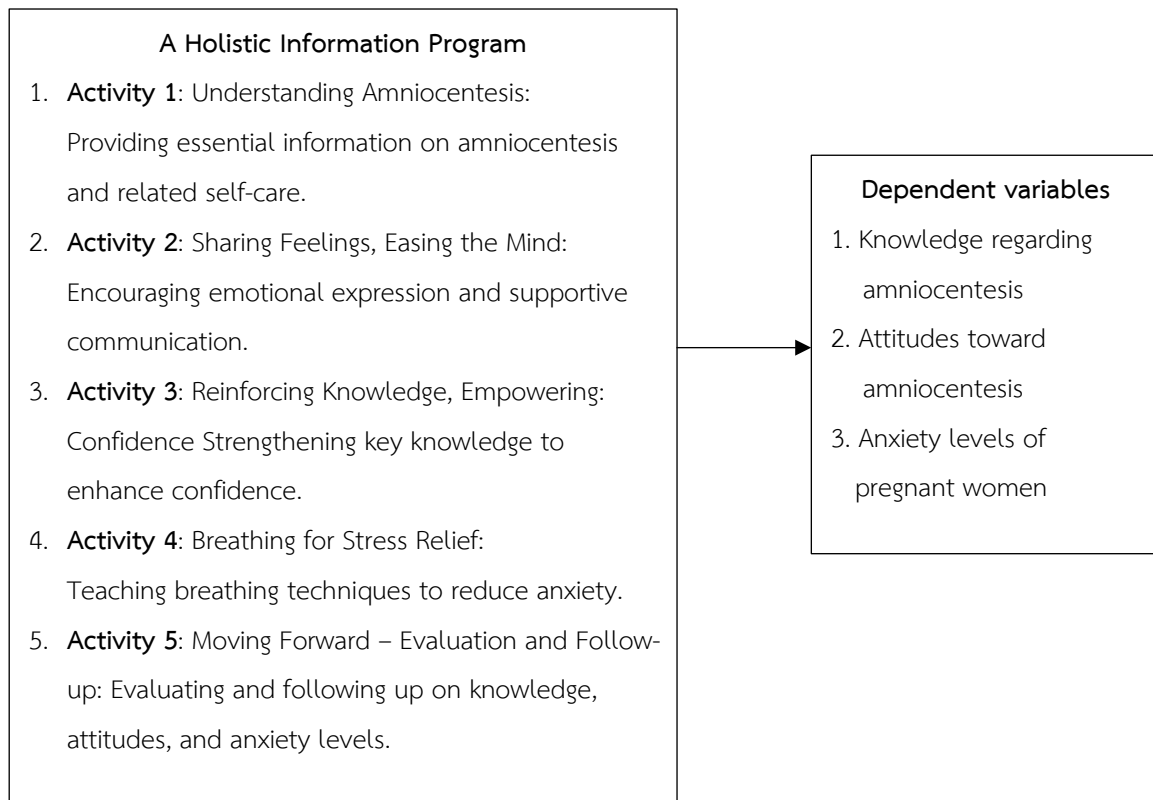


Figure 1 Conceptual Framework of the Study

The Scope of the Study

1. The target population and sample: Pregnant women who opted for prenatal diagnostic amniocentesis, purposively selected according to inclusion criteria, with gestational age of 15–20 weeks.

2. The Independent and dependent variables: The independent variable was the Holistic Information Program, and the dependent variables were knowledge regarding amniocentesis, attitudes toward amniocentesis, and anxiety levels of pregnant women.



3. The research setting at Antenatal and Family Planning Unit, Outpatient Nursing Department, Chaiyaphum Hospital.

4. The period of data collection: Data were collected from February 1 to July 31, 2025, over a period of six months.

Materials and Methods

Study Design: This study employed a quasi-experimental design using a one-group repeated measures approach. A non-equivalent control design was not feasible due to the clinical service context and ethical considerations. Data were collected at three time points: (1) prior to the intervention, (2) one week after the intervention, and (3) two weeks after the intervention.

Population and Sample:

The study population consisted of pregnant women who decided to undergo prenatal diagnostic testing via amniocentesis at the antenatal care and family planning unit, outpatient department, Chaiyaphum hospital.¹¹ The sample was purposively selected based on inclusion criteria: pregnant women at 15-20 weeks of gestation, natural conception, no pregnancy complications, no prior experience with amniocentesis, and the ability to read, write, and understand Thai. Exclusion criteria included pregnant women with complications during pregnancy, inability to complete the program, or occurrence of severe complications during participation, in accordance with research ethics standards.

The sample size was calculated using G*Power 3.1.9.4 for repeated measures ANOVA, with $\alpha = .05$, statistical power $(1-\beta) = 0.80$, one group, three measurements, and a correlation among repeated measures of 0.5. Based on Cohen's guidelines¹⁶, a small effect size required 163 participants, while a large effect size required only 12. A medium effect size was selected as single-session interventions typically yield moderate outcome changes, consistent with previous studies, ensuring sufficient power while remaining feasible in a clinical setting, resulting in a sample size of 28 participants. To account for a potential 10% attrition rate, the final sample size was 31 participants.

Research Instruments: This study utilized two types of instruments: those used for implementing the intervention and those used for data collection, as detailed below:

1. Instruments for implementing the intervention. This category consisted of two main components:

1.1 Component 1: The genetic information delivery format provided by the antenatal care and family planning unit, Chaiyaphum hospital, developed based on proactive health communication principles to promote knowledge, understanding, and informed decision-making among pregnant women regarding amniocentesis.¹¹ It included:

1.1.1 Flip chart teaching materials on amniocentesis, covering the definition, appropriate timing, procedure, test results, potential complications, and guidelines for pre- and post-procedure care, as well as home care instructions to ensure adequate knowledge and preparedness.

1.1.2 Printed leaflets on amniocentesis for pregnant women, designed for home review, with content aligned with the flip chart to reinforce understanding and retention.



1.2 Component 2: The holistic information program developed by the researcher through integration of the health belief model¹³, self-regulation theory¹⁴, and stress and coping theory¹⁵, along with a review of related literature.¹⁷⁻²⁰ The program aimed to enhance medical understanding, foster positive attitudes, and effectively manage anxiety. It comprised five activities: 1) Understanding amniocentesis– providing knowledge via an application (7 minutes), 2) sharing feelings to relieve anxiety–allowing pregnant women and their families to express and exchange feelings (10 minutes), 3) reinforcing knowledge–reviewing essential pre- and post-procedure care information (5 minutes), (4) breathing for stress relief–practicing breathing and muscle relaxation techniques to reduce tension (10 minutes) and (5) moving forward – assessing knowledge, attitudes, and anxiety before and after participation, and conducting a two-week follow-up.

2. Instruments for data collection. This category consisted of five parts:

2.1 Part 1: A personal information record form developed by the researcher to collect demographic data, including age, education level, occupation, average monthly income, marital status, number of pregnancies, gestational age, readiness for pregnancy, and family history of genetic disorders. These data were used to describe the general characteristics of the sample.

2.2 Part 2: A knowledge assessment questionnaire on amniocentesis, developed by the researcher based on documents and medical guidelines from the department of health, ministry of public health⁴. It consisted of 15 true/false items. Interpretation followed Bloom's criteria²¹: scores of 12-15 indicated high knowledge, 9-11 moderate knowledge, and below 9 low knowledge.

2.3 Part 3: An attitude questionnaire regarding amniocentesis, developed by the researcher using a five-point Likert scale with 10 items. Scoring followed the criteria of Srisaad²²: mean scores of 4.51-5.00 indicated very high attitude, 3.51-4.50 high, 2.51-3.50 moderate, 1.51-2.50 low, and 1.00-1.50 very low.

2.4 Part 4: An anxiety assessment tool adapted from the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) by Spielberger CD.²³, using only the State Anxiety Form Y-1, which consists of 20 items (10 positive and 10 negative statements) rated on a four-point scale, for positively worded items, 1=minimal anxiety, 2= low anxiety, 3=moderate anxiety, and 4= high anxiety. For negatively worded items, scoring was reversed: 1= high anxiety, 2=moderate anxiety, 3=low anxiety, and 4=minimal anxiety. Total scores were interpreted as follows: 20-39 low anxiety, 40-59 moderate anxiety, and 60-80 high anxiety.

2.5 Part 5: An open-ended feedback questionnaire to allow participants to provide comments and suggestions regarding the program for future improvement.

Instrument Quality Assessment: The quality of the research instruments was evaluated through content validity and reliability testing. Content validity was assessed by three experts, including one obstetrician and two faculty members from the maternal, newborn, and midwifery nursing program. The experts reviewed the instruments for accuracy, appropriateness, and comprehensiveness. The Index of Item-Objective Congruence (IOC) ranged from 0.67 to 1.00. Language adjustments were made based on expert recommendations. Reliability was tested by piloting the instruments with 30 pregnant women undergoing amniocentesis who shared similar characteristics with the actual sample. The analysis revealed that the knowledge assessment tool achieved a KR-20 reliability coefficient of 0.78, while the attitude and anxiety questionnaires demonstrated Cronbach's alpha values of 0.82 and 0.79, respectively. These reliability coefficients were considered acceptable, indicating that the instruments were valid and suitable for use in this study.



Data Collection: After obtaining ethical approval from the Human Research Ethics Committee of Chaiyaphum hospital, data collection was conducted at the antenatal care and family planning unit, Chaiyaphum hospital. The process began with gathering personal information and administering questionnaires to assess knowledge, attitudes, and anxiety levels related to amniocentesis (5 minutes). Participants then received genetic counseling and were given the opportunity to ask questions (10 minutes). They viewed the “Amniocentesis” application (7 minutes), learned pre- and post-procedure care guidelines, and practiced breathing and muscle relaxation techniques (10 minutes). At the end of the session, participants were provided with a handbook and a link to the application. On the day of the amniocentesis procedure, participants completed the questionnaires again, and follow-up assessments were conducted two weeks later. All data were then summarized and analyzed.

Ethical Considerations: This study was approved by the Human Research Ethics Committee of Chaiyaphum Hospital (Approval Code: 054/2567, dated January 13, 2025). The researcher implemented comprehensive measures to protect participants’ rights. Prior to the study, ethical approval was obtained, and informed consent was clearly and voluntarily secured from all participants. During the study, confidentiality of data was maintained, participants were granted the right to withdraw at any time, and appropriate psychological support was provided. Upon completion, results were reported anonymously, and data were managed in accordance with ethical principles, reflecting full responsibility for participants’ rights and well-being.

Data Analysis:

1. Descriptive statistics were used to analyze demographic characteristics, knowledge levels, attitudes, and anxiety among pregnant women undergoing amniocentesis, including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

2. Inferential statistics were applied by first testing the normality of the dependent variables using the Kolmogorov–Smirnov test. For normally distributed data, the sphericity assumption was evaluated using Mauchly’s test, which indicated a violation, $\chi^2(2) = 7.84, p = .02$; therefore, the degrees of freedom were adjusted using the Greenhouse–Geisser correction ($\epsilon = 0.82$). Comparisons of scores across three time points were performed using Repeated Measures ANOVA, and pairwise differences were analyzed using Scheffé’s method, with the significance level set at 0.05.

3. Open-ended questionnaire responses regarding additional suggestions were analyzed using content analysis.

Results

1. Knowledge, attitudes, and anxiety levels among pregnant women undergoing amniocentesis

1.1 General characteristics:

1.1.1 Most participants were aged 31–35 years (48.40%), had completed primary education (Grade 6) (35.50%), worked as laborers (38.70%), and earned a monthly income of 5,001-10,000 THB (38.70%). The majority were married (64.50%), in their second pregnancy (54.80%), at 18 weeks of gestation (61.30%), reported readiness for pregnancy (83.90%), and had no underlying diseases (87.10%).



1.1.2 Knowledge, attitude, and anxiety scores before participation, after participation, and at the two-week follow-up revealed that the mean knowledge score prior to the program was 8.26 (S.D. = 0.82), indicating a low level. After the program, the score increased to 11.26 (S.D.= 0.82), and at the two-week follow-up, it reached 13.45 (S.D.= 0.89), indicating a high level. For attitudes, the mean score before participation was 2.63 (S.D. = 0.32), indicating a moderate level. After the program, it increased to 4.07 (S.D.= 0.27), and at follow-up, 4.56 (S.D.= 0.15), indicating high to very high levels. For anxiety, the mean score before participation was 72.10 (S.D.= 4.50), indicating a high level. After the program, it decreased to 46.61 (S.D.= 3.95), and at follow-up, 25.68 (S.D.= 2.97), indicating moderate to low levels (see Table 1).

Table 1 Mean scores of knowledge, attitude, and anxiety levels regarding amniocentesis (n = 31)

Variable	Before Participation			One week after Participation			Two-Week Follow-Up		
	Mean	S.D.	Interpretation	Mean	S.D.	Interpretation	Mean	S.D.	Interpretation
Knowledge	8.26	0.82	Low	11.26	0.82	High	13.45	0.89	High
Attitude	2.63	0.32	Moderate	4.07	0.27	High	4.56	0.15	Very High
Anxiety	72.10	4.50	High	46.61	3.95	Moderate	25.68	2.97	Low

2. Comparison of scores across three time points by repeated measures ANOVA revealed that knowledge and attitude scores significantly increased across the three time points, while anxiety scores significantly decreased. All differences were statistically significant at the .05 level (see Table 2).

Table 2 Comparison of knowledge, attitude, and anxiety scores before, after, and two weeks following participation in the holistic information program (n = 31)

Variable	Before	After	Two-Week	df	Mean Square	F	p-value	Partial Eta Squared
	Participation	Participation	Follow-Up					
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)					
Knowledge	8.26 (0.82)	11.26 (0.82)	13.45 (0.89)	1 30	11231.01 1.92	5843.81	.00*	.99
Attitude	2.63 (0.32)	4.07 (0.27)	4.56 (0.15)	1 30	1311.19 .07	19697.49	.00*	.99
Anxiety	72.10 (4.50)	46.61 (3.95)	25.68 (2.97)	1 30	215425.55 11.28	19095.09	.00*	.99

*Statistical significance at $p < .05$

Discussion

Following participation in the holistic information program, pregnant women undergoing amniocentesis demonstrated improved knowledge and more positive attitudes, while anxiety levels decreased consistently both immediately after the program and at the two-week follow-up. These findings indicate that the program effectively enhanced understanding, promoted positive perceptions, and reduced psychological stress among



pregnant women facing a high-stress medical situation. Furthermore, the findings highlight the important role of nurses within the Thai healthcare system, particularly in antenatal care settings, where nurses serve as frontline healthcare providers responsible for delivering information, providing counseling, and offering emotional support to pregnant women who must undergo high-risk and anxiety-provoking prenatal diagnostic procedures. The implementation of this holistic information-provision program represents a nurse-led intervention, which is well aligned with the context of the Thai healthcare system that emphasizes continuity of care, close relationships between healthcare providers and service recipients, and trust in the nursing role. A positive nurse–pregnant woman relationship facilitates open communication, emotional expression, and appropriate emotional support, which may be key factors in reducing anxiety and strengthening confidence in coping with medical procedures effectively. The results align with Rosenstock et al.'s Health Belief Model¹³, which emphasizes that awareness of health risks and benefits, combined with accurate information, motivates individuals to adopt rational decision-making and health-promoting behaviors. They also correspond with Leventhal and Johnson's self-regulation theory¹⁴, which suggests that clear health-related information enables individuals to assess situations, plan coping strategies, and regulate emotions more effectively. Furthermore, the findings are consistent with Lazarus and Folkman's stress and coping theory¹⁵, which posits that cognitive appraisal and emotional support facilitate effective stress management. This study supports previous research which found that providing appropriate information and counseling for pregnant women undergoing amniocentesis significantly improved knowledge, fostered positive attitudes, and reduced fear and anxiety related to the procedure.^{12,19,20,24} Similarly, previous research reported that health education on complications and post-procedure care, combined with psychological support, enhanced confidence and safety, thereby reducing anxiety.²⁵

The significant increase in knowledge and attitude scores after the program, with continued improvement at the two-week follow-up, and the significant reduction in anxiety across all time points, reflect the program's effectiveness in promoting understanding and positive attitudes while alleviating anxiety associated with amniocentesis. When examined in terms of program components, the holistic information-provision program exhibited several key strengths. These included: (1) the provision of accurate and comprehensive information regarding amniocentesis and its potential outcomes, which helped reduce ambiguity and fear arising from uncertainty; (2) supportive communication and counseling that allowed pregnant women to ask questions freely and express their concerns openly; and (3) emotional empowerment through active listening, encouragement, and assistance in cognitive reappraisal of the situation. These components functioned synergistically and were well aligned with the theoretical frameworks of the Health Belief Model, Self-Regulatory Theory, and Stress and Coping Theory, resulting in systematic changes in cognitive, emotional, and behavioral dimensions among the study participants. In the knowledge dimension, the findings revealed a statistically significant increase in knowledge scores following program participation, with sustained high levels observed at the follow-up assessment. This suggests that the delivery of accurate, clear, and context-appropriate information effectively enhanced pregnant women's understanding of amniocentesis and self-care practices in a sustainable manner. Regarding the attitude dimension, the observed increase in attitude scores reflects a shift in pregnant women's perceptions of amniocentesis from viewing it as a frightening medical procedure to recognizing it as a beneficial



and necessary diagnostic process. This positive change in perspective facilitated informed decision-making and greater acceptance of medical care. In terms of anxiety, the continuous reduction in anxiety levels observed both immediately after the intervention and during the follow-up period highlights the emotional change mechanisms triggered by accurate information provision, emotional support, and strengthened coping capacity in dealing with uncertainty. These findings further reinforce the theoretical frameworks mentioned above, highlighting the role of accurate information and emotional support in reducing anxiety and improving coping strategies. Additionally, the results are consistent with international studies which demonstrated that providing information and psychological support significantly improved knowledge, attitudes, and reduced anxiety among pregnant women undergoing prenatal diagnostic procedures.²⁶⁻²⁸ The international studies also reported that multimedia-based information delivery effectively enhanced knowledge, improved attitudes, and reduced anxiety and pain associated with amniocentesis before and after the procedure²⁹, with statistically significant results at the .05 level.

Conclusion

This study aimed to evaluate the effects of a holistic information program on knowledge, attitudes, and anxiety levels among pregnant women undergoing amniocentesis. The findings revealed that after participating in the program, participants' knowledge and attitudes improved continuously, while anxiety levels decreased significantly. Comparisons of scores before and after participation, as well as at the two-week follow-up, confirmed that the program effectively promoted knowledge and positive attitudes and helped pregnant women manage anxiety efficiently.

The results suggest that the holistic information program is a valuable tool for supporting pregnant women undergoing amniocentesis by enhancing knowledge, fostering positive attitudes, reducing anxiety, and building confidence in health-related decision-making. Implementing this program in clinical practice could improve the quality of maternal healthcare and strengthen comprehensive and effective genetic counseling services.

Study Limitations and Implications

For this study, the findings from the research titled “The Effects of a Holistic Information Program on knowledge, attitudes, and anxiety levels among pregnant women undergoing amniocentesis” were used. The researchers identified the following limitations and recommendations:

Study Limitations

This study was conducted in a single government hospital, which has unique characteristics that may differ from those of other hospitals. Therefore, the findings may not be generalizable to the broader population. In addition, the limited sample size and the use of a single assessment method may constrain the diversity and depth of the data.

Implications

1. Future research should employ a controlled study design, increase the sample size, and utilize diverse assessment methods to enhance the reliability of the findings and improve their generalizability to a wider population.



2. The holistic information program should be integrated into the pre-amniocentesis counseling process in clinical practice, with clearly defined roles and responsibilities for midwives, clinical nurses, and the multidisciplinary team to ensure effective coordination and comprehensive care for pregnant women.

3. The program should be expanded to antenatal clinics and other healthcare settings, with active involvement of family members, to maximize the program's impact, reduce anxiety, and support pregnant women in making informed health-related decisions.

Acknowledgments

The author would like to express their sincere gratitude to the experts who provided valuable feedback on the research instruments, the pregnant women and their families who willingly participated in the program, and the staff of the Antenatal Care and Family Planning Unit at Chaiyaphum Hospital for their financial support and assistance in facilitating the successful completion of this study. Additionally, the author gratefully acknowledges Chaiyaphum Rajabhat University for its financial support toward the publication of this research.

AI Declaration Statement

The author declares that AI tools, specifically Notebook LM and Claude, were used only to assist with language refinement and editing; all content, analysis, and interpretations were conducted and verified by the author.

References

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Genetic testing and amniocentesis. Washington (DC): ACOG; 2021.
2. Chantararat J. Nursing and midwifery: Women during pregnancy. Bangkok: Chulalongkorn University Press, Thailand; 2022. (in Thai).
3. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Williams Obstetrics. 25th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2018.
4. Health Promotion Division, Department of Health, Ministry of Public Health. Training manual for the genetic counseling program for Down syndrome. Bangkok: War Veterans Organization Printing Office, Thailand; 2020. (in Thai)
5. Douglas S. Nursing and midwifery: A public health perspective. 2nd ed. London: SAGE Publications; 2020.
6. Jacob A. A comprehensive textbook of midwifery & gynecological nursing. 6th ed. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2023.
7. Phillippi J, Kantrowitz-Gordon I. Varney's midwifery. 7th ed. Burlington (MA): Jones & Bartlett Learning; 2023.
8. Nagtalon-Ramos J, Escobar M. Kelsey's midwifery & women's health nurse practitioner certification review guide. 6th ed. Burlington (MA): Jones & Bartlett Learning; 2025.
9. Tharpe NL, Farley CL, Jordan RG. Clinical practice guidelines for midwifery & women's health. 6th ed. Burlington (MA): Jones & Bartlett Learning; 2021.
10. Lowdermilk DL, Cashion K. Maternity and women's health care. 13th ed. St. Louis (MO): Elsevier; 2023.



11. Antenatal Care and Family planning unit, Chaiphaphum hospital. Report on amniocentesis procedures from the Antenatal Care and Family planning unit, Chaiphaphum hospital. Chaiphaphum: Chaiphaphum hospital, Thailand; 2024. (in Thai)
12. Ponglopisit S, Wisuthimateenorn J, Pheungsontonsirimas K, Inta M. Assessment of second trimester genetic amniocentesis: A review of 6 years of experience at Sanpatong Hospital, a mid-level secondary hospital setting. *Biomedical Sciences and Clinical Medicine* 2024; 63(2):49-54. (in Thai)
13. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. In: Becker MH, editor. *The health belief model and personal health behavior*. New Brunswick (NJ): Rutgers University Press; 1988.
14. Leventhal H, Johnson JE. Laboratory and field experimentation: Development of a theory of self-regulation. In: Wooldridge PJ, Schmitt MH, Skipper JK, Leonard RC, editors. *Behavioral science and nursing theory*. St. Louis: CV Mosby; 1983.
15. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1984.
16. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press; 1977.
17. Mojahed S, Reyhanizadeh F, Tabatabaei RS, Dehghani A. Evaluation of the effect of education on perceived stress of mother candidates for amniocentesis. *Journal of Education and Health Promotion*. 2021;30(10): 267-74. doi:10.4103/jehp.jehp_785_20.
18. Torun R, Sever B, Tuncer CS, Saglam C, Ozer M, Emiralioglu ÇZ, et al. Analysis of Amniocentesis results in a tertiary care center: A retrospective cohort study. *Forbes Journal of Medicine*. 2024;5(2):129-34. doi:10.4274/forbes.galenos.2024.44712
19. Kownaklai J, Kuasit U, Thaicharoen N. Exploring women's experiences of amniocentesis: A qualitative content analysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2025;30(1):74-80. doi:10.4103/ijnmr.ijnmr_107_23.
20. Peterson JA, Szeto L, Wodoslawsky S, Futterman ID, Silverstein JS, Fiorentino DG, et al. Genetic counseling practices among outpatient obstetric providers in the Northeast. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*. 2023;5(11):101-5. doi:10.1016/j.ajogmf.2023.101150
21. Bloom BS. *Human characteristics and school learning*. New York: McGraw-Hill; 1976.
22. Srisaad B. *Basic Research*. 10th ed. Bangkok: Suweeriyasarn, Thailand; 2017. (in Thai)
23. Spielberger CD. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto: CA: Consulting Psychologists Press; 1983.
24. Malakouti J, Mirghafourvand M, Dargahi R. The effect of education on perceived stress and anxiety in high-risk pregnant women awaiting amniocentesis: A quasi-experimental study. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*. 2023;11(4):3946-58. doi:10.22038/jmrh.2023.65033.1898
25. Lumpo W, Saenthaweesuk A. Nurse-midwife role: Anxiety management of pregnant women about amniocentesis. *Journal of Nursing and Health Science Research*. 2022;14(2):309-24. (in Thai)



26. Tang W, Yuan Y, Jiang X, Liu X, Liang X. Prenatal diagnosis and genetic counseling of mosaicism for trisomy 7 in a single colony at amniocentesis with a favorable outcome. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2012;1(60):390-1. doi:10.1016/j.tjog.2021.01.029
27. Wolder D, Blazuk-Fortak A, Michalska A, Detka K, Swiercz G, Kaczmarek P. Perinatal and delivery outcomes following amniocentesis: A case-control study in the Polish Population. *Journal of Clinical Medicine*. 2025;14(2):309-15. doi:10.3390/jcm14020309
28. Grgic G, Cerovac A, Hadžimehmedovic A, Bogdanovic G, Latifagic A. Genetic amniocentesis: Indications, outcome and complications retrospective cohort study during 13 years. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*. 2021;48(6):1318-23. doi:org/10.31083/j.ceog4806209
29. Callioglu N, Kayaoglu YZ, Tuna G. The effect of video-based multimedia information before amniocentesis on pain, anxiety, and pregnancy outcomes. *Scientific Reports*. 2025;1(15):7742-6. doi:10.1038/s41598-025-90929-w



ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ

กุลธรา จงตระการสมบัติ บธ.ม.¹ อริญชัย เมตรพรมราช พย.ม.^{1,2}

มณฑนา สังคมกำแหง พย.ม.¹ เบญจมาศ แสนแสง พย.ม.¹

สำเนียง ปักเขมา ยัง พย.บ.¹ ภาวิณี จิตรนอก ส.ม.¹

วรลักษณ์ ภูสิทธิ์ธนากุล พย.บ.¹ ประไพจิตร วงศ์แสน พย.บ.¹

สุพรรณษา นิยมชัย พย.บ.¹

(วันรับบทความ: 4 ธันวาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2569/ วันตอบรับบทความ: 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เจตคติต่อผู้สูงอายุ การรับรู้ต่อการพยาบาลเอื้ออาทรตามแนวคิดระบบบริการเอื้ออาทรผู้สูงอายุโมเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่น พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เจตคติต่อผู้สูงอายุ การรับรู้ต่อการพยาบาลเอื้ออาทรตามแนวคิดระบบบริการเอื้ออาทรผู้สูงอายุโมเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่น กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาสูติศาสตร์และสูติศาสตร์ 161 ราย เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ แบบสอบถามเจตคติต่อผู้สูงอายุ แบบสอบถามการรับรู้ต่อการพยาบาลเอื้ออาทรตามแนวคิดระบบบริการเอื้ออาทรผู้สูงอายุโมเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่น และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุ ที่มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.72, 0.81, 0.96 และ 0.95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยรวมน้อย มีเจตคติต่อผู้สูงอายุโดยรวมเป็นกลาง มีการรับรู้ต่อการพยาบาลเอื้ออาทรตามแนวคิดระบบบริการเอื้ออาทรผู้สูงอายุโมเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่นโดยรวมสูงมาก มีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุโดยรวมในระดับสูง ตำแหน่งการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ และการรับรู้ต่อการพยาบาลเอื้ออาทรตามแนวคิดระบบบริการเอื้ออาทรผู้สูงอายุโมเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่น มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าถึงแม้พยาบาลจะมีการรับรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุที่สูงมาก และมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุที่สูง แต่ยังคงพบว่าพยาบาลยังมีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ น้อย ดังนั้นหากมีการส่งเสริมความรู้และกระตุ้นให้พยาบาลมีการรับรู้ต่อระบบการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุ ก็จะช่วยให้พยาบาลมีพฤติกรรมการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรผู้สูงอายุมากขึ้นได้ และให้การดูแลได้อย่างถูกต้องบนพื้นฐานองค์ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ การพยาบาลเอื้ออาทร ระบบบริการเอื้ออาทร พฤติกรรมการดูแล

¹พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาสูติศาสตร์และสูติศาสตร์ มหวิทยาลัยขอนแก่น

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: arinmet@gmail.com Tel: 092-8256334



The Relationship between Selected Factors and the Caring Behaviors of Nurses

Kulthara Chongtrakarnsombut M.B.A.¹ Alin Metprommarat M.N.S.^{1,2}

Manthana Sangkomkamhang M.N.S.¹ Benchamat Saensaeng M.N.S.¹

Sumnieng Pakkhemayang B.N.S.¹ Pawinee Jitnok M.P.H.¹

Waraluck Phusidthanakul B.N.S.¹ Prapaijit Wongsan B.N.S.¹

Suphansa Niyomchai B.N.S.¹

(Received Date: December 4, 2025, Revised Date: February 3, 2026, Accepted Date: February 9, 2026)

Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine knowledge about older adults, attitudes toward older adults, perceptions of nursing care based on the concept of the Age-Friendly Nursing Service System : Khon Kaen University Model, and the caring behaviors of nurses, as well as to investigate the relationships between these concepts. The study population consisted of 161 registered nurses at the Queen Sirikit Heart Center of the Northeast. Data were collected using questionnaires on knowledge about older adults, attitudes toward older adults, perceptions of nursing care based on the Concept of the Age-Friendly Nursing Service System: Khon Kaen University Model, and the care behaviors of nurses, with reliability coefficients of 0.72, 0.81, 0.96, and 0.95, respectively. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, and Spearman's correlation coefficients.

The results revealed that the participants had low overall knowledge about older adults and very high perceptions of caring nursing according to the concept of the Age-Friendly Nursing Service System: Khon Kaen University Model. Their overall caring behaviors toward older adults were at a high level. Work position showed a slight negative correlation with the registered nurses' caring behaviors toward older adults. In contrast, the nurses' perceptions of nursing care based on the Age-Friendly Nursing Service System: Khon Kaen University Model demonstrated a moderate positive correlation with their caring behaviors toward older adults was statistically significant. The findings indicate that, although the nurses demonstrated a very high level of perception of nursing care and exhibited a high level of caring behaviors, their knowledge about older adults was limited. Therefore, enhancing knowledge and strengthening nurses' perceptions of the nursing care system for the older adults would contribute to further improving care behaviors and enabling nurses to provide appropriate and accurate care grounded in comprehensive knowledge related to older adults.

Keywords: elderly, nurses, age-friendly nursing service system, caring behaviors

¹Registered Nurse, Queen Sirikit Heart Center of the Northeast, Faculty of medicine, Khon Kaen University

²Corresponding author, Email: arinmet@gmail.com Tel: 092-8256334



บทนำ

ประชากรวัยสูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและคาดการณ์ว่าจะมากถึง 1,963,000,000 รายในปี พ.ศ. 2573 โดยเมื่อปี พ.ศ. 2556 มีประชากรวัยสูงอายุเพียง 840,628,000 รายของประชากรโลกทั้งหมด^{1,2} สำหรับประเทศไทยในปีงบประมาณ 2566 พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุมากถึง 13,193,247 ราย ซึ่งสูงกว่าเมื่อปี พ.ศ. 2553 ที่พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุเพียง 8,508,197 ราย³ จากสถิติดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าประชากรวัยสูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้นจากความก้าวหน้าด้านการแพทย์^{4,5} ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ได้แก่ สุขภาพ จิตใจ พฤติกรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ⁶ การแต่การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุนั้นย่อมส่งผลกระทบในด้านต่าง ๆ มากมาย ที่สำคัญที่สุดคือ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

เนื่องจากวัยสูงอายุนั้นเป็นวัยที่มีความเสื่อมของระบบร่างกายในทุก ๆ ระบบ รวมถึงสภาพแวดล้อม พฤติกรรมและการใช้ชีวิตที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ จึงมีโอกาสเกิดโรคต่าง ๆ ได้มากมาย⁷ ทั้งการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้มีการจำแนกกลุ่มอาการหรือโรคที่เกิดในผู้สูงอายุที่พบได้บ่อยออกเป็น 6 กลุ่มอาการที่เรียกว่ากลุ่มอาการสำคัญในผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) หรือยักษ์ของผู้สูงอายุ (Giant geriatric problem) หรือที่เรียกว่า Big's I หรือ 6I^{8,9} ซึ่งประกอบไปด้วยภาวะสับสนเฉียบพลัน (Insanity or confusion) ภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ (Incontinence) ภาวะเคลื่อนไหวไม่ได้ (Immobility) ภาวะไม่มั่นคงในการทรงตัว (Instability and fall) ภาวะทุพพลภาพหรือการไร้สมรรถนะ (Inability or disability) และการเกิดผลข้างเคียงจากการรักษา (iatrogenesis) ดังนั้นการประเมินผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ (Comprehensive Geriatric Assessment: CGA) จึงสามารถช่วยค้นหาความเสี่ยงต่อการเกิดอาการสำคัญของผู้สูงอายุที่นอกเหนือจากโรคที่ผู้สูงอายุเป็น¹⁰ เพื่อให้สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเป็นองค์รวมและครอบคลุมทุกอาการสำคัญ และเพื่อให้ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้รับการดูแลที่เหมาะสม มีความจำเพาะกับความสูงอายุ โรงพยาบาลควรจะต้องมีการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุ มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ชัดเจน และต้องสร้างสิ่งแวดล้อมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสม

เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีความจำเพาะกับความสูงอายุ ทางโรงพยาบาลศรีนครินทร์ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์และมหาวิทยาลัยขอนแก่น จึงได้มีการนำระบบการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุมาประยุกต์ใช้ในชื่อว่าระบบบริการเอื้ออาทรผู้สูงอายุโมเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่น (Age-friendly Nursing Service System : KCU Model) หรือ ANFS: KCU model โดยแนวคิดการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุนี้จะประกอบไปด้วยหลักการ 3 ประการ คือ ผู้ให้บริการที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ (Age-friendly health care providers) โดยจัดให้มีการอบรมเพื่อส่งเสริมให้มีความรู้ ทักษะและทักษะในการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุ ระบบบริการสุขภาพที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ (Age-friendly service system) เป็นการกำหนดนโยบายและนำแนวคิดในการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุมาใช้ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ (Age-friendly environment) ซึ่งได้มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ¹¹ นอกจากนั้นแล้วยังมีการพัฒนาแบบวัดการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุ¹² เพื่อใช้ประเมินการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุ ซึ่งทั้งแนวคิดและแบบประเมินดังกล่าวได้มีผู้นำไปใช้พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างแพร่หลาย และทำให้ทราบว่าพยาบาลมีการรับรู้ที่ดีเกี่ยวกับการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุ¹³

ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นหน่วยงานหนึ่งภายใต้คณะแพทยศาสตร์ ให้บริการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละปีจำนวนมาก โดยพบว่า ปี พ.ศ. 2565-2566 มีผู้สูงอายุที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยนอกจำนวน 15,637 และ 12,142 ราย ตามลำดับ และมีผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยในจำนวน 2,082 และ 1,942 ราย ตามลำดับ¹⁴ แต่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ เองยังไม่ได้มีการนำแนวคิดระบบบริการเอื้ออาทรผู้สูงอายุโมเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่นมาใช้อย่างเป็นรูปธรรม แต่ได้มีการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ ที่เรียกว่า Care of Elderly patients guide Policy ซึ่งเป็นหนึ่งในนโยบายหมวด Care of patients (COP)¹⁵ แต่ในนโยบายดังกล่าวยังไม่ได้กำหนดแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่ชัดเจน เช่น การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมกลุ่มอาการสำคัญของผู้สูงอายุ ยังไม่มีนโยบายที่ส่งเสริมสนับสนุนบุคลากรในการเตรียมพร้อมสำหรับดูแลผู้สูงอายุ ยังไม่มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุ และที่สำคัญยังไม่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ชัดเจน จากการสอบถามบุคลากรพยาบาลจำนวน 10 รายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การพยาบาลผู้สูงอายุ



รวมถึงแนวคิดการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุ พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ยังไม่ทราบถึงแนวคิดดังกล่าว ไม่ทราบถึงหลักการพยาบาลผู้สูงอายุ เช่น แบบประเมินต่าง ๆ ที่ใช้ประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับความจำเพาะของผู้สูงอายุ เป็นต้น ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการให้บริการของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ เองที่ไม่ได้มีการจัดการให้บริการเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุเพียงกลุ่มเดียว แต่เป็นการให้บริการรวมทั้งหมด ทำให้พยาบาลไม่ได้ตระหนักถึงความเฉพาะเจาะจงในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างจากกลุ่มอื่น

มีการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในการพยาบาลผู้สูงอายุพบว่าอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ¹⁶ ซึ่งการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ รวมถึงการรับรู้บรรยากาศเอื้ออาทรและความตั้งใจในการดูแลอย่างเอื้ออาทรในระดับสูง จะทำให้พยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรได้ดีขึ้น¹⁷ และยังมีการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลพบว่าความรู้ในวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ การรับรู้สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุที่ดีได้¹⁸ และความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มากขึ้น จะช่วยให้มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุได้ จึงควรมีการจัดการเรียนการสอนที่ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ ซึ่งทั้งความรู้และทัศนคติที่ดีนั้นจะช่วยให้นักศึกษาสามารถเป็นพยาบาลวิชาชีพที่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ดี¹⁹ เช่นเดียวกับในต่างประเทศที่พบว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้ที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ มีทัศนคติทางบวกต่อผู้สูงอายุ และมีการรับรู้ที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ และพบว่าความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อผู้สูงอายุอีกด้วย²⁰

จากความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่า พยาบาลผู้ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ มีเจตคติต่อผู้สูงอายุ และมีการรับรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุตามแนวคิดระบบบริการเอื้ออาทรผู้สูงอายุโมเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่นมากเพียงใด ทั้งในแง่ของการพัฒนาบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุ อีกทั้งพยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุอย่างไร และปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวมีความสัมพันธ์กันอย่างไร ทั้งนี้ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อรองรับการให้บริการผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ และมุ่งเน้นการบริการที่เป็นเลิศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เจตคติต่อผู้สูงอายุ การรับรู้ต่อการพยาบาลเอื้ออาทรตามแนวคิดระบบบริการเอื้ออาทรผู้สูงอายุโมเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่น และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เจตคติต่อผู้สูงอายุ การรับรู้ต่อการพยาบาลเอื้ออาทรตามแนวคิดระบบบริการเอื้ออาทรผู้สูงอายุโมเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่น กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ

ขอบเขตการวิจัย

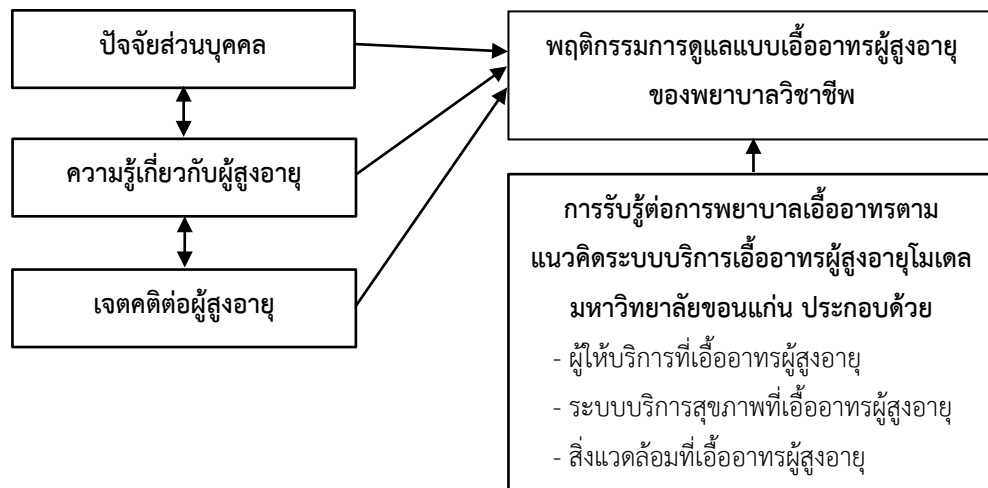
การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพสังกัดฝ่ายการพยาบาล ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับโมเดล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา หอผู้ป่วย และประวัติการทำงาน มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ²¹ และความรู้เองก็มีความสัมพันธ์กับเจตคติต่อผู้สูงอายุ^{19,20,22} และทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ และเจตคติต่อผู้สูงอายุ



มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ต่อการพยาบาลเอื้ออาทรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ใช้แนวคิดระบบบริการเอื้ออาทรผู้สูงอายุโมเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่น (Age-friendly Nursing Service System: KKU Model) หรือ ANFS: KKU model ที่ประกอบไปด้วยหลักการ 3 ประการ คือ 1) ผู้ให้บริการที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ (Age-friendly health care providers) 2) ระบบบริการสุขภาพที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ (Age-friendly service system) 3) สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ (Age-friendly environment)¹¹ จึงนำมาเขียนกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ฝ่ายการพยาบาล ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ จำนวน 269 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ฝ่ายการพยาบาล ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ทั้งเพศชายและหญิง ไม่ใช่ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย จำนวน 161 ราย

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสูตรของ Yamane²² โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 คือ

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร

e = ร้อยละความคลาดเคลื่อนกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 ($e = 0.05$)

แทนค่าในสูตร

$$n = 269 / 1 + [269(0.05)(0.05)]$$

$$= 269 / 1.6725$$

$$= 160.8 \approx 161 \text{ ราย}$$



การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จากหน่วยงานสังกัดฝ่ายการพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 7 งาน โดยใช้การสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดย คำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในแต่ละหน่วยงาน จึงได้กลุ่มตัวอย่างดังนี้ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 12 ราย งานการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน 18 ราย งานสนับสนุนพยาบาลเฉพาะทางชั้นเลิศ 9 ราย งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ 71 ราย งานการพยาบาลห้องผ่าตัด 12 ราย งานการพยาบาลผู้ป่วยใน 22 ราย และงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ 17 ราย รวม 161 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ตำแหน่ง ได้แก่ หัวหน้าหน่วย/หอ หัวหน้างาน ผู้ปฏิบัติสถานที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา อายุงาน และประวัติการอบรมหรือการเรียนเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ (Palmore's Facts on Aging Quizzes: FAQs) ของ Palmore²⁴ ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยวิไลพร รังควัต²⁵ มีความเชื่อมั่น 0.76 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับผู้สูงอายุจำนวน 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบคือถูกหรือผิด หากตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ดังนั้นจึงมีค่าคะแนนระหว่าง 0-25 คะแนน การแปลผลคะแนนของส่วนนี้ จะแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยอ้างอิงตามหลักการของ Bloom²⁶ ดังนี้

มีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุสูง ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (20 - 25 คะแนน)

มีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุปานกลาง ร้อยละ 60 - 79 (16 - 19 คะแนน)

มีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุน้อย ต่ำกว่าร้อยละ 60 (0 - 15 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อผู้สูงอายุ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามเจตคติต่อผู้สูงอายุ (Modified Kogan's Old People Scale: Modified KOPS) ของ Kogan²⁷ ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยวิไลพร รังควัต และคณะ²⁸ มีความเชื่อมั่น 0.79 มีจำนวน 34 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน โดยเป็นข้อคำถามเจตคติทางบวก 17 ข้อ และทางลบ 17 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ คือ คำถามเชิงบวก จะแปลผลคะแนนโดยที่ให้คะแนน 1-7 คะแนน คือ 1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2=ไม่เห็นด้วยมาก 3=ไม่เห็นด้วย 4=เฉย ๆ 5=เห็นด้วย 6=เห็นด้วยมาก และ 7=เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนคำถามเชิงลบ จะแปลผลคะแนนตรงข้ามกับข้อคำถามเชิงบวก ผู้วิจัยจะแปลผลคะแนนส่วนนี้โดยใช้เกณฑ์การจัดลำดับช่วงคะแนน อ้างอิงตามหลักการของ Best²⁹ ซึ่งสามารถคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้นได้ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{ข้อมูลที่มีค่าสูงสุด} - \text{ข้อมูลที่มีค่าต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{7 - 1}{7} \\ &= 0.86\end{aligned}$$

เมื่อทำการแจกแจงความกว้างของอันตรภาคชั้นตามจำนวนชั้นทั้งหมด ระดับเจตคติต่อผู้สูงอายุจึงมีค่าตามนี้

1.00 – 1.86	หมายถึง เจตคติต่อผู้สูงอายุไม่ดีอย่างยิ่ง
1.87 – 2.73	หมายถึง เจตคติต่อผู้สูงอายุไม่ดี
2.74 – 3.60	หมายถึง เจตคติต่อผู้สูงอายุค่อนข้างไม่ดี
3.61 – 4.47	หมายถึง เจตคติต่อผู้สูงอายุเป็นกลาง
4.48 – 5.34	หมายถึง เจตคติต่อผู้สูงอายุค่อนข้างดี
5.35 – 6.21	หมายถึง เจตคติต่อผู้สูงอายุดี
6.22 – 7.00	หมายถึง เจตคติต่อผู้สูงอายุดีมาก



ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ต่อการพยาบาลเฝ้าอาหารตามแนวคิดระบบบริการเฝ้าอาหารผู้สูงอายุโมเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามการพยาบาลเฝ้าอาหารผู้สูงอายุของบุญส่ง หาทวายการ และคณะ¹² มี 7 องค์ประกอบ จำนวนทั้งหมด 29 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5=เห็นด้วยมากที่สุด 4=เห็นด้วยมาก 3=เห็นด้วยปานกลาง 2=เห็นด้วยน้อย และ 1=เห็นด้วยน้อยที่สุด ผู้วิจัยจะแปลผลคะแนนส่วนนี้โดยใช้เกณฑ์การจัดลำดับช่วงคะแนน อ้างอิงตามหลักการของ Best²⁹ ซึ่งสามารถคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้นได้ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{ข้อมูลที่มีค่าสูงสุด} - \text{ข้อมูลที่มีค่าต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5 - 1}{5} \\ &= 0.8\end{aligned}$$

เมื่อทำการแจกแจงความกว้างของอันตรภาคชั้นตามจำนวนชั้นทั้งหมด ระดับการรับรู้การพยาบาลเฝ้าอาหารผู้สูงอายุจึงมีค่าตามนี้

1.00 – 1.80	หมายถึง ระดับการรับรู้ต่ำมาก
1.81 – 2.61	หมายถึง ระดับการรับรู้ต่ำ
2.62 – 3.42	หมายถึง ระดับการรับรู้ปานกลาง
3.43 – 4.23	หมายถึง ระดับการรับรู้สูง
4.24 – 5.00	หมายถึง ระดับการรับรู้สูงมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลแบบเฝ้าอาหารผู้สูงอายุ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลแบบเฝ้าอาหารของพยาบาลของ บุษราพรรณ ยศชัย³⁰ ที่มีค่าความเชื่อมั่น 0.94 ประกอบด้วย 6 คุณลักษณะ จำนวนทั้งหมด 42 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 37 ข้อ และเชิงลบ 5 ข้อ คำถามเชิงบวกจะแปลผลคะแนนโดยที่ให้คะแนน 0-3 คะแนน คือ 3=มีการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ทุกครั้ง 2=มีการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ บ่อย 1=มีการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ นาน ๆ ครั้ง และ 0=ไม่กระทำพฤติกรรมนั้น ๆ เลย ส่วนข้อคำถามเชิงลบจะแปลผลตรงข้าม ผู้วิจัยจะแปลผลคะแนนส่วนนี้โดยใช้เกณฑ์การจัดลำดับช่วงคะแนน อ้างอิงตามหลักการของ Best²⁹ ซึ่งสามารถคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้นได้ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{ข้อมูลที่มีค่าสูงสุด} - \text{ข้อมูลที่มีค่าต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{3 - 0}{3} \\ &= 1\end{aligned}$$

เมื่อทำการแจกแจงความกว้างของอันตรภาคชั้นตามจำนวนชั้นทั้งหมด ระดับพฤติกรรมการดูแลแบบเฝ้าอาหารผู้สูงอายุของพยาบาลจึงมีค่าตามนี้

0.00 – 1.00	หมายถึง พยาบาลมีพฤติกรรมการพยาบาลเฝ้าอาหารผู้สูงอายุน้อย
1.01 – 2.00	หมายถึง พยาบาลมีพฤติกรรมการพยาบาลเฝ้าอาหารผู้สูงอายุปานกลาง
2.01 – 3.00	หมายถึง พยาบาลมีพฤติกรรมการพยาบาลเฝ้าอาหารผู้สูงอายุสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุและแบบสอบถามเจตคติต่อผู้สูงอายุ เป็นเครื่องมือที่มีค่าความตรงความเที่ยงสูง ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือโดยไม่ได้ดัดแปลง จึงไม่ได้นำไปหาค่าความตรง (Validity) ใหม่ ส่วนแบบสอบถามการรับรู้ต่อการพยาบาลเฝ้าอาหารตามแนวคิดระบบบริการเฝ้าอาหารผู้สูงอายุโมเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่น และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแล



แบบเื่ออาทรผู้สูงอายุ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยและดัดแปลงข้อคำถามให้เข้ากับบริบทของการวิจัยที่เป็นการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ และได้ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่า Content Validity Index (CVI) = 1.00 และ 0.98 ตามลำดับ

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ แบบสอบถามเจตคติต่อผู้สูงอายุ แบบสอบถามการรับรู้ต่อการพยาบาลเื่ออาทรตามแนวคิดระบบบริการเื่ออาทรผู้สูงอายุโมเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่น และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลแบบเื่ออาทรผู้สูงอายุ ไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ นำไปหาค่าความเที่ยงด้วยวิธี Kuder Richardson 20 (KR-20) ได้เท่ากับ 0.72 ส่วนแบบสอบถามเจตคติต่อผู้สูงอายุ แบบสอบถามการรับรู้ต่อการพยาบาลเื่ออาทรตามแนวคิดระบบบริการเื่ออาทรผู้สูงอายุโมเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่น และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลแบบเื่ออาทรผู้สูงอายุ นำไปหาค่าความเที่ยงด้วยค่า Cronbach's Alpha Coefficient ได้เท่ากับ 0.81, 0.96 และ 0.95 ตามลำดับ และค่าความเที่ยงที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง 161 ราย เท่ากับ 0.51, 0.71, 0.97 และ 0.97 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ และหลังได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างาน และหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและแนวทางในการดำเนินการวิจัยต่อไป

2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานการพยาบาลทั้ง 7 งาน เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการทำวิจัย และมอบเอกสารข้อมูลและขอความยินยอมและแบบสอบถามทั้ง 5 ส่วน ที่ใส่ซองปิดผนึกตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้แต่ละงาน เพื่อให้หัวหน้างานนำเอกสารแจกให้กับกลุ่มตัวอย่าง

3. เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบตามจำนวนที่กำหนด ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและวิเคราะห์ผลการศึกษาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เจตคติต่อผู้สูงอายุ การรับรู้ต่อการพยาบาลเื่ออาทรตามแนวคิดระบบบริการเื่ออาทรผู้สูงอายุโมเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่น และพฤติกรรมการดูแลแบบเื่ออาทรผู้สูงอายุ ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เจตคติต่อผู้สูงอายุ การรับรู้ต่อการพยาบาลเื่ออาทรตามแนวคิดระบบบริการเื่ออาทรผู้สูงอายุโมเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่น กับพฤติกรรมการดูแลแบบเื่ออาทรผู้สูงอายุ ด้วยสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank correlation)

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 23 เมษายน พ.ศ. 2568 เลขที่ HE681186 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะได้อ่านเอกสารข้อมูลและขอความยินยอมก่อนการตอบแบบสอบถาม ที่ใส่ซองปิดผนึกให้กับกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างการตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการตอบแบบสอบถามจนครบสามารถยกเลิกได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา และตระหนักเรื่องการเปิดเผยข้อมูลที่จะก่อให้เกิดความเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ มีการบันทึกโดยการใส่รหัส และการนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 161 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 150 ราย (ร้อยละ 93.20) มีอายุเฉลี่ย 38.06 ปี (S.D. 6.51) ส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 140 ราย (ร้อยละ 87) ปฏิบัติงานที่งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ จำนวน 71 ราย (ร้อยละ 44.10) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 148 ราย (ร้อยละ 91.90) อายุงานเฉลี่ย 12.78 ปี (S.D. 6.54) ไม่เคยอบรมหรือเรียนเกี่ยวกับผู้สูงอายุ จำนวน 111 ราย (ร้อยละ 68.90)

2. ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เจตคติต่อผู้สูงอายุ การรับรู้ต่อการพยาบาลเอื้ออาทรตามแนวคิดระบบบริการเอื้ออาทรผู้สูงอายุโมเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่น และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ

จากการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 161 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยรวมน้อย (Mean = 13.70, S.D. = 2.65) มีเจตคติต่อผู้สูงอายุโดยรวมในระดับปานกลาง (Mean = 4.10, S.D. = 0.35) มีการรับรู้ต่อการพยาบาลเอื้ออาทรตามแนวคิดระบบบริการเอื้ออาทรผู้สูงอายุโมเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่นโดยรวมสูงมาก (Mean = 4.46, S.D. = 0.60) มีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุโดยรวมในระดับสูง (Mean = 2.40, S.D. = 0.48) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เจตคติต่อผู้สูงอายุ การรับรู้ต่อการพยาบาลเอื้ออาทร และพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 161)

ข้อมูล	Mean	S.D.	Median	ร้อยละ	แปลผล
ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ (Knowledge about the elderly)	13.70	2.65	14.00	54.80	มีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุน้อย (low overall knowledge)
เจตคติต่อผู้สูงอายุ (Attitude towards the elderly)	4.10	0.35	4.06	-	มีเจตคติต่อผู้สูงอายุเป็นกลาง (neutral attitude)
การรับรู้ต่อการพยาบาลเอื้ออาทรฯ (Perceptions of caring nursing)	4.46	0.60	4.66	-	มีการรับรู้ฯ สูงมาก (very high perceptions)
พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรฯ (Caring behaviors of nurse)	2.40	0.48	2.52	-	มีพฤติกรรมการพยาบาลฯ ในระดับสูง (high caring behavior)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เจตคติต่อผู้สูงอายุ การรับรู้ต่อการพยาบาลเอื้ออาทรตามแนวคิดระบบบริการเอื้ออาทรผู้สูงอายุโมเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่น กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ

จากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ (Assumption) พบว่าไม่เป็น Normality จึงมีการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Spearman rank correlation พบว่า ตำแหน่งการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ ($r = -0.25, p < .001$) นั่นคือตำแหน่งหัวหน้าหอ/หน่วยจะมีพฤติกรรมการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรผู้สูงอายุน้อยกว่าผู้ปฏิบัติ ส่วนการรับรู้ต่อการพยาบาลเอื้ออาทรตามแนวคิดระบบบริการเอื้ออาทรผู้สูงอายุโมเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่น มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ ($r = 0.45, p < .001$) ส่วนเพศ อายุ สถานที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา อายุงาน การอบรมหรือการเรียนเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ และเจตคติต่อผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เจตคติต่อผู้สูงอายุ การรับรู้ต่อการพยาบาล
เอื้ออาทรตามแนวคิดระบบบริการเอื้ออาทรผู้สูงอายุโมเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่น กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร
ผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ (n = 161)

ข้อมูล	พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร (Caring behaviors of nurse)		
	Spearman Rank Correlation (r)	Sig. (2-tailed)	ระดับความสัมพันธ์
เพศ (Sex)	-0.04	.631	ไม่มีความสัมพันธ์ (Not correlation)
อายุ (Age)	0.15	.065	ไม่มีความสัมพันธ์ (Not correlation)
ตำแหน่ง (Position)	-0.25	.001	มีความสัมพันธ์น้อย (Slight correlation)
สถานที่ปฏิบัติงาน (Department)	-0.03	.735	ไม่มีความสัมพันธ์ (Not correlation)
ระดับการศึกษา (Education level)	0.04	.591	ไม่มีความสัมพันธ์ (Not correlation)
อายุงาน (Years' experience)	0.11	.159	ไม่มีความสัมพันธ์ (Not correlation)
การอบรมหรือการเรียนรู้ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ (Study about the elderly)	0.14	.074	ไม่มีความสัมพันธ์ (Not correlation)
ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ (Knowledge about the elderly)	0.03	.757	ไม่มีความสัมพันธ์ (Not correlation)
เจตคติต่อผู้สูงอายุ (Attitude towards the elderly)	0.13	.107	ไม่มีความสัมพันธ์ (Not correlation)
การรับรู้ต่อการพยาบาลเอื้ออาทรฯ (Perceptions of caring nursing)	0.45	<.001	มีความสัมพันธ์ปานกลาง (Moderate correlation)

การอภิปรายผล

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยรวมในระดับน้อย อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.90) ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุมาก่อน และจากอายุงานเฉลี่ยที่ 12.78 ปี แสดงให้เห็นว่าอาจเป็น การจบการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่ยังไม่มีการจัดการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุเฉพาะ ทำให้ได้เรียนทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุและฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุน้อย³¹ และถึงแม้ว่าในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจะมีการเรียนการสอนเกี่ยวกับผู้สูงอายุ แต่เมื่อมาปฏิบัติงานแล้วจะพบว่าในการปฏิบัติงานนั้นไม่ได้มีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งในการดูแลผู้ป่วยก็ไม่ได้ดูแลเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุเพียงกลุ่มเดียว จึงอาจทำให้ระดับความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุลดลงได้ ซึ่ง Bloom³² ได้ให้ความหมายของความรู้ว่าเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะ วิธีการ และกระบวนการต่าง ๆ โดยเน้นในเรื่องของ กระบวนการทางจิตวิทยาของความจำ อันเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงเกี่ยวกับการจัดระเบียบ ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Shih และคณะ²² ที่พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุในระดับต่ำ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุหรือการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มนักศึกษา เช่นการศึกษาของสุภารัตน์ พิสัยพันธุ์ และคณะ¹⁹ ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี และการศึกษาของ Milutinović และคณะ³³ ที่พบว่านักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพมีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มนี้เพิ่งได้รับความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ถูกรบรรจุในหลักสูตรพยาบาลศาสตร และ ยังพบว่าองค์ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุนั้นเป็นองค์ความรู้ที่เฉพาะเจาะจง หากไม่ได้มีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอไม่เพียงพอต่อการนำมาใช้ในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลที่อยู่หอผู้ป่วยที่ไม่ได้ดูแลผู้สูงอายุเพียงกลุ่มเดียว



2. เจตคติต่อผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติต่อผู้สูงอายุโดยรวมเป็นกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Milutinović และคณะ³³ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่เป็นกลางต่อผู้สูงอายุ นั้นแสดงให้เห็นว่าพยาบาลไม่ได้มีเจตคติในเชิงลบต่อผู้สูงอายุ แต่ก็สะท้อนให้เห็นได้ว่าพยาบาลเองก็ไม่ได้มีเจตคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุ เนื่องจากเจตคติทางบวกเป็นส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้พยาบาลมีพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสม ดังเช่นงานวิจัยของอัญชลีกรรณ์ คำวัง และคณะ¹⁷ ที่พบว่าเจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรผู้สูงอายุ และอีกหนึ่งสาเหตุที่ทำให้พยาบาลมีเจตคติที่เป็นกลางต่อผู้สูงอายุอาจเนื่องมาจากการมีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุในระดับน้อย เนื่องจากการศึกษาพบว่าความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ^{19,20,22} อีกทั้งบริบทในการปฏิบัติงานของพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ ไม่ได้จำกัดเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุเพียงกลุ่มเดียวแต่ให้การดูแลผู้ป่วยทั้งหมด และถึงแม้ว่าโรงพยาบาลจะมีนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ แต่นโยบายที่กำหนดขึ้นเป็นนโยบายในภาพกว้าง และยังไม่ได้นำสู่การปฏิบัติที่ชัดเจน เช่น การกำหนดสมรรถนะของบุคลากรที่จะให้การพยาบาลผู้สูงอายุ การจัดการฝึกอบรมหรือการเรียนรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ การจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุ การประเมินอาการสำคัญในผู้สูงอายุ การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งงานวิจัยที่สนับสนุนให้เห็นว่าผู้ที่ปฏิบัติงานดูแลเฉพาะผู้สูงอายุนั้นย่อมมีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ ดังเช่นงานวิจัยของบุษยา วงษ์สวัสดิกุล และคณะ³⁴ ที่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ทำงานในสถานสงเคราะห์คนชรามีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุในระดับสูง เนื่องจากการทำงานอยู่กับผู้สูงอายุจะทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเข้าใจกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุ สามารถสร้างสัมพันธภาพ ความคุ้นเคยกับผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี อีกทั้งยังมีโอกาสในการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่ม³⁵

3. การรับรู้ต่อการพยาบาลเอื้ออาทรตามแนวคิดระบบบริการเอื้ออาทรผู้สูงอายุโมเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อการพยาบาลเอื้ออาทรตามแนวคิดระบบบริการเอื้ออาทรผู้สูงอายุโมเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่นโดยรวมสูงมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งทิwa ขอบชื่น และคณะ¹³ ที่พบว่าพยาบาลมีระดับการรับรู้การพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลได้ให้ความสำคัญกับการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากทั้งสองส่วนนี้มีความสัมพันธ์ทางบวกซึ่งกันและกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัญชลีกรรณ์ คำวัง และคณะ¹⁷ ที่พบว่าการรับรู้บรรยากาศเอื้ออาทร และความตั้งใจในการดูแลอย่างเอื้ออาทรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทร อีกทั้งการที่พยาบาลมีการรับรู้การพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุในระดับสูงนี้ ยังช่วยให้องค์กรมองเห็นว่าพยาบาลมีความต้องการที่จะพัฒนาองค์กรหรือจัดโครงสร้างการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลเอื้ออาทรตามแนวคิดระบบบริการเอื้ออาทรผู้สูงอายุโมเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่นอีกด้วย

4. พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุโดยรวมในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Melia และ Choowattanapakorn³⁶ ที่พบว่าพยาบาลมีสมรรถนะสูงต่อการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และยังสอดคล้องกับการศึกษาของสมสมัย ศรีประไพ และคณะ³⁷ ที่พบว่าบุคลากรของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มีพฤติกรรมการบริการแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับสูง อีกทั้งในการศึกษานี้พบว่าพยาบาลมีการรับรู้ต่อการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุในระดับสูงมาก จึงส่งผลให้พยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุสูงด้วยเช่นกัน เนื่องจากการรับรู้ต่อการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุ^{15,17} ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Huse และ Bowditch³⁸ ที่กล่าวว่าบุคคลจะนำข้อมูลที่ได้รับมาจัดระบบ และแปลข้อมูลนั้นเป็นการรับรู้ แล้วสุดท้ายจึงตอบสนองการรับรู้ที่ออกมาเป็นการกระทำหรือแสดงออกเป็นพฤติกรรม

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เจตคติต่อผู้สูงอายุ การรับรู้ต่อการพยาบาลเอื้ออาทรตามแนวคิดระบบบริการเอื้ออาทรผู้สูงอายุโมเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่น กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่งการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ คือ พยาบาลหัวหน้าหน่วย/หอ จะมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุน้อยกว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ส่วนการรับรู้ต่อการพยาบาลเอื้ออาทรตามแนวคิดระบบบริการเอื้ออาทรผู้สูงอายุโมเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่น มีความสัมพันธ์



ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติงานจะมีความใกล้ชิดและใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย จึงมีความเข้าใจและมองเห็นปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าพยาบาลที่เป็นหัวหน้า และการสั่งสมประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานนี้เองทำให้สามารถปรับพฤติกรรมในการให้การพยาบาลในผู้ป่วยแต่ละรายได้เป็นอย่างดี การมีกิจกรรมการเรียนรู้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น การอบรมหรือการเรียนเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่จะเป็นการอบรมและให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุ จึงส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่รักษาในโรงพยาบาล^{36,39} ส่วนการรับรู้ต่อการพยาบาลเอื้ออาทรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของอัญชลีกรรณ์ คำวัง และคณะ¹⁷ ที่พบว่าการรับรู้บรรยากาศเอื้ออาทรและความตั้งใจในการดูแลอย่างเอื้ออาทร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทร เนื่องจากการพยาบาลเอื้ออาทรตามแนวคิดระบบบริการเอื้ออาทรผู้สูงอายุโมเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นแนวคิดที่มีองค์ประกอบชัดเจนทั้งด้านผู้ให้บริการที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ ระบบบริการสุขภาพที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ¹¹ ดังนั้นเมื่อพยาบาลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริการดังกล่าว พยาบาลก็จะนำข้อมูลที่ได้นั้นมาแปลเป็นการรับรู้ต่อการพยาบาลเอื้ออาทร และสุดท้ายก็จะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุตามแนวคิดของ Huse และ Bowditch³⁷ จึงทำให้ผลการศึกษครั้งนี้พบว่าความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุไม่ได้มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทร เนื่องจากการเป็นเรื่องของการสั่งสมประสบการณ์จากการปฏิบัติงาน

ส่วนเพศ อายุ สถานที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา อายุงาน และการอบรมหรือการเรียนเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากระบบการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลไม่ได้แยกหอผู้ป่วยสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ และพยาบาลทุกคนมีโอกาสได้ดูแลผู้สูงอายุ จึงอาจส่งผลให้ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นที่เป็นปัจจัยภายนอกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุ

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยรวมน้อย มีเจตคติต่อผู้สูงอายุโดยรวมเป็นกลาง มีการรับรู้ต่อการพยาบาลเอื้ออาทรตามแนวคิดระบบบริการเอื้ออาทรผู้สูงอายุโมเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่นโดยรวมสูงมาก และมีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุโดยรวมในระดับสูง ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ ตำแหน่งการปฏิบัติงาน ส่วนการรับรู้ต่อการพยาบาลเอื้ออาทรตามแนวคิดระบบบริการเอื้ออาทรผู้สูงอายุโมเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่น มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ

ข้อจำกัดการวิจัย

1. งานวิจัยครั้งนี้เป็นการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งอาจทำให้เกิดความลำเอียง (Bias) ในการตอบแบบสอบถามได้
2. งานวิจัยครั้งนี้มีการเก็บข้อมูลจากพยาบาลที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ เพียงแห่งเดียว ซึ่งดูแลเฉพาะผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเท่านั้น ทำให้ข้อจำกัดในการอ้างอิงสู่โรงพยาบาลอื่นที่ให้บริการในกลุ่มผู้ป่วยที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุในระดับน้อย จึงควรมีการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยการจัดการอบรมอย่างต่อเนื่องและควรจัดโปรแกรมฝึกอบรมหรือการเรียนรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ และมีการส่งเสริมเจตคติเชิงบวกโดยการจัดกิจกรรมส่งเสริมเจตคติและเชื่อมโยงความรู้กับการปฏิบัติ เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ



2. ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล และประยุกต์ใช้แนวคิดระบบบริการเอื้ออาทรในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

References

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population aging 2019: Highlights. New York City: United Nations; 2019.
2. Pradubmook Sherer P, Theerasilp U, Phetchai P. The elderly's life situations and determinants of elderly violence: The Quantitative Survey in 5 Provinces. Journal of Roi Kaensarn Academi, 2023;8(5):472-90. (in Thai)
3. National Statistical Office of Thailand. Thailand population statistics 2024. [internet]. 2024. [cited 2026 Feb 3]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/main/summano/aE?year=957&type=3309#data__report (in Thai)
4. World Economic Forum. What is the biggest benefit technology will have on ageing and longevity? [internet]. 2021. [cited 2026 Feb 3]. Available from: <https://www.weforum.org/stories/health-and-healthcare-systems/what-is-the-biggest-benefit-technology-ageing-longevity-global-future-council-tech-for-good/>
5. Master Clinicians. Aging population and healthcare challenges: Adapting to changing demographics. [internet]. 2021. [cited 2026 Feb 3]. Available from: <https://www.masterclinicians.net/post/aging-population-and-healthcare-challenges-adapting-to-the-changing-demographics>
6. Kankam S. Experience the life of the elderly live longer with quality. Journal of Health Sciences Scholarship, 2017;4(2):51-64. (in Thai) Miller CA. Nursing for wellness in older adults. 5th ed. Philadelphia: Lippincott; 2009.
7. Greenstein L, Abraham A, Tipping B. Treating complexity in the older adult - the role of the geriatric giants. South African Family Practice. 2019;61:10-4. doi: 10.4102/safp.v61i6.5065
8. Isaacs B. The giants of geriatrics: The challenge of geriatric medicine. 1st ed. Oxford: Oxford University Press; 1992.
9. Limpawattana P. Geriatric syndromes and health issues. 1st ed. Khon Kaen: Khlang Nanawithaya Press; 2017. (in Thai)
10. Aroonsang P. Age-friendly nursing care: Roles of nursing education. Gerontological Nursing Program, Faculty of Nursing, Khon Kaen: Khon Kaen University; 2010. (in Thai)
11. Hatawaikarn B, Aroonsang P, Phanphruk W. Development of age-friendly nursing care scale perceived by hospitalized older adults. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division. 2012;30(2):154-65. (in Thai)
12. Chobchuen R, Mongkhonthawornchai S, Hatawaikarn B, Chaichangreet U, Pukdeekumjorn P. Age-friendly nursing care perceived by professional nurses working in hospital wards, project on development of age-friendly nursing service system. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice. 2017;4(2):20-9. (in Thai)
13. Information Technology Unit. Statistics of patients at Queen Sirikit Heart Center of the Northeast 2022–2023. Khon Kaen; 2024. (in Thai)
14. Queen Sirikit Heart Center of the Northeast. Care of elderly patients guide policy. Khon Kaen; 2024. (in Thai)



15. Charoenkraikamol C, Pituksung A, Namthep J, Saysukanun P, Chimchalong R, Siritipakorn P, Sritalabhen L. Gerontological nursing competencies for registered nurses in a University Hospital Setting. *Siriraj Medical Bulletin* 2024;17(3):197-208. doi: 10.33192/smb.v17i3.267559 (in Thai)
16. Khamwang A, Malathum P, Jianvitayakij S. Factors predicting professional nurses' caring behavior for older persons in a university hospital. *Nursing Research and Innovation Journal*. 2021;27(1):108-21. (in Thai)
17. Leethong-in M, Piyawattanapong S. Predicting factors of age-friendly nursing care behavior by nursing students-nursing practice subject. *Journal of Nursing and Health Care*. 2015;33(3):70-9. (in Thai)
18. Phisaiphanth S, Vongtree A, Chabuakam N. Knowledge of aging care and attitudes towards aging care among nursing students. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*. 2022;16(1):325-42. (in Thai)
19. Faronbi JO, Adebawale O, Faronbi GO, Musa OO, Ayamolowo SJ. Perception, knowledge and attitude of nursing students towards the care of older patients. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2017;7:37-42. doi: 10.1016/j.ijans.2017.06.004
20. Sedri N, Zakeri MA, Zardiny MZ, Tavan A. Evaluation of nurses' knowledge and attitudes towards older adults and associated factors. *The Open Nursing Journal*. 2022;16:1-8. doi: 10.2174/18744346-v16-e2206200
21. Shih YL, Hsieh CJ, Li CY, Chang CW, Hsiao Y. A survey of nurses' knowledge of and attitudes toward hospitalized older adults. *International Journal of Studies in Nursing*. 2021;6(2):27-35. doi: 10.20849/ijns.v6i2.896
22. Yamane T. *Statistics: An introductory analysis*. 2nd ed. New York: Harper and Row; 1976.
23. Palmore EB. Facts on aging: A short quiz. *Gerontologist*. 1977;17(4):315-20. doi: 10.1093/geront/17.4.315
24. Runkawatt V. Evaluation of the psychometric properties of the Thai versions of Palmore's Facts on Aging Quiz and Kogan's Attitude Toward Old People among Thai adolescents [dissertation]. New York: State University of New York at Buffalo; 2007.
25. Bloom S. *Human characteristics and school learning*. New York: McGraw-Hill; 1976.
26. Kogan N. Attitudes toward old people: The development of a scale and examination of correlates. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1961;62(1):44-54. doi: 10.1037/h0048053
27. Runkawatt V, Kerdchuen K, Tipkanjanaraykha K, Ubolwan K, Tawetanawanich Y, Nasirin C, et al. Kogan's attitude toward old people: Validity and reliability among nursing students in Thailand, Myanmar, and Indonesia. *Asian Journal for Public Opinion Research*. 2016;3(3):145-55. doi: 10.15206/ajpor.2016.3.3.145
28. Best J. *Research in education*. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
29. Yotchai B. Caring behaviors of nurses as perceived by clients in a university hospital [master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2021. (in Thai)
30. Mohammed RF, Omar AA. Knowledge about elderly care and its relation to ageism attitude among undergraduate nursing students. *American Journal of Nursing Research*. 2019;7(1):73-8. doi: 10.12691/ajnr-7-1-10
31. Bloom BS, editor. *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain*. New York: David McKay Company; 1956.



32. Milutinović D, Simin D, Kacavendić J, Turkulov V. Knowledge and attitudes of health care students toward older people. *Medicinski Pregled*. 2015;68(11-12):382-6. doi: 10.2298/mpns1512382m
33. Vongchavalitkul B, Sanguanwongwan W, Chatchaisucha S, Limsarun T, Thaisamak S, Ruengkajhon K. Knowledge and attitude of the elderly caregivers: A case study of Thammapakorn Phoklang and Watmuang Elderly Care Center Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Business Administration. The Association of Private Education Institutions of Thailand*. 2016;5(2):74-92. (in Thai)
34. Mahamad P. Knowledge, attitude and principle of caregiver in elderly disability care in Sungaikolok, Narathiwas. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine*. 2018;17(1-2):1-9. (in Thai)
35. Melia S, Choowattanapakorn T. Relationship between nurses' characteristics, ageism, perception of older people's care and nursing practice in hospitalized older people. *Journal of Health Research*. 2016;30(2):109-14. doi: 10.14456/jhr.2016.15
36. Sripramai S, Leethong-in M, Chaichangreet U, Kongpatee K, Kaewudom C, Rooplor S. A survey aged-friendly service behavior of hospital assistant personnel in Srinagarind Hospital. *Mahidol R2R e-Journal*. 2024;11(3):63-74. (in Thai)
37. Huse EF, Bowditch JL. *Behavior in organizations: A systems approach to management*. 2nd ed. Sydney: Addison-Wesley; 1977.
38. Modarres SI, Dadkhah B, Mohammadi MA. Investigating the relationship between perception and attitude with responsibility for elderly care in nurses of emergency wards of Ardabil Hospitals in 2020. *Gerontology and Geriatric Medicine*. 2020;8:1-6. doi: 10.1177/23337214221087094



อิทธิพลของการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและวัฒนธรรมองค์การต่อสมรรถนะ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เขตภาคเหนือ

ศุภลักษณ์ สิทธิอักษร พย.บ.¹

จิรรัตน์ หรือตระกูล กศ.ด²

รุ่งทิพา บุญประคม ปร.ด.³

(วันรับบทความ: 13 มกราคม พ.ศ.2569/ วันแก้ไขบทความ: 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2569/ วันตอบรับบทความ: 4 มีนาคม พ.ศ.2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและวัฒนธรรมองค์การต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการมีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เขตภาคเหนือ จำนวนเพียงน้อยกว่า 500 เพียง 3 แห่ง จำนวน 142 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิโดยคำนวณตามสัดส่วน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ แบบสอบถามวัฒนธรรมองค์การและแบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94, 0.92 และ 0.97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก (Mean = 4.34, S.D. = 0.40) การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.99, S.D. = 0.48) วัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์อยู่ในระดับสูง (Mean = 4.26, S.D. = 0.47) วัฒนธรรมองค์การลักษณะตั้งรับ-เฉื่อยชาอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.66, S.D. = 0.42) และลักษณะตั้งรับ-ก้าวร้าวอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.97, S.D. = 0.62) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า วัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์และการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 48 ($R^2 = 0.48$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยวัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์มีอิทธิพลสูงสุด รองลงมาคือการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า การส่งเสริมวัฒนธรรมองค์การที่เอื้อต่อการเรียนรู้และความร่วมมือ ควบคู่กับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ

คำสำคัญ: วัฒนธรรมองค์การ การเสริมสร้างพลังอำนาจ สมรรถนะ

¹นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

³อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

¹ผู้ประสานงานบรรณกิจ Email: jiraratr@nu.ac.th Tel: 088-2826808



The Influence of the Empowerment and the Organization Culture on the Competency of Professional Nurses in the University Hospitals in the Northern Region

Supalak Sitthiaksorn B.N.S.¹

Jirarat Ruetrakul Ed.D.²

Roongtiva Boonpracom Ph.D.³

(Received Date: January 13, 2026, Revised Date: February 26, 2026, Accepted Date: March 4, 2026)

Abstract

This study was a predictive correlational study intended to investigate the influence of the structural empowerment and organizational culture on the competence of professional nurses. The sample consisted of 142 practicing professional nurses with at least one year of work experience working in three university hospitals in the northern region of Thailand, each with fewer than 500 beds. The participants were selected using proportional stratified random sampling. The research instruments included a structural empowerment questionnaire, an organizational culture questionnaire, and a professional nurse competence questionnaire, all of which were 5-point Likert-scale instruments. The reliability coefficients of the instruments were 0.94, 0.92, and 0.97, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The findings revealed that overall professional nurse competence was at a very high level (Mean = 4.34, S.D. = 0.40), structural empowerment was at a high level (Mean = 3.99, S.D. = 0.48), constructive organizational culture was at a high level (Mean = 4.26, S.D. = 0.47), and passive-defensive organizational culture was at a high level (Mean = 3.66, S.D. = 0.42), whereas aggressive-defensive organizational culture was at a moderate level (Mean = 2.97, S.D. = 0.62). Stepwise multiple regression analysis indicated that constructive organizational culture and structural empowerment together significantly predicted professional nurse competence, accounting for 48% of the variance ($R^2 = 0.48$, $p < .05$). Constructive organizational culture was the strongest predictor, followed by structural empowerment. The findings reflect that promoting an organizational culture that supports learning and collaboration, together with structural empowerment, plays a significant role in developing the competence of professional nurses.

Keywords: organizational culture, power, clinical competence

¹Student, Master of Nursing Science Program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Naresuan University

²Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University

³Lecturer, Faculty of Nursing, Naresuan University

¹Corresponding Author, Email: jiraratr@nu.ac.th Tel: 088-2826808



บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยเผชิญการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอย่างรวดเร็ว ทั้งการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความเหลื่อมล้ำ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และความคาดหวังต่อบริการสุขภาพที่สูงขึ้น รวมถึงสถานการณ์โควิด-19 ที่สะท้อนความเปราะบางของระบบสุขภาพ ส่งผลให้การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรสุขภาพเป็นประเด็นเร่งด่วน¹ โดยเฉพาะในบริบทของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่ขยายตัวอย่างรวดเร็ว ซึ่งจากการศึกษาสมรรถนะโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง² พบว่าด้านการพยาบาลผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี แต่ยังมีข้อจำกัดที่สำคัญคือ พยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 62.40 ยังไม่เคยได้รับการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้พยาบาลยังมีความต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ที่สูงที่สุดถึงร้อยละ 88.20 และจากงานวิจัยที่ผ่านมา³ พบว่าสมรรถนะของพยาบาลในบางมิติ เช่น สมรรถนะดิจิทัลของบุคลากรสุขภาพยังอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะทักษะการแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัลที่ยังมีข้อจำกัด สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าสมรรถนะที่เป็นอยู่ยังไม่ครอบคลุมความต้องการในทางปฏิบัติ ประเทศไทยจึงได้กำหนด ยุทธศาสตร์พัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 โดยมุ่งเสริมสร้างบุคลากรให้มีสมรรถนะสูง สอดรับการเปลี่ยนแปลงของโลกและการเรียนรู้ตลอดชีวิต⁴ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นกำลังหลักของระบบบริการสุขภาพ การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลจึงเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพบริการ ความปลอดภัยผู้ป่วย และศักยภาพการแข่งขันขององค์กรอย่างยั่งยืน⁵

การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยสนับสนุนจากองค์การที่มีคุณภาพ เนื่องจากสมรรถนะของพยาบาลมิได้เกิดจากคุณลักษณะส่วนบุคคลหรือทักษะเฉพาะทางเพียงอย่างเดียว หากแต่เป็นสมรรถนะเชิงบูรณาการที่ครอบคลุมหลายบทบาทหน้าที่⁶ แม้ว่าปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ภาวะผู้นำตนเอง ความยืดหยุ่นทางจิตใจ หรือแรงจูงใจ จะมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและการปฏิบัติงานของพยาบาล แต่ผลกระทบดังกล่าวมักจำกัดอยู่ในระดับปัจเจกบุคคล และไม่สามารถอธิบายผลลัพธ์ในระดับองค์การได้อย่างครอบคลุม⁷ แนวคิดโครงสร้างอำนาจในองค์การชี้ให้เห็นว่าโครงสร้างและระบบที่ไม่เอื้อบุคลากรย่อมไม่สามารถแสดงสมรรถนะได้อย่างเต็มศักยภาพ และไม่สามารถขับเคลื่อนผลลัพธ์ในระดับองค์การอย่างมีประสิทธิภาพ⁸ ในทางตรงกันข้ามปัจจัยเชิงองค์การได้รับการยืนยันว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการทำงานและสมรรถนะของบุคลากรในภาพรวมมากกว่า⁹ เนื่องจากเป็นกลไกที่กำหนดโอกาสในการพัฒนา การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ทรัพยากร และการสนับสนุนที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน ทำให้พยาบาลสามารถมีส่วนร่วมในการบริหารและการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา พรหมแย้ม¹¹ พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพฟอร์โธปีติกส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของศิริรักษ์ สุนทรศิริ¹² พบว่าปัจจัยการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้วัฒนธรรมองค์การถือเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมการทำงานในระดับองค์การ โดยเฉพาะวัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์ตามกรอบแนวคิดของ Cooke และ Lafferty¹³ ซึ่งมุ่งเน้นการปลูกฝังค่านิยมด้านความร่วมมือ การมุ่งผลสัมฤทธิ์ การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และมีบทบาทในการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจเชิงคลินิก รวมถึงส่งเสริมความเป็นมืออาชีพ การปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพและบทบาทความเป็นผู้นำ¹⁴ โดยทำหน้าที่เสมือนเป็นแกนกลางที่ผู้บริหารและบุคลากรทุกระดับยึดถือเป็นแนวทางร่วมในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้การดำเนินงานขององค์การมีประสิทธิภาพและเอื้อต่อการพัฒนาไปสู่การเป็นองค์การที่มีสมรรถนะสูง¹⁵ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาการศึกษาของชาวนี พันธุ์ละกะ¹⁶ พบว่าวัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะหลักของบุคลากรสถาบันชีววิทยาศาสตร์โมเลกุลมหาวิทยาลัยมหิดล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สะท้อนให้เห็นว่าวัฒนธรรมองค์การมิได้เป็นเพียงบริบทแวดล้อมหากแต่เป็นกลไกระดับองค์การที่ขับเคลื่อนสมรรถนะของบุคลากรอย่างเป็นระบบและยั่งยืน¹³ ในทางตรงกันข้ามหากพยาบาลวิชาชีพขาดการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างที่เพียงพอ โดยเฉพาะการเข้าถึงข้อมูล ทรัพยากร และโอกาสในการพัฒนาศักยภาพภายใต้สภาพแวดล้อมที่ขาดวัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์ อาจส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการตัดสินใจเชิงวิชาชีพและลดทอน



ความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ทางคลินิกอย่างมีประสิทธิภาพและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ¹⁰ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อคุณภาพบริการ และผลลัพธ์ขององค์การในภาพรวม สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ระบุว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจจากผู้บริหารและวัฒนธรรมองค์การเชิงบวกเป็นปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมแบบสร้างสรรค์¹⁷ ตลอดจนช่วยลดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์และเสริมสร้างสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพยาบาลได้อย่างยั่งยืน¹⁰

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในเขตภาคเหนือ กำลังเผชิญกับความท้าทายจากการขยายบทบาทและภารกิจหลายมิติ ทั้งด้านการให้บริการทางการแพทย์ การผลิตบัณฑิต และการวิจัยตามยุทธศาสตร์การอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม พ.ศ. 2563 - 2570 ซึ่งมุ่งยกระดับคุณภาพบริการและการพัฒนากำลังคนในระดับสูง¹⁸ และจากข้อมูลผลการดำเนินงานด้านการพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือ¹⁹ สะท้อนแนวโน้มการลดลงของตัวชี้วัดการปฏิบัติการพยาบาล ระดับสมรรถนะของพยาบาลที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ขณะเดียวกันโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในเขตภาคเหนือ¹⁹⁻²¹ ได้มีแผนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานระบบบริการและศักยภาพทางวิชาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อรองรับผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมากขึ้นและทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางบริการทางการแพทย์ ระดับภูมิภาค ส่งผลให้สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในบริบทโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เขตภาคเหนือ ต้องครอบคลุมมากกว่าความรู้และทักษะทางคลินิก โดยรวมถึงการตัดสินใจเชิงวิชาชีพ การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพ และบทบาทการเป็นอาจารย์พี่เลี้ยง ดังนั้น การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพจึงเป็นประเด็นเร่งด่วนที่ผู้บริหารต้องให้ความสำคัญ เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาองค์การในระยะยาว⁵

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจและวัฒนธรรมองค์การเป็นปัจจัยระดับโครงสร้างที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ โดยกำหนดโอกาสในการปฏิบัติงานการเข้าถึงข้อมูล ทรัพยากร และการสนับสนุนจากองค์การ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการทำงาน คุณภาพบริการ และสมรรถนะของบุคลากรโดยรวม อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมาโดยส่วนใหญ่มีมุ่งเน้นปัจจัยระดับปัจเจกบุคคล เช่น แรงจูงใจหรือคุณลักษณะส่วนบุคคล และยังขาดการศึกษาที่ตรวจสอบบทบาทของการเสริมสร้างพลังอำนาจและวัฒนธรรมองค์การร่วมกันในการพยากรณ์สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะในบริบทโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขนาดน้อยกว่า 500 เตียง ในเขตภาคเหนือ ซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร แต่ต้องรับผิดชอบพันธกิจหลายมิติ ทั้งการให้บริการ การผลิตบัณฑิต และการวิจัย¹⁹⁻²¹ ความซับซ้อนดังกล่าวอาจส่งผลให้โครงสร้างการสนับสนุนเชิงอำนาจ และรูปแบบวัฒนธรรมองค์การมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาอิทธิพลของการเสริมสร้างพลังอำนาจและวัฒนธรรมองค์การต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในบริบทดังกล่าว เพื่อเติมเต็มช่องว่างองค์ความรู้เชิงโครงสร้างและสนับสนุนการกำหนดนโยบายและการพัฒนากำลังคนทางการพยาบาล ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และวัฒนธรรมองค์การตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เขตภาคเหนือ
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและวัฒนธรรมองค์การต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เขตภาคเหนือ

ขอบเขตการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เขตภาคเหนือ ประสพการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา ตัวแปรที่ศึกษาในงานวิจัย คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจ วัฒนธรรมองค์การ และสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ขอบเขตของสถานที่ดำเนินการในทุกหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เขตภาคเหนือ ทั้ง 3 แห่ง ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม – กันยายน พ.ศ. 2568



กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ได้ทบทวนวรรณกรรมจากทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Laschinger²² ซึ่งอธิบายว่าโครงสร้างอำนาจเชิงองค์การ (Structural empowerment) เป็นกลไกสำคัญต่อการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ร่วมกับแนวคิดวัฒนธรรมองค์การของ Cooke และ Lafferty¹³ ที่จำแนกวัฒนธรรมเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ แบบสร้างสรรค์ ลักษณะตั้งรับ-เฉื่อยชา และตั้งรับ-ก้าวร้าว โดยวัฒนธรรมแบบสร้างสรรค์เอื้อต่อการเรียนรู้ การมีส่วนร่วม และการพัฒนาสมรรถนะอย่างยั่งยืน ทั้งนี้สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ²³ อ้างอิงตามกรอบ 8 ด้าน ของสภาการพยาบาล พ.ศ. 2553



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพในสังกัดฝ่ายการพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เขตภาคเหนือ จำนวนเดียวน้อยกว่า 500 เตียง จำนวน 3 โรงพยาบาล ประกอบด้วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา จำนวน 746 คน



เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่มีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 1 ปี ที่ปฏิบัติงานการพยาบาลต่อผู้ป่วย 2) ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ 1) ผู้ที่ลาศึกษาต่อ/ลาคลอด 2) ผู้ที่กำลังรักษาตัวในโรงพยาบาล

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G*Power²⁴ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .95 เพื่อลดความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อนประเภทที่สอง (Type II error) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.15 ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลางตามเกณฑ์ของ Cohen²⁵ และพิจารณาจากงานวิจัยที่มีบริบทใกล้เคียงกัน^{26,27} ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 129 คน ผู้วิจัยเพิ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10²⁸ เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ รวมกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเท่ากับ 142 คน วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional stratified random sampling) โดยกำหนดโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง เป็นชั้นภูมิ (Stratum) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนพยาบาลตามสัดส่วนของแต่ละโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม และลดความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดจากความแตกต่างเชิงโครงสร้างขององค์กร โดยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ จำนวน 93 คน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา จำนวน 14 คน และโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จำนวน 35 คน จากนั้นดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ภายในแต่ละชั้นภูมิโดยใช้รายชื่อพยาบาลในทุกหอผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาลตามเกณฑ์คัดเข้าด้วยการจับสลากชื่อแบบไม่ใส่คืน เพื่อป้องกันการซ้ำซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง และลดอคติจากการคัดเลือก (Selection bias)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ประสบการณ์การทำงาน รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา และการศึกษาอบรม จำนวน 7 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากเอกสารงานวิจัย และดัดแปลงแบบสอบถามการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานของ เบญจมาพร บัวหลวง²⁶ ซึ่งแปลมาจากแบบวัดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจทางโครงสร้างของ Laschinger²² ซึ่งเป็นแบบสอบถามการประเมินการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านโอกาส ด้านการได้รับทรัพยากร ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร และด้านการได้รับการสนับสนุน นำแบบสอบถามปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีจำนวน 24 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัฒนธรรมองค์กร ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากเอกสารงานวิจัย และดัดแปลงแบบสอบถามวัฒนธรรมองค์กรของ รุ่งทิพย์ เลากิตติศักดิ์²⁷ โดยใช้แนวคิดของ Cooke และ Lafferty¹³ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดวัฒนธรรมองค์กรตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ นำแบบสอบถามมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประกอบด้วยวัฒนธรรมองค์กร 3 ลักษณะ มีข้อคำถามทั้งหมด 38 ข้อ ดังนี้

1. วัฒนธรรมองค์กรแบบสร้างสรรค์ (Constructive organization culture) จำนวน 12 ข้อ
2. วัฒนธรรมองค์กรลักษณะตั้งรับ-เฉื่อยชา (Passive-defensive organization culture) จำนวน 13 ข้อ
3. วัฒนธรรมองค์กรลักษณะตั้งรับ-ก้าวร้าว (Aggressive-defensive organization culture) จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากเอกสารงานวิจัย และดัดแปลงแบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพของ ศิริรักษ์ สุนธศิริ¹² โดยใช้สมรรถนะผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของสภาการพยาบาล ซึ่งแบ่งออกได้ 8 ด้าน มีข้อคำถามทั้งหมด 38 ข้อ



การกำหนดเกณฑ์การแปลค่าคะแนนเฉลี่ย

แบบสอบถามการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ วัฒนธรรมองค์การ และสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ทั้ง 3 แบบสอบถาม มีลักษณะของคำถามให้เลือกตอบได้ 5 ระดับ ของ Likert Scale²⁹ โดยมีรายละเอียดดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด (5) หมายถึง ข้อความนั้นตรงตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุด, เห็นด้วยมาก (4) หมายถึง ข้อความนั้นตรงตามความคิดเห็นของท่านมาก, เห็นด้วยปานกลาง (3) หมายถึง ข้อความนั้นตรงตามความคิดเห็นของท่านปานกลาง, ไม่เห็นด้วย (2) หมายถึง ข้อความนั้นตรงตามความคิดเห็นของท่านน้อย, ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) หมายถึง ข้อความนั้นตรงตามความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด

การแปลค่าคะแนนเฉลี่ย

ลักษณะแบบสอบถามการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และวัฒนธรรมองค์การได้กำหนดการแปลค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามโดยวิธีการแบ่งตามอันตรภาคชั้น โดยมีเกณฑ์ในการแปลค่าคะแนนเฉลี่ย³⁰ ดังนี้ 4.50 – 5.00 หมายถึง การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอยู่ในระดับสูงมาก, 3.50 – 4.49 หมายถึง การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอยู่ในระดับสูง, 2.50 – 3.49 หมายถึง การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอยู่ในระดับปานกลาง, 1.50 – 2.49 หมายถึง การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอยู่ในระดับต่ำ, 1.00 – 1.49 หมายถึง การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอยู่ในระดับต่ำที่สุด

ลักษณะแบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ได้กำหนดการแปลค่าคะแนนโดยใช้วิธีการคำนวณหาความกว้างระหว่างชั้นตามหลักการหาค่าเฉลี่ย³⁰ โดยมีเกณฑ์ในการแบ่งความกว้างอันตรภาคชั้นดังนี้ 4.21 – 5.00 หมายถึง ระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับสูงมาก, 3.41 – 4.20 หมายถึง ระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง, 2.61 – 3.40 หมายถึง ระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง, 1.81 – 2.60 หมายถึง ระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับต่ำ, 1.00 – 1.80 หมายถึง ระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับต่ำที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ วัฒนธรรมองค์การ และสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของทั้ง 3 ฉบับ อยู่ระหว่าง 0.92 - 1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.94, 0.92 และ 0.97 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยทั้ง 3 แห่ง พร้อมแนบเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. ภายหลังได้รับอนุญาต ประสานงานผู้ช่วยวิจัยในแต่ละแห่งเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการตอบ และแนวทางการส่งคืนแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยจัดส่งแบบสอบถามพร้อมเอกสารชี้แจงข้อมูลและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยเน้นย้ำการปกปิดตัวตน (Anonymity) และความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างส่งคืนแบบสอบถามในซองปิดผนึกผ่านกล่องรับข้อมูลที่จัดเตรียมไว้ภายใน 2 สัปดาห์ โดยผู้ประสานงานการวิจัยเป็นผู้รวบรวมและส่งคืนให้ผู้วิจัย
4. ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามที่ตอบครบถ้วนจำนวน 142 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่าง



การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคลและระดับของตัวแปรที่ศึกษาทั้งในภาพรวมและรายด้าน สำหรับการทดสอบ ปัจจัยพยากรณ์ ใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ทั้งนี้ ข้อมูลผ่านเกณฑ์ ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ได้แก่ ไม่พบปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น ($VIF < 10$, Tolerance ใกล้ 1) ตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงเส้น มีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (Kolmogorov-Smirnov test, $p = .076$) ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ (Standardized residual ± 2) ความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน (Durbin-Watson = 1.81) และค่าเฉลี่ย ความคลาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์ ทั้งนี้ ในการวิเคราะห์ดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำเข้าตัวแปรพยากรณ์ในลักษณะรายด้าน เพื่อให้สามารถ วิเคราะห์อิทธิพลที่แท้จริงของแต่ละปัจจัย ซึ่งประกอบด้วย การเสริมสร้างพลังอำนาจ และลักษณะวัฒนธรรมองค์การทั้ง 3 รูปแบบ ได้แก่ วัฒนธรรมแบบสร้างสรรค์ วัฒนธรรมลักษณะตั้งรับ-เฉื่อยชา และวัฒนธรรมลักษณะตั้งรับ-ก้าวร้าว เพื่อศึกษาอำนาจ การพยากรณ์ที่มีต่อตัวแปรตามคือ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในภาพรวม ทั้งนี้ นำเข้าตัวแปรพยากรณ์ในลักษณะรายด้าน แทนการใช้คะแนนภาพรวมสำหรับตัวแปรวัฒนธรรมองค์การ เพื่อช่วยป้องกันการบดบังอิทธิพลเฉพาะมิติ (Masking effect) ที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้คะแนนรวม และช่วยให้สามารถเปรียบเทียบอำนาจการพยากรณ์ของแต่ละปัจจัยได้อย่างเหมาะสม

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (COA No. 194/2025 ให้การรับรองวันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2568) โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งในด้านวัตถุประสงค์ วิธีการ วิธีการตอบ แบบสอบถาม และสิทธิในการถอนตัวโดยสมัครใจโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา ทั้งนี้ ได้ขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ก่อนการเก็บข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดถูกจัดเก็บไว้อย่างปลอดภัยในตู้เอกสารที่ล็อกกุญแจและคอมพิวเตอร์ที่ใช้ระบบเข้ารหัส โดยมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงได้ การนำเสนอผลการวิจัยเป็นไปในภาพรวมโดยไม่ระบุตัวบุคคลหรือหน่วยงาน และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังสิ้นสุดการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 92.96) อายุระหว่าง 31–40 ปี (ร้อยละ 45.77) สถานภาพโสด (ร้อยละ 60.56) และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 97.18) มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 8.54 ปี ($S.D. = 6.23$) โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ 2–5 ปี (ร้อยละ 42.96) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 30,001–40,000 บาท (ร้อยละ 45.78) ทั้งนี้ ส่วนใหญ่เคยผ่านการอบรม/ประชุมวิชาการ (ร้อยละ 75.35) และบางส่วนจบหลักสูตรเฉพาะทาง (ร้อยละ 19.01)

2. ข้อมูลระดับการเสริมสร้างพลังอำนาจ วัฒนธรรมองค์การ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เขตภาคเหนือ พบว่า จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างคะแนนการเสริมสร้างพลังอำนาจในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($Mean = 3.99$, $S.D. = 0.48$) รายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านโอกาส ($Mean = 4.15$, $S.D. = 0.59$) และต่ำสุด คือ ด้านทรัพยากร ($Mean = 3.61$, $S.D. = 0.58$)

ผลการวิเคราะห์วัฒนธรรมองค์การจำแนกตามรายลักษณะ พบว่า วัฒนธรรมแบบสร้างสรรค์มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับสูง ($Mean = 4.26$, $S.D. = 0.47$) โดยมีมิติมุ่งไม่ตรีสัมพันธ์มีคะแนนสูงสุด ($Mean = 4.38$, $S.D. = 0.58$) และมีมิติมุ่งการบรรลุศักยภาพ สูงสุดแห่งตนมีคะแนนต่ำสุด ($Mean = 4.11$, $S.D. = 0.60$) รองลงมาคือ วัฒนธรรมลักษณะตั้งรับ-เฉื่อยชา อยู่ในระดับสูง ($Mean = 3.66$, $S.D. = 0.42$) โดยมีมิติมุ่งยึดกฎเกณฑ์ที่สูงที่สุด ($Mean = 4.11$, $S.D. = 0.59$) และมีมิติมุ่งการหลีกเลี่ยงต่ำที่สุด ($Mean = 2.83$, $S.D. = 0.87$) สำหรับวัฒนธรรมลักษณะตั้งรับ-ก้าวร้าว มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($Mean = 2.97$, $S.D. = 0.62$) พบมิติ มุ่งความสมบูรณ์แบบอยู่ในระดับสูง ($Mean = 3.70$, $S.D. = 0.79$) ขณะที่มิติมุ่งเห็นตรงกันข้ามมีคะแนนต่ำที่สุด ($Mean = 2.86$, $S.D. = 0.79$)



ค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในภาพรวมอยู่ในระดับสูงมาก (Mean = 4.34, S.D.= 0.40) สมรรถนะด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย (Mean = 4.57, S.D.= 0.44) และด้านที่ต่ำสุด คือ ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ (Mean = 4.04, S.D.= 0.61) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)

วัฒนธรรมองค์การ (Organization Culture) และสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ (Competency of Professional Nurses)
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เขตภาคเหนือ (n = 142)

ตัวแปร	Mean	S.D.	ระดับ
การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)			
ด้านโอกาส	4.15	0.59	สูง
ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร	4.10	0.55	สูง
ด้านการได้รับการสนับสนุน	4.09	0.57	สูง
ด้านการได้รับทรัพยากร	3.61	0.58	สูง
ภาพรวมการเสริมสร้างพลังอำนาจ	3.99	0.48	สูง
วัฒนธรรมองค์การ (Organization culture)			
ก. ภาพรวมวัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์ (Constructive organization culture)	4.26	0.47	สูง
ข. ภาพรวมวัฒนธรรมองค์การลักษณะตั้งรับ-เฉื่อยชา (Passive-defensive organization culture)	3.66	0.42	สูง
ค. ภาพรวมวัฒนธรรมองค์การลักษณะตั้งรับ-ก้าวร้าว (Aggressive-defensive organization culture)	2.97	0.62	ปานกลาง
สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ (Competency of Professional Nurses)			
ด้านที่ 1 สมรรถนะด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย	4.57	0.44	สูงมาก
ด้านที่ 2 สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์	4.42	0.51	สูงมาก
ด้านที่ 3 สมรรถนะด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ	4.53	0.42	สูงมาก
ด้านที่ 4 สมรรถนะด้านภาวะผู้นำการจัดการและการพัฒนาคุณภาพ	4.14	0.56	สูง
ด้านที่ 5 สมรรถนะด้านวิชาการและการวิจัย	4.33	0.51	สูงมาก
ด้านที่ 6 สมรรถนะด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ	4.39	0.52	สูงมาก
ด้านที่ 7 สมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ	4.04	0.61	สูง
ด้านที่ 8 สมรรถนะด้านสังคม	4.06	0.65	สูง
ภาพรวมสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ	4.34	0.40	สูงมาก

3. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) พบว่าตัวแปรอิสระที่เข้าสมการถดถอยมี 2 ตัว คือ วัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์ และการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งสามารถทำนายความแปรปรวนสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เขตภาคเหนือ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยทั้งสองตัวแปรสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 48 ($R^2 = 0.48$, Adjusted $R^2 = 0.47$, $F = 63.44$, $p < .001$) เมื่อพิจารณารายตัว พบว่า วัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์เป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพได้มากที่สุด (R^2 change = 0.37, $p < .001$) รองลงมาคือ การเสริมสร้างพลังอำนาจ (R^2 change = 0.11, $p < .001$) โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ 0.29 แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในวัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์และได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ดี จะมีสมรรถนะที่สูงขึ้น ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) และ สัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) ระหว่างการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Organization Culture) และสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ (Competency of Professional Nurses) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เขตภาคเหนือ (n = 142)

Model	ลำดับขั้นตัวแปรพยากรณ์	R	R^2	Adjusted R^2	R^2 change	F	P-value
1	วัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์ (Constructive organization culture)	0.61	0.37	0.36	0.37	80.62	<.001**
2	วัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์, การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)	0.69	0.48	0.47	0.11	63.44	<.001**

** $p < .001$

4. ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า วัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์เป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพได้สูงที่สุด ($b = 0.35$, $\beta = 0.41$, $t = 5.69$, $p < .001$) รองลงมาคือการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งสามารถพยากรณ์สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($b = 0.33$, $\beta = 0.39$, $t = 5.45$, $p < .001$) โดยสมการถดถอยมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 63.44$, $p < .001$) มีค่าคงที่ 1.56 และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์ (SE_{est}) เท่ากับ 0.29

สมการพยากรณ์ที่ได้คือ สมการในรูปคะแนนดิบ: จากสมการ $\hat{Y} = a + b_1X_1 + b_2X_2$ ดังนั้น สมการในรูปคะแนนดิบเป็นดังนี้ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ = $1.57 + 0.35$ (วัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์) + 0.33 (การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ)

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน: จากสมการ $\hat{Z}_y = B_1Z_{x1} + B_2Z_{x2} + \dots B_nZ_{xn}$ ดังนั้น สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน เป็นดังนี้ $\hat{Z}_y = 0.41$ (วัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์) + 0.39 (การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ)

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าวัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์ส่งผลให้สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพนั้นสูงขึ้น และการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ ค่าคงที่ และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ (Competency of Professional Nurses) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เขตภาคเหนือ (n= 142)

ตัวแปรพยากรณ์	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p-value
	b	Std. Error	Beta		
(Constant)	1.57	0.25		6.31	<.001**
วัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์ (Constructive organization culture) (x1)	0.35	0.06	0.41	5.69	<.001**
การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) (x2)	0.33	0.06	0.39	5.45	<.001**

$R = 0.69$, $R^2 = 0.48$, adjusted $R^2 = 0.47$, $F = 63.44$ **, $SE_{est} = 0.29$

** $p < .001$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ : $\hat{Y} = 1.57 + 0.35 (x1) + 0.33 (x2)$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน : $\hat{Z}_y = 0.41 (x1) + 0.39 (x2)$



การอภิปรายผล

1. ระดับการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เขตภาคเหนือ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้สามารถอธิบายได้จากลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพในช่วงวัยทำงาน (อายุ 31–40 ปี) และมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 8.54 ปี บุคลากรกลุ่มนี้ถือเป็นกำลังสำคัญที่มีความเชี่ยวชาญทางคลินิกและมีความพร้อมในการแสวงหาความรู้ใหม่ ๆ เพื่อตอบสนองต่อภารกิจที่ซับซ้อนของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งมีบทบาทสำคัญทั้งด้านการบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ การผลิตบุคลากรและการวิจัยวิชาการตามยุทธศาสตร์ของประเทศ¹⁸ บริบทดังกล่าวเอื้อต่อการจัดโครงสร้างองค์การที่สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพพยาบาลอย่างเป็นระบบเมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า ด้านโอกาสมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 4.15, S.D. = 0.59) สะท้อนถึงการเข้าถึงกิจกรรมพัฒนาวิชาชีพและการมีส่วนร่วมในโครงการต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลทั่วไปที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.35) เคยผ่านการอบรมหรือสัมมนาวิชาการอย่างต่อเนื่อง การได้รับโอกาสเหล่านี้เป็นองค์ประกอบสำคัญตามแนวคิดของ Laschinger⁹ ที่ช่วยส่งเสริมการรับรู้พลังอำนาจในงานในขณะที่ด้านทรัพยากรมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่น อาจอธิบายได้จากข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เขตภาคเหนือ ที่มีจำนวนเตียงน้อยกว่า 500 เตียง ต้องเผชิญกับข้อจำกัดด้านงบประมาณ อัตราค่าจ้าง วัสดุอุปกรณ์ และภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากการขยายบทบาทด้านบริการ การเรียนการสอนและการวิจัยพร้อมกันแม้ว่าการจะมีความพยายามจัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงาน แต่ในทางปฏิบัติพยาบาลอาจรับรู้ว่าทรัพยากรบางด้านยังไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับความซับซ้อนของผู้ป่วยและปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นัตดา รุ่งเดชรัตน์³¹ พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.72, S.D. = 0.36) และมณฑา พุ่มเกลี้ยง³² พบว่าการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลปะเหลียน โดยรวมอยู่ในระดับสูงเช่นกัน (Mean = 3.58, S.D. = 0.53)

2. วัฒนธรรมองค์การของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เขตภาคเหนือ โดยภาพรวมเป็นวัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์ ซึ่งอยู่ในระดับสูง สะท้อนถึงบริบทการทำงานที่ส่งเสริมความร่วมมือการพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการมุ่งเน้นคุณภาพของผลลัพธ์การปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Cooke และ Lafferty¹³ ที่อธิบายว่าวัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์เอื้อต่อการใช้ศักยภาพของบุคลากรและประสิทธิผลขององค์การในระยะยาว เมื่อพิจารณาในรายมิติ พบว่ามีมิติมุ่งไม่ตรีสัมพันธ์มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 4.38, S.D. = 0.58) ซึ่งในบริบทโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เขตภาคเหนือ ที่มีพันธกิจด้านความเป็นเลิศระดับตติยภูมิและงานวิชาการนโยบายเหล่านี้ได้หล่อหลอมบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกันและช่วยให้บริหารจัดการทรัพยากรได้สอดคล้องกับเป้าหมายความก้าวหน้าทางวิชาชีพ¹⁷ เมื่อพยาบาลรับรู้ถึงการสนับสนุนและมีวัฒนธรรมที่เอื้อต่อการทำงานเป็นทีม โดยเฉพาะมิติมุ่งไม่ตรีสัมพันธ์ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการตัดสินใจและแสดงสมรรถนะด้านการปฏิบัติการ จริยธรรม และภาวะผู้นำได้อย่างเต็มศักยภาพ¹⁵ ขณะที่มิติมุ่งการบรรลุศักยภาพสูงสุดแห่งตนมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดในกลุ่มวัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์ (Mean = 4.11, S.D. = 0.60) แม้ยังอยู่ในระดับสูง แต่อาจสะท้อนข้อจำกัดด้านภาระงาน เวลา และทรัพยากรที่ส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพเชิงลึกของพยาบาลวิชาชีพ⁹ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของเขาวานี พันธุ์ลาภะ¹⁶ ผลการศึกษาพบว่าระดับวัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูงเช่นกัน (Mean = 3.74, S.D. = 0.54)

วัฒนธรรมองค์การลักษณะตั้งรับ-ก้าวร้าว มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean = 2.97, S.D. = 0.62) และพบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางแสดงให้เห็นว่าองค์กรนั้นไม่ได้เน้นการแข่งขันเชิงอำนาจ หรือการใช้อิทธิพลเพื่อควบคุมบุคลากรอย่างเด่นชัด ซึ่งถือเป็นผลเชิงบวกต่อการปฏิบัติงานในองค์การเมื่อพิจารณาในรายมิติ พบว่า มิติมุ่งความสมบูรณ์แบบมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 3.70, S.D. = 0.79) อาจสะท้อนลักษณะของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เขตภาคเหนือ ที่ได้รับการกีดกันด้านมาตรฐาน คุณภาพในขณะที่มีมิติมุ่งใช้อำนาจมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean = 2.11, S.D. = 0.99) แสดงให้เห็นว่าโครงสร้างการบริหารของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เขตภาคเหนือ ไม่ได้เน้นการใช้อำนาจเชิงบังคับแต่เปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการทำงานและการตัดสินใจมากขึ้น กล่าวโดยสรุป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในเขตภาคเหนือมีพื้นฐานวัฒนธรรมองค์การที่เอื้อต่อการทำงานเชิงสร้างสรรค์และความร่วมมือในวิชาชีพพยาบาลขณะเดียวกันยังคงมีแรงกดดันด้านมาตรฐานจากภารกิจเชิงวิชาการและการให้บริการระดับสูง



3. สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เขตภาคเหนือ อยู่ในระดับสูงโดยเฉพาะด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมายมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.57, S.D. = 0.44) อาจเนื่องจากด้านจริยธรรมและจรรยาบรรณเป็นเรื่องที่สำคัญต่อการให้บริการผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและปลอดภัยเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล³³ รวมถึงโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเป็นสถานที่ฝึกอบรมของนิสิต นักศึกษา จึงทำให้พยาบาลมีโอกาสปฏิบัติหน้าที่เป็นแบบอย่างทางจริยธรรม ซึ่งช่วยส่งเสริมให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพได้อย่างเข้มแข็งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริทิพย์ ฝักฝ่าย³⁴ ผลการศึกษาพบว่าสมรรถนะที่พึงประสงค์ของพยาบาลวิชาชีพยุคชีวิตวิถีใหม่หน่วยบริการสาธารณสุข สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 สมรรถนะด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.75, S.D. = 0.41)

ด้านสมรรถนะด้านเทคโนโลยีของพยาบาลวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean = 4.04, S.D. = 0.61) เมื่อเทียบกับด้านอื่น ซึ่งอาจสะท้อนความท้าทายในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพดิจิทัลและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่พัฒนาอย่างรวดเร็ว แม้พยาบาลจะต้องใช้ระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการใช้แอปพลิเคชันที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพ (Smart applications) เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Records: EMR) แต่การพัฒนาทักษะด้านเทคโนโลยียังจำเป็นต้องอาศัยการฝึกอบรมพัฒนาที่ต่อเนื่องและเป็นระบบ³⁵ สอดคล้องกับการศึกษาของ เอื้องพร พิทักษ์สังข์ และคณะ³⁶ ได้ทำการศึกษาทักษะความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาล สังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ผลการศึกษาพบว่า ทักษะความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 46.90) และพบปัญหาอุปสรรคในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่ไม่มีการอบรมความรู้ด้านคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง กล่าวโดยสรุป สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เขตภาคเหนือ อยู่ในระดับสูงโดยเด่นชัดด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย ซึ่งสะท้อนถึงการยึดมั่นในมาตรฐานวิชาชีพและความปลอดภัยของผู้ป่วย ขณะที่สมรรถนะด้านเทคโนโลยีสะท้อนประเด็นท้าทายที่ควรได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายและการพัฒนาอย่างเป็นระบบต่อไป

4. การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและวัฒนธรรมองค์การตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพมีอิทธิพลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เขตภาคเหนือ โดยวัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์และการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 48 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สะท้อนว่าวัฒนธรรมองค์การทำหน้าที่เป็นกลไกเชิงระบบที่กำหนดค่านิยมและพฤติกรรมการทำงาน โดยเฉพาะวัฒนธรรมแบบสร้างสรรค์ที่มุ่งเน้นความสำเร็จ (Achievement) และการสนับสนุนกัน (Humanistic-encouraging) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Cooke และ Lafferty¹³ ที่อธิบายว่าวัฒนธรรมนี้ช่วยกระตุ้นแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองจนบรรลุศักยภาพสูงสุด (Self-Actualizing) อาจกล่าวได้ว่าวัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์เป็นปัจจัยเชิงระบบที่เอื้อต่อการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในเขตภาคเหนือได้ โดยช่วยกำหนดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เสริมสร้างความมั่นใจในการทำงาน ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกัน และสนับสนุนการใช้ความรู้และทักษะทางวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภาสวีนี เทพกาล และคณะ³⁷ ที่ศึกษาในบริบทโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่าวัฒนธรรมเชิงบวกสามารถสร้างความไว้วางใจและการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่งผลให้งานบรรลุเป้าหมายตามมาตรฐานวิชาชีพ และงานวิจัยของชาวนี พันธุ์ลาภะ¹⁶ ซึ่งศึกษาในบริบทของบุคลากรมหาวิทยาลัย พบว่าวัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์มีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อสมรรถนะหลักของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาเหล่านี้ล้วนยืนยันว่าวัฒนธรรมองค์การที่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์และการสนับสนุนซึ่งกันและกันเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยผลักดันให้บุคลากรเกิดการพัฒนาและแสดงสมรรถนะในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อพิจารณาตามแนวคิดของ Cooke และ Lafferty¹³ จะเห็นว่าองค์การที่มีวัฒนธรรมแบบสร้างสรรค์จะมุ่งตอบสนองความต้องการด้านการเจริญเติบโตของบุคคลผ่านมิติ มุ่งเน้นความสำเร็จ (Achievement) และมิติมุ่งการบรรลุศักยภาพสูงสุดแห่งตน (Self-actualizing) ซึ่งกระตุ้นให้พยาบาลเกิดแรงจูงใจในการพัฒนาสมรรถนะส่วนมิติมุ่งมิตรสัมพันธ์ (Affiliative) และมิติมุ่งเน้นบุคคล (Humanistic-encouraging) จะช่วยสร้างปฏิสัมพันธ์เชิงบวกและลดความขัดแย้งในการทำงานวัฒนธรรมเหล่านี้จึงทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้พยาบาลแสดงสมรรถนะของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพตามอำนาจพยากรณ์ร้อยละ 48 ที่พบในการศึกษานี้



นอกจากนี้ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจของพยาบาลวิชาชีพมีอิทธิพลเชิงบวกต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ และสามารถทำนายสมรรถนะของพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta = 0.39$) อาจอธิบายได้จากกระบวนการบริหารจัดการที่เปิดโอกาสให้พยาบาลเข้าถึงข้อมูล ทรัพยากร การสนับสนุน และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ส่งผลให้เกิดความมั่นใจ แรงจูงใจ และความรู้สึกมีคุณค่าในบทบาทวิชาชีพ อันนำไปสู่การพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงาน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Laschinger⁹ นอกจากนี้ การที่พยาบาลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานในทางบวก ส่งผลให้เกิดการพัฒนาศักยภาพและสมรรถนะของตนเอง อันเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลคุณภาพการปฏิบัติงานดีขึ้น และหากพยาบาลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างเหมาะสม ย่อมสะท้อนสมรรถนะทางการพยาบาลออกมาได้อย่างชัดเจน ทั้งในด้านการตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา การดูแลผู้รับบริการ และส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในที่สุด⁹ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรักษ์ สุนธศิริ¹² พบว่า ปัจจัยการเสริมพลังอำนาจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อาจกล่าวได้ว่าวัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์และการเสริมสร้างพลังอำนาจของพยาบาลวิชาชีพมีอิทธิพลเชิงบวกต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะได้ร้อยละ 48 ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าวัฒนธรรมองค์การที่ส่งเสริมความสำเร็จ การสนับสนุนซึ่งกันและกัน และการเปิดโอกาสให้เข้าถึงทรัพยากร มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษานี้มุ่งเน้นที่ปัจจัยเชิงโครงสร้างและวัฒนธรรมองค์การ โดยยังไม่ได้ครอบคลุมถึงปัจจัยส่วนบุคคลหรือปัจจัยทางจิตวิทยาอื่น ๆ เช่น ภาวะผู้นำของผู้บริหาร หรือความยืดหยุ่นทางจิตใจ ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อสมรรถนะของพยาบาลได้เช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรออกแบบโครงสร้างที่เอื้อต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยเน้นการมีส่วนร่วมตัดสินใจ ตลอดจนจัดสรรทรัพยากร ข้อมูล และโอกาสความก้าวหน้าในวิชาชีพอย่างทั่วถึง

1.2 ควรส่งเสริมวัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์ที่มุ่งเน้นความร่วมมือและการเรียนรู้ เพื่อลดวัฒนธรรมเชิงลบและยกระดับความรู้สึกมีคุณค่าในบทบาทวิชาชีพต่อการพัฒนาองค์การ

1.3 ควรใช้ผลการวิจัยเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาสมรรถนะพยาบาล โดยมุ่งเน้นด้านที่ควรพัฒนาเพิ่มเติม เช่น สมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศควบคู่ไปกับการสร้างบรรยากาศองค์กรเชิงบวกอย่างเป็นระบบ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรขยายการศึกษาไปยังโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภูมิภาคอื่น โรงพยาบาลระดับต่าง ๆ (เช่น โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป) หรือเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชน เพื่อเพิ่มความครอบคลุมและอำนาจการอ้างอิงผลการวิจัย

2.2 ควรศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลในมิติอื่น เช่น ภาวะผู้นำตนเองและความยืดหยุ่นเชิงจิตใจ รวมถึงการทดสอบบทบาทของตัวแปรคั่นกลางหรือตัวแปรส่งผ่าน เช่น ความผูกพันในงานและการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา

2.3 ควรพัฒนาการศึกษาเป็นรูปแบบโมเดลสมการโครงสร้าง (SEM) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุทั้งทางตรงและทางอ้อม หรือดำเนินการวิจัยเชิงทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ เช่น โปรแกรมพี่เลี้ยงที่เน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจและวัฒนธรรมองค์การ



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และผู้ประสานงานการวิจัยของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งในเขตภาคเหนือ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมและติดตามข้อมูลจนมีความสมบูรณ์ ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่สนับสนุนให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. Somsap Y, Varee A. Thai nurse brand in 21st century: Challenges for nursing profession. Songklanagarind Journal of Nursing. 2019;39(3):169-78 (in Thai)
2. Charoenkraikamon C, Pitaksung A, Namthep J, Saysukanun P, Chimchalong R, Siritipakorn P, et al. Gerontological nursing competencies for registered nurses in a university hospital setting. Siriraj Medical Bulletin. 2024;17(3):197-208 (in Thai)
3. Ratchapakdee P. Digital competency of newly graduated nurses. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(2):336-47 (in Thai)
4. Office of the National economic and social development council. The Thirteenth national economic and social development plan (2023–2027). [internet]. 2022 [cited 2025 Jan 19]. Available from: <https://www.nesdc.go.th> (in Thai)
5. Thailand Nursing and Midwifery Council. Strategic plan for nursing and midwifery 2022–2026. 1st ed. Nonthaburi: Publishing of suetawan company limited; 2022. (in Thai)
6. Goedhart NS, Van Oostveen CJ, Vermeulen H. The effect of structural empowerment of nurses on quality outcomes in hospitals: A scoping review. Journal of Nursing Management. 2017;25(3):194–206. doi: 10.1111/jonm.12455
7. Lambrou P, Kontodimopoulos N, Niakas D. Motivation and job satisfaction among medical and nursing staff in a Cyprus public general hospital. Human Resources for Health. 2010;8(1):1-9. doi: 10.1186/1478-4491-8-26
8. Kanter RM. Men and women of the corporation. 2nd ed. New York: Basic Books; 1993.
9. Laschinger HK. Job and career satisfaction and turnover intentions of newly graduated nurses. Journal of Nursing Management. 2012;20(4):472-84. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01293.x.
10. Çelik ŞŞ, Sariköse S, Çelik Y. Structural and psychological empowerment and burnout among nurses: A systematic review and meta-analysis. International Nursing Review. 2024;71(1):189-201. doi: 10.1111/inr.12878.
11. Phromyaem R. Relationship among personal factors, lifelong learning, empowerment of head nurses and orthopedic nurses competency, hospitals under the department of medical services [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2017. (in Thai)
12. Soonthongsiri S. The competency enhancement of professional nurses in medical correctional hospital [master's thesis]. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2022. (in Thai)
13. Cooke RA, Lafferty JL. Level I: Organizational culture inventory. Plymouth (MI): Human Synergistics; 1989.
14. Aydogdu ALF. The Impact of Organizational Culture on Nursing: A Comprehensive Analysis. World Academic Journal of Management. 2023;11(4):32-41.



15. Boonmathat S. Public organizational culture suited for Thailand 4.0: Era for public organization under central administration. *Journal of MCU Social Science Review*. 2022;13(2):1–14 (in Thai)
16. Phunlapa C. Organizational culture affects the core competencies of staffs of the Institute of Molecular Biosciences Mahidol university. *Mahidol R2R e-Journal*. 2017;4(2):206-26. doi: 10.14456/jmu.2017.30 (in Thai)
17. Lu Y, Zhai S, Liu Q, Liu J, Chen C. The impact of head nurse empowerment on clinical nurses' innovative behavior: The mediating role of organizational climate and professional autonomy. *BMC Nursing*. 2025;24:574. doi: 10.1186/s12912-025-03214-6
18. Office of the Permanent Secretary for Higher Education, Science, Research and Innovation. Framework of higher education, science, research and innovation policy and strategy 2023–2027 [internet]. 2022 [cited 2025 Jan 21]. Available from: <https://www.mhesi.go.th/index.php/all-media/book-ministry/8310-2022-12-13-06-27-40.html> (in Thai)
19. Nursing Department, Naresuan University Hospital. Annual report of the nursing department, Naresuan university hospital fiscal years 2019–2022. [internet]. 2022 [cited 2025 Jan 21]. Available from: https://www.plan.office.nu.ac.th/?page_id=847 (in Thai)
20. Faculty of Medicine, University of Phayao Hospital. Annual report (October 2021–September 2022). [internet]. 2022 [cited 2025 Jan 21]. Available from: <https://anyflip.com/yrlwv/ghqb/basic> (in Thai).
21. Mae Fah Luang University Medical Center Hospital. Strategic plan of Mae Fah Luang university medical center hospital 2022–2026. [internet]. 2023 [cited 2025 Jan 21]. Available from: <https://www.mfu.ac.th/life-on-campus/lifeoncampus-healthy/mfu-medical-center.html> (in Thai).
22. Laschinger HK. Condition for work effectiveness questionnaire I and II. Canada: Western University; 2012.
23. Thailand Nursing Council. Competencies of registered nurses. 1st ed. Bangkok: Siree Yodkarnpim 2010. (in Thai)
24. Srisatitnarakorn B. Effect size, power analysis, optimal sample size calculation using G*Power software. 1st ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2020. (in Thai)
25. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
26. Bualuang B. Influence of empowerment and physician–nurse relationships on quality of care among professional nurses in inpatient departments at Uttaradit Hospital [master's thesis]. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2018. (in Thai)
27. Laokittisak R. Relationship between organizational culture, job empowerment, and quality of working life of professional nurses under the jurisdiction of the local government administration [master's thesis]. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2009. (in Thai)
28. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
29. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. Measurement in nursing and health research. 5th ed. New York: Springer 2017.
30. Srisaard B. Introduction to research. 10th ed. Bangkok: Suwiriyaarn; 2017. (in Thai)



31. Rungdecharat N. Core competencies of registered nurses at practitioner level in a university hospital. *Vajira Nursing Journal*. 2016;18(2):33–41 (in Thai)
32. Pumkliang M. Empowerment the performance of registered nurses at Palian hospital, Trang province. *Journal of Education and Research in Public Health*. 2023;1(3):163–73 (in Thai)
33. Thailand Nursing Council. Nursing standards [internet]. 2019 [cited 2024 Nov 27]. Available from: <http://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/A111.PDF> (in Thai)
34. Fakfai S. Desirable competencies of professional nurses in the new normal, health units under the ministry of public health, area health 2 [master's thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2023. (in Thai)
35. Akkadechanan T. Nurses' competency and public healthcare innovation in Thailand 4.0 era. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2019;34(1):5–13 (in Thai)
36. Pitaksang A, Phoyen J, Namthep J, Chimchalong R, Panyawong T, Rerkmongkol W, et al. Digital literacy among nurses working in a university hospital. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2023;38(2):38–48 (in Thai)
37. Thepkarn P, Prutipinyo C, Phahuwatanakorn W, Sirichotiratana N. Perceptions of professional nurses regarding ethics and organizational culture in a university hospital. *Public Health Policy and Laws Journal*. 2020;6(2):279-92 (in Thai)



ประสบการณ์ของครอบครัวในการตัดสินใจถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วย ประคับประคอง ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์: การวิจัยเชิงคุณภาพ

สมัญญา ชันรักษา พย.ม.¹ ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ พย.ม.²

วรศยา แก่นนาคำ พย.บ.¹ ยุภาภรณ์ สายแสน พย.บ.¹

บำเพ็ญจิต แสงชาติ พย.ค.³ ศรีเวียง ไพโรจน์กุล พ.บ.,ว.ว.⁴

(วันรับบทความ: 23 ธันวาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 4 มีนาคม พ.ศ.2569/ วันตอบรับบทความ: 20 มีนาคม พ.ศ.2569)

บทคัดย่อ

การยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อนและส่งผลกระทบต่อจิตใจของญาติอย่างรุนแรง งานวิจัยเชิงคุณภาพนี้มุ่งทำความเข้าใจประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในกระบวนการตัดสินใจและสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นภายในหอผู้ป่วยประคับประคอง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากสมาชิกครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจถอดท่อช่วยหายใจและได้รับการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลจำนวน 10 ราย เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว สัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ดูแลหลัก 10 ราย และวิเคราะห์แก่นแท้ของประสบการณ์ด้วยแนวคิดของโคไลซ์ซี ทั้งนี้ได้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามเกณฑ์ของ Lincoln และ Guba ครอบคลุมความน่าเชื่อถือ ความสามารถในการถ่ายโอน ความเชื่อมั่นได้ และความยืนยันได้ โดยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลสามเ้าการยืนยันผลกับผู้ให้ข้อมูล และการทบทวนโดยผู้เชี่ยวชาญ

ผลการวิจัย พบว่า ประสบการณ์ของครอบครัวแบ่งออกเป็น 5 ช่วงสำคัญ ได้แก่ 1) ระยะเผชิญวิกฤต: แม้จะตระหนักและรู้สึกไร้อำนาจต่อรองแต่ยังฝากความหวังไว้กับการรักษา 2) ระยะเผชิญความจริง: เมื่อเห็นความลำบากของผู้ป่วยผ่านอุปกรณ์สายระโยงระยางทำให้เกิดความทุกข์ใจ 3) ระยะหาทางออก: ความเชื่อมั่นในการตัดสินใจเกิดขึ้นเมื่อได้รับข้อมูลที่โปร่งใสและแรงสนับสนุนจากทีมสุขภาพ 4) ระยะสิ้นสุดการยื้อ: ความสงบในช่วงลมหายใจสุดท้ายของผู้ป่วยช่วยเยียวยาจิตใจคนข้างหลัง และ 5) ระยะปรับตัว: การดูแลที่มีคุณภาพช่วยให้ข้ามผ่านความเศร้าโศกได้อย่างมั่นคง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงโดยทีมประคับประคอง คือกุญแจสำคัญที่ช่วยสร้างประสบการณ์เชิงบวกและลดบาดแผลทางใจหลังการสูญเสีย

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง การตัดสินใจ ครอบครัวผู้ป่วยระยะท้าย ท่อช่วยหายใจ ประสบการณ์ ปรากฏการณ์วิทยา

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³รองศาสตราจารย์ นักวิชาการอิสระ

⁴รองศาสตราจารย์ หัวหน้าหน่วยการุณรักษ์ ศูนย์บริการทางการแพทย์ขั้นเลิศ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: paripi@kku.ac.th Tel: 081-2566169



Experiences of Families with End-of-Life Extubation Decision-Making within the Palliative Care ward, Karunruk Palliative Care Center, Srinagarind Hospital: A Qualitative Study

Samunya Khanrugsa M.N.S.¹ Varissaya Kannakharn B.N.S.¹

Yupaporn Saysaen B.N.S.¹ Parichart Piasupun M.N.S.²

Bumpenchit Sangchart D.N.S.³ Srivieng Pairojkul M.D.⁴

(Received Date: December 23, 2025, Revised Date: March 4, 2026, Accepted Date: March 20, 2026)

Abstract

Withdrawal of mechanical ventilation in end-of-life patients is a sensitive issue that profoundly impacts families psychologically. This qualitative research aimed to understand family members' experiences during the decision-making process and situations that occur within the palliative care unit at the Karunruk Palliative Care Center of Srinagarind Hospital. Using a phenomenological approach, 10 participants were purposively selected from family members who had been involved in extubation decision-making and received hospital-based palliative care. Data were collected through in-depth interviews until data saturation was reached and analyzed using Colaizzi's method. Trustworthiness was established according to Lincoln and Guba's criteria, encompassing credibility, transferability, dependability, and confirmability through data triangulation, member checking, and peer debriefing.

Results: The family's journeys were divided into 5 critical phases: 1) Crisis phase: Despite feeling shocked and powerless to negotiate, families still placed hope in treatment; 2) Reality confrontation phase: Witnessing the patient's suffering through being dependent on numerous medical devices caused psychological distress; 3) Solution-seeking phase: Confidence in decision-making emerged when receiving transparent information and support from the healthcare team; 4) Letting go phase: Peacefulness during the patient's final breaths provided healing for those left behind; and 5) Adjustment phase: Quality care helped families navigate through grief with stability. Effective communication and genuine family involvement by the palliative care team are key factors in creating positive experiences and reducing psychological trauma following loss.

Keywords: decision-making, family experiences, mechanical ventilation, palliative care, terminally ill patients, phenomenology

¹Registered Nurse, Professional Level, Nursing Division, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

²Registered Nurse, Senior Professional Level, Nursing Division, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

³Associate Professor, Independence Scholar.

⁴Associate Professor, Head of Karunruk Palliative Care Center, Special Medical Center, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

²Corresponding author, E-mail: paripi@kku.ac.th Tel: 081-2566169



บทนำ

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่มุ่งเน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว โดยเพิ่มคุณภาพชีวิตและรักษาศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในช่วงเวลาที่เหลืออยู่¹ การตัดสินใจถอดเครื่องช่วยหายใจ (Mechanical ventilation withdrawal) เป็นหนึ่งในประเด็นที่ซับซ้อนและละเอียดอ่อนที่สุดในกระบวนการตัดสินใจภายใต้การดูแลแบบประคับประคอง^{2,3} ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญทั้งในฐานะผู้ประเมินความต้องการของครอบครัว ผู้สื่อสารข้อมูลทางการแพทย์ที่ซับซ้อน และผู้ประสานงานระหว่างครอบครัวกับทีมสุขภาพตลอดกระบวนการตัดสินใจ การตัดสินใจถอดเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยระยะท้ายมักเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถแสดงเจตนาได้เอง ทำให้ครอบครัวต้องทำหน้าที่เป็นผู้ตัดสินใจแทน (Surrogate decision-makers)⁴ จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและการตัดสินใจถอดเครื่องช่วยหายใจ พบว่า กระบวนการนี้ก่อให้เกิดภาระทางจิตใจอย่างมาก ทั้งความรู้สึกผิด ความสับสน และความทุกข์ทรมานจากการต้องเลือกระหว่างการยืดชีวิตกับการปล่อยให้ผู้ป่วยจากไป^{5,6} นอกจากนี้ การขาดข้อมูล การสื่อสารไม่เพียงพอ และการไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจยังส่งผลต่อการปรับตัวหลังสูญเสียในระยะยาว^{7,8} ผลจากงานวิจัยที่ผ่านมาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าพยาบาลที่ให้การดูแลแบบประคับประคองจำเป็นต้องพัฒนาทักษะการสื่อสารเชิงรุก การประเมินภาวะจิตใจของครอบครัว และการดูแลต่อเนื่องภายหลังการสูญเสีย เพื่อลดภาระทางจิตใจที่เกิดขึ้นในระยะยาว

จากการทบทวนวรรณกรรมในบริบทของประเทศไทยและเอเชียยังมีจำกัด โดยเฉพาะการทำความเข้าใจกระบวนการตัดสินใจตลอดกระบวนการตั้งแต่ก่อนการตัดสินใจจนถึงหลังการสูญเสีย การศึกษาล่าสุดในประเทศไทยพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ ประกอบด้วย ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย การไร้หนทางรักษา การสื่อสารที่มีคุณภาพกับทีมสุขภาพ และความเชื่อมั่นในการดูแลแบบประคับประคอง^{5,9} อย่างไรก็ตาม ยังขาดการทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงประสบการณ์โดยรวมของครอบครัวตลอดกระบวนการดูแลในระยะท้าย โดยเฉพาะในมิติของพยาบาล ยังขาดข้อมูลเชิงประสบการณ์ที่จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจความต้องการที่แท้จริงของครอบครัวในแต่ละช่วงของกระบวนการตัดสินใจ รวมถึงการระบุจุดที่พยาบาลสามารถเข้าไปสนับสนุนได้อย่างตรงจุดและทันเวลา ซึ่งช่องว่างองค์ความรู้ดังกล่าวน่าสู่การวิจัยครั้งนี้ที่เลือกใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อเข้าถึงความหมายและประสบการณ์ชีวิตของครอบครัวอย่างลึกซึ้ง การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในปัจจุบันเน้นความสำคัญของการดูแลครอบครัวเป็นหน่วยของการดูแล (Family as a unit of care) โดยเฉพาะการให้การสนับสนุนทางอารมณ์ การสื่อสารที่มีคุณภาพ และการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ¹⁰ ในบริบทนี้ พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ประสานการดูแลต่อเนื่อง (Care coordinator) ที่เชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งในแง่การประเมินความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ การให้ข้อมูลที่เหมาะสมในแต่ละช่วงเวลา และการดูแลเฝ้าระวังครอบครัวทั้งก่อนและภายหลังการสูญเสีย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การมีทีมประคับประคองที่ให้การสนับสนุนอย่างมีคุณภาพตั้งแต่เริ่มต้น ช่วยลดความทุกข์ทรมานทางจิตใจของครอบครัว เพิ่มความมั่นใจในการตัดสินใจ และส่งผลดีต่อการปรับตัวหลังสูญเสีย¹¹ นอกจากนี้ ประสบการณ์ "การตายดี" (Good death) สามารถช่วยให้ครอบครัวข้ามผ่านความสูญเสียได้ดีขึ้นและพร้อมแบ่งปันประสบการณ์เชิงบวกแก่ผู้อื่น¹²

ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์จัดตั้งเพื่อให้บริการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 และได้พัฒนาแนวปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยและครอบครัวทั้งในระยะก่อน ระหว่าง และภายหลังการถอดท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจอย่างเป็นระบบ (Removal of mechanical ventilator in dying patients) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557¹³ เพื่อปลดปล่อยผู้ป่วยจากการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์และยืดการตาย บริการที่ให้อยู่ในปัจจุบัน ได้แก่ การให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวและทีมสุขภาพ การประชุมครอบครัว การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยประคับประคอง การดูแลด้านจิตวิญญาณ และการติดตามดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย อย่างไรก็ตาม แม้จะมีระบบบริการที่พัฒนาแล้ว แต่ยังขาดการศึกษาอย่างเป็นระบบในแง่ของประสบการณ์เชิงลึกของครอบครัวตลอดกระบวนการ โดยเฉพาะในประเด็นที่ว่า การสนับสนุนจากพยาบาลและทีมการุณรักษ์ในแต่ละช่วงเวลานั้นตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของครอบครัวได้มากน้อยเพียงใด จากข้อมูลระหว่างกรกฎาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้ป่วยมาขอรับ



คำปรึกษาที่ศูนย์การณักรักษ์ 129 ราย และมีครอบครัวตัดสินใจถอดท่อช่วยหายใจและเลือกรับการดูแลที่หอผู้ป่วยระดับประคองในโรงพยาบาล 31 ราย (ร้อยละ 48.43) แม้จะมีจำนวนมาก แต่ยังคงขาดการศึกษาอย่างเป็นระบบเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์โดยรวมของครอบครัว ซึ่งข้อมูลดังกล่าวมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลและทีมสุขภาพในการดูแลครอบครัวอย่างตรงจุด และมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแล การเสริมสร้างสมรรถนะของทีมสุขภาพ และการออกแบบระบบบริการที่ตอบสนองความต้องการของครอบครัวอย่างแท้จริง

งานวิจัยครั้งนี้จึงเลือกใช้แนวทางการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive phenomenology) ตามแนวคิดของ Husserl ซึ่งมุ่งเข้าถึงแก่นแท้ของประสบการณ์ชีวิต (Lived experience) ของสมาชิกครอบครัวตามที่พวกเขารับรู้และถ่ายทอดออกมาโดยตรง โดยปราศจากการตีความล่วงหน้าจากผู้วิจัย วิธีการนี้มีความเหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับการศึกษาระบบการตัดสินใจที่มีความหมายเฉพาะบุคคลและมีมิติทางอารมณ์ที่ซับซ้อน ซึ่งการวิจัยเชิงปริมาณหรือการทบทวนเอกสารเพียงอย่างเดียวไม่สามารถเข้าถึงได้อย่างสมบูรณ์ ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นฐานความรู้เชิงประสบการณ์สำหรับพยาบาลในการพัฒนาแนวปฏิบัติการสื่อสารการประเมิน และการสนับสนุนครอบครัวตลอดกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระบบการตัดสินใจของครอบครัวในการตัดสินใจถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยระยะท้ายในหอผู้ป่วยระดับประคอง ศูนย์การณักรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

วิธีดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้แนวทางการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive phenomenological approach) ตามแนวคิดของ Husserl ที่มุ่งเข้าถึงแก่นแท้ของประสบการณ์ชีวิตตามที่ผู้มีประสบการณ์รับรู้โดยตรง โดยปราศจากการตีความล่วงหน้าจากผู้วิจัย และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีของ Colaizzi วิธีการนี้มีความเหมาะสมสำหรับการทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงกระบวนการตัดสินใจของครอบครัวผู้ป่วยระยะท้ายที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต่อการตัดสินใจถอดท่อช่วยหายใจ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวเป็นประสบการณ์ชีวิตของครอบครัวในสถานการณ์ที่มีความซับซ้อนทางอารมณ์และจริยธรรม เป็นประสบการณ์ที่มีความหมายเฉพาะบุคคลและมีมิติทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวม และเลือกใช้วิธีศึกษาด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

ประชากรและผู้ให้ข้อมูล

ประชากร คือ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้วระหว่าง 2 สัปดาห์ถึง 6 เดือนก่อนการเก็บข้อมูล โดยผู้ป่วยดังกล่าวได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ ได้รับการตัดสินใจถอดท่อช่วยหายใจก่อนเสียชีวิต และได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยระดับประคองภายใต้การดูแลของศูนย์การณักรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ให้ข้อมูล คือ สมาชิกในครอบครัวที่ตัดสินใจถอดท่อช่วยหายใจ และผู้ป่วยได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยระดับประคองภายใต้การดูแลแบบประคับประคองของศูนย์การณักรักษ์ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก 1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ 2) เป็นผู้ตัดสินใจหลักหรือเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้มีส่วนร่วมกับการตัดสินใจถอดท่อช่วยหายใจ ซึ่งผู้ป่วยได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยระดับประคองภายใต้การดูแลแบบประคับประคองของศูนย์การณักรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และ 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การคัดออก คือ ผู้ให้ข้อมูลไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย หรือมีภาวะจิตใจที่ไม่พร้อมสำหรับการสัมภาษณ์ในช่วงเวลานั้น การเลือกผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลายในมิติต่าง ๆ ทั้งในส่วนของผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เพศและอายุของผู้ป่วย สถานการณ์สุขภาพของผู้ป่วย ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจ และระยะเวลาการเสียชีวิตภายหลังการถอดท่อช่วยหายใจ เพื่อให้ครอบคลุมความหลากหลายของประสบการณ์อย่างเพียงพอ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อใช้เป็นแนวทางการประกอบการเก็บข้อมูล โดยในส่วนของแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จะประกอบด้วยแนวคำถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูล เช่น เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานการณ์สุขภาพ โรคประจำตัว ลักษณะนิสัย ความต้องการของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลกับผู้ป่วย เพื่อทำความรู้จักและเข้าใจทั้งผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูล

ส่วนแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย แนวคำถามที่สำรวจประสบการณ์ ความนึกคิด ความต้องการ ความคาดหวัง อารมณ์ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลในช่วงเวลาต่างๆ ตลอดกระบวนการดูแล โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured in-depth interview) แบ่งเป็น 3 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) ช่วงสร้างความไว้วางใจและเก็บข้อมูลพื้นฐาน 2) ช่วงสำรวจประสบการณ์หลักตามกรอบการดำเนินเหตุการณ์ตั้งแต่ก่อนจนถึงภายหลังการถอดท่อช่วยหายใจ และ 3) ช่วงสรุปและเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมสิ่งที่ต้องการสื่อสาร ตัวอย่างคำถามหลัก “ช่วยเล่าให้ฟังได้ไหมว่าในช่วงที่ผู้ป่วยเริ่มใส่ท่อช่วยหายใจ ครอบครัวท่านรู้สึกอย่างไร และมีความคิดหรือความต้องการอะไรในช่วงนั้น ” คำถามย่อย “ตอนที่หมอแนะนำให้ใส่ท่อช่วยหายใจ มีเวลาคิดไตร่ตรองมากน้อยแค่ไหน” / “ความรู้สึกในตอนนั้นเป็นอย่างไร” เป็นต้น อย่างไรก็ตาม แม้จะมีแนวคำถามเป็นเครื่องมือวิจัยแต่ผู้วิจัยก็เปิดโอกาสให้มีคำถามหรือการเรียนรู้ใหม่ ๆ จากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นผลมาจากแลกเปลี่ยนและปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัยด้วย

บทบาทของผู้วิจัยในฐานะเครื่องมือหลักของการวิจัย ในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นเครื่องมือหลักในการเก็บรวบรวมและตีความข้อมูล ดังนั้นการสะท้อนตนเองและการลดอคติของผู้วิจัยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ผู้วิจัยหลักเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 10 ปี และผ่านการฝึกอบรมด้านการวิจัยเชิงคุณภาพและการสัมภาษณ์เชิงลึกจากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา และการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทีมผู้วิจัยประกอบด้วยนักวิจัยที่มีภูมิหลังแตกต่างกัน ทั้งพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการอิสระผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งช่วยให้เกิดการตรวจสอบในกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้บันทึก Reflexive journal ตลอดกระบวนการวิจัยเพื่อสะท้อนความคิด ความรู้สึก และอคติส่วนตัวที่อาจส่งผลกระทบต่อตีความข้อมูล และใช้วิธีการ Bracketing เพื่อแยกประสบการณ์ส่วนตัวออกจากกระบวนการวิเคราะห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยนี้ได้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พัฒนามาจากความเห็นและคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และพัฒนาจากการประสบการณ์การปฏิบัติงานของผู้วิจัยและทีมประคับประคองที่ผ่านการฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติมาหลายปี ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบถามความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเนื้อหาแล้ว โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการทำวิจัยเชิงคุณภาพ (Content Validity Index = 0.85)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลระหว่างกรกฎาคม พ.ศ. 2566 -ธันวาคม พ.ศ. 2567 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ตัดสินใจถอดท่อช่วยหายใจและรับการดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาล ซึ่งจะผ่านเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่กำหนด และใช้วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

2. ผู้วิจัยโทรศัพท์หาผู้ให้ข้อมูลด้วยตัวเอง ชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย ขั้นตอนและรูปแบบการเข้าร่วมโครงการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับการเข้าร่วมการวิจัย และให้เวลาผู้ให้ข้อมูลได้ตัดสินใจก่อนจะนัดหมายโทรศัพท์สอบถามความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งต่อไป



3. ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะนัดหมายวันและเวลาสะดวกของผู้ให้ข้อมูลเพื่อทำการนัดหมาย การให้ข้อมูล พร้อมกับเสนอทางเลือกการให้ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งมีทั้งการโทรศัพท์ การประชุมออนไลน์ หรือการนัดสัมภาษณ์ออนไลน์ที่ห้องประชุมศูนย์การณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยเป็นการตัดสินใจตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล ในกรณีที่สัมภาษณ์ผ่านช่องทางออนไลน์ ผู้วิจัยดำเนินการควบคุมคุณภาพข้อมูลโดย 1) ใช้แพลตฟอร์มที่มีระบบบันทึกเสียงในตัวพร้อมบันทึกเสียงสำรองด้วยอุปกรณ์แยกต่างหากอีก 1 เครื่อง 2) ตรวจสอบความชัดเจนของสัญญาณก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ทุกครั้ง และ 3) หากสัญญาณขัดข้องระหว่างสัมภาษณ์ จะหยุดและนัดหมายใหม่ในทันทีจากผู้ให้ข้อมูล 10 ราย มีผู้ให้ข้อมูลที่สัมภาษณ์แบบพบตัว (Onsite) จำนวน 6 ราย และสัมภาษณ์ผ่านช่องทางออนไลน์ (Online) จำนวน 4 ราย

4. เมื่อถึงวันนัดหมายให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย แจ้งระยะเวลาการสัมภาษณ์ จะใช้เวลา 45-60 นาที การขออนุญาตบันทึกเสียงและการทำลายไฟล์เสียงเมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย การปกป้องข้อมูลและความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล โดยจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลที่นำไปสู่การระบุตัวตนได้ และผู้ให้ข้อมูลสามารถยุติการให้ข้อมูลได้เสมอโดยไม่ผลกระทบบใด ๆ การสัมภาษณ์ดำเนินการโดยผู้วิจัย (ปาริชาติ เพียสุพรรณ) ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยการพยาบาลระดับประคองและมีความคุ้นเคยกับบริบทการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผู้วิจัยมีความสัมพันธ์ ทางวิชาชีพกับบางครอบครัวในฐานะพยาบาลผู้ดูแลในทีมการณรักษ์ ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการ Bracketing อย่างเข้มงวดก่อนและระหว่างการสัมภาษณ์ เพื่อแยกบทบาทของพยาบาลออกจากบทบาทของนักวิจัย และมุ่งรับฟังประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลอย่างเปิดกว้างโดยปราศจากอคติจากความรู้สึกหรือความคาดหวังที่มีต่อกรณีนั้น ๆ ผู้วิจัยผ่านการฝึกอบรมทักษะการสัมภาษณ์เชิงลึก ในรายวิชาการระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพระดับบัณฑิตศึกษา และมีการฝึกซ้อมการสัมภาษณ์กับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญก่อนเริ่มเก็บข้อมูลจริง ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายได้รับการสัมภาษณ์เชิงลึกหลักจำนวน 1 ครั้ง และมีการติดตามสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมทางโทรศัพท์อีก 1-2 ครั้งต่อราย เพื่อทำความเข้าใจประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนหรือตรวจสอบความถูกต้องของการตีความเบื้องต้น ทั้งนี้ เมื่อเริ่มกระบวนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะจดบันทึกข้อมูลในสมุดบันทึกส่วนตัว และเริ่มคำถามสัมภาษณ์จากคำถามข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยก่อน จากนั้นจึงเข้าสู่คำถามที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์และการตัดสินใจถอดท่อนช่วยหายใจ เมื่อสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะให้เวลาผู้ให้ข้อมูลได้สอบถาม พูดคุย หรือแลกเปลี่ยนกับผู้วิจัย และทำการปิดการสัมภาษณ์เมื่อทั้งสองหมดข้อสงสัยหรือคำถามแล้ว นอกจากนี้ เนื่องจากประเด็นการวิจัยนี้เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ความตายและความสูญเสียซึ่งมีความอ่อนไหวทางอารมณ์ ผู้วิจัยจึงเตรียมมาตรการรองรับภาวะอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ การหยุดพักการสัมภาษณ์เมื่อผู้ให้ข้อมูลมีอาการรุนแรง การให้เวลาระบายความรู้สึกอย่างเต็มที่โดยไม่เร่งรัด และการมีข้อมูลการส่งต่อบริการสุขภาพจิตเตรียมไว้ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมหลังการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะติดตามสอบถามความเป็นอยู่ของผู้ให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ภายใน 1-2 สัปดาห์หลังการสัมภาษณ์ทุกราย

5. หลังจากนั้นได้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนแล้ว ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่รับมาเขียนบันทึกสนาม (Fieldnote) เพื่อบันทึกประเด็น ประสบการณ์ และข้อค้นพบสำคัญของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน รวมทั้งผู้วิจัยจะทำการอ่านและวิเคราะห์ข้อมูลที่รับมาแต่ละครั้งและทุกครั้งเพื่อการพัฒนากระบวนการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

6. เมื่อเก็บข้อมูลจนอิ่มตัว โดยกำหนดว่าข้อมูลอิ่มตัวเมื่อการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายใหม่ไม่ปรากฏประเด็นความหมาย หรือรูปแบบประสบการณ์ใหม่ที่แตกต่างจากที่พบก่อนหน้านี้ ซึ่งผู้วิจัยได้ตรวจสอบจุดอิ่มตัวนี้ร่วมกันในทีมผู้วิจัย หลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8 และ 9 และยืนยันว่าข้อมูลอิ่มตัวหลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10 หรือได้ข้อค้นพบที่คล้ายคลึงกันจนไม่มีข้อสรุปที่ต่างออกไปแล้ว ผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลรวมของผู้ให้ข้อมูลทุกคน และจัดหมวดหมู่ข้อค้นพบตามประเด็นสำคัญที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา และเขียนรายงานผลการศึกษาต่อไป



การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ตามแนวทางของ Colaizzi ผ่านกระบวนการดังนี้ 1) ทำการถอดเทปแบบคำต่อคำและอ่านซ้ำหลายรอบเพื่อซึมซับความหมาย 2) ระบุข้อความที่มีนัยสำคัญซึ่งเกี่ยวข้องกับประสบการณ์การตัดสินใจ 3) แปลงข้อความเหล่านั้นให้เป็นนิยามที่ชัดเจน 4) รวบรวมความหมายที่คล้ายคลึงกันจัดเป็นกลุ่มประเด็น (Theme clusters) 5) บูรณาการประเด็นทั้งหมดเพื่อพรรณนาโครงสร้างของประสบการณ์ให้รอบด้าน 6) กลั่นกรองหัวใจสำคัญของปรากฏการณ์ และ 7) นำผลการวิเคราะห์กลับไปยืนยันกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อความถูกต้องแม่นยำ การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดดำเนินการด้วยวิธีการวิเคราะห์ด้วยตนเอง (Manual analysis) โดยไม่ใช้โปรแกรมซอฟต์แวร์ เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถสัมผัสกับข้อมูลได้อย่างใกล้ชิดและลึกซึ้ง กระบวนการสร้างประเด็น (Theme development) มีการบันทึก Decision trail อย่างเป็นระบบใน 3 รุ่น (Version) ได้แก่ รุ่นที่ 1 การระบุข้อความสำคัญและนิยามเบื้องต้น รุ่นที่ 2 การจัดกลุ่มประเด็นและทบทวนร่วมกับทีมผู้วิจัย และรุ่นที่ 3 การยืนยันประเด็นสุดท้ายภายหลังการตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลและผู้เชี่ยวชาญ

นอกจากนี้ ผู้วิจัยทั้งหมดร่วมกันอภิปรายและตรวจสอบการตีความข้อสรุปและประเด็นที่ค้นพบกับข้อมูลต้นฉบับอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการวิเคราะห์ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงของผลการวิจัย

ความน่าเชื่อถือ การศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการเพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามเกณฑ์ของ Lincoln และ Guba^{14,15} โดยครอบคลุม 4 ด้าน ดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ผู้วิจัยสร้างความน่าเชื่อถือด้วยวิธีการหลายประการ ได้แก่ 1) การใช้เวลานานในการเก็บข้อมูล โดยดำเนินการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 18 เดือน โดยผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายได้รับการสัมภาษณ์เชิงลึกหลักจำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 45–60 นาที และมีการติดตามสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมทางโทรศัพท์อีก 1–2 ครั้งต่อราย เพื่อทำความเข้าใจประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน โดยยุติการเก็บข้อมูลเมื่อถึงจุดอิ่มตัวของข้อมูล (Data saturation) คือเมื่อการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายใหม่ไม่ปรากฏประเด็นหรือความหมายใหม่ที่แตกต่างจากที่พบก่อนหน้านี้ 2) การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation) ซึ่งครอบคลุมทั้งสามมิติ ได้แก่ มิติแหล่งข้อมูล (Source triangulation) โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลายราย บันทึกสนาม และเอกสารทางการแพทย์ มิติวิธีการ (Method triangulation) โดยใช้ทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึกและการบันทึกสนามควบคู่กัน และมิติผู้วิจัย (Investigator triangulation) โดยให้ผู้วิจัยหลายคนที่มีภูมิหลังต่างกันทั้งแพทย์และพยาบาลร่วมกันวิเคราะห์และตีความข้อมูลอย่างอิสระก่อนนำข้อสรุปมาเปรียบเทียบกัน 3) การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checking) โดยนำผลการวิเคราะห์เบื้องต้นกลับไปยืนยันกับผู้ให้ข้อมูล 3 ราย ซึ่งคัดเลือกโดยคำนึงถึงความหลากหลายของประสบการณ์ ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์เชิงบวก ผู้ที่มีประสบการณ์ที่ยังติดขัด และผู้ที่ให้ข้อมูลผู้ป่วยเสียชีวิตในระยะเวลาที่แตกต่างกันภายหลังการถอดท่อนช่วยหายใจ เพื่อป้องกัน Selection bias และให้มั่นใจว่าการตีความสะท้อนความหลากหลายของประสบการณ์อย่างครบถ้วน และ 4) การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) โดยนำเสนอกระบวนการวิเคราะห์และผลการศึกษาต่อผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพและการดูแลแบบประคับประคองเพื่อรับข้อเสนอแนะ

2. ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ผู้วิจัยได้อธิบายบริบทการศึกษา ลักษณะผู้ให้ข้อมูล และกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด เพื่อให้ผู้อ่านสามารถพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน รวมทั้งได้เลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลายในด้านอายุ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และประเภทโรคของผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของข้อมูล

3. ความเชื่อมั่นได้ (Dependability) ผู้วิจัยสร้างความเชื่อมั่นได้โดย 1) การบันทึกเส้นทางการตรวจสอบ (Audit trail) อย่างละเอียด ตั้งแต่การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล จนถึงการสรุปผล 2) การประชุมทีมผู้วิจัยอย่างสม่ำเสมอเพื่อทบทวนกระบวนการวิจัยและข้อค้นพบ และ 3) การเก็บรักษาข้อมูลดิบ บันทึกสนาม และเอกสารการวิเคราะห์ทั้งหมดอย่างเป็นระบบ



4. ความยืนยันได้ (Confirmability) ผู้วิจัยรักษาความเป็นกลางโดยการตระหนักรู้และสะท้อนคิด (Reflexivity) ซึ่งผู้วิจัยบันทึกความคิด ความรู้สึก และอคติส่วนตัวที่อาจมีอิทธิพลต่อการตีความข้อมูลในสมุดบันทึก Reflexive journal ตลอดกระบวนการวิจัย 2) การใช้ผู้วิจัยหลายคนร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อลดอคติส่วนบุคคล และ 3) การรักษาหลักฐานการตรวจสอบที่ชัดเจน เชื่อมโยงผลการศึกษากับข้อมูลดิบได้ นอกจากนี้ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ระบุบทบาทและประสบการณ์ของตนเองในการทำงานด้านการดูแลแบบประคับประคองไว้อย่างชัดเจน และใช้วิธีการ Bracketing เพื่อแยกประสบการณ์และความเชื่อส่วนตัวออกจากกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยตระหนักดีว่าการเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้มีความเปราะบางจากประเด็นการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ ความตายและความสูญเสียของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญกับการปกป้องและคุ้มครองผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย โดยในขั้นตอนก่อนการเก็บข้อมูล จะมีสอบถามความยินยอมของการเข้าร่วมโครงการวิจัย และเสนอทางเลือกการปฏิเสธโดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ กับผู้ให้ข้อมูลหากไม่สะดวก พร้อมชี้แจงรายละเอียดประเด็นคำถามและการสัมภาษณ์ ตลอดจนความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย เมื่อเข้าสู่ขั้นตอนการเก็บข้อมูลหลังผู้ให้ข้อมูลยินยอมแล้วนั้น ผู้วิจัยได้ชี้แจงและสอบถามรายละเอียดโครงการวิจัย สอบถามความกังวลหรือสิ่งที่ติดขัดก่อนเริ่มการวิจัย รวมทั้งการชี้แจงการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคล การขออนุญาตบันทึกเสียง และการทำลายข้อมูลบันทึกเสียงหลังเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย ตลอดจนแจ้งผู้ให้ข้อมูลว่าหากในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมหรือไม่สะดวกแล้ว สามารถหยุดและถอนตัวจากการวิจัยได้อย่างไม่มีเงื่อนไขหรือคำอธิบาย พร้อมกับยืนยันว่าการถอนตัวของผู้ให้ข้อมูลจะไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ต่อการได้รับการรักษาพยาบาลจากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยจะเก็บผลข้อมูลการศึกษาไว้ 3 ปี ภายหลังจากการวิจัยดำเนินการจนเสร็จสิ้นแล้ว โดยเก็บข้อมูลไฟล์เสียง บันทึกสนามในคอมพิวเตอร์ส่วนตัวของผู้วิจัยซึ่งมีรหัสการเข้าถึงเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น และเมื่อครบระยะเวลาที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทั้งหมดทั้งนี้ งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE661182 ณ วันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย

บริบทของหอผู้ป่วยระดับประคอง ศูนย์การดูแลรักษา โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ก่อนนำเสนอผลการวิจัย ผู้วิจัยขออธิบายบริบทของหอผู้ป่วยระดับประคองซึ่งเป็นสถานที่ดำเนินการวิจัย เนื่องจากบริบทดังกล่าวมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับปรากฏการณ์ที่ค้นพบ หอผู้ป่วยระดับประคองของศูนย์การดูแลรักษา โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นหน่วยให้บริการเฉพาะทางที่ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 ภายใต้มหาวิทยาลัยราชภัฏที่ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา โดยมีแนวทางการให้ข้อมูลและเตรียมครอบครัวก่อนการถอดท่อนช่วยหายใจอย่างเป็นระบบ ได้แก่ 1) การประชุมครอบครัว (Family meeting) ที่ให้ข้อมูลทางการแพทย์อย่างครบถ้วน ชี้แจงทางเลือกการดูแล และรับฟังความกังวลของครอบครัว 2) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยไม่มีข้อจำกัดด้านเวลาเยี่ยม 3) การให้การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณตามความเชื่อและวัฒนธรรมของครอบครัว และ 4) การดูแลต่อเนื่องภายหลังการสูญเสีย บริบทการดูแลเช่นนี้มีผลต่อประสบการณ์ของครอบครัว โดยเฉพาะปรากฏการณ์ "ความสงบภายหลังการถอดท่อนช่วยหายใจ" ที่ค้นพบในการศึกษานี้ ซึ่งผู้วิจัยพิจารณาว่าเป็นผลที่เกิดจากบริบทการดูแลแบบองค์รวมในหอผู้ป่วยระดับประคองซึ่งเอื้อให้ครอบครัวสามารถคืนบทบาทการดูแลและรับการสนับสนุนเชิงจิตวิญญาณ มากกว่าจะเป็นผลโดยตรงจากการถอดท่อนช่วยหายใจเพียงอย่างเดียว

ลักษณะผู้ป่วยที่ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจถอดท่อนช่วยหายใจ

ลักษณะผู้ป่วยที่ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจถอดท่อนช่วยหายใจทั้ง 10 ราย มีสัดส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 70 และ 30 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ โดยมีอายุเฉลี่ย 71.80 ปี (พิสัยอายุ 3 เดือน–88 ปี) โดยผู้ป่วยอายุน้อยที่สุดเป็นทารกคลอดก่อนกำหนด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาในจังหวัดขอนแก่น (ร้อยละ 60) ส่วนที่เหลือมาจากจังหวัดใกล้เคียง ได้แก่ มหาสารคาม อุตรดิตถ์ และสกลนคร



ด้านสถานการณ์สุขภาพและเหตุผลในการใส่ท่อช่วยหายใจ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน และรุนแรง เช่น ภาวะหัวใจหยุดเต้นและได้รับการกู้ชีพ ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และภาวะหมดสติที่สาเหตุยังไม่ชัดเจนในขณะนำส่งโรงพยาบาล เหตุผลหลักในการใส่ท่อช่วยหายใจในกลุ่มนี้คือเพื่อรักษาชีวิตในสภาวะฉุกเฉิน และเปิดโอกาสให้การวินิจฉัยและการรักษาดำเนินต่อไปได้ ส่วนผู้ป่วยอีกร้อยละ 20 มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังระยะท้ายและเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่อง โดยเหตุผลในการใส่ท่อช่วยหายใจในกลุ่มนี้เป็นการตอบสนองต่อภาวะทรุดลงเฉียบพลันของโรคเรื้อรัง และเพื่อให้มีเวลาประเมินสถานการณ์และหารือกับครอบครัวเกี่ยวกับทิศทางการรักษา

ด้านความประสงค์ของผู้ป่วยก่อนการใส่ท่อช่วยหายใจ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) ไม่เคยแจ้งความประสงค์เกี่ยวกับการใส่หรือไม่ใส่ท่อช่วยหายใจไว้ล่วงหน้า ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) มาก่อน ผู้ป่วยร้อยละ 20 เคยแสดงความประสงค์ด้วยวาจากับครอบครัวว่าไม่ต้องการการรักษาเกินจำเป็นหรือไม่ต้องการยืดชีวิตหากโรครักษาไม่หาย แต่ไม่มีเอกสารบันทึกความประสงค์อย่างเป็นทางการ และผู้ป่วยร้อยละ 10 มีบันทึกข้อมูลการปฏิเสธการรักษาบางประการไว้ในเวชระเบียน แต่ครอบครัวตัดสินใจให้ใส่ท่อช่วยหายใจในสถานการณ์ฉุกเฉินเนื่องจากความกลัวและความไม่พร้อมที่จะเผชิญการสูญเสีย ภายหลังการใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) อยู่ในภาวะไม่รู้สึกรู้ตัวและไม่สามารถสื่อสารกับครอบครัวได้ มีเพียงร้อยละ 20 เท่านั้นที่ยังมีสติสัมปชัญญะและสามารถสื่อสารผ่านการเขียนข้อความหรือภาษากาย เช่น การพยักหน้า กะพริบตา และยกมือ แม้จะไม่สามารถออกเสียงพูดได้ ระยะเวลาการใส่เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 25.90 วัน (พิสัย 5-90 วัน) ภายหลังการตัดสินใจถอดท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยมีชีวิตรอดอยู่ต่อเป็นระยะเวลาที่แตกต่างกันอย่างมาก โดยสั้นที่สุด 14 นาที และนานที่สุด 24 วัน

ลักษณะผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาครั้งนี้ทั้ง 10 ราย เป็นสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย (Surrogate decision-maker) หรือมีส่วนร่วมสำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการถอดท่อช่วยหายใจ ประกอบด้วย เพศหญิงร้อยละ 80 และเพศชายร้อยละ 20 มีอายุเฉลี่ย 43 ปี (พิสัย 26-62 ปี) อาชีพของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นข้าราชการครู ทหาร บุคลากรสาธารณสุข ข้าราชการเกษียณอายุ และพนักงานบริษัทเอกชน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย มีเพียงร้อยละ 20 ที่อาศัยอยู่ต่างถิ่น (จังหวัดระยองและกรุงเทพมหานคร)

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยในฐานะผู้ตัดสินใจแทน มีความหลากหลาย ได้แก่ บุตร (ร้อยละ 50) คู่สมรส (ร้อยละ 20) หลาน (ร้อยละ 20) และมารดา (ร้อยละ 10) ในจำนวนนี้ ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 60 เป็นผู้ตัดสินใจหลักเพียงคนเดียวในนามครอบครัว ส่วนร้อยละ 40 ตัดสินใจร่วมกับสมาชิกครอบครัวคนอื่น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นพี่น้องและบุตรของผู้ป่วย โดยมีการปรึกษาหารือผ่านการประชุมโดยตรงและการสื่อสารผ่านกลุ่มสื่อสังคมออนไลน์

ด้านระยะเวลาก่อนการตัดสินใจ พบว่าผู้ให้ข้อมูลใช้เวลาในการตัดสินใจนับตั้งแต่ได้รับการแจ้งจากทีมสุขภาพว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายและควรพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ จนถึงวันที่ยืนยันการตัดสินใจ เฉลี่ยประมาณ 3-14 วัน โดยผู้ให้ข้อมูลบางรายต้องการเวลาไตร่ตรองนานกว่าเนื่องจากต้องรอให้สมาชิกครอบครัวที่อยู่ต่างจังหวัดเดินทางมาพบกันก่อน

ด้านประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย พบว่าผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 30 เคยมีประสบการณ์ดูแลหรืออยู่ในสถานการณ์ที่สมาชิกครอบครัวคนอื่นต้องใส่ท่อช่วยหายใจมาก่อน ซึ่งประสบการณ์เดิมดังกล่าวมีทั้งที่ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลมีความเข้าใจและพร้อมรับมือกับสถานการณ์มากขึ้น และในบางรายส่งผลให้เกิดความกลัวและความลังเลมากขึ้นจากการรับรู้ความทุกข์ทรมานที่เคยเห็นในอดีต ส่วนผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 70 ไม่เคยผ่านประสบการณ์ดังกล่าวมาก่อน และต้องเผชิญกับสถานการณ์นี้เป็นครั้งแรกตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยและรักษาตัวที่โรงพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลทุกรายอยู่เคียงข้างผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และทำหน้าที่เป็นผู้ตัดสินใจหลักหรือร่วมตัดสินใจกับสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ ในประเด็นสำคัญต่าง ๆ ทั้งการรักษาพยาบาล การถอดท่อช่วยหายใจ การเลือกรับการดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาล รวมถึงการจัดการภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย



ส่วนที่ 2 ประสบการณ์และความหมายของการตัดสินใจถอดต่อช่วยหายใจ: กระบวนการที่ดำเนินผ่าน 5 ระยะ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางของ Colaizzi สามารถสกัดแก่นแท้ของประสบการณ์ (Essence of experience) ของผู้ให้ข้อมูลออกมาได้เป็นกระบวนการที่ดำเนินต่อเนื่องผ่าน 5 ระยะ โดยแต่ละระยะสะท้อนความหมายของประสบการณ์ที่ครอบคลุมเผชิญในช่วงเวลานั้น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นย่อย (Sub-theme) ของประสบการณ์ครอบคลุมในการตัดสินใจถอดต่อช่วยหายใจ

ระยะ (Phase)	ประเด็นหลัก (Theme)	ประเด็นย่อย (Sub-theme)
บริบทนำ	ความเปราะบางท่ามกลางวิกฤต: รากเหง้าของการตัดสินใจ	• ความตกตะลึงและการไร้ทางเลือกขณะใส่ท่อช่วยหายใจ • ความทุกข์จากการเห็นผู้ป่วยทรมานและสูญเสียความใกล้ชิด
ระยะที่ 1	ความสับสนและการลังเลเมื่อเผชิญ กับการตัดสินใจ	• ความตกใจและไม่พร้อมรับข่าว • ความขัดแย้งระหว่างความรักและการยอมรับความจริง • การยึดติดกับความหวังและปาฏิหาริย์
ระยะที่ 2	การแสวงหาข้อมูลและพื้นที่เพื่อไตร่ ตรอง	• การขอเวลาเพิ่มเติมและการปรึกษาภายในครอบครัว • การต้องการข้อมูลทางการแพทย์ที่ชัดเจนและตรงไปตรงมา • การเผชิญกับแรงกดดันจากทั้งภายในและภายนอก
ระยะที่ 3	รูปแบบการตัดสินใจและปัจจัยที่ กำหนดความมั่นคง	• การตัดสินใจจากฉันทามติของครอบครัว • การตัดสินใจภายหลังได้รับการสนับสนุนจากทีมการุณรักษ์ • การตัดสินใจที่ขาดการมีส่วนร่วม: ข้องกังวลด้านสิทธิและจริยธรรม
ระยะที่ 4	ความสงบของผู้ป่วยในฐานะของขวัญ สุดท้ายแก่ครอบครัว	• การดูแลบรรเทาทุกข์และการฟื้นฟูบทบาทผู้ดูแล • การได้ส่งผู้ป่วยจากไปอย่างมีศักดิ์ศรีในบรรยากาศที่อบอุ่น • การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณในช่วงเวลาสุดท้าย
ระยะที่ 5	การปรับตัวหลังสูญเสีย: ระหว่างการ งอกงามและการติดขัด	• การปรับตัวที่มั่นคงพร้อมกลายเป็นแรงบันดาลใจแก่ผู้อื่น • การปรับตัวที่ยังติดขัด: คำถามที่ยังไม่มีคำตอบ

หมายเหตุ: ระยะบริบทนำ และระยะที่ 1–2 สะท้อนพื้นที่หลังที่นำไปสู่กระบวนการตัดสินใจถอดต่อช่วยหายใจ มิใช่แก่นแท้ของประสบการณ์การตัดสินใจโดยตรง แต่มีความสำคัญในฐานะบริบทที่ช่วยให้เข้าใจกระบวนการตัดสินใจได้อย่างสมบูรณ์

บริบทนำ: ความเปราะบางท่ามกลางวิกฤต รากเหง้าของการตัดสินใจ

ก่อนที่ครอบครัวจะเผชิญกับการตัดสินใจถอดต่อช่วยหายใจ ล้วนผ่านประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความเปราะบางทางจิตใจอย่างลึกซึ้ง อันได้แก่ การตัดสินใจใส่ท่อช่วยหายใจในภาวะฉุกเฉินและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ประสบการณ์ทั้งสองนี้มีความสำคัญในฐานะรากเหง้าที่หล่อหลอมความหมายและอารมณ์ความรู้สึกของครอบครัวในกระบวนการตัดสินใจที่ตามมา

การตัดสินใจใส่ท่อช่วยหายใจ: ความตกตะลึงและการไร้ทางเลือก ครอบครัวทุกรายรับรู้ว่าการตัดสินใจในระยะนี้เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ภายใต้ข้อจำกัดของเวลาและทางเลือก เมื่อผู้ป่วยมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ทีมแพทย์แนะนำการใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อรักษาชีวิตและเปิดโอกาสการรักษาต่อ ครอบครัวจึงตัดสินใจยินยอมทั้งหมด แม้บางรายจะขัดกับความประสงค์เดิมของผู้ป่วย

"เชื่อหมอ หมอบอกให้ใส่ ก็ต้องใส่ กลัวแม่ตาย" (HOS6, 18 ก.ค. 67)

"เราเสียแม่ไปแล้ว กับพ่อเราเสียไม่ได้อีก เราทำทุกอย่างเพื่อให้พ่อได้อยู่ต่อ ทำเต็มที่กับหมอ ไม่ลังเลเลย" (HOS8, 17 ก.ค. 67)



ช่วงเวลาในหอผู้ป่วยวิกฤต: ความทุกข์จากการเห็นผู้ป่วยทรมาณและการสูญเสียความใกล้ชิด หลังใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยถูกย้ายไปหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) ครอบครัวเต็มไปด้วยความเศร้าโศกจากการเห็นอุปกรณ์ทางการแพทย์จำนวนมากติดที่ร่างกาย รวมถึงการรับรู้ความทรมาณของผู้ป่วยผ่านท่าทางดิ้นขยับ การหลั่งน้ำตา และผลที่เกิดจากการเสียสติ ภาวะไม่รู้สึกตัวของผู้ป่วย และการถูกจำกัดเวลาเยี่ยม ล้วนสร้างความเจ็บปวดอย่างรุนแรงและเป็นต้นเหตุของความปรารถนาที่จะยุติความทุกข์ทรมาน

"พอพอรู้สึกตัวขึ้นมา แยกพยาบาลอำปากออกเสียงผ่านท่อ (ท่อช่วยหายใจ) แกบอกประมาณว่าไม่ต้องทำอะไรแล้ว ปลดปล่อยไป พ่ออยากไปแล้ว แต่ตอนนั้นเรายากให้พ่อได้รักษาต่อ อะไรก็ได้ที่รักษาพ่อได้ ให้พ่อได้รักษา" (HOS10, 22 ก.ค. 67)

"หมอบอกว่าเมียเป็นไทรอยะสุดท้าย เม็ดเลือดขาวต่ำ ต้องเจาะแขนขาทั้งสองข้างเพื่อหาเส้น เอาฟิล์มมาให้ดูพบว่าปอด เหลือข้างเดียวแล้ว คือเป็นสีขาวโพลนไปหมด " (HOS1, 19 ก.ค. 67)

ระยะที่ 1: ความสับสนและการลังเลเมื่อเผชิญกับการตัดสินใจ

ความหมายของประสบการณ์: "ฉันไม่รู้จะตัดสินใจอย่างไร ระหว่างรักเขากับปล่อยให้เขาไป" เมื่อทีมสุขภาพแจ้งว่าผู้ป่วย เข้าสู่ระยะท้ายและควรพิจารณาถอดเครื่องช่วยหายใจ ครอบครัวทุกรายผ่านระยะของความสับสนและการลังเลอย่างรุนแรง ซึ่งเป็นแก่นแท้ของประสบการณ์ที่มีความหมายสำคัญ การรับทราบข่าวดังกล่าวก่อให้เกิดความตกใจและความไม่พร้อมรับสาร แม้หลายคนเริ่มสัมผัสได้ว่าสถานการณ์กำลังเข้าสู่จุดเปลี่ยน ความหมายที่ครอบครัวให้แก่ช่วงเวลานี้คือการถูกบังคับให้ต้องเลือกระหว่าง "ความรักที่ต้องการยื้อ" และ "ความเมตตาที่ต้องการปล่อย"

การรับแจ้งและการรับรู้คำพูดของทีมสุขภาพ มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความหมายที่ครอบครัวสร้างขึ้นในช่วงนี้ ผู้ให้ข้อมูล ส่วนใหญ่รับรู้คำพูดของทีมสุขภาพด้วยความรู้สึกที่ซับซ้อน บางรายรู้สึกว่าการแจ้งข่าวนั้นตรงไปตรงมาแต่ขาดความอ่อนโยน บางรายรู้สึกว่าถูกเร่งรัดหรือถูกกดดัน และบางรายรู้สึกว่าได้รับการรับฟังและเข้าใจ ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ส่งผลต่อความพร้อมในการเปิดรับข้อมูลและเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจอย่างมีนัยสำคัญ

"ไม่มีใครอยากให้แม่ถอดท่อ (ท่อช่วยหายใจ) มันเป็นเรื่องเลวร้ายสำหรับครอบครัวเรา ที่บอกหมอว่าที่ยังไม่ได้เตรียมอะไร เลย แม่ยังไม่ได้สั่งเสีย ยังไม่ได้อยู่กับแม่เต็มที่เลย พี่ยังไม่รู้อะไรเลย ที่เลยถามหมอว่าถ้าเป็นญาติหมอ หมอจะพูดว่ายังไง พี่เน (หมอ) ว่าจะบอกให้ญาติทำใจ" (HOS9, 16 ก.ค. 67)

ความรู้สึกที่ครอบครัวประสบในระยะนี้ประกอบด้วยความตกตะลึง มึนงง ความเจ็บปวดจากการต้องเผชิญกับความจริงที่ไม่ต้องการรับรู้ ความรู้สึกผิดที่แม้เพียงคิดถึง การ "ปล่อยให้จากไป" และความยึดมั่นในความหวังว่าอาจยังมีปาฏิหาริย์หรือทางรักษา อื่นที่ยังไม่ได้ลอง

ระยะที่ 2: การแสวงหาข้อมูลและพื้นที่เพื่อไตร่ตรอง

ความหมายของประสบการณ์: "ฉันต้องการเวลา ข้อมูล และใครสักคนที่รับฟัง ก่อนที่จะตัดสินใจ" ภายหลังจากผ่านระยะแรก ของความตกใจ ครอบครัวเริ่มเข้าสู่กระบวนการแสวงหาข้อมูลและพื้นที่ปลอดภัยเพื่อไตร่ตรอง ความหมายของประสบการณ์ ในระยะนี้คือความต้องการ "เวลา ข้อมูล และการรับรู้ว่าตนเองไม่ได้อยู่คนเดียว" ในการเผชิญกับการตัดสินใจที่หนักที่สุดในชีวิต

ครอบครัวส่วนใหญ่ขอเวลาเพิ่มเติมก่อนตัดสินใจ เพื่อให้สมาชิกครอบครัวที่อยู่ต่างถิ่นเดินทางมาพร้อมกัน เพื่อให้มีการปรึกษาหารือภายในครอบครัวอย่างเพียงพอ และเพื่อให้ตนเองได้เตรียมใจ ในระยะนี้ครอบครัวต้องการข้อมูลทางการแพทย์ ที่ชัดเจน ชัดตรง และเข้าใจง่าย มากกว่าการได้รับคำศัพท์เทคนิคที่ไม่คุ้นเคย พวกเขาต้องการทราบว่าผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานหรือไม่ หากมีหรือไม่มีเครื่องช่วยหายใจ และต้องการให้ทีมสุขภาพแสดงให้เห็นว่ารับฟังและเข้าใจความรู้สึกของครอบครัว

"เรายังอยากให้แม่อยู่ไอซียูไปก่อน เผื่อแกฟื้นหรือเผื่อมีปาฏิหาริย์ แต่ก็ได้จะให้แม่อยู่ไปนาน ๆ หรือก ขอลอีกแค่ 4 วัน ขอให้แม่อยู่ถึงวันอังคารเราก็จะตัดสินใจถอดท่อช่วยหายใจแล้ว ได้บอกพยาบาลแล้ว แต่พยาบาลแนะนำให้ออดวันศุกร์ เราไม่รู้ว่าเป็นเพราะเค้า (พยาบาล) อยากย้ายเราออกจากไอซียูเพราะอัตราครองเตียงเรานานกว่าคนอื่นมั๊ย เลยอยากให้แม่ไปอยู่ที่อื่นที่นึง" (HOS4, 20 ก.ค. 67)



คำพูดของ HOS4 สะท้อนให้เห็นว่าแม่ครอบครัวจะเริ่มยอมรับความจำเป็นในการตัดสินใจ แต่ยังต้องการอำนาจในการกำหนดจังหวะเวลาด้วยตนเอง และเมื่อรู้สึกว่าการเร่งรัดหรือถูกกดดัน แม้ไม่ตั้งใจจากทีมสุขภาพ ก็ก่อให้เกิดความสงสัยและความไม่ไว้วางใจซึ่งอาจขัดขวางกระบวนการตัดสินใจ

ระยะที่ 3 รูปแบบการตัดสินใจและปัจจัยที่กำหนดความมั่นคง

ความหมายของประสบการณ์: "การตัดสินใจที่ฉันสามารถยืนหยัดได้คือการตัดสินใจที่ฉันมีส่วนร่วมและได้รับการรับฟัง" เมื่อแพทย์แจ้งว่าไม่มีทางรักษาให้หายขาด ผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย ทีมสุขภาพให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และส่งต่อครอบครัวมายังทีมการุณรักษเพื่อจัดประชุมครอบครัว (Family meeting) การวิเคราะห์ข้อมูลพบรูปแบบการตัดสินใจที่แตกต่างกัน 3 รูปแบบ ซึ่งแต่ละรูปแบบมีความหมายและผลลัพธ์ต่อความเป็นอยู่ที่ดีของครอบครัวที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

รูปแบบที่ 1: การตัดสินใจจากฉันทามติของครอบครัว (4 ราย) ครอบครัวในรูปแบบนี้มีการปรึกษาหารือกันภายในอย่างเป็นระบบก่อน โดยพิจารณาจากทั้งข้อมูลทางการแพทย์ที่ได้รับ และการสังเกตความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยด้วยตนเอง มีการสื่อสารผ่านกลุ่มสื่อสังคมออนไลน์ของครอบครัว และการประชุมพบปะกันโดยตรง จนได้ข้อสรุปร่วมกันก่อนแจ้งความประสงค์ต่อทีมสุขภาพ

"อาการของพ่อหนักขึ้น มีเลือดแข็งตัวที่เท้า หมอแนะนำให้ผ่าตัดเท้า แต่ญาติของพ่อไม่อยากให้ผ่า อยากให้พ่อจากไปแบบครบสามสิบสอง ถ้าผ่าแล้วพ่อก็ไม่หายด้วย พ่อไม่ผ่าตัดอาการพ่อทรุดหนักลง เริ่มไถวยา ติดเชื้อในกระแสเลือด ตอนนั้นครอบครัวก็เริ่มคุยกันแล้วว่าพ่อจะไม่ไหว ถ้ายื้อพ่อก็ยิ่งทรมาน จนตัดสินใจคุยกับหมอว่า ถ้าจะปล่อยพ่อไปต้องใช้เวลาหรือทำยังไงได้บ้าง" (HOS10, 22 ก.ค. 67)

รูปแบบที่ 2: การตัดสินใจหลังได้รับการสนับสนุนจากทีมการุณรักษ (5 ราย) ครอบครัวในรูปแบบนี้ได้รับการประชุมครอบครัวอย่างเป็นระบบจากทีม ซึ่งประกอบด้วยการชี้แจงสภาพผู้ป่วย ทางเลือกการดูแล และผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในแต่ละทางเลือก รวมทั้งการรับฟังความกังวลและจุดติดขัดของครอบครัวอย่างตั้งใจ ครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนในรูปแบบนี้รายงานว่ารู้สึกมั่นใจในการตัดสินใจมากกว่า เนื่องจากความกังวลที่ติดขัดได้รับการแก้ไขอย่างตรงจุด

"ที่มีความกังวลว่าจะให้พ่ออยู่ที่ไหนหลังถอดท่อช่วยหายใจ เพราะที่บ้านไม่พร้อมให้พ่ออยู่ มีน้องชายที่ติดยา ไม่ชอบให้มีคนอยู่ที่บ้านเยอะ ๆ ไม่งั้นจะอาละวาด ถ้าพาพ่อกลับบ้าน ญาติ ๆ จะมาดูแลมาสั่งเสียพ่อไม่ได้ แล้วช่วงเวลานั้นเราต้องการกำลังใจจากญาติ ๆ ด้วย พ่อหมอ (ทีมประคับประคอง) มาให้คำปรึกษา ถามว่าญาติมีปัญหาอะไร ติดขัดด้านไหนมั๊ย พี่เลยได้บอกเรื่องน้องชายไป หมอรับฟังดีมาก สุดท้ายพ่อเลยได้ใช้เวลาช่วงท้ายที่นี่ (หอผู้ป่วยประคับประคอง) มีญาติ ๆ มาอยู่กับพ่อนพ่อดมหายใจ" (HOS7, 20 ก.ค. 67)

รูปแบบที่ 3: การตัดสินใจโดยปราศจากการมีส่วนร่วม (1 ราย) ผู้ให้ข้อมูลรายนี้รู้สึกว่าตนไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างแท้จริง และเป็นเพียงการรับรองสิ่งที่ได้รับการตัดสินใจไปก่อนหน้าแล้ว ประสบการณ์นี้มีความสำคัญทางจริยธรรมอย่างยิ่ง เนื่องจากสะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการตัดสินใจที่ปราศจากการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงขัดต่อหลักจริยธรรมด้านความเคารพสิทธิ (Respect for autonomy) ซึ่งครอบคลุมถึงสิทธิของครอบครัวในฐานะผู้ตัดสินใจแทนด้วย นอกจากนี้ ยังเป็นการละเมิดหลักจริยธรรมด้านการไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Non-maleficence) ในมิติของการก่อความทุกข์ทรมานทางจิตใจแก่ครอบครัว

สาเหตุของการขาดการมีส่วนร่วมในกรณีนี้มีหลายมิติ ได้แก่ 1) ด้านระบบ: ครอบครัวไม่ได้รับโอกาสพบทีมการุณรักษก่อนการตัดสินใจ 2) ด้านการสื่อสาร: การใช้ภาษาทางการแพทย์และกรอบเวลาที่กำหนดโดยทีมสุขภาพทำให้ครอบครัวรู้สึกถูกเร่งรัดและไม่มีพื้นที่สำหรับการตั้งคำถาม และ 3) ด้านอำนาจที่ไม่เท่าเทียม: ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้ป่วย/ครอบครัวกับบุคลากรทางการแพทย์ในระบบสุขภาพไทยที่ยังคงมีลักษณะของแพทย์เป็นศูนย์กลาง (Paternalism) ทำให้ครอบครัวไม่กล้าตั้งคำถามหรือขอเวลาเพิ่มเติม ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนากระบวนการตัดสินใจร่วม (Shared decision-making) ที่เคารพสิทธิและให้อำนาจแก่ครอบครัวอย่างแท้จริงในระบบสุขภาพไทย



ระยะที่ 4 ความสงบของผู้ป่วยในฐานะของขวัญสุดท้ายแก่ครอบครัว

ความหมายของประสบการณ์: "การเห็นเขาจากไปอย่างสงบคือสิ่งที่ช่วยให้ฉันก้าวต่อไปได้" หลังการตัดสินใจ ทีมการุณรักษาสอบถามความต้องการเรื่องสถานที่ดูแลต่อและช่วงเวลาที่เหมาะสม ครอบครัวทั้ง 10 ราย เลือกให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อที่หอผู้ป่วยระดับประคอง ความหมายของประสบการณ์ในระยะนี้แตกต่างจากระยะก่อนหน้านี้อย่างชัดเจน จากการรับรู้ความทุกข์ทรมานสู่การได้เห็นความสงบ ซึ่งกลายเป็น "ของขวัญสุดท้าย" ที่ช่วยเยียวยาจิตใจของครอบครัวที่ต้องอยู่ต่อไป

