



BUU **NURSE**
BURAPHA UNIVERSITY
WISDOM OF THE EAST
คณะพยาบาลศาสตร์

Vol.34 No.2

ISSN 2774 - 1214 (Online)

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

April - June 2026

THE JOURNAL OF FACULTY OF NURSING BURAPHA UNIVERSITY



งานวารสารคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา



วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

The Journal of Faculty of Nursing, Burapha University

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บรรณาธิการผู้ช่วย

รองศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิดาคุณธิ์ พูลศิริ

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปันตา

ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต

ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุ่มดวง

ศาสตราจารย์ ดร.วารุณี พองแก้ว

รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์

รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงี่ยมทรัพย์

รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์

รองศาสตราจารย์ ดร.พูลพงศ์ สุขสว่าง

รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ

รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงฤดี ลาสุขะ

รองศาสตราจารย์ ดร.ประทุม สร้อยวงศ์

รองศาสตราจารย์ ดร.พรรณพิไล ศรีอาภรณ์

รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา

รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ ประสบกิตติคุณ

รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช บุญยัง

รองศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ ชูนวล

รองศาสตราจารย์ ดร.ซัจจนะ แพรวขาว

Professor Dr. Edwin Rosenberg

Professor Dr. Ratchneewan Ross

มหาวิทยาลัยบูรพา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

นักวิชาการอิสระ ข้าราชการบำนาญ

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยบูรพา

นักวิชาการอิสระ ข้าราชการบำนาญ

นักวิชาการอิสระ ข้าราชการบำนาญ

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นักวิชาการอิสระ ข้าราชการบำนาญ

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Appalachian State University, USA

The University of Louisville, USA

ผู้จัดการวารสาร/การส่งเรื่องตีพิมพ์/ การบอกรับเป็นสมาชิก

นายเอกรินทร์ สามา

e-mail : journal@nurse.buu.ac.th

โทรศัพท์ 038-102822

กำหนดการออก ราย 3 เดือน (ปีละ 4 ฉบับ)

ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม

ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน

ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน

ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม

อัตราค่าตีพิมพ์บทความ

ค่าตีพิมพ์ภาษาไทย 2,000 บาท

ค่าตีพิมพ์ภาษาอังกฤษ 3,000 บาท

พิมพ์ที่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

169 ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข

อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี (20131)

โทรศัพท์ 038-102822

โทรสาร 038-393476

สำนักงาน

งานวารสารคณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยบูรพา

169 ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข

อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี (20131)

โทรศัพท์ 038-102822

โทรสาร 038-393476

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เป็นวารสารเพื่อเผยแพร่ความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการ สาขาการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่นๆ รวมทั้งเผยแพร่ผลงานวิจัย อันเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล และการประชาสัมพันธ์วิชาชีพพยาบาล โดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น อย่างน้อย 2 ท่าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เขียนจะไม่ทราบชื่อของแต่ละฝ่าย (Double-Blind Review)

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการ หรือ บทความวิจัย ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง และลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์
2. บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ และปกิณกะ

สารจากกองบรรณาธิการ

กองบรรณาธิการวารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเชิญนักวิจัยทางการพยาบาลและศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ ส่งบทความทางวิชาการเพื่อลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร **บทความที่จะส่งลงตีพิมพ์ต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ หรือไม่เคยตีพิมพ์ด้วยภาษาอื่นๆ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ ในวารสารอื่นมาก่อน** ต้นฉบับบทความทุกเรื่องจะได้รับการประเมินก่อนการตีพิมพ์ (Peer review) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และต้องผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากบรรณาธิการวารสารก่อนที่จะลงตีพิมพ์

วิสัยทัศน์

“สถาบันแห่งการพลิกโฉมทางการศึกษาและวิจัยทางการพยาบาล เพื่อรับมือสภาวะสุขภาพที่ท้าทายอย่างยั่งยืนและเป็นสากล”

VISION

“Transforming Nursing Education and Research, Responding to Healthcare Challenges Internationally and Sustainably”

ค่านิยมองค์กร (Core Value)

- N = Novelty : สร้างสรรค์
U = Unity : เป็นหนึ่งเดียว
R = Respect : ยอมรับกัน
S = Smart : รอบรู้
E = Excellence : สู่วิทยายุคใหม่



วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

THE JOURNAL OF FACULTY OF NURSING BURAPHA UNIVERSITY

ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2569 Vol. 34 No. 2 April - June 2026

สารบัญ

		หน้า
• ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินและน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการฟอกเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	จิรายุทธ คำลุน สายฝน ม่วงคุ้ม เขมาธิ มาสิงบุญ	1-12
• Factors Influencing Preventive Health Behaviors for Cannabis Use among Vocational Students	Nathan T-athitsakul Pornpat Hengudomsab Pornpan Srisopa	13-27
• การพัฒนารูปแบบและทดสอบประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลแม่ลาว สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย	กฤติกา ชนประชา	28-39
• ประสิทธิภาพของการฝึกปฏิบัติการประเมินภาวะสุขภาพในสถานการณ์จำลองแบบผสมต่อความรู้และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี	ธวัชชัย เพ็ญสมบัติ ธานี ธรรมรัตน์ ธัญทิพย์ คลังชำนาญ รัชดาพร ไพบูรณ์	40-51
• การออกแบบและพัฒนาแบบจำลองระบบการไหลเวียนเลือดของเด็กที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสำหรับฝึกทักษะหัตถการดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของนักศึกษาพยาบาล	ศุภวรรณ พิมพ์พยอม และคณะ	52-66
• การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะภาวะผู้นำทางการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยในยุคประเทศไทย 4.0: กรณีศึกษาโรงพยาบาลในภาคตะวันออก	สหทัย รัตนจรรยา ชนัญชิดาคุณวิ ทุลศิริ ประภัสสร มนต์อ่อน ปราณี ภูให้ผล	67-80
• ประสิทธิภาพการจัดการยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชนจังหวัดอุดรธานี	อรุณรัตน์ พรหมมา นัยนา แก้วคง	81-97
• ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทของมารดาที่ทำงานนอกบ้าน	ณัฐธิดา สมสวาท ศิริวรรณ แสงอินทร์ จินตนา วัชรสินธุ์	98-111
• ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง	ณอมจิต ณอมศิริ อาภรณ์ ดินาน วารินทร์ บินโฮเซ็น	112-125
• ผลของการใช้แนวปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปากต่อสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใบหน้าและช่องปาก	ศรีวิมล สราศิริ และคณะ	126-138

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน และน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการฟอกเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

จิรายุทธ คำลุน, พย.ม.¹ สายฝน ม่วงคุ้ม, Ph.D.^{2*} เขมรติ มาสิงบุญ, D.S.N.²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินและน้ำหนักตัวระหว่างการฟอกเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 50 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 25 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึงเดือนมีนาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน และแบบบันทึกน้ำหนักตัว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ สถิติฟิชเชอร์ สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินหลังได้รับโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.20, p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.97, p < .001$) น้ำหนักตัวเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นระหว่างการฟอกเลือดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.01, p = .003$) แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ($Z = -1.57, p = .116$) ผลการศึกษานี้สนับสนุนว่าโปรแกรมการจัดการตนเองช่วยให้ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินได้

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการฟอกเลือด

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: saifone@buu.ac.th

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

The Effects of Self-Management Program on Volume Overload Prevention Behavior and Interdialytic Weight Gain in Patients Undergoing Hemodialysis

Jirayut Khumlun, M.N.S.¹, Saifone Mounkum, Ph.D.^{2*}, Khemaradee Masingboon, D.S.N.²

Abstract

This study aimed to examine the effects of a self-management program on volume overload prevention behavior and interdialytic weight gain in patients undergoing hemodialysis. The sample consisted of patients receiving hemodialysis three times per week. Participants were recruited based on inclusion criteria and randomly assigned to either an experimental group (n = 25) or a comparison group (n = 25). The experimental group participated in an eight-week self-management program, the comparison group received usual care. The study was conducted between December 2023 and March 2024. Research instruments included a demographic data form, a volume overload prevention behavior questionnaire, and a record of interdialytic weight gain. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's exact probability test, Wilcoxon Signed-Rank Test, and Mann-Whitney U test.

The results showed that the experimental group had a significantly higher mean score of volume overload prevention behavior after the program ($Z = -4.20$, $p < .001$) and significantly higher than the comparison group ($Z = -4.97$, $p < .001$). Additionally, the experimental group demonstrated a significant decrease in interdialytic weight gain after the program ($Z = -3.01$, $p = .003$), although there was no significant difference between the two groups ($Z = -1.57$, $p = .116$). These findings support that the self-management program effectively promote preventive behavior and reduce intradialytic volume overload among hemodialysis patients.

Key words: Self-management, Hemodialysis, Volume overload prevention behavior, Interdialytic weight gain

¹ Student of master degree of Nursing science in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

* Corresponding author e-mail: saifone@bua.ac.th

This study was funded by a research grant from the Burapha University Graduate School for the 2024 fiscal year.

บทนำ

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease) เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย จากรายงานของ International Society of Nephrology (2019) พบรายใหม่ทั่วโลกเฉลี่ย 144 คนต่อล้านประชากร และประเทศไทยพบความชุก 170,774 คน (Thai Kidney Disease Association, 2020) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยวิธีที่พบมากที่สุดคือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมซึ่งคิดเป็นร้อยละ 75.97 ของผู้ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตทั้งหมดทั่วประเทศ (Thai Kidney Disease Association, 2020)

แม้ว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ แต่ยังพบภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต โดยเฉพาะภาวะน้ำเกิน ซึ่งมีอุบัติการณ์ระหว่างร้อยละ 24.00-53.33 (Wongsaree & Kritiyawan, 2017; Pinyo & Jinawin, 2023) ภาวะน้ำเกินสามารถนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ขณะฟอกเลือด เช่น ความดันโลหิตต่ำขณะฟอก ตะคริว หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Wongsaree & Kritiyawan, 2017) และยังมีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงและความผิดปกติของหัวใจ เช่น การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) ที่เป็นปัจจัยการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วย (Loutradis et al., 2021) การประเมินภาวะน้ำเกินจึงมีความสำคัญ เพื่อนำไปสู่การดูแลที่เหมาะสม จากการศึกษาพบว่า น้ำหนักตัวระหว่างการฟอกเลือด (interdialytic weight gain) เป็นการประเมินภาวะน้ำเกินทางคลินิกวิธีหนึ่งที่ทำได้ง่ายและมีความเชื่อมโยงกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอีกด้วย (Maimani et al., 2021) ผู้ที่มีน้ำหนักตัวระหว่างการฟอกเลือดมากกว่าเกณฑ์ปกติร้อยละ 81 ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งจากการมีภาวะน้ำเกิน และร้อยละ 87 จะมีภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด (Maimani et al., 2021) ทั้งนี้การฟอกเลือดจะใช้เวลาสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง และระหว่างช่วงที่ไม่ได้ฟอกเลือด ผู้ป่วยจะใช้ชีวิตที่บ้านนานถึง 48-72 ชั่วโมง (Samranet et al., 2020) ซึ่งภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดส่วนใหญ่จึงเกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการดื่มน้ำขณะอยู่ที่บ้าน ส่งผลต่อน้ำหนักตัวระหว่างการฟอกเลือด

พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกิน หมายถึง การปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะดังกล่าว ซึ่งประกอบด้วยการจำกัดอาหารและน้ำดื่ม ตลอดจนการสังเกตและติดตามอาการ แม้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านโภชนาการและการจำกัดน้ำดื่มจะมีความสำคัญอย่างยิ่ง (Duzalan et al., 2021) แต่หลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตาม การศึกษาของ Rungpray (2017) พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมควบคุมน้ำและอาหารที่ไม่สม่ำเสมอ โดยรับประทานตามความต้องการของตนเองและไม่เคยตวงปริมาณน้ำดื่ม สอดคล้องกับการศึกษาของ Vr and Kaur Kang (2021) ที่รายงานอัตราการไม่ให้ความร่วมมือในการจำกัดอาหารและน้ำสูงถึงร้อยละ 60.2 และ 60.6 ตามลำดับ นอกจากนี้ Samranet et al. (2020) ยังพบว่าผู้ป่วยมีประสบการณ์เชิงลบต่อการควบคุมน้ำเกิน โดยรับรู้ว่าการจำกัดอาหารและน้ำดื่มเป็นความทุกข์ทรมาน ขัดต่อความเป็นอิสระ และไม่สามารถปฏิบัติได้ ดังนั้น การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำด้านโภชนาการและการจำกัดน้ำดื่มจึงถือเป็นปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด (Lambert et al., 2017; Opiyo et al., 2019)

ที่ผ่านมามีการใช้แนวคิดที่หลากหลายในการพัฒนาการป้องกันภาวะน้ำเกินทั้งแนวคิดการกำกับตนเอง (Khamrueng et al., 2017) การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (Leuchai et al., 2022; Suesum & Namchandra, 2018) แต่พบว่าแนวคิดการจัดการตนเองถูกนำมาใช้ดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำเกินได้ (Mananawan & Rosa, 2022) แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมยังมีภาวะน้ำเกินอยู่และมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสมถึงร้อยละ 46.7 (Purba et al., 2018) และการศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีการเปรียบเทียบพฤติกรรมควบคุมน้ำเกินได้ชัดเจน ในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีการศึกษาที่จำเพาะในกลุ่มที่ฟอกเลือด 3 ครั้งต่อสัปดาห์เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้หากเกิดภาวะน้ำเกินจะเกิดความไม่เพียงพอในการฟอกเลือดและนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย ซึ่งการจะเพิ่มวันในการฟอกเลือดยังเป็นเรื่องยากและส่งผลกระทบต่อ

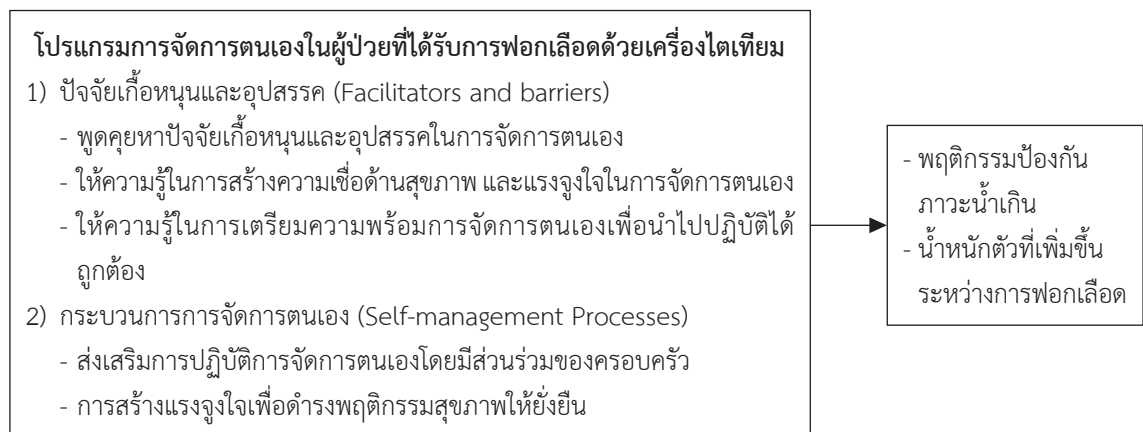
ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยได้ โดยการสร้างโปรแกรมการจัดการตนเองตามกรอบแนวคิด The revised self-and family management ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมซึ่งเป็นทฤษฎีที่มีความสอดคล้องกับการแก้ปัญหาพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินมุ่งสร้างแรงจูงใจมากขึ้นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจัดการตนเอง โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้มุ่งเน้นให้เกิดพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินที่เหมาะสม และคาดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่มีคุณภาพสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินและน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการฟอกเลือดของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The revised self-and family management) (Grey et al., 2015) ประกอบด้วย 1) ปัจจัยเกื้อหนุนและอุปสรรคในการจัดการตนเอง 2) กระบวนการจัดการตนเอง 3) ผลลัพธ์ระยะสั้น และ 4) ผลลัพธ์ระยะยาว โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อนำองค์ความรู้มาส่งเสริมให้เกิดปัจจัยเกื้อหนุนและลดอุปสรรคในการจัดการตนเองซึ่งถือเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการจัดการตนเองโดยมุ่งเน้นการจัดการตนเองตามความต้องการของการเจ็บป่วย สนับสนุนกระบวนการจัดการตนเองและให้เกิดความใส่ใจต่อโรคพร้อมที่จะดูแลตนเองร่วมกับครอบครัว และสามารถดำรงพฤติกรรมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น เพื่อให้เกิดเป็นผลลัพธ์ระยะสั้นด้านพฤติกรรมสุขภาพและส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ในระยะยาวต่อไป โดยสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยดังที่แสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest control group design)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ที่มารับบริการ ณ ศูนย์ไตเทียม โรงพยาบาลเมืองพัทยา ในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) มีการรับรู้ สติสัมปชัญญะดี ไม่มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของ

การรู้คิด ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมจากแบบทดสอบสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ ซึ่งต้องได้คะแนนอยู่ระหว่าง 0-7 คะแนน (Areue & Yangcharoen, 2020) และเป็นผู้ไม่มีความบกพร่องทางจิตใจ 3) สามารถพูด-ฟัง ภาษาไทยได้และสื่อความหมายได้ดี การมองเห็นชัดเจน และ 4) สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ เกณฑ์การคัดออกคือ ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้จนครบเวลาการจัดกิจกรรมของการวิจัย และเกณฑ์ถอนออก (Withdrawal criteria) คือ ในระหว่างร่วมวิจัยพบมีอาการผิดปกติและแพทย์พิจารณาว่าไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยต่อได้ เช่น มีอาการเจ็บหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย หรือหมดสติ

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณด้วยโดยใช้โปรแกรม G* Power Version 3.1.9.4 จากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน (Rungprai & Chuwattanakul, 2018) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 42 คน กลุ่มตัวอย่างอาจสูญหายระหว่างการศึกษา ผู้วิจัยจึงพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Grove et al., 2013) ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 50 คนโดย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้การวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบทดสอบสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ ฉบับภาษาไทย เป็นแบบประเมินสมรรถภาพสมองและระบบประสาท เพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อม คะแนน 0-7 คะแนน แสดงว่าปกติ (Areue & Yangcharoen, 2020)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ผู้ดูแลหลัก โรคร่วม ยาที่ได้รับ ระยะเวลาที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือด

2.1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินของวิชชุณี ศรีทอง และคณะ (Srithong & Methakanjanasak, 2021) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ แต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ คะแนนรวมต่ำสุดและสูงสุดอยู่ในช่วง 20-100 คะแนน แปลผลคะแนนสูง หมายถึง พฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินอยู่ในระดับสูง

2.1.3 แบบบันทึกน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการฟอกเลือด บันทึกโดยผู้วิจัย

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ ดังนี้ 1) ป้ายกำกับและอุปสรรคในการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงจูงใจในการจัดการตนเอง และการเตรียมความพร้อมเพื่อการจัดการตนเอง 2) กระบวนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การปฏิบัติการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และการสร้างแรงจูงใจเพื่อดำรงพฤติกรรมสุขภาพให้ยั่งยืน เครื่องมือในการดำเนินโปรแกรมนี้นี้

2.2.1 สื่อการสอน PowerPoint แบ่งเนื้อหาออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2) ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านสารน้ำในการป้องกันภาวะน้ำเกิน และ 3) ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านอาหารในการป้องกันภาวะน้ำเกิน

2.2.2 สื่อการสอนวิดีโอสั้น มีทั้งหมด 3 เรื่อง ได้แก่ 1) ภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2) การป้องกันภาวะน้ำเกิน การจัดการตนเองด้านสารน้ำ และ 3) การป้องกันภาวะน้ำเกิน การจัดการตนเองด้านอาหาร

2.2.3 โปสเตอร์การป้องกันภาวะน้ำเกิน ให้กลุ่มทดลองนำไปติดที่บ้านเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในขั้นตอนของการปฏิบัติการจัดการตนเอง

2.2.4 แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะน้ำเกิน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบความเสี่ยงของการเกิดภาวะน้ำเกิน เป็นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน

2.2.5 เครื่องชั่งน้ำหนักยี่ห้อ NAGATA รุ่น BW-5156M ซึ่งได้รับการปรับเทียบ (Calibrate) ทุก 1 เดือน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน, สื่อการสอน PowerPoint, สื่อการสอนวิดีโอสั้น, โปสเตอร์การป้องกันภาวะน้ำเกินและแบบประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะน้ำเกิน ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .85, 1, 1, 1 และ 1 ตามลำดับ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 1 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 ท่าน และพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม) 1 ท่าน ส่วนโปรแกรมฯ นำไปตรวจสอบความเหมาะสมเนื้อหา กิจกรรม และความถูกต้องของการใช้ภาษา

2. การตรวจสอบความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .848 ส่วนโปรแกรมการฯ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 ราย เพื่อยืนยันความเป็นไปได้ของโปรแกรม (Feasibility Study)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ G-HS070/2566 วันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2566 และได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองพัทยา โดยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและรายละเอียดการทำให้แก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งย้ำการเข้าร่วมโดยสมัครใจ ก่อนลงนามยินยอม การที่อาสาสมัครสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อบริการที่พึงได้รับ ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น รวมทั้งการนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นภาพรวมและไม่สามารถระบุตัวตนได้ และจะทำลายข้อมูลทั้งหมดทิ้งเมื่อเผยแพร่ผลการวิจัยไปแล้ว 1 ปี

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม) จำนวน 1 ท่าน มีหน้าที่ช่วยเก็บข้อมูลแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายเกี่ยวกับการใช้แบบสอบถาม วิธีการเก็บข้อมูล แล้วให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้แบบสอบถาม และนำมาหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater Reliability) ด้วยวิธี Interclass correlation (ICC) ได้ค่า $ICC = .797, p = .029$ มีความสอดคล้องสูง (Fleddelius et al., 2016)

ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (randomization) ด้วยวิธีจับสลากตามวันที่มาฟอกเลือดเข้ากลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 25 คน ซึ่งทั้งสองกลุ่มจะมีวันฟอกเลือดที่แตกต่างกันเพื่อลดการแลกเปลี่ยนของข้อมูลระหว่างกลุ่ม (Contamination) ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 8 สัปดาห์ รายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการจัดการตนเองดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยจะพบกลุ่มทดลองจำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ณ ศูนย์ไตเทียม เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการฟอกเลือดก่อนเริ่มโปรแกรมฯ รวมทั้งพูดคุยประเมินถึงปัจจัยเกื้อหนุนและอุปสรรคต่อการจัดการตนเอง

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองจำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ณ ศูนย์ไตเทียม เพื่อสร้างความเชื่อและสร้างแรงจูงใจ โดยให้ความรู้ด้วยสื่อการสอน PowerPoint เกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน เนื้อหา ประกอบด้วย ความหมาย สาเหตุ ความรุนแรงของภาวะน้ำเกิน และผลกระทบของภาวะน้ำเกิน

สัปดาห์ที่ 3 และ 4 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองจำนวน 2 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที ณ ศูนย์ไตเทียม เพื่อเตรียมความพร้อมในการจัดการตนเองโดยให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านสารน้ำและอาหาร รวมทั้งการฝึกปฏิบัติในการป้องกันภาวะน้ำเกินด้วยสื่อ PowerPoint และวิดีโอสั้น

สัปดาห์ที่ 5-7 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองจำนวน 2 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 10 นาที ณ ศูนย์ไตเทียม เป็นขั้นตอนการปฏิบัติการจัดการตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมสนับสนุน ครอบครัวจะได้รับความรู้การป้องกันภาวะน้ำเกินผ่านสื่อวิดีโอสั้น และกลุ่มทดลองจะได้รับการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้ยั่งยืนโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำเกิน และได้รับโปสเตอร์การป้องกันภาวะน้ำเกินกลับบ้าน

สัปดาห์ที่ 8 ใช้เวลา 30 นาที เป็นการสรุปการเรียนรู้กิจกรรมทั้งหมดและเก็บข้อมูลแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินและน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการฟอกเลือดหลังสิ้นสุดโปรแกรม

2. กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการพยาบาลตามปกติตามมาตรฐานของศูนย์ไตเทียม โรงพยาบาลเมืองพัทยา โดยจะได้รับการชั่งน้ำหนักและการฟอกเลือดตามแผนการรักษาในสัปดาห์ที่ 2 - 7 และได้รับการเก็บข้อมูลเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 1 และ 8 หลังสิ้นสุดโปรแกรมได้รับความรู้ในการป้องกันภาวะน้ำเกิน และโปสเตอร์การป้องกันภาวะน้ำเกินจากผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

จากผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงที่ไม่เป็นโค้งปกติ ทางผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Non-parametric ดังนี้ เปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test และเปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 51 อายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 36 ระดับการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 52 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 56 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 42 ครอบครัวมีรายได้ 10,001 - 20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 40 ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 46 ส่วนใหญ่มีสามีหรือภรรยาเป็นผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 44 พบโรคร่วมที่เป็นมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง พบร้อยละ 32 มีระยะเวลาการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอยู่ระหว่าง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 48 ส่วนใหญ่มีารับประทาน คิดเป็นร้อยละ 98 และส่วนใหญ่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะเข้าเครื่องไตเทียม คิดเป็นร้อยละ 64 และจากการทดสอบความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Chi-square และ Fisher's exact test พบว่าไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินและน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการฟอกเลือดในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนและหลังการทดลอง และเนื่องจากข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Parametric ทางผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Non-parametric

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินและน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่าง
 การฟอกเลือดในกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	N	Mean	SD	Median	Z	p-value
พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกิน						
ก่อนการทดลอง	25	63.20	7.69	61.00	-4.20	< .001
หลังการทดลอง	25	78.48	9.93	81.00		
น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการฟอกเลือด (กิโลกรัม)						
ก่อนการทดลอง	25	1.21	.39	1.14	-3.01	.003
หลังการทดลอง	25	.99	.27	1.01		

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินของกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.20, p < .001$) และค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการฟอกเลือดต่ำกว่าระยะ
 ก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.01, p = .003$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่ม
 เปรียบเทียบ

พฤติกรรมการป้องกัน ภาวะน้ำเกิน	กลุ่มทดลอง (n = 25)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 25)			Z	p-value
	Mean	SD	Median	Mean	SD	Median		
ก่อนการทดลอง								
ด้านการจำกัดน้ำ	15.92	3.60	17.00	15.48	3.78	15.00	-.49	.626
ด้านการจำกัดอาหาร	20.72	4.16	21.00	22.04	2.76	22.00	-1.23	.220
ด้านการสังเกตและ	26.56	4.93	28.00	25.80	4.90	27.00	-.79	.431
ติดตามอาการ								
โดยรวม	63.20	7.69	61.00	63.32	6.34	63.00	-.09	.923
หลังการทดลอง								
ด้านการจำกัดน้ำ	21.12	2.03	21.00	16.36	3.07	17.00	-4.98	< .001
ด้านการจำกัดอาหาร	26.96	3.70	28.00	23.40	3.02	24.00	-3.66	< .001
ด้านการสังเกตและ	30.40	5.42	32.00	27.60	4.10	29.00	-3.79	< .001
ติดตามอาการ								
โดยรวม	78.48	9.93	81.00	67.36	5.35	67.00	-4.97	< .001

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินในระยะก่อนการได้รับโปรแกรม
 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกัน ($Z = -.09, p > .05$) และในระยะหลังการได้รับโปรแกรม
 ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.97, p < .001$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการฟอกเลือดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 25)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 25)			Z	p-value
	Mean	SD	Median	Mean	SD	Median		
น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น								
ระหว่างการฟอกเลือด								
(กิโลกรัม)								
ก่อนการทดลอง	1.21	.39	1.14	1.23	.35	1.10	-.07	.946
หลังการทดลอง	.99	.27	1.01	1.23	.51	1.10	-1.57	.116

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการฟอกเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีความแตกต่างกันทั้งก่อนการได้รับโปรแกรม ($Z = -.07, p = .946$) และหลังการได้รับโปรแกรม ($Z = -1.57, p = .116$) แต่เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยหลังการได้รับโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการฟอกเลือดน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมได้รับการส่งเสริมให้เกิดปัจจัยเกื้อหนุนซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการจัดการตนเอง โดยคำนึงถึงบริบทของผู้ป่วยแต่ละรายที่ประกอบด้วย การสร้างแรงจูงใจ การให้ความรู้ การเตรียมความพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง และการสนับสนุนการปฏิบัติการจัดการตนเองภายใต้การมีส่วนร่วมและการสนับสนุนของครอบครัวของผู้ป่วย และได้มีการสร้างแรงจูงใจโดยผ่านกระบวนการการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยส่งเสริมให้เกิดความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีและนำไปสู่แรงจูงใจของผู้ป่วย มุ่งเน้นให้ผู้ผู้ป่วยรับทราบถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะน้ำเกิน ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีแรงจูงใจจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ (Tiansa-ard & Kanoksunthornrat, 2016) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับความรู้ที่มีความจำเป็นและเฉพาะเจาะจง ความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับประกอบด้วย ความหมาย อาการ ความรุนแรง และผลกระทบของภาวะน้ำเกินผ่านสื่อการสอน PowerPoint ในสัปดาห์ที่ 2 อันจะทำให้ผู้ป่วยรับทราบถึงความรุนแรงของภาวะน้ำเกิน และได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองผ่านสื่อการสอน PowerPoint และวิดีโอสั้นในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 ซึ่งความรู้เหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากว่าความรู้ที่จำเป็นและเฉพาะเจาะจงจะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อควบคุมน้ำได้อย่างเหมาะสม และช่วยให้ผู้ป่วยจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง (Wongsari & Kritiyawan, 2017) ซึ่งจะเห็นว่าหากผู้ป่วยมีความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของตนเองก็จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการปัญหาของตนเองได้และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และการที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวก็ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งในการจัดการตนเองเพราะจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างสม่ำเสมอ ส่งผลต่อพฤติกรรมการจำกัดอาหารและน้ำดื่มของผู้ป่วยในเชิงบวก เพิ่มความกระตือรือร้นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Roni & Awaludin, 2023) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับการสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องในขั้นตอนของการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองในสัปดาห์ที่ 5-7 โดยผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะน้ำเกินเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงโอกาสเสี่ยงของตนเองในการเกิดภาวะน้ำเกินซึ่งถือเป็นการสร้างแรงจูงใจในอีกรูปแบบหนึ่งให้กับผู้ป่วย และยังได้รับโปสเตอร์การป้องกันน้ำเกินกลับบ้านเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติอีกด้วย

ส่วนน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการฟอกเลือด ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการฟอกเลือดภายหลังการได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p = .116$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เป็นผลจากการที่ผู้ป่วยได้รับความรู้และแรงจูงใจที่ดีจากโปรแกรมที่ได้รับ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองนำไปสู่การจัดการตนเองที่เหมาะสมในการควบคุมน้ำหนักตัว ซึ่งการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยจะครอบคลุมในเรื่องการรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำดื่มที่เหมาะสมและการสังเกตอาการผิดปกติ (Samranate et al., 2020) โดยโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้ครอบคลุมทุกเรื่องที่เกี่ยวข้อง แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการฟอกเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ($p = .116$) แต่พบว่าน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการฟอกเลือดของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลงจากก่อนการทดลอง ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยไม่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งก่อนและหลังการทดลอง ดังนั้นแสดงให้เห็นว่าการพยาบาลตามปกติตามมาตรฐานจากศูนย์ไตเทียมที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับก็มีผลดีต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เห็นได้จากค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวคงที่ไม่เพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเสริมเข้าไปจะยิ่งเพิ่มผลแก่ผู้ป่วยมากขึ้นดังจะเห็นได้ว่ากลุ่มทดลองมีแนวโน้มค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ และจากผลการศึกษาของ Wileman et al. (2016) ที่ได้ศึกษาหลักฐานของการจัดการสารน้ำที่ดีในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามทฤษฎีการยืนยันตนเอง : การทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม โดยใช้เวลาในการศึกษาทั้งหมด 12 เดือน และพบว่าค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการฟอกเลือดในกลุ่มทดลองลดลงแต่ในกลุ่มควบคุมไม่ลดลงและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .02$) ต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม 6 เดือน แต่ในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เวลาในการดำเนินโปรแกรมเพียง 8 สัปดาห์ ซึ่งเพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ แต่อาจจะยังไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการฟอกเลือดให้เกิดความแตกต่างกันได้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

โดยสรุปการศึกษานี้สนับสนุนว่าโปรแกรมการจัดการตนเองช่วยให้ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินได้ โดยมีพฤติกรรมการจำกัดน้ำดื่มและการจำกัดอาหารที่ขึ้น การเกิดผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The revised self-and family management) ผ่านการสนับสนุนด้านปัจจัยเกื้อหนุนและลดอุปสรรคในการจัดการตนเอง ทำให้เกิดการจัดการตนเองที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

พยาบาลสามารถนำโปรแกรมฯ ไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำเกินได้ เริ่มจากการค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองให้ชัดเจน จากนั้นต้องส่งเสริมให้เกิดความเชื่อและแรงจูงใจที่ดีเพื่อเป็นปัจจัยเกื้อหนุนในการจัดการตนเอง ลดอุปสรรคในการจัดการตนเอง และทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันภาวะน้ำเกินและช่วยลดน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการฟอกได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เพื่อทดสอบว่าโปรแกรมส่งผลต่อพฤติกรรมอย่างยั่งยืนควรมีการติดตามพฤติกรรมเพิ่มเติมในหลาย ๆ ระยะเวลาเนื่องจากสิ้นสุดโปรแกรมทันที
2. ควรมีการประยุกต์ใช้โปรแกรมฯ ในศูนย์ไตเทียมหลายแห่ง เพื่อทดสอบความสามารถในการนำโปรแกรมไปใช้ในสถานที่อื่นที่ใกล้เคียงกันอย่างแพร่หลายได้

3. ควรมีรูปแบบเครื่องมือที่ใช้ประเมินความเชื่อและแรงจูงใจโดยเฉพาะเพื่อให้ทราบถึงความเชื่อและแรงจูงใจที่ชัดเจน เพื่อการส่งเสริมความเชื่อทางสุขภาพที่ดีและเสริมแรงจูงใจได้ชัดเจนมากขึ้น
4. ควรมีรูปแบบเครื่องมือที่ใช้ประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยเฉพาะเพื่อให้ทราบถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวได้ชัดเจนมากขึ้น

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

ในการประยุกต์ใช้โปรแกรมการจัดการตนเองภายใต้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The revised self-and family management) ควรมีผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วม เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ยังไม่สามารถประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัวได้ชัดเจน

References

- Chatchawan, W., & Jariya, K. (2017). An intensive educational program on therapeutic volume overload for end stage renal disease patients receiving hemodialysis: Hemodialysis nurses, roles. *Journal of Health Sciences and Wellness*, 21(41), 137-150. [In Thai]
- Chutamat, T., & Nilobol, K. (2016). Motivational interviewing: Concept and application in persons with chronic kidney disease. *Ramathibodi Nursing Journal*, 22(3), 223-232. [In Thai]
- Duzalan, Ö. B., Cosar, A. A., & Sarikaya, S. (2021). Hemodialysis patients' experiences of diet and fluid restriction: A qualitative study. *Progress in Nutrition*, 23(2), 1-11. <https://doi.org/10.23751/pn.v23iS2.11985>
- Grey, M., Schulman-Green, D., Knafl, K., & Reynolds, N. R. (2015). A revised self- and family management framework. *Nursing outlook*, 63(2), 162-170. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2014.10.003>
- Lambert, K., Mullan, J., & Mansfield, K. (2017). An integrative review of the methodology and findings regarding dietary adherence in end stage kidney disease. *BMC Nephrology*, 18(1), 318. <https://doi.org/10.1186/s12882-017-0734-z>
- Loutradis, C., Sarafidis, P. A., Ferro, C. J., & Zoccali, C. (2021). Volume overload in hemodialysis: Diagnosis, cardiovascular consequences, and management. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 36(12), 2182-2193. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfaa182>
- Maimani, Y. A., Elias, F., Salmi, I. A., Aboshakra, A., Alla, M. A., & Hannawi, S. (2021). Interdialytic weight gain in hemodialysis patients: Worse hospital admissions and intradialytic hypotension. *Open Journal of Nephrology*, 11(02), 156-170. <https://doi.org/10.4236/ojneph.2021.112013>
- Mananawan, S. P., & Rosa, E. M. (2022). Association between attitudes to self management on adherence in restriction fluid and dietary among patient hemodialysis related to hypervolemia. *Journal of Nursing and Health*, 3(1), 42-53. <https://doi.org/10.31539/josing.v3i1.4093>
- Nephrology Society of Thailand. (2020). *Thailand renal replacement therapy: Year 2020*. Retrieved from: <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2022/06/Final-TRT-report-2020.pdf>

- Nisakorn, W., & Rungtiwa, S. (2020). Development of a program to enhance the motivation for self-management in delaying the diadetic nephropathy progression of type 2 diabetic patients with hypertension. *Royal Thai Naval Medical Journal*, 47(2), 373-393. [In Thai]
- Opiyo, R. O., Nyasulu, P. S., Olenja, J., Zunza, M., Nguyen, K. A., Bukania, Z., Nabakwe, E., Mbogo, A., & Were, A. O. (2019). Factors associated with adherence to dietary prescription among adult patients with chronic kidney disease on hemodialysis in national referral hospitals in kenya: A mixed-methods survey. *Renal Replacement Therapy*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/s41100-019-0237-4>
- Purba, A. K., Emaliyawati, E., & Sriati, A. (2018). Self-management and self-efficacy in hemodialysis patients. *Journal of Nursing Care*, 1(2), 129-139.
- Roni, A. S., & Awaludin, S. (2023). Intervention compliance of diet and fluids to interdialytic weight gain in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis: A systematic review. *Babali Nursing Research*, 4(2), 209-227. <https://doi.org/10.37363/bnr.2023.42209>
- Supap, A., & Pitchapraorn, Y. (2020). The 6 item cognitive function test-thai version: Psychometric property testing. *Ramathibodi Nursing Journal*, 26(2), 188-202. [In Thai]
- Thanairath, R., & Tadsana, C. (2018). The effect of an individual and family self-management program on volume overload in older persons with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 30(1), 96-107. [In Thai]
- Thidarat, P., Srisuda, M., Yaowalak, N., Walaiporn, K., Porntipa, H., Anchalee, P., Jaruek, S., & Thanaporn, Y. (2018). The effectiveness of self management on fluid overload management for chronic kidney disease patients with hemodialysis at somdej phranangchaoririkit hospital. *Royal Thai Naval Medical Journal*, 45(1), 106-120. [In Thai]
- Vr, V., & Kaur Kang, H. (2021). The worldwide prevalence of nonadherence to diet and fluid restrictions among hemodialysis patients: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Renal Nutrition*. <https://doi.org/10.1053/j.jrn.2021.11.007>
- Wanvisa, S., Nittaya, K., & Petchlada, C. (2020). Self-management on volume overload in end-stage renal disease undergoing hemodialysis patients. *Journal of Health Research and Development*, 6(2), 5-20. [In Thai]
- Wichunee, S., & Nonglak, M. (2021). Effects of self-management program with reminder system via line application to prevent volume overload among patients receiving hemodialysis. *Journal of Nursing Science and Health*, 44(4), 1-16. (In Thai)
- Wileman, V., Chilcot, J., Armitage, C. J., Farrington, K., Wellsted, D. M., Norton, S., Davenport, A., Franklin, G., Da Silva Gane, M., Horne, R., & Almond, M. (2016). Evidence of improved fluid management in patients receiving haemodialysis following a self-affirmation theory-based intervention: A randomised controlled trial. *Psychology Health*, 31(1), 100-114. <https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1073729>

Factors Influencing Preventive Health Behaviors for Cannabis Use among Vocational Students

Nathan T-athitsakul, M.N.S.¹, Pornpat Hengudomsub, Ph.D.^{2*}, Pornpan Srisopa, Ph.D.³

Abstract

Cannabis use among adolescents is an increasing public health concern, particularly among vocational students who may be vulnerable to substance-related risk behaviors. This predictive correlational cross-sectional study examined preventive health behaviors related to cannabis use among vocational students and investigated the predictive roles of mental health literacy, family connectedness, optimism, and psychological flexibility. The study was conducted between April to June 2024 among 299 vocational students in Chonburi Province, Thailand. Data were collected using six self-report questionnaires assessing demographic characteristics, mental health literacy, family connectedness, optimism, psychological flexibility, and preventive health behaviors for cannabis use. Descriptive statistics and multiple linear regression analyses were used to analyze the data.

The findings showed that the mean score for preventive health behaviors related to cannabis use among participants was 59.47 (SD = 21.89). Mental health literacy, family connectedness, optimism, and psychological flexibility significantly predicted preventive health behaviors related to cannabis use, jointly accounting for 34.5% of the variance ($R^2 = .345$, $F_{4, 294} = 38.64$, $p < .001$). Mental health literacy was the strongest ($\beta = .32$, $p < .001$), whereas psychological flexibility was the weakest ($\beta = .12$, $p < .05$).

The findings highlight the importance of mental health literacy, family connectedness, optimism, and psychological flexibility in influencing preventive health behaviors related to cannabis use among vocational students. These results may inform the development of nursing and mental health interventions designed to strengthen preventive health behaviors and reduce cannabis use risk among adolescents.

Key words: family connectedness, mental health literacy, optimism, preventive health behaviors, psychological flexibility

¹ Master student, Master of Nursing Science (International Program) Faculty of Nursing, Burapha University

² Associate professor, Psychiatric and Mental Health Nursing Department

³ Assistant professor, Psychiatric and Mental Health Nursing Department

* Corresponding author e-mail: pornpath@buu.ac.th

Introduction

Globally, cannabis use has become more common, with approximately 228 million users in 2022, of which 60 million were non-medical users (UNODC, 2024). Office of the Narcotic Control Board (ONCB) has reported that around 1.89 million Thais aged 18-25 years (4.3% of the population) used cannabis for non-medical purposes in 2021, reflecting a twofold increase compared to the fiscal year 2020 (ONCB, 2021). In addition, in June 2022, The Thai government has removed cannabis from the controlled substances list (RTGS, 2022), leading to fewer restrictions on its use, particularly for cultivation, consumption, and recreation. According to the media reports, it is estimated that Thailand had over 7,747 licensed cannabis dispensaries, with 328 located in Chonburi, making it one of the top three provinces for cannabis sale points. This rapid policy shift may contribute to greater accessibility and exposure to cannabis among adolescents. A study on substance abuse situations among vocational students reported that 23.2% of vocational students across four regions of Thailand have used at least one type of substance, with cannabis, kratom, and amphetamines being the top three most commonly reported (Vipa, Anukul, Samroui, Supaporn, & Sarochinee, 2022). In addition, the prevalence of cannabis use among vocational students in the northern region of Thailand was 9.5% (Chomsri, Aramratana, Siviroj, & Kuntawee, 2017). Cannabis exposure during adolescence has been associated with adverse psychological and neurodevelopmental outcomes. Following the easing of cannabis restrictions in Thailand, adolescents may have greater access to cannabis and increased opportunities for use. Therefore, understanding preventive health behaviors among vocational students is essential.

This study examines preventive health behaviors among vocational students employing a conceptual framework that integrates the Socioecological Model (Bronfenbrenner, 2000) with a comprehensive literature review to identify associated factors. This model illustrates that an individual's behavior is influenced by multiple factors which can be classified into individual, interpersonal, organizational, community, and public policy (Bronfenbrenner, 2000). Mental health literacy (MHL) emerged from the broader concept of health literacy (HL)(Kutcher, Wei, & Coniglio, 2016). It encompasses four dimensions including knowledge of mental health problems, erroneous beliefs and stereotypes, help-seeking and first-aid skills, and self-help strategies (Campos, Dias, Palha, Duarte, & Veiga, 2016) that jointly form a person's general perception and control of psychological well-being (Jorm, 2000). The lack of knowledge and low-risk perception regarding cannabis use contribute to its increased consumption among adolescents (González-Cano-Caballero et al., 2023). It stands to reason that, by improving mental health literacy, health behavior and quality of life were improved. Optimism is important for understanding the vulnerability to mental disorders. It influences behavior, coping strategies, and overall well-being. Optimism is derived from a more general interest in the processes that underline the self-regulation of behavior and regarding the traits related to optimism including; hardiness, self-efficacy, and internal locus of control and hope, those are predicted health behavior. Research evidence indicated that optimism, hope, and self-esteem are key determinants in avoiding substance use (Carvajal, Clair, Nash, & Evans, 2011), optimism promotes

healthy behaviors, and well-being, and found to be protective for both the frequency of alcohol use and heavy drinking trajectories. Psychological flexibility refers to the ability to adapt to changing circumstances, adjust thoughts and behaviors when current approaches interfere with well-being, balance different aspects of life, and act following core personal values (Kashdan & Rottenberg, 2010). It plays a crucial role in promoting mental health, as psychological flexibility is integral to overall well-being and life satisfaction. Empirical findings indicated that psychological flexibility is a significant predictor of substance misuse, subjective well-being, and self-compassion among university students (Arslan, Uzun, Güven, & Gürsu, 2024; Detchaiyot, Vatanasin, & Dallas, 2021). It also serves as a significant influencing factor of intention to abstain from drug use among youths with substance abuse (Detchaiyot et al., 2021). The condition of relationships inside a family has a fundamental role in the welfare of its adolescents, called connectedness. Effective parent-child cohesiveness and operative interaction can be defensive influences as opposed to substance abuse by adolescents, as noted by Carver H, Elliott L, Kennedy C, Hanley J (Carver, Elliott, Kennedy, & Hanley, 2016). According to research, teenagers between the ages of 12 and 17 who experience a sense of belonging at home or school are up to 66.0% less inclined to participate in risky behaviors linked to violence, substance abuse, and sexuality. Compared to others who were not as connected, they are also more likely to have improved mental health. Family connectedness were revealed to be a key indicator of drug deterrence (Laodarun, Hengudomsub, & Dallas, 2018), while strong family connections served as a constraint against the abuse of drugs. Reduced risk of creating cannabis-related issues is another possibility. To what extent do mental health literacy, psychological flexibility, optimism, and family connectedness jointly predict preventive behaviors for cannabis use among vocational students. This study aimed to comprehensively explore these relationships and was guided by the Socioecological Model. Within this framework, mental health literacy, psychological flexibility, and optimism are considered factors operating at the intrapersonal domain, reflecting individual characteristics and personal resources. Meanwhile, family connectedness is examined within the interpersonal domain, highlighting the influence of social relationships and support systems. A diagram of the study framework is presented in Figure 1

Early intervention is key to preventing drug abuse, especially during adolescence, a critical stage of development. Early prevention efforts can lead to long-term health and economic benefits. Examining cannabis-related behaviors among vocational students may help identify protective factors against cannabis use.. Factors like mental health literacy, family connectedness, optimism, and psychological flexibility may influence cannabis prevention efforts.

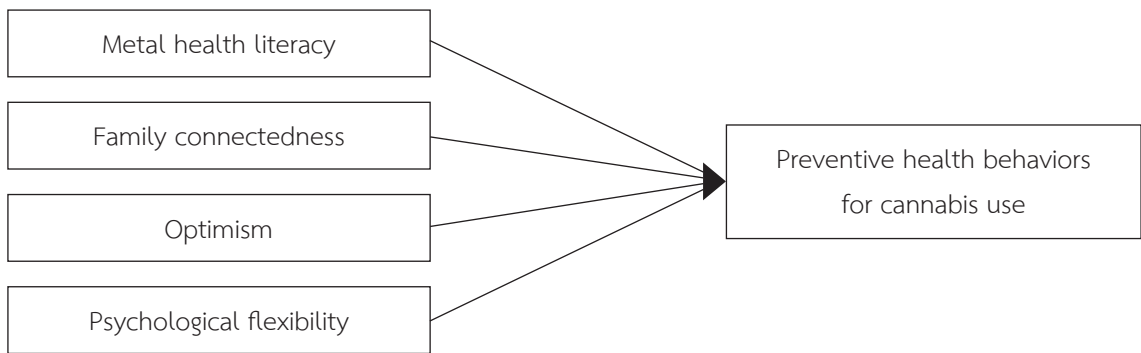


Figure 1 Research conceptual framework

Research Objectives

This study aimed to:

1. To examine preventive behaviors related to cannabis use among vocational students in Chonburi Province, Thailand.
2. To investigate the factors influencing preventive health behaviors related cannabis use among vocational students, including mental health literacy, family connectedness, optimism, and psychological flexibility.

Materials and methods

Study Design and Participants

A predictive correlational design was employed to examine preventive health behaviors related to cannabis use and the factors influencing these behaviors, including mental health literacy, family connectedness, optimism, and psychological flexibility. The study site was selected using simple random sampling from eight technical colleges under the Office of the Vocational Education Commission in Chonburi Province, Thailand. One college was randomly selected as the study setting. This college offers 21 fields of study and has a total enrollment of 4,564 students. Data collection was conducted from April to June 2024.

Sampling

Simple random sampling was utilized to recruit 300 participants who met the inclusion criteria for the study. Sample size was determined using the table for multiple regression analysis provided by (Polit & Beck, 2008). Specific values were assigned for $\alpha = .05$, power = .80, four predictors, and a small effect size ($R^2 = .04$), which indicated that a minimum of 287 participants was required. A total of 300 participants were included in this study to ensure the adequacy of the sample size and enhance the generalizability of the findings.

A multi-stage sampling procedure was employed. First, one technical college was randomly selected using simple random sampling from a total of eight technical colleges in Chonburi Province. The selected college served as the study site. Of the total 4,564 enrolled students, those in Higher Vocational Certificate Year 2 were excluded because most exceeded the age criterion of 19 years.

Consequently, the eligible population consisted of 3,763 students from Vocational Certificate Year 1 and Higher Vocational Certificate Year 1, from which participants were recruited using proportional allocation. Based on this proportional distribution, 74, 67, 77, and 82 students were selected from each respective academic year using simple random sampling. Therefore, the findings should be interpreted within the context of the selected institution.

In terms of the inclusion criteria, participants were required to be no older than 19 years of age, a student at a vocational school in Chonburi, and articulate in Thai, as well as have internet access to be able to complete the questionnaires. Students excluded from the study included those with documented physical or mental health issues.

Research instruments

To gather demographic information from participants, the demographics questionnaire was created by researchers, which intended to collect data concerning 1) Sex, 2) Age, 3) Ethnicity, 4) Nationality, 5) Religion, 6) Education level, 7) Education level, 8) Employment status, 9) Marital status, 10) Monthly earnings, 11) Living status, and 12) Self-reported health condition. To gain more understanding of the backgrounds of the participants concerning the study on preventive health behaviors for cannabis use, the questionnaire intended to acquire applicable background information.

To evaluate preventive behaviors concerning cannabis use, researchers developed the Preventive Health Behaviors for Cannabis Use Questionnaire, which was validated by three experts before use. The notions from the Socioecological Model, a thorough literature review, and the classification of protective influences against adolescents' cannabis usage served as the foundation for the creation of the questionnaire. The questionnaire consists of 20 items rated on a 6-point frequency scale ranging from 0 (Not applicable) to 5 (Regularly). Content validity was evaluated by three experts, yielding a Content Validity Index (CVI) of 0.96, indicating excellent content validity. Internal consistency reliability was assessed using Cronbach's alpha coefficient, which demonstrated satisfactory reliability ($\alpha = .93$).

The Adolescence Mental Health Literacy (AMHL) questionnaire, developed by Campos (2016), was utilized in this study. AMHL includes 33 items assessed on a Likert scale varying from 1 (disagree completely) to 5 (agree completely). The questionnaire is divided into four aspects including (1) familiarity with mental health issues, (2) inaccurate views and stereotypes, (3) help-seeking and first-aid proficiencies, and (4) self-help approaches (Zare et al., 2022). With higher scores signifying better mental health knowledge, the total score ranged between 33 and 165. The original questionnaire was translated into Thai by two content experts. Subsequently, two independent bilingual translators performed a blind backward translation from Thai to English to ensure semantic equivalence, following the guidelines of Guillemin, Bombardier, and Beaton (1993). The content validity of the Thai version was reviewed by a panel of experts, and the instrument demonstrated excellent internal consistency reliability, with a Cronbach's alpha coefficient of .96.

The Life Orientation Test-Revised (LOT-R), established by Lonhlan, Sutiwan, and Pornprasertmanit (2008), was used to assess optimism. There are 10 items on the LOT-R, including

3 items to evaluate optimism, 3 items to appraise pessimism, and 4 items to act as filler questions. Using choices from 1 (disagree completely) to 5 (agree completely), respondents ranked each item on a 5-point Likert scale (Scheier, Carver, & Bridges, 1994). As established by Lonhlan et al. (2008), the LOT-R (Thai version) is a 10-item scale based on the original version by Scheier et al. (1994), adapted to reflect the cultural context of Thai respondents.

The Psychological Flexibility Scale for Adolescents, developed by (Thapinta et al., 2024), was used to assess psychological flexibility. This scale consists of 27 items measured on a Likert scale, ranging from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree), and is organized into six dimensions: (1) Defusion, (2) Acceptance, (3) Attentional Flexibility, (4) Self as Context, (5) Value-Identity, and (6) Committed Action. The structural validity of the scale was confirmed by confirmatory factor analysis, which demonstrated a good model fit ($\chi^2 = 510.818$, $df = 309$, $\chi^2/df = 1.653$, CFI = .952, RMSEA = .046). These findings indicate that the instrument possesses satisfactory construct validity for assessing psychological flexibility among youth (Sannarin, Sakulsriprasert, & Thongpibul, 2019).

Family connectedness was assessed using a questionnaire developed by (Krasaesar, Deoisres, & Wacharasin, 2011), which was modified from a previous version developed by Nopparat (2000) and aligned with the framework established by Resnick, Harris, and Blum (1993). It consists of 12 items, including 6 positive and 6 negative worded questions. Respondents indicated their levels of agreement on a 5-point Likert scale, ranging from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree). Its total score ranged from 12 to 60. The lower scores indicated lower levels of family engagement, while higher scores reflected greater engagement in family connectedness.

All instruments used in this study, with the exception of the Adolescence Mental Health Literacy (AMHL) scale, had been previously validated and utilized in prior research, thereby validity testing was not conducted in this study. The AMHL scale was translated into Thai using the back-translation method as described by Guillemin et al. (1993). Reliability testing was conducted prior to the actual study to ensure the consistency of the instruments. The Cronbach's alpha values for all scales were: (1) Preventive Health Behavior for Cannabis Use = 0.93, (2) Adolescence Mental Health Literacy = 0.96, (3) Life Orientation Test-Revised = 0.70, (4) Psychological Flexibility Scale for Adolescents = 0.76, and (5) Family Connectedness = 0.84.

Data analysis

The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) was utilized for data analysis. Descriptive statistics were employed to summarize the participants' demographic characteristics. Prior to conducting multiple regression analysis, assumptions of multiple regression analysis were tested. After removing one outlier, the remaining 299 cases were retained for analysis. Scatterplots confirmed a linear relationship between the variables. Q-Q plots of the residuals indicated multivariate normality, with data points aligning along the 45-degree line. Multicollinearity was checked using correlation matrices, with coefficients kept below 0.80. Additionally, Variance inflation factor values, all between 1.08 and 1.65, indicated no multicollinearity (threshold > 10). Homoscedasticity was confirmed by a residual vs. predicted values scatterplot, which showed no clear patterns.

Subsequently, multiple regression analysis using the enter method was conducted to identify predictors of preventive health behaviors related to cannabis use among vocational students.

Ethical Considerations

Participants were asked to take part through a pamphlet advertisement after ethical approval for the study (G-HS119/2566(C1)) was obtained and consent to collect data was received from the director of the technical college. Comprehensive information about the study, including the aims, procedures used to safeguard human subjects, and procedure for gaining permission and informed consent before data collection was afforded by the pamphlet. Vocational students who met the inclusion criteria were asked to participate in this study. Parents were asked to provide informed consent to participate for their children since parental consent was mandatory for those under the age of 18, while those at least 18 years of age could legally give consent personally. Participants were given an information sheet defining the aims of the study, contributors' rights to privacy, and the discretion of their replies after gaining access to the online questionnaire. Participants could withdraw at any time without consequence, and involvement was completely anonymous, with data collection taking place from April 10 to June 21, 2024. Before submitting the questionnaire, participants had to complete all items. The online questionnaire was closed directly after 300 responses were obtained.

Results

The demographic characteristics are presented in Table 1. The majority of respondents were male (67.9%), and single (97.7%). Most of these students lived with their father and mother (69.6%). Most of them were enrolled in formal programs (95.3%). The majority of respondents are full-time students (74.2%). Most students receive financial support from their parents ranging from 3,001 to 6,000 baht per month (45.5%) followed by less than 3,000 baht per month (43.8%). Self-reported cannabis use revealed that 53 participants (17.7%) have used cannabis at least once in their lifetime, while 59 participants (19.73%) have used other substances at least once in their lifetime.

Table 1. Demographic characteristics of the participants (N = 299)

Variables	Categories	n	%
Gender	Male	203	67.9
	Female	96	32.1
Religion	Buddhism	284	95.0
	Christian	7	2.3
	Other	8	2.7
Education level	Vocational certificate 1	74	24.7
	Vocational certificate 2	66	22.1
	Vocational certificate 3	77	25.8
	High vocational certificate 1	82	27.4

Table 1. (Cont.)

