



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

Vol.34 No.3

ISSN 2774 - 1214 (Online)

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

July - September 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 คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บรรณาธิการผู้ช่วย

รองศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิดาคุษฎ์ พูลศิริ

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปันตา

ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต

ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุ่มดวง

รองศาสตราจารย์ ดร.วารุณี พองแก้ว

รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์

รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์

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 โดยผ่านการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ (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 3 กรกฎาคม - กันยายน 2569 Vol. 34 No. 3 July - September 2026

สารบัญ

		หน้า
• ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน	นารีนุช นาคกรී สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี	1-11
• ประสบการณ์และมุมมองของผู้ดูแลต่อการจัดการแผลกดทับในผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงสูง: การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาล ต่อเนื่อง	ลำยอง นกหงษ์	12-25
• Factors Associated With Breastfeeding Behavior Among Migrant Postpartum Mothers In Chonburi Province	Nongnapat Sornhirun Siriwan Sangin Chintana Wacharasin	26-33
• การศึกษาสมรรถนะผู้จัดการพยาบาลโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี	กันยารัตน์ ม้าวิไล และคณะ	34-43
• Comparing Self-Management Behaviors Between Employed And Non-Employed Women with Diet-Controlled Gestational Diabetes Mellitus	Jiali Xu Tatirat Tachasuksri Punyarat Lapvongwatana	44-59
• ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มีค่าโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสสูง ในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร	ดรุณี รักษาวงศ์	60-77
• ความทุกข์ใจจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความเชื่อมั่น ในการจัดการโรค ที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดอุดรธานี	วิภาวรรณ นวลทอง ภราดร ล้อธรรมมา	78-94
• รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล: การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ	สิริพร กิจจา	95-111
• ปัจจัยทำนายความรู้สึกต่อความสามารถในการเป็นบิดามารดา หลังคลอดบุตรคนแรก	ธิญาดา เียงสีมา ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี	112-124
บทความวิชาการ		
• ศาสตร์และศิลป์ในการบริหารยาทางปากในผู้ป่วยเด็ก: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการสร้างความปลอดภัย	ธเนษฐ เทียนทอง ภัทรวลัย เมืองทอง	125-134

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

นารีนุช นาคกรี, พย.ม.¹ สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, Dr.P.H.^{2*} ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, Dr.P.H.³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินที่พักฟื้นในหอผู้ป่วยสูติกรรมของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดชลบุรี 2 แห่ง จำนวน 142 ราย ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2568 เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามประสบการณ์การคลอด แบบสอบถามความเหนื่อยล้า แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร แบบสอบถามความเครียด แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว แบบสอบถามการสนับสนุนทางการแพทย์ แบบสอบถามความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และแบบบันทึกระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกเฉลี่ยเท่ากับ 78.44 (SD = 5.71) โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร ($\beta = .35, p < .001$) ความเหนื่อยล้า ($\beta = -.23, p = .003$) และการสนับสนุนทางการแพทย์ ($\beta = .15, p = .04$) สามารถร่วมกันทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้ร้อยละ 23.9 (Adjusted $R^2 = .239, F_{(3,138)} = 15.80, p < .001$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดาในการดูแลบุตร ควบคู่กับการลดความเหนื่อยล้า และพัฒนาการสนับสนุนทางการแพทย์อย่างเป็นระบบ เพื่อเสริมสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

คำสำคัญ: การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร ความเหนื่อยล้า การสนับสนุนทางการแพทย์

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: supits@go.buu.ac.th

Factors Influencing Maternal-Infant Attachment Among Mothers With Emergency Cesarean Section

Nareenut Nakgree, M.N.S.¹, Supit Siriarunrat, Dr.P.H.^{2*}, Tatirat Tachasuksri, Dr.P.H.³

Abstract

This predictive study aimed to examine the factors predicting maternal-infant attachment among mothers who underwent an emergency cesarean section. The participants were 142 postpartum mothers recovering in the obstetric wards of two tertiary care hospitals in Chonburi Province. Data were collected from February to August 2025 using a set of structured questionnaires, including personal information, childbirth experience, fatigue, maternal self-efficacy in infant care, stress, family support, nursing support, maternal-infant attachment, and a maternal first caregiving time record form. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The results showed that the mean score of maternal-infant attachment was 78.44 (SD = 5.71). Maternal self-efficacy in infant care ($\beta = .35$, $p < .001$), fatigue ($\beta = -.23$, $p = .003$), and nursing support ($\beta = .15$, $p = .04$) collectively predicted 23.9% of the variance in maternal-infant attachment (Adjusted $R^2 = .239$, $F_{(3,138)} = 15.80$, $p < .001$).

The findings suggest that nurses should promote maternal self-efficacy in infant care, reduce maternal fatigue, and provide systematic nursing support to enhance maternal-infant attachment among mothers with emergency cesarean section.

Key words: Emergency cesarean section, Maternal-infant attachment, Maternal self-efficacy in infant care, Fatigue, Nursing support

¹ Master of Nursing Science in Midwifery, Faculty of Nursing, Burapha University

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

³ Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

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

บทนำ

การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยคาดการณ์ว่าจะมีสัดส่วนถึงร้อยละ 59.5 ของการผ่าตัดคลอดทั้งหมดภายในปี ค.ศ. 2030 (Enkhmaa et al., 2025) สำหรับประเทศไทย ข้อมูลสถิติปี พ.ศ. 2566 จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดชลบุรี 2 แห่งที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินสูงสุด พบว่ามีสัดส่วนร้อยละ 71.20 และ 61.89 ของการผ่าตัดคลอดทั้งหมด สะท้อนให้เห็นว่าสถานการณ์ดังกล่าวยังคงอยู่ในระดับสูง

การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินเป็นเหตุการณ์ที่มีความจำเป็นเมื่อมารดาหรือทารกมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอดจนไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้อย่างปลอดภัย อย่างไรก็ตาม ผู้คลอดที่อยู่ในภาวะวิกฤตหรือมีความเสี่ยงมักไม่ได้รับการเตรียมตัวล่วงหน้าและยังต้องเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนได้รับการผ่าตัด ทำให้มารดาในกลุ่มนี้มีการฟื้นตัวหลังคลอดช้ากว่าการผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้า (Cunningham et al., 2022) อีกทั้งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด นอกจากนี้ อาการปวดแผลผ่าตัดยังเป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวและความสามารถในการดูแลทารก (Makeen et al., 2022) ขณะที่ทารกมีความเสี่ยงต่อภาวะหายใจลำบากหรือขาดออกซิเจนนำไปสู่การแยกจากมารดาเพื่อเข้ารับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิด ซึ่งลดโอกาสในการสัมผัสและปฏิสัมพันธ์ในระยะแรก ส่งผลให้กระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกล่าช้า (Darnal & Dangal, 2020)

ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกเป็นรากฐานสำคัญของคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในช่วง 48-72 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ซึ่งเป็นระยะเวลาสำคัญของการเริ่มต้นสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (Klaus & Kennell, 1982) มารดาที่มีความรักใคร่ผูกพันที่ดีสามารถปรับตัวสู่บทบาทมารดาได้เหมาะสม ส่งผลให้การเลี้ยงดูมีประสิทธิภาพและทารกเจริญเติบโตสมวัย (Karakas & Dagli, 2019) ในทางตรงกันข้าม ความรักใคร่ผูกพันที่พัฒนาไม่เต็มที่ อาจส่งผลให้การปรับตัวสู่บทบาทมารดาไม่เหมาะสม และเกิดพฤติกรรมการเลี้ยงดูทารกที่ผิดปกติ ได้แก่ การปฏิเสธ การทอดทิ้งหรือทารุณกรรมทารก ส่งผลต่อพัฒนาการของทารกในแต่ละช่วงวัย และเกิดปัญหาทางจิตสังคมในระยะยาว (Oruc & Kukulcu, 2022)

จากทฤษฎีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกของ Klaus and Kennell (1982) กล่าวว่า ความรักใคร่ผูกพันเป็นความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์หรือพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรักระหว่างมารดาและทารก โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลักสองด้าน คือ ด้านภูมิหลังมารดา ได้แก่ การดูแลที่มารดาได้รับจากมารดาของตน บุคลิกภาพส่วนตัว และลักษณะทางพันธุกรรม การปฏิบัติตามวัฒนธรรม สัมพันธภาพในครอบครัว ประสบการณ์จากการตั้งครรภ์ครั้งก่อน การวางแผนการตั้งครรภ์ และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ และด้านพฤติกรรมการดูแล ได้แก่ พฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์ การดูแลและสนับสนุนในระยะคลอด การแยกจากระหว่างมารดาและทารกในวันแรกหลังคลอด และกฎระเบียบของโรงพยาบาล (Klaus & Kennell, 1982)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ดังนี้ ด้านภูมิหลังมารดา โดยปัจจัยที่ส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ได้แก่ ประสบการณ์การคลอด ($r = .36, p < .001$) (Jantaburee, Phumonsakul, & Theerakulchai, 2019) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร ($r = .332, p = .01$) (Kadiroglu & Tufekci, 2022) และการสนับสนุนจากครอบครัว ($r = .401, p < .01$) (Wang, Gu, Zhang, & Xu, 2023) ส่วนความเหนื่อยล้า ($r = -.159, p = .033$) (Yesilcinar, Yavan, Karasahin, & Yenen, 2017) และความเครียด ($\beta = -.042, p < .001$) (Wang et al., 2023) เป็นปัจจัยขัดขวางความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก สำหรับด้านพฤติกรรมการดูแล ได้แก่ ระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรกขัดขวางความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ($\beta = -.354, p = .001$) (Monaco, 2011) และการสนับสนุนทางการพยาบาลส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ($r = .21, p = .034$) (Jantaburee et al., 2019)

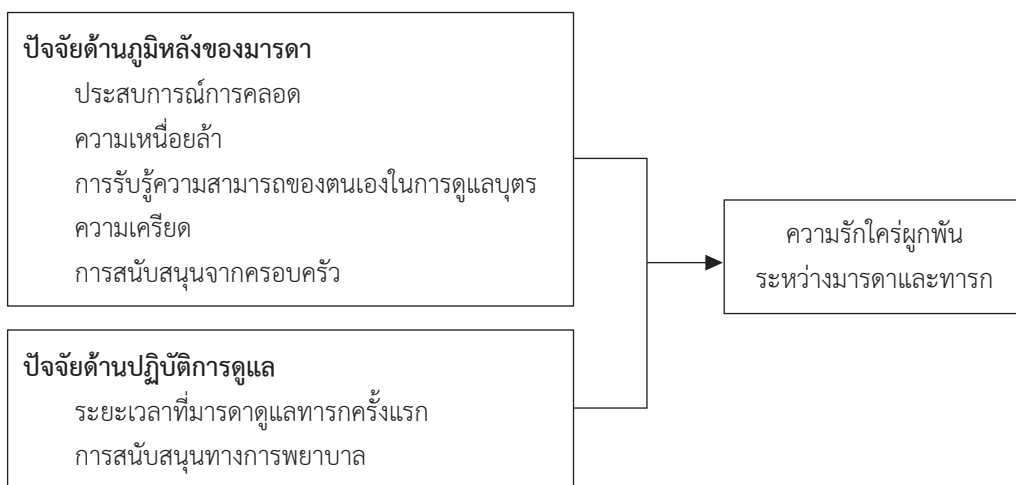
จะเห็นได้ว่า การผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินยังคงอยู่ในระดับสูง และส่งผลกระทบต่อกระบวนการสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก โดยเฉพาะในจังหวัดชลบุรีที่ตั้งอยู่ในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก มีความหนาแน่นของประชากรสูงและเป็นศูนย์กลางการรับส่งต่อผู้ป่วยในภาคตะวันออก ส่งผลให้โรงพยาบาลระดับตติยภูมิต้องรองรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงจำนวนมาก การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นโรงพยาบาล 2 แห่งที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินสูงสุด อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ดำเนินการในต่างประเทศ ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และโปรแกรมส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในกลุ่มดังกล่าวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ได้แก่ ประสิทธิภาพการคลอด ความเหนื่อยล้า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร ความเครียด การสนับสนุนจากครอบครัว ระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรก และการสนับสนุนทางการพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ทฤษฎีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (Maternal-Infant attachment) ของ Klaus and Kennell (1982) โดยมีปัจจัยคัดสรร 2 ด้านที่เกี่ยวข้องกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงทำนาย

ประชากร คือ มารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินที่พักรักษาตัวอยู่หอผู้ป่วยสูติกรรมของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดชลบุรี 2 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินที่พักฟื้นอยู่หอผู้ป่วยสูติกรรมของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดชลบุรี 2 แห่ง ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงสิงหาคมพ.ศ. 2568 โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้ อายุ ≥ 18 ปี อยู่ในระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด ทารกกลับมาอยู่กับมารดาภายใน 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด มารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น การตกเลือด หรือการติดเชื้อ สามารถสื่อสาร อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และมีเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ มีการเจ็บป่วยทางจิต เช่น โรคจิตเภท หรือโรคซึมเศร้า

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ .90 (Burns & Grove, 2009) และขนาดอิทธิพล .15 (Cohen, 1988) โดยมีตัวแปรต้น 7 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่าง 130 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายและอาจมีค่าผิดปกติ จึงเพิ่มจำนวนร้อยละ 10 (Israel, 1992) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 143 ราย

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกสถานที่เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดชลบุรีที่มีจำนวนมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินสูงสุด 2 แห่ง จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ตามสัดส่วนมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินในแต่ละโรงพยาบาล โดยได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลแห่งที่ 1 จำนวน 73 ราย และโรงพยาบาลแห่งที่ 2 จำนวน 70 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามและแบบบันทึก 9 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบเลือกตอบและแบบเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประสบการณ์การคลอดของ Saeliw, Kantaruksa, and Chaloumsuk (2015) มี 6 ด้าน คือ ความกลัวหรือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในระยะคลอด ความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด ความมั่นใจต่อการคลอด ความสามารถในการควบคุมตนเอง ความคาดหวังต่อประสบการณ์การคลอด และความรู้สึกพึงพอใจต่อการคลอด จำนวน 21 ข้อ มาตรฐานค่า 5 ระดับ (1-5 คะแนน) คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดามีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเหนื่อยล้า เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรแบบตัวเลข (Numerical rating scale) (0-10 คะแนน) คะแนนมาก หมายถึง มารดามีความเหนื่อยล้าสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร ผู้วิจัยปรับใช้จากแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงดูบุตรของ Nungalee (2004) มี 3 ด้าน คือ การดูแลร่างกายของบุตร การส่งเสริมพัฒนาการของบุตร และการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับบุตร จำนวน 14 ข้อ มาตรฐานค่า 4 ระดับ (1-4 คะแนน) คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดามีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเครียดของ Wongpakaran and Wongpakaran (2010) มี 2 ด้าน คือ อารมณ์เครียด และการควบคุม จำนวน 10 ข้อ มาตรฐานค่า 5 ระดับ (0-4 คะแนน) คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดามีความเครียดสูง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวของ Tachasuksri, Krungkraipetch, Jeerawongpanich, and Intaput (2024) มี 4 ด้าน คือ อารมณ์ บทบาทหน้าที่ ข้อมูล และสิ่งของ มาตรฐานค่า 4 ระดับ (1-4 คะแนน) คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดาได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวสูง

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการสนับสนุนทางการพยาบาล ผู้วิจัยปรับใช้จากแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวของ Tachasuksri et al. (2024) มี 4 ด้าน คือ อารมณ์ บทบาทหน้าที่ ข้อมูล และสิ่งของ มาตรฐานค่า 4 ระดับ (1-4 คะแนน) คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดาได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลสูง

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกของ Pooripanyakunn (1996) มี 5 ด้าน คือ การรับรู้ต่อคุณลักษณะรูปร่างหน้าตาของทารก ความสนใจและความผูกพันซึ่งกันและกัน การยอมรับความเป็นบุคคล

ของทารก การยอมรับในบทบาทมารดา และความต้องการสัมผัสอุ้มทารก มาตราประมาณค่า 5 ระดับ (1-5 คะแนน) คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดามีความรักใคร่ผูกพันกับทารกสูง

ส่วนที่ 9 แบบบันทึกระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรก เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกด้วยตนเอง นับระยะเวลาเป็นชั่วโมง ตั้งแต่ทารกคลอดจนถึงมารดาได้ดูแลทารก จำนวน 2 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบเติมคำในช่องว่าง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ได้รับอนุญาตให้ใช้และปรับปรุงเนื้อหา มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือส่วนที่ 4 และ 7 โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .93 และ 1.00 ตามลำดับ และเครื่องมือส่วนที่ 2, 4, 5, 6, 7 และ 8 ผ่านการทดลองใช้ในมารดาใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .76, .96, .72, .93, .96 และ .90 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา และโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูล 2 แห่ง โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2568 จากมารดาหลังคลอดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งได้รับความร่วมมือจากผู้ประสานงานวิจัยในการคัดกรองเบื้องต้น จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูล และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ โดยได้ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ การรักษาความลับของข้อมูล และสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลต่อการรักษา ภายหลังการให้ความยินยอม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาที ส่วนแบบบันทึกผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกด้วยตนเอง จากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติถดถอยพหุคูณแบบเลือกไปข้างหน้า (Forward multiple regression) ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลและยืนยันว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติถดถอยพหุคูณ ทั้งนี้ได้ตัดข้อมูลที่มีค่าผิดปกติ (Outlier) ออก 1 ชุด

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เมื่อวันที่ 19 สิงหาคม 2567 รหัสจริยธรรม G-HS 071/2567) และโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูลทั้ง 2 แห่ง (เมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2568 รหัสจริยธรรม 016/2568 และเมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2567 รหัสจริยธรรม 101/67/O/q) ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 28.88 ปี (SD = 5.76) เกือบทั้งหมดมีคู่สมรส/อาศัยอยู่ร่วมกัน (ร้อยละ 95.07) มีอาชีพพนักงานบริษัทมากที่สุด (ร้อยละ 36.62) รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 32,197 บาท/เดือน (SD = 21,158) ลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 66.90) และมีบุคคลสำคัญในครอบครัว (ร้อยละ 97.18) โดยบุคคลสำคัญ คือ สามี (ร้อยละ 47.10) มากกว่าครึ่งไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 60.56) และหลังคลอดทารกได้รับนมแม่ (ร้อยละ 85.92)

2. กลุ่มตัวอย่างมีอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลคือ เจ็บครรภ์คลอด (ร้อยละ 52.11) ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดคือ ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน (Non-reassuring FHR) และศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับกระดูกเชิงกรานมารดา (ร้อยละ 23.94 เท่ากัน) ทุกรายไม่มีภาวะตกเลือดและภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด น้ำหนักทารกเฉลี่ย 3,000 กรัม (SD = 480.45) ทารกไม่มีความผิดปกติ (ร้อยละ 61.97) และมารดาดูแลทารกครั้งแรกเฉลี่ย 20.15 ชั่วโมงหลังคลอด (SD = 17.40)

3. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกอยู่ในระดับค่อนข้างสูง (M = 78.44, SD = 5.71) และทุกด้านอยู่ในระดับค่อนข้างสูงเช่นเดียวกัน ได้แก่ ด้านความสนใจและความผูกพันซึ่งกันและกัน (M = 23.82, SD = 1.89) ด้านการรับรู้ต่อคุณลักษณะรูปร่างหน้าตาของทารก (M = 18.03, SD = 2.16) ด้านการยอมรับความเป็นบุคคลของทารก (M = 13.94, SD = 1.48) ด้านความต้องการสัมผัสโอบอุ้มทารก (M = 13.31, SD = 1.85) และด้านการยอมรับในบทบาทมารดา (M = 9.34, SD = 1.08)

4. ปัจจัยร่วมทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร ($\beta = .35, p < .001$) ความเหนื่อยล้า ($\beta = -.23, p = .003$) และการสนับสนุนทางการพยาบาล ($\beta = .15, p = .04$) สามารถร่วมกันทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้ร้อยละ 23.9 (Adjusted $R^2 = .239, F_{(3,138)} = 15.80, p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยร่วมทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (n = 142)

ปัจจัย	B	Beta	t	p-value
Constant	59.57		11.27	<.001
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร	.33	.35	4.57	<.001
ความเหนื่อยล้า	-.83	-.23	-2.98	.003
การสนับสนุนทางการพยาบาล	.14	.15	2.08	.04

$R^2 = .256, \text{Adjusted } R^2 = .239, F_{(3,138)} = 15.80, p < .001$

การอภิปรายผล

1. มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินมีความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกค่อนข้างสูง สอดคล้องกับทฤษฎีของ Klaus and Kennell (1982) ที่อธิบายว่า ช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเป็นช่วงเวลาที่มารดาไวต่อสิ่งกระตุ้นด้านอารมณ์และสรีรวิทยาจนความเป็นมารดาสูง การได้ปฏิสัมพันธ์กับทารกในช่วงเวลานี้จะกระตุ้นให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก และการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในโรงพยาบาลที่มีนโยบายส่งเสริมการสร้างความรักใคร่ผูกพันตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด โดยทารกมากกว่าครึ่งถูกส่งกลับมาให้มารดาได้ดูแลภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด (ร้อยละ 69.71) และทารกส่วนใหญ่ได้รับนมแม่ (ร้อยละ 85.92) ซึ่งการให้นมแม่จากเต้าช่วยกระตุ้นการหลั่งออกซิโทซิน ส่งผลให้เกิดความรักและความอบอุ่น นอกจากนี้ ทารกส่วนใหญ่ไม่มีภาวะผิดปกติ (ร้อยละ 61.97) ส่งผลให้มารดามีความมั่นใจในการดูแลทารกมากขึ้น (Klaus & Kennell, 1982) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jantaburee et al. (2019) ที่พบว่า ความรักใคร่ผูกพันในกลุ่มนี้อยู่ในระดับสูงเช่นกัน เนื่องจากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญสามารถตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงที สามารถทำให้ทารกมีความปลอดภัยและมีสุขภาพดี รวมทั้งมีการสนับสนุนการสร้างความรักใคร่ผูกพันอย่างเหมาะสม

2. ปัจจัยทำนาย พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร ความเหนื่อยล้า และการสนับสนุนทางการพยาบาลสามารถร่วมกันทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้ ส่วนประสิทธิผลการลดความเครียด การสนับสนุนจากครอบครัว และระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรกไม่สามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้ อธิบายได้ดังนี้

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรมีอิทธิพลทางบวกและสามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับค่อนข้างสูง และเกือบครึ่งหนึ่งมีประสบการณ์การเลี้ยงดูทารก (ร้อยละ 49.30) มารดาที่มีการรับรู้ว่าตนมีความสามารถในการดูแลบุตร

จะเกิดความเชื่อมั่นและความตั้งใจในการปฏิบัติหน้าที่และเกิดพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสม (Bandura, 1997) อีกทั้งช่วยให้มารดาควบคุมอารมณ์ได้ดี ลดความวิตกกังวลและความกลัวในการดูแลบุตร สามารถรับรู้และตอบสนองต่อสัญญาณทารกได้ถูกต้องและทันเวลาที่ ส่งผลให้เกิดปฏิสัมพันธ์กับทารก (Klaus & Kennell, 1982) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ($r = .332, p = .01$) (Kadiroglu & Tufekci, 2022)

ความเหนื่อยล้ามีอิทธิพลทางลบและสามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยล้าระดับปานกลาง และทุกรายไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด นั่นคือ มารดามีสุขภาพกายและสภาวะจิตใจที่ดี ไม่ถูกรบกวนด้วยความเจ็บปวดหรือความเหนื่อยล้ามากเกินไป ภาวะดังกล่าวช่วยคงสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติและระดับฮอร์โมน โดยเฉพาะการควบคุมระดับคอร์ติซอลไม่ให้สูง และส่งเสริมการหลั่งออกซิโทซิน ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรักและความผูกพัน ทำให้มารดารู้สึกผ่อนคลาย มีอารมณ์เชิงบวกกับทารก (Klaus & Kennell, 1982) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกหลังคลอด ($r = -.159, p = .033$) (Yesilcinar, 2017)

การสนับสนุนทางการพยาบาลมีอิทธิพลทางบวกและสามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางการพยาบาลในระดับค่อนข้างสูง สะท้อนแนวปฏิบัติที่จัดให้มารดาและทารกอยู่ร่วมกัน ทำให้มารดาได้ฝึกปฏิบัติการดูแลทารกจริง เช่น การอุ้ม อาบน้ำ และให้นม ควบคุมการให้กำลังใจและข้อมูลที่ต้องการ ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในศักยภาพของมารดา ส่งผลให้ปรับตัวสู่บทบาทมารดาได้อย่างเหมาะสม และก่อให้เกิดความรักใคร่ผูกพันที่มั่นคง (Klaus & Kennell, 1982) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า แรงสนับสนุนทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ($r = .21, p = .034$) (Jantaburee et al., 2019)

อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้ พบว่า ประสบการณ์การคลอด ความเครียด การสนับสนุนจากครอบครัว และระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรกไม่สามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้ อธิบายได้ดังนี้

ประสบการณ์การคลอดไม่สามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินซึ่งไม่รุนแรงนัก เช่น ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน และศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับกระดูกเชิงกรานมารดา (ร้อยละ 23.94 เท่ากัน) ทั้งนี้ผลการผ่าตัดไม่กระทบต่อสุขภาพมารดาและทารก มารดาทุกรายไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ทารกส่วนใหญ่ไม่มีภาวะผิดปกติ (ร้อยละ 61.97) และทุกรายได้มาอยู่กับมารดาภายในช่วง 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด มีส่วนช่วยลดประสบการณ์การคลอดทางลบ (Deys, Torowicz, Roberts, & Conry, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ประสบการณ์การคลอดไม่มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ($r = -.057, p = .315$) เนื่องจากระยะแรกหลังคลอดมารดายังมีความสุขจากการได้เห็นทารกเป็นครั้งแรก และทารกมีสุขภาพดี ทำให้ผลของประสบการณ์การคลอดต่อความรักใคร่ผูกพันอาจยังไม่ชัดเจน (Muslu, Erciyas, Cindas, & Atan, 2022)

ความเครียดไม่สามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีอารมณ์เครียดจากสิ่งที่ยูนอกเหนือการควบคุมมากที่สุด และมีความเชื่อมั่นว่าสามารถรับมือปัญหาส่วนบุคคลได้ นั่นคือ แม้มารดาจะมีความเครียดอยู่บ้าง หากสามารถหาวิธีแก้ปัญหา และควบคุมอารมณ์ได้ ก็ยังสามารถดูแลทารกและสร้างความรักใคร่ผูกพันกับทารกได้เช่นเดิม อีกทั้งการสัมผัสใกล้ชิดและการให้นมยังช่วยกระตุ้นการหลั่งออกซิโทซิน ลดการตอบสนองต่อความเครียดเฉียบพลันและส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลที่อบอุ่น (Klaus & Kennell, 1982) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ($r = -.14, p > .05$) (Manuela et al., 2021)

นอกจากนี้ การสนับสนุนจากครอบครัวไม่สามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งบทบาทของครอบครัวยังจำกัดจากการพักผ่อนและนโยบายการเยี่ยมของโรงพยาบาล การสนับสนุนที่ได้รับจึงเป็นเพียงความช่วยเหลือทั่วไป เช่น การให้ความรักหรือให้กำลังใจ ซึ่งไม่ได้ส่งเสริมการปฏิสัมพันธ์โดยตรงระหว่างมารดาและทารก สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวไม่สามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันในระยะแรกหลังคลอดได้ ($\beta = -.016, p > .05$) เนื่องจากบทบาทครอบครัวยังจำกัดภายใต้แนวทางเฝ้าระวังในโรงพยาบาล กิจกรรมส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันยังเป็นบทบาทหลักของพยาบาลมากกว่าการช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัว (Doyle et al., 2023)

ระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรกไม่สามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้พบทารกในระยะเวลาใกล้เคียงกันคือ อยู่ในช่วง 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งความรักใคร่ผูกพันไม่ได้เกิดขึ้นช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งหลังคลอดแต่ค่อย ๆ ก่อตัวตั้งแต่ระยะตั้งครรถ์ และเพิ่มขึ้นเมื่อได้ดูแลทารก (Klaus & Kennell, 1982) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ระยะเวลาแยกจากระหว่างมารดาและทารกไม่มีความสัมพันธ์กับความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ($r = .07, p > .05$) เนื่องจากการแยกส่วนใหญ่เป็นระยะสั้นน้อยกว่า 25 ชั่วโมง และถูกชดเชยด้วยการสัมผัสภายหลัง เช่น การให้นม และการอุ้ม ทำให้ชั่วโมงที่แยกไม่ส่งผลต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (Phutong, Phumonsakul, & Pongrua, 2018)

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร ความเหนื่อยล้า และการสนับสนุนทางการพยาบาลเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร และการสนับสนุนทางการพยาบาลมีอิทธิพลทางบวก ขณะที่ความเหนื่อยล้ามีอิทธิพลทางลบ ส่วนประสบการณ์การคลอด ความเครียด การสนับสนุนจากครอบครัว และระยะเวลาที่มารดาดูแลทารกครั้งแรกไม่สามารถทำนายความรักใคร่ผูกพันในกลุ่มนี้ได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลในหน่วยงานหลังคลอดสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดาในการดูแลบุตร การประเมินและลดความเหนื่อยล้าหลังคลอด รวมถึงการจัดระบบสนับสนุนทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. นำผลการวิจัยไปพัฒนารูปแบบโปรแกรมส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน โดยเน้นเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร ควบคู่กับการลดความเหนื่อยล้า และการจัดการสนับสนุนทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบ
2. ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพหรือการวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อสำรวจประสบการณ์ ความรู้สึก และปัจจัยเชิงลึกที่มีผลต่อความรักใคร่ผูกพัน ซึ่งไม่สามารถประเมินได้จากแบบสอบถามเชิงปริมาณเพียงอย่างเดียว

References

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: W. H. Freeman.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Spong, C. Y., & Casey, B. M. (2022). *Williams obstetrics* (26th ed.). New York, NY: McGraw Hill.
- Darnal, N., & Dangal, G. (2020). Maternal and fetal outcome in emergency versus elective caesarean section. *Journal of Nepal Health Research Council*, 18(2), 186-189. doi:10.33314/jnhrc.v18i2.2093
- Deys, L. J., Torowicz, D. L., Roberts, K. E., & Conry, J. M. (2021). What are women's experiences of immediate skin-to-skin contact at caesarean section birth: An integrative literature review. *Midwifery*, 100, 103063. doi:10.1016/j.midw.2021.103063
- Doyle, F. L., Dickson, S. J., Eapen, V., Frick, P. J., Kimonis, E. R., Hawes, D. J., ... Dadds, M. R. (2023). Towards preventative psychiatry: Concurrent and longitudinal predictors of postnatal maternal-infant bonding. *Child Psychiatry & Human Development*, 54(6), 1723-1736. doi:10.1007/s10578-022-01365-0
- Enkhmaa, D., Enkhtaivan, O., Batsuuri, B., Erdenebileg, N., Baatar, T., Bayanbileg, S., ... Shirchinjav, A. (2025). Trends in cesarean section in a tertiary referral hospital: Time-series analysis. *Central Asian Journal of Medical Sciences*, 11(2), 69-83. doi:10.24079/CAJMS.2025.02.003
- Israel, G. D. (1992). *Determining sample size*. Retrieved from https://www.gjimt.ac.in/wp-content/uploads/2017/10/2_Glenn-D.-Israel_Determining-Sample-Size.pdf
- Jantaburee, N., Phumonsakul, S., & Theerakulchai, J. (2019). Relationships between selected factors and maternal-infant attachment of unplanned cesarean section mothers. *Journal of The Police Nurses*, 11(2), 387-395. [In Thai]
- Kadiroglu, T., & Tufekci, F. G. (2022). Effect of infant care training on maternal bonding, motherhood self-efficacy, and self-confidence in mothers of preterm newborns. *Maternal and Child Health Journal*, 26(1), 131-138. doi:10.1007/s10995-021-03287-0
- Karakas, N. M., & Dagli, F. S. (2019). The importance of attachment in infant and influencing factors. *Turk Pediatri Arsivi*, 54(2), 76-81. doi:10.14744/TurkPediatriArs.2018.80269
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1982). *Parent-infant bonding* (2nd ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Makeen, M., Farrell, L. M., LaSorda, K. R., Deng, Y., Altamirano, V., Jarvis, O., ... Lim, G. (2022). Associations between postpartum pain, mood, and maternal-infant attachment and parenting outcomes. *Scientific Reports*, 12(1), 17814. doi:10.1038/s41598-022-21793-1
- Manuela, F., Barcos-Munoz, F., Monaci, M. G., Lordier, L., Camejo, M. P., Almeida, J. S., ... Borradori-Tolsa, C. (2021). Maternal stress, depression, and attachment in the neonatal intensive care unit before and during the COVID pandemic: An exploratory study. *Frontiers in Psychology*, 12, 734640. doi:10.3389/fpsyg.2021.734640
- Monaco, K. V. (2011). *Maternal representations of attachment as affected by conditions of proximity and separation*. (Master's thesis). South Orange, NJ: Seton Hall University.

- Muslu, A., Erciyas, S. K., Cindas, P., & Atan, S. U. (2022). The relationship between women's childbirth experiences and their maternal attachment and the risk of postpartum depression. *European Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 20(4), 435-442. doi:10.15584/ejcem.2022.4.9
- Nungalee, S. (2004). *The effect of using the perceived self-efficacy promoting program on child rearing behavior during postpartal period of first-time adolescent mothers*. (Master's thesis). Bangkok: Chulalongkorn University. [In Thai]
- Oruc, M., & Kukulu, K. (2022). The relationship between maternal function and maternal attachment of women during the postpartum period. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 40(3), 288-298. doi:10.1080/02646838.2021.1962824.
- Phutong, P., Phumonsakul, S., & Pongrua, P. (2018). Predicting factors of maternal-infant attachment of mothers whose infants were hospitalized in the sick newborn unit. *Kuakarun Journal of Nursing*, 25(2), 64-77. [In Thai]
- Pooripanyakunn, S. (1996). *The effect of antenatal counselling to pregnant adolescent mothers on maternal-infant bonding in different marital relationship*. (Master's thesis). Bangkok: Srinakharinwirot University. [In Thai]
- Saeliw, P., Kantaruksa, K., & Chaloumsuk, N. (2015). Perceptions of childbirth experience, social support, and maternal role attainment among mothers with cesarean section. *Nursing Journal*, 42, 69-81. [In Thai]
- Tachasuksri, T., Krungrakrapetch, N., Jeerawongpanich, K., & Intaput, P. (2024). *Development of occupational health and safety application for reproductive female workers in industrial factory, Eastern Economic Corridor*. (Research report). Faculty of Nursing: Burapha University. [In Thai]
- Wang, Y., Gu, J., Zhang, F., & Xu, X. (2023). The effect of perceived social support on postpartum stress: The mediating roles of marital satisfaction and maternal postnatal attachment. *BMC Women's Health*, 23(1), 482-492. doi:10.1186/s12905-023-02593-9
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2010). The Thai version of the PSS-10: An investigation of its psychometric properties. *BioPsychoSocial Medicine*, 4, 6. doi:10.1186/1751-0759-4-6
- Yesilcinar, I., Yavan, T., Karasahin, K. E., & Yenen, M. C. (2017). The identification of the relationship between the perceived social support, fatigue levels, and maternal attachment during the postpartum period. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 30(10), 1213-1220. doi:10.1080/14767058.2016.1209649

ประสบการณ์และมุมมองของผู้ดูแลต่อการจัดการแผลกดทับ ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง: การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลต่อเนื่อง

ลำยอง นกหงษ์, พย.ม.^{1*}

บทคัดย่อ

แผลกดทับยังคงเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย แม้จะมีแนวปฏิบัติทางคลินิกและอุปกรณ์ลดแรงกด แต่ในสังคมผู้สูงอายุที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น ประกอบกับช่องว่างของการดูแลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับซ้ำอยู่บ่อยครั้ง นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลมักต้องเผชิญภาวะทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ โดยขาดการสนับสนุนที่เหมาะสม การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์และมุมมองของพยาบาลและญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดการแผลกดทับเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลพנסินคม และประเมินผลตามตัวชี้วัดของโรงพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 22 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 14 คน และญาติผู้ดูแล 8 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการบันทึกภาคสนาม ระยะเวลาเดือน กุมภาพันธ์ ถึง พฤษภาคม 2569 การวิเคราะห์เนื้อหาและวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการศึกษาพบ 4 Themes หลัก ได้แก่ 1) ความท้าทายเชิงระบบระหว่างมาตรฐานวิชาชีพกับข้อจำกัดหน้างาน 2) ภาระหลากหลายของผู้ดูแลทั้งกาย อารมณ์ และเศรษฐกิจ 3) ความรู้และการปฏิบัติที่คลาดเคลื่อน และ 4) ความต้องการระบบสนับสนุนและการพยาบาลต่อเนื่องที่ไร้รอยต่อ ผู้วิจัยได้สังเคราะห์สู่การสร้างพินัสโมเดลโดยเน้นการขับเคลื่อนผ่าน 5 องค์ประกอบหลัก: การเป็นหุ้นส่วนร่วมการดูแล ระบบการประเมินแบบครบวงจร เครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง การใช้ประโยชน์จากทรัพยากร การสนับสนุนแบบองค์รวมซึ่งเป็นรูปแบบที่เสนอจากผลการศึกษาและอาจนำไปประเมินความเหมาะสมในบริบทที่ใกล้เคียงต่อไป

คำสำคัญ: แผลกดทับ ผู้ดูแล การพยาบาลต่อเนื่อง การวิจัยเชิงคุณภาพ

¹ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพנסินคม จังหวัดชลบุรี

* ผู้เขียนหลัก e-mail: lumyong518@gmail.com

Experiences and Perspectives of Nurses and Family Caregivers in Managing Pressure Injuries Among High-Risk Patients: A Qualitative Study for the Development of a Continuing Care Nursing Model

Lumyong Nokhong, M.N.S.^{1*}

Abstract

Pressure Injuries remain a critical indicator of nursing quality and patient safety. Despite the availability of clinical practice guidelines and pressure-relieving devices, an aging society with an increasing number of highly dependent patients, coupled with the gap in continuity of care between hospitals and the community, are all factors that frequently lead to recurrent pressure ulcers. Furthermore, family caregivers often face physical, psychological, and economic burdens without appropriate support. Therefore, this descriptive qualitative research aimed to study the experiences and perspectives of nurses and family caregivers regarding pressure Injuries management, to develop a continuity of care model suitable for the context of Phanat Nikhom Hospital, and to evaluate the outcomes based on hospital indicators. There were 22 key informants, consisting of 14 registered nurses and 8 family caregivers, selected through purposive sampling. Data collection was conducted through focus group discussions, in-depth interviews, and field notes from February to May 2026. Data were analyzed using content and thematic analysis.

The study results revealed 4 main themes: 1) Systemic challenges between professional standards and frontline constraints; 2) Multidimensional burdens of caregivers encompassing physical, emotional, and economic aspects; 3) Inaccurate knowledge and practices; and 4) The need for support systems and seamless continuity of care. The researcher synthesized these findings to create the Panat Model, driven by 5 core components: Care partnership, Comprehensive assessment system, Continuity of care network, Resource utilization, and Holistic support. This model is proposed based on the study's findings and may be further evaluated for appropriateness in similar contexts.

Key words: Pressure Injuries, Caregiver, Continuity of care, Qualitative research

¹ Outpatient Nursing Section, Phanat Nikhom Hospital, Chonburi, Thailand

* Corresponding author e-mail: lumyong518@gmail.com

บทนำ

ปัญหาแผลกดทับ (Pressure Injury) มิใช่เพียงภาวะแทรกซ้อนทางผิวหนัง แต่เป็นดัชนีชี้วัดเชิงระบบที่สะท้อนถึงเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Goals) คุณภาพการพยาบาล และความยั่งยืนของระบบสาธารณสุข ในสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ การเพิ่มขึ้นของกลุ่มผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงสูงที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ภาวะทุพโภชนาการ และโรคเรื้อรังที่ซับซ้อน ล้วนเป็นปัจจัยเร่งให้เกิดพยาธิสภาพของแผลกดทับที่รุนแรงและลุกลามเร็วกว่าปกติ (Lei et al., 2025; Han & Yang, 2024)

กลไกสำคัญเกิดจากแรงกด (Pressure) บริเวณปุ่มกระดูกอย่างต่อเนื่อง ขัดขวางการไหลเวียนโลหิตจนเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนและสารอาหาร นำไปสู่ภาวะเนื้อเยื่อตาย (Juntaramano et al., 2025) ร่วมกับแรงเฉือน (Shear) ที่ทำลายหลอดเลือด แรงเสียดทาน (Friction) และความชื้น (Moisture) ที่เร่งให้ผิวหนังเปื่อยยุ่ย หากไม่ได้รับการจัดการตั้งแต่ระยะรอยแดงที่ไม่อาจหาย (Stage 1) การลุกลามสู่เนื้อเยื่อชั้นลึกจะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ขยายระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และก่อภาระค่าใช้จ่ายมหาศาล (Han & Yang, 2024)

ในบริบทของโรงพยาบาลพנסินคม ขนาด 200 เตียง พบอุบัติการณ์แผลกดทับมีแนวโน้มสูงขึ้นในหอผู้ป่วยหนัก และอายุรกรรม แม้จะมีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG) และอุปกรณ์ลดแรงกดทับมาตรฐาน ข้อมูลเบื้องต้นจากการสนทนากลุ่มของพยาบาลวิชาชีพ 14 คน ชี้ชัดว่าอุปสรรคสำคัญมิใช่การขาดความรู้ แต่เกิดจากความต่อเนื่องของกระบวนการพยาบาล (Continuity of Care) ภายใต้อำนาจหน้าที่ที่ทับซ้อนกัน การประสานงาน และช่องว่างการดูแลช่วงรอยต่อสู่ชุมชน ขณะที่ญาติผู้ดูแลต้องรับบทบาทหลักโดยขาดทักษะ มีความเชื่อคลาดเคลื่อน และแบกรับภาระทางจิตสังคม โดยขาดระบบสนับสนุนที่เข้าถึงได้ (Chen et al., 2025; Somsukjeerawat, 2021)

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้จึงมุ่งศึกษาประสบการณ์และมุมมองเชิงลึกของพยาบาลวิชาชีพและญาติผู้ดูแล เพื่อระบุจุดบอดเชิงระบบและสังเคราะห์รูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องที่สอดคล้องกับบริบท โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบของ Betty Neuman ในการสร้างแนวป้องกัน 3 ระดับ 1) การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention): ขจัดปัจจัยเสี่ยงก่อนเกิดแผล เช่น การพลิกตัว การดูแลผิวหนัง และโภชนาการ เพื่อเสริมสร้างแนวป้องกันปกติ (Normal line of defense) 2) การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) ตรวจพบความผิดปกติแต่เนิ่น ๆ และให้การดูแลทันทีเพื่อจำกัดความเสียหายและเสริมสร้างแนวต้านทาน (Lines of resistance) 3) การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) ฟื้นฟูสภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยคืนสู่ภาวะสมดุล (Reconstitution) และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ประสบการณ์ ทักษะคิด และมุมมองของผู้ดูแล ซึ่งครอบคลุมทั้งบุคลากรพยาบาลและญาติผู้ดูแล ต่อกระบวนการจัดการแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลต่อเนื่อง (Continuity of Care Model) สำหรับการป้องกันและจัดการแผลกดทับที่มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลพנסินคม
3. เพื่อประเมินความเป็นไปได้และแนวทางการนำรูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องไปสู่การปฏิบัติในหน่วยงานและชุมชนอย่างยั่งยืน

กรอบแนวคิด

การทำความเข้าใจประสบการณ์และข้อจำกัดของผู้ดูแลอย่างลึกซึ้ง (Input) → นำไปสู่การออกแบบระบบและแนวปฏิบัติร่วมกัน (Process) → เกิดเป็นรูปแบบการพยาบาลต่อเนื่อง (Output) → ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและประสิทธิภาพการทำงานขององค์กรอย่างยั่งยืน (Outcome)

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Qualitative Descriptive Design) เพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์และมุมมองของผู้ดูแลต่อการจัดการแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 22 คน พยาบาลวิชาชีพต้องมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานคลินิกและการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 2 ปี ญาติผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วยผู้ที่เป็นบุคคลสำคัญที่สุดในการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลพื้นฐานให้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงสูงตลอด 24 ชั่วโมง หรือเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลป้องกันแผลกดทับให้แก่ผู้ป่วยที่มีคะแนนความเสี่ยง Braden Scale ในระดับต่ำกว่า 12 ถึง 14 คะแนนและดูแลต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายกลับบ้านไปแล้วอย่างน้อย 2 สัปดาห์ถึง 1 เดือน

บุคลากรพยาบาล 14 คน จาก ICU (2), อายุรกรรม (4), ผู้ป่วยนอก (3), การพยาบาลชุมชน (2), ศัลยกรรม/กระดูก (1), ผู้ป่วยในพิเศษ/ทั่วไป (2) มีประสบการณ์ 3–31 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรีทั้งหมด ตำแหน่งครอบคลุมปฏิบัติการถึงชำนาญการพิเศษ

ญาติผู้ดูแลหลัก 8 คน ระดับการศึกษาหลากหลายตั้งแต่ประถมถึงปริญญาโท ระยะเวลาดูแล 2 สัปดาห์ถึง 2 ปี ผู้วิจัยยึดหลักความอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) หรือไม่มี code, category หรือ theme ใหม่เกิดขึ้นในการสัมภาษณ์ต่อเนื่อง สัมภาษณ์จนไม่พบข้อมูลใหม่เป็นเกณฑ์ยุติการเก็บข้อมูล

เครื่องมือวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและบริบทการดูแล
2. แนวคำถามสนทนากลุ่ม (FGD Guide) และการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับพยาบาล ครอบคลุม 4 มิติ: ทศนคติต่ออุบัติการณ์, อุปสรรคหน้างาน, อิทธิพลภาระงานต่อความสม่ำเสมอในการจัดการแรงกด, และข้อเสนอแนะเชิงนวัตกรรม/นโยบาย FGD ใช้เพื่อสำรวจ ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพและปัญหาเชิงระบบของพยาบาล
3. แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) สำหรับญาติผู้ดูแล มุ่งค้นหาประสบการณ์ช่วงรอยต่อเปลี่ยนผ่านบริการ, ความเชื่อคลาดเคลื่อน, ภาระทางอารมณ์/กาย/เศรษฐกิจ, และความต้องการระบบสนับสนุนเหมาะสมกับประสบการณ์ส่วนตัว ภาวะทางอารมณ์ และประเด็นส่วนตัวของ Family caregivers
4. แบบบันทึกภาคสนาม (Field Notes) เพื่อบันทึกทิวทัศน์ภาษา บริบทแวดล้อม และพลวัตการสนทนา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวคำถามได้รับการทบทวนโดยผู้เชี่ยวชาญด้านความเหมาะสมของเนื้อหา ความชัดเจนของภาษา ครอบคลุมของประเด็น และความเหมาะสมของบริบท การทดลองใช้มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับการใช้ถ้อยคำ (Wording), ลำดับคำถามที่ต่อเนื่องตามเหตุและผล (Logical sequence) และคำถามเชิงลึก (Probing questions) เพื่อการสืบค้นข้อมูลเชิงลึก ทั้งนี้ ข้อมูลที่รวบรวมได้ระหว่างขั้นตอนการทดลองใช้ไม่ได้ถูกนำมารวมในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพขั้นสุดท้ายของการศึกษาการเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ บันทึกเสียงและถอดความแบบคำต่อคำ (Verbatim Transcription) ดำเนินการสนทนากลุ่ม (60-90 นาที) 1 ครั้ง จำนวนผู้เข้าร่วม 8 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ (ID) และสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ (ID) จำนวน 14 คน และผู้ดูแล caregiver (CG) จำนวน 8 คน ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์/จดบันทึกในพื้นที่ส่วนตัว ใช้เทคนิค Member Check/Triangulation เพื่อตรวจสอบความถูกต้องโดยตรวจสอบ summary หรือ preliminary themes กับผู้ให้ข้อมูลเป็น Method triangulation