ความสงบในระยะนี้ไม่ได้เป็นผลจากการถอดท่อช่วยหายใจเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากบริบทการดูแลแบบองค์รวมในหอผู้ป่วยระดับประคองซึ่งครอบคลุม 1) การดูแลบรรเทาทุกข์ทางการแพทย์ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่แสดงอาการเจ็บปวด 2) การฟื้นฟูสมรรถภาพการดูแลของครอบครัวที่สามารถอยู่เคียงข้างผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ดูแลร่างกาย พุดคุยบอกเล่า และทำกิจกรรมที่มีความหมาย เช่น เปิดบทสวดมนต์หรือทำบุญครั้งสุดท้าย และ 3) การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณที่สอดคล้องกับความเชื่อและวัฒนธรรมไทย

"พ่อนอนสงบนิ่ง ค่อย ๆ หดลมหายใจไป คล้ายกับการนอนหลับ...เป็นภาพความสงบที่จดจำได้" (HOS8)

ภาพของผู้ป่วยที่สงบในช่วงลมหายใจสุดท้ายกลายเป็นความทรงจำที่ครอบครัวนำมาอ้างอิงซ้ำแล้วซ้ำเล่าในการสัมภาษณ์สะท้อนให้เห็นว่าช่วงเวลาสุดท้ายที่มีคุณภาพมีพลังในการเยียวยาความทุกข์ทรมานจากกระบวนการตัดสินใจที่ผ่านมาอย่างมีนัยสำคัญ

ระยะที่ 5 การปรับตัวหลังการสูญเสีย ระหว่างการรอกงามและการติดขัด

ความหมายของประสบการณ์: "ฉันจะรู้สึกว่าการตัดสินใจถูกหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับว่าฉันรู้สึกว่าเป็น 'ผู้ตัดสินใจ' หรือเป็นเพียง 'ผู้ที่ถูกกระทำ'"

แม้ครอบครัวทั้ง 10 รายได้รับการดูแลในกรอบระบบเดียวกันและผู้ป่วยล้วนจากไปอย่างสงบ แต่ความหมายที่ครอบครัวสร้างขึ้นจากประสบการณ์นี้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนให้เห็นใน 2 รูปแบบ

รูปแบบที่ 1 การปรับตัวที่มั่นคงพร้อมกลายเป็นแรงบันดาลใจแก่ผู้อื่น (5 ราย) ครอบครัวกลุ่มนี้รู้สึกสบายใจ ไม่ติดขัดในใจ รับรู้ว่าได้ทำหน้าที่อย่างเต็มที่และดีที่สุดแล้ว และมองการตัดสินใจที่ผ่านมาว่าเป็น "การกระทำด้วยความรัก" ประสบการณ์การตายดีที่ผ่านมากลายเป็นความทรงจำมีค่าที่หล่อเลี้ยงจิตใจ และหลายรายพร้อมแบ่งปันประสบการณ์เชิงบวกให้แก่ผู้อื่นในชุมชน

"เราไม่เคยเห็นการดูแลแบบนี้มาก่อน เค้า (ทีมระดับประคอง) ไม่ได้ดูแลแค่ผู้ป่วย แต่ดูแลสภาพจิตใจครอบครัวด้วย เราดีขึ้นได้เพราะทีมนี้ พ่อนเราจากไปอย่างสงบ ภาพที่เค้าจากไปสงบจริง ๆ พ่อไม่ได้ร้องครวญครางเลย สภาพจิตใจเราดีมาก เป็นภาพจำที่ดี เหมือนพ่อนนอนหลับไป แค่อย้ายจากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่ง ส่วนเราก็ใช้ชีวิตต่อไปได้และเข้มแข็งมากขึ้นได้ โดยที่มีพ่ออยู่ในความทรงจำ" (HOS8, 17 ก.ค. 67)

รูปแบบที่ 2 การปรับตัวที่ยังติดขัด คำถามที่ยังไม่มีคำตอบ (5 ราย) ครอบครัวกลุ่มนี้ยังคงตั้งคำถามกับการตัดสินใจของตนเอง มีความรู้สึกเสียใจ เสียหาย สับสน และสงสัยว่าตนเองควรทำแตกต่างออกไป บางรายยังรู้สึกว่าเป็นผู้ตัดสินใจที่แท้จริง หรือรู้สึกถูกกดดัน ซึ่งความหมายที่ครอบครัวกลุ่มนี้ให้แก่ประสบการณ์คือ "ความไม่แน่ใจที่ยังคงหลอกหลอน"

"ทุกวันนี้พี่ยังถามตัวเองซ้ำ ๆ ว่าเราตัดสินใจถูกหรือผิด เราเป็นคนตัดสินใจเอง ไม่น่าเชื่อว่าจะเกิดขึ้นเร็วมาก ๆ" (HOS9, 16 ก.ค. 67)

ปัจจัยสำคัญที่สร้างความแตกต่างระหว่างสองรูปแบบ จากการวิเคราะห์เชิงลึกพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อความหมายที่ครอบครัวสร้างขึ้นภายหลังการสูญเสียคือ การมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจก่อนการสูญเสีย โดยเฉพาะการได้รับการรับฟังอย่างแท้จริง การได้รับข้อมูลและทางเลือกที่ชัดเจนและครบถ้วน การรู้สึกว่าเป็นผู้ตัดสินใจด้วยความเข้าใจและความสมัครใจ การได้รับการเยียวยาจิตใจอย่างทันท่วงที และการได้รับการเคารพในความต้องการและค่านิยมของครอบครัว ครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนเพียงพอในมิติเหล่านี้มักสามารถสร้างความหมายเชิงบวกจากประสบการณ์และใช้ชีวิตต่อไปได้อย่างมั่นคง ในขณะที่ครอบครัวที่รู้สึกถูกเพิกเฉย ถูกเร่งรัด หรือขาดโอกาสมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง มักติดอยู่กับคำถามที่ยังไม่มีคำตอบและมีความยากลำบากในการปรับตัวภายหลังการสูญเสียในระยะยาว



การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์โดยสามารถทำความเข้าใจประสบการณ์ของครอบครัวตลอดกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างครบถ้วน การค้นพบว่าประสบการณ์เป็นกระบวนการต่อเนื่อง 5 ระยะสะท้อนความซับซ้อนและความเชื่อมโยง สอดคล้องกับ Tsai และ Lai¹⁶ ที่พบว่าประสบการณ์การตัดสินใจต่อช่วยหายใจหรือเครื่องพยุงชีพเป็นกระบวนการซับซ้อนและส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งก่อน ระหว่าง และภายหลังการตัดสินใจ ปรากฏการณ์ความรู้สึก "ไร้ทางเลือก" ในช่วงแรกของการใส่ท่อช่วยหายใจ สะท้อนถึงวัฒนธรรมไทยที่มักให้ความสำคัญกับการรักษาชีวิตในระดับสูงสุดเมื่อเผชิญภาวะฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับงานของ ปิยะนันต์ วัฒนประสาน และคณะ¹⁷ ที่ระบุว่า การมีข้อจำกัดด้านเวลาเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการไตร่ตรองและสอดคล้องกับการศึกษาของ Sui และคณะ¹⁸ ที่พบว่าครอบครัวมักรู้สึกว่ามีทางเลือกอื่นนอกจากการยินยอมให้ใส่เครื่องช่วยหายใจเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งแตกต่างจากบริบทในประเทศตะวันตกที่มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างแพร่หลายมากกว่า¹⁹ ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากปัจจัยทางวัฒนธรรมที่สังคมไทยและเอเชียมักหลีกเลี่ยงการพูดคุยเรื่องความตายและยังคงยึดมั่นในความหวังแม้ในสถานการณ์ที่ไม่มีทางเลือกให้หายขาด²⁰

ประสบการณ์ในระยะที่ 2 ที่ครอบครัวรับรู้ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและการสูญเสียความใกล้ชิดสะท้อนผลกระทบต่อทางจิตใจที่รุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของ Davidson และคณะ²¹ ที่พบว่า การที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้และครอบครัวมีเวลาเยี่ยมจำกัดทำให้ความทุกข์ทรมานเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ การเห็นผู้ป่วยถูกผูกมือและมีอุปกรณ์ทางการแพทย์จำนวนมากติดตัวสร้างความเจ็บปวดทางจิตใจอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Jo และคณะ²² ที่พบว่าอาการของผู้ป่วยที่ครอบครัวเห็นเป็นแหล่งที่มาของความทุกข์ทรมานสำคัญ

การค้นพบรูปแบบการตัดสินใจ 3 รูปแบบเป็นข้อมูลใหม่ที่มีคุณค่า โดยเฉพาะการพบว่ามีครอบครัวที่รู้สึกไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งสะท้อนความท้าทายในการดูแลแบบประคับประคองในระบบสุขภาพไทย สอดคล้องกับ Kwon และคณะ²⁰ และ White และคณะ²³ ที่พบว่า การสื่อสารที่ไม่มีคุณภาพและการไม่ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจส่งผลต่อความรู้สึกไม่มีอำนาจ สับสน และความทุกข์ทรมานในระยะยาว การศึกษาของ อภินิษฐ์ กมลวัชรพันธุ์²⁴ ในบริบทไทยยังพบว่าครอบครัวส่วนใหญ่ต้องการข้อมูลที่ชัดเจนและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ แต่บางครั้งบุคลากรทางการแพทย์มีเวลาจำกัดในการสื่อสารอย่างเพียงพอ

การที่ครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนจากทีมประคับประคองสามารถตัดสินใจได้อย่างมั่นคงและมีประสบการณ์เชิงบวก สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าทีมประคับประคองที่ให้การสนับสนุนมีคุณภาพช่วยลดความทุกข์ทรมานและส่งผลดีต่อการปรับตัวหลังสูญเสีย^{21,25} องค์ประกอบสำคัญที่พบ ได้แก่ การรับฟังอย่างตั้งใจ การให้ข้อมูลและทางเลือกชัดเจน การสร้างการมีส่วนร่วม และการเยียวยาจิตใจทันเวลาที่ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-centered care) และแนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลแบบประคับประคอง^{3,11}

การค้นพบว่าครอบครัวมีประสบการณ์หลังสูญเสียแตกต่างกัน 2 รูปแบบ โดยปัจจัยสำคัญคือการได้รับการสนับสนุนที่ดีก่อนสูญเสีย เป็นข้อค้นพบสำคัญที่สอดคล้องกับแนวคิด Anticipatory grief และ Bereavement care²⁷ การศึกษานี้สอดคล้องกับ Symmons และคณะ²⁷ เมื่อครอบครัวเห็นผู้ป่วยจากไปอย่างสงบโดยปราศจากสายระโยงระยาง ความรู้สึกผิดจะถูกแทนที่ด้วยความพึงพอใจว่าได้ทำหน้าที่ครั้งสุดท้ายอย่างสมศักดิ์ศรี เป็นการแปรเปลี่ยนความสูญเสียให้กลายเป็นความทรงจำที่มีพลังในการใช้ชีวิตต่อไป สอดคล้องกับ Kilbertus และคณะ²⁹ Meier และคณะ³⁰ ที่พบว่าประสบการณ์เชิงบวกจะถูกส่งต่อเป็นบทเรียนให้สังคม ในมิติวัฒนธรรมไทยการทำบุญครั้งสุดท้ายสะท้อนบทบาทสำคัญของศาสนา

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาประกอบการนำผลการวิจัยไปใช้ กล่าวคือ การเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ย้อนหลังในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ถึง 6 เดือนภายหลังการสูญเสีย ซึ่งแม้ว่าระยะเวลาดังกล่าวจะได้รับการพิจารณาอย่างรอบคอบโดยคำนึงถึงทั้งความพร้อมทางอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูลและความสดใหม่ของความทรงจำ แต่ก็เป็นที่ยอมรับว่าผู้ให้ข้อมูลอาจสะท้อน



ประสบการณ์ผ่านกรอบความหมายที่ถูกปรับเปลี่ยนไปตามกระบวนการปรับตัวภายหลังการสูญเสียในช่วงเวลาที่ผ่านมา ซึ่งถือเป็นลักษณะที่เป็นธรรมชาติของการศึกษาประสบการณ์ชีวิตย้อนหลัง อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยพิจารณาว่าลักษณะดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อความลึกและสีสนของการสะท้อนประสบการณ์มากกว่าที่จะลดคุณค่าของข้อมูลที่ได้รับ เนื่องจากการมีย้อนกลับภายหลังการสูญเสียนั้นเองก็เป็นส่วนหนึ่งของปรากฏการณ์ที่การศึกษาครั้งนี้ต้องการทำความเข้าใจ

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พัฒนาระบบการทำงานร่วมกันระหว่างทีมแพทย์เจ้าของไข้และทีมประคับประคองตั้งแต่นั้นๆ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะวิกฤตหรือมีความเสี่ยงสูงต่อการเข้าสู่ระยะท้าย
2. พัฒนาทักษะการสื่อสารและการดูแลจิตวิญญาณของบุคลากรในทีมประคับประคอง รวมถึงการพัฒนาระบบติดตามดูแลครอบครัวหลังสูญเสีย โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่อการปรับตัวไม่ดี
3. ส่งเสริมการสื่อสารล่วงหน้าเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลระยะท้ายในสังคมไทย โดยใช้เรื่องเล่าการตายจากครอบครัวที่มีประสบการณ์เชิงบวกเป็นสื่อในการสร้างความเข้าใจและลดความหวาดกลัวต่อการตาย

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวก่อนและหลังการสูญเสียในบริบทไทย
2. พัฒนาเครื่องมือคัดกรองครอบครัวกลุ่มเสี่ยงต่อการปรับตัวไม่ได้ภายหลังสูญเสีย
3. ศึกษาเปรียบเทียบประสบการณ์ของครอบครัวในโรงพยาบาลที่มีและไม่มีทีมประคับประคอง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทั้ง 10 ท่าน ที่ได้กรุณาถ่ายทอดประสบการณ์อันล้ำค่าในการตัดสินใจถอดเครื่องช่วยหายใจผู้ป่วย ซึ่งเป็นโอกาสสำคัญที่ช่วยให้ผู้วิจัยได้ทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองให้ดียิ่งขึ้น ประสบการณ์ที่ได้แลกเปลี่ยนในครั้งนี้มีคุณค่าและความหมายต่อการดำเนินงานด้านการดูแลประคับประคองอย่างต่อเนื่อง ขอขอบคุณคุณอรุสา โพธิ์ชัยสาร และคุณกรินทร์ ธีรสิริสิน ในการช่วยเหลือให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. World Health Organization. Palliative care [Internet]. 2020 [cited 2024 May 20]. Available from: <https://kku.world/hi5mhj>
2. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Critical Care Medicine*. 2008;36(3):953–63. doi: 10.1097/CCM.0B013E3181659096
3. Yensabai P. Clinical situations and factors associated with the decision to withdraw mechanical ventilation in palliative care patients. *Suratthani Hospital Journal*. 2025;2(1):1–13. (in Thai)
4. Boonchalermvipas S. End of patients' life: A medical fact with legal limits. *Public Health Policy and Laws Journal*. 2015;1(3):241–53. (in Thai)
5. Thipprasert W. Factors influencing a family's decision regarding the withdrawal of life support in palliative care patients. *Journal of Palliative Care & Medicine*. 2022;12(8):471. doi: 10.4172/2165-7386.1000471



6. Wendler D, Rid A. Systematic review: The effect on surrogates of making treatment decisions for others. *Annals of Internal Medicine*. 2011;154(5):336–46. doi: 10.7326/0003-4819-154-5-201103010-00008
7. Wiegand D. In their own time: the family experience during the process of withdrawal of life-sustaining therapy. *Journal of Palliative Medicine*. 2008;11(8):1115–21. doi: 10.1089/jpm.2008.0015
8. Izumi SS, Van Son C. “I didn’t know he was dying”: Missed opportunities for making end-of-life care decisions for older family members. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2016;18(1):74–81. doi: 10.1097/NJH.0000000000000215
9. Moon F, Mooney C, McDermott F, Miller A, Poon P. Bereaved families’ experiences of end-of-life decision making for general medicine patients. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2021;14(1): e912-8. doi: 10.1136/bmjspcare-2020-002743
10. Gerber K, Lemmon C, Williams S, Watt J, Panayiotou A, Batchelor F, et al. ‘There for me’: A qualitative study of family communication and decision-making in end-of-life care for older people. *Progress in Palliative Care*. 2020;28(6):354–61. doi: 10.1080/09699260.2020.1767437
11. Chen YC, Fan HY, Curtis JR, Lee OKS, Liu CK, Huang SJ. Determinants of receiving palliative care and ventilator withdrawal among patients with prolonged mechanical ventilation. *Critical Care Medicine*. 2017;45(10):1625–34. doi: 10.1097/CCM.0000000000002569
12. Hanna JR, Rapa E, Dalton LJ, Hughes R, McGlinchey T, Bennett KM, et al. A qualitative study of bereaved relatives’ end of life experiences during the COVID-19 pandemic. *Palliative Medicine*. 2021;35(5):843–51. doi: 10.1177/02692163211004210
13. Pairojkul S, Piasupun P. Operational guidelines for hospital palliative care program. Khon Kaen: Karunruk Palliative Care Center, Srinagarind Hospital, Khon Kaen University; 2017. (in Thai)
14. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: SAGE Publications; 1985.
15. Guba EG, Lincoln YS. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: SAGE Publications; 1989.
16. Tsai CY, Lai FC. Exploring the perceptions of families and nurses after signing a do-not-resuscitate order for patients in respiratory care wards. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*. 2025;42(8):746–55. doi: 10.1177/10499091241285010
17. Vattanaprasan P, Kongsuwan W, Nilmanat K. The lived experiences of Thai Buddhist family members in decision making for withholding or withdrawing life sustaining treatments for critically ill patients in terminal stage. *Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences*. 2019;39(4):52–62. (in Thai)
18. Sui W, Gong X, Qiao X, Zhang L, Cheng J, Dong J, et al. Family members’ perceptions of surrogate decision-making in the intensive care unit: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2023;137:104391. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104391
19. National Health Commission Office. Thai standards for advance care planning, 2022 [Internet]. 2022 [cited 2025 Dec 20]. Available from: <https://kku.world/72ok9u> (in Thai)
20. Kwon Y, Nam S, Shin S, Cho Y, Yoon J, Yoo SH. Shared decision-making in Korean healthcare: A scoping review. *Journal of Korean Medical Science*. 2025;40(37):e273. doi: 10.3346/jkms.2025.40.e273



21. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, et al. Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Critical Care Medicine*. 2017;45(1):103–28.
doi: 10.1097/CCM.0000000000002169
22. Jo M, Song MK, Knafl GJ, Beeber L, Yoo YS, Van Riper M. Family-clinician communication in the ICU and its relationship to psychological distress of family members: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. 2019;95:34–9. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.03.020
23. White DB, Braddock CH, Berecknyei S, Curtis JR. Toward shared decision making at the end of life in intensive care units: Opportunities for improvement. *Archives of Internal Medicine*. 2007;167(5):461–7.
doi: 10.1001/archinte.167.5.461
24. Kamonwacharapa A. The development of nursing practice guidelines for communicating with families of End-stage critically ill patients for palliative care in ICU Ward Seka Hospital Bueng Kan province [Internet]. 2567 [cited 2026 Jan 10]. Available from: <https://kku.world/z4o56k> (in Thai)
25. Maneetapo N, Choosr P, Jedsadayanmetha S, Tuandeang P, Sittisart V. Development of a palliative nursing care system. *Journal of Nursing and Health Care*. 2022;40(4):e260167. (in Thai)
26. Wattanatornnan S. Grief and bereavement: The nursing role. *Thai Red Cross Nursing Journal*. 2017;10(1):13–21. (in Thai)
27. Symmons MS, Ryan K, Aoun SM, Selman LE, Davies AN, Cornally N, et al. Decision-making in palliative care: patient and family caregiver concordance and discordance-systematic review and narrative synthesis. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2023;13(4):374–85. doi: 10.1136/bmjspcare-2022-003525
28. Nichachotesalid P, Panya C, Naknoi S, Tomon S, Cheumnok W, Puttiwatanatharadol T. Quality of life among palliative care patients and caregiver burden of cancer and non-cancer patients in Laksi district, Bangkok. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2024;31(1):174–87. (in Thai)
29. Kilbertus F, King K, Robinson S, Cristancho S, Burm S. Understanding palliative care learning: A narrative inquiry exploring health care professionals' memorable experiences. *SSM - Qualitative Research in Health*. 2022;2:100098. doi: 10.1016/j.ssmqr.2022.100098
30. Meier EA, Gallegos JV, Montross-Thomas LP, Depp CA, Irwin SA, Jeste DV. Defining a good death (successful dying): Literature review and a call for research and public dialogue. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2016;24(4):261–71. doi: 10.1016/j.jagp.2016.01.135



ผลของรูปแบบการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจุก ต่อความวิตกกังวล ความร่วมมือในการผ่าตัด และอัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัด

สิริรักษ์ มีสุข พย.บ.¹

วิยะดา วงศ์มุกดา พย.บ.¹

จรินทร์ โคตพรม พย.ม.^{2,3}

ณัฐมน โจมแพง พย.ม.²

(วันรับบทความ: 17 มกราคม พ.ศ.2569/ วันแก้ไขบทความ: 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2569/ วันตอบรับบทความ: 5 มีนาคม พ.ศ.2569)

บทคัดย่อ

ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดต่อกระจุกเป็นภาวะคุกคามที่ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือและนำไปสู่ปัญหาการงดหรือเลื่อนผ่าตัด การวิจัยกึ่งทดลองนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจุก (Information-Preparation-Decrease Anxiety and Complication: IPD model) ต่อ 1)ระดับความวิตกกังวล 2) ความร่วมมือในการผ่าตัด และ 3) อัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยต่อกระจุกที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลมุกดาหาร จำนวน 60 คน เลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนที่ได้รับรูปแบบการพยาบาล IPD model และ กลุ่มควบคุม 30 คนที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานปกติ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ รูปแบบการพยาบาล IPD model และแบบประเมินความร่วมมือในการผ่าตัดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.92 และ 0.90 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินความวิตกกังวล (The Amsterdam preoperative anxiety and information scale: APAIS) และแบบประเมินความร่วมมือฯ มีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.90 และ 0.89 ตามลำดับ และ แบบบันทึกการงดหรือเลื่อนผ่าตัดมาตรฐานของโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Chi-square test, Independent t-test, Paired t-test และ Fisher's Exact Test

การวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่า และมีพฤติกรรมความร่วมมือขณะผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับอัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัด แม้ไม่พบความแตกต่างทางสถิติแต่มีนัยสำคัญเชิงคลินิก โดยกลุ่มทดลองไม่พบอุบัติการณ์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบร้อยละ 13.33 สรุปได้ว่ารูปแบบ IPD Model มีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลและส่งเสริมความร่วมมือของผู้ป่วย ข้อเสนอแนะควรพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่เน้นการสื่อสารด้วยภาษาถิ่น การฝึกทักษะในสถานการณ์จำลอง และการคัดกรองความเสี่ยงเชิงรุกผ่านระบบติดตามทางไกล เพื่อยกระดับประสิทธิภาพการบริหารจัดการห้องผ่าตัดและผลลัพธ์การรักษาที่ดี

คำสำคัญ: ต่อกระจุก ความวิตกกังวล ความร่วมมือในการผ่าตัด อัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัด รูปแบบการเตรียมผ่าตัด

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมุกดาหาร

²อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: Jarintorn569@gmail.com Tel: 098-1298617



Effects of a Preoperative Preparation Nursing Model for Cataract Surgery Patients on Anxiety, Intraoperative Cooperation, and Surgery Cancellation Rates

Siriruk Meesook B.S.N¹

Wiyada Wongmukda B.S.N¹

Jarintorn Koteprom M.N.S^{2,3}

Nadhamon Jompaeng M.N.S²

(Received Date: January 17, 2026, Revised Date: February 26, 2026, Accepted Date: March 5, 2026)

Abstract

Preoperative anxiety among patients undergoing cataract surgery represents a significant clinical concern as it may impair intraoperative cooperation and contribute to surgery cancellation or postponement. This quasi-experimental study aimed to evaluate the effectiveness of a structured preoperative nursing intervention, the Information-Preparation-Decrease Anxiety and Complication (IPD) model, in reducing anxiety levels, improving intraoperative cooperative behaviors, and decreasing surgery cancellation rates. A total of 60 patients scheduled for cataract surgery at Mukdahan Hospital were recruited through purposive sampling and assigned to an experimental group (n = 30) receiving the IPD model and a control group (n = 30) receiving routine care. Research instruments included the IPD model protocol and an intraoperative cooperation assessment form (with content validity indexes (CVI) of 0.92 and 0.90, respectively), as well as the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) and the cooperation assessment form (which demonstrated reliability coefficients of 0.90 and 0.89, respectively), and the hospital's standard records for surgery cancellations and postponements. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, independent sample t-tests, paired sample t-tests, and Fisher's exact tests.

The study revealed that, after the intervention, the experimental group's mean anxiety score significantly decreased, whereas no significant change was observed in the control group. Post-intervention between-group comparisons indicated that the experimental group had significantly lower anxiety scores and higher intraoperative cooperation scores than the control group. Regarding the surgery cancellation or postponement rate, although the difference was not statistically significant, it was clinically significant as no cancellations occurred in the experimental group while a 13.33% cancellation rate was observed in the control group. In conclusion, the IPD Model is effective in reducing anxiety and enhancing patient cooperation. It is recommended that nursing practices be developed emphasizing local dialect communications, simulation-based training, and proactive risk screening via telenursing systems. These strategies aim to elevate the efficiency of operating room management and promote optimal treatment outcomes.

Keywords: cataract surgery, anxiety, intraoperative cooperation, surgery cancellation rates, preoperative preparation nursing model

¹Registered Nurse, Senior Professional Level, Mukdahan Hospital

²Lecturer Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University

³Corresponding author, Email: jarintorn569@gmail.com Tel: 098-1298617



บทนำ

ต้อกระจกเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกและเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียการมองเห็นในประชากรโลกกว่า 94 ล้านคน¹ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีอุบัติการณ์การเกิดโรคสูงถึงร้อยละ 88.17 และในผู้ที่อายุ 80 ปีขึ้นไปพบต้อกระจกเกือบทั้งหมด² สำหรับประเทศไทยพบสถานการณ์ในทิศทางเดียวกัน โดยมีผู้ป่วยรายใหม่กว่า 250,000 รายต่อปี³ ซึ่งความบกพร่องทางการมองเห็นดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ทั้งด้านการทำกิจวัตรประจำวัน สัมพันธภาพทางสังคม และสุขภาพจิต แม้การผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาจะเป็นมาตรฐานการรักษาที่มีอัตราความสำเร็จสูง แต่กระบวนการผ่าตัดยังคงเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อดวงตา ซึ่งเป็นอวัยวะสำคัญยิ่งต่อการดำเนินชีวิต จึงทำให้ผู้ป่วยต้อกระจกเกิดความรู้สึกกลัวและวิตกกังวล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงระยะเวลาที่รอรับการผ่าตัด จากการศึกษาของ Kumar และคณะ⁴ พบว่าผู้ป่วยถึงร้อยละ 57.10 มีภาวะวิตกกังวลในระดับปานกลาง โดยมีปัจจัยกระตุ้นสำคัญมาจากความยากลำบากในการดำเนินชีวิตที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเปราะบางทางจิตใจและรู้สึกว่าตนเองถูกละเลยหรือได้รับการดูแลจากครอบครัวไม่เพียงพอ สภาวะความกดดันทางอารมณ์ดังกล่าวเมื่อผนวกเข้ากับความหวาดกลัวต่อกระบวนการผ่าตัด จึงยิ่งส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของ Obuchowska และ Konopinska⁵ ที่ยืนยันว่าความวิตกกังวลเป็นภาวะคุกคามทางจิตใจที่พบได้มากที่สุดของผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยสาเหตุอันดับหนึ่งคือ ความกลัวต่อภาวะแทรกซ้อนและการสูญเสียดวงตา ร้อยละ 55 รองลงมาคือ ความกลัวความเจ็บปวด ร้อยละ 41 ความกังวลต่อผลลัพธ์และขั้นตอนการผ่าตัด ร้อยละ 36 และ 33 ตามลำดับ รวมถึงความกลัวการเสียชีวิตระหว่างผ่าตัดที่มีรายงานถึงร้อยละ 12.70

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนับเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษา การเตรียมความพร้อม และการให้ความร่วมมือในการผ่าตัด จนเป็นสาเหตุนำไปสู่การดื้อหรือเลื่อนการผ่าตัดในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Mayro และคณะ⁶ ที่พบอุบัติการณ์การงดเลื่อนผ่าตัดต้อกระจกสูงถึง ร้อยละ 14.50 โดยสาเหตุสำคัญเกิดจากความไม่พร้อมด้านร่างกายและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดที่ไม่ครบถ้วน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Bheemidi และคณะ⁷ ที่พบอุบัติการณ์การงดเลื่อนผ่าตัดสูงถึงร้อยละ 14.30 โดยมีสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งคือการที่ผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัดร้อยละ 38.42 รองลงมาคือปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยร้อยละ 18.79 ซึ่งตัวเลขดังกล่าวอาจเป็นตัวสะท้อนถึงความกังวลใจจากการขาดความมั่นใจ เนื่องจากการได้รับข้อมูลและการเตรียมตัวที่ไม่เพียงพอ รวมถึงความไม่พร้อมทางด้านร่างกายของผู้ป่วย สำหรับบริบทในประเทศไทยการศึกษา ณ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์⁸ ซึ่งเป็นสถาบันการแพทย์เฉพาะทางด้านจักษุพบอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัดร้อยละ 3.00-4.50 โดยมีสาเหตุหลักจากภาวะความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์มาตรฐาน ประเด็นดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ⁹ ที่ระบุสาเหตุส่วนใหญ่ของการงดหรือเลื่อนผ่าตัดเกิดจากความไม่พร้อมทางด้านร่างกายของผู้ป่วยและกระบวนการประเมินที่ไม่ครอบคลุม เช่นเดียวกับสถานการณ์ในโรงพยาบาลมุกดาหารโดยสถิติระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัดในผู้ป่วยต้อกระจก สูงถึงร้อยละ 5.40, 7.20 และ 6.50 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุพบประเด็นปัญหาที่สัมพันธ์กัน 2 ส่วนหลัก คือ 1) ความไม่พร้อมทางด้านร่างกาย (ความดันโลหิตสูง, ระดับน้ำตาลในเลือดสูง, การติดเชื้อที่ตาและการติดเชื้อในทางเดินหายใจ) และ 2) ความไม่พร้อมด้านจิตใจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือ โดยเฉพาะความวิตกกังวลจนไม่สามารถนอนนิ่งหรือปฏิบัติตามคำแนะนำระหว่างผ่าตัดได้ จากสถานการณ์ปัญหาและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่กล่าวมาข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาการงดหรือเลื่อนผ่าตัดต้อกระจกไม่ได้เกิดจากปัจจัยทางคลินิกเพียงอย่างเดียว แต่มีความเกี่ยวเนื่อง กันระหว่างความไม่พร้อมทางร่างกายและความวิตกกังวลของผู้ป่วย หากไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมร่วมกัน ย่อมส่งผลโดยตรงต่ออุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัด ดังนั้นการพัฒนาแบบการเตรียมความพร้อมที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุมทั้งมิติกายและจิตใจ จะเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยลดความสูญเสียจากการเลื่อนผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาในช่วงเวลาที่เหมาะสม ซึ่งถือเป็นตัวบ่งชี้สำคัญของคุณภาพการพยาบาล

การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ ถือเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการช่วยลดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดได้ถึงร้อยละ 30-50^{10,11} และลดอุบัติการณ์การงดเลื่อนผ่าตัดได้ถึงร้อยละ 50⁹ การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าแนวคิดหลักที่ได้รับการยอมรับและถูกนำมาประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวางเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของ



การเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการรักษา คือ ทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-Regulation Theory) ของ Leventhal และ Johnson¹² ทฤษฎีนี้ถูกนำมาใช้อธิบายกลไกการรับรู้ของผู้ป่วยว่า การได้รับข้อมูลเชิงประสบการณ์ที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม จะช่วยให้ผู้ป่วยสร้างโครงสร้างทางความคิด (Schema) ที่ถูกต้อง และสามารถคาดการณ์สถานการณ์ได้ตรงตามความเป็นจริง นำไปสู่การลดความวิตกกังวลและการปรับตัวที่เหมาะสม ซึ่งที่ผ่านมาการนำแนวคิดทฤษฎีการกำกับตนเองไปประยุกต์ใช้เพื่อ การเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดและเกิดผลลัพธ์เชิงประจักษ์ครอบคลุมตั้งแต่หัตถการเฉพาะที่ไปจนถึงการผ่าตัดใหญ่ที่มีความซับซ้อน ดังเช่นการศึกษาของ สิริธร ทองนุช และคณะ¹³ ที่นำทฤษฎีนี้มาใช้ในการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัด ตอกระเจก ซึ่งพบว่าการให้ข้อมูลเชิงรูปธรรมช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์สถานการณ์ล่วงหน้าได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ความวิตกกังวล ก่อนการผ่าตัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับบริบทของการผ่าตัดที่มีความซับซ้อนสูงในการศึกษาของ เกียรติวรรณ การสะอาด และ คณะ¹⁴ พบว่าการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมตามทฤษฎีการกำกับตนเอง ช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมพฤติกรรม ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขณะทำการหัตถการได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้กระบวนการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบยังเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือและลดอัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁹

แม้องค์ความรู้ตามทฤษฎีการกำกับตนเองจะมีประสิทธิผลเชิงประจักษ์ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยผ่าตัด แต่ในทางปฏิบัติยังคงพบข้อจำกัดจากลักษณะเฉพาะของการผ่าตัดตอกระเจกที่ใช้เพียงยาชาเฉพาะที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกตัวตลอด กระบวนการผ่าตัด จึงจำเป็นต้องอาศัยความสามารถในการควบคุมตนเองและพฤติกรรมความร่วมมือในระดับสูง ทั้งการนอนราบ หนี้น้ำภายใต้ผ้าคลุมหน้า การเผชิญแสงไฟจ้า และการสื่อสารระหว่างผ่าตัด นอกจากนี้ บริบทของโรงพยาบาลมุกดาหารพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการรับรู้และเข้าถึงข้อมูลที่เป็นภาษาทางการ ประเด็นเหล่านี้จึงเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการสร้างความเข้าใจและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องของผู้ป่วยในสถานการณ์จริง การนำแนวคิดดังกล่าวไปประยุกต์ใช้จึงจำเป็นต้อง สอดคล้องกับความเชื่อและวัฒนธรรมท้องถิ่น การวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกับทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team: PCT) สาขาตา หู คอ จมูก พบว่าแนวทางการเตรียมความพร้อมในปัจจุบันมีความแตกต่างกันตามประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน ด้วยเหตุนี้ เพื่อให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทุกมิติและเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลให้เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบตั้งแต่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจนถึงห้องผ่าตัด ผู้วิจัยจึงได้พัฒนากระบวนการเตรียมความพร้อมผ่านการมีส่วนร่วม จนเกิดเป็นรูปแบบการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดตอกระเจก (Information-Preparation-Decrease Anxiety and Complication: IPD model) ที่บูรณาการทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับสื่อภาษาถิ่นอีสานเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง ควบคู่กับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการพยาบาลทางไกล (Telenursing) และการฝึกทักษะการปฏิบัติตนอย่างเป็นรูปธรรม โดยมุ่งหวังผลลัพธ์ในการลดระดับความวิตกกังวล ส่งเสริมความร่วมมือขณะผ่าตัด และลดอัตราการงดหรือเลื่อนการผ่าตัด เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติมาตรฐานในการยกระดับคุณภาพการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดตอกระเจก (IPD Model) ต่อระดับความวิตกกังวล พฤติกรรมความร่วมมือในการผ่าตัด และอัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัด

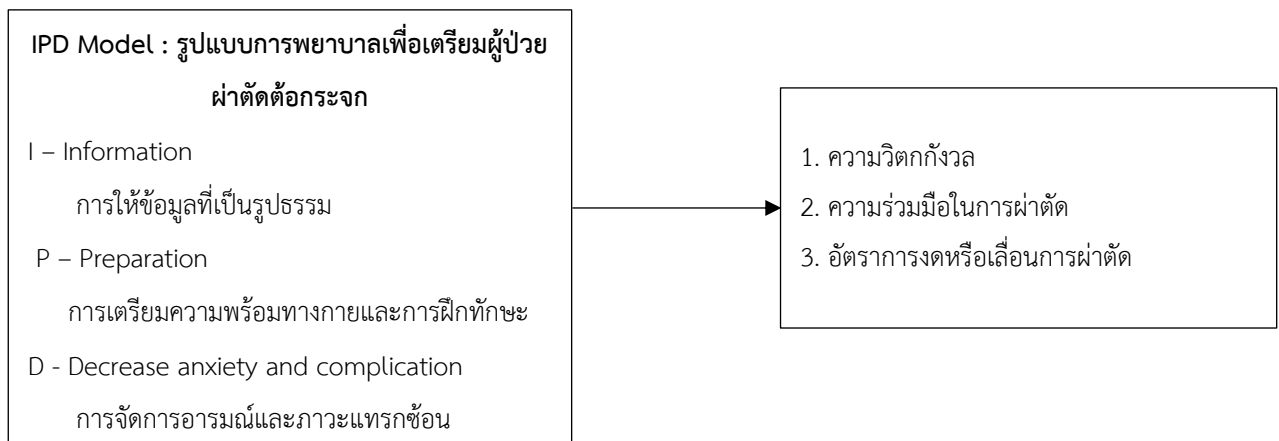
ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยดำเนินการศึกษาในผู้ป่วยโรคตอกระเจกที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดในโรงพยาบาลมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน ครอบคลุมการศึกษาตัวแปรต้น คือ รูปแบบการพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดตอกระเจก (IPD Model) และตัวแปรตาม ได้แก่ ระดับความวิตกกังวล พฤติกรรมความร่วมมือในการผ่าตัด และอัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัด โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567



กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-Regulation Theory) ของ Leventhal และ Johnson¹² โดยมีหลักการสำคัญว่าการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสร้างโครงสร้างทางความคิดที่ถูกต้องเพื่อปรับตัวต่อภาวะคุกคามได้อย่างมีประสิทธิภาพ นั้นจำเป็นต้องให้การพยาบาลที่ครอบคลุม 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการและความรู้สึก 2) การฝึกทักษะการปฏิบัติตัว และ 3) การสนับสนุนทางจิตใจ จากหลักการดังกล่าวจึงนำมาสังเคราะห์เป็นรูปแบบการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูก ซึ่งประกอบด้วย I: Information การให้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรมเพื่อสร้างความเข้าใจในขั้นตอนและความรู้สึกที่จะเกิดขึ้นจริง ช่วยให้ผู้ป่วยคาดการณ์สถานการณ์ได้ถูกต้อง P: Preparation การเตรียมความพร้อมทางกายและการฝึกทักษะเพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและทักษะการเผชิญปัญหา D: Decrease anxiety and complication การจัดการอารมณ์และภาวะแทรกซ้อนเพื่อสนับสนุนทางจิตใจและป้องกันผลกระทบจากการผ่าตัด กระบวนการเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกำกับตนเองได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่ผลลัพธ์การปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ 2 ด้าน คือ การปรับตัวด้านอารมณ์ ได้แก่ การลดระดับความวิตกกังวล¹³ ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับตัวด้านร่างกายได้แก่ การเพิ่มพฤติกรรมการร่วมมือในการผ่าตัด¹⁴ และการลดอัตราการงัดหรือเลื่อนผ่าตัด⁹



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยประยุกต์ทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-Regulation Theory)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินการ ณ โรงพยาบาลมุกดาหาร ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 - มีนาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเข้าถึงเป็นผู้ป่วยต่อกระดูกที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในโรงพยาบาลมุกดาหาร ระหว่างเดือนธันวาคม - มีนาคม พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการนัดหมายเพื่อเข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูกแบบไม่เร่งด่วน (Elective case) และรับไว้ดูแลเป็นผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นการเข้ารับการผ่าตัดครั้งแรกและไม่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัดใด ๆ มาก่อน 2) ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบเฉพาะที่ และ 3) ไม่มีประวัติการใช้ยาหรือการทางจิตเวช 4) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อำนาจการทดสอบที่ 0.95 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ระดับใหญ่ (0.80) อ้างอิงจากการศึกษาที่ผ่านมา¹⁵ ได้จำนวนขั้นต่ำ 54 ราย และเพิ่มสัดส่วนร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายรวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย โดยใช้เกณฑ์ช่วงเวลาที่ได้รับ การรักษาเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก (IPD Model) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีการกำกับตนเองของ Leventhal และ Johnson¹² ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและบริบทของโรงพยาบาล โดยมีกิจกรรมการพยาบาล 3 องค์ประกอบหลักดังนี้

การให้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรม (Information: I) เน้นการให้ข้อมูลด้านอาการของโรค ขั้นตอนการรักษา และความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นผ่านสื่อที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยสร้างภาพจำลองเหตุการณ์ได้อย่างถูกต้อง และลดความกลัวต่อสิ่งที่ไม่รู้ ผ่านกิจกรรมย่อย 1) ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา (Intervention and diagnosis: I) อธิบายโรค ลักษณะการวินิจฉัย ขั้นตอนการผ่าตัด และผลลัพธ์ที่คาดหวัง 2) ข้อมูลการเตรียมความพร้อมแต่ละระยะ (Phases of care: P) อธิบายกระบวนการ 4 ระยะ เตรียมตัวที่บ้าน ก่อนห้องผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด 3) ข้อมูลการวางแผนจำหน่าย (Discharge planning: D) ได้แก่ การดูแลตนเอง การหยอดตา และการสังเกตอาการผิดปกติ โดยสื่อสนับสนุนการให้ข้อมูลประกอบด้วย ระบบติดตามทางไกล (Telenursing) แผ่นพับให้ข้อมูลร่วมกับการใช้คิวอาร์โค้ด (QR code) เพื่อเข้าถึงเว็บไซต์การปฏิบัติภาษาถิ่น แบบประเมินความพร้อมด้วยตนเอง และสื่ออินโฟกราฟิก (Infographic) ประกอบการให้ข้อมูล

การเตรียมความพร้อม (Preparation: P) เน้นการเตรียมร่างกายและฝึกทักษะการปฏิบัติตัวผ่านสถานการณ์จำลอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกำกับตนเองได้เมื่อเผชิญเหตุการณ์จริง ประกอบด้วย 1) เตรียมความพร้อมและค้นหาความเสี่ยง (Identification readiness and risks: I) 2) เตรียมทักษะในห้องผ่าตัดผ่านสถานการณ์จำลอง (Pre-operative simulation: P) โดยให้ผู้ป่วยฝึกนอนราบหน้าท้องได้ผ้าคลุมใบหน้า เผชิญแสงไฟ ฝึกยับยั้งการไอจาม และการสื่อสารอย่างเหมาะสมกับทีมผ่าตัด 3) เตรียมความพร้อมตามแผนการรักษา (Directive implementation: D) เตรียมร่างกายและการบริหารยาตามมาตรฐานการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทางร่างกายก่อนเข้ารับการผ่าตัด โดยสื่อสนับสนุนคือแบบตรวจสอบรายการก่อนผ่าตัด ต้อกระจก (Cataract preoperative checklist) เพื่อประสานงานระหว่างหน่วยงานให้เกิดความต่อเนื่องและความปลอดภัย

การจัดการอารมณ์และภาวะแทรกซ้อน (Decrease anxiety and complication: D) เน้นการจัดการสภาวะจิตใจเชิงรุกและการเฝ้าระวังความปลอดภัยของผู้ป่วย ผ่านกิจกรรมย่อย 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์รายบุคคล (Individualized emotional support: I) พยาบาลประเมินระดับความวิตกกังวลและให้การสนับสนุนด้านจิตใจเป็นรายบุคคลตามความเหมาะสม ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งกำลังใจและเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม 2) ฝึกทักษะการเผชิญปัญหาทางจิตใจ (Psychological coping skills: P) มุ่งเน้นการฝึกทักษะผ่อนคลายเพื่อจัดการกับความเครียดด้วยตนเอง ประกอบด้วย การสอนเทคนิคการหายใจ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการจัดการความตื่นตระหนกหรือกังวลขณะเข้ารับการผ่าตัด 3) การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน (Detection of complications: D) โดยประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด สอนผู้ป่วยประเมินอาการด้วยตนเอง และแนะนำปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด โดยสื่อสนับสนุนคือ แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด วิดีทัศน์ภาษาถิ่น และ คู่มือการดูแลตนเองหลังผ่าตัด และสื่อ Infographic สอนการดูแลตา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว และสถานะการมีผู้ดูแล

2.2 แบบประเมินความวิตกกังวล ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมิน The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) ฉบับภาษาไทยของ อภิญา กุณฑลลักษณ์ และคณะ¹⁶ ให้เหมาะสมและเข้าใจง่ายสำหรับผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกภายใต้ยาชาเฉพาะที่ โดยปรับคำว่า "การระงับความรู้สึก" เป็น "การฉีดยาชาที่ตา" และ "การผ่าตัด" เป็น "การผ่าตัดต้อกระจก" โดยคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง ไม่วิตกกังวลเลย ไปจนถึง 5 หมายถึง วิตกกังวลมากที่สุด



ซึ่งต้นฉบับประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ แบ่งเป็นด้านความต้องการข้อมูล (ข้อ 3, 6) และด้านความวิตกกังวลโดยรวม (ข้อ 1, 2, 4, 5) โดยในการศึกษานี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ประเมินเฉพาะด้านความวิตกกังวลโดยรวม จำนวน 4 ข้อ จึงมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 4 - 20 คะแนน เนื่องจากฉบับภาษาไทยยังไม่มีเกณฑ์แปลผลที่ชัดเจน จึงใช้จุดตัดที่ 11 คะแนน ซึ่งเป็นจุดตัดเฉพาะสำหรับมาตรวัดย่อย ด้านความวิตกกังวลตามเกณฑ์มาตรฐานของต้นฉบับ¹⁷ โดยแบ่งการแปลผลเป็น 2 ระดับ คือ 4-10 คะแนน หมายถึง ไม่มีความวิตกกังวลทางคลินิก และ 11 - 20 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับคลินิกที่ควรได้รับการดูแล

2.3 แบบประเมินความร่วมมือในการผ่าตัดเป็นแบบสังเกตพฤติกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบบันทึกการผ่าตัดของโรงพยาบาลมุกดาหาร เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยขณะผ่าตัด จำนวน 8 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ มีคะแนนรวมระหว่าง 8 - 40 คะแนน โดยดังนี้ 8 - 13 คะแนนให้ความร่วมมือระดับน้อย 14 - 27 คะแนนให้ความร่วมมือระดับปานกลาง และ 28 - 40 คะแนนให้ความร่วมมือระดับดี

2.4 แบบบันทึกอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัด โดยใช้แบบบันทึกมาตรฐานของโรงพยาบาลมุกดาหาร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการพยาบาล IPD Model และแบบประเมินความร่วมมือในการผ่าตัดที่พัฒนาขึ้น ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านต่อกระดูกจากหน่วยตรวจตา หู คอ จมูก พยาบาลห้องผ่าตัด และวิสัญญีพยาบาล ผลการตรวจสอบพบว่า เครื่องมือมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (Item-content validity index) อยู่ระหว่าง 0.80 - 1.00 โดยรูปแบบ IPD Model มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Scale content validity index) เท่ากับ 0.92 และแบบประเมินความร่วมมือฯ มีค่าเท่ากับ 0.90 สำหรับแบบประเมินความวิตกกังวล (APAIS) นั้นเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านกระบวนการแปลและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว^{16,17}

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นและคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

- รูปแบบ IPD Model ทดลองใช้เพื่อปรับปรุงคุณภาพใน 2 มิติ ได้แก่ 1) ด้านความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ โดยทดสอบกับพยาบาลวิชาชีพ 5 ราย เพื่อปรับคู่มือให้กระชับและสอดคล้องกับบริบทภาระงาน และ 2) ด้านความเหมาะสมของสื่อ โดยทดสอบกับผู้ป่วย 10 ราย เพื่อปรับขนาดตัวอักษรและคุณภาพเสียงในวิดีโอทัศน์ให้คมชัดและเอื้อต่อการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ

- แบบประเมินความร่วมมือในการผ่าตัด แบบประเมินความร่วมมือในการผ่าตัด ตรวจสอบความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) โดยให้พยาบาลวิชาชีพประจำห้องผ่าตัดจำนวน 2 ท่าน ทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ด้วยการสังเกตและประเมินพฤติกรรมในช่วงเวลาเดียวกัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.89

- แบบประเมินความวิตกกังวล (APAIS) เป็นเครื่องมือมาตรฐานฉบับภาษาไทยที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว ซึ่งผู้วิจัยได้มีการปรับสำนวนภาษาบางส่วนให้เหมาะสมกับบริบทการใช้กับการผ่าตัดต่อกระดูก จึงนำมาตรวจสอบความเชื่อมั่นซ้ำโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.90



การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบ่งขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้บริหารและหัวหน้างานที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือ จากนั้นเตรียมทีมวิจัยโดยจัดอบรมพยาบาลวิชาชีพจำนวน 16 ราย จากแผนกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วย และห้องผ่าตัด ให้มีความเข้าใจในรูปแบบ IPD Model และวิธีการใช้เครื่องมือ พร้อมทั้งทดสอบความสอดคล้องของผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อให้การประเมินความร่วมมือของผู้ป่วยเป็นมาตรฐานเดียวกัน นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดบทบาทหน้าที่โดยบูรณาการ IPD Model เข้ากับ 3 จุดบริการเพื่อการดูแลที่ไร้รอยต่อ ได้แก่ 1) พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก รับผิดชอบการให้ข้อมูลผ่านแผ่นพับและวิดิทัศน์ภาษาถิ่น และเตรียมความพร้อมโดยจัดการความเสี่ยงผ่านระบบติดตามทางไกลล่วงหน้า 1 วัน ประเมินความวิตกกังวลแรกรับ 2) พยาบาลหอผู้ป่วย รับผิดชอบการเตรียมความพร้อมโดยคัดกรองความเสี่ยงซ้ำ ผักกัษะจำลองสถานการณ์ บริหารยาเตรียมผ่าตัด สอนทักษะการผ่อนคลาย จัดการอารมณ์และให้ข้อมูลแผนการจำหน่าย และประเมินความวิตกกังวลด้วย APAIS ก่อนไปห้องผ่าตัด และ 3) พยาบาลห้องผ่าตัด รับผิดชอบการจัดการอารมณ์โดยรับมอบข้อมูลการดูแลต่อเนื่องจากหอผู้ป่วย สนับสนุนด้านจิตใจขณะผ่าตัด พร้อมทั้งประเมินความร่วมมือของผู้ป่วยและบันทึกปฏิบัติการ

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแบ่งช่วงเวลาการเก็บข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลโดยดำเนินการในกลุ่มควบคุมก่อนแล้วตามด้วยกลุ่มทดลองทั้งนี้ในระหว่างระยะเวลาที่ดำเนินการศึกษาวิจัยทั้งสองช่วง ผู้วิจัยได้ควบคุมตัวแปรด้านบุคลากรโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงทีมพยาบาลวิชาชีพทั้ง 16 ราย ที่ผ่านการอบรมและได้รับมอบหมายหน้าที่ในจุดบริการต่าง ๆ เพื่อให้มั่นใจว่าทักษะการปฏิบัติการพยาบาล การให้ข้อมูล และมาตรฐานการประเมินผลลัพธ์มีความสอดคล้องกันตลอดการวิจัย ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 – มกราคม พ.ศ. 2567 ในผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานปกติโดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ขั้นตอนเตรียมการเมื่อผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกซักประวัติและซักประวัติแพทย์วินิจฉัยว่าต้องเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดพร้อมกำหนดวันนัดหมาย ผู้วิจัยจะดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นจึงชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ป่วยลงนามยินยอมแล้ว พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกจะดำเนินการประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพ และประเมินระดับความวิตกกังวลพื้นฐานด้วยแบบประเมิน APAIS เพื่อเป็นข้อมูลฐาน

2) ขั้นตอนการทดลอง ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมและการพยาบาลตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาล โดยเริ่มจากการรับแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวจากแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อนำไปเตรียมตัวที่บ้านด้วยตนเอง และเมื่อเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวประกอบการรับชมวิดิทัศน์ซึ่งเป็นภาษาทางการ (ภาษากลาง) ตามแนวทางปกติของหน่วยงาน จากนั้นจึงเข้าสู่กระบวนการเตรียมตัวตามเกณฑ์มาตรฐานและถูกส่งต่อไปยังห้องผ่าตัดตามกำหนดเวลาที่นัดหมาย

3) ขั้นตอนประเมินผล ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ใน 2 ช่วงเวลา ได้แก่ 3.1) ระยะก่อนส่งเข้าห้องผ่าตัด พยาบาลหอผู้ป่วยประเมินความวิตกกังวลซ้ำด้วยแบบประเมิน APAIS โดยใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที 3.2) ระยะขณะรับการผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพประจำห้องผ่าตัดที่ผ่านการทดสอบความสอดคล้อง ดำเนินการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยตลอดช่วงเวลาการผ่าตัด รวมทั้งบันทึกปฏิบัติการหากมีการดหรือเลื่อนผ่าตัด

2.2 กลุ่มทดลอง ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ – มีนาคม พ.ศ. 2567 ในผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อมตามรูปแบบ IPD Model โดยมีรายละเอียดดังนี้



1) ขั้นตอนเตรียมการ เมื่อผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกจักษุและจักษุแพทย์วินิจฉัยว่าต้องเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดพร้อมกำหนดวันนัดหมาย ผู้วิจัยดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นจึงชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ป่วยลงนามยินยอมแล้ว พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกจะดำเนินการประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพ และประเมินระดับความวิตกกังวลพื้นฐานด้วยแบบประเมิน APAIS เพื่อเป็นข้อมูลฐาน

2) ขั้นตอนการทดลอง ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมตามรูปแบบ IPD Model อย่างต่อเนื่อง 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล โดยให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวผ่านแผ่นพับร่วมกับการใช้ QR Code เพื่อเข้าถึงวิดีโอคำอธิบายและแบบประเมินความพร้อมด้วยตนเอง โดยส่งเสริมให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลหลักศึกษาและทบทวนเนื้อหาพร้อมกันที่บ้าน ร่วมกับการใช้ระบบการพยาบาลทางไกล (Telenursing) โดยโทรศัพท์ติดตามอาการล่วงหน้า 1 วัน ก่อนวันนัดผ่าตัด เพื่อประเมินความพร้อมเบื้องต้น คลายความวิตกกังวล และตอบข้อซักถามของผู้ป่วยและญาติอย่างเป็นรูปธรรม

ระยะที่ 2 ระยะเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดในหอผู้ป่วย มุ่งเน้นการลดความวิตกกังวลและส่งเสริมความร่วมมือ โดยพยาบาลจะดำเนินการประเมินความพร้อมและคัดกรองความเสี่ยงซ้ำด้วยแบบฟอร์ม Cataract Preoperative Checklist เพื่อส่งต่อข้อมูลการดูแลอย่างเป็นระบบ จากนั้นจึงให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผ่านสื่อ Infographic และวิดีโอคำอธิบายการปฏิบัติตนเป็นภาษาถิ่น ควบคู่กับการสนับสนุนทางจิตใจโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและให้ข้อมูลเสริมสร้างความมั่นใจร่วมกับครอบครัว นอกจากนี้ยังมีการเตรียมความพร้อมผ่านสถานการณ์จำลอง ประกอบด้วยการฝึกนอนนิ่ง การจำลองการคลุมผ้าผ่าตัด บริเวณใบหน้า การฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย และการฝึกวิธีการสื่อสารในห้องผ่าตัด โดยให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลร่วมสังเกตการณ์เพื่อช่วยกระตุ้นเตือนและเป็นการกำลังใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและสามารถกำกับตนเองได้เมื่อเผชิญสถานการณ์จริง

ระยะที่ 3 วันผ่าตัด ดูแลส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบด้วยแบบฟอร์ม Cataract Preoperative Checklist เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนและลดโอกาสการงัดหรือเลื่อนผ่าตัด ควบคู่กับการดูแลด้านจิตใจโดยส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเดินไปส่งและให้กำลังใจผู้ป่วยจนถึงหน้าห้องผ่าตัด เพื่อสร้างความมั่นใจก่อนเข้าสู่กระบวนการผ่าตัด

3) ขั้นตอนประเมินผล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ด้วยวิธีการและเครื่องมือชุดเดียวกับกลุ่มควบคุม ได้แก่ 1) การประเมินความวิตกกังวลด้วย APAIS ในระยะก่อนส่งเข้าห้องผ่าตัด 2) การประเมินพฤติกรรมการร่วมมือโดยพยาบาลห้องผ่าตัดขณะทำผ่าตัด รวมถึงบันทึกอุบัติการณ์หากมีการงัดหรือเลื่อนผ่าตัด

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นผลการศึกษาในระยะที่ 2 ของการศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดต่อกระจกโรงพยาบาลมุกดาหาร ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลมุกดาหาร เลขที่รับรอง MEC44/66 วันที่ 25 สิงหาคม 2566 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ และความเสี่ยงให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบอย่างครบถ้วน พร้อมทั้งขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรโดยยืนยันสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ รวมถึงสิทธิในการถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการศึกษาพยาบาล ข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว และสถานะการมีผู้ดูแล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบ Chi-square test และ Fisher's Exact Test



2. ความวิตกกังวลและพฤติกรรมความร่วมมือ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลภายในกลุ่ม ระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลรวมถึงพฤติกรรมความร่วมมือระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t-test โดยผ่านการตรวจสอบแล้วว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

3. อัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัด เปรียบเทียบสัดส่วนอุบัติการณ์ระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Fisher's Exact Test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.33 และ 56.67 ตามลำดับ) มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 60 และ 66.67) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 70 และ 73.33) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท (ร้อยละ 86.67 และ 83.33) และมีผู้ดูแล (ร้อยละ 86.67 และ 73.33) สำหรับด้านสุขภาพพบว่าส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร่วมกันคือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 76.67 และ 83.33) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Chi-square test และ Fisher exact test

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ (Sex)					0.07	.792 ^a
ชาย	11	36.67	13	43.33		
หญิง	19	63.33	17	56.67		
อายุ (ปี) (Age (Years))					-	.865 ^b
50-59	4	13.33	3	10.00		
60-69	18	60.00	20	66.67		
≥ 70	8	26.67	7	23.33		
ระดับการศึกษา (Education)					-	1.00 ^b
ประถมศึกษา	21	70.00	22	73.34		
มัธยมศึกษา	7	23.33	7	23.33		
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	2	6.67	1	3.33		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) (Income (Baht))					-	1.00 ^b
≤ 5,000	26	86.67	25	83.34		
5,001 - 10,000	3	10.00	4	13.33		
> 10,000	1	3.33	1	3.33		
โรคประจำตัว (Underlying Disease)					1.62	.742 ^b
เบาหวานและ	23	76.66	25	83.34		



ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความดันโลหิตสูง						
เบาหวาน	3	10.00	1	3.33		
ความดันโลหิตสูง	2	6.67	1	3.33		
ไม่มีโรคประจำตัว	2	6.67	3	10.00		
การมีผู้ดูแล (Caregiver)					0.94	.331 ^a
มีผู้ดูแล	26	86.67	22	73.33		
ไม่มีผู้ดูแล	4	13.33	8	26.67		

หมายเหตุ ^a วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test, ^b วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher exact test

2. ผลของรูปแบบการพยาบาลต่อความวิตกกังวล มีรายละเอียดดังนี้ 1) การเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 8.96, p < .001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.30, p = .202$) 2) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม โดยก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน ($t = 0.36, p = .723$) แต่ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มที่ได้รับรูปแบบ IPD Model มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล (Mean = 7.53, S.D. = 2.63) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ (Mean = 11.87, S.D. = 3.46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 5.47, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ตัวแปรและ ระยะเวลาการประเมิน	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		เปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่ม	
	Mean (S.D.)	ภายในกลุ่ม t p-value	Mean (S.D.)	ภายในกลุ่ม t p-value	t	p-value
ความวิตกกังวล (Anxiety)						
- ก่อนการทดลอง (Pre-test)	12.73 (2.50)	1.30 .202	12.50 (2.50)	8.96 < .001*	0.36	.723
- หลังการทดลอง (Post-test)	11.87 (3.46)		7.53 (2.63)		5.47	< .001**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. ผลของรูปแบบการพยาบาลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการผ่าตัด พบว่าขณะรับการผ่าตัด กลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบ IPD Model มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการผ่าตัด (Mean = 36.41, SD = 4.14) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ (Mean = 25.41, S.D. = 3.68) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 10.88, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือขณะรับการผ่าตัด ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test

ความร่วมมือในการผ่าตัด (Intraoperative Cooperation)	กลุ่มควบคุม (n=30) Mean (S.D.)	กลุ่มทดลอง (n=30) Mean (S.D.)	เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม t	p-value
- ขณะรับการผ่าตัด	25.41 (3.68)	36.41 (4.14)	10.88	< .001**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001



4. ผลการเปรียบเทียบอัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัด กลุ่มทดลองไม่มีผู้ป่วยที่ต้องงดหรือเลื่อนผ่าตัด (0 ราย คิดเป็นร้อยละ 0) ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบผู้ป่วยต้องงดหรือเลื่อนผ่าตัดจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.33 โดยมีสาเหตุ จากการนอนนิ่งไม่ได้ 3 ราย และ ติดเชื้อทางเดินหายใจ 1 ราย เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ พบว่าอัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัดของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .112$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบอัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Fisher exact test

การงดหรือเลื่อนผ่าตัด (Surgery cancellation or Postponement)	กลุ่มควบคุม (n=30)	กลุ่มทดลอง (n=30)	p-value
งด/เลื่อนผ่าตัด (Cancellation/ Postponement)	4 (13.33%)	0 (0.0%)	.112
ผ่าตัดตามกำหนด (Surgery on schedule)	26 (86.67%)	30 (100.0%)	

การอภิปรายผล

รูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยแบบ IPD Model มีประสิทธิผลในการลดความวิตกกังวล และเพิ่มความร่วมมือในการผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ไม่พบอัตราการเลื่อนผ่าตัดต่อกระเจก ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงผลของกระบวนการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางความคิดให้ถูกต้องตามทฤษฎีการกำกับตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการปรับตัวที่เหมาะสมทั้งมิติด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยในประเด็นสำคัญได้ดังนี้

ระดับความวิตกกังวล ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบ IPD Model มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาผลการทดสอบความวิตกกังวลก่อนการทดลอง พบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยเริ่มต้นที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเท่าเทียมกันและสามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนด้านความวิตกกังวลพื้นฐานได้ตั้งแต่ต้น นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองเอง พบว่าภายหลังได้รับรูปแบบ IPD Model ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีระดับความวิตกกังวลลดลงเพียงเล็กน้อยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่ารูปแบบ IPD Model สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้จริง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการกำกับตนเองของ Leventhal และ Johnson¹² ที่ระบุว่าความวิตกกังวลมักเกิดจากความกลัวต่อสิ่งที่ไม่รู้และความไม่แน่นอน รูปแบบ IPD Model จึงมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางความคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความเป็นจริงผ่าน 2 กลไกสำคัญ คือ 1) การสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ภาษาถิ่นอีสานเพื่อลดอุปสรรคการเรียนรู้และถ่ายทอดข้อมูลที่ซับซ้อนให้เข้าใจง่าย ซึ่งช่วยลดความกลัวต่อสิ่งที่ไม่รู้และสร้างความไว้วางใจสอดคล้องกับการศึกษาของ ฮาร์รี่ ธวัชวัฒนันท์ และ วารินทร์ บินโฮเซ็น¹⁵ ที่พบว่าสื่อวีดิทัศน์มีผลโดยตรงต่อการลดระดับความวิตกกังวล และ 2) การเสริมสร้างทักษะการเผชิญปัญหา โดยการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้สัมผัสทางกาย และสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ล่วงหน้าได้อย่างถูกต้องแม่นยำ กระบวนการดังกล่าวถูกนำมาบูรณาการร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการความวิตกกังวลด้วยตนเอง การเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว¹⁸ ซึ่งกระบวนการเตรียมความพร้อมด้วย IPD Model ช่วยส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและสามารถบรรเทาความวิตกกังวลลงได้อย่างมีระบบ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ลุนนี จิมอาษา และคณะ¹⁰ รวมถึงทิพาภัทร เอกวงษา¹¹ ที่ยืนยันว่าการเตรียมความพร้อม



ด้วยการให้ข้อมูลที่ชัดเจนร่วมกับการดูแลด้านจิตใจเป็นกลไกสำคัญในการลดความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพิจารณาผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการวิจัยของ สิริธร ทองนุช และคณะ¹³ ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองในการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูกขาโดยอาสาเฉพาะที่ โดยยืนยันว่าการให้ข้อมูลเชิงรูปธรรมผ่านสื่อวีดิทัศน์ถึงขั้นตอนและความรู้สึกที่จะเกิดขึ้นจริง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสร้างโครงสร้างทางความคิดและคาดการณ์สถานการณ์ล่วงหน้าได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ความกลัวต่อสิ่งที่ไม่แน่นอนลดลง ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ นำไปสู่การลดระดับความวิตกกังวลลงอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ พบว่ามีระดับความวิตกกังวลลดลงเล็กน้อย ซึ่งอธิบายได้จากความคุ้นเคยต่อสภาพแวดล้อมและการได้รับข้อมูลเบื้องต้นจากพยาบาลตามมาตรฐานปกติ อย่างไรก็ตาม การลดลงดังกล่าวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับ IPD Model

ความร่วมมือในการผ่าตัด พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งเป็นผลลัพธ์จากการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยผ่านกระบวนการสร้างการรับรู้และเข้าใจสถานการณ์ อันเป็นปัจจัยพื้นฐานที่เอื้อให้บุคคลสามารถกำหนดรูปแบบการเผชิญและปรับตัวต่อภาวะคุกคามได้อย่างเหมาะสม¹² รูปแบบ IPD Model จึงนำแนวคิดนี้มาสู่การปฏิบัติผ่านกระบวนการฝึกทักษะในสถานการณ์จำลอง ซึ่งช่วยลดความตึงเครียดทางร่างกายและสร้างความจดจำทางกายช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของตนเองและสามารถกำกับพฤติกรรมเพื่อให้ความร่วมมือได้ทันทีเมื่อเผชิญสถานการณ์จริง ประเด็นดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ อัญชลี อัสวบุญเดช และคณะ¹⁹ ที่พบว่าการเตรียมความพร้อมที่เน้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ส่งผลโดยตรงต่อการเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองและความร่วมมือที่ดีขณะทำการผ่าตัด เช่นเดียวกับการศึกษาของ ละมิตร์ ปีกขาว และคณะ²⁰ ที่ยืนยันว่าการพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบช่วยส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลต่ออัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัด แม้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .112$) แต่ในทางคลินิกพบว่ากลุ่มทดลองไม่มีอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัดดังกล่าว (ร้อยละ 0) เทียบกับกลุ่มควบคุมที่พบร้อยละ 13.33 ผลลัพธ์นี้เกิดจากกระบวนการเตรียมความพร้อมที่ช่วยลดระดับความวิตกกังวล และเสริมสร้างทักษะการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและให้ความร่วมมือในการผ่าตัด ร่วมกับระบบคัดกรองความเสี่ยงแบบหลายชั้น ตั้งแต่การตรวจสอบตนเองของผู้ป่วยและระบบ Telenursing จนถึงการคัดกรองซ้ำของพยาบาลด้วยระบบการประเมินความพร้อมก่อนการผ่าตัดที่ช่วยตรวจสอบและส่งต่อข้อมูลอย่างแม่นยำ จึงช่วยให้ตรวจพบและจัดการความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม การเตรียมผู้ป่วยและระบบการคัดกรองจึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยป้องกันสาเหตุของการงดหรือเลื่อนผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับข้อค้นพบของ ภูริไนย และคณะ⁹ ระบุว่าความไม่พร้อมทางกายและความวิตกกังวลเป็นสาเหตุหลักของการเลื่อนผ่าตัดที่สามารถป้องกันได้หากมีการเตรียมการที่ดี ดังนั้นกระบวนการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความสูญเสียทรัพยากรจากการงดหรือเลื่อนผ่าตัดที่มีสาเหตุจากความไม่พร้อมที่สามารถป้องกันได้^{6,7}

โดยสรุป การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกขาให้เกิดประสิทธิภาพพยาบาลควรบูรณาการแนวทางการกำกับตนเองเข้าสู่การปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางความคิด ผ่านการสื่อสารด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมและการดูแลจิตใจ ควบคู่กับการเตรียมความพร้อมเชิงรุกทางกายด้วยการฝึกทักษะในสถานการณ์จำลอง ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีในการกำกับติดตามและคัดกรองความเสี่ยงล่วงหน้า ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยลดความวิตกกังวล เพิ่มความร่วมมือและป้องกันการงดหรือเลื่อนผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบกึ่งทดลองที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ซึ่งอาจมีตัวแปรแทรกซ้อนบางประการที่ยากต่อการควบคุม อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ลดอคติดังกล่าวโดยทดสอบความเท่าเทียมของลักษณะพื้นฐานระหว่างกลุ่ม และควบคุมมาตรฐาน



การพยาบาลโดยใช้ทีมพยาบาลชุดเดิมตลอดการศึกษา เพื่อให้ผลลัพธ์สะท้อนประสิทธิผลของรูปแบบ IPD Model ทั้งนี้ในอนาคตควรพัฒนางานวิจัยสู่รูปแบบการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมเพื่อลดอคติในการคัดเลือกและความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 หน่วยงานควรบูรณาการระบบ Telenursing ร่วมกับการใช้ Self-checklist เพื่อคัดกรองความพร้อมล่วงหน้า 1 วัน ซึ่งช่วยลดการงดเลื่อนผ่าตัดได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยต้องเน้นให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในระบบติดตามเพื่อช่วยเตรียมความพร้อมและลดอุปสรรคด้านการใช้เทคโนโลยีของผู้สูงอายุ

1.2 ควรขยายผลรูปแบบ IPD Model สู่กลุ่มผู้ป่วยที่ทำหัตถการภายใต้ยาชาเฉพาะที่ซึ่งต้องการความร่วมมือสูง และประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลเครือข่ายที่มีบริบทวัฒนธรรมใกล้เคียงกัน

2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรศึกษาติดตามผลลัพธ์ในระยะต่อเนื่อง เช่น พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย และความพึงพอใจต่อระบบการพยาบาล เพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบการเตรียมความพร้อมในมิติการพยาบาลองค์รวม

2.2 ควรประยุกต์ใช้แนวคิดสื่อสารภาษาถิ่นและการจำลองสถานการณ์ในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดตาชนิดอื่นที่ต้องการความร่วมมือสูง เช่น ผ่าตัดจอประสาทตาหรือต้อหิน เพื่อยืนยันประสิทธิผลของนวัตกรรมในบริบทที่แตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมุกดาหาร ผู้บริหารและบุคลากรทุกท่านที่สนับสนุนการดำเนินงานและทรัพยากรในการศึกษา และขอพระคุณผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือจนงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

References

1. World Health Organization. Blindness and vision impairment. Geneva: WHO; 2023. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>.
2. Hashemi H, Fotouhi A, Yekta A, Torabi S, Ahmadpour M, Miraftab M, et al. Global and regional prevalence of age-related cataract: A comprehensive systematic review and meta-analysis. Eye (London, England). 2020;34(8):1357-70. doi:10.1038/s41433-020-0806-3
3. National Health Security Office. Dataset of cataract surgery rate in patients aged 60 years and over [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug 08]. Available from: [https://data.go.th/dataset/dataset-ip_21_02.\(in Thai\)](https://data.go.th/dataset/dataset-ip_21_02.(in Thai))
4. Kumar SGP, Ranpise D, Chavan S, Vishwakarma P, Krishnan R, Kurian E. Depressive and generalized anxiety symptoms in adults awaiting cataract surgery in India. The National Medical Journal of India. 2022;35(6):348-56. doi: 10.25259/NMJI_35_6_348
5. Obuchowska I, Konopinska J. Fear and anxiety associated with cataract surgery under local anesthesia in adults: A systematic review. Psychology Research and Behavior Management. 2021;14:781-93. doi:10.2147/PRBM.S314214
6. Mayro EL, Pizzi LT, Hark LA, Murchison AP, Wisner D, Koka A, et al. A proposed intervention to decrease resident-performed cataract surgery cancellation in a tertiary eye care center. American Health & Drug Benefits. 2018;11(9):480-7.



7. Bheemidi AR, Kailar R, Valentim CCS, Kalur A, Singh RP, Talcott KE. Baseline factors and reason for cancellation of elective ophthalmic surgery. *Eye (London, England)*. 2023;37(13):2788-94. doi: 10.1038/s41433-023-02421-2
8. Yusuk S, Kuntawee S. Development of management systems for cataract surgery patients. *Journal of Nursing Science Christian University of Thailand*. 2022;9(2):19-39. (in Thai)
9. Purinai T, Tensit K, Pongam C. Development of a guideline for preparing patients to reduce the postponement of surgery in Sisaket Hospital. *Journal of Health Science*. 2021;30(3):521-30. (in Thai)
10. Jimarsa L, Changjeraja W. The effect of preoperative preparatory program on anxiety and complications in patients underwent cataract surgery in Ophthalmology Clinic at Bueng Kan Hospital. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*. 2020;4(7):75-87. (in Thai)
11. Aekvongsa T. The effectiveness of a same day surgery discharge planning program on anxiety and self care in patients undergoing cataract surgery. *Journal of Research and Health Innovative Development*. 2020;2(1):71-84. (in Thai)
12. Leventhal H, Johnson JE. Laboratory and field experimentation: Development of a theory of self-regulation. In: Wooldridge PJ, Schmitt MH, Skipper JK, Leonard RC, editors. *Behavioral science and nursing theory*. St. Louis: CV Mosby; 1983. p. 189-262.
13. Tongnuch S, Kumniyom N, Sornboon A. The Effect of intraocular lens preoperative preparation program on decreasing anxiety among the elderly undergoing cataract surgery in the tertiary hospital. *KKU Research Journal (Graduate Studies)*. 2023;23(4):224-36. (in Thai)
14. Kansaard K, Ruaisungnoen W, Mala R. Preparatory information provided through digital media reduces anxiety and promotes treatment adherence among cardiac surgery patients: A pilot study. *Journal of Nursing Science and Health*. 2024;47(4):91-105. (in Thai)
15. Tawatwatananun A, Binhosen V. The outcome of use video for pre-operation on anxiety in non-admission patient cataract surgery. *Maharaj Nakhon Si Thammarat Medical Journal*. 2020;3(2):19-29. (in Thai)
16. Kunthonluxamee A, Pitimana-aree S, Laurujisawat P. Validity and reliability of the Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS); Thai version in adult Thai pre-operative patients. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2009;54(1):83-92. (in Thai)
17. Moerman N, Van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). *Anesthesia & Analgesia* 1996;82:445-51. doi: 10.1097/00000539-199603000-00002
18. Nabighadim M, Mirghafourvand M, Maghalian M. Non-pharmacological interventions before cataract surgery for preoperative anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Open*. 2025;12(1):e70122. doi: 10.1002/nop2.70122
19. Assawaboonyadech A, Supajitgulchai D, Puranawit W. Video education for cataract surgery patients implementing post-operative self-care. *Burapha Journal of Medicine*. 2022;9(1):13-27. (in Thai)
20. Puekkao L, Saenprasarn P, Hattharangsi K. Development of a participatory nursing model for cataract surgery patients based on Swanson's theory at Pathum Thani Hospital. *Journal of Health Science*. 2020;29(5):864-75. (in Thai)



ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินและ ผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรายใหม่

ปทุมพร แสนวิชัย พย.บ.¹
อภิญญา วงศ์พิริยโยธา ปร.ด.^{2,3}

(วันรับบทความ: 25 มกราคม พ.ศ.2569/ วันแก้ไขบทความ: 21 มีนาคม พ.ศ.2569/ วันตอบรับบทความ: 24 มีนาคม พ.ศ.2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลองสองกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรายใหม่ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรายใหม่ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 48 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยใช้ตารางเลขสุ่มแยกในแต่ละกลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 24 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ระยะเวลาดำเนินการ 6 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกิน แบบประเมินอาการหายใจลำบาก แบบประเมินอาการบวมกดบุ๋ม และแบบบันทึกภาวะน้ำคั่งในปอดจากภาพรังสีทรวงอกและจากเสียง Crepitation มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.95, 0.96, 0.90 และ 1 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Fisher's exact test, Mann-Whitney U test และ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองมีคะแนนอาการหายใจลำบากและคะแนนอาการบวมกดบุ๋มน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำคั่งในปอดจากภาพรังสีทรวงอกและจากเสียง Crepitation น้อยกว่ากลุ่มควบคุมและน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนการนำโปรแกรมไปใช้เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกิน ผลลัพธ์ทางคลินิก ภาวะหัวใจล้มเหลว

¹นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail address: apinya.w@msu.ac.th Tel: 080-4013636



Effects of a Self-Management Program on Fluid Overload Prevention Behaviors and Clinical Outcomes in Newly Diagnosed Heart Failure Patients

Patumporn Sanwichai B.N.S.¹

Apinya Wongpiriyayothar Ph.D.^{2,3}

(Received Date: January 25, 2026, Revised Date: March 21, 2026, Accepted Date: March 24, 2026)

Abstract

This two-group quasi-experimental research aimed to examine the effects of a self-management program on fluid overload prevention behaviors and clinical outcomes in newly diagnosed heart failure patients. The sample consisted of 48 patients with newly diagnosed heart failure who were admitted to the medical wards of Mahasarakham Hospital. Simple random sampling was performed separately for the control and experimental groups, with 24 participants recruited for each group. The control group received routine nursing care, whereas the experimental group received a self-management program combined with the use of the LINE application. The intervention period lasted 6 weeks. The research instruments included a fluid overload prevention questionnaire, a dyspnea assessment scale, a pitting edema assessment scale, and record forms for pulmonary congestion assessed by chest radiography and pulmonary auscultation for crepitant sounds. The reliability coefficients of these instruments were .95, .96, .90, and 1.00, respectively. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, Chi-square test, Fisher's exact test, Mann-Whitney U test, and Wilcoxon signed-rank test.

The results showed that, after the intervention, the experimental group had significantly higher overall fluid overload prevention behavior scores than the control group ($p < .05$). Furthermore, the experimental group demonstrated significantly lower dyspnea scores and pitting edema scores than the control group and significantly lower scores compared with their pre-intervention levels ($p < .05$). In addition, the proportions of patients with pulmonary congestion assessed by chest radiography and pulmonary auscultation for crepitation sounds in the experimental group were significantly lower than those in the control group and significantly lower than before the intervention ($p < .05$). This study supports implementing the program for fluid overload prevention in patients with newly diagnosed heart failure.

Keywords: self-management, fluid overload prevention behaviors, clinical outcomes, heart failure

¹Graduate student of the Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

²Assistant professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Thailand

³Corresponding Author, E-mail: apinya.w@msu.ac.th Tel: 080-4013636



บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute heart failure) เป็นปัญหาที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและพบได้ทั้งในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรายใหม่หรือในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเดิม (Chronic heart failure) แล้วเกิดการกำเริบของอาการอย่างเฉียบพลันหรือแย่ลงอย่างรวดเร็ว¹ ในสหรัฐอเมริกา มีประชากรวัยผู้ใหญ่ป่วยด้วยภาวะนี้สูงถึง 6.70 ล้านราย และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละ 960,000 ราย² ในประเทศไทยไม่พบรายงานของภาวะหัวใจล้มเหลวโดยเฉพาะ แต่ถูกรายงานรวมอยู่ในกลุ่มสถิติผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด สถิติโรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างปี พ.ศ. 2565-2567 มีจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรายใหม่เข้ารับการรักษาและเสียชีวิต มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยเพิ่มจาก 420 เป็น 520 และ 580 รายต่อปี และมีจำนวนผู้เสียชีวิต 20 เป็น 35 และ 50 รายต่อปี ตามลำดับ³

ภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้เกิดอาการของภาวะน้ำเกินที่สำคัญ ได้แก่ อาการหายใจลำบาก อาการบวมกดบวม เป็นสาเหตุสำคัญของการกำเริบของโรคและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว¹ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรายใหม่ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นครั้งแรก โดยไม่มีประวัติการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวมาก่อน⁴ อาการทางคลินิกที่สำคัญที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกิดจากภาวะน้ำเกินในปอดและมีน้ำคั่งในร่างกาย และแพทย์จะวินิจฉัยจากอาการหายใจลำบาก ฟังเสียงปอดมี Crepitation ถ่ายภาพรังสีทรวงอกพบน้ำคั่งที่ปอด และอาการบวมกดบวม⁵ มีงานวิจัยพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรายใหม่หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยยังไม่รู้จักอาการไม่เข้าใจโรค ไม่มีความรู้เรื่องโรค และไม่รู้จักเกี่ยวกับการรักษาและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค ผู้ป่วยรู้แต่ว่ามีการเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นในร่างกาย⁶ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำหากปฏิบัติตัวในการป้องกันหรือจัดการภาวะน้ำเกินไม่เหมาะสม⁴ แม้ว่าจะยังไม่มีการวิจัยเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมในการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรายใหม่ แต่มีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมในเรื่องการจำกัดเกลือหรือการหลีกเลี่ยงเครื่องปรุงที่มีโซเดียม^{7,8} การควบคุมน้ำดื่ม^{9,10} การติดตามอาการน้ำเกินจากการชั่งน้ำหนัก⁷ การสังเกตจำนวนปัสสาวะในแต่ละวัน^{9,11} การรับประทานยาขับปัสสาวะ¹² และยาตามที่แพทย์สั่ง และการปรึกษาแพทย์เมื่อมีอาการบวมกดบวมและอาการหายใจลำบาก⁷ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแม้ว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์แล้วยังมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะน้ำเกินไม่เหมาะสม ที่เป็นข้อมูลที่สำคัญเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรายใหม่ไปปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินได้ต่อไป

ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรายใหม่มีความสามารถในการจัดการตนเองจึงเป็นเรื่องท้าทายสำหรับพยาบาลที่จะหาวิธีการมาช่วยเหลือให้ผู้ป่วยต้องเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว อาการเตือนที่สำคัญของภาวะน้ำเกิน และจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินได้อย่างถูกต้อง โดยต้องมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่ง Creer¹³ ได้พัฒนาแนวคิดการจัดการตนเองที่เป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลเปลี่ยนมุมมองและปรับพฤติกรรมของตนเองเพื่อควบคุมโรคหรือปัญหาสุขภาพ มี 6 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนตนเอง สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรายใหม่ให้เกิดทักษะในการจัดการตนเองและมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะน้ำเกินต่อไป ช่วยลดอาการทางคลินิกที่เกิดจากภาวะหัวใจล้มเหลวได้ โดยมีงานวิจัยที่สนับสนุนแนวคิดดังกล่าวที่พบว่า การจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของอาการ¹⁴ และความรุนแรงของอาการ¹⁵ และพบว่า พฤติกรรมการจัดการอาการและพฤติกรรมในการจัดการเกี่ยวกับยาสามารถทำนายภาระของอาการ¹⁴

จากการทบทวนงานวิจัยระหว่างปี พ.ศ. 2561 – 2567 พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองส่วนใหญ่มุ่งเน้นในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังและมีการใช้เทคโนโลยีช่วยในการติดตาม โดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การฝึกทักษะในการติดตามตนเองจากภาวะน้ำเกิน การจำกัดเกลือ และการควบคุมน้ำดื่ม¹⁶⁻²⁰ แม้ผลลัพธ์จะชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ดีขึ้นในบางด้าน เช่น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมบริโภคอาหาร¹⁷ พฤติกรรมด้านการจำกัดน้ำดื่ม และด้านการติดตามและประเมินตนเองดีขึ้น แต่ด้านการจำกัดเกลือไม่เปลี่ยนแปลง¹⁶ ส่วนอาการพบว่า ผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกโดยรวม¹⁷ อาการอ่อนล้า และอาการหายใจลำบากลดลง¹⁸ การศึกษาบางเรื่องประเมินผลเพียงด้านใดด้านหนึ่ง เช่น ประเมินพฤติกรรมในการป้องกันภาวะน้ำเกินแต่ขาดการวัดผลลัพธ์ทางคลินิก¹⁶⁻¹⁹



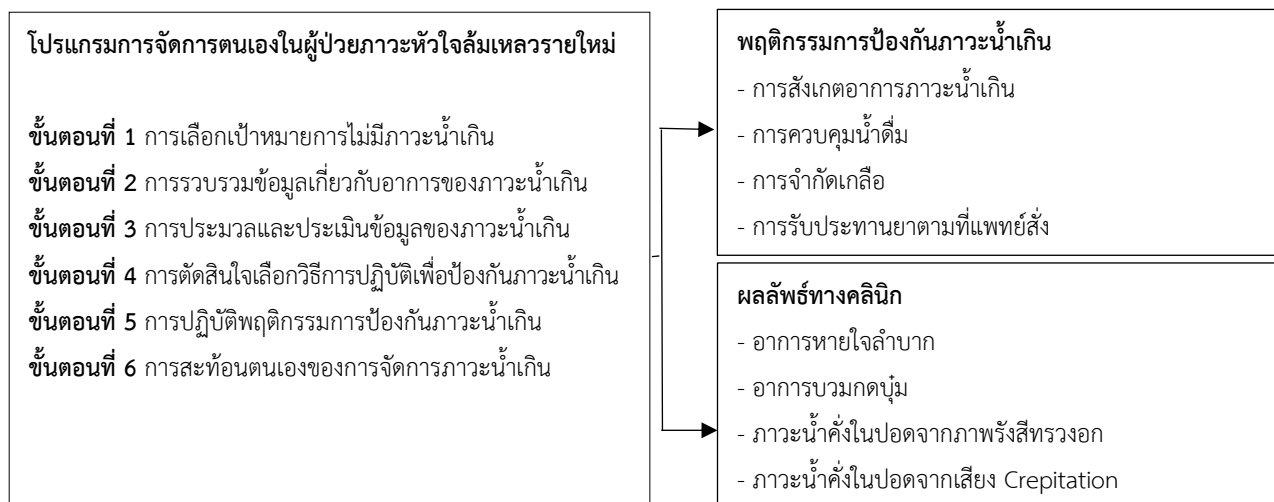
เช่น ไม่มีการประเมินอาการหายใจลำบากและอาการบวมกดบูน ในบางเรื่องประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกในภาพรวมจึงไม่สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีผลต่ออาการไอของภาวะหัวใจล้มเหลว¹⁷ นอกจากนี้ การป้องกันภาวะน้ำเกินเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อนและเป็นปัญหาที่แก้ไขได้ยาก และที่สำคัญคือการศึกษาเหล่านี้ดำเนินการในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีประสบการณ์แล้ว แต่ยังคงขาดความรู้เกี่ยวกับรูปแบบโปรแกรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรายใหม่ ซึ่งมีความต้องการเรียนรู้และการฝึกทักษะใหม่ในการป้องกันภาวะน้ำเกิน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวรายใหม่ โดยวัดผลลัพธ์ทั้งด้านพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินและผลลัพธ์ทางคลินิก โดยประเมินจากอาการหายใจลำบาก อาการบวมกดบูน และภาวะน้ำคั่งในปอดจากภาพรังสีทรวงอกและจากเสียง Crepitation ผลจากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ช่วยให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรายใหม่มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินที่เหมาะสมและเกิดภาวะน้ำเกินลดลง ซึ่งจะช่วยลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกิน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก (อาการหายใจลำบาก อาการบวมกดบูน และภาวะน้ำคั่งในปอดจากภาพรังสีทรวงอกและเสียง Crepitation) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก (อาการหายใจลำบาก อาการบวมกดบูน และภาวะน้ำคั่งในปอดจากภาพรังสีทรวงอกและเสียง Crepitation) ระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Creer¹³ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย การจัดการตนเองเป็นการกระทำในการควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยเป็นความสามารถในการติดตามและควบคุมภาวะเจ็บป่วยด้วยตนเอง โดยการส่งเสริมความรู้และทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรายใหม่ เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน ในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล ร่วมกับการติดตามกระตุ้นเตือนผ่านทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์ และติดตามผู้ป่วยในวันมาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ดังนี้ 1) การเลือกเป้าหมายการไม่มีภาวะน้ำเกิน เช่น อาการหายใจลำบาก อาการบวมกดบูน และน้ำหนักเกิน 2) การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการของภาวะน้ำเกิน โดยการสังเกตอาการภาวะน้ำเกิน การควบคุมน้ำดื่ม การตวงปัสสาวะ และการชั่งน้ำหนักตัว 3) การประเมินผลและประเมินข้อมูลว่ามีภาวะน้ำเกินหรือไม่ 4) การตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน 5) การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกิน และ 6) การสะท้อนตนเองของการจัดการภาวะน้ำเกิน ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินที่เหมาะสมและส่งผลให้มีอาการทางคลินิก ได้แก่ อาการหายใจลำบาก อาการบวมกดบูน และภาวะน้ำคั่งในปอดลดลง ดังภาพที่ 1





วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยมีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน รหัส ICD 10 คือ I50.0, I50.1 และ I50.9 และเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ได้รับการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นครั้งแรก โดยไม่มีประวัติการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวมาก่อน ที่เข้ารับการรักษที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 อายุรกรรมชาย 2 อายุรกรรมหญิง 1 และอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2568 โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) 1) เป็นผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ระดับความรุนแรงจากโรคหัวใจอยู่ในระดับ 2 และ 3 ตามเกณฑ์ ระดับ New York Heart Association Functional Classification (NYHA-FC) ในวันที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง 3) ไม่มีโรคประจำตัว End stage renal disease (ESRD) 4) ไม่เป็นผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ 5) รู้สึกตัวดี สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ ในผู้สูงอายุมีคะแนน Mini-Cog มากกว่า 3 คะแนน 6) สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์คงที่ ในวันที่เข้าร่วมการศึกษา และ 7) สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) หากในระหว่างการดำเนินการวิจัย ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น หายใจลำบากมากขึ้น หัวใจเต้นผิดจังหวะ เจ็บหน้าอก Oxygen saturation น้อยกว่า 95% และใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้วิจัยจะพิจารณาคัดออกจากโครงการวิจัยทันที

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* Power ใช้ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม จากงานวิจัยของ ชนัญชิดา สุขชนะโชติ และคณะ¹⁷ ได้ Effect size ขนาดใหญ่ เท่ากับ 1.62 ผู้วิจัยจึงคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดใหญ่ที่ 0.80 กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ (Alpha) .05 ใช้การทดสอบทางเดียว อำนาจทดสอบที่ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 21 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างทดลอง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10²¹ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง 24 ราย และกลุ่มควบคุม 24 ราย รวมผู้ป่วยทั้งหมด 48 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยใช้ตารางเลขสุ่ม เพื่อสุ่มลำดับที่ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาล่วงหน้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ประกอบด้วยคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระดับความรุนแรง (NYHA) ผลการตรวจคลื่นสะท้อนหัวใจ (LVEF) โรคร่วม และการรักษาด้วยยา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกิน ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้ ด้านการสังเกตอาการภาวะน้ำเกิน (10 ข้อ) ด้านการควบคุมน้ำดื่ม (5 ข้อ) ด้านการจำกัดเกลือ (5 ข้อ) และด้านการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง (5 ข้อ) เป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 22 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ แบบประเมินใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Numeric rating scale) 5 ระดับ คือ

- 5 คะแนน ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เป็นประจำสม่ำเสมอ 6-7 วัน/สัปดาห์
- 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เป็นส่วนใหญ่ หรือ 4-5 วัน/สัปดาห์
- 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เป็นบางครั้ง หรือ 2-3 วัน/สัปดาห์
- 2 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ นาน ๆ ครั้ง หรือ 1 วัน/สัปดาห์
- 1 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เลย



มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกิน โดยใช้ค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับสูง (คะแนนค่าเฉลี่ย 3.68 - 5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.67) และระดับต่ำ (คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก โดยประกอบด้วย แบบประเมินอาการหายใจลำบาก แบบประเมินอาการบวมกดบุ๋ม แบบบันทึกภาวะน้ำคั่งในปอดจากภาพรังสีทรวงอกและจากเสียง Crepitation

1. แบบประเมินอาการหายใจลำบาก Gift²² ผู้วิจัยใช้เป็นการประเมินค่าเส้นตรงแนวตั้ง โดยมีลักษณะเป็นเส้นตรง ชนิดแนวตั้ง 0 อยู่ตำแหน่งด้านล่างสุด 100 อยู่ตำแหน่งด้านบนสุด ตำแหน่ง 0 หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจลำบาก ตำแหน่ง 100 หมายถึง ผู้ป่วยรู้สึกมีอาการหายใจลำบากมากที่สุด

การแปลผล แบบประเมินอาการหายใจลำบาก โดยใช้ค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ อาการหายใจลำบากอยู่ในระดับมาก (คะแนนค่าเฉลี่ย 66.67 - 100) อาการหายใจลำบากอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนค่าเฉลี่ย 33.34 - 66.66) และอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับน้อย (คะแนนค่าเฉลี่ย 0 - 33.33)

2. แบบประเมินอาการบวมกดบุ๋ม ที่ข้อเท้า โดยผู้วิจัยใช้เกณฑ์การประเมินจากการทบทวนวรรณกรรมที่พิจารณาทั้งระดับความลึกของรอยบุ๋มควบคู่กับระยะเวลาที่ผิวหนังคืนตัว²³ เป็นเกณฑ์หลักในการประเมิน โดยผู้วิจัยกำหนดให้มีการประเมินในเวลาเดียวกัน เพื่อลดความแปรปรวนของข้อมูลที่อาจเกิดจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและกิจกรรมประจำวัน โดยแบ่งการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ได้แก่

0 คะแนน คือ ไม่มีอาการบวมกดบุ๋ม

1 คะแนน (1+) คือ กดบุ๋มความลึกน้อยกว่า 2 มม. รอยบุ๋มเล็ก มองเห็นแทบไม่ชัด ผิวหนังคืนตัวเร็ว