Variables	Categories	n	%
Education types	Formal program	285	95.3
	Non formal program	14	4.7
Working status	Study and work part-time job	77	25.8
	Full time study	222	74.2
Marital status	Single	292	97.7
	Married	1	.3
	Cohabit without marriage	1	.3
	Other	5	1.7
Living with	Relatives	31	10.4
	Father and/or Mother	208	69.6
	Living in a student lodge or Apartment	55	18.4
	Other	5	1.7
Underlying disease	Yes	12	4.0
	No or don't know	287	96.0
Income	Less than 3000/Month	131	43.8
	3001-6000/Month	136	45.5
	6001-9000/Month	18	6.0
	More than 9001/Month	14	4.7
Cannabis use status	Never	246	82.3
	Currently use	11	3.7
	Used	42	14.0
Substance use history	No	240	80.27
	Yes	59	19.73

The mean scores for mental health literacy, family connectedness, and psychological flexibility are 114.61 (± 29.68), 39.13 (± 6.09), and 77.90 (± 15.24), respectively (Table 2). The mean score of Preventive Health Behaviors for Cannabis use was 59.47 (± 21.89). Across the domains of these preventive health behaviors, the individual domain had the highest mean score (mean score = 25.36, ± 9.16) followed by the community domain (mean score = 20.07, ± 8.56), and family domain (mean score = 14.04, ± 5.92) (Table 3). For correlation coefficients among examined variables, it demonstrated moderate positive correlations, as shown in Table 4. The multiple regression analysis revealed that mental health literacy, optimism, psychological flexibility, and family connectedness together explained 34.5% of the variance in preventive health behavior towards cannabis use ($R^2 = .345$, $F_{4, 294} = 38.64$, $p < .001$). The strongest predictors were mental health literacy ($\beta = .32$, $p < .001$), followed by optimism ($\beta = .25$, $p < .001$), family connectedness ($\beta = .13$, $p < .01$), and psychological flexibility ($\beta = .12$, $p < .05$) (Table 5).

Table 2. Mean and Standard Deviation (SD) of the factors related to preventive health behaviors for cannabis use (N = 299)

Variables	Possible score	Actual score	Mean	SD
Mental Health Literacy	33-165	33-165	114.61	29.68
Family Connectedness	12-60	27-55	39.13	6.09
Optimism	6-30	11-30	20.82	4.45
Psychological Flexibility	27-108	49-108	77.90	15.24
Preventive Health Behaviors for Cannabis use scale	0-100	5-100	59.47	21.89

Table 3. Descriptive analysis of preventive health behaviors for cannabis use each domain (N = 299)

Preventive Health Behaviors for Cannabis use	Min	Max	Mean	SD
Individual Domain	3	40	25.36	9.16
Family Domain	0	25	14.04	5.92
Family Connectedness Domain	0	35	20.07	8.56
Total			59.47	21.89

Table 4. Correlation between predictors and preventive health behaviors for cannabis use (N = 299)

Variable	1	2	3	4	5
1. Mental health literacy	1				
2. Family connectedness	.17**	1			
3. Optimism	.47***	.86	1		
4. Psychological flexibility	.39***	-.11	.55***	1	
5. Preventive health behaviors for cannabis use	.50***	.19**	.48***	.37***	1

Note: *p < .05, **p < .01, ***p < .001

Table 5. Multiple linear regression analysis of factors affecting preventive health behaviors for cannabis use (N = 299)

Independent Variables	B	SE	Beta	t	P-value
Mental health literacy	.23	0.04	.32	5.65	.000
Optimism	1.23	0.30	.25	4.13	.000
Family connectedness	.45	0.18	.13	2.54	.012
Psychological flexibility	.67	0.08	.12	2.00	.047
Constant = -2.58**, $R^2 = .345$, Adjusted $R^2 = .336$, $F_{4, 294} = 38.64$, $p < .001$					

Note: DV: preventive health behaviors for cannabis use

Discussion

The first objective of this study is to investigate the preventive health behaviors related to cannabis use among vocational students. This study is the first research that examined such behaviors in this population. Furthermore, no prior studies have been conducted in Thailand to enable a direct comparison of the findings. The results showed a mean score of the preventive health behaviors for cannabis use among vocational students of 59.47 (SD = 21.89).

The second objective of this study is to analyze the factors influencing preventive behavior related to cannabis use among vocational students, specifically focusing on mental health literacy, psychological flexibility, optimism, and family connectedness. The findings indicate that Mental health literacy (MHL) was identified as the strongest predictor of preventive health behaviors related to cannabis use ($\beta = .32$, $p < .001$). MHL refers to the knowledge, motivation, and skills required to access, understand, and apply mental health information, enabling individuals to make informed decisions about mental care, disease prevention, and health promotion. It encompasses four dimensions including knowledge of mental health problems, erroneous beliefs and stereotypes, help-seeking and first-aid skills, and self-help strategies (Zare et al., 2022) that jointly form a person's general perception and control of psychological well-being (Jorm, 2000). As a result of improving awareness and lowering indignity, MHL has a considerable impact on precautionary conduct (Sequeira et al., 2022). Participation in cannabis use by teens could be increased by knowledge deficiency and low awareness of risks concerning the hazards of cannabis (González-Cano-Caballero et al., 2023). Inadequate health knowledge adds to risky behaviors including substance abuse, alcohol drinking, and smoking, as proven in previous studies (Hoover et al., 2018; Yangyuen, Mahaweerawat, Thitisutthi, & Mahaweerawat, 2021). MHL is a separate concept within the broader category, though previous studies focused mainly on overall health literacy (HL) (Kutcher et al., 2016). The significant prognostic role of MHL in determining proactive health behaviors related to cannabis use among vocational students is the focus of the current study.

Preventive health behavior for cannabis use could be anticipated by optimism ($\beta = .25$, $p < .001$). People who have an upbeat attitude are more likely to embrace health-promoting activities like fitness, healthy eating, and good medical advice because they think that their efforts can have advantageous results. In terms of improving cannabis-related preventative health habits, optimism is key. Optimism, hope, and self-esteem can prevent substance use by shaping individuals' attitudes, influencing perceived social norms, and improving behavioral control, as shown by the results of the study by Carvajal et al. (2011). Moreover, a higher probability of smoking and drug abuse among students has been linked with low optimism which found by Ansari et al. (2019), in addition to psychoactive drug use among undergraduate nursing students and residents has been connected to reduced positivity.

Preventive health behavior for cannabis use could also be predicted by family connectedness ($\beta = .13$, $p < .01$), which represents a robust sense of attention, encouragement, and comfort among protective family connections, promoting improved health-related conduct among teens. Effective parent-child cohesiveness and operative interaction can be defensive influences as opposed to substance abuse by adolescents, as noted by (Carver et al., 2016). The influence of family bonding in preventing substance abuse has been reinforced by previous research (Thapinta et al., 2024). Family connectedness were revealed to be a key indicator of drug deterrence (Laodarun et al., 2018), while strong family connections served as a constraint against the abuse of drugs.

Although psychological flexibility is considered a protective factor that buffers negative emotions and supports mental well-being, it emerged as the weakest predictor of preventive health behaviors in this study ($\beta = .12$, $p < .05$). A possible explanation is that psychological flexibility primarily enhances internal emotional regulation rather than directly influencing specific health behaviors. Within the framework of the Socioecological Model, it operates at the individual level, whereas preventive behaviors related to cannabis use are also shaped by stronger interpersonal and contextual influences, such as peer norms and substance use environments. Consequently, its predictive strength may be comparatively limited when broader social factors are involved.

Improving decision-making and strengthening the individuals' abilities in facing challenges can be boosted by encouraging the individuals' self-awareness, emotional control, and adaptive coping approaches. The present findings are consistent with previous research demonstrating that psychological flexibility is associated with adolescents' intention to abstain from drug use (Detchaiyot et al., 2021).

Strengths and Limitations

The strength of this study lies in its novelty, as it investigates preventive health behaviors toward cannabis use among vocational students rather than focusing on risk behaviors, which have been widely studied. In addition, this study examined multiple predictors of preventive health behaviors for both individual and external factors. This study had certain limitations, one limitation of this study was the use of a cross-sectional design, which may not adequately explain preventive

health behavior toward cannabis use and their contributing factors over time change. Thus, the nature of the variable could explain vocational students' preventive health behavior toward cannabis use at the time that the researcher collected data.

Implications and Recommendations

The findings of this study offer valuable insights for nurses, other healthcare professionals, and educators, who can use this information to promote preventive behavior related to cannabis use by improving mental health literacy, fostering family connectedness, enhancing optimism, and promoting psychological flexibility.

Future research should employ a longitudinal design, such as a prospective cohort study, to examine changes in preventive health behaviors toward cannabis use over time. This approach would address the limitations of cross-sectional data and provide a clearer understanding of causal relationships and temporal changes in factors influencing preventive behavior.

Conclusion

Determining preventive health behaviors related to cannabis use among vocational students was the primary objective of this study. In the context of relatively low restrictions on cannabis use, greater emphasis should be placed on strengthening preventive health behaviors. Guided by the Socioecological Model, this study conceptualized preventive health behaviors as being influenced by multiple factors, including individual, interpersonal, and environmental determinants. Identifying key predictors is essential for developing targeted nursing interventions aimed at reducing cannabis consumption and enhancing preventive health behaviors among vocational students.

Conflict of interest

The authors declare that they have no known competing financial interests or personal relationships that could have appeared to influence the work reported in this paper.

References

- Ansari, H., Khammarnia, M., Okati, H., Fakhrrahimi, S., Mahdavifar, N., Mohammadian, M., . . . Tirgarfakheri, K. (2019). The role of optimism in predicting tobacco smoking and illicit drug use among high school students in southeast of Iran, 2018. *Health Scope, 8*(2).
- Arslan, G., Uzun, K., Güven, A. Z., & Gürsu, O. (2024). Psychological flexibility, self-compassion, subjective well-being, and substance misuse in college students: a serial mediation model. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse, 1*-22. Retrieved from <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15332640.2024.2366981>
- Bronfenbrenner, U. (2000). *Ecological systems theory*: American Psychological Association.
- Campos, L., Dias, P., Palha, F., Duarte, A., & Veiga, E. (2016). Development and psychometric properties of a new questionnaire for assessing mental health literacy in young people.

- Carvajal, S. C., Clair, S. D., Nash, S. G., & Evans, R. I. (2011). Relating optimism, hope, and self-esteem to social influences in deterring substance use in adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology, 17*(4), 443-465. Retrieved from <https://guilfordjournals.com/doi/10.1521/jscp.1998.17.4.443>
- Carver, H., Elliott, L., Kennedy, C., & Hanley, J. (2016). Parent-child connectedness and communication in relation to alcohol, tobacco and drug use in adolescence: An integrative review of the literature. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 24*(2), 119-133. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/09687637.2016.1221060>
- Chomsri, P., Aramratana, A., Siviroj, P., & Kuntawee, S. (2017). Prevalence of substance used, and association between substances used with sensation seeking among vocational students. *Nursing Journal, 44*(2), 172-181. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/97858>
- Detchaiyot, P., Vatanasin, D., & Dallas, J. C. (2021). Factors predicting intention to quit substance abuse among youth receiving substance abuse treatment. *Journal of Health Science Research, 15* No.2, 37-49. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/247389>
- González-Cano-Caballero, M., Torrejón-Guirado, M.-C., Cano-Caballero, M. D., Mac Fadden, I., Barrera-Villalba, M.-D.-C., & Lima-Serrano, M. (2023). Adolescents and youths' opinions about the factors associated with cannabis use: a qualitative study based on the I-Change model. *BMC Nursing, 22*(1), 114. Retrieved from <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-023-01283-z>
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of clinical epidemiology, 46*(12), 1417-1432.
- Hoover, D. S., Wetter, D. W., Vidrine, D. J., Nguyen, N., Frank, S. G., Li, Y., . . . Vidrine, J. I. (2018). Enhancing smoking risk communications: the influence of health literacy and message content. *Annals of Behavioral Medicine, 52*(3), 204-215.
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry, 177*(5), 396-401. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11059991/>
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review, 30*(7), 865-878. doi:10.1016/j.cpr.2010.03.001
- Krasaesat, W., Deoisres, W., & Wacharasin, C. (2011). Relationships between family rituals, family connectedness and adolescents' resilience in Ayutthaya Province. *The Public Health Journal of Burapha University, 6*(2), 59-68.
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: Past, present, and future. *The Canadian Journal of Psychiatry, 61*(3), 154-158. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27254090/>

- Laodapun, S., Hengudomsab, P., & Dallas, J. C. (2018). Factors Influencing Drug Preventive Behaviors among Students of Opportunity Expansion Schools. *Journal of Nursing and Healthcare*, 36 No.4. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/165235>
- Lonhlan, S., Sutiwan, P., & Pornprasertmanit, S. (2008). Relationships among trait anxiety, optimism, and self-esteem of university students. *Journal of Health Research*, 22(2), 91-96. Retrieved from <https://sunthud.com/media/Publication/traitanxiety08.pdf>
- Nopparat, P. (2000). *Factors Related to Sexual risk Behaviors Among High school and Vocational Students*. (Master Degree). Chiang Mai University, Retrieved from <http://cmuir.cmu.ac.th/jspui/handle/6653943832/29944>
- ONCB. (2021). *Fiscal Report Year 2021*. Retrieved from <https://www.oncb.go.th/EBookLibrary/annual%20report%202564.pdf>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Resnick, M. D., Harris, L. J., & Blum, R. W. (1993). The impact of caring and connectedness on adolescent health and well-being. *Journal of paediatrics and child health*, 29, S3-S9.
- RTGS. (2022). Controlled Narcotic Drugs list According to Narcotic Drugs Act, B.E.2522. Retrieved from <https://ratchakitcha.soc.go.th/pdfdownload/?id=139D307S0000000001000>
- Sannarin, T., Sakulsriprasert, C., & Thongpibul, K. (2019). Development and psychometric evaluation of the psychological flexibility scale for adolescents. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 65, 25-36.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of personality and social psychology*, 67(6), 1063.
- Sequeira, C., Sampaio, F., Pinho, L. G. d., Araújo, O., Lluch Canut, T., & Sousa, L. (2022). Mental health literacy: How to obtain and maintain positive mental health. In (Vol. 13, pp. 1036983): Frontiers Media SA.
- Thapinta, D., Dallas, J. C., Sophonsuwapap, P., Vatanasin, D., Tabootwong, W., Kwansumran, W., . . . Inchai, P. (2024). The Development of Cultivating of Psychological Flexibility, Purpose of Life for Preventing Drug Use by Integrated Acceptance and Commitment Therapy and Performing Art among Youths in Eastern region, Thailand: Mixed Method Study. Retrieved from <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6091?locale-attribute=th>
- UNODC. (2024). Online World Drug Report 2024 - Drug market patterns and trends. Retrieved from <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2024-drug-market-trends.html>
- Vipa, D., Anukul, R., Samroui, V., Supaporn, S., & Sarochinee, C. (2022). Context, affecting Factors and substance abuse situation among vocational students in high risk Provinces. *Thai Journal of Addiction*, 4, 33-50. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pmndat/article/view/248655>

- Yangyuen, S., Mahaweerawat, C., Thitisutthi, S., & Mahaweerawat, U. (2021). Relationship between health literacy in substance use and alcohol consumption and tobacco use among adolescents, Northeast Thailand. *Journal of Education and Health Promotion, 10*. doi:10.4103/jehp.jehp_603_20
- Zare, S., Kaveh, M. H., Ghanizadeh, A., Nazari, M., Asadollahi, A., & Zare, R. (2022). Adolescent Mental Health Literacy Questionnaire: Investigating Psychometric Properties in Iranian Female Students. *BioMed Research International, 2022*.

การพัฒนารูปแบบและทดสอบประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลแม่ลาว สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

กฤติกา ขนประชา, RN^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยดำเนินการ 2 ระยะ ได้แก่ ระยะการพัฒนา และระยะการทดลองใช้และประเมินผล กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มจำนวน 10 คน กลุ่มทดลองจำนวน 18 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 18 คน เครื่องมือ ได้แก่ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม รูปแบบการให้คำปรึกษา แบบบันทึกสุขภาพ (ระดับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด CD4) และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าทีแบบอิสระ

ผลการวิจัยระยะการพัฒนา พบว่า ได้รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลที่มี 5 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การตกลงร่วมกัน การสำรวจและทำความเข้าใจปัญหา การวางแผนสุขภาพ และการประเมินผล

ระยะการทดลองใช้ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าระดับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด CD4 (ค่าเฉลี่ย = 399.44, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 114.02) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (ค่าเฉลี่ย = 319.38, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 80.54) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.20)

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า รูปแบบดังกล่าวสามารถนำไปใช้ในคลินิกเอชไอวีของหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

คำสำคัญ: การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล การส่งเสริมสุขภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระดับ CD4

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแม่ลาว สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

* ผู้เขียนหลัก e-mail: kccning@gmail.com

Development and Effectiveness of an Individual Counseling Model for Health Promotion among People Living with HIV at Mae Lao Hospital, Chiang Rai Provincial Public Health Office

Krittika Chonpracha, RN^{1*}

Abstract

This research employed a research and development design with the objective of developing an individual counseling model to promote health among people living with HIV. The study was conducted in two phases: the development phase and the implementation and evaluation phase. The participants consisted of 10 individuals for focus group discussion, 18 participants in the experimental group, and 18 in the control group. The research instruments included a focus group discussion record form, the individual counseling model, a health record form for CD4 cell count, and a satisfaction assessment form. Data were analyzed using content analysis, mean, standard deviation, and independent t-test.

The results of the development phase revealed that the individual counseling model consisted of five stages: building rapport, mutual agreement, problem exploration and understanding, individualized health planning, and evaluation.

In the implementation phase, the results showed that the CD4 cell counts of the experimental group (mean = 399.44, standard deviation = 114.02) were significantly higher than those of the control group (mean = 319.38, standard deviation = 80.54) at the .05 level. Additionally, the CD4 cell counts after the intervention were significantly higher than before the intervention. The satisfaction of the experimental group was at the highest level (mean = 4.20).

These findings indicate that the developed individual counseling model can be applied in HIV clinics within healthcare settings to promote continuous care and patient-centered health services.

Key words: Individual counseling, Health promotion, People living with HIV, CD4 cell count

¹ Professional Level nurse, Mae Lao Hospital Under the Chiangrai Provincial Public Health Office

* Corresponding author e-mail: kccning@gmail.com

บทนำ

ประเทศไทยยังคงเผชิญกับปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นประเด็นสำคัญทางสาธารณสุข จากข้อมูลสถานการณ์ล่าสุดในปี พ.ศ. 2568 พบว่า ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 568,000-580,000 คน มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 8,800 คนต่อปี และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ประมาณ 10,000 คนต่อปี สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาการติดเชื้อเอชไอวียังคงดำรงอยู่และมีความต่อเนื่อง แม้ว่าประเทศไทยจะมีความก้าวหน้าในการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส สามารถลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ในระดับหนึ่งก็ตาม Department of Disease Control (2025)

ที่ผ่านมา ประเทศไทยได้ดำเนินนโยบายและมาตรการด้านการป้องกันและควบคุมเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง เช่น การส่งเสริมการเข้าถึงยาต้านไวรัส การให้คำปรึกษา และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลในหน่วยบริการยังขาดรูปแบบที่เป็นระบบและชัดเจน อีกทั้งยังไม่สามารถเชื่อมโยงกระบวนการให้บริการกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อยังไม่บรรลุประสิทธิภาพอย่างเต็มที่

ในระดับพื้นที่ จังหวัดเชียงรายซึ่งเป็นพื้นที่ชายแดนและมีความหลากหลายทางสังคมและวัฒนธรรม ยังคงพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลจากหน่วยบริการสุขภาพในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายสะท้อนให้เห็นถึงจำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังอยู่ในระบบการรักษาและต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับภูมิคุ้มกันต่ำซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฉวยโอกาส สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

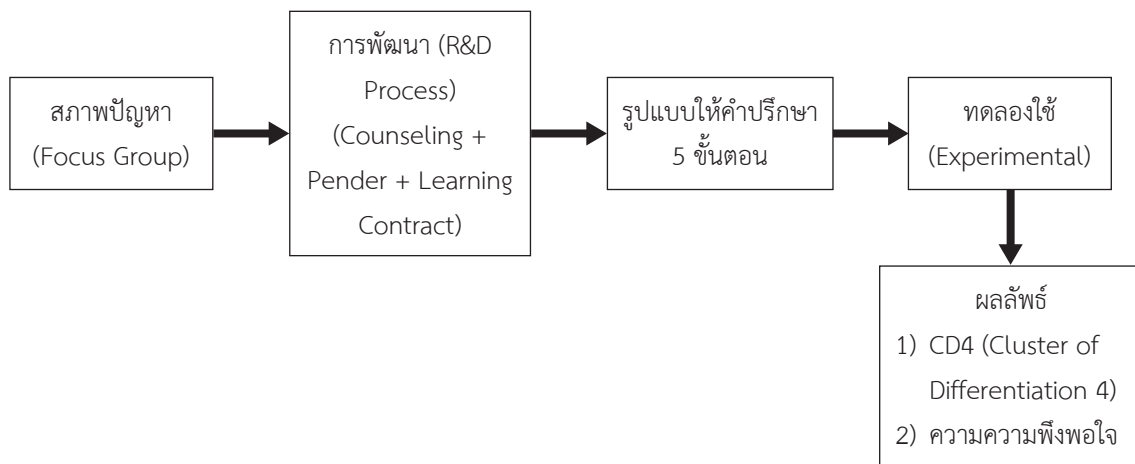
ในบริบทของโรงพยาบาลแม่ลาว พบว่ามีการดำเนินงานให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลมาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงประสบปัญหาและข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ การขาดกรอบแนวทางการดำเนินงานที่เป็นระบบ การเชื่อมโยงงานให้คำปรึกษากับการส่งเสริมสุขภาพยังไม่ชัดเจน ความไม่ต่อเนื่องของกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพ และภาระงานของบุคลากรที่สูง รวมทั้งการขาดความต่อเนื่องในการติดตามผู้รับบริการ (ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างของการดำเนินงานที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนา

จากประเด็นปัญหาและข้อจำกัดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย” โดยมีมุ่งพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาที่มีความเป็นระบบ สามารถนำไปใช้ได้จริง และสามารถเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะระดับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด CD4 อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) ศึกษาสภาพการดำเนินการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลแม่ลาว สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย 5 ด้าน
- 2) พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลแม่ลาว สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
- 3) เปรียบเทียบผลด้านสุขภาพกาย ค่าของ CD4 (Cluster of Differentiation) หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
- 4) เปรียบเทียบผลด้านสุขภาพกาย ค่าของ CD4 ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง
- 5) ประเมินความพึงพอใจของกลุ่มทดลอง (ผู้รับบริการ) และผู้ให้บริการ (พยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง) ต่อรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลแม่ลาว

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยยึดแนวคิดของ Richey และ Klein (2007) ดำเนินการเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะการพัฒนา และระยะการทดลองใช้และประเมินผล

ขอบเขตการศึกษาค้นคว้า

ด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้กำหนดขอบเขตด้านเนื้อหาให้สอดคล้องกับกระบวนการวิจัยและพัฒนา โดยครอบคลุมทั้งระยะการพัฒนาและการทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบ ดังนี้

1. ศึกษาสภาพการดำเนินงานการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล (Individual Counseling) ในงานเอชไอวี โดยกำหนดกรอบการวิเคราะห์ 5 ด้าน ได้แก่ (1) การสร้างสัมพันธภาพ (2) การตัดสินใจและการตกลงร่วมกัน (3) การสำรวจและทำความเข้าใจปัญหา (4) การวางแผนแก้ไขปัญหเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ และ (5) การยุติการให้คำปรึกษา

2. พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลโดยประยุกต์แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender ซึ่งครอบคลุมมิติด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ร่วมกับแนวคิดการทำสัญญาการเรียนรู้ (Learning Contract) ของกรมส่งเสริมการเรียนรู้ เพื่อใช้เป็นกรอบในการออกแบบกิจกรรมและกระบวนการให้คำปรึกษา

3. ทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยใช้ตัวชี้วัดด้านสุขภาพทางกาย ได้แก่ ค่า CD4 (Cluster of Differentiation 4) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญของระบบภูมิคุ้มกันของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ด้านกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดังนี้

1) ระยะการพัฒนา (Development)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาสภาพการดำเนินงานการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 10 คน ประกอบด้วย บุคลากรทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาลผู้รับผิดชอบงานเอชไอวี พยาบาลด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอชไอวี รวมทั้งแกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อสะท้อนสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนารูปแบบ

2) ระยะเวลาทดลองใช้และประเมินผล (Implementation and Evaluation)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น คัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลแม่ลาว ในปีงบประมาณ 2567 และเข้ารับการตรวจสุขภาพในช่วงวันที่ 8-23 มกราคม 2567 โดยมีค่า CD4 อยู่ระหว่าง 200-350 cell/cu.mm ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพลเท่ากับ .80 (one tail) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 21 คน แต่มีผู้สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในกลุ่มทดลอง (Experimental Group) จำนวน 18 คน ซึ่งได้รับการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น สำหรับกลุ่มควบคุม (Control Group) คัดเลือกจากผู้รับบริการที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 18 คน โดยใช้วิธีการจับคู่ (Matching) ให้มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มทดลองในด้านอายุ เพศ และภาวะสุขภาพ เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบผลลัพธ์และควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน

เครื่องมือวิจัย

แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

1) แบบบันทึกประเด็นสนทนากลุ่ม

2) รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา โดยศึกษาสภาพปัญหาจากการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์และสังเคราะห์ร่วมกับแนวคิดการให้คำปรึกษา แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender และการทำสัญญาการเรียนรู้ เพื่อออกแบบรูปแบบ จากนั้นตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ ปรับปรุงแก้ไขและนำไปทดลองใช้เพื่อประเมินผล

3) แบบบันทึกสุขภาพด้านค่า CD4

4) แบบประเมินความพึงพอใจ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ระยะที่ 1 ระยะเวลาพัฒนา เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่

1) แบบบันทึกประเด็นสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นข้อคำถาม 5 ด้าน จำนวน 10 ข้อ (ด้านละ 2 ข้อ) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยเอชไอวีและสุขภาพจิตและยาเสพติด จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.75 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ใช้ได้

2) รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา โดยดำเนินการร่างรูปแบบ ตรวจสอบคุณภาพ ทดลองใช้ และประเมินผล โดยบูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender และแนวคิดการทำสัญญาการเรียนรู้

การตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1) การประเมินความสอดคล้องของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ความเป็นมา แนวคิดพื้นฐาน จุดมุ่งหมาย วิธีดำเนินงาน และการประเมินผล โดยค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ถือว่าใช้ได้

2) การประเมินความเหมาะสมของโครงสร้างรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ปัญหาความจำเป็น จุดมุ่งหมาย วิธีการพัฒนา และการประเมินผล โดยค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.51 ขึ้นไป ถือว่าอยู่ในระดับเหมาะสม

ผลการประเมินพบว่า รูปแบบมีค่า IOC เท่ากับ 0.70 และค่าเฉลี่ยความเหมาะสมเท่ากับ 4.02 อยู่ในระดับเหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้

ระยะที่ 2 ระยะการทดลองใช้และประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่

1) แบบบันทึกสุขภาพรายบุคคลด้านระดับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ใช้สำหรับบันทึกข้อมูลสุขภาพทางกายของผู้รับบริการ

2) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงบริการ ความสามารถและทัศนคติของผู้ให้คำปรึกษา การสื่อสารและการรับฟัง ความเป็นส่วนตัว และประโยชน์จากการให้คำปรึกษา ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.81 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ใช้ได้

การเก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 ระยะ ตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนา

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกประเด็นสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2566 เวลา 09.00-16.30 น. ณ ห้องประชุมศาลาจันทอน โดยแบ่งกลุ่มเป้าหมายออกเป็น 2 ช่วง ได้แก่ กลุ่มผู้รับผิดชอบงานให้คำปรึกษา จำนวน 5 คน และกลุ่มแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 5 คน เพื่อศึกษาสภาพการดำเนินงาน ปัญหา และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล

ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มถูกนำไปใช้ในการพัฒนาและออกแบบรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ระยะที่ 2 การทดลองใช้และประเมินผล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกสุขภาพรายบุคคลด้านระดับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด CD4 และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ในระลอกก่อนการทดลอง (Pre-test) ดำเนินการตรวจค่า CD4 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงวันที่ 8-23 มกราคม 2567 จำนวน 42 คน จากนั้นนำรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลไปทดลองใช้กับกลุ่มทดลองเป็นระยะเวลา 9 เดือน (23 มกราคม - 23 ตุลาคม 2567)

ภายหลังการทดลอง (Post-test) ดำเนินการตรวจค่า CD4 อีกครั้งในช่วงวันที่ 28 ตุลาคม ถึง 15 พฤศจิกายน 2567 และประเมินความพึงพอใจของกลุ่มทดลองต่อรูปแบบการให้คำปรึกษา โดยใช้แบบประเมินออนไลน์ (Google Forms) ระหว่างวันที่ 16-20 พฤศจิกายน 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยจำแนกการวิเคราะห์ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนา

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับสภาพปัญหา ความต้องการ และแนวทางในการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล

ระยะที่ 2 การทดลองใช้และประเมินผล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (ระดับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด CD4) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์โดยใช้การทดสอบค่าทีแบบอิสระ (Independent t-test) และเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ส่วนการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและความถี่ของคำตอบ

จริยธรรมวิจัย

เอกสารรับรองจริยธรรมวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการฯ หนังสือ หมายเลขรับรอง CRPPHO 221/2566 ให้ดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 8 ธันวาคม 2566 จนถึง 7 ธันวาคม 2567

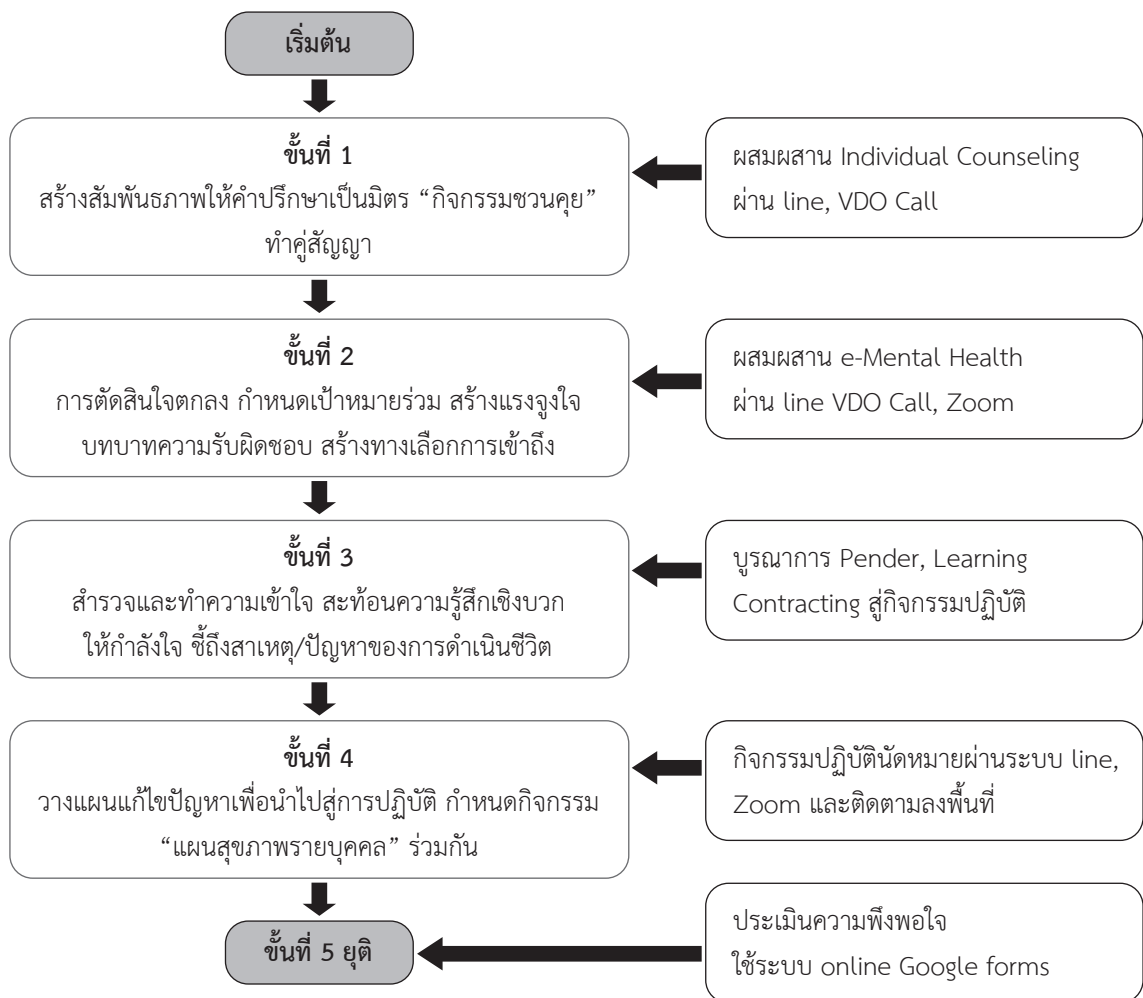
สรุปผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาสภาพการดำเนินงานจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) พบประเด็นสำคัญในการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล 5 ด้าน ซึ่งผู้วิจัยสรุปภาพรวมจากกลุ่มเป้าหมาย พบว่า ด้านสร้างสัมพันธภาพ ผู้รับคำปรึกษาได้รับคำปรึกษาอย่างเป็นมิตรมีความเชื่อถือและไว้วางใจ สามารถคุยได้ทุกเรื่องดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี เวลาให้คำปรึกษาจะรับฟังอย่างตั้งใจ ด้านการตัดสินใจตกลง พบว่า แก่นนำผู้ติดเชื้อได้รับเชิญจากผู้ให้คำปรึกษาร่วมประชุมทุกเดือน มีการย้าเตือนเรื่องการปฏิบัติตน การวางแผนการดำเนินงานต่าง ๆ แต่ขาดการขยายผลให้กลุ่มได้รับทราบ ด้านสำรวจและทำความเข้าใจปัญหา พบว่า ผู้ให้คำปรึกษาได้สะท้อนความรู้สึกเชิงบวกการไม่ท้อแท้ต่อชีวิต ชี้ให้เห็นถึงสาเหตุที่แท้จริงถึงการประมาทในการดำเนินชีวิตปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้รับคำปรึกษาก็ตอบรับสภาพความจริง ด้านวางแผนแก้ไข้ปัญหาเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ พบว่า ผู้ให้คำปรึกษาพร้อมที่จะช่วยในการวางแผนและแก้ไข้ปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตน แต่ผู้รับคำปรึกษาส่วนมากไม่ค่อยเข้ามาหรือติดต่อในการรับคำปรึกษามีเพียงส่วนน้อยที่ร่วมปฏิบัติในด้านนี้ ในการให้คำปรึกษายังขาดประเด็นของการช่วยออกแบบการปฏิบัติตนเป็นรายบุคคลของผู้ติดเชื้อที่ชัดเจน ส่วนมากเป็นการให้คำปรึกษาเรื่องทั่วไป เช่น การทานยา การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ งดละเลิกของมีเมา และการปฏิบัติตนในเชิงแก้้ปัญหาชีวิต เป็นต้น การช่วยในการพัฒนาคุณภาพชีวิตหรือการส่งเสริมในเรื่องต่าง ๆ ค่อนข้างน้อย เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสมทั้งส่วนตัวและกลุ่ม การทำสมาธิเพื่อสงบสติอารมณ์ กิจกรรมส่งเสริมให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรงในลักษณะอื่น เป็นต้น ด้านยุติการให้คำปรึกษา พบว่า ผู้ให้คำปรึกษามีการสรุปผลและทบทวนความก้าวหน้าในการให้คำปรึกษากับผู้รับคำปรึกษาบางรายเท่านั้น มีการพูดคุยเตรียมความพร้อมก่อนยุติการให้คำปรึกษาบ้างเล็กน้อย เนื่องจากผู้รับคำปรึกษาส่วนมากไม่เข้ามาติดต่อในการรับคำปรึกษาในด้านนี้ เป็นต้น

ส่วนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลฯ ดำเนินการดังนี้

ขั้นที่ 1 ร่างแบบรูปแบบ ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตและเนื้อหาให้ครอบคลุมตามกระบวนการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลฯ 5 ด้าน โดยผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาพัฒนาเป็นรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยบูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender และการทำสัญญาการเรียนรู้ กำหนดเป็นกระบวนการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การสร้างสัมพันธภาพ (2) การตัดสินใจและการตกลงร่วมกัน (3) การสำรวจและทำความเข้าใจปัญหา (4) การวางแผนสุขภาพรายบุคคล และ (5) การยุติและประเมินผล ดังนี้



ภาพที่ 2 รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อส่งเสริมสุขภาพฯ โดยใช้เทคโนโลยี
การสื่อสารออนไลน์ (เทคโนโลยีดิจิทัล) เพิ่มประสิทธิภาพ

ขั้นที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ ผลการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบ พบว่า มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.70 และมีความเหมาะสมในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.52)

ระยะที่ 2 การทดลองใช้และทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล

ขั้นที่ 1 การทดลองใช้รูปแบบ (ทดลองใช้จริง) ผู้วิจัยดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลฯ โดยทดลองปฏิบัติการใช้เป็นเวลาทั้งสิ้น 9 เดือน แยกกลุ่มเป้าหมายออกเป็น 2 ได้แก่ กลุ่มทดลอง 18 คน และกลุ่มควบคุม 18 คน ผลการวิจัย พบว่า การให้คำปรึกษาในกลุ่มทดลอง ขั้นที่ 1, 2 และ 3 จะทำร่วมกันในกิจกรรมชวนพูดคุย “สุขภาพดีได้ด้วยตนเอง” ใช้เวลาประมาณ 30 นาที/คน (มี 7 รายที่พูดคุยทาง Line เปิดกล่อง) ในการสร้างแรงจูงใจให้เห็นคุณค่าในการดูแลสุขภาพของตน พูดคุยเรื่องความสุขส่วนตัว สถานะสุขภาพปัจจุบันของผู้รับคำปรึกษา เช่น ผลตรวจเลือด น้ำหนัก ความดัน ระดับน้ำตาล รู้สึกอย่างไร หากลดน้ำหนัก/น้ำตาลได้คิดว่าเราจะเป็นอย่างไร ลองตั้งเป้าหมายเล็ก ๆ เช่น กินผักทุกวัน เดินรอบบ้านวันละ 15 นาที เป็นต้น อธิบายชี้แจงถึงการให้คำปรึกษาผสมผสานระบบ Online การเข้าร่วมในแต่ละขั้นตอน กลุ่มทดลองทั้ง 18 คน ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีและร่วมตกลงทำคู่สัญญา โดยคู่สัญญาประกอบไปด้วย 6 หัวข้อ คือ ชื่อผู้ให้และผู้รับคำปรึกษา เป้าหมายที่จะรับคำปรึกษา ระยะเวลา

ให้คำปรึกษา กิจกรรมที่จะปรึกษา บทบาทและหน้าที่ของผู้ให้และผู้รับคำปรึกษา ระยะเวลาติดตามและประเมินผล

ขั้นที่ 4 พบว่า แผนสุขภาพรายบุคคล วางกรอบการปฏิบัติตน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการผ่อนคลายความเครียด ด้านความสัมพันธ์กับสังคมรอบตัว กลุ่มทดลองมีการต่อรองเกี่ยวกับเรื่องของเวลา ในการปฏิบัติ ส่วนมากกำหนดแผนสุขภาพรายบุคคลที่คล้ายกัน ในเรื่องของเป้าหมายที่จะรับคำปรึกษาจะเป็นเรื่องของการรับประทานยา การออกกำลังกายที่บ้าน การลดเค็ม ลดหวาน การวัดความดัน ส่วนระยะเวลาที่ปรึกษานอกเหนือจากการให้คำปรึกษาแบบส่วนตัวแล้วทางกลุ่มต้องการให้สร้างกลุ่ม Line ให้คำปรึกษาทาง Line กลุ่ม หรือ Zoom ทุกวันอาทิตย์เดือนละ 2 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง ช่วงเช้า เวลา 9.00 - 11.00 น. หลังปฏิบัติการกิจส่วนตัวเสร็จ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการตกลง ส่วนใครต้องการรับคำปรึกษาส่วนตัวเพิ่มเติมก็สามารถทำได้ตลอดเวลาใน Line ส่วนตัว ซึ่งทุกคนเห็นด้วย กิจกรรมที่ปรึกษาส่วนมากจะเป็นเรื่องของการนัดหมายเรื่องการมาพบปะที่โรงพยาบาลเพื่อร่วมกิจกรรม เรื่องของการลืมนินยา ลืมออกกำลังกายตามกำหนด นอนไม่หลับ วิตกกังวลเมื่อเจ็บป่วย และการเจ็บป่วย ในขั้นที่ 4 นี้จะมีการติดตามการปฏิบัติตน ระยะเวลาติดตามนั้นจะเรียงลำดับการลงพื้นที่โดยจะลงพื้นที่ 2 เดือน/1 ครั้ง/คน ในทุกวันศุกร์ช่วง 13.00 น. เป็นต้นไป ครั้งละ 2-3 คน จนครบคนและเรียนใหม่ทั้ง 18 คน รวม รวมคนละ 4 ครั้ง ในการติดตาม พบว่า ช่วงแรกของการปฏิบัติตนกลุ่มทดลองบางส่วนไม่สามารถดำเนินการตามข้อตกลงคู่สัญญาได้ (12 คน) แยกเป็นเรื่อง ๆ ดังนี้ การรับประทานยาไม่เป็นไปตามแผนโภชนาการ (รับประทานโปรตีนน้อยเน้นผัก) 9 คน การรับประทานยาไม่ตรงตามเวลา 7 คน ทำงานหนัก (รับจ้าง) มากเกินไป 10 คน การไม่ออกกำลังกายต่อเนื่องตามที่กำหนด 12 คน พักผ่อนน้อย 8 คน ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 7 คน การไม่นั่งสมาธิอย่างต่อเนื่อง 12 คน การเข้าสังคมไม่ต่อเนื่อง 6 คน ผู้วิจัยได้ให้กำลังใจในบางคน (ผู้ที่อยู่คนเดียวคู่ครองเสียชีวิต/เลิกจ้าง/หม้าย) และติดตามทาง Line อย่างใกล้ชิด ส่วนครั้งที่ 2, 3 และ 4 กิจกรรมต่าง ๆ เป็นไปตามปกติ ไม่เป็นตามสัญญาบ้างในบางกิจกรรมแต่ไม่มากนัก กลุ่มทดลอง 3 คนไม่สามารถติดตามได้ครบ 4 ครั้ง เนื่องจากติดภารกิจส่วนตัว ส่วนขั้นที่ 5 ขึ้นยติ เป็นการประเมินผล 2 ส่วน คือ ตรวจหาค่า CD4 ซึ่งกลุ่มทดลองมาครบทุกคนและอีกส่วนคือ ประเมินความพึงพอใจสามารถประเมินทาง Google forms ซึ่งดำเนินการครบทุกคน สรุปในภาพรวม การดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลฯ ประสบผลสำเร็จด้วยดีในด้านของร่างกาย ซึ่งจากการทดลองนี้ผู้วิจัยขอเสนอผลของการตรวจค่าเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 ดังนี้

1. การทดสอบข้อมูลเบื้องต้น ค่าของ CD4 กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาค่า CD4 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($t = 0.895, p = 0.188$)
2. หลังการทดลอง ค่า CD4 ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อส่งเสริมสุขภาพฯ มีประสิทธิภาพทำให้ค่า CD4 สูงขึ้นจริง ดังตารางที่ 1

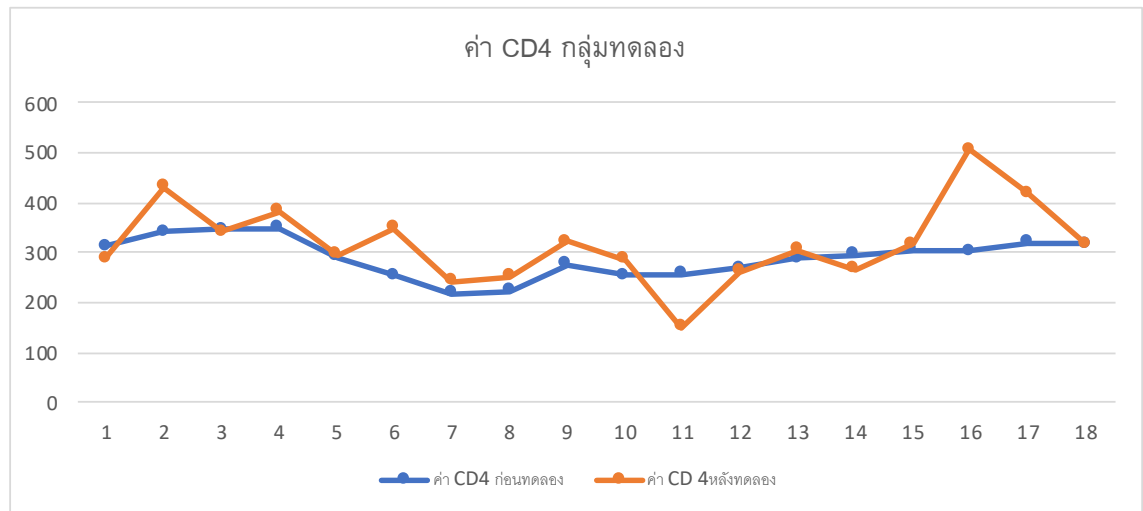
ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ ค่า CD4 หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 36$)

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p
กลุ่มทดลอง	399.44	114.02	2.433*	0.02
กลุ่มควบคุม	319.38	80.54		

3. หลังการทดลอง ค่า CD4 ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อส่งเสริมสุขภาพฯ มีประสิทธิภาพทำให้ค่า CD4 สูงขึ้นจริง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบ ค่าของ CD4 ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 36)

การทดลอง	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t-test	p
ก่อนทดลอง	290.77	39.31	1.865*	0.03
หลังทดลอง	319.38	80.54		



ภาพที่ 3 กราฟแสดงค่า CD4 ก่อนทดลองและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง

จากกราฟ ค่าเปรียบเทียบค่า CD4 ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลองพบว่า ค่า CD4 เกือบทุกคนมีค่าที่สูงขึ้น แต่ยังมีกลุ่มทดลองบางคนผลค่า CD4 หลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง ซึ่งจำเป็นต้องมีการศึกษาถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่ส่งผลทำให้ค่า CD4 เป็นเช่นนั้นต่อไป

ขั้นที่ 2 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ประเมินความพึงพอใจของกลุ่มทดลองมีต่อรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลฯ 5 ด้าน พบว่า โดยรวมทุกด้านความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดค่าเฉลี่ย ($M = 4.20$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด โดยมีด้านการเข้าถึงบริการ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.25$) รองลงมาคือ ด้านประโยชน์จากการให้คำปรึกษา ($M = 4.15$) ตามลำดับ

อภิปรายผล

ผลการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นกระบวนการอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การตัดสินใจและการตกลงร่วมกัน การสำรวจและทำความเข้าใจปัญหา การวางแผนสุขภาพรายบุคคล และการยุติและประเมินผล ซึ่งสะท้อนถึงการออกแบบที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและการมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้ รูปแบบดังกล่าวได้บูรณาการแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender ร่วมกับการทำสัญญาการเรียนรู้ซึ่งช่วยเสริมสร้างความรับผิดชอบต่อสุขภาพและความต่อเนื่องในการปฏิบัติตนของผู้รับบริการ

ผลการพัฒนารูปแบบดังกล่าวสอดคล้องกับแนวโน้มการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและการดูแลแบบองค์รวม โดย Fongkerd et al. (2024) พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลจากบริบทจริง จะช่วยให้

รูปแบบมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริงในหน่วยบริการ นอกจากนี้ Sukkasem (2022) ยังพบว่า การส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายสุขภาพของตนเอง จะช่วยเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลตนเองและส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด CD4 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 399.44 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 114.02) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 319.38 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 80.54) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลองมีระดับ CD4 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกของสุขภาพผู้รับบริการภายหลังได้รับการให้คำปรึกษารูปแบบที่พัฒนาขึ้น ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการดำเนินการที่ครอบคลุมทั้งด้านพฤติกรรมสุขภาพและด้านจิตสังคม เช่น โภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ร่วมกับการใช้แนวคิดการทำสัญญาการเรียนรู้ ซึ่งช่วยให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและแนวทางการดูแลสุขภาพของตนเอง

ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Uthaimanee (2019) ที่พบว่า การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกระบวนการดูแลสุขภาพ มีส่วนสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ดังนั้น รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลที่พัฒนาขึ้นจึงมีความเหมาะสมทั้งในเชิงแนวคิดและเชิงปฏิบัติ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการสุขภาพ โดยเฉพาะคลินิกเอชไอวีในโรงพยาบาล เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลหรือผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับงานเอชไอวีสามารถประยุกต์รูปแบบการให้คำปรึกษาไปปรับใช้ในคลินิกเอชไอวีตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อเสริมประสิทธิภาพของการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อไปพัฒนาตัวชี้วัดด้านอื่น เช่น Viral Load คุณภาพชีวิต หรือสุขภาพจิต เป็นต้น

2) ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการวิจัยครั้งนี้จากการเปรียบเทียบค่า CD4 ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลองพบว่า ยังมีกลุ่มทดลองบางคนผลค่า CD4 หลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าสนใจในการศึกษาถึงสาเหตุหรือปัจจัยอะไรที่ส่งผลทำให้ค่า CD4 ของบุคคลเหล่านี้ลดลง ควรมีการศึกษาต่อยอดโดยขยายระยะเวลาการทดลอง และศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายมากขึ้น เพื่อยืนยันผลการวิจัยและเพิ่มความสามารถในการนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นต่อไป

References

- Danyuthasilpe, C. (2018). Pender's health promotion model and its applications in nursing practice. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(2), 132-141.
- Department of Disease Control. (2021). *HIV situation in Thailand 2020*. Retrieved from <https://hivhub.ddc.moph.go.th/Download/RRTR/Factsheet2020%20TH%20Final.pdf>
- Department of Disease Control. (2025). *HIV situation in Thailand*. Retrieved from <https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php>

- Department of Learning Promotion. (2024). *Manual for the implementation of the learning promotion curriculum for qualifications according to the levels of basic education B.E. 2024*. Bangkok: Ministry of Education.
- Fongkerd, S., Pookitsana, S., Himananto, S., Yodprasert, T., & Sinsuesatkul, S. (2024). Development of a community-based continuous care model for elderly individuals with dependency in Ban Suan Subdistrict, Mueang District, Chonburi Province. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi*, 7(2), 90-105.
- Heakkhonthod, P. (2021). Development of care models for people living with HIV and AIDS in Song Dao Hospital. *Thai AIDS Journal*, 33(3), 151-164.
- Richey, R. C., & Klein, J. D. (2007). *Design and development research: Methods, strategies, and issues*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sukkasem, N. (2022). Health behavior promotion among people living with HIV. *Journal of Nursing Science*, 40(1), 23-35.
- Uthaimanee, K. (2019). *The model and the problems and barriers in participation of HIV-positive people in the antiretroviral clinic, Somdej Phra Phutthaloetla Hospital, Samut Songkhram Province*. (Master's thesis), Thammasat University, Thailand.

ประสิทธิผลของการฝึกปฏิบัติการประเมินภาวะสุขภาพ ในสถานการณ์จำลองแบบผสมต่อความรู้และความพึงพอใจ ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

ธวัชชัย เชื้อนสมบัติ, พย.ม.¹ ธานี ธรรมรัตน์, วท.ม.^{1*} ธัญทิพย์ คลังชำนาญ, พย.ม.¹ รัชดาพร ไพบูรณ์, พย.ม.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการฝึกปฏิบัติการประเมินภาวะสุขภาพในสถานการณ์จำลองแบบผสมต่อความรู้และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี จำนวน 62 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัยนี้ มีเครื่องมือวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ สถานการณ์จำลองแบบผสมสำหรับการฝึกปฏิบัติ ซึ่งเป็นการผสมผสานการใช้ผู้ป่วยจำลองร่วมกับอุปกรณ์ฝึกทักษะเฉพาะส่วน โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พร้อมปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพ ซึ่งมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาในระดับฉบับ (S-CVI) เท่ากับ 1.00 และค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ .729 และแบบสอบถามความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อกิจกรรมการฝึกปฏิบัติการจำลองแบบผสม ซึ่งมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (S-CVI) เท่ากับ .99 และค่าความเชื่อมั่นภายใน (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .939 ตามลำดับ

การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติใช้สถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองแบบผสม นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มีคะแนนความรู้หลังการฝึกสูงกว่าก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) ภาพรวมความพึงพอใจของนักศึกษาหลังการฝึกปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.66$, $SD = 0.63$) โดยด้านผู้เอื้ออำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ ($\bar{X} = 4.75$, $SD = 0.54$) และประโยชน์และการนำไปใช้ ($\bar{X} = 4.75$, $SD = 0.56$) มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด สรุปได้ว่า การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองแบบผสมช่วยเพิ่มพูนความรู้ด้านการประเมินภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และได้สร้างความพึงพอใจในระดับสูง เหมาะสมต่อการนำไปบูรณาการในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ: สถานการณ์จำลองแบบผสม ความรู้เกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพ นักศึกษาพยาบาล ความพึงพอใจต่อการเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลอง

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

* ผู้เขียนหลัก e-mail: thani.th@udru.ac.th

Effectiveness of Hybrid Simulation-Based Health Assessment Practice on Knowledge and Satisfaction of Second-Year Nursing Students at Udon Thani Rajabhat University

Thawatchai Khueansombat, M.N.S.¹, Thani Thammarat, M.Sc.^{1*},
Thanyathip Khlangchamnan, M.N.S.¹, Ratchadaporn Phaiboon, M.N.S.¹

Abstract

This quasi-experimental one-group pretest–posttest study aimed to examine the effectiveness of hybrid simulation-based health assessment practice on knowledge and satisfaction among nursing students. The participants were 62 second-year nursing students from the Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University, who voluntarily participated in the study. The research instruments consisted of two part including 1) The intervention instrument consisted of hybrid simulation scenarios for health assessment practice, which integrated simulated patients with part-task trainers. These scenarios were developed by the researchers, validated for content, and revised according to expert suggestions prior to implementation. and 2) data collection instruments, including a knowledge test on health assessment ($S-CVI = 1.00$, $KR-20 = .729$) and a satisfaction questionnaire regarding the hybrid simulation activity ($S-CVI = .99$, Cronbach's $\alpha = .939$). Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The results revealed that posttest knowledge scores were significantly higher than pretest scores at the .05 level ($p < .001$). Overall satisfaction after the practice was at the highest level ($\bar{X} = 4.66$, $SD = 0.63$). The highest mean scores were found in the domains of learning facilitation ($\bar{X} = 4.75$, $SD = 0.54$) and benefits and applicability ($\bar{X} = 4.75$, $SD = 0.56$). In conclusion, hybrid simulation-based health assessment practice effectively enhanced nursing students' knowledge and resulted in a high level of satisfaction. It is recommended for integration into relevant nursing practicum courses.