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ใช้ในการพัฒนา code/categories ร่วมกับการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) ใช้ในการสังเคราะห์ overarching theme ผ่านขั้นตอน: 1) การจัดการข้อมูลดิบภายหลังการรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยดำเนินการนำข้อมูลจากการบันทึกเสียงในทุกรอบการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกมาถอดความเป็นตัวอักษรแบบคำต่อคำ หรือ Verbatim Transcription 2) การสร้างรหัสข้อมูล หรือ Coding ผู้วิจัยใช้วิธีการอ่านทบทวนข้อมูลทีละข้อความมาแล้วหลายครั้งเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกับข้อมูลในระดับลึก หรือ Data Familiarization ผู้วิจัยทำการคัดเลือกประโยคหรือข้อความที่มีความหมายสำคัญและเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยเกี่ยวกับการจัดการแผลกดทับ จากนั้นจึงให้รหัสข้อมูลในลักษณะการตั้งชื่อรหัสเบื้องต้น หรือ Open Coding 3) การจัดหมวดหมู่ข้อมูลและการวิเคราะห์แก่นสาระ หรือ Categorization and Thematic Analysis ผู้วิจัยนำรหัสข้อมูลที่มีความหมายใกล้เคียงกันมาจัดกลุ่มเข้าด้วยกัน 4) สังเคราะห์ขึ้นเป็นหมวดหมู่ใหญ่ที่สะท้อนถึงแก่นของข้อมูล หรือ Themes โดยเชื่อมโยงกับมิติด้านประสบการณ์และมุมมองของผู้ดูแลตามกรอบแนวคิดที่กำหนดไว้ 5) การนำเสนอประเด็นสาระที่สังเคราะห์ได้ทั้งหมดมาสรุปและบูรณาการเพื่อเป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลต่อเนื่อง หรือ Panus Model

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ

ยึดเกณฑ์ Lincoln and Guba: ความตรง (Credibility) ผ่าน Member Check และ Triangulation, ความสามารถในการถ่ายทอด (Transferability) ผ่าน Thick Description, ความคงเส้นคงวา (Dependability) ผ่าน Audit Trail, และความเที่ยงธรรม (Confirmability) ผ่าน Reflexive Journaling

การตรวจสอบสามเส้าด้านแหล่งข้อมูล (Data-source triangulation) ดำเนินการโดยการเปรียบเทียบมุมมองของพยาบาลและผู้ดูแลในครอบครัว ในขณะที่การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีวิทยา (Method triangulation) ใช้การสนทนากลุ่ม (FGDs) การสัมภาษณ์เชิงลึก และบันทึกภาคสนาม

การตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checking) ดำเนินการโดยการนำบทสรุปสังเคราะห์ของข้อค้นพบ เริ่มเบื้องต้น และคำอธิบายเชิงการตีความ ไปแลกเปลี่ยนร่วมกับผู้เข้าร่วมวิจัยหลัก (ทั้งพยาบาลและผู้ดูแลในครอบครัว) เพื่อยืนยันความถูกต้อง ความสอดคล้องตรงกัน และความน่าเชื่อถือของข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

ขออนุมัติคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่โครงการวิจัย CBO Rec 2569-001 วันที่รับรอง 12 มกราคม 2569 ถึงวันที่ 11 มกราคม 2570 การเก็บรวบรวมข้อมูลอธิบายวัตถุประสงค์โดยละเอียด รับสมัครด้วยความสมัครใจ รับรองสิทธิในการถอนตัวโดยไม่กระทบต่อการรักษา ปกปิดตัวตนด้วยรหัสสมมติ เก็บข้อมูลในระบบปลอดภัย และเตรียมการประทับประคองทางจิตใจหากผู้ให้ข้อมูลมีความเครียดระหว่างการสัมภาษณ์

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปและบริบทเชิงลึกของผู้ให้ข้อมูลหลัก

การศึกษานี้ได้รับข้อมูลเชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลหลัก 2 กลุ่มสำคัญ ได้แก่ บุคลากรพยาบาลวิชาชีพ (ID) จำนวน 14 คน และญาติผู้ดูแลหลัก (CG) จำนวน 8 คน รวมทั้งหมด 22 คน โดยผู้วิจัยใช้เกณฑ์ความอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) เป็นหลักในการยุติการเก็บข้อมูล ลักษณะทางประชากรศาสตร์และบริบทการดูแลของผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงความหลากหลายและความซับซ้อนของระบบการพยาบาลต่อเนื่องในบริบทโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาดกลาง

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของบุคลากรพยาบาล (n = 14)

รหัส	อายุ (ปี)	เพศ	การศึกษา	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	ประสบการณ์ (ปี)	การอบรมแปล กตทัช
ID1	44	หญิง	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	ผู้ป่วยในตึกพิเศษ เมตตา 4-5	23	อบรมที่รพ.จัด ภายในรพ.
ID2	40	หญิง	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	อายุรกรรมหญิง	14	ไม่เคย
ID3	52	หญิง	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ	งานการพยาบาล ชุมชน	31	อบรมใน หน่วยงานจัด
ID4	28	หญิง	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	ศัลยกรรมและ กระดูก	5	อบรมในรพ.
ID5	50	หญิง	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	การพยาบาล ชุมชน	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
ID6	47	หญิง	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ	ผู้ป่วยหนัก (ICU)	25	ประมาณ 3-5 ครั้ง
ID7	27	หญิง	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	ผู้ป่วยหนัก (ICU)	6	ประมาณ 2-3 ครั้ง
ID8	39	หญิง	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	อายุรกรรมชาย	17	ไม่เคย
ID9	42	หญิง	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	อายุรกรรมชาย	20	ไม่เคย
ID10	39	หญิง	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	ผู้ป่วยนอก (NCD Clinic)	15	ยังไม่เคย
ID11	33	หญิง	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	ผู้ป่วยนอก	10	1 ครั้ง ที่โรงพยาบาล พนัสนิคม
ID12	55	หญิง	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ	อายุรกรรมหญิง	2	อบรมที่รพ. มานานแล้ว
ID13	48	หญิง	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพ	ผู้ป่วยใน	28	ไม่เคย
ID14	25	หญิง	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	ผู้ป่วยนอก	3	1 ครั้ง ที่โรงพยาบาล พนัสนิคม

กลุ่มบุคลากรพยาบาล มีอายุกระจายระหว่าง 25-55 ปี มีประสบการณ์ปฏิบัติงานคลินิกตั้งแต่ 3-31 ปี ทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 100) ตำแหน่งตั้งแต่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ร้อยละ 14.3) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ร้อยละ 64.3) และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ร้อยละ 21.4) ปฏิบัติงานครอบคลุมหอผู้ป่วยหนัก (ICU) หอผู้ป่วย

อายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก การพยาบาลชุมชน หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก และหอผู้ป่วยพิเศษ ร้อยละ 64.3 เคยผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการป้องกันแผลกดทับ ขณะที่ร้อยละ 35.7 ยังไม่เคยรับการอบรมเชิงลึก

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแล (n = 8)

รหัส	อายุ (ปี)	เพศ	การศึกษา	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
CG1	43	หญิง	มัธยมปีที่ 3	หลานสะใภ้
CG2	38	หญิง	ปริญญาตรี	บุตรสาว
CG3	46	หญิง	ปริญญาตรี	บุตรสาว
CG4	43	หญิง	ปวส.	บุตรสาว
CG5	58	หญิง	ปริญญาโท	บุตรสาว
CG6	67	หญิง	ประถมปีที่ 3	คู่สมรส
CG7	43	ชาย	ปวส.	บุตรชาย
CG8	52	หญิง	ประถมปีที่ 6	บุตรสาว

กลุ่มญาติผู้ดูแล มีอายุระหว่าง 38-67 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.5) ระดับการศึกษาตั้งแต่ ประถมศึกษาปีที่ 3 ถึงปริญญาโท โดยร้อยละ 62.5 มีความสัมพันธ์เป็นบุตร/บุตรสาว รองลงมาเป็นคู่สมรสและ หลานสะใภ้ ระยะเวลาดูแลต่อเนื่องอยู่ที่ 2 เดือนถึง 2 ปี บริบททางเศรษฐกิจและสภาพที่อยู่อาศัยมีความแตกต่างกันชัดเจน บางครอบครัวสามารถจัดหาที่นอนลมและอุปกรณ์ทำแผลได้เอง ขณะที่บางครอบครัวต้องพึ่งพาระบบยืมอุปกรณ์หรือ ใช้วัสดุทดแทนในท้องถิ่น

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบ 4 อิมหลักที่มีความเชื่อมโยงเชิงระบบดังนี้

คำพูดที่สะท้อนบริบท (Representative quotations) → รหัส (Codes) → ประเด็นย่อย (Subthemes) → สี่ประเด็นหลัก Four themes → ความต้องการการดูแล / ช่องโหว่ของระบบ (Identified care needs/system gaps) → องค์ประกอบของรูปแบบ PANUS components

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบ 4 Themes หลัก ได้แก่ 1) ความท้าทายเชิงระบบในการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน (system challenges) 2) ประสพการณ์และภาระหลักมิติของผู้ดูแล (caregiver burden) 3) ความรู้และการปฏิบัติ ที่คลาดเคลื่อน (knowledge/practice gaps) และ 4) ความต้องการระบบสนับสนุนและการพยาบาลต่อเนื่อง (support/continuity needs)

Theme 1: ความท้าทายเชิงระบบในการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน Theme นี้เผยให้เห็นช่องว่างเชิงโครงสร้าง (Structural Gap) ระหว่างกรอบแนวปฏิบัติทางคลินิกกับสภาพความเป็นจริงของหน่วยงาน ซึ่งแบ่งย่อยเป็น 3 ประเด็นสำคัญ

1.1 ความไม่สอดคล้องระหว่าง CPG อุดมคติกับข้อจำกัดทรัพยากร: ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าข้อจำกัด ด้านอัตราค่าจ้าง ภาระงาน และทรัพยากรทำให้การปฏิบัติตาม CPG อย่างสม่ำเสมอเป็นไปได้ยากในบริบทจริง

“CPG ในปัจจุบันเขียนขึ้นบนพื้นฐานอุดมคติ แต่ในความเป็นจริง เมื่อสัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยสูงเกินเกณฑ์ การปฏิบัติตาม CPG แบบ 100% ทำได้ยากมาก โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มพึ่งพิงสมบูรณ์” (ID4)

“ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีผู้ป่วยจำนวนมากและมีกลุ่มเสี่ยงสูง แนวปฏิบัติเรื่องการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม อาจจะทำได้ไม่ถี่ทุกตัวทุก 2 ชม ตามเวลา เนื่องจากขาดอัตราค่าจ้าง” (ID12)

การขาดผู้ช่วยการพยาบาล และอัตราค่าจ้างที่ไม่สอดคล้องกับความซับซ้อนของผู้ป่วย ทำให้การปฏิบัติตามมาตรฐานกลายเป็นเรื่องที่ยากในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงหนาแน่น

1.2 ความไม่ต่อเนื่องในการพลิกตัวและการจัดลำดับความสำคัญทางคลินิก: การพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง ซึ่งการจัดทำหรือพลิกตัวตามระยะเวลาที่เหมาะสมตามการประเมินความเสี่ยงและสภาพทางคลินิกของผู้ป่วยในการป้องกันแผลกดทับ มักถูกขัดจังหวะโดยภาระงานทับซ้อน (Work Overload) และภาวะวิกฤตแทรกซ้อน พยาบาลต้องตัดสินใจจัดลำดับความสำคัญระหว่างการป้องกันแผลกดทับกับการรักษาภาวะฉุกเฉิน

“เคย ในสถานการณ์แบบนั้น คงเลือกที่จะต้องแก้ไขภาวะวิกฤตก่อนที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิต ถ้าพ้นจากภาวะวิกฤต โดยประเมินจากสัญญาณชีพผู้ป่วย อาการ ที่สามารถพอที่จะพลิกตะแคงตัวได้ ค่อยทำ” (ID6)

การตัดสินใจทางคลินิกภายใต้ความกดดันนี้สะท้อนถึง Trade-off ระหว่างมาตรฐานการป้องกันกับความปลอดภัยเฉียบพลัน ซึ่งหากขาดระบบสนับสนุน จะนำไปสู่ช่องว่างในการจัดการแรงกด (Pressure Management Gap) อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

1.3 ความเหนื่อยล้าสะสม (Burnout) และผลกระทบต่อความไวในการสังเกต: ภาวะเหนื่อยล้าทางวิชาชีพ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพการเฝ้าระวังเชิงรุก ความล้าทางกายและใจลดความละเอียดอ่อนในการประเมินผิวหนัง และบางครั้งนำไปสู่การบันทึกข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกับสภาพจริงเพื่อลดภาระงานเชิงเอกสาร

“เมื่อพยาบาลมีเคสดูแลมากขึ้นจะทำให้เกิดความเร่งรีบ หรือใช้ความคุ้นเคยแทนการประเมินหน้างานจริง ทำให้มองข้ามความเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยของผิวหนัง (เช่น รอยแดงจางๆ) ... ข้อมูลที่บันทึกไม่ตรงกับความเป็นจริง” (ID10)

“ความเหนื่อยล้าส่งผลต่อความไวในการสังเกต เมื่อร่างกายล้า จิตใจจะมุ่งไปที่การทำภาระงานให้เสร็จตามหน้าที่ แต่อาจขาดความละเอียดอ่อนในการเฝ้าระวังอุบัติการณ์เชิงรุก” (ID4)

ความเหนื่อยล้าจากภาระงานและผลต่อการเฝ้าระวัง “Work-related fatigue and reduced vigilance”

Theme 2: ประสบการณ์และภาระหลาภมิตของผู้ดูแล ความทุกข์ทางจิตใจ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกหมดหนทาง และความกังวลเกี่ยวกับการดูแล

การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงมิใช่เพียงภารกิจทางกายภาพ แต่เป็นประสบการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในทุกมิติของชีวิต โดยสังเคราะห์ได้เป็น 3 ด้านหลัก

2.1 ภาระทางกายภาพและปรากฏการณ์ “ผู้สูงอายุดูแลผู้สูงอายุ” ผู้ดูแลหลายคนต้องเผชิญกับการใช้แรงกายหนักในการยกตัว พลิกตัว และจัดการของเสีย โดยเฉพาะในครอบครัวที่ผู้ดูแลมีอายุมากหรือมีโรคประจำตัว

“คนที่พลิกตัวอายุมากเป็นพ่อ ยกคนไข้ลำบาก กลางวันต้องนอนพัก ไม่มีคนเปลี่ยน” (CG2)

“พ่อขยับท่อนล่างไม่ได้อายุ 64 ปี พี่ชายเป็น Stroke ขยับแทบไม่ได้... อุปสรรคถ้าผู้ดูแลไปทำงานก็ขาดคนดูแล” (CG7)

ปรากฏการณ์นี้สะท้อนถึงความเปราะบางของระบบการดูแลแบบพึ่งพาครอบครัวเดียวในสังคมผู้สูงอายุไทย ซึ่งขาดกลไกสนับสนุนแรงงานทดแทน หรือระบบ Respite Care ที่ช่วยลดภาระกายภาพอย่างยั่งยืน

2.2 ภาระทางอารมณ์ ความรู้สึกผิด และกลไกการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลรายงานถึงภาวะเครียดสะสม ความรู้สึกหมดหนทาง (Helplessness) และความรับผิดชอบส่วนตนเมื่อแผลลุกลาม

“รู้สึกผิดเหมือนเราดูแลได้ไม่ดี จัดการโดยปรึกษากันหาความรู้ทางอินเทอร์เน็ต” (CG5)

“มากที่สุด เพราะเวลาในการดูแลไม่มี คนช่วยดูแลไม่มี ค่าใช้จ่ายในการดูแลไม่มี... รู้สึกมาก ห่วงผู้ป่วย ปรึกษาแพทย์ที่จะทำให้แผลดีขึ้นไวที่สุด” (CG4)

ความรู้สึกผิดนี้สอดคล้องกับแนวคิด Caregiver Burden ในบริบทเอเชียที่ความกตัญญูผูกพันโยงกับความสำเร็จในการดูแล เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลมักรับรู้ว่าเป็นความล้มเหลวของตนเอง เกิดความทุกข์ทางจิตใจ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกหมดหนทาง และความกังวลเกี่ยวกับการดูแล

2.3 ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การนอนหลับ และเศรษฐกิจครอบครัว: การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง รบกวนวงจรการนอนหลับ และบีบให้ผู้ดูแลลดเวลาทำงานหรือลาออก ส่งผลต่อรายได้และเสถียรภาพทางเศรษฐกิจ

“ต้องคอยตื่นมาดูแล พลิกตัว ดูปัสสาวะ ทำให้นอนพักผ่อนไม่พอ แอบนอนกลางวันบ้าง” (CG2)

“เหนื่อยมาก ทำคนเดียวไม่มีคนเปลี่ยน เรียกว่าป่วยเลย คนดูแลเกิดปอดเป็นฝ้า ต่อมา เป็นเรื่องข้อปวดข้อ...” (CG6)

การที่ผู้ดูแลเกิดปัญหาสุขภาพตามมาส่งผลต่อการพักผ่อน สุขภาพ และเศรษฐกิจ

Theme 3: ความรู้และการปฏิบัติที่คลาดเคลื่อน

Theme นี้เผยให้เห็นความซับซ้อนของการถ่ายทอดความรู้ทางการแพทย์สู่บริบทบ้าน ซึ่งแบ่งเป็น 3 ประเด็น

3.1 ความเข้าใจกลไกการเกิดแผลที่ยังไม่ครบถ้วน ส่งผลต่อการพักผ่อน สุขภาพ และเศรษฐกิจ

“ไม่มารู้แต่ว่านอนมาก ๆ ไม่ขยับตัวแล้วเกิดแผล แต่ไม่รู้ว่ารุนแรงขนาดไหน เริ่มแดงจากการเกาไป-แล้วเริ่มมีหนองเห็นเนื้อขาว...” (CG1)

การขาดความเข้าใจเชิงกลไกทำให้ผู้ดูแลประเมินความเร่งด่วนไม่ได้ และมักตระหนักถึงปัญหาเมื่อแผลลุกลามสู่ระยะลึกแล้ว

3.2 ความเชื่อพื้นบ้านและการปฏิบัติที่อาจเร่งการบาดเจ็บ แม้จะได้รับการอบรมก่อนจำหน่าย ผู้ดูแลบางส่วนยังคงใช้วิธีการดูแลที่ขัดกับหลักวิทยาศาสตร์ เช่น การโรยแป้งฝุ่นหรือการนวดบริเวณปุ่มกระดูก

“เรื่องการใช้แป้งไม่มีใครช่วยอธิบาย ส่วนตัวคิดว่าถ้าเป็นแป้งเย็นช่วยให้ไม่เหนอะ ไม่คันเท่าไร ส่วนมากทาวาสลีนแล้วทาแป้งทับ” (CG1)

“ใช้แป้งโรยตัวอยากให้ตัวแห้ง บริเวณแดงไม่โรย ไม่นวด” (CG8)

ปรากฏการณ์นี้ชี้ให้เห็นว่าการไม่ระบุผู้ดูแลหลักชัดเจน (Caregiver Identification Gap) และขาดการฝึกปฏิบัติพร้อมให้เหตุผลทางคลินิก (Rationale-based Education) ทำให้ผู้ดูแลยังคงยึดติดกับความเชื่อเดิมหรือตีความคำแนะนำคลาดเคลื่อน (Jafari et al., 2021)

3.3 ศักยภาพในการเรียนรู้และการพัฒนาสู่หุ้นส่วนการดูแล ในทางตรงข้าม ผู้ดูแลจำนวนมากแสดงความสามารถในการปรับตัวและพัฒนาทักษะได้อย่างรวดเร็วเมื่อได้รับการฝึกปฏิบัติและ Feedback ที่ชัดเจน

“ช่วงแรกยังงง ๆ อยู่ทำไม่ถูก ดูทั้งแผล ปัสสาวะ อุจจาระ แต่ตอนนี้ชินแล้ว ได้ตัวอย่างที่ดีในการทำแผลก็เลยทำเป็น... ตอนนี้อย่างไรแผลใหม่” (CG6)

“แผลแคบเหลือนิดเดียว ส่วนแผลที่เพิ่มมา รพ.สต. ไปเลาะเนื้อตาย และผู้ดูแลทำแผลต่อ” (CG3)

ข้อมูลนี้ยืนยันว่าผู้ดูแลไม่ใช่ “ภาระ” ข้อมูลสะท้อนว่าผู้ดูแลสามารถพัฒนาความมั่นใจและทักษะในการดูแลได้เมื่อได้รับการฝึกและ feedback ที่เหมาะสม

Theme 4: ความต้องการระบบสนับสนุนและการพยาบาลต่อเนื่อง

Theme นี้สะท้อนความคาดหวังและความต้องการเชิงระบบจากผู้ดูแลและบุคลากรพยาบาล ซึ่งแบ่งเป็น 4 มิติ

4.1 ความต้องการการเยี่ยมบ้านและการสนับสนุนเชิงจิตสังคม ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องการการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ ไม่เพียงเพื่อตรวจสภาพแผล แต่เพื่อรับกำลังใจและลดความรู้สึกโดดเดี่ยว

“อยากให้ทีมเยี่ยมบ้านไปพูดคุยกับคนไข้บ้าง... อยากให้ไปแนะนำเมื่อคนไข้จะฟังและปฏิบัติตาม” (CG1)

“ดีทั้ง 2 อย่าง เหมือนเรายังมีค่า มีความหมาย ถึงเราจะยากจน แต่เขายังเมตตา เขายังอยากไปดู ไปเยี่ยม ถ้าไปเยี่ยมเมื่อไหร่ อยากหุงข้าวให้กินด้วย เราดีใจ” (CG6)

4.2 ทักษะที่หลากหลายต่อเทคโนโลยีและนวัตกรรมดิจิทัล ผู้ดูแลมีมุมมองต่อเทคโนโลยีแตกต่างกันตามระดับทักษะดิจิทัลและบริบทครอบครัว

“คิดว่าดี จะได้ดูกันโดยตรง... ยินดีค่ะ แอปพลิเคชันหมอพร้อม การรับยาระบบทางไกล เทลลิเมด” (CG2, CG3)

“ไม่เห็นด้วย เพราะแต่ละบ้านการใช้เทคโนโลยีแตกต่างกัน บางบ้านมีแต่ผู้สูงอายุอยู่ด้วยกัน ทำให้เข้าไม่ถึง
ตัวผู้ป่วยได้ 100% การออกเยี่ยมดีที่สุดเข้าถึงผู้ป่วยได้ดีที่สุด” (CG4)

ข้อมูลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Vos-Draper et al. (2025) ที่ระบุว่าผู้ดูแลต้องการเทคโนโลยีที่ “ลดภาระ
งานจริง” มากกว่าระบบที่เพียง “แจ้งเตือนเพิ่มภาระ” การออกแบบระบบดิจิทัลจึงต้องคำนึงถึงความพร้อมของผู้ใช้

4.3 ความต้องการทรัพยากร อุปกรณ์ และระบบสนับสนุนทางการเงิน การเข้าถึงอุปกรณ์ลดแรงกดทับและ
วัสดุทำแผลเป็นอุปสรรคสำคัญต่อความต่อเนื่องของการดูแล

“กังวลเรื่องทำแผลมาเบิกอุปกรณ์กับโรงพยาบาลแล้วไม่พอ ขอเบิกเพิ่มมีแผลเพิ่มมาจะไม่พอ ซื้อมือตัวเองบ้าง”
(CG3)

“เครียดมาก เพราะค่าใช้จ่ายสูงมาก รายได้น้อย” (CG4)

บุคลากรพยาบาลจึงเสนอแนะการจัดตั้งกองทุนยืมอุปกรณ์ระดับตำบล เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและเพิ่มความ
เป็นธรรมในการเข้าถึง

“ควรมีการจัดตั้ง กองทุนยืมอุปกรณ์ (เช่น ที่นอนลม) ในระดับตำบลที่เข้าถึงง่าย เพื่อให้การป้องกันแผลกดทับ
เกิดขึ้นได้ทันทีโดยไม่ขึ้นข้อจำกัดด้านฐานะของครอบครัว” (ID4)

4.4 ข้อเสนอแนะเชิงระบบ: ผลการศึกษาได้นำเสนอ กลยุทธ์เพื่อปรับปรุงการประสานงานและการจัดการ
ความกดดัน ของบุคลากร โดยผู้วิจัยได้สะท้อนข้อมูลอย่างสมดุล ทั้งใน มุมมองด้านปัจจัยเอื้อ (Facilitating view) ที่ช่วย
สนับสนุนให้กลยุทธ์เกิดขึ้นได้จริง ควบคู่ไปกับ ข้อกังวลด้านความเป็นไปได้ (Feasibility concern) ที่อาจเป็นอุปสรรค
ในการนำไปปฏิบัติ และการเชื่อมโยงข้อมูลไว้รอยต่อ บุคลากรพยาบาลเสนอแนวทางการปฏิรูปกระบวนการทำงานอย่าง
เป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการจัดตั้งทีมเฉพาะกิจจัดการแรงกด (Turn Team) และการพัฒนาระบบข้อมูลร่วม

“เป็นแนวคิดที่ดีมาก การมีทีมเฉพาะที่เดินสายพลิกตัวตามเวลาจะช่วยให้มั่นใจได้ว่าคนไข้จะได้รับการดูแล
ตามมาตรฐาน โดยที่พยาบาลเจ้าของไข้สามารถโฟกัสกับงานบริหารยาหรือหัตถการที่ซับซ้อนได้” (ID4)

“สอนญาติให้คล่อง ส่งต่อชุมชนให้ไว มีไลน์ให้ตามงาน สอน ผูกจนญาติทำเป็น (พลิกตัว/เช็กผิว) ส่ง ผ่ากร
รพ.สต. ไปเยี่ยมบ้าน ตาม มีช่องทางให้เค้าถ่ายรูปมาปรึกษาได้ตลอด” (ID4)

ตารางที่ 3 สรุปประเด็นหลัก ความต้องการ/ช่องว่างที่ค้นพบ นำมาเป็นองค์ประกอบพานัสโมเดล

ประเด็นหลัก (Theme)	ความต้องการ / ช่องว่างที่ค้นพบ (Identified Need / Gap)	องค์ประกอบ PANUS ที่สอดคล้อง (PANUS Component)
ความท้าทายระดับระบบ (System-level challenges)	• ความสม่ำเสมอและมาตรฐาน ในการประเมิน • ข้อจำกัดด้านอัตรากำลังและ ทรัพยากรระบบบริการ	A (Assessment) U (Utilization of Resources) N (Network Coordination)
ภาระของผู้ดูแลในหลากหลายมิติ (Multidimensional caregiver burden)	• การมีส่วนร่วมและการเป็น หุ้นส่วนร่วมดูแล • การสนับสนุนด้านอารมณ์ ร่างกาย และจิตใจ	P (Partnership / Empowerment) S (Support System)
ช่องว่างด้านความรู้และการปฏิบัติ (Knowledge/practice gaps)	• การให้สุศึกษาและการเสริม ทักษะการดูแล • การประเมินสมรรถนะและความ พร้อมก่อนกลับบ้าน	P (Partnership & Education) A (Assessment & Competency)

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ประเด็นหลัก (Theme)	ความต้องการ / ช่องว่างที่ค้นพบ (Identified Need / Gap)	องค์ประกอบ PANUS ที่สอดคล้อง (PANUS Component)
ความต้องการความต่อเนื่องและการสนับสนุน (Continuity/support needs)	- ระบบส่งต่อและการประสานงานข้ามหน่วยบริการ - การจัดสรรอุปกรณ์เครื่องมือและระบบดูแลทางไกล (Telehealth/Home visit)	N (Network / Continuity of Care) U (Utilization) S (Support)
ความท้าทาย / มิติปัญหา	ประเด็นสำคัญที่ต้องมุ่งเน้น	องค์ประกอบของรูปแบบ / รหัส
ความท้าทายระดับระบบ	ความสม่ำเสมอในการประเมิน, ข้อจำกัดด้านอัตราค่าจ้างและทรัพยากร	A, U
ภาระของผู้ดูแลในหลากหลายมิติ	การเป็นหุ้นส่วนร่วมดูแล, การสนับสนุนทางอารมณ์และร่างกาย	P, S
ช่องว่างด้านความรู้และการปฏิบัติ	การให้ความรู้, สมรรถนะและการประเมิน	P, A

อภิปรายผล

ผลการศึกษาส่งท้อนให้เห็นถึงช่องว่างระหว่างทฤษฎีกับการปฏิบัติ (Theory-Practice Gap) ในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งการมีเพียงแนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG) ไม่เพียงพอต่อการจัดการแผลกดทับ หากขาดอัตราค่าจ้างและระบบสนับสนุนที่สอดคล้องกับความซับซ้อนของผู้ป่วย ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบของ Betty Neuman (Osaele, 2024; Chen et al., 2025) ที่เน้นการสร้างแนวป้องกันเพื่อรับมือกับปัจจัยก่อความเครียด (Stressors) ใน 3 มิติ ได้แก่ 1) ปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal) จากความเปราะบางของผู้ป่วยและภาระความทุกข์ทางกาย จิตใจ และเศรษฐกิจของผู้ดูแล 2) ปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal) ที่เกิดจากช่องว่างการสื่อสารจนนำไปสู่ความเชื่อที่คลาดเคลื่อน เช่น การใช้แปรงฟันหรือการนวด และ 3) ปัจจัยภายนอกบุคคล (Extrapersonal) ด้านข้อจำกัดทางทรัพยากรและระบบส่งต่อที่ขาดความเชื่อมโยง

ภาระที่พบยังสะท้อนถึงแนวคิด Caregiver Burden ในสังคมเอเชียที่ครอบครัวเป็นแกนหลัก การขาดการสนับสนุนทางอารมณ์และทรัพยากรทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกผิด หดหนทาง และมีปัญหาสุขภาพตามมา ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานและเศรษฐกิจของครอบครัว (Mamom & Daovisan, 2022; Jafari et al., 2021) ปัญหาเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าระบบการดูแลแบบพึ่งพาครอบครัวเดียวในปัจจุบันยังขาดความยั่งยืน จึงจำเป็นต้องมีการประเมินความพร้อมของผู้ดูแล (Caregiver Readiness Assessment) ร่วมกับการคัดกรองผู้ป่วย รวมถึงต้องระบุตัวผู้ดูแลหลักให้ชัดเจนและมีระบบติดตามผล (Feedback Loop) หลังกลับบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่า การสอนเพียงเทคนิคอย่างเดียวไม่เพียงพอ แต่ต้องบูรณาการการจัดการความปวดและการคัดกรองความพร้อมของผู้ดูแลร่วมด้วย (Thailand Nursing Council, 2019; Jafari et al., 2021)

นอกจากนี้ ความต้องการด้านการเยี่ยมบ้านและเทคโนโลยี ยังสนับสนุนแนวคิดการพยาบาลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care) ที่ต้องผสมผสาน High Tech และ High Touch เข้าด้วยกัน การเยี่ยมบ้านไม่เพียงแต่เป็นการให้บริการทางเทคนิค แต่ยังช่วยสร้างความมั่นใจและลดความโดดเดี่ยวทางสังคม ขณะที่เทคโนโลยีก็ควรถูกออกแบบมาเพื่อลดภาระงานจริง ไม่ใช่เพียงระบบแจ้งเตือนที่เพิ่มภาระทางจิตวิทยา (Vos-Draper et al., 2025; Han & Yang, 2024) การนำระบบข้อมูลและแพลตฟอร์มดิจิทัลที่มีอยู่แล้ว (เช่น LINE, หมอพร้อม) มาใช้ จะสามารถเติมเต็มช่องว่างการสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากมีการออกแบบที่คำนึงถึงความหลากหลายของทักษะดิจิทัลของแต่ละครอบครัว (Somsukjeerawat, 2021) จากความต้องการและช่องโหว่เชิงระบบทั้งหมด ผู้วิจัยจึงได้นำมาสังเคราะห์เป็นรูปแบบการพยาบาลต่อเนื่อง “Panus Model” ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบที่เชื่อมโยงกันเป็นวงจร เพื่อเสริมสร้างเสถียรภาพและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างยั่งยืน

รูปแบบการพยาบาลต่อเนื่อง (Panus Model)

4 Themes → Identified stressors/care needs → Neuman concepts → PANUS components
ผู้วิจัยสังเคราะห์ข้อมูลเป็น Panus Model บนพื้นฐานทฤษฎีระบบของ Betty Neuman ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ เชื่อมโยงเป็นวงจร

การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) → Partnership + Assessment ความร่วมมือ + การประเมิน เน้นที่การค้นหาความเสี่ยง (Risk identification), การให้ความรู้/สุศึกษา (Education) และการป้องกัน (Prevention)

การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) → Assessment + Network + Support การประเมิน + เครือข่าย + การสนับสนุน เน้นที่การตรวจพบความผิดปกติแต่เนิ่น ๆ (Early recognition),

การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) → Network + Utilization + Support เน้นที่การดูแลต่อเนื่อง (Continuing care), การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Recurrence prevention)

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์นำมาสู่การพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ต่อเนื่อง Panut Model

1. **P – Partnership (หุ้นส่วนการดูแล):** เปลี่ยนบทบาทญาติเป็นหุ้นส่วนการดูแลผ่านการฝึกทักษะจริง สร้างความมั่นใจ และปรับทัศนคติทีมสหวิชาชีพ จากผู้รับบริการสู่ Empowered Partner
2. **A – Assessment (ประเมินครบวงจร):** ประเมินความเสี่ยงครบทั้ง Braden Scale ปัจจัยสังคมเศรษฐกิจ สภาพบ้าน สมรรถนะผู้ดูแล และระดับความปวด เพื่อวางแผนการดูแลรายบุคคล
3. **N – Network (เครือข่ายดูแลต่อเนื่อง):** สร้างเครือข่ายไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. อสม. และชุมชน ด้วยระบบข้อมูลเชื่อมโยง ช่องทางปรึกษาออนไลน์ และบทบาทชัดเจนของแต่ละหน่วยบริการ
4. **U – Utilization (ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า):** ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าผ่านกองทุนยืมอุปกรณ์ระดับตำบล นวัตกรรมท้องถิ่น (เช่น ที่นอนยางพารา) และการระดมทุนภาคีเครือข่าย ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงอุปกรณ์
5. **S – Support (สนับสนุนองค์รวม):** ระบบสนับสนุนทั้งเทคนิค อารมณ์ จิตใจ และทรัพยากร มีทีมเฉพาะกิจ (Turn Team) ช่องทางการติดตามหลากหลายรูปแบบ และระบบให้คำปรึกษา 24 ชั่วโมง

โมเดลนี้ถูกออกแบบให้เริ่มในระดับเล็ก ขยายผลตามความพร้อม และปรับใช้กับบริบทที่แตกต่าง โดยเน้นความยั่งยืนผ่านการพัฒนาศักยภาพชุมชนและการบูรณาการเทคโนโลยีกับการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงไม่สามารถแก้ไขด้วยมาตรการทางเทคนิคเพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยระบบการดูแลที่ต่อเนื่อง เสริมพลังผู้ดูแล และเชื่อมโยงทรัพยากรระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นความจำเป็นในการเปลี่ยนมุมมองจากผู้ดูแลเป็น “หุ้นส่วนการดูแล” ที่มีศักยภาพ และพัฒนาระบบสนับสนุนที่ยืดหยุ่นตามบริบทพื้นที่ Panus Model ตอบสนองต่อช่องว่างเชิงระบบที่พบ

ข้อเสนอแนะ

1. **ระดับการปฏิบัติ:** เริ่มโครงการนำร่อง Turn Team ในหอผู้ป่วยวิกฤต พัฒนาโปรแกรมฝึกทักษะผู้ดูแลก่อนจำหน่ายอย่างเป็นระบบ ใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลที่มีอยู่ (LINE Official, หมอพร้อม) สำหรับการติดตามภาพแผลและให้คำปรึกษา พัฒนาศักยภาพ อสม. ในการเฝ้าระวังและจัดเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง สร้างกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล (Support Group) ในชุมชนเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และลดความโดดเดี่ยว

2. **สำหรับการศึกษาวิจัยต่อเนื่อง** การศึกษาประสิทธิผลของ Panus Model ในการลดอุบัติการณ์แผลกดทับและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นขั้นตอนต่อไปที่จำเป็นเพื่อยืนยันประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น การศึกษาควรเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) ที่เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตาม Panus Model กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามวิธีมาตรฐาน การวัดผลลัพธ์ควรครอบคลุมทั้งตัวชี้วัดทางคลินิก เช่น อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ ระยะเวลาการหายของแผล และการเกิดภาวะแทรกซ้อน และตัวชี้วัดทางสังคมและจิตใจ เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ความมั่นใจของผู้ดูแล และความพึงพอใจต่อการบริการ

References

- Boonmewiset, W., Sukbua, J., Boonmasri, P., & Nuntana, R. (2022). Development of nursing practice guidelines for pressure injury prevention in the Intensive Care Unit, Loei Hospital. *Chaiyaphum Medical Journal*, 42(2), 118-130.
- Boonta, N. (2025). Development of nursing innovations to prevent pressure ulcers in critically ill infants. *Phetchabun Medical Journal*, 5(2), 35-48.
- Chen, Y., Cai, T., Le, P., Zhang, L., Chen, Y., Wu, L., Chen, K., Yuan, C., & Lu, Y. (2025). Family caregivers' perceptions and challenges in the care of pressure injuries in daily life: A qualitative study. *BMC geriatrics*, 25(1), 490. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-06114-1>.
- Chiaprasert, S., Dumsangawad, N., Yok-in, J., Junwin, B. (2020). Pressure sore prevention of person with cerebrovascular disease at home: The caregiver development in Thailand 4.0 era. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 28(1), 108-115.
- Han, C., Yang, F., & Liu, L. (2024). Effectiveness of continuous care interventions in elderly patients with high-risk pressure ulcers. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 30(3), 118-123.
- Jafari, M., Nassehi, A., Rafiei, H., Taqavi, S., Karimi, Y., Ilaghinezhad Bardsiri, T., & Arboledas Bellón, J. (2021). Pressure injury prevention knowledge among family caregivers of patients needing home care. *Home Healthcare Now*, 39(4), 203-210.
- Jakucs, C. (2025). *Wound assessment: Understanding and using the TIMERS tool*. Retrieved from <https://blog.wcei.net/timers-wound-care-strategies-wound-bed->

- Jiamthanopchai, R., & Saenwiangchan, S. (2018). Nursing practice guidelines for the prevention of pressure ulcers. *Thai Journal of Nursing*, 67(4), 53-61. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJN/article/view/204018>.
- Juntakam, S., Chaiprom, B., Phosom, W., Taiwong, A., & Phuakphan, W. (2023). Develop an innovative Safety Wheel: which rotates to recognize for enhancing nursing implementation in preventing pressure sores in patients infected with the novel coronavirus disease 2019 Cohort ward, Maha sarakham hospital. *Mahasarakham Hospital Journal*, 20(2), 138-148.
- Juntaramano, S., Nithi-Uthai, B., & Pipattanawong, W. (2025). Development of latex pressure-redistribution mattresses. *Nursing Journal CMU*, 52(4), 334-342.
- Kittipovanon, S., & Prachakul, R. (2022). A model for palliative care through case management. *Journal of Environmental Education, Medicine and Health*, 7(4), 64-74.
- Lei, H., Zhong, K., Chen, Z., Li, P., Chen, J., Li, H., Cheng, B., & Zhou, J. (2026). Global burden of pressure ulcer and contributing factors from 1990 to 2021: A systematic analysis with forecasts to 2035. *Advances in Wound Care*, 15(6), 370-380. <https://doi.org/10.1089/wound.2025.0021>.
- Mamom, J., & Daovisan, H. (2022). Caregiver burden in bedridden elderly care: A comprehensive systematic review. *International Journal of Nursing Sciences*, 9(3), 390-400. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.06.002>
- Osaele, O. E. (2024). *Pressure ulcer prevention among elderly bedridden patient*. Novia University of Applied Sciences.
- Sithichak, P. (2024). API services for classifying pressure ulcer risk levels in bedridden patients. *Journal of Innovative Technology Research*, 8(2), 35-48.
- Somsukjeerawat, P. (2021). *Effects of discharge planning and continuous care for sub-acute stroke patients* [Master's thesis, Chulalongkorn University].
- Development of a 6-stage pressure injury simulation model innovation. *Journal of the Association of Nursing and Health Innovation*, 1(1), e4151.
- Vos-Draper, T., Vinoski Thomas, E., Graybill, E., Morrow, M., Jordan, K. A., Manley, P. R., & Sonenblum, S. E. (2025). Stakeholder Perspectives on mHealth Technologies to Prevent Sitting-Acquired Pressure Injuries in Long-Term Care Facilities: Mixed Methods Study. *JMIR formative research*, 9, e59590. <https://doi.org/10.2196/59590>.

Factors Associated With Breastfeeding Behavior Among Migrant Postpartum Mothers In Chonburi Province

Nongnapat Sornhirun, M.N.S.^{1*}, Siriwan Sangin, Dr.², Chintana Wacharasin, Dr.³

Abstract

This correlational study aimed to examine the level of breastfeeding behavior among migrant postpartum mothers and the factors associated with breastfeeding behavior in Chonburi Province. The sample consisted of 125 migrant postpartum mothers selected through convenience sampling. Data were collected between December 2024 and May 2025. Data were collected using 7 structured questionnaires: 1) A Personal and obstetric information, 2) the breastfeeding Behavior Assessment form, 3) The Infant Feeding Intentions Questionnaire, 4) the Iowa Infant Feeding Attitude Scale, 5) the Group reference norm for breastfeeding, 6) the Breastfeeding Attrition Prediction Tool, and 7) the Breastfeeding Support from Nurses. The (Cronbach's alpha) of the instruments were 0.71, 0.85, 0.74, 0.72, 0.75, and 0.87, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and the point-biserial correlation coefficient

The findings showed that breastfeeding behavior was at good level. Breastfeeding behavior was significantly positively correlated with perceived breastfeeding control ($r = .263, p = .003$), breastfeeding support ($r = .220, p = .015$), breastfeeding experience ($r = .219, p = .015$), breastfeeding subjective norm ($r = .203, p = .025$), and breastfeeding intention ($r = .197, p = .029$). However, no significant relationship was found between breastfeeding attitude and breastfeeding behavior ($r = .072, p = .429$).

Findings suggested that enhancing perceived control, providing adequate support, and reinforcing positive social norms and intentions may improve breastfeeding behavior among migrant mothers. Culturally sensitive counseling and care are recommended to promote successful breastfeeding practices.

Key words: Breastfeeding behaviors, Postpartum mothers, Migrant, Factors associated

¹ Student Master Degree of Nursing Science, Midwifery (International program), Burapha University

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

³ Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

* Corresponding author e-mail: nongnapat.soch@gmail.com

Introduction

Exclusive breastfeeding (EBF) is essentials for infant and maternal health, providing optimal nutrition, immunity, cognitive development, and reducing maternal risk of chronic diseases such as breast cancer and cardiovascular disorders. At the societal level, EBF lowers healthcare expenses and improves population health outcomes (Modugno et al., 2019; WHO, 2021). Despite these benefits, global EBF rates remain low at 44% (UNICEF, 2023), and in Southeast Asia, rates are also low 38.2% in Myanmar, 39% in Cambodia and 44.9% in Laos to only 14% in Thailand (UNICEF, 2022). Migrant mothers in industrial provinces like Chonburi face other challenges, including limited maternity leave, poor status, language barriers, and traditional practices such as prelacteal feeding, which leading to reduce EBF rates.

Multiple factors influence successful EBF, including sociodemographic characteristics, cultural and migration-related factors, maternal experience, psychological factors, and social support from family, partners, and healthcare providers. Psychological determinants attitudes, subjective norms, and perceived behavioral control are core to the Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991), the foundation of maternal intention, the strongest predictor of breastfeeding behavior (Al Hourri et al., 2022; Huang et al., 2023). Support from healthcare professionals enhances confidence and promote breastfeeding, while prior breastfeeding experience improves skill and persistence (Arif & Gaafar, 2022).

Although these factors are well-documented internationally, research specifically examining breastfeeding behavior among postpartum migrant mothers in Thailand is limited. Most Thai studies focus on nationals, and migrant-focused research is insufficient or outdated. Addressing this gap is essential to inform culturally sensitive nursing interventions that promote successful EBF and improve maternal-child health outcomes in this vulnerable population.

Objectives

1. To explore the level of breastfeeding behavior among migrant postpartum mothers in Chonburi province.
2. To explore the factors associated with breastfeeding behavior among migrant postpartum mothers in Chonburi province including breastfeeding intention, breastfeeding attitude, breastfeeding subjective norm, perceived breastfeeding control, breastfeeding support, and breastfeeding experiences.

Conceptual Framework

The theoretical foundation for this study was the theory of planned behavior from Ajzen's (1991) which posits that behavior is shaped by intention through attitudes, subjective norms, and perceived behavioral control. Positive attitudes toward breastfeeding, supportive social norms, and high confidence enhance breastfeeding initiation and continuation (Wen et al., 2021; Zhang et al., 2021). In addition to TPB, breastfeeding support from healthcare providers and mothers' previous

experiences further strengthen exclusive breastfeeding practices (Nuampa et al., 2023). The conceptual framework in this study is shown in Figure 1.

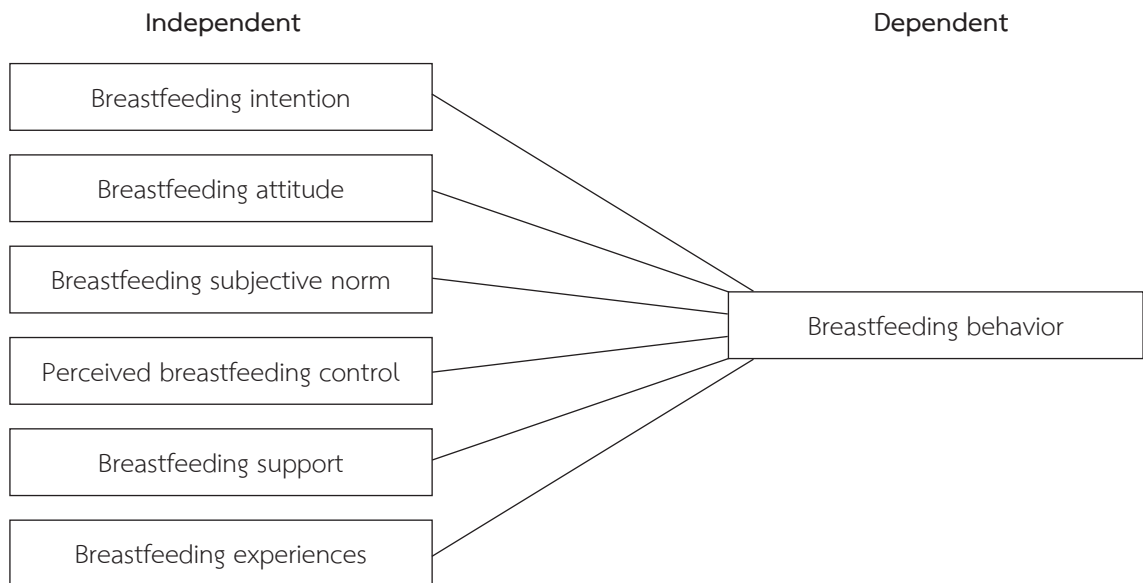


Figure 1 conceptual framework

Methods

Correlational research was used to address this study. Data were Chonburi hospital, Laem Chabang Hospital and Pattaya Bhattamakun Hospital at postpartum wards from December 2024 to May 2025

The study samples were migrant postpartum mothers from Myanmar, Cambodia, and Laos who admitted in Chonburi Hospital, Laem Chabang Hospital, and Pattaya Bhattamakun Hospital at postpartum wards. The inclusion criteria as follows (1) 24-48 hours postpartum mothers (2) age 18 years or older, (3) mother and infant has no complications, such as severe postpartum hemorrhage, preterm birth, HIV, etc., (4) mothers were able to breastfeed (5) mother and infant were living together in the same house and (6) mother was able to understand and communicate Thai language. Mothers who have psychological problems, such as depression, would exclude from the study.

Determine the sample by using Pearson's correlation by set power analysis from G*power by 3.1.9.4. The total sample is 125.

Seven research instrument includes

- 1) Personal and obstetric information consists of 15 questions, consisted of 15 questions covering demographics, obstetric history, and breastfeeding experience.
- 2) Breastfeeding behavior assessment form (Lertsakornsiri et al, 2018)
- 3) The breastfeeding intentions questionnaire (Nommsen-Rivers et al., 2009) on the ideas of Ajzen (1991) translated by wannasen et al., (2022)

4) The breastfeeding attitude questionnaire by De La Mora et al., (1999) translated by Lertsakornsiri et al., (2018)

5) The breastfeeding subjective norm questionnaire. Based on the idea of planned behavior theory, translated into Thai by wannasen et al, (2022)

6) The perceived breastfeeding control questionnaire. Developed by Janke's (1994) Breastfeeding Attrition Prediction Tool (BAPT) translated into Thai by Wannasen, (2022).

7) Breastfeeding support questionnaire (Chisuwan et al., 2012).

The instruments were piloted with 30 migrant postpartum mothers who met inclusion criteria and tested for reliability using Cronbach's alpha. The results were as follows: breastfeeding behavior assessment form = 0.71, breastfeeding intentions questionnaire = 0.85, breastfeeding attitude questionnaire = 0.74, breastfeeding subjective norm questionnaire = 0.72, perceived breastfeeding control questionnaire = 0.75, and breastfeeding support questionnaire = 0.87, indicating acceptable to high reliability. Breastfeeding experience was measured using direct questions about prior breastfeeding practice and duration; therefore, no reliability testing was required.