2 คะแนน (2+) คือ กดบุ๋มประมาณ 2 มม. รอยบุ๋มลึกขึ้นเล็กน้อย ผิวหนังคืนตัวใน 10 - 15 วินาที

3 คะแนน (3+) คือ กดบุ๋มประมาณ 4 มม. รอยบุ๋มลึกเห็นได้ชัดผิวหนังคืนตัวในประมาณ 30 วินาที

4 คะแนน (4+) คือ กดบุ๋ม 6 มม. หรือมากกว่า รอยบุ๋มลึกมากใช้เวลามากกว่า 30 วินาทีจึงจะคืนตัว

การแปลผล แบบประเมินอาการบวมกดบุ๋ม โดยใช้ค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก (คะแนนค่าเฉลี่ย 2.68 - 4) ระดับปานกลาง (คะแนนค่าเฉลี่ย 1.34 - 2.67) และ ระดับน้อย (คะแนนค่าเฉลี่ย 0 - 1.33)

3. แบบบันทึกภาวะน้ำคั่งในปอดจากภาพรังสีทรวงอกและจากเสียง Crepitation ประเมินโดยผู้วิจัยและการประเมินซ้ำโดยแพทย์ มีการแปลผล มีให้คะแนน 1 คะแนน หรือไม่มี ให้คะแนน 0 คะแนน

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมการจัดการตนเอง พัฒนาโดยผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer¹³ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน ประกอบด้วย

1. แผนการดำเนินงานตามโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับพยาบาล ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer¹³ โดยการสอนให้ความรู้ การฝึกทักษะการป้องกันภาวะน้ำเกิน การติดตามกระตุ้นเตือนขณะอยู่ที่บ้านผ่านทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชัน ด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การเลือกเป้าหมายการไม่มีภาวะน้ำเกิน 2) การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการของภาวะน้ำเกิน 3) การประมวลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน 5) การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน โดยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามโซนสีของระดับความรุนแรงของอาการภาวะน้ำเกิน และ 6) การสะท้อนตนเองของการจัดการภาวะน้ำเกิน

2. คู่มือการจัดการตนเองเพื่อป้องกันน้ำเกิน ประกอบด้วย ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว พฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน 6 ขั้นตอน การบันทึกติดตามอาการหายใจลำบาก อาการบวมกดบุ๋ม น้ำหนักตัว และการควบคุมน้ำดื่ม มอบให้กลุ่มทดลองเพื่อนำไปทบทวนและปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน



3. สมุดรวบรวมข้อมูลสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย แบบประเมินและติดตามภาวะน้ำเกิน และแบบบันทึกพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกิน เป็นสมุดที่มอบให้กลุ่มทดลองเพื่อนำไปทบทวนและปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้านโดยใช้ร่วมกับคู่มือการจัดการตนเองเพื่อป้องกันน้ำเกิน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ: ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกิน 2) แบบประเมินอาการหายใจลำบาก 3) แบบประเมินอาการบวมกดบุ๋ม 4) แบบบันทึกภาวะน้ำคั่งในปอด 5) แผนการดำเนินงานตามโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับพยาบาล 6) คู่มือการจัดการตนเองเพื่อป้องกันน้ำเกิน และ 7) สมุดรวบรวมข้อมูล ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและนำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ 1 ทุกรายการ

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ: ผู้วิจัยทดสอบค่าความเที่ยงในผู้ป่วยจำนวน 30 ราย โดยค่าหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคสำหรับประเมินพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกิน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 และแบบประเมินอาการหายใจลำบาก โดยการทดสอบซ้ำห่างกัน 5 นาที เนื่องจากเป็นอาการที่มีการเปลี่ยนแปลงเร็ว²⁴ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการบวมกดบุ๋ม แบบบันทึกภาวะน้ำคั่งในปอดจากภาพรังสีทรวงอกและจากเสียง Crepitation ใช้กับผู้ป่วยจำนวน 10 ราย โดยผู้วิจัยประเมินคู่กับแพทย์ หาค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับอนุมัติจริยธรรมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยเข้าพบพยาบาลประจำตึกให้คัดเลือกผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาลำดับเวลาและเลือกผู้ป่วยตามลำดับตามเลขสุ่มและตามเกณฑ์คัดเข้า และให้พยาบาลประจำตึกแนะนำให้ผู้วิจัยได้รู้จักกับผู้ป่วย ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย หลังจากผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ลงนามในแบบฟอร์มขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย

2. การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยคัดเลือกบุคลากรที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ใช้เก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยปฐมนิเทศเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินงานอย่างละเอียด จากนั้นผู้วิจัยได้สาธิตวิธีการเก็บข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยจริง 1 ราย และให้ผู้ช่วยวิจัยฝึกปฏิบัติเก็บข้อมูลภายใต้การกำกับดูแลของผู้วิจัยจนสามารถดำเนินการได้อย่างถูกต้อง โดยเก็บข้อมูลแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกิน และแบบประเมินอาการหายใจลำบาก ส่วนผู้วิจัยเก็บข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกที่ได้จากการตรวจร่างกายร่วมกับแพทย์ ได้แก่แบบประเมินอาการบวมกดบุ๋ม แบบบันทึกภาวะน้ำคั่งในปอดจากภาพรังสีทรวงอกและจากเสียง Crepitation

3. ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน และตามด้วยกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองฯ

4. เมื่อครบ 6 สัปดาห์ ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลจากแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินและแบบประเมินอาการหายใจลำบาก และผู้วิจัยเก็บข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกที่ได้จากการตรวจร่างกายร่วมกับแพทย์ จากแบบประเมินอาการบวมกดบุ๋มแบบบันทึกภาวะน้ำคั่งในปอดจากภาพรังสีทรวงอกและจากเสียง Crepitation

การดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนี้ แพทย์ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ให้เอกซเรย์ทรวงอก เจาะเลือด และให้การรักษตามอาการ พยาบาลประจำตึกตรวจวัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก ซักประวัติ ให้การพยาบาลตามแผนการรักษา โดยการจำกัดน้ำดื่มไม่เกิน 1,000 ซีซีต่อวัน ประสานงานกับนักโภชนาการเพื่อจัดอาหารจำกัดเกลือในแต่ละวันน้อยกว่า 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน จำกัดกิจกรรมหากมีอาการเหนื่อยหอบ ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน และก่อนจำหน่ายกลับบ้านพยาบาลให้คำแนะนำเรื่องการควบคุมน้ำดื่ม การจำกัดเกลือ การรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง และการสังเกตอาการของภาวะน้ำเกิน ถ้ามีอาการผิดปกติ



มาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้ มอบบัตรนัดให้ผู้ป่วย และแนะนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ในสัปดาห์ที่ 2 และในสัปดาห์ที่ 6 ตามนัดของโรงพยาบาล ใช้เวลาทดลองระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงมีนาคม 2568

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมเสร็จแล้ว เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยจะสอนให้ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว การจัดการตนเอง 1 ครั้ง และมอบคู่มือการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินให้ผู้ป่วยคนละ 1 เล่ม

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นรายบุคคล ใช้เวลา 6 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรม จำนวน 5 ครั้ง ใช้เวลาทดลองระหว่างเดือนเมษายน ถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2568 ดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 (วันที่ 2 ของการนอนโรงพยาบาล) ประกอบด้วย การส่งเสริมทักษะการจัดการตนเอง โดยผู้วิจัยได้ฝึกทักษะขั้นตอนการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอน ใช้เวลา 60 นาที ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การฝึกทักษะการเลือกเป้าหมายการไม่มีภาวะน้ำเกิน เป็นขั้นตอนแรกของการจัดการตนเอง โดยเริ่มจากการให้ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวและการป้องกันภาวะน้ำเกิน โดยการควบคุมน้ำดื่ม การจำกัดเกลือ และการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง โดยผู้วิจัยสอนผู้ป่วย ด้วย Power point ให้ฝึกเลือกเป้าหมายการไม่มีภาวะน้ำเกิน โดยมีตัวเลือกให้ผู้ป่วย เช่น 1) อาการหายใจลำบากจากน้ำคั่งในปอด 2) อาการบวมกดบุ๋มและน้ำเกินจากน้ำคั่งในร่างกาย และ 3) น้ำหนักเกินจากการสะสมของน้ำเกินในร่างกาย

ขั้นตอนที่ 2 การฝึกทักษะการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการของภาวะน้ำเกิน มีดังนี้ 1) การสังเกตอาการหายใจลำบากและบวมกดบุ๋ม 2) การควบคุมน้ำดื่ม 3) การตรวจปัสสาวะ และ 4) การชั่งน้ำหนักตัว

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะการวิเคราะห์และประเมินข้อมูลของภาวะน้ำเกิน ให้สรุปอาการที่พบ ได้แก่ 1) อาการหายใจลำบาก 2) อาการบวมกดบุ๋ม และ 3) น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และสรุปการมีภาวะน้ำเกิน ถ้าไม่มีภาวะน้ำเกินให้ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินต่อไป ถ้ามีภาวะน้ำเกินให้วิเคราะห์ระดับความรุนแรงของภาวะน้ำเกินที่แบ่งเป็นสีเขียว (Safety zone) สีเหลือง (Warning zone) และสีแดง (Alert zone) ดังภาพที่ 2

ระดับความรุนแรง	อาการและอาการแสดง
กลุ่มสีเขียว (Safety zone)	อาการคงที่ ไม่มีอาการหายใจลำบาก ไม่บวม ไม่มีเวียนศีรษะหรือหน้ามืด น้ำหนักตัวคงที่ และไม่มีหัวใจเต้นเร็วหรือแรง
กลุ่มสีเหลือง (Warning zone)	มีอาการหายใจลำบากมากขึ้นกว่าเดิม นอนราบไม่ได้หรือมีตื่นกลางคืนเพราะเหนื่อย บวมขึ้นจากเดิม มีน้ำหนักขึ้นเร็ว 2 กิโลกรัม ใน 2-3 วัน มีอาการผิดปกติทางหัวใจ เช่น ใจสั่น เจ็บหน้าอก
กลุ่มสีแดง (Alert zone)	หายใจลำบาก หอบ นอนราบไม่ได้ หายใจลำบากแม้ในขณะที่พัก หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น มีอัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 140 ครั้งต่อนาที

ภาพที่ 2 ระดับความรุนแรงของภาวะน้ำเกิน (ปรับจาก Jaarsma และคณะ²⁵)

ขั้นตอนที่ 4 การฝึกทักษะการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน ผู้วิจัยฝึกทักษะการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน

ขั้นตอนที่ 5 การปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการควบคุมน้ำดื่ม การสังเกตปริมาณปัสสาวะที่ออก การจำกัดเกลือโซเดียมในอาหาร การรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง และแนะนำให้ผู้ป่วยนำความรู้และทักษะการจัดการตนเองไปปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินที่บ้านหลังจำหน่าย

ขั้นตอนที่ 6 การสะท้อนตนเองของการจัดการภาวะน้ำเกิน ผู้วิจัยแนะนำผู้ป่วยประเมินภาวะน้ำเกินและพฤติกรรมในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินที่ผ่านมา หากพบว่ายังมีภาวะน้ำเกิน ให้ปรับพฤติกรรมตามระดับความรุนแรงของภาวะน้ำเกินตามสีเหลืองหรือสีแดง ที่กำหนดให้



ครั้งที่ 2 (วันที่ 3 ของการนอนโรงพยาบาล) ในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลผู้วิจัยให้ผู้ป่วยฝึกทักษะทั้ง 6 ขั้นตอน ผู้วิจัยอภิปรายปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองร่วมกับผู้ป่วย และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม (ใช้เวลา 30 นาที)

ครั้งที่ 3 ระยะเวลาจัดการตนเอง (หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วยปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการของภาวะน้ำเกิน จากการสังเกตอาการ หายใจลำบาก บวมกดบูน และน้ำหนักตัว และบันทึกข้อมูลในแบบประเมินและติดตามภาวะน้ำเกิน ตัดสินใจ และจัดการตนเองเมื่อมีภาวะน้ำเกิน โดยการควบคุมน้ำดื่ม การจำกัดเกลือ และการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง พร้อมบันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรม การป้องกันภาวะน้ำเกิน ผู้ป่วยสามารถติดต่อผู้วิจัยทางโทรศัพท์เมื่อมีปัญหา

ผู้วิจัยมีการติดตามผู้ป่วยในกลุ่มทดลองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ในวันที่ 3 หลังจำหน่าย โดยส่งข้อความเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยสังเกตอาการเตือนของภาวะน้ำเกิน จากนั้นดำเนินการติดต่อผ่านการสนทนาทางวิดีโอ ในช่วงเวลา 09.00 – 16.00 น. ตามเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก โดยใช้ระยะเวลาในการสนทนาและสังเกตอาการทางคลินิก เช่น อาการหายใจลำบากและอาการบวมกดบูน ครั้งละประมาณ 15 – 20 นาที โดยผู้วิจัยดำเนินการติดตามด้วยวิธีดังกล่าวต่อเนื่อง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบ 6 สัปดาห์ตามโปรแกรม

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 2 หลังจากจำหน่าย (ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม) ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยให้ผู้ป่วยสะท้อนตนเองของพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน พร้อมติดตามอาการหายใจลำบาก อาการบวมกดบูน การควบคุมน้ำดื่ม และน้ำหนักตัว ทบทวนความรู้ ตามคู่มือจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน (ใช้เวลา 20 นาที)

สัปดาห์ที่ 3, 4, 5 และ 6 เป็นระยะที่ผู้ป่วยปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้าน ผู้วิจัยดำเนินการติดตามกลุ่มทดลองทุกราย ผ่านการสนทนาทางวิดีโอ (Video call) ด้วยแอปพลิเคชันไลน์เป็นประจำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยนัดหมายในช่วงเวลา 09.00 – 16.00 น. ตามความสะดวกของผู้ป่วย และใช้เวลาในการติดตามครั้งละประมาณ 15 – 20 นาทีต่อราย เพื่อประเมินความก้าวหน้าของพฤติกรรมและสังเกตอาการทางคลินิกผ่านหน้าจอ ได้แก่ อาการหายใจลำบากและอาการบวมกดบูน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสะท้อนปัญหาและให้คำแนะนำในการจัดการตนเองเพิ่มเติมตามสภาพปัญหาที่พบจริง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการป้องกันน้ำเกิน อย่างมีประสิทธิภาพตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่า ข้อมูลอายุ มีการแจกแจงปกติ ส่วนคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน คะแนนอาการหายใจลำบาก และคะแนนอาการบวมกดบูน มีการแจกแจงไม่ปกติ
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้ สำหรับข้อมูลในระดับมาตรานามบัญญัติหรือมาตราเรียงลำดับ (Nominal or ordinal scale) ใช้สถิติ Chi-square หรือ Fisher's exact test เมื่อค่าความถี่ที่คาดหวัง มีค่าน้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 20 (ดังตารางที่ 1) และใช้สถิติ Independent t test ในข้อมูลอายุ
4. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน คะแนนอาการหายใจลำบาก และคะแนนอาการบวมกดบูน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ Mann-Whitney U test
5. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน คะแนนอาการหายใจลำบาก และคะแนนอาการบวมกดบูน ระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test
6. เปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำคั่งในปอดจากภาพรังสีทรวงอกและจากเสียง Crepitation หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Chi-square



7. เปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำคั่งในปอดระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Chi-square ทดสอบข้อมูลภาวะน้ำคั่งในปอดจากภาพรังสีทรวงอก และใช้สถิติ Fisher's exact test ทดสอบข้อมูลภาวะน้ำคั่งในปอดจากเสียง Crepitation

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 762-671/2567 ลงวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2567 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่การรับรอง MSKH_REC 68-01-007 ลงวันที่ 27 มกราคม พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกและการสุ่ม เคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยและขอความยินยอมก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล การวิจัยในครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยง หากรู้สึกไม่สบาย หรือเกิดภาวะผิดปกติ จะได้รับการดูแลให้การรักษาทันทีโดยให้พัก วัดสัญญาณชีพ ถ้าพบอาการผิดปกติจะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลทันที และอธิบายถึงประโยชน์ของโปรแกรมการจัดการตนเอง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่างได้ โดยเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นระยะเวลา 1 ปี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 62.50 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 66.71 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 58.30 ระดับความรุนแรง (NYHA) Functional class IV ร้อยละ 54.20 ผลการตรวจคลื่นสั่นหัวใจ เป็นกลุ่ม HFrEF ร้อยละ 75 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 54.20 และการรักษาด้วยยากกลุ่ม Diuretics ร้อยละ 100 สำหรับกลุ่มทดลอง ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.20 อายุเฉลี่ย 62.54 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 62.50 ระดับความรุนแรง (NYHA) Functional class IV และ Functional class III ร้อยละ 50 เท่ากัน ผลการตรวจคลื่นสั่นหัวใจ เป็นกลุ่ม HFrEF ร้อยละ 45.80 โรคเบาหวาน ร้อยละ 58.30 และการรักษาด้วยยากกลุ่ม Diuretics ร้อยละ 100 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย	กลุ่มควบคุม (n=24)		กลุ่มทดลอง (n=24)		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ (Sex)					.25 ^a	.39
ชาย	15	62.50	11	45.83		
หญิง	9	37.50	13	54.17		
อายุ (Age)					.40 ^a	.41
18-59 ปี	8	33.33	6	25.00		
60-88 ปี	16	66.67	18	75.00		
Mean (S.D.)	66.71 (14.56)		62.54 (12.81)			
ระดับการศึกษา (Education level)					1.93 ^b	.91
ไม่ได้ศึกษา	4	16.70	2	8.30		
ประถมศึกษา	14	58.30	15	62.50		
มัธยมศึกษา	5	20.80	5	20.80		
อนุปริญญา	1	4.20	1	4.20		
ปริญญาตรีขึ้นไป	0	0	1	4.20		



ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย	กลุ่มควบคุม (n=24)		กลุ่มทดลอง (n=24)		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับความรุนแรง (NYHA)					.08 ^a	.77
Functional class III	11	45.80	12	50.00		
Functional class IV	13	54.20	12	50.00		
ผลการตรวจคลื่นสะท้อนหัวใจ (LVEF)					4.88 ^a	.08
HFrEF ≤ 40	18	75.00	11	45.80		
HFmrEF 41-49	2	8.30	3	12.50		
HFpEF ≥ 50	4	16.70	10	41.70		
โรคร่วม (Comorbidity) (ตอบได้มากกว่า 1 รายการ)						
ความดันโลหิตสูง (Hypertension)	13	54.20	13	54.20	.01 ^b	1.00
เบาหวาน (Diabetes mellitus)	10	41.70	14	58.30	1.33 ^a	.25
โรคหัวใจ (Heart disease)	6	25.00	8	33.30	.43 ^a	.51
ไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease)	3	12.50	1	4.20	1.02 ^b	.61
การรักษาด้วยยา (Medication) (ตอบได้มากกว่า 1 รายการ)						
Angiotensin Receptor–Neprilysin Inhibitor	4	16.66	3	12.50	.16 ^b	1.00
Beta blocker	9	37.50	8	33.33	.09 ^a	.76
Mineralocorticoid receptor antagonist	2	8.33	1	4.16	.50 ^b	1.00
Sodium-Glucose cotransporter-2	5	20.83	3	12.50	.70 ^b	.15
Diuretics	24	100	24	100	-	-

a = Chi-Square test, b = Fisher's Exact test

2. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกิน

2.1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินโดยรวม ($z = 5.95, p < .05$) และรายด้านมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร (Variables)	กลุ่มควบคุม (n=24)			กลุ่มทดลอง (n=24)			Z	p-value
	Mean (S.D.)	แปล ผล	Med. rank	Mean (S.D.)	แปล ผล	Med. rank		
พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกิน โดยรวม (Overall fluid overload prevention behaviors)	2.39 (.65)	ปาน กลาง	2.00	4.85 (.18)	สูง	4.93	5.95*	<.001*
- ด้านการสังเกตอาการภาวะน้ำเกิน (Fluid overload observation)	1.96 (.41)	ต่ำ	1.90	4.79 (.19)	สูง	4.85	5.98	<.001*
- ด้านการควบคุมน้ำดื่ม (Fluid intake management)	1.98 (.37)	ต่ำ	2.00	4.95 (.12)	สูง	5.00	6.19*	<.001*
- ด้านการจำกัดเกลือ (Salt restriction)	2.23 (.62)	ต่ำ	2.00	4.66 (.28)	สูง	4.80	6.00*	<.001*
- ด้านการรับประทานยาตามที่ แพทย์สั่ง (Medication adherence)	3.38 (.99)	ปาน กลาง	3.30	4.99 (.04)	สูง	5.00	6.05*	<.001*

*p-value < .05



3. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางคลินิก

3.1 เปรียบเทียบคะแนนอาการหายใจลำบากและคะแนนอาการบวมกดปุ่มระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนอาการหายใจลำบาก ($z = -6.07, p < .05$) และคะแนนอาการบวมกดปุ่ม ($z = -2.60, p < .05$) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนอาการหายใจลำบาก และคะแนนอาการบวมกดปุ่มระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร (Variables)	กลุ่มควบคุม (n=24)			กลุ่มทดลอง (n=24)					Z	p-value
	Mean (S.D.)	แปลผล	Med.	Mean rank	Mean (S.D.)	แปลผล	Med.	Mean rank		
อาการหายใจลำบาก (Dyspnea)										
ก่อนการทดลอง (Pre-test)	36.67 (20.78)	ปานกลาง	30.00	26.90	39.17 (12.13)	ปาน กลาง	30.00	22.10	-1.22	.223
หลังการทดลอง (Post-test)	24.17 (13.60)	น้อย	20.00	35.90	.42 (2.04)	น้อย	0	13.10	-6.07*	<.001*
อาการบวมกดปุ่ม (Pitting edema)										
ก่อนการทดลอง (Pre-test)	.63 (1.14)	น้อย	0	24.00	.67 (1.09)	น้อย	0	25.00	-2.91	.771
หลังการทดลอง (Post-test)	.25 (.44)	น้อย	0	27.50	0	น้อย	0	21.50	-2.60*	<.05*

*p-value < .05

3.2 ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำคั่งในปอดจากภาพรังสีทรวงอกและจากเสียง Crepitation

3.2.1 เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำคั่งในปอดจากภาพรังสีทรวงอกและจากเสียง Crepitation ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำคั่งในปอดจากภาพรังสีทรวงอกและจากเสียง Crepitation ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำคั่งในปอดจากภาพรังสีทรวงอก ($\chi^2 = 3.63, p < .05$) และจากเสียง Crepitation ($\chi^2 = 6.12, p < .05$) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำคั่งในปอดจากภาพรังสีทรวงอกและจากเสียง Crepitation

ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร (Variables)	กลุ่มควบคุม (n=24)		กลุ่มทดลอง (n=24)		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ก่อนการทดลอง (Pre-test)						
- ภาวะน้ำคั่งในปอดจากภาพรังสีทรวงอก (Pulmonary congestion assessed by chest radiography)						
มี (Yes)	19	79.20	21	87.50	.59 ^b	.44
ไม่มี (No)	5	20.80	3	12.50		
- ภาวะน้ำคั่งในปอดจากเสียง Crepitation (Pulmonary auscultation for crepitant sounds)						
มี (Yes)	20	83.30	19	79.20	.12 ^b	.73
ไม่มี (No)	4	16.70	5	20.80		



ตัวแปร (Variables)	กลุ่มควบคุม (n=24)		กลุ่มทดลอง (n=24)		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
หลังการทดลอง (Post-test)						
- ภาวะน้ำคั่งในปอดจากภาพรังสีทรวงอก (Pulmonary congestion assessed by chest radiography)						
มี (Yes)	10	41.70	0	0	3.63 ^a	< .05 [*]
ไม่มี (No)	14	58.30	24	100		
- ภาวะน้ำคั่งในปอดจากเสียง Crepitation (Pulmonary auscultation for crepitant sounds)						
มี (Yes)	11	45.83	0	0	6.12 ^a	< .05 [*]
ไม่มี (No)	13	54.17	24	100		

* $p < .05$, a = Chi- Square test, b = Fisher's Exact test

3.2.2 เปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำคั่งในปอดจากภาพรังสีทรวงอกและจากเสียง Crepitation ระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มควบคุมมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำคั่งในปอดจากภาพรังสีทรวงอก ($\chi^2 = 7.06, p < .05$) และจากเสียง Crepitation ($\chi^2 = 7.38, p < .05$) น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนกลุ่มทดลอง หลังการทดลองมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำคั่งในปอดจากภาพรังสีทรวงอก ($\chi^2 = 21.00, p < .05$) และจากเสียง Crepitation ($\chi^2 = 19.00, p < .05$) น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำคั่งในปอดจากภาพรังสีทรวงอกและจากเสียง Crepitation ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร (Variables)	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
กลุ่มควบคุม (n=24)						
(Control group)						
- ภาวะน้ำคั่งในปอดจากภาพรังสีทรวงอก						
(Pulmonary congestion assessed by chest radiography)						
มี (Yes)	19	79.20	10	41.67	7.06 ^a	<.05*
ไม่มี (No)	5	20.80	14	58.33		
- ภาวะน้ำคั่งในปอดจากเสียง Crepitation						
(Pulmonary auscultation for crepitant sounds)						
มี (Yes)	20	83.30	11	45.83	7.38 ^a	<.05*
ไม่มี (No)	4	16.70	13	54.17		
กลุ่มทดลอง (n=24)						
(Experimental group)						
- ภาวะน้ำคั่งในปอดจากภาพรังสีทรวงอก						
(Pulmonary congestion assessed by chest radiography)						
มี (Yes)	21	87.50	0	0	21.00 ^b	<.001*
ไม่มี (No)	3	12.50	24	100		
- ภาวะน้ำคั่งในปอดจากเสียง Crepitation						
(Pulmonary auscultation for crepitant sounds)						
มี (Yes)	19	79.20	0	0	19.00 ^b	<.001*
ไม่มี (No)	5	20.80	24	100		

* $p < .05$, a = Chi- square test, b = Fisher's exact test



การอภิปรายผล

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกิน ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ในการวิจัย ดังนี้ จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านการสังเกตอาการ ภาวะน้ำเกิน ด้านการควบคุมน้ำดื่ม ด้านการจำกัดเกลือ และด้านการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งมากกว่ากลุ่มควบคุม สามารถอภิปรายได้ดังนี้

การที่กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินโดยรวมและรายด้านเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง เนื่องจากผู้ป่วยภาวะ หัวใจล้มเหลวรายใหม่ได้รับการสอนเรื่องโรคหัวใจล้มเหลวและการปฏิบัติตัว และปฏิบัติตามกระบวนการจัดการตนเองของ Creer¹³ ทั้ง 6 ขั้นตอน โดยเริ่มจากการเลือกเป้าหมายที่สำคัญของภาวะน้ำเกิน คือ การไม่มีอาการหายใจลำบาก อาการบวมกดบวม และ น้ำหนักเกิน หลังจากนั้นผู้ป่วยปฏิบัติตามการรวบรวมข้อมูล โดยการสังเกตและบันทึกข้อมูลสุขภาพสำคัญของภาวะน้ำเกิน ได้แก่ สังเกต อาการหายใจลำบาก อาการบวมกดบวม และชั่งน้ำหนักตัวทุกวันในรายที่มีเครื่องชั่งน้ำหนัก หรือสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ที่สถานบริการ สุขภาพใกล้บ้าน แล้ววิเคราะห์และประเมินข้อมูล โดยนำข้อมูลที่บันทึกไว้ มาพิจารณาว่าตนเองมีภาวะน้ำเกินหรือไม่ เมื่อผู้ป่วย พบว่ามีภาวะน้ำเกินหรือเสี่ยงต่อภาวะน้ำเกินตาม กลุ่มสีเขียว สีเหลือง สีแดง ผู้ป่วยเลือกวิธีการในการจัดการตนเอง และตัดสินใจใน การลดภาวะน้ำเกิน และปฏิบัติตามการจัดการด้วยตนเองตามระดับความรุนแรงของภาวะน้ำเกินตามกลุ่มสีเขียว สีเหลือง สีแดง ที่ผู้วิจัย ทำแนวทางไว้ให้ หลังจากนั้นผู้ป่วยประเมินตนเองว่าบรรลุเป้าหมายของภาวะน้ำเกินหรือไม่ หากไม่บรรลุเป้าหมาย ผู้ป่วยปรับวิธีการ จัดการตนเองเพื่อลดภาวะน้ำเกิน เช่น ลดปริมาณน้ำดื่มลง ลดการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียม ปรับเพิ่มยาขับปัสสาวะ ตามแผนการรักษา หรือไปพบแพทย์เพื่อให้การรักษา นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ติดตามผู้ป่วยผ่านการสนทนาทางวิดีโอด้วยแอปพลิเคชันไลน์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อสังเกตอาการหายใจลำบากและอาการบวมกดบวม และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวตามปัญหาที่พบจริง ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรายใหม่มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินอยู่ในระดับสูงและมากกว่ากลุ่มควบคุม

มีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าโปรแกรมการจัดการตนเองทำให้พฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวมของผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลวเพิ่มขึ้น²⁰ และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มดีขึ้น¹⁷ มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินโดยรวม พฤติกรรมด้านการควบคุมน้ำดื่ม และด้านการติดตามและประเมินตนเองดีขึ้น แต่พฤติกรรมด้านการจำกัดเกลือไม่เปลี่ยนแปลง เนื่องจากผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปรุงอาหารลดเกลือโซเดียม¹⁶ ในขณะที่การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมด้านการจำกัดเกลือ มากกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากขณะที่ผู้ป่วยอยู่รักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ฝึกทักษะในการตรวจเครื่องปรุง เช่น น้ำปลา เกลือ ปลาร้า ผงชูรส และเครื่องปรุงรส ในการปรุงอาหาร เพื่อควบคุมเกลือโซเดียมที่ได้รับในแต่ละวัน ฝึกทักษะในการควบคุมน้ำดื่ม การตรวจปัสสาวะ และการสังเกตอาการ จึงทำให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางคลินิก จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนอาการหายใจลำบาก คะแนนอาการบวมกดบวม และสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำคั่งในปอดจากภาพรังสีทรวงอกและ จากเสียง Crepitation น้อยกว่ากลุ่มควบคุม และจากวัตถุประสงค์ที่ 3 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนอาการหายใจ ลำบาก คะแนนอาการบวมกดบวม และสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำคั่งในปอดจากภาพรังสีทรวงอกและจากเสียง Crepitation น้อยกว่าก่อนการทดลอง ผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 และ 3 ร่วมกัน ดังนี้

การที่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีอาการหายใจลำบากและอาการบวมกดบวมหลังการทดลองลดลง และไม่พบภาวะน้ำคั่งในปอด จากภาพรังสีทรวงอกและจากเสียง Crepitation แสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินลดลง เป็นไปตามเป้าหมายที่เลือกไว้ และมีการปฏิบัติ ตามขั้นตอนการจัดการตนเองของ Creer¹³ ตามที่กล่าวมาแล้ว ผู้ป่วยจึงมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินเหมาะสม เช่น การสังเกต อาการภาวะน้ำเกิน การควบคุมน้ำดื่ม การจำกัดเกลือ และการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง นอกจากการมีพฤติกรรมการป้องกัน ภาวะน้ำเกินที่เหมาะสมแล้ว การที่ผู้ป่วยมีอาการของภาวะน้ำเกินลดลงมาจากการได้รับการรักษาโดยได้ยารักษาภาวะหัวใจล้มเหลว ในกลุ่ม Angiotensin receptor–neprilysin Inhibitor (3 ราย) เพื่อช่วยลดแรงต้านในหลอดเลือดแดงให้หัวใจบีบตัวได้ง่ายขึ้น ยากลุ่ม Beta blocker (8 ราย) ช่วยเพิ่มแรงในการบีบตัวของหัวใจและลดอัตราการเต้นของหัวใจ ยากลุ่ม Mineralocorticoid receptor antagonist (1 ราย) และกลุ่ม Sodium-glucose cotransporter-2 (3 ราย) ช่วยลดการคั่งของน้ำและโซเดียม^{1,26} ร่วมด้วย



อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีสัดส่วนของผู้ป่วยมีภาวะน้ำคั่งในปอดจากภาพรังสีทรวงอก และจากเสียง Crepitation น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีผู้ที่มีภาวะน้ำคั่งในปอดจากภาพรังสีทรวงอกลดลง จากร้อยละ 79.20 เป็นร้อยละ 41.67 และมีผู้ที่มีภาวะน้ำคั่งในปอดจากเสียง Crepitation ลดลงจากร้อยละ 83.30 เป็น ร้อยละ 45.83 เมื่อพิจารณาจากข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองพบว่า จำนวนผู้ป่วยมีระดับความรุนแรง อยู่ใน Functional class IV ร้อยละ 54.20 ในขณะที่กลุ่มทดลองมีร้อยละ 50 และกลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยกลุ่ม HFrEF $\leq$ 40 ร้อยละ 75 ในขณะที่กลุ่มทดลองมีร้อยละ 45.80 เมื่อพิจารณาการรักษาของแพทย์พบว่าจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมได้รับการ ภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจมากกว่ากลุ่มทดลอง เช่น ได้ยากกลุ่ม Angiotensin receptor- neprilysin Inhibitor (4 ราย) เพื่อช่วยลดแรงต้านในหลอดเลือดแดงให้หัวใจบีบตัวได้ง่ายขึ้น ยากลุ่ม Beta blocker (9 ราย) ช่วยเพิ่มแรงในการบีบตัวของหัวใจและลดอัตราการเต้นของหัวใจ ยากลุ่ม Mineralocorticoid receptor antagonist (2 ราย) และ กลุ่ม Sodium-glucose cotransporter-2 (5 ราย) ช่วยลดการคั่งของน้ำและโซเดียม^{1,26} ทำให้กลุ่มควบคุมมีภาวะน้ำคั่งในปอด จากภาพรังสีทรวงอกและจากเสียง Crepitation ลดลง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมในการป้องกันภาวะน้ำเกินพบว่า กลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำด้านสังเกตอาการน้ำเกิน การควบคุมน้ำดื่ม และการจำกัดเกลือ และพฤติกรรมมารับประทานยาตามที่ แพทย์สั่งอยู่ในระดับปานกลาง ทำให้อาการของภาวะน้ำเกินที่ประเมินจากอาการหายใจลำบากและอาการบวมกดปุ่มไม่ลดลง

ผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากงานวิจัย ชนัญชิตา สุขชนะโชติ¹⁷ ที่ประเมินอาการทางคลินิกจากคะแนนรวมของอาการ หายใจลำบากขณะทำกิจกรรมและอาการบวมกดปุ่ม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีอาการทางคลินิกลดลง แต่ไม่ได้ชี้เฉพาะว่า อาการใดลดลงบ้าง และงานวิจัยของ นภัสวรรณ ลังกางษ์ และระพีณ ผลสุข²⁷ ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำเกิน ในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่เข้ารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก โดยประเมินภาวะน้ำเกินเป็นคะแนนรวมจากหลาย ๆ อาการ เช่น อาการหายใจเหนื่อยอย่างเฉียบพลัน หัวใจโต หลอดเลือดที่คอโป่ง หายใจไม่สะดวกขณะนอนหลับหรือต้องนอนหนุนหมอนมากกว่า 1 ใบ ตรวจปอดและเสียงหัวใจผิดปกติ บวม ตับโต ไอ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และน้ำคั่งในเยื่อหุ้มปอด เป็นต้น ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีภาวะน้ำเกินลดลง แต่ไม่ได้ระบุว่าอาการใดลดลงบ้าง ซึ่งอาจยังไม่เหมาะสมกับการประเมินผลลัพธ์ ทางคลินิก ที่ต้องประเมินผลจากอาการทุกอาการว่ามีอาการดีขึ้นหรือไม่ดีขึ้นเพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม นอกจากนี้ มีงานวิจัยที่สนับสนุนงานวิจัยของผู้วิจัย ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจ ล้มเหลว โดยเริ่มสอนผู้ป่วยเมื่อมีอาการดีขึ้นในหอผู้ป่วยหนัก และมีการติดตามทางโทรศัพท์หลังจากจำหน่าย พบว่าผู้ป่วยมีอาการ หายใจลำบากลดลง แต่ไม่ได้มีการประเมินอาการบวมกดปุ่ม¹⁸

สรุปผลการวิจัย

โปรแกรมการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวยุติใหม่มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ ได้รับการดูแลตามปกติ มีอาการหายใจลำบาก อาการบวมกดปุ่มลดลง และมีภาวะน้ำคั่งในปอดจากภาพรังสีทรวงอกและจากเสียง Crepitation ลดลง

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้วัดพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินเฉพาะภายหลังการทดลอง เนื่องจากพฤติกรรมดังกล่าวเป็น พฤติกรรมใหม่ที่ไม่สามารถวัดก่อนการทดลองได้ จึงไม่สามารถเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการทดลองได้อย่างชัดเจน ซึ่งอาจจำกัดการสรุปว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเป็นผลจากโปรแกรมการทดลองเพียงอย่างเดียว
2. การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่พร้อมกันทำให้มีข้อจำกัดในการสุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่ม ทดลอง และกลุ่มควบคุม (Random assignment)
3. การเก็บข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกดำเนินการโดยผู้วิจัยเอง โดยไม่มีการปกปิดสถานะของกลุ่มตัวอย่าง (Blinding) ซึ่งอาจ ก่อให้เกิดความลำเอียงในการประเมินข้อมูลได้



ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรายใหม่ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินและเกิดผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อาการหายใจลำบาก อาการบวมกดบุ๋ม ภาวะน้ำคั่งในปอดจากภาพรังสีทรวงอก และภาวะน้ำคั่งในปอดจากเสียง Crepitation ลดลง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในด้านอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มเติม เพื่อดูผลกระทบและความคุ้มค่าของโปรแกรมในระยะยาว
2. ควรมีการทำวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพื่อให้ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ และใช้สถิติพารามetriคได้ และควรให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลทั้งหมดเพื่อป้องกันการลำเอียง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิตระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ พยาบาลที่ให้ความช่วยเหลือ และกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือจนงานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

References

1. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun J, Colvin MM, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA guideline for the management of heart failure. *Circulation*. 2022;145:e895-e1032. doi: 10.1161/CIR.0000000000001063
2. Heart Failure Society of America. Heart failure facts and statistics. Rockville (MD): HFSA; 2024 [cited 2026 Mar 13]. Available from: <https://hfsa.org/patient-hub/heart-failure-facts-information>
3. Medical Records Department, Mahasarakham Hospital. Statistics of heart failure patients in Mahasarakham: Medical Records Department, Mahasarakham Hospital. 2024. (in Thai)
4. Nichols GA, Qiao Q, Déruaz-Luyet A, Kraus BJ. The clinical burden of newly diagnosed heart failure among patients with reduced, mildly reduced, and preserved ejection fraction. *International Journal of Cardiology Heart & Vasculture*. 2023;47:101182. doi: 10.1016/j.ijcha.2023.101182
5. Gottlieb M, Bellolio F, Long B, Storrow A. Advances in the management of acute decompensated heart failure. *British Medical Journal*. 2025;391:e084242. doi: 10.1136/bmj-2025-084242.
6. Zhou J, Zhao J, Xin J, Guo Y, Jiang E, Chen C. Experiences of patients with heart failure in transition from hospital to home in China: A qualitative study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2025;18:5507-16. doi: 10.2147/JMDH.S537560
7. Niriayo LY, Yemane B, Asgedom WS, Teklay G, Gidey K. Prevalence and predictors of poor self-care behaviors in patients with chronic heart failure. *Scientific Reports*. 2024;14:1984. doi: 10.1038/s41598-024-52611-5.
8. Ueareekul P. Factors affecting dietary behaviors in patients with heart failure at the outpatient department, Sakon Nakhon Hospital, Sakon Nakhon Province. *Journal of Public Health Research, Khon Kaen University*. 2019;12(3):40-51. (in Thai)



9. Chimkaew J. Effects of supportive and educational nursing program on self-care behaviors of heart failure patients readmitted to hospital. *Journal of Nursing and Health*. 2018;12(Special Issue):86-96. (in Thai)
10. Koikai J, Khan Z. The effectiveness of self-management strategies in patients with heart failure: A narrative review. *Cureus*. 2023;15(7):e41863. doi: 10.7759/cureus.41863.
11. Anpanlam P. Predictive factors of fluid overload prevention behaviors in patients with heart failure. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2021;39(3):47-59. (in Thai)
12. Minden P, Waritsakul R. Relationships between knowledge, self-efficacy, self-regulation, social support, and self-management behaviors for fluid overload in patients with chronic heart failure. *Royal Thai Army Nursing Journal*. 2022;23(3):128-36. (in Thai)
13. Creer TL. Self-management of chronic illness. In: Boekaerts M, Pintrich PR, Zeidner M, editors. *Handbook of self-regulation*. San Diego: Academic Press; 2000. p. 601–29.
14. Li J, Feng L, Shui X, Deng C, Hu A. Relationship between symptom burden and self-management among patients with chronic heart failure: A cross-sectional study. *Patient Prefer Adherence*. 2023;17:1909–21. doi: 10.2147/PPA.S419796.
15. Liu X, Liu L, Li Y, Cao X. The association between physical symptoms and self-care behaviours in heart failure patients with inadequate self-care behaviours: A cross-sectional study. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2023;23(1):219. doi: 10.1186/s12872-023-03039-8.
16. Duangchit P. Effects of a self-management promotion program on self-management behaviors for reducing fluid overload and readmission in patients with heart failure [thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2018. (in Thai)
17. Sukchanachot C. Effects of self-management program on dietary behaviors, fluid restriction, and clinical symptoms in heart failure patients with fluid overload. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi*. 2022;32(2):212-29. (in Thai)
18. Hajmohamadi M, Imani-Goghary Z, Jahani Y, Sabzevari S. Investigating the effectiveness of self-management program based on 5A model on fatigue and dyspnea in patients with heart failure. *Bratislava Medical Journal*. 2023;124(11):821-6. doi: 10.4149/BLL_2023_126
19. Ketsaichai W. Effectiveness of a self-care behavior promotion program using a mobile LINE application for patients with heart failure. *Journal of Nursing and Health Care*. 2023;41(3):e265107. (in Thai)
20. Intamoon P, Chansiri A, Jaijoi K. Effects of a self-management promotion program via application on self-management behaviors and activities of daily living among patients with heart failure. *Journal of Nursing and Public Health Research*. 2024;4(3):e268265. (in Thai)
21. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2022.
22. Gift AG. Validation of a vertical visual analogue scale as a measure of clinical dyspnea. *Rehabilitation Nursing*. 1989;14(6):323-5. doi: 10.1002/j.2048-7940.1989.tb01129.x.
23. Doley J, Marian MJ, editors. *Adult malnutrition: Diagnosis and treatment* [Internet]. Boca Raton (FL): CRC Press; 2022 [cited 2026 Mar 11]. Available from: <https://books.google.com/books?id=d3iGEAAQBAU>



24. Meehanpong P, Chatdokmaiprai K. Assessing quality of research instrument in nursing. Research Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2018;19(1):9-15. (in Thai)
25. Jaarsma T, Hill L, Bayes-Genis A, Brunner-La Rocca HP, Castiello T, Celutkienė J, et al. Self-care of heart failure patients: Practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. European Journal of Heart Failure. 2021;23(1):157-74. doi: 10.1002/ejhf.2008.
26. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner SR, Baumbach A, Bohm M, et al. 2021 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. European Heart Journal. 2021;42(36):3599–726. doi: 10.1093/eurheartj/ehab368.
27. Lungkawong N, Polsook R. The impact of a self-management program on volume overload among patients with heart failure in Thailand: A quasi-experimental study. Belitung Nursing Journal. 2025;11(3):349-56. doi: 10.33546/bnj.3730.



ประสิทธิผลของเทคนิคการให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

สมฤดี อรุณจิตร์ พย.ม.¹ นันทวัฒน์ สารมาศ พย.ม.^{1,3}

อุราภรณ์ เขยกาญจน์ ปร.ต.¹ ยุพาวรรณ เกิดเขียว พย.บ.²

(วันรับบทความ: 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2569/ วันแก้ไขบทความ: 31 มีนาคม พ.ศ.2569/ วันตอบรับบทความ: 9 เมษายน พ.ศ.2569)

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของประชากร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองจึงมีบทบาทสำคัญในการควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน อย่างไรก็ตามระบบบริการสุขภาพมักมีข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากร ส่งผลให้เทคนิคการให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้นได้รับความสนใจในฐานะแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและเหมาะสมกับบริบทการปฏิบัติงานจริง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลของเทคนิคการให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยดำเนินการทบทวนตามแนวทาง PRISMA 2020 ใช้กรอบแนวคิด PICO ในการสืบค้นบทความจากฐานข้อมูล ThaiJo, PubMed, Cochrane, และ Google Scholar นอกจากนี้ยังสืบค้นบทความจากเว็บไซต์และจากรายการอ้างอิง ระหว่างปี พ.ศ. 2559 - 2568 คัดเลือกบทความวิจัยที่ผ่านการประเมินคุณภาพตามเกณฑ์ของ Joanna Briggs Institute

ผลการทบทวนพบบทความวิจัยที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกจำนวนทั้งสิ้น 8 เรื่อง โดยในจำนวนนี้ 7 เรื่องเป็นการศึกษาทั้งทดลองและอีก 1 เรื่อง เป็นการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และโรคอ้วน ผลการสังเคราะห์พบว่า การให้คำแนะนำ และ/หรือ คำปรึกษาแบบสั้นสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพิ่มแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และช่วยปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด น้ำหนักตัว และดัชนีมวลกาย สรุปได้ว่า เทคนิคการให้คำแนะนำ และ/หรือ คำปรึกษาแบบสั้นเป็นแนวทางที่เหมาะสมและมีศักยภาพในการประยุกต์ใช้ในการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การให้คำแนะนำแบบสั้น การให้คำปรึกษาแบบสั้น พฤติกรรมการดูแลตนเอง โรคไม่ติดต่อ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

¹อาจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คลินิกสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: nannapus@bcnnakhon.ac.th Tel: 099-4814666



The Effectiveness of Brief Advice and Brief Intervention Techniques on Self-Care Behavior Modification Among Patients with Non-Communicable Diseases: A Systematic Review

Somrudee Arunjit M.S.N.¹ Nannapath Saramad M.S.N.^{1,3}

Uraporn Chuaykarn Ph.D.¹ Yupawan Koedkheaw B.S.N.²

(Received Date: February 5, 2026, Revised Date: March 31, 2026, Accepted Date: April 9, 2026)

Abstract

Non-communicable diseases (NCDs) are a primary cause of global morbidity and mortality, making self-care behavior modification essential for disease control and preventing complications. However, healthcare systems often face significant time and resource constraints. Brief Advice (BA) and Brief Intervention (BI) techniques have emerged as potential strategies for effectively promoting health behaviors that are appropriate for practical clinical settings. This systematic review aimed to synthesize the existing empirical evidence regarding the effectiveness of BA and BI techniques on self-care behavior modification among patients with non-communicable diseases. The review followed the PRISMA 2020 guidelines and utilized the PICO framework. Searches were conducted on databases including ThaiJo, PubMed, Cochrane, and Google Scholar, as well as on websites and reference lists for articles published between 2016 and 2025. Research articles were selected and quality-appraised using the Joanna Briggs Institute (JBI) criteria.

The eight studies that met the inclusion criteria consisted of seven quasi-experimental studies and one randomized controlled trial (RCT). The participants consisted of patients with NCDs, including diabetes mellitus, hypertension, chronic heart failure, and obesity. The synthesis revealed that Brief Advice and/or Brief Intervention techniques effectively promoted self-care behaviors, enhanced motivation for behavior modification, and improved clinical outcomes, including blood pressure levels, glycated hemoglobin (HbA1c), body weight, and body mass index (BMI). In conclusion, brief advice and/or brief intervention techniques are appropriate and potent approaches for application in nursing practices to effectively promote self-care among patients with non-communicable diseases.

Keywords: brief advice, brief intervention, self-care behavior, non-communicable diseases, systematic review

¹Lecturer, Department of Adult and Gerontological Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²Registered Nurse, Professional Level, Health Promotion Clinic, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

³Corresponding author, E-mail: nannapus@bcnnakhon.ac.th Tel: 099-4814666



บทนำ

โรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ปี พ.ศ. 2564 มีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อประมาณ 43 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมดที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคระบาด¹ สำหรับสถานการณ์โรคไม่ติดต่อในประเทศไทยยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วย ภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากกรมควบคุมโรคระบุว่า ประชากรไทยเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ ประมาณปีละ 400,000 ราย หรือมากกว่า 1,000 รายต่อวัน โดยคิดเป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในระดับประเทศ² ทั้งนี้ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่มีคุณภาพ การดื่มแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน รวมถึงภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง² แม้ว่าการรักษาด้วยยาเป็นแนวทางสำคัญในการควบคุมโรค แต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองมีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการลดภาระของโรคเช่นกัน ประเทศไทยมีกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) โดยมุ่งส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน โดยมีแนวทางสำคัญในการดำเนินงาน ได้แก่ การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ การสนับสนุนให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อควบคุมโรคและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว²

กิจกรรมที่ใช้ในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถดำเนินการได้ในหลากหลายรูปแบบ โดยแนวทางที่นิยมใช้ ได้แก่ การให้ความรู้ การสอนแนะอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาทักษะในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น การเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การเผชิญและจัดการกับความเครียดหรืออุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการดูแลตนเอง รวมถึงการใช้อย่างถูกต้อง อีกทั้งยังมีการส่งเสริมแรงจูงใจภายใน การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ³⁻⁵ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กิจกรรมที่เน้นการส่งเสริมแรงจูงใจภายในได้รับความสนใจเป็นพิเศษ เนื่องจากเป็นแนวทางที่ช่วยส่งเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งช่วยเสริมสร้างความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสนับสนุนให้เกิดการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องในระยะยาว⁶

แนวคิดในการส่งเสริมแรงจูงใจผ่านการสนทนา (Motivational Interviewing: MI) ได้รับการพัฒนาโดย Miller และ Rollnick⁷ บนพื้นฐานความเชื่อว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลเกิดขึ้นได้อย่างยั่งยืนเมื่อมีแรงจูงใจที่มาจากภายใน มิใช่เกิดจากการบังคับหรือการโน้มน้าวจากภายนอก⁷ แนวคิดนี้เน้นการสนทนาที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงคุณค่าหรือเป้าหมายที่สำคัญในชีวิต อันนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเชิงบวก ซึ่งเทคนิคในการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจประกอบด้วย 3 เทคนิค ได้แก่ 1) การกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Trigger point) โดยใช้แรงกระตุ้นหรือสัญญาณที่ตกลงร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย 2) การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief advice: BA) เป็นการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำด้านสุขภาพในระยะเวลาสั้นอย่างกระชับ และ 3) การให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief intervention: BI) ซึ่งเป็นการสนทนาแบบให้คำปรึกษาที่มีโครงสร้างและมีเป้าหมายชัดเจนในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงพฤติกรรมสุขภาพและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม⁶ นอกจากนั้นการส่งเสริมแรงจูงใจผ่านการสนทนายังเป็นเครื่องมือที่ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในบริบทที่ผู้ให้บริการมีข้อจำกัดด้านเวลา⁶ การให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้น เป็นเทคนิคที่เสริมสร้างการตระหนักรู้ด้านสุขภาพและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในทางบวก ในขณะที่การกระตุ้น แม้จะมีประโยชน์ในบางบริบท แต่มีข้อจำกัดในการนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยบางรายที่อาจขาดความพร้อมหรือความสามารถในการตกลงทำสัญญาเชิงพฤติกรรมในช่วงเริ่มต้นของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม⁶ ดังนั้นการศึกษานี้จึงมุ่งศึกษาการให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับบทความวิจัยที่นำการให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้นไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบโปรแกรมการให้คำแนะนำแบบสั้นในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสม การเพิ่มการออกกำลังกาย⁸ และการใช้อย่างถูกต้อง^{8,9} และการให้คำปรึกษาแบบสั้นในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสม การเพิ่มการออกกำลังกาย การลดการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์



การจัดการความเครียด และการใช้ยาอย่างถูกต้อง¹⁰⁻¹⁴ ด้วยบทบาทของพยาบาลที่มีหน้าที่ให้คำแนะนำ คำปรึกษาและติดตาม การดูแลตนเองของผู้ป่วย การมีเทคนิคที่สามารถดำเนินการในการให้บริการภายในเวลาจำกัดจึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในบริบทของสถานพยาบาลหรือคลินิกโรคเรื้อรังที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากร การประยุกต์ใช้เทคนิคการให้คำแนะนำและ คำปรึกษาแบบสั้นจึงมีความจำเป็น เทคนิคดังกล่าวมีแนวโน้มช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ เห็นความสำคัญของการ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และตัดสินใจลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเอง ซึ่งอาจนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น เช่น การควบคุมอาการของโรค การลดพฤติกรรมเสี่ยง และการเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองในระยะยาว

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนประสิทธิผลของเทคนิคการให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้น แต่ข้อมูลดังกล่าวยังคงมีความกระจุกกระจายและขาดความเป็นระบบ ทั้งในด้านรูปแบบการดำเนินกิจกรรมที่มีความหลากหลาย ตั้งแต่การสื่อสารแบบสั้นเพียง 5 นาที ไปจนถึงการให้คำปรึกษาที่มีโครงสร้างซับซ้อน รวมถึงความแตกต่างของตัวชี้วัดผลลัพธ์และ บริบทเชิงพื้นที่ของการศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลเกี่ยวกับองค์ประกอบย่อยของเทคนิค ระยะเวลา และความถี่ที่เหมาะสม ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในบริบทของประเทศไทยที่ยังไม่มีความชัดเจน ดังนั้นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้ง นี้จึงมีความสำคัญยิ่งในการรวบรวมและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อค้นหาหลักเกณฑ์ความสำเร็จ และรูปแบบการนำไปใช้ ผลการศึกษานี้จะช่วยสร้างแนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานบริการปฐมภูมิเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับเทคนิคการให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้นต่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. เพื่อสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของเทคนิคการให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้นต่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดของ PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome)¹⁵ ในการกำหนด คำถามการวิจัยและการทบทวนวรรณกรรม และใช้แนวทางการรายงานผลการทบทวนวรรณกรรมตามข้อแนะนำของ Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses 2020 expanded checklist¹⁶ เพื่อให้การนำเสนอ ผลการทบทวนมีความโปร่งใสและสามารถตรวจสอบได้ตามมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับ ทั้งนี้การประเมินความน่าเชื่อถือและระดับ ของหลักฐานเชิงประจักษ์ดำเนินการตามเกณฑ์การประเมินของ Joanna Briggs Institute (JBI)¹⁷⁻¹⁹

ระเบียบวิธีวิจัย

- การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ ดำเนินการตามขั้นตอนของ Owens²⁰ ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่
- 1) การระบุคำถามการวิจัย
 - 2) การลงทะเบียนการทบทวน
 - 3) การกำหนดวิธีการสืบค้นข้อมูล
 - 4) การคัดเลือกบทความวิจัย
 - 5) การประเมินคุณภาพของบทความวิจัย และ
 - 6) การสกัด วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล

1. การระบุคำถามการวิจัย การระบุคำถามการวิจัยใช้กรอบแนวคิดของ PICO¹⁵ ซึ่งคำถามการวิจัย คือ เทคนิคการให้ คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้นมีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างไร

2. การลงทะเบียนการทบทวน การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ได้ลงทะเบียนล่วงหน้าเพื่อสร้างความโปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้ผ่านฐานข้อมูล PROSPERO²¹ เมื่อวันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ. 2568 (PROSPERO ID: CRD420251135751)

3. การกำหนดวิธีการสืบค้นข้อมูล การกำหนดวิธีการสืบค้นข้อมูลประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) กำหนดคำสำคัญ 2) กำหนดฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น 3) กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า และ 4) กำหนดเกณฑ์การคัดออก โดยแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้



3.1 การกำหนดคำสำคัญ โดยใช้กรอบแนวคิด PICO¹⁵ ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ P (Population) คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง I (Intervention) คือ การให้คำแนะนำแบบสั้นและ/หรือการให้คำปรึกษาแบบสั้น C (Comparisons) คือ การให้คำแนะนำและ/หรือการให้คำปรึกษาในรูปแบบปกติ และ O (Outcomes) คือ พฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อให้การสืบค้นข้อมูลมีความครอบคลุมทั้งในระดับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จึงมีการกำหนดคำสำคัญ (Keywords) ในแต่ละองค์ประกอบของ PICO¹⁵ โดยใช้กลยุทธ์การสืบค้นที่เชื่อมคำค้นในหมวดหมู่เดียวกันด้วยคำเชื่อม “OR” และเชื่อมระหว่างหมวดหมู่ต่าง ๆ ด้วยคำเชื่อม “AND” ดังตารางที่ 1

3.2 การกำหนดฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น โดยกำหนดฐานข้อมูลทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อความครอบคลุมในการสืบค้น ฐานข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ ThaiJo, PubMed, Cochrane, และ Google Scholar รวมถึงบทความวิจัยเพิ่มเติมที่ได้จากการตรวจสอบรายการอ้างอิงในบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องและจากการสืบค้นผ่านทางอินเทอร์เน็ต

3.3 การกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า ประกอบด้วย 1) บทความวิจัยฉบับเต็มที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญระหว่างปี พ.ศ. 2559 - 2568 หรือ ค.ศ. 2016 - 2025 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 2) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) เป็นบทความวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการให้คำแนะนำ และ/หรือ คำปรึกษาแบบสั้น ที่ใช้ระยะเวลา 5 - 30 นาที/ครั้ง โดยกิจกรรมต้องระบุโครงสร้างหรือขั้นตอนการดำเนินงานที่ชัดเจน เช่น การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินความพร้อม การสร้างแรงจูงใจ หรือการตั้งเป้าหมายร่วมกัน 4) เป็นการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมหรือกึ่งทดลอง และ 5) เป็นบทความวิจัยที่แสดงผลลัพธ์ โดยกำหนดผลลัพธ์หลัก (Primary outcomes) คือ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และ/หรือ ผลลัพธ์รอง (Secondary outcomes) คือ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด น้ำหนักตัว และดัชนีมวลกาย

3.4 การกำหนดเกณฑ์การคัดออก ประกอบด้วย 1) บทความวิจัยที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ 2) บทความทบทวนวรรณกรรมทุกประเภท เช่น Systematic Review, Meta-analysis, Scoping Review และ Narrative Review 3) วิทยานิพนธ์หรือดุษฎีนิพนธ์ที่ยังไม่ได้ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการที่ผ่านการรับรอง (Peer-reviewed journal) 4) บทความประเภทกรณีศึกษา บทบรรณาธิการ บทความแสดงความคิดเห็น บทความประชุมวิชาการ และบทความที่มีข้อมูลไม่สมบูรณ์ และ 5) บทความวิจัยที่ไม่สามารถเข้าถึงฉบับเต็ม

ตารางที่ 1 การกำหนดคำสำคัญในการทบทวนวรรณกรรม

PICO	คำสำคัญ (keywords)
Population	“ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” OR “ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง” OR “non-communicable diseases” OR “chronic disease” OR “chronic illness” OR “chronic condition”
Intervention	“การให้คำแนะนำแบบสั้น” OR “การให้คำปรึกษาแบบสั้น” OR “การสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ” OR “brief advice” OR “brief intervention” OR “motivational interviewing” OR “crisis intervention” OR “brief treatment” OR “critical incident stress debriefing” OR “screening and brief intervention”
Comparisons	“การให้คำแนะนำในรูปแบบปกติ” OR “การให้คำปรึกษาในรูปแบบปกติ” OR “advice” OR “counseling”
Outcomes	“พฤติกรรมการดูแลตนเอง” OR “การดูแลตนเอง” OR “การจัดการตนเอง” OR “พฤติกรรมสุขภาพ” OR “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ” OR “ผลลัพธ์ทางคลินิก” OR “self-care behavior” OR “self-management” OR “health behavior” OR “Clinical outcomes”

วิธีการสืบค้นข้อมูล

การสืบค้นข้อมูลดำเนินการในวันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2568 โดยมีกลยุทธ์ในการสืบค้นในแต่ละฐานข้อมูลดังนี้
ฐานข้อมูล ThaiJo ซึ่งเป็นฐานข้อมูลภาษาไทย ผู้วิจัยดำเนินการสืบค้นโดยใช้คำสำคัญภาษาอังกฤษตามองค์ประกอบ “Intervention (I)” ของกรอบแนวคิด PICO และใช้คำเชื่อมเป็น AND ทั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้นำองค์ประกอบทั้งหมดของ PICO และคำค้นภาษาไทยมาใช้ร่วมกัน เนื่องจากไม่พบบทความวิจัยที่สอดคล้องจากการสืบค้น



Search: “brief advice” OR “brief intervention” OR “motivational interviewing” OR “brief motivation”

ฐานข้อมูล PubMed

Search: (((“non-communicable diseases” OR “chronic disease” OR “chronic illness” OR “chronic condition”) AND (“brief advice” OR “brief intervention” OR “motivational interviewing” OR “crisis intervention” OR “brief treatment” OR “critical incident stress debriefing” OR “screening and brief intervention”)) AND (“advice” OR “counseling”)) AND (“self-care behavior” OR “self-management” OR “health behavior” OR “Clinical outcomes”) filters: 10 ปีย้อนหลัง

ฐานข้อมูล Cochrane

Search: (“non-communicable diseases” OR “chronic disease” OR “chronic illness” OR “chronic condition”) AND (“brief advice” OR “brief intervention” OR “motivational interviewing” OR “crisis intervention” OR “brief treatment” OR “critical incident stress debriefing” OR “screening and brief intervention”) AND (“advice” OR “counseling”) AND (“self-care behavior” OR “self-management” OR “health behavior” OR “Clinical outcomes”) filters: year 2016-2025

ฐานข้อมูล Google Scholar

Search: “ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” OR “ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง” OR “non-communicable diseases” OR “chronic disease” OR “chronic illness” OR “chronic condition” AND “การให้คำแนะนำแบบสั้น” OR “การให้คำปรึกษาแบบสั้น” OR “การสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ” OR “brief advice” OR “brief intervention” OR “motivational interviewing” AND “การให้คำแนะนำในรูปแบบปกติ” OR “การให้คำปรึกษาในรูปแบบปกติ” OR “advice” OR “counseling” AND “พฤติกรรม การดูแลตนเอง” OR “การดูแลตนเอง” OR “การจัดการตนเอง” OR “พฤติกรรมสุขภาพ” OR “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ” OR “self-care behavior” OR “self-management” OR “health behavior” OR “Clinical outcomes” Filters: 2016-2025

4. การคัดเลือกบทความวิจัย การคัดเลือกบทความวิจัยดำเนินการระหว่างวันที่ 17 กันยายน ถึง 17 ตุลาคม พ.ศ. 2568 ผ่านโปรแกรม Rayyan Pro²² ซึ่งมีความสามารถในการจัดการบทความวิจัยที่เข้าข้อและสนับสนุนการคัดเลือกบทความโดยอิสระ การคัดเลือกบทความวิจัยดำเนินการโดยผู้วิจัยลำดับที่ 1 และลำดับที่ 2 คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ที่กำหนดไว้จากชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และ บทความวิจัยฉบับเต็ม ในกรณีที่เกิดความไม่สอดคล้องกันระหว่างผู้วิจัยลำดับที่ 1 และลำดับที่ 2 ในการคัดเลือกบทความ ทีมวิจัยได้ปรึกษาร่วมกันเพื่อหาข้อสรุปที่เห็นพ้องตรงกัน ข้อมูลที่ได้จากการคัดเลือกลำเสนอผ่าน PRISMA Flow Diagram¹⁶ เพื่อแสดงขั้นตอนและจำนวนบทความวิจัยในแต่ละช่วงของกระบวนการคัดเลือกอย่างเป็นระบบและโปร่งใส

5. การประเมินคุณภาพของบทความวิจัย การประเมินคุณภาพของบทความวิจัยดำเนินการในช่วงวันที่ 18 ตุลาคม ถึง 22 ธันวาคม พ.ศ. 2568 โดยผู้วิจัยลำดับที่ 1 และลำดับที่ 2 อย่างเป็นอิสระต่อกัน โดยใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพ^{17,18} และการจัดระดับหลักฐาน¹⁹ ของ The Joanna Briggs Institute สำหรับการศึกษาแบบทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมใช้เครื่องมือ ประเมินจำนวน 13 ข้อ¹⁷ โดยมีคะแนน 0 - 13 คะแนน ประกอบด้วยประเด็น การสุ่มและการปกปิด ความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่าง การจัดการข้อมูลและการติดตามผล และการวิเคราะห์ทางสถิติ ส่วนการศึกษาแบบกึ่งทดลองใช้เครื่องมือประเมิน จำนวน 9 ข้อ¹⁸ โดยมีคะแนน 0 - 9 คะแนน ครอบคลุมองค์ประกอบ ดังนี้ คือ ความชัดเจนของความเป็นเหตุและผล การเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง ความตรงภายใน การประเมินผลลัพธ์ และความถูกต้องของการวิเคราะห์ทางสถิติ ทั้งนี้ หากพบ ความเห็นแตกต่างกันในการประเมินคุณภาพหรือการจัดระดับหลักฐาน ผู้วิจัยได้อภิปรายร่วมกันเพื่อหาข้อสรุปที่เห็นพ้องตรงกัน

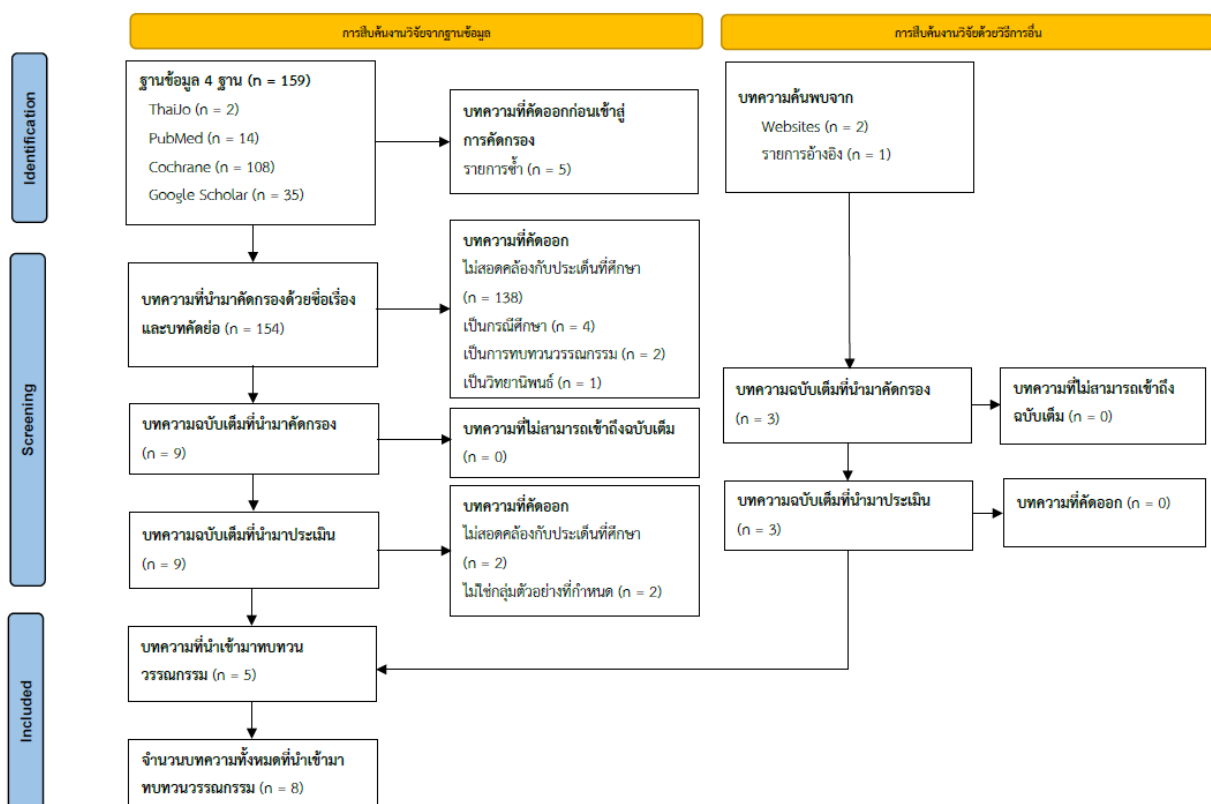
6. การสกัด วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล การสกัด วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลจากบทความวิจัยที่ผ่านการคัดเลือก ดำเนินการในช่วงวันที่ 18 ตุลาคม ถึง 22 ธันวาคม พ.ศ. 2568 โดยผู้วิจัยลำดับที่ 1 และลำดับที่ 2 จัดทำตารางสำหรับการสกัดข้อมูล เบื้องต้นอย่างเป็นอิสระจากกัน โดยได้พัฒนาตารางสำหรับการสกัดข้อมูลเบื้องต้น ครอบคลุมข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ผู้แต่ง ปีที่พิมพ์



ระเบียบวิธีวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เทคนิคและกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ เครื่องมือวิจัย และผลลัพธ์การศึกษา ระดับหลักฐานคะแนนการประเมินคุณภาพและความเสี่ยงต่ออคติ จากบทความวิจัยที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 8 เรื่อง จากนั้นทีมวิจัยร่วมกันตรวจสอบความเหมาะสมของตาราง และทดลองใช้ตารางดังกล่าวกับบทความวิจัยจำนวน 3 เรื่อง เพื่อประเมินความครบถ้วนและความชัดเจนของรายการข้อมูล พร้อมทั้งเสนอข้อเสนอแนะเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงตารางให้เหมาะสมยิ่งขึ้น การสกัดและวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงบรรยายเพื่ออธิบายลักษณะของกิจกรรมการให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้น รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยผู้วิจัยลำดับที่ 1 และลำดับที่ 2 ดำเนินการสกัดและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นอิสระจากกัน ขณะที่ผู้วิจัยลำดับที่ 3 และลำดับที่ 4 ดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ในกรณีที่เกิดความไม่สอดคล้องกัน ทีมวิจัยร่วมกันปรึกษาเพื่อหาข้อสรุปที่เห็นพ้องตรงกัน จากนั้นผู้วิจัยทุกคนร่วมกันสังเคราะห์ข้อมูลเชิงบรรยายเชิงโครงสร้าง

ผลการวิจัย

การคัดเลือกบทความวิจัย การศึกษาครั้งนี้พบบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 163 เรื่อง โดย 159 เรื่อง ได้จากการสืบค้นผ่านฐานข้อมูล 4 ฐาน 2 เรื่องจากเว็บไซต์ และ 1 เรื่องจากรายการอ้างอิง หลังจากลบรายการซ้ำ 5 เรื่องจากฐานข้อมูลคงเหลือบทความที่ไม่ซ้ำกัน 154 เรื่อง เมื่อคัดกรองด้วยชื่อเรื่องและบทคัดย่อ ผู้วิจัยคัดออก 145 เรื่อง เนื่องจากไม่สอดคล้องกับประเด็นในการศึกษา 138 เรื่อง เป็นกรณีศึกษา 4 เรื่อง เป็นการทบทวนวรรณกรรม 2 เรื่อง และเป็นวิทยานิพนธ์ 1 เรื่อง จึงมีบทความฉบับเต็มที่น่าสนใจมาคัดกรองทั้งหมด 9 เรื่อง ผลการคัดกรองพบว่า 2 เรื่อง ไม่สอดคล้องกับประเด็นการศึกษา และ อีก 2 เรื่องไม่ตรงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ดังนั้นบทความที่ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์จากฐานข้อมูลจึงมี 5 เรื่อง จากเว็บไซต์ 1 เรื่อง และจากรายการอ้างอิง 2 เรื่อง รวมทั้งหมด 8 เรื่อง ที่นำมาทบทวนวรรณกรรม การคัดเลือกบทความวิจัยแสดงผ่านในรูปแบบ PRISMA Flow Diagram¹⁶ ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แผนผังการคัดเลือกบทความวิจัย¹⁶



คุณลักษณะของบทความวิจัย บทความวิจัยที่นำมาศึกษาทั้งหมดจำนวน 8 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง จำนวน 7 เรื่อง^{8,10,23-27} โดยมีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งประกอบด้วยรูปแบบการศึกษาแบบกลุ่มเดียวจำนวน 3 เรื่อง^{23,24,27} แบบ 2 กลุ่มจำนวน 2 เรื่อง^{8,10} และแบบ 3 กลุ่มจำนวน 1 เรื่อง²⁵ นอกจากนี้ มี 1 เรื่องที่ใช้การวัดซ้ำในหลายช่วงเวลาเพื่อติดตามผลลัพธ์ระยะยาว²⁶ และอีก 1 เรื่องเป็นการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม²⁸ กลุ่มตัวอย่างในบทความวิจัยประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง^{8,24} ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2^{10,23,26,27} ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง²⁸ และผู้ป่วยที่มีโรคอ้วน²⁵ โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 26-108 ราย บทความวิจัยที่ผ่านการคัดเลือกทั้งหมดให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาแบบสั้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนสร้างแรงจูงใจและการฝึกสติ¹⁰ การดำเนินกิจกรรมการให้คำแนะนำหรือการให้คำปรึกษาแบบสั้นในทุกการศึกษาเป็นแบบรายบุคคล อย่างไรก็ตาม กิจกรรมมีความหลากหลายในด้านระยะเวลาและวิธีการในการดำเนินการ โดยการให้คำแนะนำแบบสั้นดำเนินการครั้งละ 5-10 นาที^{8,23-26} การให้คำปรึกษาแบบสั้นดำเนินการครั้งละ 20-30 นาที^{10,27,28} ความถี่ของการให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาแบบสั้นอยู่ระหว่าง 3-8 ครั้ง ดำเนินการทุก 1 สัปดาห์ถึง 1-2 เดือน ระยะเวลาการติดตามผลอยู่ในช่วง 1-12 เดือน

ผลการทบทวนบทความวิจัยพบว่า วิธีการให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้นประกอบด้วย 6 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและพร้อมเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยการสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมในการสนทนา 2) การประเมินสถานการณ์และความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยพยาบาลประเมินปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในปัจจุบัน ระดับแรงจูงใจ และความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วยการซักถาม การสะท้อนความคิด หรือใช้เครื่องมือประเมินที่เหมาะสม 3) การค้นหาและเสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยพยาบาลใช้เทคนิคการสนับสนุนสร้างแรงจูงใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหา เห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเชื่อมโยงการเปลี่ยนแปลงกับเป้าหมายหรือคุณค่าในชีวิตของผู้ป่วย 4) การให้ข้อมูลและทางเลือกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยพยาบาลให้ข้อมูลด้านสุขภาพอย่างกระชับ ถูกต้อง และเข้าใจง่าย พร้อมนำเสนอทางเลือกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับบริบทและความสามารถของผู้ป่วย โดยหลีกเลี่ยงการสั่งหรือชี้นำโดยตรง 5) การร่วมกันตั้งเป้าหมายและวางแผนการดูแลตนเองร่วมกับผู้ป่วย โดยกำหนดเป้าหมายการดูแลตนเองที่ชัดเจน เป็นไปได้ และสามารถปฏิบัติได้จริง รวมถึงวางแผนการดำเนินการในระยะสั้น พร้อมกำหนดวิธีติดตามผล และ 6) การเสริมแรงและการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลเสริมแรงทางบวก สนับสนุนความพยายามของผู้ป่วย และติดตามความก้าวหน้าของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ผ่านการนัดหมาย การโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้าน หรือการใช้แบบบันทึกพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิก

ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการสังเคราะห์พบว่า โปรแกรมการให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้นส่งผลเชิงบวกต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอในทุกกลุ่มโรค ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การควบคุมอาหารโดยลดการบริโภคอาหารรสเค็มและควบคุมปริมาณอาหาร การติดตามระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง และการออกกำลังกาย โดยพบผลลัพธ์สอดคล้องกันทั้งในการศึกษาที่มีกลุ่มควบคุม⁸ และไม่มีกลุ่มควบคุม²⁴ ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ และ $p < .01$) โดยครอบคลุมด้านการควบคุมอาหาร^{10,23,27} การออกกำลังกาย^{10,23,26,27} การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ^{10,23,26,27} การจัดการความเครียด¹⁰ การมาตรวจตามนัด²⁶ และการดูแลเท้า²⁷ ในกลุ่มผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยครอบคลุมด้านการควบคุมการบริโภคน้ำและอาหาร โดยเฉพาะการจำกัดอาหารรสเค็ม²⁸ สำหรับผู้ที่มีโรคอ้วนร่วมกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าการให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้นช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในด้านการออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร และการควบคุมอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)²⁵ โดยสรุป โปรแกรมการให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้นมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกกลุ่มโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้ ผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ระดับความดันโลหิต⁸ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด^{10,23,26} ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร²⁷



และดัชนีมวลกาย²⁵ มีแนวโน้มดีขึ้นควบคู่ไปกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าว ประสิทธิภาพของโปรแกรมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง แสดงดังตารางที่ 2 นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสกัดและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิคการให้คำแนะนำ และคำปรึกษาแบบสั้นที่ใช้ในแต่ละการศึกษา เพื่อสังเคราะห์องค์ประกอบและรูปแบบการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ตามกลุ่มโรค

กลุ่มโรค	จำนวนการศึกษา	ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวม (ราย)	ประเภทกิจกรรม	ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม	ผลลัพธ์ทางคลินิก	ระดับนัยสำคัญ
ความดันโลหิตสูง	2 ^{8,24}	92	การให้คำแนะนำแบบสั้น	1. การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้น 2. การควบคุมอาหารดีขึ้น 3. การติดตามความดันโลหิตด้วยตนเองเพิ่มขึ้น 4. การออกกำลังกายเพิ่มขึ้น	ระดับความดันโลหิตลดลง	$p < .05$
เบาหวานชนิดที่ 2	4 ^{10,23,26,27}	192	การให้คำแนะนำ / คำปรึกษาแบบสั้น ร่วมกับการฝึกสติ	1. การควบคุมอาหารดีขึ้น 2. การออกกำลังกายเพิ่มขึ้น 3. การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้น 4. การจัดการความเครียดดีขึ้น 5. การมาตรวจตามนัดเพิ่มมากขึ้น 6. การตรวจเท้าเพิ่มมากขึ้น	ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารลดลง	$p < .05$ - $p < .01$
หัวใจล้มเหลวเรื้อรัง	1 ²⁸	62	การให้คำปรึกษาแบบสั้น	1. การควบคุมการบริโภคน้ำและอาหารดีขึ้น	-	$p < .01$
อ้วนร่วมกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	1 ²⁵	108	การให้คำแนะนำแบบสั้น	1. การควบคุมอาหารดีขึ้น 2. การออกกำลังกายเพิ่มขึ้น 3. การควบคุมอารมณ์ดีขึ้น	น้ำหนักและดัชนีมวลกายลดลง	$p < .05$
รวมทั้งหมด	8	454	การให้คำแนะนำ/ คำปรึกษาแบบสั้น	พฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้นในทุกการศึกษา	ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น	$p < .05$ (100%)

ความน่าเชื่อถือและความเสี่ยงต่ออคติของบทความวิจัย จากการประเมินคุณภาพบทความวิจัยโดยใช้เครื่องมือของ The Joanna Briggs Institute พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 2.c และ 2.d ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยการศึกษาที่มีกลุ่มควบคุมมีระดับหลักฐานสูงกว่าการศึกษาที่ไม่มีกลุ่มควบคุม และมีการศึกษาแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม 1 เรื่องอยู่ในระดับ 1.c คะแนนการประเมินคุณภาพอยู่ในช่วง 6/9 ถึง 9/9 สำหรับงานกึ่งทดลอง และ 8/13 สำหรับการศึกษาแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม โดยงานที่มีกลุ่มควบคุมมักมีคุณภาพสูงกว่า ในด้านความเสี่ยงต่ออคติ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ขณะที่การศึกษาแบบกลุ่มเดียวและแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม บางส่วนมีความเสี่ยงต่ออคติปานกลางจากข้อจำกัดด้านการออกแบบและการดำเนินการวิจัย โดยสรุป งานวิจัยที่นำมาทบทวนส่วนใหญ่อยู่ในระดับหลักฐาน 2.c และ 2.d โดยมีการศึกษาแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม 1 เรื่อง ในระดับ 1.c มีคะแนนการประเมินคุณภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง และมีความเสี่ยงต่ออคติในระดับต่ำถึงปานกลาง ทั้งนี้ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 การสกัดและวิเคราะห์ข้อมูลเทคนิคการให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้นสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	ระเบียบวิธีวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ กลุ่มเปรียบเทียบ	เทคนิค/ กิจกรรม/ ระยะเวลา	เครื่องมือ	ผลลัพธ์	ระดับหลักฐาน/ คะแนนการประเมิน/ ความเสี่ยงต่ออคติ
จิราวรรณ สีลา พัฒนาพาณิชย์ และ อรุณี พันธุ์ โอภาส (2560) ²⁵	กึ่งทดลอง 3 กลุ่ม วัดก่อน-หลัง ผู้ที่มีโรคอ้วนและ NCDs ร่วมด้วย จำนวน 108 ราย มีกลุ่มควบคุมที่ ไม่ได้รับการให้ คำแนะนำแบบสั้น	การให้คำแนะนำแบบ สั้น ให้คำแนะนำแบบสั้น 3 ครั้ง ทุก 1 เดือน 3 เดือน	1. แบบบันทึก พฤติกรรม 3อ 2. ไม้บรรทัดวัด แรงหัวใจ 3. แนวปฏิบัติการ สนทนาแบบสร้าง แรงหัวใจ 4. แนวทางการ ติดตามและการ กระตุ้นเตือน	1. พฤติกรรมการออกกำลังกายและการรับประทาน อาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) 2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย อาหาร และอารมณ์ กลุ่ม ที่ได้รับ BA 3 ครั้ง ดีกว่ากลุ่มที่ ได้รับ BA ครั้งเดียวและดีกว่า กลุ่มควบคุม ($p < .05$) 3. น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย และรอบเอวลดลงกว่ากลุ่มที่ ได้รับ BA 1 ครั้งและกลุ่ม ควบคุม ($p < .05$)	ระดับหลักฐาน 2.c คะแนนการประเมิน 9/9 (100%) เสี่ยงต่ออคติต่ำ
เทอดศักดิ์ เดชคง (2563) ²⁶	กึ่งทดลอง 1 กลุ่ม วัดซ้ำ 3 ครั้ง (ทันที, 3 เดือน, และ 6 เดือน) ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 จำนวน 79 ราย ไม่มี	การให้คำแนะนำ แบบสั้น 1. การสร้างความ ร่วมมือระหว่างผู้ บำบัดและผู้รับบำบัด 2. การค้นหาและ ส่งเสริมแรงใจใน การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม 3. การให้ข้อมูลและ ข้อเสนอแนะมี ทางเลือกในการ เปลี่ยนแปลง พฤติกรรม จำนวน 4 ครั้ง ครั้ง ละ 5-10 นาที ทุก 1 เดือน 4 เดือน	1. โปรแกรม การสนทนาสร้าง แรงหัวใจ 2. แบบบันทึกการ สนทนา 3. แบบบันทึก ระดับความดัน โลหิต 4. แบบบันทึก ระดับ น้ำตาลในเลือด	1. ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ลดลง ($p < .01$) 2. ระดับความดันโลหิตลดลง ($p < .01$)	ระดับหลักฐาน 2.d คะแนนการประเมิน 6/9 (66.67%) เสี่ยงต่ออคติปาน กลาง
จารุณี ปลาย ยอด และ ชีวันต์ ด้ายเกิด (2565) ⁸	กึ่งทดลอง 2 กลุ่ม วัดก่อน-หลัง ผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงควบคุม	การให้คำแนะนำแบบ สั้น ให้คำแนะนำแบบสั้น 4 ครั้ง ครั้งละ 5 นาที ทุก 1-2 เดือน	1. โปรแกรมการให้ คำแนะนำแบบสั้น 2. แบบบันทึก ความดันโลหิต	ระดับความดันโลหิตลดลง ($p < .05$)	ระดับหลักฐาน 2.c คะแนนการประเมิน 9/9 (100%) เสี่ยงต่ออคติต่ำ



ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	ระเบียบวิธีวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ กลุ่มเปรียบเทียบ	เทคนิค/ กิจกรรม/ ระยะเวลา	เครื่องมือ	ผลลัพธ์	ระดับหลักฐาน/ คะแนนการประเมิน/ ความเสี่ยงต่ออคติ
ยูวดี คาสีวี และ อดิสร อุดรทักษ์ (2566) ²³	ไม่ได้ จำนวน 50 ราย	9 เดือน	3. แบบบันทึกการให้คำแนะนำแบบสั้น		
	มีกลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามการบริการปกติ				
	กึ่งทดลอง 1 กลุ่ม วัดก่อน-หลัง	การให้คำแนะนำแบบสั้น	1. โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ	1. พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ($p < .05$)	ระดับหลักฐาน 2.d
	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 32 ราย	ให้คำแนะนำแบบสั้น 8 ครั้ง ครั้งละ 5-10 นาที ทุก 1 เดือน	2. แบบบันทึกการสนทนา	2. ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง ($p < .05$)	คะแนนการประเมิน 8/9 (88.89%)
วาสนา ยินติมากร และคณะ (2568) ¹⁰	ไม่มี	8 เดือน	3. แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้าน		เสี่ยงต่ออคติต่ำ
			4. แบบบันทึกระดับน้ำตาลสะสมในเลือด		
	กึ่งทดลอง 2 กลุ่ม วัดก่อน-หลัง	การให้คำปรึกษาแบบสั้น	1. โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้นโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน	1. พฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น ($p < .05$)	ระดับหลักฐาน 2.c
	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 52 ราย	ให้คำปรึกษาแบบสั้น 4 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ทุก 1 สัปดาห์	2. แบบสอบถามพฤติกรรม	2. ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง ($p < .05$)	คะแนนการประเมิน 9/9 (100%)
อรัญญ์ เขียวขำ (2567) ²⁴	มีกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนสุขศึกษาและแผนผังความรู้	1 เดือน	3. แบบบันทึกระดับน้ำตาลสะสมในเลือด		เสี่ยงต่ออคติต่ำ
	กึ่งทดลอง 1 กลุ่ม วัดก่อน-หลัง	การให้คำแนะนำแบบสั้น	1. โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้น	พฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น ($p < .05$)	ระดับหลักฐาน 2.d
	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 42 ราย	1. การสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล 2. การค้นหาแรงจูงใจและส่งเสริมแรงจูงใจ	2. แบบประเมินพฤติกรรม		คะแนนการประเมิน 6/9 (66.67%)
	ไม่มี	ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	พฤติกรรมดูแลตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง		เสี่ยงต่ออคติปานกลาง



ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	ระเบียบวิธีวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง/ กลุ่มเปรียบเทียบ	เทคนิค/ กิจกรรม/ ระยะเวลา	เครื่องมือ	ผลลัพธ์	ระดับหลักฐาน/ คะแนนการประเมิน/ ความเสี่ยงต่ออคติ
Chen et al. (2018) ²⁸	การทดลองแบบสุ่ม ที่มีกลุ่มควบคุม	3. การให้ข้อมูลแบบ มีทางเลือกเดือนละ 1 ครั้ง 3 เดือน การให้คำปรึกษาแบบ สั้น	1. รูปแบบของการ ให้คำปรึกษาเชิง แรงจูงใจสำหรับ ผู้ป่วยหัวใจ ล้มเหลวเรื้อรัง	พฤติกรรมการดูแลตนเองสูง กว่ากลุ่มควบคุม ($p < .01$)	ระดับหลักฐาน 1.c คะแนนการประเมิน 8/13 (66.53%)
	ผู้ป่วยหัวใจ ล้มเหลวเรื้อรัง จำนวน 62 ราย มีกลุ่มควบคุมที่ ได้รับการให้ความรู้ ด้านสุขภาพตามปกติ จำนวน 3-4 ครั้ง	1. การสร้างความ ไว้วางใจ 2. การให้คำปรึกษา แบบสั้น 15-20 นาที เพื่อหาแนวทางแก้ไข ปัญหาการดูแลตนเอง 3. การให้คำปรึกษา แบบสั้น 15-20 นาที เพื่อวางแผนการ ดูแลตนเอง 4. การติดตามการ ดูแลตนเอง 3 ครั้ง ใน สัปดาห์ที่ 2, 4, และ 8 พร้อมทั้งให้ คำปรึกษาแบบสั้นใน การดูแลตนเอง 2 เดือน	2. แบบประเมิน พฤติกรรมดูแล ตนเองของผู้ป่วย หัวใจล้มเหลว เรื้อรัง	เสี่ยงต่ออคติปาน กลาง	
Sawaengsri et al. (2023) ²⁷	กึ่งทดลอง 1 กลุ่ม วัดก่อน-หลัง	การให้คำปรึกษาแบบ สั้น	1. โปรแกรมการให้ คำปรึกษาแบบ สร้างแรงจูงใจแบบ สั้นผ่านทาง โทรศัพท์	1. พฤติกรรมดูแลตนเองที่ ขึ้น ($p < .05$) 2. ความร่วมมือในการ รับประทานยาเพิ่มขึ้น ($p < .01$) 3. ระดับน้ำตาลในเลือดขณะ อดอาหารลดลง ($p < .05$)	ระดับหลักฐาน 2.d คะแนนการประเมิน 6/9 (66.67%) เสี่ยงต่ออคติปาน กลาง
	ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 จำนวน 29 ราย ไม่มี	1. การสร้าง สัมพันธภาพ 2. สร้างแรงจูงใจ โดย การสำรวจเป้าหมาย 20-30 นาที 3. ให้คำปรึกษาแบบ สั้นผ่านการเสนอ ทางเลือก 20-30 นาที 4. ติดตาม ความก้าวหน้าของ การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม 2 เดือน	2. แบบประเมิน พฤติกรรมสำหรับ ผู้ป่วยเบาหวาน 3. แบบประเมิน ความร่วมมือในการ รับประทานยา		



การอภิปรายผล

ผลการทบทวนพบบทความวิจัยที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 8 เรื่อง ซึ่งโดยภาพรวมชี้ให้เห็นว่า การให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้นส่งผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิก จากผลการทบทวนพบว่า ระยะเวลาและความถี่ของการให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้นมีความหลากหลาย ตั้งแต่การให้คำแนะนำครั้งละ 5 - 30 นาที จำนวน 3 - 8 ครั้ง และมีระยะเวลาติดตามผลตั้งแต่ 1 - 12 เดือน ซึ่งสะท้อนถึงความยืดหยุ่นของโปรแกรมในการประยุกต์ใช้ในบริบทที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ การติดตามผลอย่างต่อเนื่องในระยะยาวมีแนวโน้มส่งเสริมให้เกิดการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เนื่องจากช่วยเสริมแรงและสนับสนุนกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมของ Aveyard และคณะ²⁹ ให้หลักฐานเพิ่มเติมว่า การให้คำปรึกษาแบบสั้นโดยบุคลากรสุขภาพในบริบทการดูแลปฐมภูมิ แม้ใช้เวลาจำกัด แต่เมื่อออกแบบให้ตั้งอยู่บนหลักพฤติกรรมศาสตร์ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเอง พร้อมทั้งเชื่อมโยงไปสู่โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีโครงสร้างและการติดตามต่อเนื่อง สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาวได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการลดน้ำหนักตัวเฉลี่ยในช่วง 12 เดือน และยังได้รับการยอมรับจากผู้รับบริการในระดับสูง

วิธีการดำเนินกิจกรรมใช้รูปแบบการให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้นซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและการตัดสินใจด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้และมีแรงจูงใจภายในในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้ การผสมผสานกับการฝึกสติยังช่วยเสริมประสิทธิภาพของโปรแกรม โดยเฉพาะในด้านการสนับสนุนทางจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการดูแลและนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นในระยะยาว³⁰ ทั้งนี้ ข้อค้นพบดังกล่าวยังสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเชิงทฤษฎีของ Bennett-Weston และคณะ³¹ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเป็นกลไกสำคัญที่ส่งเสริมการเรียนรู้เชิงลึกและการพัฒนาทักษะในบริบทสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อมีการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทางทฤษฎีในการออกแบบกิจกรรมอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางซึ่งเน้นว่าการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม³² ในประเด็นของการฝึกสติ การฝึกสติช่วยเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเอง ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง และลดความเครียด ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน นอกจากนี้ การฝึกสติยังมีส่วนช่วยเสริมสร้างความผ่อนคลาย ความสมดุลทางอารมณ์ และความเข้าใจ ความเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตโดยรวม³³ ดังนั้น การออกแบบกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ควบคู่กับการสื่อสารที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การส่งเสริมการตัดสินใจด้วยตนเอง และการบูรณาการการฝึกสติ อาจเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพิ่มประสิทธิผลของการให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้น และนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ยั่งยืนมากยิ่งขึ้น เนื้อหาของโปรแกรมครอบคลุมกระบวนการส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การประเมินพฤติกรรม การสร้างแรงจูงใจ การให้คำแนะนำหรือคำปรึกษา การตั้งเป้าหมาย และการติดตามผล โดยลักษณะของการให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาเป็นแบบมีทางเลือกและไม่ชี้นำ ช่วยส่งเสริมความมั่นใจและความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย เนื้อหาดังกล่าวสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม ที่ศึกษาการประยุกต์ใช้การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้ในกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมีการให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้นผ่านการกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงและสะท้อนความคิดของตนเอง การใช้คำถามปลายเปิด รวมถึงการให้กำลังใจและการเสริมแรงเชิงบวก นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวยังชี้ให้เห็นว่า ความเห็นอกเห็นใจและการยอมรับอย่างลึกซึ้งของผู้ให้บริการเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ควรบูรณาการในเนื้อหาของโปรแกรม เพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์เชิงบำบัดและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ³⁴

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้นมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกกลุ่มโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจอธิบายได้จากลักษณะของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องอาศัยการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน แม้ว่าผลลัพธ์ทางคลินิกจะไม่ใช่วัตถุประสงค์หลักของการศึกษา แต่พบว่ามีความเป็นไปได้



ควบคู่กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งสะท้อนถึงความเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรม การดูแลตนเองกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม ที่รายงานว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนี้สามารถส่งผลต่อพฤติกรรม การออกกำลังกายและการลดน้ำหนักในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน³⁵ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าสามารถส่งผลต่อพฤติกรรม การควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย รวมถึงผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับไขมันเลวในเลือด (Low Density Lipoprotein: LDL) ระดับความดันโลหิต รอบเอว น้ำหนักตัว และดัชนีมวลกาย³⁴

องค์ความรู้ที่ค้นพบสะท้อนให้เห็นว่า การให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้นเป็นกลยุทธ์เชิงรุกที่มีศักยภาพสูงในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพภายใต้สถานการณ์จริงที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากร หากพยาบาลสามารถบูรณาการทักษะการสื่อสารเชิงสร้างสรรค์ที่มีโครงสร้างชัดเจนร่วมกับการสร้างแรงจูงใจและมีการติดตามผลที่เป็นระบบ เทคนิคนี้จะกลายเป็นนวัตกรรมพยาบาลที่สำคัญในการสร้างความยั่งยืนด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก³⁰ ที่ระบุว่าแนวทางดังกล่าวมีจุดเด่นด้านการประหยัดทรัพยากรและลดการพึ่งพาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน นอกจากนี้ การบูรณาการการให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้นเข้ากับการดูแลยังสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบบูรณาการที่มุ่งจัดการพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการใช้ยา โดยสรุป ประเด็นค้นพบที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้คือ การชี้ให้เห็นว่า “ระยะเวลาสั้น” ของการให้คำแนะนำและคำปรึกษาไม่ใช่ข้อจำกัดของการให้การพยาบาล หากการสื่อสารถูกออกแบบอย่างมีโครงสร้าง เอื้อต่อการตระหนักรู้ การตัดสินใจโดยสมัครใจ และการเชื่อมต่อไปสู่การดูแลต่อเนื่อง สิ่งเหล่านี้เป็นหัวใจและมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลสามารถปรับบทบาทจากการให้คำแนะนำทั่วไป ไปสู่การให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้นที่มีโครงสร้างชัดเจน มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมุ่งเสริมสร้างแรงจูงใจภายในและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการจัดการสุขภาพของตนเอง
2. รูปแบบการให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้นมีความกระชับและยืดหยุ่น เอื้อต่อการนำไปใช้ในหน่วยบริการที่มีข้อจำกัดด้านเวลา บุคลากร และทรัพยากร ซึ่งช่วยเพิ่มความเป็นไปได้ในการบูรณาการกิจกรรมดังกล่าวเข้ากับการดูแลตามปกติ
3. นโยบายด้านสุขภาพควรสนับสนุนการบูรณาการการให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้นเข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ควบคู่กับการพัฒนาแนวปฏิบัติและกรอบการดำเนินงานที่ชัดเจน เพื่อสนับสนุนบทบาทของพยาบาลในการดำเนินการให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้นอย่างเป็นระบบและยั่งยืน
4. นโยบายควรให้ความสำคัญกับการฝึกอบรมพยาบาลและทีมสุขภาพในด้านทักษะการให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้น เช่น การสื่อสารเชิงจูงใจ การตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย และการติดตามผล เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการนำแนวทางดังกล่าวไปใช้ในทางปฏิบัติ

จุดแข็งและข้อจำกัดของการศึกษา

จุดแข็งของการศึกษา

การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้มุ่งเน้นคำถามวิจัยที่มีความเฉพาะเจาะจงด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้การคัดกรองและสังเคราะห์หลักฐานเป็นไปอย่างตรงประเด็น การใช้กลยุทธ์การสืบค้นมีความเฉพาะเจาะจงช่วยเพิ่มความแม่นยำในการระบุบทความวิจัยที่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของการศึกษา การสังเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาเอื้อให้สามารถอธิบายลักษณะของการให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบสั้น และการดำเนินงานของการศึกษาอยู่ภายใต้บริบทการปฏิบัติจริงอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ กระบวนการทบทวนดำเนินไปอย่างเป็นระบบ โดยมีการลงทะเบียนโครงร่างการวิจัยล่วงหน้า และยึดตามแนวทาง PRISMA 2020 ซึ่งช่วยเสริมสร้างความโปร่งใสและความน่าเชื่อถือของข้อค้นพบจากการศึกษา



ข้อจำกัดของการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ซึ่งมีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณาในการตีความผลการศึกษา ดังนี้

1. งานวิจัยต้นฉบับที่นำมาสังเคราะห์มีความหลากหลายในด้านรูปแบบการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง และตัวชี้วัดผลลัพธ์ ส่งผลให้เกิดความไม่เป็นเนื้อเดียวกันของข้อมูล (Heterogeneity) และอาจกระทบต่อความชัดเจนของข้อสรุป
2. การศึกษานี้ไม่ได้ดำเนินการวิเคราะห์ห่อหุ้ม (Meta-analysis) จึงใช้การสังเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Narrative synthesis) ซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านความแม่นยำและความเป็นอัตวิสัย (Subjective) ในการตีความ นอกจากนี้ การศึกษานี้ไม่ได้ดำเนินการประเมินคุณภาพหรือความเสี่ยงของอคติของงานวิจัยต้นฉบับ (Critical appraisal) อย่างเป็นระบบ ซึ่งอาจส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่นำมาสังเคราะห์
3. การสืบค้นวรรณกรรมมีข้อจำกัด โดยไม่ได้รวมวรรณกรรมสีเทา (Grey literature) ซึ่งอาจทำให้พลาดข้อมูลจากแหล่งที่ไม่ได้ตีพิมพ์ และเพิ่มความเสี่ยงของอคติในการตีพิมพ์ (Publication bias) รวมถึงอาจส่งผลต่อความครบถ้วนของหลักฐานที่นำมาสังเคราะห์ ดังนั้น ผลการศึกษานี้ควรถูกนำไปใช้ด้วยความระมัดระวัง โดยเฉพาะในการอ้างอิงเพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบายหรือการปฏิบัติทางคลินิก

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป

ควรมุ่งเน้นการศึกษาการประยุกต์ใช้รูปแบบการให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาแบบสั้นในบริบทที่หลากหลาย รวมถึงการนำไปใช้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพหรือการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบดังกล่าวในสถานการณ์จริง นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาที่เปรียบเทียบรูปแบบ วิธีการให้บริการ หรือช่องทางการให้คำแนะนำ และคำปรึกษาแบบสั้น เช่น การให้บริการแบบพบหน้า การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ หรือการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อค้นหารูปแบบที่เหมาะสมและมีประสิทธิผลสูงสุดในแต่ละบริบท

กิตติกรรมประกาศ

ผู้นิพนธ์ขอขอบคุณอาจารย์ผู้สอนในระดับบัณฑิตศึกษาที่ได้ให้ความรู้และแนวคิดด้านการวิจัยซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการพัฒนางานวิชาการ ตลอดจนขอขอบคุณสถาบันต้นสังกัดที่ให้การสนับสนุนและเอื้ออำนวยต่อการดำเนินงานวิชาการ นอกจากนี้ บทความฉบับนี้เป็นผลจากความร่วมมือ ความตั้งใจ และความทุ่มเทของผู้นิพนธ์และคณะ ตลอดจนได้รับแรงสนับสนุนและกำลังใจจากครอบครัว ซึ่งมีส่วนช่วยเอื้อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่นและบรรลุผลตามเป้าหมาย

การใช้ปัญญาประดิษฐ์ในบทความ

ผู้นิพนธ์ใช้ Chat GPT เพื่อช่วยในการปรับปรุงความชัดเจนและความถูกต้องของภาษาของต้นฉบับ

References

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases. [internet]. 2025 [cited 2025 Dec 31]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Department of Disease Control. National plan for the prevention and control of non-communicable diseases (2023-2027), Thailand. 2023 [cited 2025 Dec 31]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1625920241004031950.pdf> (in Thai)
3. Meebunmak Y, Srisaket J, Phokwang W, Homnan K. A systematic review on health care programmes for older adults with diabetes mellitus. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2017;27:72-89 (in Thai)



4. Batalha APDB, Ponciano IC, Chaves G, Felício DC, Britto RR, da Silva LP. Behavior change interventions in patients with type 2 diabetes: A systematic review of the effects on self-management and A1c. *Journal of diabetes and metabolic disorders*. 2021;20(2):1815–36. doi: 10.1007/s40200-021-00846-8.
5. Hirashiki A, Shimizu A, Nomoto K, Kokubo M, Suzuki N, Arai H. Systematic review of the effectiveness of community intervention and health promotion programs for the prevention of non-communicable diseases in Japan and other East and Southeast Asian Countries. *Circulation Reports*. 2022;4(4):149-57. doi: 10.1253/circrep.CR-21-0165.
6. Detkong T. Motivational interviewing for NCDs; MI NCDs. Bangkok: Beyond Publishing 2017. (in Thai)
7. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people to change. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 1991.
8. Plaiyod J, Taikerd C. Effects of a brief advice behavioral intervention program on blood pressure control in patients with essential hypertension at Inburi Hospital. *Singburi Hospital Journal*. 2022;30(3):64-75 (in Thai)
9. Butsombat S. Effects of a brief advice behavioral intervention program for medical adherence in diabetes mellitus type II patients at Nearing primary care cluster. *Journal of Environmental and Community Health*. 2025;10(1):57-67 (in Thai)
10. Yindeemak W, Sangkumpai H, Tunnukul P. Effects of mindfulness-based brief intervention program on self-management and glycemic control among insulin-dependent Type 2 diabetes. *Maharakham Hospital Journal*. 2025;22(1):180-94 (in Thai)
11. Nata A. Brief intervention for diet control in type 2 diabetes in Maeramat Hospital, Tak Province. *Journal of Public Health Tak Provincial Health Office* [Internet]. 2024 [cited 2026 Sep 7];4(1). Available from: <https://library.takpho.go.th/web/site/view?id=25> (in Thai)
12. Abraham AM, Sudhir PM, Philip M, Bantwal G. Efficacy of a brief self-management intervention in type 2 diabetes mellitus: A randomized controlled trial from India. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2020;42(6):540-8. doi: 10.1177/0253717620932250.
13. Parashar A, Willeboordse M, Gupta AK, van Schayck OCP. Effect of brief interventions to promote behavior change on clinical outcomes of selected non-communicable diseases: The World Health Organization (WHO) package of essential non-communicable disease (PEN) interventions for primary health care settings - study protocol of a quasi-experimental study. *Contemporary Clinical Trials*. 2022;113:106675. doi: 10.1016/j.cct.2022.106675.
14. Damnok K, Fatai, A. The effects of a motivational interviewing program on smoking quit in patients with non-communicable diseases (NCDs) at subdistrict health promoting hospital. *Journal of the Police Nurses*. 2023;15(1):38-49 (in Thai)
15. Cochrane Library. What is PICO? [internet]. [cited 2025 Dec 31]. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/about-pico>



16. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*. 2021;372:n71:1-9. doi: 10.1136/bmj.n71.
17. Tufanaru C, Munn Z, Aromataris E, Campbell J, Hopp L. Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness. In: Aromataris E, Munn Z, editors. *JB I Manual for Evidence Synthesis* [internet]. 2020 [cited 2026 Mar 26]. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>
18. Barker TH, Habibi N, Aromataris E, Stone JC, Leonardi-Bee J, Sears K, et al. The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias quasi-experimental studies. *JB I Evidence Synthesis*. 2024;22(3):378-88. doi: 10.11124/JBIES-23-00268.
19. Joanna Briggs Institute. JBI Levels of Evidence. [internet]. 2020 [cited 2026 Mar 26]. Available from: <https://share.google/cWfuhXlflxQGdR9bg>
20. Owens JK. Systematic reviews: Brief overview of methods, limitations, and resources. *Nurse Author & Editor*. 2021;31(3-4):69-72. doi: 10.1111/nae2.28.
21. National Institute for Health and Care Research. What is PROSPERO? [internet]. [cited 2025 Dec 31]. Available from: <https://www.crd.york.ac.uk/prospéro/>
22. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*. 2016;5(210):1-10. doi: 10.1186/s13643-016-0384-4.
23. Kadiwee Y, Udonthak A. Effects of a motivational interviewing program on blood glucose control in patients with type 2 diabetes mellitus at Khao Wong hospital, Kalasin province, Thailand. *Journal of Health and Environmental Education*. 2023;8(2):390-6 (in Thai)
24. Keawkam O. The effects of brief counseling on self-management of the uncontrolled hypertensive patients in Nakhon Phanom hospital. *Journal of Nursing and Health Sciences, Nakhon Phanom University*. 2024;2(1):1-12 (in Thai)
25. Leelapattanapanit J, Phunopas A. The result of the motivational interviews and interpreting measurements of body mass to modify behavior in obese with waist circumference outside. *Udonthani Hospital Medical Journal*. 2017;25(2):113-9 (in Thai)
26. Detkong T. Effects of a motivational interviewing program to reduced systolic and blood glucose levels for type 2 Diabetes Mellitus patients. *Journal of Health Science, Region 9*. 2020;26(3):62-71 (in Thai)
27. Sawaengsri N, Maneesriwongul W, Schorr EN, Wangpitipanit S. Effects of telephone-based brief motivational interviewing on self-management, medication adherence, and glycemic control in patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus in a rural community in Thailand. *Patient Preference and Adherence*. 2023;17:2085–96. doi: 10.2147/PPA.S418514.
28. Chen J, Zhao H, Hao S, Xie J, Ouyang Y, Zhao S. Motivational interviewing to improve the self-care behaviors for patients with chronic heart failure: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Sciences*. 2018;5(3):213-7. doi: 10.1016/j.ijnss.2018.04.012.