Key words: Hybrid simulation, Knowledge of health assessment, Nursing students, Satisfaction with simulation-based learning

¹ Lecturer, Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University

* Corresponding author e-mail: thani.th@udru.ac.th

บทนำ

การประเมินภาวะสุขภาพเป็นทักษะพื้นฐานที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ที่ช่วยให้พยาบาลสามารถรวบรวมข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างรอบด้านเพื่อนำไปสู่การระบุปัญหา วางแผนการพยาบาล และติดตามผลลัพธ์ได้อย่างเป็นระบบและปลอดภัย (Potter & Perry, 2021) การประเมินภาวะสุขภาพไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการตรวจร่างกาย แต่ครอบคลุมถึงการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การซักประวัติ การวิเคราะห์ข้อมูล และการสื่อสารทางคลินิกอย่างมืออาชีพ (Jarvis, 2020) ทักษะเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดความแม่นยำ มั่นใจ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ทางคลินิกจริงที่ซับซ้อนและหลากหลาย

การจัดการเรียนการสอนรายวิชาการประเมินภาวะสุขภาพของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานีที่ผ่านมา ใช้การเรียนทฤษฎีควบคู่กับการฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลองในห้องปฏิบัติการ อย่างไรก็ตาม เมื่อฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงกับผู้ป่วย นักศึกษายังขาดความมั่นใจในการประเมินภาวะสุขภาพ สะท้อนให้เห็นว่าการเรียนรู้อย่างมุ่งเน้นทักษะเชิงเทคนิคมากกว่าการบูรณาการข้อมูลและการตัดสินใจทางคลินิก ภายใต้บริบทของระบบสุขภาพที่มีความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงจากสถานการณ์โควิด-19 และการจัดการศึกษาแบบมุ่งผลลัพธ์ (Outcome-Based Education: OBE) การพัฒนาการเรียนการสอนจึงมุ่งเสริมสร้างสมรรถนะของผู้เรียนให้ครอบคลุมทั้งความรู้ ทักษะ และเจตคติ โดยเฉพาะด้านการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจทางคลินิก (World Health Organization, 2020)

การเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง (Simulation-Based Learning: SBL) เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาทักษะทางคลินิกและเสริมสร้างความมั่นใจของนักศึกษาในการประเมินภาวะสุขภาพ โดยเน้นการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์ที่ออกแบบอย่างเป็นระบบ ซึ่งเอื้อต่อการเชื่อมโยงความรู้สู่การปฏิบัติ และลดข้อจำกัดด้านจริยธรรมของผู้ป่วย (Sinthuchai, Ubolwan, & Boonsin, 2017) อีกทั้งยังส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้เรียน เนื่องจากผู้เรียนมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติและสามารถเรียนรู้ได้ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย (Al Khasawneh et al., 2021) ทั้งนี้ การพัฒนาสู่การใช้สถานการณ์จำลองแบบผสม (Hybrid Simulation) โดยการผสมระหว่างผู้แสดงบทบาทผู้ป่วยจำลอง (Simulated Patients) กับอุปกรณ์จำลองการตรวจร่างกายเฉพาะส่วน (Part-task Trainers) ทำให้ผู้เรียนได้ฝึกทั้งทักษะเชิงเทคนิคและการสื่อสารเชิงจิตสังคมอย่างครอบคลุม และก่อให้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้ที่ใกล้เคียงสถานการณ์จริงมากยิ่งขึ้น (Wilson & Giddens, 2021)

การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองแบบผสม (Hybrid Simulation) ยังสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (1984) ซึ่งอธิบายว่าการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพเกิดจากการได้รับประสบการณ์ตรง การสะท้อนผล และการนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ แนวทางดังกล่าวช่วยพัฒนาการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจทางคลินิกของผู้เรียน (Nakanakupt & Butkhunthong, 2026) และมีข้อเสนอแนะให้นำการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสะท้อนผลการเรียนรู้ (debriefing) และการประเมินผลผู้เรียนอย่างเหมาะสม (International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning, 2021) นอกจากนี้ ในบริบทของประเทศไทย การใช้ผู้ป่วยจำลองยังพบว่าสามารถเพิ่มความรู้และความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ (Khamwong, Kulka, Sirimai, & Nuchususuk, 2019) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยในประเทศยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของ Hybrid Simulation ในการพัฒนาทักษะการประเมินภาวะสุขภาพอย่างครอบคลุม ซึ่งเป็นประเด็นที่งานวิจัยนี้มุ่งศึกษา

จากเหตุผลและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองแบบผสม (Hybrid Simulation) โดยผสมการใช้ผู้ป่วยจำลองร่วมกับอุปกรณ์จำลองการตรวจร่างกายเฉพาะส่วน เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ได้ฝึกประเมินภาวะสุขภาพอย่างเป็นระบบ กิจกรรมนี้ออกแบบตามแนวคิดการจัดการศึกษาแบบมุ่งผลลัพธ์

(Outcome-Based Education: OBE) เพื่อศึกษาผลต่อความรู้และความพึงพอใจของผู้เรียน ซึ่งเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดการเรียนให้สอดคล้องกับสมรรถนะในศตวรรษที่ 21

วัตถุประสงค์การวิจัย

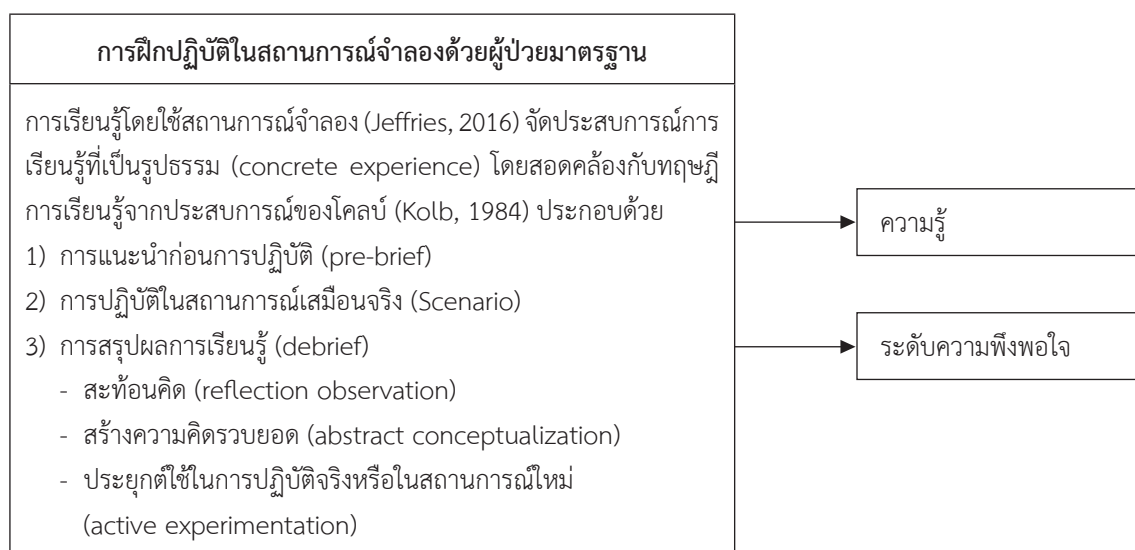
1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการฝึกในสถานการณ์จำลองแบบผสม
2. เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการฝึกในสถานการณ์จำลองแบบผสม

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้ของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการฝึกในสถานการณ์จำลองแบบผสม แตกต่างกัน
2. นักศึกษาพยาบาลมีระดับความพึงพอใจต่อการฝึกปฏิบัติการประเมินภาวะสุขภาพในสถานการณ์จำลองแบบผสมอยู่ในระดับมาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้อ้างอิงทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลบ์ (Kolb's Experiential Learning Theory, 1984) ร่วมกับกรอบการจัดการศึกษาผ่านสถานการณ์จำลองของเจฟฟรีย์ (Jeffries, 2016) โดยทฤษฎีของโคลบ์อธิบายกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดจากประสบการณ์ การสะท้อนคิด (debriefing) การสร้างความเข้าใจ และการนำไปประยุกต์ใช้ ขณะที่กรอบของเจฟฟรีย์มุ่งเน้นการออกแบบสถานการณ์จำลองที่มีความสมจริง มีวัตถุประสงค์ชัดเจน การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการประเมินผลอย่างเป็นระบบ (INACSL Standards Committee, 2021) ในการศึกษาครั้งนี้ แนวคิดดังกล่าวถูกนำมาใช้ในการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้สถานการณ์จำลองแบบผสม (Hybrid Simulation) โดยการผสมผสานระหว่างผู้ป่วยจำลอง (Simulated Patients) กับอุปกรณ์จำลองการตรวจร่างกายเฉพาะส่วน (Part-task Trainers) เพื่อให้ผู้เรียนได้ฝึกทักษะการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การวิเคราะห์ข้อมูล และการรายงานข้อมูลทางคลินิกตามหลัก ISBAR ภายใต้กระบวนการเรียนรู้ที่มีการสะท้อนคิดอย่างเป็นระบบ ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาความรู้และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล



แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (one-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการฝึกประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้สถานการณ์จำลองแบบผสม (Hybrid Simulation) ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยจำลอง (Simulated Patients: SPs) ร่วมกับอุปกรณ์จำลองการตรวจร่างกายเฉพาะส่วน (Part-task Trainers) ต่อความรู้และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาจำนวน 62 คน ซึ่งคัดเลือกโดยวิธีการเลือกแบบตามสะดวก (Convenience Sampling) จากผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมการฝึกปฏิบัติการประเมินภาวะสุขภาพในสถานการณ์จำลองแบบผสม (Hybrid Simulation) และเข้าร่วมการทดลองครบทุกขั้นตอน จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power 3.1 สำหรับสถิติ paired t-test แบบสองด้าน (two-tailed) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล .50 (Cohen, 1988) ระดับนัยสำคัญ .05 และอำนาจการทดสอบ .95 พบว่าควรมีกกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 54 คน ดังนั้น การใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 62 คนจึงเพียงพอและเหมาะสมทางสถิติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือสำหรับการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 ผู้วิจัยพัฒนาสถานการณ์จำลองแบบผสม (Hybrid Simulation) สำหรับฝึกปฏิบัติการประเมินภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล โดยผสมผสานผู้ป่วยจำลอง (Simulated Patients) ที่ผ่านการฝึกซ้อมและการปฐมนิเทศให้สามารถแสดงบทบาทได้อย่างสม่เสมอ ร่วมกับอุปกรณ์จำลองการตรวจร่างกายเฉพาะส่วน (Part-task Trainers) โดยกำหนดสถานการณ์จำลองจำนวน 3 สถานการณ์ ได้แก่ กรณีศึกษาที่มีความผิดปกติในระบบหายใจ ระบบทางเดินอาหาร และระบบประสาท ซึ่งพิจารณาจากผลการเรียนในรายวิชาการประเมินภาวะสุขภาพของนักศึกษาที่มีคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างต่ำในบางระบบ ร่วมกับความสนใจของผู้เรียนและโรคที่พบบ่อยในแหล่งฝึกปฏิบัติ สถานการณ์ถูกออกแบบให้จำลองข้อมูลและอาการใกล้เคียงผู้ป่วยจริง เพื่อให้นักศึกษาฝึกซักประวัติตามหลัก OLDCART ตรวจร่างกาย วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อระบุปัญหาสุขภาพ และรายงานข้อมูลทางคลินิกตามหลัก ISBAR ทั้งนี้ แม้สถานการณ์จะมุ่งเน้นเฉพาะบางระบบ แต่ยังคงครอบคลุมการตรวจร่างกายแบบองค์รวม (head-to-toe assessment) และผู้ป่วยจำลองได้รับการฝึกให้แสดงอาการและอารมณ์ได้อย่างสมจริง เช่น หายใจเหนื่อยหอบ กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือปวดท้องเฉียบพลัน

สถานการณ์ทั้ง 3 รูปแบบได้รับการออกแบบให้มีระดับความยากใกล้เคียงกัน และพัฒนาทักษะหลักในลักษณะเดียวกัน ผู้เรียนทุกกลุ่มได้รับการปฐมนิเทศและใช้แนวปฏิบัติการเรียนรู้เดียวกัน โดยมีผู้เฝ้าอำนวยความสะดวกในการเรียนรู้กำกับกระบวนการให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน พร้อมทั้งมีการสะท้อนคิดทั้งในระดับกลุ่มย่อยและกลุ่มใหญ่เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

1.2 อุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมจำลองสถานการณ์ ประกอบด้วยอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการฝึก เช่น หูฟัง เครื่องวัดความดันโลหิต ปากกาไฟฉาย และแบบฟอร์มเวชระเบียน การจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมจำลองให้ใกล้เคียงกับหอผู้ป่วยจริง เช่น เตียงผู้ป่วย ชุดผู้ป่วย ป้ายชื่อผู้ป่วย ฉากกั้น และบรรยากาศโดยรวม

2. เครื่องมือสำหรับการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพ เป็นแบบปรนัยชนิด 4 ตัวเลือก จำนวน 24 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาด้านการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การวิเคราะห์ข้อมูล และการรายงานผลตามหลัก Bloom's Taxonomy (Anderson & Krathwohl, 2001) ครอบคลุมระดับความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ และการประเมินค่า แต่ละข้อมีคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว ให้คะแนน 1 คะแนนสำหรับคำตอบที่ถูกต้อง และ 0 คะแนน

สำหรับคำตอบที่ไม่ถูกต้อง รวมคะแนนเต็ม 24 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ โดยคำนวณจากความกว้างของอันตรภาคชั้น (Srisa-ard, 2010) แปลผลได้ดังนี้ ดีมาก (19-24 คะแนน) ดี (13-18 คะแนน) ปานกลาง (7-12 คะแนน) และต้องปรับปรุง (0-6 คะแนน)

2.2 แบบสอบถามวัดความพึงพอใจนักศึกษาพยาบาลต่อกิจกรรมฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองแบบผสมพัฒนาโดยผู้วิจัยจากแนวคิดการเรียนรู้แบบจำลองสถานการณ์ (Simulation-Based Learning: SBL) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ เนื้อหาและการจัดกิจกรรม วัสดุอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมจำลองสถานการณ์ ผู้เอื้ออำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ การประเมินผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ และประโยชน์ที่ได้รับ ใช้มาตรวัดแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 = พึงพอใจน้อยที่สุด ถึง 5 = พึงพอใจมากที่สุด แปลผลคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ Srisa-ard (2010) ดังนี้ 1.00-1.50 = พึงพอใจน้อยที่สุด 1.51-2.50 = พึงพอใจน้อย 2.51-3.50 = พึงพอใจปานกลาง 3.51-4.50 = พึงพอใจมาก และ 4.51-5.00 = พึงพอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ สถานการณ์จำลองแบบผสม แบบทดสอบวัดความรู้ และแบบสอบถามวัดความพึงพอใจ โดยผู้วิจัยได้ให้ ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการสอนและการออกแบบสถานการณ์จำลองทางการพยาบาล และมีความรู้ด้านการวัดและประเมินผลทางการศึกษา ทำการประเมินความสอดคล้องของเนื้อหา วัตถุประสงค์ และความเหมาะสมของแต่ละเครื่องมือ เพื่อให้มั่นใจในคุณภาพก่อนนำไปใช้จริง

1) สถานการณ์จำลองแบบผสม (Hybrid Simulation) ผลการประเมินด้านเนื้อหา โครงสร้าง วัตถุประสงค์ ความสมจริง และความครอบคลุมของสมรรถนะที่ต้องการวัด พบว่า สถานการณ์มีความครบถ้วนและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้ หลังปรับตามข้อเสนอแนะแล้วจึงนำไปใช้จริง

2) แบบทดสอบวัดความรู้ ผลการประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้ พบว่า มีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับสูง ($S-CVI = 1.00$) เหมาะสมต่อการวัดความรู้ด้านการประเมินภาวะสุขภาพ

3) แบบสอบถามวัดความพึงพอใจ ผลการประเมินด้านความเหมาะสมของเนื้อหา ความชัดเจนของถ้อยคำ และความครอบคลุมของประเด็น พบว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับสูง ($S-CVI = .99$) สามารถใช้ประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาได้อย่างเหมาะสม

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

1) สถานการณ์จำลองแบบผสม (Hybrid Simulation) ได้รับการตรวจสอบความเหมาะสมและความเชื่อมั่นผ่านการทดสอบ 2 ขั้นตอน ได้แก่ Alpha Testing ทีมผู้สอนและผู้ประเมินร่วมทดลองสถานการณ์เพื่อประเมินความสมเหตุสมผลของลำดับกิจกรรม ความสมจริง และความชัดเจนของคำแนะนำ จากนั้นนำผลการสังเกตไปปรับปรุงให้เหมาะสมก่อน จากนั้นทดสอบในขั้นตอน Beta Testing กับนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 จำนวน 6 คน ซึ่งมีประสบการณ์ในการเรียนรายวิชาที่เกี่ยวข้องมาก่อน เพื่อใช้ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา ระดับความยาก และความเป็นไปได้ในการดำเนินสถานการณ์ ก่อนนำไปใช้จริงกับนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ผลการทดสอบพบว่าสถานการณ์จำลองมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) แบบทดสอบวัดความรู้ (Knowledge Test) นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จากสถาบันอื่น จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder-Richardson Formula 20 (KR-20) พบว่าค่า KR-20 เท่ากับ .729 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ($\geq .70$) (Nunnally & Bernstein, 1994) แสดงว่าแบบทดสอบมีความเชื่อมั่นในระดับเหมาะสม

3) แบบสอบถามวัดความพึงพอใจ (Satisfaction Questionnaire) นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จากสถาบันอื่น จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Cronbach's Alpha พบว่ามีค่าเท่ากับ .939 สูงกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ($\geq .80$) (Polit & Beck, 2017) แสดงว่าแบบสอบถามมีความเชื่อมั่นในระดับสูง เหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ก่อนการทดลอง (Pre-test)

1) ผู้วิจัยหลักชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิ์ของผู้เข้าร่วม โดยเน้นว่าการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย ไม่มีผลต่อคะแนนในรายวิชา

2) ผู้ช่วยวิจัยซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับการสอนเป็นผู้แจกและควบคุมการทำแบบทดสอบวัดความรู้ (Knowledge Test) ใช้เวลา 30 นาที

3) หลังทำแบบทดสอบเสร็จ ผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและเก็บในซองปิดผนึก เพื่อป้องกันอคติระหว่างการสอน

ระยะที่ 2 การดำเนินการทดลอง (Intervention) การดำเนินการแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

1) การปฐมนิเทศ (Orientation) ผู้วิจัยปฐมนิเทศนักศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการวิจัย และขอความยินยอมในการเข้าร่วม โดยย้ำว่านักศึกษาสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อผลการเรียน

2) นักศึกษาถูกแบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม กลุ่มละประมาณ 10-11 คน โดยใช้วิธีการคละระดับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสะสม (GPAX) เพื่อให้เกิดความหลากหลายภายในกลุ่ม โดยจำแนกนักศึกษาออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ กลุ่มผลสัมฤทธิ์สูง ปานกลาง และต่ำ จากนั้นกระจายนักศึกษาในแต่ละระดับลงในแต่ละกลุ่มย่อยให้มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ร่วมกันของผู้เรียนภายในกลุ่ม และให้แต่ละกลุ่มจับฉลากเพื่อเลือกสถานการณ์จำลองแบบผสม (Hybrid Simulation) ที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติ โดยแต่ละกลุ่มได้รับสถานการณ์แตกต่างกันตามผลการจับฉลาก และเข้าร่วมการฝึกปฏิบัติภายใต้ขั้นตอนการวิจัยที่กำหนด

3) กระบวนการจัดการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง การฝึกปฏิบัติแต่ละครั้งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ตามแนวคิดของ Jeffries และ Kolb ดังนี้

ก. การเตรียมความพร้อมก่อนฝึก (Pre-briefing) ใช้เวลาประมาณ 10 นาที ผู้เื้ออำนวยการอำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ อธิบายวัตถุประสงค์การเรียนรู้ บทบาทของนักศึกษาและผู้ช่วยจำลองพร้อมแจกเอกสารข้อมูลพื้นฐานของกรณีศึกษาแก่นักศึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติจริง

ข. การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง (Scenario Implementation) ใช้เวลาประมาณ 30 นาที นักศึกษาแต่ละกลุ่มฝึกการประเมินภาวะสุขภาพกับผู้ป่วยจำลองโดยมีผู้สังเกตการณ์ประเมินพฤติกรรมตามแบบสังเกตการปฏิบัติ

ค. การสรุปและสะท้อนคิด (Debriefing) ผู้เื้ออำนวยการอำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ดำเนินกระบวนการสะท้อนคิดตาม Gibbs' Reflective Cycle (Gibbs, 1988) เพื่อให้นักศึกษาแลกเปลี่ยนความรู้สึก ประสบการณ์ และสิ่งที่ได้เรียนรู้ พร้อมให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงสร้างสรรค์เกี่ยวกับจุดแข็งและข้อควรพัฒนา โดยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ การสะท้อนคิดภายในกลุ่มภายหลังการฝึกปฏิบัติ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที และการสะท้อนคิดระหว่างกลุ่มทั้ง 6 กลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 60 นาที เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปประเด็นสำคัญร่วมกัน

4) หลังจากการสรุปและสะท้อนคิด ผู้ช่วยวิจัยซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับการสอนเป็นผู้แจกและควบคุมการทำแบบทดสอบวัดความรู้ หลังการดำเนินกิจกรรมแล้วเสร็จทันที โดยใช้เวลาทำแบบทดสอบความรู้ 30 นาที จากนั้น ผู้ช่วยวิจัยแจกแบบสอบถามความพึงพอใจและดูแลการตอบแบบสอบถามจนแล้วเสร็จ พร้อมตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและเก็บในซองปิดผนึก

ระยะที่ 3 การจัดการข้อมูล (Data Management)

ผู้วิจัยดำเนินการบันทึกข้อมูลจากแบบทดสอบและแบบสอบถามลงในแบบฟอร์มที่ออกแบบไว้ โดยใช้รหัสแทนชื่อเพื่อรักษาความลับของผู้เข้าร่วม พร้อมทั้งตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลทุกครั้งหลังการเก็บรวบรวม และในกรณีที่พบข้อมูลขาดหายจะติดตามเพื่อแก้ไขทันที นอกจากนี้ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกจัดเก็บทั้งในรูปแบบเอกสารและไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ในพื้นที่ที่มีความปลอดภัย มีการสำรองข้อมูลเพื่อป้องกันการสูญหาย โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดูแลหลักและจำกัดการเข้าถึงข้อมูลตามหลักจริยธรรมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test หากข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติ หากไม่เป็นปกติ ใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test
- 3) วิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองแบบผสม วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแจกแจงความถี่ตามระดับความพึงพอใจ และแปลผลตามเกณฑ์ของ Srisa-ard (2010)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี เลขที่รับรองโครงการ อว 0622.7/258 เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมและการถอนตัว รวมถึงการรักษาความลับของข้อมูล พร้อมขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้เข้าร่วมโดยสมัครใจ โดยยืนยันว่าการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วม รวมถึงการถอนตัวจากการวิจัย จะไม่ส่งผลกระทบต่อคะแนนในรายวิชา ผลการเรียน หรือสัมพันธภาพระหว่างนักศึกษากับอาจารย์ผู้สอน ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาเป็นความลับ โดยใช้รหัสแทนชื่อและจำกัดการเข้าถึงเฉพาะผู้วิจัย ผลการวิจัยรายงานในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยตัวตน เพื่อคุ้มครองสิทธิ ศักดิ์ศรี และความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยมีจำนวนทั้งหมด 62 คน เป็นเพศชาย 12 คน คิดเป็นร้อยละ 19.35 และเพศหญิง 50 คน คิดเป็นร้อยละ 80.65 มีอายุเฉลี่ย 20.11 ปี โดยนักศึกษาทุกคนเป็นผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง (Simulation Lab) เป็นครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 100
2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของนักศึกษาก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองแบบผสม พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ($p > .05$) จึงใช้สถิติ Paired t-test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการฝึกปฏิบัติ ($\bar{X} = 18.02, SD = 1.98$) สูงกว่าก่อนการฝึกปฏิบัติ ($\bar{X} = 12.45, SD = 2.31$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติ (n = 62)

เวลาในการวัดผล	$\bar{X}$	SD	t	p -value
ก่อนการฝึกปฏิบัติ	12.45	2.31		
หลังการฝึกปฏิบัติ	18.02	1.98	17.65*	< .001

3. ระดับความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ต่อกิจกรรมฝึกปฏิบัติการประเมินภาวะสุขภาพในสถานการณ์จำลองแบบผสมอยู่ในระดับ “มากที่สุด” ($\bar{X} = 4.66$, $SD = 0.63$) โดยทุกด้านมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับ “มากที่สุด” โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ผู้เอื้ออำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ ($\bar{X} = 4.75$, $SD = 0.54$) และด้านประโยชน์และการนำไปใช้ ($\bar{X} = 4.75$, $SD = 0.56$) รองลงมาคือ ด้านการประเมินผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ ($\bar{X} = 4.72$, $SD = 0.60$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านวัสดุอุปกรณ์และสื่อการสอน ($\bar{X} = 4.54$, $SD = 0.73$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อกิจกรรมฝึกปฏิบัติ (N = 62)

ด้านความพึงพอใจ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. เนื้อหาและการจัดกิจกรรม	4.56	0.81	มากที่สุด
2. วัสดุอุปกรณ์และสื่อการสอน	4.54	0.73	มากที่สุด
3. ผู้เอื้ออำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ (Facilitator)	4.75	0.54	มากที่สุด
4. การประเมินผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ	4.72	0.60	มากที่สุด
5. ประโยชน์และการนำไปใช้	4.75	0.56	มากที่สุด
ภาพรวมของความพึงพอใจ	4.66	0.63	มากที่สุด

อภิปรายผล

1. คะแนนความรู้ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ภายหลังได้รับการฝึกปฏิบัติการประเมินภาวะสุขภาพในสถานการณ์จำลองแบบผสม (Hybrid Simulation) สูงกว่าก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองแบบผสมมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความเข้าใจเชิงลึกและการคิดวิเคราะห์ทางคลินิกของผู้เรียน การจำลองสถานการณ์ลักษณะนี้ผ่านผู้ป่วยจำลอง (Simulated Patient: SP) ซึ่งสร้างปฏิสัมพันธ์และอารมณ์สมจริง เข้ากับอุปกรณ์จำลองการตรวจร่างกายเฉพาะส่วน (Part-task Trainers) เพื่อฝึกทักษะทางคลินิกเฉพาะด้าน ทำให้ผู้เรียนได้ฝึกซักประวัติ ตรวจร่างกาย วิเคราะห์ข้อมูล และรายงานผลตามหลัก ISBAR ในบริบทที่ใกล้เคียงสถานการณ์จริง ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการจัดการเรียนรู้ด้วย Hybrid Simulation เอื้อต่อการเชื่อมโยงความรู้เชิงทฤษฎีกับการปฏิบัติจริง และสามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (1984) ซึ่งอธิบายว่าการเรียนรู้เกิดจากการที่ผู้เรียนได้รับประสบการณ์จากสถานการณ์ การสะท้อนคิด (debriefing) และการประยุกต์ใช้ความรู้ในบริบทใหม่ ขณะเดียวกัน รูปแบบการจัดกิจกรรมในการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับกรอบการจัดการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองของ Jeffries (2016) ที่เน้นการออกแบบสถานการณ์อย่างมีโครงสร้าง การมีส่วนร่วมของผู้เรียน และกระบวนการสะท้อนคิดอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจเชิงลึกและพัฒนาทักษะทางคลินิก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Uslu และคณะ (2023) ที่พบว่าผู้เรียนที่ฝึกด้วยผู้ป่วยมาตรฐานมีคะแนนความรู้สูงกว่าผู้ที่ฝึกด้วยหุ่นจำลองทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .012$) แสดงให้เห็นว่าการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจำลองช่วยให้ผู้เรียนสร้างองค์ความรู้จากสถานการณ์จริงมากกว่าการรับข้อมูลเพียงทางทฤษฎี นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Costa และคณะ (2020) ที่รายงานว่า การใช้ Hybrid Simulation ช่วยเพิ่มความเข้าใจในพยาธิสรีรวิทยาและทักษะการตัดสินใจเชิงคลินิกของผู้เรียน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า Hybrid Simulation เป็นแนวทางที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้เชิงบูรณาการ (Integrated Learning) และการคิดอย่างเป็นระบบในบริบทวิชาชีพพยาบาล

2. นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มีระดับความพึงพอใจต่อกิจกรรมฝึกปฏิบัติการประเมินภาวะสุขภาพในสถานการณ์จำลองแบบผสม (Hybrid Simulation) อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.66$, $SD = 0.63$) สะท้อนให้เห็นว่าการเรียนรู้ลักษณะนี้สามารถตอบสนองต่อความต้องการเรียนรู้ของผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้เชิงลึก (Deep Learning) และเกิดความพึงพอใจต่อกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นการมีส่วนร่วมและการสะท้อนคิด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ (Khachat, Chansuwan, Photong, และ Sripo, 2024) ที่พบว่า การใช้โสตทัศนศึกษาการจำลองด้วยผู้ป่วยมาตรฐานช่วยส่งเสริมให้นักศึกษابرลุผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัด โดยมีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80 และมีความพึงพอใจในระดับดีมาก และสอดคล้องกับ Costa et al. (2020) ที่รายงานว่าการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองร่วมกับผู้ป่วยมาตรฐานช่วยเพิ่มความเข้าใจ ความมั่นใจ และความพึงพอใจของผู้เรียนในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้เอื้ออำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ (Facilitator) มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.75$, $SD = 0.54$) สะท้อนถึงความสำคัญของบทบาทผู้สอนในฐานะผู้อำนวยความสะดวกที่มีความเชี่ยวชาญ ให้คำแนะนำที่ชัดเจน สนับสนุนการคิดวิเคราะห์ และสร้างบรรยากาศการเรียนรู้แบบเปิดกว้าง ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Burgess, van Diggele, Roberts, และ Mellis (2020) ที่พบว่าคุณภาพของการให้ข้อมูลย้อนกลับและการกระตุ้นการมีส่วนร่วมจากผู้สอนมีอิทธิพลโดยตรงต่อระดับความพึงพอใจและแรงจูงใจในการเรียนรู้ของผู้เรียน ในขณะที่ ด้านวัสดุอุปกรณ์และสื่อการสอน มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = 4.54$, $SD = 0.73$) ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดของจำนวนอุปกรณ์ที่ไม่เพียงพอต่อการฝึกในบางกลุ่ม เนื่องจากอุปกรณ์บางอย่างมีราคาสูง และมีเฉพาะในหอผู้ป่วยเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับ Benchadlia และคณะ (2023) ที่อธิบายว่าอุปกรณ์สำคัญของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง ได้แก่ ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและสื่อการสอนที่มีอยู่อย่างจำกัด ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพและคุณภาพของการจัดการเรียนรู้โดยตรง อย่างไรก็ตาม แนวทางในการพัฒนาควรเพิ่มและบริหารทรัพยากรการเรียนรู้ให้เหมาะสม เพื่อยกระดับคุณภาพการเรียนรู้ของผู้เรียน

ดังนั้น การใช้สถานการณ์จำลองแบบผสม (Hybrid Simulation) เป็นรูปแบบการเรียนรู้แบบ Active Learning ที่ช่วยเพิ่มความรู้และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิด Outcome-Based Education ที่มุ่งพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพ และแนวทางของ INACSL Standards Committee (2021) ที่เน้นให้บูรณาการการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองเข้าสู่หลักสูตร เพื่อเตรียมความพร้อมนักศึกษาสู่การปฏิบัติการพยาบาลในศตวรรษที่ 21

ข้อจำกัดของการวิจัย

การจัดกลุ่มนักศึกษาในการฝึกปฏิบัติมีขนาดค่อนข้างใหญ่ (10-11 คนต่อกลุ่ม) ซึ่งอาจทำให้ผู้เรียนมีโอกาสในการฝึกปฏิบัติไม่ทั่วถึง ส่งผลให้ประสบการณ์การเรียนรู้และระดับความรู้ของผู้เรียนอาจแตกต่างกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. อาจารย์ผู้สอนสามารถนำการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองแบบผสม (Hybrid Simulation) ไปประยุกต์ใช้ในการสอนรายวิชาการประเมินภาวะสุขภาพและรายวิชาทางการพยาบาลอื่น รวมถึงเตรียมความพร้อมและเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ (Patient Safety) ก่อนเข้าสู่การฝึกปฏิบัติงานจริง

2. สถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถใช้ผลการวิจัยนี้เป็นแนวทางในการพัฒนาแหล่งเรียนรู้และห้องปฏิบัติการจำลอง เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) ที่สอดคล้องกับแนวคิด Outcome-Based Education (OBE) และการพัฒนาสมรรถนะทางวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของการใช้ Hybrid Simulation ต่อทักษะอื่นของผู้เรียน เช่น การคิดเชิงวิพากษ์ การตัดสินใจทางคลินิก และความมั่นใจในตนเอง เพื่อให้เข้าใจผลลัพธ์การเรียนรู้ในมิติต่าง ๆ อย่างครอบคลุม
2. ควรศึกษาความคิดเห็นของผู้สอนและผู้ช่วยจำลองต่อการจัดการเรียนรู้แบบ Hybrid Simulation เพื่อใช้พัฒนาระบบการสอนให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทการศึกษายาบาลไทยมากยิ่งขึ้น
3. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม เช่น การติดตามผลลัพธ์ระยะยาวด้านการคงอยู่ของความรู้ (Retention of knowledge) และการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อทำความเข้าใจกระบวนการคิดและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองแบบผสม

References

- Al Khasawneh, E., Arulappan, J., Natarajan, J. R., Raman, S., & Isac, C. (2021). Efficacy of simulation using NLN/Jeffries nursing education simulation framework on satisfaction and self-confidence of undergraduate nursing students in a Middle-Eastern country. *SAGE Open Nursing*, 7, 23779608211011316. <https://doi.org/10.1177/23779608211011316>
- Anderson, L. W., & Krathwohl, D. R. (2001). *A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives*. New York, NY: Longman.
- Benchadlia, F., Kaddour, A., Boudjemaa, A., & Bousahla, A. (2023). Simulation in basic nursing student education: Uses and barriers. *The Open Nursing Journal*, 17(1), e187443462307030. <https://doi.org/10.2174/187443462307030>
- Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Feedback in the clinical setting. *BMC Medical Education*, 20, 460. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02280-5>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Costa, R. R. de O., de Medeiros, S. M., Coutinho, V. R. D., Verissimo, C. M. F., Moreira da Silva, M. A. N. C. G. M., & de Souza Lucena, E. E. (2020). Clinical simulation in cognitive performance, satisfaction and self-confidence in learning: A quasi-experimental study. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33, eAPE20180123. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO01236>
- Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: A guide to teaching and learning methods*. Oxford, England: Oxford Polytechnic.
- International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL) Standards Committee, Persico, L., Belle, A., DiGregorio, H., Wilson-Keates, B., & Shelton, C. (2021). Healthcare Simulation Standards of Best Practice™: Facilitation. *Clinical Simulation in Nursing*, 58(3), 22-26. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.010>
- Jarvis, C. (2020). *Physical examination and health assessment* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Jeffries, P. R. (2016). *The NLN Jeffries simulation theory*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.

- Khachat, S., Chansuwan, S., Photong, P., & Sripo, S. (2024). Development of scenario questions for standardized patient simulation-based teaching on therapeutic communication and relationship building. *Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi Journal*, 7(1), 21-34. [In Thai]
- Khamwong, M., Kulka, S., Sirimai, W., & Nuchususuk, C. (2019). Effects of simulation-based learning on self-confidence in therapeutic communication skills practice among nursing students. *Journal of Health Research and Nursing*, 36(1), 201-212. [In Thai]
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Nakanakupt, M., & Butkhunthong, A. (2026). Innovative hybrid peer-teaching learning model using interactive video and simulation to promote professional self-efficacy and clinical competence among nursing students. *International Journal of Educational Communications and Technology*, 6(1), 51-64.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2021). *Fundamentals of nursing* (10th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Srisa-ard, B. (2010). *Preliminary research* (8th ed.). Bangkok, Thailand: Suwiriyanan. [In Thai]
- Sinthuchai, S., Ubolwan, K., & Boonsin, S. (2017). Effects of high-fidelity simulation based learning on knowledge, satisfaction, and self-confidence among the fourth-year nursing students in comprehensive nursing care practicum. *Rama Nursing Journal*, 23(1), 24-35. [In Thai]
- Uslu, Y., & van Giersbergen, M. Y. (2023). The effects of manikin-based and standardized-patient simulation on clinical outcomes: A randomized prospective study. *Cyprus Journal of Medical Sciences*, 8(4), 271-275. <https://doi.org/10.4274/cjms.2022.2022-12>
- Wilson, L., & Giddens, J. (2021). *Health assessment for nursing practice* (7th ed.). Elsevier.
- World Health Organization. (2025). *State of the world's nursing 2025: Investing in education, jobs, leadership and service delivery*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

การออกแบบและพัฒนาแบบจำลองระบบการไหลเวียนเลือดของเด็ก ที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสำหรับฝึกทักษะหัตถการดูแล สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของนักศึกษาพยาบาล

ศุภวรรณ พิมพ์พยอม, PhD.^{1*} ธนัษณา ภัยพยบ, พย.ม.¹ กนกพร คงกุ่ม, พย.บ.² ขวัญจิรา อุไรวรรณ, พย.บ.²
ธีรศักดิ์ เฉลิมพล, พย.บ.² นภัสสร หอมขจร, พย.บ.² นาดตยา เสาวมาลย์, พย.บ.² บุลากร เดชไกล้, พย.บ.²
ชนิตาภรณ์ วงศ์ชมพู, พย.บ.² ดลระวี ภาวะโคตร, พย.บ.²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงออกแบบและพัฒนา (Design and Development Research: DDR) ร่วมกับการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของหุ่นจำลองระบบไหลเวียนเลือดเด็กต้นแบบต่อทักษะปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล โดยบูรณาการแนวคิดการคิดเชิงออกแบบและทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (2015) ภายใต้ความร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญฝ่ายช่างไฟฟ้ากำลัง กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 30 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงเครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) หุ่นจำลองระบบไหลเวียนเลือดเด็กต้นแบบที่เน้นความเสมือนจริงด้านกายวิภาคและระบบท่อแรงดัน 2) คู่มือปฏิบัติการรูปแบบ E-book และ 3) แบบประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลการล้างและหล่อสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ซึ่งเครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (IOC = 0.67-1.00) และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นเป็นหุ่นจำลอง 2 รูปแบบตามตำแหน่งการคาสายสวน ได้แก่ ตำแหน่งหลอดเลือดดำคอและตำแหน่งหลอดเลือดดำใต้กระดูกไหปลาร้า โดยมีระบบท่อจำลองเชื่อมต่อกับสายสวนจริงช่วยให้ผู้เรียนฝึกทักษะการล้างและหล่อสายสวนได้อย่างเป็นรูปธรรม และ 2) คะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติหลังทดลอง (Mean = 34.73, S.D. = 1.61) สูงกว่าก่อนทดลอง (Mean = 18.63, S.D. = 2.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 35.133, p < .001, 95\% \text{ CI} = [15.163, 17.037]$) ซึ่งมิติที่มีผลต่างคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ ด้านเทคนิคปลอดเชื้อ สรุปได้ว่าชุดนวัตกรรมการเรียนรู้ที่ประกอบด้วยแบบจำลองร่วมกับสื่อสนับสนุนทำให้คะแนนทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า สถาบันการศึกษาพยาบาลควรมีชุดนวัตกรรมนี้ไปบูรณาการในรายวิชาปฏิบัติการเพื่อเตรียมความพร้อมและเพิ่มทักษะหัตถการให้แก่ผู้เรียนในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยก่อนฝึกปฏิบัติงานจริง

คำสำคัญ: หุ่นจำลองการพยาบาลเด็ก การดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง การเรียนรู้จากประสบการณ์

¹ อาจารย์ สาขาการพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก

² พยาบาลวิชาชีพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

* ผู้เขียนหลัก e-mail: supawan.p@bcnsprnw.ac.th

Greater Circulation Simulation Model for Practising Central Venous Catheterization Care Skills of Undergraduate Students

Supawan Pimpayorm, Ph.D.^{1*}, Tanatcha Paipayob, M.N.S.¹, Kanokphorn Khonggui, B.N.S.², Kwanjira U-raiwan, B.N.S.², Theerasak chalaemplon, B.N.S.², Naphatson Homkhajon, B.N.S.², Nattaya Saowaman, B.N.S.², Bulakon Detklai, B.N.S.², Chanidaporn Wongchompoo, B.N.S.², Donrawe Pawacotr, B.N.S.²

Abstract

This Design and Development Research (DDR) study, utilizing a quasi-experimental one-group pretest-posttest design, aimed to develop and evaluate the effectiveness of a prototype pediatric central venous catheterization (CVC) circulation model on the practical nursing skills of nursing students. The model integrated design thinking concepts and Kolb's (2015) experiential learning theory, developed in collaboration with electrical power engineering experts. The sample consisted of 30 fourth-year nursing students selected through purposive sampling. The research instruments included: 1) a prototype pediatric CVC circulation model focusing on anatomical realism and a pressurized tubing system, 2) an E-book practical manual, and 3) a practical nursing skill assessment form. The instruments were validated by experts (IOC = 0.67–1.00) with a reliability coefficient of 0.76. Data were analyzed using descriptive statistics and a paired t-test.

The results revealed that: 1) the developed innovation featured two models based on catheter insertion sites (internal jugular and subclavian veins) connected to a real catheter system for concrete flushing and locking practice; and 2) the post-test mean practical skill score (Mean = 34.73, S.D. = 1.61) was significantly higher than the pre-test score (Mean = 18.63, S.D. = 2.78) ($t = 35.133$, $p < .001$, 95% CI = [15.163, 17.037]). The dimension with the highest mean score increase was the aseptic technique. In conclusion, the innovative learning package significantly enhanced students' practical skills.

The findings suggest that nursing institutions integrate this innovative package into practicum courses to prepare and enhance procedural competencies among learners within a safe environment prior to clinical placement.

Key words: Pediatric nursing mannequin, Central venous catheter care, Experiential learning

¹ Lecturer, Department of Pediatric Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhon Sawan, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

² Registered Nurse, Ministry of Public Health, Thailand

* Corresponding author e-mail: supawan.p@bcnsprnw.ac.th

ความสำคัญของปัญหา

การใช้สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central Venous Catheter: CVC) เป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะวิกฤตหรือโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับสารน้ำ ยาเคมีบำบัด สารอาหารทางหลอดเลือดดำ หรือยาที่มีความเข้มข้นสูงเป็นระยะเวลานาน (Mauro et al., 2021) แม้ CVC จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและลดความเจ็บปวดจากการแทงเข็มซ้ำ แต่ยังสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ได้แก่ การอุดตันของสายสวน และการติดเชื้อในกระแสเลือดที่สัมพันธ์กับสายสวน (Central Line-Associated Bloodstream Infection: CLABSI) ซึ่งส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิต ระยะเวลาก่อนนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยเด็ก (Foucault-Fruchard et al., 2025) โดยมีรายงานอุบัติการณ์ของ CLABSI ในเด็กอยู่ที่ร้อยละ 3-8 (Dongpho & Chiangdee, 2020)

หลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ให้เห็นว่า สมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาล โดยเฉพาะทักษะปฏิบัติและการตัดสินใจทางคลินิกในการดูแลรักษาความคงสภาพของสายสวน (CVC maintenance) มีความสัมพันธ์กับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว (Gulnur & Kazan, 2021) ดังนั้นนักศึกษาพยาบาลจึงจำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมด้านทักษะก่อนเข้าสู่การปฏิบัติงานจริง อย่างไรก็ตามการจัดการเรียนการสอนในคลินิกมีข้อจำกัดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและจริยธรรมทางวิชาชีพ ทำให้ผู้เรียนมีโอกาสดูแลปฏิบัติซ้ำอย่างจำกัด โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยเด็กซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเปราะบางสูง (Nantsupawat, Pinitchakkonndet, & Sareeso, 2022)

แม้ว่างานวิจัยจำนวนมากจะสนับสนุนว่า simulation-based learning สามารถส่งเสริมความรู้ ทักษะทางคลินิก และความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาลในระยะเริ่มต้นของการพัฒนาทักษะทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Alconero-Camarero, Sarabia-Cobo, Catalán-Piris, González-Gómez, & González-López, 2021; Guerrero, Rosales, & Castro, 2023) แต่หลักฐานเกี่ยวกับองค์ประกอบของ simulation ที่มีผลต่อการถ่ายโอนทักษะไปสู่การปฏิบัติในสถานการณ์ผู้ป่วยจริงยังไม่เป็นเอกฉันท์ โดย Guerrero et al. (2023) รายงานว่า High-Fidelity Simulation ช่วยเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางคลินิกและคะแนน OSCE ได้ดีกว่าการเรียนรู้ตามปกติ ขณะที่ Alconero-Camarero et al. (2021) พบว่าระดับความสมจริงของหุ่นจำลองไม่ได้สัมพันธ์กับผลลัพธ์การเรียนรู้เสมอไป สะท้อนว่าการเพิ่มความซับซ้อนทางเทคโนโลยีเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมการเรียนรู้เชิงลึกของผู้เรียน

ผลการทบทวนวรรณกรรมยังชี้ให้เห็นว่า หุ่นจำลองทางการพยาบาลส่วนใหญ่ถูกออกแบบเพื่อการฝึกทักษะเชิงเทคนิคหรือหัตถการเป็นหลัก โดยผู้เรียนมักมองหุ่นจำลองเป็นอุปกรณ์สำหรับการฝึกปฏิบัติมากกว่าการเชื่อมโยงกับการประเมินอาการและกลไกทางสรีรวิทยาของผู้ป่วย (Handeland, Prinz, Ekra, & Fossum, 2021) ในบริบทของการดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (CVC care) แบบจำลองที่มีอยู่ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการฝึกทักษะการใส่สายสวน (CVC insertion) หรือการแสดงโครงสร้างทางกายวิภาคศาสตร์เป็นหลัก ขณะที่ทักษะที่มีความซับซ้อนและมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น การล้างสายสวน (flushing) การล็อกสายสวน (locking) การประเมินความคงสภาพของสายสวน และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ยังต้องอาศัยความเข้าใจเชิงสรีรวิทยาของระบบไหลเวียนเลือดควบคู่กัน อย่างไรก็ตาม หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแบบจำลองที่สามารถบูรณาการ “ระบบการไหลเวียนเลือดแบบจำลองร่วมกับการฝึก CVC maintenance ในลักษณะเชิงพลวัต (dynamic simulation)” ยังมีอยู่อย่างจำกัดและยังต้องการการพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้เชิงบูรณาการระหว่างกลไกทางสรีรวิทยาและทักษะปฏิบัติทางคลินิก

จากช่องว่างขององค์ความรู้ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนาแบบจำลองระบบการไหลเวียนเลือดของเด็กที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสำหรับฝึกทักษะการดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (2015) เพื่อสร้างสื่อการเรียนรู้ที่ช่วยให้ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติจริง สังเกตผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และเชื่อมโยงองค์ความรู้ทางทฤษฎีกับสถานการณ์จำลองที่ใกล้เคียงกับบริบททางคลินิก ทั้งนี้ แบบจำลองที่พัฒนาขึ้นมุ่งเน้นการฝึกทักษะการดูแลรักษาความคงสภาพของสายสวนในผู้ป่วยเด็ก ซึ่งเป็นประเด็นที่ยังมีข้อจำกัดในการจัดการเรียนการสอนและได้รับการศึกษาน้อยในวรรณกรรมปัจจุบัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาแบบจำลองระบบการไหลเวียนเลือดของเด็กที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางและประเมินประสิทธิภาพของแบบจำลองต่อการพัฒนาทักษะปฏิบัติการดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของนักศึกษาพยาบาล

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อพัฒนาแบบจำลองระบบการไหลเวียนเลือดของเด็กที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสำหรับฝึกทักษะหัตถการดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะปฏิบัติการดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการใช้แบบจำลองระบบการไหลเวียนเลือดของเด็กที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

สมมติฐานการวิจัย

นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการฝึกด้วยแบบจำลองระบบการไหลเวียนเลือดของเด็กที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง มีคะแนนทักษะปฏิบัติการดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางภายหลังการฝึกสูงกว่าก่อนการฝึก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) เป็นแกนหลักในการพัฒนา “หุ่นจำลองระบบไหลเวียนเลือดเด็กต้นแบบ” เพื่อแก้ปัญหาคาดการณ์สื่อการสอนที่สมจริงและมีราคาแพง จากนั้นนำหุ่นจำลองมาบูรณาการร่วมกับ “คู่มือปฏิบัติการพยาบาล (E-book)” เพื่อจัดเป็นชุดนวัตกรรมการเรียนรู้ โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (Kolb's Experiential Learning Theory) เป็นกลไกในการขับเคลื่อนตัวแปร ซึ่งสามารถอธิบายความสัมพันธ์ได้ดังนี้ (ภาพที่ 1)

1. ตัวแปรต้น คือการจัดการเรียนรู้ด้วยชุดนวัตกรรมการเรียนรู้ (หุ่นจำลองร่วมกับคู่มือ E-book) ตามวงจรของ Kolb ซึ่งประกอบด้วยความเชื่อมโยง 4 ขั้นตอน ได้แก่

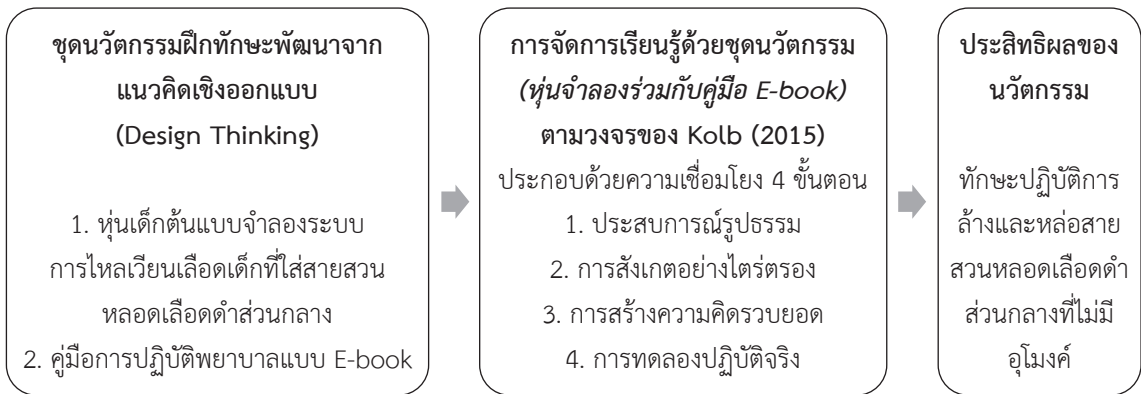
- 1.1 ประสบการณ์รูปธรรม (Concrete Experience): ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติและสัมผัสกับหุ่นจำลองเด็กต้นแบบในระยะแรกเพื่อรับรู้ระดับทักษะของตนเอง

- 1.2 การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective Observation): ผู้เรียนสังเกตการสาธิตที่ถูกต้องจากผู้สอนและรับข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) ทันทีจากการฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลอง

- 1.3 การสร้างความคิดรวบยอด (Abstract Conceptualization): ผู้เรียนศึกษาทบทวนขั้นตอนเชิงลึกภาวะแทรกซ้อน และเทคนิคปลอดภัยผ่านคู่มือ E-book ด้วยตนเอง

- 1.4 การทดลองปฏิบัติจริง (Active Experimentation): ผู้เรียนนำองค์ความรู้ที่ตกผลึกแล้ว กลับมาประยุกต์ใช้ในการทดสอบทักษะปฏิบัติกับหุ่นจำลองอีกครั้ง

2. ตัวแปรตาม คือทักษะปฏิบัติการพยาบาลการล้างและหล่อสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Non-tunneled Central Venous Catheter Flushing and Locking) ซึ่งทักษะหัตถการดังกล่าว ถือเป็นหัวใจสำคัญทางคลินิกที่ตอบสนองต่อเป้าหมายการแก้ปัญหา “การดูแลและรักษาความคงสภาพของสายสวน (Maintenance and patency care)” เพื่อป้องกันภาวะอุดตันและการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็ก



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework) ที่ประยุกต์ใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (2015)

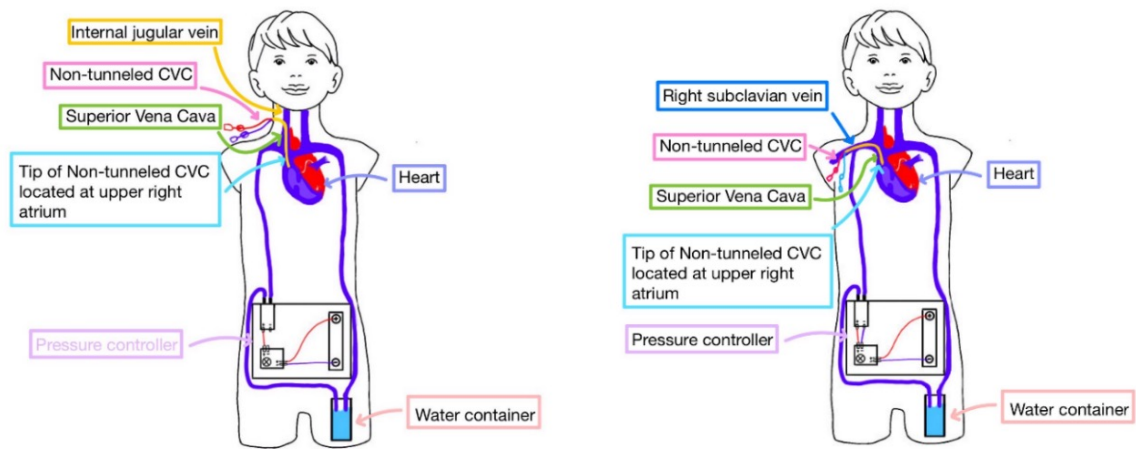
วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงออกแบบและพัฒนา (Design and Development Research: DDR) ร่วมกับการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One-group pretest-posttest design) เพื่อพัฒนาและประเมินผลของแบบจำลองระบบการไหลเวียนเลือดของเด็กที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางต่อทักษะปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล โดยบูรณาการกระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) สำหรับการพัฒนาวัตกรรมและทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (2015) สำหรับการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: การออกแบบและพัฒนาแบบจำลอง (Design Phase)

ผู้วิจัยดำเนินการตามกระบวนการคิดเชิงออกแบบ 5 ขั้นตอน (Design Thinking) เพื่อสร้างหุ่นเด็กต้นแบบจำลองระบบการไหลเวียนเลือด (Pediatric CVC Care Simulator) ดังนี้

1. Empathize & Define: วิเคราะห์ปัญหาจากการเรียนการสอนและการฝึกปฏิบัติ พบว่ามีข้อจำกัดด้านสื่อจำลองที่เน้นการฝึก “การดูแลและคงสภาพสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง” ในผู้ป่วยเด็กที่มีความซับซ้อน
2. Ideate & Prototype: ออกแบบโครงสร้างหุ่นตามหลักกายวิภาคและสรีรวิทยา โดยใช้ระบบวาล์วและแรงดันจำลองเพื่อสร้างการไหลเวียนของของเหลวให้ใกล้เคียงสรีรวิทยามนุษย์ รายละเอียดแสดงในภาพที่ 2
3. Test: ทดสอบและปรับปรุงต้นแบบตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยความร่วมมือระหว่างทีมผู้วิจัยและฝ่ายช่างไฟฟ้ากำลัง วิทยาลัยเทคนิคนครสวรรค์ โดยทีมวิศวกรรมสนับสนุนด้านกลไก และทีมวิจัยกำกับด้านความสอดคล้องทางสรีรวิทยาและเป้าหมายทางการศึกษา



ภาพที่ 2 การออกแบบ (Visual Prototype) ฟันเด็กต้นแบบจำลองระบบการไหลเวียนเลือดของเด็ก
ที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่ไม่มีโมเมนต์

ระยะที่ 2: การประดิษฐ์ต้นแบบและการตรวจสอบคุณภาพ (Development Phase)

ดำเนินการสร้างต้นแบบหุ่นจำลอง (prototype) ที่มีความสมจริงทางกายวิภาค พร้อมพัฒนาคู่มือปฏิบัติทักษะ
ในรูปแบบ E-book ซึ่งสังเคราะห์จากมาตรฐานการพยาบาลและแนวปฏิบัติทางคลินิก ครอบคลุมเนื้อหาทางกายวิภาคศาสตร์
ชนิดของสายสวน ภาวะแทรกซ้อน และขั้นตอนการล้างและหล่อสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางชนิดไม่ผ่านโมเมนต์
(non-tunneled central venous catheter flushing and locking) จำนวน 21 ขั้นตอน โดยเครื่องมือทั้งหมด
ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผล (Implementation and Evaluation Phase)

ผู้วิจัยนำแบบจำลองไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลจำนวน 30 ราย โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง
แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) โดยกิจกรรมการเรียนรู้ถูกออกแบบ
ตามแนวคิด Experiential Learning ของ Kolb (2015) ดังนี้

1. Concrete Experience (ประสบการณ์รับรู้ปฐมภูมิ): นักศึกษาพยาบาลปฏิบัติทักษะ (pre-test) กับหุ่นจำลอง
ที่มีระบบแรงดันเลือด เพื่อสร้างประสบการณ์ตรง
2. Reflective Observation (การสะท้อนคิด): ผู้วิจัยให้ feedback รายบุคคลทันทีภายหลังการปฏิบัติ
(15-20 นาที) เพื่อกระตุ้นการสะท้อนคิดจากข้อผิดพลาด
3. Abstract Conceptualization (การสร้างแนวคิดเชิงนามธรรม): นักศึกษาพยาบาลศึกษาคู่มือ E-book
ผ่าน QR code ด้วยตนเองเป็นเวลา 1 สัปดาห์ เพื่อเชื่อมโยงประสบการณ์กับหลักวิชาการ
4. Active Experimentation (การทดลองปฏิบัติ): นักศึกษาพยาบาลปฏิบัติทักษะซ้ำ (post-test) เพื่อ
ประยุกต์ความรู้ในการแก้ปัญหาเชิงคลินิกในสถานการณ์จำลอง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ปีการศึกษา 2566 ทั้งหมดจำนวน 130 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 30 คน ตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion Criteria) คือ 1) ผ่านรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2) และการเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติคลินิก (Pre-clinic) เรื่องการดูแลเด็กที่คาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง และ 2) ไม่เคยมีประสบการณ์ปฏิบัติทักษะการล้างและหล่อสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางมาก่อน โดยกำหนดเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ ผู้ที่เคยได้รับการอบรมหรือฝึกทักษะ CVC maintenance จากแหล่งภายนอก โดยการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย

เนื่องจากเป็นศึกษานำร่อง (Pilot study) เพื่อประเมินความเป็นไปได้ (feasibility) ของนวัตกรรม

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power (version 3.1) สำหรับสถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่า Effect size (d_z) = .50, α = .05 และ Power = .80 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 27 คน และได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (3 คน) เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลระหว่างวิจัย รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย

1.1 หุ่นจำลองระบบไหลเวียนเลือดเด็กต้นแบบ: พัฒนาขึ้นตามหลักกายวิภาคและสรีรวิทยา แยกเป็น 2 รูปแบบตามตำแหน่งการคาสายสวน (Right Internal Jugular Vein และ Right Subclavian Vein) เพื่อเพิ่มความสมจริงและครอบคลุมหัตถการทางคลินิก

1.2 คู่มือปฏิบัติทักษะการล้างและหล่อสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (E-book): พัฒนาจากมาตรฐานการพยาบาลและแนวปฏิบัติทางคลินิก ครอบคลุมเนื้อหากายวิภาคและชนิดสายสวน ภาวะแทรกซ้อน และขั้นตอนปฏิบัติการล้างและหล่อสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่ไม่มีโม่งค์ (Non-tunneled Central Venous catheter Flushing and Locking) รวม 21 ขั้นตอน เพื่อใช้เป็นสื่อมาตรฐานในการฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ จำนวนผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่เคยรับไว้ในความดูแล และจำนวนครั้งที่เคยได้รับการสอนงานข้างเตียง (Bedside teaching) ในการล้างและหล่อสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเติมคำในช่องว่างและเลือกตอบ รวมจำนวน 4 ข้อ

2.2 แบบประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลการล้างและหล่อสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Observation Checklist): พัฒนาตามมาตรฐานการพยาบาลเด็กและการดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ประกอบด้วยขั้นตอนปฏิบัติ 21 ข้อ (คะแนนเต็ม 42 คะแนน) ครอบคลุม 3 ส่วนหลัก ได้แก่ การเตรียมอุปกรณ์และผู้ป่วย การปฏิบัติหัตถการตามเทคนิคปลอดเชื้อ และการจัดการหลังปฏิบัติงาน โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนแบบมาตรประมาณค่า 3 ระดับ คือ 2 คะแนน (ปฏิบัติครบถ้วนและถูกต้องตามหลักปราศจากเชื้อ), 1 คะแนน (ปฏิบัติบางส่วนหรือลำดับขั้นตอนคลาดเคลื่อน) และ 0 คะแนน (ไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง) การแปลผลใช้เกณฑ์ร้อยละตามแนวคิดของ Bloom (1971) แบ่งระดับทักษะเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือ 34-42 คะแนน) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79 หรือ 25-33 คะแนน) และระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60 หรือต่ำกว่า 25 คะแนน)