The data collection was conducted in the following sequences.

Following ethical approval from Burapha University and the participating hospitals, the researcher collaborated with head nurses in the postpartum wards to identify eligible migrant mothers based on the inclusion criteria. After explaining the study purpose in simple Thai and obtaining informed consent, seven questionnaires were administered, the researcher was read aloud to ensure participants' clear understanding.

Each session took approximately 20-30 minutes, during which participants were listens item by item. After completing the questionnaires, the researchers asked the mothers about any concerns or questions they had regarding breastfeeding difficulties or challenges and thanked participants for their contribution.

Data Analysis

Utilized in data analysis and result interpretation; statistical significance is at the 05 level. From SPSS Version 27 for Windows the descriptive statistics such as: range, mean, and standard deviation were used to describe continuous factors including breastfeeding behavior, breastfeeding intention, breastfeeding attitude, breastfeeding subjective norm, perceived breastfeeding control, breastfeeding support and breastfeeding experiences.

The Pearson correlation coefficient (r). and point biserial correlation (r_{pb}) was performed Ethical approval for this study was obtained from the Institutional Review Board (IRB) Committee of Burapha University on 20 September 2024 (Approval No. HS095/2567(C1)). Additional approval from Chonburi Provincial Public Health Office on September 27, 2024 (Approval No. CBO Rec 67-063). Ethical approval for Chonburi Hospital on November 29, 2024 (Approval No. 104/67/O/q).

Results

The participants were 122 migrant postpartum mothers aged 25-29 years ($M = 28.84$, $SD \pm 5.42$), mostly from Myanmar (34.4%) and Cambodia (33.6%), with a mean residence in Thailand of 7.59 years. Nearly all were married/partnered (96.7%). Education levels were primarily middle school (32%) and primary school (29.5%). The mean monthly income was 20,204.92 THB (range 6,000-50,000), and most worked in factories or general labor (86.1%). The majority were multigravida (72.1%) and multiparous (70.5%). The mean gestational age at first ANC visit was 13.57 weeks. All had vaginal deliveries, with infants' mean birth weight of 3,122.95 g. About 68.3% had prior breastfeeding experience ($M = 9.90$ months), with intended breastfeeding duration averaging 8.58 months. Husbands (65.6%) and mothers (25.4%) were the main breastfeeding decision-makers.

The participants' breastfeeding behavior scores with a mean of 50.65 ($SD \pm 6.16$), participants 69.7% implying generally good level of breastfeeding behaviors as shown in Table 1.

In terms of the factors associated with breastfeeding behavior among migrant postpartum mothers. The results revealed that five factors significantly associated with breastfeeding behavior among migrant postpartum mothers included perceived breastfeeding control ($r = .263$, $p = .003$), breastfeeding support ($r = .220$, $p = .015$), breastfeeding experience ($r = .219$, $p = .015$), breastfeeding subjective norm ($r = .203$, $p = .025$) and breastfeeding intention ($r = .197$, $p = .029$). However, breastfeeding attitude ($r = .072$, $p = .429$) did not show statistically significant correlations with breastfeeding behavior as shown in Table 2.

Table 1 Number and percentage of the level of breastfeeding behavior (n = 122).

Level of Breastfeeding behavior	N	Percentage (%)
Good breastfeeding behavior	85	69.7
Moderate breastfeeding behavior	36	29.5
Low breastfeeding behavior	1	0.8

Table 2 Correlation matrix between independent and dependent variables (n = 122)

Variable	1	2	3	4	5	6	7
1 Breastfeeding intention	1.000						
2 Breastfeeding attitude	.405**	1.000					
3 Breastfeeding subjective norm	-.061	-.221*	1.000				
4 Perceived breastfeeding control	.323*	.352*	-.027	1.000			
5 Breastfeeding support	.197*	.223*	-.016	.216*	1.000		
6 Breastfeeding experiences	.033	-.085	-.082	.177	-.006	1.000	
7 Breastfeeding behavior	.197*	.072	.203*	.263**	.220*	.219*	1.000

Discussion

Breastfeeding behavior

The participants demonstrated a generally good level of breastfeeding behavior. This can be explained by cultural norms that emphasize the maternal role in child-rearing among migrant communities, where breastfeeding is often regarded as a natural and expected practice. In addition, most participants were living with their husbands and had prior maternal experience, both of which are known to reinforce confidence and skills in breastfeeding. Previous studies similarly reported that multiparity, family support, and cultural expectations contribute to improved breastfeeding performance (Tariquijaman et al., 2022). These findings highlight the combined influence of cultural predispositions and maternal resources in shaping behavior.

Factors associated with breastfeeding behavior

Five factors were significantly associated with breastfeeding behavior.

Perceived behavioral control emerged as the strongest association. Mothers who believed in their ability to successfully breastfeed were more persistent in overcoming challenges. This supports the Theory of Planned Behavior (TPB), which emphasizes control beliefs as a critical determinant of health-related actions (Ajzen, 1991; Wen et al., 2021; Sayed & Bugis, 2023).

Breastfeeding support was also significant. Guidance, encouragement, and follow-up from nurses help mothers manage difficulties such as latching problems or concerns about milk supply. This finding aligns with evidence that professional support sustains exclusive breastfeeding and reduces early cessation (Nuampa et al., 2023).

Breastfeeding experience contributed positively. Mothers with prior experience were better equipped with knowledge and confidence, enabling them to cope with practical challenges. Experiential learning has been shown to reinforce maternal competence and improve breastfeeding duration (Sangin et al., 2022).

Subjective norms showed a positive association. The influence of husbands, family members, and healthcare providers reinforced breastfeeding practices. This finding is consistent with TPB, which identifies normative pressure as an important motivator for health behaviors (Chansiri et al., 2022).

Breastfeeding intention was also significant, suggesting that strong motivation and willingness can translate into actual practice. This reinforces TPB's proposition that intention is the most proximal determinant of behavior (Ajzen, 1991; Wen et al., 2021).

Interestingly, attitude toward breastfeeding was not significantly associated with behavior. This indicates that although mothers may hold favorable views of breastfeeding, attitudes alone do not guarantee practice. Structural and social constraints, such as work demands, limited resources, and cultural practices, may outweigh personal beliefs. This is consistent with studies showing that external support and enabling environments are more influential than attitudes in sustaining breastfeeding (Klomyong et al, 2024).

Nurses play a vital role in promoting breastfeeding among migrant mothers by addressing key factors such as perceived control, support, experience, norms, and intention. They can enhance

self-efficacy through training, provide continuous encouragement, tailor advice to prior experience, deliver culturally sensitive education, and reinforce intention. Strengthening these aspects helps sustain positive breastfeeding behavior. However, the limitation of this study as relied on a questionnaire originally validated in Thai populations, which may not fully capture migrant mothers' unique experiences. In addition, the use of convenience sampling may limit the generalizability of the results, and some expected variables, such as breastfeeding attitude, were not significantly correlated with behavior, suggesting that other unmeasured factors may also influence outcomes.

Future quantitative studies should apply predictive models to identify key factors influencing breastfeeding behavior among migrant mothers. Developing and testing intervention programs, while examining cultural and related factors, is also recommended. Increasing the sample size and including mothers from different nationalities would improve both the applicability and relevance of the findings.

References

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Chisuwan, C., Prasopkittikun, T., Sangperm, P., & Payakkaraung, S. (2012). Predictive power of support from husbands, grandmothers, and nurses on duration of exclusive breastfeeding. *Nursing Science Journal of Thailand*, 30(1), 70-80.
- Chansiri, S., Phahuwatanakorn, W., & Yusamran, C. (2018). Influences of breastfeeding attitude, subjective norm, and self-efficacy on intention to exclusive breastfeeding among teenage pregnant women. *Nursing Science Journal of Thailand*, 35(4), 49-60. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/116181>
- Gu, Y., Xiang, Y., Chen, X., Wang, L., Shan, C., & Ji, M. (2025). Evaluating and predicting exclusive breastfeeding behavior based on an energy vitality model during women's lactation: A longitudinal study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1), 768. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07851-2>
- Lertsakornsiri & Saibae, (2018). The relationship between self-efficacy, self-esteem, attitude toward breastfeeding and breastfeeding behaviors in the first-time teenage postpartum mothers. *Journal of Nursing and Education*. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/article/view/152482>
- Mora, A. D. L., Russell, D. W., Dungy, C. I., Losch, M., & Dusdieker, L. (1999). The Iowa infant feeding attitude scale: Analysis of reliability and validity 1. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(11), 2362-2380.
- Klomyong, S., Sripum, J., Karabutr, T., & Kulanuwat, A. (2024). A comparative study of pregnancy outcomes between pregnant teenagers and adults at Uthai Thani Hospital. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 34(2), 149-159. retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/270895>

- Nuampa, S., Kuesakul, K., Prasong, S., & Sudphet, M. (2023). Social support for breastfeeding practice during the COVID-19 second wave in Thailand: A cross-sectional study. *Journal of Human Lactation*, 39(2), 206-216.
- Sangin, S., Chuenarrom, N., & Cheidchim, R. (2022). Factors predicting six-month exclusive breastfeeding in eastern region of thailand. *Nursing Science Journal of Thailand*, 38(3), 22-34. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/241138>
- Sayed, S. H., & Bugis, B. A. (2023). Predicting perceived exclusive breastfeeding behavior among higher education female students in Saudi Arabia: Application of the theory of planned behavior using structural equation modeling. *African journal of reproductive health*, 27(5), 58-71. <https://doi.org/10.29063/ajrh2023/v27i5.6>
- Tariqujjaman, M., Hasan, M. M., Mahfuz, M., Hossain, M., & Ahmed, T. (2022). Association between mother's education and infant and young child feeding practices in South Asia. *Nutrients*, 14(7), 1514. <https://doi.org/10.3390/nu14071514>
- Wannasen, S., Sangin, S. & Suppasri, P. (2022). Factors predicting intention to exclusive breastfeeding among mothers with elective cesarean section at a private hospital, bangkok metropolis. *Nursing Science Journal of Thailand*, 41(1), 12-26. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/255871>
- Wen, J., Yu, G., Kong, Y., Wei, H., Zhao, S., & Liu, F. (2021). Effects of a theory of planned behavior-based intervention on breastfeeding behaviors after cesarean section: A randomized controlled trial. *International journal of nursing sciences*, 8(2), 152-160. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.03.012>
- World Health Organization. (2021). Infant and young child feeding. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- Zhang, Y., Qian, X., & Xiao, Y. (2021). Social support, subjective norms, and exclusive breastfeeding in Chinese mothers of preterm infants: A longitudinal study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, Article 89.

การศึกษาสมรรถนะผู้จัดการพยาบาลโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี

กันยารัตน์ ม้าวิไล, พย.ม.^{1*} จิรภา แก้วใหญ่, พย.ม.² อรณิต สุวินทรกร, พย.ม.²
วิริยา ศิลา, พย.ม.³ สุรเชษฐ์ กุคำใส, พย.ม.³ นกัศวริน พูลสวัสดิ์, พย.บ.³

บทคัดย่อ

ผู้จัดการพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการบริหารบุคลากร กำกับคุณภาพ และขับเคลื่อนการบริการพยาบาล ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ การศึกษาสมรรถนะจึงเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนพัฒนา ผู้จัดการพยาบาลให้เหมาะสมกับบทบาทและบริบทขององค์กร การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะโดยรวมและรายด้านของผู้จัดการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราชจังหวัดสุพรรณบุรี ประชากรคือผู้จัดการพยาบาล ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วยและหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล จำนวน 41 คน ศึกษาประชากร ทั้งหมด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินสมรรถนะผู้จัดการพยาบาล ของสภาการพยาบาล พ.ศ. 2568 จำนวน 26 ข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1.00 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งหมดเท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน และร้อยละ

ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะผู้จัดการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 3.24$, $SD = 0.52$) เมื่อพิจารณา รายด้านพบว่า ด้านการพัฒนาด้านตนเองมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.46$, $SD = 0.57$) รองลงมาคือ ด้านการปรับปรุงคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง ($\bar{X} = 3.29$, $SD = 0.57$) และด้านความเป็นผู้นำในการจัดการ ($\bar{X} = 3.28$, $SD = 0.60$) ตามลำดับ ในขณะที่ ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้นวัตกรรม ($\bar{X} = 3.14$, $SD = 0.55$) และด้านเทคโนโลยีดิจิทัลและความรอบรู้ด้าน สุขภาพ ($\bar{X} = 3.12$, $SD = 0.60$) มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนา สมรรถนะผู้จัดการพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทขององค์กร

คำสำคัญ: สมรรถนะผู้จัดการพยาบาล การบริหารการพยาบาล ผู้จัดการพยาบาล

¹ พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี

* ผู้เขียนหลัก e-mail: anfield.wia@gmail.com

A Study of Nursing Manager Competencies at Chao Phraya Yommarat Hospital, Suphan Buri Province

Gunyarat Mawilai, M.S.N.^{1*}, Jirapa Khawyai, M.S.N.², Oranit Suwintharakorn, M.N.S.²,
Wiriya Sila, M.N.S.³, Surachet Kukumsai, M.PH.³, Napatwarin Phoonsawat, B.N.S.³

Abstract

Nurse managers play an important role in workforce management, quality oversight, and advancing nursing services in response to changes in healthcare systems. Assessing their competencies provides essential information for planning competency development appropriate to their roles and organizational context. This descriptive cross-sectional study aimed to examine the overall and domain-specific competency levels of nurse managers at Chao Phraya Yommarat Hospital, Suphan Buri Province. The study included the total population of 41 nurse managers, comprising head nurses and nursing group supervisors. The research instruments consisted of a personal data questionnaire and the 26-item Nurse Manager Competency Assessment developed by the Nursing Council of Thailand in 2025. The instrument demonstrated an Index of Item-Objective Congruence of 1.00 and an overall Cronbach's alpha coefficient of 0.95. Data were analyzed using descriptive statistics, including mean, standard deviation, frequency, and percentage.

The results showed that the overall nurse manager competency was at a very high level ($\bar{x} = 3.24$, $SD = 0.52$). Among the nine competency domains, self-development had the highest mean score ($\bar{x} = 3.46$, $SD = 0.57$), followed by continuous quality improvement ($\bar{x} = 3.29$, $SD = 0.57$) and managerial leadership ($\bar{x} = 3.28$, $SD = 0.60$), respectively. In contrast, innovative nursing practice ($\bar{x} = 3.14$, $SD = 0.55$) and digital health technology and health literacy ($\bar{x} = 3.12$, $SD = 0.60$) had the lowest mean scores. These findings provide baseline information for planning nurse manager competency development appropriate to the organizational context.

Key words: Nurse Manager Competency, Nursing Administration, Nurse Manager

¹ Registered Nurse, Expert Level, Chaophrayayommarat Hospital, Suphanburi

² Registered Nurse, Senior Professional Level, Chaophrayayommarat Hospital, Suphanburi

³ Registered Nurse, Professional Level, Chaophrayayommarat Hospital, Suphanburi

* Corresponding author e-mail: anfield.wia@gmail.com

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและซับซ้อน ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า และความคาดหวังของผู้รับบริการที่เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้หน่วยบริการสุขภาพจำเป็นต้องพัฒนาระบบการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ ควบคู่กับการรักษามาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเฉพาะระบบบริการพยาบาลซึ่งเป็นกลไกหลักในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม ผู้จัดการพยาบาลในฐานะผู้บริหารระดับต้นและระดับกลางมีบทบาทสำคัญในการบริหารทรัพยากรบุคคล การกำกับคุณภาพบริการ และการขับเคลื่อนองค์กรให้บรรลุเป้าหมายด้านคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย สมรรถนะของผู้จัดการพยาบาลจึงมีความเกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการบริหารจัดการและคุณภาพบริการพยาบาล โดยองค์กรวิชาชีพพยาบาลระดับชาติในสหรัฐอเมริกา (American Organization for Nursing Leadership: AONL, 2021) ได้กำหนดกรอบสมรรถนะผู้นำพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านภาวะผู้นำ การสื่อสาร การบริหารทรัพยากร และความรู้ระบบสุขภาพ ซึ่งสะท้อนถึงบทบาทที่ซับซ้อนและจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

สมรรถนะของผู้บริหารการพยาบาล หมายถึง พฤติกรรมของผู้จัดการพยาบาล หรือผู้อำนวยการพยาบาล ที่แสดงออกถึงการเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ เจตคติ และคุณลักษณะอื่นๆ ในการบริหารการพยาบาล ตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้หน่วยงาน/องค์กรบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งสภาการพยาบาลได้จำแนกสมรรถนะผู้บริหารการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ตามมาตรฐานสากลเป็น 2 ระดับหลัก คือ ผู้จัดการพยาบาล (Nurse manager) และผู้อำนวยการพยาบาล (Chief Nurse Executive) โดยแต่ละระดับมีขอบเขตความรับผิดชอบและสมรรถนะที่แตกต่างกัน (Nursing Council of Thailand, 2025) สำหรับผู้จัดการพยาบาล (Nurse manager) หมายถึง ผู้ที่ได้รับแต่งตั้งจากผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาล ในการกำกับและบริหารงานในสาขาการพยาบาล มีเสาหลักสำคัญ 3 ประการ คือ การดูแลผู้ป่วย (Patient Care Management) การบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Management) และการบริหารคุณภาพ และความปลอดภัย (Quality and Safety Management) โดยดำรงตำแหน่งที่มีชื่อแตกต่างกันทั้งภาครัฐและเอกชน ได้แก่ หัวหน้าแผนก หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างานการพยาบาล หรือตำแหน่งอื่นที่เทียบเท่า การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาผู้จัดการพยาบาล ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วยและหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล เนื่องจากเป็นผู้บริหารที่มีบทบาทในการกำกับและบริหารงานพยาบาลในระดับหน่วยงาน และมีขอบเขตหน้าที่สอดคล้องกับนิยามผู้จัดการพยาบาลตามกรอบของสภาการพยาบาล พ.ศ. 2568 ทั้งนี้ กรอบดังกล่าวกำหนดสมรรถนะผู้จัดการพยาบาลครอบคลุม 9 ด้าน (Nursing Council of Thailand, 2025)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สมรรถนะของผู้จัดการพยาบาลเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการและประสิทธิภาพขององค์กรสุขภาพ โดยการศึกษาของ González-García et al. (2021) รายงานว่าสมรรถนะหลักของผู้จัดการพยาบาลในศตวรรษที่ 21 ได้แก่ ภาวะผู้นำ การบริหารทรัพยากรมนุษย์ การจัดการคุณภาพและความปลอดภัย การคิดเชิงกลยุทธ์ และความรู้ด้านเทคโนโลยี ขณะที่ Pérez-Gonzalez et al. (2024) สะท้อนความสำคัญของสมรรถนะด้านภาวะผู้นำของผู้จัดการพยาบาลต่อการบริหารทีม การสื่อสาร และการส่งเสริมวัฒนธรรมหลักฐานดังกล่าวแสดงให้เห็นว่างานที่ผ่านมาให้ความสำคัญกับสมรรถนะด้านการบริหาร ภาวะผู้นำ คุณภาพ และการใช้เทคโนโลยี อย่างไรก็ตาม กรอบแนวคิดและองค์ประกอบสมรรถนะที่ใช้ในการศึกษาแตกต่างกันตามบริบทและช่วงเวลาของการศึกษา จึงยังไม่ครอบคลุมองค์ประกอบสมรรถนะของผู้จัดการพยาบาลตามกรอบที่สภาการพยาบาลกำหนดขึ้นใน พ.ศ. 2568

ในบริบทของประเทศไทย การพัฒนาสมรรถนะผู้บริหารการพยาบาลได้รับการส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง โดยสภาการพยาบาลได้กำหนดกรอบสมรรถนะผู้บริหารการพยาบาล พ.ศ. 2568 สำหรับผู้จัดการพยาบาลครอบคลุมสมรรถนะ 9 ด้าน ซึ่งสะท้อนบทบาทการบริหารการพยาบาลในบริบทระบบสุขภาพปัจจุบัน รวมถึงการปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้นวัตกรรม เทคโนโลยีดิจิทัลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ การวางแผนกำลังคน และการจัดการทรัพยากร (Nursing

Council of Thailand, 2025) ทั้งนี้ การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย เช่น การศึกษาของนิรภัย กันอินทร์ และคณะ (Kanin et al., 2024) พบว่าสมรรถนะผู้บริหารการพยาบาลอยู่ในระดับสูง โดยมีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ภาวะผู้นำ การจัดการคุณภาพ และการสื่อสาร ขณะที่ กฤษณา กลิ่นสมิทธิ์ (Krinsmith, 2017) รายงานว่าสมรรถนะด้านการบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพเป็นสมรรถนะที่มีความจำเป็นสูงสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าว ดำเนินการก่อนการเผยแพร่กรอบสมรรถนะผู้บริหารการพยาบาลของสภาการพยาบาล พ.ศ. 2568 และใช้กรอบหรือองค์ประกอบสมรรถนะที่แตกต่างกัน จึงยังขาดหลักฐานที่สะท้อนระดับสมรรถนะของผู้จัดการพยาบาลโดยรวมและรายด้านตามกรอบสมรรถนะ พ.ศ. 2568 โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ ขนาด 738 เตียง มีบทบาทในการให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนและสนับสนุนเครือข่ายบริการสุขภาพในจังหวัดสุพรรณบุรี โดยมีทิศทางการพัฒนาองค์กรที่ให้ความสำคัญกับคุณภาพบริการ เทคโนโลยีสารสนเทศ และนวัตกรรม ผู้จัดการพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการบริหารกำลังคนและทรัพยากร การกำกับคุณภาพและความปลอดภัย การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ ตลอดจนการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมในการจัดบริการพยาบาล อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สะท้อนระดับสมรรถนะโดยรวมและรายด้านของผู้จัดการพยาบาลตามกรอบสมรรถนะผู้บริหารการพยาบาลของสภาการพยาบาล พ.ศ. 2568 จึงยังขาดข้อมูลพื้นฐานที่เป็นปัจจุบันสำหรับใช้กำหนดประเด็นและวางแผนพัฒนาสมรรถนะผู้จัดการพยาบาลให้สอดคล้องกับบทบาทและทิศทางการพัฒนาขององค์กร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะโดยรวมและรายด้านของผู้จัดการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบสมรรถนะผู้จัดการพยาบาลของสภาการพยาบาล พ.ศ. 2568 (Nursing Council of Thailand, 2025) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้จัดการพยาบาล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์ในการดำรงตำแหน่งผู้บริหาร และการได้รับการอบรมด้านการบริหาร เพื่ออธิบายลักษณะของประชากรที่ศึกษา และศึกษาสมรรถนะผู้จัดการพยาบาลซึ่งเป็นตัวแปรหลัก ประกอบด้วยสมรรถนะ 9 ด้าน ได้แก่ 1) ความเป็นผู้นำในการจัดการ 2) การสร้างกลยุทธ์ที่มีความสอดคล้องในองค์กร 3) การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 4) การพยาบาลที่แม่นยำและมีความเชี่ยวชาญ 5) การปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้นวัตกรรม 6) การจัดการวางแผนกำลังคน 7) การจัดการทรัพยากร 8) เทคโนโลยีดิจิทัลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ 9) การพัฒนาตนเอง โดยประเมินระดับสมรรถนะทั้งโดยรวมและรายด้านของผู้จัดการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (descriptive cross-sectional study) เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะโดยรวมและรายด้านของผู้จัดการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้จัดการพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ซึ่งมีบทบาทในการบริหารจัดการงานพยาบาลในระดับหน่วยงาน จำนวนทั้งหมด 41 คน การศึกษานี้ศึกษาประชากรทั้งหมดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (total population/census) จึงไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ

1. เป็นผู้จัดการพยาบาล ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย หรือหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี
2. ปฏิบัติงานในตำแหน่งดังกล่าวมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป
3. สนใจเข้าร่วมการวิจัย และลงนามในแบบแสดงความยินยอม

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ อยู่ระหว่างลาศึกษาต่อ ลาคลอด ลาป่วยระยะยาว หรือลาประเภทอื่นตลอดช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล จนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์ในตำแหน่งผู้จัดการพยาบาล และประสบการณ์การอบรมด้านการบริหาร

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะผู้จัดการพยาบาลของสภาการพยาบาล พ.ศ. 2568 จำนวน 26 ข้อ ครอบคลุมสมรรถนะ 9 ด้าน ได้แก่ 1) ความเป็นผู้นำในการจัดการ จำนวน 5 ข้อ 2) การสร้างกลยุทธ์ที่มีความสอดคล้องในองค์กร จำนวน 2 ข้อ 3) การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จำนวน 2 ข้อ 4) การพยาบาลที่แม่นยำและมีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ข้อ 5) การปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้นวัตกรรม จำนวน 4 ข้อ 6) การจัดการวางแผนกำลังคน จำนวน 4 ข้อ 7) การจัดการทรัพยากร จำนวน 2 ข้อ 8) เทคโนโลยีดิจิทัลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 2 ข้อ และ 9) การพัฒนาตนเอง จำนวน 2 ข้อ โดยเป็นแบบประเมินมาตราส่วน 5 ระดับ ให้คะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนตามแบบประเมินของสภาการพยาบาลกำหนดให้ ระดับ 4 หมายถึง มีสมรรถนะสูงมาก ระดับ 3 หมายถึง มีสมรรถนะสูง ระดับ 2 หมายถึง มีสมรรถนะปานกลาง ระดับ 1 หมายถึง มีสมรรถนะต่ำ และระดับ 0 หมายถึง มีสมรรถนะที่ยังจำกัด โดยคะแนนที่สูงขึ้นแสดงถึงระดับสมรรถนะที่สูงขึ้น

การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแปลผลโดยแบ่งช่วงคะแนนตามความกว้างของอันตรภาคชั้นจากคะแนนต่ำสุด 0 ถึงคะแนนสูงสุด 4 แบ่งเป็น 5 ระดับ มีความกว้างของแต่ละช่วงเท่ากับ $0.80 \times ((4-0)/5)$ ดังนั้นคะแนนเฉลี่ย 0.00-0.80 หมายถึง สมรรถนะระดับต่ำมาก 0.81-1.60 หมายถึง ระดับต่ำ 1.61-2.40 หมายถึง ระดับปานกลาง 2.41-3.20 หมายถึง ระดับสูง และ 3.21-4.00 หมายถึง ระดับสูงมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินสมรรถนะผู้จัดการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยสภาการพยาบาล พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยนำเครื่องมือต้นฉบับมาใช้โดยคงข้อคำถามและองค์ประกอบสมรรถนะตามต้นฉบับ และนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัยและความเหมาะสมในการนำไปใช้ในบริบทของการศึกษา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 1.00

จากนั้นนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้จัดการพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน และตรวจสอบความเชื่อมั่นด้านความสอดคล้องภายในด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า แบบประเมินทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 และเมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่าด้านความเป็นผู้นำในการจัดการ เท่ากับ 0.85 ด้านการสร้างกลยุทธ์ที่มีความสอดคล้องในองค์กร เท่ากับ 0.84 ด้านการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เท่ากับ 0.87 ด้านการพยาบาลที่แม่นยำและมีความเชี่ยวชาญ เท่ากับ 0.74 ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้นวัตกรรม เท่ากับ 0.73 ด้านการจัดการวางแผนกำลังคน เท่ากับ 0.81 ด้านการจัดการทรัพยากร เท่ากับ 0.78 ด้านเทคโนโลยีดิจิทัลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.80 และด้านการพัฒนาตนเอง เท่ากับ 0.89

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ. 2569 ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับอนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยดำเนินการดังนี้

1. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและตรวจสอบผู้จัดการพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย การรักษาความลับของข้อมูล สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน และให้ผู้สมัครใจลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้วิจัยร่วมจากกลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาลเป็นผู้แจกและรับคืนแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยไม่ระบุชื่อ และไม่นำผลการประเมินรายบุคคลไปใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงาน เพื่อลดแรงกดดันจากความสัมพันธ์เชิงบริหารและความโน้มเอียงในการตอบตามความคาดหวังของสังคม
4. ตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม โดยไม่นำแบบสอบถามที่มีข้อมูลไม่เพียงพอต่อการวิเคราะห์มาใช้ และนำข้อมูลที่ครบถ้วนจำนวน 41 ฉบับ ไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์ในตำแหน่งผู้จัดการพยาบาล และประสบการณ์การอบรมด้านการบริหาร วิเคราะห์ด้วย จำนวนและร้อยละ ส่วนอายุวิเคราะห์ด้วย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. คะแนนสมรรถนะผู้จัดการพยาบาลทั้งโดยรวมและรายด้าน วิเคราะห์ด้วย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลตามเกณฑ์ที่กำหนด

จริยธรรมวิจัย

การศึกษารั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรด้วยเอกสารรับรองโครงการวิจัยหมายเลข YM 041/2568 ลงวันที่ 26 ธันวาคม 2568 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ก่อนลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เพื่อป้องกันอิทธิพลจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจในองค์กร ผู้วิจัยร่วมจากกลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาลเป็นผู้แจกและรับคืนแบบสอบถาม โดยไม่นำผลการประเมินรายบุคคลไปใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงาน ข้อมูลถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวตน และนำเสนอผลในภาพรวม เอกสารและข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ได้รับการจัดเก็บอย่างปลอดภัย จำกัดการเข้าถึงเฉพาะคณะผู้วิจัย

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้จัดการพยาบาลโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จำนวน 41 คน พบว่ามีอายุระหว่าง 46-59 ปี อายุเฉลี่ย 53.00 ปี ($SD = 4.46$) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 68.29 เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย ร้อยละ 65.85 มีประสบการณ์ในการดำรงตำแหน่งผู้จัดการพยาบาล 1-5 ปี ร้อยละ 43.90 และเคยได้รับการอบรมด้านการบริหาร ร้อยละ 78.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้จัดการพยาบาลโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 41$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (Min = 46, Max = 59, $\bar{x} = 53.00$, $SD = 4.46$)		
45-49 ปี	14	34.15
50-54 ปี	9	21.95
55-59 ปี	18	43.90

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา		
ปริญญาตรี	28	68.29
ปริญญาโท	13	31.71
ตำแหน่ง		
หัวหน้าหอผู้ป่วย	27	65.85
หัวหน้ากลุ่มงาน	14	34.15
ประสบการณ์ในตำแหน่งผู้จัดการพยาบาล		
น้อยกว่า 1 ปี	13	31.71
1-5 ปี	18	43.90
6-10 ปี	1	2.44
มากกว่า 10 ปี	9	21.95
ประสบการณ์อบรมด้านการบริหาร		
เคย	32	78.05
ไม่เคย	9	21.95

ผลการวิเคราะห์ระดับสมรรถนะผู้จัดการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอรรษา พบว่า สมรรถนะโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 3.24$, $SD = 0.52$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการพัฒนาตนเองมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.46$, $SD = 0.57$) รองลงมาคือ ด้านการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ($\bar{X} = 3.29$, $SD = 0.57$) และด้านความเป็นผู้นำในการจัดการ ($\bar{X} = 3.28$, $SD = 0.60$) ส่วนด้านเทคโนโลยีดิจิทัลและความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = 3.12$, $SD = 0.60$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสมรรถนะผู้จัดการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอรรษา ($n = 41$)

สมรรถนะผู้จัดการพยาบาล	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ความเป็นผู้นำในการจัดการ	3.28	0.60	สูงมาก
2. การสร้างกลยุทธ์ที่มีความสอดคล้องในองค์กร	3.16	0.68	สูง
3. การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	3.29	0.57	สูงมาก
4. การพยาบาลที่แม่นยำและมีความเชี่ยวชาญ	3.23	0.55	สูงมาก
5. การปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้นวัตกรรม	3.14	0.55	สูง
6. การจัดการวางแผนกำลังคน	3.27	0.55	สูงมาก
7. การจัดการทรัพยากร	3.23	0.67	สูงมาก
8. เทคโนโลยีดิจิทัลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ	3.12	0.60	สูง
9. การพัฒนาตนเอง	3.46	0.57	สูงมาก
โดยรวม	3.24	0.52	สูงมาก

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะผู้จัดการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี โดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ทั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมด้านการบริหารร้อยละ 78.05 ซึ่งอาจช่วยเสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการพยาบาล ทั้งด้านการบริหารบุคลากร การประสานงาน การกำกับคุณภาพ และการบริหารจัดการหน่วยงาน นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมดเป็นผู้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหรือหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล มีบทบาทในการกำกับและบริหารงานพยาบาล จึงมีโอกาสใช้และพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารจากการปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่ได้ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการอบรม ประสบการณ์ หรือตำแหน่งกับระดับสมรรถนะ จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นสาเหตุที่ทำให้สมรรถนะอยู่ในระดับสูงมาก ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอธิบายได้จากบทบาทของผู้จัดการพยาบาลตามกรอบสมรรถนะของสภาการพยาบาล (Nursing Council of Thailand, 2025) ที่กำหนดบทบาทของผู้จัดการพยาบาลให้ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วย การบริหารทรัพยากรมนุษย์ และการบริหารคุณภาพและความปลอดภัย สะท้อนให้เห็นว่าการปฏิบัติบทบาทผู้จัดการพยาบาลต้องอาศัยสมรรถนะหลายด้าน จากการศึกษาของ González-García et al. (2021) กล่าวถึงองค์ประกอบของสมรรถนะผู้จัดการพยาบาล ได้แก่ ภาวะผู้นำ การบริหารจัดการ การสื่อสาร การบริหารทรัพยากรมนุษย์ การจัดการคุณภาพและความปลอดภัย และความรอบรู้ด้านเทคโนโลยี ขณะที่การศึกษาของ Perez-Gonzalez et al. (2024) กล่าวถึงภาวะผู้นำ การสื่อสาร การตัดสินใจเชิงจริยธรรม และการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง อย่างไรก็ตาม งานวิจัยดังกล่าวใช้กรอบแนวคิด องค์ประกอบของสมรรถนะ และบริบทที่แตกต่างจากการศึกษารุ่นนี้ จึงไม่ควรนำระดับคะแนนมาเปรียบเทียบกันโดยตรง ผลการศึกษารุ่นนี้จึงควรตีความในฐานะการรับรู้สมรรถนะของผู้จัดการพยาบาลตามกรอบของสภาการพยาบาล พ.ศ. 2568 ไม่ใช่การประเมินประสิทธิผลของการบริหารหรือผลการปฏิบัติงานโดยตรง

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการพัฒนาตนเองมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือด้านการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และด้านความเป็นผู้นำในการจัดการ การที่ด้านการพัฒนาตนเองมีค่าเฉลี่ยสูงอาจเกี่ยวข้องกับบทบาทของผู้จัดการพยาบาลที่ต้องพัฒนาความรู้และทักษะของตนเองอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับการกำกับการปฏิบัติงาน การบริหารทีม และการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ประกอบกับผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมด้านการบริหาร จึงมีโอกาสดำเนินการพัฒนาความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับบทบาทผู้บริหารเพิ่มเติม ส่วนด้านการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องและด้านความเป็นผู้นำในการจัดการเป็นสมรรถนะที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการกำกับการติดตามคุณภาพ การแก้ไขปัญหา การประสานงาน และการบริหารบุคลากรภายในหน่วยงาน ทั้งนี้ Kanin et al. (2024) กล่าวถึงภาวะผู้นำ การบริหารจัดการ และการสื่อสารในการพัฒนาศักยภาพผู้บริหารทางการพยาบาล ขณะที่ González-García et al. (2021) กล่าวถึงภาวะผู้นำและการจัดการคุณภาพและความปลอดภัย และการศึกษาของณิดาทิพย์ ดารา และ กัญญา ประจุศิลป์ (Darach & Prachusilpa, 2018) กล่าวถึงการจัดการเพื่อความเป็นเลิศในฐานะองค์ประกอบหนึ่งของสมรรถนะผู้บริหารการพยาบาล แสดงให้เห็นว่าสมรรถนะเหล่านี้เป็นองค์ประกอบที่ได้รับความสำคัญในการศึกษาสมรรถนะของผู้บริหารทางการพยาบาล แม้จะใช้กรอบและวิธีการประเมินที่ต่างกัน

ด้านที่ควรให้ความสำคัญในการพัฒนา คือ ด้านเทคโนโลยีดิจิทัลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด และด้านการปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้นวัตกรรม ซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าสมรรถนะหลายด้าน แม้ทั้งสองด้านยังอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์การแปลผลของการศึกษารุ่นนี้ จึงไม่ควรตีความว่าผู้จัดการพยาบาลขาดสมรรถนะ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับสมรรถนะทั้ง 9 ด้านแล้ว จึงเป็นด้านที่ยังมีโอกาพัฒนาเพิ่มเติม ทั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับลักษณะของเทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และต้องอาศัยทักษะเฉพาะเพิ่มเติมจากการบริหารงานทั่วไป เช่น การใช้ระบบสารสนเทศ การใช้และวิเคราะห์ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ และการนำเทคโนโลยีหรือนวัตกรรมมาประยุกต์ใช้ในการบริหารและพัฒนางาน González-García et al. (2021) กล่าวถึง ความรอบรู้ด้านเทคโนโลยี

ในองค์ประกอบสมรรถนะของผู้จัดการพยาบาล ส่วน Perez-Gonzalez et al. (2024) กล่าวถึงความสามารถในการปรับตัวและการส่งเสริมนวัตกรรมในบริบทของสมรรถนะด้านภาวะผู้นำ สำหรับผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม โดยเฉพาะสมรรถนะด้านเทคโนโลยีดิจิทัลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ และด้านการปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้นวัตกรรม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาผู้จัดการพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

จุดแข็งและข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาผู้จัดการพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ทั้งหมดของโรงพยาบาล และใช้กรอบสมรรถนะผู้จัดการพยาบาลของสภาการพยาบาล พ.ศ. 2568 ซึ่งครอบคลุมสมรรถนะทั้ง 9 ด้าน ทำให้ได้ข้อมูลสมรรถนะโดยรวมและรายด้านภายใต้กรอบเดียวกัน อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวและมีผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 41 คน การนำผลไปอ้างอิงกับผู้จัดการพยาบาลในบริบทอื่นจึงควรคำนึงถึงความแตกต่างขององค์กร นอกจากนี้ การประเมินสมรรถนะเป็นการประเมินตนเอง (self-report) ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากความโน้มเอียงในการตอบในลักษณะที่สังคมยอมรับ (social desirability bias) ผลที่ได้จึงเป็นการรับรู้สมรรถนะของผู้ตอบและไม่สามารถใช้แทนการประเมินผลการปฏิบัติงานจริงได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรนำผลการศึกษาไปใช้วางแผนพัฒนาสมรรถนะผู้จัดการพยาบาล โดยเน้นด้านเทคโนโลยีดิจิทัล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และนวัตกรรม ซึ่งมีคะแนนต่ำกว่าด้านอื่น
2. ควรส่งเสริมทักษะการใช้ระบบสารสนเทศ การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการบริหาร และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมในการพัฒนางานพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของผู้จัดการพยาบาล เช่น ประสบการณ์ การศึกษา การอบรม และปัจจัยด้านองค์กร
2. ควรขยายการศึกษาไปยังโรงพยาบาลหลายแห่งหรือระดับเขตสุขภาพ เพื่อศึกษาสมรรถนะในบริบทที่แตกต่างกัน
3. ควรใช้การวิจัยเชิงคุณภาพหรือแบบผสมผสาน เพื่อศึกษาปัจจัยเอื้อ อุปสรรค และความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะในเชิงลึก

References

- American Organization for Nursing Leadership. (2021). *Nurse leader competencies*. <https://www.aonl.org/resources/nurse-leader-competencies>
- Darach, N., & Prachusilpa, G. (2018). First line nurse manager competency, Bangkok Hospital Medical Center. *Journal of the Police Nurses and Health Science*, 10(2), 244-252.. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/view/35281/118605> [In Thai]
- González-García, A., Pinto-Carral, A., Pérez-González, S., & Marqués-Sánchez, P. (2021). Nurse managers' competencies: A scoping review. *Journal of Nursing Management*, 29(6), 1410-1419. <https://doi.org/10.1111/jonm.13380>

- Kanin, N., Srisawat, K., & Chaloeyskit, S. (2024). First-level nurse executives competencies in the new normal at a tertiary hospital, Chiang Rai province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 11(2), e267171. [In Thai]. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/267171/181624>
- Krinsmith, K. (2017). Head nurses' competency in Vajira hospital. *Vajira Nursing Journal*, 19(2), 24-34. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/vnj/article/view/138944/103208> [In Thai]
- Nursing Council of Thailand. (2025). *Nursing administrator competencies*. Sinthaweekit Printing. [In Thai]
- Perez-Gonzalez, S., Marques-Sanchez, P., Pinto-Carral, A., Gonzalez-Garcia, A., Liebana-Presa, C., & Benavides, C. (2024). Characteristics of leadership competency in nurse managers: A scoping review. *Journal of Nursing Management*, 2024, Article 5594154. <https://doi.org/10.1155/2024/5594154>

Comparing Self-Management Behaviors Between Employed And Non-Employed Women with Diet-Controlled Gestational Diabetes Mellitus

Jiali Xu¹, M.N.S¹, Tatirat Tachasuksri, Dr.P.H^{2*}, Punyarat Lapvongwatana, Ph.D.²

Abstract

This study aimed to compare self-management behaviors (SMB) between employed and non-employed women with diet-controlled gestational diabetes mellitus (GDM) and to describe domain- and item-level patterns of SMB. A cross-sectional survey was conducted in the prenatal clinic of the Second Affiliated Hospital of Wenzhou Medical University. Using simple random sampling from the prenatal registration system, 160 women with diet-controlled GDM were recruited (89 employed, 71 non-employed). Sociodemographic and obstetric data were collected, and SMB was assessed using the 33-item GDM Self-Management Behavior Scale, which covers six domains. Descriptive statistics and independent-samples t-tests were used.

The overall SMB score was 105.65 (SD = 22.60; range 57-152), indicating a moderate level in both groups. Total SMB scores did not differ significantly between employed and non-employed women (104.56 ± 23.36 vs 107.01 ± 21.70 ; $t(158) = 0.681$, $p = 0.497$). No significant group differences were found in any SMB domain (all $p > 0.05$), although glucose monitoring showed the largest, non-significant difference (11.71 ± 4.41 vs 12.88 ± 4.17 ; $t = -1.450$, $p = 0.149$). Item-level analysis showed that employed women scored highest on daily vegetable intake and lowest on diet logging during glucose monitoring, whereas non-employed women scored highest on help-seeking when encountering SMB difficulties and lowest on progressively increasing exercise intensity.

In conclusion, employment status was not associated with meaningful differences in overall SMB among women with diet-controlled GDM, and both groups demonstrated only moderate self-management. Nursing interventions should focus on the relatively weak domains of SMB, particularly exercise management and glucose-monitoring, among pregnant women with GDM.

Key words: Diabetes, Gestational, Self-Management, Employment

¹ Studeant Master of Nursing Science Program in Midwifery

² Faculty of Nursing, Burapha University

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

Introduction

Gestational diabetes mellitus (GDM), defined as glucose intolerance first recognised during pregnancy, has become one of the most common metabolic diseases in pregnant women globally (Buchanan et al., 2025). GDM complicates approximately 14% of pregnancies worldwide (Sweeting et al., 2024). In China, the prevalence of GDM has climbed steadily over the past three decades, with the estimated prevalence reaching approximately 15.7% by 2024 (International Diabetes Federation, 2025). Multiple factors drive this rise, including older maternal age, increasing obesity, and rapid urbanization (Wu et al., 2025). The consequences extend beyond pregnancy: GDM increases risks for hypertensive disorders, caesarean delivery, and macrosomia, while creating lasting vulnerabilities to obesity and type 2 diabetes in both mothers and offspring (Sweeting et al., 2024).

Although the prevalence of GDM has risen steadily in recent years, only about 15-30% of affected women require insulin therapy. The majority can achieve satisfactory glycaemic control through lifestyle modification and regular monitoring (Qian et al., 2024). This reality places self-management behaviors (SMB) at the heart of treatment, especially for women with diet-controlled GDM (A1GDM) (Carolan, 2013). The American Association of Diabetes Educators identifies seven core SMB of diabetes that provide a practical framework for assessing SMB (American Association of Diabetes, 2020). During pregnancy, these behaviors translate into specific actions: following medical nutrition therapy, maintaining structured physical activity, regularly monitoring blood glucose, responding quickly to abnormal readings, and actively engaging psychological and healthcare support (Tang, Liu, et al., 2023). Evidence indicates that higher levels of SMB improve glycaemic control in women with GDM, reduce adverse maternal and neonatal outcomes, and enhance self-efficacy and quality of life (Carolan, 2013).

Although SMB is important for diet-controlled GDM mothers, growing evidence indicates that many women with GDM particularly in China achieve only moderate levels of self-management (Shen et al., 2018). A Chinese study has shown that less than one-third of women with GDM fall into a “high self-management” class. Age, quality of life, body image concerns, and sleep problems all shape these outcomes (Guo et al., 2025). The challenges run deeper than numbers suggest. Pregnant women struggle with blood glucose decisions, find dietary guidelines bewildering, worry about exercise safety, and skip monitoring due to pain, cost, or time constraints (Xu et al., 2025). Many of these difficulties stem from Chinese sociocultural norms: beliefs that pregnant women should rest and “eat for two”, food taboos and deference to elders’ expectations often conflict with professional advice and limit women’s autonomy in dietary and activity-related decisions (Luo et al., 2024).

Grey recently updated the Self and Family Management Framework (SFMF), reconceptualizing SMB not as a static behavior but as an ongoing interplay between disease factors, personal traits, family dynamics, environmental contexts, and healthcare systems. Within this framework, employment serves as a pivotal environmental factor that shapes SMB by influencing time allocation, workplace support, and social roles (He et al., 2024). Comparing SMB between employed and non-employed women with GDM is important because employment status may influence a woman’s ability to manage her condition during pregnancy. On one hand, employment provides financial stability, health

insurance, and structured routines, which can facilitate the cultivation of a healthy lifestyle (Loerbroks et al., 2018). Conversely, contemporary urban work environments often present barriers to effective SMB. Evidence suggests that extended working hours and long commutes compel patients to rely more heavily on takeout or dining out, thereby reducing opportunities for home-cooked meals and encroaching upon time reserved for exercise and post-meal activities (Oostenbach et al., 2022). Moreover, the sedentary nature of many jobs further elevates the risk of poor glycemic control (Wang et al., 2025). The burden of SMB is also exacerbated by a lack of workplace support such as inadequate breaks, limited access to healthy food, or poor testing facilities combined with the pressures of demanding workloads, shift work, and overlapping family responsibilities (He et al., 2024).

Currently, most studies on GDM have primarily controlled for employment status as a covariate rather than examining it as a key exposure variable. Consequently, differences in SMB, including SMB status, among diet-controlled GDM pregnant women across employment statuses remain unclear. Using the Social and Family Management Framework (SFMF), this study compared SMB between employed and non-employed women with diet-controlled GDM, aiming to identify work-context-related SMB patterns and provide empirical suggestions for developing culturally sensitive nursing interventions.

Objectives

1) To describe the overall and domain-specific self-management behaviors (SMB) in employed and non-employed pregnant women with diet-controlled gestational diabetes mellitus (A1GDM).

2) To compare overall self-management behaviors (SMB) between employed and non-employed pregnant women with diet-controlled gestational diabetes mellitus (A1GDM).

Hypotheses

Non-employed pregnant women with diet-controlled GDM (A1GDM) would report higher total self-management behavior (SMB) scores than employed pregnant women.

Conceptual Framework

This study will be base on a revised Self and Family Management Framework (SFMF). In this framework, self- and family management are not only daily activities, but the main pathway through which resources, family and work environments, and the health-care system influence health outcomes (Grey et al., 2015). Within this framework, employment status serves as a crucial environmental factor that shapes SMB by influencing time allocation, workplace support, and social roles (He et al., 2024). Employed women may face challenges such as time constraints, work schedules, workplace environments, and limited opportunities for physical activity or regular glucose monitoring. These factors may affect their adherence to self-management practices. Both employed and non-employed pregnant women with GDM translate these conditions into effective SMB such as dietary management,

exercise management, and glucose monitoring, which then affect distal outcomes, including glycaemic control and the occurrence of complications. Previous studies have shown that better diabetes self-management is associated with lower HbA1c, fewer acute and chronic complications, and better overall health status, whereas poor self-management is linked to inadequate metabolic control and increased risk of adverse maternal and neonatal outcomes (Sweeting et al., 2024).

According to the revised SFMF, environmental context such as employment status and the work setting are key facilitators or barriers to self-management of chronic illness. When a condition compromises a woman's ability to remain employed, resources available for condition management may be markedly reduced, and work environments can further hinder adherence to dietary, activity and medication regimens.