29. Aveyard P, Lewis A, Tearne S, Hood K, Christian-Brown A, Adab P, et al. Screening and brief intervention for obesity in primary care: A parallel, two-arm, randomised trial. *Lancet*. 2016;388(10059):2492-500. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31893-1.
30. Krist AH, Tong ST, Aycock RA, Longo DR. Engaging patients in decision-making and behavior change to promote prevention. *Information Services & Use*. 2017;37(2):105-122. doi: 10.3233/ISU-170826.
31. Bennett-Weston A, Gay S, Anderson ES. A theoretical systematic review of patient involvement in health and social care education. *Advances in Health Sciences Education*. 2023;28(1):279-304. doi: 10.1007/s10459-022-10137-3.
32. Kwame A, Petrucka PM. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: Barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*. 2021;20(1):158. doi: 10.1186/s12912-021-00684-2.
33. Dye L, Burke MG, Wolf C. Teaching mindfulness for the self-care and well-being of counselors-in-training. *Journal of Creativity in Mental Health*. 2020;15(2):140–53. doi: 10.1080/15401383.2019.1642171.
34. Mifsud JL, Galea J, Garside J, Stephenson J, Astin F. Motivational interviewing to support modifiable risk factor change in individuals at increased risk of cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2020;15(11):e0241193. doi: 10.1371/journal.pone.0241193.
35. Frost H, Campbell P, Maxwell M, O'Carroll RE, Dombrowski SU, Williams B, et al. Effectiveness of motivational interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: a systematic review of reviews. *PLoS One*. 2018;13(10):e0204890. doi: 10.1371/journal.pone.0204890
36. World Health Organization. Integrated brief interventions for noncommunicable disease risk factors in primary care: The factsheet. [internet]. 2022 [cited 2025 Dec 31]. Available from:<https://www.who.int/europe/publications/m/item/integrated-brief-interventions-for-noncommunicable-disease-risk-factors-in-primary-care-factsheet>



การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

ธนกร ปัญญาโสโสภณ ประ.ด.^{1,6} อมรา วิสูตรานุกุล ประ.ด.²
พีสสัลลัม อารังศรีวรกุล ประ.ด.³ พรหมบัญชา พรหมมาหล้า วท.ม.⁴
โสภณา จิรวงศ์นุสรณ์ ประ.ด.⁵ อะเคื้อ กุลประสูติติก ประ.ด.⁵

(วันรับบทความ: 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2569/ วันแก้ไขบทความ: 5 พฤษภาคม พ.ศ.2569/ วันตอบรับบทความ: 7 พฤษภาคม พ.ศ.2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2) เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ และ 3) เพื่อเปรียบเทียบค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก การดำเนินการวิจัย 1) ทบทวนวรรณกรรม 2) พัฒนารูปแบบ 3) ตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบ 4) การทดลองใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผ่านเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 30 ราย ได้รับการใช้รูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นเวลา 16 สัปดาห์ เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ 1) รูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78, 0.75, 0.89, 0.90, 0.91 และ 0.88 3) แบบบันทึกค่าน้ำตาลสะสมในเลือด สถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติ One way ANOVA with repeated measures และ Paired sample t-test

ผลการวิจัย พบว่า 1) รูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ศึกษารูปแบบ สำนวนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประเมินบริบทพื้นที่ การมีส่วนร่วม กระบวนการ ได้แก่ เตรียมความพร้อมผู้ป่วย บริหารและการสื่อสารแบบการมีส่วนร่วม วางแผนและประเมินผล ปัจจัยนำออก ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด การย้อนกลับ ได้แก่ การจัดการความรู้ และการพัฒนาปรับปรุง 2) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ภายหลังใช้รูปแบบ มีทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 3) ภายหลังการทดลองผู้ป่วยมีค่าน้ำตาลสะสมในเลือดดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้น การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และค่าน้ำตาลสะสมในเลือดดีขึ้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบไปพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน

คำสำคัญ: นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นักวิจัยอิสระ

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

⁴อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร

⁵รองศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร

⁶ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: thankorn.p@pnru.ac.th Tel: 093-2574348



Development of a model promoting health literacy with community participation for type 2 diabetes patients in the Sub-District Health Promotion Hospital in Ongkharak District, Nakhon Nayok Province

Thanakorn Panyasaisophon Ph.D.^{1,6} Ammara Visuttranukul Ph.D.²

Phitsaran Thamrongworakun Ph.D.³ Prombuncha Prommala M.Sc⁴

Sopana Jirawongnusorn Ph.D.⁵ Akua Kulprasutidilok Ph.D.⁵

(Received Date: February 11, 2026, Revised Date: May 5, 2026, Accepted Date: May 7, 2026)

Abstract

The research and development study aimed to: 1) develop a model for promoting health literacy (HL) 2) compare health literacy and health behaviors and 3) compare HbA1c levels among type 2 diabetes (T2DM) patients in Ongkharak District, Nakhon Nayok Province. The research methods included: 1) a literature review 2) development of the health literacy model 3) expert system audits and improvements of the developed model and 4) implementation of the system. The participants were 30 type 2 diabetes mellitus (T2DM) patients who participated in the health literacy model for 16 weeks. Purposive random sampling was applied for this study. The instruments were the health literacy model a health literacy and health behavior questionnaire with reliabilities of 0.78, 0.75, 0.89, 0.90, 0.91 and 0.88, and an HbA1c recording form. Percentages, means, standard deviations, One way ANOVAs with repeated measures, and Paired sample t-tests were applied for data analysis.

The results were as follows: First of all. The health literacy model was composed of 4 aspects including: 1) Input, which included study model, survey health literacy, assess local context, and participation 2) Process, which included patient preparation, management and communication; participatory planning and evaluation 3) Output, which included health literacy, health behaviors, and hemoglobin A1c level control and 4) Feedback, which included knowledge management, and improvement. Additionally, based on the one-way repeated measure ANOVAs, the HL and health promoting behaviors were statistically significantly improved ($p \leq 0.01$) after participation. Third. after implementing the HL model, T2DM patients had statistically significantly better hemoglobin A1c levels than before participating in the program ($p \leq 0.01$). Therefore, the health literacy promotion model for T2DM patients was able to help improve their health literacy, health behaviors and hemoglobin A1c level control. The findings indicate that healthcare staff involved in T2DM patient care should adopt the model to promote diabetic patients' potential for successful glycemic control.

Keywords: innovative health promotion, health literacy, health behavior, type 2 diabetes patients

¹Assistant Professor, Department of Public Health, Faculty of Science and Technology, Phranakhon Rajabhat University

²Assistant Professor, Independent Researchers

³Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Education, Ramkhamhaeng University

⁴Lecturer, Faculty of Science and Technology, Phranakhon Rajabhat University

⁵Associate Professor, Faculty of Science and Technology, Phranakhon Rajabhat University

⁶Corresponding Author Email: thankorn.p@pnru.ac.th Tel: 0932574348



บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อชนิดเรื้อรังที่พบเป็นปัญหาทั่วโลก ปัจจุบันอัตราการป่วยของโรคเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้น ในระหว่าง ปี พ.ศ. 2015 - 2030 อัตราป่วยจะเพิ่มขึ้น ร้อยละ 54 เป็นมากกว่า ร้อยละ 54.90 ล้านคน จำนวนการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 38 เป็น 385,800 ราย และค่าใช้จ่ายจะเพิ่มขึ้น ร้อยละ 53 เป็นมากกว่า 622 พันล้านดอลลาร์¹ ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่อาจส่งผลกระทบต่อร่างกาย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด ความผิดปกติของจอประสาทตาจากโรคเบาหวาน เป็นต้น² องค์การอนามัยโลกได้ประกาศในการประชุมการสร้างเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 7 ณ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา ให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ กระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อสร้างเสริมสุขภาพตนเองให้คงดีอยู่เสมอ³ ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นทักษะที่ครอบคลุมถึงความจำเป็นเพื่อการค้นหาการประเมิน และการบูรณาการข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่มีความหลากหลายของบริบทและยังเป็นที่ต้องการในด้านการรู้ค่าศัพท์ทางสุขภาพและวัฒนธรรมของระบบสุขภาพ⁴ การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมนั้นสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และช่วยลดหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่น ๆ ให้ช้าลง โดยการพัฒนาความสามารถของตนเองในการแสวงหาข้อมูลทางด้านสุขภาพ การทำความเข้าใจ ประยุกต์ใช้ การจัดการปัญหาอุปสรรค การถ่ายทอดข้อมูล และตัดสินใจดำรงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยเบาหวานหากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอจะทำให้มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวานและมีการปฏิบัติตนที่เหมาะสมและหากพบปัญหาและอุปสรรคด้านสุขภาพก็สามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม ลักษณะดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ สามารถลดความรุนแรงของโรค และชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่น ๆ ได้แม้ว่าโรคเบาหวานจะรักษาไม่หายก็ตาม⁵

ประเทศไทยมีนโยบายในการพัฒนาประเทศให้เป็นศูนย์กลางบริการทางการแพทย์และสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570) ที่มุ่งเน้นการสร้างระบบสุขภาพไทย พลิกโฉมสู่ความยั่งยืน ภายใต้หลักเศรษฐกิจพอเพียง รูปแบบเศรษฐกิจแบบใหม่ (Bio-Circular-Green Economy) และแนวคิดความสามารถในการฟื้นตัว ปรับตัวและลุกขึ้นใหม่ได้อย่างรวดเร็ว (Resilience) โดยเน้นให้ประชาชนมีรอบรู้ด้านสุขภาพ ระบบบริการมีคุณภาพเท่าเทียม พัฒนาเศรษฐกิจสุขภาพมูลค่าสูง และเสริมสร้างกลไกสนับสนุนที่ยั่งยืน⁶ โดยกำหนดเป้าหมายในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เพื่อก้าวสู่สังคมอุดมปัญญา (Smart Thailand) และการเป็นคนไทยที่อุดมปัญญา (Smart Thai citizens) คือ การกำหนดให้ประชาชนคนไทยทุกกลุ่มวัยต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง มีการจัดการสุขภาพตนเองได้ และสภาพปฏิรูปได้เสนอให้มีการยกระดับการปฏิรูปความรู้ด้านต่าง ๆ ของประชาชนเป็นวาระแห่งชาติ โดยให้มีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน การศึกษาวิจัยและสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในประชากรทุก 3 - 5 ปี⁷ จากการทบทวนผลงานวิจัยประสิทธิภาพรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบโดยทีมสหวิชาชีพ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังสิ้นสุดการศึกษา 24 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานสามารถลดการใช้ยาเบาหวานร้อยละ 90 และหยุดใช้ยาเบาหวานร้อยละ 50 และหยุดใช้ยาเบาหวานได้มากกว่า 3 เดือน (ระยะสงบ) ร้อยละ 26⁸ การวิจัยและพัฒนาระบบความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและค่าน้ำตาลสะสมในเลือดผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และค่าน้ำตาลสะสมในเลือดดีกว่าก่อนการทดลอง⁹

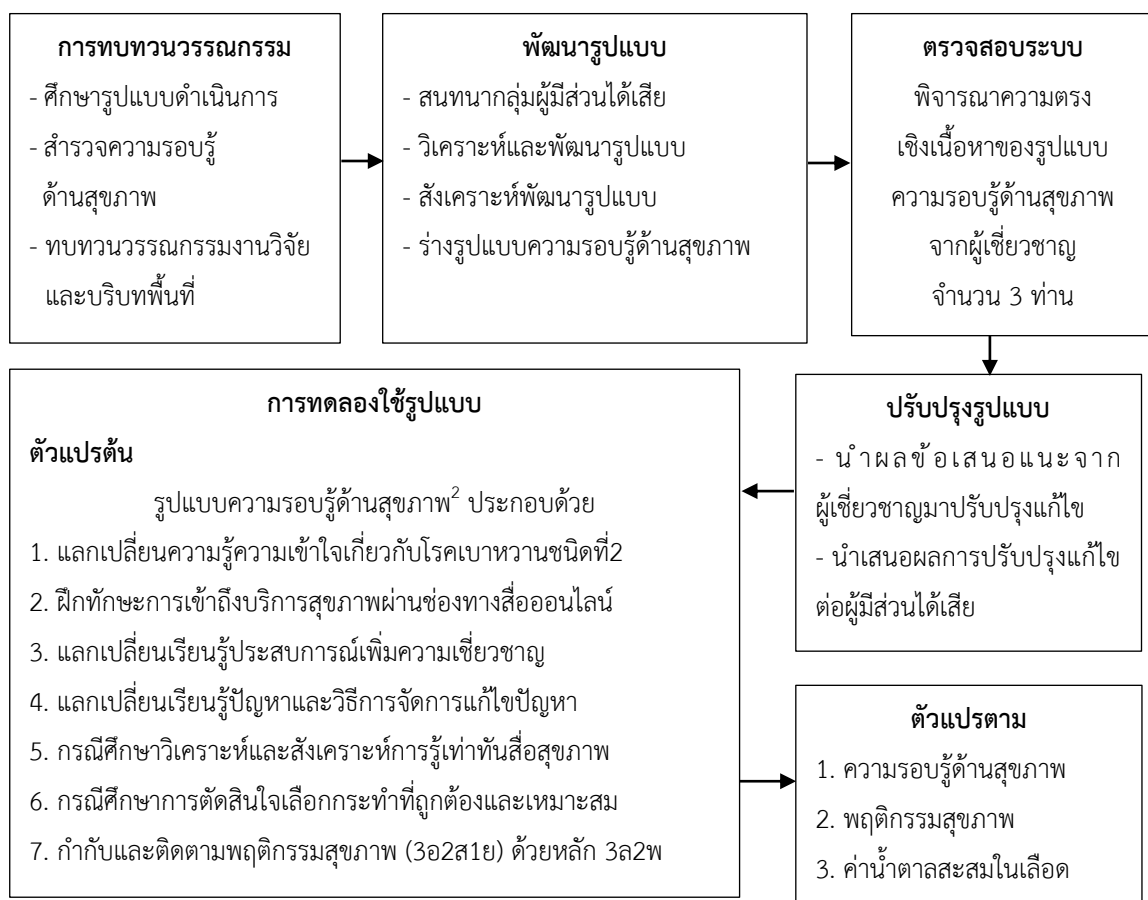
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก เป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ สำหรับการบริการประชาชนในพื้นที่ ยังขาดรูปแบบที่ชัดเจนสำหรับการนำความรู้ด้านสุขภาพสู่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากการทบทวนต้องได้กำหนดการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัยโดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์บุคลากรสาธารณสุข พบว่า มีปัญหามากที่สุด คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานได้ ซึ่งต้นเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ด้านอาหาร



อารมณ์ ออกกำลังกาย สุรา บุหรี่ และการรับประทานยา ซึ่งสอดคล้องกับแผนการวิจัยหลักของมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร คือ การสร้างต้นแบบการพัฒนาชุมชนและการขยายผลการวิจัยและพัฒนาเชิงพื้นที่ และแผนการวิจัยย่อย คือ การสร้างต้นแบบการพัฒนาชุมชนแบบบูรณาการ ดังนั้น ผู้วิจัยและคณะจึงพัฒนารูปแบบนวัตกรรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้วยระบบบริการปฐมภูมิร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามรูปแบบการวิจัยและพัฒนาแบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ 1) ทบทวนวรรณกรรม 2) พัฒนารูปแบบ 3) ตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบ 4) การทดลองใช้รูปแบบ เพื่อดำเนินการพัฒนารูปแบบและการจัดการความรู้ด้านสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพระดับพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพจากการวัดซ้ำของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าน้ำตาลสะสมในเลือด ก่อน - หลังผ่านรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา¹⁰ มีขั้นตอนดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 สํารวจและศึกษารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก โดยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างกรณีการวิจัยเชิงสำรวจขอบเขตความคลาดเคลื่อน เท่ากับ 0.20 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ ร้อยละ 99 จำนวน 200 คน¹¹ โดยการใช้แบบเจาะจง¹² โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และ



ได้ส่งตัวจากโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างน้อย 6 เดือน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ⁹ ค่าความเชื่อมั่น ตามองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพหลังใช้แบบสอบถาม เท่ากับ 0.78, 0.75, 0.89, 0.90, 0.91 และ 0.88 ตามลำดับ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้ความเข้าใจ ร้อยละ 69 การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกกระทำ ระดับปานกลาง (Mean = 2.40 - 2.80) การจัดการเงื่อนไข ระดับดี (Mean = 3.20) และพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่ สุรา ยา ระดับปานกลาง (Mean = 1.20 - 1.80) อาหาร ระดับดี (Mean = 2.20) และยังไม่มียุทธศาสตร์ความรู้ด้านสุขภาพ

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพ คณะผู้วิจัยดำเนินการสนทนากับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยใช้เทคนิคแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์โดยระดมสมอง ภายใต้สภาพปัญหาและความต้องการในระยะที่ 1 เพื่อพัฒนารูปแบบสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 12 คน¹³ โดยการเลือกแบบ Snowball sampling¹² จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหา¹³ ร่างรูปแบบและนำเสนอผู้มีส่วนได้ส่วนเสียชุดเดิมจากการสนทนากลุ่มให้ข้อเสนอแนะและปรับปรุง จากนั้นคณะผู้วิจัยจึงเสนอร่างรูปแบบความรู้ด้านสุขภาพต่อผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน พร้อมปรับปรุง มีค่าระหว่าง 0.66 - 1.00

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบความรู้ด้านสุขภาพ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก ที่มีผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลางหรือต่ำกว่า โดยใช้แนวทางการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Cohen¹¹ กรณีการวิจัยเชิงทดลองที่มีขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Effect size = 0.80) กำหนดความเชื่อมั่น ร้อยละ 95¹¹ จำนวน 17 ราย ในการนี้คณะผู้วิจัยปรับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างออกขณะดำเนินการวิจัย โดยทั้งสองกลุ่มมีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)¹² ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

เกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ได้ส่งตัวมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างน้อย 6 เดือน มีความรู้ด้านสุขภาพแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลางหรือต่ำกว่าร่วมกับการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพศชายและเพศหญิงที่เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่า 4 ครั้งจาก 8 ครั้ง และขอลอนตัวออกจากกิจกรรมการวิจัยไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม

เครื่องมือการวิจัย คณะผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือการวิจัยขึ้น ดังนี้

1. เครื่องมือการทดลอง ได้แก่ รูปแบบความรู้ด้านสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ⁴ ประกอบด้วย กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การฝึกทักษะการเข้าถึงบริการสุขภาพผ่านช่องทางสื่อออนไลน์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เพิ่มความเชี่ยวชาญ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาและวิธีการจัดการไขปัญหา กรณีศึกษาวิเคราะห์และสังเคราะห์การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ กรณีศึกษา การตัดสินใจเลือกกระทำที่ถูกต้องและเหมาะสม และการกำกับและติดตามพฤติกรรมสุขภาพ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่ สุรา และยา) สื่อที่ใช้ ได้แก่ สื่อวิดีโอ สื่อบุคคล สื่อกิจกรรม สื่ออินโฟกราฟิก อินเทอร์เน็ต และมีสื่ออื่นผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา การดำเนินกิจกรรม ระยะเวลา สื่อและอุปกรณ์ วิธีดำเนินการ และกิจกรรม เท่ากับ 0.67 - 1.00

2. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ⁹ ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ศาสนา และระยะเวลาป่วย ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมข้อความ



2.2 แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่ สุรา และการรับประทานยา จำนวน 9 ข้อ คะแนน 1 ถูก 0 ผิด เกณฑ์การแปลผลจากคะแนนทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ ได้แก่ ระดับดี (คะแนน 7 - 9/ร้อยละ 80 - 100) ระดับปานกลาง (คะแนน 5 - 6/ร้อยละ 50 - 79.99) และระดับปรับปรุง (คะแนน 0 - 4/ร้อยละ 0 - 49.99)

2.3 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ (5 ข้อ) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ (6 ข้อ) การจัดการเงื่อนไข (7 ข้อ) การรู้เท่าทันสื่อ (5 ข้อ) การตัดสินใจเลือก (4 ข้อ) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ จากคะแนน 1 - 5 ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับปรับปรุง (1.00 - 2.00) ระดับปานกลาง (2.01 - 3.00) ระดับดี (3.01 - 4.00) ระดับดีมาก (4.01 - 5.00)

3. แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (20 ข้อ) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ จากคะแนน 0 - 4 ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง (5 - 6 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัติบางครั้ง (3 - 4 วัน/สัปดาห์) นาน ๆ ครั้ง (1 - 2 วัน/สัปดาห์) และไม่ได้ปฏิบัติ เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับปรับปรุง (0.00 - 1.00) ระดับปานกลาง (1.01 - 2.00) ระดับดี (2.01 - 3.00) ระดับดีมาก (3.01 - 4.00)

4. ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) การเก็บรวบรวมค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โดยผู้วิจัยรวบรวมจากเวชระเบียนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ⁹ ประกอบด้วย

1. แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่ สุรา และการรับประทานยามีค่าความเชื่อมั่น Kuder-Richardson Formula 20 (KR-20) เท่ากับ 0.78

2. แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไข การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจเลือก มีค่าความเชื่อมั่น 0.75, 0.89, 0.90, 0.91 และ 0.88

3. แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น 0.99

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะผู้วิจัยดำเนินการทดลองใช้รูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระยะ 16 สัปดาห์ ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดและแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ครั้งที่ 1 และนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ผู้วิจัยดำเนินการทดลองใช้รูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้น และเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างการทดลอง ครั้งที่ 2 และ 3 ในสัปดาห์ที่ 3 และ 6

1.3 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดและแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลอง ครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 12

1.4 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดและแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ติดตามข้อมูลครั้งที่ 5 และ สัปดาห์ที่ 14 และ 16

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไข การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจเลือก และพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ด้านอาหาร ออกกำลังกาย เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอารมณ์ สุรา บุหรี่ และการรับประทานยา จากการวัดซ้ำแต่ละครั้ง One way ANOVA with repeated measures และ เปรียบเทียบค่าน้ำตาลสะสมในเลือดภายในกลุ่ม ก่อน-หลัง การทดลอง Paired sample t-test

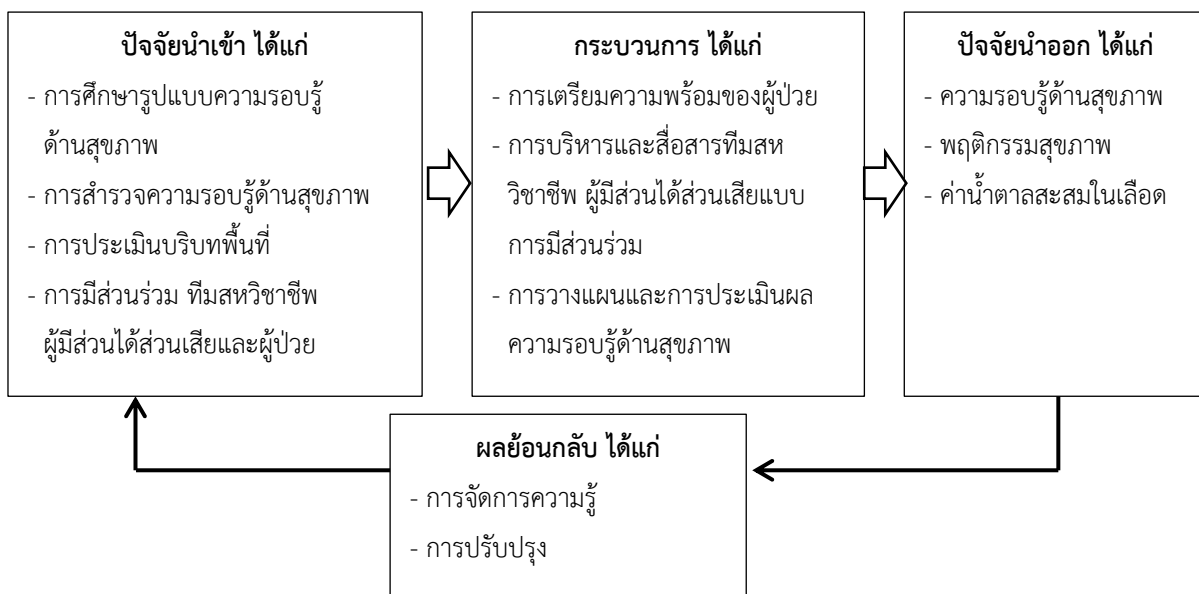


จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร เลขที่ 01.020/68 เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 และคณะผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยนำแนวทางของเฮลซิงกิ (Helsinki) เป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ การให้สิทธิความยินยอมในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นความลับและนำเสนอผลภาพรวม การสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย การอธิบายและชี้แจงประโยชน์ที่ได้รับอย่างเข้าใจก่อนตัดสินใจลงชื่อเข้าร่วมหรือปฏิเสธ

ผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบนวัตกรรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้วยระบบบริการปฐมภูมิร่วมกับภาคีที่มีส่วนร่วมของชุมชนต่อระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สรุปได้ดังนี้



ภาพที่ 2 รูปแบบความรู้ด้านสุขภาพ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 อายุเฉลี่ย 47.87 (S.D. = 7.04, Max = 59, Min = 30) สถานภาพสมรส ร้อยละ 56.70 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.70 รายได้เฉลี่ย 8,620 บาท (S.D. = 3577.36, Max = 20000, Min = 4000) ระยะเวลาป่วย เฉลี่ย 9.97 ปี (S.D. = 3.70, Max = 17, Min = 5)

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก ที่ได้รับรูปแบบความรู้ด้านสุขภาพจากการวัดซ้ำครั้งที่ 1 - 6 พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขปัญหาสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจเลือก และพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุรา บุหรี่ และการรับประทานยา มีทิศทางที่ดีขึ้น ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจมาตรฐาน และระดับ ของความรอบรู้ด้านสุขภาพจากการวัดแต่ละครั้ง (n = 30)
โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตัวแปร (Variable)	ลำดับครั้งที่วัด (Time)					
	1	2	3	4	5	6
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)						
1.1 ความรู้ (Knowledge)						
	3.76	4.73	6.63	7.70	7.96	7.86
	(41.85%)	(52.59%)	(73.30%)	(85.55%)	(88.51%)	(87.40%)
	(S.D.=14.49)	(S.D.=14.57)	(S.D.=16.37)	(S.D.=12.76)	(S.D.=12.20)	(S.D.=12.96)
	ปรับปรุง	ปานกลาง	ปานกลาง	ดี	ดี	ดี
	(Fair)	(Moderate)	(Moderate)	(Good)	(Good)	(Good)
1.2 การเข้าถึงบริการสุขภาพ (Access to health care services)						
	2.29	3.36	3.76	4.54	4.64	4.64
	(S.D.=0.28)	(S.D.=0.18)	(S.D.=0.27)	(S.D.=0.27)	(S.D.=0.20)	(S.D.=0.20)
	ปานกลาง	ดี	ดี	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก
	(Moderate)	(Good)	(Good)	(Very good)	(Very good)	(Very good)
1.3 การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ (Communication enhances expertise)						
	2.38	3.41	3.78	4.54	4.61	4.57
	(S.D.=0.22)	(S.D.=0.43)	(S.D.=0.28)	(S.D.=0.20)	(S.D.=0.20)	(S.D.=0.21)
	ปานกลาง	ดี	ดี	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก
	(Moderate)	(Good)	(Good)	(Very good)	(Very good)	(Very good)
1.4 การจัดการเงื่อนไขปัญหาสุขภาพ (Managing health conditions)						
	2.07	3.22	3.71	4.33	4.40	4.39
	(S.D.=0.18)	(S.D.=0.23)	(S.D.=0.17)	(S.D.=0.22)	(S.D.=0.23)	(S.D.=0.23)
	ปานกลาง	ดี	ดี	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก
	(Moderate)	(Good)	(Good)	(Very good)	(Very good)	(Very good)
1.5 การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy)						
	2.11	3.27	3.60	4.30	4.33	4.31
	(S.D.=0.25)	(S.D.=0.33)	(S.D.=0.24)	(S.D.=0.24)	(S.D.=0.24)	(S.D.=0.24)
	ปานกลาง	ดี	ดี	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก
	(Moderate)	(Good)	(Good)	(Very good)	(Very good)	(Very good)
1.6 การตัดสินใจเลือก (Decision making)						
	2.09	3.35	3.55	4.30	4.33	4.31
	(S.D.=0.24)	(S.D.=0.42)	(S.D.=0.31)	(S.D.=0.31)	(S.D.=0.34)	(S.D.=0.34)
	ปานกลาง	ดี	ดี	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก
	(Moderate)	(Good)	(Good)	(Very good)	(Very good)	(Very good)



ตัวแปร (Variable)	1	2	3	4	5	6
ลำดับครั้งที่วัด (Time)						
2. พฤติกรรมสุขภาพ (Health behaviors)						
2.1 ด้านอาหาร (Food)						
	2.07	2.33	2.71	3.00	3.30	3.32
	(S.D.=0.23)	(S.D.=0.26)	(S.D.=0.19)	(S.D.=12.76)	(S.D.=2.66)	(S.D.=0.27)
	ดี	ดี	ดี	ดี	ดีมาก	ดีมาก
	(Good)	(Good)	(Good)	(Good)	(Very good)	(Very good)
2.2 ด้านออกกำลังกาย (Exercise)						
	2.01	2.31	2.55	3.04	3.22	3.31
	(S.D.=0.41)	(S.D.=0.30)	(S.D.=0.31)	(S.D.=0.32)	(S.D.=0.34)	(S.D.=0.33)
	ดี	ดี	ดี	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก
	(Good)	(Good)	(Good)	(Very good)	(Very good)	(Very good)
2.3 ด้านอารมณ์ (Emotion)						
	2.00	2.39	2.63	3.08	3.18	3.18
	(S.D.=0.38)	(S.D.=0.31)	(S.D.=0.26)	(S.D.=0.31)	(S.D.=0.32)	(S.D.=0.32)
	ปานกลาง	ดี	ดี	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก
	(Moderate)	(Good)	(Good)	(Very good)	(Very good)	(Very good)
2.4 ด้านสุรา (Alcohol)						
	2.00	2.48	2.63	3.26	3.30	3.30
	(S.D.=0.64)	(S.D.=.33)	(S.D.=0.36)	(S.D.=0.44)	(S.D.=0.42)	(S.D.=0.42)
	ปานกลาง	ดี	ดี	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก
	(Moderate)	(Good)	(Good)	(Very good)	(Very good)	(Very good)
2.5 ด้านบุหรี่ (Tobacco)						
	2.11	2.35	2.35	3.23	3.46	3.60
	(S.D.=0.38)	(S.D.=0.37)	(S.D.=0.37)	(S.D.=0.58)	(S.D.=0.49)	(S.D.=0.44)
	ดี	ดี	ดี	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก
	(Good)	(Good)	(Good)	(Very good)	(Very good)	(Very good)
2.6 ด้านการรับประทานยา (Taking medication)						
	1.91	2.37	2.37	3.13	3.13	3.53
	(S.D.=0.40)	(S.D.=0.29)	(S.D.=0.29)	(S.D.=0.41)	(S.D.=0.41)	(S.D.=0.27)
	ปานกลาง	ดี	ดี	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก
	(Moderate)	(Good)	(Good)	(Very good)	(Very good)	(Very good)

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก ที่ได้รับรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจเลือก และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุรา บุหรี่ และการรับประทานยา จากการเปรียบเทียบการวัดซ้ำ ครั้งที่ 1 ถึง 6 แต่ละครั้งมีความแตกต่างที่มีลักษณะที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จากการวัดแต่ละครั้ง
(n = 30) โดยใช้สถิติ One way ANOVA with repeated measures

แหล่งความแปรปรวน (Sources of variability)	df	SS	MS	F	p
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)					
1.1 ความรู้ (Knowledge)					
ครั้งที่วัด (Time)	1	59445.81	20980.31	147.26	≤ .01
ความคลาดเคลื่อน (Error)	29	11706.44	142.46		
1.2 การเข้าถึงบริการสุขภาพ (Access to health care services)					
ครั้งที่วัด (Time)	1	131.84	57.32	473.19	≤ .01
ความคลาดเคลื่อน (Error)	29	8.08	0.12		
1.3 การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ (Communication enhances expertise)					
ครั้งที่วัด (Time)	1	118.04	62.02	305.73	≤ .01
ความคลาดเคลื่อน (Error)	29	11.19	0.20		
1.4 การจัดการเงื่อนไขปัญหาสุขภาพ (Managing health conditions)					
ครั้งที่วัด (Time)	1	127.40	43.84	619.19	≤ .01
ความคลาดเคลื่อน (Error)	29	5.96	0.07		
1.5 การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy)					
ครั้งที่วัด (Time)	1	115.30	58.51	322.63	≤ .01
ความคลาดเคลื่อน (Error)	29	10.36	0.18		
1.6 การตัดสินใจเลือก (Decision making)					
ครั้งที่วัด (Time)	1	115.65	71.75	197.53	≤ .01
ความคลาดเคลื่อน (Error)	29	16.98	0.36		
2. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Health behaviors)					
2.1 ด้านอาหาร (Food)					
ครั้งที่วัด (Time)	1	39.59	27.16	33.66	≤ .01
ความคลาดเคลื่อน (Error)	29	34.10	0.80		
2.2 ด้านออกกำลังกาย (Exercise)					
ครั้งที่วัด (Time)	1	42.01	16.04	74.43	≤ .01
ความคลาดเคลื่อน (Error)	29	16.37	0.21		
2.3 ด้านอารมณ์ (Emotion)					
ครั้งที่วัด (Time)	1	35.73	15.71	71.42	≤ .01
ความคลาดเคลื่อน (Error)	29	14.50	0.22		
2.4 ด้านสุรา (Alcohol)					
ครั้งที่วัด (Time)	1	44.40	21.77	45.63	≤ .01
ความคลาดเคลื่อน (Error)	29	28.21	0.47		
2.5 ด้านบุหรี่ (Tobacco)					
ครั้งที่วัด (Time)	1	59.65	34.32	59.89	≤ .01
ความคลาดเคลื่อน (Error)	29	28.88	0.57		
2.6 ด้านการรับประทานยา (Taking medication)					
ครั้งที่วัด (Time)	1	56.49	25.28	100.49	≤ .01
ความคลาดเคลื่อน (Error)	29	16.30	0.25		



ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายกที่ได้รับรูปแบบความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสื่อสาร เพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขปัญหาสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเลือก และการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุรา บุหรี่ และการรับประทานยา มีค่าน้ำตาลสะสมในเลือดหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าน้ำตาลสะสมในเลือด ก่อนการทดลองและหลังการทดลองภายในกลุ่ม (n =30)
โดยใช้สถิติ Paired sample t-test

ตัวแปร (Variable)	กลุ่มตัวอย่าง (Sample)	n	Mean	S.D.	t	p
ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c)	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง (Subdistrict Health Promotion Hospital)	ก่อนทดลอง (Pre-experiment)	30	10.50	2.77	
	หลังทดลอง (Post-experiment)	30	8.35	1.54	4.485	<.01

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การพัฒนารูปแบบนวัตกรรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้วยระบบบริการปฐมภูมิร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก คือ 1) การพัฒนารูปแบบผู้วิจัยดำเนินการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้เทคนิคแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์โดยระดมสมองภายใต้ปัญหาความรู้ด้านสุขภาพของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนที่เกี่ยวข้องสำหรับการบริการปฐมภูมิ ผู้วิจัยประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การค้นหารูปแบบดำเนินการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมถึงผู้ป่วย สำหรับการยืนยันรูปแบบ มีสำรวจประเมินบริบทพื้นที่และปัญหาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วย จากนั้นนำมาสร้างรูปแบบภายใต้บริบทของพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำหรับพัฒนาแนวทางความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วย กระบวนการ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยโดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าคัดออก คุณสมบัติและการสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม การบริหารจัดการในการดำเนินการ แนวทางปฏิบัติ และการสื่อสารแบบการมีส่วนร่วมโดยการร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมได้รับผลประโยชน์สำหรับผู้ป่วยและผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง ร่วมในการวางแผนการดำเนินการและแนวทางการแก้ไขปัญหาขณะดำเนินการและประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามตัวแปรที่กำหนดไว้ ปัจจัยนำออก ได้แก่ ผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด สำหรับการยืนยันรูปแบบความรู้ด้านสุขภาพ การย้อนกลับ ได้แก่ การนำปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และปัจจัยนำออก มาจัดการความรู้ ด้านข้อควรปรับปรุง ข้อดี และข้อควรพัฒนาในแต่ละองค์ประกอบย่อย และนำมาพัฒนาปรับปรุงข้อเสนอแนะในการดำเนินการต่อไป สอดคล้องการศึกษารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพโดยเริ่มต้นจากการศึกษาชุมชนการวิเคราะห์ชุมชน การวางแผนและโครงการพัฒนาชุมชน ดำเนินงานพัฒนาชุมชน การประเมินผลและทบทวนเพื่อการแก้ไขปัญหาลงและอุปสรรค โดยเน้นเรื่องของการมีส่วนร่วมของชุมชน¹⁰ 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นจากการวัดแต่ละครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้วิจัยมีการดำเนินการวิจัยภายใต้กระบวนการวิจัยและพัฒนาโดยการประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ นำปัญหาและความต้องการมาพัฒนาสร้างรูปแบบความรู้ด้านสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของพื้นที่ นำร่างที่พัฒนาขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญร่วมปรับปรุงแก้ไข จึงนำรูปแบบดังกล่าวมาใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามแผนการทดลอง คือ การดำเนินกิจกรรมตามแผนการประเมินผล การปรับปรุง การดำเนินการตามข้อปรับปรุง การประเมินผล จนกว่าครบแผนการทดลอง ของหน่วยบริการปฐมภูมิ



ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน คือ การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และค่าน้ำตาลสะสมในเลือด โดยมีการมอบหมายให้บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้ป่วย ได้รับการชี้แจงแนวทางปฏิบัติตามแผนพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นโดยคณะผู้วิจัย และนำไปพัฒนา ความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยในคลินิกเบาหวาน ประกอบด้วย แผนกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่2 การฝึกทักษะการเข้าถึงบริการสุขภาพผ่านช่องทางสื่อออนไลน์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ เพิ่มความเชี่ยวชาญ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาและวิธีการจัดการไขปัญหา กรณีศึกษาวิเคราะห์และสังเคราะห์การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ กรณีศึกษาการตัดสินใจเลือกกระทำที่ถูกต้องและเหมาะสม ส่วนการกำกับและติดตามพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การลด ละ เลิก (3ล) ได้แก่ ล 1 อาหาร (หวาน มัน เค็ม) ล2 อารมณ์ (เครียด เศร้า วิตกกังวล) ล3 สุราและบุหรี่ 2พ ได้แก่ 1พ เพิ่มการออกกำลังกาย และ 2พ เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ และการกำกับติดตามการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง โดยผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้ความเข้าใจ นักศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ นักจิตวิทยา และนักวิทยาศาสตร์การกีฬา ผ่านสื่อการสอน ได้แก่ สื่อวิดีโอ สื่อบุคคล สื่อกิจกรรม สื่ออินโฟกราฟิก อินเทอร์เน็ต และมือถือ มีการติดตาม กำกับ โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหา และอุปสรรคผ่านช่องทางออนไลน์ สำหรับการติดตามกำกับพฤติกรรมสุขภาพ และสรุปกิจกรรมกลุ่มโดยรวม ระยะเวลาทั้งหมด 16 สัปดาห์ 3) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2 หลังดำเนินการทดลองมีผลระดับน้ำตาลในเลือดสะสมดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามการวิจัยและพัฒนาโดยการสำรวจปัญหาและการดำเนินการ กิจกรรมภายใต้ความต้องการและบริบทของพื้นที่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2 เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมจึงส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลสะสมลดลงดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องผลการวิจัยและพัฒนาระบบความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและค่าน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า 1) ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพมีทิศทางที่ดีขึ้น ภายหลังการทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าน้ำตาลสะสมในเลือดดีกว่าก่อนการทดลอง การพัฒนาระบบความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ การสื่อสารองค์กร ผู้ป่วย กระบวนการ ได้แก่ การประเมินบริบท การวางแผนพัฒนาระบบ การบริหาร บุคลากร การสนับสนุนและอำนาจการ การสนับสนุนงบประมาณ ปัจจัยนำออก ได้แก่ ระดับของความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด การตรวจสอบผลย้อนกลับ ได้แก่ การทบทวนและการปรับปรุงระบบ และการจัดการความรู้⁹ สอดคล้องผลการวิจัยประสิทธิภาพของโปรแกรมความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การศึกษาถึงทดลองกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองมีความรู้ด้านสุขภาพดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม และมีระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วและ ค่าน้ำตาลสะสมในเลือดหลังการทดลองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01¹⁴ สอดคล้องกับผลการวิจัยกิจกรรมการพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพเชิงรุกโดยผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีผู้สอนสนับสนุน การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผ่านสื่ออินเทอร์เน็ต และทักษะที่จำเป็นของความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ผลของโปรแกรมอยู่ในขั้น การพัฒนาระดับปฏิสัมพันธ์เพื่อให้เกิดการจัดการตนเองด้านสุขภาพ¹⁵ สอดคล้องกับผลการวิจัยโดยการประยุกต์แนวคิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงโดยพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน โดยเน้นพัฒนาองค์ความรู้ และทักษะของความรู้ด้านสุขภาพ พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น¹⁶ สอดคล้องกับผลการวิจัยการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ตในการค้นหาข้อมูลสุขภาพ การประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพ และบทบาทการจัดการสุขภาพตนเอง พบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุ พึงพอใจในการใช้อินเทอร์เน็ตในการสืบค้นข้อมูลและการตัดสินใจดูแลสุขภาพยังคงเป็นการรักษาของแพทย์เป็นหลัก¹⁷ และสอดคล้องแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพที่ว่าพัฒนา ความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมนั้นสามารถช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และช่วยลดหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่น ๆ ให้ช้าลง⁴



ข้อจำกัดการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการวันคลินิกโรคเบาหวาน ทำให้คณะผู้วิจัยสามารถดำเนินกิจกรรมได้ไม่เต็มที่แต่สามารถปรับเวลาให้สอดคล้องกิจกรรมการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และดำเนินการผ่านระบบออนไลน์ และต้องอาศัยบุคลากรสาธารณสุข ในการช่วยประสานและติดตามกลุ่มตัวอย่าง และข้อจำกัดบุคลากรสาธารณสุขที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะด้านที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในทิศทางที่ดีขึ้น ดังนั้น ควรนำแผนพัฒนาระบบความรู้ด้านสุขภาพไปใช้กับโรงพยาบาลในบริบทที่ใกล้เคียงได้
2. ค่าน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน ดังนั้น ควรดำเนินการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อทดสอบความแตกต่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การดำเนินการวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ที่ประสบผลสำเร็จไปด้วยดีโดยได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร คณะผู้วิจัย สาธารณสุขอำเภอ บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ให้ความสำคัญและให้การสนับสนุนในการดำเนินการวิจัย

References

1. Rowley WR, Bezold C, Arikian Y, Byrne E, Krohe S. Diabetes 2030: Insights from yesterday, today, and future trends. Population Health Management. 2017;20(1):6–12. doi: 10.1089/pop.2015.0181.
2. World Health Organization. Diabetes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2025 Aug 26]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
3. World Health Organization. Health promotion glossary. Geneva: World Health Organization; 1998.
4. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine. 2008;67(12):2072–8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.
5. Rajatanavin R, Ningsanon T. Self-care when sick. In: Himathongkam T, editor. Full knowledge of diabetes. Bangkok: Witthayaphat Printing; 2011. (in Thai)
6. Office of the National Economic and Social Development Council. The thirteenth national economic and social development plan (2023–2027): transforming Thailand into a progressive society with a sustainable value-creating economy [Internet]. Bangkok: Office of the National Economic and Social Development Council; 2022 [cited 2026 Feb 12]. Available from: <https://www.nesdc.go.th/info/social-aspect-2/> (in Thai)
7. Kronjamnong A. Driving health literacy and health communication [Internet]. 2021 [cited 2026 Feb 10]. Available from: http://doh.hpc.go.th/data/HL/HL_DOH_drive.pdf (in Thai)
8. 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)



9. Suwannarat J, Panyasaisophon T. Development of a health literacy system model for health behaviors and hemoglobin A1c level control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Nursing and Health Care*. 2022;40(2):95–104. (in Thai)
10. Kuapitak S. Development of a model for promoting health literacy and health behaviors among working-age adults in Waeng Yai District, Khon Kaen Province. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University*. 2022;10(1):69–82. (in Thai)
11. Ngamsaad A. R&D practical. Nonthaburi: Sahamitr Printing and Publishing; 2014. (in Thai)
12. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: Academic Press; 1969.
13. Panyasaisophon T. Health services research in public health. Bangkok: Danex Inter corporation; 2025. (in Thai)
14. Sisan C, Panyasaisophon T. Effects of a health literacy program for patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Health Research and Development, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office*. 2020;6(2):155–69. (in Thai)
15. Manafo E, Wong S. Health literacy programs for older adults: a systematic literature review. *Health Education Research*. 2012;27(6):947–60. doi: 10.1093/her/cys067.
16. Ntiri DW, Stewart M. Transformative learning intervention: effect on functional health literacy and diabetes knowledge in older African Americans. *Gerontology & Geriatrics Education*. 2009;30(2):100–13. doi: 10.1080/02701960902911265.
17. Campbell RJ, Nolfi DA. Teaching elderly adults to use the Internet to access health care information: before-after study. *Journal of Medical Internet Research*. 2005;7(2):e19. doi: 10.2196/jmir.7.2.e19.



ประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมกระจกตรวจเท้าต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

วิภาณันท์ ม่วงสกุล ปร.ด.^{1,2} ชัยสิทธิ์ ทั่นศึก พย.ม.^{3,6}
ปราโมทย์ เปี้ยชัยญา พย.บ.⁴ จุฬามาศ ไทยกุล วท.บ.⁵

(วันรับบทความ: 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2569/ วันแก้ไขบทความ: 20 เมษายน พ.ศ.2569/ วันตอบรับบทความ: 29 เมษายน พ.ศ.2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมกระจกตรวจเท้าต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับการรักษาในหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 46 คน และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 23 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) นวัตกรรมกระจกตรวจเท้า 2) แอปพลิเคชัน LINE Official Account “ใส่ใจส่องเท้าเบาหวาน” 3) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความพึงพอใจ 4) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีค่าความเชื่อมั่นจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.70 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบทีแบบจับคู่ และสถิติทดสอบทีแบบอิสระจากกัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลเท้าภายหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) การศึกษาแสดงให้เห็นว่านวัตกรรมกระจกตรวจเท้าช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ข้อเสนอแนะควรนำนวัตกรรมไปใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นในระยะเริ่มแรก เพื่อเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากเบาหวาน

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลเท้า นวัตกรรมดูแลเท้า

¹อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

³อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

⁴ผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (บ้านคอกกระบือ) จังหวัดสมุทรสาคร

⁵พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาดี จังหวัดสมุทรสาคร

⁶ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: chaisit72@hotmail.com Tel: 087-9881114



The effectiveness of Using a Diabetes Foot Care Mirror Innovation to Promote Foot Care Behaviors among Type 2 Diabetic Mellitus Patients in Primary Care Units in Mueang Samut Sakhon District, Samut Sakhon Province

Wipanun Muangsakul Ph. D^{1,2} Chaisit Thansuk M.N.S^{3,6}

Pramote Piathunya B.N.S⁴ Jupamad Thaikool B.N.S⁵

(Received Date: February 11, 2026, Revised Date: April 20, 2026, Accepted Date: April 29, 2026)

Abstract

This research was a quasi-experimental, 2 group, pre-posttest control group design. The study aimed to examine the effectiveness of using a diabetes foot care mirror innovation to promote foot care behaviors among type 2 diabetic mellitus (T2DM) patients. The participants consisted of 46 people with T2DM patients receiving services at a primary care unit in Samut Sakhon Province. The patients were selected by purposive sampling according to set inclusion criteria and assigned into an experimental group and a comparison group (n=23 per group). The research instruments included: 1) a diabetes foot care mirror innovation, 2) the LINE application Official Account "Sai-Jai-Song-Tao-Baowan", 3) a general information and satisfaction questionnaire, and 4) a foot care behavior assessment form (Cronbach's alpha coefficient 0.70). The data was analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and independent t-tests.

The findings showed that the experimental group had significantly higher mean scores for foot care behavior after the intervention than before intervention and the control group ($p < .01$). The study showed that "the diabetes foot care mirror innovation" was effective in promoting foot care behaviors in patients with T2DM. The recommended that this innovation be implemented for patients in the early stages of DM to enhance foot care practices and prevent diabetic foot complications.

Keywords: diabetic mellitus, foot care behaviors, foot care innovation

¹Instructor, Faculty of nursing, Siam University

²Assistant Professor, Faculty of nursing, Siam University

³Instructor, Faculty of nursing, Siam University

⁴Director of the 60th Anniversary Queen Sirikit Commemorative Health Center (Ban Khok Krabue)

⁵Registered Nurse, Ban Na Di Subdistrict Health Promotion Hospital

⁶Corresponding author, Email: chaisit72@hotmail.com Tel: 087-9881114



บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนและเศรษฐกิจโลก โดย คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 783 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรค 3.20 ล้านคน ต่อปี¹ สำหรับประเทศไทย พบว่าความชุกโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากปี พ.ศ. 2559 ร้อยละ 6.65 เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.17 ในปี พ.ศ. 2563 และในปีพ.ศ. 2564 พบผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน พบอัตราตาย 24.55 ต่อประชากรแสนคน² ซึ่งเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ในด้านค่าใช้จ่ายดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามความเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรังร่วมด้วย โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 6,442.26 บาทต่อคนต่อปี หากมีโรคเรื้อรังอื่น ๆ ร่วมด้วยจะมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นไปอีก โดยค่ารักษาพยาบาลร้อยละ 80 เป็นสัดส่วนจากค่ายา³ ซึ่งสะท้อนถึงภาระทางเศรษฐกิจที่อาจส่งผลกระทบต่อครอบครัว โดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวซึ่งต้องหยุดงานเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลจนกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวโดยรวม

โรคเบาหวาน คือ ความผิดปกติทางระบบเผาผลาญที่ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงสะสมเป็นเวลานาน เนื่องด้วยร่างกายหลั่งอินซูลินผิดปกติหรือเกิดภาวะดื้ออินซูลิน หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ภาวะหลอดเลือดแดงตีบแข็ง (Atherosclerosis) ที่เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้เกิดความผิดปกติของกระบวนการเผาผลาญพลังงานในระดับเซลล์ การเกิดสารเคมีและสารกระตุ้นให้เกิดการอักเสบส่งผลให้หลอดเลือดแดงเสียความยืดหยุ่น เปราะ ฉีกขาดง่ายทำให้เกิดลิ้นเลือด นอกจากนี้ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงยังทำให้เกิดการจับตัวของก้อน (Plaque) ทำให้หลอดเลือดตีบแคบลง เลือดไหลเวียนไปยังอวัยวะต่าง ๆ ได้น้อยลงเกิดภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม โรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน ซึ่งเป็นสาเหตุที่นำมาสู่การเกิดแผลที่เท้าได้ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดแผลที่เท้า ได้แก่ เพศหญิง เป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปี และมีเท้าผิดปกติ^{4,5} ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมักเกิดอาการชาที่เท้า เจ็บปวดเหมือนเข็มตำ และแสบร้อนได้⁶ โดยภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า 3.37 เท่า ($p = .01$) เท้าผิดปกติมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า 3.02 เท่า ($p = .05$)⁷ และโรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบตันทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าถึง 10.10 เท่า ($p = .01$)⁸ ภาวะแทรกซ้อนการเกิดแผลที่เท้านี้จะนำไปสู่การตัดอวัยวะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เช่น ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ มีความเครียด ท้อแท้ รู้สึกอับอาย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการตรวจเท้าด้วยตนเองเพียงร้อยละ 61.76 ขณะที่ร้อยละ 38.24 ไม่เคยตรวจเลย⁹ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่เท้ามีเพียงร้อยละ 48.10 ตรวจพบแผลที่เท้าร้อยละ 1.02 มีประวัติการเกิดแผลที่เท้าร้อยละ 2.30 และมีประวัติการถูกตัดเท้าร้อยละ 0.64 โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจเท้าด้วยตนเองและมีพฤติกรรมดูแลเท้าที่ไม่ถูกต้อง¹⁰

สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองสมุทรสาคร ได้จัดบริการในรูปแบบคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงดำเนินการให้บริการด้านสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู โดยมีการคัดกรองเบื้องต้นและให้คำแนะนำในการป้องกันตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของโรค อย่างไรก็ตามการให้บริการส่วนใหญ่ยังคงเป็นแบบตั้งรับ กล่าวคือการให้บริการสุขภาพตามตารางนัดหมายส่งผลให้มีผู้รับบริการหนาแน่นในเวลาเดียวกันแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์จึงมีข้อจำกัดด้านเวลา ไม่สามารถให้คำแนะนำเชิงลึกแก่ผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีความเสื่อมถอยของระบบประสาทสัมผัส ทั้งการมองเห็นที่ลดลงและการได้ยินที่บกพร่อง ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการเรียนรู้และจดจำคำแนะนำเกี่ยวกับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานโดยเฉพาะการป้องกันแผลเท้าเบาหวานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แม้ทีมสุขภาพจะมุ่งเน้นการสอนสุขศึกษาครอบครัว 6 มิติ ในการดูแลเท้าเบาหวานที่ถูกต้อง ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาล การตรวจเท้า การดูแลรักษาความสะอาด การป้องกันการบาดเจ็บ การส่งเสริมการไหลเวียนเลือดและบริหารเท้า



การดูแลบาดแผลเบื้องต้น แต่จากการติดตามผลยังคงพบปัญหา อาการชาบริเวณฝ่าเท้าและปลายเท้ารวมถึงพบรอยซ้ำ แสดงเมื่อผู้ป่วยกลับมาตรวจตามนัด สะท้อนให้เห็นว่าการให้ความรู้ในคลินิกเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการกระตุ้นแรงจูงใจภายในให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน ดังนั้นการให้บริการเชิงรุกโดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเท้าของตนเอง เช่น การสังเกตความผิดปกติของเท้าอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้สามารถเห็นการเปลี่ยนแปลงของเท้าเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น และเข้ารับการรักษาได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจะช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน Sustainable Development Goals (SDGs)¹¹ เป้าหมายที่ 3 โดยมุ่งสร้างหลักประกันสุขภาพที่ดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย เพื่อตอบโจทย์การบริการเชิงรุกและสอดคล้องกับ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) การเปลี่ยนบทบาทให้ผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลสุขภาพตนเองโดยการพัฒนานวัตกรรมอุปกรณ์ช่วยตรวจเท้าด้วยตนเองนวัตกรรมถูกออกแบบมาเพื่อหลายข้อจำกัดด้านการรับรู้ โดยการติดตั้ง QR Code บนตัวอุปกรณ์ที่เชื่อมโยงกับสื่อการสอนดิจิทัลที่เข้าใจง่าย รองรับทั้งระบบปฏิบัติการ Android และ iOS ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าถึงคู่มือการดูแลเท้าที่ถูกต้องได้ทุกที่ทุกเวลา การผนวกเทคโนโลยีเข้ากับอุปกรณ์ตรวจเท้าในลักษณะนี้ ไม่เพียงแต่จะช่วยให้ผู้ป่วยตรวจพบความผิดปกติได้ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม แต่ยังเป็นการป้องกันการเกิดแผลเรื้อรัง ลดความเสี่ยงต่อการถูกตัดนิ้วหรือขา และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างเป็นรูปธรรม

จากสถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างในการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนานวัตกรรมที่สามารถส่งเสริมการดูแลเท้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมกระจกตรวจเท้าซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่ออกแบบมาเพื่ออำนวยความสะดวกในการตรวจเท้าด้วยตนเอง โดยประกอบด้วยไม้เซลฟี่ที่สามารถปรับระดับความยาว-สั้นได้ และมีการติดตั้งกระจกที่ปลายไม้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถส่องตรวจฝ่าเท้าได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ นวัตกรรมดังกล่าวยังเชื่อมโยงกับแอปพลิเคชัน LINE Official Account “ใส่ใจส่องเท้าเบาหวาน” ซึ่งให้ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลเท้าในรูปแบบดิจิทัลผ่านการสแกน QR code เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี หากผู้ป่วยสามารถนำนวัตกรรมกระจกตรวจเท้า ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ย่อมส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลเท้าในทางที่ดีขึ้น ทั้งในด้านความถี่ ความถูกต้อง และความสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดแผลเบาหวาน และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจนำไปสู่การถูกตัดเท้าในระยะยาวการศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งหวังที่จะประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมดังกล่าวในการส่งเสริมพฤติกรรมกระจกตรวจเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพที่สามารถนำไปใช้จริงได้ในชุมชน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกระจกตรวจเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมกระจกตรวจเท้า
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกระจกตรวจเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

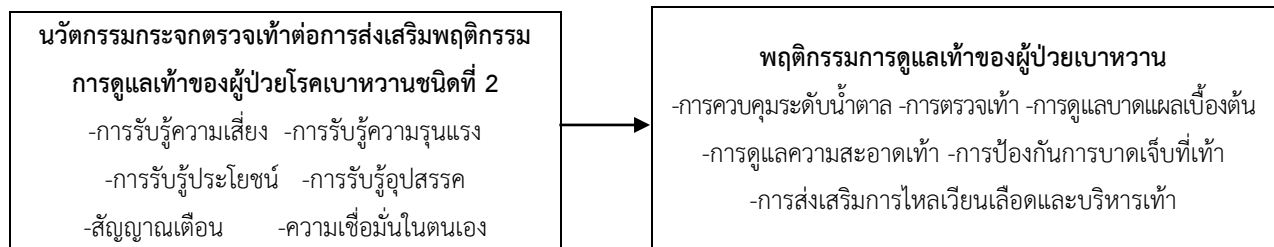
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังจากการทดลองใช้นวัตกรรมกระจกตรวจเท้าของกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกระจกตรวจเท้าที่สูงกว่าก่อนการทดลองใช้นวัตกรรม
2. หลังจากการทดลองใช้นวัตกรรมกระจกตรวจเท้าของกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกระจกตรวจเท้าที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ



กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎี Health Belief Model¹² ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มุ่งเน้นการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพผ่านการรับรู้และความเชื่อของบุคคล การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีการรับรู้ถึงความเสี่ยง (Perceived susceptibility) และความรุนแรงของผลกระทบ (Perceived severity) ที่อาจเกิดขึ้นจากการไม่ดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ตระหนักถึงประโยชน์ของการดูแลรักษา (Perceived benefits) และสามารถลดหรือจัดการกับอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติ (Perceived Barriers) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ (Cues to action) โดยการให้ข้อมูล การสาธิต การใช้กระจกตรวจเท้า และการติดตามจากบุคลากรสุขภาพจะช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจในการลงมือปฏิบัติและเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) จะเป็นการผลักดันให้ผู้ป่วยสามารถดูแลเท้าด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่องและถูกต้อง การใช้นวัตกรรมกระจกตรวจเท้าจึงถูกออกแบบมาเพื่อเป็นเครื่องมือที่ช่วยเสริมสร้างการรับรู้ในการดูแลสุขภาพทุกมิติ โดยคาดว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ดีขึ้น ทั้งในด้านความถูกต้องและความสม่ำเสมอซึ่งจะนำไปสู่การลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากเบาหวานในระยะยาว



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลังการทดลอง (Two groups pretest -posttest design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 24 แห่ง¹³

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร ทำการสุ่มอย่างง่าย มา 2 แห่ง ได้แก่ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (บ้านคอกกระบือ) เป็นกลุ่มทดลองและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาดีเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้เกณฑ์การเลือกพื้นที่วิจัย คือ เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ลงทะเบียนรักษามากกว่า 100 ราย มีความพร้อมด้านสถานที่ในการจัดกิจกรรมกลุ่มและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอนุญาตและยินดีให้ความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power และเปิดตารางโคเฮน¹⁴ โดยกำหนด ค่า Power = 0.80¹⁵ ขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลาง = 0.40¹⁶ α err prob = 0.05 จะได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 41 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10¹⁷ จะได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 46 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ แต่ละ 23 คน โดยวิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 40 ปีขึ้นไป¹⁸ 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ยังไม่เกิดแผลที่เท้าและควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 3) รู้สึกตัวดีมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และสามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง 4) ผู้ที่ใช้โทรศัพท์มือถือระบบปฏิบัติการ Android หรือ iPhone Operating System (IOS) และ 5) มีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ไม่สมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยต่อ 2) เกิดเหตุสุดวิสัยที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง มีดังนี้

1. นวัตกรรมกระจกตรวจเท้าต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎี Health Belief Model¹² อุปกรณ์ประกอบด้วย กระจกเงา ขนาด 10x15 เซนติเมตร ไม้ Selfie ทำจากพลาสติกและอะลูมิเนียม มีน้ำหนัก 300 กรัม ขนาดความยาวประมาณ 120 เซนติเมตร ชนิดสามารถปรับระดับความยาว-สั้นได้ นำมาประกอบกัน



ภาพที่ 2 กระจกตรวจเท้า

โดยนำกระจกเงายึดติดไว้ที่ส่วนปลายไม้ Selfie อย่างมั่นคงและสามารถพับเก็บได้ เมื่อใช้งานผู้ป่วยนั่งที่เก้าอี้และเหยียดขา ด้านที่จะใช้กระจกส่องไปด้านหน้าให้ตั้งใช้มือด้านที่ถนัดจับบริเวณด้ามจับยึดให้แน่นแล้วเลื่อนปรับความยาวไม้ Selfie ให้พอดีกับเท้า จากนั้นใช้กระจกส่องให้ทั่วเท้าตามต้องการ

2. แอปพลิเคชัน LINE Official Account “ใส่ใจส่องเท้าเบาหวาน” ที่มีองค์ประกอบ วิธีใช้งานกระจก ความรู้เรื่องเบาหวาน วิดีโอ และรูปภาพเปรียบเทียบเพื่อให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลเท้า ครอบคลุมเรื่อง สาเหตุของโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน อาหาร การออกกำลังกาย และสุขบัญญัติ 10 ประการการดูแลเท้าเบาหวาน ในรูปแบบข้อความทั้งภาพและวิดีโอ ด้วยการสแกนผ่าน QR code ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลที่เท้าให้ผู้ป่วยใช้ตรวจเท้าด้วยตนเองทุกวันในช่วง 8 สัปดาห์

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย เรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ที่มาของรายได้ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ วิธีการรักษาและควบคุมระดับน้ำตาล การสูบบุหรี่ อาการชา อาการตาพร่ามัว ระดับผลน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และผลการตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว DTX 2) แบบสอบถามพฤติกรรมปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจาก รววรรณ แสนโคตร และคณะ¹⁹ เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ มี 6 ด้าน ได้แก่ 1) การควบคุมอาหาร 2) การตรวจเท้า 3) การดูแลรักษาความสะอาดเท้า 4) การป้องกันการบาดเจ็บที่เท้า 5) การส่งเสริมการไหลเวียนเลือดและบริหารเท้า และ 6) การดูแลบาดแผลเบื้องต้น ใช้มาตรวัดแบบการประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับตามวิธีของลิเคิร์ต (Likert scale) คือ ไม่เคยปฏิบัติ มีค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง/1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ มีค่าคะแนนเท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง/3-4 ครั้งต่อสัปดาห์มีค่าคะแนนเท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นประจำ/ทุกวัน มีค่าคะแนนเท่ากับ 4 คะแนน โดยกำหนดระดับการแปลผลโดยใช้สูตรการคำนวณอันตรายจากชั้น แปลความหมายของค่าคะแนนเฉลี่ยมีค่าอยู่ระหว่าง 1-4 คะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ โดยใช้หลักเกณฑ์ของการแบ่งความกว้างอันตรายจากชั้น ดังนี้



คะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
ระหว่าง 3.26 - 4.00	มีพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเท้าดีมาก
ระหว่าง 2.51 - 3.25	มีพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเท้าดี
ระหว่าง 1.76 - 2.50	มีพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเท้าพอใช้
ระหว่าง 1.00 - 1.75	มีพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเท้าไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัย ได้แก่ นวัตกรรมกระจกตรวจเท้าต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ด้านหลังติด QR Code แอปพลิเคชัน LINE Official Account “ใส่ใจส่องเท้าเบาหวาน” และแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลจำนวน 3 ท่าน ได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผลการตรวจสอบคุณภาพนวัตกรรมกระจกตรวจเท้าและแอปพลิเคชัน LINE Official Account ไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านให้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา CVI = 1.00 สำหรับค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดัดแปลงมาจากงานวิจัยของรารวรรณ แสนโคตร และคณะ¹⁹ พบว่า ค่าความเชื่อมั่นจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.70 แสดงว่าเครื่องมือสามารถนำไปใช้ได้^{20,21}

เก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยประสานงานผู้อำนวยการสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (บ้านคอกกระปือ) จังหวัดสมุทรสาคร และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาดีเพื่อขอความอนุเคราะห์ดำเนินการวิจัย ชี้แจงขั้นตอน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตรงเกณฑ์ในการคัดเลือกที่กำหนดไว้ โดยแบ่งตามสถานพยาบาลที่เลือกไว้ทั้ง 2 แห่ง แห่งละ 23 คน

3. ก่อนการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจนเป็นที่เข้าใจแล้ว กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

4. ดำเนินการเก็บข้อมูลตามวันและเวลาที่นัดหมาย ในวันเดียวกันทั้ง 2 กลุ่มโดยแยกเป็นสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (บ้านคอกกระปือ) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาดี

กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เช่น การติดตามควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการให้ความรู้ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย เป็นต้น จากหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งแรก กลุ่มเปรียบเทียบจะทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อน และเมื่อครบระยะเวลาการวิจัย 8 สัปดาห์ จะทำแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานอีกครั้ง

กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับนวัตกรรมกระจกตรวจเท้า ซึ่งมี QR Code ใช้สแกนผ่าน Line Official Account “ใส่ใจส่องเท้าเบาหวาน” เพื่อเข้าชมคลิปวิดีโอความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเนื้อหาประกอบด้วย 5 คลิป ได้แก่ 1) สาเหตุของโรคเบาหวาน 2) ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน 3) การรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวาน 4) การออกกำลังกายเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ 5) สุขบัญญัติ 10 ประการ โดยศึกษาข้อมูลผ่านการสแกน QR Code ที่ติดตั้งไว้ด้านหลังกระจก



พร้อมทั้งแนะนำให้กลุ่มทดลองใช้นวัตกรรมตรวจเท้าด้วยตนเองเป็นประจำทุกวันอีกทั้ง ผู้วิจัยมีการติดตามผลการใช้นวัตกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน ทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์ ครั้งละไม่เกิน 30 นาที ผ่านการสื่อสารทางโทรศัพท์เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มทดลองปฏิบัติตามอย่างสม่ำเสมอโดยมีการกล่าวชมเชย และให้กำลังใจเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลเท้าด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องกิจกรรมมีดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยแจกนวัตกรรมกระจกตรวจเท้า พร้อมกับให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อน พร้อมกับอธิบายการใช้และสแกน QR Code เพื่อศึกษาดูคลิปวิดีโอการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน หัวข้อที่ 1 สาเหตุของโรคเบาหวาน ผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับเนื้อหาความรู้ที่ได้จากคลิป พร้อมให้คำแนะนำ

สัปดาห์ที่ 2 ให้กลุ่มทดลองสแกน QR Code เพื่อศึกษาดูคลิปวิดีโอภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ผู้วิจัยสอบถามความรู้ที่ได้จากคลิปวิดีโอ สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคจากการใช้นวัตกรรมพร้อมกับให้คำแนะนำ

สัปดาห์ที่ 3 ให้กลุ่มทดลองสแกน QR Code เพื่อศึกษาดูคลิปวิดีโออาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัยสอบถามความรู้ที่ได้จากคลิปวิดีโอ สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคจากการใช้นวัตกรรมพร้อมกับให้คำแนะนำ

สัปดาห์ที่ 4 ให้กลุ่มทดลองสแกน QR Code เพื่อศึกษาดูคลิปวิดีโอการออกกำลังกายเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัยสอบถามความรู้ที่ได้จากคลิปวิดีโอ สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคจากการใช้นวัตกรรมพร้อมกับให้คำแนะนำ

สัปดาห์ที่ 5 ให้กลุ่มทดลองสแกน QR Code เพื่อศึกษาดูคลิปวิดีโอสุขบัญญัติ 10 ประการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัยสอบถามความรู้ที่ได้จากคลิปวิดีโอ สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคจากการใช้นวัตกรรมพร้อมกับให้คำแนะนำ

สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยติดตามสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการใช้นวัตกรรมกระจกตรวจเท้า พร้อมให้คำแนะนำ และพูดเสริมแรงให้กำลังใจเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง

สัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยติดตามให้กลุ่มทดลองสาธิตการใช้นวัตกรรมกระจกตรวจเท้า พร้อมทั้งให้สาธิตการบริหารเท้าตามคลิปวิดีโอ และให้คำแนะนำพร้อมกับกล่าวชมเชย

สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยติดตามให้กลุ่มทดลองสาธิตการบริหารเท้าพร้อมทั้งสอบถามความรู้ที่ได้จากการดูคลิปวิดีโอ และให้ทำแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเท้าก่อนสิ้นสุดการศึกษา ผู้วิจัยเน้นย้ำอีกครั้งกับกลุ่มทดลองให้ศึกษาข้อมูลผ่านการสแกน QR code ที่ติดตั้งไว้ด้านหลังกระจก แนะนำให้ใช้นวัตกรรมกระจกตรวจเท้าเป็นประจำทุกวันอย่างสม่ำเสมอ กล่าวชมเชยและให้กำลังใจในความตั้งใจปฏิบัติเพื่อเสริมความมั่นใจในการดูแลเท้าด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ที่มาของรายได้ โรคประจำตัว วิธีรักษาและควบคุมน้ำตาล การสูบบุหรี่ อาหารการกิน อาการตาพร่ามัว วิเคราะห์ด้วยความถี่และร้อยละ ส่วน อายุ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ระดับผลน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และผลการตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลองใช้สถิติทดสอบที่แบบจับคู่ (Paired t-test)

3) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลเท้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติทดสอบที่แบบอิสระ (Independent sample t-test)



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม เลขที่อนุมัติ SN-IRB 2567/005 เมื่อวันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2567 โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เริ่มจากการชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างชัดเจน พร้อมทั้งลงนามในใบยินยอม เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยระบุสิทธิในการถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิ การรักษาพยาบาลที่ควรได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้รักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลโดยการใช้รหัสแทนชื่อ-นามสกุล และนำเสนอ ผลการศึกษาในภาพรวมเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น ตลอดจนไม่มีการกระทำใด ๆ ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายและจิตใจ ของกลุ่มตัวอย่างตลอดระยะเวลาการดำเนินงานวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาค้นคว้านี้เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 46 คน มีลักษณะ ทางประชากรและสุขภาพที่มีความสอดคล้องและไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในมิติที่ส่งผลต่อตัวแปรตาม โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.52 อายุเฉลี่ย 61.39 ปี (S.D. = 10.23) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 78.30 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 52.20 มีรายได้จากตนเอง ร้อยละ 58.70 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 8.30 ปี (S.D. = 5.86) ส่วนใหญ่ มีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม ร้อยละ 73.90 การรักษาส่วนใหญ่ใช้การรับประทานยาเม็ด ร้อยละ 95.70 มีส่วนน้อยสูบบุหรี่ ร้อยละ 6.50 มีอาการชาเท้า ร้อยละ 76.10 มีอาการตาพร่ามัว ร้อยละ 41.30 ระดับน้ำตาลสะสมส่วนใหญ่ มากกว่า 6.50 ร้อยละ 60.90 ระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยร้อยละ 6.96 (S.D. = 1.02) ค่าน้ำตาลปลายนิ้วส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 100-125 mg/dl ร้อยละ 45.70 และมีค่าน้ำตาลปลายนิ้วเฉลี่ย 122.35 mg/dl (S.D.=30.95) ซึ่งลักษณะพื้นฐานเหล่านี้สะท้อนถึงความเป็นเอกภาพ ของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังใช้นวัตกรรม พบว่า ก่อนใช้นวัตกรรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมอยู่ระดับดี (Mean = 3.05, S.D. = 0.53) ส่วนพฤติกรรมรายด้าน พบว่า การควบคุมอาหาร Mean = 3.32 (S.D. = 0.53) ระดับดีมาก การตรวจเท้า Mean = 2.38 (S.D. = 1.09) ระดับพอใช้ การดูแลรักษาความสะอาดเท้า Mean = 3.24 (S.D. = 0.81) ระดับดี การป้องกันการบาดเจ็บที่เท้า Mean = 3.09 (S.D. = 0.52) ระดับดี การส่งเสริมการไหลเวียนเลือดและบริหารเท้า Mean = 2.72 (S.D. = 0.94) ระดับดี และการดูแลบาดแผลเบื้องต้น Mean = 2.81 (S.D. = 0.80) ระดับดี หลังใช้นวัตกรรม กลุ่มทดลองมีคะแนน เฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมอยู่ระดับดี มาก (Mean = 3.62, S.D. = 0.26) ส่วนพฤติกรรม รายด้าน พบว่า การควบคุมอาหาร Mean = 3.68 (S.D. = 0.20) ระดับดีมาก การตรวจเท้า Mean = 3.42 (S.D. = 0.41) ระดับดี มาก การดูแลรักษาความสะอาดเท้า Mean = 3.69 (S.D.=0.37) ระดับดีมาก การป้องกันการบาดเจ็บที่เท้า Mean = 3.44 (S.D. = 0.42) ระดับดีมาก การส่งเสริมการไหลเวียนเลือดและบริหารเท้า Mean = 3.26 (S.D. = 0.55) ระดับดีมาก และการดูแล บาดแผลเบื้องต้น Mean = 3.30 (S.D. = 0.38) ระดับดีมาก

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าระหว่างก่อนและหลังใช้นวัตกรรมของทั้งสองกลุ่ม พบว่า หลังใช้นวัตกรรมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยของการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เมื่อพิจารณารายกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าสูงกว่าก่อน ทดลองในทุกๆด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าหลังใช้นวัตกรรมพฤติกรรมด้านการดูแลรักษา ความสะอาดเท้าและด้านการดูแลบาดแผลเบื้องต้นไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังใช้นวัตกรรม (n = 46)

พฤติกรรมการดูแลเท้าของ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2	ก่อนใช้นวัตกรรม		แปลผล	หลังใช้นวัตกรรม		แปลผล	Paired t-test	
	Mean	S.D.		Mean	S.D.		t	p-value
1. การควบคุมอาหาร (Dietary control)								
กลุ่มทดลอง	3.32	0.53	ดีมาก	3.68	0.20	ดีมาก	3.00	.007**
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.29	0.28	ดีมาก	3.52	0.26	ดีมาก	2.85	.009**
2. การตรวจเท้า (Foot examination)								
กลุ่มทดลอง	2.38	1.09	พอใช้	3.42	0.41	ดีมาก	4.12	.000**
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.84	0.83	พอใช้	2.65	0.77	ดี	3.91	.001**
3. การดูแลรักษาความสะอาดเท้า (Foot care)								
กลุ่มทดลอง	3.24	0.81	ดี	3.69	0.37	ดีมาก	2.77	.011*
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.09	0.56	ดี	3.17	0.65	ดี	0.51	.614
4. การป้องกันการบาดเจ็บที่เท้า (Preventive foot care)								
กลุ่มทดลอง	3.09	0.52	ดี	3.44	0.42	ดีมาก	2.84	.010**
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.01	0.69	ดี	3.29	0.52	ดีมาก	2.08	.049*
5. การส่งเสริมการไหลเวียนเลือดและบริหารเท้า (Promotion of blood circulation and foot exercise)								
กลุ่มทดลอง	2.72	0.94	ดี	3.26	0.55	ดีมาก	3.67	.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.16	0.82	พอใช้	2.72	0.72	ดี	4.20	.000**
6. การดูแลบาดแผลเบื้องต้น (Initial wound care)								
กลุ่มทดลอง	2.81	0.80	ดี	3.30	0.38	ดีมาก	3.00	.007**
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.72	0.75	ดี	2.86	0.61	ดี	0.99	.331
7. พฤติกรรมการดูแลเท้า (Foot self-care behaviors)								
กลุ่มทดลอง	3.05	0.53	ดี	3.62	0.26	ดีมาก	5.51	.000**
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.80	0.42	ดี	3.17	0.45	ดี	4.29	.000**

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

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนใช้นวัตกรรม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ การควบคุมอาหาร การตรวจเท้า การดูแลรักษาความสะอาดเท้า การป้องกันการบาดเจ็บที่เท้า และการดูแลบาดแผลเบื้องต้น ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ยกเว้นด้านการส่งเสริมการไหลเวียนเลือดและบริหารเท้าที่กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

หลังใช้นวัตกรรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม และในด้านการควบคุมอาหาร การตรวจเท้า การดูแลรักษาความสะอาดเท้า การส่งเสริมการไหลเวียนเลือดและบริหารเท้า และการดูแลบาดแผลเบื้องต้นสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ยกเว้นด้านการป้องกันการบาดเจ็บที่เท้า พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
(n = 46)

พฤติกรรมการดูแลเท้าของ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2	กลุ่มทดลอง (n=23)		แปลผล	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=23)		แปลผล	Independent sample t-test	
	Mean	SD		Mean	SD		t	p-value
1. การควบคุมอาหาร (Dietary control)								
ก่อนการทดลอง	3.32	0.53	ดีมาก	3.29	0.28	ดีมาก	-0.25	.797
หลังการทดลอง	3.68	0.20	ดีมาก	3.52	0.26	ดีมาก	-2.37	.022*
2. การตรวจเท้า (Foot examination)								
ก่อนการทดลอง	2.38	1.09	พอใช้	1.84	0.83	พอใช้	-1.89	.065
หลังการทดลอง	3.42	0.41	ดีมาก	2.65	0.77	ดี	-4.20	.000**
3. การดูแลรักษาความสะอาดเท้า (Foot care)								
ก่อนการทดลอง	3.24	0.81	ดี	3.09	0.56	ดี	-0.68	.496
หลังการทดลอง	3.69	0.37	ดีมาก	3.17	0.65	ดี	-3.31	.002**
4. การป้องกันการบาดเจ็บที่เท้า (Preventive foot care)								
ก่อนการทดลอง	3.09	0.53	ดี	3.01	0.69	ดี	-0.48	.633
หลังการทดลอง	3.44	0.42	ดีมาก	3.29	0.53	ดีมาก	-1.08	.284
5. การส่งเสริมการไหลเวียนเลือดและบริหารเท้า (Promotion of blood circulation and foot exercise)								
ก่อนการทดลอง	2.72	0.94	ดี	2.16	0.82	พอใช้	-2.12	.039*
หลังการทดลอง	3.26	0.55	ดีมาก	2.72	0.72	ดี	-2.81	.007**
6. การดูแลบาดแผลเบื้องต้น (Initial wound care)								
ก่อนการทดลอง	2.81	0.80	ดี	2.76	0.75	ดี	-0.42	.671
หลังการทดลอง	3.30	0.38	ดีมาก	2.86	0.61	ดี	-2.96	.005**
7. พฤติกรรมการดูแลเท้า (Foot self-care behaviors)								
ก่อนการทดลอง	3.05	0.53	ดี	2.80	0.42	ดี	-1.78	.081
หลังการทดลอง	3.62	0.26	ดีมาก	3.17	0.45	ดี	-4.14	.000**

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

การอภิปรายผล

ภายหลังกลุ่มทดลองใช้นวัตกรรมกระจกตรวจเท้าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ($t = 5.51$, $p < .01$) (ดังตารางที่ 1) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานทั้งนี้ เป็นผลจากการที่นวัตกรรมกระจกตรวจเท้าได้สอดแทรกสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่ สาเหตุของโรค ภาวะแทรกซ้อน อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การออกกำลังกายเท้า และสุขบัญญัติ 10 ประการในการดูแลเท้า ผู้วิจัยได้จัดให้กลุ่มทดลองศึกษาข้อมูลดังกล่าวผ่านการสแกน QR code ที่ติดตั้งไว้ด้านหลังกระจก พร้อมทั้งแนะนำให้ใช้นวัตกรรมตรวจเท้าด้วยตนเองเป็นประจำทุกวัน อีกทั้งมีการติดตามผลการใช้นวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง สัปดาห์ละ 3 วัน ผ่านการสื่อสารทางโทรศัพท์ เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มทดลองปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการกล่าวชมเชยและให้กำลังใจ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลเท้าด้วยตนเองผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามก่อนทดลองผู้วิจัยได้พิจารณาค่า F-test พบว่ากลุ่มทดลองและ



กลุ่มเปรียบเทียบมีความแปรปรวนของตัวแปรต่าง ๆ ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรม การดูแลเท้าสูงขึ้นในทุกด้านเช่นกัน ซึ่งอาจเป็นผลจากการได้รับคำแนะนำสุขภาพจากบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มารับบริการอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม นวัตกรรมกระจกตรวจเท้าถือเป็นเครื่องมือเสริมที่ช่วยให้กลุ่มทดลองเข้าถึงความรู้ได้ สะดวกและชัดเจนยิ่งขึ้นเพราะมีทั้งภาพและเสียงบรรยายจากคลิปวิดีโอทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถเข้าใจและปฏิบัติตามได้ง่าย โดยภายหลังสิ้นสุดการศึกษา ผู้วิจัยได้มอบนวัตกรรมดังกล่าวให้แก่กลุ่มเปรียบเทียบเพื่อประโยชน์ในการดูแลตนเองต่อไปด้วยเช่นกัน สามารถอภิปรายได้ดังนี้ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้ใช้โปรแกรมนวัตกรรมกระจกตรวจเท้าที่มีการใช้นวัตกรรมจนทำให้เกิดพฤติกรรม การดูแลเท้าอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิไลวรรณ พรหมน้อย²² ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริม พฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น จากระดับปานกลาง (S.D. = 1.24) เป็นระดับสูง (S.D. = 0.77) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการให้ความรู้เชิงรุก ร่วมกับการติดตามผลอย่างต่อเนื่องสามารถพัฒนา พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับ อุไรวรรณ นนท์ปัญญา และคณะ²³ ที่ทำการวิจัย เรื่องผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการดูแลเท้าต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าและการสูญเสียความรู้สึกที่เท้าในผู้ป่วย ที่เป็นเบาหวาน พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($t = -22.93$, $p < .001$) นอกจากนี้การศึกษาของ เนตรนภา ปาวงค์ และ พรพิมล สุขเพีย²⁴ วิจัยเรื่องผลของการให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์และคู่มือ การดูแลเท้าต่อพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าสูงขึ้นภายหลังได้รับความรู้จากสื่อวีดิทัศน์และคู่มือ การดูแลเท้า (Mean = 2.30, S.D. = 0.13) และสูงกว่าก่อนได้รับการให้ความรู้ (Mean = 1.47, S.D. = 0.20) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเท้ากลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการให้โปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลเท้าเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.14$, $p < .01$) (ดังตารางที่ 2) ทั้งนี้เพราะกลุ่มทดลอง ได้ใช้นวัตกรรมกระจกตรวจเท้าส่องตรวจเท้าเพื่อตรวจดูความผิดปกติของเท้าทุกวัน ร่วมกับการสอนผ่าน QR Code บรรจุสื่อให้ความรู้ คลิปวิดีโอสาธิตทักษะที่เข้าใจง่ายและไม่ซับซ้อน เช่น การล้างเท้าให้สะอาด การตรวจเท้า การเช็ดเท้า การบริหารเท้า การป้องกันการบาดเจ็บ และการดูแลบาดแผลเบื้องต้น ซึ่งเป็นเรื่องง่ายไม่ยุ่งยากเกินไปผู้ป่วยเบาหวานสามารถปฏิบัติเองได้และประสบความสำเร็จได้ด้วยตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฝึกปฏิบัติการดูแลเท้าด้วยตนเองจนเกิดความเข้าใจ ส่งผลให้มีความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ในการจัดการสุขภาพ จึงเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติและเรียนรู้ความสำเร็จในการดูแลเท้าด้วยตนเอง นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้การกระตุ้นเตือน และรับฟังปัญหาผ่านทางโทรศัพท์ ซึ่งเป็นการเสริมแรงทางสังคมช่วยลดอุปสรรคและสร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกิจกรรม เหล่านี้แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบได้รับ สอดคล้องกับทฤษฎี Health Belief Model¹² ที่กล่าวว่า บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติ ตามคำแนะนำเพื่อป้องกันและฟื้นฟูสภาพร่างกายเพื่อป้องกันโรคโดยบุคคลจะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อโรคที่คุกคามตน และตนเองรู้สึกว่ามี ความสามารถที่จะต้านโรคได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ต้องจิตร เอี่ยมสมบูรณ์ และคณะ²⁵ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแล เท้าและแผลที่เท้าด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้ใช้โปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตน ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติ และการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลเท้าและแผลที่เท้าด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของ จิรปริยา บุญสงค์ และคณะ²⁶ เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทางเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า และพฤติกรรมป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนทางเท้าเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นอกจากนี้ ทัศนพร ชูศักดิ์ และคณะ²⁷ ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการถูกตัดขาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ยืนยันว่า โปรแกรมการดูแลเท้าที่เน้นการปรับเปลี่ยนความเชื่อและพัฒนาทักษะการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้ พฤติกรรม และสภาวะเท้าที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)



ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงและการใช้เทคโนโลยี โดยเฉพาะการใช้งาน Line OA และการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตที่บางรายต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัว ปัจจัยดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องในการเข้าร่วมกิจกรรม ความสม่ำเสมอของการติดตามผล และความครบถ้วนของข้อมูล นอกจากนี้ ความแตกต่างด้านการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยแต่ละรายอาจเป็นตัวแปรแทรกซ้อนที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งอาจกระทบต่อการตีความผลลัพธ์และการนำไปอ้างอิงในบริบทอื่น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านนโยบายและการบริหารจัดการ

1.1 หน่วยบริการปฐมภูมิควรบูรณาการนวัตกรรมกระจกตรวจเท้าเป็นส่วนหนึ่งของการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อเสริมการเรียนรู้เชิงประจักษ์และเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย

1.2 ควรสนับสนุนสื่อดิจิทัล เช่น QR Code หรือวิดีโอออนไลน์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลและทบทวนความรู้ได้อย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

2.1 พยาบาลควรส่งเสริมการตรวจเท้าอย่างเป็นระบบ โดยสอนการใช้กระจกเพื่อตรวจบริเวณที่มองเห็นยาก และกระตุ้นให้ปฏิบัติเป็นกิจวัตร เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้า

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลลัพธ์ระยะยาว (เช่น ≥ 1 ปี) เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรม และผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น อัตราการเกิดแผลที่เท้า

2. ควรขยายการศึกษาไปยังกลุ่มตัวอย่างและบริบทที่หลากหลาย เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผล (Generalizability)

3. ควรใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อสำรวจประสบการณ์และอุปสรรคในการใช้นวัตกรรม เพื่อนำไปพัฒนารูปแบบและสื่อการเรียนรู้

4. ควรใช้การออกแบบการวิจัยแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม (Randomized control trial: RCT) เพื่อลดอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน เช่น การสนับสนุนทางสังคม และเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทุนสนับสนุนในการทำวิจัยจากมหาวิทยาลัยสยาม และขอขอบคุณสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทรราชินี (บ้านคอกกระปือ) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาดีจังหวัดสมุทรสาคร ในการเป็นกลุ่มตัวอย่างงานวิจัย

References

1. Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control. Report on the operational results of diabetes management development (DM Remission) 2024–2025 [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2024 [cited 2024 Sep 09]. Available from: https://ddc.moph.go.th/dncd/journal_detail.php?publish=17675 (in Thai)
2. Puanglumyai P. The situation of mortality attributable to the 5 major noncommunicable diseases in Thailand, 2020–2024. Weekly Epidemiological Surveillance Report. 2026;57(6):e8036. doi: 10.59096/wesr.v57i6.8036 (in Thai)



3. Choochote K, Upakdee N. Expenditure of diabetes mellitus according to classification systems for out -patient payment at Bangbuathong Hospital. *Journal of Health System Research*. 2018;12(4):645-56. (in Thai)
4. Lertwattanak R. How to deal with diabetic numbness in feet [Internet]. Bangkok: Diabetes Association of Thailand; 2019 [cited 2024 Sep 15]. Available from: <https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/sahrab-bukhkhhl-thawpi/health-information-and-articles/health-information-and-articles-2562/874-2019-10-26-02-30-36> (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. *Journal of Health and Health Management*. 2023;9(2):230-41. (in Thai)
6. Myron AB, Mark AD, Matthew AV. Diabetic peripheral neuropathy. [Internet]. [cited 2024 Sep 20]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK442009/>
7. Yazdanpanah L, Shahbazian H, Nazari I, Arti HR, Ahmadi F, Mohammadianinejad SE, et al. Incidence and risk factors of diabetic foot ulcer: A population-based diabetic foot cohort (ADFC study)-two-year follow-up study. *International Journal of Endocrinology*. 2018;2018:7631659. doi: 10.1155/2018/7631659.
8. Peters EJ, Armstrong DG, Lavery LA. Risk factors for recurrent diabetic foot ulcers: Site matters. *Diabetes care*. 2007;30(8):2077-9. doi: 10.2337/dc07-0445
9. Mahathamnuchock S, Phanpeang P, Keelapang A. A study on the self-foot examination practice among diabetes patients, Mae Hong Son province. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*. 2022;16(1):22–32. (in Thai)
10. Harutaithaworn R, Nuysri M, lemsawasdikul W. Effects of a foot care program for risk foot ulcer of type 2 diabetes mellitus patients at Samrong Thap District, Surin Province. *Thai Journal of Nursing*. 2020;69(4):21-30. (in Thai)
11. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary. Ministry of Public Health. Sustainable Development Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. Nonthaburi: Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary; 2023. (in Thai)
12. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. In *the health belief model and personal health behavior*. Thorofare (NJ): Charles B. Slack; 1974.
13. Uraierkkul C. List of health promoting hospitals in Mueang Samut Sakhon District. [Internet]. [cited 2024 Aug 05]. Available from: https://www.chonlatit.com/survey/setting_amphur.php?type=11&chw_code=74&file=bse.healthcare_bc&file2=bse.hosp_type&topic=%E0%B8% (in Thai)
14. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
15. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. 10th ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2021.