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อหุ่นจำลอง เป็นแบบสอบถามมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 7 ข้อ แบ่งเป็นด้านคุณลักษณะของนวัตกรรม (ความเสมือนจริงและวัสดุ) และด้านประโยชน์ต่อการเรียนรู้ (ความเข้าใจและการสร้างความเชื่อมั่น) โดยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยตามแนวคิดของ Best (1977) แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับน้อยที่สุดจนถึงระดับมากที่สุด (4.51-5.00)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแยกตามประเภทของเครื่องมืออย่างเป็นระบบ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

เครื่องมือดำเนินการวิจัยและเครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) คู่มือปฏิบัติทักษะการล้างและหล่อสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (E-book) และ (2) แบบประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลการล้างและหล่อสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Observation Checklist) (3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อหุ่นจำลองเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน (ศัลยแพทย์เด็ก อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลเด็ก และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษกลุ่มงานกุมารเวชกรรม) เพื่อพิจารณาความสอดคล้องเชิงโครงสร้าง เนื้อหา และวัตถุประสงค์ ผลการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของเครื่องมือทั้ง 3 ฉบับ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.60-1.00 ซึ่งผ่านเกณฑ์ความตรงเชิงเนื้อหาทุกข้อคำถาม

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นและความเป็นปรนัย (Reliability & Objectivity)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 10 ราย เพื่อหาคุณภาพดังนี้

2.1 แบบประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลการล้างและหล่อสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง: เป็นเครื่องมืออิงเกณฑ์ (Criterion-referenced Checklist) วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 และผู้วิจัยได้นำผลมาปรับปรุงเกณฑ์การให้คะแนน (Rubric Score 0-2) ให้มีความชัดเจนเชิงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความเป็นปรนัย (Objectivity) และลดความคลาดเคลื่อนในการให้คะแนนของผู้ประเมิน

2.2 คู่มือปฏิบัติทักษะการล้างและหล่อสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (E-book) ดำเนินการทดสอบความเป็นปรนัยเชิงภาษาและความเข้าใจ (Face Validity & Clarity) จากกลุ่ม Try-out เพื่อปรับปรุงการใช้คำศัพท์เทคนิคและรูปภาพประกอบให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาถูกต้องชัดเจนตรงกันก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ รหัส SPRNW-REC 022/2023 วันที่ 25 สิงหาคม 2566 ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอมโดยสมัครใจและสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับขั้นตอน โดยผู้วิจัยหลัก (อาจารย์ผู้สอน) ไม่มีส่วนในการให้คะแนนเพื่อหลีกเลี่ยงอคติจากผู้สอน (instructor bias) ในการประเมินผล ในการประเมินทักษะดำเนินการโดยผู้ประเมินหนึ่งคน ซึ่งเป็นผู้ร่วมวิจัยที่ได้รับการฝึกใช้แบบประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานและใช้เกณฑ์การให้คะแนนเดียวกันทุกครั้ง (21 รายการ) เพื่อควบคุมความสม่ำเสมอของการประเมิน (intra-rater consistency) ซึ่งก่อนการเก็บข้อมูลผู้ประเมินได้รับการชี้แจงและฝึกใช้แบบประเมินร่วมกับตัวอย่างสถานการณ์จำลอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการให้คะแนน ดังนี้

1. การทดสอบก่อนเรียน (Pre-test): ประเมินทักษะปฏิบัติการล้างและหล่อสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางฯ ครั้งที่ 1 กับหุ่นต้นแบบเป็นรายบุคคล ใช้เวลาคนละ 15-20 นาที (ขั้น Concrete Experience)

2. การดำเนินการทดลอง: ผู้วิจัยหลักดำเนินการจัดกระบวนการเรียนรู้ตามวงจรของ Kolb (2015) โดยการสาธิตขั้นตอนปฏิบัติกับหุ่นต้นแบบและให้ข้อมูลป้อนกลับทันทีเมื่อเกิดข้อผิดพลาด (ขั้น Reflective Observation) จากนั้นมอบคู่มือการปฏิบัติพยาบาลแบบ E-book ผ่าน QR Code เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาทบทวนด้วยตนเองอย่างอิสระเป็นเวลา 1 สัปดาห์ (ขั้น Abstract Conceptualization)

3. การทดสอบหลังเรียน (Post-test): ดำเนินการทดสอบทักษะปฏิบัติกับหุ่นต้นแบบครั้งที่ 2 หลังเสร็จสิ้นกระบวนการ 1 สัปดาห์ (ขั้น Active Experimentation) โดยใช้เกณฑ์ประเมินและเวลาเช่นเดียวกับการทดสอบก่อนเรียน

4. การประเมินความพึงพอใจ: ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความพึงพอใจต่อประสิทธิภาพของหุ่นต้นแบบภายหลังเสร็จสิ้นการทดสอบครบทั้ง 2 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และคะแนนความพึงพอใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบประสิทธิผลของนวัตกรรม โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติการพยาบาลการล้างและหล่อสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางก่อนและหลังได้รับนวัตกรรม ด้วยสถิติ paired-samples t-test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติพารามेटริก

3. คะแนนทักษะปฏิบัติจำแนกตามรายด้าน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลต่างของคะแนนเฉลี่ย เพื่ออธิบายแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของทักษะปฏิบัติในแต่ละด้านภายหลังการได้รับนวัตกรรม

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนา และประเมินคุณภาพของหุ่นจำลองระบบไหลเวียนเลือดของเด็กที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางต้นแบบ

จากการดำเนินการวิจัยตามแนวคิดการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) ผู้วิจัยได้นวัตกรรม “แบบจำลองระบบการไหลเวียนเลือดของเด็กที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง” โดยมีรายละเอียดดังรูปภาพที่ 3 ซึ่งมีคุณลักษณะสำคัญดังนี้



หุ่นเด็กต้นแบบจำลองระบบการไหลเวียนเลือดของเด็ก
ที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่ไม่มีอุโมงค์
ตำแหน่งหลอดเลือดดำคอ
(Internal Jugular Vein)



หุ่นเด็กต้นแบบจำลองระบบการไหลเวียนเลือดของเด็ก
ที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่ไม่มีอุโมงค์
ตำแหน่งหลอดเลือดดำใต้กระดูกไหปลาร้า
(Subclavian Vein)

ภาพที่ 3 หุ่นเด็กต้นแบบจำลองระบบการไหลเวียนเลือดของเด็กที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง

1.1 ลักษณะของแบบจำลอง พบว่าแบบจำลองได้รับการออกแบบเป็นหุ่นจำลองเฉพาะส่วนครึ่งตัวบนของเด็ก แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบตามตำแหน่งการคาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ได้แก่ ตำแหน่งหลอดเลือดดำคอ (Internal Jugular Vein) และตำแหน่งหลอดเลือดดำใต้กระดูกไหปลาร้า (Subclavian Vein) ภายในประกอบด้วยระบบท่อจำลองหลอดเลือดที่เชื่อมต่อกับสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central Venous Catheter: CVC) จริง เพื่อใช้ฝึกทักษะการล้างและหล่อสายสวน (flushing and locking) ตามขั้นตอนการปฏิบัติมาตรฐานในสภาพแวดล้อมจำลอง

1.2 การตรวจสอบคุณภาพนวัตกรรมและผลการประเมินความพึงพอใจต่อชิ้นงาน

นวัตกรรมชุดนี้ได้รับการควบคุมคุณภาพผ่าน 2 กระบวนการหลัก ได้แก่ 1) ด้านการออกแบบโครงสร้างเชิงเทคนิค โดยได้รับการตรวจสอบและพัฒนาาร่วมกับผู้เชี่ยวชาญฝ่ายช่างไฟฟ้ากำลังเพื่อความปลอดภัยและฟังก์ชันการทำงานของระบบท่อแรงดัน และ 2) ด้านความถูกต้องของเนื้อหาคลินิก โดยคู่มือปฏิบัติการ (E-book) และเครื่องมือประเมินผลผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน (แพทย์ศัลยศาสตร์เด็กและผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก) มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00

สำหรับผลการประเมินความพึงพอใจต่อแบบจำลองนวัตกรรมร่วมกับคู่มือ E-book ในมุมมองของนักศึกษาพยาบาล ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.40$, $SD = 0.31$) เมื่อพิจารณาารายด้านตามเกณฑ์ของ Best (1977) พบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดทั้ง 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการใช้งานและสื่อสนับสนุน ($M = 4.50$, $SD = 0.30$) และด้านคุณภาพวัสดุ ($M = 4.29$, $SD = 0.33$) โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ มิติความสามารถเพิ่มทักษะในการดูแล CVC ได้จริง ($M = 4.80$, $SD = 0.41$) ขั้นตอนการใช้งานง่ายและสะดวก ($M = 4.73$, $SD = 0.45$) และความเสมือนจริงรวมถึงน้ำหนักเบาเคลื่อนย้ายสะดวก ($M = 4.60$, $SD = 0.50$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อแบบจำลองระบบการไหลเวียนเลือดของเด็กที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ($n = 30$)

รายการประเมินความพึงพอใจ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. ด้านคุณภาพวัสดุ	4.29	0.33	มากที่สุด
1.1 วัสดุหาซื้อง่ายและราคาประหยัด	4.47	0.51	มากที่สุด
1.2 ความแข็งแรงทนทานและความเหมาะสมของวัสดุ	4.40	0.50	มากที่สุด
1.3 รูปแบบมีความสวยงาม	4.00	0.64	มาก
2. ด้านการใช้งานและสื่อสนับสนุน	4.50	0.30	มากที่สุด
2.1 สามารถเพิ่มทักษะในการดูแล CVC ได้จริง	4.80	0.41	มากที่สุด
2.2 ขั้นตอนการใช้งานง่ายและสะดวก	4.73	0.45	มากที่สุด
2.3 ความเสมือนจริงและน้ำหนักเบาเคลื่อนย้ายสะดวก	4.60	0.50	มากที่สุด
2.4 คู่มือการใช้งานมีความชัดเจนและครอบคลุม	3.88	0.45	มาก
ภาพรวม	4.40	0.31	มากที่สุด

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนทักษะปฏิบัติการพยาบาลการล้างและหล่อสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 21.63 ปี ($SD = 0.67$) และทุกคนไม่เคยมีประสบการณ์การปฏิบัติทักษะการล้างและหล่อสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางมาก่อน

2.1 การเปรียบเทียบทักษะปฏิบัติก่อนและหลังการใช้แบบจำลองในภาพรวม

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลองนักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติการพยาบาลการล้างและหล่อสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเท่ากับ 18.63 คะแนน ($SD = 2.78$) ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 34.73 คะแนน ($SD = 1.61$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้วยสถิติ paired-samples t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(29) = 35.13$, $p < .001$) โดยมีค่าความแตกต่างเฉลี่ยเท่ากับ 16.10 คะแนน และมีช่วงความเชื่อมั่น 95% ของค่าความแตกต่างเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 15.163 ถึง 17.037

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติการพยาบาลก่อนและหลังการทดลองในภาพรวม (n = 30)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	Mean Difference (MD)	95% CI	t (df)	p
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)				
ทักษะปฏิบัติการ พยาบาลฯ	18.63 (2.78)	34.73 (1.61)	16.10	[15.163, 17.037]	35.133 (29)	< .001

2.2 การเปรียบเทียบทักษะปฏิบัติจำแนกตามรายด้าน

จากตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ภายหลังการใช้นวัตกรรมแบบจำลองระบบไหลเวียนเลือดเด็กต้นแบบ นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติสูงกว่า ก่อนการทดลองในทุกด้าน ทั้งนี้ ด้านที่มีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงสุด ได้แก่ ด้านเทคนิคปลอดเชื้อ (Mean Difference = 13.44) รองลงมา ได้แก่ ด้านการเตรียมอุปกรณ์และผู้ป่วย (Mean Difference = 3.47) และด้านการจัดการหลังปฏิบัติงาน (Mean Difference = 2.00) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติการพยาบาลจำแนกตามรายด้านก่อนและหลังการทดลอง

ทักษะปฏิบัติการพยาบาลฯ (คะแนนเต็ม 42)	ก่อนทดลอง (n = 30)	หลังทดลอง (n = 30)	ผลต่างค่าเฉลี่ย (Mean Difference)
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	
1. ด้านการเตรียมอุปกรณ์และผู้ป่วย	4.20 (0.76)	7.67 (0.47)	3.47
2. ด้านเทคนิคปลอดเชื้อ	14.83 (2.54)	28.27 (1.11)	13.44
3. ด้านการจัดการหลังปฏิบัติงาน	0.80 (0.99)	2.80 (0.99)	2.00
คะแนนรวม	18.63 (2.78)	34.73 (1.61)	16.10

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติการพยาบาลการล้างและหล่อสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางภายหลังการใช้แบบจำลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สะท้อนให้เห็นว่าการเรียนรู้ผ่านแบบจำลองระบบไหลเวียนเลือดร่วมกับคู่มือการเรียนรู้สามารถส่งเสริมการพัฒนาทักษะเชิงปฏิบัติได้อย่างไรก็ตามการตีความผลลัพธ์ดังกล่าวควรพิจารณาในบริบทของการออกแบบการเรียนรู้มากกว่าการสรุปว่าเกิดจาก “ความสมจริงของหุ่นจำลอง” เพียงปัจจัยเดียว

เมื่อพิจารณาในเชิงสังเคราะห์กับวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าผลการศึกษารุ่นนี้สอดคล้องกับแนวโน้มของงานวิจัยที่สนับสนุนประสิทธิผลของ simulation-based learning ในการพัฒนาทักษะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล (Guerrero et al., 2023; Nantsupawat et al., 2022) โดย simulation ช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับการฝึกปฏิบัติซ้ำ การสะท้อนคิด และการเชื่อมโยงความรู้เชิงทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติจริง ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามแนวคิดของ Kolb (2015)

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยของ Alconero-Camarero et al. (2021) ชี้ให้เห็นว่าระดับความสมจริงของหุ่นจำลอง (fidelity) อาจไม่ได้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับผลลัพธ์ทางการเรียนรู้เสมอไป ซึ่งสะท้อนว่าปัจจัยเชิงโครงสร้างของนวัตกรรมเพียงอย่างเดียวไม่สามารถอธิบายผลลัพธ์ได้ทั้งหมด แต่ “การออกแบบกระบวนการเรียนรู้” อาจมีบทบาทสำคัญมากกว่า

ในการศึกษารุ่นนี้แบบจำลองไม่ได้ทำหน้าที่เป็นเพียงอุปกรณ์ฝึกทักษะ แต่ถูกออกแบบให้เชื่อมโยงกับระบบการไหลเวียนเลือดและการตัดสินใจทางคลินิก ส่งผลให้ผู้เรียนสามารถเข้าใจ “เหตุผลเชิงสรีรวิทยา” ของการล้างและหล่อสายสวนได้มากขึ้น ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของคะแนนทักษะ

เมื่อพิจารณาเชิงลึกตามกรอบทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (2015) ผลการศึกษานี้สะท้อนว่ากระบวนการเรียนรู้ทั้ง 4 ขั้นมีความต่อเนื่องและเสริมแรงกัน โดยเฉพาะขั้น “Concrete Experience” และ “Reflective Observation” ที่เกิดขึ้นผ่านการปฏิบัติกับหุ่นจำลองและการได้รับ feedback ทันที ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการลดข้อผิดพลาดเชิงเทคนิค (Poore, Cullen, & Schaar, 2014) ขณะที่ขั้น “Abstract Conceptualization” ผ่าน E-book ช่วยเสริมการจัดโครงสร้างความรู้เชิงลึก ทำให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงขั้นตอนปฏิบัติกับหลักการทางสรีรวิทยาได้ดีขึ้น และส่งผลให้เกิดการพัฒนาทักษะในขั้น “Active Experimentation” อย่างมีประสิทธิภาพ (Poore et al., 2014) รวมทั้งการให้ข้อมูลป้อนกลับทันที (Immediate feedback) ในขั้น Reflective Observation ผสานกับการศึกษาซ้ำผ่าน E-book ทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญที่ขับเคลื่อนให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากข้อผิดพลาด และฝึกฝนอย่างจดจ่อจนกระทั่งบรรลุเกณฑ์สมรรถนะตามแนวคิดการเรียนรู้เพื่อรอบรู้ (Mastery Learning) ซึ่งส่งผลให้ทักษะด้านเทคนิคปลอดภัยได้รับการพัฒนาอย่างก้าวกระโดด (McGaghie, Issenberg, Barsuk, & Wayne, 2010)

เมื่อวิเคราะห์ผลจำแนกรายด้าน พบว่าด้านเทคนิคปลอดภัยมีการพัฒนามากที่สุด ซึ่งอาจสะท้อนว่าทักษะที่มีความซับซ้อนและต้องอาศัยลำดับขั้นตอนที่ชัดเจนได้รับประโยชน์สูงจากการฝึกในสภาพแวดล้อมจำลองที่สามารถทำซ้ำได้โดยไม่เสี่ยงต่อผู้ป่วยจริง สอดคล้องกับแนวคิดของ simulation-based competency development ที่ระบุว่าทักษะด้าน safety-critical procedures มักตอบสนองต่อการฝึกแบบจำลองได้ดีมากกว่าทักษะที่อาศัยบริบทเชิงสถานการณ์จริงที่ซับซ้อนกว่า (McGaghie, et al., 2010)

ในขณะเดียวกัน แม้ผลการศึกษานี้จะสนับสนุนประสิทธิผลของนวัตกรรม แต่ควรตีความด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากการออกแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (one-group pretest-posttest design) ยังมีข้อจำกัดด้าน internal validity เช่น ผลของการเรียนรู้จากการทดสอบซ้ำ (testing effect) หรืออิทธิพลจากการฝึกเพิ่มเติมระหว่างช่วงเวลา ซึ่งอาจมีส่วนต่อการเพิ่มขึ้นของคะแนนทักษะ (Campbell & Stanley, 1963; Polit & Beck, 2021) นอกจากนี้การใช้ผู้ประเมินเพียงคนเดียวอาจทำให้เกิดความลำเอียงในการให้คะแนน (measurement bias) แม้จะมีการกำหนดเกณฑ์การประเมินอย่างเป็นระบบแล้วก็ตาม (Polit & Beck, 2021)

ดังนั้น ผลการศึกษานี้ควรถูกตีความในฐานะ “หลักฐานเชิงนำร่อง (pilot evidence)” ที่สนับสนุนศักยภาพของแบบจำลองในการส่งเสริมทักษะปฏิบัติ มากกว่าการสรุปเชิงเหตุและผลโดยสมบูรณ์ (Craig et al., 2008; Hertzog, 2008) อย่างไรก็ตาม ความสอดคล้องของผลลัพธ์กับกรอบทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยก่อนหน้า ชี้ให้เห็นว่านวัตกรรมนี้มีศักยภาพในการนำไปพัฒนาต่อยอดในระบบการเรียนการสอนทางการพยาบาล โดยเฉพาะในบริบทของการเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยเด็กที่มีความเสี่ยงสูง (INACSL Standards Committee, 2021; Jeffries, 2022)

การศึกษารุ่นนี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรนำมาพิจารณาในการแปลผล ประการแรก การใช้แบบแผนการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) ในสถาบันเดียว ย่อมส่งผลต่อความตรงภายในและความตรงภายนอก โดยอาจมีปัจจัยแทรกซ้อน เช่น ผลจากการทดสอบซ้ำ (Testing effect) หรือความตื่นตัวของกลุ่มตัวอย่าง (Hawthorne effect) และอาจยังไม่สามารถอ้างอิงผลไปยังบริบทอื่นได้อย่างกว้างขวาง (Polit & Beck, 2021) ประการที่สอง เนื่องจากการประเมินประสิทธิผลในครั้งนี้เป็นการใช้ชุดนวัตกรรมร่วมกันระหว่างแบบจำลองและสื่อสนับสนุน (E-book) จึงยังไม่ได้แยกแยะประสิทธิผลเฉพาะของตัวแบบจำลองเพียงอย่างเดียว รวมถึงการวัดผลทักษะปฏิบัติยังจำกัดอยู่เพียงระยะสั้นทันทีหลังสิ้นสุดการทดลอง (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006) นอกจากนี้ การใช้ผู้ประเมินหลักเพียงท่านเดียวในการทดสอบทักษะ แม้จะใช้เกณฑ์มาตรฐาน แต่อาจ

มีข้อจำกัดเรื่องความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) สุดท้าย (Polit & Beck, 2021) เนื่องจากนวัตกรรมนี้ยังอยู่ในขั้นเครื่องต้นแบบ (Prototype) จึงยังจำเป็นต้องมีการพัฒนาเชิงระบบอย่างต่อเนื่องก่อนการนำไปใช้ในวงกว้าง

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษานี้ใช้แบบแผนการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) โดยไม่มีกลุ่มควบคุม ซึ่งมีข้อจำกัดต่อความตรงภายใน (Internal validity) หลายประการ อาทิ ผลจากการทดสอบซ้ำ (Testing effect) และความคุ้นเคยหรืออิทธิพลจากการฝึกเพิ่มเติม (Practice effect) ระหว่างช่วงเวลา 1 สัปดาห์ นอกจากนี้ การพัฒนาทักษะอาจเป็นผลมาจากการเรียนรู้และวุฒิภาวะที่เพิ่มขึ้นตามธรรมชาติของผู้เรียน (Maturation) รวมถึงความตื่นตัวของนักศึกษาที่ทราบว่าจะตนเองกำลังเข้าร่วมการวิจัย (Hawthorne effect) อีกทั้งการดำเนินการในกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากสถาบันเดียว ย่อมส่งผลต่อความตรงภายนอก (Generalizability) ในการอ้างอิงผลไปยังประชากรกลุ่มอื่น การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรพิจารณาใช้แบบแผนการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) เพื่อเพิ่มความแข็งแกร่งในการสรุปผลเชิงเหตุและผล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ระดับนโยบายและหลักสูตรควรบูรณาการชุดนวัตกรรมนี้เข้าเป็นส่วนหนึ่งของรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก ในช่วงการเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย (Pre-clinic) และส่งเสริมเชิงนโยบายในการสร้างทุนจำลองต้นทุนต่ำเพื่อทดแทนสื่อราคาจากต่างประเทศ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาด้วยการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมในหลายสถาบัน เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผล
2. ควรประเมินประสิทธิผลเฉพาะของแบบจำลองและติดตามการคงอยู่ของทักษะปฏิบัติในระยะยาว
3. ควรใช้ผู้ประเมินมากกว่า 1 ท่าน และตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน
4. ควรประเมินคุณภาพของแบบจำลองโดยผู้เชี่ยวชาญก่อนการนำไปใช้ในวงกว้าง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจากมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมณฑารพ กมลาสน์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ประจำปี 2566 และขอขอบคุณคณะครู นักศึกษาฝ่ายช่างไฟฟ้ากำลัง วิทยาลัยเทคนิคนครสวรรค์ ที่สนับสนุนการออกแบบและสร้างกลไกทางเทคนิคของแบบจำลองจนเสร็จสมบูรณ์

References

- Alconero-Camarero, A. R., Sarabia-Cobo, C. M., Catalán-Piris, M. J., González-Gómez, S., & González-López, J. R. (2021). Nursing students' satisfaction: A comparison between medium- and high-fidelity simulation Training. *International Journal Environmental Research and Public Health*, 18(2), 804.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York, NY: McGraw-Hill.

- Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago, IL: Rand McNally.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new medical research council guidance. *British Medical Journal*, 337, a1655.
- Dongpho, P., & Chiangdee, K. (2020). Nursing care for prevention of central line-associated bloodstream infection in pediatric intensive care units: The nurse's role. *Journal of the Thai Red Cross Nursing College*, 13(1), 54-68. [In Thai]
- Foucault-Fruchard, L., van der Mee, N., Reinprecht, C., Durand C., Cailhol, J., Zahar, J. R., & Kerneis, S. (2025). Impact of educational interventions provided to patients with a central venous catheter and their informal caregivers: A systematic review. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 14(1), 67.
- Guerrero, J. G., Rosales, N. S., & Castro, G. M. T. (2023). Impact of high-fidelity simulation exposure of nursing students with their objective structured clinical examination: A quasi-experimental study. *Nursing Open*, 10(2), 765-772.
- Gulnur, K. A. R., & Kazan, E. E. (2021). Evaluation of skills of intensive care nurses regarding central venous catheter care: An observational study. *Marmara Medical Journal*, 34(3), 298-306.
- Handeland, J. A., Prinz, A., Ekra, E. M. R., & Fossum, M. (2021). The role of manikins in nursing students' learning: A systematic review and thematic metasynthesis. *Nurse Education Today*, 98, 104764.
- Hertzog, M. A. (2008). Considerations in determining sample size for pilot studies. *Research in Nursing & Health*, 31(2), 180-191.
- INACSL Standards Committee. (2021). Healthcare simulation standards of best practice TM the simulation design. *Clinical Simulation in Nursing*, 58, 14-21.
- Jeffries, P. R. (Ed.). (2022). *Clinical simulation in nursing education: Advanced strategies for great outcomes* (3rd ed.). Philadelphia:: Wolters Kluwer.
- Kirkpatrick, D. L., & Kirkpatrick, J. D. (2006). *Evaluating training programs: The four levels* (3rd ed.). San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.
- Kolb, D. A. (2015). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Mauro, P., Davide, C., Giovanni, B., Vito, D. A., Maria, G. A., & Giorgio, C. (2021). A GAVeCeLT bundle for central venous catheterization in neonates and children: A prospective clinical study on 729 cases. *The Journal of Vascular Access*, 22(6), 1023-1043.
- McGaghie, W. C., Issenberg, S. B., Barsuk, J. H., & Wayne, D. B. (2010). A critical review of simulation-based medical education research: 2003-2009. *Medical Education*, 44(1), 50-63.
- Nantsupawat, A., Pinitchakkonndet, N., & Sareeso, P. (2022). Developing nursing learning innovation to promote clinical practice competencies of nursing students in the new normal era. *Journal of Health Science Research*, 16(2), 1-12. [In Thai]

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Poore, J. A., Cullen, D. L., & Schaar, G. L. (2014). Simulation-based education and experiential learning theory. *Clinical Simulation in Nursing*, 10(5), e241-e244.
- Roddy, L., & Polfuss, M. (2020). Employing design thinking methods in nursing to improve patient outcomes. *Nursing Forum*, 55(4), 553-558.

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะภาวะผู้นำทางการพยาบาล ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในยุคประเทศไทย 4.0: กรณีศึกษาโรงพยาบาล ในภาคตะวันออก

สัททยา รัตนจรณะ, Ph.D.^{1*} ชัญญูชิตาคุชฎี พูลศิริ, ปร.ด.² ประภัสสร มนต์อ่อน, พย.ม.³
ปราณี ภูให้ผล, พย.ม.³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะภาวะผู้นำทางการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์สาธารณสุข 20 ปีในยุคประเทศไทย 4.0 ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 12 คน ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก คัดเลือกตามคุณสมบัติตามที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะภาวะผู้นำทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์สาธารณสุข 20 ปี มีดังนี้
1) ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ ประกอบด้วยองค์ประกอบด้านความรู้ 5 รายการ องค์ประกอบด้านทักษะ 6 รายการ องค์ประกอบด้านคุณลักษณะพื้นฐาน 3 รายการ และ องค์ประกอบด้านประสบการณ์ 1 รายการ 2) ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ ประกอบด้วยความรู้ 7 รายการ องค์ประกอบด้านทักษะ 11 รายการ องค์ประกอบด้านคุณลักษณะพื้นฐาน 3 รายการ และ องค์ประกอบด้านประสบการณ์ 2 รายการ 3) ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ ประกอบด้วย องค์ประกอบด้านทักษะ 8 รายการ และ องค์ประกอบด้านคุณลักษณะพื้นฐาน 1 รายการ และ 4) ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเป็นเลิศ ประกอบด้วย องค์ประกอบด้านความรู้ 1 รายการ องค์ประกอบด้านทักษะ 7 รายการ องค์ประกอบด้านคุณลักษณะพื้นฐาน 2 รายการ และ องค์ประกอบด้านประสบการณ์ 1 รายการ

การศึกษานี้เสนอกรอบสมรรถนะภาวะผู้นำทางการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยในยุคประเทศไทย 4.0 ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการบริหารทางการพยาบาลและการบริหารทรัพยากรมนุษย์ในการสรรหา การพัฒนา และการประเมินบนพื้นฐานของสมรรถนะ

คำสำคัญ: การพัฒนา สมรรถนะภาวะผู้นำ พยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย ยุคประเทศไทย 4.0

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก

* ผู้เขียนหลัก e-mail: sahattayarattana@gmail.com

Program Development to Enhance Head Nurse Leadership Competencies in Thailand 4.0 Era: A Case Study of a Hospital in Eastern Region

Sahattaya Rattanajarana, Ph.D.^{1*}, Chanandchidadussadee Toonsiri, Ph.D.²,
Prapatsorn Monon, M.N.S.³, Pranee Phoohaiphol, M.N.S.³

Abstract

This study aimed to explore nursing leadership competencies of head nurse in accordance with Twenty-Year National Strategic Plan for Public Health in Thailand 4.0 era. Informants were twelve nurse administrators at a tertiary hospital in the Health Region 6. A criterion sampling was applied. Data collecting methods were in-depth interviews and content analysis was applied.

The findings identified the nursing leadership competencies in accordance with Twenty-Year National Strategic Plan for Public Health as follow: 1) The ‘Promotion, Prevention and Protection (PP&P) Excellence’ strategy consisted of 5 knowledge components, 6 skill components, 3 attribute components, and 1 experience component.; 2) The ‘Service Excellence’ strategy consisted of 7 knowledge components, 11 skill components, 3 attribute components, and 2 experience component; 3) The ‘People Excellence’ strategy consisted of 8 skill components and 1 attribute components, and 4) The ‘Governance Excellence’ strategy consisted of 1 knowledge components, 7 skill components, 2 attribute components, and 1 experience component.

This study provides a framework of nursing leadership competencies for head nurse in Thailand 4.0 era that are benefits to nursing administration and human resource management in competency-based selection, development, and evaluation practices.

Key words: Development, Leadership competency, Nursing, Head nurse, Thailand 4.0

¹ Assistant Professor, Faculty of Public Health, St Teresa International University

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

³ Registered Nurse, Senior Professional Level, A tertiary care hospital in the eastern region

* Corresponding author e-mail: sahattayarattana@gmail.com

บทนำ

ระบบสุขภาพของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงจากบริบทภายนอกประเทศ ได้แก่ การที่องค์การสหประชาชาติ กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ให้ทุกประเทศสมาชิกดำเนินการ ภายใน ค.ศ. 2030 โดยที่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน 17 เป้าหมายนี้ครอบคลุมการพัฒนาเศรษฐกิจ ความยั่งยืนของ สิ่งแวดล้อม และ การอยู่ร่วมกันในฐานขององค์ประกอบของสังคม ประชากรโลกเข้าสู่สังคมสูงวัย การเปลี่ยนแปลง ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรมในการดูแลสุขภาพ (Kitreerawutiwong, Kitreerawutiwong, & Wongsawang, 2017) และบริบทภายในประเทศด้านโครงสร้างของประชากร ได้แก่ การเป็นสังคมสูงวัยเนื่องจาก ในปี พ.ศ. 2568 มีจำนวน ประชากรไทย 64,854,432 คน เป็นผู้สูงอายุ 13,994,045 คน คิดสัดส่วนผู้สูงอายุเป็นร้อยละ 21.58 ของประชากร (Department of Older Persons Affairs, 2026)

จากการที่รัฐบาลกำหนดนโยบาย Thailand 4.0 เป็นโมเดลเศรษฐกิจที่จะนำพาประเทศไทยให้หลุดพ้น จากกับดักประเทศรายได้ปานกลาง กับดักความเหลื่อมล้ำ และกับดักความไม่สมดุล ตามแนวทางที่แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีได้วางไว้ ด้วยการสร้างความเข้มแข็งจากภายใน ควบคู่ไปกับการเชื่อมโยงกับประชาคมโลก ตามแนวคิด “ปรัชญา เศรษฐกิจพอเพียง” ที่สอดคล้องกับ Sustainable Development Goals ของสหประชาชาติ รวมทั้งสามารถปรับตัวต่อ การเปลี่ยนแปลงของกระแสโลกาภิวัตน์ได้ ด้วย 3 กลไกขับเคลื่อนคือ 1) การสร้างความมั่นคงผ่าน กลไกขับเคลื่อนเศรษฐกิจ ด้วยนวัตกรรม ปัญญา เทคโนโลยี และความคิดสร้างสรรค์ 2) สร้างความมั่นคงผ่าน กลไกการกระจายรายได้ โอกาส และ ความมั่งคั่งอย่างเท่าเทียม และ 3) สร้างความยั่งยืนผ่าน กลไกการพัฒนาที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม (Research and Quality Assurance Division, 2017)

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) ด้านสาธารณสุขเพื่อเป็น กรอบการขับเคลื่อนโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ๆ ละ 5 ปี คือ 1) ปฏิรูประบบ (พ.ศ. 2560-2564) 2) สร้างความเข้มแข็ง (พ.ศ. 2565-2569) 3) สู่ความยั่งยืน (พ.ศ. 2570-2574) 4) เป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย (พ.ศ. 2575-2579) รวมทั้งกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของ กระทรวงสาธารณสุขสู่ความเป็นเลิศ 4 ด้าน (4 Excellences) ได้แก่ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครอง ผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) 2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) มีเป้าหมาย คือ ประชาชน สุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน (Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2022)

การเปลี่ยนแปลงภายในวิชาชีพการพยาบาล ได้แก่ ด้านองค์การวิชาชีพการพยาบาลที่ต้องมีการเตรียมพร้อมต่อ การเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วและคาดไม่ถึงรวมถึงการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม ด้านบุคลากรพยาบาลที่มีความต่างรุ่น (generations) และมีความหลากหลายทางค่านิยม ความเชื่อ และทัศนคติในการปฏิบัติงาน และด้านผู้ใช้บริการที่ สามารถเข้าถึงความรู้และเทคโนโลยีทางสุขภาพมากขึ้น (Jiradhamakhun, Thepna & Ongmeekeat; 2016) ทำให้ ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องมีความท้าทายที่จำเป็นเพื่อนำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติด้วยการผสมผสานสมรรถนะผู้นำ เข้าด้วยกันกับความสามารถในการจัดการเพื่อสามารถบริหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Nursing Division, 2018) หัวหน้า หอผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้บริหารทางการพยาบาลที่มอบหมายงาน นิเทศงานพยาบาลระดับปฏิบัติการเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำ ไปสู่คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Raimaturapong & Oumtanee, 2019) ดังนั้น หัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสำคัญต่อ นำแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2025) จากการศึกษาพบว่าสมรรถนะ ภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการพยาบาลมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลระดับปฏิบัติการ การทบทวน วรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Alluhaybi et al. (2023) พบว่า ผลของรูปแบบผู้นำที่มีต่อการมีส่วนร่วมในการทำงาน ในด้านความทุ่มเท การให้ความสนใจต่องาน และความกระตือรือร้นของพยาบาลถูกส่งผ่านความไว้วางใจที่มีต่อผู้นำ

จากการทบทวนวรรณกรรม ไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาสมรรถนะผู้นำของหัวหน้าผู้ป่วยพยาบาลที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์สาธารณสุข 20 ปีในยุคประเทศไทย 4.0 การวิจัยนี้ศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก ซึ่งได้กำหนดยุทธศาสตร์พัฒนาองค์กร ให้เป็นศูนย์การแพทย์เฉพาะทางชั้นเลิศในภาคตะวันออก รวมทั้งพัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพ มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการรักษาพยาบาล ใช้ระบบปฏิบัติการทางไกล (Digital Platform Social Telecare) ในการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพและทีมสุขภาพ (Rienthong, 2024) การวิจัยนี้มีการดำเนินการจนถึงการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาเพื่อให้ได้สมรรถนะผู้นำทางการพยาบาลของหัวหน้าผู้ป่วยในยุคประเทศไทย 4.0 จะเป็นเป็นประโยชน์ต่อการบริหารทางการพยาบาลและการบริหารทรัพยากรมนุษย์ในการสรรหา การพัฒนา และการประเมินบนพื้นฐานของสมรรถนะในลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสมรรถนะผู้นำทางการพยาบาลของหัวหน้าผู้ป่วยที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์สาธารณสุข 20 ปีในยุคประเทศไทย 4.0

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดสมรรถนะของ Spencer and Spencer (1993) กล่าวถึงองค์ประกอบของสมรรถนะไว้ 3 ประการ ได้แก่ องค์ประกอบด้านความรู้ (Knowledge) เป็นข้อมูล หรือเนื้อหาเฉพาะของวิชาชีพที่บุคคลต้องมีจึงจะปฏิบัติงานได้ประสบความสำเร็จ องค์ประกอบด้านทักษะ (Skill) เป็นความสามารถ หรือความชำนาญในการปฏิบัติงาน ทั้งด้านการใช้อวัยวะและการใช้ทักษะการคิดทางสมอง และ องค์ประกอบด้านคุณลักษณะพื้นฐาน (Attributes) เป็นคุณลักษณะของบุคคลทั้งที่ปรากฏและซ่อนอยู่ภายใน ประกอบด้วย แรงจูงใจ อุปนิสัย และอัตมโนทัศน์ โดยเพิ่มองค์ประกอบด้านประสบการณ์ในการทำงาน (Experience) เพื่อให้สามารถจัดกลุ่มสมรรถนะย่อยได้ และแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขสู่ความเป็นเลิศ 4 ด้าน (4 Excellences) หรือเรียกว่าเป็นยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence 2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) เป็นแนวทางในการสร้างคำถาม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ที่ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยที่เก็บรวบรวมข้อมูลมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพระหว่างการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา และทำวิจัยเชิงคุณภาพที่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูล

คณะผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive Selection) โดยเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ ผู้ให้ข้อมูลในขั้นตอนนี้ คือผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการบริหารงานทางพยาบาล ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการ ผู้อำนวยการพิเศษ และ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล คณะผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในแต่ละกลุ่มรวมทั้งหมด 12 คน ซึ่ง Paliwoda (1983 cited in Okoli & Pawlowski, 2004) กล่าวว่า จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เหมาะสมมีจำนวนระหว่าง 10-18 คน เมื่อมีจำนวนผู้เชี่ยวชาญมากระดับความคลาดเคลื่อนของข้อมูลจะลดลงอย่างคงที่ และมีความคลาดเคลื่อนน้อยมาก

บริบทที่ศึกษา

สถานที่ที่เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การศึกษาเฉพาะทางและเป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติของนักศึกษาสหสาขาวิชาด้านสุขภาพ

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยในคน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 056/2563 คณะผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลด้วยการเข้าพบผู้ที่มีคุณสมบัติตามกำหนดเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การรักษาความลับของข้อมูลอย่างปลอดภัยและรายละเอียดของการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยผู้ให้ข้อมูลสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่ผลเสียใด ๆ ต่อ เมื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผู้ให้ข้อมูลเซ็นชื่อในแบบฟอร์มการเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยในคน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งแล้ว คณะผู้วิจัยประสานงานกับผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวันและเวลาตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ได้กำหนดแนวคำถามเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกได้แก่

1. ท่านคิดว่าสมรรถนะภาวะผู้นำทางการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลของท่านที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศควรเป็นอย่างไร
2. ท่านคิดว่าสมรรถนะภาวะผู้นำทางการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลของท่านที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การบริการเป็นเลิศควรเป็นอย่างไร
3. ท่านคิดว่าสมรรถนะภาวะผู้นำทางการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลของท่านที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศควรเป็นอย่างไร
4. ท่านคิดว่าสมรรถนะภาวะผู้นำทางการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลของท่านที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การบริหารจัดการเป็นเลิศควรเป็นอย่างไร

คณะผู้วิจัยทดลองเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับการสังเกตผู้ให้ข้อมูลจำนวน 1 ราย จากนั้นนัดหมายผู้ให้ข้อมูลมาพบในห้องที่มีบรรยากาศเป็นส่วนตัว สร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลไว้วางใจที่จะถ่ายทอดความคิดสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ร่วมกับการจดบันทึกข้อมูลระหว่างการสัมภาษณ์และใช้เครื่องบันทึกเสียง ใช้เวลาสัมภาษณ์ ครั้งละ 45-60 นาที คณะผู้วิจัยขออนุญาตสัมภาษณ์อีกครั้งหากพบว่ามีคำตอบที่ไม่ชัดเจน คณะผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย จำนวน 2 ครั้ง และสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 11 ราย คนละ 1 ครั้ง คณะผู้วิจัยพบว่าข้อมูลมีตัวจึงยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยถอดเทปแบบคำต่อคำจากนั้นใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาตามแนวทางของ Berg (2004) มีดังนี้ 1) กำหนดคำและประโยคในการแยกแยะความหมายของหน่วยของการวิเคราะห์ 2) อ่านบทบทวนข้อมูลจากการถอดเทปหลายครั้งจากนั้นกำหนดกลุ่มคำที่แสดงสมรรถนะเพื่อเป็นแนวทางในการสรุปประเด็นที่ 3) ให้ความหมายที่เฉพาะกับหน่วยของการวิเคราะห์ 4) กำหนดโครงสร้างของประเด็นและกลุ่มคำที่ใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล 5) ค้นหาคำ และประโยคตามกรอบการลงรหัสรวมทั้งหาข้อมูลที่ขัดแย้งกับกรอบการลงรหัสในข้อมูล (negative cases) จากการถอดเทปทั้งหมดจากนั้นสรุปประเด็น

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

การตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของงานวิจัยนี้ ปฏิบัติตามแนวทางของ Lincoln and Guba (1994) ประกอบด้วย การสร้างความน่าเชื่อถือจากการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์จริง การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้ข้อมูล การสะท้อนคิดเพื่อตรวจสอบความคิด และความรู้สึกที่มีระหว่างการเก็บข้อมูลเพื่อลดความลำเอียงที่อาจ

มีผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูล และการยืนยันข้อมูล โดยการสอบถามผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการสรุปใจความของคำตอบและรายละเอียดเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่ชัดเจน และการตรวจสอบสามเส้า คณะผู้วิจัยส่งกรอบการวิเคราะห์ข้อมูลและผลการวิเคราะห์ข้อมูลให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ

ผลการวิจัย

ลักษณะผู้ให้ข้อมูล มีประสบการณ์เป็นผู้บริหารทางการพยาบาล 1-5 ปี จำนวน 6 คน 6-10 ปี จำนวน 2 คน 11-15 ปี 1 คน มากกว่า 15 ปี 3 คน วุฒิศึกษาปริญญาตรี 7 คน ปริญญาโท 3 คน ปริญญาเอก 2 คน ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้บริหาร 11 คน มีตำแหน่งเป็นผู้ชำนาญการ 2 คน ข้าราชการพิเศษ 10 คน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหาพบว่า 1) สมรรถนะผู้นำทางการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์สาธารณสุข 20 ปีในยุคประเทศไทย 4.0 จำแนกตามยุทธศาสตร์ 4 ด้าน มีดังนี้

1. สมรรถนะผู้นำทางการพยาบาลที่จำเป็นของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ สรุปได้ว่า ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง องค์ประกอบด้านความรู้ 5 รายการ ได้แก่ 1) ความรู้ด้านการพยาบาล 2) โรค 3) ความรู้ด้านการแพทย์ 4) เทคโนโลยีทางการแพทย์ และ 5) การปฏิบัติที่ปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากร จากตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“หัวหน้าต้องมีความรู้ก่อน (C2, C6) ต้องรู้หลักการพยาบาล(C10) เรื่องโรค pathology (C6, C9) จะต้องพัฒนาความรู้ ความสามารถของตัวเอง ทั้งเรื่องของวิชาการ เรื่องเทคโนโลยีใหม่ ๆ ในการรักษาพยาบาล เครื่องมือแพทย์ใหม่ ๆ ที่จะช่วยในการวินิจฉัย จะทำให้เราสามารถดูแลคนไข้ควบคู่ไปกับการรักษาของแพทย์นะคะ (C4) หัวหน้าควรจะเรียนรู้โรค เทคโนโลยีหรือวิธีการใหม่ที่สามารถเอามา apply เพื่อใช้ในการทำงาน (C12) หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีความรู้เรื่องงานที่ปลอดภัย เพราะบุคลากรต้องปลอดภัยผู้ป่วยต้องปลอดภัย (C6)”

องค์ประกอบด้านทักษะ 6 รายการ ได้แก่ 1) ความเชี่ยวชาญทางคลินิก 2) การใช้เทคโนโลยีให้ความรู้ด้านสุขภาพ 3) ประชาชนมีส่วนร่วม 4) สื่อสารมีประสิทธิภาพ 5) วิเคราะห์รูปแบบการพัฒนา และ 6) เลือกวิธีในเทศ จากตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องรู้เรื่องก่อน รู้มากกว่าเขา การมีความเชี่ยวชาญทำให้พยาบาลฟังเรา ต้องสร้างศรัทธาให้กับเขาก่อน (C5) “ยุคปัจจุบันต้องยอมรับว่าเทคโนโลยีมีบทบาทมาก ทุกคนเข้าถึงเข้าได้หมดนะคะ เราต้องพัฒนาการใช้เทคโนโลยีอยู่เรื่อย ๆ (C2, C5, C7) เพื่อที่จะได้องค์ความรู้หรือข้อมูลที่ทันสมัย เอาไปใช้กับผู้ป่วย (C2, C7) เราต้องทำให้ประชาชนรอบรู้สุขภาพ เราจึงต้องเก่งไต่ถามประชาชน ทั้ง Application Line Group YouTube เพื่อให้ดูแลตัวของเขาเองได้ (C10) บทบาทต้องเปลี่ยนจากการที่เราป้อนเขา เป็นดึงให้เขามาเป็นส่วนหนึ่งในการร่วมขับเคลื่อนไปกับเรา (C11)”

“เราต้องมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ต้องทำให้คนงานเจ้าหน้าที่ทั้งโรงพยาบาลให้เข้าใจด้วยว่าโรงพยาบาลและหอผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลง (C10) บางครั้งเราต้องสอนผู้ป่วยที่มี risk factor ก็พูดภาษาลาวไปเลย match กัน เข้าใจกันได้ การปฏิสัมพันธ์ดีขึ้น ความเข้าใจจะมอดับหนึ่ง ถ้ามีความสัมพันธ์ กันเคย เขาไม่ถือเนื้อถือตัว ก็จะยิ่งทำให้เราสื่อสารง่าย เราจะส่งเสริมสุขภาพได้ง่าย ภาษาเทพเขาไม่เอานะคะ (C9)”

“ต้องสามารถไปเทศกับน้อง ๆ ในทีมได้ด้วยถึงจะเป็นผู้นำในการพัฒนานาน้อง ๆ เรื่องของการดูแล ส่งเสริมป้องกันโรค (C2, C9) ทำให้น้อง (พยาบาล) มาเก่งด้าน Nursing ด้านของ Health ที่จะไปแนะนำคนไข้ให้ดูแลสุขภาพตัวเอง ส่งเสริมและป้องกันโรคได้ (C10) ในการพัฒนาสมรรถนะ จะวิเคราะห์ลูกน้อง บางกลุ่มชอบที่มีรูปแบบ บางกลุ่มก็ขอคิดเองอยากจะทำเองก็ให้เค้าลองดู (C1) พยาบาลบางคนที่มีประสบการณ์น้อยก็จะสอน (C3, C9) เราต้องเป็นโค้ช เราต้อง preconference ก่อนทำงาน (C9) หลังจากลองใช้แล้วก็นำมาสอนบุคลากร เรามาปรับใช้ผู้ป่วยเราต้องทำให้น้องดู (C2, C6)”

องค์ประกอบด้านคุณลักษณะพื้นฐาน 3 รายการ ได้แก่ 1) มีวิสัยทัศน์ 2) มีความคิดสร้างสรรค์ และ 3) เรียนรู้ตลอดเวลา จากตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ผู้นำต้องมีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกลต้องทันต่อเพราะเหตุการณ์ต้องเตรียมเรื่องของความรู้บุคลากร ทักษะการใช้เครื่องมือทันสมัย (C6) ต้องมีความคิดสร้างสรรค์ด้วย (C5, C10) มองนอกกรอบออกไปบ้าง เขาต้องมีสมรรถนะในการเรียนรู้เพื่อจะไปไหนสักวัน เขาจะต้องเรียนรู้เพิ่มเติม (C3, C12)”

องค์ประกอบด้านประสบการณ์ 1 รายการ ได้แก่ ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะโรค จากตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“คนที่จะขึ้นเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย จะต้องเข้มข้นในเรื่องของการปฏิบัติการพยาบาลรายโรค ตั้งแต่การหาความเสี่ยง risk factor ของการเกิด การป้องกัน ครอบคลุมการแล้ว การมีประสบการณ์การปฏิบัติงานต้องมาอันดับหนึ่ง (C9, C12) พี่คิดว่าผู้ป่วยที่มาแอดมิท แล้วต้องการเรื่องของการพยาบาลพื้นฐาน ต้องการการตอบคำถามที่เกี่ยวกับโรคของเค้า หรือสิ่งที่เขาจะไปใช้ในการดูแลตนเองอะไรแบบนี้ค่ะ เพราะฉะนั้นการมีพื้นฐาน nursing care ยังเป็นสิ่งสำคัญ (C4)”

2. สมรรถนะภาวะผู้นำทางการพยาบาลที่จำเป็นของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ด้านบริการ เป็นเลิศ สรุปได้ว่า ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงองค์ประกอบด้านความรู้ 7 รายการ ได้แก่ 1) ความรู้ด้านการพยาบาล 2) แนวปฏิบัติทางการพยาบาล 3) แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ 4) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก 5) แนวคิดธุรกิจ 6) การศึกษาต่อยอดของแพทย์ และ 7) เทคโนโลยีทางการแพทย์ จากตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ต้องมียุทธศาสตร์ความรู้ในการที่จะดูแลผู้ป่วย (C4) ความรู้พวกที่เป็น guideline พวกนั้นเราต้องรู้อยู่แล้ว เพราะมันต้องเป็นไปตาม service plan ตามนโยบาย ตามงานวิจัย (C9) รู้ว่ากระบวนการทำ best practice หรือ clinical nursing practice guideline ว่าต้องทำยังไง ยุคนี้มันต้องเป็นยุคที่มันคงยั่งยืนเนอะ เราอยู่ด้วยด้วยผู้รับบริการ (ผู้ป่วย) ต้องคิด ไม่ใช่ว่ารอแต่งรัฐบาลลงมา ต้องมีความรู้เกี่ยวกับธุรกิจบ้าง รวมทั้งการคิดต้นทุน เพื่อให้องค์กรอยู่รอด (C11) ต้องรู้วิชาชีพข้างเคียงด้วย เช่นแพทย์ ว่าเขามี sub-board ความก้าวหน้าเทคโนโลยี medical instruments หรือว่าหัตถการ (C10)”

องค์ประกอบด้านทักษะ 11 รายการ ได้แก่ 1) ความเชี่ยวชาญทางคลินิก 2) การปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล 3) การดูแลที่เป็นเลิศ 4) การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล 5) การบริหารแบบมีส่วนร่วม 6) การใช้แนวคิดธุรกิจ 7) การบริหารการเปลี่ยนแปลง 8) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 9) นิเทศ 10) สร้างเครือข่าย และ 11) ทักษะทางเทคโนโลยีสารสนเทศ จากตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ต้องมีความเชี่ยวชาญและชำนาญในการดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือไม่เกิดความเสี่ยง ไม่เกิดผลข้างเคียง ไม่เสียชีวิตจากการทำงานผิดพลาด (C4) มาตรฐานการดูแลต้องได้ ถ้าเราทำตามขั้นตอนกระบวนการถูกต้องไม่ได้มี risk มันก็โอเค (C9) เราก็ต้องพยายามปรับ ให้มีคุณภาพในระดับโรงพยาบาลรัฐบาล คุณภาพที่ยอมรับได้ค่ะ (C12) ที่หน่วยไตเทียมเนี่ย มีมาตรฐานเป็นแนวทางอยู่ สมาคมโรคไตมาตรฐานรับรองมาตรฐาน ทุก 4 ปี (C8) The Best care เนี่ยมันเป็นในเชิงของการแข่งขันก็จริงแต่ในเชิงจรรยาบรรณมันก็เป็น The Best care เราต้องให้สิ่งที่ดีที่สุดกับผู้ป่วย (C2) ถือว่าเป็นเลิศคือเราไม่มีข้อร้องเรียน (C3)”

“เวลาที่ส่งเวร เราก็จะรู้ว่าในแต่ละวันมันเกิดปัญหาอะไรขึ้น มันเหมือนกับทำ CQI ซึ่งจริง ๆ แล้วมันจะเกิดปัญหากับแทบทุกวัน แล้วทำยังไงที่จะแก้ปัญหาดังนั้นผ่านไป แล้วไม่เกิดปัญหาเดิม ๆ ขึ้นมาอีก ตรงนี้เราต้องเอามาวิเคราะห์กัน (C7) เราก็จะพูดกับน้อง ๆ เสมอเรื่องของการพัฒนาคุณภาพ อาจจะยกตัวอย่างที่เราไปประชุม เนี่ยเขาทำอย่างนั้นนะ นวัตกรรมเป็นเรื่องที่ดี บางทีเราก็เอานวัตกรรมที่หน่วยงานอื่นทำมาทำให้ได้ (C2) อาจจะเป็นการประชุมภายในเวิร์ด เวลานั้นเรามืออะไรที่เป็นปัญหา แล้วเราอยากทำอะไร อยากพัฒนาอะไร ให้ช่วยกันคิด แล้วก็ดึงคนกลุ่มที่ทำได้แล้วมาเป็นโมเดลให้กับคนอื่นกลุ่ม (C4)”

“เราจะต้องมาตกลงกันในทีมในหอผู้ป่วย ในทีมเดียวกันของหอผู้ป่วยว่าเราจะสามารถให้การพยาบาลที่เป็นเลิศได้อย่างไร เช่น ถ้าคนไข้กดเรียกคุณจะต้องไปดูแลทุกครั้ง (C12)”

“นอกจากนี้ พยาบาลจะต้องใส่ใจที่จะเอาความรู้มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทซึ่ง ต้องนำการเปลี่ยนแปลงโดยใช้ Business company management (C10) การที่เราจะไปเปลี่ยนทันทีทันใดบางที่เป็นเรื่องยาก (C12) ตอนที่ต้องการให้มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการให้บริการพยาบาลนั้น ขั้นแรกไป Search นักวิชาการต่างประเทศทำอะไรมา ขั้นต่อมาคุยกับแพทย์แล้วก็มาคุยกับพวกผู้เชี่ยวชาญ เกสเซอร์ ขั้นสุดท้ายแล้วมาคุยกับเขา ต้องปรับเปลี่ยนเขาถึงยอมค่ะ คือมันต้องมี evidence เข้ามา เอาวิชาการมา ก็คุยกับเขา เราต้องมีความรู้ สองเรื่องทักษะ สามคือให้เขายอมรับ (C5)”

“ประชุมต้องมีวิชาการอย่างน้อย 1 ชั่วโมงค่ะอาจารย์ ถ้าไปไปอบรมประชุมลัมนามาต้องมาเล่าให้ฟัง (C10) เรายังมีการทางวิชาการในตึก เรายังมีวิชาการกันตลอดทุกเดือน เรามีกลุ่มของ palliative care เวลาเมื่อไรเราจะปรึกษากันและกัน การเรียนรู้ร่วมกัน เอาอุปกรณ์ลด pain ต่าง ๆ ให้คนไข้ (C2)”

“เดี๋ยวนี้ हमอรุ่นใหม่นะคะอยากจะทำอะไรที่มันทันสมัยทุกคนเลย เราต้องปรับวิธีการพยาบาล หมอก็ต้องให้ข้อมูลกับเรานะ เราก็ต้องพร้อมที่จะเรียนรู้ข้อมูลจะเอาข้อมูลนั้นมาเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด (C2) Nurse Sharing วิชาชีพตัวเองไม่พอ ในการบริการคนไข้ยังมีคุณภาพ ต้อง Sharing กับสหสาขาวิชาชีพด้วย (C10)”

“เราศึกษาความรู้พื้นฐานที่ถูกต้องแล้วทำเป็นคู่มือปฏิบัติให้ผู้ป่วยและญาติ ให้เค้าเอาไปศึกษาได้ที่บ้าน บอกให้ชัดเจน แบบนี้ผิดปกติ แบบนี้ถูกต้อง แบบนี้ดีแสดงว่า คุณเลดี แต่ถ้าแบบนี้ต้องพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลและจะเขียนเบอร์โทรศัพท์ติดไว้ ว่า ถ้ามีปัญหาโทร.มาหาหัวหน้าหัวหน้าตึกและต้องมีการเชื่อมระหว่างสหสาขาวิชาชีพ (C2)”

“ต้องสามารถนิเทศน้องได้ว่าอันนี้มันไม่ถูกนะมันควรจะทำอย่างนั้นควรจะทำอย่างนี้ ควรจะแก้ไขอย่างนั้นอย่างนี้ มันก็ย้อนกลับว่าควรจะมีความรู้ ทักษะ (C12)”

“ควรจะต้องมีทักษะทางเทคโนโลยีสารสนเทศ เพราะปัจจุบันด้วยจ่ายยาที่ระบบคอมพิวเตอร์ ระบบคนไข้เอาเข้าเตียงก็เป็นระบบคอมพิวเตอร์หมด (C12) ตอนนี้มี tele consult พอคนไข้ไปอยู่ รพช. ให้พยาบาลที่ รพช. คุยกับแพทย์ที่นี้ พยาบาลก็มีกลุ่มไลน์ของคนไข้ให้คำแนะนำ (C8) ทำฐานข้อมูลเครื่องมือแพทย์ ทำฐานข้อมูลไว้ใน cloud เวลาที่ประชุมแต่ละครั้งเราก็จะมีข้อมูลในมือ แล้วก็อัปเดตตลอด (หัวเราะ) (C5)”