In this study, employment status (employed vs non-employed) is defined as the independent variable, and self-management behaviors (SMB) are defined as the dependent variable (total score, domain scores and item-level behaviors). Non-employment may facilitate SMB in pregnant women with diet-controlled GDM, while employment may hinder SMB in pregnant women with diet-controlled GDM (He et al., 2024).

Methods

Study design and participants

This cross-sectional comparative study was conducted to compare self-management behaviors (SMB) between employed and non-employed pregnant women with diet-controlled gestational diabetes mellitus. Participants were pregnant women with diet-controlled GDM who attended the hospital's antenatal clinic in China. The inclusion criteria were: 1) Diagnosis of diet-controlled GDM (A1GDM) for at least one month before enrollment with a gestational age between 28 and 39 weeks; 2) Voluntary participation in the study and providing written informed consent; 3) Having ability to write and speak Chinese. The exclusions were: 1) complications related to diet-management such as: twins, hypertension, and thyroid illness and 2) a history of mental health conditions.

The sample size was calculated by G*Power 3.1.9.7. Based on previous studies, a conservative medium effect size (Cohen's $d = 0.50$) was assumed for the difference between the two employment groups (Mohebbi et al., 2019). For a two-tailed independent-samples t test (employed vs non-employed) with a significance level of $\alpha = 0.05$ and statistical power ($1-\beta$) of 0.80, the required sample size was estimated to be 64 participants per group (total $N = 128$). Considering 20% potential attrition, the target sample size was increased to 160 (Du et al., 2025). Ultimately, 160 women with diet-controlled GDM were enrolled, including 89 employed and 71 non-employed participants.

Research instruments

A demographic questionnaire includes general demographics: age, BMI, marriage status, working status during pregnancy, education level, and family income, and obstetric demographics: gestational age, gravidity, and parity.

Self-management behaviors were measured using the Gestational Diabetes Mellitus Self-Management Behavior Scale developed by Li (2019). The instrument comprises 33 items across six domains: dietary management, exercise management, weight control, blood glucose monitoring, risk assessment/management, and psychosocial adaptation. Each item is rated on a 5-point Likert scale from 1 (“never”) to 5 (“always”), yielding a total score ranging from 33 to 165, with higher scores indicating better self-management. For interpretation, a score rate was calculated as (observed score ÷ maximum possible score) × 100%. Scores >80% (133-165) were classified as high SMB, 60-80% (99-132) as moderate, and <60% (33-98) as low. In the original validation study, the scale showed excellent internal consistency (Cronbach’s α = 0.95). In this study, the Cronbach’s α was 0.94.

Data collection procedure

Data were collected in the hospital’s prenatal clinic between 18 August and 15 October 2024. Before recruitment, a list of potential participants was generated from the prenatal registration system, in which each patient is automatically assigned a queue number. Simple random sampling was applied by drawing queue numbers from this list. Pregnant women with GDM typically attended antenatal visits approximately every two weeks from enrolment at about 28 weeks of gestation and then once weekly until delivery. During these scheduled visits, the investigator screened women against the inclusion criteria, approached those whose queue numbers had been selected, and invited them to participate. After the study was explained, written informed consent was obtained in a private room, and the questionnaires were administered, taking approximately 25-35 minutes to complete. All questionnaires were checked immediately on site to ensure completeness.

Ethical considerations

The study was approved by the Ethics Review Committee of Burapha University (IRB: G-HS062/2567) and the hospital (IRB: 2024-K-228-02). Participants received privacy protections, anonymized data processing, and the right to withdraw voluntarily, without adverse treatment. Data will be destroyed after one year.

Data analysis

Data were analysed using IBM SPSS Statistics version 27.0, with the level of statistical significance set at α = .05 (two-tailed). Descriptive statistics (means and standard deviations for continuous variables, and frequencies and percentages for categorical variables) were used to summarize sociodemographic, obstetric and employment characteristics, as well as self-management behaviour (SMB) scores. Differences in SMB total scores and domain scores between employed and non-employed women with diet-controlled GDM were examined using independent-samples t tests. The distribution of continuous variables and test residuals was inspected using histograms, Q-Q plots and Shapiro-Wilk tests, and homogeneity of variances between groups was assessed with Levene’s test.

Results

A total of 160 women with diet-controlled GDM were enrolled in this study, including 89 employed and 71 non-employed women. The mean age was 31.49 ± 3.80 years, and most participants were 24-34 years old (83.1%), married (95.6%), living in urban areas (75.0%), and had a bachelor's degree (62.5%). In addition, 46.9% of the participants reported a monthly family income of 8,000-12,000 yuan.

Table 1 reveals that participants were 24-42 years old, with similar mean ages in the two groups (employed: 31.37 ± 3.88 years; non-employed: 31.65 ± 3.72 years). Most women were married (95.5% and 95.8%, respectively) and lived in urban areas (82.0% of employed and 66.2% of non-employed women). Educational level was relatively high: 73.0% of employed women and 57.7% of non-employed women had a bachelor's degree or above. In both groups, almost half of the families reported a monthly income between 8,000 and 12,000 yuan and about one third of the families between 12,000 and 23,000 yuan. Statistical comparisons showed that only residence differed significantly between the employed and non-employed groups ($\chi^2 = 5.28$, $p = 0.022$), whereas age, marital status, educational level, and monthly family income did not differ significantly (all $p > 0.05$).

Table 1. Demographic characteristics

Characteristics	Employed (n = 89)		Non-employed (n = 71)		Statistic	p-value
	(n)	(%)	(n)	(%)		
Age (years)	(M=31.37, SD = 3.88, Min-Max = 24-41)		(M=31.65, SD = 3.72, Min-Max = 24-42)		t = -.46	.648
24-34	74	83.1	59	83.1		
35-42	15	16.9	12	16.9		
Status of marriage					-a	.163
Unmarried	0	0	2	2.8		
Married	85	95.5	68	95.8		
Divorced	4	4.5	1	1.4		
Residence					$\chi^2 = 5.28$	.022
Rural area	16	18.0	24	33.8		
Urban area	73	82.0	47	66.2		
Educational level					-a	.105
Below high school/technical secondary school	4	4.5	10	14.1		
High school/technical secondary school	20	22.5	20	28.2		
Bachelor's degree	61	68.5	39	54.9		
Master's degree and above	4	4.5	2	2.8		

Table 1. (Cont.)

Characteristics	Employed (n = 89)		Non-employed (n = 71)		Statistic	p-value
	(n)	(%)	(n)	(%)		
Monthly income of family					-a	.584
< 5,000 yuan	1	1.1	3	4.2		
5,000-8,000 yuan	12	13.5	14	19.7		
8,000-12,000 yuan	44	49.4	31	43.7		
12,000-23,000 yuan	27	30.3	20	28.2		
> 23,000 yuan	5	5.6	3	4.2		

^a p-values were calculated using the Fisher-Freeman-Halton exact test because more than 20% of the cells had expected counts less than 5.

As shown in Table 2, gestational age at survey was 31.20 ± 3.11 weeks (25-38) in employed women and 32.18 ± 3.60 weeks (26-39) in non-employed women. More than two-thirds of the employed (74.2%) but only about half of the non-employed (53.5%) were at 28-32 weeks, whereas 46.5% of the latter were already at 33-39 weeks. Gravidity and parity were similar between groups, with about 60% primigravida and around two-thirds nulliparous. Previous GDM was uncommon (9.0% vs 12.7%). Pre-pregnancy BMI was also comparable: roughly half of each group had a healthy weight, about 40% were overweight or obese, and obesity was slightly more frequent in non-employed women (15.5% vs 12.4%).

Table 2. Obstetric history

Variables	Employed (n = 89)		Non-employed (n = 71)	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Gestational age (weeks)	(M = 31.20, SD = 3.11, Min-Max = 25-38)		(M = 32.18, SD = 3.60, Min-Max = 26-39)	
28-32	66	74.2	38	53.5
33-39	23	25.8	33	46.5
Gravidity	(Min-Max = 1-5)		(Min-Max = 1-8)	
1	52	58.4	43	60.6
2	24	27.0	19	26.8
≥ 3	13	14.6	9	12.7
Parity				
0	59	66.3	52	73.2
1	26	29.2	14	19.7
2	4	4.5	4	5.6
3	0	0	1	1.4

Table 2. (Cont.)

Variables	Employed (n = 89)		Non-employed (n = 71)	
	(n)	(%)	(n)	(%)
GDM or Not (Last time)				
Previous GDM history	8	9.0	9	12.7
No	81	91.1	62	87.3
Pre-pregnancy BMI	(M = 23.29, SD = 3.73, Min-Max = 16.30-33.32)		(M = 23.80, SD = 3.85, Min-Max = 16.41-34.73)	
Under weight (<18.50 kg/m ²)	7	7.9	4	5.6
Healthy weight (18.50-<23.90 kg/m ²)	46	51.7	35	49.3
Overweight (23.90-<28.00 kg/m ²)	25	28.1	21	29.6
Obesity (≥28.00 kg/m ²)	11	12.4	11	15.5

As shown in Table 3, the overall SMB score for women with diet-controlled GDM was 105.65 (SD = 22.60; range 57-152), indicating a moderate level of self-management. In both employed and non-employed groups, exercise management was low (M = 13.72, SD = 5.45 vs M = 12.94, SD = 5.79). Glucose monitoring was low among employed women (M = 11.71, SD = 4.41) but moderate among non-employed women (M = 12.88, SD = 4.17). All other subscales dietary management, weight management, risk assessment and management, and psychosocial adaptation were in the moderate range for both groups.

Across domains, the highest- and lowest-scoring items were largely the same in employed and non-employed women. Within dietary management, both groups scored highest on item 7 (“I eat 300-500 g of vegetables per day, with at least two-thirds being dark green leafy vegetables”; employed: M = 3.75; non-employed: M = 3.58) and lowest on item 9 (“I limit my daily fat intake to ≤ 25 g, about 2-3 tablespoons”; employed: M = 3.13; non-employed: M = 2.93). For exercise management, item 14 (choosing a suitable type of exercise such as walking, swimming or antenatal exercise; employed: M = 3.36; non-employed: M = 3.09) had the highest mean score in both groups, whereas item 10 (progressively increasing exercise intensity; employed: M = 2.97; non-employed: M = 2.07) had the lowest. In weight management, item 15 (weekly weighing on a fixed day; employed: M = 3; non-employed: M = 3.42) had the highest mean score, while item 17 (recording body weight after each measurement; employed: M = 2.92; non-employed: M = 2.78) was the lowest in both groups. For glucose monitoring, reporting blood glucose results to the doctor at each antenatal visit (item 22; employed: M = 2.93; non-employed: M = 3.09) showed the highest scores, whereas keeping detailed dietary records during periods of SMBG (item 21; employed: M = 2.56; non-employed: M = 2.56) showed the lowest. In risk assessment and management, employed women scored highest on item 23 (attending antenatal check-ups regularly as scheduled; M = 3.26) and lowest on item 27 (seeking prompt medical attention for unexplained nausea, vomiting or headache; M = 2.85), while

non-employed women scored highest on item 24 (following doctors' advice to complete additional examinations such as urine ketone tests or fundus examinations; $M = 3.42$) and lowest on item 26 (taking rapid-acting carbohydrates when blood glucose falls below 3.3 mmol/L; $M = 3.02$). Regarding psychosocial adaptation, both groups had their highest scores on item 33 (seeking help from others when encountering difficulties in self-management during pregnancy; employed: $M = 3.63$; non-employed: $M = 3.64$) and the lowest scores on item 30 (obtaining information about GDM from books, television or the internet; employed: $M = 3.25$; non-employed: $M = 3.13$)

Independent-samples t tests were conducted to compare SMB scores between employed and non-employed women (Table 3). No significant differences were found in overall SMB or in any of the six subscales, including dietary management, exercise management, weight management, glucose monitoring, risk assessment and management, and psychosocial adaptation (all $p > .05$). Although the largest t value was observed for glucose monitoring ($t = -1.45$, $p = .149$), this difference did not reach statistical significance.

Table 3. SMB by employment status in women with diet-controlled GDM: descriptive statistics and independent-samples t tests (Employed $n = 89$; Non-employed $n = 71$)

Subscales	Groups	Possible range	Actual range	Mean	SD	Level	t	p
Dietary management	employed	9-45	12-45	30.88	6.21	Moderate	.04	.969
	Non-employed		15-43	30.94	6.34	Moderate		
Exercise management	employed	5-25	5-25	13.72	5.45	Low	-.95	.344
	Non-employed		5-25	12.94	5.79	Low		
Weight management	employed	4-20	4-20	12.91	5.30	Moderate	-.35	.730
	Non-employed		4-20	13.75	5.05	Moderate		
Glucose monitoring	employed	4-20	4-20	11.71	4.41	Low	-1.45	.149
	Non-employed		4-20	12.88	4.17	Moderate		
Risk assessment and management	Employed	6-30	8-30	21.04	5.46	Moderate	-1.35	.180
	Non-employed		12-30	21.81	4.05	Moderate		
Psychosocial adaptation	Employed	5-25	8-25	16.69	4.48	Moderate	.91	.363
	Non-employed		7-25	17.44	4.41	Moderate		
Overall SMB	Employed	33-165	57-152	104.56	23.36	Moderate	-.68	.497
	Non-employed		69-147	107.01	21.70	Moderate		

Discussion

In this study, both employed and non-employed women showed only moderate levels of total score of SMB rather than high levels, which is consistent with previous studies (Guo et al., 2025). Specifically, dietary management remained moderate, exercise management was the lowest-scoring

domain, and glucose monitoring was relatively weak. Although all participants received standardized education and follow-up the hospital, many appeared to struggle with translating comments on diet, exercise and glucose monitoring into daily SMB (Xu et al., 2023).

Based on the revised SFMF, self-management is shaped by the joint influence of knowledge, self-efficacy, resources and contextual demands, rather than by employment status alone (Grey et al., 2015). Several factors may therefore explain why both groups remained at a moderate level. First, health literacy in Chinese women with GDM is often fragmented: they can answer factual questions, but have limited ability to apply this knowledge to complex behaviours such as carbohydrate exchange, estimation of hidden fat, or dynamic adjustment of diet and monitoring plans in real-life situations (Tan et al., 2023). Second, cultural beliefs such as “eating for two” and “rest as much as possible during pregnancy”, together with family members’ tendency to discourage physical activity, frequently conflict with professional advice and reduce adherence to dietary and exercise regimens (Luo et al., 2024). Third, most participants were primigravida with no previous experience of diabetes self-management; qualitative work suggests that such women are easily overwhelmed by the simultaneous demands of dietary restriction, exercise, weight control, SMBG and record-keeping, making long-term adherence difficult (Luk et al., 2025). In addition, structural features of the Chinese health-care system high patient volumes in tertiary hospitals, short consultation times and shortages of diabetes-specialist staff mean that education is often intermittent and one-way, with limited ongoing support (Zhou et al., 2019).

Among employed and non-employed women, dietary-management scores were moderate level (employed $M = 30.88$; non-employed $M = 30.94$). The highest-scoring item was eating 300-500 g of vegetables daily with at least two-thirds of the intake consisting of dark-green varieties, whereas the lowest-scoring item was limiting daily fat intake to ≤ 25 g (about 2-3 tablespoons). Previous study has found that vegetable-rich dietary patterns are culturally acceptable in China and are associated with a lower risk of GDM (Chen et al., 2020). In contrast, pregnant women find it difficult to quantify fat intake because traditional cooking uses unspecified amounts of oil, portion guidance is rarely framed in grams or tablespoons, mixed dishes and restaurant meals obscure the actual fat content, and diet education seldom teaches practical skills for estimating or measuring fat (Hui et al., 2014).

Exercise management was the lowest SMB domain in both groups (employed $M = 13.72$; non-employed $M = 12.94$). Adherence was highest for choosing a suitable low-impact activity (employed $M = 3.36$; non-employed $M = 3.09$), but lowest for gradually increasing exercise intensity (employed: $M = 2.97$; non-employed: $M = 2.07$). Increasing intensity requires sustained engagement, the ability to interpret intensity/progression cues, and sufficient self-efficacy (Harrison et al., 2018). Previous studies show that pregnancy-related discomfort, fear of fetal harm, rest-oriented cultural norms and a lack of tailored advice are all associated with poor exercise management (Craig et al., 2020). Non-employed women, who tend to spend more time at home, often receive stronger family messages to “rest more” and have fewer opportunities for structured exercise beyond housework, which may contribute

to their lower scores (Sun et al., 2023).

Weight management demonstrated moderate scores across both groups (employed: $M = 12.91$; non-employed: $M = 13.75$), with the highest adherence to weekly weighing on a fixed day (employed $M = 3.00$, non-employed $M = 3.42$) but notably lower engagement in recording body weight measurements (employed $M = 2.79$, non-employed $M = 2.78$). Non-employed women scored slightly higher overall, which may reflect greater flexibility in daily schedules and fewer work-related barriers to accessing a scale. Compared with simply stepping on a scale, keeping written records is a more demanding self-monitoring task that requires sustained attention, executive function and motivation (Burke et al., 2011). In addition, women with GDM often report weight-related stigma, body-image concerns and anxiety about excessive gestational weight gain, which can make them reluctant to record and confront their weight trajectory (Carolan, 2013).

Glucose monitoring revealed moderate scores with notable employment-related differences (employed: $M = 11.71$; non-employed: $M = 12.88$), with the highest adherence to reporting blood glucose results to healthcare providers at antenatal visits (employed $M = 2.93$, non-employed $M = 3.09$) but markedly lower engagement in keeping detailed dietary records during self-monitoring periods (employed $M = 2.56$, non-employed $M = 2.79$). Prenatal visits provide fixed review points at which glucose records are routinely requested and directly guide treatment decisions, making reporting simple, expected and useful, thereby enhancing adherence (Broughton & Douek, 2019). In contrast, detailed food logging requiring constant remembering and estimation, adds emotional stress, exposes gaps in dietary skills, and is poorly supported by existing recording tools, making it easily disrupted by social and work contexts (Martis et al., 2018). For employed women, additional workplace barriers rigid schedules, limited privacy, concerns about stigma around visible self-care, the inconvenience of carrying equipment, and work-related stress further constrain glucose monitoring (He et al., 2024).

Risk assessment and management displayed moderate scores across both groups (employed: $M = 21.04$; non-employed: $M = 21.81$), though with distinct highest-scoring items: employed women scored highest on attending antenatal check-ups regularly as scheduled ($M = 3.26$), while non-employed women scored highest on following doctors' advice to complete additional recommended examinations ($M = 3.42$). However, employed women scored lowest for promptly seeking medical help when experiencing unexplained nausea, vomiting or headache ($M = 2.85$), while non-employed women scored lowest for taking fast-acting carbohydrates when glucose fell below 3.3 mmol/L ($M = 3.02$). Studies show that women with GDM often feel anxious, stressed and overwhelmed by SMB demands, and cultural norms that value endurance or "putting up with it" can delay help-seeking even when alarming symptoms occur (Luo et al., 2024). While guidelines emphasize clear education on recognizing and treating hypoglycemia, clinical practice reports suggest such training is frequently incomplete in busy antenatal services (American Diabetes Association Professional Practice Committee, 2025).

Psychosocial adaptation was moderate and highly similar between groups (employed: $M = 16.69$; non-employed: $M = 17.44$). In both groups, the highest scores were for seeking help from others when facing self-management difficulties during pregnancy (employed: $M = 3.63$; non-employed: $M = 3.64$), and women were more likely to discuss how to manage GDM with family or friends (employed: $M = 3.50$; non-employed: $M = 3.24$) than to obtain information from books, television or the internet (employed: $M = 3.25$; non-employed: $M = 3.13$). In the Chinese cultural context, pregnancy and GDM are commonly regarded as family matters, so husbands and older female relatives become the main providers of emotional, practical and health-information support (Luo et al., 2024). At the same time, many women lack confidence in judging the reliability of online content and feel confused by large volumes of sometimes conflicting information, leading them to prefer “trusted” interpersonal sources over written or anonymous web-based materials (Xu et al., 2024).

This study found no significant difference in SMB between employed and non-employed pregnant women, which is consistent with the revised Self- and Family Management Framework. The framework regards employment as only one element of the environmental context, while SMB is mainly shaped by individual, family and health-care system factors (Grey et al., 2015). Previous studies suggest that health literacy, social support, and self-efficacy are stronger predictors of SMB than occupation or other sociodemographic characteristics (Tang, Zhong, et al., 2023). In our study, pregnant women in both groups received similar diabetes education and follow-up in the same tertiary hospital, so these key determinants were likely comparable, thereby weakening the independent effect of employment status. Non-employed women may have greater flexibility in managing their daily routines, which could facilitate adherence to recommended SMB. In contrast, employment may have had counterbalancing effects on SMB: while work can limit time and flexibility for meal planning, exercise, and glucose monitoring, it may also provide better access to health information, financial resources, insurance coverage, and more regular routines, partly offsetting these constraints (Oostenbach et al., 2022).

Moreover, employment may influence the pattern of SMB rather than only the total score. Research on Chinese pregnant nurses with GDM has shown that heavy workloads and shift work can interfere with dietary management, physical activity, and timely glucose monitoring during working hours, whereas workplace support can partly reduce these burdens (He et al., 2024). Recent qualitative evidence also shows that time pressure, fatigue, and insufficient support remain important barriers to GDM self-management (Luk et al., 2025). In practical terms, employed women may find it difficult to eat regular meals on time, estimate oil and portion size in canteen or restaurant food, complete postprandial walking, or perform SMBG and record-keeping at recommended times because of fixed schedules, meetings, commuting, shift duties, or limited break flexibility (Luk et al., 2025). These challenges suggest that employment may influence the pattern of SMB rather than only the total score, especially in domains such as dietary management and glucose monitoring.

Conclusion and Implementation

In this study, pregnant women with diet-controlled GDM showed an overall moderate level of SMB, and total SMB scores did not differ significantly between employed and non-employed participants. These findings indicate that employment status alone is not a major determinant of SMB, while key behaviors remain suboptimal. Nursing interventions should therefore focus on strengthening exercise management, improving practical dietary skills, particularly fat control, and supporting glucose-monitoring behaviors that require sustained daily implementation, especially record-keeping. For employed women, additional guidance may be needed to address work-related barriers to maintaining regular meals, postprandial activity, and timely SMBG.

Acknowledgement

The authors gratefully acknowledge all participants for their willingness to devote time and effort to this study.

References

- American Association of Diabetes, E. (2020). An Effective Model of Diabetes Care and Education: Revising the AADE7 Self-Care Behaviors. *The Diabetes educator*, 46(2), 139-160. <https://doi.org/10.1177/0145721719894903>
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2025). Management of diabetes in pregnancy: Standards of care in diabetes 2025. *Diabetes Care*, 48(Supplement_1), S306-S320. <https://doi.org/10.2337/dc25-S015>
- Broughton, C., & Douek, I. (2019). An overview of the management of diabetes from pre-conception, during pregnancy and in the postnatal period. *Clinical medicine (London, England)*, 19(5), 399-402. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2018-0288>
- Buchanan, T. A., Xiang, A. H., Page, K. A., & Watanabe, R. M. (2025). What Is gestational diabetes really? *Diabetes*, 74(7), 1037-1046. <https://doi.org/10.2337/dbi24-0041>
- Burke, L. E., Wang, J., & Sevvick, M. A. (2011). Self-monitoring in weight loss: A systematic review of the literature. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(1), 92-102. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2010.10.008>
- Carolan, M. (2013). Women's experiences of gestational diabetes self-management: A qualitative study. *Midwifery*, 29(6), 637-645. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.05.013>
- Chen, Q., Wu, W., Yang, H., Zhang, P., Feng, Y., Wang, K., Wang, Y., Wang, S., & Zhang, Y. (2020). A vegetable dietary pattern is associated with lowered risk of gestational diabetes mellitus in Chinese women. *Diabetes & Metabolism Journal*, 44(6), 887-896. <https://doi.org/10.4093/dmj.2019.0138>
- Craig, L., Sims, R., Glasziou, P., & Thomas, R. (2020). Women's experiences of a diagnosis of gestational diabetes mellitus: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 76. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2745-1>

- Du, M., Huang, F., Chen, H., Liang, C.-Y., Zhao, W.-P., Lu, L.-P., Qin, H.-N., Wei, C.-M., & Cao, S.-M. (2025). Status of self-management and its correlations with risk perception and social resource support in pregnant women with gestational diabetes mellitus. *China Medical Abstracts (Internal Medicine)*, 20(4), 358-365. <https://doi.org/10.16121/j.cnki.cn45-1347/r.2025.04.03>
- 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>
- Guo, Y., Zhou, M., Yan, X., Liu, Y., & Wang, L. (2025). A latent profile analysis of heterogeneity in self-management behavior of gestational diabetes mellitus patients. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1), 159. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07292-x>
- Harrison, A. L., Taylor, N. F., Shields, N., & Frawley, H. C. (2018). Attitudes, barriers and enablers to physical activity in pregnant women: A systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 64(1), 24-32. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.11.012>
- He, J., Wang, H., & Chen, X. (2024). Experiences and self-care of pregnant nurses with gestational diabetes mellitus: A qualitative study. *BMC Nursing*, 23(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01679-x>
- Hui, A. L., Sevenhuysen, G., Harvey, D., & Salamon, E. (2014). Barriers and coping strategies of women with gestational diabetes to follow dietary advice. *Women and Birth*, 27(4), 292-297. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2014.07.001>
- International Diabetes Federation. (2025). *IDF Diabetes Atlas: China Prevalence of gestational diabetes mellitus*. International Diabetes Federation. <https://diabetesatlas.org/data/en/country/42/cn.html>
- Li, Y. Y. (2019). *Development and application of self-management behavior scale for gestational diabetes mellitus patients* [Doctoral dissertation, Jinan University].
- Loerbroks, A., Nguyen, X. Q., Vu-Eickmann, P., Krichbaum, M., Kulzer, B., Icks, A., & Angerer, P. (2018). Psychosocial working conditions and diabetes self-management at work: A qualitative study. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 140, 129-138. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2018.03.023>
- Luk, B. H. K., Ma, P. H., Lam, W. W. K., Lai, A. Y. K., & Chung, R. W. M. (2025). Understanding gestational diabetes in Hong Kong: Women's needs, self-management challenges, and the potential of digital health solutions in culturally sensitive care. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1), 1187. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-08340-2>
- Luo, X., Pan, J., Jiang, C., Li, X., & Li, P. (2024). The influence of Chinese culture and customs on the beliefs and health-related behaviours of Chinese women with gestational diabetes mellitus: A qualitative study. *International Journal of Nursing Practice*, 30(1), e13234. <https://doi.org/10.1111/ijn.13234>

- Martis, R., Brown, J., McAra-Couper, J., & Crowther, C. A. (2018). Enablers and barriers for women with gestational diabetes mellitus to achieve optimal glycaemic control – A qualitative study using the theoretical domains framework. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 91. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1710-8>
- Mohebbi, B., Tol, A., Sadeghi, R., Mohtarami, S. F., & Shamshiri, A. (2019). Self-management intervention program based on the health belief model (HBM) among women with gestational diabetes mellitus: A quazi-experimental study. *Archives of Iranian medicine*, 22(4), 168-173.
- Oostenbach, L. H., Lamb, K. E., Crawford, D., & Thornton, L. (2022). Influence of work hours and commute time on food practices: A longitudinal analysis of the household, income and labour dynamics in Australia survey. *BMJ Open*, 12(5), e056212. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056212>
- Qian, Z., Jie, Y., & Xinhua, X. (2024). Guidelines for the co-management of gestational diabetes mellitus in mothers and their offspring (2024 edition). *Chinese Research Hospitals*, 11(06), 11-31. <https://doi.org/10.19450/j.cnki.jcrh.2024.06.003>
- Shen, Y. P., Ma, L. K., & Zhao, H. (2018). Analysis of the current situation of pregnancy self-management and influencing factors of gestational diabetes mellitus patients during pregnancy. *Chinese Journal of Woman and Child Health Research*, 29(04), 416-421.
- Sun, J., Piernicka, M., Worska, A., & Szumilewicz, A. (2023). A socio-ecological model of factors influencing physical activity in pregnant women: A systematic review. *Front Public Health*, 11, 1232625. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1232625>
- Sweeting, A., Hannah, W., Backman, H., Catalano, P., Feghali, M., Herman, W. H., Hivert, M.-F., Immanuel, J., Meek, C., Oppermann, M. L., Nolan, C. J., Ram, U., Schmidt, M. I., Simmons, D., Chivese, T., & Benhalima, K. (2024). Epidemiology and management of gestational diabetes. *The Lancet*, 404(10448), 175-192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00825-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00825-0)
- Tan, J., Chen, L., Wu, Y., Zhu, X., & Fei, H. (2023). Knowledge, attitude and practice of patients with gestational diabetes mellitus regarding gestational diabetes mellitus: A cross-sectional study. *International Journal of General Medicine*, 16, 4365-4376. <https://doi.org/10.2147/ijgm.S423565>
- Tang, F., Zhong, X., Liu, S., Guo, X., & Li, D. (2023). Pathway analysis of the impact of health literacy, social support and self-efficacy on self-management behaviors in pregnant women with gestational diabetes mellitus [Original Research]. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1188072>
- Tang, T. T., Liu, Y., Wang, C. M., Wang, M. Q., & Wang, C. Y. (2023). Self-management behavior and quality of life in pregnant women with gestational diabetes mellitus. *Clinical Focus*, 38(12), 1125-1130.
- Wang, Y., Peng, Y., Wang, Y., Pu, Y., & Luo, B. (2025). The physical activity and sedentary behavior of pregnant women with gestational diabetes mellitus: A cross-sectional study. *Aten Primaria*, 57(12), 103312. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2025.103312>

- Wu, X., Tiemeier, H., & Xu, T. (2025). Trends in gestational diabetes prevalence in China from 1990 to 2024: A systematic review and meta-analysis. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 26(6), 1009-1021. <https://doi.org/10.1007/s11154-025-09987-0>
- Xu, J., Chen, Y., Zhao, J., Wang, J., Chen, J., Pan, X., Zhang, W., Zheng, J., Zou, Z., & Chen, X. (2024). Current status of electronic health literacy among pregnant women with gestational diabetes mellitus and their perceptions of online health information: A mixed-methods study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 1-11.
- Xu, N., Han, X., Chen, S., Zhang, J., & Gu, P. (2023). Self-reported barriers in self-management of women with gestational diabetes: A systematic review of qualitative studies. *Nursing Open*, 10(11), 7130-7143. <https://doi.org/10.1002/nop2.1988>
- Xu, S., Wang, J., Wang, Y., Wang, D., & Zhang, M. (2025). Decision-making behavior of blood glucose management and its influencing factors in pregnant women with gestational diabetes mellitus. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1), 83. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07207-w>
- Zhou, L. L., Zhu, H., Jin, F. F., Rui, Z., & Zhou, H. (2019). Application of continuous nursing under the mode of hospital nursing team guiding community nursing staff in gestational diabetes. *Chinese Journal of Modern Doctor*, 57(17), 152-155, 160.

ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มีค่าโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสสูง ในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร

ดร.ณิ รักษาวงศ์, พย.บ.^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลและความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีค่าโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีโพแทสเซียมในเลือดมากกว่า 5.5 มิลลิโมล/ลิตร และฟอสฟอรัสสูงมากกว่า 4.5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 40 คน กลุ่มทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีค่าโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสสูง ซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส 3) การให้บริการรักษาพยาบาล 4) การติดตามและให้กำลังใจผู้ป่วยเป็นระยะ กลุ่มเปรียบเทียบใช้รูปแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) การให้บริการรักษาพยาบาล และ 2) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ดำเนินการเป็นเวลา 3 เดือน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีค่าโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสสูง แบบสอบถาม และแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ การทดสอบทีอิสระ และการทดสอบทีคู่

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับรูปแบบการดูแล กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสลดลง 1.1 มิลลิโมล/ลิตร และ 1.0 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ตามลำดับ และ มีค่าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ 1.0 มิลลิโมล/ลิตร และ 0.9 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส และพฤติกรรมเกี่ยวกับการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส การรับประทานยาที่ดีขึ้น 1.1, 1.2, 4.9, 4.0 และ 1.0 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ 0.9, 1.0, 4.5, 5.4 และ 1.3 คะแนน ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในระดับมาก ร้อยละ 82.5

ผลการศึกษาสนับสนุนศักยภาพของรูปแบบดังกล่าว และอาจพิจารณานำไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่ใกล้เคียงพร้อมติดตามและประเมินผลเพิ่มเติม

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โพแทสเซียมสูง ฟอสฟอรัสสูง

¹ โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร

* ผู้เขียนหลัก e-mail: Darunee150613@gmail.com

The Effectiveness of a Care Model for End-stage Renal Disease Patients with Hyperkalemia and Hyperphosphatemia in the Nephrology clinic, Lang Suan Hospital, Chumphon Province

Darunee Raksawong, B.N.S.^{1*}

Abstract

This two-group pretest-posttest quasi-experimental study aimed to examine the effectiveness and satisfaction with a care model for patients with end-stage kidney disease with hyperkalemia and hyperphosphatemia. The sample comprised 80 patients with end-stage kidney disease who had serum potassium levels >5.5 mmol/L and serum phosphorus levels > 4.5 mg/dL. Participants were assigned to an experimental group and a comparison group, with 40 participants in each group. The experimental group received the care model, which comprised: 1) assessment of patients' self-care behaviors; 2) education on potassium and phosphorus control; 3) provision of healthcare services; and 4) periodic follow-up and encouragement. The comparison group received usual care, consisting of healthcare services and advice on appropriate self-care practices. The intervention was implemented for 3 months. Research instruments included the care model, questionnaires, and health-record forms. Data were analyzed using descriptive statistics, the chi-square test, independent-samples t-test, and paired-samples t-test.

The findings showed that, after receiving the care model, the experimental group had mean reductions in serum potassium and phosphorus of 1.1 mmol/L and 1.0 mmol/L, respectively. These values were lower than those observed in the usual-care group by 1.0 mmol/L and 0.9 mg/dL, respectively. Mean scores for knowledge of potassium and phosphorus control, behaviors related to potassium and phosphorus control, and medication-taking behavior improved by 1.1, 1.2, 4.9, 4.0, and 1.0 points, respectively, and were higher than those in the usual-care group by 0.9, 1.0, 4.5, 5.4, and 1.3 points, respectively ($p < 0.05$). In addition, 82.5% of patients reported a high level of satisfaction with the care model.

The findings support the potential of this care model and suggest that it may be considered for adaptation in similar settings, with further monitoring and evaluation.

Key words: Patient care model, End-stage renal disease, Hyperkalemia, Hyperphosphatemia

¹ Lang Suan Hospital, Chumphon Province, Thailand

* Corresponding author e-mail: Darunee150613@gmail.com

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal replacement therapy: RRT) ข้อมูล Thailand Renal Replacement Therapy Registry ปี 2024 รายงานว่ามีผู้ป่วยได้รับ RRT รวม 157,070 ราย หรือ 2,381 รายต่อประชากรหนึ่งล้านคน ประกอบด้วยผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 126,505 ราย ล้างไตทางช่องท้อง 23,059 ราย และปลูกถ่ายไต 7,506 ราย นอกจากนี้ ในปีเดียวกันมีผู้เริ่ม RRT รายใหม่ 33,976 ราย หรือ 515 รายต่อประชากรหนึ่งล้านคน สะท้อนภาระการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ยังสูงและความต้องการบริการฟอกเลือดที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Thailand Renal Replacement Therapy Registry, 2026)

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความเสี่ยงต่อภาวะโพแทสเซียม และฟอสฟอรัสในเลือดสูง หากเกิดภาวะโพแทสเซียมสูงจะไปรบกวนการนำไฟฟ้าของหัวใจและอาจนำไปสู่ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่คุกคามชีวิตได้ ซึ่งแนวทาง UK Kidney Association นิยามโพแทสเซียมสูงที่ ≥ 5.5 มิลลิโมล/ลิตร (Alfonzo et al., 2023) ส่วนภาวะฟอสฟอรัสสูงจะทำให้เกิดความผิดปกติของฮอร์โมนพาราไทรอยด์ และกระดูก รวมทั้งภาวะแคลเซียมเกาะในหลอดเลือดหรือหัวใจล้มเหลว ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง (KDIGO CKD-MBD Update Work Group, 2017) โดยถ้ามีค่าฟอสฟอรัสในเลือดสูงมากกว่า 4.5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จัดเป็นภาวะฟอสฟอรัสสูง (National Institutes of Health, n.d.) เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายแล้วจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการล้างไตทางช่องท้อง (Chaiwattanatrakul, 2018) ช่วยคงสภาพการทำงานของไตที่เหลืออยู่ได้ดี ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดยืนยาว แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการไม่พึงประสงค์หลายอย่าง เช่น เหนื่อยล้า คลื่นไส้/อาเจียน น้ำท่วมปอด กระดูกเปราะบาง หักง่าย ปวดกระดูก นอนไม่หลับและคัน (Mahisanun, 2020) นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มระยะเวลารับนอนโรงพยาบาล และเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (Cockwell & Fisher, 2020) ทั้งนี้ ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายเมื่อฟอกเลือดเป็นระยะเวลานานขึ้น ภาวะแทรกซ้อนก็ทวีความรุนแรงมากขึ้น ต้องควบคุมให้ค่าโพแทสเซียมโพแทสเซียม และค่าฟอสฟอรัสอยู่ในเกณฑ์ปกติ

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เน้นการดูแลแบบองค์รวมและเฉพาะราย โดยพิจารณาร่วม ภาวะแทรกซ้อน และการสนับสนุนการดูแลตนเองร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว (Kidney Disease: Improving Global Outcomes [KDIGO], 2024) ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดที่มีระดับโพแทสเซียมหรือฟอสฟอรัสสูงควรประเมินพฤติกรรมอาหาร การดื่มน้ำ และปัจจัยจากการฟอกเลือดร่วมกัน ไม่ใช่ให้คำแนะนำแบบเดียวแก่ผู้ป่วยทุกราย จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในผู้ป่วย Hemodialysis พบว่าการให้ความรู้ด้านโภชนาการอาจช่วยส่งเสริมความรู้ การปฏิบัติตามคำแนะนำ และผลลัพธ์ทางชีวเคมีบางประการ แต่หลักฐานยังมีความหลากหลายและข้อจำกัดด้านคุณภาพ (Ouirani et al., 2024) สำหรับฟอสฟอรัสสูง meta-analysis พบว่าการให้คำปรึกษาอาหารจำเพาะต่อฟอสเฟต สัมพันธ์กับการลด Serum phosphate เฉลี่ย 0.77 mg/dL เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (95% CI -1.09 ถึง -0.45) จึงสนับสนุนการดูแลด้านอาหารและการรับประทานยาจับฟอสเฟตเป็นส่วนเสริมของการรักษา และการฟอกเลือดตามปกติ (St-Jules et al., 2021)

โรงพยาบาลหลังสวน เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ที่เป็นแม่ข่ายดูแลโรงพยาบาลชุมชนในใต้ของจังหวัดชุมพร (โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน โรงพยาบาลละแม โรงพยาบาลพะโต๊ะ โรงพยาบาลทุ่งตะโก และโรงพยาบาลสวีบางส่วน) มีศูนย์ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมซึ่งเป็นของเอกชน ที่โรงพยาบาลหลังสวนได้ส่งต่อผู้ป่วยให้ไปรับบริการฟอกไต จำนวน 1 แห่ง ให้บริการผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอดังกล่าว ทั้งนี้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมารับบริการตรวจรักษาและรับยาต่อเนื่องในคลินิกไตเรื้อรัง ของโรงพยาบาลหลังสวนทุกวันจันทร์สลับหมุนเวียนกัน โดยมีอายุรแพทย์โรคไตเป็นผู้ให้บริการตรวจรักษา จากสถิติ 3 ปีย้อนหลังของการให้บริการคลินิกไตเรื้อรัง โรงพยาบาลหลังสวน ปี พ.ศ.

2565 - 2567 พบผู้รับบริการ จำนวน 142 คน 184 คน และ 177 คน พบผู้ป่วยที่มีค่าโพแทสเซียมสูง ร้อยละ 15.4, 19.5 และ 17.5 ค่าฟอสฟอรัสสูง ร้อยละ 14.7, 19.0 และ 20.3 และมีค่าโพแทสเซียมสูงและฟอสฟอรัสสูง ร้อยละ 42.2, 45.1 และ 49.7 ตามลำดับ โดยยังคงพบปัญหาในสัดส่วนค่อนข้างสูงอย่างต่อเนื่อง และเป็นปัญหาที่ควรต้องปรับปรุงพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยฟอกไตให้ดีขึ้น (Langsuan Hospital, 2024)

คลินิกโรคไต โรงพยาบาลหลังสวนได้ให้การดูแลตามปกติ ได้แก่ การตรวจรักษา ปรึกษา และคำแนะนำเรื่อง การปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย แต่รูปแบบเดิมยังไม่มีส่วนที่เป็นระบบสำหรับการประเมินพฤติกรรมและอุปสรรคเฉพาะราย การกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว การให้ความรู้ที่เชื่อมโยงกับปัญหาที่พบ และการติดตามต่อเนื่อง ระหว่างนัด จึงอาจไม่สามารถตอบสนองต่อความแตกต่างด้านความรู้ พฤติกรรม การบริโภคอาหาร การใช้ยา และบริบท ชีวิตของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเพียงพอ นอกจากนี้ ยังไม่มีข้อมูลประเมินอย่างเป็นระบบว่าการดูแลตามปกติช่วยให้ ความรู้ พฤติกรรม การควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส การรับประทานยา และระดับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการดีขึ้น เพียงใด ช่างกล่าวดังกล่าวจึงเป็นเหตุผลการพัฒนาและประเมินรูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่มีการประเมิน เฉพาะราย ตั้งเป้าหมายร่วม และติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยเปรียบเทียบกับผลการดูแลตามปกติ ทีมงานผู้ดูแลผู้ป่วยฟอกไต โรงพยาบาลหลังสวน จึงได้จัดทำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีค่าโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสสูง และได้ทำการศึกษาประสิทธิผลรูปแบบ เพื่อพิจารณาว่ารูปแบบดังกล่าวมีประสิทธิภาพที่ดีหรือไม่ จะได้นำไปใช้ในการดูแล ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีค่าโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสสูง โดย
 - 1.1 ผลลัพธ์หลัก: เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของระดับโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสในเลือดจาก ก่อนทดลองถึง 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการดูแลกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติ
 - 1.2 ผลลัพธ์รอง: เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของความรู้ พฤติกรรม การควบคุมโพแทสเซียมและ ฟอสฟอรัส และพฤติกรรมการรับประทานยา จากก่อนทดลองถึง 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองต่อรูปแบบการดูแล เมื่อสิ้นสุดการติดตาม 3 เดือน

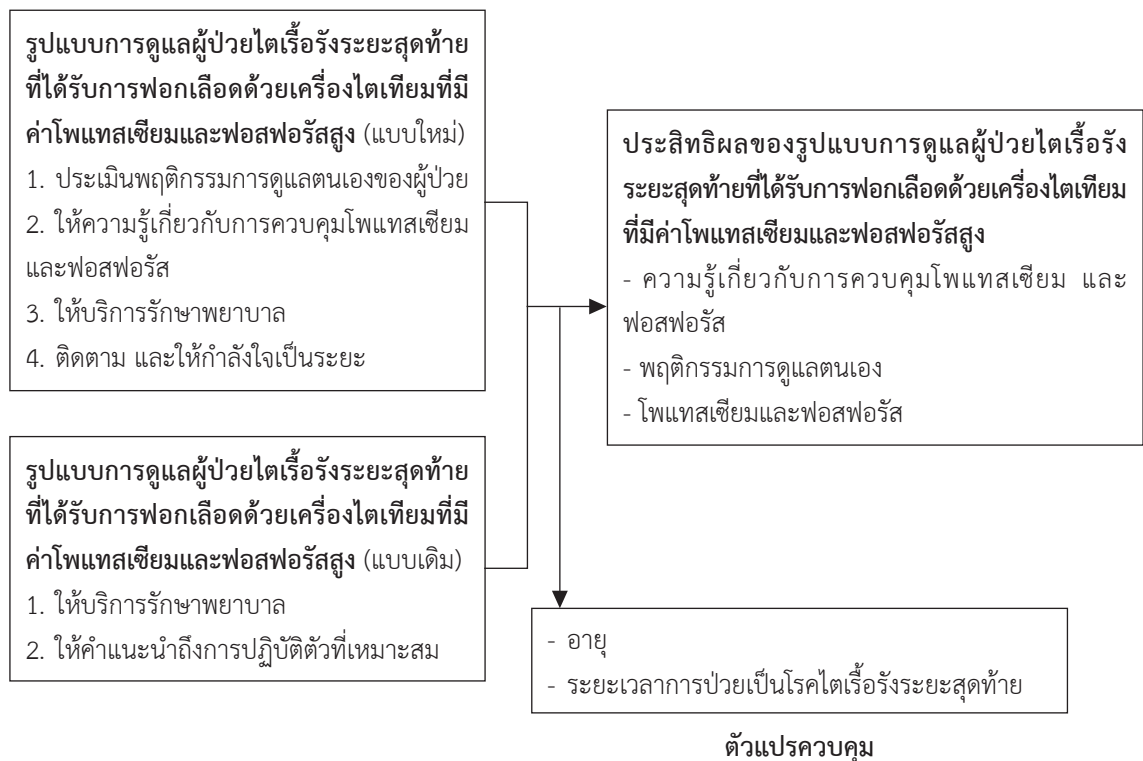
สมมติฐานการวิจัย

1. การเปลี่ยนแปลงระดับโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสในเลือดจากก่อนทดลองถึง 3 เดือนของกลุ่มทดลอง แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มทดลองมีระดับโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสลดลงมากกว่า
2. การเปลี่ยนแปลงคะแนนความรู้ พฤติกรรม การควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส และพฤติกรรมการ รับประทานยาจากก่อนทดลองถึง 3 เดือน ของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนน เพิ่มขึ้นมากกว่า

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพร้อมความสามารถในการดูแลตนเองของ Orem ซึ่งอธิบายว่าบุคคลจำเป็นต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) เพียงพอต่อความต้องการการดูแลตนเองเพื่อการบำบัด (Therapeutic self-care demand) หากความสามารถไม่เพียงพอจะเกิดภาวะพร้อมความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) และต้องได้รับการพยาบาลที่เหมาะสม (Tanaka, 2022) สำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มี ค่าโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสสูง ความต้องการดูแลตนเองครอบคลุมการเลือกอาหาร การรับประทานยาจับฟอสเฟต หรือยาที่เกี่ยวข้อง การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตามนัดฟอกเลือด รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นจึงเป็นระบบ

การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ประกอบด้วยการประเมินพฤติกรรมและอุปสรรคเฉพาะราย การให้ความรู้ และฝึกทักษะ การตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย/ครอบครัว และการติดตามผ่านโทรศัพท์หรือ Line กิจกรรมดังกล่าวมุ่งเพิ่มความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ และความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อลดภาวะพร่องความสามารถในการดูแลตนเอง ผลลัพธ์ระยะใกล้คือความรู้ การตัดสินใจเลือกอาหาร และการรับประทานยาที่เหมาะสมขึ้น ซึ่งคาดว่าจะนำไปสู่พฤติกรรม การควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสที่ดีขึ้น และสัมพันธ์กับระดับโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสในเลือดที่ลดลงหรือเข้าใกล้ช่วงเป้าหมาย โดยดำเนินการให้ผู้ป่วยมีความรู้ ปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และประมินผลความสำเร็จในการดูแลตนเอง ซึ่งในงานวิจัยนี้ได้ใช้รูปแบบการดำเนินการที่ประกอบด้วย 1. ประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส 3. การให้บริการรักษาพยาบาล 4. ติดตาม และให้กำลังใจผู้ป่วยเป็นระยะ นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีค่าโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสสูง และได้ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ โดยเปรียบเทียบรูปแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ คือ 1. ให้บริการรักษาพยาบาล และ 2. ให้คำแนะนำถึงการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ซึ่งพิจารณาประสิทธิผลของรูปแบบในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโพแทสเซียม และฟอสฟอรัส พฤติกรรมในการดูแลตนเอง และค่าโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส โดยการควบคุมตัวแปรอายุ และระยะเวลาการป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายให้มีลักษณะคล้ายกัน เนื่องจากอายุอาจสัมพันธ์กับสมรรถนะทางกาย ความรู้ความเข้าใจ การสนับสนุนจากครอบครัว และความสามารถในการดูแลตนเอง ขณะที่ระยะเวลาป่วยเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย อาจสัมพันธ์กับประสบการณ์การฟอกเลือด การปรับตัวต่อข้อจำกัดด้านอาหารและยา รวมถึงพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามตัวแปรทั้งสอง เพื่อลดความแตกต่างพื้นฐานระหว่างกลุ่มที่อาจมีผลต่อผลลัพธ์ สรุปเป็นกรอบแนวคิดได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบสองกลุ่ม วกก่อน-หลัง (Two groups pretest-posttest design) โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง (Non-randomized allocation)