16. Grove S, Burns N, Gray J. The Practice of nursing research. Appraisal synthesis and generation. 7th ed. Missouri: Elsevier Saunders; 2013.
17. Amattayakong C, Oupra R, Kantawong E. The effectiveness of a transformative learning program on health literacy promotion among older adults with diabetes. The Southern College Network. Journal of Nursing Public Health. 2021;8(2):232–45. (in Thai)
18. Department of Disease Control. Report the situation of NCDs Diabetes, Hypertension and related factors in 2019. [Internet]. [cited 2025 May 05]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf> (in Thai)
19. Sankote R, Mator L, Amatachaya S. Development of a foot care behavior scale for type 2 diabetes patients with peripheral neuropathy. Journal of Nursing and Health Care. 2015;33(4):74-83. (in Thai)
20. Meehanpong P, Chatdokmaiprai K. Assessing quality of research instrument in nursing research. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19(1):9–15. (in Thai)
21. Pipitkun K. Quality of questionnaire tools: Validity and reliability in public administration for research. NEU Academic and Research Journal. 2018;8(2):104–10. (in Thai)
22. Promnoi W. Effects of an educational and foot care behavior promotion program among patients with diabetic foot ulcers in the female surgical ward 1, Sakon Nakhon Hospital. Journal of Nursing and Health Sciences, Nakhon Phanom University. 2024;2(2):1-13. (in Thai)
23. Nonpanya U, Terathongkum S, Lininger J. Effects of self-efficacy enhancement of foot care program on foot care behavior and insensate foot among persons with type 2 diabetes. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice. 2020;7(2):77-91. (in Thai)
24. Pawong N, Sookpier P. Effects of foot care video education and manual on foot care behaviors to prevent foot ulcers among type 2 diabetic patients with uncontrolled fasting blood sugar. Journal of Boromarajonani College of Nursing Surin. 2024;14(1):37-50. (in Thai)
25. Iamsomboon T, Kengganpanich T, Kengganpanich M, Benjakul S. Effect of promoting program for foot self-care behaviors and foot ulcers among diabetic patients, Krathumbaen Hospital, Samut Sakhon province. Journal of Public Health. 2017;47(3):289–300. (in Thai)
26. Boonsong J, Charoenpun C, Worawong C. Effects of the health behavior promotion program for preventing foot complications in patients with type 2 diabetes admitted to Dong Khwang Tambon health promotion hospital, Muang Nakhon Phanom, Nakhon Phanom province. Journal of the Office of disease prevention and control, 7 Khon Kaen. 2016;23(2):46-59. (in Thai)
27. Chusak T, Sasang N, Chaleoykitti S. Effect of diabetes foot care program to prevent leg cramps of type 2 diabetic patients, Samrongchai Sub-district, Phisalee District, Nakhon Sawan Province. Royal Thai Army Medical Journal. 2018;71(2):105-12. (in Thai)



ผลของการใช้แนวปฏิบัติการบริหารยาฉีดอินซูลินทางชั้นใต้ผิวหนังต่อความปวดและ รอยซ้ำในผู้ป่วยโรคอ้วนที่ผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารผ่านการส่องกล้อง: การวิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม

กาญจนารัตน์ พรหมแก้ว พย.บ.^{1,5} จุติรัตน์ มากมิ่งจวน ศษ.ม.²

วิภาวดี ว่องวรานนท์ พย.ม.² สิรินันท์ จันทร์ชุม พย.ม.³

อาฉะ บิลละ พย.บ.³ กำธร ยลสุริยวงศ์ พ.บ.⁴

(วันรับบทความ: 3 มีนาคม พ.ศ.2569/ วันแก้ไขบทความ: 23 เมษายน พ.ศ.2569/ วันตอบรับบทความ: 30 เมษายน พ.ศ.2569)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการบริหารยาฉีดอินซูลินทางชั้นใต้ผิวหนังต่อความปวดและรอยซ้ำในผู้ป่วยโรคอ้วน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารผ่านการส่องกล้องที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ปี พ.ศ. 2568 จำนวน 48 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดและสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 24 คน กลุ่มควบคุมได้รับการบริหารยาตามแนวปฏิบัติเดิม ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการบริหารยาตามแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงใหม่ เครื่องมือประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย แบบประเมินความปวด แบบประเมินรอยซ้ำ และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Fisher's Exact Test และ Mann-Whitney U Test

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนความปวดเฉลี่ยเท่ากับ 1.96 น้อยกว่ากลุ่มควบคุมของคะแนนความปวดเฉลี่ย 2.92 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รอยซ้ำจากการฉีดยาที่ 24 และ 48 ชั่วโมงพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับความพึงพอใจกลุ่มทดลองสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้แสดงถึงการใช้นโยบายปฏิบัติปรับปรุงใหม่ที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการจัดการอาการปวดและมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อย่างไรก็ตามรอยซ้ำที่เกิดจากการฉีดยาใต้ผิวหนังยังคงมีโอกาสเกิดไม่แตกต่างจากแนวปฏิบัติเดิม ทั้งนี้ควรทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่หรือกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ ต่อไปเพื่อพัฒนาคุณภาพงานบริการการพยาบาล

คำสำคัญ: รอยซ้ำ อินซูลินทางชั้นใต้ผิวหนัง ความปวด

¹พยาบาลชำนาญการ ฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

²พยาบาลชำนาญการพิเศษ ฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

³พยาบาลปฏิบัติการ ฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

⁴อาจารย์ หน่วยสัลยกรรมทั่วไป คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

⁵ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: Kanchanarat41193@gmail.com Tel: 093-6312323



Effects of Using a Guideline for Subcutaneous Enoxaparin injection on Pain and Bruising in Obese Patients Undergoing Laparoscopic Sleeve Gastrectomy: A Randomized Controlled Trial

Kanchanarat Promkaew B.N.S.^{1,5} Jutirat Makmingjuan M.Ed²

Wipawadee Wongwaranon M.N.S.² Siranan Janchum M.N.S.³

Archa Billah B.N.S.³ Kamthorn Yolsuriyanwong M.D.⁴

(Received Date: March 3, 2026, Revised Date: April 23, 2026, Accepted Date: April 30, 2026)

Abstract

A randomized, controlled trial was conducted to evaluate the effectiveness of an improved subcutaneous enoxaparin administration guideline compared to the traditional guidelines in managing pain and bruising among obese patients. A total of 48 obese patients undergoing Laparoscopic Sleeve Gastrectomy at Songklanagarind Hospital in 2025, were recruited and allocated into either a control group (n=24) or an experimental group (n=24); through matched sampling. The control group received enoxaparin according to the traditional guidelines; whereas, the experimental group received the intervention based on the newly developed guideline. Data was collected using a personal information and medical history questionnaire, a pain assessment scale, a bruising assessment, and a patient satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, Fisher's Exact Tests, and the Mann-Whitney U Test.

Results: Patients in the experimental group reported significantly lower mean pain scores ($M = 1.96$) than those in the control group ($M = 2.92$). However, there were no statistically significant differences in the extent of bruising at 24 and 48 hours post-injection between the two groups. Furthermore, the experimental group demonstrated a significantly higher level of satisfaction compared to the control group. The results of this study show the effectiveness of using the newly developed guideline for evidence based practice for pain management and patient centered care. However, as to bruising, there was no statistically significant differences from the traditional guideline. A study, with either a larger or multiple sample groups should be conducted.

Keywords: bruising, enoxaparin, pain

¹Registered nurse, Professional Level, Songklanagarind Hospital

²Registered nurse, Senior Professional Level, Songklanagarind Hospital

³Registered Nurse, Practical level, Songklanagarind Hospital

⁴Lecturer, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Prince of Songkhla University

⁵Corresponding Author, Email: Kanchanarat41193@gmail.com Tel: 093-631232



บทนำ

โรคอ้วนเกิดจากร่างกายได้รับพลังงานมากกว่าที่ใช้ไป ทำให้ร่างกายสะสมไขมันมากกว่าปกติ ปัจจุบันโรคอ้วนเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยที่สุดในโลก และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุว่าโรคอ้วนทั่วโลกเพิ่มขึ้นเกือบสามเท่าตั้งแต่ปี ค.ศ. 1975 ถึง 2016 ผู้ใหญ่น้ำหนักเกิน ร้อยละ 39 และร้อยละ 13 เป็นโรคอ้วน¹ จากคลังข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) พบว่าเป็นโรคอ้วนหรือดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร มากถึง ร้อยละ 45.60 ในปี พ.ศ. 2563 และเพิ่มเป็นร้อยละ 46.20 ในปี พ.ศ. 2564 และร้อยละ 46.60 ในปี พ.ศ. 2565² ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคอ้วนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตั้งแต่เดือน มกราคมปี พ.ศ. 2564 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 2,377 ราย³ โรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดและหัวใจ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (Venous thromboembolism: VTE) โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคหุดหทัยใจขณะหลับจากการอุดกั้น ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น โรคเหล่านี้สามารถป้องกันได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงและการลดความอ้วน¹

การรักษาโรคอ้วนมีทั้งการรักษาโดยวิธีการไม่ผ่าตัด และการผ่าตัดในปัจจุบันการรักษาโรคอ้วนโดยการผ่าตัดเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมน้ำหนักให้คงที่ในระยะยาว และลดการเกิดโรคร่วมได้ การผ่าตัดที่ได้รับการยอมรับ ได้แก่ การผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารผ่านการส่องกล้อง (Laparoscopic sleeve gastrectomy: LSG) เนื่องจากบาดเจ็บมีขนาดเล็ก ผู้ป่วยปวดแผลน้อย และมีภาวะแทรกซ้อนน้อยลง และลดระยะเวลาในโรงพยาบาล⁴ ภาวะแทรกซ้อนที่ควรเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่ผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารผ่านทางกล้อง คือ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (VTE) โดยอุบัติการณ์ของภาวะ VTE หลังผ่าตัดผ่านกล้องในกระเพาะอาหารพบได้ร้อยละ 0.10 - 0.20⁵

ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (VTE) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นสาเหตุสำคัญโดยสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางศัลยกรรมและได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย^{6,7} ภาวะ VTE โดยทั่วไปแล้วประกอบด้วย ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary embolism: PE) และภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep vein thrombosis: DVT) จากสถิติพบว่าภาวะ VTE มีอุบัติการณ์การเกิดในสหรัฐอเมริกาและยุโรป ระหว่าง 1 ถึง 2 คน ต่อประชากร 1,000 คน และพบการเกิดภาวะ VTE ร้อยละ 10 ถึงร้อยละ 40 ในผู้ป่วยอายุกรรมและศัลยกรรมที่ไม่ได้รับการป้องกัน⁸ ข้อมูลจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (VTE) และพบความเสี่ยงสูงมากขึ้นในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ นอกจากนี้มีรายงานการเสียชีวิตจากภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (PE) ร้อยละ 5 - 10 โดยร้อยละ 0.10 - 0.80 เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไปแบบนัดหมายล่วงหน้า (Elective general surgery)⁹ ส่วนอุบัติการณ์ของภาวะ VTE หลังผ่าตัดผ่านกล้องในกระเพาะอาหารพบได้ร้อยละ 0.10 - 0.20⁵ การผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารผ่านการส่องกล้อง (LSG) มีแนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะ VTE ประกอบด้วย 1) การป้องกันทางกายภาพ เช่น ใช้ถุงน่องทางการแพทย์หรือใช้ผ้าพันขาที่มีแรงดันลมกระตุ้น¹⁰ 2) การใช้ยาป้องกันซึ่งเป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือด กลุ่มที่มีน้ำหนักโมเลกุลต่ำ (Low molecular weight heparin: LMWH) ซึ่งยาที่ได้รับการแนะนำให้ใช้เป็นยาตัวเลือกแรกและได้รับความนิยมในการนำมาใช้มากที่สุดคือ อีโนกซาพาริน (Enoxaparin) บริหารยาโดยการฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง (Subcutaneous injection: SC) ระหว่างชั้นไขมัน (Fat layer) กับเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective tissue) ของผิวหนังเพื่อให้การดูดซึมเป็นไปอย่างช้า ๆ^{10,11} ปริมาณที่ใช้ 40 มิลลิกรัม และอาจเพิ่มปริมาณที่สูงขึ้นสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคอ้วนมาก โดยฉีดเป็นเวลาทุก 12 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด¹²

แนวทางปฏิบัติในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์มีมาตรฐานการฉีดยาอีโนกซาพารินทางชั้นใต้ผิวหนัง สำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนที่เข้ารับการผ่าตัด LSG โดยก่อนวันผ่าตัดจะฉีดยาขนาด 40 - 60 มิลลิกรัม ทุก 12 ชั่วโมง ฉีดบริเวณหน้าท้อง อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการบริหารยาที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวด (Pain) และการเกิดรอยช้ำ (Bruise) บริเวณที่ฉีด (Injection site) จากการศึกษาเกี่ยวกับการเกิดรอยช้ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาอีโนกซาพารินชนิดเข็ม ซึ่งพบอุบัติการณ์การเกิดรอยช้ำร้อยละ 50 - 64.50^{13,14} และจากการเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ช่วงเดือนมกราคม ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ผู้ป่วยโรคอ้วนที่รอเข้ารับ



การผ่าตัด LSG จำนวน 56 ราย พบว่ารอยช้ำขนาด 2 - 5 มิลลิเมตร (มม.) ร้อยละ 6.70 รอยช้ำขนาดมากกว่า 5 มม. ร้อยละ 38.30 รอยช้ำขนาดน้อยกว่า 2 มม. ร้อยละ 50 และผู้ป่วยร้อยละ 86 ความปวดระดับ 2 - 7 คะแนน ผู้ป่วยร้อยละ 14 ความปวดระดับ 0 คะแนน การมีรอยช้ำและความปวดจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายและเกิดความวิตกกังวลต่ออาการ รวบรวมถึงขาดความเชื่อถือไว้วางใจในพยาบาล จนอาจส่งผลให้ปฏิเสธแผนการรักษาได้

การปฏิบัติของพยาบาลในการฉีดยาน็อกซาพาริน ในปัจจุบันฝ่ายบริการพยาบาลมีแนวปฏิบัติการฉีดยาโดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) ตำแหน่งที่ฉีด ใช้ตำแหน่งรอบสะดือเป็นตำแหน่งแรกหากไม่มีข้อห้าม การเลือกตำแหน่งที่ฉีดตามแผนวงกลมสุฟตรา โดยฉีดห่างจากสะดือออกไป 5 เซนติเมตร 2) เทคนิคการฉีด ให้ใช้มือข้างที่ไม่ถนัดยกผิวหนังของผู้ป่วยขึ้น แล้วใช้มือข้างที่ถนัดปักเข็มฉีดยาในตำแหน่ง 90 องศา และกรณีผู้ป่วยผอมให้ปักเข็ม 45 องศา 3) ระยะเวลาในการฉีดยา แนะนำให้ฉีดยาช้า ๆ ใช้เวลา 30 วินาที เมื่อยาหมดให้รออีก 10 วินาที แล้วดันฟองอากาศที่ค้างในกระบอกฉีดยาให้ดัง “แก๊ก” เพื่อให้เข็มถูกดึงออก 4) ใช้สำลีกดบริเวณที่ฉีดโดยห้ามคลึง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาแนวปฏิบัติในการฉีดยาน็อกซาพารินขึ้นได้ผิวหนังด้วยเทคนิควิธีการที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่มุ่งเน้นการลดความปวด และลดการเกิดรอยช้ำ จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาได้ข้อสรุปเกี่ยวกับความรุนแรงของความปวดและขนาดของรอยช้ำบริเวณที่ฉีดยาน็อกซาพารินขึ้นได้ผิวหนัง โดยพบว่ามีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเทคนิควิธีการฉีด (Injection technique) พบว่ามีความสัมพันธ์ถึงร้อยละ 90¹⁵⁻¹⁷ ซึ่งครอบคลุมปริมาณยา ที่ฉีด (Volume of the drug solution) ตำแหน่งที่ฉีด (Injection site) เส้นผ่าศูนย์กลางของเข็มที่ฉีด (Needle diameter) ความเร็วของการฉีด (Injection speed) หรือระยะเวลาที่ฉีด (Duration injection)^{7,14} มีการศึกษาพบว่า การฉีดโดยใช้เวลานาน การฉีดช้า ๆ ช่วยลดระดับความรุนแรงของความปวดและขนาดของรอยช้ำบริเวณผิวหนังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{14,16,18} อย่างไรก็ตามระยะเวลาที่ใช้ศึกษามีความหลากหลายทั้ง 20 วินาที และ 30 วินาที รวมทั้งการลดการเกิดรอยช้ำของผิวหนังรวมทั้งก่อนเลือดบริเวณที่ฉีด โดยการเลือกตำแหน่งที่ฉีด (Injection site) มักจะแนะนำให้ฉีดบริเวณหน้าท้อง^{16,17,19-22} เนื่องจากมีชั้นใต้ผิวหนังที่หนาและมีชั้นไขมันที่ช่วยลดการรั่วของอิน็อกซาพารินเข้าสู่เนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (Superficial tissue) จึงมีแนวโน้มที่จะเกิดรอยช้ำ (Bruising) น้อยกว่าบริเวณอื่น อีกทั้งบริเวณหน้าท้องมีเส้นประสาทน้อยกว่าบริเวณอื่นจึงทำให้เกิดความปวดน้อยกว่า²³ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงการลดความปวดและรอยช้ำบริเวณที่ฉีดโดยใช้เทคนิควิธีที่หลากหลาย เช่น การประคบเย็นให้หลอดเลือดบริเวณที่ฉีดหดตัวทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลง ทำให้ลดการเกิดรอยช้ำบริเวณที่ฉีด^{15,24-27} สำหรับเทคนิคอื่น เช่น การกดยาบริเวณที่ฉีดหลังถอนเข็ม^{15,28} การพ่นสเปรย์เย็นก่อนฉีดยา (Coolant spray)²² พบว่าช่วยลดความปวดและการเกิดรอยช้ำบริเวณที่ฉีด แต่ยังคงมีจำนวนการศึกษาจำกัดรวมทั้งคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ยังไม่เพียงพอที่จะสรุปเป็นแนวทางการปฏิบัติได้

ข้อสรุปจากการศึกษาที่ผ่านมาสอดคล้องกันว่าการฉีดยาน็อกซาพารินขึ้นได้ผิวหนังด้วยเทคนิควิธีตามแนวปฏิบัติเดิมอาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความปวดและรอยช้ำบริเวณที่ฉีดตลอดจนถึงภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่คุกคามต่อชีวิต ได้แก่ภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มผนังกล้ามเนื้อ (Rectus sheath) และหลังเยื่อช่องท้อง (Retroperitoneal hemorrhage) ทำให้เกิดภาวะเลือดออกภายในช่องท้อง (Intra-abdominal hemorrhage)²⁹⁻³¹ พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทในการบริหารยาให้มีประสิทธิภาพและปลอดภัย เพื่อลดการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการบริหารยา การปฏิบัติของพยาบาลโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในการฉีดยาน็อกซาพารินขึ้นได้ผิวหนังตามแนวปฏิบัติที่มีอยู่ในปัจจุบันซึ่งยังคงมีอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นและยังไม่ครอบคลุมการปฏิบัติที่สำคัญเพื่อลดความปวดและรอยช้ำบริเวณที่ฉีดสะท้อนถึงความจำเป็นในการนำแนวปฏิบัติในการฉีดยาน็อกซาพารินขึ้นได้ผิวหนังด้วยเทคนิควิธีการที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Scientific evidence) ซึ่งรวบรวมข้อเสนอแนะเทคนิคการปฏิบัติในการฉีดยาที่ครอบคลุมเพื่อเป็นแนวปฏิบัติปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการบริหารอิน็อกซาพารินขึ้นได้ผิวหนังให้มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และลดอาการไม่พึงประสงค์จากการบริหารยาต่อไป

การศึกษานี้ได้นำข้อสรุปเทคนิควิธีการที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Scientific evidence) มาปรับปรุงแนวปฏิบัติการบริหารยาฉีดยาน็อกซาพารินขึ้นได้ผิวหนังสำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนที่เข้ารับการผ่าตัด LSG โดยมีประเด็นที่แตกต่างจากเดิม คือการประคบเย็นก่อนและหลังฉีดยาน็อกซาพารินขึ้นได้ผิวหนัง 5 นาที การศึกษาเชิงทดลองเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งรอยช้ำและความปวด จะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีในการนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการการพยาบาลและเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความปวด รอยขีด และความพึงพอใจระหว่างผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการผ่าตัดในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริหารยาฉีดอินน็อกซาพารินทางชั้นใต้ผิวหนังตามแนวปฏิบัติเดิมและกลุ่มผู้ป่วยทดลองที่ได้รับแนวปฏิบัติการบริหารยาฉีดอินน็อกซาพารินทางชั้นใต้ผิวหนังตามแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงใหม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการฉีดยาฉีดอินน็อกซาพารินทางชั้นใต้ผิวหนังชั้น ตามแนวทางของ National Health and Medical Research Council (NHMRC)³² ประเทศออสเตรเลียซึ่งประกอบไปด้วยการเลือกตำแหน่งที่ฉีด ขนาดเข็มที่ฉีด การใช้เทคนิค Air lock การประคบก่อนและหลังฉีดยาด้วยความเย็น ซึ่งเทคนิคต่าง ๆ เหล่านี้มีผลต่อการป้องกันภาวะเลือดออกหลังฉีดยาทำให้เกิดรอยขีดหรือก้อนเลือดตามมา โดยความเย็นจะทำให้เส้นเลือดหดตัว การไหลเวียนของเลือดช้าลง ส่งผลต่อกระบวนการเมตาบอลิซึมและการอักเสบตำแหน่งที่ฉีดยาจึงลดอุบัติการณ์การเกิดรอยขีดและก้อนเลือด และความเย็นทำให้การรับรู้ของประสาทสัมผัสลดลงซึ่งจะช่วยลดความเจ็บปวดได้³²

รูปแบบการศึกษา

แบบการวิจัย

การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial: RCT) วัตถุประสงค์หลังการทดลอง (Experimental posttest-only control group design) โดยมีตัวแปรตาม คือ ความปวดและรอยขีด และวัดความปวดหลังแสดงในแผนภาพ

กลุ่มทดลอง	R	X	O ₁
กลุ่มควบคุม	R		O ₂

โดย R = การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง/กลุ่มควบคุม (Random assignment)

X = แนวปฏิบัติการบริหารยาฉีดอินน็อกซาพารินทางชั้นใต้ผิวหนังแบบปรับปรุงใหม่โดยการประคบเจลเย็นก่อนและหลังฉีดยาอินน็อกซาพาริน 5 นาที

O₁ = การประเมินระดับความรุนแรงของความปวดหลังฉีดยาทันที รอยขีดบริเวณที่ฉีดยาอินน็อกซาพารินชั้นใต้ผิวหนังของกลุ่มทดลองหลังฉีดยา 24 และ 48 ชั่วโมง

O₂ = การประเมินระดับความรุนแรงของความปวดหลังฉีดยาทันที รอยขีดบริเวณที่ฉีดยาอินน็อกซาพารินชั้นใต้ผิวหนังของกลุ่มควบคุมหลังฉีดยา 24 และ 48 ชั่วโมง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะผ่านการส่องกล้อง (LSG) และได้รับการรักษาป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (VTE) ด้วยยาอินน็อกซาพารินทางชั้นใต้ผิวหนังขนาด 40-60 มิลลิกรัม ทุก 12 ชั่วโมง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 และศัลยกรรมชาย 2 เพื่อทำการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะผ่านการส่องกล้อง (LSG) และได้รับการรักษาป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (VTE) ด้วยยาอินน็อกซาพารินทางชั้นใต้ผิวหนัง ขนาด 40-60 มิลลิกรัม ทุก 12 ชั่วโมง และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้



1. มีคำสั่งการรักษาด้วยยาฉีดอินน็อกซาพาริน โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 100 กิโลกรัม ให้ยาขนาด 40 mg/0.4 ml และกลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักมากกว่า 100 กิโลกรัม ให้ยาขนาด 60 mg/0.6 ml
2. อายุระหว่าง 18 - 60 ปี
3. ไม่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 1 และ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน
4. มีค่าผลเลือดภายใน 1 เดือน คือ ค่าการทำงานของตับเป็นปกติ ค่าเกล็ดเลือดปกติ ค่าINR และ PTT ปกติ
5. ไม่มีอาการบวม แดง รอยแผล รอยขีดข่วนบริเวณที่ฉีดยา
6. มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถบอกระดับความปวดได้
7. ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างมีอาการเปลี่ยนแปลงจากเดิมและมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะเลือดออกง่าย อาการแพ้ความเย็น เป็นต้น

การคำนวณขนาดตัวอย่าง คำนวณค่าอิทธิพลจากการศึกษาโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.7 ของ Faul และคณะ³³ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 ระดับอำนาจในการวิเคราะห์ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 21 รายต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายร้อยละ 10 จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 24 รายต่อกลุ่ม

การสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยวิธี Block of four ซึ่งจะใส่หมายเลขในซองจดหมายจำนวน 4 ของ เลข 1 กลุ่มควบคุมจำนวน 2 ของ เลข 2 กลุ่มทดลองจำนวน 2 ของ เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจะจับสลากออกมาแต่ละซอง โดยไม่ใส่กลับจนครบทั้ง 4 ของ แล้วเริ่มจับสลากใหม่

ผู้ช่วยวิจัย เป็นผู้ร่วมทำการวิจัยทั้ง 3 คน ที่ได้รับการฝึกฉีดยาอินน็อกซาพารินตามแนวปฏิบัติปรับปรุงใหม่ โดยมีหัวหน้าทีมวิจัยเป็นผู้สัณนิษฐาน และผู้ร่วมวิจัยสัณนิษฐานย้อนกลับ ผ่านการประเมินโดยหัวหน้าทีมวิจัย

เครื่องมือวิจัย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 ยาอินน็อกซาพารินที่ใช้ในโรงพยาบาล ขนาดมาตรฐานคือ 40 mg และ 60 mg ซึ่งลักษณะของยาจะเป็นกระบอกฉีดยาและเข็มฉีดยาส่งรูปที่ติดมาอยู่ใน Syringe เดียวกัน

- 1.2 แนวปฏิบัติการบริหารยาฉีดอินน็อกซาพารินทางชั้นใต้ผิวหนังที่ปรับปรุงใหม่ ประกอบด้วย

1.2.1 หลักการบริหารยาให้ปลอดภัย ได้แก่ 1) การจัดทำควรให้ผู้ปวยนอนราบหัวสูง 30 องศา (Semi-fowler position) 2) ตำแหน่งที่ฉีดรอบสะดือ ห่างจากสะดือออกไป 5 เซนติเมตร แนวการฉีดให้ฉีดในทิศตรงกันข้าม เรียงจากหมายเลข 1 ไปจนถึงหมายเลข 12 กรณีที่มีรอยแผลเป็น รอยจ้ำเลือดเดิมให้ขยับตำแหน่งเรียงไปตามลำดับหมายเลข เพื่อความสะดวกต่อการฉีดยา จึงได้จัดทำวงกลมวัดแนวฉีดยาขึ้น 3) วงกลมวัดแนวฉีดยา ให้วางศูนย์ที่ตำแหน่งสะดือ หมายเลข 1 วางแนวเดียวกับศีรษะ ให้ทำสัญลักษณ์ที่ได้หมายเลข ซึ่งเจาะรูไว้ (ห่างจากสะดือออกไป 5 เซนติเมตร) เป็นตำแหน่งที่ปักเข็มฉีดยา

1.2.2 เทคนิคการฉีดยา 1) ประคบเจลเย็นก่อนฉีด 5 นาที 2) ไม่โล่งพองอากาศจากกระบอกฉีดยา 3) ใช้สำลีแอลกอฮอล์ทำความสะอาดผิวหนัง 4) ใช้มือข้างที่ไม่ถนัดจับผิวหนังของผู้ป่วยขึ้น แล้วใช้มือข้างที่ถนัดปักเข็มฉีดยาในตำแหน่ง 90 องศา (90 องศา) 6) ดันยาช้า ๆ อย่างต่อเนื่องใช้เวลาไม่น้อยกว่า 30 วินาที 7) หลังฉีดยารออีก 10 วินาที แล้วดันเข็มให้สุดจนดัง “แก๊ก” 8) ใช้สำลีแห้งปิดรอยฉีดยา 9) ลงบนตำแหน่งฉีดยา 30 วินาที 9) ประคบเจลเย็นหลังฉีด 5 นาที

1.3 แนวปฏิบัติการบริหารยาฉีดอินน็อกซาพารินทางชั้นใต้ผิวหนังแบบเดิม ประกอบด้วย 1) ตำแหน่งที่ฉีด ใช้ตำแหน่งรอบสะดือเป็นตำแหน่งแรกหากไม่มีข้อห้าม การเลือกตำแหน่งที่ฉีดตามแผ่นวงกลมสุฟตรา โดยฉีดห่างจากสะดือออกไป 5 เซนติเมตร 2) เทคนิคการฉีด ให้ใช้มือข้างที่ไม่ถนัดยกผิวหนังของผู้ป่วยขึ้น แล้วใช้มือข้างที่ถนัดปักเข็มฉีดยาในตำแหน่ง 90 องศา 3) ระยะเวลาในการฉีดยา แนะนำให้ค่อย ๆ ดันยาใช้เวลานาน 30 วินาที เมื่อยาหมดให้รออีก 10 วินาที แล้วดันพองอากาศที่ค้างในกระบอกฉีดยาให้ดัง “แก๊ก” และจึงถอดเข็มออก 4) การปฏิบัติหลังการฉีด ให้ใช้สำลีกดบริเวณที่ฉีดกดอย่างเดียวยห้ามคลึง



2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว BMI และ ขนาดยาที่ได้รับ

2.2 มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numerical rating Scale: NRS) ตั้งแต่ 0 - 10 คะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวด คะแนน 1 - 3 หมายถึง ปวดเล็กน้อย คะแนน 3 - 5 หมายถึง ปวดปานกลาง คะแนน 5 - 9 หมายถึง ปวดมาก และคะแนน 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด

2.3 แบบบันทึกรอยขีดเป็นมิลลิเมตร โดยแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ สร้างโดย Poursafar และคณะ¹³

ระดับ 1 คือ ไม่เกิดรอยขีด (ขนาดน้อยกว่า 2 มม.)

ระดับ 2 คือ รอยขีดขนาดเล็ก (ขนาด 2 ถึง 5 มม.)

ระดับ 3 คือ รอยขีดขนาดใหญ่ (ขนาด มากกว่า 5 มม.)

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริหารยาอินน็อกซาพารินทางชั้นผิวหนังสร้างโดย Prommanee และคณะ⁴⁰ แปลผลคะแนน โดย คะแนน 5 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจมากที่สุด คะแนน 4 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจมาก คะแนน 3 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจปานกลาง คะแนน 2 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจน้อยคะแนน 1 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แนวปฏิบัติฉบับเดิม และแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงใหม่ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและประวัติการเจ็บป่วย มาตรวัดความปวด แบบบันทึกรอยขีด และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริหารยาอินน็อกซาพารินทางชั้นผิวหนัง ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในทางศัลยกรรม จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางศัลยกรรม จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลชำนาญการทางศัลยกรรม 1 ท่าน และผู้วิจัยได้นำประเด็นข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ มาปรับปรุง ภายหลังจากการปรับปรุง ได้ค่า Content validity index (CVI) เท่ากับ 0.90

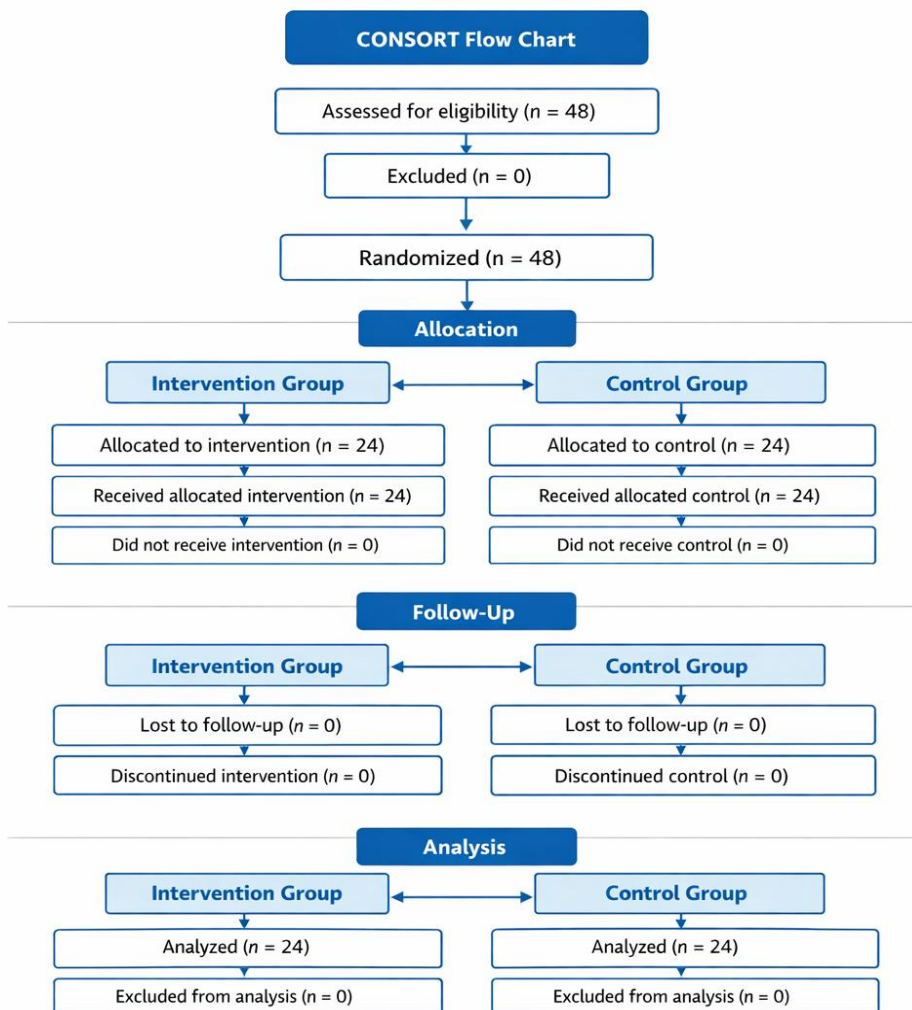
2. การตรวจสอบความเที่ยง

2.1 แนวปฏิบัติการบริหารยาอินน็อกซาพารินชั้นใต้ผิวหนังฉบับเดิม และแนวปฏิบัติฉบับปรับปรุง ตรวจสอบ ความเที่ยง ด้านความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater agreement) โดยพยาบาลวิชาชีพผู้ช่วยวิจัยรวมจำนวน 3 คน สาคิดการบริหารยาอินน็อกซาพารินชั้นใต้ผิวหนังตามแนวปฏิบัติและผู้วิจัย 2 คนเป็นผู้ตรวจสอบการปฏิบัติของพยาบาลผู้ช่วยวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้คะแนนการปฏิบัติที่ตรงกันของแนวปฏิบัติฉบับเดิม และแนวปฏิบัติฉบับปรับปรุงใหม่ เท่ากับ 1

2.2 มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข และแบบบันทึกรอยขีดตรวจสอบความเที่ยงด้านความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater agreement) โดยพยาบาลวิชาชีพผู้ช่วยวิจัยรวมจำนวน 3 คน ใช้เครื่องมือประเมินในผู้ป่วยรายเดียวกัน จำนวน 3 ราย ได้คะแนนการประเมินตรงกันของมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข และแบบบันทึกรอยขีด เท่ากับ 1 และ 1 ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (รหัส REC. 67-551-15-7) วันที่รับรอง 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างผ่านการแนะนำจากพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย หลังจากผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับอย่างเคร่งครัด ไม่มีเปิดเผยชื่อที่อยู่และข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง การเผยแพร่คำแนะนำจะกระทำในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย และมีสิทธิที่จะยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับตามมาตรฐานบริการเดิม การดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลจะเริ่มหลังจากกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



ภาพที่ 1 การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการตามกระบวนการวิจัย มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์แล้ว ทีมวิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 และศัลยกรรมชาย 2 เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้แนะนำผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยให้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การเป็นกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้ และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ข้อมูลและขอคำยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร
3. ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมจำนวน 24 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 24 ราย โดยวิธี Block of four
4. การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม
 - 4.1. กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสอบถามชื่อ - สกุล และวันเดือนปีเกิด ให้ตรงกับใบบันทึกการให้ยา และได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับฤทธิ์ของยา ผลข้างเคียงรวมถึงข้อปฏิบัติที่ควรทราบ
 - 4.2. กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการจัดทำให้นอนราบหัวสูง 30 องศา
 - 4.3. กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการฉีดยาอินซูลินอาหารน้าเข้าใต้ผิวหนังโดยเก็บข้อมูลเฉพาะการฉีดยาเข็มที่ 1 โดยขั้นตอน ดังนี้



- a. ใช้สาลีแอลกอฮอล์ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่ฉีดยา
- b. ได้รับการฉีดยาอีโนกซาพาริน เข้าชั้นใต้ผิวหนัง ที่บริเวณหน้าท้องเหนือสะดือ 5 เซนติเมตร
- c. หลังฉีดยาจะมีการปิดวัสดุปิดแผลแบบใสเพื่อเป็นการระบุตำแหน่งฉีดยาและวัดระยะ โดยใช้ไม้บรรทัดใสวัดเฉพาะรอยซ้ำที่แทงเข็มฉีดยา

4.4. กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินระดับความปวดหลังฉีดยาทันที และวัดขนาดรอยซ้ำบริเวณตำแหน่งที่ฉีดยาเมื่อครบ 24 และ 48 ชั่วโมง

4.5. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความพึงพอใจของการใช้แนวปฏิบัติ

5. การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง

5.1. กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสอบถามชื่อ - สกุล และวันเดือนปีเกิด ให้ตรงกับใบบันทึกการให้ยา และได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับฤทธิ์ของยา ผลข้างเคียงรวมถึงข้อปฏิบัติที่ควรทราบ

5.2. กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการจัดทำให้นอนราบหัวสูง 30 องศา

5.3. กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการฉีดยา โดยขั้นตอน ดังนี้

- a. ก่อนฉีดยากลุ่มตัวอย่างจะได้รับการวางเจลเย็นบริเวณที่ฉีดยานาน 5 นาที
- b. ใช้สาลีแอลกอฮอล์ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่ฉีดยา
- c. ได้รับการฉีดยาอีโนกซาพาริน เข้าชั้นใต้ผิวหนัง ที่บริเวณหน้าท้องเหนือสะดือ 5 เซนติเมตร
- d. หลังฉีดยาจะได้รับการวางเจลเย็นบริเวณที่ฉีดยานาน 5 นาที
- e. หลังฉีดยาจะมีการปิดวัสดุปิดแผลแบบใสเพื่อเป็นการระบุตำแหน่งฉีดยาและวัดระยะ โดยใช้ไม้บรรทัดใสวัดเฉพาะรอยซ้ำที่แทงเข็มฉีดยา

5.4. กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินระดับความปวดหลังฉีดยาทันที และวัดขนาดรอยซ้ำบริเวณตำแหน่งที่ฉีดยาเมื่อครบ 24 และ 48 ชั่วโมง

5.5. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความพึงพอใจของการใช้แนวปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นเพื่อใช้สถิติวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา พบว่ามีชุดข้อมูลรอยซ้ำและความปวดที่มีการแจกแจงไม่เป็นไปตามปกติ การวิจัยครั้งนี้จึงได้วิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยสถิติ Fisher's Exact Test และ Mann-Whitney U Test

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มเป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.67 เท่ากัน โดยกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 40.21 ปี (S.D. = 10.79) ซึ่งมากกว่ากลุ่มทดลองที่มีอายุเฉลี่ย 36.71 ปี (S.D. = 11.14) สำหรับการมีโรคร่วม ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีโรคร่วม ร้อยละ 83.33 ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง ด้านค่าดัชนีมวลกายพบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 คิดเป็นร้อยละ 91.67 และ 95.83 ตามลำดับ ส่วนการได้รับยาฉีดยาอีโนกซาพาริน (Enoxaparin) พบว่า กลุ่มควบคุมร้อยละ 50 ได้รับยาขนาด 40 mg/0.4 ml และร้อยละ 50 ได้รับยาขนาด 60 mg/0.6 ml ส่วนกลุ่มทดลองร้อยละ 45.83 ได้รับยาขนาด 40 mg/0.4 ml และร้อยละ 54.17 ได้รับยาขนาด 60 mg/0.6 ml เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยสถิติ Fisher's Exact Test พบว่า ลักษณะทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=24) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง (n=24) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
1. อายุ (Age)			.49
18 - 30 ปี	5 (20.83)	9 (37.50)	
31 - 45 ปี	13 (54.17)	11 (45.83)	
46 - 60 ปี	6 (25.00)	4 (16.67)	
2. เพศ (Gender)			1.00
ชาย	2 (8.33)	2 (8.33)	
หญิง	22 (91.67)	22 (91.67)	
3. โรคร่วม (Comorbidity)			1.00
ไม่มี	4 (16.67)	4 (16.67)	
มี (DM, HT, DLP)	20 (83.33)	20 (83.33)	
4. ดัชนีมวลกาย (BMI)			1.00
25 - 29.9 (ระดับ 4)	2 (8.33)	1 (4.17)	
> 30 (ระดับ 5)	22 (91.67)	23 (95.83)	
5. ขนาดยาที่ได้รับ (Dose)			1.00
40 mg/0.4 ml	12 (50.00)	11 (45.83)	
60 mg/0.6 ml	12 (50.00)	13 (54.17)	

Note: DM = Diabetes Mellitus, HT = Hypertension, DLP = Dyslipidemia

2. เปรียบเทียบความปวดหลังฉีดยา เปรียบเทียบระดับความความปวดหลังฉีดยาที่ใช้สถิติ Mann-Whitney U Test พบว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการฉีดยาด้วยวิธีมาตรฐานมีคะแนนความปวดเฉลี่ย 2.92 (S.D. = 2.02) ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการฉีดยาอื่นนอกอาหารินมีคะแนนความปวดเฉลี่ยเท่ากับ 1.96 (S.D. = 1.40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .02$) ดังแสดงในตาราง 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความความปวดหลังฉีดยาที่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่ม (Group)	จำนวน (n)	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	มัธยฐาน (Median)	The Interquartil e Range (IQR)	ต่ำสุด - สูงสุด (Min-Max)	P-value
ควบคุม (Control)	24	2.92	2.02	3.0	1.00 - 4.00	0 - 7	.024 ^m
ทดลอง (Experiment)	24	1.96	1.40	2.0	1.00 - 3.00	0 - 6	(Sig.)

^mสถิติ Mann-Whitney U Test



3. เปรียบเทียบขนาดรอยขีด เปรียบเทียบขนาดของรอยรอยขีด 24 ชั่วโมงและ 48 ชั่วโมง โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบขนาดของรอยขีดจากการฉีดยาอีพิดูราพารินที่ 24 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระดับรอยขีด	กลุ่มควบคุม (คน)	กลุ่มควบคุม (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง (คน)	กลุ่ม ทดลอง (ร้อยละ)	รวม	P-value
24 ชั่วโมง						.256 ^f
ไม่เกิดรอยขีด (≤ 2 mm)	16	66.67	20	83.33	36	
ขนาดเล็ก (2-5 mm)	6	25.00	4	16.67	10	
ขนาดใหญ่ (> 5 mm)	2	8.33	0	0.00	2	
48 ชั่วโมง						.256 ^f
ไม่เกิดรอยขีด (≤ 2 mm)	16	66.67	20	83.33	36	
ขนาดเล็ก (2-5 mm)	6	25.00	4	16.67	10	
ขนาดใหญ่ (> 5 mm)	2	8.33	0	0.00	2	
รวม	24	100	24	100	48	

^fสถิติ Fisher's Exact Test

4. เปรียบเทียบความพึงพอใจ เปรียบเทียบความความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง มีระดับความพึงพอใจสูงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเท่ากับ 4.92 (S.D. = 0.28) ซึ่งอยู่ในระดับ "มากที่สุด" ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.67 (S.D. = 1.17) ซึ่งอยู่ในระดับ "มาก" ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาอีพิดูราพาริน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่ม (Group)	จำนวน (n)	ค่าเฉลี่ย	S.D.	มัธยฐาน (Median)	The Interquartile Range (IQR)	ต่ำสุด - สูงสุด (Min-Max)	P-value
ควบคุม	24	3.67	1.17	3.50	3.00 - 5.00	1 - 5	$< 0.001^m$
ทดลอง	24	4.92	0.28	5.0	5.00 - 5.00	4 - 5	(Sig.)

^mสถิติ Mann-Whitney U Test

การอภิปรายผล

1. คะแนนความปวดผู้ป่วยกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่า การประคบเย็นก่อนและหลังฉีดยาสามารถลดความปวดระหว่างการฉีดยาได้ เนื่องมาจากความเย็นทำให้เกิดอาการชาเฉพาะที่ และเพิ่มความทน (Threshold) ต่อความเจ็บปวดลดการนำสัญญาณของเส้นประสาท ที่นำความเจ็บปวด นอกจากนี้ความเย็นช่วยปิดประตูกั้นความเจ็บปวดตามทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) และกระตุ้นตัวรับความรู้สึกสุขสบายในสมองส่วนกลางเป็นผลให้ความเจ็บปวดลดลงได้^{34,35} ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mahammady และคณะ¹⁸ พบว่าผู้ป่วยมีความปวดน้อยลงเมื่อมีการใช้ความเย็นเป็นเวลา 3-5 นาที ที่บริเวณฉีดก่อนและหลังการให้เฮพารินใต้ผิวหนัง ($p = .02$) รวมทั้งสอดคล้องการศึกษาของ Taghili และคณะ²⁴ พบว่าการประคบเย็นเฉพาะที่ก่อนและหลังฉีดยาอีพิดูราพารินใต้ชั้นผิวหนังสามารถลดความรุนแรงของความเจ็บปวดที่บริเวณฉีดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Wang และคณะ²⁷ พบว่าการใช้ความเย็นสามารถลดความรุนแรงของความปวดได้อย่างมีนัยสำคัญ



2. ขนาดของรอยช้ำหลังฉีดยาอิน็อกซาพารินทางชั้นใต้ผิวหนังในชั่วโมงที่ 24 และ 48 ของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่าง ($p > .05$) แต่เมื่อเปรียบเทียบแบบนัยสำคัญทางคลินิก (Clinical significance) พบว่ากลุ่มทดลอง 2 ราย ไม่เกิดรอยช้ำขนาดใหญ่ทั้งชั่วโมงที่ 24 และ 48 ซึ่งอาจถือได้ว่า การใช้ความเย็นก่อนและหลังฉีดยาช่วยลดความรุนแรงของรอยช้ำได้ เนื่องจากความเย็นทำให้หลอดเลือดบริเวณที่ฉีดหดตัวเพิ่มความหนืดของเลือด ช่วยการไหลเวียนของเลือด และส่งเสริมการแข็งตัวของเลือด จึงช่วยลดการเกิดรอยช้ำและลดขนาดของรอยช้ำ นอกจากนี้ การใช้ความเย็นจะช่วยลดอุณหภูมิภายในเนื้อเยื่อ ลดอัตราการไหลของเลือด และการเผาผลาญของเซลล์ในบริเวณนั้น ทำให้ลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อน³⁶⁻³⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang และคณะ²⁷ พบว่า การใช้ความเย็นประคบหลังฉีดยา 5 - 20 นาที ทำให้ขนาดของรอยช้ำจะลดลงใน 72 ชั่วโมง หลังฉีดยาต่างจากกลุ่มที่ไม่มีการประคบเย็นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับ Amaniyan และคณะ²⁵ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการประคบเย็นก่อนการฉีดยา 3-5 นาที หรือการประคบเย็นหลังฉีดยา 5 - 20 นาที พบว่า ผลของความเย็นจะช่วยลดรอยช้ำบริเวณที่ฉีดเฮพารินทางชั้นใต้ผิวหนังได้อย่างมีนัยสำคัญที่ (Relative risk, 0.60; 95% confidence interval [0.39, 0.91]) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kilic และคณะ²⁶ ที่พบว่า ผลการประคบเย็นก่อนและหลังฉีดยาอิน็อกซาพารินโซเดียมทางชั้นใต้ผิวหนัง 2 นาที ช่วยลดความรุนแรงของขนาดของรอยช้ำได้ภายใน 48 และ 72 ชั่วโมง ($z = -6.2$, $p = .001$) อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาปัจจัยที่ทำให้รอยช้ำลดลงนอกจากความเย็นแล้วยังมีอีกหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเลือกตำแหน่งการฉีด⁹ ปริมาณของยาที่ให้¹³ แรงกดจากการฉีดยา¹³ และระยะเวลาการฉีด^{14,16,18,35}

3. ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระดับความพึงพอใจสูงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมีการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมว่าความเย็นสามารถลดความปวดได้และทำให้เกิดความรู้สึกสุขสบาย เมื่อได้รับการตอบสนองจึงเกิดความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มควบคุม⁴⁰ สอดคล้องกับการศึกษาของพนิดา กุลธรรม และคณะ⁴¹ ได้ทำการศึกษามาตรฐานการฉีดยาอิน็อกซาพารินและใช้ความเย็น พบว่าผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในมาตรฐานของการรักษาพยาบาล สอดคล้องการศึกษาในต่างประเทศของ Taghili และคณะ²⁴ กับ Aghakhani และคณะ⁴² ที่ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการฉีดยาอิน็อกซาพารินชั้นใต้ผิวหนังโดยใช้ความเย็น ซึ่งพบว่าสามารถเพิ่มความพึงพอใจและการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย

ข้อจำกัดงานวิจัย

1. การวิจัยในครั้งนี้มีการประเมินผลการปวด ความพึงพอใจ เพียงครั้งเดียวภายหลังการฉีดยา จึงไม่สามารถสะท้อนการเปลี่ยนแปลงของการปวดและความพึงพอใจในระยะยาวได้
2. การศึกษาไม่ได้ควบคุมอุณหภูมิของเจลเย็นให้คงที่ในแต่ละครั้งของการใช้งาน โดยใช้เจลเย็นที่นำออกจากช่องแข็งก่อนนำไปใช้ ซึ่งอาจทำให้ระดับความเย็นแตกต่างกันและส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านความปวด
3. กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะค่อนข้างคล้ายคลึงกัน (Homogeneous sample) ซึ่งอาจจำกัดความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัยไปยังประชากรที่มีความหลากหลายมากขึ้น

สรุปผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการบริหารยาฉีดอิน็อกซาพารินทางชั้นใต้ผิวหนังตามแนวปฏิบัติใหม่มีความปวดลดลงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการบริหารยาฉีดอิน็อกซาพารินทางชั้นใต้ผิวหนังตามแนวปฏิบัติเดิมและมีระดับความพึงพอใจมากกว่า แต่ไม่มีความแตกต่างกันของขนาดรอยช้ำ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาครั้งต่อไปที่ติดตามผลในระยะยาว โดยประเมินระดับความปวดและความพึงพอใจในหลายช่วงเวลาเพื่อให้เข้าใจแนวโน้มและความต่อเนื่องของผลลัพธ์ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น



2. ควรมีการควบคุมและกำหนดอุณหภูมิเจลเย็นให้เป็นมาตรฐานในทุกครั้งของการใช้งาน เพื่อเพิ่มความแม่นยำและความเชื่อถือได้ของผลการวิจัย

3. ควรขยายการศึกษาไปยังกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายมากขึ้น ทั้งในด้านลักษณะประชากรและบริบททางคลินิก เพื่อเพิ่มความสามารถในการประยุกต์ใช้ผลการวิจัยในวงกว้าง

4. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดรอยขีด เช่น เทคนิคการฉีดยา ตำแหน่งการฉีดยา และระยะเวลาในการฉีดยา เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ป่วยโรคอ้วนและบุคลากรที่ห่อผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ศัลยกรรมชาย 1 และศัลยกรรมชาย 2 รวมถึงเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

References

1. World Health Organization. Obesity and overweight. [Internet] .2018; [cited 2023 Jan 30]. Available From:[https:// www. Who.int/new-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight](https://www.who.int/new-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight)
2. Department of disease control. Controlling diseases and Thai people's health: A perspective on Reductive "Obesity" health issues 2023. Nonthaburi: Department of disease; 2023. (in Thai)
3. Songklanagarind Hospital, Medical Statistics Unit. Report on the number of patients in the female surgical ward who received ecstasy enoxaparin statistics 2021 to 2023. Songkhla: Songklanagarind Hospital; 2023. (in Thai)
4. Angrisani L, Vitiello A, Santonicola A, Hasani A, De Luca M, Iovino P. Roux-en-Y gastric bypass versus sleeve gastrectomy as revisional procedures after adjustable gastric band: 5-year outcomes. Obesity Surgery. 2017;27(6):1430-7. doi: 10.1007/s11695-016-2502-8.
5. Gambhir S, Inaba CS, Alizadah RF, Namias J, Hinojosa M, Smith BR, et al. Venous Thromboembolism risk for the contemporary bariatric surgeon. Surgical Endoscopy. 2020;34(8):3521-6. doi: 10.1007/s00464-019-07134-w.
6. Albertsen IE, Lyhne NM, Larsen TB, Nielsen PB. Incidence of venous thromboembolism following head and neck surgery. European Archives of Oto-rhino-laryngology. 2023;280:5081-9. doi: 10.1007/s00405-023-08112-8.
7. Jones A, Al-Horani RA. Venous thromboembolism prophylaxis in major orthopedic surgeries and factor Xla Inhibitors. Medical Science (Basel). 2023;11:49. doi: 10.3390/medsci11030049.
8. De Souza APC, Gabriel FC, Fontes-Mota GCH, Silva MS, Ribeiro E. Evidence-bases pharmacological prophylaxis recommendations for venous thromboembolism in hospitalized acutely ill medical patients: A systematic review of clinical practice guidelines. Jornal Vascular Brasileiro. 2023;22:1-9. doi: 10.1590/1677-5449.20230672.
9. Li Y, Dong S, Wang P, Sun J, Jiang H, Liu F. Influence of low molecular weight heparin Injection sites on local bruising and pain: A systematic review and meta analysis. Journal of Clinical Pharmacology Therapeutics. 2021;46:688-97. doi: 10.1111/jcpt.13323.



10. Peng S, Zhang M, Jin J, MacCormick AD. The effectiveness of venous thromboembolism prophylaxis interventions in trauma patients: A systematic review and network meta- analysis. *Injury*. 2023;54(12):111078. doi: 10.1016/j.injury.2023.111078.
11. Babaieast F, Yovandi H, Moosazadeh M, Kheradmand M. Low-molecular weight heparin and complication of subcutaneous injection: How important is injection site selection?. *Medsurg Nursing*. 2018;27(3):191-201.
12. Altawil E, Alkofide H, Almohaini H, Albeed A, Alhossan A. The use of enoxaparin as venous Thromboembolism prophylaxis in bariatric surgery: A retrospective cohort study. *Saudi Pharmaceutical Journal*. 2022;30(10):1473-8. doi: 10.1016/j.jsps.2022.07.008.
13. Poursafar Z, Jafroudi S, Baghaei M, Kazemnezhad Leyli E, Zarrizei M. Incidence and extent of bruising after subcutaneous injection of enoxaparin sodium sodiumsodium in patient hospitalized at coronary care units. *Journal Holistic Nursing and Midwifery*. 2019;29:90-6. doi: 10.32598/JHNM.29.2.90.
14. Jueakaew S, Piancharoensin R, Pinkesorn N, Thippayrom S, Sermsathanasawadi N. Novel low-molecular-weight heparin injection technique to reduce post-injection bruising. *Phlebology* 2019;34:399-405. doi: 10.1177/0268355518813512.
15. Karadag S, Aydinli A, Yilmaz C, Tutar N. Effect of cold application and compression on pain and bruising in subcutaneous heparin injection. *Journal of Vascular Nursing*. 2023;41:22-6. doi: 10.1016/j.jvn.2023.01.002.
16. Sarani H, Navidion A, Tabas EE, Medi AA. Comparing the effect of durationh and site of subcutaneous injection of enoxaparin sodium on pain and bruising size in patients admitted to cardiac care units. the *Horizon of Medical Sciences*. 2020;26(4):348-63. doi: 10.32598/hms.26.4.3308.2.
17. Jareno-Collado R, Sanchez-Sanchez MM, Fraile-Gano MP, Garcia-Crespo N, Barba- Aragon S, Bermaejo- Garcia H, et al. Ecchymosis and/or haematoma formation after prophylactic administration of subcutaneous enoxaparin in the abdomen or arm of the critically ill patient. *Enfermeria Intensiva (Engl Ed)* 2018;29:4-13. doi: 10.1016/j.enfi.2017.11.001.
18. Mohammady M, Sadeghi N. Effect of cold application on bruising and pain following heparin subcutaneous injection: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Nursing Scholarship*. 2020;52(6):634-42. doi: 10.1111/jnu.12598.
19. Yilmaz D, Ayhan D, Yilmaz DU, Düzgün F. Effect of the coughing technique during. subcutaneous heparin injection on pain severity and individual satisfaction. *Revista Latino -Americana de Enfermagem*. 2023;31:1-11. doi: 10.1590/1518-8345.6504.3923.
20. Rushing J. Administering an enoxaparin sodium sodiuminjection. *Nursing*. 2008;38:19. doi: 10.1097/01.NURSE.0000312604.60149.84.
21. Sendir M, Buyukyilmaz F, Celik Z, Taskopru I. Comparison of three methods to prevent pain and bruising after subcutaneous heparin administration. *Clinical Nurse Specialist*. 2015;29:174-80. doi: 10.1097/NUR.000000000000129



22. Isik MT, Öztunç G. Effects of subcutaneous injection after coolant spray on pain, hematoma, and ecchymosis in three different regions. *Nursing Forum*. 2021;57:352-7. doi: 10.1111/nuf.12688.
23. Alasmari FA, Hazazi MA, Ebrahim EA, Thazha MT, Alkouz HY, et al. Best practice for administering low molecular weight heparin (LMWH) Injection: An evidence-based practice project. *Evidence-Based Nursing Research* 2023;5:44-7. doi: 10.47104/ebnrojs3.v5i1.277.
24. Taghili F, Kiapour A, Zavardeh Nia ME. Effect of localized cold compress on pain with subcutaneous injection of enoxaparin sodium sodium randomized controlled trial. *Journal Kermashah. University of Medical Sciences*. 2021;25:1-5. doi: 10.5812/jkums.110984.
25. Amaniyan S, Ghobadi A, Vaismoradi M. Cold application on bruising at the Subcutaneous Heparin Injection site: A Systematic Review and Meta-Analysis. *SAGE Open Nursing*. 2020;6:1-10. doi: 10.1177/2377960820901370.
26. Kılıç E, Midilli TS. Effects of cold application on pain and bruising complications associated with subcutaneous heparin in intensive care patients. *International Journal of Health Science and Research*. 2017;7(9):173-83.
27. Wang H, Guan J, Zhang X, Wang X, Ji T, Hou D, et al. Effect of cold application on pain and bruising in patient with subcutaneous injection of low-molecular-weight heparin: A meta-analysis. *Clinical and Applied Thrombosis/ Hemostasis*. 2020;26:1-10. doi: 10.1177/1076029620905349.
28. Elrefaey NMM, Hamed LA, Elsayed SM. Effectiveness of thumb manual pressure on pain, bruising and satisfaction associated with anticoagulant subcutaneous injection. *Egyptian Journal of health Care*. 2023;14(1):1199-211. doi: 10.21608/ejhc.2023.297307
29. Sohail A, Naqvi J, Wilson P. Spontaneous rectus sheath and retroperitoneal haemorrhage secondary to Enoxaparin sodium sodium injections. *Journal of Surgical Case Reports* 2023;23:1-3. doi: 10.1093/jscr/rjad482.
30. Chung KT. Intra-abdominal hematoma following Enoxaparin sodium sodium Injection. *Clinical Medicine Insights: Case Reports*. 2016;9:35-8. doi: 10.4137/CCRep.S17881.
31. Mackiewicz-Milewska M, Cisowska-Adamiak M, Szymkuć-Bukowska I, Sakwinka K, Domarecka I, Lewandowska A, Głowacka-Mrotek I. Intramuscular hematomas in patients receiving prophylaxis or anticoagulant treatment after spinal cord injury (SCI)-A rare complication: Description of seven cases and a literature analysis. *Biomedicine*. 2023;11:1142. doi: 10.3390/biomedicine11041142.
32. National Health and Medical Research Council. [NMRC]. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. [Internet]. 1999 [cited 2024 Jan 30], Available from: http://nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/film/publication/synopses/cp30pdf
33. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*. 2009;41(4):1149-60. doi: 10.3758/BRM.41.4.1149.



34. Zaki WE, Hassan MS, Mourad AH, Abd Elnany HA. Effect of cold application on local problems among patients receiving subcutaneous Enoxaparin sodium. *Egyptian Journal of Health Care*. 2020; 11(1):219-33. doi: 10.21608/EJHC.2020.74784.
35. Thanakittumakul N. Nursing care for reducing bruising in patients receiving enoxaparin sodium. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office*. 2021;27(1):38-49. (in Thai)
36. Amaniyan S, Varaei S, Vaismoradi M, Haghani H, Sieloff C. Effect of local cold and hot pack on the bruising of enoxaparin sodium injection site: A randomized controlled trial. *Contemporary Nurse*. 2016;52(1):30-41. doi: 10.1080/10376178.2016.1190289.
37. Quinlan P, Davis J, Fields K, Madamba P, Colman L, Tinca D, Cannon Drake R. Effects of localized cold therapy on pain in postoperative spinal fusion patients: A randomized control trial. *Orthopedic Nurses*. 2017;36(5):344-9. doi: 10.1097/NOR.0000000000000382.
38. Thjs E, Schotanus MGM, Bemelmans YFL, Kort NP. Reduced opiate use after total knee arthroplasty using computer-assisted cryotherapy. *Knee Surgery Sports Traumatology Arthroscopy*. 2019;27(4):1204-12. doi: 10.1007/s00167-018-4962-y.
39. Unal N, Tosun B, Aslan O, Tunay S. Effects of vapocoolant spray prior to SC LMWH injection: An experimental study. *Clinical Nursing Research*. 2021;30(2):127-34. doi: 10.1177/1054773818825486.
40. Prommanee P, Pitayavatanachai Y, Tappha J. Concepts of job satisfaction questionnaire. *APHEIT Journal*. 2020;26(1):59-66. (in Thai)
41. Kullathum P, Sakkawong S, Yuanjai A. The role of nurses in the caring of patients receiving enoxaparin Sodium injections. *Thai Red Cross Nursing Journal*. 2023;16(1):12-25. (in Thai)
42. Aghakhani N, Ghaderi B, Alinezhad V, Baghaei R, Hazrati M. Effect of enoxaparin injection duration on it Myocardial infarction patients. *Internal Medicine Today*. 2023;29(1):27-33. doi: 10.32592/intj.2023.29.1.27



การใช้ชีวิตอยู่กับภาวะเหล็กเกินในเด็กธาลัสซีเมีย: ประสบการณ์ชีวิตและการปรับตัวด้านจิตสังคม

บุญญภัทร์ ภูมิภู พย.ม.¹ สุรดา จันดีกระยอม ปร.ด.^{2,5}

สุพัตรา บัวทิ ปร.ด.³ จิตาภา ผูกพันธ์ ปร.ด.¹ วาทีนิ สุขมาก ปร.ด.⁴

(วันรับบทความ: 9 มีนาคม พ.ศ.2569/ วันแก้ไขบทความ: 6 พฤษภาคม พ.ศ.2569/ วันตอบรับบทความ: 12 พฤษภาคม พ.ศ.2569)

บทคัดย่อ

โรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกินเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของเด็กในระยะยาว โดยเฉพาะในช่วงวัยเรียนซึ่งเป็นช่วงพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อย่างไรก็ตาม องค์ความรู้ด้านประสบการณ์ชีวิตเชิงลึกของเด็กกลุ่มนี้ยังมีจำกัด การวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน ผู้ให้ข้อมูลเป็นเด็กอายุ 10–15 ปี จำนวน 11 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากคลินิกเด็กโรคธาลัสซีเมียและหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่ง เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางของ Colaizzi และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้า และการสะท้อนกลับข้อมูลจนเกิดความอิ่มตัว

ผลการวิจัยพบ 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การตระหนักรู้ต่อโรคและผลกระทบจากภาวะเหล็กเกิน 2) การดำรงชีวิตและการปรับตัวภายใต้ข้อจำกัดของโรคเรื้อรัง และ 3) ความหวัง พลังใจ และแรงสนับสนุนสู่คุณภาพชีวิตที่ดี เด็กมีความเข้าใจโรคตามระดับพัฒนาการ รับรู้ผลกระทบด้านร่างกาย ควบคู่กับความพยายามใช้ชีวิตเช่นเดียวกับเพื่อนวัยเดียวกัน การสนับสนุนจากครอบครัวและทีมสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดความหวังและแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าพยาบาลควรบูรณาการการดูแลด้านจิตสังคมควบคู่การรักษาทางกาย เพื่อเสริมสร้างความหวัง ความยืดหยุ่นทางจิตใจ และคุณภาพชีวิตของเด็กโรคเรื้อรังอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ประสบการณ์ชีวิต ผู้ป่วยเด็ก ธาลัสซีเมีย ภาวะเหล็กเกิน การวิจัยเชิงคุณภาพ

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

⁴ศาสตราจารย์ นักวิจัยอิสระ ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

⁵ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: surada.j@msu.ac.th Tel: 084-6429339



Living with Iron Overload in Children with Thalassemia: Lived Experiences and Psychosocial Adaptation

Boonyaput Phoomphu M.N.S.¹ Surada Jundeeprayom Ph.D.^{2,5}
Supatra Buatee Ph.D.³ Jidapa Poogpan Ph.D.¹ Vatinnee Sukmak Ph.D.⁴

(Received Date: March 9, 2026, Revised Date: May 6, 2026, Accepted Date: May 12, 2026)

Abstract

Thalassemia with iron overload is a chronic disease that has long-term effects on the physical, mental, and social development of children, particularly during the school years, a crucial period for developing self-esteem. However, in-depth knowledge of the lived experiences of these children remains limited. This phenomenological qualitative research aimed to explore the lived experiences of pediatric patients with thalassemia and iron overload. The participants were 11 children aged 10–15 years purposively selected from the pediatric thalassemia clinic and pediatric ward of a provincial hospital. A semi-structured interview guide was used to collect data through in-depth interviews. The data was analyzed using Colaizzi's method and data reliability was ensured through triangulation and reflective saturation.

The findings revealed three major themes: 1) awareness of the illness and the impact of iron overload, 2) living and adapting under the limitations of a chronic condition, and 3) hope, empowerment, and social support for enhanced quality of life. Children understood the disease according to their developmental level, recognized its physical impact, and made efforts to live like their peers. Support from family and the healthcare team played a significant role in fostering hope and motivation for self-care. The study concludes that holistic nursing interventions integrating emotional support, family-centered care, and hope-enhancing strategies are essential for promoting sustainable well-being among children with iron overload conditions. The study suggests that nurses should integrate psychosocial care with physical treatment to enhance hope and mental resilience, thereby promoting a sustainable quality of life for children with chronic diseases. Limitations of this include single-site recruitment and a relatively small sample size. Future research should investigate intervention models designed to enhance resilience and promote long-term psychosocial outcomes.

Keywords: lived experiences, pediatric patients, thalassemia, iron overload, qualitative research

¹Assistant Professor, Pediatric and Adolescent Nursing Department, Faculty of Nursing, Mahasarakham University.

²Assistant Professor, Psychiatric and Mental Health Nursing Department, Faculty of Nursing, Mahasarakham University.

³Assistant Professor, Adult and Gerontological Nursing Department, Faculty of Nursing, Mahasarakham University.

⁴Professor, Independent Scholar in Mental Health and Psychiatric Nursing, Thailand

⁵Corresponding author, Email: surada.j@msu.ac.th Tel: 084-6429339



บทนำ

โรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia) เป็นโรคโลหิตจางทางพันธุกรรมที่เกิดจากความผิดปกติของการสร้างฮีโมโกลบิน และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมถึงประเทศไทย ซึ่งมีอัตราพาหะของโรคสูง¹ โดยรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุว่าประมาณร้อยละ 5 ของประชากรโลกเป็นพาหะของความผิดปกติของฮีโมโกลบิน และแต่ละปีมีทารกเกิดใหม่ที่มีความผิดปกติของฮีโมโกลบินชนิดรุนแรงมากกว่า 300,000 ราย² สำหรับประเทศไทย พบอัตราพาหะของธาลัสซีเมียสูงถึงร้อยละ 30-40 ของประชากร โดยเฉพาะในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่งผลให้มีเด็กเกิดใหม่เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงจำนวนหลายพันรายต่อปี^{3,4} แม้ความก้าวหน้าทางการรักษา เช่น การให้เลือดอย่างสม่ำเสมอและการให้ยาขับเหล็ก (Iron chelation therapy) จะช่วยยืดอายุและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่การรักษาดังกล่าวกลับนำไปสู่ “ภาวะเหล็กเกิน” (Iron overload) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญในผู้ป่วยเด็กที่ต้องได้รับเลือดอย่างต่อเนื่อง โดยภาวะเหล็กเกินเกิดจากการที่ร่างกายไม่มีกลไกในการขับเหล็กส่วนเกินออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบกับการได้รับเลือดซ้ำ ๆ ทำให้มีการสะสมของเหล็กในร่างกายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁵ นอกจากนี้เหล็กส่วนเกินจะสะสมในอวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ ตับ และต่อมไร้ท่อ ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ตับแข็ง เบาหวาน และความผิดปกติของการเจริญเติบโต ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง^{5,6}

ในบริบทเด็ก ภาวะเหล็กเกินมิได้ส่งผลเฉพาะด้านชีวภาพเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางกาย จิตใจ และสังคม เด็กต้องเผชิญกับการมารับเลือดบ่อยครั้ง การรับประทานหรือฉีดยาขับเหล็กเป็นระยะเวลานาน และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าจากการรักษา ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคต และการรับรู้ภาพลักษณ์ตนเองที่แตกต่างจากเพื่อน^{7,8} จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในเด็กและวัยรุ่นธาลัสซีเมียสะท้อนว่า ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งรู้สึกโดดเดี่ยว สูญเสียความมั่นใจในตนเอง และบางรายมีอาการซึมเศร้าหรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งสัมพันธ์กับระดับเหล็กสะสมที่สูงและภาระการรักษาที่ต่อเนื่องยาวนาน^{7,9}

แม้ว่าประเทศไทยจะมีแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่ชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้นในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา โดยเฉพาะการเฝ้าระวังและควบคุมภาวะเหล็กเกินอย่างเป็นระบบ³ แต่งานวิจัยส่วนใหญ่ยังคงมุ่งเน้นผลลัพธ์ทางคลินิก ระดับเฟอร์ริตินในเลือด ภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะสำคัญ หรือคุณภาพชีวิต ขณะที่การศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับ “ประสบการณ์ชีวิต” ของผู้ป่วยเด็กที่ต้องดำรงชีวิตร่วมกับภาวะเหล็กเกินในบริบทจริงของสังคมไทยยังมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะงานวิจัยที่ใช้ระเบียบวิธีปรากฏการณ์วิทยาเพื่อทำความเข้าใจความหมายของการเจ็บป่วยจากมุมมองของเด็กเอง^{6,7} ช่องว่างองค์ความรู้ดังกล่าวมีความสำคัญเนื่องจากภาวะเหล็กเกินมิได้เป็นเพียงตัวชี้วัดทางชีวเคมี แต่เป็นประสบการณ์เรื้อรังที่หล่อหลอมการรับรู้ตนเอง ความหวัง และการปรับตัวของเด็กในระยะยาว เมื่อพิจารณาในบริบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความชุกของพาหะธาลัสซีเมียสูงที่สุดแห่งหนึ่งของประเทศ³ ภาระของโรคจึงมิได้จำกัดอยู่ที่ระดับบุคคล แต่แผ่ขยายสู่ระดับครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลมีจำนวนผู้ป่วยเด็กที่ต้องรับเลือดเป็นประจำจำนวนมาก และพบความท้าทายในการควบคุมภาวะเหล็กเกินอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและการเดินทาง⁴ เด็กจำนวนไม่น้อยต้องเดินทางไกลเพื่อรับเลือดทุก 3-4 สัปดาห์ และต้องเผชิญภาระการรักษาที่ต่อเนื่องยาวนานตั้งแต่วัยต้นของชีวิต

แม้ว่าความก้าวหน้าทางการแพทย์จะช่วยให้ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียมีอายุยืนยาวขึ้นและสามารถควบคุมภาวะเหล็กเกินได้ดีขึ้น แต่การมีชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังตั้งแต่วัยเด็กกลับก่อให้เกิดผลกระทบทางจิตสังคมที่ซับซ้อนและยาวนาน เด็กต้องเผชิญกับการมารับเลือดอย่างสม่ำเสมอ การใช้ยาขับเหล็กต่อเนื่อง และความไม่แน่นอนของภาวะแทรกซ้อนในอนาคต ภาระดังกล่าวสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ความกลัวการรักษา และความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ (Emotional fatigue) ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและการปรับตัวทางจิตใจของเด็ก^{7,9} ในช่วงวัยเรียนและวัยรุ่น ซึ่งเป็นระยะสำคัญของการพัฒนาอัตลักษณ์ (Identity formation) และความภาคภูมิใจในตนเอง การมีรูปร่างเตี้ย น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ หรือมีลักษณะทางกายภาพที่แตกต่างจากเพื่อน อาจทำให้เด็กรู้สึกด้อยคุณค่า แยกตัวจากกลุ่มเพื่อน และลดการมีส่วนร่วมทางสังคม งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าเด็กและวัยรุ่นที่เป็นธาลัสซีเมีย



ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังและกระทบต่อการปรับตัวทำให้มีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้า ความเครียด และปัญหาพฤติกรรมมากกว่ากลุ่มปกติ โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะเหล็กเกินควบคุมได้ไม่ดี^{6,8} นอกจากนี้ ในบริบทครอบครัวไทย โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีความชุกของโรคสูง³ เด็กจำนวนไม่น้อยอยู่ในครอบครัวที่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ และต้องเดินทางไกลเพื่อมารับบริการรักษาอย่างต่อเนื่อง ภาระค่าใช้จ่ายและเวลาอาจก่อให้เกิดความตึงเครียดในครอบครัว เด็กบางรายรับรู้ว่าเป็นภาระ และพยายามเก็บซ่อนความรู้สึกหรือไม่แสดงความต้องการของตนเอง การรับรู้เช่นนี้อาจส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาและการดูแลตนเองในระยะยาว⁷

งานวิจัยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาเน้นศึกษาคุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้า และความเครียดในเด็กโรคธาลัสซีเมียเป็นหลัก^{7,10,11} แต่ยังมีข้อจำกัดด้านองค์ความรู้เชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตและความหมายที่เด็กสร้างขึ้นจากการเจ็บป่วย โดยเฉพาะในบริบทไทย ซึ่งมีบริบทครอบครัวและวัฒนธรรมเฉพาะ ดังนั้น การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นการศึกษาเพื่อเติมเต็มช่องว่างองค์ความรู้ (Gap of knowledge) ด้านประสบการณ์ชีวิตและการปรับตัวทางจิตสังคมของเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน เพื่อพัฒนาการดูแลทางการแพทย์ที่ตอบสนองต่อความต้องการเชิงลึกของเด็ก

จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ภาวะเหล็กเกินในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียมิได้เป็นเพียงภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกที่ต้องควบคุมระดับทางชีวเคมีเท่านั้น หากแต่เป็นประสบการณ์ชีวิตเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ตนเอง การดำเนินชีวิตประจำวัน ความสัมพันธ์กับครอบครัวและเพื่อน รวมถึงความหวังต่ออนาคตของเด็กอย่างลึกซึ้ง โดยเฉพาะในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีความชุกของโรคสูงและมีเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมเฉพาะพื้นที่ อย่างไรก็ตาม องค์ความรู้เชิงลึกที่สะท้อนเสียงและความหมายของประสบการณ์จากมุมมองของเด็กเองยังมีจำกัด การศึกษานี้จึงมีความมุ่งหมายเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน ผ่านระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา เพื่อค้นหาความหมาย แก่นประสบการณ์ และรูปแบบการเผชิญปัญหาที่เด็กใช้ในการดำรงชีวิตกับโรคเรื้อรัง ข้อมูลที่ได้จะเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาการพยาบาลและการดูแลแบบองค์รวมที่สอดคล้องกับบริบทชีวิตจริงของเด็กและครอบครัวไทย ตลอดจนสนับสนุนการกำหนดนโยบายและแนวทางบริการสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนต่อมิติทางจิตสังคมอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกินเป็นอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน ประชากรในการวิจัย คือ ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ที่ได้รับการรักษาด้วยการให้เลือด มีภาวะเหล็กเกินและได้รับยาขับเหล็ก ที่มารับการรักษาที่คลินิกพิเศษโรคธาลัสซีเมีย และหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (Key informants) แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive phenomenology) ของ Edmund Husserl เป็นกรอบปรัชญาพื้นฐาน ซึ่งมุ่งทำความเข้าใจประสบการณ์ที่มีชีวิต (Lived experience) และความหมายที่บุคคลมอบให้กับประสบการณ์นั้น โดยเน้นการวางอคติของผู้วิจัย (Bracketing) เพื่อเข้าถึงแก่นแท้ของปรากฏการณ์ตามมุมมองของผู้ให้ข้อมูลโดยตรง¹² เพื่อบรรยายประสบการณ์ของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน ซึ่งผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียไม่ได้ถูกมองเพียงในฐานะภาวะแทรกซ้อนทางชีวภาพ แต่เป็นปรากฏการณ์ที่เด็กมีประสบการณ์ รับรู้ ตีความ และให้ความหมายผ่านบริบท



ชีวิตจริงของตนเอง ทั้งในมิติร่างกาย จิตใจ และสังคม นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีพัฒนาการจิตสังคมของ Erikson ที่อธิบายว่าเด็กวัยเรียนต้องการความสำเร็จเชิงผลงานและการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน หากเผชิญความล้มเหลวหรือถูกจำกัดบทบาท อาจเกิดความรู้สึกด้อยค่า (Inferiority) ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้คุณค่าในตนเอง¹³ ในบริบทเด็กโรคเรื้อรัง การขาดเรียนบ่อย การเจ็บป่วยเรื้อรัง และข้อจำกัดทางร่างกาย อาจเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการขั้นนี้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาการ เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกินในโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน อายุ 10-15 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยการให้เลือดมีภาวะเหล็กเกินและได้รับยาขับเหล็ก ที่มารับการรักษาที่คลินิกพิเศษโรคธาลัสซีเมีย และหอผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่ง ยินดีให้ข้อมูล ในการสัมภาษณ์ พบว่าข้อมูลมีความอึดอัดที่ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 11 คน มีคุณสมบัติตามที่กำหนดดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโธโมซัยกัสเบต้าธาลัสซีเมีย หรือเบต้าธาลัสซีเมีย/ฮีโมโกลบินอี 2) ได้รับการรักษาโดยการให้เลือดแบบ high transfusion 3) ได้รับยาขับเหล็ก 4) อายุระหว่าง 10-15 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 5) สามารถสื่อสารเข้าใจได้ อ่าน เขียนภาษาไทยได้ 6) ไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญา และ 7) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเฉียบพลันในช่วงเก็บข้อมูล เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน การติดเชื้อรุนแรง หรืออยู่ระหว่างการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และ 2) ผู้ป่วยหรือผู้ปกครองประสงค์ถอนตัวจากการศึกษาในระหว่างดำเนินการวิจัย

สถานที่ศึกษา (Setting)

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย มีลักษณะประชากรส่วนใหญ่เป็นชนบท มีพฤติกรรมการทำงานในวงศ์เครือญาติห่าง ๆ หรือในหมู่บ้านเดียวกันทำให้ “ยีนส์พาหะ” ของธาลัสซีเมียถูกส่งต่อในกลุ่มเดิมซ้ำ ๆ ซึ่งส่งผลให้การถ่ายทอดยีนที่ทำให้เกิดธาลัสซีเมียมีอัตราสูงกว่าในบางพื้นที่ของประเทศ จังหวัดแห่งนี้อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เป็นจังหวัดที่มีพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นชนบทและเกษตรกรรม ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร รับจ้าง และธุรกิจขนาดเล็ก โดยมีสังคมเชื่อมโยงแบบชุมชนเข้มแข็ง ที่ครอบครัวและเครือญาติเป็นแหล่งสนับสนุนหลักในชีวิตประจำวัน ในบริบทของชุมชนอีสาน ความเชื่อและพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพมักผสมผสานระหว่างการมองแบบ “แพทย์แผนปัจจุบัน” และ “ความเชื่อดั้งเดิม” เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับโชคละชะตา บาปกรรม หรือความเชื่อในพลังธรรมชาติ¹⁵⁻¹⁷ บริบทสังคมของจังหวัดนี้ยังมีลักษณะ “ครอบครัวขยาย” อยู่ร่วมกัน ซึ่งสมาชิกหลายรุ่น (ปู่ย่า ตายาย พ่อแม่ ลูก) มีบทบาทร่วมกันในการดูแลและรับผิดชอบต่อสมาชิก โดยเฉพาะเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น ธาลัสซีเมีย ความสัมพันธ์เช่นนี้ส่งผลต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพ การแบ่งงาน การดูแล การวางแผนทางการเงินและเวลา รวมถึงการรับมือกับอารมณ์ ความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียในจังหวัดอื่น ๆ แต่ยังขาดการศึกษาที่ลงลึกถึง ประสบการณ์ชีวิตของเด็กที่มีภาวะธาลัสซีเมียและภาวะเหล็กเกิน โดยเฉพาะในบริบทของชีวิตและครอบครัวในจังหวัดที่ทำการศึกษา ซึ่งมีความแตกต่างทางวัฒนธรรมและบริบทสังคมเฉพาะทั้งในเรื่องวิถีชีวิต ความเชื่อ และระบบสนับสนุนของครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย ตัวผู้วิจัย เครื่องบันทึกเสียง แนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ซึ่งเป็นการตั้งคำถามแบบปลายเปิด ที่เอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลเด็กสามารถเล่าเรื่องราว ประสบการณ์ ความรู้สึก และทัศนคติได้อย่างอิสระ โดยไม่ถูกจำกัดด้วยกรอบคำถามที่ตายตัว ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการเตรียมไว้ล่วงหน้า เป็นแนวคำถามที่สอดคล้องกับ



วัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา 1) ผู้วิจัยซึ่งถือเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมโดยศึกษาความรู้ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ พร้อมทั้งรับฟังคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในหลักการวิจัย และทีมผู้วิจัยมีประสบการณ์ในการทำงานวิจัยเชิงคุณภาพ 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลได้แก่ เพศ อายุ เป็นบุตรลำดับที่ การศึกษา และระยะเวลาการเจ็บป่วย 3) แนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ทีมผู้วิจัยสร้างแนวคำถามจากการทบทวนวรรณกรรมแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเพื่อความถูกต้องและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ตัวอย่างแนวคำถาม เช่น “หนูรู้สึกอย่างไรต่อคำว่าภาวะเหล็กเกิน” “หนูคิดว่าภาวะเหล็กเกินมีผลต่อชีวิตประจำวันของหนูหรือไม่ อย่างไร” “หนูดูแลสุขภาพตนเองอย่างไร” “หนูให้ความหมายของภาวะเหล็กเกินหรือโรคที่เป็นอยู่ว่าอย่างไร” “หนูใช้ชีวิตในปัจจุบันอย่างไร” “หนูรู้สึกอย่างไรกับชีวิตในปัจจุบัน” เป็นต้น และ 4) อุปกรณ์ที่ใช้ในการบันทึกเสียง ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง เทป สมุดจดบันทึก และปากกา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ จึงได้มีการเตรียมตัวเกี่ยวกับเนื้อหาและระเบียบวิธีการวิจัย สร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และนำแนวคำถามไปให้ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 3 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก 3 ท่าน ร่วมกันพิจารณาความเหมาะสมของแนวคำถาม ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ความตรงของเนื้อหา และแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย โดยผู้สัมภาษณ์หลัก (อาจารย์ผู้สอนการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นและอาจารย์ผู้สอนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) และผู้ร่วมวิจัยอีกสองคน ได้แก่ อาจารย์ผู้สอนการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นและอาจารย์ผู้สอนการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ทีมผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้และนำเสนอความหมายของประสบการณ์นั้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่สนใจศึกษา วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลมีหลายวิธี เช่น การสังเกต การบันทึกภาคสนาม แต่วิธีหลักที่นิยมใช้ คือ การสัมภาษณ์ โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ผู้ที่มีประสบการณ์ในเรื่องที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา มีความสมัครใจที่จะให้ข้อมูล และเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยเด็กอายุ 10-15 ปี อาจมีความไม่ไว้วางใจและไม่เชื่อใจคนแปลกหน้า ผู้วิจัยได้มีกระบวนการในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเด็กและครอบครัวเพื่อความไว้วางใจก่อนการสัมภาษณ์ทุกครั้งและผู้วิจัยให้ความสนใจและตั้งใจฟังประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลีกเลี่ยงการร่วมแสดงความคิดเห็นที่มีอิทธิพลต่อผู้ให้ข้อมูลไม่เป็นอิสระ การศึกษาวิจัยนี้ใช้ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับการรักษาด้วยการให้เลือด มีภาวะเหล็กเกินและได้รับยาขับเหล็ก ที่มารับการรักษาที่คลินิกพิเศษโรคธาลัสซีเมีย และหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่ง ขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยใช้หลักความอิ่มตัวของข้อมูล (Data saturation) เป็นเกณฑ์ กล่าวคือ ไม่มีข้อมูลหรือประเด็นใหม่ที่มีนัยสำคัญเกิดขึ้นเพิ่มเติมจากการเก็บข้อมูล สำหรับการวิจัยครั้งนี้พบว่าข้อมูลมีความอิ่มตัวภายหลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 11 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก และบันทึกเทปการสนทนาแล้วถอดเทปการสนทนาแบบคำต่อคำ ข้อมูลมีความอิ่มตัวในรายที่ 11 เนื่องจากไม่พบประเด็นใหม่จากการสัมภาษณ์

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมงานวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 391-315/2566 และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลมหาสารคาม MSKH - REC 37-02-015 จากนั้นผู้วิจัยทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่ออธิบายถึงรายละเอียดของโครงการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล และการรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับ เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้วจึงขอเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยผู้วิจัย



ผู้วิจัยได้อธิบายและขออนุญาตจากผู้ปกครองเด็ก เมื่อผู้ปกครองอนุญาตแล้วผู้วิจัยได้อธิบายให้ผู้ป่วยเด็กทราบ หากผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองโรคธาลัสซีเมียมีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยและให้ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก จะมีการนัดหมายเพื่อชี้แจงโครงการวิจัย โดยใช้แบบชี้แจงโครงการวิจัย จากนั้นให้เวลาในการพิจารณาและตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วจึงขอความร่วมมือจากผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองให้เซ็นใบยินยอมลงในหนังสือยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดกระบวนการวิจัยซึ่งเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยจะต้องเป็นผู้ช่างสังเกต และไวต่อความรู้สึกของผู้เข้าร่วมวิจัย เช่น ความเหนื่อยล้า อึดอัด ผู้วิจัยต้องหยุดการสัมภาษณ์ ให้การดูแลประคับประคองด้านจิตใจอย่างเหมาะสม ในการวิจัยผู้วิจัยใช้นามสมมติของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน มีการชี้แจงสิทธิให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ในกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการดูแล และจะได้รับการปกป้องผลกระทบจากการวิจัยทั้งด้านร่างกาย จิตใจและความรู้สึก ดังที่กล่าวมา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จะถูกวิเคราะห์โดยวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีของโคไลซี (Colaizzi's method) ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ข้อมูลและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยกระทำไปพร้อม ๆ กันตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย จะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถพรรณนาและอธิบายถึงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น โดยไม่มีอคติหรือใช้ความรู้สึกเข้าไป ในการวิจัยนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน¹⁴ ดังนี้ การอ่านข้อมูลทั้งหมดอย่างละเอียด การคัดเลือกข้อความสำคัญ การตีความความหมาย การจัดกลุ่มความหมายเป็นประเด็นหลักและประเด็นย่อย การเขียนคำอธิบายประสบการณ์อย่างครอบคลุม การสกัดแก่นของประสบการณ์ และการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล 1) การอ่านข้อมูลทั้งหมดอย่างละเอียด (Familiarization) ผู้วิจัยอ่านบทถอดเทปการสัมภาษณ์ (Transcripts) ของผู้ให้ข้อมูลทุกคนซ้ำหลายครั้ง เพื่อทำความเข้าใจภาพรวมของประสบการณ์ชีวิต และซึมซับความหมายของข้อมูลโดยรวม โดยไม่ตีความหรือด่วนสรุปทั้งนี้เพื่อให้เข้าใจบริบทของประสบการณ์อย่างลึกซึ้ง 2) การดึงข้อความสำคัญ (Identifying significant statements) ผู้วิจัยคัดเลือกข้อความ ประโยค หรือถ้อยคำจากบทสัมภาษณ์ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา เช่น ประสบการณ์การมีชีวิตอยู่กับภาวะเหล็กเกิน การรับเลือด หรือผลกระทบด้านจิตสังคม 3) การตีความความหมายของข้อความ (Formulating Meanings) ผู้วิจัยตีความความหมายแฝงของข้อความสำคัญแต่ละข้อความ โดยใช้ถ้อยคำเชิงนามธรรมมากขึ้น แต่ยังคงยึดความหมายตามมุมมองของผู้ให้ข้อมูล และพยายามวางอคติของตนเอง (Bucketing) 4) การจัดกลุ่มความหมายเป็น Theme และ Sub-theme (Organizing into theme clusters) ผู้วิจัยนำความหมายที่ตีความแล้วมาจัดกลุ่มเป็น Theme และ Sub-theme โดยพิจารณาความคล้ายคลึง ความแตกต่าง และความสัมพันธ์ของความหมาย พร้อมตรวจสอบความสอดคล้องกับข้อมูลดิบ 5) การเขียนคำอธิบายประสบการณ์อย่างครอบคลุม (Developing an exhaustive description) ผู้วิจัยเขียนคำอธิบายประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูลอย่างละเอียดและครอบคลุม โดยเชื่อมโยงทุก Theme และ Sub-theme เข้าด้วยกัน เพื่อสะท้อนภาพรวมของปรากฏการณ์ที่ศึกษา 6) การสกัดแก่นแท้ของประสบการณ์ (Producing the fundamental structure) จากคำอธิบายทั้งหมด ผู้วิจัยสรุปแก่นของประสบการณ์ (Essential structure หรือ essence) ที่สะท้อนสาระสำคัญที่สุดของการมีชีวิตร่วมกับปรากฏการณ์นั้น และ 7) การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (Member checking) ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์หรือสรุปแก่นประสบการณ์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง ความสอดคล้อง และความครบถ้วน หากมีข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยจะนำมาปรับปรุงผลการวิเคราะห์เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ (Credibility) ของงานวิจัย

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาที่ให้ความสำคัญกับ ประสบการณ์ส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ที่ได้จากการสัมภาษณ์ให้เข้าถึงความหมายเชิงลึก วิธีการตรวจสอบข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยใช้แนวทางของ Lincoln และ Guba¹⁸ ซึ่งประกอบด้วยแนวคิดหลักคือ ใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation)



โดยผู้วิจัยเลือกใช้การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) มีการได้มาจากหลากหลายข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลจากผู้ป่วยเด็กโดยตรง ข้อมูลจากผู้ดูแลเด็กในครอบครัว นักวิจัย 2 คนขึ้นไป (Different investigators) ร่วมกันเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและสอบทานข้อมูลที่ได้ตลอดกระบวนการการตั้งแต่เก็บข้อมูลถึงวิเคราะห์และเขียนรายงานข้อมูล และตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) ใช้วิธีการเก็บข้อมูล 2 วิธี ได้แก่ 1) การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง เพื่อเข้าถึงประสบการณ์และความหมายและ 2) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participant observation) เพื่อบันทึกพฤติกรรม การแสดงออกทางอารมณ์ และบริบทจริงของผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลจากทั้งสองวิธีถูกนำมาเปรียบเทียบเพื่อยืนยันความสอดคล้องของปรากฏการณ์ที่ศึกษา นอกจากนี้ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลนั้น นักวิจัยได้ตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับโดยใช้เกณฑ์ความน่าเชื่อถือของการวิจัยเชิงคุณภาพโดยผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility) ผ่านการทำ Member checking กับผู้ให้ข้อมูลบางรายและการเปรียบเทียบข้อมูลจากผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครอง (Data triangulation) ขณะเดียวกันมีการบันทึกขั้นตอนการวิจัยและการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบร่วมกันในทีมวิจัย (Audit trail) ครอบคลุมขั้นตอนการเก็บข้อมูล การให้รหัส การพัฒนา Theme และการตัดสินใจเชิงวิเคราะห์ รวมถึงมีการตรวจสอบร่วมกันในทีมวิจัยอย่างสม่ำเสมอ (Dependability) เพื่อให้กระบวนการวิจัยมีความโปร่งใสและสามารถตรวจสอบได้ (Confirmability) และมีการบรรยายบริบทของผู้ป่วยเด็กอย่างละเอียดเพื่อให้สามารถพิจารณาการถ่ายโอนผลการวิจัย (Transferability) ได้

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.55 อายุ 11 ปี ร้อยละ 36.36 รองลงมาคืออายุ 14 ปี ร้อยละ 27.27 อายุเฉลี่ย 12 ปี มีระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 36.36 รองลงมาคือ ระดับการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 27.27 และการวินิจฉัยโรค ส่วนใหญ่เป็นธาลัสซีเมียชนิด Beta Thalassemia HB E ร้อยละ 45.45 รองลงมาคือชนิด EA Bart Disease with CS ร้อยละ 36.36 ชนิดของยาขับเหล็กผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้รับยา Deferiprone

ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน พบ 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การตระหนักรู้ต่อโรคและผลกระทบจากภาวะเหล็กเกิน 2) การดำรงชีวิตและการปรับตัวภายใต้ข้อจำกัดของโรคเรื้อรัง 3) ความหวัง พลังใจ และแรงสนับสนุนสู่คุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ยังพบประเด็นย่อยอีก 6 ประเด็นที่อธิบายถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน โดยแต่ละประเด็นหลักมีประเด็นย่อย ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 สรุปประเด็นหลักและประเด็นย่อยของประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกิน

ประเด็นหลัก (Themes)	ประเด็นย่อย (Sub-theme)
1. การตระหนักรู้ต่อโรคและผลกระทบจากภาวะเหล็กเกิน	1.1 การรับรู้ความหมายและสาเหตุของการเจ็บป่วย 1.2 การรับรู้ผลกระทบและการดำรงชีวิตจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง
2. การดำรงชีวิตและการปรับตัวภายใต้ข้อจำกัดของโรคเรื้อรัง	2.1 ใช้ชีวิตได้เหมือนคนอื่นๆทั่วไปแม้มีข้อจำกัดทางสุขภาพ 2.2 การพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองและการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม
3. ความหวัง พลังใจ และแรงสนับสนุนสู่คุณภาพชีวิตที่ดี	3.1 การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและคนรอบข้าง 3.2 ความร่วมมือในการรักษาและความหวังต่ออนาคตที่ดีขึ้น

ประเด็นหลักที่ 1 การตระหนักรู้ต่อโรคและผลกระทบจากภาวะเหล็กเกิน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกินค่อย ๆ เรียนรู้และสร้างความเข้าใจต่อโรคจากประสบการณ์การเจ็บป่วย การรักษาอย่างต่อเนื่องและข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพ โดยรับรู้ว่าโรคธาลัสซีเมียเป็นโรคเลือดจางถ่ายทอดทางพันธุกรรม ทำให้ซีด เหนื่อยง่าย และต้องรับเลือดเป็นประจำ สอดคล้องกับพยาธิสรีรวิทยาของโรคที่มีความผิดปกติของการสร้างฮีโมโกลบิน ส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจางเรื้อรังซึ่งนำไปสู่การสะสมธาตุเหล็กในอวัยวะสำคัญ เช่น ตับ หัวใจ และต่อมไร้ท่อ ส่งผลให้เด็กเชื่อมโยงอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย การเจริญเติบโตล่าช้า ซึ่งผู้ป่วยได้สะท้อนออกมาในสองประเด็นย่อย ได้แก่ มีการรับรู้ความหมายและสาเหตุของโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกินและการรับผลกระทบและการดำรงชีวิตจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง

ประเด็นย่อยที่ 1.1 การรับรู้ความหมายและสาเหตุของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยเด็กให้ความหมายแบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ ให้ความหมายต่อ “โรคธาลัสซีเมีย” และต่อภาวะ “เหล็กเกิน” โดยผู้ป่วยเด็กรับรู้ว่าโรคธาลัสซีเมียเป็นโรคเลือดจาง ถ่ายทอดมาจากพ่อแม่ เป็นโรคที่ไม่สามารถผลิตเลือดแดงเองได้ ทำให้ตัวซีด เหนื่อยง่าย และป่วยง่ายขึ้น เป็นโรคที่รักษาไม่หาย ดังคำกล่าว “หมอกะ (ก็) บอกว่าเป็นธาลัสซีเมียครับ กะ (ก็) เลยรู้ (รู้) ครับ ธาลัสซีเมียในความรู้สึกคือมันเป็นโรคที่หัวใจ (ไม่) ค่อยหลังเลือดออก มาหลาย (มาก) ชั้ม (เท่า) คนปกติครับ ทำให้ซีด กะลิเอ็ด (ก็จะทำ) ให้เหนื่อยง่าย ป่วยง่ายครับ และมันเป็นโรคทางพันธุกรรมด้วยครับ ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1) “ โรคธาลัสซีเมีย เป็นโรคที่เฮ็ด (ทำ) ให้เมื่อย (เหนื่อย) ง่าย เป็นพันธุกรรม เกี่ยวกับ “โรคธาลัสซีเมียเนี่ย มันเป็นโรคเลือดจางจ๊ะ เม็ดเลือดสร้างเองบ่ (ไม่) ได้จ๊ะ มันเลี่ยน้อย มันเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม แม่เป็นพาหะ พ่อเป็นเลือดจางจ๊ะ เป็นโรคที่รักษาไม่หาย ต้องมารักษาประจำ ถ้าบ่ (ไม่) เข้าเลือด ตัวจะซีดจ๊ะ แล้วก็มีเมื่อย (เหนื่อย) จำบ่ (ไม่) ค่อยได้จ๊ะ ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

ผู้ป่วยเด็กให้ความหมายของภาวะเหล็กเกินโดยใช้คำว่า “เหล็กขึ้น” หรือ “เหล็กสูง” และอธิบายตามความเข้าใจเชิงรูปธรรม เช่น เป็นแร่ธาตุหรือสิ่งสะสมในร่างกาย สะท้อนการรับรู้ตามพัฒนาการวัยเด็ก ดังตัวอย่างที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าว “อ๋อ...นึกว่าเป็นแร่เหล็กครับ ที่เฮา (เรา) เคยเห็น เป็นรูปร่างคือ(เหมือน)อิฐครับ เป็นแท่งครับ”(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1) “เออ.....บู้ (ไม่รู้) เหมือนกันครับ เหล็กสูงกะน่าจะเป็นอียัง (อะไร) ลักอย่างในร่างกายที่สูงขึ้นครับ มันกะน่าจะเป็นเส้น เป็นเหล็กในร่างกายมั้งครับ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2) “คำว่าเหล็กหลายเนี่ยคือเหล็กขึ้น คือธาตุเหล็กในร่างกายมันสูงครับ มันเป็นธาตุชนิดหนึ่งครับ เป็นธาตุเหล็กครับ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

ขณะเดียวกัน เด็กส่วนใหญ่รับรู้สาเหตุเกิดจากการรับประทานครั้งและอาหารบางชนิด ซึ่งแสดงถึงการเชื่อมโยงประสบการณ์ตนเองกับข้อมูลสุขภาพที่ได้รับดังตัวอย่างที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าว “คุณหมอบอกว่า อย่ากินช็อกโกแลตกับมาม่า เพราะมีธาตุเหล็กสูงครับ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1) “เหล็กมาจากอาหารที่กินเป็นประจำครับ ดับกับหัวใจกับเครื่องใน บัไฮ่ (ไม่ให้) กินครับ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2) “อาหารทะเล หอยแครง หอยแมลงภู่ แล้วก็มีในอาหารอย่างอื่นเช่น เครื่องใน สหรัย แล้วกะ (ก็) ก้วยเตี่ยว น้ำตก หมอกะบ่ (ก็ไม) ให้กินจ๊ะ ในน้ำตกมันมีเลือดจ๊ะ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

ประเด็นย่อยที่ 1.2 การรับรู้ผลกระทบและการดำรงชีวิตจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยได้กรูกรูว่าภาวะเหล็กเกินส่งผลต่อสุขภาพ เช่น เหนื่อยง่าย ตัวเล็ก โตไม่ทันเพื่อน ม้ามโต หรือโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งเหล็กเกินจะทำให้เป็นโรคเบาหวาน เกิดโรคอ้วนตามมา และส่งผลให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น ดังตัวอย่างที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าว “ถ้า (ถ้า) เหล็กขึ้น และบได้ (ไม่ได้) ให้เลือด ก็จะต้องเครียด ก็จะมีหน้าตาเปลี่ยนไปครับ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1) “ก็น่าจะเห็ดไฮ้ (ทำให้) ร่างกายเหนื่อยกว่าเก่า (กว่าเดิม) มั้งครับ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2) “ถ้าบ่ (ถ้าไม่) กินยาขับเหล็ก ถ้า (ถ้า) มันเหล็กเกิน มันลิเห็ดไฮ้ (จะทำให้) ม้ามโต แล้วกะ (ก็) โต (ตัว) คำทองใหญ่่น่า (ด้วย) จ๊ะ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3) “เหล็กขึ้นทำให้เป็นเบาหวาน คิดว่าอันตรายเพราะว่าถ้าเป็นเบาหวานแล้วจะเป็นโรคอ้วน แล้วก็ทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น แล้วหลังจากนั้นหัวใจก็จะวายครับ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9) “มันเมื่อยตุ้ะ (เหนื่อยง่าย) กะตัวน้อยนะกะ (ตัวเล็ก) ใหญ่บ่ทันหมู่ (โตไม่ทันเพื่อน) น้ำหนักกะบ่ (ก็) ไม่ ค่อยขึ้น ผิดคำ ม้ามโต แล้วพินคือมันจะฟูไว พินบ่ (ไม่) แข็งแรง” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11) และทราบว่าเป็นต้องรับประทานยาขับเหล็กอย่างสม่ำเสมอ

สำหรับการรับรู้วิธีการรักษาภาวะเหล็กเกินนั้น ผู้ป่วยได้กรับรู้ว่าจะต้องรับประทานยาขับเหล็กอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงหลีกเลี่ยงอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง อย่างไรก็ตาม ยังพบการลืมรับประทานยาหรือปฏิบัติตัวไม่สม่ำเสมอจากข้อจำกัดตามวัยและกิจวัตรประจำวัน



ดังตัวอย่างที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าว “วิธีลดต้องใช้ยาขับเหล็กทุกชนิด กินน้ำเต้าหู้ บักนิน (ไม่กิน) ดับ หัวใจกับเครื่องใน เพราะบ่แซบ (ไม่อร่อย) และ มีธาตุเหล็ก น้ำเต้าหู้เฮ็ดโฮ (ทำให้) เหล็กลดลง” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1) “กินยาขับเหล็กแล้วกะ หลีกเลียงอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงครับ เช่น ชุม (พวก) ดับไก่ฮ้างฮ้างนี่ (อะไรแบบนี้) ครับ แล้วกะ (ก็) มาม่าครับ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2) “เคยลืมหินยาขับเหล็กครับ ปกติก็ลืมหินประมาณ ช่วงแลง (ตอนเย็น) ครับ กะลืมนอนก่อนคับ ง่วงเล่นกีฬาเมื่อยกะหลับฮอดเช้า (ถึงเช้า) เลยคับ อาทิตย์หนึ่งลืมหินประมาณ 1 เทีย (ครึ่ง) ครับ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6) “เคยลืมหินยาครับ ก็ ไม่บ่อยมาก 1 เดือนลืมหินแค่ 2 ครั้งครับ ส่วนใหญ่ลืมหินกะลืมหินยาขับเหล็กกับยาบำรุงเลือด เพราะจำ ไม่ได้ครับว่ากินไปแล้วหรือยัง” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8) โดยสรุป การตระหนักรู้ต่อโรคของผู้ป่วยเด็กเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงระหว่างประสบการณ์ชีวิต ความเข้าใจตามวัย และการรักษาที่ได้รับ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและความร่วมมือในการรักษา ดังนั้น การพยาบาลควรส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับวัย ควบคู่กับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตในระยะยาว

ประเด็นหลักที่ 2 การดำรงชีวิตและการปรับตัวภายใต้ข้อจำกัดของโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกินพยายามดำรงชีวิตให้ใกล้เคียงกับเด็กทั่วไป โดยรับรู้ว่าเป็นบุคคลปกติไม่รู้สึกแตกต่างหรือแปลกแยกจากผู้อื่น แม้ต้องเผชิญข้อจำกัดด้านสุขภาพและการรักษาอย่างต่อเนื่อง สะท้อนกระบวนการปรับตัวเชิงบวกที่ช่วยคงไว้ซึ่งคุณค่าในตนเองและการพัฒนาการตามวัย ประเด็นย่อย 2 ประเด็น ได้แก่ การใช้ชีวิตได้เหมือนคนอื่น ๆ ทั่วไปแม้มีข้อจำกัดทางสุขภาพ และการพัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเองและการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมการดูแลตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรายละเอียดในแต่ละประเด็นย่อย ดังนี้

ประเด็นย่อยที่ 2.1 ใช้ชีวิตได้เหมือนคนอื่น ๆ ทั่วไปแม้มีข้อจำกัดทางสุขภาพ แม้มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ เช่น ไปโรงเรียน เล่นกับเพื่อน ออกกำลังกาย และทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ใกล้เคียงกับเด็กทั่วไป การรับรู้ของตนเอง “ปกติ” ช่วยลดความรู้สึกแตกต่างจากผู้อื่น และเสริมสร้างความมั่นใจในการใช้ชีวิตร่วมกับสังคม ดังตัวอย่างที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าว “การใช้ชีวิต กะ (ก็) เหมือนคนปกติครับ ใช้ชีวิตเหมือนคนอื่น ๆ ทั่วไป แค่ออกไปเข้าเลือดและไปตามหมอนัดครับ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2) “การใช้ชีวิต ก็ไม่แตกต่างจากหมู่ (เพื่อน) จ้า บ่ (ไม่) ได้รู้สึกว่าต่างกันไปเล่นหยัง (อะไร) กะ (ก็) ไปน้า (ด้วย) กันกับหมู่ (เพื่อน) อยู่ เฮ็ดฮ้างฮ้างคือกันเบ็ด (ทำอะไรก็ทำเหมือนกัน) ทุกอย่างจ๊ะ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3) “ใช้ชีวิตไม่แตกต่างจากคนอื่นครับ เพราะทำอะไรได้เหมือนคนอื่น เพราะเล่นกับน้องประจำ มีเพื่อน มียากับปู่ที่เล่นด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4) “สามารถออกกำลังกายได้ เฮ็ด (ทำ) กิจกรรมได้ บ่เมื่อย (ไม่เหนื่อย) เฮ็ดได้คือมู (ทำได้เหมือนเพื่อน) ทั้งการออกกำลังกายและการเล่น (วิ่ง) ครับ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

ประเด็นย่อยที่ 2.2 การพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองและการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียมีการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยาตามแผนการรักษา การเรียนหนังสือ การช่วยเหลืองานครอบครัว และการเข้าร่วมกิจกรรมตามวัย เช่น กีฬาและนันทนาการ สะท้อนว่าผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและคงบทบาทของตนในครอบครัวและสังคมได้อย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าว “เป็นนักดูริยางค์ครับ เล่นเบล เล่นเป็นประจำเพราะชอบ อยู่โรงเรียนชอบวิ่งเล่นกับเพื่อน และเตะบอล อยู่บ้านเล่นเกมกับน้อง เล่นแบดกับน้อง และชอบว่ายน้ำ ที่ชอบพิเศษคือเตะบอลกับเพื่อนครับ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1) “ช้อย (ช่วย) พ่อล้างจาน กวาดเหียน (บ้าน) ตากผ้า เฮ็ด (ทำ) กับข้าวไข่ดาว ไข่เจียว ไข่ต้ม ทอดข้าว” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3) “เล่นบอลเป็นนักกีฬาของโรงเรียนครับ แล้วกะ (ก็) มีเตะตะกร้อกับฟุตบอล แล้วกะ (ก็) เล่นวอลเลย์ครับ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6) “ช้อยพ่อเห็ดนา กะช้อยยกกล้า ดำนา (ช่วยพ่อทำนา ช่วยยกกล้าข้าว ปลักดำข้าว) อยู่เหียนผมกะนั่งข้าวยามแลงครับ แต่ยามไปโรงเรียนพ่อจะนั่งข้าวให้ครับ” (อยู่บ้านผมก็นั่งข้าวตอนเย็นครับ แต่เวลาไปโรงเรียนพ่อจะนั่งข้าวให้ครับ)” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆแสดงถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาเชิงบวก (Positive coping) โดยผู้ป่วยใช้การทำกิจกรรม การออกกำลังกาย และการช่วยเหลือตนเองเป็นกลไกในการเสริมสร้างความมั่นใจ ลดความเครียด และสร้างความรู้สึกที่ตนยังมีคุณค่าแม้มีโรคประจำตัว ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองตั้งแต่วัยเด็กมีความสำคัญต่อการจัดการโรคเรื้อรังในระยะยาว พยาบาลและครอบครัวควรสนับสนุนให้เด็กมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนตามวัย เพื่อเสริมสร้างความรับผิดชอบ ความสามารถในการปรับตัว และคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป



ประเด็นหลักที่ 3 ความหวัง พลังใจ และแรงสนับสนุนสู่คุณภาพชีวิตที่ดี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกินยังคงมีความหวังและพลังใจในการดำเนินชีวิต แม้ต้องเผชิญกับโรคเรื้อรัง การรักษาต่อเนื่อง และข้อจำกัดในชีวิตประจำวัน ความหวังเป็นพลังทางจิตใจที่ช่วยให้เด็กยอมรับโรค ปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และมองอนาคตในเชิงบวก ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความร่วมมือในการรักษา มีประเด็นย่อย 2 ประเด็น ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและคนรอบข้าง และความร่วมมือในการรักษาและความหวังต่ออนาคตที่ดีขึ้น โดยมีรายละเอียดในแต่ละประเด็นย่อย ดังนี้

ประเด็นย่อยที่ 3.1 การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและคนรอบข้าง ผลการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และครู เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียสามารถดำรงชีวิตร่วมกับโรคเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม โดยการดูแล เอาใจใส่ ความเข้าใจ และการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และไม่ถูกทอดทิ้ง การมีเครือข่ายสนับสนุนดังกล่าวช่วยลดความเครียด เสริมสร้างกำลังใจ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการดูแลตนเองและรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเด็กสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมั่นใจ ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล “อยู่กับโรคนี้นี้ได้เพราะมียามี่ปี่มี่น้อง และมีเพื่อน รู้สึกดีเวลาอยู่ใกล้ ๆ รู้สึกพอใจ มีกำลังใจ ทำให้ไม่ท้อแท้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1) “ส่วนมากก็ลาครูครับ ครูกะบอกว่า (ครูก็ไม่ว่า) ลาได้อยู่ครับ ถ้าส่วนมากมื่อ (วัน) เข้าเลือด ครูกะลื (ก็จะ) ถามครับว่าไปมื่อได้ (วันไหน) ครูจั่งลืได้ฮู้ครับ (ครูจะได้รู้) แล้วกะ (ก็) บอกหมู่ (เพื่อน) ว่าเป็นหยั่ง (อะไร) มื่อ (วัน) นี้นี้ผมคือ (จิง) ลา” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2) “ครูฮู้ (รู้) ว่าหนูป่วย กะบ่ค่อยให้เฮ็ดหยั่งหลายคือหมู่ (จะ) (ก็) ไม่ค่อยให้ทำอะไรมากเหมือนเพื่อน เช่น แลนอยู่จ๊ะ แต่ว่าลืบได้แลนหลายคือหมู่ เฮ็ดให้ฮู้สึกดีจ๊ะ (เช่น การวิ่ง จะไม่ได้วิ่งมากเหมือนเพื่อน ทำให้รู้สึกดี)” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3) “ฮู้ (รู้) และเข้าใจว่าเฮา (เรา) ป่วย เพราะเวลาเล่นกีฬาหยั่ง เออ....หนัก ๆ หมู่ (เพื่อน) กะ (ก็) ถามอยู่จ๊ะ ถามว่าเมื่อยบ่ (เหนื่อยไหม) ฮีหยั่งจั่งลืจ๋า (อะไรแบบนี้จ้ะ) ถ้าเฮา (เรา) เมื่อยหมู่กะลืให้ไปนั่งพักก่อนจ๊ะ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างพลังใจและคุณภาพชีวิตของเด็กโรคเรื้อรัง ดังนั้น บุคลากรสุขภาพควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน เพื่อสร้างระบบสนับสนุนที่เหมาะสมและยั่งยืนแก่ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย

ประเด็นย่อยที่ 3.2 ความร่วมมือในการรักษาและความหวังต่ออนาคตที่ดีขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งการมาตรวจตามนัด รับเลือดสม่ำเสมอ รับประทานยาขับเหล็ก และปฏิบัติตามคำแนะนำด้านโภชนาการและการดูแลสุขภาพ สะท้อนว่าผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาในการควบคุมอาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และคงสมรรถภาพร่างกายให้สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมีความหวังต่ออนาคต เช่น การมีสุขภาพดีขึ้น การหายจากโรค หรือสามารถใช้ชีวิตได้เหมือนคนทั่วไป ซึ่งความหวังดังกล่าวเป็นแรงขับเคลื่อนที่สำคัญที่ช่วยเสริมแรงจูงใจในการดูแลตนเอง แสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรค และยอมรับการรักษาระยะยาว ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล

“หมอนัดเดือนละเทื่อ (ครั้ง) ได้รับเลือดสัเทื่อ (ทุกครั้ง) แต่บ่เคย (ไม่เคย) ลืมมาโรงพยาบาลเลยครับ กินยาซูมื่อ (ทุกวัน) บ่เคยฮู้สึก (ไม่เคยรู้สึก) เบื่อกับการกินยา พอกินไปเรื่อย ๆ ก็จั่งชิน กินเป็นประจำจนติดเป็นนิสัยครับ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2) “โรคนี้นี้หายได้โดยผ่าตัดกระดูกสันหลังกะ ก้อยากจะหายขาด วิธีนี้ต้องรอไปจนกว่าจะโตอายุ 16 ปี มีความคิดอยากเฮ็ด (ทำ) เมื่อโตขึ้น รู้สึกดีและมีความหวังกะ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3) “การเข้าเลือดไม่กลัวครับ เพราะชินแล้ว แล้วก็รู้สึกแบบแข็งแรงขึ้นมั่งครับ ถ้าไม่เข้าเลือด ก็จั่งเดี๋ย ก็จะมีหน้าตาเปลี่ยนไปครับ และทำให้ภูมิแพ้ต่าง ๆ หายได้ครับ ร่างกายแข็งแรง แล้วกะฟิต” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6) “ก่อนรับเลือด มันกะลืมีอาการ แบบเหนื่อย ๆ อยู่ครับ รับเลือดขึ้นมา มันก็ลืเซา (หาย) เหนื่อย ร่างกายมันกะลืทำงานได้ดีขึ้นครับ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7) “โรคนี้นี้หายได้ครับ เขากะต้องเฮ็ด(ทำ)การรักษา อย่างกินผัก ออกกำลังกายดู ๆ (บ่อย ๆ) หน้าจะ (น่าจะ) หายครับ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการรักษา เช่น มาตรวจตามนัด รับประทานยา รับเลือด และดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเชื่อว่าการรักษาจะช่วยให้อาการดีขึ้น แข็งแรง และสามารถใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงเด็กทั่วไป ความหวังต่ออนาคตจึงเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเอง



การอภิปรายผล

1. การตระหนักรู้ต่อโรคและผลกระทบจากภาวะเหล็กเกิน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกินมีการรับรู้โรคผ่านประสบการณ์ตรง โดยใช้คำว่า “เหล็กขึ้น” แทน “เหล็กเกิน” และอธิบายภาวะดังกล่าวตามความเข้าใจของตนเอง สะท้อนพัฒนาการการรับรู้ของเด็กที่มักเชื่อมโยงความเจ็บป่วยกับสิ่งที่จับต้องหรือเห็นภาพได้ ขณะเดียวกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าใจว่าภาวะเหล็กเกินเกิดจากการรับเลือดเป็นประจำและอาหารบางชนิด ซึ่งสอดคล้องกับพยาธิสรีรวิทยาของโรคที่ผู้ป่วยธาลัสซีเมียมีการสะสมธาตุเหล็กจากการรับเลือดซ้ำและการดูดซึมเหล็กเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เหล็กสะสมในตับ หัวใจ และต่อมไร้ท่อ⁶ นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังรับรู้ผลกระทบของภาวะเหล็กเกินผ่านอาการและการใช้ชีวิต เช่น เหนื่อยง่าย ตัวเล็ก โตไม่ทันเพื่อน ม้ามโต หรือโรคหัวใจ สะท้อนว่าเด็กมองโรคในมิติของผลกระทบต่อร่างกายและบทบาทชีวิตประจำวัน ไม่ใช่เพียงด้านชีวภาพเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยที่ระบุไว้ว่า ความเชื่อเกี่ยวกับโรคมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการปรับตัว¹⁹ แม้ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ทราบว่าการรับประทานยาขับเหล็กและหลีกเลี่ยงอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง แต่ยังไม่พบปัญหาการรับประทานยาและรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ โดยเฉพาะช่วงที่มีกิจกรรมในโรงเรียนหรือเมื่อรู้สึกเหนื่อย สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุคติ สงวนพงษ์ และกมลรัตน์ ทองสว่าง²⁰ ที่พบว่า เด็กโรคธาลัสซีเมียมีความรู้เรื่องการรักษา แต่ยังมีความจำกัดในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และสอดคล้องกับ Reddy และคณะ²¹ ที่รายงานว่า การรับประทานยาและการใช้ชีวิตของวัยรุ่นเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการรับประทานยาขับเหล็กอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Keowmani และคณะ²² ที่พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคเบต้าธาลัสซีเมียจำนวนหนึ่งยังมีการปฏิบัติตามการรักษาด้วยยาขับเหล็กไม่สม่ำเสมอ แม้ว่าจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า แม้ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียจะมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเหล็กเกินและวิธีการรักษาในระดับหนึ่ง แต่การดูแลตนเองและการปฏิบัติตามการรักษายังคงเป็นความท้าทาย ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียควรมุ่งพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้เหมาะสมตามวัย ควบคู่กับการสนับสนุนจากครอบครัวและทีมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตในระยะยาว

2. การดำรงชีวิตและการปรับตัวภายใต้ข้อจำกัดของโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกินพยายามดำรงชีวิตให้ใกล้เคียงกับเด็กทั่วไป โดยรับรู้ว่าเป็น “คนปกติ” สามารถไปโรงเรียน ทำกิจกรรมกับเพื่อน ช่วยเหลือตนเอง และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ แม้ต้องเผชิญข้อจำกัดจากโรคเรื้อรังและการรักษาอย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยไม่ได้มองตนเองผ่านความเจ็บป่วยเพียงอย่างเดียว แต่พยายามรักษาบทบาทตามวัยและอัตลักษณ์ของความเป็นเด็กไว้ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Model) ที่อธิบายว่า บุคคลเมื่อเผชิญสิ่งกระตุ้นจากโรคเรื้อรัง จะเกิดกระบวนการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และบทบาททางสังคม เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลของชีวิต²³ เด็กกลุ่มนี้จึงใช้การเรียนรู้หนังสือ การเล่นเกม และการช่วยเหลือตนเองเป็นกลไกในการรักษาความรู้สึกปกติ ลดผลกระทบจากโรค และเสริมคุณค่าในตนเอง และผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Zolaly และคณะ²⁴ ที่พบว่า เด็กโรคธาลัสซีเมียพยายามมีส่วนร่วมในโรงเรียนและกิจกรรมสังคมเพื่อคงความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเพื่อน และสอดคล้องกับ Ismail และคณะ²⁵ ที่รายงานว่า การมองชีวิตเชิงบวกและการคงบทบาทตามวัยช่วยส่งเสริมการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง ขณะที่การศึกษาของ เพ็ญศิริ พันธวงศ์²⁶ พบว่า เด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและโรงเรียนจะมีความมั่นใจในตนเองและสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ดีกว่าเด็กที่ขาดแรงสนับสนุน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยเด็กบางรายอาจยังเผชิญข้อจำกัดจากความเหนื่อยล้า การมารับเลือดบ่อย หรือการขาดเรียน ซึ่งอาจกระทบต่อการเข้าสังคมและภาพลักษณ์ตนเอง สอดคล้องกับ Nabavian และคณะ²⁷ ที่พบว่า ความถี่ในการรักษาและอาการจากโรคเป็นปัจจัยที่ทำให้เด็กรู้สึกแตกต่างจากเพื่อนและลดการมีส่วนร่วมทางสังคม ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียควรมุ่งส่งเสริมศักยภาพในการใช้ชีวิตตามวัยควบคู่กับการลดข้อจำกัดจากโรค โดยพยาบาลควรประสานความร่วมมือกับครอบครัวและโรงเรียน เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเด็กสามารถเรียนรู้ เข้าสังคม และพัฒนาตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีและการปรับตัวอย่างยั่งยืน

3. ความหวัง พลังใจ และแรงสนับสนุนสู่คุณภาพชีวิตที่ดี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะเหล็กเกินยังคงมีความหวังและพลังใจในการดำเนินชีวิต แม้ต้องเผชิญการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น การให้เลือด การเจาะเลือด และ



การรับประทานยาขับเหล็ก สะท้อนว่า “ความหวัง” เป็นทรัพยากรทางจิตใจสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กยอมรับโรค ปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และมองอนาคตในเชิงบวก ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความหวังของ Snyder²⁸ ที่อธิบายว่า ความหวังช่วยเสริมพลังในการตั้งเป้าหมายและคงแรงใจต่อเนื่องแม้เผชิญอุปสรรค ครอบครัวเป็นแหล่งพลังใจสำคัญที่สุด โดยความรัก ความเข้าใจ และการดูแลจากพ่อแม่หรือผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ลดความเครียด และมีแรงใจในการรักษา นอกจากนี้ การสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพยังช่วยสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือในการรักษา ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Ismail และคณะ²⁵ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย และสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริกรานต์ สุทธิสมพร และ เกียรติกำจร กุศล²⁹ ที่รายงานว่า ครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อกำลังใจและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ ผู้ป่วยเด็กมีความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การมาตรวจตามนัดการรับประทานยา และการดูแลสุขภาพตนเอง เพราะเชื่อว่าช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ แสดงให้เห็นว่าความหวังทำหน้าที่เป็นแรงจูงใจภายในที่เชื่อมโยงกับพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Khalaf และคณะ³⁰ ที่พบว่า ความหวังและ การมองโลกเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยธาลัสซีเมีย ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียควรเสริมสร้างความหวังควบคู่กับการรักษาทางกาย โดยส่งเสริมบทบาทครอบครัว การสื่อสารเชิงบวกของทีมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเด็กในการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยให้กำลังใจ การปรับตัว และคุณภาพชีวิตในระยะยาว

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า เด็กที่เป็นโรคธาลัสซีเมียร่วมกับภาวะเหล็กเกินมีการรับรู้โรคตามระดับพัฒนาการ โดยเชื่อมโยงความเจ็บป่วยกับประสบการณ์ที่ตนเผชิญ และตระหนักถึงผลกระทบต่อร่างกายและการดำเนินชีวิต แม้จะมีความรู้เกี่ยวกับการรักษา แต่การปฏิบัติตามแผนการรักษายังคงเป็นความท้าทาย ผู้ป่วยเด็กพยายามดำรงชีวิตให้ใกล้เคียงปกติ โดยรักษาบทบาทตามวัยและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม สะท้อนกระบวนการปรับตัวด้านจิตสังคม ขณะเดียวกัน ความหวัง พลังใจ และแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน ครูและทีมสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการยอมรับโรคและแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียควรมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม โดยบูรณาการมิติด้านจิตสังคมควบคู่กับการรักษาทางกาย พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้เหมาะสมตามวัย เสริมสร้างความหวังและความยืดหยุ่นทางจิตใจ สนับสนุนบทบาทของครอบครัว และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเด็กมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การปรับตัวที่เหมาะสมและคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนในระยะยาว

ข้อจำกัดการวิจัย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว ทำให้ประสบการณ์ที่ได้อาจสะท้อนบริบทของระบบบริการสุขภาพและบริบททางสังคมเฉพาะพื้นที่ จึงอาจไม่สามารถนำไปอธิบายประสบการณ์ของเด็กในบริบทอื่นได้อย่างครอบคลุม และข้อจำกัดด้านช่วงอายุของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลมีอายุระหว่าง 10–15 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีระดับพัฒนาการด้านการสื่อสารและการสะท้อนประสบการณ์แตกต่างกัน อาจทำให้ความลึกซึ้งของข้อมูลที่ได้รับมีความแตกต่างกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล: จากผลการวิจัย ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยาขับเหล็กอย่างสม่ำเสมอ รายบุคคลควบคู่กับการให้ผู้ป่วยครอบครัวติดตามและปรับเวลาการรับประทานยาให้สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเด็ก เพื่อแก้ปัญหาการลืมรับประทานยาและเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
2. ด้านการทําวิจัยในอนาคต: ควรพัฒนารูปแบบการให้คำแนะนำหรือกิจกรรมการเรียนรู้ที่ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กเข้าใจโรคและการรักษาได้ง่าย เช่น สื่อการสอนสำหรับเด็กและควรส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็ก เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อโรคและปฏิบัติตามการรักษาได้อย่างเหมาะสม



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย ขอขอบคุณผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่ได้ให้ข้อมูลที่มีคุณค่ายิ่ง และท้ายที่สุดขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล พยาบาลและบุคลากรแผนกคลินิกเด็กโรคธาลัสซีเมีย และหอผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลมหาสารคาม ที่ได้อำนวยความสะดวกและช่วยเหลือในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเป็นอย่างดี

References

1. World Health Organization. Regional desk review of haemoglobinopathies with an emphasis on thalassaemia and accessibility and availability of safe blood and blood products as per these patients' requirement in South-East Asia under universal health coverage [internet]. 2021 [cited 2026 Jan 10], Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/b0a008b7-9749-41be-a95e-65a6e7f0cbee/content>
2. World Health Organization. Global epidemiology of haemoglobin disorders and derived service indicators. [internet]. 2008 [cited 2026 Jan 12], Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/feb9b61a-c73b-46dc-a43c-dba43bc6fdb/content>
3. Fucharoen S, Winichagoon P. Thalassemia in Southeast Asia: Problems and strategy for prevention and control. Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health. 2019;50(3):1–10. doi: 10.1142/9789812385239_0016
4. Department of Medical Services. Guidelines for the care and treatment of thalassemia patients in Thailand. Bangkok: Ministry of Public Health. 2022. (in Thai)
5. Cappellini MD, Porter JB, Viprakasit V, Taher AT. A paradigm shift on beta-thalassaemia treatment: How will we manage this old disease with new therapies? Blood reviews. 2018;32(4):300-11. doi: 10.1016/j.blre.2018.02.001
6. Taher AT, Musallam KM, Cappellini MD, Weatherall DJ. Optimal management of β -thalassaemia intermedia. The Lancet Haematology. 2021;8(7):e498–e509. doi: 10.1016/S2352-3026(21)00129-2
7. Qiao J, Luo B, Ming J, Zhang X, Weng J, Deng Q, et al. Health-related quality of life and associated factors among children with transfusion-dependent β -thalassaemia: A cross-sectional study in Guangxi Province. Health and Quality of Life Outcomes. 2024;22(1):93-101 doi: 10.1186/s12955-024-02307-1
8. Sinlapamongkolkul P, Surapolchai P. Health-related quality of life in Thai children with thalassemia as evaluated by PedsQL and EQ-5D-Y: A single-center experience. Mediterranean Journal of Hematology and Infectious Diseases. 2020;12(1):e2020036. doi: 10.4084/MJHID.2020.036
9. Erkul M, Ozturk Z. Lived experiences of adolescents with thalassemia major: A phenomenological study in adolescents. Journal of Pediatric Nursing. 2026;1(87):118-25. doi: 10.1016/j.pedn.2026.01.009
10. Aydinok Y, Purushotham S, Yucel A, Glassberg M, Deshpande S, Potrata B, et al. Systematic literature review of the indirect costs and humanistic burden of β -thalassaemia. Therapeutic Advances in Hematology. 2024;15(3):20406207241270872. doi: 10.1177/20406207241270872



11. Nargis W, Islam A, Islam R, Chakma T, Mou M, Jahan YT, et al. Health Related Quality of Life in Children with Thalassemia. *Dinajpur Medical College Journal*. 2025;18(1):76-81. doi: 10.69861/djmcj2025v18i1s11
12. Husserl E. The crisis of European sciences and transcendental phenomenology. Evanston (IL): Northwestern University Press; 1970.
13. Erikson EH. Identity: Youth and crisis. New York: W. W. Norton & Company; 1968.
14. Colaizzi PF. Psychological research as the phenomenologist views it. In: Valle RS, King M, editors. *Existential-phenomenological alternatives for psychology*. New York: Oxford University Press; 1978.
15. Rujkorakarn D, Buatee S, Jundeekrayom S, Mills AC. Living with schizophrenia in rural communities in north-east Thailand. *International journal of mental health nursing*. 2018;27(5):1481-9. doi: 10.1111/inm.12448
16. Rujkorakarn D, Jundeekrayom S, Sriprasan C. Factors influencing daily living of male schizophrenia in northeastern community. *Research and Development Health System Journal*. 2018;11(1):102-9. (in Thai)
17. Sukmak V, Sripola S, Sripoungpherd L, Jundeekrayom S, Compamong K. A narrative inquiry into caregivers' experiences and management after a relative's suicide attempt in a rural community in Northeast Thailand. *Archives of psychiatric nursing*. 2023;1(45):124-30. doi: 10.1016/j.apnu.2023.06.009
18. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Newbury Park (CA): Sage Publications; 1985.
19. Philpott-Robinson K, Leonard C, Southall A, Lane A, Wales K, Regan C. Conceptualising and effectuating self-regulation, self-regulated learning and executive function in education contexts for children and adolescents: A scoping review. *British Journal of Special Education*. 2026. Advance online publication. doi: 10.1111/1467-8578.70085
20. Sa-nguanphong Y, Thongsawang K. Illness experiences of school-aged children with thalassemia in Chaiyaphum Province. *Reginal Health Promotion Center 9 Journal*, 2021;15(37):262–81. (in Thai)
21. Reddy PS, Locke M, Badawy SM. A systematic review of adherence to iron chelation therapy among children and adolescents with thalassemia. *Annals of Medicine*. 2022;54(1):326-42. doi: 10.1080/07853890.2022.2028894
22. Keowmani T, Teo SC, Yap KC, Chua WL, Mohd Tahir NF, Chua PW, et al. Adherence to iron chelation therapy among children with beta thalassemia major: a multicenter cross-sectional study. *Hemoglobin*. 2023;47(6):237-244. doi: 10.1080/03630269.2023.2295291
23. Roy C. *The Roy adaptation model* (4th ed.). New York, NY: Pearson. 2018.
24. Zolaly MA, Zolaly FM, Al Belowi L, Shuqdar R, Al Belowi Sr MA, Alwasaidi TA, et al. Depression, anxiety, and stress symptoms in patients with beta thalassemia major in Almadinah Almunawwarah, Saudi Arabia. *Cureus*. 2020;7(11):1-11. doi: 10.7759/cureus.11367
25. Ismail A, Campbell MJ, Ibrahim HM, Jones GL. Health-related quality of life in Malaysian children with thalassemia. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2022;20(25):1-18. doi: 10.1186/s12955-020-01381-5



26. Sansuriwong P. Guideline of self-management in school age with thalassemia and iron overload. Nakhonphanom Hospital journal. 2023;10(2):1-16. (in Thai)
27. Nabavian M, Cheraghi F, Shamsaei F, Tapak L, Tamaddoni A. The psychosocial challenges of mothers of children with thalassemia: A qualitative study. Journal of education and health promotion. 2022;31(11):37-49. doi: 10.4103/jehp.jehp_163_21
28. Snyder CR. Hope theory: Rainbows in the mind. Psychological inquiry. 2002 Oct 1;13(4):249-75. doi: 10.1207/s15327965pli1304_01
29. Sutthisompohn S, Kusol K. Caregivers of Children with Chronic Illnesses: A systematic review on family management. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2021; 9(1):81-93. (in Thai)
30. Khalaf IA, Al-Dweik G, Abu-Snieneh H. Hope, treatment adherence and quality of life among patients with thalassemia. Journal of Pediatric Hematology/Oncology Nursing. 2021;38(6):360-8. doi: 10.15406/jpcpy.2019.10.00631



ปัจจัยทำนายภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐแห่งหนึ่ง

นุชพร ดมใหม่ พย.ม.^{1,2}

จิรวรรณ อินคัม พย.ด.¹

(วันรับบทความ: 6 มิถุนายน พ.ศ.2569/ วันแก้ไขบทความ: 13 กรกฎาคม พ.ศ.2569/ วันตอบรับบทความ: 17 กรกฎาคม พ.ศ.2569)

บทคัดย่อ

ภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนหรือภาวะหมดไฟในการเรียนเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญในการตัดสินใจออกจากการศึกษาของนักศึกษาสุขภาพ การวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยคัดสรรต่อภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 - 4 ของมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐแห่งหนึ่ง ประเทศไทย จำนวน 148 คน คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นร่วมกับการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล 3) แบบประเมินความเครียด 4) แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง 5) แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์ก และ 6) แบบประเมินภาวะเหนื่อยล้าในการเรียน ตรวจสอบความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.89, 0.83, 0.84, 0.81 และ 0.93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระดับปานกลาง (Mean = 61.39, S.D. = 15.25) โดยการรับรู้ความสามารถของตนเอง เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล ความเครียด และคุณภาพการนอนหลับ สามารถร่วมกันทำนายภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนได้ร้อยละ 59 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับสถาบันการศึกษาในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ ตลอดจนการจัดการความเครียดและการนอนหลับพักผ่อน เพื่อป้องกันและจัดการปัญหาภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: เหนื่อยล้าในการเรียน นักศึกษาพยาบาล เจตคติ ความเครียด การรับรู้ความสามารถตนเอง คุณภาพการนอนหลับ

¹อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

²ผู้ประสานงาน E-mail: nudchaporn@g.swu.ac.th Tel. 098-0985165



Factors Predicting Academic Burnout among Nursing Students in One Public Autonomous University

Nudchaporn Doommai M.N.S.^{1,2}

Jirawan Inkum Ph.D. (Nursing Science)¹

(Received Date: June 6, 2026, Revised Date: July 13, 2026, Accepted Date: July 17, 2026)

Abstract

Academic burnout is an ongoing issue and one of the major factors influencing the decision to withdraw from studies among students in health science disciplines. This predictive correlational research aimed to examine the predictive power of selected factors on academic burnout among nursing students. A sample of 148 undergraduate nursing students from years 1 to 4 enroll in the Bachelor of Nursing Science program at a public autonomous university in Thailand was recruited using stratified random sampling and simple random sampling. The research instruments included questionnaires on 1) personal information, 2) the Attitude Toward Nursing Profession Scale, 3) the Stress Assessment Scale, 4) the Self-Efficacy Perception Scale, 5) the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), and 7) the Academic Burnout Scale. The Cronbach's alpha coefficients for reliability were 0.89, 0.83, 0.84, 0.81, and 0.93, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The results revealed that the participants experienced a moderate level of academic burnout (Mean = 61.39, S.D. = 15.25). Self-efficacy, attitude toward the nursing profession, stress, and sleep quality significantly predicted academic burnout, accounting for 59% of the variance ($p < .001$). The findings of this study can serve as foundational information for educational institutions to develop strategies that enhance self-efficacy and positive professional attitudes, as well as to promote effective stress management and adequate sleep. The findings can guide educational institutions in developing strategies to enhance self-efficacy, promote positive attitudes toward the nursing profession, manage stress, and improve sleep to prevent and reduce academic burnout among nursing students.

Keywords: academic burnout, nursing student, attitude, stress, self-efficacy, sleep quality

¹Instructor, Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University

²Corresponding Author, E-mail: nudchaporn@g.swu.ac.th Tel. 098-0985165



บทนำ

การเรียนการสอนระดับพยาบาลศาสตรบัณฑิตเป็นหลักสูตรที่มีเนื้อหาเข้มข้นและเป็นประโยชน์เพื่อพัฒนาให้นิสิตสามารถก้าวออกไปเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณภาพ ตอบสนองปัญหาขาดแคลนพยาบาลของสังคมโลกที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ อย่างไรก็ตามไม่สามารถปฏิเสธได้ว่านักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับการปรับตัวด้านต่าง ๆ เช่น ความหลากหลายของลักษณะวิชา การแข่งขันในชั้นเรียน ภาระงานจำนวนมาก รวมไปถึงการแบ่งเวลาเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของมหาวิทยาลัยหรือสถาบัน ล้วนส่งผลให้เกิดความอ่อนล้าและท้อแท้ในการเรียน^{2,3} นอกจากการเรียนทางคลินิก นักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน ความเป็นความตาย ความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติ สิ่งกระตุ้นเหล่านี้เป็นสาเหตุให้เกิดความรู้สึกกดดัน สับสน หวาดหวั่น และวิตกกังวล^{4,5}

จะเห็นว่าการเรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลล้วนต้องอาศัยความพยายามอย่างมากภายใต้แรงกดดันด้านต่าง ๆ ตามที่กล่าวไปแล้วข้างต้น ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเครียด ความอ่อนล้าทั้งด้านร่างกายและจิตใจ⁶ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบมากขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มีรายงานพบว่านักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีมีภาวะเหนื่อยล้าในเรียนอยู่ที่ร้อยละ 31.50 - 46 และส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง^{7,8} นอกจากนี้ยังพบว่า นักศึกษาพยาบาลจากประเทศในทวีปเอเชียมีภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนมากที่สุด รองลงมาคือทวีปยุโรป และทวีปอเมริกาใต้ ตามลำดับ⁹

สำหรับภาวะเหนื่อยล้าในการเรียน (Academic burnout) เป็นกลุ่มอาการของการเปลี่ยนแปลงทางลบของร่างกายและจิตใจที่สืบเนื่องมาจากการงานและความเครียดเรื้อรังเกี่ยวกับการเรียน^{6,10} ส่งผลต่อประสิทธิภาพการเรียนรู้ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม คุณภาพชีวิต ตลอดจนความล้มเหลวในการศึกษา¹¹ ซึ่งนับเป็นความสูญเสียระดับปัจเจกบุคคลและครอบครัว อีกทั้งยังเกิดความสูญเสียด้านงบประมาณของประเทศในการผลิตบัณฑิต เนื่องจากการเรียนการสอนทุกหลักสูตรล้วนจำเป็นต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก ซึ่งก่อให้เกิดต้นทุนที่เพิ่มขึ้นทั้งด้านสุขภาพและการพัฒนาประเทศ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในไทยและต่างประเทศพบว่า นักศึกษาพยาบาลเพศชายและเพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนแตกต่างกัน เช่นเดียวกับนักศึกษาในระดับชั้นปีที่แตกต่างกัน^{8,9,12} ด้านเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลเป็นสิ่งที่แสดงถึงความรู้สึกนึกคิดที่นักศึกษาพยาบาลมีต่อวิชาชีพพยาบาล การมีเจตคติทางบวกต่อวิชาชีพจะส่งเสริมให้เกิดความมุ่งมั่นตั้งใจในการเรียนให้สำเร็จ ในทางกลับกันเจตคติทางลบต่อวิชาชีพจะทำให้เกิดความเบื่อหน่ายและไม่มีความสุขในการเรียน¹³ อีกทั้งการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลที่จะกระทำให้สิ่งใดสิ่งหนึ่งให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด¹⁴ ถือเป็นแรงผลักดันเชิงบวกและส่งผลให้นักศึกษามีโอกาสเกิดภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนต่ำ^{8,9,15} นอกจากนี้เกิดการเผชิญกับความเครียดสะสมระหว่างการเรียน ความกดดันจากการเรียนอย่างต่อเนื่อง และคุณภาพการนอนหลับที่ต่ำลง ทำให้เกิดอาการอ่อนล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลต่อภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนด้วยเช่นกัน^{4,15,16}

จากประสบการณ์ของอาจารย์ที่ปรึกษาและข้อมูลการดูแลนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษาบางส่วนมีความเครียดสะสมเหนื่อยล้าจากการเรียน และต้องการการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การลดและป้องกันปัจจัยที่นำไปสู่ความเหนื่อยล้าที่อาจเกิดในชั้นเรียนกำลังศึกษาของนักศึกษาจึงเป็นสิ่งที่คณาจารย์และผู้บริหารองค์กรไม่ควรมองข้ามที่ผ่านมาประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาร่วมกันระหว่างปัจจัยด้านเจตคติต่อวิชาชีพ ความเครียด การรับรู้ความสามารถของตนเอง และคุณภาพการนอนหลับ นอกจากนี้ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในนักศึกษาแพทย์ซึ่งมีลักษณะหลักสูตรและรูปแบบการเรียนการสอนที่แตกต่างจากนิสิตพยาบาล การทบทวนเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ซึ่งจะช่วยให้เกิดการสร้างสรรค์แนวทาง กิจกรรม หรือโครงการเพื่อป้องกันหรือบรรเทาปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อีกทั้งช่วยให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่นักศึกษาพยาบาลนั้นคือการประสบความสำเร็จในการศึกษา

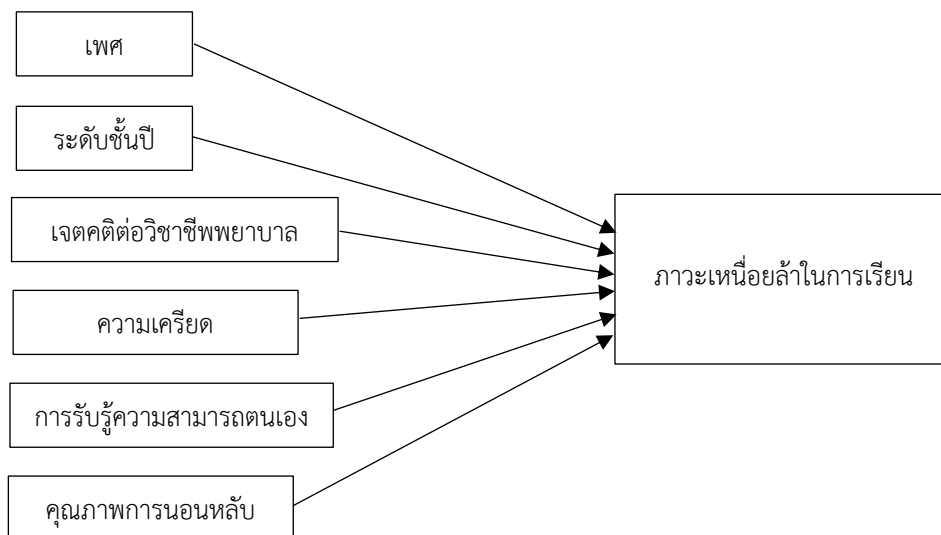


วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐแห่งหนึ่งในประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยเพศ ระดับชั้นปี เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล ความเครียด การรับรู้ความสามารถตนเอง และคุณภาพการนอนหลับ ต่อภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐแห่งหนึ่งในประเทศไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดภาวะเหนื่อยล้าในการเรียน (Academic burnout) ของ Maslach และคณะ⁶ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดยภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนหรือภาวะหมดไฟในการเรียนเป็นกลุ่มอาการของการเปลี่ยนแปลงทางลบของร่างกายและจิตใจที่มีสาเหตุจากภาระงานที่มากเกินไปและความเครียดเรื้อรังเกี่ยวกับการเรียน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ อาการอ่อนล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Exhaustion) เช่น อ่อนเพลีย หมดแรง หมดพลัง รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย ไม่มีกำลังใจในการเรียน เป็นต้น ความรู้สึกลดความเป็นบุคคล (Depersonalization) คือ ความรู้สึกหรือทัศนคติเชิงลบต่อการเรียนและสิ่งอื่นที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้นักศึกษามีพฤติกรรมแยกตัวออกจากการเรียน เช่น ขาดเรียน แยกตัวจากเพื่อนในชั้นเรียน เป็นต้น และสุดท้ายความรู้สึกลดความสำเร็จส่วนบุคคล (Reduced personal accomplishment) คือความรู้สึกด้อยคุณค่าในความสามารถของตนเอง ขาดความภาคภูมิใจ หรือไม่มีแรงจูงใจในการผลักดันตนเองให้ประสบความสำเร็จในการเรียนจากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี ได้แก่ เพศ ระดับชั้นปี เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล ความเครียด การรับรู้ความสามารถตนเอง และคุณภาพการนอนหลับ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย



ขอบเขตการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 – 4 มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐแห่งหนึ่งในประเทศไทย ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ. 2568

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐแห่งหนึ่งในประเทศไทย ปีการศึกษา 2567 ชั้นปีที่ 1 - 4 รวมทั้งหมด 456 คน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรมการคำนวณ G*Power 3.1.9.4 โดยอาศัยหลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power of analysis) กำหนดจำนวนตัวแปรทำนายที่ศึกษา 6 ตัว ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .90 และขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.15 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับปานกลางสำหรับการวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณ¹⁷ คำนวณได้เท่ากับ 123 คน อย่างไรก็ตามเพื่อป้องกันการไม่สมบูรณ์ของข้อมูล คณะผู้วิจัยจึงเผื่อกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 20 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ 148 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. สุขภาพดี ไม่เจ็บป่วย ไม่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล
2. มีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์
3. สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. พักการศึกษา ลาออก หรือเจ็บป่วยระหว่างการดำเนินการวิจัย
2. ไม่สามารถอ่านหรือเข้าใจภาษาไทยได้เพียงพอในการตอบแบบสอบถาม
3. ต้องการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยระหว่างการดำเนินการ

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยแบ่งประชากรออกเป็น 4 ชั้นปีตามสัดส่วนของประชากรทั้งหมดในแต่ละชั้นปี ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 39, 38, 36 และ 35 คน ตามลำดับ จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ในนักศึกษาแต่ละชั้นปีที่เป็นอาสาสมัครวิจัย โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถาม 6 ชุด ดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป : เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล มีทั้งแบบเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นปี โรคประจำตัว ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉลี่ย (GPAX) การพักอาศัย และความเพียงพอของรายรับ
2. แบบประเมินเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล : เป็นแบบสอบถามเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลที่พัฒนาโดย ศุภามณ จันทร์สกุล¹³ จำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วยเจตคติ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านค่านิยมของตนเองต่อวิชาชีพ ด้านลักษณะของวิชาชีพที่ได้รับการยอมรับจากสังคม และด้านการปฏิบัติงาน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 – 5 คะแนน (1 คะแนน คือ เห็นด้วยน้อยที่สุด และ 5 คะแนน คือ เห็นด้วยมากที่สุด)



เกณฑ์การแปลคะแนน คือ

- 1.00 - 1.50 คะแนน คือ มีเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลในระดับควรปรับปรุงมาก
- 1.51 - 2.50 คะแนน คือ มีเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลในระดับควรปรับปรุง
- 2.51 - 3.50 คะแนน คือ มีเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลในระดับพอใช้
- 3.51 - 4.50 คะแนน คือ มีเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลในระดับดี
- 4.51 - 5.00 คะแนน คือ มีเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลในระดับดีมาก

3. แบบประเมินความเครียด : คณะผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดความรู้สึกเครียด (Perceived Stress Scale-10) ฉบับภาษาไทย¹⁸ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน โดยแบ่งออกเป็น 0 คะแนน (ไม่เคยเลย), 1 คะแนน (แทบไม่มี), 2 คะแนน (มีบางครั้ง), 3 คะแนน (ค่อนข้างบ่อย) และ 4 คะแนน (บ่อยมาก) คะแนนของแบบสอบถามอยู่ในช่วง 0 - 40 คะแนน

เกณฑ์การแปลคะแนน คือ

- 0 - 13 คะแนน หมายถึง มีความเครียดระดับต่ำ
- 14 - 26 คะแนน หมายถึง มีความเครียดระดับปานกลาง
- 27 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเครียดระดับสูง

4. แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง : นำมาจากแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองของ ชลธิชา ชลสวัสดิ์ และคณะ¹⁹ ที่พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura (Social learning theory) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 4 คะแนน โดยแบ่งออกเป็น 1 คะแนน (ไม่จริงเลย), 2 คะแนน (จริงบางส่วน), 3 คะแนน (จริง) และ 4 คะแนน (จริงมากที่สุด) คะแนนของแบบสอบถามอยู่ในช่วง 10 - 40 คะแนน โดยการแปลผลคะแนนแบ่งการรับรู้ความสามารถตนเองออกเป็น 3 ระดับ คือ 10 - 24 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถตนเองระดับต่ำ 25 - 31 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถตนเองระดับปานกลาง และ 32 - 40 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถตนเองระดับสูง

5. แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ : นำมาจากแบบวัดดัชนีคุณภาพการนอนหลับของมหาวิทยาลัยพิตส์เบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และ วรณัฐ ดันชัยสวัสดิ์²⁰ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนหลับ ระยะเวลาการนอนหลับ ประสิทธิภาพการนอนหลับตามปกติ การรบกวนการนอนหลับ การใช้อานอนหลับ และผลกระทบต่อการทำงานในเวลากลางวัน คะแนนของแบบสอบถามอยู่ในช่วง 0 - 21 คะแนน การแปลผลคุณภาพการนอนหลับ คือ ตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป แสดงว่าคุณภาพการนอนหลับไม่ดี²⁰

6. แบบประเมินภาวะเหนื่อยล้าในการเรียน : ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดความเหนื่อยหน่ายในการเรียนของ บุชยารัตน์ จันทร์ประเสริฐ²¹ จำนวน 24 ข้อ ครอบคลุมตามองค์ประกอบภาวะเหนื่อยล้าในการเรียน 3 ด้าน ได้แก่ อาการอ่อนล้าทางอารมณ์ จำนวน 7 ข้อ ความรู้สึกลดความเป็นบุคคล จำนวน 11 ข้อ และความรู้สึกลดความสำเร็จ จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert's Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน โดยแบ่งออกเป็น 1 คะแนน (ระดับต่ำที่สุด), 2 คะแนน (ระดับต่ำ), 3 คะแนน (ระดับปานกลาง), 4 คะแนน (ระดับสูง) และ 5 คะแนน (ระดับสูงที่สุด) คะแนนของแบบสอบถามอยู่ในช่วง 24 - 120 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งระดับคะแนนใช้สูตรคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น¹⁷ ซึ่งมีค่าอยู่ที่ 22.67 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 24 - 52.67 คะแนน หมายถึง มีภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนระดับต่ำ 52.68 - 75.34 คะแนน หมายถึง มีภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนระดับปานกลาง และ 75.35 - 120 คะแนน หมายถึง มีภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนระดับสูง



การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือทั้งหมดเป็นเครื่องมือต้นฉบับซึ่งไม่ได้ผ่านการดัดแปลง ปรับปรุง หรือเปลี่ยนแปลงข้อความใด ๆ ในแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยอ้างอิงและนำมาจากงานต้นฉบับของเครื่องมืออื่น ๆ ซึ่งผู้พัฒนาเครื่องมือได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) พบว่าค่าอยู่ในระดับมาตรฐาน มีคุณภาพเพียงพอ งานวิจัยครั้งนี้จึงไม่ดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ของเครื่องมือซ้ำอีกครั้ง

คณะผู้วิจัยตรวจสอบเครื่องมือด้วยวิธีการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง นั่นคือ นักศึกษาหลักสูตรที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 ราย นำแบบประเมิน เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล แบบประเมินความเครียด แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ และแบบประเมินภาวะเหนื่อยล้าในการเรียน มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's α coefficient) ได้เท่ากับ 0.89, 0.83, 0.84, 0.81 และ 0.93 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ ดังต่อไปนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตคนบตี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐแห่งหนึ่งในประเทศไทย เพื่อทำวิจัยและติดป้ายประชาสัมพันธ์เชิญชวนอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. นำรายชื่ออาสาสมัครมาตรวจสอบคุณสมบัติและจำแนกออกเป็นกลุ่มตามชั้นปี จากนั้นดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์
3. นัดพบผู้ที่สนใจรายบุคคลเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง วัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแนะนำให้ใช้สถานที่ที่เป็นห้องส่วนตัวและไม่มีเสียงรบกวนจากภายนอก เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีสมาธิตัดสินใจอย่างอิสระในการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมโครงการวิจัย
4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการคัดกรองและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ตอบแบบสอบถามทำแบบประเมินผ่าน Google form โดยทำการตั้งค่าให้ตอบข้อคำถามสำคัญครบก่อนส่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ ใช้เวลาตอบแบบสอบถามทั้งหมด 35 – 40 นาที
5. เมื่อได้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้จะยุติการเก็บข้อมูลทันที และนำข้อมูลที่ได้อำนาจวิเคราะห์ผลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับภาวะเหนื่อยล้าในการเรียน ดังนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างเพศและภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ระดับชั้นปีและภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ลำดับขั้นของสเปียร์แมน (Spearman's Rank correlation) สำหรับตัวแปรเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล ความเครียด การรับรู้ความสามารถของตนเอง คุณภาพการนอนหลับใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) เนื่องจากการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ จากนั้นจึงวิเคราะห์อำนาจการทำนาย โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) ภายหลังผ่านการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ ได้แก่ ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal distribution) และมีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง (Linear relationship) ตัวแปรต้นแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (No multicollinearity) ค่าความคลาดเคลื่อนแต่ละค่าเป็นอิสระต่อกัน (No autocorrelation) และค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity)



จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ใบรับรองคือ SWUEC-672484 เมื่อวันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2567 โดยผู้วิจัยได้ประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางออฟไลน์และออนไลน์เพื่อเชิญชวนอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้อาสาสมัครที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยลงนามในหนังสือแสดงเจตนาเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับ มีการใช้รหัสตัวเลขแทนชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่างและมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ อาสาสมัครสามารถถอนตัวหรือยกเลิกการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผลการเรียนทุกรายวิชา และขั้นตอนชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง วัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการผ่านผู้ประสานงาน โดยไม่ผ่านอาจารย์ผู้สอนโดยตรงผลการวิจัยได้นำเสนอในภาพรวมเชิงวิชาการและข้อมูลจะถูกทำลายภายหลังผลการวิจัยได้ตีพิมพ์แล้ว

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเหนื่อยง่ายในการเรียนของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐแห่งหนึ่งในประเทศไทย ได้แก่ เพศ ระดับชั้นปี เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล ความเครียด การรับรู้ความสามารถของตนเอง คุณภาพการนอนหลับ วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย รายละเอียดดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 85.10 มีอายุอยู่ระหว่าง 18 - 28 ปี โดยอายุเฉลี่ย 20.50 S.D. = 1.82 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 92.60 รองลงมาคือโรคภูมิแพ้, กระดูกสันหลังผิดปกติ และโรคอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 3.40, 1.40 และ 2.80 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉลี่ย (GPAX) ตั้งแต่ 2.60 - 4.00 โดยเฉลี่ย 3.51 S.D. = 0.29 ส่วนใหญ่ร้อยละ 93.20 มีผล GPAX สูงกว่า 3.00 นอกจากนี้ส่วนใหญ่พักในหอพักของมหาวิทยาลัยและมีรายรับต่อเดือนเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 86.50 (ดังแสดงในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 148)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ (Gender)		
ชาย (Male)	22	14.90
หญิง (Female)	126	85.10
อายุ (Age) (Min = 18, Max = 28, Mean = 20.50, S.D. = 1.82)		
ระดับชั้นปี (Education level)		
นิสิตชั้นปีที่ 1-2 (Students 1 st and 2 nd -year)	77	52.10
นิสิตชั้นปีที่ 3-4 (Students 3 rd and 4 th -year)	71	47.90
โรคประจำตัว (Underlying disease)		
ไม่มีโรคประจำตัว (None)	137	92.60
ภูมิแพ้ (Allergic rhinitis)	5	3.40
กระดูกสันหลังผิดปกติ (Congenital scoliosis)	2	1.40
โรคไทรอยด์เป็นพิษ (Hyperthyroidism)	1	0.70
โรคหอบหืด (Asthma)	1	0.70
Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV)	1	0.70
โรคกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง (Gastritis)	1	0.70



ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉลี่ย (GPAX) (Min = 2.60, Max = 4.00, Mean = 3.51, S.D. = 0.29)		
สูงกว่าหรือเท่ากับ 3.00 (Greater than or equal to 3.00)	138	93.20
ต่ำกว่า 3.00 (Less than 3.00)	10	6.80
การพักอาศัย (Accommodation)		
หอพักภายในมหาวิทยาลัย (On-campus dormitory)	128	86.50
หอพักนอกมหาวิทยาลัย (Off-campus dormitory)	17	11.50
บ้าน (Home)	3	2.00
ความเพียงพอของรายรับ (Income adequacy)		
เพียงพอ (Adequate)	128	86.50
ไม่เพียงพอ (Inadequate)	20	13.50

ผลการประเมินเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 3.85, S.D. = 0.39 คะแนน (จาก 1 - 5 คะแนน) แปลผลได้ว่ามีเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลในระดับดี ความเครียดมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.55, S.D. = 5.92 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความสามารถของตนเองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 27.74, S.D. = 4.63 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 67.50 ของคะแนนทั้งหมด ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพการนอนหลับมีคะแนนเฉลี่ย 6.41, S.D. = 2.76 คะแนน แปลผลได้ว่าคุณภาพการนอนหลับไม่ดี และภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 61.39, S.D. = 15.25 คะแนน หรือประมาณร้อยละ 51 ของคะแนนทั้งหมด ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (ดังแสดงในตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่ศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง (n = 148)

ตัวแปร	พิสัย		Mean	S.D.	การแปลผล
	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่พบจริง			
เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล (Attitude toward the nursing profession)	1 - 5	2.81 - 4.61	3.85	0.39	ระดับดี
ความเครียด (Stress)	0 - 40	5 - 35	17.55	5.92	ระดับปานกลาง
การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy)	10 - 40	18 - 39	27.74	4.63	ระดับปานกลาง
คุณภาพการนอนหลับ (Sleep quality)	0 - 21	1 - 13	6.41	2.76	คุณภาพไม่ดี
ภาวะเหนื่อยล้าในการเรียน (Academic burnout)	24 - 120	30 - 98	61.39	15.25	ระดับปานกลาง

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่า ความเครียดและคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความเครียดมีความสัมพันธ์ในระดับสูง ($r = 0.60, p < .01$) และคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = 0.46, p < .05$) กล่าวคือ เมื่อระดับความเครียดเพิ่มขึ้น หรือเมื่อคุณภาพการนอนหลับแย่ลง จะส่งผลให้ภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนเพิ่มขึ้นตามไปด้วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



สำหรับเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางถึงสูง ($r = -0.57, p < .01$) และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ในระดับสูง ($r = -0.71, p < .001$) กล่าวคือ เมื่อผู้เรียนมีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพพยาบาลมากขึ้น และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้น จะส่งผลให้ภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังแสดงในตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษาต่อภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 148$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล (Attitude toward the nursing profession)	1.00				
2. ความเครียด (Stress)	-0.46	1.00			
3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy)	0.55	-0.46	1.00		
4. คุณภาพการนอนหลับ (Sleep quality)	-0.36	0.48	-0.37	1.00	
5. ภาวะเหนื่อยล้าในการเรียน (Academic burnout)	-0.57**	0.60**	-0.71***	0.46*	1.00

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

จากผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณพบว่า เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล ความเครียด การรับรู้ความสามารถตนเอง คุณภาพการนอนหลับสามารถร่วมกันทำนายภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 59 (Adjusted $R^2 = 0.59$) โดยโมเดลมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(6,141) = 36.44, p < .001$) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐานพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลในการทำนายมากที่สุด ($\beta = -0.44, p < .001$) รองลงมาคือเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล ($\beta = -0.21, p < .01$) ความเครียด ($\beta = 0.19, p < .01$) และคุณภาพการนอนหลับ ($\beta = 0.13, p < .05$) ตามลำดับ (ดังแสดงในตารางที่ 4) โดยเพศและระดับชั้นปีไม่สามารถทำนายภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมการในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน คือ

$$Z_{\text{ภาวะเหนื่อยล้าในการเรียน}} = -.44(Z_{\text{การรับรู้ความสามารถตนเอง}}) - .21(Z_{\text{เจตคติต่อวิชาชีพ}}) + .19(Z_{\text{ความเครียด}}) + .13(Z_{\text{คุณภาพการนอนหลับ}})$$

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณระหว่างเพศ ระดับชั้นปี เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล ความเครียด การรับรู้ความสามารถของตนเอง คุณภาพการนอนหลับ ต่อภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 148$)

ตัวแปร	B	SE	Beta (β)	t	p-value
1. เพศ (Gender)	-0.58	2.25	-0.01	-0.26	.797
2. ระดับชั้นปี (Education level)	-0.19	1.65	-0.01	-0.11	.910
3. เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล (Attitude toward the nursing profession)	-8.07	2.57	-0.21	-3.14	.002
4. ความเครียด (Stress)	0.49	0.18	0.19	2.71	.008
5. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy)	-1.46	0.23	-0.44	-6.49	<.001
6. คุณภาพการนอนหลับ (Sleep quality)	0.72	0.34	0.13	2.12	.038

Constant = 117.87, $R = 0.78$, $R^2 = 0.61$, adjust $R^2 = 0.59$, $F_{6,141} = 36.44$



การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบคะแนนภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 61.39, S.D. = 15.25) สามารถอธิบายได้ว่าภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนเป็นความอ่อนล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจอันเป็นผลมาจากภาระงานที่มากเกินไปและความเครียดสะสมเรื้อรังจากการเรียน^{6,22} ซึ่งการเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมีเนื้อหาวิชาที่หลากหลายในภาคทฤษฎี อีกทั้งมีการฝึกปฏิบัติทั้งจากสถานการณ์จำลอง (Simulation) และบนหอผู้ป่วยจริง นักศึกษาจึงมีภาระงานที่ได้รับมอบหมายจำนวนมากทำให้ร่างกายและจิตใจเริ่มมีสัญญาณของความอ่อนล้า หดพลัง ความรู้สึกสนใจอยากเรียนลดลง หรือขาดแรงจูงใจในการผลักดันตนเองให้ประสบความสำเร็จในการเรียน สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาของ Janatolmakan และคณะ²³ ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีมีภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนอยู่ระดับปานกลาง อย่างไรก็ตามจากผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่าส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยสะสม (GPAX) สูงกว่าหรือเท่ากับ 3.00 บ่งชี้ว่าแม้นักศึกษาจะมีภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนระดับปานกลาง แต่ยังคงอยู่ในระดับที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ทางการเรียนได้ตามปกติและอยู่ในระดับที่ดี

ผลการศึกษาพบว่า เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล ความเครียด การรับรู้ความสามารถของตนเอง คุณภาพ การนอนหลับ สามารถร่วมกันทำนายภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ได้ร้อยละ 59 (Adjusted R² = 0.59) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อพิจารณารายตัวแปร พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองและเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลมีอิทธิพลเชิงลบต่อภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -0.44, p < .001$ และ $\beta = -0.21, p < .01$ ตามลำดับ) เนื่องมาจากเจตคติเป็นสิ่งที่แสดงถึงความรู้สึกนึกคิด การให้คุณค่าและความพึงพอใจที่มีต่อสิ่ง ๆ หนึ่ง สำหรับนักศึกษาพยาบาลที่มีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพจะเห็นคุณค่าและมองว่า ความยากลำบากเปรียบเสมือนเส้นทางการเติบโตทางวิชาชีพ ซึ่งช่วยให้สามารถรับมือกับแรงกดดันจากการเรียนและภาระงานได้ดี²⁴ ยิ่งไปกว่านั้นการรับรู้ความสามารถของตนเองยังเป็นความเชื่อมั่นภายในเกี่ยวกับความสามารถของตัวเองที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด ซึ่งถือเป็นแรงผลักดันเชิงบวกที่ส่งเสริมให้บุคคลนั้นตัดสินใจและความพยายามในการปฏิบัติให้ได้ตามสิ่งที่คาดหวัง ดังนั้น การรับรู้ความสามารถของตนเองระดับสูงจะส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีแรงจูงใจภายในให้มีความพยายาม¹⁴ เนื่องจากเมื่อเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีศักยภาพสูงเพียงพอสำหรับการศึกษาล่าเรียนให้ประสบความสำเร็จ การรับรู้ความสามารถของตนเองจึงมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนสูงกว่าปัจจัยอื่น สอดคล้องกับ Chen และคณะ⁸ ที่ศึกษาภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี โรงเรียนพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศจีน พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับปัจจัยอื่นในการทำนายภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนได้ร้อยละ 19.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ขณะที่ปัจจัยด้านความเครียดและคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนและสามารถร่วมทำนายภาวะดังกล่าวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.19, p < .01$ และ $\beta = 0.13, p < .05$ ตามลำดับ) ทั้งนี้เนื่องจากในรายวิชาฝึกปฏิบัติ นักศึกษามีข้อจำกัดด้านเวลาในการจัดทำแผนการพยาบาลและรายงานกรณีศึกษาให้แล้วเสร็จทันตามกำหนด อีกทั้งยังต้องเผชิญกับความคาดหวังจากอาจารย์ ผู้ป่วย และญาติ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกถูกบีบคั้น กดดัน และตึงเครียด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hwang and Kim²⁵ ที่พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกภาคปฏิบัติงานบนคลินิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.45, p < .001$) เมื่อร่วมกับปัจจัยอื่นมีอำนาจในการทำนายร้อยละ 33 (R²=0.33, $p < .001$) นอกจากนี้ความเครียดยังกระตุ้นให้ร่างกายอยู่ในภาวะตื่นตัว ส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับลดลง ประกอบกับเนื้อหาในรายวิชาภาคทฤษฎีที่มีความซับซ้อนและมีภาระงานที่ได้รับมอบหมายจำนวนมาก อาจทำให้นักศึกษาพยาบาลมีระยะเวลาพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ ดังนั้นคุณภาพการนอนหลับที่ต่ำส่งผลให้เกิดภาวะเหนื่อยล้าที่สูงขึ้นตามมา¹⁶



อย่างไรก็ตามปัจจัยด้านเพศไม่สามารถร่วมทำนายภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตได้ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากงานพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ไม่เลือกปฏิบัติจึงไม่มีการแบ่งแยกรูปแบบการเรียนการสอนและบริบทในการดูแลผู้ป่วย ระหว่างนิสิตชายและหญิง เพื่อบ่มเพาะให้นิสิตสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ทุกเพศ ทุกวัย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Janatolmakan และคณะ²³ ที่พบว่าเพศไม่มีอิทธิพลต่อภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษากการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในประเทศอิหร่าน ($\beta = 1.79, p = .454$) ในขณะที่การศึกษภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนของนักศึกษา พยาบาลระดับปริญญาตรีในประเทศจีนของ Liu และคณะ¹² ที่พบว่า เพศชายมีอิทธิพลต่อภาวะเหนื่อยล้าในการเรียน (Odds Ratio = 1.73, 95% CI [1.20–2.49], $p < .001$) อาจเนื่องมาจากบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของจีนที่เพศชายเป็นเสาหลัก ของครอบครัว จึงต้องแบกรับความคาดหวังจากครอบครัวมากกว่านักศึกษาเพศหญิง เมื่อได้รับแรงกดดันที่สะสมอย่างต่อเนื่อง ระหว่างการศึกษาเล่าเรียน อาจส่งผลให้มีแนวโน้มเกิดภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนสูง¹²

นอกจากนี้ลักษณะของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต นักศึกษาชั้นปีที่ 2 จะเรียนทฤษฎีร่วมกับเริ่มฝึกภาคปฏิบัติ การพยาบาลพื้นฐานในห้องปฏิบัติการตั้งแต่ภาคการศึกษาต้น และฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยจริงในภาคการศึกษาถัดมา เมื่อเลื่อนระดับ ขึ้นสู่ชั้นปีที่ 3 และ 4 มีการเรียนการสอนภาคทฤษฎีสลับกับการฝึกภาคปฏิบัติ ซึ่งมีลักษณะการเรียนคล้ายกัน สำหรับนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 เป็นชั้นปีที่เปลี่ยนผ่านจากการเรียนระดับมัธยมศึกษาเข้าสู่อุดมศึกษาซึ่งเผชิญกับลักษณะการเรียนและสังคมที่แตกต่าง จากเดิม แม้ว่าไม่มีการขึ้นฝึกปฏิบัติแต่นักศึกษาต้องมีการปรับตัวและฝึกฝนการบริหารจัดการตนเอง อาจก่อให้เกิดแรงกดดัน ที่ส่งผลต่อภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนได้เช่นเดียวกัน⁸ ระดับชั้นปีจึงไม่มีอิทธิพลต่อภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนของกลุ่มตัวอย่างนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hwang and Kim²⁵ ที่พบว่า ภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มที่ยังไม่ ขึ้นฝึกปฏิบัติทางคลินิกและกลุ่มที่ฝึกปฏิบัติทางคลินิกไม่มีความแตกต่างกัน

ข้อจำกัดการวิจัย

1. งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) ซึ่งอาจมี ข้อจำกัดในการสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล อีกทั้งเป็นการศึกษาในสถานศึกษาเพียงแห่งเดียว ซึ่งอาจไม่สามารถอ้างอิง (Generalizability) ถึงกลุ่มประชากรทั่วประเทศ ได้ทั้งหมด

2. เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้มาจากการสุ่มจากอาสาสมัครที่สนใจเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเคารพสิทธิและ ความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง จึงไม่ใช้การสุ่มจากประชากรทั้งหมด นั่นคือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตทุกคน ทั้งหมด 4 ชั้นปี อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัครอาจมีลักษณะบางประการที่แตกต่างจากนักศึกษาที่ไม่ได้เข้าร่วมการวิจัย และ อาจมีความเป็นไปได้ที่เกิดอคติจากการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Selection bias)

3. งานวิจัยนี้ดำเนินการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย (Reliability) จากกลุ่มนักศึกษาที่มีหลักสูตรคล้ายคลึงกับ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต แม้ว่าค่าที่ตรวจสอบได้จะอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้ แต่หากดำเนินกับนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะ ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายเดียวกันอาจได้ค่าความเชื่อมั่นที่สอดคล้องและช่วยเพิ่มความแม่นยำยิ่งขึ้น โดยเฉพาะแบบประเมิน เจตคติต่อวิชาชีพและแบบประเมินภาวะเหนื่อยล้าในการเรียน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลควรนำปัจจัยทำนายที่ค้นพบในงานวิจัยนี้ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของ ตนเอง เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล ความเครียด และคุณภาพการนอนหลับ ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาเป็นเครื่องมือ การคัดกรอง (Screening tools) เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล



1.2 ควรมีการจัดตั้งระบบอาจารย์ที่ปรึกษาเชิงรุก (Proactive mentorship) การจัดกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง เจตคติที่ดีต่อวิชาชีพพยาบาล และสุขอนามัยการนอนหลับ ตลอดจนการฝึกอบรมทักษะการจัดการความเครียด เพื่อป้องกันและลดภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยครั้งต่อไป ควรเปลี่ยนรูปแบบการศึกษาเป็นแบบติดตามระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนและปัจจัยทำนายในนักศึกษาพยาบาลคนเดิมตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 จนถึงชั้นปีที่ 4 ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาดังกล่าวได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

2.2 เนื่องจากงานวิจัยนี้เก็บข้อมูลจากสถาบันการศึกษาเพียงแห่งเดียว ซึ่งอาจมีบริบทเฉพาะตัวและไม่สามารถอ้างอิง (Generalizability) ถึงนักศึกษาพยาบาลทั่วประเทศไทยได้ การวิจัยครั้งต่อไปจึงควรขยายขอบเขตการศึกษาเป็นแบบพหุสถาบัน โดยสุ่มตัวอย่างจากสถาบันการศึกษาพยาบาลที่หลากหลาย ได้แก่ สถาบันกระบรมราชชนก มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ และมหาวิทยาลัยภาคเอกชน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนระดับประเทศอย่างแท้จริง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ซึ่งทำให้การดำเนินงานวิจัยเป็นไปอย่างราบรื่นและบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

References

1. World Health Organization. State of World's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership [Internet]. 2020 [cited 2025 Oct 18]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>
2. Hingkanont P, Tungkavanich T, Junjaroen I, Chaithat C. Learning styles preference of nursing students at Chiangrai College. Journal of Nurses's Association of Thailand Northern Office. 2018;24(2):61-71. (in Thai)
3. Vatanasin D, Chupan S, Detchaiyod P. Social problem-solving and depression among nursing students. Nursing Journal of Ministry of Public Health. 2019;29(1):87-99. (in Thai)
4. Amaral KV, Galdino MJQ, Martins JT. Burnout, daytime sleepiness and sleep quality among technical-level Nursing students. Revista latino-americana de enfermagem. 2021;29:e3487. doi: 10.1590/1518-8345.5180.3487
5. Singsanun N, Nilati J, Wongchantra K. Experiences of nursing students on first nursing practice in wards. Journal of MCU Nakhondhat. 2022;9(1):344-61. (in Thai)
6. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annual Review of Psychology. 2001;52(1):397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397
7. Arian M, Jamshidbeigi A, Kamali A, Dalir Z, Ali-Abadi T. The prevalence of burnout syndrome in nursing students: A systematic review and meta-analysis. Teaching and Learning in Nursing. 2023;18(4):512-20. doi: 10.1016/j.teln.2023.04.015
8. Chen ZH, Ma YY, Feng XH, Lin Y. Correlation analysis of self-directed learning ability, self-efficacy and academic burnout of junior nursing college students in closed management colleges. Nursing Open. 2023;10(4):2508-18. doi: 10.1002/nop2.1509



9. Kong LN, Yao Y, Chen SZ, Zhu JL. Prevalence and associated factors of burnout among nursing students: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*. 2023;21:105706. doi: 10.1016/j.nedt.2022.105706
10. Pimsakul W, Khumjumpon P, Phoomchan P, Uea-anut T, Sakolkijrungraj S. The effects of psychological capital and flow experience in learning on the Learning burnout of undergraduate students of Kasetsart University. *Journal of Humanities and Social Science Valaya Alongkorn*. 2022;17(2):71-88. (in Thai)
11. Vasconcelos EMD, Trindade CO, Barbosa LR, Martino MMFD. Predictive factors of burnout syndrome in nursing students at a public university. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2020;54:e03564. doi: 10.1590/S1980-220X2018044003564
12. Liu S, Xi HT, Zhu QQ, Ji M, Zhang H, Yang BX, et al. The prevalence of fatigue among Chinese nursing students in post-COVID-19 era. *The Journal of Life and Environmental Sciences*. 2021;9:e11154. doi: 10.7717/peerj.11154
13. Chansakul S. The relationship between attitude toward nursing profession, factors affecting intention and the Nursing professional intention of nurse students in Eastern Asia university. *Journal of Nursing, Siam University*. 2018;19(3):119-34. (in Thai)
14. Bandura A. Self-efficacy: The foundation of agency. In: Perrig WJ, Grob A, editors. *Control of human behavior, mental processes, and consciousness: Essays in honor of the 60th birthday of August Flammer*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2000. p. 16-31.
15. Shariffard F, Asayesh H, Hosseini MHM, Sepahvandi M. Motivation, self-efficacy, stress, and academic performance correlation with academic burnout among nursing students. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*. 2020;7(2):88-93.
16. Ma H, Zou JM, Zhong Y, Li J, He JQ. Perceived stress, coping style and burnout of Chinese nursing students in late-stage clinical practice: A cross-sectional study. *Nurse Education in Practice*. 2022;62:103385. doi: 10.1016/j.nepr.2022.103385
17. Tato R. *Nursing research: concepts to application*. 4th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2018. (in Thai)
18. Wongpakaran N, Wongpakaran T. The Thai version of the PSS-10: An investigation of its psychometric properties. *Biopsychosocial Medicine*. 2010;4:6. doi: 10.1186/1751-0759-4-6
19. Chonsawat C, Tongvichean S, Meenual K. Entrustable professional activities of fourth-year nursing students in a private university. *Thai of Nursing Journal*. 2021;70(4):11-9. (in Thai)
20. Jirapramukpitak T, Tanchaiswad W. Sleep disturbances among nurses of Songklanagarind Hospital. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*. 1997;42(3):123-32. (in Thai)
21. Janprasert B. A Development of study burnout measurement tool using anchoring Vignette. *Veridian E-journal Silpakorn University*. 2019;12(2):825-45. (in Thai)
22. Gomez-Urquiza JL, Velando-Soriano A, Martos-Cabrera MB, Canadas GR, Albendin-Garcia L, Canadas-De la Fuente GA, Aguayo-Estremera R. Evolution and treatment of academic burnout in nursing students: A systematic review. *Healthcare*. 2023;11(8):1081. doi: 10.3390/healthcare11081081



23. Janatolmakan M, Torabi Y, Rezaeian S, Andayeshgar B, Dabiry A, Khatony A. The relationship between resilience and academic burnout among nursing and midwifery students in Kermanshah, Iran. *Education Research International*. 2021;2021(1):6447012. doi: 10.1155/2021/6647012
24. Boamah SA, Olarte-Godoy J, Jack SM, Root F, Halladay JE. Past the tipping point: Understanding and addressing burnout among nursing students. *Nurse Education Today*. 2024;141:106319. doi: 10.1016/j.nedt.2024.106319
25. Hwang E, Kim J. Factors affecting academic burnout of nursing students according to clinical practice experience. *BMC Medical Education*. 2022;22(1):346. doi: 10.1186/s12909-022-03422-7



ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและ การฟื้นตัวหลังผ่าตัดในสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดบุตรแบบวางแผน

ปิยะรัตน์ วงศ์สน พย.ม.¹

สมสกุล นิละสมิต ปร.ด.^{2,4}

บุญทวี สุนทรลิมศิริ พย.ม.³

(วันรับบทความ: 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2569/ วันแก้ไขบทความ: 26 มีนาคม พ.ศ.2569/ วันตอบรับบทความ: 31 มีนาคม พ.ศ.2569)

บทคัดย่อ

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดที่ไม่ครอบคลุมการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดคลอดบุตรส่งผลให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดล่าช้า การวิจัยกึ่งทดลองนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนของแบนดูรา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและการฟื้นตัวหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดบุตรแบบวางแผนที่เข้ารับการนอนโรงพยาบาล 1 คืนก่อนผ่าตัด คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 46 ราย เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดร่วมกับการดูแลตามมาตรฐาน ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานเพียงอย่างเดียว รวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินความวิตกกังวล Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) ฉบับภาษาไทย และแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเมื่อครบ 24 ชั่วโมง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Chi-square, Paired t-test, Independent t-test และ Mann Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลงและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดแผลผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม คะแนนการฟื้นตัวของลำไส้และคะแนนการเคลื่อนไหวของร่างกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่าโปรแกรมฯ มีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้ ควรนำไปบูรณาการแนวทางการพยาบาลเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลและส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดคลอดบุตร

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การให้ความรู้ การผ่าตัดคลอดบุตร ความวิตกกังวล การฟื้นตัวหลังผ่าตัด

¹พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³พยาบาลผู้ชำนาญการ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

⁴ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: somsne@kku.ac.th Tel: 043-222099



Effects of a Pre-operative Preparation Program on Pre-operative Anxiety and Recovery after Surgery in Women Undergoing Elective Cesarean Section

Piyarat Wongson M.N.S.¹

Somsakhool Neelasmith Ph.D.^{2,4}

Boontawee Soontornlimsiri M.N.S.³

(Received Date: February 15, 2025, Revised Date: March 26, 2026, Accepted Date: March 31, 2026)

Abstract

Preoperative anxiety and preoperative preparation that does not comprehensively cover post-cesarean practices results in delayed postoperative recovery. This quasi-experimental study applying Bandura's Self-Efficacy Theory aimed to examine the effects of a preoperative preparation program on preoperative anxiety and postoperative recovery. The sample consisted of pregnant women scheduled for an elective cesarean section who were admitted to the hospital one night prior to surgery. Forty-six participants were purposively selected based on inclusion criteria and assigned to either an experimental group or a control group (23 cases per group). The experimental group received the experimental preoperative preparation program in addition to standard care, while the control group received standard care only. Data were collected using the Thai version of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) and a 24-hour postoperative recovery assessment. Data were analyzed using Chi-square tests, Paired t-tests, Independent t-tests, and Mann-Whitney U tests.