องค์ประกอบด้านคุณลักษณะพื้นฐาน 3 รายการ ได้แก่ 1) มีวิสัยทัศน์ 2) เป็นต้นแบบ และ 3) ความเข้าใจผู้อื่น จากตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ต้องมีวิสัยทัศน์กว้างไกล (C6, C8) ต้องเป็นผู้นำในการที่จะให้การบริการแก่ผู้รับบริการให้อย่างดีด้วยเพื่อที่จะได้นานอง ๆ ค่ะ (C12) ต้องทำให้เค้าดูก่อน ค่อยเป็นค่อยไป (C1) บางที่ต้องลงไปปฏิบัติกับน้องจะได้รู้ว่ามีข้อสมรรถนะตรงไหน (C4)”

“เราต้องเข้าใจเค้าแหละว่าเค้าเป็นเด็กรุ่นใหม่ที่อยู่ในโลกของดิจิทัลแล้วมันก็ต้องเน้นกันเรื่อย ๆ นะคะ ต้องให้เค้าตระหนักด้วยค่ะว่าบทบาทของพยาบาลคืออะไร ให้เค้าได้คิด ให้เค้าได้มีส่วนร่วมในการคิดว่าเค้าควรจะทำยังไงที่จะให้คนไข้ (C4) ต้องเข้าใจ Gen Y, Gen Z นะคะ เขาจะสนใจแต่ตนเอง คำตอบแทน ชีวิตส่วนตัว Social เรื่องวิชาการคือ ต้องค่อย ๆ add on เข้าไป ทำอันนี้ให้พี่หน่อยนะ (C6)”

องค์ประกอบด้านประสบการณ์ 2 รายการ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ และ 2) ประสบการณ์ในการพัฒนานวัตกรรม จากตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เคยทำ Best Practice ทำนวัตกรรมเป็น clinical nursing guidelines ได้ รู้ว่ากระบวนการต้องทำยังไง ต้องมีชั่วโมงบินมาบ้าง ไม่ใช่ไม่รู้เลย มันต้องเรียนรู้ (C10)”

3. สมรรถนะผู้นำทางการพยาบาลที่จำเป็นของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ด้านบุคลากร เป็นเลิศ สรุปได้ว่า ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง องค์ประกอบด้านทักษะ 8 รายการ ได้แก่ 1) ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล 2) วิเคราะห์และแก้ปัญหา 3) พัฒนาสมรรถนะการบริการ 4) สร้างจิตสำนึกการเรียนรู้ 5) รับมือกับข้อร้องเรียน

6) การเจรจาต่อรอง 7) แก้ไขข้อขัดแย้ง 8) สร้างแรงจูงใจ จากตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“หัวหน้าหอผู้ป่วยควรจะบอกน้องได้ค่ะว่าถึงแม้เราจะเป็นผู้บริหารแล้วปฏิบัติเราก็ก็นำได้ ถ้าเราทิ้งปฏิบัติไปเราก็ไม่รู้หรือกว่าน้องทำผิดหรือถูก (C4)”

“เวลาที่มีปัญหาเกิดขึ้น ถ้าเราแก้ปัญหาได้ น้องก็อาจจะมีความเชื่อมั่นว่าโอเคพี่เขาพาเราผ่านพ้นพวกภาวะต่าง ๆ พวกนี้ไปได้ มันก็เหมือนกับพอน้องมีความเชื่อมั่นกับเรา พอเราพูดอะไรน้องก็จะค่อนข้างฟัง (C7)”

“การให้น้อง (พยาบาล) มี Service Mind มีพฤติกรรมบริการที่ดี เราจะต้องทำเป็นตัวอย่างก่อน ให้ความสนใจ ให้ความใส่ใจ ถ้าแบบเขาไม่สามารถทำได้ก็ค่อย ๆ คุยกันกับเขา เรียกเขามาตักเตือน ไม่ใช่ ญ หน้างานตอนนั้น แต่ก็จะมีแบบมีแผนนิเทศไว้ คนนี้เราต้องคุยเรื่องนี้นะ (C5)”

“ต้องสร้างจิตสำนึกให้เขาเรียนรู้ตลอดเวลา Learning Education ก็คือว่า เรียนรู้แม้กระทั่งทำงาน เช่น CPR คนไข้แล้วคนไข้ dead ต้องเอามาคุยกันว่า delay ตรงไหน เครื่องมือไม่พร้อมรึป่าว เกิดอะไรขึ้น คือการเรียนรู้ On the job ต้องเอามาทบทวน เอามาแชร์ เอามา Re แล้วก็ต้องทำให้คนของเราเก่ง (C10)”

“เวลาที่มีข้อร้องเรียนพฤติกรรม การพูดการจา อันนั้นพฤติกรรมส่วนบุคคล เราก็ใช้วิธีโน้มน้าว ไม่ได้หาตัวผิดอะไร โดนร้องเรียน คือจะไม่ระบุตัว ไม่ระบุชื่อใคร ๆ ถ้าเรียกมาพบเป็นรายบุคคล อันนี้คือสุดจริง ๆ เป็นเรื่องราวจริง ๆ ก็เรียกมาคุยค่ะ (C1)”

“หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีจุดยืนของตัวเองว่าตัวเองสั่งการอะไรออกไป ก็ต้องวิเคราะห์ว่าอันนั้นมันเหมาะสมและถูกต้อง หากมีอีกกลุ่มหนึ่งก็ต้องวิเคราะห์ให้ได้ค่ะว่าอีกกลุ่มมานำเสนอเพราะต้องการขัดแย้ง หรือเพราะต้องการที่จะพัฒนา (C4) เรื่องเทคนิคการเจรจาต่อรองและข้อขัดแย้งเป็นประเด็นสำคัญ เป็นหัวหน้าอยู่ในจุดที่ทำให้คุณให้โทษคนได้ค่ะ ถ้าหากก็จบแต่ถ้าหากไม่ทำอะไรเลยก็จบเหมือนกัน แล้วมันก็ต้องไม่ให้เขาขัดแย้งกันประมาณนี้ค่ะ (C5)”

“หัวหน้าจะต้องมีลีลา การเจรจาต่อรอง การจูงใจให้เขาทำงานให้บรรลุเป้าหมาย ไม่กดดันค่ะ คือ ถ้ากดดันมันจะกลายเป็นยาก เพราะทุกอย่างเร่งรัดไปหมด (C1, C3) ต้องให้ขวัญและกำลังใจลูกน้องก่อนเป็นอันดับต้น ๆ เลยค่ะ เขาจะทำงานในห้องกรอย่างดี เน้นว่าบรรยากาศองค์กรต้องดี ต้องทำให้เค้า happy ที่จะอยู่ทำงาน (C1) ใช้วิธีถามเค้า (พยาบาล) ค่ะ ว่ามีความฝอยอะไรอยากทำงานวอร์นนี้ ก็จะเรียกมาถามแล้วพยายามส่งเสริมให้สิ่งที่เขาฝอยมันเป็นไปได้ (C5)”

องค์ประกอบด้านคุณลักษณะพื้นฐาน 1 รายการ ได้แก่ ความเข้าใจผู้อื่น จากตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“บางทีเด็กรุ่นใหม่ บางอารมณ์เค้าเป็นเด็กที่กล้าจะคะ กล้าได้กล้าเสีย กล้าตัดสินใจ แต่เค้าว่าเค้าอยากให้มีคนเห็นเค้าว่าเค้าให้ความร่วมมือนะ เค้าพร้อมจะทำนะ เค้าอยากให้เห็นตั้งแต่แรกว่าเค้าจะเริ่มทำนะ มีคนร่วมชื่นชม ร่วมรับรู้กับเค้านะ หลังจากนั้นเอาไปเออะเดี่ยวหนูทำเอง เค้าก็จะนำพากันไปได้ค่ะ (C4)”

4. สมรรถนะภาวะผู้นำทางการพยาบาลที่จำเป็นของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเป็นเลิศ สรุปได้ว่า ประกอบด้วย องค์ประกอบด้านความรู้ 1 รายการ ได้แก่ การบริหารจัดการ จากตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เค้าต้องเรียนรู้จะปรับตัวหลายๆเรื่องเลย เพราะเค้าจากปฏิบัติถึงบริหารมาเป็นผู้บริหาร ก็ต้องเอาปฏิบัติไว้เป็นรอง เอาบริหารเป็นหลัก ความรู้ในเชิงบริหารต้องมีเยอะ และไม่ทิ้งในภาคปฏิบัติด้วย (C4)”

องค์ประกอบด้านทักษะ 7 รายการ ได้แก่ 1) ค้นหาวิธีปฏิบัติที่ดีที่สุด 2) ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย 3) บริหารบุคลากร 4) บริหารทรัพยากร 5) สร้างแรงจูงใจ 6) การประเมินเป็นที่ยอมรับ 7) การเสริมสร้างพลังอำนาจ จากตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ช่วงที่โควิด-19 ระบาดนั้น หาข้อมูลว่า สถาบันบำราศฯ โรงพยาบาลใหญ่ ๆ โรงพยาบาลจุฬาฯ ศิริราช เขาทำยังไง เขามีวิธีการทำยังไง แล้วเอามาปรับใช้กับบริบทของโรงพยาบาลเรา (C7)”

“ทิวอร์มวัดความพึงพอใจค่ะ แต่ส่วนใหญ่ตอบมาเขาก็พึงพอใจหมด ของหนูมันจะมีเรื่อง m-Government ที่ทำอยู่แล้วก็ปรับแบบฟอร์มแล้วก็เรื่องความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการปฏิบัติงานอย่างนี้ค่ะ (C1, C5)”

“ในเวลาที่เราคนเราจะต้องบริหารจัดการว่าทำยังไงให้มันไปรอดได้ ถ้าคนขาดจริง ๆ เราเองอยู่ในผู้บริหาร เราก็ต้องลงมาอยู่ปฏิบัติการช่วยน้อง ส่วนเรื่องความสามารถของบุคลากร เราก็ต้องมองให้ออกว่าในแต่ละคนนั้น เขาโดดเด่นในเรื่องอะไร ก็คือใช้คนให้ถูกงาน ให้ทำงานในส่วนที่เขามีความถนัด แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นเราก็ต้องติดตาม (C7)”

“บริหารจัดการหอผู้ป่วยให้ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า กำลังคน เราจะต้องมี Standard ของการจัดกำลังคน ให้เหมาะกับภาระงาน เราจะใช้การคัดสรรของสำนักการพยาบาลที่เป็น Productivity เหมาะสมของอัตรากำลังคน ในระหว่างเราเข้าค่ายฝึก อีกอันหนึ่งก็คือการสต็อกของ เราต้องมีการสลับโดยไม่ให้พยาบาลทำงานมากขึ้น (C10)”

“เราจะมองใจของลูกน้องก่อน คือว่าเค้าคิดแบบไหน และก็เราก็จะพยายามที่จะสนับสนุนเค้าในแบบที่เรา สามารถทำได้ เช่น ไปประชุมวิชาการ เรื่องสวัสดิการต่าง ๆ เทศกาลหรืออะไรแบบนี้เราก็จะจัดให้ มีรางวัลหรือว่าโบนัส ให้ นิด ๆ หน่อย ๆ อะไรแบบนี้ (C8)”

“การบริหารที่เป็นเลิศก็คือมันจะต้องอยู่บนความพึงพอใจของลูกน้องด้วยว่าเค้าคิดยังไง ฟังถึงเกณฑ์แบบนี้ โอเคเรีเปล่า ถ้าไม่โอเคอยากได้แบบไหน ให้แชร์ทุกระดับเลย (C1) เวลาที่มีพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ขอลาออก ก็จะทำให้เขา เล่าให้เราฟัง เสร็จแล้วก็เราจะให้กำลังใจ แล้วก็ empower ด้วย (C7)”

องค์ประกอบด้านคุณลักษณะพื้นฐาน 2 รายการ ได้แก่ 1) โปร่งใส และ 2) จริยธรรม จากตัวอย่างคำพูดของ ผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ต้องมีความโปร่งใส มีจริยธรรมอยู่ในตัวเองและเป็นที่ประจักษ์ด้วยค่ะ ไม่เป็นคนเล่นพรรคเล่นพวกอะไร แบบนี้ น้องสบายใจแล้วต้องมีเกณฑ์ให้ชัดเจน ทุกคนก็จะโอเค ไม่มีการขัดแย้งแบบนี้ค่ะ (C1) เราต้องมีคุณธรรม จริยธรรม อยู่พอสมควรเพื่อที่จะได้เป็นแบบอย่างกับน้อง ๆ (C1, C3)”

องค์ประกอบด้านประสบการณ์ 1 รายการ ได้แก่ ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการบริหาร จากตัวอย่าง คำพูดของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เราเป็น Subhead ที่ทำทุกอย่างที่หัวหน้าหอผู้ป่วยทำ ทำหมดยกเว้นงานบริหารคนก็มีอาวุธมีทักษะ ติดตัวมาไม่ว่าเรื่องของเบิกวิสตู เขียนบันทึก ทำแผนคือ ก็มีติดตัวมาแต่บางคนคือไม่มีมาเลย (C5)”

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่อง การพัฒนาแบบการส่งเสริมสมรรถนะผู้นำทางการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในยุคประเทศไทย 4.0: กรณีศึกษาโรงพยาบาลในภาคตะวันออก มีดังนี้

1. สมรรถนะผู้นำทางการพยาบาลที่จำเป็นของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ด้านการ ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ ประกอบด้วยองค์ประกอบด้านความรู้ 5 รายการ องค์ประกอบด้านทักษะ 6 รายการ องค์ประกอบด้านคุณลักษณะพื้นฐาน 3 รายการ และ องค์ประกอบด้านประสบการณ์ 1 รายการ อภิปรายได้ว่า กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิในภาคตะวันออกกำหนดให้มีการให้พัฒนา การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทุกกลุ่มวัย และให้ความรู้และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน เนื่องจาก หัวหน้าหอผู้ป่วยที่เปรียบเสมือนเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Raimaturapong & Oumtane, 2019) องค์การการศึกษาในประเทศออสเตรเลียให้ความสำคัญต่อความสามารถของผู้นำทางการพยาบาล ที่ต้องเป็นผู้นำทางคลินิก และผู้นำในการใช้รูปแบบการดูแลผู้รับบริการ (ACN, 2015) สิ่งที่สำคัญที่สุดของผู้บริหารทางการ พยาบาล คือ ต้องสามารถปฏิบัติบทบาทผู้นำด้านการปฏิบัติการพยาบาลรวมทั้งการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสาขาที่ตนเองเชี่ยวชาญ (AONE, 2011; AONL, 2022) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ สมรรถนะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้ คือ ความคิดสร้างสรรค์ (Luangamornlert, 2013)

และสอดคล้องกับข้อสรุปของ Cheevakasemsuk (2016) ที่สรุปสมรรถนะของผู้นำทางการพยาบาลในอนาคต ที่กล่าวถึง ทักษะทางด้านเทคโนโลยี การสื่อสาร และมีวิสัยทัศน์ และการศึกษาของ Raimaturapong and Oumtane (2019) ที่พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยแสดงความสามารถในการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการบริหารหอผู้ป่วย ทั้งในด้านการสื่อสาร การพัฒนาระบบบริการ และการบริหารงาน รวมทั้งแนวคิดขององค์กรผู้นำทางการพยาบาล ของสหรัฐอเมริกา (AONL, 2022) ที่กล่าวถึง สมรรถนะภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยประกอบด้วย การสื่อสารและการบริหารความสัมพันธ์ และแนวคิดเรื่ององค์ประกอบของภาวะผู้นำของ Ruben (2019) ที่กล่าวว่า ประสบการณ์เป็นส่วนหนึ่งของสมรรถนะด้านตำแหน่งงาน

2. สมรรถนะภาวะผู้นำทางการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ ประกอบด้วยความรู้ 7 รายการ องค์ประกอบด้านทักษะ 11 รายการ องค์ประกอบด้านคุณลักษณะพื้นฐาน 3 รายการ และ องค์ประกอบด้านประสบการณ์ 2 รายการ อภิปรายได้ว่า กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กำหนดให้มีการยกระดับมาตรฐานการบริการพยาบาล ลดความแออัด ปลอดภัย พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ ผลการวิจัยสนับสนุน ผลการวิจัยของ Jansa-ard, Chitpakdee. and Supamanee (2020) ที่พบว่า การวิเคราะห์ปัญหา การวิเคราะห์ทางเลือกในการแก้ไขปัญหาสามารถพัฒนาบริการพยาบาลในหน่วยงานให้มีคุณภาพ การกำหนดแนวทางการพัฒนาการบริการที่สอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงานเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมบริการที่ดี และ แนวคิดขององค์กรผู้นำทางการพยาบาลของสหรัฐอเมริกา (AONL, 2022) ที่กล่าวถึง ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ ภาวะผู้นำเชิงความสัมพันธ์ รวมทั้งทักษะและแนวคิดทางธุรกิจ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับสมรรถนะภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้ คือ การบริหารการเปลี่ยนแปลง (Luangamornlert, 2013) การบริหารการเปลี่ยนแปลง (Luangamornlert, 2013) และสอดคล้องกับข้อสรุปของ Cheevakasemsuk (2016) ที่สรุปสมรรถนะของผู้นำทางการพยาบาลในอนาคตที่กล่าวถึง ทักษะทางด้านเทคโนโลยี การสื่อสาร มีวิสัยทัศน์ และ การสร้างเครือข่ายองค์กรการศึกษาในประเทศออสเตรเลียให้ความสำคัญต่อความสามารถของผู้นำทางการพยาบาลที่ต้องเป็นผู้นำทางคลินิก และผู้นำในการใช้รูปแบบการดูแลผู้รับบริการ (ACN, 2015) สามารถปฏิบัติบทบาทผู้นำด้านการปฏิบัติการพยาบาลรวมทั้งการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสาขาที่ตนเองเชี่ยวชาญ (AONE, 2011; AONL, 2022) และแนวคิดเรื่ององค์ประกอบของภาวะผู้นำของ Ruben (2019) ที่กล่าวว่าประสบการณ์เป็นส่วนหนึ่งของสมรรถนะด้านตำแหน่งงาน

3. สมรรถนะภาวะผู้นำทางการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ ประกอบด้วย องค์ประกอบด้านทักษะ 8 รายการ องค์ประกอบด้านคุณลักษณะพื้นฐาน 1 รายการ อภิปรายได้ว่า กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กำหนดให้พัฒนาศักยภาพพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขให้มีความเชี่ยวชาญ (Mastery) มีความสุขในการทำงาน และสร้างความเข้มแข็งขององค์กรเนื่องจากประเด็นยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ของกระทรวงสาธารณสุข มีเป้าหมายที่จะให้กำลังคนด้านสุขภาพในระดับ ปังเจกบุคคล เป็นคนดี มีคุณค่า มีความผาสุก ในการทำงาน (Ministry of Public Health, 2018) หากหัวหน้าหอผู้ป่วยมีการบริหารบุคลากรพยาบาลจะส่งผลศักยภาพการดำเนินงานขององค์กร (Darach & Prajusilpa, 2018) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับสมรรถนะภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้ คือ 1 ความคิดรวบยอด วิเคราะห์ และตัดสินใจแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ การเจรจาต่อรอง และการแก้ไขข้อขัดแย้ง (Luangamornlert, 2013; Ruben, 2019) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Alluhaybi et al. (2023) พบว่า ผลของรูปแบบผู้นำที่มีต่อการมีส่วนร่วมในการทำงานในด้านความทุ่มเท การให้ความสนใจต่องาน และความกระตือรือร้นของพยาบาลถูกส่งผ่านความไว้วางใจที่มีต่อผู้นำ รวมทั้งแนวคิดขององค์กรผู้นำทางการพยาบาลของสหรัฐอเมริกา (AONL, 2022) ที่กล่าวถึงสมรรถนะภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ต้องมีความเป็นวิชาชีพ

4. สมรรถนะภาวะผู้นำทางการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการ เป็นเลิศ ประกอบด้วย องค์ประกอบด้านความรู้ 1 รายการ องค์ประกอบด้านทักษะ 7 รายการ องค์ประกอบด้านคุณลักษณะพื้นฐาน 2 รายการ และ องค์ประกอบด้านประสบการณ์ 1 รายการ อภิปรายได้ว่า กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิในภาคตะวันออก กำหนดการดำเนินงานยุทธศาสตร์ ด้วยการบริหารจัดการองค์กรด้วยความโปร่งใส ความซื่อสัตย์ และมีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นองค์กรคุณธรรม สภาการพยาบาล (Luangamornlert, 2013) กำหนดให้สมรรถนะภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องสามารถแก้ไขปัญหาอย่างมีเหตุผล ใช้ไหวพริบและข้อมูลเชิงประจักษ์ Cheevakasemsuk (2016) สรุปสมรรถนะของผู้นำทางการพยาบาลในอนาคตที่กล่าวถึงการจัดการ ผลการวิจัยนี้สนับสนุนงานวิจัยของ Raimaturapong and Oumtane (2019) ที่พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีสมรรถนะด้านการบริหารจัดการ และต้องมีสมรรถนะด้านคุณธรรมและจริยธรรม และสอดคล้องกับสมรรถนะภาวะผู้นำของผู้จัดการทางการพยาบาลสหรัฐอเมริกา (AONL, 2022) ที่กล่าวถึงองค์ประกอบด้านความเป็นวิชาชีพ ทักษะและหลักการธุรกิจ และ ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพของสมรรถนะภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย และแนวคิดเรื่ององค์ประกอบของภาวะผู้นำของ Ruben (2019) ที่กล่าวว่า ประสบการณ์ เป็นส่วนหนึ่งของสมรรถนะด้านตำแหน่งงาน

โดยสรุป ผลการวิจัยนี้ พบว่าองค์ประกอบด้านประสบการณ์ และองค์ประกอบย่อยของสมรรถนะภาวะผู้นำของผู้จัดการทางการพยาบาลสหรัฐอเมริกามีความเกี่ยวข้องกับสมรรถนะภาวะผู้นำทางการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์สาธารณสุข 20 ปี ในยุคประเทศไทย 4.0 ซึ่งเป็นองค์ความรู้ใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อการบริหารการพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารบุคคล เจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหารทรัพยากรมนุษย์และผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถใช้ข้อค้นพบเกี่ยวกับสมรรถนะภาวะผู้นำทางการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นแนวทางในการสรรหาบุคลากร
2. การพัฒนาบุคลากร ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถใช้ข้อค้นพบเกี่ยวกับสมรรถนะภาวะผู้นำทางการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นแนวทางในการจัดการอบรมเพื่อพัฒนาบุคลากรเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยและรวมทั้งจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ข้อค้นพบเกี่ยวกับสมรรถนะภาวะผู้นำทางการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นแนวทางในการวิจัยเพื่อสร้างเครื่องมือประเมินสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยได้
2. ข้อค้นพบเกี่ยวกับสมรรถนะภาวะผู้นำทางการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นแนวทางในการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะภาวะผู้นำทางการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยด้วยวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารทางการพยาบาลทุกท่านที่เห็นความสำคัญของงานวิจัยนี้และสละเวลาเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

References

- Alluhaybi, A., Wilson, A., Usher, K., & Durkin, J. (2023). Impact of nurse manager leadership styles on work engagement: A systematic literature review. *Journal of Nursing Management*, 2023(1), 5090276. <https://doi.org/10.1111/jonm.5090276>

- American Organization of Nurse Executives [AONE]. (2011). *The AONE nurse executive competencies*. Chicago: American Organization of Nurse Executives.
- American Organization for Nursing Leadership [AONL]. (2021). *AONL nurse leader competencies*. Retrieved from <https://www.aonl.org/resources/nurse-leader-competencies>
- Australian College of Nursing [ACN]. (2015). *Leadership capability framework for nursing and midwifery*. Retrieved from <https://www.acn.edu.au/leadership-capability-framework>
- Berg, B. L. (2004). *Qualitative research methods for the social sciences* (5th ed.). Boston, MA: Pearson Education.
- Cheevakasemsuk, A. (2016). *Nurse leader competency*. Bangkok: House of Curmist Company. [In Thai]
- Darach, N., & Prajusilpa, K. (2018). Competencies of first-line nurse administrators at Bangkok Hospital Medical Center. *Journal of Public Health Nursing (JOPN)*, 10(2), 244-252. [In Thai]
- Department of Older Persons Affairs. (2025). *Situation of the Thai older persons 2025*. Bangkok: Department of Older Persons Affairs. [In Thai]
- Jiradhamakhun, S., Thepna, A., & Ongmeekeat, T. (2016). *Nursing management in 4G plus era*. Bangkok: TBS Product. [In Thai]
- Kitreerawutiwong, K., Kitreerawutiwong, N., & Wongsawang, N. (2017). Public health in the era of Thailand 4.0. *Journal of Health Science*, 23(Supplement 2), S377-S388. [In Thai]
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1994). Naturalistic inquiry. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 163-194). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Luangamornlert, S. (Ed.). (2013). *Nurse administrator competency*. Bangkok: Juthong Company Limited. [In Thai]
- Ministry of Public Health. (2018). *Strategic plan of the Ministry of Public Health, fiscal year 2018*. Bangkok: Ministry of Public Health.
- Nursing Council of Thailand. (2025). *Specialized nursing training program for nurse managers: Competency framework and curriculum* (Curriculum development team). Bangkok, Thailand: Nursing Council of Thailand. [In Thai]
- Nursing Division, Ministry of Public Health, Thailand. (2018). *Translating strategy into practice at organizational and individual nursing levels*. https://www.moph.go.th/download/nursing_strategy_2018.pdf [In Thai]
- Okoli, C., & Pawlowski, S. D. (2004). The Delphi method as a research tool: An example, design considerations and applications. *Information & Management*, 42(1), 15-29.
- Raimaturapong, J., & Oumtanee, A. (2019). The development of head nurses' competency scale, Samutprakarn Hospital. *Journal of the Police Nurses*, 11(2), 305-315. [In Thai]
- Rienthong, J. (2024). The development of a social care network for people with disabilities to advocate primary health care in Buddhasothorn Hospital. *Buddhasothorn Hospital Journal*, 40(1), E1-E11. [In Thai]

- Research and Quality Assurance Division, Institute for Knowledge Management and Social Innovation. (2017). *Blueprint Thailand 4.0: Driving Thailand toward prosperity, stability, and sustainability* [PDF]. Bangkok: Institute for Knowledge Management and Social Innovation. Retrieved from https://dsp.dip.go.th/files/article/attachments/dsp/15_BlueprintThailand-4.0.pdf [In Thai]
- Ruben, B. D. (2019). An overview of the leadership competency framework. In *Competencies for effective leadership* (pp. 19-28). Leeds, England: Emerald Publishing. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/333075961_An_Overview_of_the_Leadership_Competency_Framework
- Spencer, L. M., & Spencer, S. M. (1993). *Competency at work: Model for superior performance*. New York: John Wiley and Son.
- Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2022). *Strategic plan of the Ministry of Public Health, fiscal year 2022*. Ministry of Public Health, Thailand. Retrieved from https://www.moph.go.th/download/strategic_plan_2022.pdf [In Thai]

ประสบการณ์การจัดการยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชน จังหวัดอุดรดิตถ์

อรุณรัตน์ พรหมมา, วท.ม.¹ นัยนา แก้วคง, พย.ม.^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชน จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยใช้แนวทาง Interpretive Phenomenological Analysis (IPA) คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง จำนวน 14 คน ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคเรื้อรัง 2 โรคขึ้นไปและได้รับยาอย่างน้อย 5 รายการต่อวัน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงโครงสร้างและวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทาง IPA 6 ขั้นตอน ตรวจสอบความน่าเชื่อถือตามเกณฑ์ของ Lincoln และ Guba

ผลการวิจัยพบประเด็นหลัก 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ภาระและความท้าทายในการจัดการยา ซึ่งครอบคลุมความซับซ้อนของสูตรยา ผลข้างเคียงที่รบกวนชีวิต และภาระทางเศรษฐกิจ 2) การรับรู้และทัศนคติต่อการใช้ยาที่ประกอบด้วยการยอมรับที่ค่อยเป็นค่อยไป ความกังวลต่อผลระยะยาว และความเชื่อด้านการแพทย์พื้นบ้าน 3) กลยุทธ์การจัดการยาด้วยตนเอง ที่แสดงให้เห็นความคิดสร้างสรรค์และการตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วย และ 4) เครือข่ายสนับสนุนและปฏิสัมพันธ์กับระบบสุขภาพ ที่เน้นบทบาทสำคัญของครอบครัว ความสัมพันธ์กับบุคลากรสุขภาพ และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ

จากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการจัดการยาเป็นกระบวนการเชิงรุกที่ซับซ้อน พยาบาลวิชาชีพควรบูรณาการการประเมินประสบการณ์การจัดการยาในบริบทชีวิตจริงของผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการพยาบาล เพื่อสนับสนุนการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในระดับชุมชน

คำสำคัญ: การจัดการยา การใช้ยาหลายขนาน โรคเรื้อรังหลายโรค ประสบการณ์ที่มีชีวิต ชุมชน

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้เขียนหลัก e-mail: naiyana.k@unc.ac.th

Experiences of Polypharmacy Management among Patients with Multiple Chronic Diseases in Uttaradit Province

Arunrat Phomma, M.Sc.¹, Naiyana Kaewkhong, M.N.S.^{1*}

Abstract

This qualitative study aimed to explore medication management experiences among patients with multiple chronic diseases living in the community, Uttaradit Province, Thailand. Interpretive Phenomenological Analysis (IPA) was employed as the research methodology. Fourteen participants were purposively recruited based on having two or more chronic conditions and taking five or more medications daily. Data were collected through semi-structured in-depth interviews and analyzed using the six-step IPA process. Trustworthiness was established according to Lincoln and Guba's criteria.

The results revealed that four super-ordinate themes emerged from the analysis: 1) burden and challenges in medication management, encompassing regimen complexity, side effects disrupting daily life, and economic burden; 2) perceptions and attitudes toward medications, comprising gradual acceptance, concerns about long-term effects, and reliance on traditional folk medicine beliefs; 3) self-management strategies, revealing patients' creativity and autonomous decision-making in daily medication practices; and 4) support networks and interactions with the health system, highlighting the critical roles of family support, relationships with healthcare professionals, and access barriers in rural contexts.

These findings demonstrate that medication management constitutes an active, multidimensional process embedded in patients' lived realities. Nurses should integrate assessment of patients' medication management experiences within real-life contexts into nursing practice, thereby advancing rational drug use at the community level.

Key words: Medication management, Polypharmacy, Multiple chronic diseases, Lived experience, Community

¹ Instructors, Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author e-mail: naiyana.k@unc.ac.th

บทนำ

การใช้ยาหลายขนาน (Polypharmacy) ซึ่งนิยามโดยทั่วไปว่าการได้รับยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไปพร้อมกัน ได้รับการยอมรับในวงวิชาการว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญในระดับโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน (Kim et al., 2024) การทบทวนวรรณกรรมแบบ Umbrella Review ที่ครอบคลุมงานวิจัย 295 รายการ จากผู้เข้าร่วมกว่า 59 ล้านคนใน 41 ประเทศทั่วโลก พบว่าความชุกของ Polypharmacy ในประชากรทั่วไปอยู่ที่ร้อยละ 37 และสูงถึงร้อยละ 59 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง (Frailty) โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามการขยายตัวของโรคเรื้อรังและสังคมผู้สูงอายุทั่วโลก (Kim et al., 2024) ในขณะที่การทบทวนอย่างเป็นระบบล่าสุดยังพบว่าความชุกของ Multimorbidity และ Polypharmacy มีความแปรปรวนสูงในแต่ละบริบท สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการศึกษาเชิงลึกในระดับชุมชน (Hossain, Ahmed, & Chowdhury, 2024) ผลกระทบของ Polypharmacy ต่อสุขภาพผู้ป่วยนั้นมีหลักฐานทางวิชาการที่ชัดเจน การศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 544 ราย พบว่า Polypharmacy สัมพันธ์กับการลดลงของคุณภาพชีวิตในมิติทางกายภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งเมื่อวัดด้วย EQ-5D-5L ($\beta = -0.12$; $p = .008$) และ SF-12 PCS ($\beta = -0.15$; $p = .002$) แม้จะควบคุมตัวแปรทางด้านอายุ เพศ การศึกษา และ Multimorbidity แล้วก็ตาม (Van Wilder et al., 2022) นอกจากนี้ Polypharmacy ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อปฏิกริยาระหว่างยา อาการไม่พึงประสงค์จากยา ภาวะหกล้ม และการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ซึ่งส่งผลให้ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นทั้งในระดับบุคคลและระบบสุขภาพ (Van Wilder et al., 2022)

มิติที่ท้าทายยิ่งกว่าด้านระบาดวิทยา คือมิติของประสบการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญในการดำรงชีวิตร่วมกับการจัดการยาหลายขนาน การศึกษาเชิงคุณภาพโดย Mannheimer et al. (2022) ซึ่งสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการดูแลที่บ้านในประเทศสวีเดนและมีจำนวนยาเฉลี่ย 11 รายการ พบว่าผู้ป่วยมีความหลากหลายอย่างมีนัยสำคัญในการรับรู้และรับมือกับ Polypharmacy บางรายมีความพึงพอใจในการรักษา ขณะที่บางรายประสบกับความกังวลและความไม่สบายใจอย่างรุนแรง จนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการใช้ยา นอกจากนี้ยังพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพเป็นปัจจัยกำหนดหลักของทัศนคติและการตัดสินใจเกี่ยวกับยา ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของแนวทางการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Person-centred Care) ในการจัดการ Polypharmacy อย่างมีประสิทธิภาพ การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบโดย Xin, Yuanxing, Jiaming, and Xue (2025) ซึ่งรวบรวมงานวิจัยจากหลายประเทศและหลากหลายวัฒนธรรม พบว่าประสบการณ์ Polypharmacy ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค ประกอบด้วย 4 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ความยากลำบากและความท้าทายในการจัดการยาในชีวิตประจำวัน การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ระดับการยึดมั่นต่อการรักษาที่ลดลง และความต้องการการสนับสนุนจากหลายฝ่ายทั้งครอบครัว บุคลากรสุขภาพ และชุมชน โดยเน้นว่าบริบททางวัฒนธรรมและระบบสุขภาพของแต่ละประเทศมีอิทธิพลต่อประสบการณ์เหล่านี้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับผลการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพโดย Cheng, Yu, and Wang (2023) ที่พบว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการระบุปัญหา Polypharmacy และการสนับสนุนการจัดการยา แต่ยังมีช่องว่างกับความซับซ้อนและอุปสรรคหลายประการในการนำแนวทางดังกล่าวไปปฏิบัติในบริบทจริง

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ผู้วิจัยพบว่างานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ดำเนินการในบริบทตะวันตกและเอเชียตะวันออก ซึ่งมีลักษณะโครงสร้างครอบครัว วัฒนธรรม และรูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพที่แตกต่างจากบริบทชุมชนไทยอย่างมีนัยสำคัญ แม้ว่างานวิจัยด้าน Polypharmacy จะมีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องในระดับสากล ทว่างานวิจัยเชิงคุณภาพที่มุ่งทำความเข้าใจประสบการณ์ที่มีชีวิต (Lived Experience) ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชนของประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดอุดรธานีซึ่งเป็นจังหวัดกึ่งชนบทที่มีลักษณะโครงสร้างครอบครัว วัฒนธรรม และรูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวนั้น ยังคงมีอยู่อย่างจำกัดมาก ช่องว่างดังกล่าวทำให้การพัฒนาแนวทางการพยาบาลและการสนับสนุนการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (Rational Drug Use: RDU) ที่สอดคล้องกับความต้องการและบริบทชีวิตจริงของผู้ป่วยในพื้นที่ยังขาดฐานความรู้ที่เพียงพอ การวิจัยเชิงคุณภาพจึงเป็นแนวทาง

ที่เหมาะสมอย่างยิ่งในการสำรวจมิติเหล่านี้ เนื่องจากช่วยให้สามารถเข้าถึงความหมาย กระบวนการตัดสินใจ และกลยุทธ์การจัดการยาจากมุมมองของผู้ป่วยได้อย่างลึกซึ้งและรอบด้าน (Mannheimer et al., 2022) การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชน จังหวัดอุดรธานี เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้ไปพัฒนาแนวทางการพยาบาลและการสนับสนุนการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในบริบทชุมชนไทยต่อไป

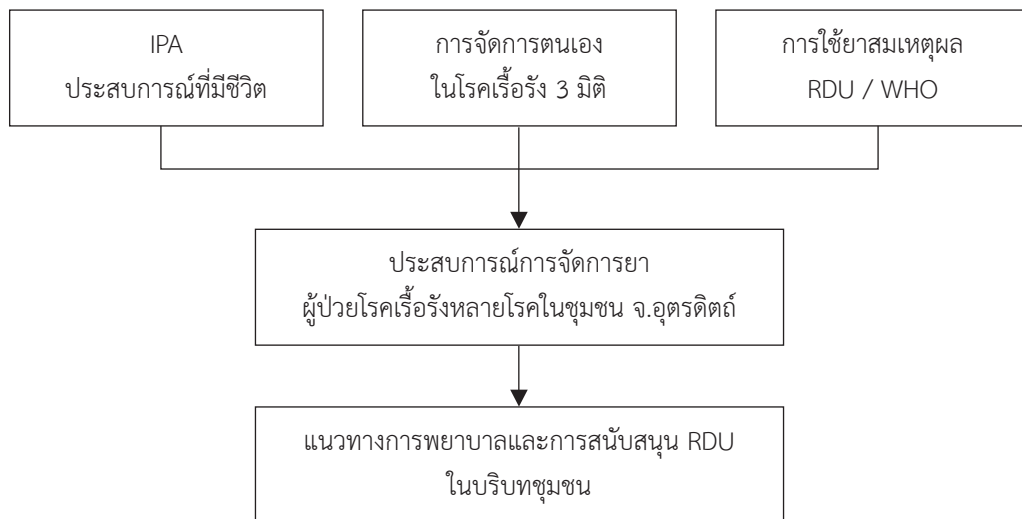
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชน จังหวัดอุดรธานี ในเชิงความหมายและการตีความที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นจากประสบการณ์ที่มีชีวิต (Lived Experiences) ตามแนวทาง IPA เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้ไปพัฒนาแนวทางการพยาบาลและการสนับสนุนการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (Rational Drug Use: RDU) ในบริบทชุมชนไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้บูรณาการกรอบแนวคิด 3 ฐานเข้าด้วยกัน เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชนได้อย่างรอบด้าน ฐานแรกคือแนวคิด Interpretive Phenomenological Analysis (IPA) ของ Smith, Flowers, and Larkin (2009) ซึ่งมีรากฐานทางปรัชญาจากปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl ที่มุ่งศึกษาประสบการณ์ที่มีชีวิต (Lived Experience) ในแง่ของตัวมันเอง และพฤติกรรมศาสตร์ตีความของ Heidegger ที่เน้นการทำความเข้าใจในเชิงบริบท รวมถึงหลักการ Idiography ที่เจาะลึกประสบการณ์รายบุคคลก่อนข้ามไปสู่ภาพรวม แนวคิดนี้กำหนดให้ผู้วิจัยไม่เพียงบันทึกสิ่งที่ผู้ป่วยถ่ายทอด แต่ต้องเข้าร่วมตีความความหมายที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นจากประสบการณ์นั้นด้วยโดยผ่านกระบวนการตีความแบบสองชั้น (Double Hermeneutic) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของ IPA ซึ่งเหมาะสมอย่างยิ่งกับปรากฏการณ์การจัดการยาที่มีความซับซ้อน คลุมเครือ และเชื่อมโยงกับอารมณ์ความรู้สึกอย่างลึกซึ้ง ฐานที่สองคือแนวคิดการจัดการตนเองในโรคเรื้อรัง (Chronic Disease Self-Management) ซึ่งครอบคลุม 3 มิติ ได้แก่ มิติการจัดการทางการแพทย์ เช่น การกินยาตรงเวลาและการติดตามอาการ มิติการจัดการทางบทบาท เช่น การปรับวิถีชีวิตให้สอดคล้องกับตารางการใช้ยา และมิติการจัดการทางอารมณ์ เช่น การรับมือกับภาวะและความกังวลจากการใช้ยาหลายขนาน (Jin et al., 2024) กรอบนี้ทำให้การวิเคราะห์ข้อมูลครอบคลุมประสบการณ์การจัดการยาได้อย่างเป็นองค์รวม ไม่จำกัดเพียงมิติการปฏิบัติตามการรักษา ฐานที่สามคือแนวคิดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (Rational Drug Use: RDU) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2019) ซึ่งกำหนดว่าผู้ป่วยควรได้รับยาที่เหมาะสมกับโรค ในขนาดและระยะเวลาที่เพียงพอ ด้วยราคา que ผู้ป่วยและชุมชนสามารถจ่ายได้ กรอบนี้ทำหน้าที่เป็นเลนส์ในการตีความว่าประสบการณ์ที่ผู้ป่วยถ่ายทอดนั้นสะท้อนช่องว่างหรืออุปสรรคต่อการใช้อย่างสมเหตุสมผลในบริบทชุมชนอย่างไร และเพื่อเชื่อมผลวิจัยเข้ากับนโยบาย RDU ของประเทศไทยได้อย่างตรงจุด

การบูรณาการกรอบแนวคิดทั้ง 3 ฐานนี้มีความสอดคล้องและเสริมกันในเชิงตรรกะ กล่าวคือ IPA ทำหน้าที่เป็นแนวทางระเบียบวิธีในการเข้าถึงประสบการณ์ที่มีชีวิตของผู้ป่วย แนวคิดการจัดการตนเองในโรคเรื้อรังทำหน้าที่เป็นกรอบการวิเคราะห์ที่ช่วยให้การตีความข้อมูลครอบคลุมทั้ง 3 มิติอย่างเป็นระบบ และแนวคิด RDU ทำหน้าที่เป็นเลนส์เชื่อมโยงผลการวิจัยเข้ากับนโยบายสำคัญในเชิงนโยบายและการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้การวิจัยสามารถทำความเข้าใจประสบการณ์การจัดการยาได้ในมิติส่วนบุคคล มิติสังคมวัฒนธรรม และมีตรรกะสุขภาพพร้อมกัน อันจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ตามแนวทาง Interpretive Phenomenological Analysis (IPA) ซึ่งมุ่งทำความเข้าใจประสบการณ์ที่มีชีวิต (Lived Experience) ของบุคคลในเชิงลึก ผ่านกระบวนการตีความแบบสองชั้น (Double Hermeneutic) กล่าวคือ ผู้วิจัยพยายามทำความเข้าใจความหมายที่ผู้ให้ข้อมูลสร้างขึ้นจากประสบการณ์ของตนเอง ในขณะที่ผู้วิจัยก็ตีความความหมายนั้นผ่านมุมมองทางวิชาการและประสบการณ์คลินิกของผู้วิจัยด้วย (Smith et al., 2009) IPA เหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับการศึกษาปรากฏการณ์ที่มีความซับซ้อน คลุมเครือ และเชื่อมโยงกับอารมณ์ความรู้สึกอย่างลึกซึ้ง เช่น ประสบการณ์การจัดการยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชน

ประชากรและกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ประชากรของการวิจัยนี้คือผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดอุตรดิตถ์ คัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามหลักการของ IPA ที่เน้นกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและมีความเป็นเนื้อเดียวกัน (Homogeneous Sample) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สะท้อนประสบการณ์ร่วมของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลอย่างแท้จริง (Smith et al., 2009)

การเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลดำเนินการโดยประสานงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในจังหวัดอุตรดิตถ์ โดยขอความร่วมมือจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ให้ช่วยคัดกรองและแนะนำผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้า จากนั้นผู้วิจัยติดต่อผู้ป่วยโดยตรงเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในกรณีที่จำเป็น ใช้วิธีสุ่มแบบก้อนหิมะ (Snowball Sampling) เสริม โดยให้ผู้ให้ข้อมูลที่เข้าร่วมแล้วแนะนำผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมรายอื่นในชุมชนเดียวกัน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ผู้ให้ข้อมูลต้องมีคุณสมบัติครบทุกข้อดังนี้ ได้แก่ (1) ได้รับการวินิจฉัยโรคเรื้อรัง 2 โรคขึ้นไป เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือโรคหลอดเลือดหัวใจ (2) รับประทานอย่างน้อย 5 รายการต่อวันอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือน ตามนิยาม Polypharmacy ที่ยอมรับในวงวิชาการ (3) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป (4) อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดอุตรดิตถ์ ไม่น้อยกว่า 6 เดือน (5) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และ (6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในใบยินยอม

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ผู้ที่มีคุณสมบัติต่อไปนี้ไม่เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ (1) มีความบกพร่องทางการรับรู้ที่ส่งผลต่อความสามารถในการสื่อสาร (2) มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันในช่วงที่เก็บข้อมูล และ (3) เคยเข้าร่วมการวิจัยที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการใช้ยาในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เพื่อป้องกันอคติจากการเรียนรู้

จำนวนผู้ให้ข้อมูล ขนาดของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย IPA มักอยู่ระหว่าง 6-15 คน โดยไม่มุ่งเน้นความอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) เช่นเดียวกับ Grounded theory แต่เน้นความลึกของการวิเคราะห์รายบุคคลเป็นสำคัญ (Smith et al., 2009) การวิจัยครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 14 คน ซึ่งอยู่ในช่วงที่เหมาะสมตามหลักการ IPA และเป็นจำนวนที่เพียงพอต่อการวิเคราะห์เชิงลึกรายบุคคลตามแนวทางของ Smith et al. (2009)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือหลักของการวิจัยนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured In-Depth Interview Guide) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงจากกรอบแนวคิดการวิจัยและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยคำถามหลัก (Grand Tour Questions) จำนวน 5-7 ข้อ และคำถามเจาะลึก (Probe Questions) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลบรรยายประสบการณ์ได้ครบถ้วนและลึกซึ้งยิ่งขึ้น โครงสร้างคำถามออกแบบให้ยืดหยุ่น เพื่อเปิดพื้นที่ให้ผู้ให้ข้อมูลนำเสนอสิ่งที่มีความหมายต่อตนเองได้อย่างอิสระ ตัวอย่างคำถามหลัก ได้แก่

- (1) “ช่วยเล่าถึงชีวิตประจำวันของท่านกับการกินยาหลายชนิดให้ฟังได้ไหมคะ/ครับ”
- (2) “ท่านรู้สึกอย่างไรกับการที่ต้องกินยาหลายชนิดทุกวัน”
- (3) “ท่านมีวิธีการหรือจดจำการกินยาอย่างไร”
- (4) “มีครั้งไหนบ้างที่ท่านรู้สึกยากลำบากในการกินยา และท่านจัดการกับสถานการณ์นั้นอย่างไร”
- (5) “ครอบครัวหรือบุคลากรสุขภาพมีส่วนช่วยท่านในเรื่องการกินยาอย่างไรบ้าง”

ทั้งนี้ คำถามเจาะลึก (Probe Questions) ที่ใช้ประกอบ ได้แก่ “ช่วยเล่าให้ละเอียดขึ้นได้ไหมคะ/ครับ” “ท่านหมายความว่าอย่างไร” และ “มีตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมไหมคะ/ครับ” เพื่อกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลขยายความประสบการณ์ของตนได้อย่างลึกซึ้ง

ส่วนที่ 2 บันทึกภาคสนาม (Field Notes) บันทึกบรรยากาศ พฤติกรรมที่สังเกตได้ และข้อสังเกตของผู้วิจัยระหว่างการสัมภาษณ์ เพื่อเพิ่มความสมบูรณ์ของข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแนวคำถามสัมภาษณ์โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ การพยาบาลอายุรศาสตร์ และเภสัชวิทยาคลินิก จากนั้นนำไปทดสอบนำร่อง (Pilot Testing) กับผู้ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล 2-3 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของคำถามและปรับภาษาให้เหมาะสมกับบริบทชุมชน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลผ่านการประสานงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุดรธานี เมื่อได้รับการยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลแล้ว นักหมายสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ณ สถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกและเป็นส่วนตัว เช่น บ้านพักหรือห้องพักของสถานบริการ โดยการสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45-90 นาที บันทึกเสียงด้วยเครื่องบันทึกเสียงดิจิทัลพร้อมรับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล และผู้วิจัยบันทึกภาคสนามควบคู่กันไปตลอดการสัมภาษณ์ ภายหลังการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยถอดคำสัมภาษณ์เป็นลายลักษณ์อักษรแบบคำต่อคำ (Verbatim Transcription) ภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อรักษาความสดใหม่ของบริบทและความหมายที่สื่อออกมา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทาง IPA ของ Smith et al. (2009) ซึ่งดำเนินการแบบวนซ้ำ (Iterative) ใน 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 อ่านและอ่านซ้ำ (Reading and Re-reading) ผู้วิจัยอ่านบทถอดเทปแต่ละรายการหลายครั้ง พร้อมทั้งเสียงบันทึกควบคู่กัน เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและจมอยู่กับข้อมูล (Immersion in Data)

ขั้นตอนที่ 2 บันทึกเบื้องต้น (Initial Noting) บันทึกสิ่งที่สังเกตเห็นในบทถอดเทปอย่างละเอียด ทั้งในระดับพรรณนา (Descriptive) อารมณ์ความรู้สึก (Emotional) และการตีความ (Interpretive) โดยไม่กรองหรือคัดทิ้งสิ่งใด

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาหัวข้อย่อยที่ปรากฏขึ้น (Developing Emergent Themes) แปลงบันทึกเบื้องต้นให้กลายเป็นหัวข้อย่อยที่มีความเป็นนามธรรมสูงขึ้น โดยยังคงเชื่อมโยงกับบริบทของข้อมูลต้นฉบับ

ขั้นตอนที่ 4 ค้นหาความเชื่อมโยงระหว่างหัวข้อย่อย (Searching for Connections) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างหัวข้อย่อยภายในรายเดียวกัน เพื่อระบุหัวข้อหลักที่มีนัยสำคัญ

ขั้นตอนที่ 5 ย้ายไปยังรายถัดไป (Moving to the Next Case) ทำซ้ำขั้นตอนที่ 1-4 กับผู้ให้ข้อมูลรายถัดไปแต่ละราย โดยวางวงเล็บ (Bracket) ความเข้าใจที่ได้จากรายก่อนหน้า เพื่อรักษาความเป็น Idiographic

ขั้นตอนที่ 6 ค้นหารูปแบบร่วมระหว่างราย (Looking for Patterns Across Cases) นำหัวข้อที่ได้จากรายมาเปรียบเทียบ เพื่อระบุหัวข้อหลักร่วม (Super-Ordinate Themes) ที่สะท้อนทั้งความเหมือนและความแตกต่างในประสบการณ์ของกลุ่ม

การวิเคราะห์ทั้งหมดดำเนินการโดยผู้วิจัยหลัก และสอบทานโดยผู้วิจัยร่วมเพื่อลดอคติในการตีความ

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การวิจัยนี้ยืนยันความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness) ตามเกณฑ์ของ Lincoln และ Guba อันประกอบด้วย 4 ด้าน (Ahmed, 2024) ดังนี้

ด้านความน่าเชื่อถือ (Credibility) ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบสมาชิก (Member Checking) โดยส่งผลการวิเคราะห์เบื้องต้นกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของการตีความ รวมทั้งใช้การสนทนากลุ่มย่อยกับผู้เชี่ยวชาญ (Peer Debriefing) เพื่อตรวจสอบความสมเหตุสมผลของประเด็นที่วิเคราะห์ได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยบันทึก Reflexive Journal ตลอดกระบวนการวิจัยเพื่อตระหนักถึงอคติและสมมติฐานของตนเอง

ด้านการถ่ายโอนได้ (Transferability) ผู้วิจัยให้ข้อมูลเชิงลึก (Thick Description) เกี่ยวกับบริบทของการวิจัย ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล และกระบวนการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด เพื่อให้ผู้อ่านสามารถประเมินได้ว่าผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่คล้ายคลึงกันได้หรือไม่

ด้านความสม่ำเสมอ (Dependability) จัดทำ Audit Trail โดยบันทึกกระบวนการตัดสินใจในการวิเคราะห์ทุกขั้นตอน เพื่อให้สามารถตรวจสอบย้อนกลับและยืนยันความสม่ำเสมอของกระบวนการวิเคราะห์ได้

ด้านความเป็นกลาง (Confirmability) ผู้วิจัยนำเสนอคำพูดตรงของผู้ให้ข้อมูล (Verbatim Quotes) เป็นหลักฐานสนับสนุนการตีความทุกประเด็น พร้อมบันทึก Reflexive Journal เพื่อแสดงให้เห็นว่าข้อสรุปได้มาจากข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล ไม่ใช่จากการคาดเดาของผู้วิจัย

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครดิตถ์ เลขที่ BCNUT REC No. 007/2569 วันที่ 20 มกราคม 2569 ผู้ให้ข้อมูลทุกรายได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเข้าร่วม ความเสี่ยงและประโยชน์ที่อาจได้รับ รวมถึงสิทธิในการถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ผิดผลกระทบต่อการรับบริการ การลงนามในใบยินยอม (Informed Consent) ทำก่อนเริ่มการสัมภาษณ์

ทุกครั้ง ข้อมูลทั้งหมดเก็บรักษาอย่างเป็นความลับ กำหนดรหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล และจัดเก็บในระบบที่ปลอดภัยตลอดระยะเวลาการวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 14 คน เป็นเพศหญิง 9 คน (ร้อยละ 64.3) และเพศชาย 5 คน (ร้อยละ 35.7) มีอายุระหว่าง 52-78 ปี อายุเฉลี่ย 64.3 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 10 คน (ร้อยละ 71.4) และมีมัธยมศึกษา 4 คน (ร้อยละ 28.6) ผู้ให้ข้อมูลทุกรายอาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดอุดรธานี โดยมีโรคเรื้อรัง 2-5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคไตเรื้อรัง และโรคข้อเข่าเสื่อม รับประทานยาเฉลี่ย 6.8 รายการต่อวัน (ช่วง 5-12 รายการ) และมีระยะเวลาการใช้ยาต่อเนื่องเฉลี่ย 7.4 ปี รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (n = 14)

รหัส	เพศ	อายุ (ปี)	โรคเรื้อรัง	จำนวนยา (รายการ/วัน)	ระยะเวลาใช้ยา (ปี)
P01	หญิง	68	DM, HT, DLP	7	10
P02	ชาย	72	DM, HT, CKD	9	12
P03	หญิง	58	HT, DLP, OA	6	5
P04	ชาย	75	DM, HT, DLP, CKD	11	15
P05	หญิง	52	DM, HT	5	3
P06	หญิง	63	DM, DLP, OA	7	8
P07	ชาย	70	DM, HT, CKD, DLP	12	14
P08	หญิง	66	HT, DLP, OA	6	7
P09	หญิง	78	DM, HT, DLP, CKD, OA	10	18
P10	ชาย	61	DM, HT	5	4
P11	หญิง	55	HT, DLP	5	3
P12	ชาย	74	DM, HT, CKD	8	11
P13	หญิง	60	DM, DLP, OA	7	6
P14	หญิง	65	DM, HT, DLP	8	9

หมายเหตุ: DM = เบาหวาน, HT = ความดันโลหิตสูง, DLP = ไขมันในเลือดสูง, CKD = โรคไตเรื้อรัง, OA = ข้อเข่าเสื่อม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทาง IPA พบประเด็นหลัก (Super-Ordinate Themes) จำนวน 4 ประเด็น ครอบคลุมประสบการณ์การจัดการยาของผู้ให้ข้อมูลในมิติที่หลากหลาย โดยแต่ละประเด็นหลักสะท้อนความหมายและการตีความที่ผู้ให้ข้อมูลสร้างขึ้นจากประสบการณ์ที่มีชีวิตในการจัดการยา แต่ละประเด็นหลักประกอบด้วยประเด็นย่อย (Subordinate Themes) ที่สะท้อนความลึกและความซับซ้อนของประสบการณ์ที่มีชีวิต ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่พบจากการวิเคราะห์

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
1. ภาระและความท้าทายในการจัดการยา	1.1 ความซับซ้อนของสูตรยา 1.2 ผลข้างเคียงที่รบกวนชีวิตประจำวัน 1.3 ภาระทางเศรษฐกิจจากค่าใช้จ่ายด้านยา
2. การรับรู้และทัศนคติต่อการใช้ยา	2.1 การยอมรับและปรับตัวต่อการใช้ยาระยะยาว 2.2 ความสงสัยและความกังวลต่อผลของยา 2.3 ความเชื่อด้านสุขภาพและการแพทย์พื้นบ้าน
3. กลยุทธ์การจัดการยาดด้วยตนเอง	3.1 การสร้างระบบและวิธีการจัดยาเฉพาะตัว 3.2 การปรับพฤติกรรมและตารางชีวิต 3.3 การตัดสินใจเกี่ยวกับการกินหรือหยุดยาดด้วยตนเอง
4. เครือข่ายสนับสนุนและปฏิสัมพันธ์กับระบบสุขภาพ	4.1 บทบาทของครอบครัวและผู้ดูแล 4.2 ความสัมพันธ์กับบุคลากรสุขภาพ 4.3 การเข้าถึงบริการและอุปสรรคในชุมชน

ประเด็นหลักที่ 1 ภาระและความท้าทายในการจัดการยา

ผู้ให้ข้อมูลทุกรายแสดงให้เห็นว่าการจัดการยาหลายขนานเป็นภาระที่มีความซับซ้อนและเป็นรูปธรรมในชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายให้ความหมายต่อภาระดังกล่าวแตกต่างกันออกไปตามบริบทชีวิตและประสบการณ์ส่วนตัว ซึ่งปรากฏใน 3 ประเด็นย่อยที่เชื่อมโยงกันอย่างลึกซึ้ง