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease; ESRD) ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและติดตามรักษาในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลหลังสวน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2567 ถึง 31 ธันวาคม 2567 จำนวน 177 คน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ **เกณฑ์คัดเข้า** (Inclusion Criteria) คือ 1) เป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป และฟอกเลือด 3 ครั้ง/สัปดาห์ ซึ่งติดตามการรักษาโดยคลินิกไตเรื้อรังของโรงพยาบาลหลังสวน 2) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยทุกราย ล่าสุด/อย่างน้อย 2 ครั้ง มีค่าโพแทสเซียม ≥ 5.5 มิลลิโมล/ลิตร และฟอสฟอรัส 4.5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถรับรู้ รับฟังและสื่อสารตามปกติได้ 4) ไม่เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจ ทั้งนี้ เพื่อความปลอดภัยของผู้เข้าร่วม เนื่องจากระดับโพแทสเซียมที่ผิดปกติและการเปลี่ยนแปลงของน้ำหรืออิเล็กโทรไลต์ระหว่างการฟอกเลือดอาจสัมพันธ์กับภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและเหตุการณ์หัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะในผู้ที่มีโรคหัวใจไม่คงที่ นอกจากนี้ ภาวะหัวใจที่รุนแรงอาจทำให้มีการปรับยา หรือเปลี่ยนฟอกเลือดบ่อยครั้ง ซึ่งส่งผลกระทบต่อระดับโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส และอาจเป็นตัวแปรกวนต่อการประเมินผลของรูปแบบการดูแล (Kovesdy et al., 2017; Wanner et al., 2018) และ 5) ยินดีร่วมมือในการศึกษา และอยู่ร่วมการศึกษาได้ครบ 3 เดือน **เกณฑ์คัดออก** (Exclusion criteria) คือ 1) มีภาวะแทรกซ้อนจนไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ เช่น ภาวะหัวใจวายจากภาวะน้ำเกินจนต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือโรคอื่นที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการศึกษา เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อม เป็นต้น 2) กลุ่มตัวอย่างย้ายไปรักษาที่อื่น หรือไม่ได้รับการรักษาในคลินิกไตเรื้อรัง โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร และ 3) ปฏิเสธหรือขอลอนตัวจากการร่วมวิจัย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกของการศึกษา ผู้ที่เข้าเกณฑ์และยินยอมเข้าร่วมวิจัยได้รับการบันทึกข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ อายุและระยะเวลาป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จากนั้นผู้วิจัยจัดผู้เข้าร่วมเป็นชั้นตามช่วงอายุ ได้แก่ น้อยกว่า 40 ปี 40-59 ปี และตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และตามระยะเวลาป่วย ได้แก่ น้อยกว่า 3 ปี 3-5 ปี และมากกว่า 5 ปี ด้วยการจับคู่แบบกลุ่ม (Individual matching) โดยพยายามให้จำนวนหรือสัดส่วนผู้เข้าร่วมในแต่ละชั้นของอายุและระยะเวลาป่วยใกล้เคียงกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังจากนั้น ผู้วิจัยอธิบายรูปแบบการดูแลทั้ง 2 แบบแก่ผู้เข้าร่วม ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีระดับโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสสูง และการดูแลตามปกติ แล้วให้ผู้เข้าร่วมเลือกกลุ่มตามความสมัครใจ การจัดสรรกลุ่มจึงเป็นแบบไม่สุ่มตามความสมัครใจ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 โดยเลือก F tests: ANOVA: Repeated measures, within-between interaction ให้สอดคล้องกับการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจากก่อนทดลองถึง 3 เดือน กำหนดจำนวนกลุ่ม 2 กลุ่ม จำนวนครั้งวัด 2 ครั้ง ระดับนัยสำคัญ ($\alpha = .05$) อำนาจการทดสอบ .90 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างการวัดซ้ำ ($r = .50$) และ nonsphericity correction ($\epsilon = 1.00$) เนื่องจากวัดซ้ำ 2 ครั้ง กำหนดขนาดอิทธิพลแบบปานกลาง ($f = .25$) ตามเกณฑ์ของ Cohen (1988) โดยใช้การศึกษาของ Kim and Cho (2025) เพื่อสนับสนุนความใกล้เคียงของประชากร ลักษณะการแทรกแซงและผลลัพธ์ แต่ไม่ได้ใช้เป็นแหล่งกำเนิดของค่า (f) โดยตรง เพราะระยะติดตามและองค์ประกอบของโปรแกรมแตกต่างจากการศึกษานี้ ผลการคำนวณได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 36 คนต่อกลุ่ม รวม 72 คน เพื่อเผื่อการสูญหายร้อยละ 10 ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง 4 คนต่อกลุ่ม เป็นกลุ่มละ 40 คน รวมทั้งสิ้น 80 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีค่าโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสสูง และรูปแบบแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ ดังนี้

1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีค่าโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสสูง แบบใหม่ (สำหรับกลุ่มทดลอง) ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 (เดือนแรกที่เข้าร่วมรูปแบบ)

1. การประเมินพฤติกรรมในการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสของผู้ป่วย

1.1 ประเมินพฤติกรรมในการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสของผู้ป่วย ในเรื่องการรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส การรับประทานยา และการสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ด้วยการสนทนา และดูข้อมูลผลการตรวจโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสจากห้องปฏิบัติการ

1.2 สรุปลักษณะของพฤติกรรมในการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสของผู้ป่วยที่ยังไม่ถูกต้อง ประกอบกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ยังไม่อยู่ในค่าตามมาตรฐาน หาแนวทางและร่วมวางแผนการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่ควรปรับปรุงแก้ไข

1.3 ตกลงถึงกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสของผู้ป่วย และกำหนดเป้าหมายของการดำเนินการร่วมกับเจ้าหน้าที่

2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นรายกลุ่ม/รายบุคคล ตามจำนวนผู้ป่วย/ญาติที่มีในขณะนั้น โดยจะเน้นในประเด็นการปฏิบัติตัวที่ยังไม่ถูกต้องเป็นปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสด้วยการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันระหว่างผู้ป่วย และญาติ (ถ้ามีญาติมาด้วย) พร้อมใช้สื่อประกอบในการให้ความรู้ และให้คำแนะนำถึงการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และเน้นให้ญาติคอยดูแลให้ความช่วยเหลือ โดยเน้นให้เกิดการเรียนรู้เรื่องการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส และการรับประทานยา และการสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ

3. นัดหมายผู้ป่วยให้มาพบ เพื่อประเมินพฤติกรรมในการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส เมื่อมาพบแพทย์ครั้งต่อไป

4. ติดตาม และให้กำลังใจผู้ป่วย หลังจากผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว 15 วัน ก็โทรศัพท์หรือส่งข้อความทางระบบ Line application สอบถามผู้ป่วย / ญาติ (กรณีผู้ป่วยไม่มีโทรศัพท์หรือไม่สะดวกต่อการพูดคุยทางโทรศัพท์) ถึงการปฏิบัติตัว และให้คำแนะนำพร้อมให้กำลังใจผู้ป่วยให้ปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง / ญาติเพื่อให้ดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง

ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 2)

1. ประเมินพฤติกรรมในการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส และให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส ที่ยังไม่ได้ทำหรือยังทำไม่ถูกต้อง โดยหลังจากผู้ป่วยได้พบแพทย์พยาบาลก็จะพูดคุยซักถามเป็นรายบุคคลกับผู้ป่วยและญาติถึงการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เคยได้ให้คำแนะนำว่าปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใด ยังมีปัญหาอุปสรรคอะไรหรือไม่ และให้คำแนะนำเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังไม่รู้ ไม่เข้าใจ หรือยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง และดูข้อมูลผลการตรวจโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสจากห้องปฏิบัติการร่วมด้วย

2. ติดตาม และให้กำลังใจผู้ป่วย หลังจากผู้ป่วยมาพบในครั้งที่ 2 แล้ว 15 วัน ก็โทรศัพท์หรือส่งข้อความทางระบบ Line application สอบถามถึงการปฏิบัติตัว โดยจะเน้นในส่วนที่ยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องจากการมาครั้งก่อน พร้อมเสริมพลังให้กำลังใจผู้ป่วยให้ปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง และให้คำแนะนำพร้อมให้กำลังใจ ผู้ป่วยให้ปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง / ญาติเพื่อให้ดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง หรืออาจพิจารณาเยี่ยมบ้านผู้ป่วยให้คำแนะนำ ในกรณีที่มีแนวโน้มของการปฏิบัติตัวที่แย่ลง

3. นัดหมายผู้ป่วยให้มาพบ เพื่อประเมินพฤติกรรมในการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสครั้งต่อไป ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 3)

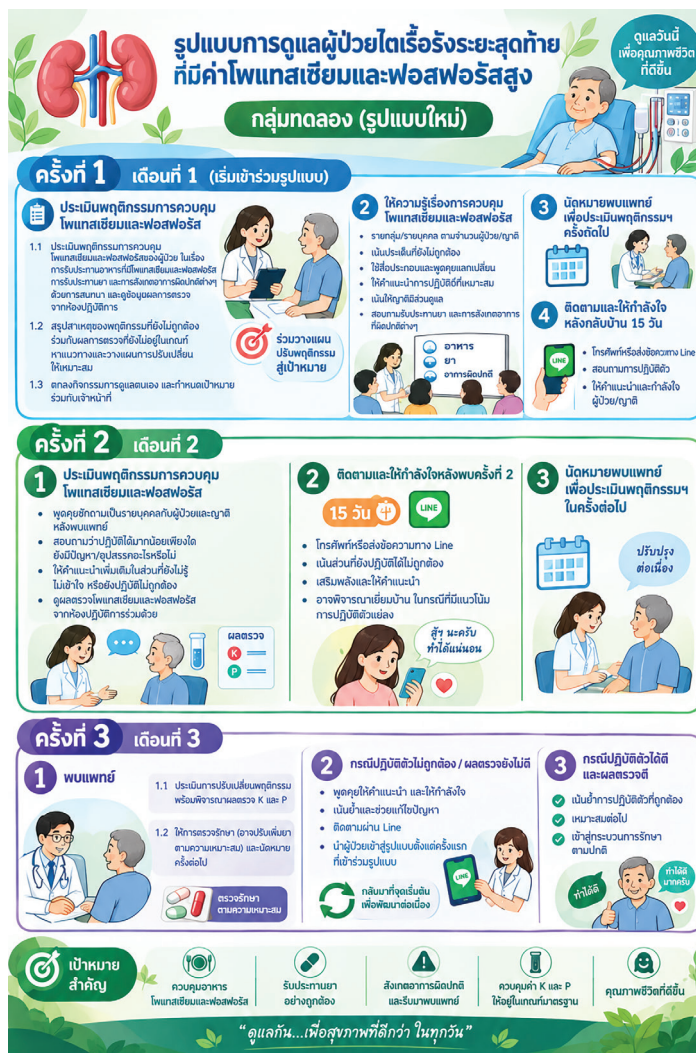
1. พบแพทย์ เพื่อ

1.1 ประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส พร้อมกับพิจารณาผลการตรวจโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสจากห้องปฏิบัติการ

1.2 ให้การตรวจรักษา ซึ่งแพทย์อาจพิจารณาปรับเพิ่มยาตามความเหมาะสม และนัดหมายมารักษาในครั้งต่อไป

2. กรณีผู้ป่วยยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง หรือไม่มีแนวโน้มในทางที่ดีของการปฏิบัติตัว และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยังไม่ดี เจ้าหน้าที่ผู้ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ก็จะพูดคุยถึงการปฏิบัติตัว พร้อมให้กำลังใจ เน้นย้ำและช่วยแก้ไขปัญหในส่วนที่ผู้ป่วยยังมีปัญหาในการปฏิบัติตัว และพูดคุย ติดตามทางระบบ Line application สอบถามถึงการปฏิบัติตัว และนำผู้ป่วยเข้าสู่รูปแบบตั้งแต่ครั้งแรกที่เข้าร่วมรูปแบบ

3. กรณีผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ดี และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการดี ก็เน้นย้ำให้ปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป และเข้าสู่กระบวนการรักษาตามปกติ แสดงได้ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีค่าโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสสูง

ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มทดลองทุกรายได้รับกิจกรรมหลักตามรูปแบบการดูแลตลอดระยะเวลา 3 เดือน ได้แก่ 1) การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองและอุปสรรคเฉพาะรายก่อนเริ่มโครงการ จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 20 นาที 2) การให้ความรู้แบบรายบุคคลเกี่ยวกับการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส การเลือกอาหาร การรับประทานยา และการมาฟอกเลือดตามนัด จำนวน 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 20-25 นาที และ (3) การตั้งเป้าหมายการดูแลตนเองร่วมกับผู้ป่วย และญาติ จำนวน 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 10 นาที

ผู้ดำเนินกิจกรรมคือ พยาบาลวิชาชีพ/ผู้วิจัย ซึ่งได้รับการชี้แจงกิจกรรมต่าง ๆ ก่อนเริ่มโครงการ ผู้เข้าร่วมได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ / Line อย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือนตลอดโครงการ เพื่อติดตามการปฏิบัติตามแผน อุปสรรค การรับประทานยา และความจำเป็นในการส่งต่อหรือปรึกษาทีมรักษา ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมทุกคนยังคงได้รับการรักษาตามมาตรฐานของหน่วยฟอกเลือด

2) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีค่าโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสสูง แบบเดิม (สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ) ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติตลอดระยะเวลา 3 เดือน ประกอบด้วย 1) การรักษาพยาบาล โดยแพทย์เป็นผู้ประเมินอาการ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และความจำเป็นในการปรับแผนการรักษาตามข้อบ่งชี้ทางคลินิก ขณะที่พยาบาลประจำหน่วยฟอกเลือดให้บริการพยาบาลตามมาตรฐาน เช่น การประเมินอาการก่อน ระหว่าง และหลังการฟอกเลือด การติดตามการมาตามนัด และ 2) ให้คำแนะนำถึงการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ได้แก่ การควบคุมอาหารที่มีโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสสูง การรับประทานยาตามแผนการรักษา และการมาฟอกเลือดตามนัด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีค่าโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสสูง ซึ่งประยุกต์ใช้บางส่วนจากงานวิจัยของ Putruttanamaneekun (2022) และผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นในบางส่วน ประกอบด้วยส่วนต่างๆ ดังนี้คือ

1.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และสิทธิในการรักษาพยาบาล ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปิด หรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ รวมจำนวน 9 ข้อ

1.2 ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโพแทสเซียม 13 ข้อ และความรู้เกี่ยวกับการควบคุมฟอสฟอรัส 10 ข้อ รวมทั้งสิ้น 23 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามให้เลือกตอบว่าใช่ ไม่ใช่ หรือไม่ทราบ โดยถ้าตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด/ไม่ทราบให้ 0 คะแนน

1.3 พฤติกรรมการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส ประกอบด้วยพฤติกรรมในเรื่องการควบคุมโพแทสเซียม 11 ข้อ การควบคุมฟอสฟอรัส 11 ข้อ และการรับประทานยา 5 รวมทั้งสิ้น 27 ข้อ แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยมีข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่า ไม่เคยเลย นาน ๆ ครั้ง เป็นประจำ และทุกวัน/ทุกครั้ง แบ่งเกณฑ์การพิจารณาในแต่ละข้อดังนี้คือ ข้อคำถามเชิงบวก ถ้าตอบทุกวัน/ทุกครั้ง ให้คะแนน 3 คะแนน เป็นประจำ ให้คะแนน 2 คะแนน นาน ๆ ครั้ง ให้คะแนน 1 คะแนน และไม่เคยเลย ให้คะแนน 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ถ้าตอบทุกวัน/ทุกครั้ง ให้คะแนน 0 คะแนน เป็นประจำ ให้คะแนน 1 คะแนน นาน ๆ ครั้ง ให้คะแนน 2 คะแนน และไม่เคยเลย ให้คะแนน 3 คะแนน

1.4 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีค่าโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสสูง แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) รวมทั้งสิ้น 12 ข้อ แบ่งเกณฑ์การพิจารณาในแต่ละข้อดังนี้คือ ถ้าตอบมาก ให้คะแนน 3 คะแนน ปานกลาง ให้คะแนน 2 คะแนน น้อย ให้คะแนน 1 คะแนน และไม่พอใจ ให้คะแนน 0 คะแนน การประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีค่าโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสสูง

ได้แบ่งระดับความพึงพอใจ ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60) คะแนน 0-20 คะแนน ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) คะแนน 21-28 คะแนน ระดับมาก (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) คะแนน 29-36 คะแนน (Likert, 1932)

2. แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วย ผลการตรวจโพแทสเซียม และฟอสฟอรัสจากห้องปฏิบัติการ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการได้รับรูปแบบฯ 3 เดือน จากแบบบันทึกประวัติผู้ป่วย (OPD card) ซึ่งเป็นผลเลือด Pre-dialysis

คุณภาพเครื่องมือ ได้นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่พัฒนา แบบสอบถาม และแบบบันทึกภาวะสุขภาพ ให้แพทย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต และนักโภชนาการ รวม 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงในเนื้อหา (Content validity) และพิจารณาตัดสินตามความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน ด้วยดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence : IOC) ในแต่ละข้อที่มีค่าอยู่ระหว่าง .66 - 1.00 ทั้งนี้มีค่า IOC โดยรวม = 0.88 หลังจากนั้นได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับประชากรที่ศึกษา แต่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มที่ศึกษา จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson, KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.76 วิเคราะห์ความเชื่อมั่นแบบวัดพฤติกรรมการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส และแบบวัดความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.84 และ 0.92 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บข้อมูลแบบสอบถามก่อน และหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีค่าโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสสูง (รูปแบบใหม่) / การใช้รูปแบบเดิม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ร่วมกับการตรวจสอบความครบถ้วนจากการตอบแบบสอบถาม

2. เก็บข้อมูลสุขภาพตามแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสก่อนการดำเนินการ และหลังการดำเนินการ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จากแบบบันทึกประวัติผู้ป่วย (OPD card)

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 1 ก่อนการทดลอง ในเดือนกันยายน 2568 และครั้งที่ 2 หลังการดำเนินการครบ 3 เดือน ในเดือนธันวาคม 2568

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) Chi-square test, Independent t-test และ Paired sample t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ พิจารณาอนุญาตให้ทำการวิจัย ซึ่งได้ผ่านการรับรองตามหนังสือเลขที่ 091/2568 ลงวันที่ 7 สิงหาคม 2568 พร้อมทั้งได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคนด้วยการชี้แจงข้อมูลและการให้ความยินยอมโดยสมัครใจ สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวโดยไม่กระทบต่อการรักษา การรักษาความลับ การใช้รหัสแทนชื่อ และการรายงานผลในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยตัวตน

ผลการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.5 มีอายุ 40-59 ปี ร้อยละ 27.5 รองลงมาอายุน้อยกว่า 40 ปี และ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 27.5 และ 27.5 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62.5 ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ประถมศึกษา อนุปริญญา/สูงกว่า และมีมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 37.5, 35.0, 15.0 และ 12.5 ตามลำดับ ในเรื่องอาชีพ พบช่วยเหลืองานในครอบครัวเกษตรกรรม ค่าขาย/ธุรกิจส่วนตัว และรับจ้าง ร้อยละ 35.0, 27.5, 22.5 และ 15.0 ตามลำดับ มีรายได้ 10,000 บาทขึ้นไป และน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 47.5 และ 25.0 ทั้งนี้ พบผู้ไม่มีรายได้ ร้อยละ 27.5ป่วยเป็นไตวายระยะสุดท้ายมานาน 3-5 ปี มากกว่า 5 ปี

และน้อยกว่า 3 ปี ร้อยละ 40.0, 37.5 และ 22.5 ได้รับการฟอกเลือดมานาน 1-5 ปี ร้อยละ 52.5 ส่วนใหญ่ มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ร้อยละ 97.5 (บัตรประกันสุขภาพ และประกันสังคม ร้อยละ 77.5 และ 20.0 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.0 มีอายุ 40-59 ปี ร้อยละ 47.5 รองลงมาอายุน้อยกว่า 40 ปี และ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 27.5 และ 25.0 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 50.0 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และอนุปริญญา/สูงกว่า ร้อยละ 47.5, 22.5, 20.0 และ 10.0 ตามลำดับ ในเรื่องอาชีพ พบช่วยเหลืองานในครอบครัว ค่าขาย/ธุรกิจส่วนตัว เกษตรกรรม รับจ้าง และข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 45.0, 20.0, 17.5, 12.5 และ 5.0 ตามลำดับ มีรายได้ 10,000 บาทขึ้นไป และน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 35.0 และ 30.0 ทั้งนี้ พบผู้ไม่มีรายได้ ร้อยละ 35.0 ป่วยเป็นไตวายระยะสุดท้ายมานาน 3-5 ปี มากกว่า 5 ปี และน้อยกว่า 3 ปี ร้อยละ 40.0, 37.5 และ 22.5 ได้รับการฟอกเลือดมานาน 1-5 ปี ร้อยละ 70.0 ทั้งหมดมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล (บัตรประกันสุขภาพ ประกันสังคม และสิทธิข้าราชการ ร้อยละ 88.5, 7.5 และ 5.0 ตามลำดับ)

เมื่อเปรียบเทียบตัวแปรควบคุม (อายุ และระยะเวลาการป่วยเป็นไตวายระยะสุดท้าย) และลักษณะส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีลักษณะดังกล่าวไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} > 0.05$) ดังนั้น จึงเหมาะสมต่อการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคล และตัวแปรควบคุม (อายุ และระยะเวลาการป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย) ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		p-value
	จำนวน (n = 40)	ร้อยละ (100)	จำนวน (n = 40)	ร้อยละ (100)	
เพศ					1.000
ชาย	17	42.5	18	45.0	
หญิง	23	57.5	22	55.0	
อายุ					0.963
น้อยกว่า 40 ปี	11	27.5	11	27.5	
40-59 ปี	18	45.0	19	47.5	
60 ปีขึ้นไป	11	27.5	10	25.0	
สถานภาพสมรส					0.271
โสด	9	22.5	8	20.0	
คู่	25	62.5	20	50.0	
หม้าย/หย่า/แยก	6	15.0	12	30.0	
ระดับการศึกษา					0.219
ประถมศึกษา	14	35.0	19	47.5	
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	12.5	9	22.5	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	15	37.5	8	20.0	
อนุปริญญา/สูงกว่า	6	15.0	4	10.0	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		p-value
	จำนวน (n = 40)	ร้อยละ (100)	จำนวน (n = 40)	ร้อยละ (100)	
อาชีพ					0.472
ช่วยเหลืองานในครอบครัว	14	35.0	18	45.0	
เกษตรกร	11	27.5	7	17.5	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	9	22.5	8	20.0	
รับจ้าง	6	15.0	5	12.5	
ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ	0	0.0	2	5.0	
รายได้ (บาท)					0.522
ไม่มีรายได้	11	27.5	14	35.0	
น้อยกว่า 10,000 บาท	10	25.0	12	30.0	
10,000 บาทขึ้นไป	19	47.5	14	35.0	
ระยะเวลาการป่วยเป็นไตวายระยะสุดท้าย					0.968
น้อยกว่า 3 ปี	9	22.5	9	22.5	
3-5 ปี	16	40.0	16	40.0	
มากกว่า 5 ปี	15	37.5	15	37.5	
ระยะเวลาการได้รับการฟอกเลือด					0.236
น้อยกว่า 1 ปี	6	15.0	5	12.5	
1-5 ปี	21	52.5	28	70.0	
มากกว่า 5 ปี	13	32.5	7	17.5	
สิทธิในการรักษาพยาบาล					1.000*
ชำระเงินเอง	1	2.5	0	0.0	
เบิกได้	39	97.5	40	100.0	
บัตรประกันสุขภาพ	31	77.5	35	88.5	
ประกันสังคม	8	20.0	3	7.5	
สิทธิข้าราชการ	0	0.0	2	5.0	

หมายเหตุ p-value จาก Chi-square test, * p-value จาก Fisher's exact test

ประสิทธิผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีค่าโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสสูง

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส พฤติกรรมการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส การรับประทานยา ค่าโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส ก่อนกับหลัง การทดลอง ของกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส พฤติกรรมการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส การรับประทานยาที่ดีขึ้น และทำให้ค่าโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.002) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส พฤติกรรมการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส การรับประทานยา ระดับโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 40)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		p-value
		SD		SD	
ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโพแทสเซียม (คะแนน)	9.1	1.7	10.2	1.7	0.002
ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมฟอสฟอรัส (คะแนน)	7.3	1.3	8.5	0.9	< 0.001
พฤติกรรมการควบคุมโพแทสเซียม (คะแนน)	20.3	2.0	25.2	3.5	< 0.001
พฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัส (คะแนน)	22.7	2.4	26.7	2.4	< 0.001
การรับประทานยา (คะแนน)	6.2	1.0	7.2	1.3	< 0.001
ระดับโพแทสเซียม (มิลลิโมล/ลิตร)	5.8	0.3	4.7	0.5	< 0.001
ระดับฟอสฟอรัส (มิลลิโมล/ลิตร)	5.8	0.3	4.8	0.9	< 0.001

หมายเหตุ p-value จาก Paired sample t-test

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส พฤติกรรมการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส การรับประทานยา ค่าโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส พฤติกรรมการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส การรับประทานยามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีค่าโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเช่นกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.047) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส พฤติกรรมการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส การรับประทานยา ค่าโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส ระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 40) กับกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 40) หลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		p-value
		SD		SD	
ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโพแทสเซียม (คะแนน)	10.2	1.7	9.3	2.2	0.047
ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมฟอสฟอรัส (คะแนน)	8.5	0.9	7.5	1.7	0.002
พฤติกรรมการควบคุมโพแทสเซียม (คะแนน)	25.2	3.5	20.7	2.6	< 0.001
พฤติกรรมการควบคุมฟอสฟอรัส (คะแนน)	26.7	2.4	21.3	2.5	< 0.001
การรับประทานยา (คะแนน)	7.2	1.3	5.9	1.2	< 0.001
ค่าโพแทสเซียม (มิลลิโมล/ลิตร)	4.7	0.5	5.8	0.4	< 0.001
ค่าฟอสฟอรัส (มิลลิโมล/ลิตร)	4.8	0.9	6.2	0.8	< 0.001

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีค่าโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสสูง ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจระดับมาก ร้อยละ 82.5 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง

ร้อยละ 17.5 ต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย รายละเอียดดังตารางที่ 4 ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากตั้งแต่ร้อยละ 60.0 ถึงร้อยละ 80.0 ในแต่ละประเด็น ยกเว้นเรื่องการมีส่วนร่วมต่อการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น วิธีการหรือกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความรู้ ความสามารถของผู้จัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความเหมาะสมของระยะเวลาในการจัดกิจกรรม มีความพึงพอใจมาก ร้อยละ 57.5, 50.0, 47.5 และ 47.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน (n = 40)	ร้อยละ (100)
น้อย (0 - 20 คะแนน)	0	0.0
ปานกลาง (21 - 28 คะแนน)	7	17.5
มาก (29 - 36 คะแนน)	33	82.5
$\bar{X} = 31.5$, $SD = 3.9$, $Min = 21$, $Max = 36$		

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลลัพธ์หลักของการศึกษานี้คือ การเปลี่ยนแปลงของระดับโพแทสเซียม และฟอสฟอรัสในเลือดภายหลังติดตาม 3 เดือน โดยระดับโพแทสเซียมของกลุ่มทดลองลดจาก 5.8 เป็น 4.7 มิลลิโมล/ลิตร หรือระดับโพแทสเซียมลดลง 1.1 มิลลิโมล/ลิตร ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าลดลง 1.0 มิลลิโมล/ลิตร ส่วนระดับฟอสฟอรัสของกลุ่มทดลองลดจาก 5.8 เป็น 4.8 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือระดับฟอสฟอรัสลดลง 1.0 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าลดลง 0.9 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ผลดังกล่าวชี้ว่าผลตรวจของกลุ่มทดลองอยู่ในทิศทางที่ดีขึ้น และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเมื่อสิ้นสุดการติดตาม ส่วนผลลัพธ์รอง พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส พฤติกรรมการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส และพฤติกรรมการรับประทานยาดีขึ้นจากก่อนการทดลอง และมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ตัวเลขดังกล่าวสนับสนุนว่าการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมเกิดร่วมกับการได้รับรูปแบบการดูแล ทั้งนี้ การลดลงของระดับโพแทสเซียมมีความสำคัญในเชิงคลินิกเนื่องจากระดับโพแทสเซียมที่สูงในผู้ป่วยพอกเลือดสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและเหตุการณ์ทางหัวใจและหลอดเลือด อย่างไรก็ตาม การตีความการเปลี่ยนแปลงของระดับฟอสฟอรัสควรพิจารณาร่วมกับเป้าหมายทางคลินิก การรักษาด้วยยา และความเพียงพอของการพอกเลือดด้วยทั้งนี้ รูปแบบที่นำไปทดลองใช้นี้ ประกอบด้วย การประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ให้บริการรักษาพยาบาล ติดตามและให้กำลังใจเป็นระยะ ซึ่งในการประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยนั้น ช่วยให้ทราบถึงปัญหาการดูแลตนเองของผู้ป่วย ว่าพฤติกรรมอะไรที่ยังไม่ได้ปฏิบัติ หรือปฏิบัติเพียงเล็กน้อย หรือยังไม่ถูกต้อง นำสิ่งที่เป็นปัญหานั้นมาให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยทราบพฤติกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ได้ปฏิบัติ และสามารถปรับการปฏิบัติตนได้เหมาะสมยิ่งขึ้น พร้อมให้คำแนะนำในส่วนขาดหรือส่วนที่ยังไม่รู้ หรือยังปฏิบัติไม่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งการให้ความรู้ คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับเนื้อหา และวิธีการปฏิบัติตน ซึ่งอาจส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม (Green & Kreuter, 2005) นอกจากนี้ ก็ได้มีการให้บริการรักษาพยาบาล ติดตามและให้กำลังใจเป็นระยะ ซึ่งการติดตามจะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยได้มีการดูแลตนเองถูกต้องหรือไม่ จะได้ให้คำแนะนำให้ปฏิบัติตนให้ถูกต้อง อีกทั้งเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สำหรับในกิจกรรมการให้กำลังใจ เป็นการแสดงถึงการใส่ใจติดตามการดูแลผู้ป่วย เป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด หากผู้ป่วยไม่เข้าใจในประเด็นใด สามารถซักถามได้ (Beckie, 1989)

ในเชิงกลไก การประเมินอุปสรรคเฉพาะราย การให้ความรู้ การตั้งเป้าหมายร่วม และการติดตาม อาจเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency และลดภาวะพร่องความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) ตามแนวคิด Orem จึงสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการรับประทานยาที่ดีขึ้น (Tanaka, 2022) นอกจากนี้ ผลการศึกษามีทิศทางสอดคล้องกับงานส่งเสริมการดูแลตนเองและควบคุมอาหารในผู้ป่วยฟอกเลือด ซึ่งรายงานการเปลี่ยนแปลงด้านการควบคุมฟอสฟอรัส และบางการศึกษาพบระดับฟอสฟอรัสลดลง (Artprajan et al., 2024; Kim & Cho, 2025) อย่างไรก็ตาม ผลของการให้ความรู้และการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อผลลัพธ์ทางชีวเคมียังไม่สม่ำเสมอในทุกการศึกษา เนื่องจากมีความแตกต่างด้านรูปแบบกิจกรรม ระยะเวลาติดตาม และลักษณะของผู้ป่วย ดังนั้น ผลการศึกษาค้างนี้ควรพิจารณาภายใต้บริบทของการศึกษานี้ โดยสรุป รูปแบบการดูแลมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์หลักและผลลัพธ์รองที่ดีขึ้นในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ดังนั้น รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่นำมาใช้นี้ มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส พฤติกรรมการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส การรับประทานยาที่ดีขึ้น เมื่อพิจารณารูปแบบเดิมที่ปฏิบัติ พบว่ามีความแตกต่างกันในเรื่องการประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง การให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส อย่างเป็นระบบ ชัดเจนในเนื้อหาที่จะให้ผู้ป่วยได้รับ ตลอดจนมีการติดตาม และให้กำลังใจ ซึ่งอาจช่วยเสริมพลังให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแลมีความรู้ พฤติกรรมการควบคุมโพแทสเซียมและฟอสฟอรัส และพฤติกรรมการรับประทานยาที่ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบเดิม รวมทั้งมีระดับโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสหลังการทดลองต่ำกว่า ทำให้ค่าโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสลดลง และลดลงมากกว่ารูปแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ ผลการศึกษาค้างนี้สอดคล้องกับการให้โปรแกรมในการส่งเสริม / ดำเนินการให้ความรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ของ Artprajan et al. (2024); Yoophong (2023) ที่พบว่า สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความรู้เรื่องการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหาร และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ส่วน Jeentae (2025) พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการควบคุมฟอสฟอรัสในอาหาร พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น และระดับฟอสฟอรัสในเลือดลดลง

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษานี้มีการจัดสรรผู้เข้าร่วมแบบไม่สุ่ม และให้ผู้ป่วยเลือกกลุ่มตามความสมัครใจ แม้จะมีการจับคู่ตามอายุและระยะเวลาป่วย จึงไม่สามารถตัดความเป็นไปได้ของ selection bias และปัจจัยกวนอื่นออกได้ทั้งหมด นอกจากนี้ ระดับโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสอาจได้รับอิทธิพลจากการปรับยา ความเพียงพอของการฟอกเลือด การรับประทานอาหาร และโรคร่วม ดังนั้น ผลที่พบควรตีความว่าเป็นความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับรูปแบบการดูแลกับผลลัพธ์ที่ดีขึ้น มากกว่าการสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลโดยตรง

2. ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีค่าโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสสูง พบว่า ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีค่าโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสสูง ส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจระดับมาก ร้อยละ 82.5 ทั้งนี้ รูปแบบนี้มีข้อดีคือ มีทั้งการประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง การให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นระบบ มีการติดตามให้กำลังใจ ตลอดจนมีการสร้างการมีส่วนร่วมในการวางแผนการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับผู้ป่วย มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในกรณีที่มีแนวโน้มของการปฏิบัติตัวที่แย่ลง เป็นการดูแลอย่างใกล้ชิด แสดงถึงความห่วงใยต่อผู้ป่วย และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในส่วนที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งอาจมีส่วนส่งเสริมให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มุ่งมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Fangsin (2024) ที่ศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน โดยมีการดำเนินกิจกรรมในลักษณะดังกล่าวนี้ และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มุ่งมีความพึงพอใจในระดับมาก อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวดำเนินการในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานซึ่งมีลักษณะประชากรแตกต่างจากการศึกษาค้างนี้ จึงควรใช้เป็นหลักฐานสนับสนุนในประเด็นลักษณะการจัดกิจกรรมและความพึงพอใจมากกว่าการเปรียบเทียบผลโดยตรง

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การจัดสรรผู้เข้าร่วมเป็นแบบไม่สุ่ม (Nonrandom allocation) และให้ผู้ป่วยเลือกกลุ่มตามความสมัครใจ แม้มีการจับคู่ตามอายุและระยะเวลาป่วย จึงยังอาจเกิด Selection bias และความแตกต่างด้านแรงจูงใจ ความพร้อมของครอบครัว หรือความตั้งใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระหว่างกลุ่มตั้งแต่มุ่งเริ่มการศึกษา
2. การศึกษาดำเนินการในโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว ทำให้การนำผลไปอธิบายหรือประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยและบริบทบริการอื่นควรทำอย่างระมัดระวัง
3. ผู้เข้าร่วมอาจแลกเปลี่ยนข้อมูล สื่อ หรือคำแนะนำกันระหว่างกลุ่ม ซึ่งอาจลดความแตกต่างของผลลัพธ์ระหว่างกลุ่ม
4. การศึกษานี้ไม่ได้ประเมิน Intervention fidelity อย่างเป็นระบบ จึงไม่สามารถยืนยันได้อย่างครบถ้วนว่า ผู้เข้าร่วมทุกคนได้รับกิจกรรมตามรูปแบบเดียวกัน ทั้งด้านเนื้อหา ความถี่ และระยะเวลา ความแตกต่างของการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวอาจมีผลต่อการตีความผลลัพธ์ การศึกษาครั้งต่อไปควรใช้คู่มือการดำเนินงาน การอบรมผู้ให้บริการ และแบบตรวจสอบความครบถ้วนของกิจกรรมอย่างเป็นระบบ
5. ผลลัพธ์ด้านความรู้ พฤติกรรม และการรับทราบยาส่วนหนึ่งวัดจากการรายงานตนเอง จึงอาจได้รับอิทธิพลจาก Self-report bias และ Social desirability bias กล่าวคือ ผู้เข้าร่วมอาจรายงานการปฏิบัติตามในทางที่สังคมคาดหวังมากกว่าการปฏิบัติจริง นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมและผู้ดำเนินกิจกรรมไม่สามารถปกปิดการจัดกลุ่มได้ จึงอาจเกิดความคลาดเคลื่อนจากความคาดหวังต่อผลลัพธ์
6. ระดับโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสอาจได้รับอิทธิพลจากการปรับยา เช่น Phosphate binders หรือยาที่มีผลต่อโพแทสเซียม ไบสังและความเพียงพอของการฟอกเลือด อาหาร โรคร่วม และการทำงานของไตที่เหลืออยู่ ซึ่งอาจไม่ได้รับการควบคุมหรือปรับวิเคราะห้อย่างครบถ้วน อีกทั้งระยะติดตามเพียง 3 เดือนทำให้ประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางชีวเคมีในระยะยาวไม่ได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษานี้อาจใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อทดลองใช้รูปแบบการดูแลในคลินิกโรคไต แต่ยังไม่ควรขยายเป็นนโยบายทั่วหน่วยงาน เนื่องจากการศึกษามีการจัดกลุ่มแบบไม่สุ่มและอาจมีปัจจัยกวนจากยาและการฟอกเลือด ซึ่งก่อนขยายผล ควรทดลองใช้โดยมีคู่มือและติดตามความครบถ้วนของกิจกรรม การให้ความรู้ และการติดตาม รวมทั้งเฝ้าระวังความปลอดภัย เช่น ผลตรวจโพแทสเซียม/ฟอสฟอรัส การปรับยา และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การศึกษาครั้งต่อไปควรใช้การออกแบบที่เข้มแข็งกว่า เช่น การสุ่มจัดสรรหรือกลุ่มเปรียบเทียบที่ปรับค่า Baseline และตัวแปรกวนสำคัญ พร้อมติดตามนานกว่า 3 เดือน ก่อนพิจารณาขยายผลในระดับหน่วยงาน
2. ควรมีการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยอาจพิจารณาส่งไปอบรม / ฝึกปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญ
3. ควรพัฒนาการให้บริการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีค่าโพแทสเซียม และฟอสฟอรัสสูง ให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นในเรื่องการมีส่วนร่วมต่อการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น วิธีการหรือกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความเหมาะสมของระยะเวลาในการจัดกิจกรรม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาความเหมาะสมของกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ศักยภาพของผู้ดำเนินการ และระยะเวลาในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ พร้อมทั้งประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เมื่อได้นำไปใช้แทนรูปแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ เพื่อการปรับปรุงให้เกิดประสิทธิผลที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

References

- Alfonzo, A., Harrison, A., Baines, R., Chu, A., Mann, S., & MacRury, M. (2023). *UKKA clinical practice guideline: Management of hyperkalaemia in adults*. UK Kidney Association. Retrieved from <https://www.ukkidney.org/health-professionals/guidelines/treatment-acute-hyperkalaemia-adults-0>
- Artprajan P, Chandrasiri V, Soontornchai S. (2024). Effects of behavior promotion program for dietary phosphorus control in chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 18(1), 179-192.
- Beckie T. A. (1989). Supportive-educative telephone program: impact on knowledge and anxiety after coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung*, 18, 46-55.
- Chaiwattanatrakul S. (2018). Developing model for the prevention of volume overload of end stage renal disease among hemodialysis patients in NongBua Lam Phu hospital. *Journal of Health Science and Community Public Health*, 1(2), 131-146. [In Thai]
- Cockwell, P., & Fisher, L. A. (2020). The global burden of chronic kidney disease. *The Lancet*. 395(10225), 662-664. Doi:org/10.1016/S0140-6736(19)32977-0
- Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale NJ.: Lawrence Erlbaum Associate.
- Fangsin V. (2024). The effectiveness of health promoting program for older patients with diabetes, subdistrict health promoting hospital, Pranburi hospital network. *Journal of Social Science and Cultural*, 8(8), 45-58.
- Gojaseni P, Tungsang K. (2016). *Epidemiology of chronic kidney disease and scope of the problems in Thailand: Burden of disease and economic impact*. In: Kantachuwetsiri S, Janjaremtana V, Chailimpamongri V, Trakarnwanit T, Gojaseni P, Yusabuy A, Kingwattanakun P, editors. *Textbook of chronic kidney disease*. Bangkok: Text and journal publication.
- Green, L.W. & Kreuter, M.W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed). McGraw-Hill: New York.
- Jeentae H. (2025). The effect of self-management program on phosphorus control behavior and blood phosphorus level of end-stage kidney disease undergoing hemodialysis at Inburi Hospital. *Journal of Environmental Education Medical and Health*, 10(1), 620-629.
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD-MBD Update Work Group. (2017). KDIGO 2017 clinical practice guideline update for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of chronic kidney disease-mineral and bone disorder (CKD-MBD). *Kidney International Supplements*, 7(1), 1-59. <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2017.04.001>
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). (2024). KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International*, 105(4S), S117-S314. <https://kdigo.org/guidelines/ckd-evaluation-and-management/>
- Kim, H., & Cho, M.-K. (2025). Development and effectiveness of dietary self-care promotion program using online community for hemodialysis patients: A pilot randomized controlled trial. *Asian Nursing Research*, 19(2), 126-135. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2025.01.007>

- Kovesdy, C. P., Matsushita, K., Sang, Y., Brunskill, N. J., Carrero, J. J., Chodick, G., Hasegawa, T., Heerspink, H. J. L., Hirayama, A., Landman, G. W. D., Levin, A., Nitsch, D., Wheeler, D. C., Coresh, J., & Hallan, S. I. (2017). Serum potassium and adverse outcomes across the range of kidney function: A CKD prognosis consortium meta-analysis. *European Heart Journal*, 39(17), 1535-1542. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy100>
- Langsuan Hospital. (2024). *Dialysis patient statistics at Langsuan hospital*. Chumphon: Langsuan Hospital. [unpublished institutional data]
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22(140), 5-55.
- Mahisanun T (2020). The effect of integrated exercise-Thai Hermit's exercises program on fatigue in persons with chronic kidney disease receiving hemodialysis. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 28(3), 366-73. [In Thai]
- National Institutes of Health, Office of Dietary Supplements. (n.d.). *Phosphorus: Fact sheet for health professionals*. Retrieved from <https://ods.od.nih.gov/factsheets/Phosphorus-HealthProfessional/>
- Ouirdani, M., Boutib, A., Azizi, A., Chergaoui, S., Saad, E. M., Hilali, A., Marfak, A., & Youlyouz-Marfak, I. (2024). Impact of nutrition education on various health-related components of hemodialysis patients: A systematic review. *Healthcare*, 12(12), 1197. <https://doi.org/10.3390/healthcare12121197>
- Putruttanamaneekun C. (2022). Symptom interference in Thai patients with end-stage renal disease undergoing hemodialysis, *Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences*, 42(2), 12-22. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/254886/175749>
- Sayankena S. (2024). Comprehensive palliative care system for patients with end-stage renal disease, Kuchinarai Crown Prince hospital, 2024. *Journal of Environmental and Community Health*, 9(4), 423-431. [In Thai]
- St-Jules, D. E., Woolf, K., Pompeii, M. L., Sevick, M. A., & Steiber, A. L. (2021). Effect of phosphate-specific diet therapy on phosphate levels in adults undergoing maintenance hemodialysis: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 16(1), 75-84.
- Tanaka, M. (2022). Orem's nursing self-care deficit theory: A theoretical analysis focusing on its philosophical and sociological foundation. *Nursing Forum*, 57(3), 480-485. <https://doi.org/10.1111/nuf.12696>
- Wanner, C., Amann, K., & Shoji, T. (2018). The heart and vascular system in dialysis. *The Lancet*, 391(10141), 283-295. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30508-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30508-6)
- Yoophong C. (2023). *The pact of self-management software on knowledge and self-care of patients with chronic kidney disease undergoing peritoneal dialysis*. Retrieved from <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/require/files/post-doc/20231010141058.pdf?> [In Thai]

ความทุกข์ใจจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความเชื่อมั่นในการจัดการโรค ที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดอุดรดิตถ์

วิภาวรรณ นวลทอง, พย.ม.¹ ภราดร ล้อธรรมมา, พย.ม.^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาความสัมพันธ์เชิงทำนายแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ใจจากโรคเบาหวาน ความเชื่อมั่นในการจัดการโรค พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และเพื่อทดสอบบทบาทตัวแปรสื่อแบบอนุกรมของความเชื่อมั่นในการจัดการโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ใจจากโรคเบาหวานกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ทางสังคมร่วมกับกรอบพฤติกรรมการดูแลตนเอง AADE7 เป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 450 ราย จากหน่วยบริการสุขภาพ 3 ระดับ ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบวัดความทุกข์ใจจากโรคเบาหวาน (DDS-17) แบบวัดความเชื่อมั่นในการจัดการโรค (T-DMSES) และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง (SDSCA) ส่วนค่า HbA1c สืบค้นจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ Pearson และ PROCESS macro Model 6 ด้วยวิธี bootstrapping 5,000 รอบ

ผลการวิจัยพบว่าความทุกข์ใจจากโรคเบาหวาน ความเชื่อมั่นในการจัดการโรค และพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยร้อยละ 41.1 มีความทุกข์ใจระดับสูง ค่า HbA1c เฉลี่ยร้อยละ 8.10 และควบคุมได้ตามเป้าหมายเพียงร้อยละ 24.7 ความทุกข์ใจมีความสัมพันธ์กับค่า HbA1c ผ่านความเชื่อมั่นในการจัดการโรคเพียงตัวเดียว (อิทธิพลทางอ้อม = 0.24, 95% Boot CI [0.14, 0.36]) และผ่านความเชื่อมั่นในการจัดการโรคกับพฤติกรรมการดูแลตนเองตามลำดับ (อิทธิพลทางอ้อม = 0.10, 95% Boot CI [0.05, 0.16]) ขณะที่เส้นทางผ่านพฤติกรรมการดูแลตนเองเพียงตัวเดียวไม่มีนัยสำคัญ อิทธิพลทางอ้อมรวมคิดเป็นร้อยละ 53.3 ของอิทธิพลรวม และความทุกข์ใจยังคงสัมพันธ์ทางตรงกับค่า HbA1c ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบตัวแปรสื่อบางส่วน แบบจำลองอธิบายความแปรปรวนของค่า HbA1c ได้ร้อยละ 26.8

ผลการศึกษาชี้ว่าความเชื่อมั่นในการจัดการโรคเป็นกลไกสำคัญที่เชื่อมโยงความทุกข์ใจกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเป็นแบบภาคตัดขวางจึงไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผลได้ ผลการวิจัยใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมการพยาบาลนาร่องที่เสริมสร้างความเชื่อมั่นในการจัดการโรคควบคู่กับการลดความทุกข์ใจจากโรคเบาหวานในคลินิกเบาหวาน

คำสำคัญ: ความทุกข์ใจจากโรคเบาหวาน ความเชื่อมั่นในการจัดการโรค พฤติกรรมการดูแลตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ตัวแปรสื่อแบบอนุกรม

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้เขียนหลัก e-mail: paradon@unc.ac.th

Diabetes Distress, Self-Care Behaviors, Diabetes Management Self-Efficacy, influencing Glycemic Control Among Patients with Type 2 Diabetes in Uttaradit Province

Wiphawan Nualthong, M.N.S.¹, Paradon Lortamma, M.N.S.^{2*}

Abstract

This cross-sectional predictive correlational study aimed to examine the levels of and relationships among diabetes distress, diabetes management self-efficacy, self-care behaviors, and glycemic control, and to test the serial mediating roles of self-efficacy and self-care behaviors in the association between diabetes distress and glycemic control among patients with type 2 diabetes in Uttaradit Province, Thailand. The conceptual framework integrated Social Cognitive Theory with the AADE7 Self-Care Behaviors framework. A total of 450 patients were recruited from three levels of health facilities through multistage random sampling. Data were collected using the Diabetes Distress Scale (DDS-17), the Thai version of the Diabetes Management Self-Efficacy Scale (T-DMSES), and the Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA), and HbA1c values were retrieved from medical records. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation, and PROCESS macro Model 6 with 5,000 bootstrap resamples.