The results revealed that, after receiving the program, the experimental group's preoperative anxiety scores statistically significantly decreased and were lower than those of the control group. At 24 hours postoperatively, the experimental group exhibited significantly lower surgical wound pain scores, along with statistically significantly higher bowel recovery and physical mobility scores than the control group. In conclusion, the program effectively reduces preoperative anxiety and promotes postoperative recovery. It should be integrated into nursing guidelines to elevate the quality of care and enhance recovery following a cesarean section.

Keywords: preoperative care, patient education as topic, cesarean section, anxiety, recovery of function

¹Senior professional level nurse, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

²Assistant professor, Department of Midwifery, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

³Professional level nurse, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

⁴Corresponding Author, E-mail: somsne@kku.ac.th Tel: 043-222099



บทนำ

อัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในหลายประเทศรวมถึงประเทศไทยมีอัตราสูงเกินเกณฑ์มาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้อย่างมาก แม้ว่าการผ่าตัดคลอดบุตร (Cesarean section) จะเป็นหัตถการทางการแพทย์ที่ได้รับการยอมรับว่ามีความปลอดภัยสูงในการช่วยนำทารกออกจากโพรงมดลูกและลดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกได้¹⁻³ แต่ปัจจุบันกลับพบว่าสถิติการผ่าตัดคลอดบุตรทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 18.60 ในปีพ.ศ. 2533 – 2557³ เป็นร้อยละ 21 ในปีพ.ศ. 2562 และคาดการณ์ว่าจะสูงถึงร้อยละ 29 ในปีพ.ศ. 2573⁴ สำหรับประเทศไทยพบว่าการผ่าตัดคลอดบุตรเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30 เป็นร้อยละ 35 ในช่วงปี พ.ศ. 2559 - 2564 โดยเฉพาะในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์มีอัตราสูงถึงร้อยละ 45 – 50⁵ เช่นเดียวกับห้องคลอดพิเศษ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่พบแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 81.30 ในปีพ.ศ. 2564 เป็นร้อยละ 87.60 ในปีพ.ศ. 2566 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 10 – 15 ของการคลอดทั้งหมด³ แนวโน้มการผ่าตัดคลอดบุตรที่สูงขึ้นมาจากหลายปัจจัย ทั้งข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น การตั้งครรภ์เมื่ออายุมากขึ้น ภาวะสุขภาพของมารดาที่ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ หรือการตั้งครรภ์ด้วยเทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์ เป็นต้น⁶ รวมทั้งปัจจัยด้านความเชื่อ เช่น การเลือกฤกษ์มงคลในการคลอด⁷ และความกลัวการเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอด^{8,9} ส่งผลให้การผ่าตัดคลอดบุตรโดยเฉพาะแบบวางแผนเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นนี้ส่งผลให้มีจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนและความไม่สบายกายทั้งทางกายและจิตใจเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย โดยเฉพาะปัญหาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและภาวะการฟื้นตัวหลังผ่าตัดล่าช้า

การผ่าตัดคลอดบุตรได้รับการยอมรับว่าเป็นหัตถการทางการแพทย์ที่มีความปลอดภัยสูง ในขณะเดียวกันการผ่าตัดคลอดบุตรก็ส่งผลให้เกิดความไม่สบายหลังผ่าตัดที่หลากหลาย ซึ่งมีความซับซ้อนและแตกต่างจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไปอย่างมาก เนื่องจากการผ่าคลอดไม่เพียงแต่ต้องฟื้นตัวจากแผลผ่าตัดและฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกเท่านั้น แต่ยังต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในระยะหลังคลอดร่วมด้วย ปัจจัยที่สำคัญของมารดาที่ส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ได้แก่ ความปวดจากการหดตัวของมดลูก อาการคัดตึงเต้านม การหลังของน้ำคาวปลา รวมถึงความอ่อนล้าจากการคลอด นอกจากนี้มารดาหลังผ่าตัดยังมีความกดดันที่แตกต่างจากผู้ป่วยอื่นคือ ความจำเป็นที่ต้องรีบฟื้นตัวหลังผ่าตัดเพื่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดและเริ่มต้นให้นมบุตรโดยเร็ว นอกจากความกดดันเหล่านี้ มารดาหลังผ่าตัดยังต้องเผชิญกับผลข้างเคียงจากการผ่าตัด เช่น อาการคันและคลื่นไส้อาเจียนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกเข้าช่องไขสันหลัง ความไม่สบายจากภาวะอึดแน่นท้องอันเนื่องจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงซึ่งเป็นผลต่อเนื่องมาจากความล่าช้าในการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด^{10,11} ที่สำคัญภายหลังการผ่าตัดคลอดบุตรส่วนใหญ่แล้วจะมีความไม่สบายจากการปวดแผลผ่าตัด หากได้รับยาบรรเทาอาการปวดในปริมาณที่มากขึ้นอาจส่งผลให้มีอาการง่วงซึม ไม่อยากลุกจากเตียงนำมาซึ่งการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดล่าช้า หากการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดลดลงร่วมกับความกลัวความเจ็บปวดจากการเคลื่อนไหว ซึ่งได้รับผลมาจากการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกจะส่งผลให้ไปยับยั้งการบีบตัวของกล้ามเนื้อเรียบในระบบทางเดินอาหารทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง นำไปสู่ภาวะอึดแน่นท้องเป็นวงจรนำมาซึ่งการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ล่าช้าออกไป¹⁰

นอกจากผลกระทบทางสรีรวิทยาและด้านร่างกายแล้ว สตรีตั้งครรภ์ยังต้องเผชิญกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด (Preoperative anxiety) ซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่รับรู้ว่าจะได้รับการผ่าตัดคลอดบุตร แม้จะเป็นการผ่าตัดคลอดบุตรแบบวางแผนล่วงหน้าก็ตาม มีรายงานการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดบุตรมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดสูงถึงร้อยละ 80¹² โดยสตรีตั้งครรภ์มักมีความวิตกกังวลในหลายประเด็น ได้แก่ ความกลัวความเจ็บปวดจากการผ่าตัด ความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยและผลข้างเคียงจากการได้รับยาระงับความรู้สึก ความปลอดภัยของทารกในครรภ์ สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยในห้องผ่าตัด ตลอดจนความกังวลต่อความสามารถของตนเองในการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เพื่อปฏิบัติบทบาทมารดา ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในระดับสูงนี้ หากไม่ได้รับการดูแลแก้ไขอย่างถูกต้องอาจส่งผลกระทบต่อเนื่องไปถึงระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้ โดยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะแทรกซ้อนและผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์หลายประการ ได้แก่



ภาวะความดันเลือดต่ำจากการได้รับยาระงับความรู้สึกเข้าช่องไขสันหลัง คะแนน APGAR ของทารกที่ผิดปกติ ความรุนแรงของอาการปวดแผลผ่าตัด ความล่าช้าในการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และความไม่พึงพอใจต่อบริการทางสุขภาพ^{13,14} ปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมทำให้เกิดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ได้แก่ การได้รับข้อมูลไม่เพียงพอก่อนการผ่าตัด ความกลัวต่อสิ่งที่ไม่รู้ และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำในการรับมือกับความเจ็บปวด ข้อเสนอแนะจากการวิจัยที่ผ่านมาจึงเสนอให้มีการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลและการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดที่เหมาะสม ซึ่งไม่ควรเป็นการให้ข้อมูลทางเดียว แต่ต้องเป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างความมั่นใจและฝึกทักษะการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อนำมาใช้ในการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและเตรียมความพร้อมสู่การปฏิบัติบทบาทมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁵ การฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ล่าช้าเป็นปัญหาทางคลินิกที่สำคัญ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพองค์รวมและการปฏิบัติบทบาทมารดา โดยทั่วไปการฟื้นตัวหลังผ่าตัด หมายถึงการที่ร่างกายของมารดาหลังผ่าตัดกลับมาทำหน้าที่ตามปกติ ทั้งการทำงานของลำไส้ การเคลื่อนไหวของร่างกาย และความสามารถในการดูแลทารก^{16,17} อย่างไรก็ตาม การฟื้นตัวหลังผ่าตัดมักถูกขัดขวางจากหลายปัจจัยทั้งปัจจัยทางกายภาพ เช่น ค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์¹⁸ การดื่มน้ำและอาหารเป็นระยะเวลานานก่อนผ่าตัด¹⁹ รวมถึงปัจจัยสำคัญ นั่นคือ การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดล่าช้า อันเนื่องมาจากความกลัวความเจ็บปวดและความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด²⁰ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรร้อยละ 54 มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดล่าช้าในช่วงที่นอนโรงพยาบาลและร้อยละ 26.80 ยังคงพบปัญหาจนถึง 30 วันหลังผ่าตัด ซึ่งความล่าช้านี้ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาอย่างชัดเจน²¹ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทอิสระอย่างยิ่งในการประเมินและส่งเสริมการฟื้นตัวตั้งแต่วะยะก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันการฟื้นตัวหลังผ่าตัดล่าช้า

การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดคลอดบุตรในระยะเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดตามมาตรฐานปกติ ยังคงมีข้อจำกัดและไม่เพียงพอต่อการป้องกันปัญหาการฟื้นตัวหลังผ่าตัดล่าช้า แม้จะมีการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการผ่าตัด การจัดการความปวด^{18,22} และการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด²³ แต่การให้ข้อมูลโดยการอธิบายหรือแผ่นภาพเพียงครั้งเดียวช่วยลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดได้ระดับหนึ่ง แต่ยังไม่เพียงพอเนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถจดจำข้อมูลได้ครบถ้วน อีกทั้งยังขาดสื่อการสอนที่กระตุ้นการเรียนรู้ผ่านภาพ สี และเสียงในเวลาเดียวกัน²⁴ ทำให้มารดาหลังผ่าตัดไม่เกิดการเรียนรู้จากตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ ส่งผลให้ขาดความเชื่อมั่นในการลุกลงจากเตียงหลังผ่าตัด รวมทั้งขาดการฝึกปฏิบัติการเคลื่อนไหวร่างกาย ที่ถูกต้องตั้งแต่วะยะก่อนผ่าตัด ด้วยเหตุผลดังกล่าว การดูแลรูปแบบเดิมจึงไม่สามารถลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดได้อย่างแท้จริงและเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้มารดาหลังผ่าตัดจำนวนมากเผชิญกับปัญหาการฟื้นตัวหลังผ่าตัดล่าช้า²⁵ เพื่อแก้ไขข้อจำกัดดังกล่าว การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพจึงต้องประยุกต์ใช้กระบวนการเสริมสร้างการเรียนรู้ตามความสามารถของตน (Self-efficacy) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการเผชิญความปวดอย่างเป็นรูปธรรม ในการศึกษาครั้งนี้แม้จะมีการประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดตามระดับความปวด แต่โปรแกรมไม่ได้มุ่งเน้นการบรรเทาปวดด้วยยา เป็นการมุ่งเน้นการสอนทักษะการเผชิญความปวด จึงได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา โดยให้สตรีตั้งครรภ์เรียนรู้ผ่านตัวแบบจากสื่อวิดีโอที่แสดงภาพมารดาที่ประสบความสำเร็จในการจัดการความปวดและการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด²⁶ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติตั้งแต่วะยะก่อนผ่าตัด การส่งเสริมการฟื้นตัวที่เชื่อมโยงตามทฤษฎีจะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่น ลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และกระตุ้นให้มารดากล้าเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่นำไปสู่การฟื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างสมบูรณ์

เมื่อพิจารณากระบวนการปัจจุบันของหน่วยงานพบว่า การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดบุตรแบบวางแผนตามมาตรฐาน ยังคงเน้นการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายเป็นหลัก ได้แก่ การดื่มน้ำและอาหาร การประเมินระดับฮีโมโกลบิน การเตรียมผิวหนัง การเตรียมลำไส้ และการให้ยาปฏิชีวนะ โดยอาศัยการให้คำแนะนำด้วยวาจาซึ่งมีลักษณะเป็นการสื่อสารแบบทางเดียว ช่องว่างของความรู้ที่สำคัญของการดูแลรูปแบบนี้คือ การให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียวไม่สามารถเปลี่ยนความรู้ให้กลายเป็นพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดสูง เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ไม่ได้รับการเรียนรู้ผ่านตัวแบบและการฝึกปฏิบัติทักษะที่ถูกต้องตั้งแต่วะยะก่อนผ่าตัด ข้อจำกัดดังกล่าวส่งผลให้เกิดปรากฏการณ์การฟื้นตัวหลังผ่าตัดล่าช้าอย่างชัดเจน กล่าวคือ ในระยะหลังผ่าตัดมารดามักมีอาการปวดแผลผ่าตัดมากและขาดความมั่นใจ ทำให้ระยะเวลาการเริ่มลุกนั่งและลุกลง



จากเพียงครั้งแรกกล้าช้ากว่าที่ควรจะเป็น ส่งผลกระทบต่อเนื่องทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง การได้ยินเสียงลำไส้ทำงาน (Bowel sound) ลำช้า และเกิดภาวะอึดแน่นท้อง นอกจากนี้ความล่าช้าในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดด้านร่างกายยังส่งผลให้การเริ่มให้นมบุตรล่าช้าตามไปด้วย ซึ่งเป็นข้อจำกัดและอุปสรรคสำคัญต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในระยะแรกหลังคลอด ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนของแบนดูราพร้อมกับแนวคิดการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดคลอดบุตรมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมห่วงการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดบุตรแบบวางแผนที่ห้องคลอดพิเศษ โรงพยาบาลรามาริบัติ

สมมติฐานของการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดร่วมกับการดูแลตามมาตรฐาน สตรีตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมมา
2. สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเพียงอย่างเดียว
3. สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานมีการฟื้นตัว หลังผ่าตัด (คะแนนความปวดแผลผ่าตัด คะแนนการฟื้นตัวของลำไส้ และคะแนนการเคลื่อนไหวของร่างกาย) เมื่อครบ 24 ชั่วโมงดีกว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเพียงอย่างเดียว

ขอบเขตการวิจัย

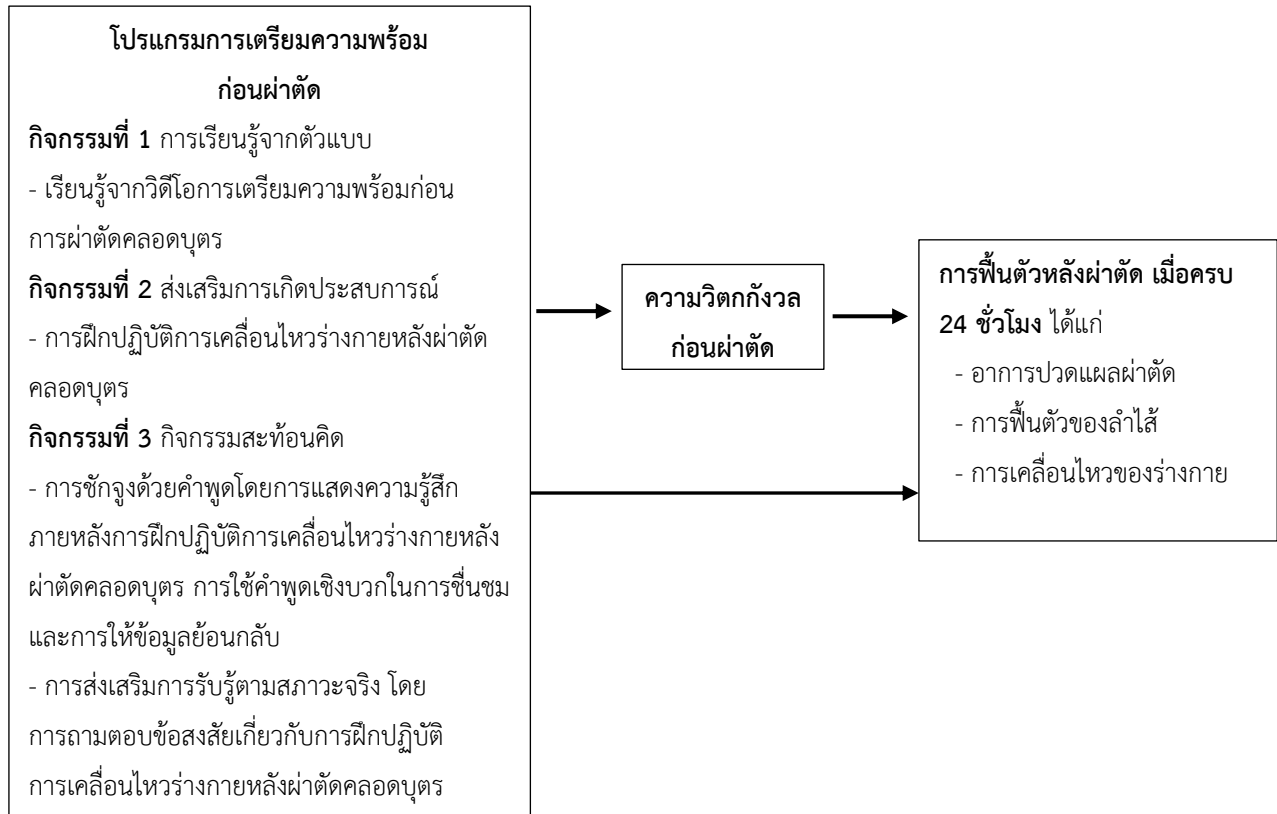
การวิจัยกึ่งทดลองนี้กำหนดขอบเขตการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดบุตรแบบวางแผน ณ ห้องคลอดพิเศษ โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 46 ราย (กลุ่มละ 23 ราย) โดยคัดเลือกสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 37 – 42 สัปดาห์และไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกันยายน พ.ศ. 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้บูรณาการทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนของแบนดูรา (Self-Efficacy Theory)²⁷ ร่วมกับแนวคิดการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดคลอดบุตรมาเป็นกรอบแนวคิดหลักในการพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด มุ่งเน้นให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความเชื่อมั่นและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและเตรียมความพร้อมสู่การปฏิบัติบทบาทมารดา เช่น การอุ้มทารกและการเริ่มให้นมบุตรในระยะแรกหลังคลอด โปรแกรมถูกออกแบบผ่านแหล่งที่มาของการรับรู้ความสามารถ 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) การเรียนรู้จากตัวแบบผ่านสื่อวิดีโอ 2) ส่งเสริมการเกิดประสบการณ์ ผ่านการฝึกปฏิบัติ การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด 3) การชักจูงด้วยคำพูด ผ่านการสะท้อนความรู้สึกภายหลังการฝึกปฏิบัติและการชื่นชม และ 4) การส่งเสริมการรับรู้ตามสภาวะจริง ผ่านการซักถามข้อสงสัย ความเชื่อมโยงของกรอบแนวคิดนี้สามารถอธิบายผลลัพธ์ของโปรแกรมมา ที่ส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้ว่าตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนของแบนดูรา เมื่อสตรีตั้งครรภ์ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดผ่านแหล่งที่มาของการรับรู้ความสามารถทั้ง 4 ด้านจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นและประเมินตนเองว่าสามารถรับมือกับการผ่าตัดได้ ส่งผลให้ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลง เมื่อความวิตกกังวลลดลงการหลั่งฮอร์โมนความเครียด (Catecholamines และ Cortisol) จะลดลงตามไปด้วย ซึ่งกลไกนี้ช่วยลดความไวต่อการรับรู้ความเจ็บปวดส่งผลให้อาการปวดแผลผ่าตัดลดลงและทำให้มารดามีความพร้อมทางจิตใจที่จะเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด นอกจากนี้ตามแนวคิดการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดคลอดบุตร การให้ความรู้ร่วมกับการฝึกปฏิบัติทักษะการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างถูกต้องตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด



ส่งผลโดยตรงให้มารดาสามารถกลืนจากเตียงและเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็วขึ้น ซึ่งการเคลื่อนไหวร่างกายที่รวดเร็วนี้จะช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติกส่งผลให้เพิ่มการบีบตัวของกล้ามเนื้อเรียบในระบบทางเดินอาหารทำให้การฟื้นตัวของลำไส้ดีขึ้น (ประเมินจากการเรอ ผายลม และเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้) ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ซึ่งอธิบายกรอบแนวคิดการศึกษาวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มมีการวัดผลก่อนและหลังการศึกษา (Two group pre-posttest research design) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดบุตรแบบวางแผนแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยดำเนินการนำสตรีตั้งครรภ์เข้าสู่การศึกษาวิจัยแบบไม่สุ่มเป็นรายบุคคล โดยเริ่มเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุม (ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของหน่วยงานเพียงอย่างเดียว) ให้แล้วเสร็จก่อน จากนั้นจึงเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง (ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานของหน่วยงาน) เพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้อมูลระหว่างกลุ่ม ทั้งนี้ การวัดผลและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดจัดกระทำในระดับบุคคลเช่นเดียวกัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดบุตรแบบวางแผนที่ห้องคลอดพิเศษโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 120 ราย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีเกณฑ์ในการคัดเลือกสตรีตั้งครรภ์เข้าร่วมวิจัยประกอบด้วย มีอายุ 18 – 49 ปี อายุครรภ์ 37 – 42 สัปดาห์ เป็นการผ่าตัดคลอดบุตรครั้งแรกและไม่ใช่ครรภ์แฝด วางแผนได้รับยาาระงับความรู้สึกแบบเข้าช่องไขสันหลัง ค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์อยู่ระหว่าง 18.50 – 29.90 กิโลกรัมต่อตารางเมตร น้ำหนักเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์อยู่ระหว่าง 7 – 16 กิโลกรัม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เบาหวานจากการตั้งครรภ์ ภาวะชักขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น ไม่มีโรคประจำตัวก่อนการตั้งครรภ์ เช่น โรคเบาหวานทั้งชนิดที่ 1 และ 2



โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง หรือภาวะสุขภาพที่อาจส่งผลกระทบต่อความวิตกกังวลหรือการรับรู้ความเจ็บปวด เช่น ภาวะปวดเรื้อรัง ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและไม่มีอาการบ่งชี้ทางสติปัญญา สามารถสื่อสาร อ่านออกเขียนหนังสือได้ ไม่มีปัญหาการได้ยินและการมองเห็น และสมัครใจที่จะให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์การถอนตัวออกจากกระบวนการวิจัยประกอบด้วย พบภาวะแทรกซ้อนของทารกในครรภ์ ได้แก่ ทารกมีภาวะเครียดและต้องเข้ารับการผ่าตัดคลอดบุตรแบบฉุกเฉิน วางแผนจะได้รับการรักษา ระบุความรู้สึกเข้าช่องไขหลังแต่เปลี่ยนเป็นได้รับยาบรรเทาความรู้สึกแบบทั่วร่างกายขณะผ่าตัด และพบภาวะตกเลือดขณะและหลังผ่าตัด (การสูญเสียโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตร) หรือได้รับเหตุการณ์อื่น ๆ ร่วม เช่น การตัดมดลูก เป็นต้น

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power Version 3.1.9.7²⁸ โดยใช้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกับครั้งนี้พบว่าค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรความปวดที่ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร²⁹ การผายลมครั้งแรก เวลาที่ลูกลงจากเตียงครั้งแรก และคะแนนความวิตกกังวล³⁰ เท่ากับ 1.05, 4.75, 4.59, และ 3.08 ตามลำดับ ผู้วิจัยเลือกใช้ตัวแปรความปวดที่ 24 ชั่วโมง มาใช้ในการคำนวณ โดยกำหนดการประมาณค่าขนาดตัวอย่างแบบทดสอบสมมติฐานทางเดียว ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = .05 ค่าอำนาจในการทดสอบ (Power of test; $1-\beta$) = 0.95 และอัตราส่วนการจัดสรรขนาดตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม (Allocation ratio) (กลุ่มทดลอง: กลุ่มควบคุม) เท่ากัน คือ $n_t/n_c = 1$ พบว่าได้ขนาดตัวอย่างมากที่สุดทั้งหมดจำนวน 42 ราย (กลุ่มละ 21 ราย) ผู้วิจัยได้ปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มในกรณีผู้สูญหายหรือมีความประสงค์ที่จะถอนตัวออกจากการศึกษาในครั้งนี้ (Drop-out rate) โดยกำหนดอัตราการไม่ครบถ้วนของข้อมูลคิดเป็นร้อยละ 10³¹ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 46 ราย (กลุ่มละ 23 ราย) ในระหว่างดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ประเมินสถิติตั้งครคร์ตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและยินยอมเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 46 ราย โดยตลอดระยะเวลาการศึกษาไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิเสธการเข้าร่วมและไม่มีการถอนตัวหรือสูญหาย ระหว่างการศึกษาทำให้ข้อมูลมีความสมบูรณ์สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 46 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การเรียนรู้จากตัวแบบ เป็นการเรียนรู้จากสื่อวีดิโอสั้นจำนวน 2 เรื่อง โดยเรื่องที่ 1 การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด เนื้อหาประกอบด้วย การงดน้ำและอาหาร การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และบรรยากาศในห้องผ่าตัด ความยาวประมาณ 3 นาที เรื่องที่ 2 การฝึกปฏิบัติการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดคลอดบุตร เนื้อหาประกอบด้วย วิธีการเผชิญกับอาการปวด เช่น การทำสมาธิ การหลับตา การสูดหายใจเข้า-ออกตามปกติ หรือการหายใจอย่างลึก เป็นต้น รายละเอียดและขั้นตอนของการฝึกปฏิบัติการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ความยาวประมาณ 4 นาที กิจกรรมที่ 2 การฝึกปฏิบัติการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดคลอดบุตร ประกอบด้วย ฝึกการหายใจเข้า-ออก ฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียง (การพลิกตะแคงตัว การปรับระดับเตียง-นอนศีรษะสูง การบริหารขาและเท้าโดยการกระดกข้อเท้า และหมุนข้อเท้าเป็นวงกลม) ฝึกการลุกลงจากเตียง ยืน และเดินข้างเตียงหลังจากได้เรียนรู้ผ่านสื่อวีดิโอ ระยะเวลาประมาณ 25 นาที และกิจกรรมที่ 3 กิจกรรมสะท้อนคิด ระยะเวลารวมในการปฏิบัติกิจกรรมประมาณ 10 นาที ประกอบด้วย การชักจูงด้วยคำพูด โดยให้สตรีตั้งครคร์ได้แสดงความรู้สึกภายหลังการฝึกปฏิบัติการเคลื่อนไหวร่างกายและส่งเสริมการรับรู้ตามสภาวะจริง โดยการถามตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดคลอดบุตร

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 1 ชุด ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ เป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสตรีตั้งครคร์ ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมข้อมูลและแบบเลือกตอบ ครอบคลุมข้อมูล 3 ด้าน ประกอบด้วยข้อมูล อายุ ระดับการศึกษา น้ำหนักก่อนตั้งครคร์ ส่วนสูง ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครคร์ น้ำหนักเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครคร์ อายุครคร์ จำนวนครั้งการตั้งครคร์ และจำนวนครั้งการคลอดบุตร



ชุดที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวล Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย Moerman และคณะ³² และแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย Kunthonluxamee และคณะ³³ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ ครอบคลุมด้านการรับรู้ความรู้สึก ด้านการผ่าตัด และด้านความต้องการข้อมูล ประเมินโดยให้สตรีตั้งครรภ์ เลือกตอบตามความรู้สึกด้วยตนเอง 5 ระดับ (1 = ไม่รู้สึกเลย ถึง 5 = มีความรู้สึกมากที่สุด) รวมคะแนนได้ระหว่าง 6 – 30 คะแนน โดยคะแนนที่มากขึ้น หมายถึง ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดที่เพิ่มขึ้น

ชุดที่ 3 แบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เป็นแบบสังเกตอาการและอาการแสดงทางคลินิกที่เป็นตัวบ่งชี้ของการฟื้นตัว หลังผ่าตัดเมื่อครบ 24 ชั่วโมง ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบประเมินอาการปวดแผลผ่าตัด (Numeric rating scale: NRS) ซึ่งนิยมใช้มากที่สุดทางคลินิกและประเมินโดยให้มารดาหลังผ่าตัดบอกระดับความรู้สึกปวดแผลผ่าตัดด้วยตนเองเป็นตัวเลข 0 -10 คะแนน (0 = ไม่รู้สึกปวด, 10 = รู้สึกปวดมากที่สุด) 2) แบบประเมินการฟื้นตัวของลำไส้ ซึ่งผู้วิจัยขอยืมใช้และดัดแปลง แบบประเมินจาก Phamornpon³⁴ ประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ การฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ 4 ตำแหน่ง สอบถามจำนวนครั้ง การเรอและการผายลม ลักษณะแบบสอบถามแต่ละข้อเป็นแบบเลือกตอบ 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 – 4 (1 = ไม่มีอาการ ถึง 4 = ได้ยินเสียง การเคลื่อนไหวของลำไส้มากกว่า 5 ครั้งต่อวันที่ หรือมีอาการเรอ ผายลม 3 ครั้งขึ้นไป ภายหลังผ่าตัด) เมื่อรวมคะแนนทั้ง 3 ด้าน จะมีช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ระหว่าง 3 – 12 คะแนน โดยคะแนนที่มากขึ้น หมายถึง การฟื้นตัวของลำไส้ที่ดีกว่า และ 3) แบบประเมิน การเคลื่อนไหวของร่างกาย พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบประเมินความสามารถในการลุกลงจากเตียง ตามลำดับ แบ่งเป็น 4 ระดับ (1 = ไม่สามารถขยับร่างกายบนเตียงได้ 2 = สามารถขยับร่างกายบนเตียงได้ 3 = สามารถนั่งห้อยขา ข้างเตียงได้ 4 = สามารถลุกลงจากเตียง ยืน และเดินข้างเตียงได้) รวมคะแนนได้ระหว่าง 1 – 4 คะแนน ซึ่งคะแนนที่มากขึ้น หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดที่ดีกว่า

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ประกอบด้วย วิดีโอสั้นจำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและการฝึกปฏิบัติการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดตลอดบุตรผ่านการตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ประจำภาควิชาวิสัญญีวิทยา อาจารย์พยาบาลหัวหน้าสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และหัวหน้าห้องผ่าตัดสูติ – นรีเวช ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนี ความตรงตามเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) ของวิดีโอสั้นทั้ง 2 เรื่องพบว่าทุกประเด็นมีค่าผ่านเกณฑ์ (ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป) โดยมีค่าอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับปรุงเนื้อหาอย่างเคร่งครัด โดยได้ปรับปรุงภาษา ที่ใช้ภายในวิดีโอสั้นให้กระชับและเข้าใจง่าย เพื่อให้เครื่องมือมีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินความวิตกกังวล Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) ฉบับภาษาไทย³³ ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือมาตรฐานที่มีการตรวจสอบคุณภาพในกลุ่มเป้าหมาย เดียวกับที่ศึกษา โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบทั้ง 3 ด้านจากคำถามทั้งหมด 6 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์สูง โดยมีค่าเท่ากับ 0.87³⁵ 2) แบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ได้แก่ แบบประเมินอาการปวดแผล ผ่าตัด (Numeric rating scale: NRS) เป็นเครื่องมือมาตรฐานทางคลินิกที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในระดับสากลว่ามีความตรงและความเที่ยงในการประเมินสูง โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นเท่ากับ 0.95³⁶ แบบประเมินการฟื้นตัวของลำไส้และแบบประเมินการเคลื่อนไหวของร่างกายผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ทั้งรายข้อและภาพรวมเท่ากับ 1.00 โดยผู้วิจัย ได้ปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะให้มีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง



การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ระยะเตรียมการและพหุศาสตร์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามารัติน กรุงเทพมหานคร โดยดำเนินการศึกษาในกลุ่มควบคุมให้แล้วเสร็จก่อน จึงดำเนินการศึกษาในกลุ่มทดลองเป็นลำดับถัดไป เพื่อเป็นการป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์และผ่านการอบรมทำความเข้าใจวัตถุประสงค์และเครื่องมือวิจัย เพื่อควบคุมมาตรฐานการเก็บข้อมูล ผู้ช่วยวิจัยได้ทดสอบความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินร่วมกับผู้วิจัยในการประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเริ่มการศึกษา ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นและประโยชน์ที่ได้จากการทำวิจัย อธิบายการพหุศาสตร์ส่วนบุคคล และขอความร่วมมือในการทำวิจัยแก่สตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดบุตรแบบวางแผนที่หอผู้ป่วยในระบบพิเศษ ในวันที่เข้ารับการนอนโรงพยาบาล 1 คืน ก่อนผ่าตัด ช่วงเวลา 17.00 – 18.30 น. และจะเข้ารับการผ่าตัดคลอดบุตรที่ห้องคลอดพิเศษในช่วงเช้าวันถัดไปตั้งแต่วันที่ 06.00 – 11.50 น. เมื่อตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ดูแลให้ลงนามในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

2. ระยะดำเนินการทดลอง (ช่วงเวลา 17.00 – 18.30 น. ของวันก่อนผ่าตัด) ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการดูแลและการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.1 การดูแลตามมาตรฐาน (ได้รับทั้ง 2 กลุ่ม) เมื่อเข้ารับการนอนโรงพยาบาล ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความวิตกกังวลก่อนการทดลอง (Pre-test) จากนั้นให้การพยาบาลตามมาตรฐาน ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ แนะนำสถานที่ และการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดของหน่วยงาน ได้แก่ อธิบายการงดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน การประเมินระดับฮีโมโกลบิน การเจาะเลือด และจองเลือด

2.2 กลุ่มควบคุม หลังจากได้รับการดูแลตามมาตรฐานของหน่วยงานแล้วเสร็จ ผู้ช่วยวิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความวิตกกังวลหลังการทดลอง (Post-test)

2.3 กลุ่มทดลอง หลังจากได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการให้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดด้วยตนเองเพียงผู้เดียว เพื่อควบคุมความตรงของการจัดกระทำ โดยดำเนินการตามกิจกรรมในโปรแกรมฯ อย่างเคร่งครัด ใช้ระยะเวลารวมในการปฏิบัติกิจกรรมทั้งหมดประมาณ 45 นาที เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรม ผู้ช่วยวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความวิตกกังวลหลังการทดลอง (Post-test)

3. ระยะการดูแลเช้าวันผ่าตัด (ช่วงเวลา 06.00 – 11.50 น.) กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลในระยะผ่าตัดของหน่วยงาน ประกอบด้วย การเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัด การเตรียมผิวหนังสำหรับการผ่าตัด การให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำก่อนผ่าตัด การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำแบบอุ่น และการใส่สายสวนปัสสาวะ

4. การประเมินผลลัพธ์หลังผ่าตัด ผู้ช่วยวิจัยติดตามประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเมื่อครบ 24 ชั่วโมงทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการประเมินอาการปวดแผลผ่าตัด การฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ สอบถามอาการเรอและผายลม สอบถามความสามารถในการลุกจากเตียง และสิ้นสุดการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นข้อมูลกลุ่ม (Categorical data) วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลทั่วไปที่เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (Continuous data) คะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด คะแนนความปวดแผลผ่าตัด คะแนนการฟื้นตัวของลำไส้ และคะแนนการเคลื่อนไหวของร่างกายวิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบสมมติฐาน ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นว่าเป็นการแจกแจงแบบเป็นโค้งปกติของกลุ่มตัวอย่างโดยสถิติที่ใช้ในการทดสอบคือ Shapiro-Wilk Test การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งพบข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นจึงวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test และเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด



ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Paired sample t-test (ทั้งนี้ได้กำหนดข้อตกลงไว้ว่าหากพบว่าข้อมูลมีการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงแบบเป็นโค้งปกติ ผู้วิจัยจะใช้สถิตินอนพารามेटริก ได้แก่ Mann-Whitney U test และ Wilcoxon signed-rank test ในการวิเคราะห์แทนตามลำดับ) สำหรับการเปรียบเทียบคะแนนความปวดแผลผ่าตัด คะแนนการฟื้นตัวของลำไส้ และคะแนนการเคลื่อนไหวของร่างกายระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เนื่องจากเป็นข้อมูลที่ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น (มีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ) จึงวิเคราะห์ด้วยสถิตินอนพารามेटริกคือ สถิติ Mann-Whitney U test

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เอกสารรับรองเลขที่ HE682005) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารรับรองเลขที่ COA. No. MURA2025/479) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งจัดเป็นกลุ่มเปราะบาง กระบวนการขอความยินยอมจึงดำเนินการโดยผู้ช่วยวิจัย ซึ่งไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการประเมินผลการรักษาหลัก เพื่อป้องกันความรู้สึกเกรงใจหรือถูกบีบบังคับ โดยผู้ช่วยวิจัยได้ให้เวลาแก่สตรีตั้งครรภ์ในการอ่านรายละเอียด ชักถามข้อสงสัย และตัดสินใจอย่างอิสระก่อนลงนาม ผู้วิจัยได้ดำเนินการปกปิดข้อมูลระบุตัวตนโดยใช้รหัสแทนชื่อ-สกุลจริง ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาไว้ในตู้กุญแจและไฟล์คอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่าน มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงได้ และการนำเสนอผลการศึกษานำเสนอผลเป็นภาพรวมที่สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น เพื่อปกป้องความเป็นส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างขั้นสูงสุด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่ามีอายุเฉลี่ย 34.78 ปี (S.D. = 2.83) และ 36.17 ปี (S.D. = 3.88) ตามลำดับ มีอายุครรภ์เฉลี่ย 38 สัปดาห์ 2 วัน (S.D. = 0.45) และ 38 สัปดาห์ 3 วัน (S.D. = 0.73) ตามลำดับ มีค่าดัชนีมวลกาย ก่อนตั้งครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 22.49 kg/m² (S.D. = 3.16) และ 22.70 kg/m² (S.D. = 3.23) ตามลำดับ และมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์เฉลี่ย 11.57 กิโลกรัม (S.D. = 2.40) และ 12.21 กิโลกรัม (S.D. = 2.67) ตามลำดับ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 52.20 และ 60.90 ตามลำดับ เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกร้อยละ 69.60 และ 82.60 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเข้ารับการผ่าตัดคลอดบุตรครั้งแรกร้อยละ 100 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าจะไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) ผลการศึกษาเกี่ยวกับการได้รับยาบรรเทาอาการปวดในระยะเวลา 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดพบว่า สตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลองได้รับยาพาราเซตามอล (Paracetamol) ชนิดเม็ดรับประทาน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.70 ขอยาบรรเทาอาการปวดเพียงครั้งเดียวจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.40 และมีเพียง 1 ราย ที่ขอยาบรรเทาอาการปวดจำนวน 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 4.30 ในขณะที่สตรีตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมได้รับยาพาราเซตามอลจำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.80 โดยมีการขอยาบรรเทาอาการปวดครั้งเดียวจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.80 และขอรับยาบรรเทาอาการปวด 2 ครั้ง จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 13 สำหรับการดูแลเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดคลอดบุตร ผู้วิจัยได้ประเมินระยะเวลาตั้งแต่รับสตรีตั้งครรภ์ไว้ที่หอผู้ป่วยใน ระบบพิเศษจนกระทั่งได้รับการถอดสายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและสายสวนปัสสาวะพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาเฉลี่ยในการถอดสายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเท่ากับ 26.48 ชั่วโมง (S.D. = 1.93) และ 27.04 ชั่วโมง (S.D. = 1.67) ตามลำดับ และมีระยะเวลาเฉลี่ยในการถอดสายสวนปัสสาวะเท่ากับ 25.61 ชั่วโมง (S.D. = 1.70) และ 25.74 ชั่วโมง (S.D. = 1.69) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าจะไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$)

2. การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดระหว่างก่อนและหลังทดลอง พบว่าก่อนทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดใกล้เคียงกันคือ 18.39 คะแนน (S.D. = 4.83) และ 17.96 คะแนน (S.D. = 4.72) ตามลำดับ หลังทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลงเป็น 13.26 คะแนน (S.D. = 4.05) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.349, p < .001, \text{Cohen's } d = 1.53$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดแทบไม่เปลี่ยนแปลงโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.17 คะแนน (S.D. = 4.90) และไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -0.755, p = .458, \text{Cohen's } d = 0.16$) ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดระหว่างก่อนและหลังทดลองของสตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Paired sample t-test (n=46)

คะแนนความ วิตกกังวล (APAIS Scores)	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean Difference	95%CI	t(df)	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
กลุ่มทดลอง	18.39	4.83	13.26	4.05	5.13	3.68 to 6.58	7.349(22)	<.001*
กลุ่มควบคุม	17.96	4.72	18.17	4.90	-0.22	-0.81 to 0.38	-0.755(22)	.458

* $p < .05$

3. การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.39 คะแนน (S.D. = 4.83) และ 17.96 คะแนน (S.D. = 4.72) ตามลำดับ ($t = -0.309$, $p = .380$, Cohen's $d = 0.09$) หลังทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดเฉลี่ย 13.26 คะแนน (S.D. = 4.05) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 18.17 คะแนน (S.D. = 4.90) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.709$, $p = <.001$, Cohen's $d = 1.09$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ (Independent t-test) (n=46)

คะแนนความ วิตกกังวล (APAIS Scores)	กลุ่มทดลอง (n=23)		กลุ่มควบคุม (n=23)		Mean Difference	95%CI	t(df)	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
pre-test	18.39	4.83	17.96	4.72	-0.44	-3.27 to 2.41	-0.309 (44)	.380
post-test	13.26	4.05	18.17	4.90	4.91	2.24 to 7.58	3.709 (44)	<.001*

* $p < .05$

4. การเปรียบเทียบผลลัพธ์การฟื้นตัวหลังผ่าตัดเมื่อครบ 24 ชั่วโมงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Mann-Whitney U test พบว่า กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์การฟื้นตัวหลังผ่าตัดดีกว่ากลุ่มควบคุมในทุกตัวแปรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดแผลผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (Median = 1, IQR = 0-2 และ Median = 5, IQR = 3-6 ตามลำดับ; $U = 22.50$, $Z = -5.394$, $p = <.001$, $r = 0.80$) คะแนนการฟื้นตัวของลำไส้สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Median = 12, IQR = 11-12 และ Median = 5, IQR = 5-6 ตามลำดับ; $U = 0.00$, $Z = -6.019$, $p = <.001$, $r = 0.89$) และคะแนนการเคลื่อนไหวของร่างกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Median = 4, IQR = 4-4 และ Median = 2, IQR = 2-2 ตามลำดับ; $U = 1.50$, $Z = -6.427$, $p = <.001$, $r = 0.95$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์การฟื้นตัวหลังผ่าตัดเมื่อครบ 24 ชั่วโมงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ

Mann-Whitney U test (n=46)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=23)		กลุ่มควบคุม (n=23)		U	Z	p-value
	Median (IQR)	Mean Rank	Median (IQR)	Mean Rank			
คะแนนความปวดแผลผ่าตัด (Wound pain scores)	1(0-2)	12.98	5(3-6)	34.02	22.50	-5.394	<.001*
คะแนนการฟื้นตัวของลำไส้ (Bowel recovery scores)	12(11-12)	35.00	5(5-6)	12.00	0.00	-6.019	<.001*
คะแนนการเคลื่อนไหวของร่างกาย (Physical mobility scores)	4(4-4)	34.93	2(2-2)	12.07	1.50	-6.427	<.001*

* $p < .05$



การอภิปรายผล

โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดช่วยลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดบุตรแบบวางแผนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาค้นคว้านี้แสดงให้เห็นว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ อธิบายได้ด้วยทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา²⁷ ที่ผู้วิจัยนำมาเป็นกรอบแนวคิด โดยกิจกรรมภายในโปรแกรมฯ ที่ถ่ายทอดผ่านสื่อวิดีโอที่มีคุณภาพสูงทำหน้าที่เป็นต้นแบบที่ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ที่ยังไม่เคยมีประสบการณ์ได้เห็นภาพ คาดการณ์เหตุการณ์ และเรียนรู้วิธีการปฏิบัติตัวจากต้นแบบที่ประสบความสำเร็จส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นและคลายความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่สรุปได้ว่าการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดช่วยลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{30,37} และการได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดอย่างครบถ้วนเพียงพอสามารถช่วยลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³¹ อย่างไรก็ตามมีการศึกษาบางส่วนที่ให้ผลลัพธ์ขัดแย้งกันและข้อควรระวังในการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด โดยจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Krupic และคณะ³⁸ ระบุว่าแม้ผู้ป่วยต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด แต่การได้รับข้อมูลที่มากเกินไปหรือไม่สอดคล้องกับความต้องการสามารถเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวหรือความวิตกกังวลที่รุนแรงขึ้นได้ นอกจากนี้รูปแบบและช่วงเวลาในการนำเสนอข้อมูลที่ส่งผลต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดอย่างมาก ดังเช่นการศึกษาของ Kanyeki และคณะ³⁹ ที่พบว่าทำให้สตรีตั้งครรภ์ดูวิดีโอแสดงขั้นตอนการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังก่อนผ่าตัดคลอดบุตรไม่ได้ช่วยลดระดับความวิตกกังวลลงเมื่อเทียบกับการให้ความรู้ตามปกติ ยิ่งไปกว่านั้นงานวิจัยของ Yilmaz และคณะ⁴⁰ ยังพบว่าการให้ข้อมูลด้วยสื่อมัลติมีเดียในวันที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดบุตรแบบวางแผนกลับส่งผลให้คะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ความแตกต่างของผลลัพธ์เหล่านี้อธิบายได้ว่า การให้ข้อมูลที่มุ่งเน้นเพียงขั้นตอนทางการแพทย์ของวิสัญญีหรือการให้ข้อมูลในช่วงเวลาที่สตรีตั้งครรภ์เตรียมตัวไม่ทันอาจทำให้เกิดอาการตื่นตระหนก ขณะที่ความสำเร็จของโปรแกรมฯ ในการศึกษาครั้งนี้เกิดจากการให้ข้อมูลล่วงหน้าตามระยะเวลาที่เหมาะสมและการนำทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรามาเป็นกรอบแนวคิดหลัก โดยออกแบบเนื้อหาวิดีโอให้เห็นประสบการณ์ของต้นแบบที่มุ่งเน้นภาพเชิงบวกของการฟื้นตัวหลังผ่าตัดร่วมกับการฝึกปฏิบัติจริงแบบรายบุคคล สามารถตอบสนองความต้องการของสตรีตั้งครรภ์ได้อย่างตรงจุดและสร้างความเชื่อมั่นได้ดีกว่าการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดเพียงอย่างเดียว^{22,31,37} นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลงอย่างชัดเจน ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการได้รับความเอาใจใส่เป็นพิเศษ เนื่องจากการถ่ายทอดความรู้แบบรายบุคคลทำให้กลุ่มทดลองได้รับความสนใจและเวลาในการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นประมาณ 45 นาที ซึ่งปฏิสัมพันธ์เชิงบวกนี้มีส่วนช่วยสร้างความไว้วางใจและลดความตื่นตระหนกได้ ทั้งนี้การประเมินความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดครั้งนี้เป็นการประเมินทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรม ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ในการจัดการความวิตกกังวลระยะสั้นก่อนเข้ารับการผ่าตัดในชั่ววันถัดไปได้อย่างทันทั่วถึง

สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนความปวดแผลผ่าตัดเมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญ และมีความต้องการยาพาราเซตามอลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน (ร้อยละ 21.70 เทียบกับร้อยละ 47.80 ตามลำดับ) สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลงจะส่งผลให้การตอบสนองต่อความเครียดของร่างกายผ่านระบบประสาทซิมพาเทติกและการหลั่งฮอร์โมน Cortisol ลดลง ทำให้การรับรู้ต่อความเจ็บปวด (Pain threshold) สูงขึ้น ที่สำคัญการใช้ยาพาราเซตามอลลดลงในกลุ่มทดลองนั้น ไม่ได้เป็นเพียงผลทางสรีรวิทยาจากการลดความวิตกกังวลเท่านั้น แต่ยังเป็นผลมาจากการที่มารดาได้รับการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจให้รับรู้ถึงความปวดแผลผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้นและได้ฝึกฝนทักษะการจัดการความปวดด้วยตนเองล่วงหน้า การได้ฝึกปฏิบัติจริงจนเกิดความชำนาญก่อนผ่าตัดจัดเป็นประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ซึ่งช่วยสร้างความเชื่อมั่นในการเผชิญกับอาการปวดแผลผ่าตัดได้

สำหรับการฟื้นตัวของลำไส้และการเคลื่อนไหวของร่างกายพบว่า มารดาหลังผ่าตัดกลุ่มทดลองมีคะแนนการฟื้นตัวดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่กลุ่มทดลองมีการฟื้นตัวของลำไส้และสามารถลุกเดินได้เร็วกว่านั้น นับเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนว่าการสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จและประสบการณ์ต้นแบบที่ได้รับจากโปรแกรมฯ สามารถสร้าง



ความเชื่อมั่นของมารดาให้แสดงออกเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมในระยะหลังผ่าตัดได้อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้ในเชิงกลไกทางสรีรวิทยา การเคลื่อนไหวร่างกายที่รวดเร็ว (Early ambulation) จะไปกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติกให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นร่วมกับมารดาหลังผ่าตัดใช้ยาาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ลดลง จึงส่งผลให้การทำงานของลำไส้กลับคืนสู่ภาวะปกติได้รวดเร็วขึ้น โดยปราศจากภาวะแทรกซ้อน^{20,30} ผลลัพธ์เหล่านี้จึงเป็นการยืนยันถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างเป็นระบบ การศึกษาครั้งนี้ยืนยันว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนของแบนดูรามีส่วนช่วยลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเมื่อครบ 24 ชั่วโมง อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองที่ดำเนินการในโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวและกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กจึงอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลการวิจัยไปสู่บริบทสถานพยาบาลระดับอื่น แต่โปรแกรมฯ นี้ก็แสดงให้เห็นถึงความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เนื่องจากสามารถดำเนินการให้เสร็จสิ้นภายใน 24 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด การบูรณาการสื่อวิดีโอคุณภาพสูงร่วมกับการฝึกปฏิบัติจริงไม่เพียงแต่สร้างความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง แต่ยังนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่เป็นรูปธรรม

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนของแบนดูราสามารถลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด บรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด ลดความต้องการยาบรรเทาปวด ส่งเสริมการฟื้นตัวของลำไส้และการเคลื่อนไหวของร่างกายหลังผ่าตัดเมื่อครบ 24 ชั่วโมงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อดีของการศึกษาคือการบูรณาการสื่อวิดีโอเสมือนจริงร่วมกับการฝึกปฏิบัติการเคลื่อนไหวร่างกายรายบุคคลในระยะเวลาที่จำกัดก่อนผ่าตัด ผลการศึกษาชี้ให้เห็นความสำคัญทางคลินิกว่าสถานพยาบาลควรนำโปรแกรมฯ นี้ไปบูรณาการเป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานสำหรับพยาบาล เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดบุตรแบบวางแผนให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรคำนึงถึง ดังนี้ ประการแรก การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง เนื่องจากระเบียบปฏิบัติของหน่วยงานไม่เอื้ออำนวย แม้จะแก้ไขโดยใช้เกณฑ์คัดเข้าที่รัดกุมแล้ว แต่อาจมีตัวแปรแทรกซ้อนที่กระทบต่อความเที่ยงตรงภายใน ประการต่อมา บริบทของพื้นที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงและฐานะมั่นคง ซึ่งเป็นปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ระหว่างทดลอง ส่งผลให้จำกัดการอ้างอิงผล (ความเที่ยงตรงภายนอก) ไปยังประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน นอกจากนี้การใช้แบบประเมิน APAIS ซึ่งกำหนดไว้ตามกรอบแนวคิดการวิจัยไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ส่งผลให้ประเมินได้เฉพาะความวิตกกังวลด้านผ่าตัด การระงับความรู้สึก และความต้องการข้อมูล ทำให้ไม่ครอบคลุมมิติความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดด้านอื่น ๆ อีกทั้งยังมีความเร่งด่วนตามมาตรฐานของหอผู้ป่วยในการส่งสตรีตั้งครรภ์เข้าห้องผ่าตัด ทำให้ไม่สามารถประเมินซ้ำได้ การวัดผลจึงทำได้ครั้งเดียวหลังจบโปรแกรม ซึ่งสะท้อนได้เฉพาะประสิทธิภาพการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดระยะสั้น และการเก็บข้อมูลในสถานที่เดียวเนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากรส่งผลต่อการสรุปผลอ้างอิงไปยังสถานพยาบาลอื่นที่มีบริบทการดูแลแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดนี้ ไปบูรณาการกับแนวปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดบุตรแบบวางแผน โดยนอนโรงพยาบาล 1 คืนก่อนผ่าตัด กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการให้ข้อมูลและฝึกปฏิบัติในช่วงเวลา 17.00 – 18.30 น. ของคืนวันก่อนผ่าตัด
2. ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการควบคุมตัวแปรที่อาจส่งผลกระทบต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างร่วมด้วย เช่น ด้านความรู้และระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น และควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการให้สตรีตั้งครรภ์ศึกษาด้วยตนเองจากวิดีโอที่พัฒนาขึ้นกับการดูวิดีโอร่วมกับการที่พยาบาลอธิบายข้อมูลซ้ำ



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในหน่วยงาน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณบุคลากรหน่วยงานหอผู้ป่วยในระบบพิเศษ (SDIPD 62–63) และห้องคลอดพิเศษ อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้ความร่วมมือเอื้อเฟื้อสถานที่และอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานวิจัย ตลอดจนสตรีตั้งครรภ์ทุกท่านที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

References

1. Jantaburee N, Phumonsaku S, Theerakulchai J. Relationships between selected factors and maternal–infant attachment of unplanned cesarean section mothers. *Journal of the Police Nurses*. 2019;11(2):387-95. (in Thai)
2. Titapant V. Position statement on cesarean section (Revised 2023). Bangkok: The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists; 2023. (in Thai)
3. World Health Organization. WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. Geneva: World Health Organization; 2018.
4. World Health Organization. Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access. [Internet]. 2021 [cited 2026 Sep 22]. Available from: <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>
5. Karunayawong P, Isaranuwatthai W, Lumbiganon P, Khantipong P, Coonanantachai C. Trends of cesarean sections increasing in Thailand. *Policy Brief*. 2022;10:1-4 (in Thai)
6. Boulet SL, Platner M, Joseph NT, Campbell A, Williams R, Stanhope KK, et al. Hypertensive disorders of pregnancy, cesarean delivery, and severe maternal morbidity in an Urban safety-net population. *American Journal of Epidemiology*. 2020;189:1502-11. doi: 10.1093/aje/kwaa135.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. Cesarean birth. [Internet]. 2020 [cited 2026 Sep 22]. Available from: <http://www.acog.org>
8. Angolile CM, Max BL, Mushemba J, Mashauri HL. Global increased cesarean section rates and public health implications: A call to action. *Health Science Journal*. 2023;6:1-5. doi: 10.1002/hsr2.1274.
9. Siteo Muhandule CJL, Benetti CMS, Fogulin LB, Bento SF, Amaral E. Cesarean delivery on maternal request: The perspective of the postpartum women. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2024;24:1-8. doi: 10.1186/s12884-024-06464-5.
10. Chitsom S, Saenrian B, Tonthong P. Pain management after cesarean section. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*. 2022;16(3):868-81 (in Thai)
11. Ituk U, Habib AS. Enhanced recovery after cesarean [version 1; referees: 2 approved]. 2018;7:1-11. doi: 10.12688/f1000research.13895.1.
12. Bansal T, Joon A. A comparative study to assess preoperative anxiety in obstetric patients undergoing elective or emergency cesarean section. *Anaesthesia, Pain & Intensive Care*. 2017;21(1):25-30.



13. Abate SM, Chekol YA, Basu B. Global prevalence and determinants of preoperative anxiety among surgical patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Surgery Open*. 2020;25:6-16. doi: 10.1016/j.ijso.2020.05.010.
14. Ozturk Inal Z, Gorkem U, Ali Inal H. Effects of preoperative anxiety on postcesarean delivery pain and analgesic consumption: General versus spinal anesthesia. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2020;33:191-7. doi: 10.1080/14767058.2018.1487948.
15. Zheng L, Li J, Xue H, Zhang X, Ni F, Wu Q, et al. Early contact with anesthesiologists at anesthesiology consulting clinic and preoperative anxiety remission in the parturients scheduled for cesarean section: A case control study. *Research Square*. 2022;1:1-16. doi: 10.21203/rs.3.rs-1649112/v1.
16. Ruttanapun T, Chinnawong T, Naka K. Development and evaluation of clinical nursing practice guideline for promoting recovery in elderly patients after abdominal surgery. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2021;41(4):60-73. (in Thai)
17. Macones GA, Caughey AB, Wood SL, Wrench IJ, Huang J, Norman M, et al. Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) society recommendations (part 3). *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2019;221:247.e1-9. doi: 10.1016/j.ajog.2019.04.012.
18. Dalfra MG, Burlina S, Lapolla A. Weight gain during pregnancy: A narrative review on the recent evidences. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2022;188:1-8. doi: 10.1016/j.diabres.2022.109913.
19. Chavan AA, Pawar VC, Tirankar V. Evidence based study of enhanced recovery after cesarean section of elective cases in our tertiary health care centre. *International Journal of Scientific Research*. 2023;12(5):26-8. doi: 10.36106/ijsr/0315808.
20. Kalliyath AK, Korula SK, Mathew A, Abraham SA, Isac M. Effect of preoperative education about spinal anesthesia on anxiety and postoperative pain in parturients undergoing elective cesarean section: A randomized controlled trial. *Journal of Obstetric Anaesthesia and Critical Care*. 2019;9:14-7. doi: 10.4103/joacc.JOACC_35_18.
21. Niyigena A, Gato S, Alayande B, Miranda E, Hedt-Gauthier B, Goodman AS, et al. Functional recovery after cesarean delivery: A prospective cohort study in rural Rwanda. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2023;23:1-13. doi: 10.1186/s12884-023-06159-3.
22. Mishra S, Yadav I. Impact of preoperative educational sessions on anxiety and pain outcomes in cesarean section patients. *Journal of Population Therapeutics & Clinical Pharmacology*. 2024;31:1-6. doi: 10.53555/jptcp.v31i4.5285.
23. Rose JM. Enhanced recovery after surgery ambulation project [Master's Projects and Capstones]. San Francisco: University of San Francisco; 2020.
24. Lee KN, Joo YJ, Choi SY, Park ST, Lee KY, Kim Y, et al. Content analysis and quality evaluation of cesarean delivery-related videos on YouTube: Cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*. 2021;23:1-10. doi: 10.2196/24994.



25. Weerasinghe K, Rishard M, Brabaharan S, Mohamed A. Effectiveness of face-to-face physiotherapy training and education for women who are undergoing elective caesarean section: A randomized controlled trial. *Archives of Physiotherapy*. 2022;12:1-10. doi: 10.1186/s40945-021-00128-9.
26. Deeudom P, Promnoi K, Onkham K, Jumpa K. The effect of development pre-operative nursing care guideline for operating room nurse on the postponement of surgery in Uttaradit hospital. *Health Science Clinical Research*. 2022;37:96-106. (in Thai)
27. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977;84:191-215. doi: 10.1016/0146-6402(78)90002-4.
28. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*. 2009;41:1149-60. doi: 10.3758/BRM.41.4.1149.
29. Klangprapan N, Narkwichean A, Luanpholcharoenchai J, Laosooksathit W. Effectiveness of the enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol following elective cesarean section: A single-center randomized controlled trial. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2022;30:393-402 (in Thai)
30. Sun L. Application value of staged continuous health education in cesarean section nursing. *American Journal of Biomedical Science & Research*. 2021;12:277-9. doi: 10.34297/AJBSR.2021.12.001756.
31. Che YJ, Gao YL, Jing J, Kuang Y, Zhang M. Effects of an informational video about anesthesia on pre- and post-elective cesarean section anxiety and recovery: A randomized controlled trial. *Medical Science Monitor*. 2020;26:e9204281. doi: 10.12659/MSM.920428.
32. Moerman N, van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). *Anesthesia & Analgesia*. 1996;82(3):445-51. doi: 10.1097/00000539-199603000-00002.
33. Kunthonluxamee A, Pitimana-aree S, Laurujisawat P. Validity and reliability of the Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS); Thai version in adult Thai pre - operative patients. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2009;54(1):83-92 (in Thai)
34. Phamornpon S. Factors predicting bowel function recovery in patients after open colorectal resection surgery [Master of Nursing Science]. Bangkok: Mahidol University; 2013. (in Thai)
35. Mingolo Y, Sangkum L, Jaroensap C, Poomhirun P, Chalacheewa T. Effectiveness of patient education on knowledge of anesthesia and post-operative pain management following elective cesarean delivery: A randomized control trial. *Thai Journal of Anesthesiology*. 2024;50(3):169-78 (in Thai)
36. Alghadir AH, Anwer S, Iqbal A, Iqbal ZA. Test-retest reliability, validity, and minimum detectable change of visual analog, numerical rating, and verbal rating scales for measurement of osteoarthritic knee pain. *Journal of Pain Research*. 2018;11:851-56. doi: 10.2147/JPR.S158847.
37. Miremberg H, Yirmiya K, Vinter D, Lauterbach R, Yefet E, Nassra R, et al. An informative video before planned cesarean delivery and maternal anxiety: A multicenter randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*. 2022;4:1-6. doi: 10.1016/j.ajogmf.2022.100604.



38. Krupic F, Krupic M, Dervisevic E, Kovacevic M, Bujakovic T. Preoperative information as predictor of the patient's fear and anxiety before surgery systematic review of qualitative and quantitative literature. *Saudi Journal of Anesthesia*. 2025;19:487-93. doi: 10.4103/sja.sja_120_25.
39. Kanyeki T, Mung'ayi V, Bal R, Odaba D. Effect of video-based information on preoperative state trait anxiety inventory scores in adult patients presenting for elective caesarean section: A randomized controlled trial. *African Health Sciences*. 2022;22:117-24. doi: 10.4314/ahs.v22i3.14.
40. Yilmaz G, Akça A, Esen O, Salihoglu Z. Multimedia education on the day of elective cesarean section increases anxiety scores. *Perinatal Journal*. 2019;27:38-42. doi: 10.2399/prn.19.0271006.

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน (ฉบับปรับปรุง เริ่มใช้ตั้งแต่ฉบับที่ 3/2568)

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ เป็นของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อกลางของบุคลากรพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการส่งเสริมเผยแพร่ความรู้และแนวปฏิบัติจากงานวิจัย รับผิดชอบต่อความทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เพื่อเพิ่มพูนความเข้มแข็งของวิชาชีพพยาบาล ดังนั้นจึงใคร่ขอเชิญชวนให้พยาบาลทุกท่าน และผู้ที่เกี่ยวข้องที่สนใจส่งผลงานมาเผยแพร่ในวารสาร โดยอยู่ในขอบเขตดังนี้

ประเภทของเรื่องที่รับตีพิมพ์

1. บทความทางวิชาการ (Academic article) เป็นบทความที่เรียบเรียงสาระความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและการดูแลสุขภาพสาขาต่างๆ ที่มีเนื้อหาทันสมัย นำมาสรุปวิเคราะห์ เปรียบเทียบ สังเคราะห์โดยผู้เขียน นำเสนอองค์ความรู้และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
2. บทความวิจัย (Research article) เป็นบทความเกี่ยวกับการรายงานการวิจัยทางการพยาบาลและการดูแลสุขภาพสาขาต่าง ๆ ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) และการสังเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-synthesis)

ประเภทของเรื่องที่ไม่รับตีพิมพ์

บทความวิจัยที่เป็นการวิจัยนำร่อง (Pilot studies) และงานวิจัยที่ผลการค้นพบเบื้องต้น (Preliminary findings)

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับที่จะส่งมาตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ต้องเป็นผลงานที่แล้วเสร็จไม่เกิน 5 ปี และไม่เป็นเรื่องที่เคยตีพิมพ์หรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. ผู้มีรายชื่อในบทความทุกคนต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการผลิตผลงานวิชาการนั้น ๆ และมีความเห็นพ้องต้องกันในเนื้อหาสาระของบทความก่อนส่งเข้ามาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่
3. ผู้เขียนต้องมั่นใจว่าได้ตรวจสอบเนื้อหาของบทความแล้ว และไม่มีการลักลอบเลียนงานวิชาการ (Plagiarism) โดยมีการอ้างอิงแหล่งที่มาตามหลักวิชาการที่ถูกต้องครบถ้วน
4. การส่งบทความให้ผู้เขียนแนบผลการตรวจสอบการลักลอบเลียนงานวิชาการ (Plagiarism) จากโปรแกรมมาตรฐาน เช่น Turnit-in, Copyleaks, อักษรวิสุทธิ์ เป็นต้น สำหรับการแนบไฟล์ผลการตรวจสอบให้เลือกเฉพาะหน้าแรกที่แสดงค่า Similarity Index ซึ่งบทความที่ส่งมาตีพิมพ์ต้องมีค่า Similarity Index ไม่เกิน 25%
5. บทความที่เป็นผลงานของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา ให้มีการลงลายมือชื่อของอาจารย์ที่ปรึกษาทุกท่าน เพื่อรับรองว่าได้อ่านและพิจารณาเนื้อหาสาระของบทความนั้นแล้ว ก่อนส่งบทความเข้ามาพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่
6. สำหรับบทความวิจัยที่ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นมนุษย์ ให้แนบเอกสารรับรองการวิจัยในมนุษย์ (Certificate of Approval: COA) กรณีบทความที่ส่งมาเป็นโครงการย่อยของโครงการวิจัยขนาดใหญ่ ให้ระบุในเนื้อหาของบทความว่า “บทความฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย” งานวิจัยที่ไม่ได้ขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจะได้รับการลงตีพิมพ์
7. บทความต้นฉบับพร้อมเอกสารแนบต้องส่งเข้าในฐานข้อมูล ICT Thaijo ของวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ (<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned>) เท่านั้น

รูปแบบของการเตรียมต้นฉบับ

การจัดเตรียมต้นฉบับให้เนื้อหาบทความที่มีความยาว 16-18 หน้า (นับตั้งแต่บทคัดย่อ รวมรูปภาพ ตาราง และเอกสารอ้างอิง) พิมพ์จากโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป MS word for window พิมพ์ด้วยตัวอักษร TH Sarabun New ขนาด 14 pt. ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 เท่า เว้นระยะขอบบนล่าง ซ้าย และขวา 2.54 เซนติเมตร ในแต่ละหน้าขอให้ระบุเลขที่หน้าไว้ที่หัวกระดาษบนด้านขวา และไม่ต้องจัดคอลัมน์ การใช้ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะเท่านั้นที่ตัวแรกใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ หากจำเป็นต้องใช้ชื่อย่อในเนื้อหา จะต้องพิมพ์ครั้งแรกแบบชื่อเต็ม ตามด้วย : ชื่อย่อ ตัวอย่าง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD)

Title page:

จัดทำ Title page แยกไฟล์ ซึ่งประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียนและทีม พร้อมทั้งคุณวุฒิชื่อย่อ ภาษาไทย (ภาษาอังกฤษ) อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ชิดขอบกระดาษด้านขวา ขนาดตัวอักษร 14 pt. พร้อมระบุตัวเลขเป็นด้วยยกท้ายชื่อผู้เขียนตามลำดับ ตัวอย่าง รุ่งลาวัลย์ เอี่ยมกุลคลึง ปร.ด.¹ ตามแบบฟอร์มของวารสาร เพื่อให้สอดคล้องกับเชิงอรรถด้านท้าย โดยเชิงอรรถด้านท้ายประกอบด้วย

1. แหล่งทุน (ถ้ามี)
2. ตำแหน่ง สถาบันต้นสังกัดที่ผู้เขียนปฏิบัติงาน โดยด้านหน้าให้ใส่ตัวเลขแบบด้วยยกท้ายลำดับให้สอดคล้องกับชื่อผู้เขียนและทีม ด้านบน
3. ระบุคำว่า “Corresponding author” หน้าชื่อผู้เขียนหลัก
4. ระบุอีเมลและเบอร์โทรศัพท์ของผู้เขียนหลัก

องค์ประกอบของบทความ

1. บทความวิชาการ เรียงลำดับดังนี้

- 1.1 ชื่อเรื่อง (Title) ควรจะสั้นได้ใจความและสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง โดยพิมพ์ไว้ด้านบนของบทคัดย่อ
- 1.2 บทคัดย่อภาษาไทย ไม่เกิน 350 คำ โดยให้ครอบคลุมหัวข้อดังนี้ เกริ่นนำสิ่งที่ทำ สรุปผลสำคัญที่ได้รับคุณค่าสำคัญไว้ด้านล่าง 3 - 5 คำ โดยกำหนดคำสำคัญที่เป็นสากล สามารถสืบค้นได้ คือ กำหนดตาม Medical subject headings (MeSH)
- 1.3 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) ให้เขียนบทคัดย่อขยาย (Extended abstract) ไม่เกิน 800 คำ และระบุคุณค่าสำคัญด้านล่าง 3-5 คำ โดยกำหนดคำสำคัญที่เป็นสากล สามารถสืบค้นได้ คือ กำหนดตาม Medical subject headings (MeSH)
- 1.4 ส่วนเนื้อหา (Content) ประกอบด้วยบทนำ เนื้อหาสาระ และบทสรุป โดยบทนำให้อธิบายความสำคัญ และวัตถุประสงค์ของบทความวิชาการ ส่วนเนื้อหาควรมีการจัดลำดับเนื้อหาที่เหมาะสม เข้าใจง่าย แสดงการวิเคราะห์ วิเคราะห์อย่างสมเหตุสมผลด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ส่วนบทสรุปควรสั้น กระชับ ที่สะท้อนการนำไปใช้ประโยชน์ได้ชัดเจน
- 1.5 ส่วนเอกสารอ้างอิง (Reference) เป็นส่วนท้ายของบทความ ให้ดำเนินการตามเกณฑ์ที่วารสารกำหนด

2. บทความวิจัย เรียงลำดับดังนี้

- 2.1 ชื่อเรื่อง (Title) ควรจะสั้นได้ใจความ ระบุตัวแปรที่ศึกษา สะท้อนวิธีการวิจัยและสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง โดยพิมพ์ไว้ด้านบนของบทคัดย่อ
- 2.2 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกินอย่างละ 350 คำ โดยนำเสนอเป็น 2 ย่อหน้า โดยย่อหน้าแรกประกอบด้วย ที่มาและความสำคัญ (Introduction) วิธีดำเนินการศึกษา (Methods) ย่อหน้าที่สองประกอบด้วย ผลการศึกษา (Results) ที่ไม่ต้องระบุตัวเลขทางสถิติ สรุปผลการวิจัยและการนำไปใช้ (Conclusion and implications) ซึ่งไม่ต้องระบุการอ้างอิงในเนื้อหา
- 2.3 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) ให้เขียนบทคัดย่อขยาย (Extended abstract) ไม่เกิน 800 คำ ประกอบด้วย ที่มาและความสำคัญ (Introduction) วัตถุประสงค์ (Objective) วิธีการศึกษา (Material and method) ผลการวิจัย (Result) การอภิปราย (Discussion) ข้อสรุปการวิจัย (Conclusion) ข้อจำกัดการวิจัย (Limitation) ข้อเสนอแนะ และการนำผลการวิจัยไปใช้ (Recommendation for future research) โดยแบ่งออกเป็น 2 ย่อหน้าให้สอดคล้องกับบทคัดย่อภาษาไทย
- 2.4 คำสำคัญ (Keywords) เป็นคำหรือข้อความสั้น ๆ ที่เป็นจุดสำคัญของเนื้อเรื่องทั้งหมดรวมกัน 3 - 5 คำ โดยกำหนดคำสำคัญที่เป็นสากล สามารถสืบค้นได้ คือ กำหนดตาม Medical subject headings (MeSH)
- 2.5 บทนำ (Introduction) กล่าวถึง ที่มาและความสำคัญของปัญหาการวิจัยอย่างสั้นๆ ที่ครอบคลุมตัวกระตุ้นจากความรู้ (Knowledge trigger) จากการปฏิบัติงาน (Practice trigger) และ/หรือจากผู้ใช้บริการ (Patient trigger) มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแบบบูรณาการเกี่ยวกับเรื่องที่ใช้อย่างย่อๆ สะท้อนสถานะองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องในการศึกษาและจุดอ่อนในองค์ความรู้ (Gap of knowledge) และ/หรือจุดอ่อนในการปฏิบัติงาน (Gap of practice)
- 2.6 วัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายเป้าหมายของการวิจัยที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและชื่อเรื่อง ที่ครอบคลุมตัวแปรและประชากรที่ต้องการศึกษา
- 2.7 ขอบเขตการวิจัย อธิบายขอบเขตการศึกษาทั้งกลุ่มประชากร สถานที่ศึกษา และระยะเวลาการศึกษาที่ชัดเจน

2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย อธิบายทฤษฎีหรือแนวคิดที่นำมาเป็นอธิบายตัวแปร หรือความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ต้องการศึกษา โดยเขียนเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีหรือแนวคิดมาสู่การศึกษาวิจัยให้มีความชัดเจน ครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษา

2.9 วิธีดำเนินการวิจัย (Methods) ให้กล่าวถึง

2.9.1 รูปแบบของการวิจัย (Research design) อธิบายรูปแบบของการวิจัยที่นำมาศึกษา ทั้งนี้ต้องเป็นรูปแบบที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

2.9.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง อธิบายลักษณะ การกำหนดขนาดตัวอย่างและเกณฑ์การสุ่มหรือการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

2.9.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ควรอธิบายเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล อธิบายรายละเอียดเครื่องมือ การแปลผลคะแนน การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทั้งความตรง ความเชื่อมั่นและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง หากมีเครื่องมือในการทดลองหรือแนวปฏิบัติ (กรณีการวิจัยแบบทดลอง) อธิบายองค์ประกอบ เนื้อหา วิธีการใช้ และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

2.9.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล ระบุวิธีการและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อสะท้อนให้เห็นคุณภาพของข้อมูลและมาตรฐานในการดำเนินการศึกษา

2.9.5 การวิเคราะห์ข้อมูล หากเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ระบุสถิติที่ใช้และขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพระบุวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์

2.9.6 จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ให้ระบุรหัส หรือหมายเลขที่ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (IRB No.) พร้อมทั้งอธิบายกระบวนการในการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยสังเขป

2.10 ผลการวิจัย (Results) เป็นการนำเสนอผลการศึกษิตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย อาจแยกเป็นหัวข้อเพื่อให้เข้าใจง่าย

2.10.1 ตาราง จะต้องไม่เกิน 5 ตาราง ใช้ตัวเลขในการกำหนดลำดับของตาราง โดยระบุลำดับเลขด้านหน้าหัวข้อตาราง บริเวณด้านบนของตาราง การระบุชื่อตัวแปรที่ศึกษาให้ระบุภาษาไทยตามด้วยวงเล็บภาษาอังกฤษ ตัวอย่าง อายุ (age) ทุกตัวแปรที่ปรากฏในตาราง โดยควรมีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะให้อ่านเข้าใจข้อมูลที่นำเสนอ เส้นขอบตารางให้มีเพียงเส้นแนวนอน 3 เส้น ได้แก่ เส้นขอบบนสุด เส้นด้านล่างของหัวตาราง และเส้นขอบล่างสุด ซึ่งต้องไม่มีเส้นแนวตั้ง ให้นำเสนอข้อมูลที่สรุปจากผลการศึกษาอย่างชัดเจนพอเหมาะกับหน้ากระดาษในแนวตั้ง โดยตัวเลขให้ใช้ทศนิยมสองตำแหน่ง และใช้สัญลักษณ์ทางสถิติ ตัวอย่าง ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่า p-value ($p < .05$)

2.10.2 รูปภาพและแผนภูมิ ใช้ภาพถ่ายและแผนภูมิที่มีความชัดเจน ที่ผู้เขียนเป็นเจ้าของภาพและแผนภูมิ คำอธิบายภาพและลำดับภาพและแผนภูมิให้ใส่ไว้ได้ภาพและแผนภูมิ ทั้งนี้ภาพและแผนภูมิรวมจะต้องไม่เกิน 2 ภาพ/แผนภูมิ

2.11 การอภิปรายผล (Discussion) อธิบายว่าผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัยหรือไม่ ขยายความผลการวิจัยที่ได้ว่าสอดคล้องหรือไม่กับกรอบแนวคิดการวิจัย และสมมติฐานการวิจัยอย่างไร ข้อค้นพบสนับสนุนหรือขัดแย้งกับแนวคิด ทฤษฎี รวมทั้งผลการวิจัยที่ผ่านมาอย่างไร ของใครบ้าง และทำไมจึงเป็นเช่นนั้น ระบุหากผลการวิจัยมีสิ่งค้นพบใหม่และอธิบายที่มาหรือเหตุผลที่น่าเชื่อถือ

2.12 สรุปการวิจัย (Conclusion) การสรุปผลการวิจัยสั้นๆ ระบุจุดแข็งของการวิจัย ข้อจำกัดของการวิจัย (ถ้ามี) และผู้วิจัยได้ดำเนินการอย่างไรเพื่อลดผลกระทบของข้อจำกัดดังกล่าว

2.13 ข้อจำกัดการวิจัย (Study limitations) เป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงขอบเขต หรือปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อความถูกต้องและความครอบคลุมของผลการวิจัย ตลอดจนข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ หรืออ้างอิงในกลุ่มประชากรอื่น

2.14 ข้อเสนอแนะ (Suggestion) เป็นข้อเสนอแนะจากสิ่งที่ได้จากการวิจัย ทั้งในด้านการให้บริการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ หรือการบริหารการพยาบาล หรือการศึกษาพยาบาล หากเป็นวิจัยเชิงทดลอง ระบุว่าผลการทดลองมีผลมากน้อยเพียงใดต่อสถานการณ์หรือปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องการแก้ไข (Clinical significance) และมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด (Practical significance) และข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาต่อไป ผู้วิจัยควรให้ข้อเสนอแนะที่มาจากผลการวิจัยเท่านั้น

2.15 การพิจารณาทางจริยธรรม (Ethical considerations) กรณีที่ผู้แต่งมีการใช้ปัญญาประดิษฐ์เชิงกำเนิด (Generative Artificial Intelligence: Gen AI) ในการช่วยเขียนบทความ ผู้แต่งต้องระบุให้ชัดเจนว่าใช้ Gen AI ไດ ในการช่วยเขียนบทความอย่างไร และด้วยเหตุผลใด ทั้งนี้วารสารไม่อนุญาตให้ระบุ Gen AI ในฐานะผู้เขียนบทความ หรือใช้เป็นแหล่งอ้างอิง

ตัวอย่างข้อความที่ระบุการใช้ปัญญาประดิษฐ์

“ผู้เขียนใช้ Chat GPT เพื่อช่วยในการปรับปรุงความชัดเจนและความถูกต้องของภาษาของต้นฉบับ” หรือ

“The author utilized Chat GPT to assist in improving the linguistic clarity and correctness of the manuscript”

2.16 เอกสารอ้างอิง (References) เป็นส่วนท้ายของบทความ ให้ดำเนินการตามเกณฑ์ที่วารสารกำหนด

3. บทความการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) และการสังเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-synthesis) ประกอบด้วยชื่อเรื่อง บทคัดย่อและคำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ การสืบค้นและแหล่งข้อมูล การคัดกรอง การประเมินคุณภาพงานวิจัย การสกัดข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเสนอผล การอภิปรายผล ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ และ ข้อจำกัดการวิจัย (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิงต้องอ้างเฉพาะเอกสารตรงกับสาระในบทความและให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด แม้ว่าต้นฉบับเอกสารนั้นจะเป็นภาษาอื่นก็ตาม การเขียนเอกสารอ้างอิงต่าง ๆ ให้ใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Modified Vancouver Style ดังนี้

1. การอ้างอิงเอกสารในเนื้อเรื่อง (In-text citation) หากมีการอ้างอิงผลงานของผู้แต่งอื่น มาอ้างอิงในบทความให้ใส่ตัวเลขอ้างอิงตามลำดับเนื้อหา โดยให้เริ่มต้นด้วยหมายเลข 1 แล้วเรียงลำดับไปเรื่อย ๆ โดยระบุตัวเลขไว้หลังชื่อผู้แต่ง หรือหลังข้อความที่อ้างอิง หากมีการอ้างอิง หรือคัดลอกข้อความนั้นซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิมตามที่อ้างอิงในครั้งแรกกำกับไว้หลังข้อความนั้นด้วย

1.1 การอ้างอิงในเนื้อเรื่องที่เน้นผู้แต่ง ให้ใส่ตัวเลขอ้างอิงหลังชื่อผู้แต่ง

ตัวอย่าง

ในปี ค.ศ.2016 Silberstein และ Litmanovitz¹ ได้ทำการศึกษาการนำ NIDCAP มาใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการสำหรับทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกและพบว่าได้ผลในการป้องกันความเครียดสำหรับทารกได้

1.2 การอ้างอิงในเนื้อเรื่องที่เน้นเนื้อหา/ข้อความ ให้ใส่ตัวเลขอ้างอิงหลังข้อความนั้น

ตัวอย่าง

การส่งเสริมพัฒนาการสำหรับทารกในหอผู้ป่วยวิกฤต จำเป็นต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล ร่วมกับผู้ปกครองทารก ในการร่วมกันป้องกันความเครียดในทารกและส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสม ซึ่งจะเป็นการป้องกันปัญหาด้านระบบประสาทและการเรียนรู้ของทารกในอนาคตได้เป็นอย่างดี⁸

1.3 การอ้างอิงในเนื้อเรื่องที่มีหลากหลายรายการพร้อมกัน หากเป็นการอ้างอิงในข้อความเดียวกันให้ใส่เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างตัวเลขโดยไม่ต้องเว้นวรรคเพื่อแยกตัวเลข กรณีอ้างอิงในเนื้อหาตั้งแต่ 2 รายการขึ้นไป ให้ใช้เครื่องหมายยัติภังค์ (-) คั่นระหว่างตัวเลขลำดับแรกกับลำดับสุดท้ายโดยไม่ต้องเว้นวรรค

ตัวอย่าง

ในปัจจุบันการส่งเสริมพัฒนาการสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถทำได้ตั้งแต่อยู่โรงพยาบาล^{2,3} โดยเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างแพทย์ พยาบาล และผู้ปกครอง โดยเฉพาะมารดา^{3,5-6} ซึ่งเน้นการป้องกันสิ่งกระตุ้นที่มากเกินไปและส่งเสริมสิ่งกระตุ้นที่เหมาะสมสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด⁶⁻⁷

2. การอ้างอิงเอกสารท้ายบทความ (Reference) ใช้คำว่า References โดยต้องอ้างเฉพาะเอกสารที่ตรงกับสาระในบทความและให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด แม้ว่าต้นฉบับจะเป็นภาษาไทย โดยให้ใส่ (in Thai) ไว้ข้างท้ายรายการอ้างอิงนั้น โดยจัดเรียงเอกสารอ้างอิงเป็นลำดับตัวเลขตามลำดับเนื้อหา ซึ่งการระบุตัวเลขอ้างอิงต้องตรงกับตัวเลขในเนื้อหา โดยมีวิธีการเขียนดังนี้

2.1 ผู้เขียนคนไทยหรือชาวต่างประเทศ ให้ใช้นามสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อชื่อต้น และชื่อกลาง (ถ้ามี) ดังตัวอย่าง

Runglawon Eamkusolkit

ใช้คำว่า Eamkusolkit R

Adel F Almutairi, Maliha Nasim

ใช้คำว่า Almutairi, AF, Nasim M

2.2 ผู้เขียน 1-6 คน ระบุชื่อทุกคน โดยแต่ละคนให้คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และเว้นวรรค 1 ระยะ ดังตัวอย่าง

Reed JA, EL-Assmy A, O'Brien AD, van de Kamp JM, Williams RC, Hidebrand F.

2.3 ผู้เขียนมากกว่า 6 คน ระบุ 6 คนแรกต่อด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) เว้นวรรค 1 ระยะและใส่คำว่า et al. ดังตัวอย่าง

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al.

2.4 ผู้เขียนเป็นองค์กร สมาคม หน่วยงาน ถ้ามีมากกว่า 1 หน่วยให้ใส่เครื่องหมายอัฒภาค (;) คั่นระหว่างหน่วยงาน กรณีเป็นหน่วยงานใหญ่และมีหน่วยงานย่อยให้ใส่เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างหน่วยงาน ดังตัวอย่าง

American Dietetic Association; Dietitians of Canada.

Department of Disease Control, Ministry of Public Health.

2.5 การอ้างอิงจากวารสารทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้ระบุชื่อเต็มของวารสารที่เป็นรายการอ้างอิงนั้น

2.6 รูปแบบการลงรายการอ้างอิงจากแหล่งอื่นต่าง ๆ ให้ใช้รูปแบบดังนี้ (*เครื่องหมาย / หมายถึงเว้นวรรค 1 ระยะ*)

2.6.1 บทความวารสาร (Articles in journal)

ผู้แต่ง./ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./ปีที่พิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):หน้าแรกบทความ-หน้าสุดท้ายบทความ

ตัวอย่าง Tharakham E, Chaichanasang T. Effects a self-help group on quality of life of caregivers of child with cerebral palsy. Journal of Nursing and Health Care. 2020;43(3):171-9 (in Thai)

2.6.2 บทความวารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีหมายเลข Digital Object Identifier (DOI)

ผู้แต่ง./ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./ปีที่พิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):หน้าแรกบทความ-หน้าสุดท้ายบทความ./doi:xxxxxx
ในกรณีไม่ระบุเลขหน้า ให้ใช้ค่าตามสำนักพิมพ์ แทนเลขหน้า

ตัวอย่าง Rutledge DN, Retrosi T, Ostrowski G. Barriers to medication error reporting among hospital nurses. Journal of Clinical Nursing. 2018;27(9-10):1941-9. doi: 10.1111/jocn.14335.

2.6.3 หนังสือ (Books)

ผู้แต่ง./ชื่อหนังสือ./ครั้งที่พิมพ์./เมืองที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์./ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Bundhamchareon K, Teerawattananon Y, Vos T, Begg S. Burden of disease and injuries in Thailand. Nonthaburi: Ministry of Public Health, Thailand; 2002. (in Thai)

2.6.4 บทในหนังสือ (Chapter in Book)

ผู้แต่งบทที่อ้าง./ชื่อบท./In:/ชื่อบรรณาธิการ./editor./ชื่อหนังสือ./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์;ปีที่พิมพ์./p./หน้าแรกบท-หน้าสุดท้ายบท

ตัวอย่าง Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

2.6.5 โปสเตอร์ที่นำเสนอในการประชุม (Posters Sessions Presented at Meetings)

ผู้แต่ง./ชื่อโปสเตอร์./Poster session presented:/ชื่อการประชุม;/ปี/เดือน(ย่อ)/วันที่ประชุม;/สถานที่ประชุม

ตัวอย่าง Rao RM, Lord GM, Choe H, Lichtman AH, Luscinskas FW, Glimcher LH. The transcription T-bet is required for optimal proinflammatory trafficking of CD4⁺ T cells. Poster session presented at: 25th European Workshop for Rheumatology Research; 2005 Feb 24-27; Glasgow, UK

2.6.6 อินเทอร์เน็ต หากเป็นภาษาไทยให้มี (in Thai) ไว้ท้ายสุด

ผู้แต่ง./ชื่อบทความ./[internet]./ปีที่พิมพ์/[cited ปี เดือน(ย่อ) วันที่สืบค้น]/ Available from:/ URL

ตัวอย่าง Diabetes Association of Thailand. Prevalence of diabetes in Thai population age $\geq$ 15 yrs by age group, NHES-V, 2014. [internet]. 2014 [cited 2025 May 02], Available from: <https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/the-chart/the-chart-1/2018-02-09-00-17-33> (in Thai)

2.6.7 วิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) กรณีที่วิทยานิพนธ์ได้รับการเผยแพร่แล้ว ให้อ้างอิงจากแหล่งที่เผยแพร่

ผู้แต่ง./ชื่อเรื่อง/[ประเภท/ระดับปริญญา]./เมืองที่พิมพ์:/มหาวิทยาลัย;/ปีที่ได้ปริญญา.

ตัวอย่าง Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995.

ข้อตกลง

1. กองบรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาคัดเลือกเรื่องเพื่อตีพิมพ์ให้เหมาะสมตามวัตถุประสงค์ของวารสารฯ
2. เรื่องที่ตีพิมพ์แล้วเป็นสมบัติของวารสารและเป็นผู้สงวนลิขสิทธิ์ทุกประการ
3. ความถูกต้องของข้อความหรือเรื่องราวที่ตีพิมพ์ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน
4. บทความที่ได้รับตีพิมพ์ทุกชนิด ถือเป็นวิทยาทาน ไม่มีค่าตอบแทน
5. การพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ จะประเมินแบบไม่เปิดเผยตัวตนสองทาง (Double-blind review) โดยสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญและไม่ใช่ว่าผู้ปฏิบัติงานในสถาบันเดียวกับผู้เขียน เป็นผู้ประเมินและให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาด้านฉบับให้มีคุณภาพ และเป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด โดยระยะเวลาในการตอบรับการตีพิมพ์ตั้งแต่ส่งต้นฉบับ จะใช้เวลาประมาณ 2-3 เดือน

สถานที่ติดต่อปรึกษา

1. รองศาสตราจารย์ ดร.จันทิรา เจียรณัย บรรณาธิการวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
สมาคมพยาบาลฯ สำนักงานสาขาคะวันออกเฉียงเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัด
ขอนแก่น 40002 E-mail: chantira@sut.ac.th
2. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาคะวันออกเฉียงเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 โทร. 080-8952065 E-mail: jnatned@gmail.com

**สำนักงานสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
(ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี)
สาขากาตตะวันตกเฉียงเหนือ**

ห้อง 1105 อาคาร 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อ.เมืองขอนแก่น จ.ขอนแก่น 40002

Ins : 08-08952065 e-mail : jnatned@gmail.com
Facebook : www.facebook.com/natne.or.th