1.1 ความซับซ้อนของสูตรยา

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่าความซับซ้อนของตารางยา ไม่ว่าจะเป็นจำนวนยาที่ต้องกิน เวลาที่ต้องกิน และเงื่อนไขพิเศษของยาแต่ละตัว ก่อให้เกิดความสับสนและความผิดพลาดได้ง่าย โดยเฉพาะในผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคและได้รับยามากกว่า 8 รายการขึ้นไป

“กินยาเช้า สาม เม็ด กลางวัน สอง เม็ด เย็น อีก สี่ เม็ด แล้วก่อนนอนอีก หนึ่ง เม็ด บางทีจำไม่ได้ว่ากินแล้วหรือยัง ต้องมานั่งนับเม็ดยาในแผงทุกวัน” (P07, ชาย, 70 ปี, ยา 12 รายการ)

“ยาตัวนี้ต้องกินพร้อมอาหาร ตัวนั้นต้องกินก่อนอาหาร ตัวโน้นห้ามกินพร้อมน้ำส้ม มันยุ่งยากอะ บางทีก็ไม่ว่ากินถูกไหม” (P09, หญิง, 78 ปี, ยา 10 รายการ)

ผู้ให้ข้อมูลบางรายพัฒนาวิธีการจดจำส่วนตัว เช่น การเขียนตารางยาติดไว้ที่ผนังบ้าน หรือใช้กล่องยารายวัน แต่ยังคงพบความท้าทายเมื่อต้องเดินทางออกนอกบ้าน

“ผมทำตารางยาแปะไว้ที่ตู้เย็น แต่พอต้องไปไหนหลายวัน ก็ยุ่งละ ต้องเอายาไปทุกขวด กลัวกินผิด กลัวลืม” (P04, ชาย, 75 ปี, ยา 11 รายการ)

1.2 ผลข้างเคียงที่รบกวนชีวิตประจำวัน

ผู้ให้ข้อมูลเกือบทุกรายรายงานประสบการณ์ผลข้างเคียงจากยาในระดับที่แตกต่างกัน ตั้งแต่อาการเล็กน้อยที่รบกวนกิจวัตรประจำวัน ไปจนถึงอาการที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ

“กินยาแล้วปวดท้อง คลื่นไส้ตลอด กินข้าวได้น้อยลง น้ำหนักลด รู้สึกอ่อนเพลีย ทำงานบ้านก็ไม่ไหวเหมือนเดิม” (P06, หญิง, 63 ปี)

“ยาขับปัสสาวะนี้ลำบากมากค่ะ ต้องวิ่งเข้าห้องน้ำทั้งวัน ออกไปตลาดก็กังวล ไปงานบุญก็เดือดร้อน เลยหยุดกินเองบางวัน” (P08, หญิง, 66 ปี)

ผลข้างเคียงเหล่านี้มีนัยสำคัญยิ่งกว่าแค่อาการทางกาย เนื่องจากส่งผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาด้วยตนเองในระยะยาว

1.3 ภาระทางเศรษฐกิจจากค่าใช้จ่ายด้านยา

แม้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะได้รับสิทธิบัตรทอง แต่ยังพบภาระค่าใช้จ่ายที่ไม่ครอบคลุม เช่น ค่าเดินทางไปรับยา ค่ายาบางรายการที่ต้องซื้อเพิ่ม และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเมื่อต้องพบแพทย์นอกสิทธิ

“ค่ายาไม่แพง แต่ค่าน้ำมันไปโรงพยาบาลทุกเดือน บางทีต้องให้ลูกพาไป เขาก็เสียเวลา เสียค่าใช้จ่าย รู้สึกเป็นภาระเขา” (P01, หญิง, 68 ปี)

“หมอล้ำยาบำรุงเพิ่ม บัตรทองไม่ครอบคลุม ต้องซื้อเองเดือนละ สาม ร้อยกว่าบาท รายได้จากสวนก็น้อย บางเดือนก็ข้ามไปไม่ซื้อ” (P12, ชาย, 74 ปี)

ประเด็นหลักที่ 2 การรับรู้และทัศนคติต่อการใช้ยา

ประเด็นนี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ให้ข้อมูลมีการตีความและให้ความหมายต่อการใช้ยาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งกระบวนการสร้างความหมายดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้นโดยโดดเดี่ยว แต่ถูกหล่อหลอมโดยประสบการณ์ชีวิตสะสม ความเชื่อ และบริบทวัฒนธรรมท้องถิ่นที่แทรกซึมอยู่ในชีวิตประจำวัน

2.1 การยอมรับและปรับตัวต่อการใช้ยาระยะยาว

ผู้ให้ข้อมูลที่ใชยามานานกว่า 5 ปีส่วนใหญ่แสดงให้เห็นกระบวนการยอมรับที่ผ่านมาอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยบางรายสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงทางความคิดจากการต่อต้านในช่วงแรกสู่การยอมรับที่มีเงื่อนไข

“ตอนแรกก็ไม่อยากกิน กลัวติดยา กลัวไต่พัง แต่พอไม่กินแล้วความดันขึ้นสูง หัวใจเต้นแรง กลัวตาย เลยยอมกิน ตอนนี้ก็ชินแล้ว ถือว่าต้องกินไปตลอดชีวิต” (P14, หญิง, 65 ปี)

“กินยามาสิบ กว่าปีแล้ว มันก็เหมือนกินข้าวมันแหละ ขาดไม่ได้ ถ้าไม่กินก็รู้สึกอะไรบางอย่างไม่ปกติ” (P02, ชาย, 72 ปี)

2.2 ความสงสัยและความกังวลต่อผลของยา

ผู้ให้ข้อมูลจำนวนหนึ่งแสดงถึงความกังวลอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับผลกระทบระยะยาวของการใช้ยาต่อเนื่อง โดยเฉพาะความกลัวว่าจะทำลายอวัยวะสำคัญ

“กังวลเรื่องไตมากที่สุด อ่านฉลากยาแล้วเขียนว่าอาจส่งผลต่อการทำงานของไต แล้วเรากินทีเดียวหลายชนิด ไตจะรับไหวไหม ถ้ามหมอก็ตอบสั้น ๆ ไม่ค่อยอธิบาย” (P05, หญิง, 52 ปี)

“กินยามากแบบนี้ กลัวสะสมในร่างกาย บางทีก็ล่องหยุดกินเองดูว่าร่างกายจะเป็นยังไง ถ้าดีก็หยุดต่อ ถ้าแย่อยากกินใหม่” (P10, ชาย, 61 ปี)

2.3 ความเชื่อด้านสุขภาพและการแพทย์พื้นบ้าน

ผู้ให้ข้อมูลหลายรายสะท้อนให้เห็นการผสมผสานระหว่างความเชื่อการแพทย์แผนตะวันตกกับการแพทย์พื้นบ้านท้องถิ่น ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาโดยตรง

“กินยาหมอก็กิน แต่ก็ดื่มน้ำสมุนไพรด้วย แม่เฒ่าเขาบอกว่าใบหม่อนแก้เบาหวานได้ ลองกินดู น้ำตาลก็ไม่ได้ลงมากนัก แต่ก็ยังกินอยู่ เพื่อช่วยได้บ้าง” (P03, หญิง, 58 ปี)

“ช่วงกินยา กินแตงกวาเยอะ ๆ เขาว่ำล้างไต ไม่รู้จริงไหม แต่ก็กิน เพราะกังวลเรื่องไตเสีย ไม่อยากพึ่งยาอย่างเดียว” (P09, หญิง, 78 ปี)

ประเด็นหลักที่ 3 กลยุทธ์การจัดการยาด้วยตนเอง

ประเด็นนี้เผยให้เห็นความคิดสร้างสรรค์และความสามารถในการปรับตัวของผู้ให้ข้อมูลในการพัฒนาวิธีการจัดการยาที่เหมาะสมกับบริบทชีวิตของตนเอง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมิได้เป็นเพียงผู้รับการรักษาอย่างนิ่งเฉย หากแต่เป็นผู้กระทำการเชิงรุก (Active Agent) ที่สร้างความหมายและตัดสินใจเกี่ยวกับยาบนฐานของประสบการณ์ที่มีชีวิตของตนเอง

3.1 การสร้างระบบและวิธีการจัดยาเฉพาะตัว

ผู้ให้ข้อมูลเกือบทุกรายพัฒนาระบบการจัดการยาที่เป็นเอกลักษณ์ของตนเอง โดยปรับให้เข้ากับวิถีชีวิตและข้อจำกัดเฉพาะตัว

“ใช้กล่องยา 7 วัน แบ่งช่องเช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน แบ่งไว้ตั้งแต่วันอาทิตย์ พอถึงวันก็หยิบได้เลย ไม่ต้องมานับทุกวัน สะดวกดี” (P11, หญิง, 55 ปี)

“ผมวางยาไว้ข้างถ้วยกาแฟ เขาก็กินกาแฟก็กินยาไปด้วยเลย จำไม่ลืม ส่วนยาเย็นวางไว้ข้างหม้อข้าว” (P04, ชาย, 75 ปี)

3.2 การปรับพฤติกรรมและตารางชีวิต

ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนสะท้อนให้เห็นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างมีนัยสำคัญเพื่อรองรับตารางการใช้ยา ซึ่งบ่งบอกถึงการที่ยาได้กลายมาเป็นส่วนหนึ่งของอัตลักษณ์และวิถีชีวิตประจำวัน

“ตอนนี้นอนกลางวันเป็นเวลามากขึ้น เช้า 7 โมง กลางวัน เที่ยง เย็น 6 โมง เพราะต้องกินยาพร้อมอาหาร ถ้าไปไหนก็ต้องวางแผนให้กินข้าวทัน ชีวิตเปลี่ยนไปจากเมื่อก่อนมาก” (P13, หญิง, 60 ปี)

“ไม่กล้าไปไหนไกลแล้วละ กลัวยาหาย กลัวลืมเอายาไป เมื่อก่อนชอบไปเที่ยวกับลูกหลาน ตอนนี้เดินทางไกลก็ต้องวางแผนมาก” (P08, หญิง, 66 ปี)

3.3 การตัดสินใจเกี่ยวกับการกินหรือหยุดยาด้วยตนเอง

ผู้ให้ข้อมูลหลายรายรายงานพฤติกรรมปรับเปลี่ยนการใช้ยาด้วยตนเองโดยไม่ปรึกษาบุคลากรสุขภาพ ซึ่งมักมีเหตุผลที่ชัดเจนและเป็นระบบในมุมมองของผู้ให้ข้อมูลเอง

“ยาบางตัวถ้ากินแล้วมือเท้าชา ก็หยุดกินเองก่อน รอดูว่าอาการจะดีขึ้นไหม ถ้าดีขึ้นก็ไม่กินต่อ ถ้าแย่งค่อยกลับไปหาหมอ ไม่อยากรบกวนหมอทุกเรื่อง” (P10, ชาย, 61 ปี)

“วันไหนไม่สบาย ท้องเสีย ก็หยุดยาเบาหวานก่อน กลัวน้ำตาลต่ำ เพราะกินไม่ได้ ที่ทำแบบนี้เพราะเคยเห็นเพื่อนบ้านน้ำตาลต่ำแล้วเป็นลม กลัวเป็นอย่างนั้น” (P06, หญิง, 63 ปี)

ประเด็นหลักที่ 4 เครือข่ายสนับสนุนและปฏิสัมพันธ์กับระบบสุขภาพ

ประเด็นนี้สะท้อนให้เห็นว่าการจัดการยาไม่ใช่กิจกรรมที่เกิดขึ้นโดยโดดเดี่ยว แต่ถูกกำหนดและหล่อเลี้ยงโดยเครือข่ายความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนทั้งในระดับครอบครัวและระบบสุขภาพ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายให้ความหมายต่อเครือข่ายสนับสนุนนี้แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับคุณภาพของความสัมพันธ์และประสบการณ์ที่สะสมในการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและระบบรอบข้าง

4.1 บทบาทของครอบครัวและผู้ดูแล

ครอบครัวปรากฏเป็นทั้งแหล่งสนับสนุนที่สำคัญและแหล่งความตึงเครียดในบางกรณี ขึ้นอยู่กับลักษณะความสัมพันธ์และความเข้าใจในโรคของสมาชิกครอบครัว

“ลูกสาวช่วยแบ่งยาให้ทุกอาทิตย์ เขาจดตารางให้ด้วย ถ้าไม่มีเขา คงยุ่งมาก เพราะสายตาแยแล้ว อ่านฉลากยาไม่ค่อยออก” (P09, หญิง, 78 ปี)

“สามีก็ไม่ค่อยเข้าใจ เขาบอกว่ากินยาเยอะเกินไป ไม่ดี บางทีเอายาไปซ่อน ทะเลาะกันบ่อยเรื่องนี้ เครียดมาก” (P03, หญิง, 58 ปี)

ผู้ให้ข้อมูลบางรายที่อยู่คนเดียวหรือมีครอบครัวสนใจน้อยแสดงให้เห็นความรู้สึกโดดเดี่ยวในการรับมือกับ
ภาระยา

“อยู่คนเดียว ลูกทำงานต่างจังหวัด ป่วยทีก็ไม่รู้จะถามใคร บางทีก็โทรถามลูก แต่เขาก็ไม่รู้เรื่องยา ก็ต้องจัดการ
เองทุกอย่าง” (P12, ชาย, 74 ปี)

4.2 ความสัมพันธ์กับบุคลากรสุขภาพ

ความสัมพันธ์กับบุคลากรสุขภาพปรากฏเป็นปัจจัยกำหนดทัศนคติและพฤติกรรมการใช้ยาที่สำคัญอย่างยิ่ง โดย
พบทั้งประสบการณ์เชิงบวกและเชิงลบที่ส่งผลต่อความไว้วางใจและการยึดมั่นในการรักษา

“พยาบาลที่ รพ.สต. นี้นี้ดีมาก เขาโทรมาถามทุกเดือนว่ากินยาครบไหม มีปัญหาอะไรไหม รู้สึกว่าเขาใส่ใจ
กินยาตามที่เขาบอกทุกอย่างเลย” (P05, หญิง, 52 ปี)

“ไปพบหมอแต่ละทีรอนาน พอถึงคิวก็พูดแป๊บเดียว ไม่กล้าถามอะไร กลัวรบกวน กลัวหมอไม่ชอบ กลับมา
บ้านแล้วยังสงสัยอยู่ว่ายาตัวนี้กินแล้วได้ผลจริงไหม” (P07, ชาย, 70 ปี)

“พยาบาลอธิบายดี แต่เวลาสั้น จำไม่ค่อยได้ ถ้าได้กระดาษที่เขียนไว้ให้ดูที่บ้านจะดีกว่านี้” (P13, หญิง, 60 ปี)

4.3 การเข้าถึงบริการและอุปสรรคในชุมชน

ผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลหรือมีข้อจำกัดด้านการเดินทางสะท้อนให้เห็นอุปสรรคที่เป็นรูปธรรมต่อการ
เข้าถึงบริการสุขภาพและยา

“บ้านอยู่ไกล รพ.สต. 10 กิโลเมตร ไม่มีรถ ต้องรอรถหยุดงานพาไป บางทียาหมดก่อนวันนัด ก็ต้องข้ามไป
ไม่ได้กินยาต่อเนื่อง” (P04, ชาย, 75 ปี)

“โรงพยาบาลอำเภอไกล ต้องออกเช้าตรู่ รถสองแถวสาย 7 โมง กว่าถึงก็สาย แล้วยังต้องรออีก กลับถึงบ้าน
ป่วยโหมง เหนื่อยมาก อายุมากแล้ว ทุกเดือนเป็นแบบนี้ บางทีอยากขอยานานขึ้นแต่หมอไม่ให้” (P02, ชาย, 72 ปี)

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นว่าประสบการณ์การจัดการยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชน จังหวัด
อุดรดิตถ์ เป็นปรากฏการณ์ที่มีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกันอย่างแนบแน่น ทั้งในมิติของภาระและความท้าทาย การรับรู้
และทัศนคติ กลยุทธ์การจัดการด้วยตนเอง และเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ผู้ให้ข้อมูลทุกรายแสดงให้เห็นว่าการจัดการยา
ไม่ใช่เพียงการกลืนยาตามคำสั่งแพทย์ แต่เป็นกระบวนการเชิงรุก (Active Process) ที่ต้องการการปรับตัว การเรียนรู้
และการเจรจาต่อรองกับบริบทชีวิตอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ความหมายที่ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายสร้างขึ้นจากประสบการณ์
การจัดการยานั้นมีความเป็นปัจเจกและได้รับอิทธิพลจากบริบทวัฒนธรรม ครอบครัว และปฏิสัมพันธ์กับระบบสุขภาพ
อย่างแยกไม่ออก สะท้อนให้เห็นช่องว่างสำคัญระหว่างมุมมองของระบบสุขภาพและมุมมองของผู้ป่วยในการนิยาม
ความหมายของ “การจัดการยาที่ดี” ในบริบทชุมชน

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชน จังหวัด
อุดรดิตถ์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทาง IPA พบประเด็นหลัก 4 ประเด็น ซึ่งสะท้อนให้เห็นมิติที่ซับซ้อนและ
เชื่อมโยงกันของประสบการณ์ที่มีชีวิตในการจัดการยาหลายขนาน ผู้วิจัยขออภิปรายผลตามลำดับประเด็นหลักดังต่อไปนี้

ประเด็นหลักที่ 1 ภาระและความท้าทายในการจัดการยา

ผลการวิจัยพบว่าผู้ให้ข้อมูลทุกรายประสบกับภาระที่เป็นรูปธรรมในชีวิตประจำวันจากความซับซ้อนของสูตรยา
ผลข้างเคียงที่รบกวนการดำเนินชีวิต และภาระทางเศรษฐกิจ สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมเชิงคุณภาพอย่าง
เป็นระบบของ Jin et al. (2024) ซึ่งพบว่าความซับซ้อนของตารางยาที่มีขนาดยา เวลา และเงื่อนไขพิเศษที่แตกต่างกัน
นำไปสู่ความสับสนและลดความสามารถในการจัดการยาดด้วยตนเองของผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อจำนวนยาที่ต้องรับประทาน

เพิ่มขึ้น ผลที่พบในการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Mikkelsen et al. (2023) ที่ใช้การสัมภาษณ์กลุ่มกับผู้ป่วยสูงอายุ ญาติ และบุคลากรสุขภาพในเดนมาร์ก ซึ่งพบว่าผู้ป่วยและญาติมักเกิดความสับสนจากข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกันจากแหล่งต่าง ๆ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากเอกสารกำกับยา ซึ่งนำไปสู่ทั้งการไม่ยึดมั่นต่อการรักษาโดยไม่ตั้งใจ (Unintentional Non-adherence) และโดยตั้งใจ (Intentional Non-adherence) ในบางกรณี ที่น่าสังเกตคือผลข้างเคียงจากยาในการวิจัยครั้งนี้ไม่เพียงก่อให้เกิดความไม่สะดวกทางกายภาพเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เช่น การออกไปตลาดหรือร่วมงานชุมชน ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผลกระทบของ Polypharmacy ต่อคุณภาพชีวิตในมิติทางกายภาพนั้นมีนัยสำคัญอย่างยิ่ง ดังที่ Van Wilder et al. (2022) พบว่า Polypharmacy สัมพันธ์กับการลดลงของคุณภาพชีวิตในมิติทางกายภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในส่วนของภาระทางเศรษฐกิจนั้น แม้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะมีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ยังพบค่าใช้จ่ายแฝงที่ไม่ครอบคลุม เช่น ค่าเดินทางและยาบางรายการที่ต้องซื้อเพิ่มเอง ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจไม่รับประทานยาในบางเดือน สอดคล้องกับที่ Xin et al. (2025) พบว่าภาระทางเศรษฐกิจเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคตัดสินใจเปลี่ยนแปลงหรือหยุดการรักษาเองโดยไม่ปรึกษาบุคลากรสุขภาพ สิ่งที่แตกต่างกันจากรวบรวมที่ผ่านมาและเป็นข้อค้นพบเฉพาะของการวิจัยนี้คือ ในบริบทของจังหวัดอุดรธานีซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งชนบทที่มีระยะทางระหว่างที่พักอาศัยกับสถานบริการสุขภาพค่อนข้างไกล ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยาถูกผู้ให้ข้อมูลระบุว่าเป็นอุปสรรคสำคัญยิ่งกว่าค่ายาโดยตรง ซึ่งเป็นข้อมูลเฉพาะบริบทที่มีคุณค่าต่อการพัฒนานโยบายการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่ลักษณะนี้

ประเด็นหลักที่ 2 การรับรู้และทัศนคติต่อการใช้ยา

ประเด็นที่น่าสนใจและมีนัยสำคัญทางคลินิกอย่างมากคือการพบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งมีการผสมผสานการใช้สมุนไพรและการแพทย์พื้นบ้านท้องถิ่นควบคู่กับยาแผนปัจจุบันโดยไม่แจ้งบุคลากรสุขภาพ พฤติกรรมนี้ไม่ใช่ปรากฏการณ์เฉพาะถิ่น แต่เป็นรูปแบบที่พบในบริบทเอเชียตะวันออกเฉียงใต้อย่างกว้างขวาง ดังที่ Peltzer and Pengpid (2019) พบว่าร้อยละ 32.6 ของประชากรวัยทำงานในประเทศไทยรายงานการใช้สมุนไพรและยาแผนโบราณ โดยพบมากในกลุ่มที่มีโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และโรคตับ การใช้ยาสมุนไพรคู่ขนานกับยาแผนปัจจุบันอาจก่อให้เกิดปฏิกิริยาระหว่างยาและส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการรักษา นอกจากนี้ ความเชื่อในการแพทย์พื้นบ้านยังสะท้อนรากฐานทางวัฒนธรรมที่ลึกซึ้ง ดังที่ Costa-Font, Sato, and Hirsch. (2024) อธิบายว่าทัศนคติต่อยาสมุนไพรมีความต่อเนื่องทางวัฒนธรรมข้ามรุ่น (Cultural Persistence) และยากต่อการเปลี่ยนแปลงด้วยการให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว ดังนั้น การออกแบบการสื่อสารด้านยาจึงควรคำนึงถึงมิติวัฒนธรรมและความเชื่อของผู้ป่วยในบริบทชุมชนนั้น ๆ มิใช่เพียงการให้ข้อมูลทางเภสัชวิทยา กระบวนการยอมรับและปรับตัวต่อการใช้ยาระยะยาวที่พบในการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยผ่านการเปลี่ยนแปลงทางความคิดที่ค่อยเป็นค่อยไปจากการต่อต้านในช่วงแรกสู่การยอมรับที่มีเงื่อนไขในระยะยาว ซึ่งสะท้อนให้เห็นความซับซ้อนของการสร้าง Medication Beliefs ที่มีทั้งมิติของการรับรู้ประสิทธิผลและการรับรู้ความจำเป็นควบคู่กัน สอดคล้องกับที่ Mannheimer et al. (2022) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุในบริบทการดูแลที่บ้านมีความหลากหลายอย่างมีนัยสำคัญในการรับรู้และรับมือกับ Polypharmacy ซึ่งขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการเจ็บป่วย ประสบการณ์ส่วนตัวกับยา และคุณภาพของความสัมพันธ์กับบุคลากรสุขภาพ ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าในบริบทชุมชนจังหวัดอุดรธานี ความกังวลเรื่องผลข้างเคียงระยะยาวต่ออวัยวะ โดยเฉพาะไต เป็นปัจจัยเฉพาะบริบทที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยตัดสินใจหยุดยาด้วยตนเอง ซึ่งความกังวลนี้มีรากฐานจากการอ่านฉลากยาและการขาดโอกาสซักถามบุคลากรสุขภาพอย่างเพียงพอ จึงควรได้รับการสื่อสารจากบุคลากรสุขภาพอย่างตรงจุดและเปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยสามารถแสดงถึงความกังวลได้อย่างปลอดภัย

ประเด็นหลักที่ 3 กลยุทธ์การจัดการยาด้วยตนเอง

ผลการวิจัยนี้เผยให้เห็นความสามารถในการปรับตัวและความคิดสร้างสรรค์ของผู้ให้ข้อมูลในการพัฒนาวิธีการจัดการยาที่เป็นเอกลักษณ์ของตน ไม่ว่าจะเป็นการใช้กล่องยารายวัน การสร้างตารางยาด้วยตนเอง หรือการวางยาไว้ใกล้กับสิ่งของในกิจวัตรประจำวัน สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมิใช่ผู้รับการรักษาที่ปราศจากความสามารถในการจัดการ

แต่เป็นผู้กระทำการเชิงรุก (Active Agent) ที่พยายามรักษาสสมดุลระหว่างการปฏิบัติตามการรักษาและการดำรงวิถีชีวิตปกติ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการจัดการตนเองในโรคเรื้อรังที่ระบุว่า Medical Management, Role Management และ Emotional Management ต้องเกิดขึ้นพร้อมกัน (Jin et al., 2024) อย่างไรก็ตาม กลยุทธ์เหล่านี้ในบางกรณีก็ส่งผลในทางตรงกันข้าม กล่าวคือผู้ให้ข้อมูลบางรายตัดสินใจหยุดหรือปรับขนาดยาด้วยตนเองเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์ โดยอาศัยการตัดสินใจจากประสบการณ์ตรงและการสังเกตตนเอง มากกว่าการปรึกษานักวิชาการสุขภาพ พฤติกรรมการปรับเปลี่ยนการใช้ยาด้วยตนเองนี้มีความสำคัญต่อความปลอดภัยทางคลินิกอย่างยิ่ง งานวิจัยของ Liu et al. (2023) พบว่าความชุกของการไม่ยึดมั่นต่อการรักษาในผู้ป่วยสูงอายุที่มี Multimorbidity และ Polypharmacy ในบริบทเอเชีย สูงถึงร้อยละ 31.8 และพฤติกรรมดังกล่าวเพิ่มความเสี่ยงต่อการใช้ยาที่อาจไม่เหมาะสม (Potentially Inappropriate Medications: PIMs) ที่น่าสังเกตและเป็นข้อค้นพบที่มีนัยสำคัญเฉพาะบริบทของการวิจัยนี้คือ ผู้ให้ข้อมูลที่ตัดสินใจหยุดยาด้วยตนเองมักมีเหตุผลที่ชัดเจนและมีตรรกะภายในในมุมมองของตนเอง เช่น การหยุดยาลับปัสสาวะเพื่อความสะดวกในการออกนอกบ้านเพื่อร่วมกิจกรรมทางสังคม หรือการหยุดยาเบาหวานเมื่อรับประทานอาหารไม่ได้เพราะกังวลว่าน้ำตาลในเลือดจะต่ำจนเป็นลมเช่นเดียวกับที่เคยเห็นเพื่อนบ้านประสบ เหตุผลเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความรู้บางส่วนเกี่ยวกับยาที่ตนใช้ แต่ยังขาดการสื่อสารที่เปิดกว้างกับบุคลากรสุขภาพในการตัดสินใจร่วมกัน (Shared Decision-Making) อันเนื่องมาจากความกังวลว่าจะรบกวนหรือสร้างความไม่พอใจให้กับบุคลากรสุขภาพ ที่สำคัญยิ่งคือ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการใช้ยาหลายขนานได้กลายเป็นปัจจัยที่จำกัดอิสรภาพและกำหนดรูปแบบชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะการจำกัดการเดินทางและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม สอดคล้องกับที่ Mannheimer et al. (2022) พบว่าการอยู่กับ Polypharmacy เป็นความท้าทายเชิงปฏิบัติในชีวิตประจำวันสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ และส่งผลให้บางรายต้องลดกิจกรรมทางสังคมลงอย่างมีนัยสำคัญ สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าการประเมินประสบการณ์ Polypharmacy ควรครอบคลุมมิติของการมีส่วนร่วมทางสังคมและอัตลักษณ์ของผู้ป่วยด้วย ไม่ใช่เพียงการประเมินตามตัวชี้วัดทางคลินิก

ประเด็นหลักที่ 4 เครือข่ายสนับสนุนและปฏิสัมพันธ์กับระบบสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการยาของผู้ให้ข้อมูล ทั้งในฐานะผู้ให้การสนับสนุนเชิงปฏิบัติ เช่น การแบ่งยาและจดตารางยา และในฐานะที่ส่งผลต่ออารมณ์และความเครียดในการใช้ยา ในกรณีที่สมาชิกครอบครัวไม่เข้าใจหรือไม่เห็นด้วยกับการใช้ยา ผู้ให้ข้อมูลรายงานประสบการณ์ความขัดแย้งและความเครียดที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับที่ Xin et al. (2025) พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยหลักในการส่งเสริมความสามารถในการจัดการยาหลายขนานของผู้ป่วยสูงอายุ ขณะที่การขาดการสนับสนุนเชิงบวกหรือมีความขัดแย้งในครอบครัวเกี่ยวกับการรักษาเพิ่มความเสี่ยงต่อการไม่ยึดมั่นต่อการรักษา ผู้ให้ข้อมูลที่อาศัยอยู่คนเดียวหรือมีครอบครัวสนใจน้อยแสดงให้เห็นภาระทางจิตใจเพิ่มเติมจากการต้องรับมือกับความซับซ้อนของยาเพียงลำพัง ซึ่งชี้ให้เห็นว่าในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย Polypharmacy ในชุมชน การประเมินโครงสร้างครอบครัวและคุณภาพของการสนับสนุนทางสังคมควรเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับบุคลากรสุขภาพปรากฏเป็นปัจจัยกำหนดทัศนคติและพฤติกรรมการใช้ยาที่ทรงพลังที่สุดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลที่ได้รับการติดตามเชิงรุกจากพยาบาลชุมชน เช่น การโทรศัพท์สอบถามสม่ำเสมอ แสดงให้เห็นความเชื่อมั่นและพฤติกรรมการใช้ยาตามการรักษาที่สม่ำเสมอกว่า ในทางตรงกันข้าม ผู้ให้ข้อมูลที่รับรู้ว่าคุณภาพการดูแลสุขภาพมีเวลาน้อยหรือไม่เปิดรับคำถาม มักไม่กล้าสอบถามและนำไปสู่การตัดสินใจเกี่ยวกับยาด้วยตนเองมากขึ้น ผลเหล่านี้เน้นย้ำนัยสำคัญทางคลินิกของพยาบาลในฐานะผู้ประสานงานการจัดการยาในชุมชน ดังที่ Cheng et al. (2023) ระบุในการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการระบุปัญหา Polypharmacy และการสนับสนุนความปลอดภัยในการใช้ยาในทุกบริบท และสอดคล้องกับที่ Berardinelli et al. (2024) พบว่าการแทรกแซงโดยพยาบาลช่วยปรับปรุงการยึดมั่นต่อการรักษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย อุปสรรคในการเข้าถึงบริการที่พบในงานวิจัยนี้ โดยเฉพาะระยะทางไกลและขาดพาหนะ เป็นปัจจัยเฉพาะบริบทของจังหวัดที่ชนบทที่เพิ่ม

ความยากลำบากในการรับยาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้บางรายขาดยาเป็นช่วง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับที่ Doumat et al. (2023) พบว่าปัจจัยระบบสุขภาพ รวมถึงการเข้าถึงบริการ มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย Polypharmacy ในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญ สิ่งที่ควรพิจารณาในบริบทของพื้นที่กึ่งชนบทเช่นจังหวัดอุดรธานีคือการขยายระบบการจัดส่งยาถึงบ้าน (Drug Delivery at Home) หรือการส่งจ่ายยาสำหรับระยะเวลานานขึ้นสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคที่ควบคุมได้ดีและมีอุปสรรคในการเดินทาง ซึ่งอาจช่วยลดปัญหาการขาดยาเป็นช่วง ๆ ได้อย่างเป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตาม การดำเนินการดังกล่าวควรอยู่ภายใต้กรอบนโยบายและการประสานงานระหว่างวิชาชีพที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม โดยรวมแล้ว ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นช่องว่างสำคัญระหว่างมุมมองของระบบสุขภาพและมุมมองของผู้ป่วยในการนิยามความหมายของ “การจัดการยาที่ดี” กล่าวคือระบบสุขภาพมักประเมินคุณภาพการใช้ยาจากตัวชี้วัดทางคลินิก เช่น การควบคุมน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิต ขณะที่ผู้ป่วยในชุมชนประเมินจากความสามารถในการดำรงชีวิตปกติ การมีส่วนร่วมทางสังคม และการรักษาอิสรภาพในการตัดสินใจ ช่องว่างนี้มีนัยสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Person-centred Care) ในบริบทชุมชนไทย กล่าวคือ แนวทางดังกล่าวจะต้องเริ่มต้นจากการทำความเข้าใจความหมายที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นจากประสบการณ์การจัดการยาในชีวิตจริงของตน รวมถึงการประเมินเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ซึ่งเป็นสิ่งที่การวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวทาง IPA มีจุดแข็งเฉพาะในการเผยให้เห็น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้มีนัยสำคัญสำหรับการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในหลายระดับ ในระดับการปฏิบัติทางคลินิก พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนควรบูรณาการการประเมินประสบการณ์การจัดการยาเข้าสู่กระบวนการพยาบาลเป็นประจำ โดยไม่จำกัดเพียงการตรวจสอบการยึดมั่นต่อการรักษาตามตัวชี้วัดทางคลินิก แต่ครอบคลุมถึงการสอบถามเกี่ยวกับภาระในชีวิตประจำวัน ความเชื่อด้านสุขภาพ การใช้สมุนไพร และคุณภาพของเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารเกี่ยวกับยาควรออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทชีวิตและระดับการรู้หนังสือของผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมทั้งเปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยสามารถแจ้งความกังวลและการใช้สมุนไพรได้อย่างปลอดภัยโดยไม่รู้สึกถูกตัดสิน ในระดับระบบบริการสุขภาพ ควรพัฒนาระบบการติดตามเชิงรุกโดยพยาบาลชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ และการโทรศัพท์ติดตามอาการหลังรับยา สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง นอกจากนี้ควรพิจารณาขยายบริการจัดส่งยาถึงบ้านหรือการส่งจ่ายยาระยะยาวขึ้นสำหรับผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกลที่มีโรคควบคุมได้ดี โดยดำเนินการภายใต้การประสานงานระหว่างวิชาชีพที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม ในระดับนโยบาย ผลการวิจัยสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU) ให้ครอบคลุมมิติประสบการณ์ของผู้ป่วยในบริบทชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแล (Caregiver) และสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย เนื่องจากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าครอบครัวมีอิทธิพลสำคัญต่อพฤติกรรมการใช้ยา แต่มุมมองของครอบครัวยังไม่ได้ได้รับการศึกษาโดยตรง
2. ควรมีการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อยืนยันและประเมินขนาดของปัญหาที่ค้นพบ เช่น ความชุกของการปรับเปลี่ยนการใช้ยาด้วยตนเองและการใช้สมุนไพรในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง
3. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาและทดสอบโปรแกรมการจัดการยาแบบสหวิชาชีพ (Interprofessional Medication Management Program) ที่บูรณาการบทบาทของพยาบาลชุมชนและวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนผู้ป่วย Polypharmacy ในชุมชน โดยออกแบบโดยอิงฐานข้อมูลจากการวิจัยเชิงคุณภาพในบริบทชุมชนไทย เพื่อประเมินความเป็นไปได้และความเหมาะสมก่อนนำสู่การทดสอบประสิทธิภาพต่อไป

4. ควรมีการวิจัยเปรียบเทียบประสบการณ์การจัดการยาระหว่างกลุ่มโรคเรื้อรังต่าง ๆ หรือระหว่างเพศ เพื่อทำความเข้าใจว่าปัจจัยใดที่กำหนดความแตกต่างของประสบการณ์ และนำไปสู่การออกแบบการแทรกแซงที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่จำเพาะมากยิ่งขึ้น

References

- Ahmed, S. K. (2024). The pillars of trustworthiness in qualitative research. *Journal of Medicine, Surgery, and Public Health*, 2, 100051. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.glmedi.2024.100051>
- Berardinelli, D., Conti, A., Hasnaoui, A., Casabona, E., Martin, B., Campagna, S., & Dimonte, V. (2024). Nurse-led interventions for improving medication adherence in chronic diseases: A systematic review. *Healthcare*, 12(23), 2337. Retrieved from <https://doi.org/10.3390/healthcare12232337>
- Cheng, C., Yu, H., & Wang, Q. (2023). Nurses' experiences concerning older adults with polypharmacy: A meta-synthesis of qualitative findings. *Healthcare*, 11(3), 334. Retrieved from <https://doi.org/10.3390/healthcare11030334>
- Costa-Font, J., Sato, A., & Hirsch, B. (2024). Cultural persistence and the 'herbal medicine paradox'. *Journal of Health Psychology*, 30(2), 171-185. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/13591053241237031>
- Doumat, G., Daher, D., Itani, M., Ghanem, A., Khachan, F., & Nassar, A. (2023). The effect of polypharmacy on healthcare services utilization in older adults with comorbidities: A retrospective cohort study. *BMC Primary Care*, 24, 120. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02070-0>
- Hossain, M. M., Ahmed, S., & Chowdhury, R. (2024). Prevalence of multimorbidity and polypharmacy among adults and older adults: A systematic review. *The Lancet Healthy Longevity*, 5(3), e228-e235. Retrieved from [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(24\)00007-2](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(24)00007-2)
- Jin, C., Chen, Y., Chen, J., Bai, X., Yang, P., & Li, C. (2024). Exploring medication self-management in polypharmacy: A qualitative systematic review of patients and healthcare providers perspectives. *Frontiers in Pharmacology*, 15, 1426777. Retrieved from <https://doi.org/10.3389/fphar.2024.1426777>
- Kim, S., Lee, H., Park, J., Kang, J., Rahmati, M., Rhee, S. Y., & Yon, D. K. (2024). Global and regional prevalence of polypharmacy and related factors, 1997-2022: An umbrella review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 124, 105465. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.archger.2024.105465>
- Liu, J., Yu, Y., Yan, S., Zeng, Y., Su, S., He, T., Wang, Z., Ding, Q., Zhang, R., Li, W., Wang, X., Zhang, L., & Yue, X. (2023). Risk factors for self-reported medication adherence in community-dwelling older patients with multimorbidity and polypharmacy: A multicenter cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 23, 75. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03768-7>

- Mannheimer, S., Bergqvist, M., Bastholm-Rahmner, P., Gustafsson, L. L., Vég, A., & Schmidt-Mende, K. (2022). Experiences of patients receiving home care and living with polypharmacy: A qualitative interview study. *BJGP Open*, 6(2), BJGPO.2021.0181. Retrieved from <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2021.0181>
- Mikkelsen, T. H., Søndergaard, J., Kjaer, N. K., Nielsen, J. B., Ryg, J., Kjeldsen, L. J., & Mogensen, C. B. (2023). Handling polypharmacy: A qualitative study using focus group interviews with older patients, their relatives, and healthcare professionals. *BMC Geriatrics*, 23, 477. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04131-6>
- Peltzer, K., & Pengpid, S. (2019). Herbal or traditional medicine consumption in a Thai worker population: Pattern of use and therapeutic control in chronic diseases. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 19, 195. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12906-019-2652-z>
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. London: SAGE.
- Van Wilder, L., Devleesschauwer, B., Clays, E., Pype, P., Vandepitte, S., & De Smedt, D. (2022). Polypharmacy and health-related quality of life/psychological distress among patients with chronic disease. *Preventing Chronic Disease*, 19, E50. Retrieved from <https://doi.org/10.5888/pcd19.220062>
- World Health Organization. (2019). *Medication safety in polypharmacy: Technical report* (WHO/UHC/SDS/2019.11). WHO. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.11>
- Xin, G., Yuanxing, W., Jiaming, W., & Xue, H. (2025). Medication multiple experiences of elderly patient with multiple chronic condition: A qualitative meta-synthesis. *PLOS One*, 20(9), e0331753. Retrieved from <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0331753>

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทของมารดา ที่ทำงานนอกบ้าน

ณัฐธิดา สมสวาท, พย.ม.¹ ศิริวรรณ แสงอินทร์, Ph.D.^{2*} จินตนา วัชรสินธุ์, Ph.D.³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ทำงานนอกบ้าน กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาที่มีบุตรอายุ 4-6 เดือนที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิถึงระดับตติยภูมิที่มีผู้มาใช้บริการมากที่สุดในชลบุรี จำนวน 135 ราย ระหว่างเดือนมกราคมถึงมิถุนายน พ.ศ. 2568 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพของมารดา ความขัดแย้งในบทบาท ความเครียด พื้นฐานอารมณ์ของทารก และการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและถดถอยพหุคูณแบบนำเข้า

ผลการศึกษา พบว่ามารดาที่ทำงานนอกบ้านมีความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาเท่ากับ 101.16 ระดับมาก ปัจจัยที่มีอิทธิพลคือความขัดแย้งในบทบาท ($\beta = -.543, p < .001$) ภาวะสุขภาพของมารดา ($\beta = .267, p < .001$) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($\beta = .157, p < .001$) ความเครียด ($\beta = -.077, p = .009$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .061, p = .048$) และพื้นฐานอารมณ์ของทารก ($\beta = .057, p = .020$) สามารถร่วมกันทำนายความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาได้ร้อยละ 92.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 925, p < .05$)

ผลการศึกษาชี้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ทำงานนอกบ้าน และจัดกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา เช่น การให้สุขศึกษา การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร เป็นต้น

คำสำคัญ: ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา มารดาที่ทำงานนอกบ้าน ปัจจัยที่มีอิทธิพล

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³ ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: siriwan_y2001@hotmail.com

Factors Influencing Maternal Role Attainment Among Working Mothers

Natthida Somsawat, M.NS.¹, Siriwan Sangin, Ph.D.^{2*}, Chintana Wacharasin, Ph.D.³

Abstract

This predictive correlational research aimed to study maternal role attainment and factors influencing maternal role attainment among working mothers. The sample consisted of 135 mothers with children aged 4-6 months who received services at secondary to tertiary hospitals are the group with the highest number of working mothers in Chonburi province, between January and June 2025. Research instruments included a personal data questionnaire, Maternal Role Attainment, Rosenberg Self-Esteem, Maternal health, Role Conflict, Stress, Temperament of Infant, and Social Support, Data were analyzed using descriptive statistics and enter multiple regression analysis.

Results showed that working mothers had a maternal role attainment score of 101.16, with was at a high level. Influencing factors include Role conflict ($\beta = -.543$, $p < .001$), Maternal health status ($\beta = .267$, $p < .001$), Self-esteem ($\beta = .157$, $p < .001$), Stress ($\beta = -.077$, $p = .009$), Social support ($\beta = .061$, $p = .048$) and Infant temperament ($\beta = .057$, $p = .020$). These factors collectively predicted 92.5%, which was statistically significant ($R^2 = .925$, $p < .001$).

The study recommends that should assess factors influencing maternal role attainment in working mothers and organize activities to promote maternal attainment such as health education and involving families in childcare.

Key words: Maternal role attainment, Working mothers, Factors Influencing

¹ Student Master Degree of Nursing Science, Midwifery, Burapha University

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

³ Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

* Corresponding author e-mail: siriwan_y2001@hotmail.com

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสภาพเศรษฐกิจและสังคมมีการเปลี่ยนแปลงไป ทำให้สตรีมีบทบาทในการทำงานนอกบ้านมากขึ้น ดังเห็นได้จากสหรัฐอเมริกาพบว่า ในปี พ.ศ. 2567 มารดาที่มีบุตรต้องดูแล ร้อยละ 74 มีการทำงานนอกบ้าน (U.S. Bureau of Labor Statistics, 2025) และประเทศไทย พ.ศ. 2567 (National Statistical Office, 2025) พบว่า สตรีไทยร้อยละ 59.97 มีส่วนร่วมในแรงงานของประเทศ ซึ่งจังหวัดชลบุรีเป็นเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก (EEC) มีนิคมอุตสาหกรรม การค้า การขนส่ง และเป็นจังหวัดที่มีมูลค่าเศรษฐกิจสูงสุดเป็นอันดับสองของประเทศไทย รองจากกรุงเทพมหานคร ส่งผลให้มีสตรีที่ทำงานนอกบ้านจำนวนมาก จากสถิติแรงงานของสตรีในจังหวัดชลบุรี พบว่า ปี พ.ศ. 2567 มีผู้ที่มิงานทำเป็นสตรีเกือบครึ่งของจำนวนประชากรที่มีงานทำทั้งหมด ซึ่งการประกอบอาชีพส่วนใหญ่เป็นอาชีพที่ต้องทำงานนอกบ้าน

สตรีที่ทำงานนอกบ้านมีสิทธิลาคลอดตามกฎหมาย 98 วัน หลังจากหมดวันลาคลอดต้องกลับไปทำงาน เนื่องจากการมีบุตรส่งผลต่อสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว เช่น การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่าย และความต้องการทางการเงินของครอบครัว โดยมารดามากกว่าร้อยละ 25 กลับไปทำงานภายใน 2 เดือนหลังคลอด จากการสำรวจการใช้สิทธิลาคลอดตามกฎหมายของมารดา พบว่า มารดาหลังคลอดร้อยละ 78.2 ใช้สิทธิลาคลอด 90-98 วัน และร้อยละ 14.5 ลาเพียง 30-59 วัน (Women and Men Progressive Movement Foundation, 2025) จะเห็นได้ว่า มารดามักกลับไปทำงานในช่วงที่บุตรยังคงเป็นทารก ซึ่งเป็นช่วงที่มารดาต้องมีการแสดงบทบาทการเป็นมารดา เลี้ยงดูทารก รวมไปถึงการสร้าง ความผูกพันระหว่างมารดาทารก จึงอาจมีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา

ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาเป็นพัฒนาการของมารดาที่เกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดา กับทารก มีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารก ทำให้มารดาเกิดความมั่นใจในการเลี้ยงดูบุตร ลดปัญหาสังคม สร้างครอบครัวที่เข้มแข็ง และพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพ ซึ่งกระบวนการของความสำเร็จ ในการดำรงบทบาทมารดาจะเกิดขึ้นประมาณ 4 เดือนหลังคลอด เมื่อมารดาค้นพบบทบาทที่เป็นรูปแบบของตนเอง มารดาจะผสมผสานบทบาทการเป็นมารดาของตนเองกับบทบาทอื่นได้ ทำให้รู้สึกมั่นใจ เกิดความพึงพอใจ และสามารถแสดงเอกลักษณ์การเป็นมารดาได้ ซึ่งการที่มารดาหลังคลอดต้องกลับไปทำงานนอกบ้าน ขณะที่มารดาออกไปทำงานนั้น บุตรไม่ได้อยู่ร่วม ณ สถานที่ทำงานของมารดา แต่พักอาศัย และได้รับการเลี้ยงดูอยู่ที่บ้านจากผู้ดูแล อย่างไรก็ตาม การทำงานนอกบ้านเป็นอุปสรรคสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา เช่น ทำให้หยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนกำหนด (Altamimi et al., 2016) และทำให้ความผูกพันระหว่างมารดาและบุตรอยู่ในระดับปานกลาง (Aini & Hernawati, 2016) เนื่องจากต้องแยกจากกัน นอกจากนี้ มารดาที่ทำงานนอกบ้านต้องรับผิดชอบทั้งภาระภายใน และภายนอกบ้าน ส่งผลให้เกิดความเครียดจนกระทบต่อแบบแผนทางอารมณ์ และส่งผลต่อวิธีการเลี้ยงดูบุตรของมารดา ดังนั้น การที่มารดาหลังคลอดต้องเลี้ยงดูบุตร และทำงานนอกบ้านไปพร้อมกัน จึงส่งผลให้ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาเป็นไปได้ยากยิ่งขึ้น หากมารดาไม่ประสบความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา จะขาดความเชื่อมั่นในตนเอง แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อบุตร ไม่สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพหรือตอบสนองความต้องการบุตรได้ และเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แต่หากมารดาหลังคลอดที่ทำงานนอกบ้านมีความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา จะมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุตร มั่นใจในการดูแล และตอบสนองความต้องการได้เหมาะสม ดังนั้น การศึกษา ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ทำงานนอกบ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจะต้องให้ความสนใจ

จากทฤษฎีความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา (Maternal Role Attainment) (Mercer, 1995) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา คือ 1) ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความไว ในการตอบสนอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อัตมโนทัศน์ ประสบการณ์การเลี้ยงดูจากบิดามารดา วุฒิภาวะ ประสบการณ์ การตั้งครรภ์และการคลอด ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล ทศนคติ และความขัดแย้งในบทบาท 2) ปัจจัยด้านทารก ได้แก่ พื้นฐานอารมณ์ ลักษณะภายนอก การบอกความต้องการของตน และภาวะสุขภาพ และ

3) ปัจจัยด้านบิดาหรือบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับครอบครัว เพื่อน ชุมชน และสังคม และยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา ได้แก่ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว สวัสดิการจากสถานที่ทำงาน จากทฤษฎีนี้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา สามารถอธิบายได้ดังนี้

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นการมองเห็นคุณค่าในตนเอง และความรู้สึกของบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง เห็นว่าตนเองมีความเข้มแข็ง มีคุณค่า มีความสามารถในการกระทำการกิจต่าง ๆ เป็นการเปิดโอกาสให้มารดาที่ทำงานนอกบ้านได้ประสบความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา ดังที่ Rafii et al. (2020) พบว่า มารดาที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะมีแนวโน้มเกิดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในมารดาที่คลอดครบกำหนด ภาวะสุขภาพของมารดาเป็นการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และความเจ็บป่วยของตนเอง ภาวะสุขภาพที่ไม่ดีส่งผลให้กระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกล่าช้า เนื่องจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ ทำให้มารดาไม่พร้อมสู่การปรับบทบาทการเป็นมารดา รวมถึงผลจากการทำงานอาจส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยตามมาได้ ทำให้มารดาไม่พร้อมสู่การปรับบทบาทการเป็นมารดา ดังที่ Maehara et al. (2016) พบว่า ในมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่มีสุขภาพไม่ดีจะมีความมั่นใจในการดำรงบทบาทมารดาน้อยกว่ามารดาที่มีสุขภาพดี ($\beta = .251, p = .001$) ความขัดแย้งในบทบาทเป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกตึงเครียด หรือสับสนที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติบทบาทมากกว่า 1 บทบาทในเวลาเดียวกัน แต่ละบทบาททำหน้าที่ที่ขัดแย้งกันทำให้บุคคลไม่สามารถตอบสนองความคาดหวังนี้ได้อย่างเหมาะสม ดังที่ Ricci and Badiee (2022) พบว่า ความขัดแย้งในบทบาทมีผลทางลบต่อการรับรู้ความสามารถของบทบาทมารดาของมารดาที่ศึกษาในมหาวิทยาลัย ($\beta = -.18, p < .01$) ความเครียดในมารดาที่ทำงานนอกบ้านเป็นการเผชิญกับความเครียดจากบทบาทการเป็นมารดา และจากการทำงาน โดยมารดาที่ต้องทำงานนอกบ้านและต้องเลี้ยงดูบุตรจะมีความเครียดมากกว่าสตรีที่ทำงานนอกบ้านและไม่มีบุตร ซึ่งอาจส่งผลทำให้ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาลดลงได้ จากการศึกษาของ Rafii et al. (2020) พบว่า ความเครียดของมารดาส่งผลต่อการบรรลุบทบาทมารดาของมารดาที่ศึกษาในมหาวิทยาลัย พื้นฐานอารมณ์ของทารกเป็นแสดงออกทางอารมณ์ของทารกเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ของทารก ซึ่งทารกแต่ละคนจะมีพื้นฐานอารมณ์ที่แตกต่างกัน โดยทารกที่เลี้ยงง่ายจะส่งผลให้มารดาที่มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง และมีการรับรู้ที่ดีต่อการเลี้ยงดูทารก ถ้าทารกมีการแสดงพฤติกรรมที่ตี มารดาจะเกิดความรัก ความผูกพันกับทารก และดูแลเอาใจใส่ทารกอย่างใกล้ชิด ดังการศึกษาที่พบว่า พื้นฐานทางอารมณ์ของทารกสามารถทำนายสัมพันธภาพกับบุตรได้ในมารดาหลังคลอดที่พาบุตรมารับวัคซีนที่คลินิก ($\beta = .361, p < .01$) (Ahmadpour et al., 2022) และการสนับสนุนทางสังคม ช่วยเพิ่มความรู้สึกพึงพอใจต่อบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งมารดาที่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสและมีความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมจะมีความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทมารดามากขึ้น และสามารถปฏิบัติบทบาทมารดาได้ดี จากการศึกษาของ Kaewjiboon et al. (2019) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงบทบาทมารดาของมารดาวัยรุ่น ($r = .549, p = .012$)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่ามีการศึกษาหาความสัมพันธ์ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในกลุ่มมารดาที่คลอดครบกำหนด มารดาครั้งแรก มารดาที่ศึกษาในมหาวิทยาลัย มารดาหลังคลอดที่พาบุตรมารับวัคซีนที่คลินิก และมารดาวัยรุ่น (Rafii et al., 2020; Maehara et al., 2016; Ricci and Badiee, 2020; Ahmadpour et al., 2022; Kaewjiboon et al., 2019) แต่ยังไม่พบการศึกษาในมารดาที่ทำงานนอกบ้าน ที่ต้องทำงานและปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งอาจไม่สามารถดำรงบทบาทมารดาได้สำเร็จ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทของมารดาที่ทำงานนอกบ้าน ผู้วิจัยคาดว่า ผลการวิจัยครั้งนี้จะสามารถนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ทำงานนอกบ้านได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสำเร็จในการดำรงบทบาทของมารดาที่ทำงานนอกบ้าน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทของมารดาที่ทำงานนอกบ้าน ซึ่งได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพของมารดา ความขัดแย้งในบทบาท ความเครียด พื้นฐานอารมณ์ของทารก และการสนับสนุนทางสังคม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา (Maternal Role Attainment) (Mercer, 1995) ซึ่งกล่าวว่า การเป็นมารดาเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก โดยจะเกิดขึ้นเมื่อมารดาสามารถกระทำบทบาท และผสมผสานพฤติกรรมการเป็นมารดาเข้ากับบทบาทอื่นได้อย่างมีความสุข เกิดความมั่นใจ พึงพอใจในการแสดงบทบาท และสามารถแสดงเอกลักษณ์ของการเป็นมารดาได้ สามารถประเมินได้จาก 1) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุตร 2) การแสดงความสามารถ/ความมั่นใจในการเลี้ยงดูบุตร และ 3) การแสดงความพึงพอใจในบทบาทมารดา การดำรงบทบาทมารดาขึ้นอยู่กับสถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัว และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งเมอร์เซอร์ กล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความไวในการตอบสนองต่อบุตร ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อัตมโนทัศน์แห่งตน ประสบการณ์การเลี้ยงดูจากบิดามารดา วุฒิภาวะ ประสบการณ์การตั้งครรภ์ และการคลอด ภาวะสุขภาพของมารดา ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล ทักษะ และความขัดแย้งในบทบาท 2) ปัจจัยด้านทารก ได้แก่ พื้นฐานอารมณ์ ลักษณะภายนอก คุณลักษณะ ความสามารถในการบอกความต้องการของตน และภาวะสุขภาพ และ 3) ปัจจัยด้านบิดาและบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับครอบครัว เพื่อน ชุมชน และสังคม

จากแนวคิดทฤษฎีร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทของมารดาที่ทำงานนอกบ้าน ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อตนเอง ผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะสามารถปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ โดยมารดาหลังคลอดที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะส่งผลให้มีความมั่นใจในการเลี้ยงดูบุตร และจะมีแนวโน้มเกิดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา (Rafii et al., 2020) ภาวะสุขภาพของมารดา เป็นการรับรู้ของมารดาที่มีต่อสุขภาพของตนเอง หากมารดารับรู้ถึงความเจ็บป่วยจะส่งผลให้การรับรู้คุณค่าของตนเองลดลง ซึ่งสามารถส่งผลต่อการบรรลุบทบาทมารดาได้ โดยเฉพาะในด้านการดูแลบุตรและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุตร ความขัดแย้งในบทบาทมารดาเป็นความขัดแย้งที่มารดาารู้สึกในการปฏิบัติตามภาระหน้าที่ในบทบาทของมารดา ซึ่งมารดาที่ประสบกับความขัดแย้งในบทบาทมักมีความเครียดและความวิตกกังวล ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา และความเครียด เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงบทบาท หากมารดาที่มีความเครียดสูงจะส่งผลให้มารดาดำรงบทบาทมารดาได้ไม่สำเร็จ ส่งผลต่อการบรรลุบทบาทมารดา โดยเฉพาะในด้านความมั่นใจในบทบาทมารดา (Rafii et al., 2020) 2) ปัจจัยด้านทารก ได้แก่ พื้นฐานอารมณ์ของทารก โดยพื้นฐานอารมณ์ของทารกเป็นการแสดงออกของทารกซึ่งแตกต่างกันออกไป หากมารดามีทารกที่เลี้ยงง่ายจะมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง และมีการรับรู้ที่ดีต่อการเลี้ยงดูทารก แต่หากมารดาทราบว่าทารกเลี้ยงยาก จะส่งผลให้เกิดความเครียด และความผูกพันระหว่างมารดาและทารกลดลงได้ (Ahmadpour, 2022) และ 3) ปัจจัยด้านบิดาและบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม มารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะเพิ่มความรู้สึกพึงพอใจต่อบทบาทการเป็นมารดา มีความมั่นใจในการเลี้ยงดูบุตร (Samantarath et al., 2024) และมีความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบวิธีวิจัย วิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design)