Diabetes distress, self-efficacy, and self-care behaviors were at moderate levels overall, with 41.1% of participants reporting high distress. The mean HbA1c was 8.10%, and only 24.7% achieved the glycemic target. Diabetes distress was associated with HbA1c through self-efficacy alone (indirect effect = 0.24, 95% Boot CI [0.14, 0.36]) and through self-efficacy and self-care behaviors in sequence (indirect effect = 0.10, 95% Boot CI [0.05, 0.16]), whereas the path through self-care behaviors alone was not significant. The total indirect effect accounted for 53.3% of the total effect, and the direct association between distress and HbA1c remained significant, indicating partial mediation. The model explained 26.8% of the variance in HbA1c.

These findings suggest that diabetes management self-efficacy is a key mechanism linking diabetes distress to self-care behaviors and glycemic control. Because the data were cross-sectional, causal inferences cannot be drawn. The findings provide a basis for developing and piloting nursing programs that strengthen self-efficacy while reducing diabetes distress in diabetes clinics.

Key words: Diabetes distress, Diabetes management self-efficacy, Self-care behaviors, Glycemic control, Serial mediation

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

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

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

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก โดยสหพันธ์เบาหวานนานาชาติประมาณการว่าในปี ค.ศ. 2021 มีผู้ใหญ่อายุ 20-79 ปี ทั่วโลกป่วยเป็นโรคเบาหวานถึง 537 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 10.5 ของประชากรกลุ่มอายุดังกล่าว และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 783 ล้านคนภายในปี ค.ศ. 2045 (Sun et al., 2022) สำหรับประเทศไทย แม้จะมีการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างต่อเนื่อง แต่การศึกษาระดับชาติในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องกลับพบว่าสัดส่วนผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย ($HbA1c < 7\%$) ยังคงอยู่ในระดับต่ำเพียงประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยทั้งหมดตลอดช่วงปี ค.ศ. 2011-2018 (Sakboonyarat et al., 2021) สะท้อนให้เห็นว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดยังคงเป็นความท้าทายสำคัญของระบบบริการสุขภาพไทย ปัจจัยหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวาน คือ ความทุกข์ใจจากโรคเบาหวาน (diabetes distress) ซึ่งหมายถึงภาวะทางอารมณ์ที่เกิดจากความยากลำบากในการจัดการโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (Polonsky et al., 2005) การศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าความทุกข์ใจจากโรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่โดยตรงเสมอไป แต่มักถูกส่งผ่าน (mediate) ด้วยกลไกทางจิตวิทยาอื่น โดยเฉพาะความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ดังการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ชาวจีนที่พบว่าความเชื่อมั่นในการจัดการโรคทำหน้าที่เป็นตัวแปรสื่อระหว่างความทุกข์ใจจากโรคเบาหวานกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Gao et al., 2022) ความเชื่อมั่นในการจัดการโรคจึงเป็นตัวแปรทางจิตวิทยาที่มีศักยภาพในการปรับเปลี่ยนได้ (modifiable factor) และเป็นแกนสำคัญของทฤษฎีการรับรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Bandura (1997) ซึ่งอธิบายว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเป็นกลไกกลางที่เชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้าทางจิตกับการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ

แม้งานวิจัยที่ผ่านมาจะยืนยันความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ใจจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไว้ค่อนข้างมาก แต่งานวิจัยส่วนใหญ่ยังจำกัดอยู่เพียงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสหสัมพันธ์ (correlation) ระหว่างตัวแปรเป็นคู่ ๆ โดยยังไม่ได้ทดสอบบทบาทของความเชื่อมั่นในการจัดการโรคในฐานะตัวแปรสื่อ (mediator) ที่อธิบายกลไกการส่งผ่านอย่างเป็นระบบ อีกทั้งยังไม่ปรากฏการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ทางสังคมของ Bandura ร่วมกับกรอบพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เป็นมาตรฐานสากลอย่าง AADE7 Self-Care Behaviors (American Association of Diabetes Educators, 2020) ในบริบทผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับจังหวัดของประเทศไทยมาก่อน ซึ่งถือเป็นช่องว่างเชิงองค์ความรู้ (knowledge gap) ที่สำคัญของการศึกษาในสาขานี้ นอกจากนี้ ช่องว่างเชิงวิชาการดังกล่าว ยังมีช่องว่างเชิงบริบท (contextual gap) ที่ควรได้รับความสนใจเช่นกัน กล่าวคือ จังหวัดอุดรธานีเป็นพื้นที่ที่มีวิถีชีวิตแบบเกษตรกรรมเป็นหลัก ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพที่แตกต่างจากบริบทเมือง ซึ่งอาจส่งผลต่อรูปแบบการจัดการโรคเบาหวานและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในลักษณะที่แตกต่างจากพื้นที่เขตเมืองที่งานวิจัยส่วนใหญ่ดำเนินการ ด้วยเหตุนี้ การศึกษาบทบาทของความเชื่อมั่นในการจัดการโรคในบริบทดังกล่าวจึงมีความจำเป็นทั้งในเชิงทฤษฎีและเชิงพื้นที่

การศึกษานี้จึงมีความใหม่ (novelty) ในสองมิติ กล่าวคือ ในเชิงทฤษฎี เป็นการบูรณาการทฤษฎีการรับรู้ทางสังคมของ Bandura (1997) เข้ากับกรอบพฤติกรรมการดูแลตนเอง AADE7 (American Association of Diabetes Educators, 2020) เพื่ออธิบายกลไกการส่งผ่านของความเชื่อมั่นในการจัดการโรคต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและในเชิงพื้นที่ เป็นการทดสอบแบบจำลองตัวแปรสื่อดังกล่าวเป็นครั้งแรกในบริบทผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดอุดรธานี จากกรอบแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่าความเชื่อมั่นในการจัดการโรคทำหน้าที่เป็นตัวแปรสื่อระหว่างความทุกข์ใจจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญสำหรับพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพในการ

พัฒนาโปรแกรมการพยาบาลที่มุ่งเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการจัดการโรคและลดความทุกข์ใจจากโรคเบาหวาน อันจะนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิผลของการจัดการโรคเบาหวานในคลินิกโรคเรื้อรังระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ดังนี้

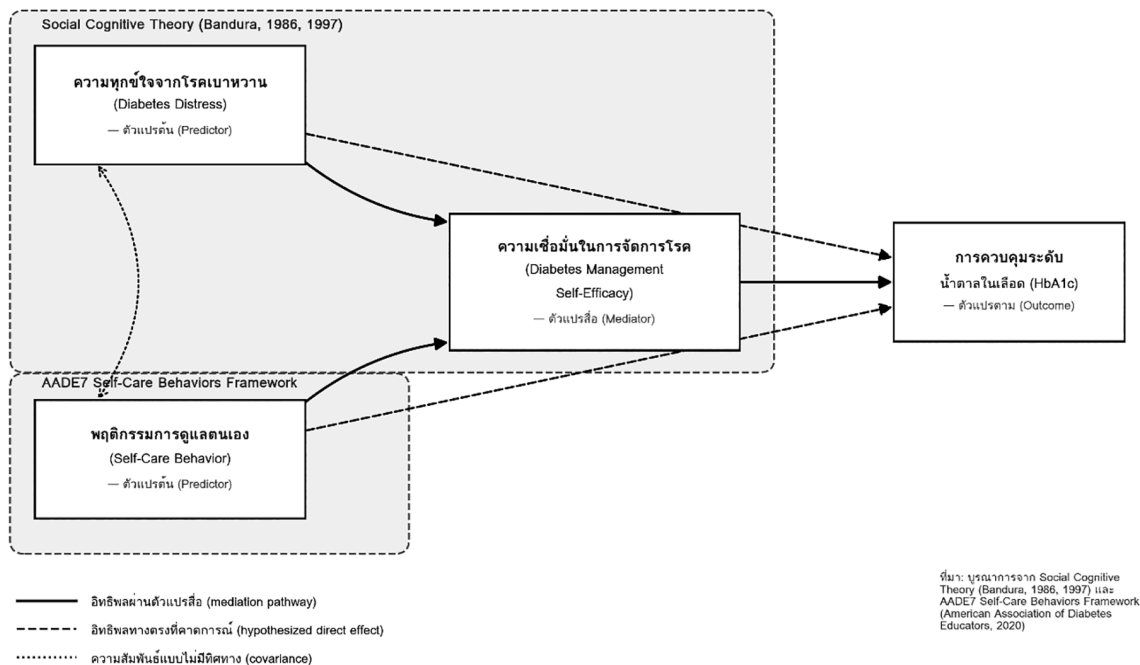
1. เพื่อศึกษาระดับความทุกข์ใจจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความเชื่อมั่นในการจัดการโรค และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการพยากรณ์ระหว่างความทุกข์ใจจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความเชื่อมั่นในการจัดการโรค ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อทดสอบบทบาทของความเชื่อมั่นในการจัดการโรคในฐานะตัวแปรสื่อ (mediator) ในความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ใจจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory: SCT) ของ Bandura (1986, 1997) เป็นฐานทฤษฎีหลัก ทฤษฎีนี้อธิบายพฤติกรรมมนุษย์ผ่านหลักการเชิงสาเหตุแบบต่างตอบแทน (reciprocal determinism) ซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) พฤติกรรม (behavior) และสิ่งแวดล้อม (environment) โดยทฤษฎีดังกล่าวประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญหลายประการ ได้แก่ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ความคาดหวังผลลัพธ์ (outcome expectations) สมรรถนะเชิงพฤติกรรม (behavioral capability) การเรียนรู้จากการสังเกต (observational learning) และการเสริมแรง (reinforcement) (Bandura, 1986) การศึกษาครั้งนี้เลือกใช้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเป็นกลไกหลักในการอธิบายแบบจำลอง เนื่องจากเป็นองค์ประกอบที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับมากที่สุดในบริบทของการจัดการโรคเรื้อรัง และเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ผ่านการพยาบาล (modifiable factor) ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของการนำผลวิจัยไปประยุกต์ใช้ในทางคลินิก ส่วนองค์ประกอบอื่นของทฤษฎี เช่น การเรียนรู้จากการสังเกตและการเสริมแรง มิได้ถูกนำมาศึกษาโดยตรง ในครั้งนี้ เนื่องจากอยู่นอกขอบเขตของตัวแปรที่วัดได้จากเครื่องมือวิจัยที่ใช้ เพื่อให้ครอบคลุมมิติของพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างเป็นระบบ การศึกษาครั้งนี้บูรณาการ SCT ร่วมกับกรอบพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง AADE7 Self-Care Behaviors (American Association of Diabetes Educators, 2020) โดยกำหนดบทบาทของแต่ละกรอบแนวคิดอย่างชัดเจน กล่าวคือ SCT ทำหน้าที่อธิบายกลไกทางจิตวิทยาที่ขับเคลื่อนพฤติกรรม โดยเฉพาะบทบาทของความเชื่อมั่นในการจัดการโรคในฐานะตัวแปรสื่อ ขณะที่ AADE7 ทำหน้าที่กำหนดขอบเขตและองค์ประกอบเชิงพฤติกรรมของการดูแลตนเองที่เป็นรูปธรรมและวัดผลได้ การกำหนดบทบาทที่ชัดเจนเช่นนี้ทำให้กรอบแนวคิดทั้งสองเสริมกันอย่างมีเหตุผลเชิงทฤษฎี มิใช่เพียงการนำมาใช้ร่วมกันโดยปราศจากคำอธิบายความเชื่อมโยง

จากการสังเคราะห์วรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ความทุกข์ใจจากโรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แต่กลไกการส่งผ่านของผลกระทบดังกล่าวยังมีความหลากหลาย งานวิจัยส่วนหนึ่งพบว่าความเชื่อมั่นในการจัดการโรคเป็นตัวแปรสื่อที่ทำหน้าที่ถ่ายทอดผลของความทุกข์ใจไปสู่พฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Gao et al., 2022) ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของ SCT ที่กำหนดให้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม มากกว่าเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากพฤติกรรมเพียงฝ่ายเดียว การกำหนดทิศทางของแบบจำลองในการศึกษาครั้งนี้จึงยึดตามหลักฐานเชิงประจักษ์และ

หลักการทางทฤษฎีดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญ แทนที่จะกำหนดทิศทางความสัมพันธ์ตามความสะดวกในการวิเคราะห์ทางสถิติเพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตาม การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังคงมีลักษณะเป็นการเรียงลำดับผลการศึกษาก่อนแล้วจึงยังขาดการสังเคราะห์เชิงวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นทั้งความสอดคล้องและความแตกต่างของผลการศึกษาระหว่างบริบทต่าง ๆ ซึ่งเป็นช่องว่างที่การวิจัยครั้งนี้มุ่งเติมเต็ม ความใหม่ของกรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้จึงอยู่ที่การทดสอบบทบาทของความเชื่อมั่นในการจัดการโรคในฐานะตัวแปรสื่อภายใต้การบูรณาการ SCT กับ AADE7 เป็นครั้งแรกในบริบทผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับจังหวัดของประเทศไทย ซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลที่มุ่งเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการจัดการโรคเป็นเป้าหมายหลักของการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational design) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างความทุกข์ใจจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความเชื่อมั่นในการจัดการโรคกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดอุดรธานี โดยกำหนดทิศทางความสัมพันธ์ของแบบจำลองให้สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ทางสังคมของ Bandura (1986, 1997) กล่าวคือ ความเชื่อมั่นในการจัดการโรคทำหน้าที่เป็นตัวแปรสื่อ (mediator) ระหว่างความทุกข์ใจจากโรคเบาหวานกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Gao et al. (2022)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนและเข้ารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพจังหวัดอุดรธานี จำนวน 24,850 ราย (ข้อมูล ณ ตุลาคม 2568 จาก ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี) จำแนกเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป 8,283 ราย โรงพยาบาลชุมชน 13,253 ราย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3,314 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า มี 5 ข้อ ได้แก่ (1) อายุ 20 ปีขึ้นไป (2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี (3) มีผลตรวจ HbA1c ในภาวะเป็นภายใน 3 เดือนก่อนวันเก็บข้อมูล (4) สื่อภาษาไทยได้ และ (5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก มี 3 ข้อ ได้แก่ (1) มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันหรือเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องรักษาในโรงพยาบาลขณะเก็บข้อมูล (2) ตั้งครรภ์ และ (3) มีความบกพร่องทางการรับรู้หรือได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่เป็นอุปสรรคต่อการตอบข้อคำถาม ตามที่บันทึกในเวชระเบียน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างดำเนินการ 5 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 คำนวณขนาดตัวอย่างขั้นต่ำด้วยโปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1.9.7 (Faul et al., 2009) เลือก F tests สำหรับ linear multiple regression แบบ fixed model (R^2 deviation from zero) กำหนดขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ($f^2 = 0.15$) ตามเกณฑ์ของ Cohen (1988) ระดับนัยสำคัญ .05 และอำนาจการทดสอบ .95 จำนวนตัวทำนายกำหนดเท่ากับ 7 ตัว ตามสมการทำนายค่า HbA1c ซึ่งมีตัวทำนายมากที่สุดในแบบจำลอง ประกอบด้วยตัวแปรต้นและตัวแปรสื่อ 3 ตัว และตัวแปรควบคุม 4 ตัว ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 153 ราย

ขั้นตอนที่ 2 ปรับด้วยผลกระทบจากการออกแบบ (design effect: DEFF) เท่ากับ 1.5 เพื่อชดเชยความคล้ายคลึงกันของผู้ป่วยภายในหน่วยบริการเดียวกันจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ผู้วิจัยเลือกค่านี้เป็นค่าประมาณแบบระมัดระวังเนื่องจากไม่มีค่าสหสัมพันธ์ภายในกลุ่ม (intracluster correlation) ของตัวแปรหลักจากการศึกษาก่อนหน้าในบริบทเดียวกัน ได้ 230 ราย

ขั้นตอนที่ 3 เพื่อการได้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ร้อยละ 10 ตามสูตร $n/(1 - .10)$ ได้ขนาดตัวอย่างเป้าหมายอย่างน้อย 256 ราย ขนาดตัวอย่างนี้เพียงพอสำหรับการทดสอบอิทธิพลทางอ้อมด้วย เนื่องจาก Fritz and MacKinnon (2007) รายงานว่าการทดสอบด้วย bias-corrected bootstrap ต้องการกลุ่มตัวอย่างเพียง 71 ราย เพื่อให้ได้อำนาจการทดสอบ .80 เมื่อเส้นทางองค์ประกอบทั้งสองมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง

ขั้นตอนที่ 4 จัดสรรกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage sampling) 3 ขั้น ขั้นที่หนึ่ง แบ่งชั้นภูมิตามระดับหน่วยบริการเป็น 3 ระดับ ขั้นที่สอง เลือกหน่วยบริการในแต่ละชั้นภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปทั้ง 2 แห่ง (เลือกทั้งหมด) โรงพยาบาลชุมชน 6 แห่งจากทั้งหมด 8 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 10 แห่งจากทั้งหมด 88 แห่ง สองระดับหลังสุ่มด้วยวิธี การจับสลากแบบไม่ใส่คืน ขั้นที่สาม สุ่มผู้ป่วยจากทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของแต่ละหน่วยบริการด้วย การสุ่มแบบมีระบบ (systematic random sampling) โดยคำนวณช่วงการสุ่มจากจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนหารด้วยจำนวนที่ต้องการ และสุ่มจุดเริ่มต้นด้วยตารางเลขสุ่ม

จำนวนผู้ป่วยที่เชิญเข้าร่วมในแต่ละชั้นภูมิจัดสรรตามสัดส่วนของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน (8,283 : 13,253 : 3,314 ราย หรือประมาณร้อยละ 33.3 : 53.3 : 13.4) ได้แก่ 155, 248 และ 62 ราย ตามลำดับ รวม 465 ราย ผู้วิจัยเชิญผู้ป่วยมากกว่าขนาดเป้าหมายขั้นต่ำเพื่อให้แต่ละชั้นภูมิมีจำนวนเพียงพอสำหรับการบรรยายลักษณะกลุ่มตัวอย่างและเพื่อเพิ่มความแม่นยำของการประมาณค่าพารามิเตอร์

ขั้นตอนที่ 5 จากผู้ป่วยที่ได้รับเชิญ 465 ราย ได้ข้อมูลสมบูรณ์ 450 ราย คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 96.8 ข้อมูลไม่สมบูรณ์ 15 ราย (ตอบแบบสอบถามไม่ครบ 9 ราย และขอยุติการให้ข้อมูลระหว่างสัมภาษณ์ 6 ราย) ข้อมูลสมบูรณ์จำแนกเป็นโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป 150 ราย โรงพยาบาลชุมชน 240 ราย (แต่ละ 40 ราย) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 60 ราย (แต่ละ 6 ราย) ขนาดตัวอย่างสุดท้ายสูงกว่าเป้าหมายที่คำนวณไว้ เมื่อคำนวณอำนาจการทดสอบภายหลังด้วยเงื่อนไขเดียวกับขั้นตอนที่ 1 ที่ $n = 450$ ได้อำนาจการทดสอบมากกว่า .99

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม 4 ส่วน ร่วมกับข้อมูลผล HbA1c จากเวชระเบียน รายละเอียดดังนี้

(1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน ดัชนีมวลกาย และโรคร่วม รวม 9 ข้อ ข้อมูลทางคลินิกบันทึกจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์

(2) ความทุกข์ใจจากโรคเบาหวาน วัดด้วยแบบวัด Diabetes Distress Scale (DDS-17) ซึ่งพัฒนาโดย Polonsky et al. (2005) ฉบับภาษาไทยแปลด้วยวิธีแปลไปและแปลย้อนกลับ และตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติโดย Thanakwang et al. (2014) แบบวัดมี 17 ข้อ ต้นฉบับจัดเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ภาวะทางอารมณ์ (5 ข้อ) ความทุกข์ใจที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ผู้รักษา (4 ข้อ) ความทุกข์ใจที่เกี่ยวข้องกับแผนการรักษา (5 ข้อ) และความทุกข์ใจด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (3 ข้อ) แต่ละข้อเป็นมาตรประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เป็นปัญหา) ถึง 6 (เป็นปัญหารุนแรงมาก) คะแนนรวมและคะแนนรายด้านคิดจากค่าเฉลี่ยของข้อในแต่ละส่วน มีพิสัย 1-6 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีความทุกข์ใจมาก การแปลผลใช้เกณฑ์ของ Fisher et al. (2012) ดังนี้ ค่าเฉลี่ยต่ำกว่า 2.0 หมายถึงไม่มีหรือมีความทุกข์ใจเล็กน้อย 2.0-2.9 หมายถึงระดับปานกลาง ตั้งแต่ 3.0 ขึ้นไปหมายถึงระดับสูง ด้านความตรง การศึกษาฉบับภาษาไทยในผู้สูงอายุ 170 รายพบโครงสร้าง 3 องค์ประกอบ ความเที่ยงของคะแนนรวมเท่ากับ .95 รายด้านอยู่ระหว่าง .85-.96 และมีหลักฐานสนับสนุนความตรงเชิงเหมือนและความคงที่ของการวัด (Thanakwang et al., 2014) การศึกษาครั้งนี้ คิดคะแนนรายด้านตามโครงสร้าง 4 ด้านของต้นฉบับ เพื่อให้เปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างครอบคลุมทุกช่วงอายุ ขณะที่โครงสร้าง 3 องค์ประกอบของฉบับภาษาไทยได้มาจากกลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้น ความเที่ยงในการศึกษาครั้งนี้ (Cronbach's alpha จากกลุ่มตัวอย่าง 450 ราย) เท่ากับ .91 สำหรับคะแนนรวม และ .82-.89 สำหรับรายด้าน

(3) พฤติกรรมการดูแลตนเอง วัดด้วยแบบสอบถาม Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA) ฉบับปรับปรุงของ Toobert et al. (2000) ฉบับภาษาไทยที่ผู้วิจัยแปลด้วยวิธีแปลไปและแปลย้อนกลับโดยผู้เชี่ยวชาญสองภาษา 2 ท่าน ข้อคำถามหลักที่ใช้คิดคะแนนมี 10 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรม 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหารทั่วไป (2 ข้อ) การรับประทานอาหารเฉพาะโรค (2 ข้อ) การออกกำลังกาย (2 ข้อ) การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (2 ข้อ) และการดูแลเท้า (2 ข้อ) ส่วนข้อคำถามเรื่องการสูบบุหรี่หรือรายงานแยกเป็นร้อยละ ผู้ตอบระบุจำนวนวันที่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา คะแนนแต่ละข้อมีพิสัย 0-7 วัน คะแนนรวมคิดจากค่าเฉลี่ยของทั้ง 10 ข้อ (พิสัย 0-7) คะแนนสูงหมายถึงปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองสม่ำเสมอว่า ผู้พัฒนาไม่ได้กำหนดเกณฑ์แบ่งระดับไว้ ผู้วิจัยจึงแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับเท่ากัน ดังนี้ 0.00-2.33 ระดับต่ำ 2.34-4.66 ระดับปานกลาง 4.67-7.00 ระดับสูง ด้านความตรง Toobert et al. (2000) รายงานจากการศึกษา 7 โครงการว่า ค่าเฉลี่ยสหสัมพันธ์ระหว่างข้อภายในด้านอยู่ในระดับสูงเกือบทุกด้าน ยกเว้นด้านอาหารเฉพาะโรค และคะแนนสัมพันธ์กับการวัดพฤติกรรมด้านอาหารและการออกกำลังกายด้วยวิธีอื่น ซึ่งสนับสนุนความตรงของเครื่องมือ ด้านความเที่ยง พฤติกรรมต่างด้านไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กัน ผู้พัฒนาจึงแนะนำให้รายงานความเที่ยงด้วยค่าเฉลี่ยสหสัมพันธ์ระหว่างข้อภายในด้าน (Toobert et al., 2000) ในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าดังกล่าวระหว่าง .38-.71 และค่า Cronbach's alpha ของคะแนนรวมจากกลุ่มตัวอย่าง 450 ราย เท่ากับ .78

(4) ความเชื่อมั่นในการจัดการโรค วัดด้วยแบบสอบถาม Diabetes Management Self-Efficacy Scale (DMSES) ซึ่งพัฒนาโดย van der Bijl et al. (1999) ฉบับภาษาไทย (T-DMSES) แปลและตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ชาวไทยโดย Sangruangake et al. (2017) แบบวัดมี 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอาหาร (9 ข้อ) ด้านการติดตามระดับน้ำตาล (4 ข้อ) ด้านกิจกรรมทางกาย (4 ข้อ) และด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา (3 ข้อ) แต่ละข้อเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมมีพิสัย 20-100 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีความเชื่อมั่นในการจัดการโรคสูง การแปลผลใช้การแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับเท่ากัน ดังนี้ 20.00-46.66 ระดับต่ำ 46.67-73.33 ระดับปานกลาง 73.34-100.00 ระดับสูง ด้านความตรง การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันในการศึกษาฉบับภาษาไทยสนับสนุนความตรงเชิงโครงสร้าง (CFI = 0.98, TLI = 0.977, RMSEA = 0.065) และคะแนนรายด้านส่วนใหญ่สัมพันธ์กับการควบคุมค่า HbA1c ซึ่งสนับสนุนความตรงเชิงเกณฑ์สัมพันธ์ (Sangruangake et al., 2017) ความเที่ยงในการศึกษาครั้งนี้ (Cronbach's alpha จากกลุ่มตัวอย่าง 450 ราย) เท่ากับ .93

(5) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด วัดจากค่า HbA1c โดยใช้ผลตรวจที่มีอายุไม่เกิน 3 เดือนก่อนวันเก็บข้อมูล ซึ่งสืบค้นจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของแต่ละหน่วยบริการ ตัวอย่างเลือดทุกรายตรวจที่ห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลแม่ข่ายด้วยวิธี high-performance liquid chromatography (HPLC) ซึ่งใช้วิธีตรวจที่ได้รับการรับรองมาตรฐานจาก National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP) กรณีมีผลตรวจมากกว่า 1 ครั้งในช่วงดังกล่าว ใช้ผลที่ใกล้วันเก็บข้อมูลที่สุด การแปลผลใช้เกณฑ์ของ American Diabetes Association Professional Practice Committee (2024) ซึ่งกำหนดเป้าหมายการควบคุมที่ HbA1c น้อยกว่าร้อยละ 7

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการควบคุมคุณภาพ

ผู้วิจัยฝึกอบรมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 6 คน เป็นระยะเวลา 2 วัน ให้ใช้คำอธิบายมาตรฐานเดียวกันในการเก็บข้อมูลทุกหน่วยบริการ และประเมินความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) ก่อนเริ่มเก็บข้อมูลจริง โดยให้ผู้ช่วยวิจัยทุกคนเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยชุดเดียวกันจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass Correlation Coefficient: ICC) เท่ากับ .96 (95% CI = .92-.98) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ความสอดคล้องระดับดีมาก (excellent agreement) ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ถูกตรวจสอบความครบถ้วนทันทีหลังสัมภาษณ์ทุกครั้งก่อนนำไปบันทึกและวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลทั่วไปและระดับของตัวแปรหลัก โดยก่อนการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ ผู้วิจัยทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่าตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงใกล้เคียงปกติ ($p > .05$) จึงเลือกใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ Pearson ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

การทดสอบบทบาทตัวแปรสื่อดำเนินการด้วยการวิเคราะห์การถดถอยแบบ Hierarchical Regression ร่วมกับ PROCESS macro Model 4 ของ Hayes (2013) ด้วยวิธี bootstrapping จำนวน 5,000 รอบ (bootstrap samples) และใช้ช่วงความเชื่อมั่นแบบ bias-corrected and accelerated (BCa 95% CI) ในการทดสอบนัยสำคัญของอิทธิพลทางอ้อม (indirect effect) โดยก่อนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยครบทุกข้อ ได้แก่ ภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (multicollinearity) โดยค่า Variance Inflation Factor (VIF) ของตัวแปรทำนายทุกตัวอยู่ระหว่าง 1.12-2.34 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ 5 แสดงว่าไม่มีปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงพหุ ความเป็นเส้นตรง (linearity) และความแปรปรวนคงที่ (homoscedasticity) ตรวจสอบด้วยแผนภาพ scatterplot ของค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (standardized residuals) กับค่าพยากรณ์ ซึ่งไม่พบรูปแบบที่ผิดปกติ และการแจกแจงปกติของส่วนเหลือ (normality of residuals) ตรวจสอบด้วย Q-Q plot ซึ่งมีการกระจายใกล้เคียงเส้นทแยงมุม

สำหรับการจัดการข้อมูลสูญหาย พบว่ามีข้อมูลสูญหายไม่เกินร้อยละ 3 ในทุกตัวแปร ผู้วิจัยทดสอบรูปแบบการสูญหายของข้อมูลด้วย Little's MCAR test ได้ค่า $\chi^2 = 24.16$, $df = 21$, $p = .284$ ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าข้อมูลสูญหายแบบสุ่มอย่างสมบูรณ์ (missing completely at random) จึงจัดการด้วยวิธี multiple imputation ก่อนนำเข้าสู่การวิเคราะห์

การพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ COA No. 006/2569 BCNUT REC No. 006/2569 วันที่รับรอง 20 มกราคม 2569 ผู้ป่วยทุกรายได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ความเสี่ยง และสิทธิในการถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่กระทบต่อการรับบริการตามปกติ ก่อนลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม ข้อมูลทั้งหมดเก็บรักษาด้วยรหัสประจำตัวแทนชื่อ บันทึกในฐานข้อมูลที่เข้ารหัส และรายงานผลในรูปแบบภาพรวมกลุ่มโดยไม่ระบุตัวตนผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 450 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.0) มีอายุเฉลี่ย 61.4 ปี (SD = 9.7, พิสัย 35-82 ปี) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 58.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 52.0) และมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยร้อยละ 70.0 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 8.6 ปี (SD = 5.2) และมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.3 กก./ม.² (SD = 4.1) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 450)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	288	64.0
ชาย	162	36.0
อายุ (ปี) M = 61.4, SD = 9.7, พิสัย 35-82		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	261	58.0
มัธยมศึกษาขึ้นไป	189	42.0
อาชีพ		
เกษตรกรรม	234	52.0
อื่น ๆ	216	48.0
โรคร่วม		
ความดันโลหิตสูง	315	70.0
ไม่มี	135	30.0
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน (ปี) M = 8.6, SD = 5.2		
ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²) M = 25.3, SD = 4.1		

หมายเหตุ M = ค่าเฉลี่ย; SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระดับของความทุกข์ใจจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความเชื่อมั่นในการจัดการโรค และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ผลการวิเคราะห์เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความทุกข์ใจจากโรคเบาหวานเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.80, SD = 0.90 จากพิสัย 1-6 คะแนน ตามเกณฑ์ของ Fisher et al., 2012) เมื่อจำแนกรายบุคคล พบผู้ที่มีความทุกข์ใจระดับไม่มีหรือเล็กน้อย 84 ราย (ร้อยละ 18.7) ระดับปานกลาง 181 ราย (ร้อยละ 40.2) และระดับสูง 185 ราย (ร้อยละ 41.1)

ตัวแปรอื่นมีผลดังนี้ พฤติกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (M = 4.20 วันต่อสัปดาห์, SD = 1.10 จากพิสัย 0-7) ความเชื่อมั่นในการจัดการโรคเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (M = 68.50, SD = 12.30 จากพิสัย 20-100 คะแนน) ค่า HbA1c เฉลี่ยร้อยละ 8.10 (SD = 1.60) มีผู้ที่ควบคุมได้ตามเป้าหมาย (HbA1c < ร้อยละ 7) เพียง 111 ราย (ร้อยละ 24.7) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ถึงเป้าหมายที่ American Diabetes Association Professional Practice Committee (2024) กำหนด รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของตัวแปรหลัก (n = 450)

ตัวแปร	พิสัยคะแนน	M	SD	ระดับ
ความทุกข์ใจจากโรคเบาหวาน (DDS-17) ^a	1-6	2.80	0.90	ปานกลาง
พฤติกรรมการดูแลตนเอง (SDSCA) ^b	0-7	4.20	1.10	ปานกลาง
ความเชื่อมั่นในการจัดการโรค (DMSES) ^c	20-100	68.50	12.30	ปานกลาง
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) (%)	—	8.10	1.60	สูงกว่าเป้าหมาย

หมายเหตุ ^a เกณฑ์ระดับตาม Fisher et al. (2012): < 2.0 ไม่มีหรือเล็กน้อย, 2.0-2.9 ปานกลาง, ≥ 3.0 สูง; ^b เกณฑ์ช่วงเท่ากัน: 0.00-2.33 ต่ำ, 2.34-4.66 ปานกลาง, 4.67-7.00 สูง; ^c เกณฑ์ช่วงเท่ากัน: 20.00-46.66 ต่ำ, 46.67-73.33 ปานกลาง, 73.34-100.00 สูง; เป้าหมาย HbA1c < ร้อยละ 7 ตาม American Diabetes Association Professional Practice Committee (2024)

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหลัก

ผลการวิเคราะห์เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ Pearson แปลความหมายตามเกณฑ์ของ Cohen (1988): $r = .10-.29$ ระดับต่ำ, $.30-.49$ ระดับปานกลาง และ $\geq .50$ ระดับสูง ผลพบดังนี้ ความทุกข์ใจจากโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางลบระดับสูงกับความเชื่อมั่นในการจัดการโรค ($r = -.52, p < .001$) ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($r = -.35, p < .001$) และทางบวกระดับปานกลางกับค่า HbA1c ($r = .38, p < .001$) ความเชื่อมั่นในการจัดการโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($r = .61, p < .001$) และทางลบระดับปานกลางกับค่า HbA1c ($r = -.47, p < .001$) พฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับค่า HbA1c ($r = -.41, p < .001$) ด้านอำนาจการพยากรณ์ ตัวแปรหลักทั้งสามร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของค่า HbA1c ได้ร้อยละ 26.8 ($R^2 = .268, F(3, 446) = 54.44, p < .001$) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เมทริกซ์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหลัก (n = 450)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. DDS-17	—			
2. SDSCA	-.35***	—		
3. DMSES	-.52***	.61***	—	
4. HbA1c	.38***	-.41***	-.47***	—

หมายเหตุ *** $p < .001$; DDS-17 = Diabetes Distress Scale; SDSCA = Summary of Diabetes Self-Care Activities; DMSES = Diabetes Management Self-Efficacy Scale; HbA1c = glycated hemoglobin

บทบาทของความเชื่อมั่นในการจัดการโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองในฐานะตัวแปรสื่อ

ผลการวิเคราะห์เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ด้วย PROCESS macro Model 6 (Hayes, 2022) แสดงในตารางที่ 4 และภาพที่ 2 ผลแบ่งเป็น 3 สมการ ดังนี้

สมการที่ 1 ทำนายความเชื่อมั่นในการจัดการโรค พบว่าความทุกข์ใจจากโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเชื่อมั่นในการจัดการโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($a_1: \beta = -.52, p < .001$) สมการนี้อธิบายความแปรปรวน

ของความเชื่อมั่นในการจัดการโรคได้ร้อยละ 27.0 ($R^2 = .270$, $F_{(1, 448)} = 166.04$, $p < .001$)

สมการที่ 2 ทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่าความเชื่อมั่นในการจัดการโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (d_{21} : $\beta = .59$, $p < .001$) ขณะที่ความทุกข์ใจจากโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์ทางตรงกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อควบคุมความเชื่อมั่นในการจัดการโรคแล้ว (a_2 : $\beta = -.05$, $p = .306$) สมการนี้อธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 37.4 ($R^2 = .374$, $F_{(2, 447)} = 133.29$, $p < .001$)

สมการที่ 3 ทำนายค่า HbA1c พบว่าทั้งความเชื่อมั่นในการจัดการโรค (b_1 : $\beta = -.26$, $p < .001$) และพฤติกรรมการดูแลตนเอง (b_2 : $\beta = -.19$, $p < .001$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับค่า HbA1c อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมตัวแปรทั้งสองแล้ว ความทุกข์ใจจากโรคเบาหวานยังคงมีความสัมพันธ์ทางตรงทางบวกกับค่า HbA1c อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (c' : $\beta = .18$, $p < .001$) สมการนี้อธิบายความแปรปรวนของค่า HbA1c ได้ร้อยละ 26.8 ($R^2 = .268$, $F_{(3, 446)} = 54.44$, $p < .001$)

อิทธิพลรวมของความทุกข์ใจจากโรคเบาหวานต่อค่า HbA1c เท่ากับ 0.68 ($\beta = .38$, 95% CI [0.52, 0.83]) กล่าวคือ คะแนนความทุกข์ใจที่สูงขึ้น 1 คะแนน สัมพันธ์กับค่า HbA1c ที่สูงขึ้นร้อยละ 0.68 ผลการทดสอบอิทธิพลทางอ้อมพบดังนี้

เส้นทางผ่านความเชื่อมั่นในการจัดการโรคเพียงตัวเดียว (DDS $\rightarrow$ DMSES $\rightarrow$ HbA1c) มีนัยสำคัญทางสถิติ ($ind_1 = 0.24$, Boot SE = 0.06, 95% Boot CI [0.14, 0.36]) เส้นทางผ่านความเชื่อมั่นในการจัดการโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองตามลำดับ (DDS $\rightarrow$ DMSES $\rightarrow$ SDSCA $\rightarrow$ HbA1c) มีนัยสำคัญทางสถิติ ($ind_3 = 0.10$, Boot SE = 0.03, 95% Boot CI [0.05, 0.16]) เส้นทางผ่านพฤติกรรมการดูแลตนเองเพียงตัวเดียว (DDS $\rightarrow$ SDSCA $\rightarrow$ HbA1c) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($ind_2 = 0.02$, Boot SE = 0.02, 95% Boot CI [-0.01, 0.05]) เนื่องจากช่วงความเชื่อมั่นครอบคลุมค่าศูนย์

อิทธิพลทางอ้อมรวมเท่ากับ 0.36 (95% Boot CI [0.26, 0.47]) คิดเป็นร้อยละ 53.3 ของอิทธิพลรวม เมื่อพิจารณาร่วมกับอิทธิพลทางตรงที่ยังคงมีนัยสำคัญ ผลนี้สอดคล้องกับรูปแบบตัวแปรสื่อบางส่วน (partial mediation) ดังนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ใจจากโรคเบาหวานกับค่า HbA1c ประมาณครึ่งหนึ่งเชื่อมโยงผ่านความเชื่อมั่นในการจัดการโรค ทั้งโดยลำพังและผ่านพฤติกรรมการดูแลตนเองตามลำดับ ความทุกข์ใจไม่ได้สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยตรง แต่สัมพันธ์ผ่านความเชื่อมั่นในการจัดการโรค

ข้อมูลเป็นแบบภาคตัดขวาง ผลจึงแสดงเพียงความสอดคล้องของข้อมูลกับแบบจำลองสมมติฐาน ไม่ได้ยืนยันความเป็นเหตุเป็นผล

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรสื่อแบบอนุกรมของความเชื่อมั่นในการจัดการโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ในความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ใจจากโรคเบาหวานกับค่า HbA1c ($n = 450$)

ส่วน ก สัมประสิทธิ์เส้นทาง

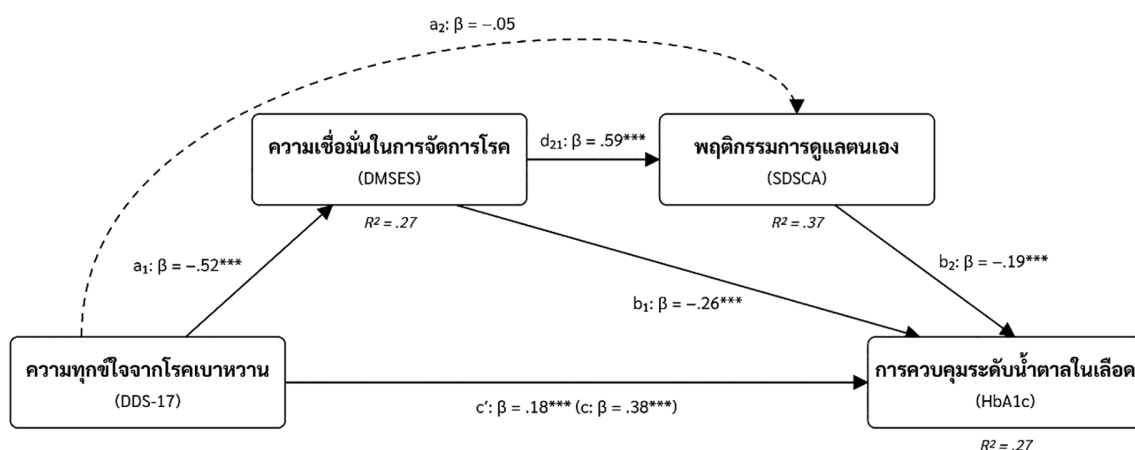
เส้นทาง	b	SE	t	p	95% CI	β
DDS-17 $\rightarrow$ DMSES (a_1)	-7.11	0.55	-12.89	< .001	[-8.19, -6.02]	-.52
DDS-17 $\rightarrow$ SDSCA (a_2)	-0.05	0.05	-1.03	.306	[-0.16, 0.05]	-.05
DMSES $\rightarrow$ SDSCA (d_{21})	0.05	0.004	13.39	< .001	[0.04, 0.06]	.59
DMSES $\rightarrow$ HbA1c (b_1)	-0.03	0.01	-4.70	< .001	[-0.05, -0.02]	-.26
SDSCA $\rightarrow$ HbA1c (b_2)	-0.27	0.07	-3.66	< .001	[-0.42, -0.13]	-.19
DDS-17 $\rightarrow$ HbA1c (c')	0.32	0.08	3.74	< .001	[0.15, 0.48]	.18

ส่วน ข อธิธิพลรวม อธิธิพลทางตรง และอธิธิพลทางอ้อม

อธิธิพล	ค่า อธิธิพล	SE / Boot SE	95% CI / 95% Boot CI	ค่ามาตรฐาน สมบูรณ์
อธิธิพลรวม (c)	0.68	0.08	[0.52, 0.83]	.38
อธิธิพลทางตรง (c')	0.32	0.08	[0.15, 0.48]	.18
Ind ₁ : DDS → DMSES → HbA1c	0.24	0.06	[0.14, 0.36]	.14
Ind ₂ : DDS → SDSCA → HbA1c	0.02	0.02	[-0.01, 0.05]	.01
Ind ₃ : DDS → DMSES → SDSCA → HbA1c	0.10	0.03	[0.05, 0.16]	.06
อธิธิพลทางอ้อมรวม	0.36	0.05	[0.26, 0.47]	.20

หมายเหตุ

- b = สัมประสิทธิ์ถดถอยไม่มาตรฐาน; β = สัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน
- ช่วงความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์เส้นทาง อธิธิพลรวม และอธิธิพลทางตรง คำนวณด้วยวิธีกำลังสองน้อยที่สุด; ช่วงความเชื่อมั่นของอธิธิพลทางอ้อมเป็น percentile bootstrap (5,000 รอบ)
- R^2 ของสมการ DMSES = .270, SDSCA = .374, HbA1c = .268
- ทุกสมการควบคุมอายุ เพศ ระยะเวลาที่ป่วย และดัชนีมวลกาย
- DDS-17 = Diabetes Distress Scale; DMSES = Diabetes Management Self-Efficacy Scale; SDSCA = Summary of Diabetes Self-Care Activities; HbA1c = glycated hemoglobin



————— เส้นทางที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

----- เส้นทางที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

หมายเหตุ ค่าในภาพเป็นสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β); c' = อธิธิพลทางตรง; c = อธิธิพลรวม; *p < .05, **p < .01, ***p < .001

ภาพที่ 2 แบบจำลองตัวแปรสื่อแบบอนุกรมของความเชื่อมั่นในการจัดการโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ในความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ใจจากโรคเบาหวานกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดอุดรธานี

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าความทุกข์ใจจากโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อจำแนกตามเกณฑ์ของ Fisher et al. (2012) พบผู้ที่มีความทุกข์ใจระดับสูงถึงร้อยละ 41.1 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดเชียงใหม่ ที่ใช้แบบวัด DDS-17 เช่นเดียวกัน และพบผู้ที่มีความทุกข์ใจระดับปานกลางถึงสูงเพียงร้อยละ 8.9 (Tunsuchart et al., 2020) ความแตกต่างนี้อาจเกี่ยวข้องกับการที่กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้รวมผู้ป่วยจากโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ซึ่งมักมีแผนการรักษาซับซ้อนกว่า ความแตกต่างของเกณฑ์จำแนกระดับ และบริบทของผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม ข้อเสนอแนะเหล่านี้ยังไม่ได้รับการทดสอบในการศึกษาครั้งนี้ ด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีผู้ป่วยควบคุมได้ตามเป้าหมายเพียงร้อยละ 24.7 ซึ่งต่ำกว่าข้อค้นพบระดับประเทศที่พบสัดส่วนดังกล่าวประมาณหนึ่งในสาม (Sakboonyarat et al., 2021) และสะท้อนว่าการควบคุมระดับน้ำตาลยังเป็นความท้าทายสำคัญของพื้นที่ศึกษา ขณะที่ความเชื่อมั่นในการจัดการโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งชี้ว่ายังพัฒนาได้อีกทั้งสองด้าน ในส่วนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ความทุกข์ใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่า HbA1c สอดคล้องกับ Fisher et al. (2010) ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ใจจากโรคเบาหวานกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทั้งในการวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางและแบบระยะยาว ส่วนความเชื่อมั่นในการจัดการโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงที่สุดในบรรดาตัวแปรทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ที่ถือว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวข้องใกล้ชิดกับการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ (Bandura, 1997)

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรสื่อแบบอนุกรมพบอิทธิพลทางอ้อมที่มีนัยสำคัญ 2 เส้นทาง คือ เส้นทางผ่านความเชื่อมั่นในการจัดการโรคเพียงตัวเดียว และเส้นทางผ่านความเชื่อมั่นในการจัดการโรคกับพฤติกรรมการดูแลตนเองตามลำดับ ส่วนเส้นทางผ่านพฤติกรรมการดูแลตนเองเพียงตัวเดียวไม่มีนัยสำคัญ ข้อค้นพบสำคัญคือ เมื่อพิจารณาความเชื่อมั่นในการจัดการโรคร่วมด้วย ความทุกข์ใจไม่มีความสัมพันธ์ทางตรงกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($\beta = -.05$) ความสัมพันธ์ทางลบระหว่างความทุกข์ใจกับพฤติกรรมที่พบในการวิเคราะห์สหสัมพันธ์จึงเชื่อมโยงผ่านความเชื่อมั่นในการจัดการโรคเป็นหลัก ผลนี้สอดคล้องกับ Gao et al. (2022) ที่พบว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเป็นตัวแปรสื่อในความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ใจจากโรคเบาหวานกับการจัดการโรคและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยชาวจีน และสนับสนุนข้อเสนอของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมที่ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองไว้เป็นกลไกกลางระหว่างสภาวะทางอารมณ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (Bandura, 1997) อย่างไรก็ตาม รูปแบบที่พบเป็นตัวแปรสื่อบางส่วน เพราะความทุกข์ใจยังคงสัมพันธ์ทางตรงกับค่า HbA1c และอิทธิพลทางอ้อมรวมคิดเป็นประมาณร้อยละ 53 ของอิทธิพลรวม ผลนี้แตกต่างจาก Parviniannasab et al. (2024) ที่พบว่าความเชื่อมั่นในการจัดการโรคเป็นตัวแปรสื่อสมบูรณ์ในความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ใจกับความสามารถในการฟื้นฟูพลัง ความแตกต่างนี้อาจสะท้อนธรรมชาติของตัวแปรผลลัพธ์ ความสามารถในการฟื้นฟูพลังเป็นโครงสร้างทางจิตวิทยาที่ใกล้เคียงกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่วนค่า HbA1c เป็นตัวชี้วัดทางชีวการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้าน ความสัมพันธ์ทางตรงที่เหลืออยู่จึงอาจแทนปัจจัยที่ไม่ได้วัดในการศึกษาครั้งนี้ เช่น ชนิดของยา ความซับซ้อนของแผนการรักษา ภาวะแทรกซ้อน และภาวะซึมเศร้ามากกว่าจะบ่งชี้ความเชื่อมโยงโดยตรงระหว่างความทุกข์ใจกับระดับน้ำตาลในเลือด

ในเชิงทฤษฎี ผลการวิจัยสนับสนุนการใช้ความเชื่อมั่นในการจัดการโรคเป็นแกนกลางของแบบจำลองที่เชื่อมโยงความทุกข์ใจ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ภายใต้การบูรณาการทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมกับกรอบพฤติกรรมการดูแลตนเอง AADE7 ในบริบทผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับจังหวัด อย่างไรก็ตาม ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมยังเสนอว่าประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือปฏิบัติ (mastery experience) เป็นแหล่งสำคัญของกรรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997) ข้อมูลที่เก็บ ณ จุดเวลาเดียวจึงสอดคล้องได้ทั้งกับแบบจำลองที่วางความเชื่อมั่นในการจัดการโรคไว้ก่อนพฤติกรรม และกับแบบจำลองที่วางลำดับตัวแปรต่างออกไป การศึกษาครั้งนี้กำหนดลำดับตัวแปรตามกรอบทฤษฎีและหลักฐานจากการศึกษาก่อนหน้า แต่ข้อมูลชุดนี้ไม่สามารถใช้