ประชากร คือ มารดาที่มีบุตรอายุ 4-6 เดือนที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิถึงระดับตติยภูมิที่มีผู้มาใช้บริการมากที่สุดในจังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่มีบุตรอายุ 4-6 เดือนที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิถึงระดับตติยภูมิที่มีผู้มาใช้บริการมากที่สุดในจังหวัดชลบุรี เนื่องจากจังหวัดชลบุรีเป็นพื้นที่ที่อยู่ใกล้กับเขตโรงงานอุตสาหกรรม เช่น เขตนิคมอุตสาหกรรมแหลมฉบัง และสถานที่ท่องเที่ยว เช่น เมืองพัทยา จะเห็นได้ว่าจังหวัดชลบุรีเป็นพื้นที่ที่มีผู้ประกอบการอาชีพค้าขาย ทำธุรกิจส่วนตัว รวมทั้งเป็นพนักงานโรงงานจำนวนมาก ซึ่งในระยะหลังคลอด มารดาส่วนใหญ่มักจะพบบุตรมารับวัคซีน ณ โรงพยาบาลใกล้ที่พักอาศัย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นคนไทย อายุ 20-34 ปี 2) สถานภาพสมรส 3) ประกอบอาชีพทำงานนอกบ้าน 4) บุตรอาศัยอยู่กับมารดา 5) มารดาและทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ โดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4 กำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลาง เท่ากับ .15 (Cohen, 1997) ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .90 จำนวนตัวแปรต้น 6 ตัว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 123 ราย เพิ่มอีกร้อยละ 10 (Kadam & Bhalarao, 2010) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 135 ราย คัดเลือก ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วยแบบสอบถาม 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุของมารดา อายุของบุตร ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อาชีพ ช่วงเวลาการทำงาน ระยะเวลาการทำงาน สวัสดิการจากสถานที่ทำงาน การลางานหลังคลอด ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตร ประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตรคนก่อน บุคคลที่ช่วยเลี้ยงดูบุตร และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของบุตรคนปัจจุบัน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

ส่วนที่ 2 แบบวัดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา (Maternal role attainment scale Form B: MRAS-Form B) เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นโดย Phumonsakul et al. (2004) ตามกรอบแนวคิดของเมอร์เซอร์ (Mercer, 1981) จำนวน 23 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุตร ด้านการแสดงความสามารถหรือความมั่นใจในการเลี้ยงดูบุตร และด้านการแสดงความพึงพอใจในบทบาทมารดา มาตรฐานค่า 5 ระดับ (ค่าคะแนน 1-5) คะแนนรวมมาก หมายถึง ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาในระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Revised Thai RSES) เป็นแบบประเมินที่ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2012) แปลเป็นภาษาไทยมาจากแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg Self-Esteem Scale: RSES) ของ Rosenberg (1965) จำนวน 10 ข้อ มาตรฐานค่า 4 ระดับ (ค่าคะแนน 1-4) คะแนนรวมมาก แสดงว่า มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามภาวะสุขภาพของมารดาเป็นแบบสอบถามของ Phonkusol and Sangin (2020) จำนวน 15 ข้อ ที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของ Ware et al. (1978) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มาตรฐานค่า 5 ระดับ (ค่าคะแนน 1-5) คะแนนรวมมาก แสดงว่า มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีสูง

ส่วนที่ 5 แบบวัดความขัดแย้งในบทบาท เป็นแบบวัดของ Noppakulwonk (2015) เพื่อวัดความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัว แปลมาจากแบบวัดความขัดแย้งระหว่างการทำงานกับครอบครัวแบบหลายมิติ (Multidimensional Measure of Work-Family Conflict) ของ คาร์ลสัน แค้คมาร์ และวิลเลียม (Carlson, Kacmar & William, 2000) จำนวน 24 ข้อ มาตราวัดแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ (ค่าคะแนน 1-5) คะแนนรวมมาก แสดงว่า มีความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัวสูง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความเครียด เป็นแบบสอบถามของ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2010) ที่แปลมาจากแบบสอบถามการรับรู้ความเครียด (Perceived StressScale-10 [PSS-10]) ของ (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983) จำนวน 10 ข้อ มาตรฐานค่า 5 ระดับ (ค่าคะแนน 0-4) คะแนนรวมมาก แสดงว่า ความรู้สึกเครียดอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพื้นฐานอารมณ์ของทารก เป็นแบบสอบถามของ Phumonsakul (2000) ที่แปลมาจากแบบสอบถามพื้นฐานอารมณ์ของทารก (What My Baby is Like Questionnaire, WBL) ของ พริตแฮม ชาง และ ชิว (Pridham, Chang & Chiu, 1994) เป็นแบบประเมินการรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับคุณลักษณะของบุตร มีจำนวน 18 ข้อ มาตรฐานค่า 10 ระดับ (ค่าคะแนน 1-10) คะแนนรวมมาก แสดงว่า การรับรู้ของมารดาต่อพื้นฐานอารมณ์ของทารกในเชิงบวกมีมาก

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดย Pimnuwong, S. (2007) เพื่อประเมินการสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอด ซึ่งสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของทอยส์ (Thoist, 1981) จำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วยการสนับสนุนด้านเครื่องมือ ข่าวสาร อารมณ์ และสังคม มาตรฐานค่า 5 ระดับ (ค่าคะแนน 1-5) คะแนนรวมมาก แสดงว่า มีการสนับสนุนทางสังคมสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 8 ส่วน มาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยไม่ได้มีการดัดแปลงในส่วนเนื้อหาของเนื้อหา จึงไม่ได้นำไปหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ส่วนการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 8 ส่วน ไปทดลองใช้กับมารดาที่มีบุตรอายุ 4-6 เดือนที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิถึงระดับตติยภูมิที่มีผู้มาใช้บริการมากที่สุดในจังหวัดชลบุรี จำนวน 30 ราย ผู้วิจัยได้ป้องกันการซ้ำของกลุ่มตัวอย่างโดยสอบถามประวัติการเข้าร่วมการทดลองใช้เครื่องมือก่อนเก็บข้อมูล และตรวจสอบรายชื่อจากแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยอีกครั้ง ผู้ที่เคยเข้าร่วมการทดลองใช้เครื่องมือจะไม่ถูกนำมารวมในการเก็บข้อมูลจริง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ผลการวิเคราะห์พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93, .72, .73, .95, .74, .75 และ .90 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย G-HS069/2567 วันที่รับรอง 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ถึง 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่โครงการ CBO Rec 67-078 วันที่รับรอง 27 กันยายน พ.ศ. 2567-2568 ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย และการรวบรวมข้อมูล โดยการบันทึกข้อมูลจะไม่ระบุชื่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลจะเก็บรักษาเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม และใช้ประโยชน์ทางการศึกษา กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดก็ได้ของการวิจัย และมีเอกสารยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ภายหลังโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลให้เก็บข้อมูลวิจัยแล้ว ผู้วิจัยติดต่อหัวหน้า และพยาบาลที่โรงพยาบาลที่เก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย และแนวทางในการคัดเลือกมารดาที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด

1.2 ผู้วิจัยทำการเตรียมผู้ช่วยวิจัย โรงพยาบาลละ 1 ท่าน โดยผู้วิจัยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ตอบแบบสอบถาม และแนวทางในการคัดเลือกมารดาที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด

2. ขั้นตอนการ

2.1 พยาบาลที่คลินิกสุขภาพเด็กช่วยคัดเลือกมารดาหลังคลอดที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และนัดหมายให้พบผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย เพื่อแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ขอความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย หากมารดายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในใบเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถาม แต่ละฉบับให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบ จำนวน 8 ฉบับ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 50 นาที

2.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเสร็จแล้ว ให้เวลากลุ่มตัวอย่างในการทบทวน ตรวจสอบคำตอบ และปรับแก้ไขคำตอบตามที่กลุ่มตัวอย่างต้องการ

2.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลในลำดับต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพของมารดา ความขัดแย้งในบทบาท พื้นฐานทางอารมณ์ของทารก ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ด้วยการหาช่วงคะแนนค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยที่ศึกษา โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter multiple regression analysis) โดยการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนนำไปวิเคราะห์ พบว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ ข้อมูลเป็นอิสระต่อกัน (ค่า Durbin-Watson = 1.922) ไม่มี Outliers ตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กัน ไม่มี Multicollinearity โดยตัวแปรตามทุกตัวมีค่า VIF < 5

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาที่ทำงานนอกบ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 20-34 ปี และมีอายุเฉลี่ย 26.92 ปี (SD = 4.349) มีบุตรอายุอยู่ในช่วง 4-6 เดือน และบุตรมีอายุเฉลี่ย 4.8 เดือน (SD = .976) มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 15,001 - 20,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 35.6) รองลงมาอยู่ในช่วง 25,000 บาท ขึ้นไป (ร้อยละ 34.8) ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท/พนักงานโรงงาน มากที่สุด (ร้อยละ 48.1) รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 29.6) ได้รับสวัสดิการจากสถานที่ทำงาน (ร้อยละ 51.1) โดยการลาหลังคลอดบุตรตามกฎหมายมากที่สุด (ร้อยละ 50.4) ลางานหลังคลอด 3 เดือนมากที่สุด (ร้อยละ 47.4) รองลงมาลางานหลังคลอด 1 เดือน (ร้อยละ 14.8) เป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 57) และครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 43) มีบุตรคนที่ 2 มากที่สุด (ร้อยละ 43.7) และรองลงมา มีบุตรคนแรก (ร้อยละ 43) มีประสบการณ์การเลี้ยงบุตรอยู่ในช่วง 1-16 ปี และมีประสบการณ์การเลี้ยงบุตรเฉลี่ย 3.04 ปี (SD = 3.753) ส่วนใหญ่มีสามีเป็นบุคคลที่ช่วยเหลือเลี้ยงดูบุตร (ร้อยละ 77) รองลงมาเป็นบิดามารดาของตนเอง (ร้อยละ 43)

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา เท่ากับ 101.16 (SD = 3.952) ซึ่งอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เท่ากับ 32.04 (SD = 4.037) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพของมารดา เท่ากับ 52.34 (SD = 3.377) มีคะแนนเฉลี่ยความขัดแย้งในบทบาท เท่ากับ 68.70 (SD = 2.760) มีคะแนนเฉลี่ยความเครียด เท่ากับ 17.17 (SD = 4.155) มีคะแนนเฉลี่ยพื้นฐานอารมณ์ของทารก เท่ากับ 121.99 (SD = 17.104) และมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 75.46 (SD = 3.216) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพของมารดา ความขัดแย้งในบทบาท ความเครียด พื้นฐานอารมณ์ของทารก และการสนับสนุนทางสังคมของมารดาที่ทำงานนอกบ้าน (n = 135)

ตัวแปรที่ศึกษา	ช่วงคะแนน		Mean	SD
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่ได้จริง		
ความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา	23-115	93-110	101.16	3.952
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	10-40	23-40	32.04	4.037
ภาวะสุขภาพของมารดา	15-75	45-62	52.34	3.377
ความขัดแย้งในบทบาท	24-120	63-74	68.70	2.760
ความเครียด	0-40	10-27	17.17	4.155
พื้นฐานอารมณ์ของทารก	18-180	75-158	121.99	17.104
การสนับสนุนทางสังคม	17-85	69-83	75.46	3.216

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทของมารดาที่ทำงานนอกบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($\beta = .157, p < .001$) ภาวะสุขภาพของมารดา ($\beta = .267, p < .001$) ความขัดแย้งในบทบาท ($\beta = -.543, p < .001$) ความเครียด ($\beta = -.077, p = .009$) พื้นฐานอารมณ์ของทารก ($\beta = .057, p = .020$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .061, p = .048$) โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความสำเร็จในการดำรงบทบาทของมารดาที่ทำงานนอกบ้านได้ร้อยละ 92.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(6, 128)} = 262.529, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบนำเข้า ระหว่างตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทของมารดาที่ทำงานนอกบ้าน (n = 135)

ตัวแปรที่ศึกษา	B	SE	β	t	p
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	.154	.038	.157	4.025	< .001
ภาวะสุขภาพของมารดา	.312	.045	.267	6.978	< .001
ความขัดแย้งในบทบาท	-.777	.057	-.543	-13.579	< .001
ความเครียด	-.073	.027	-.077	-2.659	.009
พื้นฐานอารมณ์ของทารก	.013	.006	.057	2.350	.020
การสนับสนุนทางสังคม	.075	.037	.061	1.999	.048
Constant (a)	3.813	9.325		.409	< .001

$R^2 = .925$, Adjusted $R^2 = .921$, SE = 1.108, $F_{(6, 128)} = 262.529, p < .001$

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความสำเร็จในการดำรงบทบาทของมารดาที่ทำงานนอกบ้าน

ผลการศึกษา พบว่า มารดาที่ทำงานนอกบ้านมีค่าเฉลี่ยความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา เท่ากับ 101.16

ซึ่งอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Samantarath et al. (2024) ที่พบว่า มารดาหลังคลอดมีคะแนนความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาเท่ากับ 100.82 ซึ่งอยู่ในระดับมากเช่นกัน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นมารดาหลังคลอดที่มีอายุเฉลี่ย 26.92 ปี ซึ่งเป็นมารดาในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ โดยมารดาวัยผู้ใหญ่มักมีความมั่นคงทางอารมณ์ มีทักษะการแก้ปัญหา เข้าใจบทบาทและความรับผิดชอบได้ชัดเจนมากกว่ามารดาวัยรุ่น จึงส่งผลให้มีความสำเร็จในการดำรงบทบาทในระดับมาก นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีบุตรคนที่ 2 ร้อยละ 43.7 และมีประสบการณ์การเลี้ยงบุตรเฉลี่ย 3.04 ปี ทำให้มารดาเคยผ่านสถานการณ์การเลี้ยงดูบุตร เช่น การให้นม การดูแลบุตรเมื่อเจ็บป่วย หรือการป้อนยารักษา และผ่านกระบวนการสร้างตัวตนของความเป็นมารดา ทำให้มารดามีความมั่นใจในการเลี้ยงดูบุตร และเกิดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาจากการเลี้ยงดูบุตรคนก่อน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 57) เป็นครอบครัวขยาย ส่งผลให้ได้รับความห่วงใย เอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว เนื่องจากครอบครัวขยายมีสมาชิกในครอบครัวที่พึ่งพาอาศัยกัน ส่งผลให้มารดาหลังคลอดได้รับการช่วยเหลือดูแลทารก ได้รับคำแนะนำจากผู้มีประสบการณ์ เช่น แม่หรือยาย ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ และช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Longo et al. (2024) พบว่า สมาชิกในครอบครัวขยายให้การสนับสนุนอย่างมากในการดูแลบุตร ส่งผลให้มารดาเกิดความสามารถในการเป็นมารดา และรู้สึกพึงพอใจในการเป็นมารดา

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทของมารดาที่ทำงานนอกบ้าน ซึ่งได้แก่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพของมารดา ความขัดแย้งในบทบาท ความเครียด พื้นฐานอารมณ์ของทารก และการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยอธิบายโดยเรียงตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดไปหาต่ำสุด โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ความขัดแย้งในบทบาทมีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ทำงานนอกบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.543, p < .001$) สะท้อนว่ามารดาที่มีความขัดแย้งในบทบาทสูงจะประสบความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาน้อยลง จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพนักงานบริษัทหรือพนักงานโรงงาน ทำงานช่วงกลางวัน และทำงาน 8 ชั่วโมง/วัน ซึ่งส่งผลให้มีแนวโน้มเกิดความขัดแย้งในบทบาท (role conflict) ซึ่งอธิบายได้ว่าเนื่องจากต้องรับผิดชอบทั้งบทบาทการทำงาน และบทบาทมารดาพร้อมกัน ทำให้เกิดความตึงเครียด นอกจากนี้ความเหนื่อยล้าจากงาน และเวลาที่จำกัดอาจส่งผลต่อคุณภาพการดูแลบุตร และทำให้มารดารู้สึกไม่สามารถปฏิบัติแต่ละบทบาทได้อย่างเต็มที่ ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Ricci and Badiee (2022) ที่พบว่า ความขัดแย้งในบทบาทมีผลทางลบต่อการรับรู้ความสามารถของบทบาทมารดา ($\beta = -.18, p < .01$)

2. ภาวะสุขภาพมีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ทำงานนอกบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .267, p < .001$) โดยมารดาที่มีสุขภาพไม่ดีจะมีความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาน้อยลง ซึ่งอธิบายได้ว่าความเจ็บป่วยทำให้มารดาที่มีความเหนื่อยล้า ความกังวล และสนใจตนเองมากกว่าบุตร ส่งผลให้การดูแลและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุตรลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Cavanagh (2024) ที่พบว่าสุขภาพที่ไม่ดีของมารดา เช่น ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง มีผลกระทบต่อการบรรลุบทบาทมารดา รวมถึงผลการศึกษาของ Maehara et al. (2016) ที่พบว่า มารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่มีอาการเจ็บป่วยมีความมั่นใจในบทบาทมารดาน้อยกว่ามารดาที่ไม่มีอาการเจ็บป่วย ($\beta = .251, p = 0.001$) และการศึกษาของ Kelbore et al. (2020) ที่รายงานว่าสุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดำรงบทบาทมารดา ผลการศึกษพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพระดับปานกลาง และไม่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เนื่องจากเป็นเกณฑ์คัดออก ซึ่งสะท้อนถึงความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ ภาวะสุขภาพที่เหมาะสมช่วยเสริมความอดทน ความมั่นคงทางอารมณ์ และความสามารถในการจัดการบทบาทงานกับครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ภาวะสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาที่ทำงานนอกบ้าน

3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ทำงานนอกบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .157, p < .001$) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีงานที่มั่นคง และมีบุตรในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งส่งผลเชิงบวกต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยงานที่มั่นคงช่วยสร้างความมั่นคงทางรายได้ และความเชื่อมั่นในบทบาทการดูแลครอบครัว ขณะที่การมีบุตรในวัยผู้ใหญ่ซึ่งมีวุฒิภาวะ และความพร้อมมากกว่า ช่วยให้ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ดี ลดความวิตกกังวล และเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง โดยมารดาที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะมีความเชื่อมั่น พร้อมรับมือกับปัญหา และสามารถปฏิบัติหน้าที่การเป็นมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดามากขึ้น สอดคล้องกับ Rafii et al. (2020) ที่รายงานว่ามารดาที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงมีความสามารถในการดูแลบุตรได้ดีกว่ามารดาที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ตรงกับการศึกษาของ Anupapvisedkul et al. (2016) ที่พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .34, p < .01$) และยังสอดคล้องกับ Kelbore et al. (2020) ที่พบว่ามารดาที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำมีแนวโน้มความสามารถในการเป็นมารดาต่ำกว่ามารดาที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงถึง 5.518 เท่า ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา

4. ความเครียดมีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ทำงานนอกบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.077, p = .009$) โดยมารดาที่มีความเครียดสูงจะประสบความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาน้อยลง ซึ่งอธิบายได้ว่ามารดาที่ทำงานนอกบ้านต้องเผชิญความเครียดจากหลายด้าน ทั้งจากการทำงาน ภาระงานบ้าน และการเลี้ยงดูบุตร ความเครียดเหล่านี้ส่งผลกระทบทั้งร่างกายและจิตใจ และลดคุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตร ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา สอดคล้องกับ Kadale et al. (2018) ที่พบว่ามารดาที่ทำงานนอกบ้านส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับ Rafii et al. (2020) และ Alipour et al. (2023) ที่ศึกษาพบว่าความเครียดส่งผลทางลบต่อความมั่นใจ และความสามารถในการดำรงบทบาทมารดา ($\beta = -.36, p < .01$) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจอธิบายได้จากการที่ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ และลักษณะงานที่มั่นคง ช่วยลดความกังวลด้านการเงิน และความไม่แน่นอนในชีวิต นอกจากนี้ การได้รับสวัสดิการจากสถานที่ทำงาน เช่น สิทธิลาหลังคลอด 3 เดือน และความยืดหยุ่นในการทำงาน มีส่วนสำคัญในการลดความตึงเครียดและเอื้อต่อการปรับตัวในบทบาทมารดา ดังนั้น ความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมการทำงานที่สนับสนุน จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมสมดุลระหว่างงานกับครอบครัวและลดระดับความเครียดของมารดาที่ทำงานนอกบ้าน

5. การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ทำงานนอกบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .061, p = .048$) จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากสามี บิดามารดาของตนเอง บิดามารดาของสามี และสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า เมื่อมารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะสามารถปฏิบัติบทบาทมารดาได้สำเร็จมากขึ้น โดยการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดความเครียด เสริมสร้างกำลังใจ และทำให้มารดา รู้สึกมีคุณค่าในการปฏิบัติหน้าที่ในฐานะมารดา โดยเฉพาะมารดาที่ทำงานนอกบ้านซึ่งต้องเผชิญกับภาระหลายด้านพร้อมกัน สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Anupapvisedkul et al. (2016) ที่พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวสามารถทำนายความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .23, p < .05$) รวมถึงการศึกษาของ Chandate et al. (2018) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรวัยขวบปีแรก ($\beta = .17, p < .001$) ตลอดจนการศึกษาของ Song et al. (2020) ที่พบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสมีอิทธิพลต่อความสามารถในการเลี้ยงดูบุตรของมารดาที่ทำงานนอกบ้านอย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = .19, p = .002$)

6. พื้นฐานอารมณ์ของทารกมีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาที่ทำงานนอกบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .057, p = .020$) โดยมารดาที่รับรู้ว่าการมีพื้นฐานอารมณ์เชิงบวกจะมีความมั่นใจ และสามารถตอบสนองความต้องการของบุตรได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดความรัก ความผูกพัน และการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด โดยพฤติกรรมที่ดีของทารกช่วยส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตร ในทางตรงกันข้าม ทารกที่มีพื้นฐานอารมณ์เชิงลบ เช่น เลี้ยงยากหรือร้องไห้ง่าย อาจลดระดับความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา เนื่องจากเพิ่มความเหนื่อยล้า และความเครียด ทำให้มารดารู้สึกไม่มั่นใจในความสามารถของตน โดยเฉพาะเมื่อขาดการสนับสนุนหรือมีภาระหลายด้านร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Thammarat et al. (2017) ที่พบว่า พื้นฐานอารมณ์ของทารกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .165, p < .001$) และ Ahmadpour et al. (2022) ที่พบว่า พื้นฐานอารมณ์ของทารกสามารถทำนายสัมพันธ์ภาพกับบุตรได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .361, p < .01$)

โดยสรุปจากการศึกษา นี้ มารดาที่ทำงานนอกบ้านมีความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาอยู่ในระดับมาก ซึ่งอาจอธิบายได้จากการเป็นมารดาวัยผู้ใหญ่ มีประสบการณ์เลี้ยงดูบุตร และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาท พบว่า ความขัดแย้งในบทบาทมีอิทธิพลทางลบสูงสุด รองลงมาคือ ภาวะสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และพื้นฐานอารมณ์ของทารกตามลำดับ โดยภาวะสุขภาพที่ดี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพื้นฐานอารมณ์เชิงบวกของทารก เป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา ในขณะที่ความขัดแย้งในบทบาท และความเครียดเป็นปัจจัยที่ส่งผลในทางลบต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลผดุงครรภ์ควรมีการประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทในมารดาที่ทำงานนอกบ้านในระยะหลังคลอด เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาต่อไป
2. พยาบาลผดุงครรภ์ควรจัดกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทของมารดาที่ทำงานนอกบ้าน เช่น การให้สุศึกษาเกี่ยวกับมารดาและสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการดำรงบทบาทของมารดาที่ทำงานนอกบ้าน เช่น โปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับมารดาหลังคลอดที่ทำงานนอกบ้าน
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในช่วงที่บุตรอายุ 4 เดือนไปจนถึง 12 เดือน เพื่อเปรียบเทียบความสำเร็จในการดำรงบทบาทของมารดาที่ทำงานนอกบ้านในแต่ละช่วง
3. ควรมีการศึกษความสำเร็จในการดำรงบทบาทของมารดาที่ทำงานนอกบ้านในกลุ่มมารดาที่ทำงานในพื้นที่นอกเขตอุตสาหกรรม เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการดำรงบทบาทมารดา

References

- Ahmadpour, P., Jahanfar, S., Bieyabanie, M. H., & Mirghafourvand, M. (2022). Predictors of maternal role adaptation in Iranian women: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, 367. doi:10.1186/s12884-022-04702-2

- Alipour, F., Tabrizi, M., & Nouri, R. (2023). The mediating role of maternal stress in the relationship between marital conflict and maternal competency. *Nursing Practice Today*, 10(2), 113-122.
- Anupapvisedkul, P., Sopajaree, C., Sopon, A., & Eudsaha, S. (2016). Selected factors predicting maternal role attainment among HIV-seropositive mothers. *Journal of Nursing Science & Health*, 39(2), 44-53.
- Kadale, P., Pandey, A., & Raje, S. (2018). Challenges of working mothers: Balancing motherhood and profession. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 5(7), 2905-2910.
- Kaewjiboon, J., Saetang, O., & Chachvarat, T. (2019). Factors related to maternal role of teenagers. *Journal of Nursing, Public Health, and Education*, 20(3), 95-106. [In Thai]
- Kelbore, W., Yasin, H., & Kolle, D. (2020). Maternal role competence and its associated factors among mothers who attended immunization clinics at public health facilities of Arba Minch Town, Southern Ethiopia: A cross-sectional study. *International Journal of Sciences: Basic and Applied Research*, 53(2), 129-138.
- Liang, J., & Chen, Z. (2025). Parents' work-family conflict and parent-child relationship: The mediating role of parenting burnout and the moderating role of self-compassion. *PLoS ONE*, 20(3), e0319777. doi:10.1371/journal.pone.0319777
- Longo, V., Saadati, N., & Karakus, M. (2024). Exploring the role of extended family in child rearing practices across different cultures. *Journal of Psychosociological Research in Family and Culture*, 2(4), 4-12.
- Maehara, K., Mori, E., Tsuchiya, M., Iwata, H., Sakajo, A., Ozawa, H., Morita, A., Maekawa, T., Makaya, M., & Tamakoshi, K. (2016). Factors affecting maternal confidence among older and younger Japanese primiparae at one month postpartum. *Japan Journal of Nursing Science*, 13(4), 424-436. doi:10.1111/jjns.12123
- Noppakulwonk, T. (2015). *The logistics of family work conflicts, organizational climate, and job retention in a Bangkok area delivery business, Thailand* (Doctoral dissertation, Thammasat University, Thailand). Retrieved from http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2015/TU_2015_5206035239_3139_1916.pdf
- Phonkusol, C., & Sangin, S. (2020). The factors predicting health behaviors among pregnant migrant women in Chon Buri province. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 35(4), 128-144. [In Thai]
- Phumonsakul, S. (2000). *A structural equation model of maternal role attainment among working primiparous mothers* (Doctoral dissertation, Mahidol University, Thailand).
- Phumonsakul, S., Somboonsub, A., & Siriwattanachok, U. (2004). Development of maternal role attainment scale (MRAS): Revised short form and psychometric characteristics. *Journal of Nursing Science*, 22(1), 28-38. [In Thai]
- Pimnuwong, S. (2007). *Factors influencing self-care behaviors of teenage postpartum mothers* (Doctoral dissertation, Christian University, Thailand).

- Rafii, F., Alinejad-Naeini, M., & Peyrovi, H. (2020). Maternal role attainment in mothers with term neonate: A hybrid concept analysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(4), 304-313. doi:10.4103/ijnmr.IJNMR_201_19
- Ricci, R. B., & Badiiee, M. (2022). Predictors of role efficacy in college mothers. *College Student Journal*, 54(1), 63-76.
- Samantarath, P., Phuangprasonka, R., Chumpathat, N., Buala, O., & Siri, O. (2024). Predictors of maternal role attainment among adolescent mothers in eastern Thailand. *The Nursing Science Journal of Thailand*, 42(1), 69-83. [In Thai]
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2010). The Thai version of the PSS-10: An investigation of its psychometric properties. *BioPsychoSocial Medicine*, 4(1), 6. doi:10.1186/1751-0759-4-6
- Wongpakaran, T., & Wongpakaran, N. (2012). A comparison of reliability and construct validity between the original and revised versions of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Psychiatry Investigation*, 9(1), 54-58. doi:10.4306/PI.2012.9.1.54

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยสูงอายุ หลังผ่าตัดช่องท้อง

ณอมจิต ณอมศิริ, พย.บ.¹ อารณ ตีนาน, Ph.D.^{2*} วารินทร์ บินโฮเซ็น, ปร.ด.³

บทคัดย่อ

ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องและทำให้เสี่ยงต่อการเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดี การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะสับสนเฉียบพลันและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความปวด คุณภาพการนอนหลับ และการสนับสนุนทางสังคมกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบวางแผนล่วงหน้า จำนวน 115 ราย คัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และภาวะสุขภาพ แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย แบบประเมินความปวด แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.2 อายุเฉลี่ย 67.2 ปี (SD = 6.65) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 47.8 และมะเร็งลำไส้ตรง ร้อยละ 35.7 ได้รับการผ่าตัดแบบ Low anterior resection ร้อยละ 39.1 และ Hemicolectomy ร้อยละ 27 กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสับสนเฉียบพลัน ร้อยละ 37.4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ภาวะสับสนเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความปวด ($r_s = .206, p = .027$) และคุณภาพการนอนหลับ ($r_s = .322, p < .001$) แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคม ($r_s = -.365, p < .001$)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย ได้แก่ พยาบาลควรประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับไว้จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และควรพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้สูงอายุที่เข้าผ่าตัดในโรงพยาบาลจากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยสูงอายุ ผ่าตัดช่องท้อง ภาวะสับสนเฉียบพลัน ปัจจัยที่สัมพันธ์

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยรังสิต

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ปทุมธานี

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ปทุมธานี

* ผู้เขียนหลัก e-mail: aporn.d@rsu.ac.th

Factors Related to Postoperative Delirium Among Older Patients Undergoing Abdominal Surgery

Tanomchit Tanomsiri, B.N.S.¹, Aporn Deenan, Ph.D.^{2*}, Varin Binhosen, Ph.D.³

Abstract

Postoperative delirium is a common complication among older adults undergoing major surgery and is associated with adverse health outcomes. This descriptive correlational study aimed to determine the prevalence of postoperative delirium and examine the relationships of pain, sleep quality, and social support with postoperative delirium among older patients undergoing abdominal surgery. The sample comprised 115 older patients who underwent elective abdominal surgery and met the eligibility criteria. Data were collected using a demographic and health information questionnaire, the Thai Mental State Examination, the Numeric Rating Scale, the Pittsburgh Sleep Quality Index, a social support questionnaire, and the Nursing Delirium Screening Scale. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

The majority of participants were male (52.2%), with a mean age of 67.2 years (SD = 6.65). The most common diagnoses were colon cancer (47.8%) and rectal cancer (35.7%), and the most common procedures were low anterior resection (39.1%) and hemicolectomy (27.0%). Postoperative delirium occurred in 37.4% of participants. Postoperative delirium was positively correlated with pain ($r_s = .206$, $p = .027$) and poorer sleep quality ($r_s = .322$, $p < .001$), and negatively correlated with social support ($r_s = -.365$, $p < .001$).

The findings suggest that nurses should systematically assess postoperative delirium in older surgical patients and implement preventive care focusing on pain management, sleep promotion, and social support. Further research should develop and evaluate a multicomponent delirium-prevention program based on these significant factors.

Key words: Older patients, Abdominal surgery, Postoperative delirium, Related factors

¹ Master Degree student, MNS (Adult and Gerontological Nursing), Rangsit University

² Associate professor, School of Nursing, Rangsit University, Pathum Thani

³ Assistant professor, School of Nursing, Rangsit University, Pathum Thani

* Corresponding author e-mail: aporn.d@rsu.ac.th

บทนำ

การรักษาด้วยการผ่าตัดในกลุ่มผู้สูงอายุมีสถิติเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าในแต่ละปี มีผู้สูงอายุเข้ารับการผ่าตัดมากกว่าปีละ 5 ล้านคนและคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในปี 2060 (Canales, Wann, Blitz, & Whittington, 2025) การผ่าตัดส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาของระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินอาหาร ระบบกระดูกและข้อ โดยมีปัจจัยสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับความเสื่อมตามวัย ซึ่งการผ่าตัดช่องท้องเป็นการผ่าตัดที่พบได้บ่อยในประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2565 มีการผ่าตัดช่องท้องสูงกว่า 1.4-1.5 แสนรายต่อปี และเป็นผู้ป่วยสูงอายุประมาณร้อยละ 50-60 โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นอายุ 60-69 ปี (Department of medical Services, 2024) การผ่าตัดใหญ่ของช่องท้องที่พบบ่อยในโรงพยาบาลทั่วไป ได้แก่ การผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี การอุดตันของลำไส้ ไส้เลื่อน มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยดังกล่าวโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด (Canales et al., 2025; Meunhong, Surit, & Doungkaew, 2023)

ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดเป็นภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ เกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง ส่งผลให้ระดับความรู้สึกตัวและการรู้คิดเปลี่ยนแปลงอย่างเฉียบพลัน ผู้ป่วยมีสมาธิลดลง และมักเกิดอาการภายใน 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยอาการมักรุนแรงมากขึ้นในช่วงเย็นหรือกลางคืน (Marcantonio, 2017) อุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดพบได้ร้อยละ 11-32 (Kunprayoung, Jullamate, & Piboon, 2025; Monge, Alvarez, & Castillo, 2025; Prechaterasat, 2021; Somnuek, 2022) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด และวิธีการประเมิน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินมีโอกาสเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวางแผนล่วงหน้า 2.8-5.6 เท่า และพบอุบัติการณ์ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมร้อยละ 22.70-45.45

ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการพลัดตกเตียง เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพื้นตัวหลังผ่าตัดล่าช้า ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น และมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (Marcantonio, 2017; Nazemi, Gowd, Carmouche, & Blevins, 2017) นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการดูแลและผลลัพธ์ทางการรักษา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสับสนเฉียบพลันพบทั้งจากตัวผู้ป่วยสูงอายุ การรักษา การผ่าตัด และ สภาพแวดล้อม เช่น ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด อายุที่มากขึ้นภาวะซึมเศร้า จำนวนชนิดยา (Kunprayoung et al., 2025; Tamargo, Strath, & Cruz-Almeida, 2025) นอกจากนี้ White et al. (2024) ยังพบปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ การเสียเลือดปริมาณมาก ขณะผ่าตัด มีภาวะขาดสารอาหาร มีการติดเชื้อ มีภาวะสมองเสื่อม มีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง มีประวัติการใช้ยา กลุ่มยากดประสาท ยานอนหลับ หรือยาต้านภาวะซึมเศร้า และการผ่าตัดที่ซับซ้อนหรือใช้เวลายาวนาน นอกจากนั้นยังพบว่า การนอนหลับที่มีคุณภาพไม่ดีก่อนผ่าตัด ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Liu, Zhang, Chen, & Wang, 2023; Ou-Yang et al., 2024) สอดคล้องกับการศึกษาของ Todd, Smith, and Martin (2017) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องแบบวางแผนล่วงหน้าหากมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด และ Guo, Li, Wang, and Zhang (2024) พบว่า ผู้สูงอายุชาวจีนที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องแบบวางแผนล่วงหน้า หากมีปัญหาการนอนหลับก่อนผ่าตัด มีโอกาสเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัญหาประมาณ 3 เท่า นอกจากนั้น ยังพบว่า ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนเพียงพอ (Tang, Li, & Xu, 2022) เนื่องจากสมาชิกในครอบครัว จะช่วยกระตุ้นความทรงจำจากคนคุ้นเคย ช่วยสร้างสภาพแวดล้อมให้เกิดความคุ้นเคย ช่วยลดความเครียดและลดความวิตกกังวล เพิ่ม การรับรู้ของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดได้ถึง ร้อยละ 30-40 (Wang et al., 2020)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์เป็นกรอบแนวคิด (Lenz, Pugh, Milligan, Gift, & Suppe, 1997) โดยภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดเป็นอาการที่ไม่พึงประสงค์ที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านสรีรวิทยา คือ ความปวด ปัจจัยทางจิตใจ คือ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านสถานการณ์ คือ คุณภาพการนอนหลับ การป้องกัน และลดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เลือกสรรดังกล่าว ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากปัจจุบันมีสถิติของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลทั่วไป การศึกษาภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยและผู้ป่วยมักได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติเมื่อกลับจากห้องผ่าตัด ซึ่งมีบริบทการดูแลที่แตกต่างจากการดูแลกับหอผู้ป่วยศัลยกรรมของโรงพยาบาลทั่วไป ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลทั่วไปที่ต้องดูแลผู้ป่วยตั้งแต่กลับจากห้องผ่าตัดจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน จากประสบการณ์พบผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดบางรายที่มีอาการสับสน ไม่รู้เวลาและสถานที่ หรือพูดจาซ้ำ ๆ จำคนคุ้นเคยไม่ได้ ไม่ร่วมมือในการดูแลรักษา บางรายพบผลกระทบของอาการดังกล่าวตามมา ดังนั้นจึงสนใจศึกษาภาวะสับสนเฉียบพลันและปัจจัยที่สัมพันธ์ ได้แก่ ความปวด คุณภาพการนอนหลับ และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันและนำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันได้อย่างเหมาะสมต่อไปในอนาคต นอกจากนี้ผู้วิจัยยังต้องการนำแบบประเมิน Nursing Delirium Screening Scale-NuDESC ซึ่งพัฒนาเพื่อให้พยาบาลสามารถประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันที่ง่ายขึ้นและแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมาที่ใช้แบบประเมินอื่น ๆ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

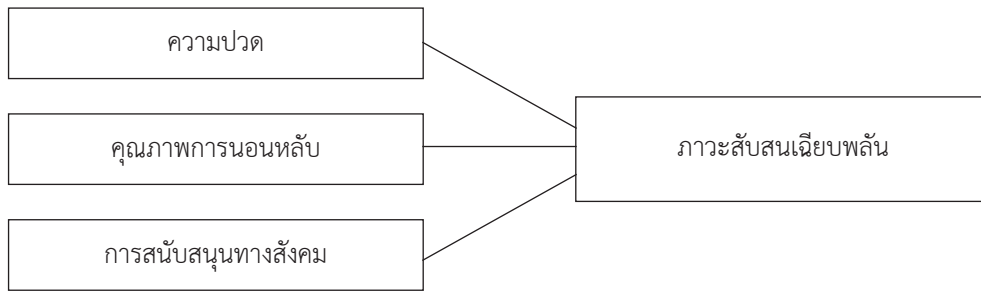
1. เพื่อศึกษาความชุกภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความปวด คุณภาพการนอนหลับ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง

สมมติฐานการวิจัย

ความปวด คุณภาพการนอนหลับ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms) ของ Lenz et al. (1997) ซึ่งอธิบายว่า อาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiological Factors) ปัจจัยทางจิตใจ (Psychological Factors) และปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational Factors) ที่ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน และมีผลต่อความรุนแรง ระยะเวลา และผลกระทบของอาการไม่พึงประสงค์นั้น ซึ่งการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้สูงอายุเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสรีรวิทยา ปัจจัยทางจิตใจ และปัจจัยด้านสถานการณ์ โดยความปวด เป็นปัจจัยทางสรีรวิทยา จะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทางจิตใจ ที่ช่วยลดความวิตกกังวลและความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ สนับสนุนการรับรู้ และคุณภาพการนอนหลับเป็นปัจจัยที่มีผลเกี่ยวเนื่องกับสถานการณ์ ปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อการทำงานของสมองและอาจทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด ทั้งนี้ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กัน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลหุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคกลาง เก็บข้อมูล ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 ถึงเมษายน พ.ศ. 2568

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม คัดเลือกโดยวิธีการเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยกำหนดเกณฑ์ ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. เป็นผู้รับการผ่าตัดช่องท้อง โดยมีการผ่าตัดที่มีแผนผ่าตัดไว้ล่วงหน้า
3. ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย
4. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย
5. ไม่มีประวัติภาวะสับสนเฉียบพลันก่อนเข้ารับการผ่าตัด ไม่มีประวัติติดสุราเรื้อรัง และไม่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมหรือโรคหลอดเลือดสมอง

การวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมหรือโรคหลอดเลือดสมอง

6. ได้รับการประเมินภาวะสมองเสื่อม ด้วยเครื่องมือ Thai Mental State Examination และได้คะแนนมากกว่า 23 คะแนน

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1.9.4 (Faul et al., 2009) สำหรับการทดสอบสหสัมพันธ์แบบหางเดียว (one-tailed) เนื่องจากกำหนดสมมติฐานเชิงทิศทางจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยกำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และขนาดอิทธิพลจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $r = .236$ ตามการศึกษาของ Liu et al. (2023) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 110 ราย เพื่อป้องกันข้อมูลไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกประมาณร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 115 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพ ประกอบด้วยข้อความถาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว วินิจฉัยโรค และการผ่าตัด
2. แบบประเมินความปวด (Numerical Rating Scale: NRS) เป็นมาตรวัดระดับความปวดตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน โดยแบ่งเป็น 1-3 คะแนน หมายถึง ปวดระดับเล็กน้อย 4-6 คะแนน หมายถึง ปวดระดับปานกลาง และ 7-10 คะแนน หมายถึง ปวดระดับรุนแรง (Hawker et al., 2011; McCaffery & Pasero, 1999)
3. แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) พัฒนาโดย Buysse, Reynolds, Monk, Berman, and Kupfer (1989) มีองค์ประกอบ 7 ด้าน มีข้อความถาม 19 ข้อ ได้แก่ เวลาในการ

เข้านอน ระยะเวลาอนจริง ประสิทธิภาพการนอน คุณภาพการนอน การรบกวนจากปัจจัยภายนอก การใช้ยานอนหลับ และอาการง่วงในตอนกลางวัน คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-21 คะแนน ถ้าได้คะแนนเท่ากับหรือสูงกว่า 5 คะแนน แสดงถึงมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติฉบับภาษาไทย (Thai Revised Multidimensional Scale of Perceived Social Support: Thai r-MSPSS) ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดของ Zimet et al. (1988) และผ่านการตรวจสอบฉบับภาษาไทยโดย Wongpakaran and Wongpakaran (2012) จำนวน 12 ข้อ ครอบคลุมการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 7 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12-84 คะแนน โดยคะแนนสูงหมายถึงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง

5. แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน (Nursing Delirium Screening Scale: NuDESC) พัฒนาโดย Gaudreau et al. (2005) แปลเป็นภาษาไทยโดย ภาวิทย์ สมนึก (Somnuek, 2022) มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ได้แก่ ความสับสน (Disorientation) พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate behavior) การสื่อสารที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate communication) การรับรู้ผิดปกติ เช่น ภาพหลอนหรือความเข้าใจผิด (Illusions/Hallucinations) และการเคลื่อนไหวช้าลง (Psychomotor retardation) แต่ละข้อจะมีคะแนน 0-2 คะแนน ถ้าได้คะแนนรวมตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะสับสนเฉียบพลัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คุณภาพเครื่องมือในการวิจัยได้รับการตรวจสอบดังนี้

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) แบบประเมินความปวด แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการพัฒนา และตรวจสอบคุณภาพอย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดสอบกับผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดที่มีลักษณะคล้ายกับ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ มีค่าความเชื่อมั่น 0.75 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น 0.89 และแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน มีความเชื่อมั่น 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. หลังผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคน มหาวิทยาลัยรังสิต และคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยมนุษย์ โรงพยาบาลสิงห์บุรี ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล

2. ผู้วิจัยพบหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมและทึมพยาบาล ชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัยและวิธีการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดก่อนวันผ่าตัด และประสานกับพยาบาลในหอผู้ป่วยเพื่อให้ แนะนำผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติผ่านเกณฑ์

4. ในวันก่อนวันผ่าตัดที่ผู้ป่วยมานอนในหอผู้ป่วยเพื่อเตรียมผ่าตัด ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงรายละเอียด เกี่ยวกับวิจัย เช่น วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ในการวิจัย การปฏิเสธหรือถอนตัว และประโยชน์ ของการเข้าร่วมวิจัย เป็นต้น ถ้าผู้ป่วยแสดงความจำนงค์เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยหรือญาติลงนามในใบยินยอม ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล

5. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพ คุณภาพการนอนหลับ และการสนับสนุนทางสังคมด้วยแบบสอบถาม

6. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลความปวดและประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด เมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เนื่องจากหลังผ่าตัดวันแรกผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้ยาระงับปวดอย่างต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำ โดยวัดระดับความปวดด้วย แบบประเมินความปวด (Numerical Rating Scale: NRS)

7. ผู้วิจัยประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดของผู้ป่วย ในช่วง 48 ชั่วโมงที่ผ่านมาด้วยการประเมินจากการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ การสังเกตและประเมินการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม การรับรู้ การสื่อสารและระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยตาม แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน (Nursing Delirium Screening Scale: NuDESC)

8. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ
2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ ระดับความปวด คุณภาพการนอนหลับ และการสนับสนุนทางสังคม
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความปวด คุณภาพการนอนหลับ และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์

จากนั้นวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต เลขที่ COA No. RSUERB2024-133 (5 สิงหาคม 2567) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสิงห์บุรี เลขที่ 65/2567 (25 มิถุนายน 2567) ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การรักษาความลับ และสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อการรักษา ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงนามในหนังสือยินยอม ข้อมูลถูกบันทึกโดยใช้รหัสแทนชื่อ จัดเก็บในพื้นที่ที่มีการป้องกันการเข้าถึง และทำลายภายหลังสิ้นสุดโครงการวิจัย 2 ปี

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.17 มีอายุเฉลี่ย 67.20 ปี (SD = 6.65) โดยอยู่ในช่วงอายุ 70-79 ปีมากที่สุด ร้อยละ 43.48 รองลงมาคือช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 34.78 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.09 มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 53.90 และมีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 60.90 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 43.50 กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุด ร้อยละ 47.70 รองลงมาคือมะเร็งลำไส้ตรง ร้อยละ 35.70 และได้รับการผ่าตัดแบบ low anterior resection ร้อยละ 39.13 และ hemicolectomy ร้อยละ 26.96 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N = 115)

ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	55	47.83
ชาย	60	52.17
อายุ (Min = 60, Max = 84) mean 67.20 (SD = 6.65)		
อายุ 60-69 ปี	40	34.78
อายุ 70-79 ปี	50	43.48
อายุ ≥ 80 ปี	25	21.74

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	4.35
ประถมศึกษา	76	66.09
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.	25	21.74
ปริญญาตรี	9	7.82
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	62	53.90
5,001 - 10,000 บาท	30	26.10
10,001 - 30,000 บาท	11	9.57
30,001 - 50,000 บาท	12	10.43
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	45	39.10
ไม่เพียงพอ	70	60.90
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	20	17.39
เบาหวาน	1	0.87
ไทรอยด์	1	0.87
ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	2	1.73
มะเร็ง	2	1.73
ไขมันในเลือดสูง	5	4.35
ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	12	10.43
ความดันโลหิตสูงและเบาหวานและไขมันในเลือดสูง	22	19.13
ความดันโลหิตสูง	50	43.50
วินิจฉัยโรค		
ฝีในช่องท้อง	1	0.90
ลำไส้อุดตัน	18	15.70
มะเร็งลำไส้ตรง	41	35.70
มะเร็งลำไส้ใหญ่	55	47.70
การผ่าตัด		
Hart's Man Operation	2	1.74
Abdominal Peritoneal Resection	3	2.60
AP Resection	5	4.35
Sigmoidectomy	5	4.35
Small Bowel Resection	10	8.70
Loop Colectomy	14	12.17
Hemicolectomy	31	26.96
Low Anterior Resection	45	39.13

ภาวะสับสนเฉียบพลัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 37.40 มีระดับความปวดหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง เท่ากับ 5.98 (SD = 1.80) ส่วนใหญ่มีความปวดระดับรุนแรงมากที่สุดร้อยละ 45.22 รองลงมาคือความปวดระดับปานกลาง ร้อยละ 42.60 และความปวดเล็กน้อยร้อยละ 12.17 คุณภาพการนอนหลับมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.97 (SD = 3.36) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 55.65 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี การสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 65.83 (SD = 6.14) พบว่าร้อยละ 94.78 มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสับสนเฉียบพลันและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของ
กลุ่มตัวอย่าง (N = 115)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	Min-Max	Mean	SD
ภาวะสับสนเฉียบพลัน				—	—
ไม่มี	72	62.60			
มี	43	37.40			
ความปวด			2-10	5.98	1.80
ระดับเล็กน้อย	14	12.17			
ระดับปานกลาง	49	42.60			
ระดับรุนแรง	52	45.22			
คุณภาพการนอนหลับ			0-18	5.97	3.36
คุณภาพดี	51	44.34			
คุณภาพไม่ดี	64	55.65			
การสนับสนุนทางสังคม			12-84	65.83	6.14
ระดับต่ำ	0	0			
ระดับปานกลาง	6	5.21			
ระดับสูง	109	94.78			

ก่อนวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับการใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน โดยผลการทดสอบ Kolmogorov-Smirnov พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติสหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient)

ผลการวิเคราะห์พบว่า ภาวะสับสนเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับความปวด ($r_s = .206$, $p = .027$) มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพการนอนหลับ ($r_s = .322$, $p < .001$) และมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับการสนับสนุนทางสังคม ($r_s = -.365$, $p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความปวด คุณภาพการนอนหลับ การสนับสนุนทางสังคม และภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน

ตัวแปร	r_s	p-value	การแปลผล
ความปวด	.206	.027	ต่ำ
คุณภาพการนอนหลับ	.322	< .001	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	-.365	< .001	ปานกลาง

อภิปรายผลการวิจัย

ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดช่องท้องในผู้สูงอายุ

การศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดช่องท้องเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันร้อยละ 37.40 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดที่พบอุบัติการณ์ร้อยละ 22-38 (Kim, Li, & Kim, 2020; Wang et al., 2022) โดยภาวะดังกล่าวเกิดจากความผิดปกติชั่วคราวของการทำงานของสมองร่วมกับความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท โดยเฉพาะ acetylcholine ที่ลดลงและ dopamine ที่เพิ่มขึ้น ประกอบกับการเสื่อมถอยของระบบประสาทตามวัย ทำให้ผู้สูงอายุมีความไวต่อความเครียดและการอักเสบหลังผ่าตัดมากขึ้น (Rengel et al., 2019; Rengel et al., 2020) ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 67.20 ปี (SD = 6.65) ซึ่งอายุที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน เนื่องจากสมองมีความสามารถในการปรับตัวลดลง นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ที่มีความซับซ้อน เช่น Low Anterior Resection และ Hemicolectomy ซึ่งกระตุ้นกระบวนการอักเสบและการหลั่ง cytokines เช่น IL-1, IL-6 และ TNF- α ส่งผลให้เกิด neuroinflammation และรบกวนการทำงานของสมอง (Rengel, Hayhurst, Pandharipande, & Hughes, 2020) ร่วมกับความเครียดจากการผ่าตัดที่กระตุ้น HPA axis ทำให้ระดับ cortisol และ catecholamines เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการรับรู้และระดับความรู้สึกตัวของผู้สูงอายุ อีกทั้งอาการปวด การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพ และโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ยังเป็นปัจจัยร่วมที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดมากขึ้น (Kunprayong et al., 2025)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลัน

ผลการศึกษาพบว่า ความปวด คุณภาพการนอนหลับ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดอาการอื่นไม่พึงประสงค์ของ Lenz และคณะ (Lenz et al., 1997) ที่อธิบายว่า อาการหรือภาวะผิดปกติทางสุขภาพเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiological factors) ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors) และปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational factors) ซึ่งร่วมกันส่งผลต่อการรับรู้ การตอบสนอง และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของบุคคล โดยในการศึกษานี้พบว่า ความปวดซึ่งเป็นปัจจัยด้านสรีรวิทยามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับภาวะสับสนเฉียบพลัน ($r_s = .206$, $p = .027$) ทั้งนี้ ความปวดหลังผ่าตัดระดับปานกลางถึงรุนแรงเป็นปัจจัยกระตุ้น stress response ของร่างกาย ส่งผลให้ระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้นและมีการหลั่ง cortisol และ catecholamines เพิ่มขึ้น ซึ่งมีผลต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง และกระบวนการรู้คิด (Rengel et al., 2019) อีกทั้งยังส่งเสริมการหลั่ง cytokines เช่น interleukin-6 และ tumor necrosis factor-alpha ที่กระตุ้น neuroinflammation และรบกวนสมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง โดยเฉพาะ acetylcholine และ dopamine ส่งผลให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ง่ายในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีระดับความปวดเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากได้รับยาบรรเทาปวดทางหลอดเลือดดำในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด แต่ยังไม่พบว่าการปวดระดับปานกลางสามารถกระตุ้นการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim et al. (2020) และ Wang et al. (2022) ที่รายงานว่าความปวดหลังผ่าตัดแม้ในระดับปานกลางยังมีความสัมพันธ์กับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นปัจจัยด้านจิตใจ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะสับสนเฉียบพลัน ($r_s = -.365$, $p < .001$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคู่สมรสและได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ซึ่งตามกรอบแนวคิดของ Lenz et al. (1997) ปัจจัยด้านจิตใจมีบทบาทสำคัญต่อการรับรู้และการตอบสนองต่ออาการเจ็บป่วย การได้รับความใส่ใจ การดูแลเอาใจใส่ และการมีบุคคลคุ้นเคยอยู่ใกล้ชิด สามารถช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และลดการกระตุ้น hypothalamic-pituitary-adrenal axis (HPA axis) ส่งผลให้ระดับ cortisol ลดลง รวมถึงช่วยกระตุ้นการรับรู้ด้านเวลา สถานที่ และบุคคล ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลได้ดีขึ้น จึงช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al. (2020) และ Li et al. (2025) ที่พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการลดอุบัติการณ์ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด

นอกจากนี้คุณภาพการนอนหลับซึ่งเป็นปัจจัยด้านสถานการณ์ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะสับสนเฉียบพลัน ($r = .322$, $p < .001$) โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีปัญหาการนอนหลับอยู่เดิม เช่น หลับยาก หลับไม่ต่อเนื่อง ตื่นกลางดึก และง่วงในเวลากลางวัน เมื่อร่วมกับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล เช่น เสียงรบกวน แสงสว่าง และการรบกวนจากกิจกรรมการพยาบาลในเวลากลางคืน ยังส่งผลให้วงจร circadian rhythm และการนอนหลับระยะ REM ถูกรบกวน (Zhang, Zhao, Li, & Chen, 2023) ซึ่งตามกรอบแนวคิดของ Lenz et al. (1997) ปัจจัยด้านสถานการณ์สามารถส่งผลต่อการเกิดอาการและความรุนแรงของอาการได้โดยตรง การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพจะส่งผลให้สมองไม่สามารถฟื้นฟูการทำงานของระบบประสาทได้อย่างเพียงพอ เกิดความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท เพิ่มการหลั่งฮอโมนความเครียด และลดประสิทธิภาพของกระบวนการรู้คิด ความจำ และสมาธิ จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al. (2022) และ Zheng, Luo, Wu, & Li (2023) ที่รายงานว่าผู้สูงอายุที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีทั้งก่อนและหลังผ่าตัดมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากผลการศึกษา มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพควรประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดและป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันโดยเน้นการจัดการตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ เช่น จัดการความปวดหลังผ่าตัดอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง การส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งการสร้างสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี เป็นต้น
2. ควรศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสับสนเฉียบพลันทั้งตัวแปรครั้งนี้และตัวแปรอื่น ๆ ควรศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และควรพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดโดยใช้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ความปวด คุณภาพการนอนหลับและการสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมในบริบทการให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไปและไม่ได้รับไว้ในหอผู้ป่วยวิกฤติ

References

- Buyssse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Canales, C., Wann, L., Blitz, J., & Whittington, R. (2025). The older adult surgical patient: A review of optimization and gaps in clinical practice. *Perioperative Medicine*, 14, 104. <https://doi.org/10.1186/s13741-025-00593-x>

- Department of Medical Services. (2024). *Statistics of surgery in Thailand, 2020-2022*. Bangkok, Thailand: Ministry of Public Health. [In Thai]
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Gaudreau, J.-D., Gagnon, P., Harel, F., Tremblay, A., & Roy, M.-A. (2005). Fast, systematic, and continuous delirium assessment in hospitalized patients: The Nursing Delirium Screening Scale. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29(4), 368-375. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2004.07.009>
- Guo, Y., Li, X., Wang, Y., & Zhang, H. (2024). Preoperative sleep problems and risk of postoperative delirium in elderly patients undergoing abdominal surgery. *BMC Geriatrics*, 24, 118. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04659-3>
- Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care & Research*, 63(S11), S240-S252. <https://doi.org/10.1002/acr.20543>
- Kim, E. M., Li, G., & Kim, M. (2020). Development of postoperative delirium in older adults undergoing surgery: A systematic review. *Geriatric Nursing*, 41(2), 136-143. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.09.003>
- Kunprayoung, S., Jullamate, P., & Piboon, C. (2025). Factors associated with postoperative delirium among older adults undergoing abdominal surgery in Thailand. *Thai Journal of Nursing Research*, 29(1), 22-37.
- Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle-range theory of unpleasant symptoms: An update. *Advances in Nursing Science*, 19(3), 14-27. <https://doi.org/10.1097/00012272-199703000-00003>
- Li, J., Fan, Y., Luo, R., Wang, Y., Yin, N., Qi, W., . . . Jing, J. (2025). Family involvement in preventing delirium in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 161, 104937. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104937>
- Liu, Y., Zhang, H., Chen, X., & Wang, J. (2023). Poor preoperative sleep quality and postoperative delirium in older surgical patients: A prospective cohort study. *BMC Anesthesiology*, 23, 211. <https://doi.org/10.1186/s12871-023-02144-8>
- Marcantonio, E. R. (2017). Delirium in hospitalized older adults. *The New England Journal of Medicine*, 377(15), 1456-1466. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1605501>
- McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). *Pain: Clinical manual* (2nd ed.). St. Louis: Mosby.

- Meunhong, S., Surit, P., & Doungkaew, K. (2023). Postoperative complications among older adults undergoing abdominal surgery in general hospitals. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 38(4), 78-92.
- Monge, M., Alvarez, P., & Castillo, R. (2025). Incidence and predictors of postoperative delirium among elderly surgical patients: A multicenter study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 37(2), 455-463. <https://doi.org/10.1007/s40520-024-02871-2>
- Nazemi, A. K., Gowd, A. K., Carmouche, J. J., & Blevins, J. L. (2017). Prevention and management of postoperative delirium in elderly patients following elective spinal surgery. *Clinical Spine Surgery*, 30(3), 112-119. <https://doi.org/10.1097/BSD.0000000000000448>
- Ou-Yang, C.-L., Ma, L.-B., Wu, X.-D., Ma, Y.-L., Liu, Y.-H., Tong, L., . . . Mi, W.-D. (2024). Association of sleep quality on the night of operative day with postoperative delirium in elderly patients: A prospective cohort study. *European Journal of Anaesthesiology*, 41(3), 226-233. <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000001952>
- Prechaterasat, N. (2021). Incidence and risk factors of postoperative delirium in older adults after major surgery. *Thai Journal of Nursing Council*, 36(2), 65-79.
- Rengel, K. F., Hayhurst, C. J., Pandharipande, P. P., & Hughes, C. G. (2020). Long-term cognitive and functional impairments after critical illness. *Anesthesia & Analgesia*, 130(3), 527-536. <https://doi.org/10.1213/ANE.00000000000004646>
- Rengel, K. F., Pandharipande, P. P., & Hughes, C. G. (2019). Postoperative delirium. *La Presse Médicale*, 47(4 Pt 2), e53-e64. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2018.03.012>
- Somnuk, P. (2022). Postoperative delirium among older adults in surgical wards: Incidence and associated factors. *Journal of Health Science Research*, 16(1), 33-45.
- Tamargo, R. J., Strath, L. J., & Cruz-Almeida, Y. (2025). Pain, sleep disturbance, and postoperative delirium in older surgical patients. *Journal of Geriatric Surgery*, 10(1), 15-27.
- Tang, C., Li, Y., & Xu, H. (2022). Social support and postoperative delirium among hospitalized older adults. *BMC Geriatrics*, 22, 744. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03412-7>
- Todd, O. M., Smith, T. O., & Martin, F. C. (2017). Preoperative sleep disturbance and postoperative delirium. *Age and Ageing*, 46(3), 431-438. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw220>
- Wang, N. Y., Hirao, A., & Sieber, F. (2022). Association between postoperative delirium and cognitive decline in older adults undergoing major surgery. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70(1), 123-131. <https://doi.org/10.1111/jgs.17435>
- Wang, Y.-Y., Yue, J.-R., Xie, D.-M., Carter, P., Li, Q.-L., Gartaganis, S. L., . . . Inouye, S. K. (2020). Effect of the tailored, family-involved Hospital Elder Life Program on postoperative delirium and function in older adults: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 180(1), 17-25. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.4446>
- White, N., Bazo-Alvarez, J. C., Koopmans, M., West, E., & Sampson, E. L. (2024). Understanding the association between pain and delirium in older hospital inpatients: Systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 53(4), afae073. <https://doi.org/10.1093/ageing/afae073>

- Wongpakaran, T., & Wongpakaran, N. (2012). A revised Thai multi-dimensional scale of perceived social support. *Psychiatry Investigation*, 9(2), 161-168. <https://doi.org/10.4306/pi.2012.9.2.161>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
- Zhang, H., Zhao, X., Li, Y., & Chen, J. (2023). Hospital environmental factors and sleep quality among older adults after surgery. *BMC Geriatrics*, 23(1), 514. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04152-8>
- Zheng, W., Luo, A., Wu, X., & Li, L. (2023). Preoperative sleep disturbance and postoperative delirium in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 15, 1187643. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2023.1187643>

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปากต่อสุขภาพช่องปาก ของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใบหน้าและช่องปาก

ศรวิมล สราศิริ, พย.บ.¹ สุรรัตน์ ณ วิเชียร, พย.ม.*² สุภาพร เกตุสาคร, พย.ม.¹ นัทธมน สาระพินธุ์, พย.บ.³
ภาริณี โพธิ, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดใบหน้าและช่องปากมีความเสี่ยงต่อการสะสมคราบจุลินทรีย์และภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental two-group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปากต่อสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใบหน้าและช่องปาก กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใบหน้าและช่องปากที่รักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะและตกแต่ง จำนวน 70 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 35 คน ช่วงเวลาเก็บข้อมูล 1 ตุลาคม ถึง 31 ธันวาคม 2568 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกการดูแลสุขภาพช่องปาก แบบประเมินสภาพช่องปาก แนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปาก และคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปาก เครื่องมือดำเนินการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ (IOC = 0.67 - 1.00) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon signed-rank test และ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษาพบว่า 1) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปากมีคะแนนสุขภาพช่องปาก (OAG) แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเท่ากับ 8.57 (S.D. = 1.59) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.34 (S.D. = 3.14) และ 2) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพช่องปากแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 15.89 (S.D. = 1.13) เหลือ 8.57 (S.D. = 1.59) สรุปได้ว่าการใช้แนวปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปากช่วยส่งเสริมและพัฒนาระดับสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อเสนอแนะคือควรนำแนวปฏิบัติฯ นี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยเฉพาะโรคทางคลินิกต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ การผ่าตัดใบหน้าและช่องปาก สุขภาพช่องปาก แนวปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปาก

¹ พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะตกแต่งและแผลไหม้ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³ พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะตกแต่งและแผลไหม้ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

* ผู้เขียนหลัก e-mail: sureerat@bcnb.ac.th

The Effect of Oral Hygiene Practices on Oral Health in Elderly Patients Undergoing Facial and Oral Surgery

Sriwimon Sarasiri, B.N.S.¹, Sureerat Na-Wichian, M.N.S.^{2*}, Supaporn Ketsakorn, M.N.S.¹,
Nattamon Sarapintu, B.N.S.³, Pharinee Poti, B.N.S.¹

Abstract

Elderly patients undergoing maxillofacial surgery are at a high risk for plaque accumulation and oral complications. This quasi-experimental two-group pretest-posttest design study aimed to investigate the effect of oral hygiene practices on oral health in elderly patients undergoing facial and oral surgery. The sample consisted of 70 elderly patients undergoing facial and oral surgery treated at the urological and cosmetic surgery ward. Subjects were selected via purposive sampling and assigned to either the control or experimental group (35 patients per group). Data collection was conducted from October 1 to December 31, 2025. Research tools included oral health care records, the Oral Assessment Guide (OAG), oral health care guidelines, and an oral health care manual. The content validity of the intervention tools was verified by experts (IOC = 0.67 - 1.00). Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon signed-rank test, and the Mann-Whitney U test.

The results showed that after the intervention, the experimental group using the oral hygiene guidelines had significantly different scores from the control group ($p < .05$), with a mean score of 8.57 (S.D. = 1.59) compared to 13.34 (S.D. = 3.14) in the control group. And the experimental group using the oral hygiene guidelines had significantly different scores between post-intervention and pre-intervention ($p < .05$), with the mean score decreasing from 15.89 (S.D. = 1.13) to 8.57 (S.D. = 1.59). In conclusion, implementing oral hygiene practices effectively promotes and improves oral health outcomes in elderly patients. Recommendation: These oral hygiene practices should be applied to improve oral health outcomes in clinical patients.

Key words: Elderly, Facial and Oral Surgery, Oral Health, Oral Hygiene Practices

¹ Registered Nurse, Professional Level, Urological surgery Plastic surgery and Burn Unit ward, Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok

² Assistant Professor Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³ Registered Nurse, Practitioner Level, Urological surgery Plastic surgery and Burn Unit ward, Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok

* Corresponding author e-mail: sureerat@bcnb.ac.th

บทนำ

สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่า ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนเป็นจำนวนมากและกำลังเติบโตอย่างรวดเร็วในทุกภูมิภาค (World Health Organization, 2021) สำหรับประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้วอย่างชัดเจน โดยข้อมูลสถิติล่าสุดพบว่า มีประชากรสูงอายุสูงถึง 13.99 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 21.58 ของประชากรทั้งหมด (Department of Older Persons, 2025) การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรกลุ่มนี้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและมีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ มากขึ้น การดูแลสุขภาพในทุกมิติโดยเฉพาะอย่างยิ่ง สุขภาพช่องปาก จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นประตูระบบสุขภาพและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โภชนาการ ตลอดจนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หากขาดการดูแลที่เหมาะสมอาจนำมาซึ่งการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามกระบวนการสูงวัย เช่น ลักษณะน้ำลายที่ลดลง ประสาทสัมผัสการรับรสที่เปลี่ยนไป และความแข็งแรงของฟันที่ลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากได้ง่ายกว่าวัยอื่น เช่น ฟันผุ โรคปริทันต์ ภาวะปากแห้ง และเชื้อราในช่องปาก (Sonpanao, 2019) นอกจากนี้ โรคประจำตัวไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมของผู้ป่วยยังสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากแถมได้อีกด้วย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ พบรายงานผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 4.95 (Health Data Center, 2025) แม้สถิติดังกล่าวจะมีสัดส่วนไม่สูงมากเมื่อเทียบกับกลุ่มโรคอื่น แต่ในความเป็นจริงปัญหาสุขภาพช่องปากส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการรับประทานอาหาร ก่อให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร และลดลงของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พยาบาลต้องส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการตรวจสอบและทำความสะอาดช่องปากด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง การพยาบาลดูแลสุขภาพช่องปากที่มีประสิทธิภาพและสะอาด ช่วยลดกลิ่นปาก และสร้างความสุขสบายให้แก่ผู้ป่วย และมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการหายใจของแผลในช่องปาก ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และช่วยลดระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอีกด้วย (Sudjai, 2019)

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่มีศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใบหน้าและช่องปาก จากรายงานข้อมูลสถิติของผู้ป่วยที่มีโรคในช่องปากและบาดเจ็บใบหน้าและขากรรไกร พบบริบทของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดอย่างต่อเนื่องในแต่ละปี โดยในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 49 ราย (จากผู้ป่วยรวม 275 ราย) ปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน 54 ราย (จากผู้ป่วยรวม 298 ราย) ปี พ.ศ. 2566 มีจำนวน 52 ราย (จากผู้ป่วยรวม 225 ราย) และปี พ.ศ. 2567 มีจำนวน 52 ราย (จากผู้ป่วยรวม 225 ราย) สถิติดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ามีกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดรักษาทางศัลยกรรมใบหน้าและช่องปากเป็นจำนวนมากในแต่ละปี (Buddhachinaraj Hospital, 2024) หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะและตกแต่ง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก มีทีมแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมแม็กซิลโลเฟเชียล (Maxillofacial) และศัลยกรรมตกแต่ง ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใบหน้าและช่องปากจากภาวะกระดูกใบหน้าหัก เนื้องอก หรือมะเร็งในช่องปาก ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก โดยมีสถิติผู้ป่วยพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 31 ราย ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 33 ราย ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 36 ราย และปี พ.ศ. 2567 จำนวน 38 ราย ตามลำดับ ปัจจุบันแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากยังคงดำเนินตามมาตรฐานทั่วไป คือการให้ผู้ป่วยแปรงฟันด้วยตนเอง หรือใช้ไหมพันสาลิชุบน้ำยาบ้วนปากเช็ดทำความสะอาดวันละ 2 ครั้ง (เช้า-เย็น) จากการประเมินสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยสูงอายุก่อนการผ่าตัด 6 ราย โดยใช้แบบประเมินสภาพช่องปาก (oral assessment guide [OAG]) พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปกติ 1 ราย ระดับปานกลาง 2 ราย และมีความผิดปกติของสุขภาพช่องปากระดับมากจำนวน 3 ราย จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยได้นำมาวิเคราะห์หาสาเหตุความผิดปกติของสุขภาพช่องปาก พบหลายประเด็นที่ทำให้สุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสูงอายุ ยังไม่ดีเท่าที่ควร เช่น วิธีการดูแลแบบเดิมยังพบเศษอาหารที่ติดบริเวณซอกฟัน

เป็นต้น และยังขาดทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Buddhachinaraj Hospital, 2024)

จากการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยปัจจุบัน พบว่ามีข้อจำกัดหลายประการที่เป็นปัญหาสำคัญ คือ 1) ปัญหาด้านอุปกรณ์ แปรงสีฟันขนาดมาตรฐานที่จัดให้มีขนาดใหญ่เกินไป ทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการปวด บวม หรือ อ้าปากได้จำกัดหลังการผ่าตัด ไม่สามารถทำความสะอาดฟันซี่ในได้อย่างทั่วถึง 2) ปัญหาด้านประสิทธิภาพ การใช้ไหมพ่นสำคัญไม่สามารถขจัดคราบจุลินทรีย์ (Plaque) และเศษอาหารที่ติดแน่นบริเวณซอกฟันและขอบเหงือกได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควรปัญหาด้านน้ำยา การใช้ใช้น้ำยาบ้วนปากเพียงอย่างเดียวโดยไม่มีการขัดถูอย่างถูกวิธี อาจไม่เพียงพอ ในการลดการสะสมของเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก (Buddhachinaraj Hospital, 2024) ข้อจำกัดของแนวปฏิบัติเดิม เหล่านี้อาจเป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดยังคงมีภาวะสุขภาพช่องปากผิดปกติในระดับปานกลางถึงมาก และยังขาดทักษะการดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติ การทำความสะอาดช่องปากสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใบหน้าและช่องปากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาถึงผลของแนวปฏิบัติในลักษณะดังกล่าวในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทำความสะอาดช่องปากที่พัฒนาขึ้นใหม่นี้ เพื่อนำไปสู่การเป็นแนวทางปฏิบัติที่ดี (Best Practice) ในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ลดอัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัด และยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทำความสะอาดช่องปากต่อสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใบหน้าและช่องปาก

วัตถุประสงค์เฉพาะ

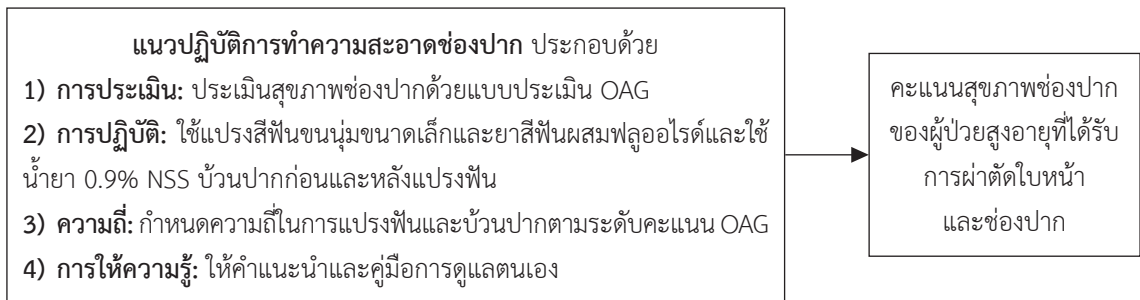
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใบหน้าและช่องปาก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใบหน้าและช่องปาก ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

สมมติฐาน

1. คะแนนสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใบหน้าและช่องปากกลุ่มทดลองแตกต่างกับกลุ่มควบคุม
2. ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสูงอายุแตกต่างกับก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสรีรวิทยาช่องปากของผู้สูงอายุ และแนวปฏิบัติ การทำความสะอาดช่องปาก (Eilers, Berger, & Petersen, 1988; Buddhachinaraj Hospital, 2024) ประกอบด้วย การประเมินการปฏิบัติ การให้ความรู้ โดยคาดหวังว่าหลังการใช้แนวปฏิบัติทำความสะอาดช่องปาก ส่งผลต่อสุขภาพ ความสะอาดช่องปากของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใบหน้าและช่องปาก ดังภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใบหน้าและช่องปากอยู่ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ตกแต่งและแผลไหม้ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใบหน้าและช่องปากในหอผู้ป่วยดังกล่าว ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power อ้างอิงจากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันของ Longlalerng and Pathumanon (2020) โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .80 ค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ (Alpha) เท่ากับ .05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 70 คนวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดด้วย วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากนั้นทำการจัดสรรผู้ป่วยเข้ากลุ่มโดยวิธีแบ่งตามช่วงเวลาเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล (Contamination) โดยให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยลำดับที่ 1-35 แรก เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ และผู้ป่วยลำดับที่ 36-70 ถัดมา เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับแนวปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปากชุดใหม่ รวมเป็นกลุ่มละ 35 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยสูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการผ่าตัดใบหน้าและช่องปาก 2) มีระดับความรู้สึกตัวปกติ (GCS = 15 คะแนน) และมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3) แรกเริ่มไม่มีภาวะติดเชื้อรุนแรงในช่องปาก 4) ไม่อยู่ในภาวะเลือดออกรุนแรงจากการแตกหักของกระดูกใบหน้า 5) สามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง และไม่เป็นผู้ใส่ท่อช่วยหายใจ 6) ไม่ได้รับการผ่าตัดมัดฟัน (Intermaxillary Fixation) 7) ไม่มีประวัติการแพ้ Chlorhexidine หรือส่วนประกอบอื่น ๆ ในน้ำยาทำความสะอาดช่องปากที่ใช้ในการวิจัย 8) ผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามยินยอม 9) ไม่อยู่ในระดับความเจ็บปวดรุนแรง โดยประเมินคะแนนความเจ็บปวด (Pain scale) ได้ไม่เกิน 4 จาก 10 คะแนน 10) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติเฉียบพลันขณะดำเนินการเก็บข้อมูล 2) เกิดภาวะเลือดออกเฉียบพลันในช่องปากหรือจากรอยแตกหักของกระดูกใบหน้า 3) เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้น้ำยาทำความสะอาดช่องปาก เช่น มีผื่นคัน บวม หรือเกิดแผลไหม้ในช่องปาก 4) ผู้ป่วยหรือญาติขอถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างการศึกษา 5) เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังการผ่าตัดจนไม่สามารถให้ความร่วมมือในการทำทำความสะอาดช่องปากได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบบันทึกการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใบหน้าและช่องปาก เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลและกำกับกิจกรรม แบ่งออกเป็น 4 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว และระดับการรับรู้และตอบสนอง หมวดที่ 2 บันทึกการเลือกผลิตภัณฑ์และอุปกรณ์สำหรับบันทึกความเหมาะสมของอุปกรณ์ที่ใช้ในผู้ป่วยแต่ละราย หมวดที่ 3 บันทึกกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อกำกับความสำเร็จของขั้นตอนปฏิบัติ หมวดที่ 4 บันทึกการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย สำหรับติดตามผลการประเมินทักษะและความเข้าใจ

1.2 แบบประเมินสภาพช่องปาก (oral assessment guide [OAG]) เป็นแบบประเมินสภาพช่องปากที่พัฒนาโดยเอลเลอร์ เบอร์กอร์ และปีเตอร์สัน (Eilers et al., 1988) แปลเป็นภาษาไทยโดย วันทกานต์ ราชวงศ์ (Ratchawong, Chayaput, Kimpee, & leumwananonthachai, 2013) โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงนำมาใช้ด้วยวิธีประเมินจากการสอบถามการสังเกตของอาการและอาการแสดง ประกอบด้วย 8 หัวข้อ ได้แก่ การออกเสียง, การกลืน, ริมฝีปาก, ลิ้น, น้ำลาย, เยื่อช่องปาก, เหงือก และฟัน โดยใช้วิธีการสังเกต การฟัง และการสัมผัสอย่างเป็นระบบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน แต่ละด้านมีคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน (ปกติ) ถึง 3 คะแนน (ผิดปกติรุนแรง) รวมคะแนนทั้งสิ้น 8 ถึง 24 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนรวมยิ่งสูง หมายถึง ภาวะสุขภาพช่องปากยิ่งมีความผิดปกติหรือแย่ลง โดยแบ่งระดับเกณฑ์ออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 8 คะแนน (สุขภาพช่องปากปกติ), 9-16 คะแนน (ผิดปกติระดับปานกลาง) และ 17-24 คะแนน (ผิดปกติระดับมาก)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 แนวปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปากของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใบหน้าและช่องปาก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมจากข้อจำกัดของอุปกรณ์เดิมนำมาเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและสร้างเป็นแนวปฏิบัติ ประกอบด้วยขั้นตอนมาตรฐานในการจัดทำผู้ป่วยสำหรับลูกนั่งบนเตียง และจัดทำศีรษะสูง 30-45 องศา (Semi-Fowler's position) เอียงศีรษะเล็กน้อยเพื่อป้องกันการสำลัก และการใช้แปรงสีฟันขนนุ่มขนาดเล็กที่มีด้ามจับตรง (ขนาดขนแปรง 4x8-10 แถว) ร่วมกับยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ โดยแปรงฟันอย่างถูกวิธีครอบคลุมทุกด้านอย่างน้อย 5 นาที พร้อมทาริมฝีปากด้วยวาสลีนเพื่อรักษาความชุ่มชื้น ทั้งนี้มีวิธีการปฏิบัติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

2.1.1 กลุ่มทดลอง ปฏิบัติดังนี้ น้ำยาที่ใช้เป็นสารละลายไฮโป 0.9% Normal Saline Solution (0.9% NSS) ซึ่งมีความเข้มข้นสมดุลกับเซลล์ร่างกาย ไม่ระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อแผลผ่าตัด และปลอดภัยหากเกิดการกลืนสำลักในผู้สูงอายุ โดยมีวิธีการ โดยใช้ Syringe ขนาด 10 ml. ดูดน้ำยา 0.9% NSS ฉีดล้างทำความสะอาดในช่องปาก และให้อมกลั้วปากก่อนและหลังการแปรงฟัน ปฏิบัติวันละ 2 ครั้ง (เช้า-ก่อนนอน) หรือ 3 ครั้งหลังมื้ออาหาร โดยในระยะเวลา 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดพยาบาลจะเป็นผู้ดำเนินการให้ จากนั้นจะกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเป็นผู้ปฏิบัติร่วมกันจนครบ 4 วัน

2.1.2 กลุ่มควบคุม ปฏิบัติดังนี้ น้ำยาที่ใช้เป็นน้ำยาบ้วนปากต้านเชื้อแบคทีเรียมาตรฐานของโรงพยาบาลคือ 0.12% Chlorhexidine Gluconate ตามแผนการรักษาเดิม วิธีการใช้ Syringe ขนาด 10 ml. ดูดน้ำยา 0.12% Chlorhexidine ฉีดล้างทำความสะอาดและอมกลั้วปากก่อนและหลังการแปรงฟันตามมาตรฐานทั่วไป ปฏิบัติวันละ 2 ครั้ง (เช้า-เย็น) โดยให้ผู้ป่วยแปรงฟันด้วยตนเองหรือใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำยาเช็ดตามแนวทางปกติของหอผู้ป่วย

2.2 คู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดใบหน้าและช่องปาก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อแจกให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในกลุ่มทดลองสำหรับใช้เป็นแนวทางปฏิบัติจริง โดยมีเนื้อหาหลัก 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนในช่องปากหลังการผ่าตัดศัลยกรรมแม็กซิลโลเฟเชียล อธิบายพยาธิสภาพหลังผ่าตัด เช่น อาการปวด แผลเย็บ อาการบวมของเนื้อเยื่อ และภาวะอ้าปากได้จำกัด ซึ่งส่งผลให้กลไกการทำความสะอาดตนเองตามธรรมชาติ (Self-cleansing) ของช่องปากลดลง ซึ่งให้เห็นความเสี่ยงของการสะสมคราบจุลินทรีย์ (Plaque) ที่นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ การติดเชื้อของแผลผ่าตัด แผลแยก เนื้อเยื่อเน่าตาย และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบจากการสำลักเชื้อแบคทีเรียในช่องปากลงสู่ทางเดินหายใจ

ส่วนที่ 2 เทคนิคการเลือกผลิตภัณฑ์ดูแลช่องปากที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัด โดยมีเนื้อหา ดังนี้

- 1) แปรงสีฟัน ต้องเป็นแปรงสีฟันขนนุ่มพิเศษ (Ultra Soft) ขนาดเล็กสำหรับเด็กหรือผู้ใหญ่ที่มีข้อจำกัดในการอ้าปาก ดำเนินการโดยตรงเพื่อลดการกระทบกระเทือนต่อเนื้อเยื่อแผลผ่าตัดและสามารถชอกซอนเข้าถึงฟันกรามซี่หลัง (Posterior teeth) ได้
- 2) ยาสีฟัน ต้องเป็นยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ (1,000 - 1,500 ppm) เพื่อป้องกันฟันผุ โดยเน้นสูตรที่ไม่มีส่วนผสมของสารที่ก่อให้เกิดการระคายเคืองสูง เช่น สารทำให้เกิดฟองเข้มข้นหรือรสชาติเผ็ดร้อนเกินไป
- 3) สารหล่อลื่น ใช้ผลิตภัณฑ์วาสลีนทาเคลือบริมฝีปากเพื่อลดอาการแห้ง แตก ตึง และมุมปากฉีกขาดจากการดึงรั้งระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 3 ขั้นตอนและวิธีปฏิบัติในการแปรงฟันอย่างถูกวิธี 7 ขั้นตอนสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด ดังนี้ ระบุขั้นตอนอย่างเป็นลำดับ ตั้งแต่การล้างมือให้สะอาด การบิยาสีฟันตามปริมาณที่เหมาะสม และการควบคุมระยะเวลาในการแปรงฟันอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 5 นาที วันละ 2-3 ครั้ง (เช้า หลังมื้ออาหาร และก่อนนอน) อธิบายเทคนิคการวางแนวขนแปรงและการขยับแปรงที่ละส่วนอย่างละเอียด เช่น การทำมุมแปรง 45 องศาบริเวณขอบเหงือก การขยับถูไปมาด้วยความเบา มือ ในแนวราบ 5-7 ครั้งต่อตำแหน่ง การปิดขนแปรง ปิดลงสำหรับฟันบน ปิดขึ้นสำหรับฟันล่าง ครอบคลุมทั้งด้านแก้ม ด้านลิ้น ด้านเพดานปาก และด้านบดเคี้ยว รวมถึงขั้นตอนการแปรงทำความสะอาดบนตัวลิ้นอย่างนุ่มนวลเพื่อลดคราบฝ้าขาว

ส่วนที่ 4 วิธีการฉีดล้างและกลั้วปากด้วยน้ำยา 0.9% NSS อย่างปลอดภัยเพื่อป้องกันการสำลัก อธิบายขั้นตอนการจัดท่าทางของผู้ป่วย โดยต้องให้ผู้ป่วยลุกนั่งศีรษะสูง 30-45 องศา (Semi-Fowler's position) และเอียงศีรษะไปข้างใดข้างหนึ่งเพื่อใช้แรงโน้มถ่วงช่วยระบายน้ำยา ระบุเทคนิคการใช้กระบอกฉีดยา (Syringe) ขนาด 10 ml. ดูดน้ำยา 0.9% NSS ฉีดล้างทำความสะอาดเศษอาหารและคราบ debris ในช่องปากอย่างเบา มือ หลีกเลี่ยงการฉีดกระแทกเข้าที่รอยแผลผ่าตัดโดยตรง พร้อมคำแนะนำการอมกลั้วปากและวิธีการบ้วนทิ้งอย่างปลอดภัยเพื่อป้องกันการกลืนสำลักในผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 5 แนวทางการเฝ้าระวังและการสังเกตอาการผิดปกติในช่องปากด้วยตนเอง และช่องทางการติดต่อ โดยแนะนำวิธีการตรวจเช็คช่องปากประจำวันด้วยตนเองหรือโดยผู้ดูแล วิธีการสังเกตภาวะเลือดออกผิดปกติจากแผลไหม้เย็บแผลแยก รอยบวมแดงที่ขยายวงกว้าง สัญญาณของการติดเชื้อ มีหนอง มีกลิ่นเหม็นรุนแรง หรือมีคราบฝ้าขาวหนาผิดปกติ และการประเมินระดับความปวด และช่องทางการติดต่อพยาบาลเจ้าของไข้ประจำหอผู้ป่วย เบอร์โทรศัพท์สายด่วน และขั้นตอนการปฏิบัติตัวเบื้องต้นเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือพบอาการผิดปกติหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปตรวจสอบคุณภาพตามขั้นตอนดังนี้

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือดำเนินการวิจัยที่สร้างและพัฒนาขึ้น ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย แนวปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปาก และคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปาก ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา ประกอบด้วย 1) แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมแม็กซิลโลเฟเชียล (Maxillofacial Surgeon) จำนวน 1 ท่าน 2) พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางด้าน การควบคุม การติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 1 ท่าน 3) พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะตกแต่งและแผลใหม่ จำนวน 1 ท่าน ผลการตรวจสอบได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (Item-Objective Congruence: IOC)

อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นผู้วิจัยจึงนำข้อเสนอแนะเชิงลึกจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขคำศัพท์และขั้นตอนปฏิบัติให้มีความชัดเจนและมีความเป็นไปได้ในทางคลินิกสูงสุดก่อนนำไปใช้จริง

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือในการวิจัยที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย, แนวปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปาก, และคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากไปให้ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 20 คน เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ (Feasibility) ความเข้าใจต่อเนื้อหาในคู่มือ และความเหมาะสมของเวลาในการทำกิจกรรม แปรงฟัน และฉีดล้างช่องปาก นอกจากนี้แบบประเมินสภาพช่องปาก (Oral Assessment Guide [OAG]) มีการทดสอบความเชื่อมั่นของการสังเกตและความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (Interrater Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พิจารณาความสอดคล้องได้เท่ากับ 0.88 (Ratchawong et al., 2013) ซึ่งแสดงว่าเครื่องมือ OAG และผู้ประเมินในการวิจัยครั้งนี้มีความสอดคล้องและมีความเที่ยงตรงในระดับสูง สามารถนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริงได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากที่โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธชินราช และเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะตกแต่งและแผลใหม่ เพื่อขออนุญาตชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย

2. ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์กลุ่มตัวอย่างที่สนใจเข้าร่วมโครงการ ผู้ป่วยที่สนใจลงชื่อกับผู้วิจัย และผู้วิจัยนัดหมายเข้าพบ คัดกรองผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกที่กำหนดไว้

3. การขอความยินยอม เมื่อพบผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้วิจัยให้ข้อมูลรายละเอียดโครงการ และสอบถามความสมัครใจ ให้เวลาผู้ป่วยในการตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการ โดยไม่ผูกมัด ช่มชู้ และสามารถสอบถามญาติ โดยไม่มีผลต่อการรักษาตามปกติของโรงพยาบาล และผู้ป่วยที่ยินดีเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตามขั้นตอนที่ระบุไว้

4. การจัดเข้ากลุ่มแบ่งตามเลขที่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน ผู้ป่วยรายคี่จัดเข้ากลุ่มทดลอง และผู้ป่วยรายคู่จัดเข้ากลุ่มควบคุม

5. การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยแยกตามกลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มควบคุม ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

วันที่ 1 (Pre-test) พยาบาลผู้ประเมินทำการประเมินสภาพช่องปากผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใบหน้าและช่องปาก แรกรับก่อนการผ่าตัด โดยใช้แบบประเมินสภาพช่องปาก (OAG) และบันทึกคะแนน (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที)

วันที่ 1-4 ผู้ป่วยได้รับการดูแลทำความสะอาดช่องปากตามแนวทางปฏิบัติมาตรฐานปกติของหอผู้ป่วยการแปรงฟันด้วยตนเองหรือใช้ไม้พันสาลีชุบน้ำยาบ้วนปาก 0.12% Chlorhexidine วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น

วันที่ 4 ของการนอนโรงพยาบาล (Post-test) พยาบาลผู้ประเมินคนเดิมทำการประเมินสภาพช่องปากซ้ำด้วยแบบประเมิน OAG ชุดเดิมและบันทึกคะแนน (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที) เพื่อรักษาความเที่ยงตรงและควบคุมความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากตัวผู้ประเมิน (Inter-observer variation)

2) กลุ่มทดลอง ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

วันที่ 1 (Pre-test) พยาบาลผู้ประเมินทำการประเมินสภาพช่องปากผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใบหน้าและช่องปาก แรกรับก่อนการผ่าตัด โดยใช้แบบประเมินสภาพช่องปาก (OAG) และบันทึกคะแนน (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที) ซึ่งเป็นเกณฑ์การประเมินเดียวกับที่ใช้ในกลุ่มควบคุม

วันที่ 1-4 ผู้ป่วยได้รับการทำความสะอาดช่องปากตามแนวปฏิบัติใหม่ที่พัฒนาขึ้น การใช้แปรงสีฟันขนนุ่ม ขนาดเล็ก ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ร่วมกับการฉีดล้างและอมกลั้วปากด้วย 0.9% NSS วันละ 2-3 ครั้ง โดยมีพยาบาลดูแล ใน 24 ชั่วโมงแรก และร่วมกับผู้ดูแลในวันถัดไป พร้อมได้รับคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปาก

วันที่ 4 ของการนอนโรงพยาบาล (Post-test) พยาบาลผู้ประเมินคนเดิมทำการประเมินสภาพช่องปากซ้ำ ด้วยแบบประเมิน OAG และบันทึกคะแนน (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที)

หลังสิ้นสุดกระบวนการ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบบันทึกข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 70 ราย และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ผลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าพิสัย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนสุขภาพช่องปากดังนี้

2.1 เปรียบเทียบคะแนนสุขภาพช่องปาก ของกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปาก ต่อสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใบหน้าและช่องปาก กับกลุ่มควบคุมที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติการทำ ความสะอาดช่องปาก ด้วยสถิติ independent t-test เมื่อทำการทดสอบการกระจายข้อมูลด้วย Kolmogorov - Smirnov test (KS) พบว่าการกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงเปลี่ยนแปลงการใช้สถิติ เป็นสถิติ Mann-Whitney U test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

2.2 เปรียบเทียบคะแนนสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใบหน้าและช่องปากระหว่าง ก่อนและหลังของกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปาก ด้วยสถิติ paired t-test เมื่อทำการทดสอบ การกระจายข้อมูลด้วย Kolmogorov - Smirnov test (KS) พบว่า การกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึง เปลี่ยนแปลงการใช้สถิติ เป็นสถิติ Wilcoxon signed-rank test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เลขที่โครงการวิจัย 100/68 COA No.140/2568 HREC No.153/2568 วันที่รับรอง 24 กันยายน 2568 ผู้วิจัยเข้าพบ กลุ่มอาสาสมัครชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อาสาสมัครมีเวลาเพียงพอในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ อย่างอิสระ มีขอความยินยอม และให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูล เป็นความลับ การเปิดเผยผลการวิจัยเป็นภาพรวมและมีมาตรการป้องกันความเสี่ยงระหว่างการเข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนรวม 70 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 35 คน และกลุ่มทดลอง 35 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 100 ข้อมูลอายุ กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 66.74 ปี (S.D. = 7.03, ช่วงอายุระหว่าง 60-85 ปี) ส่วนกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.09 ปี (S.D. = 7.96, ช่วงอายุระหว่าง 60-89 ปี) ด้านระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา (กลุ่มควบคุมร้อยละ 71.43 และกลุ่มทดลองร้อยละ 62.86) ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเท่าเทียมกันของ ข้อมูลพื้นฐานก่อนการทดลอง (Baseline Homogeneity) ระหว่างสองกลุ่ม จากการทดสอบด้วยสถิติ Chi-square test และ พบว่า อายุ ($p = .13$) ดัชนีมวลกาย ($p = .65$) ระดับการศึกษา ($p = .43$) การมีโรคประจำตัว ($p = 1.00$) และ ระดับการรับรู้และตอบสนอง ($p = 1.00$) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความคล้ายคลึงกันและมีความเท่าเทียมกันในตัวแปรพื้นฐานก่อนเริ่ม ดำเนินการทดลอง

2. ผลเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใบหน้าและช่องปาก ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปาก กับกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปาก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสูงอายุ ที่ได้รับการผ่าตัดใบหน้าและช่องปาก ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปาก กับกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปาก

คะแนนสุขภาพ ช่องปากของผู้ป่วย สูงอายุ ที่ได้รับ การผ่าตัดใบหน้า และช่องปาก	กลุ่มควบคุม (n = 35)			กลุ่มทดลอง (n = 35)			Mann- Whitney U	Asymp. Sig. (2 tailed)
	Mean	Mean rank	Sum of rank	Mean	Mean rank	Sum of rank		
ก่อนการทดลอง	15.26	31.21	1,092.50	15.89	39.79	1,392.50	462.50	.070
หลังการทดลอง	13.34	49.06	1,717.00	8.57	21.94	768.00	138.00	< .001

จากตารางที่ 1 พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง มีคะแนนสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใบหน้าและช่องปาก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใบหน้าและช่องปากแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสุขภาพช่องปากดีกว่ากลุ่มควบคุม

3. ผลเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสูงอายุ ที่ได้รับการผ่าตัดใบหน้าและช่องปาก ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปาก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใบหน้าและช่องปาก ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปาก

คะแนนสุขภาพช่องปาก ของผู้ป่วยสูงอายุ ที่ได้รับการผ่าตัดใบหน้า และช่องปาก	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Wilcoxon Signed Rank Test (Z)	Asymp. Sig. (2 tailed)
	Mean	Mean rank	Sum of rank	Mean	Mean rank	Sum of rank		
กลุ่มควบคุม (n = 35)	15.26	31.21	1,092.50	13.34	49.06	1,717.00	-3.73	< .001
กลุ่มทดลอง (n = 35)	15.89	39.79	1,392.50	8.57	21.94	768.00	-5.22	< .001

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปาก มีคะแนนสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใบหน้าและช่องปากแตกต่างจากก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ทั้ง 2 ข้อ ดังนี้

1. คะแนนสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใบหน้าและช่องปาก กลุ่มทดลองแตกต่างกับกลุ่มควบคุม พบว่าภาวะสุขภาพช่องปากของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง (คะแนนเฉลี่ย OAG ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปากที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิภาพเหนือกว่าการดูแลตามมาตรฐานทั่วไปอย่างชัดเจน เนื่องจากผู้สูงอายุมีกระบวนการชราภาพของเซลล์และระบบภูมิคุ้มกันที่ทำงานลดลง ส่งผลให้เนื้อเยื่อในช่องปากมีความเปราะบาง แผลหายช้า และเสี่ยงต่อการสะสมของคราบจุลินทรีย์ก่อโรคได้ง่ายกว่าวัยอื่น (Sonpanao, 2019) เมื่อเข้ารับการผ่าตัดใบหน้าและขากรรไกร ปัจจัยด้านความปวด แผลเย็บและอาการบวม ยิ่งทำให้กลไกการทำความสะอาดตามธรรมชาติของช่องปาก (Self-cleansing) สูญเสียไป การพยาบาลตามมาตรฐานเดิมที่ใช้แปรงสีฟันขนาดใหญ่ทั่วไปจึงสร้างความเจ็บปวดและไม่สามารถเข้าถึงบริเวณฟันกรามซี่เล็ก (Posterior teeth) ได้ กลไกสำคัญที่ทำให้กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ที่ดีกว่า เกิดจากการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์และวิธีการอย่างเป็นระบบ โดยการเลือกใช้แปรงสีฟันขนนุ่มพิเศษขนาดเล็ก ทำให้สามารถสอดแทรกขนแปรงเข้าทำความสะอาดซอกฟันและขอบเหงือกในบริเวณที่เข้าถึงยากได้อย่างทั่วถึงโดยไม่กระทบกระเทือนต่อแผลผ่าตัด ร่วมกับการใช้กระบอกฉีดยา (Syringe 10 ml.) ฉีดล้างด้วยน้ำยา 0.9% Normal Saline Solution (0.9% NSS) ซึ่งกลไกนี้ช่วยเพิ่มแรงดันที่เหมาะสมในการกำจัดเศษอาหารและคราบจุลินทรีย์ (Debris) ให้หลุดออกจากแผลและซอกฟันได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยไม่ก่อให้เกิดการระคายเคืองหรือทำลายเซลล์เนื้อเยื่อที่กำลังเจริญเติบโตใหม่ (Granulation tissue) บริเวณแผลผ่าตัดแตกต่างจากการใช้น้ำยาบ้วนปากเคมีเข้มข้นในกลุ่มควบคุมที่อาจก่อให้เกิดความรู้สึกร้อนและเนื้อเยื่อแห้งตึง สอดคล้องกับการศึกษาของ Plaibun, Kongsuwan, and Dumkleang (2020) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพังผืด ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ระยะที่ 2 การเผยแพร่และส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ และระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีภาวะพังผืดที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 หมวด คือ 1) การประเมินสภาพช่องปาก 2) การเลือกผลิตภัณฑ์ และอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก 3) การดูแลสุขภาพช่องปาก และ 4) การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า สุขภาพช่องปากของผู้ป่วยมีสุขภาพช่องปากดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.211, p = .001$) (Plaibun et al., 2020)

2. ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสูงอายุต่ำกว่าก่อนการทดลอง พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ย OAG ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยเหตุผลที่ว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้ไม่ใช่เพียงแค่การเปลี่ยนอุปกรณ์ แต่เป็นแนวปฏิบัติเชิงโครงสร้างที่มีการควบคุมความถี่ในการทำ ความสะอาดช่องปากอย่างชัดเจนและส่งเสริมการสร้างความรู้ความตระหนักรู้ การกำหนดให้พยาบาลทำการประเมินสภาพช่องปากด้วยเครื่องมือ OAG เป็นประจำทุกวัน ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนความถี่และเทคนิคการทำ ความสะอาดได้สอดคล้องกับระดับความรุนแรงของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างทันทั่วถึง นอกจากนี้ กลไกด้านการให้ความรู้ผ่านคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนพฤติกรรม โดยเฉพาะในระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกของผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะพังผืด พยาบาลจะเป็นผู้ลงมือปฏิบัติให้เพื่อเป็นต้นแบบ พร้อมทั้งสาธิตและฝึกทักษะให้แก่ญาติหรือผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้แนวปฏิบัติใหม่ประกอบด้วย การประเมินผล การฝึกการปฏิบัติ และการให้ความรู้พื้นฐานในการทำ ความสะอาดสุขภาพปาก เป็นการกระตุ้นและทบทวนผู้ป่วยให้เกิดการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ทำนองเดียวกับการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการผ่าตัด 25 ราย โดยโปรแกรมประกอบด้วยระยะก่อนผ่าตัด เป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะปฏิบัติ ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก และระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง มีการสนับสนุน กระตุ้น สร้างเสริมแรงจูงใจ ผลการศึกษาโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากช่วยให้สุขภาพช่องปากดีขึ้น ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง

สูงขึ้นและลดการติดเชื้อแผลผ่าตัดในช่องปาก (Raengnoi & Somjaivong, 2023)

ดังนั้นการศึกษานี้ช่วยยกระดับความเชื่อมั่นและความสามารถในการดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความร่วมมือปฏิบัติกรทำความสะอาดช่องปาก จากการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า แนวปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปากที่พัฒนาขึ้น ช่วยเสริมสร้างการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใบหน้าและช่องปาก บุคลากรทีมสุขภาพสามารถนำแนวปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปากไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุร่วมกับแผนการพยาบาล มาตรฐานที่ทางโรงพยาบาลจัดขึ้นเพื่อให้เกิดคุณภาพทางการพยาบาลที่ดี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก บุคลากรทางการพยาบาล โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยศัลยกรรมใบหน้าและขากรรไกร สามารถนำองค์ประกอบสำคัญของแนวปฏิบัติครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดได้ ดังนี้ 1) การเลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม เปลี่ยนจากการใช้แปรงสีฟัน ขนาดมาตรฐานทั่วไป มาเป็นการเลือกใช้แปรงสีฟันขนนุ่มพิเศษขนาดเล็ก ขนาดขนแปรง 4x8-10 แฉก เพื่อให้สามารถสอดเข้าทำความสะอาดฟันซี่ในสุดได้ แม้ผู้ป่วยจะมีอาการปวด บวม หรือมีข้อจำกัดในการอ้าปากหลังผ่าตัด 2) การจัดทำทางที่ปลอดภัยในการปฏิบัติกิจกรรม กำหนดให้จัดทำผู้ป่วยลูกนั่งศีรษะสูง 30-45 องศา และเอียงศีรษะไปข้างใดข้างหนึ่งทุกครั้งก่อนทำความสะอาดช่องปาก เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสำลักลงสู่ทางเดินหายใจในผู้สูงอายุ 3) วิธีการทำความสะอาดและผลิตภัณฑ์ นำวิธีการฉีดล้างช่องปากอย่างเบามือด้วย Syringe 10 ml. โดยใช้น้ำยา 0.9% Normal Saline Solution มาใช้เป็นมาตรฐานในการอมกลั้วปากแทนน้ำยาบ้วนปากเคมีทั่วไป เพื่อลดการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อแผลผ่าตัด และเพิ่มความชุ่มชื้นรอบริมฝีปากด้วยสารหล่อลื่นวาสลีนหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม

2. ด้านการบริหารและการกำหนดนโยบาย ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นกรอบแนวทางหรือจัดทำเป็น Clinical Nursing Practice Guideline (CNPg) สำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัด ศัลยกรรมแมกซิลโลเฟเชียล รวมถึงใช้เป็นข้อมูลเชิงนโยบายในการจัดสรรหรือบรรจุอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากขนาด เฉพาะ เช่น แปรงสีฟันขนนุ่มขนาดเล็ก ไว้ในระบบคลังเวชภัณฑ์ประจำหอผู้ป่วยเฉพาะทาง เพื่อยกระดับคุณภาพมาตรฐาน การพยาบาลให้มีความสอดคล้องกับสรีรวิทยาของผู้ป่วยสูงอายุอย่างยิ่ง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาดำเนินการวิจัยในระยะยาว เช่น 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อความยั่งยืนของการใช้แนวปฏิบัติการ ทำความสะอาดช่องปากต่อสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใบหน้าและช่องปาก

References

- Buddhachinaraj Hospital. (2024). *The report provides statistical data on patients with oral diseases and maxillofacial injuries*. Phitsanulok: Buddhachinaraj Hospital. [In Thai]
- Department of Older Persons. (2025). *Statistics of the Thai elderly population 2025*. Retrieved from https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2578. [In Thai]
- Eilers, J. U. N. E., Berger, A. M., & Petersen, M. C. (1988). Development, testing, and application of the oral assessment guide. *In Oncology Nursing Forum*, 15(3), 325-330.
- Health Data Center. (2025). *Common health problems in the elderly*. Retrieved from <https://hdc.moph.go.th/center/>. [In Thai]

- Longlalerng, W., & Pathumanon, P. (2020). *Results of evidence-based oral health care in clinical nursing practice*. Pathum Thani: Thammasat University Hospital. [In Thai]
- Plaibun, S., Kongsuwan, W., & Dumkleang, J. (2020). The development of clinical nursing practice guidelines for oral health care in dependent patients. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 40(3). 37-47. [In Thai]
- Raengnoi, N., & Somjaivong, B. (2023). Development of an oral care program for oral cancer patients undergoing surgery. *Nursing, Health, and Education Journal*, 6(3), 12-22. [In Thai]
- Ratchawong, W., Chayaput, P., Kimpee, S., & leumwananonthachai, N. (2013). Impact of a self-management oral care program on stomatitis in head and neck cancer patients treated with radiotherapy or radio-hemotherapy. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 28(1), 34-48. [In Thai]
- Sonpanao, P. (2019). Oral health care for the elderly. *Journal of Health Research and Develop, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office*, 5(1), 4-12. [In Thai]
- Sudjai, S. (2019). *The feasibility of an enhanced recovery after surgery program in patients with oral cavity cancer*. (Master's thesis), Mahidol University, Bangkok. [In Thai]
- World Health Organization. (2021). *Ageing and health*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนในการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เป็นวารสารเพื่อเผยแพร่ความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการ สาขาการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
อื่น ๆ รวมทั้งเผยแพร่ผลงานวิจัย อันเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล และการประชาสัมพันธ์วิชาชีพพยาบาล โดยผ่าน
การพิจารณาจากผูทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น จำนวน 3 ท่าน โดยผูทรงคุณวุฒิ
และผู้เขียนจะไม่ทราบชื่อของแต่ละฝ่าย (Double-Blind Review)

ชนิดของเรื่องที่จตีพิมพ์

1. บทความวิชาการ หรือ บทความวิจัย ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การ
สาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือ
รับรอง และ ลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์
2. บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ และปกิณกะ

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. จัดพิมพ์ต้นฉบับด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำร็จรูป Microsoft Word ด้วยอักษร TH SarabunPSK หรือ
Angsana New ขนาด 16 point บนกระดาษขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวเว้นระยะบรรทัด 1 บรรทัด (single space) เว้น
ระยะห่างจากขอบกระดาษทั้ง 4 ด้าน ด้านละ 1 นิ้ว พิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่น และจำนวนเนื้อหาไม่เกิน 12 หน้า (รวม
References)
2. หน้าแรก (ให้เป็นเลขหน้า 0 โดยไม่นับรวม กับเนื้อหา) ให้พิมพ์ชื่อเรื่องภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ
ขนาด 20 point และเพิ่มชื่อผู้เขียน คุณวุฒิ ตำแหน่ง และสถานที่ทำงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และระบุ
ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) โดยใส่เครื่องหมาย * ไว้ท้ายชื่อ และระบุ e-mail address ไว้ด้วย
3. หน้าถัดมาให้เป็นเลขหน้า 1 ให้พิมพ์ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้ตรงกลางของหน้าแรก
ด้วยอักษรขนาด 22 Point และต่อด้วยบทคัดย่อ และ Abstract (ไม่เกิน 250 คำ) และคำสำคัญ (Key words) ไม่เกิน
5 คำทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
4. ส่วนประกอบในบทคัดย่อได้แก่ วัตถุประสงค์ของการศึกษา (ไม่ต้องมีส่วนนำ) รูปแบบและวิธีการวิจัย (กลุ่ม
ตัวอย่าง สถานที่และช่วงเวลาเก็บข้อมูล เครื่องมือวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย สรุป และ ข้อเสนอแนะ
5. บทความวิจัย เรียงลำดับหัวข้อ ดังนี้
 - ความสำคัญของปัญหา
 - วัตถุประสงค์ของการวิจัย
 - กรอบแนวคิดในการวิจัย
 - วิธีดำเนินการวิจัย (ประกอบด้วย รูปแบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล)
 - ผลการวิจัย
 - การอภิปรายผล
 - ข้อจำกัดในการวิจัย

- สรุปและข้อเสนอแนะ
- กิตติกรรมประกาศ (หากมี)
- References

6. การใช้ภาษาไทยโดยยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน หลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทย ยกเว้นกรณีจำเป็น และไม่ใช่คำย่อ นอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทยหรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน การใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษในเนื้อเรื่องภาษาไทย ให้ใช้อักษรตัวพิมพ์เล็ก ยกเว้นชื่อเฉพาะให้ขึ้นต้นด้วยอักษรตัวพิมพ์ใหญ่

7. กรณียุทธศาสตร์ภาษาอังกฤษ ใช้แบบ American English

8. การอ้างอิงทั้งในเนื้อหา และ References เขียนด้วยภาษาอังกฤษ โดยใช้ APA 6th edition style ไม่เกิน 20 ชื่อ และเอกสารที่ใช้อ้างอิงไม่เกิน 10 ปี ยกเว้นตำรา หรือเอกสารทฤษฎีบางประเภท หากเอกสารอ้างอิงนั้นเขียนเนื้อหาเป็นภาษาไทย ให้ปรับเป็นภาษาอังกฤษ แล้วต่อท้ายด้วยคำว่า [in Thai]

9. กรณีที่ต้นฉบับเป็นวิทยานิพนธ์หรือดุษฎีนิพนธ์ จะต้องได้รับการรับรองจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ร่วมเขียนทุกคนตามแบบฟอร์มของวารสาร

การส่งบทความ

1. การส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์ ต้องเสียค่าธรรมเนียม ตามระเบียบประกาศของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยส่งจ่ายณณัติในนาม “เหรียญกษาปณ์วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131”

2. Submission บทความในระบบ online ทาง : <https://www.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/author/submit/1> โดยจัดทำเป็น 1 zip.file เพื่อ upload ประกอบด้วย 3 ไฟล์ คือ

- 1) หน้า ‘0’ ที่มีแต่ชื่อเรื่องและชื่อผู้เขียน,
- 2) หน้า ‘1-12’ ที่มีชื่อเรื่อง บทคัดย่อ abstract เนื้อหา และ References, และ
- 3) หนังสือรับรองที่ผู้เขียนลงนามและกรอกข้อมูลครบถ้วน
(download แบบฟอร์มได้ที่ goo.gl/cisWzA และ goo.gl/rArbPV)

3. ส่งต้นฉบับบทความทั้งหมดทาง E-mail : jnurse@nurse.buu.ac.th

หมายเหตุ

1. หากบทความของท่านไม่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ ฝ่าวารสารขอสงวนสิทธิ์ในการคืนค่าใช้จ่ายดังกล่าว
2. การเขียนอ้างอิง ใช้แบบ APA 6th edition ซึ่งสามารถ download และศึกษาตัวอย่างได้จาก URL: <http://www.edu.buu.ac.th/webnew/jform/journal-ref.pdf>

Author Guideline

The Journal of Faculty of Nursing Burapha University

The Journal of Faculty of Nursing Burapha University is a peer reviewed journal published 4 issues per year. Researchers in nursing and health related sciences are invited to submit manuscripts to be published in this journal. These manuscripts should not have been published previously in other journals or in other languages. The original manuscript will be reviewed by at least two reviewers and will be finally approved by the Journal editor.

Types of Manuscripts

The Journal of the Faculty of Nursing Burapha University will accept manuscripts of research articles written in English with contents relating to nursing research or health sciences, health services, knowledge in nursing and other sciences which are beneficial to health and the nursing profession.

Preparation of Manuscripts

1. Typing manuscript using Microsoft Word with Times New Roman with the font size of 12 points on A4 size paper, one page printing, single space, margin size should be spaced at 1 inch from each side on 4 edges, page number typed on every page with a maximum of 12 pages (including references)
2. The first page (it should be page “0” and not included the content). In this page should contain the title of manuscript typed with the font size of 12 points, the authors, their qualifications, positions, and work address. Identify the corresponding author by typing * after the name and provide e-mail address
3. The next page should start with page number “1” and the title should be in the middle of this page with the font size of 18 points and then the abstract (which should be a maximum of 250 words) and key words (up to a maximum of 5 words). Abstract and key words must be duplicated and provided in both English and Thai language.
4. A structured abstract should be included as part of the manuscript. The abstract should contain purpose of the study without detailed background, design and methods, including type of study, sample, setting and duration of data collection, measurement, and types of data analysis, results, conclusions and implication.
5. The contents should be ordered as follows:
 - Significance of the Problem
 - Purpose the Study
 - Conceptual Framework

- Methods (including the design, population and sample, research instruments, ethical consideration, data collection procedure, and data analysis)

- Results
- Discussion
- Conclusions and Implication for Nursing
- Acknowledgments (if applicable)
- References

6. Use American English for manuscripts.

7. Writing references in text and in the references' part should be based on the APA 6th edition style with the maximum of 20 citations and these citations should be up to date and should not be older than 10 years except where these citations are from textbooks or classic articles. If the reference was originally written in Thai please amend to be in English, and then put the term 'in Thai' at the end of each citation.

8. If the original manuscript is a thesis or dissertation, it must be endorsed by an advisor and all co-authors according to the journal's form.

Submission of Manuscript

1. Fees are charged according to the regulation and announcement of the Faculty of Nursing, Burapha University. Money orders should be submitted to "Treasurer of Journal of Faculty of Nursing Burapha University, Faculty of Nursing Burapha University, Saensuk, Chon Buri 20131

2. Submission on line via : <https://www.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/author/submit/1> by upload zip.file including at least 3 files;

- 1) page '0' which contains title and author's name and information;
 - 2) page '1-12' which consists of abstract (Thai and English), contents and references;
 - 3) the cover letter, which all required information and endorsement are completed.
- (the cover letter form is available at goo.gl/jfZcpc and goo.gl/wC4p3n)

3. The original manuscript should be submitted to E-mail: jnurse@nurse.buu.ac.th

Note:

1. If your manuscript is not accepted for publication, the journal reserves the right to refund such fee.

2. Write references in accordance with the APA 6th edition style. This style can be previewed and downloaded from: URL: <http://www.edu.buu.ac.th/webnew/jform/journal-ref.pdf>

ศูนย์วิจัยและปฏิบัติการ เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาเด็กเล็กคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ศูนย์วิจัยและปฏิบัติการเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาเด็กเล็กคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา การส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวนับเป็นสิ่งสำคัญในภาวะสังคมปัจจุบัน ซึ่งต้องเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก ต้องวางรากฐานในการพัฒนาเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม บุคลิกภาพ และสติปัญญา ดังนั้นการอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็กจึงต้องใช้ผู้อบรมเลี้ยงดูที่มีความรู้ความสามารถเข้าใจเด็กทั้งด้านชีวจิตสังคม และวิธีเสริมพัฒนาการเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้มองเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงได้จัดตั้งโครงการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขึ้นตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2540



การรับสมัคร

1. รับเด็กอายุระหว่าง 1½ เดือน ถึง 4 ปี
2. รับเลี้ยงเด็กปกติ คือ เด็กที่ไม่มีความพิการหรือบกพร่องทางด้านร่างกายและจิตใจที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ
3. รับสมัครตามลำดับก่อน - หลังจนครบตามจำนวนที่ทางศูนย์ฯ กำหนดไว้

สนใจสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ :

ศูนย์วิจัยและปฏิบัติการเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาเด็กเล็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
เลขที่ 169 ถนนลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131 โทรศัพท์ 038-102222 ต่อ 2859
โทรสาร 038-393476 และ <http://nurse.buu.ac.th/2017/service-childcenter.php>



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
169 ถนนลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131
โทร. 038-102-822 แฟกซ์ 038-393-476
e-mail: jnurse@nurse.buu.ac.th