ตัดสินว่าลำดับใดถูกต้อง Maxwell and Cole (2007) ยังชี้ว่าอิทธิพลทางอ้อมที่ประมาณจากข้อมูลภาคตัดขวาง อาจคลาดเคลื่อนได้มากเมื่อเทียบกับข้อมูลระยะยาว ขนาดของอิทธิพลทางอ้อมที่พบจึงควรตีความด้วยความระมัดระวัง และควรยืนยันด้วยการศึกษาระยะยาวที่วัดตัวแปรซ้ำหลายช่วงเวลา ถึงกระนั้น การที่ความทุกข์ใจสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองผ่านความเชื่อมั่นในการจัดการโรคเป็นหลัก ร่วมกับการที่ยังมีความสัมพันธ์ทางตรงกับค่า HbA1c เหลืออยู่ ชี้ว่าความเชื่อมั่นในการจัดการโรคและความทุกข์ใจจากโรคเบาหวานเป็นตัวแปรที่ควรพิจารณาควบคู่กัน ในการออกแบบและทดสอบโปรแกรมการพยาบาลในลำดับต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมการพยาบาลนำร่อง (pilot program) ที่เสริมสร้างความเชื่อมั่น ในการจัดการโรคควบคู่กับการลดความทุกข์ใจจากโรคเบาหวานในคลินิกเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่าความทุกข์ใจสัมพันธ์ กับพฤติกรรมดูแลตนเองผ่านความเชื่อมั่นในการจัดการโรคเป็นหลัก องค์ประกอบของโปรแกรมจึงควรมุ่งที่การสร้าง ประสบการณ์ความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง (mastery experience) ตามหลักการของ Bandura (1997) เช่น การตั้งเป้าหมายพฤติกรรมที่ทำได้จริงทีละขั้นและการติดตามความก้าวหน้าร่วมกับพยาบาล ผลการวิจัย ยังพบว่าความทุกข์ใจยังคงสัมพันธ์ทางตรงกับค่า HbA1c โปรแกรมจึงควรมีการให้การปรึกษาเพื่อบรรเทาความทุกข์ใจ โดยตรงควบคู่ไปด้วย ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ Gao et al. (2022) ที่พบบทบาทตัวแปรสื่อของความเชื่อมั่น ในความสามารถของตนเองในความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ใจกับการจัดการโรค ทั้งนี้ ควรประเมินความเป็นไปได้และ ผลลัพธ์เบื้องต้นของโปรแกรมก่อนนำไปใช้ในวงกว้าง

2. ควรบูรณาการการคัดกรองความทุกข์ใจจากโรคเบาหวานด้วยแบบวัด DDS-17 เข้าเป็นส่วนหนึ่ง ของการติดตามผู้ป่วยตามปกติในระบบการจัดการรายกรณี (nurse case management) และการให้ความรู้การจัดการ โรคเบาหวานด้วยตนเอง (diabetes self-management education: DSME) โดยใช้เกณฑ์ของ Fisher et al. (2012) ผู้ป่วยที่มีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 2.0 ขึ้นไปควรได้รับการประเมินความเชื่อมั่นในการจัดการโรคเพิ่มเติม เพื่อระบุผู้ป่วยที่ควร ได้รับการดูแลเฉพาะตั้งแต่ระยะต้น เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบผู้ป่วยที่มีความทุกข์ใจระดับสูงถึงร้อยละ 41.1

3. ใช้ผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานเชิงประจักษ์ สำหรับการออกแบบโปรแกรมและการวิจัยเชิงทดลองในลำดับ ถัดไป มิใช่แนวปฏิบัติทางคลินิกโดยตรง เนื่องจากรูปแบบการวิจัยเป็นแบบภาคตัดขวาง จึงยังไม่สามารถยืนยันลำดับเวลา หรือความเป็นเหตุเป็นผลระหว่างตัวแปรได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเก็บข้อมูลและควบคุมตัวแปรทางคลินิกที่อาจสัมพันธ์กับทั้งความทุกข์ใจและค่า HbA1c ได้แก่ ชนิดของยาที่ได้รับ (เช่น การใช้อินซูลิน) ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และภาวะซึมเศร้า เพื่อประเมินว่าความสัมพันธ์ ทางตรงระหว่างความทุกข์ใจกับค่า HbA1c ที่พบในการศึกษาครั้งนี้ยังคงอยู่หรือไม่ เมื่อพิจารณาปัจจัยเหล่านี้ร่วมด้วย

2. ควรใช้การวิจัยระยะยาว (longitudinal study) ที่วัดตัวแปรซ้ำหลายช่วงเวลา เช่น การวิเคราะห์แบบ cross-lagged panel model หรือ longitudinal mediation เพื่อทดสอบลำดับของความสัมพันธ์ระหว่าง ความทุกข์ใจ ความเชื่อมั่นในการจัดการโรค พฤติกรรมดูแลตนเอง และค่า HbA1c รวมถึงเปรียบเทียบแบบจำลอง ที่วางลำดับตัวแปรต่างกัน ซึ่งข้อมูลภาคตัดขวางไม่สามารถแยกได้ (Maxwell & Cole, 2007)

3. ควรออกแบบการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) เพื่อทดสอบ ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการจัดการโรคและลดความทุกข์ใจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและ ค่า HbA1c โดยวัดความเชื่อมั่นในการจัดการโรคเป็นตัวแปรสื่อระหว่างการทดลอง เพื่อทดสอบกลไกตามกรอบทฤษฎี การรับรู้ทางสังคม

4. ควรศึกษาตัวแปรกำกับ (moderator) เพิ่มเติม เช่น ความรอบรู้ทางสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม เพื่ออธิบายความแตกต่างของบทบาทตัวแปรสื่อในผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

5. ควรขยายเป็นการศึกษาแบบหลายศูนย์ (multicenter study) ในหลายจังหวัดหรือหลายเขตสุขภาพ ที่มีบริบทแตกต่างกัน โดยใช้การวิเคราะห์ที่รองรับโครงสร้างข้อมูลแบบกลุ่ม เช่น การวิเคราะห์พหุระดับ (multilevel analysis) เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลในวงกว้าง (external validity)

References

- American Association of Diabetes Educators. (2020). An effective model of diabetes care and education: Revising the AADE7 Self-Care Behaviors®. *The Diabetes Educator*, 46(2), 139-160. <https://doi.org/10.1177/0145721719894903>
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2024). 6. Glycemic goals and hypoglycemia: Standards of care in diabetes—2024. *Diabetes Care*, 47(Suppl. 1), S111-S125. <https://doi.org/10.2337/dc24-S006>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- 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>
- Fisher, L., Hessler, D. M., Polonsky, W. H., & Mullan, J. (2012). When is diabetes distress clinically meaningful? Establishing cut points for the Diabetes Distress Scale. *Diabetes Care*, 35(2), 259-264. <https://doi.org/10.2337/dc11-1572>
- Fisher, L., Mullan, J. T., Arean, P., Glasgow, R. E., Hessler, D., & Masharani, U. (2010). Diabetes distress but not clinical depression or depressive symptoms is associated with glycemic control in both cross-sectional and longitudinal analyses. *Diabetes Care*, 33(1), 23-28. <https://doi.org/10.2337/dc09-1238>
- Fritz, M. S., & MacKinnon, D. P. (2007). Required sample size to detect the mediated effect. *Psychological Science*, 18(3), 233-239. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01882.x>
- Gao, Y., Xiao, J., Han, Y., Ji, J., Jin, H., Mawen, D. G., Zhong, Y., Lu, Q., Zhuang, X., & Ma, Q. (2022). Self-efficacy mediates the associations of diabetes distress and depressive symptoms with type 2 diabetes management and glycemic control. *General Hospital Psychiatry*, 78, 87-95. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2022.06.003>
- Hayes, A. F. (2022). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (3rd ed.). Guilford Press.
- Kim, H.-Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: Assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative Dentistry & Endodontics*, 38(1), 52-54. <https://doi.org/10.5395/rde.2013.38.1.52>

- Kim, J. H. (2019). Multicollinearity and misleading statistical results. *Korean Journal of Anesthesiology*, 72(6), 558-569. <https://doi.org/10.4097/kja.19087>
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155-163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Little, R. J. A. (1988). A test of missing completely at random for multivariate data with missing values. *Journal of the American Statistical Association*, 83(404), 1198-1202. <https://doi.org/10.1080/01621459.1988.10478722>
- Maxwell, S. E., & Cole, D. A. (2007). Bias in cross-sectional analyses of longitudinal mediation. *Psychological Methods*, 12(1), 23-44. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.12.1.23>
- Parviniannasab, A. M., Faramarzian, Z., Hosseini, S. A., Hamidzadeh, S., & Bijani, M. (2024). The effect of social support, diabetes management self-efficacy, and diabetes distress on resilience among patients with type 2 diabetes: A moderated mediation analysis. *BMC Public Health*, 24, Article 477. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18022-x>
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J.-Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879-903. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.5.879>
- Polonsky, W. H., Fisher, L., Earles, J., Dudl, R. J., Lees, J., Mullan, J., & Jackson, R. A. (2005). Assessing psychosocial distress in diabetes: Development of the Diabetes Distress Scale. *Diabetes Care*, 28(3), 626-631. <https://doi.org/10.2337/diacare.28.3.626>
- Sakboonyarat, B., Pima, W., Chokbumrungsuk, C., Pimpak, T., Khunsri, S., Ukritchon, S., Imjaijitt, W., Mungthin, M., Kaewput, W., Bhopdhornangkul, B., Sathavarodom, N., Tatsanavivat, P., & Rangsin, R. (2021). National trends in the prevalence of glycemic control among patients with type 2 diabetes receiving continuous care in Thailand from 2011 to 2018. *Scientific Reports*, 11, Article 14260. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-93733-4>
- Sanguangake, M., Jirapornkul, C., & Hurst, C. (2017). Psychometric properties of diabetes management self-efficacy in Thai type 2 diabetes mellitus patients: A multicenter study. *International Journal of Endocrinology*, 2017, Article 2503156. <https://doi.org/10.1155/2017/2503156>
- Sun, H., Saeedi, P., Karuranga, S., Pinkepank, M., Ogurtsova, K., Duncan, B. B., Stein, C., Basit, A., Chan, J. C. N., Mbanya, J. C., Pavkov, M. E., Ramachandaran, A., Wild, S. H., James, S., Herman, W. H., Zhang, P., Bommer, C., Kuo, S., Boyko, E. J., & Magliano, D. J. (2022). IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 183, Article 109119. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2021.109119>
- Thanakwang, K., Thinganjana, W., & Konggumnerd, R. (2014). Psychometric properties of the Thai version of the Diabetes Distress Scale in diabetic seniors. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 1353-1361. <https://doi.org/10.2147/CIA.S67200>

- Toobert, D. J., Hampson, S. E., & Glasgow, R. E. (2000). The summary of diabetes self-care activities measure: Results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*, 23(7), 943-950. <https://doi.org/10.2337/diacare.23.7.943>
- Tunsuchart, K., Lertrakarnnon, P., Srithanaviboonchai, K., Likhitsathian, S., & Skulphan, S. (2020). Type 2 diabetes mellitus related distress in Thailand. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), Article 2329. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072329>
- Van der Bijl, J., van Poelgeest-Eeltink, A., & Shortridge-Baggett, L. (1999). The psychometric properties of the diabetes management self-efficacy scale for patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 352-359. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01077.x>

รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล: การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ

สิริพร กิจจา, พย.ม.^{1*}

บทคัดย่อ

การป้องกันการพลัดตกหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยลดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มซ้ำ และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบ วิธีการดำเนินการ และผลลัพธ์ของรูปแบบ โปรแกรม หรือแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มซ้ำในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีรูปแบบและวิธีการวิจัยเป็นการทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ โดยใช้กรอบแนวคิด PICO/PICo ในการคัดเลือกงานวิจัย ครอบคลุมการศึกษาเชิงพรรณนา เชิงสำรวจ เชิงคุณภาพ และเชิงทดลอง ดำเนินการตามแนวทางของ Whitemore and Knafl (2005) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดปัญหา การค้นหาและคัดเลือกข้อมูล การประเมินคุณภาพ การวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอผลการทบทวน จากฐานข้อมูล MEDLINE Complete, CINAHL Complete, ThaiJO และ Google Scholar ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2569 รวมทั้งสิ้น 1,119 เรื่อง คัดเลือกเข้าสู่การวิเคราะห์จำนวน 11 เรื่อง โดยประเมินคุณภาพด้วยเกณฑ์ของ Joanna Briggs Institute (2022) มีการตรวจสอบความถูกต้อง การประเมินค่า การสกัดข้อมูล โดยผู้วิจัย และมีการใช้ thematic analysis และ narrative synthesis/summary ในการสังเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล มีลักษณะเป็นการจัดการหลายปัจจัย ประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยง การดูแลเฉพาะราย การจัดการปัจจัยเสี่ยง การให้ความรู้และการมีส่วนร่วม การจัดการสิ่งแวดล้อม การทำงานร่วมกันของทีมนสหสาขาวิชาชีพ และการดูแลต่อเนื่อง วิธีการดำเนินการมีความหลากหลายและควรปรับให้เหมาะสมกับระดับความเสี่ยง ความสามารถ และบริบทของผู้สูงอายุ โดยเชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่โรงพยาบาลก่อนจำหน่ายจนถึงหลังจำหน่าย ผลลัพธ์ครอบคลุมการเกิดหกล้มและหกล้มซ้ำ ความเสี่ยงต่อการหกล้ม การทรงตัว สมรรถภาพทางกาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความกลัวการหกล้ม ทั้งนี้ควรนำองค์ประกอบที่สังเคราะห์ได้ไปประยุกต์ใช้ตามบริบทมากกว่าการใช้รูปแบบมาตรฐานเดียว

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การป้องกันการพลัดตกหกล้มซ้ำในผู้สูงอายุควรดำเนินการภายใต้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมและบูรณาการหลายปัจจัย โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมิน วางแผน ประสานการดูแล และติดตามต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลสู่บ้าน ควรนำองค์ประกอบที่สังเคราะห์ได้ไปพัฒนาและปรับใช้เป็นแนวทางการดูแลเฉพาะรายตามบริบทของหน่วยบริการ พร้อมส่งเสริมการติดตามหลังจำหน่าย และควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวทางดังกล่าวอย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ: รูปแบบ การพลัดตกหกล้มซ้ำ ผู้สูงอายุ การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ

¹ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้เขียนหลัก e-mail: siriporn@bnc.ac.th

Model for Preventing Recurrent Falls in Older Adults in Hospitals: An Integrative Review

Siriporn Kijja, M.N.S.^{1*}

Abstract

Effective prevention of recurrent falls among older adults in hospitals can reduce recurrent falls and improve their quality of life. This study aimed to analyze, synthesize, and integrate knowledge on models for preventing recurrent falls among older adults in hospitals. An integrative review was conducted using the PICO/PICo framework and included descriptive, exploratory, qualitative, and experimental studies. The review followed the five-step framework of Whittemore and Knafl (2005): problem identification, literature search and selection, quality appraisal, data analysis and synthesis, and presentation of findings. Studies published from 2016 to 2026 were searched in MEDLINE Complete, CINAHL Complete, ThaiJO, and Google Scholar. Of 1,119 identified studies, 11 were included and appraised using the Joanna Briggs Institute (JBI) critical appraisal tools (2022). The researchers verified the data and synthesized them using thematic analysis and narrative synthesis.

The research findings showed that the model for preventing recurrent falls among the elderly in hospital settings is multifactorial. This approach encompasses risk assessment, individualized care, risk factor management, education and engagement, environmental management, multidisciplinary team collaboration, and continuity of care. Implementation strategies are diverse and should be tailored to the elderly individuals' risk levels, functional capabilities, and specific contexts, ensuring a seamless continuum of care from the pre-discharge hospital phase through to the post-discharge period. Outcomes addressed include fall incidence and recurrence, fall risk, balance, physical performance, ability to perform activities of daily living, and fear of falling. Ultimately, the synthesized components should be applied in a context-specific manner rather than relying on a single, standardized model. Research findings indicate that preventing recurrent falls among the elderly should be addressed through a holistic, multifactorial approach to care. Nurses play a pivotal role in assessment, care planning, coordination, and continuous monitoring from the hospital to the home setting. The synthesized elements should be developed and adapted into individualized care guidelines tailored to the specific service context and accompanied by post-discharge follow-up; furthermore, experimental research should be conducted to systematically evaluate the effectiveness of these guidelines.

Key words: Model, Recurrent falls, Older Adults, An integrative review

¹ Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author e-mail: siriporn@bnc.ac.th

บทนำ

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ องค์การอนามัยโลกระบุว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุโดยไม่ตั้งใจอันดับ 2 ของโลก มีผู้เสียชีวิตถึง 684,000 รายต่อปี มักก่อให้เกิดการบาดเจ็บรุนแรง เช่น กระดูกหัก การบาดเจ็บศีรษะ ความพิการ และการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และยังส่งผลกระทบทางจิตใจ เช่น ความกลัวการหกล้มซ้ำ ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้สูงอายุลดการมีส่วนร่วมทางสังคม คุณภาพชีวิตลดลง ก่อให้เกิดภาระต่อครอบครัวและระบบสุขภาพด้านค่าใช้จ่ายและการดูแลระยะยาว (Kowasandilok et al., 2023) ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2568 ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ คิดเป็นร้อยละ 21.58 การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อ การบาดเจ็บ การดำเนินชีวิต อาจนำไปสู่การเสียชีวิต ปี พ.ศ. 2567 มีผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาจากการพลัดตกหกล้ม 79,835 ราย และเสียชีวิต 1,504 ราย ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาผู้สูงอายุไทยเคยหกล้ม ร้อยละ 17.7 และมีประวัติหกล้มซ้ำ ร้อยละ 4.1 ปัญหาดังกล่าวทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาถึง 2,600 ล้านบาทต่อปี (Department of Disease Control, 2025) สะท้อนให้เห็นว่าการพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว และระบบสุขภาพ การพลัดตกหกล้ม หมายถึง การเปลี่ยนตำแหน่งของร่างกายโดยไม่ตั้งใจจนลงสู่พื้นหรือระดับที่ต่ำกว่า ส่วนการหกล้มซ้ำ หมายถึง การหกล้มตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป มีสาเหตุจากหลายปัจจัย ได้แก่ ความแข็งแรงและการทรงตัวลดลง การมองเห็น หรือการรับรู้บกพร่อง โรคประจำตัว การใช้ยา และสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย (World Health Organization, 2021) การพลัดตกหกล้มอาจนำไปสู่การบาดเจ็บ การสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน และความกลัวการหกล้ม ขณะที่ผู้ดูแลและครอบครัวอาจมีภาระในการดูแลเพิ่มขึ้น การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การป้องกันการพลัดตกหกล้ม มีหลายแนวทาง เช่น การประเมินความเสี่ยง การออกกำลังกาย การทบทวนยา การปรับสภาพแวดล้อม การให้ความรู้ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยเฉพาะการดูแลแบบหลายปัจจัยที่ปรับให้เหมาะสมกับความเสี่ยงเฉพาะบุคคล (Cochrane, 2020) องค์การอนามัยโลกเสนอให้โรงพยาบาลประเมินความเสี่ยงรายบุคคลและนำผลการประเมินไปสู่ การจัดการความเสี่ยง โดยอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ (World Health Organization, 2021) ดังนั้น การทบทวนและสังเคราะห์รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มซ้ำในผู้สูงอายุในโรงพยาบาล จึงมีความสำคัญเพื่อรวบรวมองค์ประกอบและวิธีดำเนินการที่เหมาะสม และใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางป้องกันการหกล้มซ้ำให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล

แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมเป็นแนวคิดสำคัญในการป้องกันการพลัดตกหกล้มซ้ำ โดยบูรณาการการดูแล ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ร่วมกับการวางแผนจำหน่าย การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน การวางแผนจำหน่ายควรเริ่มตั้งแต่ระยะแรกของการรักษา และครอบคลุมการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน สภาพแวดล้อมที่บ้าน ความพร้อมของผู้ดูแล การเตรียมความรู้และทักษะ และการติดตามหลังจำหน่าย (Siripanich, 2020) การศึกษาที่ผ่านมาได้นำแนวคิดดังกล่าวไปใช้ในผู้สูงอายุหลายกลุ่ม ทั้งผู้สูงอายุที่มีประวัติหรือมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางหรือมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ประจำวัน โดยรูปแบบการดูแล ประกอบด้วย การประเมินรายบุคคล การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย การให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลมีส่วนร่วม การประสานงานระหว่างทีมสุขภาพ การปรับสภาพแวดล้อม และการติดตามต่อเนื่อง (Naseri et al., 2018; Joo & Liu, 2023) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสื่อสารระหว่างบุคลากรกับผู้ป่วยและผู้ดูแล การประสานงานระหว่างวิชาชีพ การให้ความรู้เฉพาะบุคคล และการมีผู้รับผิดชอบประสานแผนจำหน่าย เป็นองค์ประกอบ สำคัญที่สนับสนุนความต่อเนื่องของการดูแล อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังมีความแตกต่างกันทั้งด้านลักษณะผู้สูงอายุ องค์ประกอบและระยะเวลาของการดูแล รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล สถานที่ดำเนินการ และผลลัพธ์ที่ใช้ประเมิน โดยการทบทวนการป้องกันการพลัดตกหกล้มส่วนใหญ่ศึกษาในผู้สูงอายุที่กลับไปดำรงชีวิตในชุมชน ขณะที่การศึกษา ด้านการดูแลผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านมุ่งเน้นความต่อเนื่องของการดูแลและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำมากกว่า

การหกล้มซ้ำ (Naseri et al., 2018; Lee et al., 2022) นอกจากนี้ ยังพบว่าความหลากหลายขององค์ประกอบและผลลัพธ์ทำให้การเปรียบเทียบระหว่างการศึกษทำได้จำกัด และยังไม่สามารถสรุปรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมได้ชัดเจน จึงยังมีช่องว่างขององค์ความรู้ในการสังเคราะห์รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล โดยคำนึงถึงความแตกต่างของผู้ป่วย ผู้ดูแล และบริบทของการดูแล การศึกษาค้นคว้าจึงมุ่งวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบ วิธีการดำเนินการ และผลลัพธ์ของรูปแบบ โปรแกรม หรือแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับพัฒนาและปรับใช้เป็นแนวทางการดูแลตามบริบทของหน่วยบริการ

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบ วิธีการดำเนินการ และผลลัพธ์ของรูปแบบ โปรแกรม หรือแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มซ้ำในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

คำถามการทบทวนวรรณกรรม

รูปแบบ โปรแกรม หรือแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มซ้ำในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีองค์ประกอบและวิธีการดำเนินการอย่างไร และส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มซ้ำและผลลัพธ์ด้านความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การทรงตัว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความกลัวการพลัดตกหกล้มอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการศึกษาทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ โดยกำหนดประเด็นการสังเคราะห์จากองค์ประกอบ การป้องกันการพลัดตกหกล้มซ้ำ ได้แก่ การประเมินและจัดการปัจจัยเสี่ยง การดูแลแบบองค์รวม การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล การวางแผนจำหน่าย และการติดตามต่อเนื่องใช้ PICO/PICo กำหนดคำถามและเกณฑ์คัดเลือกงานวิจัย มีการใช้กระบวนการ 5 ขั้นตอน ของ Whittemore and Knafl (2005) ในการทบทวนและสังเคราะห์หลักฐาน มีการประเมินคุณภาพงานวิจัยของ Joanna Briggs Institute (2022) เพื่อให้ผลลัพธ์มีความน่าเชื่อถือระดับสากล และใช้ PRISMA เป็นแนวทางรายงานกระบวนการสืบค้นและคัดเลือกหลักฐานอย่างเป็นระบบ

ระเบียบวิธีวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ เพื่อศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล มีขั้นตอนการดังนี้

1. การระบุปัญหาที่ต้องการศึกษา (problem identification) จากการสอนภาคปฏิบัติ พบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาด้วยกระดูกหักจากการพลัดตกหกล้มมีจำนวนมาก สัมพันธ์กับความเสื่อมถอยด้านร่างกาย นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน ภาวะพึ่งพิง ความกลัวการหกล้ม และเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มซ้ำและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

2. การสืบค้นวรรณกรรม (literature search) กำหนดประเด็นการสืบค้น โดยใช้กรอบ PICO ดังนี้ P (Patient/ Population/ Problem) คือ ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล I (Intervention) คือ รูปแบบแนวทาง โปรแกรม กิจกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม หรือรูปแบบ แนวทาง โปรแกรม กิจกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มซ้ำ C (Comparison) คือ ไม่กำหนดกลุ่มเปรียบเทียบเป็นเงื่อนไขในการคัดเลือก O (Outcome) คือ กำหนดผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การพลัดตกหกล้มหรือการพลัดตกหกล้มซ้ำ ส่วนผลลัพธ์รอง เช่น ความเสี่ยงต่อการหกล้ม การทรงตัว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความกลัวการหกล้ม และความรู้หรือพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้ม โดยกำหนดประเด็นการสืบค้นภาษาไทย คือ 1) ผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้สูงอายุ 2) การพลัดตกหกล้ม หรือการพลัดตกหกล้มซ้ำ

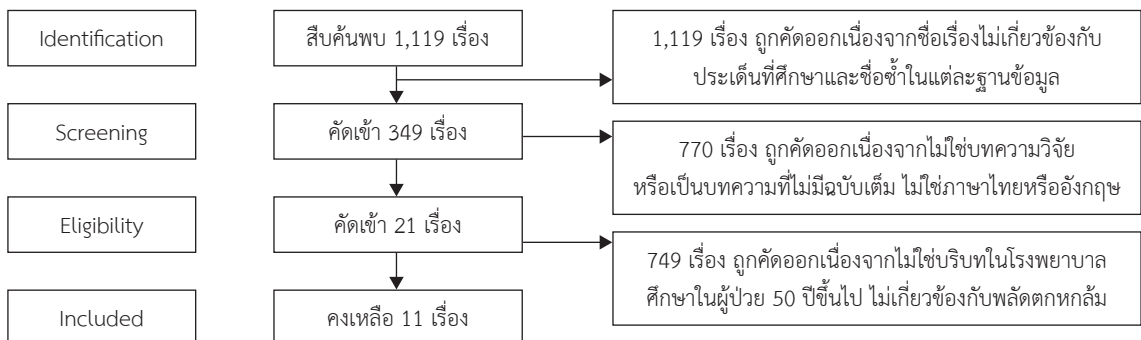
3) รูปแบบ แนวทาง หรือโปรแกรม และ 4) ในโรงพยาบาล ในส่วน Keywords ภาษาอังกฤษ คือ 1) Older Adults OR Older 2) Fall Prevention OR Recurrent falls 3) Program OR Model และ 4) Hospital โดยการกำหนดฐานข้อมูลในการสืบค้น ได้แก่ MEDLINE Complete with Full Text, CINAHL Complete with Full Text, ThaiJO และ Google scholar หรือการสืบค้นในช่องทางอื่น ๆ

2.1 การคัดเลือกข้อมูลนำมาศึกษา โดยการเลือกหัวข้อวิจัยและหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง โดยการอ่านบทคัดย่อ และเลือกงานวิจัยที่มีขอบเขตที่เกี่ยวข้อง จากนั้นอ่านรายงานฉบับเต็ม ซึ่งกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกผลงานวิจัย (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นการวิจัยในผู้ป่วยสูงอายุ อายุ 60 ปี ขึ้นไป เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม หรือการป้องกันการพลัดตกหกล้มซ้ำ 2) เป็นบทความวิจัยฉบับเต็ม (Full text) ที่ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2559 - 2569 และ 3) ตรงตามวัตถุประสงค์ในการศึกษาเป็นงานวิจัยทุกประเภททั้งแบบเชิงทดลองและแบบบรรยาย และมีเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) มีดังนี้ 1) ประเภทของเอกสารที่ไม่ใช่งานวิจัย เช่น ความคิดเห็นบรรณาธิการ (Editorial), จดหมาย (Letters) และบทวิจารณ์หนังสือ เป็นต้น 2) การป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ไม่ใช่บริบทในโรงพยาบาล 3) บทความที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษหรือภาษาไทย 4) บทความที่ไม่มีฉบับเต็ม (Full-text unavailable)

ฐานข้อมูล	กลุ่มคำค้น	ขอบเขตข้อมูล/ ตัวกรอง	จำนวนผล การสืบค้น	จำนวนที่ นำไปใช้
MEDLINE Complete	Older “AND” Recurrent Fallers “AND” Fall Prevention “AND” Hospital	MeSH terms + Free- text terms (Title/Abstract) กำหนด	17	1
	Recurrent falls “AND” older adults “AND” Program	ค.ศ. 2016- 2026 Research/ Journal Article ตาม เกณฑ์	57	0
	older adults “AND” Recurrent falls “AND” Hospital		22	1
	Recurrent Fallers “AND” Older Adults “AND” Model		17	0
CINAHL Complete	Older “AND” Recurrent Fallers “AND” Fall Prevention “AND” Hospital	INAHL Headings + Free-text terms (Title/ Abstract) กำหนด ค.ศ.	22	1
	Older “AND” Recurrent Fallers “AND” Program	2016-2026 Academic/ Peer-reviewed ตามเกณฑ์	5	0
Thaijo	Recurrent Fallers “AND” Older Adults	Keyword/ Free-text search กำหนด พ.ศ. 2559-2569	102	1
	Older Adults “AND” Fall Prevention “AND” Recurrent falls		59	0
	Older “AND” Fall Prevention “AND” Recurrent falls “AND” Hospital		78	0

ฐานข้อมูล	กลุ่มคำค้น	ขอบเขตข้อมูล/ ตัวกรอง	จำนวนผล การสืบค้น	จำนวนที่ นำไปใช้
	ผู้ป่วยสูงอายุ “และ” รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม		93	1
	ผู้สูงอายุ “และ” การพลัดตกหกล้มซ้ำ “และ” โรงพยาบาล		66	0
	ผู้สูงอายุ “และ” แนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้ม		45	0
Google scholar	ผู้ป่วยสูงอายุ “และ” รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มซ้ำ	Free-text search ใช้ phrase search และ	326	5
	ผู้สูงอายุ “และ” การพลัดตกหกล้ม “และ” โรงพยาบาล	Boolean operators กำหนด พ.ศ. 2559-2569	88	1

2.2 จัดทำแผนผังการคัดเลือกรงานวิจัยที่เป็นฉบับเต็ม (Full text) วิธีการสืบค้นวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ตาม PRISMA Flow Diagram



ภาพที่ 1 PRISMA Flow Diagram การคัดเลือกรงานวิจัยรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

3. การประเมินข้อมูลที่คัดเลือกไว้ (data evaluation) ผู้วิจัย 1 คน ดำเนินการคัดกรองชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และบทความฉบับเต็มตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกที่กำหนด โดยทดลองใช้เกณฑ์กับงานวิจัยบางส่วนก่อนการคัดกรองจริง และตรวจสอบความถูกต้องของการคัดเลือกโดยผู้เชี่ยวชาญ พร้อมตรวจสอบและลงรายการซ้ำด้วยโปรแกรมจัดการบรรณานุกรม ก่อนประเมินคุณภาพงานวิจัยด้วยเครื่องมือ Critical Appraisal Tools ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Joanna Briggs Institute, 2022) ที่เหมาะสมกับรูปแบบการวิจัยแต่ละประเภท

4. การวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis) การสกัดข้อมูลโดยผู้วิจัย 1 คน คัดกรองชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และบทความฉบับเต็มตามเกณฑ์ที่กำหนด ทดลองใช้เกณฑ์ก่อนคัดกรองจริง และตรวจสอบความถูกต้องของการคัดเลือกโดยผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบและลงงานซ้ำด้วยโปรแกรมจัดการบรรณานุกรม และประเมินคุณภาพงานวิจัยด้วยเครื่องมือของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Joanna Briggs Institute, 2022) ตามรูปแบบการวิจัยแต่ละประเภท กำหนดให้ตอบ Yes = 1 คะแนน, No/Unclear = 0 คะแนน และไม่นับ Not applicable ในการคำนวณคะแนน ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์

การแปลผลคุณภาพการวิจัย 3 ระดับ ได้แก่ $\geq 80\%$ หมายถึง คุณภาพสูง, 60-79% หมายถึง คุณภาพปานกลาง และ $< 60\%$ หมายถึง คุณภาพต่ำ (Aromataris et al., 2024) เพื่อใช้เป็นเกณฑ์การตัดสินใจในการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ จากนั้นสกัดข้อมูลตามวัตถุประสงค์ด้วยแบบบันทึกการสกัดข้อมูลที่พัฒนาจากแบบบันทึกการสกัดข้อมูลของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Joanna Briggs Institute, 2022) จัดหมวดหมู่และวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงแก่นสาระ (Thematic analysis) และการวิเคราะห์แบบสรุปความ (Narrative summary)

5. การนำเสนอผลการทบทวน (Presentation) อภิปรายผลและเสนอแนวทางการประยุกต์ใช้

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมแบบการยกเว้นการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (exemption review) จากคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ลงวันที่ 4 มีนาคม 2569 (COA No. 06/2569) รหัสโครงการวิจัย BNC REC 08/2569

ผลการวิจัย

จากผลการสืบค้นพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 1,119 เรื่อง โดยมีรายละเอียดขั้นตอนในการคัดเลือกรงานวิจัย ภาพที่ 1 มีงานวิจัยที่ผ่านการวิเคราะห์คุณภาพงานวิจัย คงเหลืองานวิจัยศึกษาในประเทศไทย ทั้งหมด 8 เรื่อง ประเทศสหรัฐอเมริกา 1 เรื่อง ประเทศญี่ปุ่น 1 เรื่อง และประเทศซาอุดีอาระเบีย 1 เรื่อง โดยแบ่งเป็นงานวิจัยแบบ Randomized Controlled Trial จำนวน 1 เรื่อง Quasi-experimental Research จำนวน 7 เรื่อง Cohort Studies จำนวน 1 เรื่อง descriptive/cross-sectional study จำนวน 2 เรื่อง ดังที่แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

ผู้แต่ง (ปีที่พิมพ์)	วัตถุประสงค์/ กลุ่มตัวอย่าง/ การออกแบบวิจัย	รูปแบบการป้องกัน การพลัดตกหกล้ม ซ้ำในผู้สูงอายุ	เครื่องมือ	ผลการศึกษา	ระดับหลักฐาน
Siri (2020) (Thailand)	วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการหกล้มซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลลำพูน โดยศึกษาพยาบาล 24 คน และผู้ป่วย 30 คน	แนวปฏิบัติพัฒนาตามกรอบ NHMRC และหลักฐานเชิงประจักษ์ ครอบคลุมการประเมินความเสี่ยง กิจกรรมป้องกัน ให้ความรู้ดูแลต่อเนื่อง และพัฒนาคุณภาพด้วย PDCA 4 ระยะ	คู่มือแนวปฏิบัติทางคลินิก, แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล, ประวัติ, อุบัติการณ์การหกล้ม และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและทีมผู้ดูแล	หลังใช้แนวปฏิบัติอุบัติการณ์หกล้มซ้ำลดลง 15.4% เหลือ 0% อย่างมีนัยสำคัญ ($p = .023$) พร้อมความพึงพอใจผู้ป่วยและผู้ดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด (4.39 ± 0.29 และ 4.26 ± 0.37)	Level 2 (Quasi-experimental study) JBI Quasi-experimental Checklist คะแนน: 7/9 ข้อ (77.78%) คุณภาพปานกลาง Overall appraisal Include
Mingsumdang (2025) (Thailand)	วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ หอผู้ป่วย	PORN SAFE Model คือ การวางแผน, การให้ความรู้, การฝึกทักษะ, การกำหนดมาตรฐาน, การเฝ้าระวัง, การประเมิน	แบบวัดความรู้, แบบประเมินการปฏิบัติ, แบบประเมินความพึงพอใจ, แบบประเมินความเป็นไปได้และคู่มือ/รูปแบบ	ความรู้และการปฏิบัติตามของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) มีความพึงพอใจระดับมาก และมีอุบัติการณ์หกล้ม	Level 2 (Quasi-experimental study / Research and Development) JBI Quasi-experimental

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ผู้แต่ง (ปีที่พิมพ์)	วัตถุประสงค์/ กลุ่มตัวอย่าง/ การออกแบบวิจัย	รูปแบบการป้องกัน การพลัดตกหกล้ม ซ้ำในผู้สูงอายุ	เครื่องมือ	ผลการศึกษา	ระดับหลักฐาน
	อายุกรรมหญิง/ชาย โรงพยาบาล ดำเนินสะดวก ศึกษากลุ่มผู้นิเทศ 12 คน ผู้รับการ นิเทศ 36 คน และ ผู้รับบริการ 200 คน	เสี่ยงการพลัดตก หกล้ม, การให้ข้อมูล ย้อนกลับ และการมี ส่วนร่วม	การนิเทศ	ลดลง (จาก 12% เหลือ 1%)	Checklist คะแนน: 7/9 ข้อ (77.78%) คุณภาพปานกลาง Overall appraisal Include
Kullawaniteewat et al. (2020) (Thailand)	การวิจัยและพัฒนา เพื่อศึกษา สถานการณ์การ หกล้ม พัฒนารูปแบบ การดูแล และ ประเมินประสิทธิผล ของรูปแบบในผู้ป่วย บกพร่องการ เคลื่อนไหวที่เข้ารับ การฟื้นฟูสภาพที่ สถาบันสิรินธรเพื่อ การฟื้นฟู สมรรถภาพทาง การแพทย์ 80 คน และพยาบาล 19 คน	รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยเฉพาะราย (Personalized care) 4 ขั้นตอน 1) ประเมินปัจจัย เสี่ยง 2) ระบุปัจจัยเสี่ยง 3) วางแผน การพยาบาลร่วม สหสาขา 4) ให้การพยาบาล เฉพาะราย	คู่มือการดูแลผู้ป่วย เฉพาะราย, แบบ ประเมินความเสี่ยง (ดัดแปลงจาก Hendrich II), แบบบันทึกข้อมูล ผู้ป่วย, แบบ ประเมินความรู้ และแบบประเมิน ความพึงพอใจ	เมื่อใช้รูปแบบการ ดูแลผู้ป่วยเฉพาะ รายที่พัฒนาขึ้น กลุ่มทดลองไม่พบ การหกล้ม (0 ครั้ง ใน 4 เดือน) พยาบาลมีความรู้ เพิ่มขึ้น 100% และมีความพึงพอใจ ในการใช้รูปแบบ การดูแลผู้ป่วย เฉพาะราย เฉลี่ย 4.25	Level 2 (Quasi- experimental study / Research and Development) JBI Quasi- experimental Checklist คะแนน: 6/9 ข้อ (66.67%) คุณภาพปานกลาง Overall appraisal Include
Meechin et al. (2023) (Thailand)	การวิจัยเชิงปฏิบัติ การเพื่อศึกษา สถานการณ์ พัฒนา รูปแบบ และ ประเมินผลการ ป้องกันการพลัดตก หกล้มในผู้ป่วยสูง อายุหอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาล น้ำพอง โดยศึกษา พยาบาล 13 ราย และผู้ป่วยสูงอายุ 90 ราย	รูปแบบ 3 ส่วนหลัก 1) ประเมินความ เสี่ยง (Morse Fall Scale) 2) กิจกรรม การพยาบาล การสื่อสาร/ให้ ความรู้, ช่วย ซับถ่าย, ทบทวนยา, จัดสิ่งแวดล้อม ปลอดภัย และช่วย เคลื่อนย้าย 3) กิจกรรมพิเศษใน กลุ่มเสี่ยงสูง: เผา ระวังใกล้ชิด จัด เตียงใกล้พยาบาล	แนวคำถามสนทนา กลุ่ม, แบบบันทึก ข้อมูลผู้ป่วย/ พยาบาล, Morse Fall Scale, แบบ ประเมินความพึง พอใจ, และแบบ ประเมินการนำไปใช้	รูปแบบมี ประสิทธิภาพและ ใช้ได้จริง โดยไม่พบ การหกล้มในผู้ป่วย ทั้งหมด (100%) พยาบาลเห็นว่า สามารถนำไปใช้ได้ ในระดับมากที่สุด (4.69±0.48) และมี ความพึงพอใจใน ระดับมาก (4.48±0.34)	Level 2 (Quasi-experi- mental / Action research with intervention) JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research คะแนน: 9/10 ข้อ (90%) คุณภาพสูง Overall appraisal Include

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ผู้แต่ง (ปีที่พิมพ์)	วัตถุประสงค์/ กลุ่มตัวอย่าง/ การออกแบบวิจัย	รูปแบบการป้องกัน การพลัดตกหกล้ม ซ้ำในผู้สูงอายุ	เครื่องมือ	ผลการศึกษา	ระดับหลักฐาน
		4) การนิเทศ ทางการพยาบาล ต่อเนื่อง			
Thongsumrit et al. (2022) (Thailand)	วัตถุประสงค์เื่อ เปรียบเทียบ ก่อน-หลังการเข้า ร่วมโปรแกรมใน ด้าน 1) ความรู้ เกี่ยวกับการหกล้ม ซ้ำและการป้องกัน 2) ความยืดหยุ่น ของร่างกาย 3) ความสามารถ ในการทรงตัว และ 4) พฤติกรรม ป้องกันการหกล้มซ้ำ กลุ่มตัวอย่างผู้สูง อายุ อายุ ≥ 60 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่เคยหกล้มในปี 2563 อาศัยอยู่ใน อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบ เจาะจง (Purposive sampling) การวิจัย วิจัยกึ่งทดลองแบบ One Group Pretest-Posttest Design	โปรแกรมใช้กรอบ แนวคิด Fall Prevention Intervention ของ Hamm et al. (2016) มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การให้ ความรู้ 2) การออก กำลังกาย 3) การ ประเมินความเสี่ยง ด้วยตนเอง และ 4) โปรแกรม 9 สัปดาห์ ครั้งที่ 1-2 ให้ความรู้เรื่อง การหกล้มซ้ำ การป้องกันตนเอง และสิ่งแวดล้อม ที่ปลอดภัย ครั้งที่ 3-5 ฝึกเสริมความ แข็งแรงและยืด เหยียดกล้ามเนื้อ ฝึกการทรงตัวด้วย Timed Up and Go (TUG) และฝึก การล้มอย่าง ปลอดภัย ครั้งที่ 6 ประเมินความเสี่ยง ต่อการหกล้มด้วย ตนเอง ครั้งที่ 7-9 ฝึกจัดสิ่งแวดล้อม ในบ้าน เตรียมตัว เดินทาง และ ป้องกันการหกล้ม เมื่ออยู่นอกบ้าน โดยการบรรยาย	1) โปรแกรมการ ป้องกันการหกล้มซ้ำ ในผู้สูงอายุ 2) แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป 3) แบบประเมิน ความรู้เกี่ยวกับ การหกล้มซ้ำ จำนวน 20 ข้อ 4) แบบบันทึกความ ยืดหยุ่นของ กล้ามเนื้อ ได้แก่ Chair Sit-and- Reach Test และ Back Scratch Test 5) แบบบันทึกความ สามารถในการ ทรงตัวด้วย Timed Up and Go Test (TUG) 6) แบบประเมิน พฤติกรรมป้องกัน การหกล้มซ้ำ 19 ข้อ	หลังเข้าร่วม โปรแกรม ผู้สูงอายุ มีความรู้เกี่ยวกับ การหกล้มซ้ำและ การป้องกัน ความ ยืดหยุ่นของร่างกาย ความสามารถในการ ทรงตัว และ พฤติกรรมป้องกัน การหกล้มซ้ำดีขึ้น กว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดย คะแนนความรู้เพิ่ม จาก 12.2 เป็น 16.2 คะแนน ความ ยืดหยุ่นเพิ่มจาก -0.23 เป็น 3.92 คะแนนความ สามารถในการ ทรงตัวมีค่า TUG ลดจาก 18.4 เป็น 15.4 วินาที และ คะแนนพฤติกรรม ป้องกันการหกล้ม เพิ่มจาก 28.2 เป็น 32.6 คะแนน	Level 3 (Quasi- experimental study, One Group Pretest-Posttest Design) JBI Quasi- experimental Checklist คะแนน: 7/9 ข้อ (77.78%) คุณภาพปานกลาง Overall appraisal Include

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ผู้แต่ง (ปีที่พิมพ์)	วัตถุประสงค์/ กลุ่มตัวอย่าง/ การออกแบบวิจัย	รูปแบบการป้องกัน การพลัดตกหกล้ม ซ้ำในผู้สูงอายุ	เครื่องมือ	ผลการศึกษา	ระดับหลักฐาน
		สาธิต ฝึกปฏิบัติ อภิปรายกลุ่ม สาธิต ย้อนกลับ			
Unkanawarapan (2025) (Thailand)	วัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินผลของ โปรแกรมให้ความรู้ และปรับพฤติกรรม เพื่อเพิ่ม self- efficacy ในการ ป้องกันการหกล้มใน ผู้สูงอายุ 60-79 ปี โรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราช ธาตุพนม จำนวน 76 ราย เป็น กลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน	Self-efficacy- based program (8 สัปดาห์) ให้ความรู้เรื่องการ ป้องกันหกล้ม, ปรับพฤติกรรม ในชีวิตประจำวัน, ฝึกทักษะ (ออกกำลังกาย/ การทรงตัว), การจัด สิ่งแวดล้อมในบ้าน, การเรียนรู้แบบ กลุ่ม/ตัวแบบ และ ติดตามทางโทรศัพท์	แบบสอบถามข้อมูล ทั่วไป, แบบประเมิน ความรู้, แบบ ประเมินพฤติกรรม ป้องกันการหกล้ม, แบบประเมิน สิ่งแวดล้อมในบ้าน และ Timed Up and Go test (TUG)	หลังทดลองกลุ่ม ทดลองมีความรู้ สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$), พฤติกรรม ป้องกันการหกล้ม ดีขึ้น ($p < .001$), สิ่งแวดล้อมในบ้าน ปลอดภัยขึ้นทุกด้าน ($p < .001$) และ โปรแกรมช่วยเพิ่ม self-efficacy และ ลดความเสี่ยงการ หกล้ม	Level 2 (Quasi- experimental study) JBI Quasi- experimental Checklist คะแนน: 8/9 ข้อ (88.89%) คุณภาพสูง Overall appraisal Include
Meesri et al. (2024) (Thailand)	ศึกษาผลของ โปรแกรมส่งเสริม การรับรู้ความเชื่อ ด้านสุขภาพต่อ พฤติกรรมป้องกัน การหกล้มใน ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วย อายุรกรรมพิเศษ โรงพยาบาลชลบุรี 50 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 25 คน	โปรแกรมส่งเสริม การรับรู้ความเชื่อ ด้านสุขภาพ ได้แก่ การให้ความรู้/ ประเมินความเสี่ยง, ส่งเสริมการรับรู้ ความรุนแรง/ ประโยชน์, การลดอุปสรรค, ฝึกออกกำลังกาย/ เปลี่ยนอิริยาบถ และการกระตุ้น เตือน	แบบสอบถามข้อมูล ส่วนบุคคล, แบบสอบถาม พฤติกรรมป้องกัน การหกล้ม (12 ข้อ), เครื่องมือคัดกรอง: 6CIT, BAI, TGDS-15, Hendrich II และโปรแกรม คู่มือ สื่อการสอน	หลังทดลองมี คะแนนพฤติกรรม ป้องกันการหกล้ม สูงกว่าก่อนทดลอง ($t = -15.53$, $p < .01$) และกลุ่ม ทดลองมีคะแนน พฤติกรรม ป้องกันการหกล้ม สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($t = -7.90$, $p < .01$) แสดงว่าโปรแกรม สามารถป้องกันการ หกล้มได้จริง	Level 2 (Quasi- experimental study) JBI Quasi- experimental Checklist คะแนน: 7/9 ข้อ (77.78%) คุณภาพปานกลาง Overall appraisal Include
Buarengthiantong and Yindee (2021) (Thailand)	การวิจัยเชิงบรรยาย นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความเสี่ยง ความกลัวการหกล้ม และแนวทางการ จัดการป้องกันการ	แนวทาง “12 ป.” ประเมินความเสี่ยง หกล้ม, เปลี่ยน เครื่องแต่งกาย/ รองเท้า, ปรับสภาพ แวดล้อม, ปลอดภัย	แบบสอบถามข้อมูล ทั่วไป, Falls Risk Assessment Tool, Thai FES-I (ประเมินความกลัว การหกล้ม) และ	ส่วนใหญ่เสี่ยงหกล้ม ระดับปานกลาง (57%), กลัวหกล้ม ระดับมาก (50.3%), การป้องกันมาก ที่สุด: การจัด	Level 4 (Descriptive study) JBI appropriate checklist คะแนน: 6/8 ข้อ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ผู้แต่ง (ปีที่พิมพ์)	วัตถุประสงค์/ กลุ่มตัวอย่าง/ การออกแบบวิจัย	รูปแบบการป้องกัน การพลัดตกหกล้ม ซ้ำในผู้สูงอายุ	เครื่องมือ	ผลการศึกษา	ระดับหลักฐาน
	หกล้มในผู้สูงอายุ 165 คน ที่มารับ บริการในคลินิก ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง	กิจกรรมเสี่ยง, ปล่อยความเชื่อ ที่ไม่เหมาะสม, ปกป้องช่วยเหลือ/ เยี่ยมบ้าน, ป้องกัน ใช้อุปกรณ์ช่วย เคลื่อนไหว, ประวัติการดูแล และติดตาม, ปรึกษาเรื่องยาและ โภชนาการ, ปรับ ทัศนคติตระหนัก การป้องกัน, ปัจจัย เสริมแรง	แบบประเมิน แนวทางป้องกัน การหกล้ม (12 ป.)	สิ่งแวดล้อม (87.3%) และปฏิบัติ น้อยสุด: การออก กำลังกาย (21.2%)	(75%) คุณภาพปานกลาง Overall appraisal Include
Alsaad et al. (2024) (Saudi Arabia)	To assess nurses' knowledge, attitudes, and practices toward fall prevention among older hospitalized patients in 370 nurses working in medical and surgical wards at a tertiary care university hospital in Saudi Arabia, using a cross-sectional online survey conducted from December 2020 to September 2021.	Fall prevention through risk assessment, strict adherence to fall prevention policies, color-coding high-risk patients, patient education, adequate footwear, hydration and nutrition, and multidisciplinary support.	A valid and reliable 54-item questionnaire assessing sociodemographic characteristics, knowledge, attitudes, and practices; Cronbach's alpha = 0.83.	Nurses demonstrated good knowledge, positive attitudes, and good fall-prevention practices, although knowledge of intrinsic risk factors was limited; 91.9% strictly followed fall-prevention policies, 85.4% used the color-coding system, and 96% wanted additional training.	Level 4 (Descriptive study) JBI appropriate checklist คะแนน: 6/8 ข้อ (75%) คุณภาพปานกลาง Overall appraisal Include
Ueda et al. (2022) (Japan)	A multicenter, parallel preliminary	The intervention provided tailored fall-prevention	Baseline assessments: 1) Barthel Index	Falls: 0% in intervention vs 4.3% in control.	Level 1 Randomized Controlled Trial

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ผู้แต่ง (ปีที่พิมพ์)	วัตถุประสงค์/ กลุ่มตัวอย่าง/ การออกแบบวิจัย	รูปแบบการป้องกัน การพลัดตกหกล้ม ซ้ำในผู้สูงอายุ	เครื่องมือ	ผลการศึกษา	ระดับหลักฐาน
	randomized controlled trial evaluated a tailored fall-prevention program using home floor plans for discharged older adults. The study included 72 adults aged ≥ 65 years with a history of falls who could walk indoors at discharge, with 53 completing the final analysis across five acute-care hospitals.	education using individual home floor plans, including hazard assessment and environmental modification, delivered by a trained physical therapist before discharge. The control group received usual care with fall-prevention exercises, and falls were monitored for 1 month after discharge using a fall calendar.	(0-100) 2) Timed Up and Go Test 3) Geriatric Depression Scale-5 (0-5) 4) Modified Fall Efficacy Scale (0-140). Outcomes: Monthly fall calendar (falls and near-falls).	Near-falls: 3.7% vs 26.9% (χ^2 , $p = .022$). Kaplan-Meier analysis showed significantly lower near-fall incidence in intervention group (log-rank $p = .018$).	JBIRCT Checklist คะแนน: 11/13 ข้อ (84.62%) คุณภาพสูง Overall appraisal Include
Choi, Marti, Choi, & Kunik (2023) (United States)	The study examined factors related to single and recurrent falls and subsequent falls among older adults over three years. It was a longitudinal observational study of 3,063 community-dwelling adults aged ≥ 70 years using U.S. NHATS data.	Multifactorial fall prevention should focus on early risk identification, exercise, balance assessment, mobility aids, and management of depression and anxiety. Evidence-based multifactorial programs are recommended for older adults	NHATS measures assessed falls, physical/functional, psychological, cognitive health, exercise, hospitalization, and sociodemographic factors. The PHQ-4 assessed depression/anxiety, while cognitive status was based on dementia	57.0% experienced falls, with 23.1% having a single fall and 33.9% having recurrent falls; recurrent falls were linked to more health and mobility problems. Starting or continuing exercise reduced subsequent fall risk, while both single and	Level 3b (nationally representative cohort/panel study) JBIR Checklist for Cohort Studies คะแนน: 8/11 ข้อ (72.73%) คุณภาพปานกลาง Overall appraisal Include

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ผู้แต่ง (ปีที่พิมพ์)	วัตถุประสงค์/ กลุ่มตัวอย่าง/ การออกแบบวิจัย	รูปแบบการป้องกัน การพลัดตกหกล้ม ซ้ำในผู้สูงอายุ	เครื่องมือ	ผลการศึกษา	ระดับหลักฐาน
		with a history of falls.	diagnosis, memory, orientation, and clock-drawing tests.	recurrent falls were associated with higher hospitalization risk.	

การอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบ วิธีการดำเนินการ และผลลัพธ์ของรูปแบบ โปรแกรม หรือแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล โดยภาพรวมพบว่า รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มหรือการป้องกันการพลัดตกหกล้มซ้ำ มีลักษณะเป็นการจัดการหลายปัจจัย องค์ประกอบที่พบร่วมกัน ได้แก่ การประเมินความเสี่ยง การวางแผนการดูแลเฉพาะราย การจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านร่างกายและการเคลื่อนไหว การจัดการด้านยา การจัดสิ่งแวดล้อม การให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรม การทำงานร่วมกันของทีมนสหสาขาวิชาชีพ และการดูแลต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทยที่ให้ความสำคัญกับการประเมินปัจจัยเสี่ยงและการนำข้อมูลไปกำหนดกิจกรรมการป้องกันให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย (Unkanawarapan, 2025; Siri, 2020; Kullawanithiwat et al., 2020; Buengthiantong & Yindee, 2021; Thongsamrit et al., 2022; Meechin et al., 2023; Meesri et al., 2024; Mingsamdaeng, 2025) ขณะเดียวกัน การศึกษาของ Choi et al. (2023) พบว่าการเกิดหกล้มซ้ำในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับปัญหาด้านสุขภาพและการเคลื่อนไหว และการป้องกันควรมุ่งเน้นการค้นหาความเสี่ยงตั้งแต่ระยะเริ่มต้น การออกกำลังกาย การประเมินการทรงตัว การใช้เครื่องช่วยเดิน และการจัดการปัจจัยด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล นอกจากนี้ Alsaad et al. (2024) พบว่าการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยง การปฏิบัติตามนโยบายการป้องกัน การระบุผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การให้ความรู้ การใช้รองเท้าที่เหมาะสม การดูแลด้านสารน้ำและโภชนาการ และการสนับสนุนจากทีมนสหสาขาวิชาชีพ โดยพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้ที่สอดคล้อง และการปฏิบัติด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มในระดับที่ดี สะท้อนให้เห็นว่าการป้องกันการพลัดตกหกล้มซ้ำควรเป็นกระบวนการครอบคลุมหลายปัจจัยและอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

ด้านองค์ประกอบ พบว่าการประเมินความเสี่ยงเป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มหรือการป้องกันการพลัดตกหกล้มซ้ำ ซึ่งช่วยระบุปัจจัยเสี่ยงและนำข้อมูลไปใช้ในการกำหนดกิจกรรมเฉพาะราย ครอบคลุมปัจจัยด้านร่างกาย การเคลื่อนไหว การใช้ยา การรับรู้ ประวัติการหกล้ม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การศึกษาของ Kullawanithiwat et al. (2020) พบว่าการดูแลผู้สูงอายุควรเริ่มจากการประเมินความเสี่ยงก่อนนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการดูแลร่วมกับทีมนสหสาขาวิชาชีพ ขณะที่ Siri (2020) พบแนวปฏิบัติที่เชื่อมโยงการประเมินความเสี่ยงกับการดำเนินกิจกรรมป้องกัน การให้ความรู้ การดูแลต่อเนื่อง และการพัฒนาคุณภาพ นอกจากนี้ ยังพบองค์ประกอบ การจัดการปัจจัยเสี่ยงหลายด้าน ได้แก่ การส่งเสริมการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย การให้ความรู้ การจัดการด้านยา การปรับสภาพแวดล้อม และการติดตามต่อเนื่อง (Buengthiantong & Yindee, 2021; Thongsamrit et al., 2022; Meechin et al., 2023; Meesri et al., 2024; Mingsamdaeng, 2025) ผลการศึกษาของ Choi et al. (2023) สนับสนุนความสำคัญของการประเมินความเสี่ยงและการจัดการหลายปัจจัย โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีการหกล้มซ้ำมีปัญหาด้านสุขภาพ

และการเคลื่อนไหว และการเริ่มต้นหรือคงไว้ซึ่งการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการหกล้มซ้ำที่ลดลง สะท้อนได้ว่า การป้องกันควรพิจารณาปัจจัยด้านร่างกาย การเคลื่อนไหว และปัจจัยด้านจิตใจร่วมกัน ขณะที่ Alsaad et al. (2024) แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการนำผลการประเมินความเสี่ยงไปเชื่อมโยงกับการปฏิบัติจริงของบุคลากร เช่น การปฏิบัติตามนโยบายการป้องกัน การระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง การให้ความรู้ และการสนับสนุนจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้น จากการศึกษาพบว่า การป้องกันการพลัดตกหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุควรเริ่มจาก การประเมินความเสี่ยงอย่างครอบคลุมเป็นรายบุคคล แล้วนำผลการประเมินมาเชื่อมโยงกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงและกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมกับปัญหา ความต้องการ และบริบทของผู้สูงอายุเฉพาะราย มากกว่าการใช้มาตรการเดียวกับผู้สูงอายุทุกคน ทั้งนี้ ควรครอบคลุมการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย การประเมินและจัดการการทรงตัว การใช้เครื่องช่วยเดิน การจัดการยาและปัจจัยด้านจิตใจ การให้ความรู้ การจัดสิ่งแวดล้อม และการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเป็นแนวทางที่ช่วยเชื่อมโยงการประเมินความเสี่ยงไปสู่การป้องกันที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเฉพาะราย

ด้านวิธีการดำเนินการ พบว่ามีการดำเนินการหลายองค์ประกอบ ไม่ได้จำกัดเฉพาะการจัดสภาพแวดล้อม ครอบคลุมการส่งเสริมการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย การฝึกการทรงตัว การให้ความรู้ การประเมินและทบทวนปัจจัยเสี่ยงด้านยา การใช้อุปกรณ์ช่วย และการปรับสภาพแวดล้อม (Buarengthiantong & Yindee, 2021; Meechin et al., 2023) สอดคล้องกับ Choi et al. (2023) ที่พบว่า การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงต่อการหกล้มซ้ำ และเสนอให้มีการค้นหาปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ระยะเริ่มต้นร่วมกับการประเมินการทรงตัวและการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินอย่างเหมาะสม ขณะที่ Alsaad et al. (2024) พบว่า แนวทางป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยง การให้ความรู้ การปฏิบัติตามนโยบาย การใช้ระบบระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง การจัดการด้านรองเท้า ภาวะน้ำและโภชนาการ รวมถึงการทำงานร่วมกันของบุคลากรสุขภาพ สะท้อนให้เห็นว่า การป้องกันการพลัดตกหกล้มควรพิจารณาปัจจัยเสี่ยงของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมและดำเนินการร่วมกันหลายด้าน นอกจากนี้ Ueda et al. (2022) ใช้ข้อมูลแผนผังบ้านร่วมกับการให้คำแนะนำเฉพาะรายเพื่อวางแผนป้องกันการหกล้มก่อนจำหน่าย โดยในช่วง 2 เดือนแรกหลังจำหน่าย กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมไม่พบการหกล้ม ขณะที่กลุ่มควบคุมพบการหกล้ม ร้อยละ 7.7 แต่เมื่อประเมินในระยะ 3 และ 6 เดือน ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนได้ว่า การออกแบบวิธีการป้องกันให้สอดคล้องกับบริบทการดำรงชีวิตจริงและปัจจัยเสี่ยงเฉพาะรายอาจมีความสำคัญ และควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมความคงอยู่ของผลลัพธ์ในระยะยาว

ด้านการให้ความรู้และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและครอบครัว พบว่า การให้ความรู้และการฝึกทักษะ ครอบคลุมการปฏิบัติตนอย่างปลอดภัย การเคลื่อนไหวและการทำกิจกรรมทางกาย การป้องกันปัจจัยเสี่ยง และการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (Siri, 2020; Kullawanithiwat et al., 2020; Buarengthiantong & Yindee, 2021; Thongsamrit et al., 2022; Meechin et al., 2023; Meesri et al., 2024; Mingsamdaeng, 2025) สะท้อนว่า การให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียวอาจช่วยเพิ่มความรู้และความตระหนักต่อปัจจัยเสี่ยง แต่การฝึกทักษะและการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติช่วยเชื่อมโยงความรู้ไปสู่พฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Choi et al. (2023) ที่เน้นความสำคัญของการส่งเสริมการออกกำลังกาย การประเมินความเสี่ยง และการฝึกการทรงตัวเพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม ขณะที่ Alsaad et al. (2024) พบว่า การให้ความรู้และการส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการหกล้มเป็นองค์ประกอบสำคัญของการป้องกันในโรงพยาบาล โดยเกี่ยวข้องกับทั้งผู้สูงอายุ บุคลากร และการจัดระบบการดูแล สะท้อนว่าการให้ความรู้ควรเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงกับการปฏิบัติจริงและการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ Ueda et al. (2022) ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในบ้านของผู้สูงอายুর่วมกับการให้คำแนะนำเฉพาะรายเพื่อวางแผนป้องกันการหกล้มก่อนจำหน่าย แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการนำข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถและบริบทการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุมาประกอบการวางแผน ดังนั้น การให้ความรู้เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มควรเชื่อมโยงกับการฝึกทักษะ การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและครอบครัว และการปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับ

ความสามารถ ปัจจัยเสี่ยง และบริบทของแต่ละบุคคล มากกว่าการให้ข้อมูลทั่วไปเพียงอย่างเดียว

ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและการดูแลต่อเนื่อง พบว่า การป้องกันการพลัดตกหกล้มครอบคลุมการจัดสภาพแวดล้อมทั้งภายในโรงพยาบาลและการเตรียมความปลอดภัยของบ้านก่อนจำหน่าย เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมความปลอดภัยในการดำเนินชีวิต (Siri, 2020; Kullawanithiwat et al., 2020; Mingsamdaeng, 2025; Unkanawarapan, 2025) สอดคล้องกับ Ueda et al. (2022) ที่นำข้อมูลสภาพแวดล้อมภายในบ้านมาใช้ประกอบการวางแผนป้องกันการหกล้มก่อนจำหน่าย สะท้อนการเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลไปสู่บริบทการดำรงชีวิตจริงของผู้สูงอายุในด้านการดูแลต่อเนื่อง พบว่าการดำเนินการครอบคลุมการส่งเสริมความรู้ การปรับพฤติกรรม การติดตาม และการจัดการปัจจัยเสี่ยงทั้งในโรงพยาบาลและภายหลังจำหน่าย (Buengthiantong & Yindee, 2021; Thongsamrit et al., 2022; Meesri et al., 2024) สอดคล้องกับ Choi et al. (2023) ที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการออกกำลังกายและการประเมินปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการหกล้ม และ Alsaad et al. (2024) ที่สะท้อนความสำคัญของการประเมินความเสี่ยง การให้ความรู้ และการดำเนินการป้องกันอย่างเป็นระบบในโรงพยาบาล โดยสรุป การจัดการสิ่งแวดล้อมและการดูแลต่อเนื่องควรดำเนินการเชื่อมโยง ตั้งแต่การประเมินและลดความเสี่ยงในโรงพยาบาล การเตรียมสภาพแวดล้อมและความพร้อมก่อนจำหน่าย ไปจนถึงการติดตามและจัดการปัจจัยเสี่ยงภายหลังกลับบ้าน ทั้งนี้ การพิจารณาประสิทธิผลของรูปแบบควรคำนึงถึงองค์ประกอบ วิธีการดำเนินการ ความเหมาะสมกับบริบท และผลลัพธ์ที่กำหนดร่วมกัน ไม่ควรพิจารณาเพียงการมีองค์ประกอบหลายด้านเท่านั้น

ด้านผลลัพธ์ พบว่าการประเมินผลลัพธ์ครอบคลุมหลายมิติ ได้แก่ การเกิดพลัดตกหกล้มหรือการหกล้มซ้ำ ความเสี่ยงต่อการหกล้ม การทรงตัว สมรรถภาพทางกาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความกลัวการหกล้ม (Siri, 2020; Kullawanithiwat et al., 2020; Buengthiantong & Yindee, 2021; Thongsamrit et al., 2022; Meechin et al., 2023; Meesri et al., 2024; Mingsamdaeng, 2025; Unkanawarapan, 2025) สะท้อนว่าการประเมินประสิทธิผลของการป้องกันการพลัดตกหกล้มไม่ควรพิจารณาเฉพาะการเกิดเหตุการณ์หกล้ม แต่ควรครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ความสามารถในการดำเนินชีวิต และปัจจัยด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการหกล้ม สอดคล้องกับ Choi et al. (2023) ที่ให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ด้านการเกิดหกล้มและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น การทรงตัวและความสามารถทางกาย สามารถใช้สะท้อนการเปลี่ยนแปลงของความเสี่ยงต่อการหกล้ม ขณะที่ Alsaad et al. (2024) ให้ความสำคัญกับการประเมินความเสี่ยงและผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการมาตรการป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาล สะท้อนว่าการประเมินผลลัพธ์ควรสอดคล้องกับองค์ประกอบและวัตถุประสงค์ของรูปแบบการป้องกัน โดยสรุป การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มควรใช้ตัวชี้วัดหลายมิติ ทั้งเหตุการณ์หกล้มโดยตรงและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยง เช่น การทรงตัว สมรรถภาพทางกาย ความสามารถในการดำเนินชีวิต และความกลัวการหกล้ม เพื่อสะท้อนผลของการป้องกันได้ครอบคลุมมากขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

นำผลการวิจัยไปใช้เป็นกรอบในการพัฒนาแนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้มซ้ำ โดยบูรณาการการประเมินความเสี่ยง การดูแลเฉพาะราย การจัดการปัจจัยเสี่ยงหลายด้าน และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ ปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและศักยภาพของหน่วยบริการ พร้อมเชื่อมโยงการดูแลก่อนจำหน่ายและหลังจำหน่าย รวมทั้งติดตามผลอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงแนวทางการป้องกัน

ข้อจำกัดของการวิจัย

มีข้อจำกัดด้านจำนวนและความหลากหลายของหลักฐาน ซึ่งเป็นการศึกษาที่มีความแตกต่างด้านรูปแบบวิจัย กลุ่มตัวอย่าง ลักษณะประชากร เครื่องมือที่ใช้ประเมิน ระยะเวลาติดตามผล และคุณภาพการศึกษา ผลการศึกษา อาจไม่สามารถอ้างอิงสูบริบทประชากรกลุ่มอื่นได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ด้านการวิจัย ควรมีการนำผลการทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการมาพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล โดยติดตามผลระยะกลางและระยะยาว

ด้านการเรียนการสอน ควรบูรณาการองค์ความรู้และทักษะการป้องกันการพลัดตกหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลในการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม

ด้านการบริหารจัดการ ควรพัฒนาระบบบริหารจัดการป้องกันการพลัดตกหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ที่มีมาตรฐาน เชื่อมโยงทีมสหสาขาวิชาชีพ และครอบครัว เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

References

- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (Eds.). (2024). *JB1 manual for evidence synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>
- Alsaad, S. M., Alabdulwahed, M., Rabea, N. M., Tharkar, S., & Alodhayani, A. A. (2024). Knowledge, attitudes, and practices of nurses toward risk factors and prevention of falls in older adult patients in a large-sized tertiary care setting. *Healthcare, 12*(4), 472. <https://doi.org/10.3390/healthcare12040472>
- Buarengthiantong, S., & Yindee, O. (2021). Risk of falls, fear of falling, and fall prevention management among older adults in a geriatric clinic, Klang Hospital. *Vajira Nursing Journal, 23*(2), 31-43. [In Thai]
- Choi, N. G., Marti, C. N., Choi, B. Y., & Kunik, M. M. (2023). Recurrent falls over three years among older adults age 70+: Associations with physical and mental health status, exercise, and hospital stay. *Journal of Applied Gerontology, 42*(5), 1089-1100. <https://doi.org/10.1177/07334648221150884>
- Department of Health. (2022). *Guidelines for fall prevention in the elderly at the community and healthcare facility levels*. Ministry of Public Health. Retrieved from <https://sgh.go.th/uploads/CPG-book.pdf>
- Kowasandilok, T., Wannapruck, P., Charoenwai, P., & Kathungkang, P. (2023). Fear of falling in the elderly: Nursing care by using health belief model. *Journal of Health Center 9: The Journal of Health Promotion and Environmental Health, 17*(3), 1050-1061. [In Thai]
- Kullavaniteewat, S., Sorachaimetha, P., Chiarat, S., Kittichaised, R., Radabutr, M., & Boonprasop, S. (2020). A development of personalized care model to prevent falling for patients with impaired mobility receiving rehabilitation in the hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 21*(2), 422-432. [In Thai]

- Meechin, N., Dongruangrach, R., & Daouruang, S. (2023). The development of a model to prevent falls in hospitalized elderly patients. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office*, 5(1), 138-150. [In Thai]
- Meesri, N., Kangchai, W., Jullamate, P., & Chantakeeree, C. (2024). Effects of perceived health belief promotion program on fall prevention behaviors in older adult patients admitted to a hospital. *Journal of Health and Nursing Education*, 30(3), 72-86. [In Thai]
- Mingsum dang, N. (2025). Development of nursing supervision model to prevent falls in elderly patients at Damnoen Saduak Hospital. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life*, 5(1), 27-40. [In Thai]
- Siri, S. (2020). Effectiveness of clinical practice guidelines implementation for repeated fall prevention among elderly people with hip fracture, Lamphun Hospital. *Journal of the Phrae Hospital*, 28(1), 135-151. [In Thai]
- Siripanich, B. (2020). Holistic health care for Thai elderly. *Journal of Nursing Research, Innovation, and Health*, 32(2), 1-14. [In Thai]
- The Joanna Briggs Institute. (2022). *Title of a qualitative review protocol*. Retrieved from <https://jbi-globalwiki.refined.site/space/MANUAL/4688211>
- Thongsumrit, D., Meebunmak, Y., Kaewthong, W., & Khuntorn, S. (2022). Effect of prevention program for the prevention of repeated falls in the elderly in Watphleng District, Ratchaburi Province. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life*, 2(1), 62-73. [In Thai]
- Ueda, T., Higuchi, Y., Hattori, G., Nomura, H., Yamanaka, G., Hosaka, A., Sakuma, M., Fukuda, T., Fukumoto, T., & Nemoto, T. (2022). Effectiveness of a tailored fall-prevention program for discharged older patients: A multicenter, preliminary, randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1585. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031585>
- Unkanawarapan, H. (2025). Effects of the education and behavior change program to increasing self-efficacy in preventing falls in the elderly, That Phanom Crown Prince Hospital. *Journal of Environmental Education Medical and Health*, 10(3), 557-562. [In Thai]
- World Health Organization. (2021). *Step safely: Strategies for preventing and managing falls across the life-course*. World Health Organization. Retrieved from <https://iris.who.int/handle/10665/340962>

ปัจจัยทำนายความรู้สึกต่อความสามารถในการเป็นบิดามารดา หลังคลอดบุตรคนแรก

ธัญดา เวียงสีมา, พย.ม.¹ ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, Ph.D.^{2*} ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, Dr.P.H.²

บทคัดย่อ

ความรู้สึกต่อความสามารถในการเป็นบิดามารดา (Parenting Sense of Competence: PSOC) เป็นตัวบ่งชี้สำคัญของความเชื่อมั่นของบิดามารดาในการดูแลบุตร การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้สึกต่อความสามารถในการเป็นบิดามารดาหลังคลอดบุตรคนแรก กลุ่มตัวอย่างคือบิดามารดาหลังคลอดบุตรคนแรก จำนวน 108 คู่ จากหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลในจังหวัดชลบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้คู่บิดามารดาตอบแบบสอบถามร่วมกัน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ทศนคติต่อการร่วมเลี้ยงดูบุตร ความเครียดต่อการเป็นบิดามารดา สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดากับทารก การสนับสนุนจากครอบครัว และความรู้สึกต่อความสามารถในการเป็นบิดามารดา เครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง .80-.90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย PSOC เท่ากับ 90.26 (SD = 4.27) อยู่ในระดับสูง ตัวแปรทั้ง 7 ตัวสามารถร่วมกันทำนาย PSOC ได้ร้อยละ 21.6 ($R^2 = .216$, $F_{7,100} = 3.942$, $p < .001$) โดยสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การสนับสนุนจากครอบครัว และความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาต่อทารกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ PSOC อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม มีเพียงตัวแปรสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่สามารถทำนาย PSOC ได้อย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = .306$, $t = 3.169$, $p < .01$)

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ดีจะนำไปสู่ระดับความรู้สึกมีความสามารถในการเป็นบิดามารดา (PSOC) ที่สูงขึ้น เนื่องจากคู่สมรสมีการสนับสนุนทางอารมณ์ซึ่งกันและกัน มีการแบ่งบทบาทการดูแลบุตร และการปรับตัวต่อบทบาทบิดามารดา ส่งผลให้บิดามารดาเกิดความมั่นใจ ความพึงพอใจ และการรับรู้ถึงความสามารถของตนในการเลี้ยงดูบุตร ดังนั้นการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสำคัญต่อการเสริมสร้างความมั่นใจของบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตร

คำสำคัญ: ความรู้สึกต่อความสามารถในการเป็นบิดามารดา บิดามารดาครั้งแรก ความสัมพันธ์คู่สมรส การร่วมเลี้ยงดูบุตรของบิดามารดา

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: punyarat.la@buu.ac.th

Predictors of Parenting Sense of Competence In First-Time Postpartum Parents

Thiyada Wiangsima, M.N.S.¹, Punyarat Lapvongwatana, Ph.D.^{2*},
Tatirat Tachasuksri, Dr.P.H.²

Abstract

Parenting Sense of Competence (PSOC) is an important factor influencing parents' confidence in performing their parenting roles. This predictive correlational study examined factors predicting PSOC among first-time parents after childbirth. The sample included 108 pairs of first-time parents receiving services at an obstetric–gynecological ward in a provincial hospital in Chonburi Province. Data were collected using questionnaires completed jointly by both parents, covering demographic characteristics, attitudes toward co-parenting, parenting stress, marital relationship, parental attachment to the infant, family support, and PSOC. All instruments demonstrated acceptable reliability (Cronbach's alpha = .80-.90). Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression.

The results revealed that the mean Parenting sense of competence (PSOC) score was 90.26 interpreted as relatively high (SD = 4.27). The seven predictors jointly explained 21.6% of the variance in PSOC ($R^2 = .216$, $F_{7,100} = 3.942$, $p < .001$). Marital relationship, family support, and parental attachment to the infant were significantly positively correlated with PSOC. Only marital relationship significantly predicted PSOC ($\beta = .306$, $t = 3.169$, $p < .01$).

The findings indicate that a positive marital relationship is associated with higher levels of Parenting Sense of Competence (PSOC). A supportive spousal relationship may facilitate parents' adjustment to their new parental roles through emotional support, effective communication, and shared childrearing responsibilities. These factors may enhance parents confidence, satisfaction, and perceptions of competence in caring for their infant. Therefore, interventions aimed at strengthening marital relationships may play an important role in promoting parental competence and supporting the transition to parenthood.

Key words: Parenting Sense of Competence, First-time parents, Marital relationship, Co-parenting

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

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

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

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หลังคลอดระยะแรก ถือเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านที่สำคัญของครอบครัว และเป็นช่วงเวลาที่ยากลำบากที่ต้องเผชิญกับความท้าทายหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการปรับบทบาทหน้าที่ในการดูแลทารกแรกเกิด โดยเฉพาะครอบครัวที่มีบุตรคนแรก มักประสบปัญหาความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้าจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ ความไม่มั่นใจในการดูแลทารก และความเครียดจากการปรับตัวต่อบทบาทความเป็นบิดามารดา (Shorey & Chan, 2020; World Health Organization [WHO], 2022) รวมถึงบิดามารดาต้องเรียนรู้การดูแลบุตร การทำความรู้จักและเรียนรู้พฤติกรรมบุตร (McVeigh, 1997) ขณะเดียวกันทารกแรกเกิดจำเป็นต้องได้รับความรัก ความอบอุ่น ความปลอดภัย และการตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสมและครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และพัฒนาการ เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่สมวัย (WHO, 2022)

โดยพบว่ามารดาหลังคลอดบุตรคนแรกมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 23.11 (Suebanun et al., 2024) และบิดาที่มีบุตรคนแรกมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 13.88 (Nunchai et al., 2016) ขณะที่บิดาที่มีบุตรคนแรกต้องเผชิญกับความเครียดจากการปรับตัวต่อบทบาทใหม่ การดูแลร่ายาและทารก รวมถึงความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้น โดยพบว่าบิดามีความเครียดและต้องการการสนับสนุนในการปรับตัวต่อบทบาทความเป็นบิดาในระยะหลังคลอด (Sriarporn et al., 2021; Chaiteeka et al., 2021) ซึ่งอาจส่งผลต่อความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทบิดามารดาและการดูแลบุตรได้ โดยพบว่ามารดาหลังคลอดบุตรคนแรกมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกต่อความสามารถในการเป็นบิดามารดา (Parenting sense of competence) ต่ำกว่ามารดาที่เคยมีบุตรมาแล้วถึง 3.35 เท่า เนื่องจากขาดประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตร การปรับตัวในบทบาท และความรับผิดชอบในการเป็นบิดามารดา (Barabach et al., 2017)

ความรู้สึกต่อความสามารถในการเป็นบิดามารดา หมายถึง การที่บิดามารดารับรู้ว่ามีศักยภาพในการเลี้ยงดูบุตร ซึ่งส่งผลให้เลือกใช้วิธีการเลี้ยงดูเชิงบวกและสร้างปฏิสัมพันธ์ที่อบอุ่นปลอดภัยกับบุตร (Shrooti et al., 2016; Coleman & Karraker, 1998) ในทางตรงกันข้าม หากมีความรู้สึกต่อความสามารถในการเป็นบิดามารดาต่ำจะขาดแรงจูงใจและมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูเชิงบวกน้อยลง อาจกระทบต่อพัฒนาการ พฤติกรรม และอารมณ์ของบุตรในระยะยาว (Chung et al., 2018)

ปัจจุบันประเทศไทยมีการพัฒนาภาคอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็วภายหลังปี พ.ศ. 2528 (Bureau of Policy & Strategy, 2008) ผู้หญิงต้องทำงานนอกบ้านจำนวนมากขึ้นเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว มีการทำงานเป็นกะ บิดามารดาไม่สามารถดูแลบุตรของตนแบบเต็มเวลาได้ จึงจำเป็นต้องพึ่งพาปู่ย่าตายายและศูนย์ดูแลเด็ก หรือสถานรับเลี้ยงเด็กในชุมชนของตน (Richter, 1992; Bureau of Policy & Strategy, 2008) ส่งผลให้บิดามารดาไม่สนใจในการเลี้ยงดูบุตรลดน้อยลง หรือไม่ได้เลี้ยงดูบุตรด้วยตนเอง นอกจากนี้มารดาอาจรู้สึกขาดความมั่นใจในการเลี้ยงดูบุตร รู้สึกว่าต้องแบกรับภาระ และมีความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งระยะแรกหลังคลอด (Ngai & Chan, 2012) จึงมีข้อจำกัดในการเลี้ยงดูบุตรและขาดความสามารถในการเป็นบิดามารดา (Parenting Competency)

การที่บิดามารดาจะมีการเลี้ยงดูบุตรที่มีประสิทธิภาพนั้น ต้องอาศัยการมีความสามารถในการเป็นบิดามารดาที่ดี กล่าวคือ บิดามารดาที่มีความสามารถในการเลือกใช้แนวทางปฏิบัติในการเลี้ยงดูบุตรเชิงบวก มีการส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ที่ปลอดภัย อบอุ่น และมีส่วนร่วมกับบุตร (Coleman & Karraker, 1998; Jones & Prinz, 2005) งานวิจัยนี้ศึกษาตามกรอบแนวคิดของจอห์นสัน และคณะ (Johnson et al., 2014) นำเสนอเป็นกรอบแนวคิดความสามารถในการเป็นบิดามารดา (A Parenting Competency Model) ในการทบทวนตัวแปรแต่ละด้านที่ส่งผลต่อความสามารถในการเป็นบิดามารดาในช่วงแรกหลังคลอด โดยมีแนวคิดว่าความสามารถในการเป็นบิดามารดาจะมีปฏิสัมพันธ์แบบสองทิศทางกับปัจจัยด้าน 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านความสามารถพื้นฐาน ปัจจัยด้านความสามารถตามหน้าที่ และปัจจัยด้านบริบทสังคม เพื่อใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความรู้สึกต่อความสามารถในการเป็นบิดามารดาหลังคลอดบุตรคนแรก (Parenting sense of competence) ก่อนจะพัฒนาไปเป็นความสามารถในการเป็นบิดามารดาลำดับต่อไป

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า ความรู้สึกต่อความสามารถในการเป็นบิดามารดาหลังคลอดบุตรคนแรกได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัยทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยทัศนคติต่อการร่วมเลี้ยงดูบุตรมีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r = .25$, $p < .001$) (Nunes et al., 2022) ขณะที่การไม่มีประสบการณ์เลี้ยงดูทารกมีความสัมพันธ์ทางลบ (Huang et al., 2023) และความเครียดต่อการเป็นบิดามารดาเป็นตัวทำนายเชิงลบอย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = -1.06$, $p < .001$; $\beta = -0.35$, $p < .01$) (Molano et al., 2023; Yan & Hou, 2023) ในทางตรงกันข้าม สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ($r = .24$, $p < .01$; $r = .36$, $p < .05$) ความรักใคร่ผูกพันต่อทารก ($\beta = .21$, $p < .05$) และการสนับสนุนจากครอบครัว ($r = .44$, $p < .05$; $\beta = .288$, $p < .001$) มีความสัมพันธ์หรืออำนาจทำนายเชิงบวก (Nunes et al., 2022; Dincer & Tunc, 2023; Tohme & Abi-Habib, 2022; Kadiroglu et al., 2022; Huang et al., 2023) สะท้อนบทบาทสำคัญของความสัมพันธ์และการสนับสนุนทางครอบครัวต่อการรับรู้ความสามารถของบิดามารดา

สรุปการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่าการศึกษายังมีจำกัด บริบททางสังคม ความเชื่อ และวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูบุตรในประเทศไทยแตกต่างกับต่างประเทศ อีกทั้งบิดามารดาที่มีบุตรคนแรกจะเป็นผู้ที่ไม่มีความรู้และขาดทักษะในการดูแลบุตรจึงอาจทำให้บิดามารดาครั้งแรกไม่สามารถตอบสนองความต้องการของบุตรและเลี้ยงดูบุตรให้มีสุขภาพที่ดี (Sansiriphun et al., 2015) ร่วมกับการศึกษาบิดามารดาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อุตสาหกรรม เนื่องจากบิดามารดาอาจมีลักษณะการทำงานเป็นกะ หรืออาจไม่สามารถดูแลบุตรของตนได้อย่างเต็มเวลา (Richter, 1992) ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยทำนายความรู้สึกต่อความสามารถในการเป็นบิดามารดาหลังคลอดบุตรคนแรก โดยคำนึงถึงบริบทสังคมไทย ลักษณะของบิดามารดาครั้งแรก และข้อจำกัดของครอบครัวในพื้นที่อุตสาหกรรม เพื่อนำองค์ความรู้ไปใช้ในการประเมินและส่งเสริมความสามารถในการเลี้ยงดูบุตรอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้สึกต่อความสามารถในการเป็นบิดามารดาหลังคลอดบุตรคนแรก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรู้สึกต่อความสามารถในการเป็นบิดามารดาหลังคลอดบุตรคนแรก ได้แก่ ทัศนคติต่อการร่วมเลี้ยงดูบุตร ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกของบิดา ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกของมารดา ความเครียดต่อการเป็นบิดามารดา สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาต่อทารก และการสนับสนุนจากครอบครัว

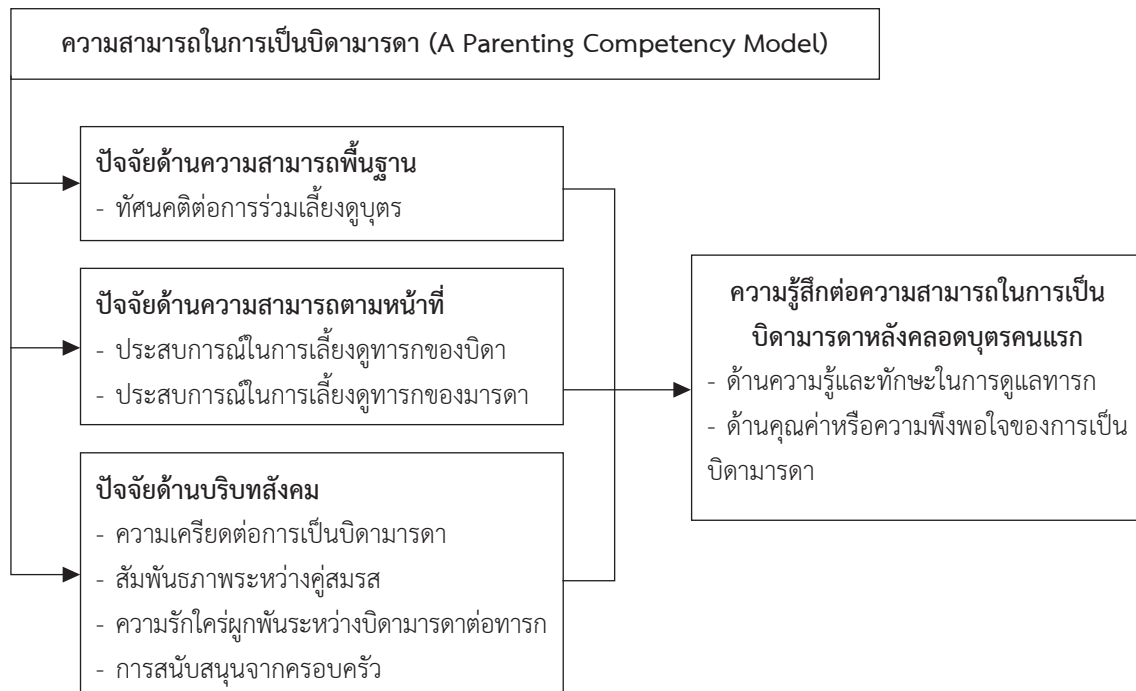
สมมติฐานการวิจัย

ทัศนคติต่อการร่วมเลี้ยงดูบุตร ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกของบิดา ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกของมารดา สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาต่อทารก การสนับสนุนจากครอบครัว ความเครียดต่อการเป็นบิดามารดา สามารถร่วมกันทำนายความรู้สึกต่อความสามารถในการเป็นบิดามารดาหลังคลอดบุตรคนแรก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกต่อความสามารถในการเป็นบิดามารดาหลังคลอดบุตรคนแรก ซึ่งเป็นพื้นฐานก่อนพัฒนาไปสู่ความสามารถในการเป็นบิดามารดาในลำดับต่อไป โดยผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดความสามารถในการเป็นบิดามารดา (A Parenting Competency Model) ของ จอห์นสัน และคณะ (Johnson et al., 2014) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยด้านความสามารถพื้นฐาน ได้แก่ ทัศนคติต่อการร่วมเลี้ยงดูบุตร ปัจจัยด้านความสามารถตามหน้าที่ ได้แก่ ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกของบิดาและมารดา และปัจจัยด้านบริบทสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดากับทารก และการสนับสนุนจากครอบครัว

มีอิทธิพลทางบวกต่อ PSOC ขณะที่ความเครียดต่อการเป็นบิดามารดา ซึ่งเป็นอีกหนึ่งปัจจัยด้านบริบทสังคม ที่มีอิทธิพลทางลบต่อ PSOC จากที่กล่าวมาสามารถสรุปกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ คู่บิดามารดาหลังคลอดบุตรคนแรกก่อนกลับบ้าน ที่เข้ารับบริการ ณ หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลบางละมุง และโรงพยาบาลชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ คู่บิดามารดาหลังคลอดบุตรคนแรกก่อนกลับบ้าน จำนวน 108 คู่ โดยเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) คู่บิดามารดาตอบแบบสอบถามร่วมกันในวันที่มีมารดาและบุตรก่อนกลับบ้าน และ 2) บิดาและมารดาสามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) บิดาหรือมารดามีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชจากการซักถาม และ 2) บุตรมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ความผิดปกติทางพันธุกรรม สมอพิการ หรือพิการแต่กำเนิด (เช่น ปากแหว่งเพดานโหว่ หรือหูหนวก) หรือเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต (NICU)

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1 (Faul et al., 2009) สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (F tests: Linear multiple regression, Fixed model, R^2 deviation from zero) กำหนดระดับนัยสำคัญ .05, Power .80 และ Effect size .15 โดยมีตัวแปรต้น 7 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่าง 103 คู่ และเพิ่มอีกร้อยละ 5 (Israel, 1992) เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย รวมเป็น 108 คู่ โดยเก็บข้อมูลบิดามารดาคู่กันในทุกแบบประเมิน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตนิคมอุตสาหกรรมจังหวัดชลบุรีที่มีอัตราการเกิดสูงสุด 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลบางละมุง กำหนดขนาดตัวอย่างแบบความน่าจะเป็นไม่เท่ากันตามสัดส่วนประชากรที่มารับบริการแต่ละโรงพยาบาล โดยใช้วิธีเทียบบัญญัติไตรยางศ์ ได้กลุ่มตัวอย่าง

จากโรงพยาบาลชลบุรี 62 คู่ และโรงพยาบาลบางละมุง 46 คู่ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2567 ถึง สิงหาคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม ชนิดเลือกตอบเอง (Self-administered questionnaires) ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา รวมถึงการประเมินประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกของบิดาและของมารดา ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 22 ข้อ มี 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนของบิดา และส่วนของมารดา ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบเอง กำหนดคะแนน 0-1 คะแนน (0 = ไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารก และ 1 = มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารก) คะแนนรวม 0-1 คะแนน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการร่วมเลี้ยงดูบุตร ผู้วิจัยแปลภาษาไทยด้วยวิธีแปลย้อนกลับจากแบบสอบถาม The Intensive Parenting Attitudes Questionnaire ของ ลิส และคณะ (Liss et al., 2013) สร้างมาจากแนวคิดของ เฮย์ส (Hays, 1996) มี 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งจำเป็น ด้านการปฏิบัติ ด้านการกระตุ้น ด้านความท้าทาย และด้านเด็กเป็นศูนย์กลาง จำนวน 25 ข้อ มาตรฐานค่า 6 ระดับ (1-6 คะแนน) คะแนนรวม 25-150 คะแนน (ก่อนไปทางสูง = บิดามารดามีทัศนคติต่อการร่วมเลี้ยงดูบุตรที่ดี)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามฉบับแปลภาษาไทยด้วยวิธีแปลย้อนกลับของ วรณพร คำพิลา (Khampila, 2017) สร้างขึ้นโดย Berry and Jones (1995) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกมีความสุข ความเพลิดเพลินใจ ความใกล้ชิด ความรู้สึกด้านดี และความพึงพอใจที่มีต่อคู่สมรสและงาน การสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจต่อทารก จำนวน 18 ข้อ (ด้านบวก 8 ข้อ และด้านลบ 10 ข้อ) มาตรฐานค่า 5 ระดับ (1-5 คะแนน) กลับคะแนนข้อคำถามด้านลบก่อนนำไปคำนวณคะแนนรวมทั้งหมด คะแนนรวม 18-90 คะแนน (ก่อนไปทางสูง = บิดามารดามีความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรระดับมาก)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามของตติรัตน์ สุวรรณสุจริต (Suwansujarid, 2013) แปลภาษาไทยมาจากแบบสอบถาม Revision Dyadic Adjustment scale (RDAS) สร้างโดย บัสบี้ และคณะ (Busby et al., 1995) มี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจ มาตรฐานค่า 6 ระดับ (0-5 คะแนน) ด้านความกลมเกลียว มาตรฐานค่า 5 ระดับ (0-4 คะแนน) และด้านความเห็นพ้องกัน มาตรฐานค่า 6 ระดับ (0-5 คะแนน) จำนวน 14 ข้อ (ด้านบวก 10 ข้อ และด้านลบ 4 ข้อ) กลับคะแนนข้อคำถามด้านลบก่อนนำไปคำนวณคะแนนรวมทั้งหมด คะแนนรวม 0-67 คะแนน (ก่อนไปทางสูง = บิดามารดามีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดี)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาและบุตร ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามของ ชฎารัตน์ คำอุเทน (Kamu-then, 2018) สร้างขึ้นโดย Muller (1994) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ต่อหน้าตา ร่างกายของบุตร ความสนใจ และผูกพันต่อกัน การสัมผัสโอบอุ้มบุตร และการยอมรับความเป็นบุคคลของบุตร จำนวน 22 ข้อ มาตรฐานค่า 5 ระดับ (1-5 คะแนน) คะแนนรวม 22-110 คะแนน (ก่อนไปทางสูง = บิดามารดามีสัมพันธภาพที่ดีกับบุตร)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามของ ดาวรินทร์ พรสวรรค์ (Pornsawat, 2010) สร้างโดย Schaefer et al. (1981) มี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการสนับสนุนด้านวัตถุ และด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 15 ข้อ (ด้านบวก 14 ข้อ และด้านลบ 1 ข้อ) มาตรฐานค่า 5 ระดับ (1-5 คะแนน) กลับคะแนนข้อคำถามด้านลบก่อนนำไปคำนวณคะแนนรวมทั้งหมด คะแนนรวม 15-75 คะแนน (ก่อนไปทางสูง=บิดามารดาได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมาก)

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามความรู้สึกต่อความสามารถในการเป็นบิดามารดา (Parenting Sense of Competence Scale [PSOC]) ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามของ ตติรัตน์ สุวรรณสุจริต (Suwansujarid et al., 2013) แปลภาษาไทยจากแบบสอบถามที่สร้างโดย กิโบท-วอลล์สตัน และวันเดอร์สมาร์ (Gibaud-Wallston & Wandersmar, 1978) มี

2 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้และทักษะในการดูแลทารก (Skill/Knowledge) และด้านคุณค่าหรือความพึงพอใจของการเป็นบิดามารดา (Valuing/Comfort) จำนวน 17 ข้อ (ด้านบวก 8 ข้อ และด้านลบ 9 ข้อ) มาตรฐานค่า 6 ระดับ (1-6 คะแนน) กลับคะแนนข้อคำถามด้านลบก่อนนำไปคำนวณคะแนนรวมทั้งหมด คะแนนรวม 17-102 คะแนน (ก่อนไปทางสูง = บิดามารดามีความรู้สึกต่อความสามารถในการเป็นบิดามารดาระดับสูง)

การหาคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ได้รับอนุญาตให้ใช้จากต้นฉบับ โดยเครื่องมือส่วนที่ 4-7 มีการประเมินค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00, .96, 1.00, .82 ตามลำดับ และเครื่องมือส่วนที่ 3 ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้ทำการดัดแปลงแบบสอบถามก่อนนำมาใช้ในการทำวิจัย ส่วนเครื่องมือส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการร่วมเลี้ยงบุตร ได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้รับการอนุญาตให้แปลเป็นภาษาไทยจากต้นฉบับ ได้รับการประเมินค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .96 และนำเครื่องมือทั้งหมดไปทดลองใช้ (Try out) กับบิดามารดาหลังคลอดบุตรคนแรก ณ หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลชลบุรี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 30 คู่ ซึ่งมีค่าประสิทธิภาพของเครื่องมือเท่ากับ .81, .80, .80, .86, .90 และ .82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ณ หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลบางละมุง และโรงพยาบาลชลบุรี ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ และขอความยินยอมก่อนเข้าร่วมวิจัย การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามจำนวน 133 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 45 นาที แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลให้บิดาและมารดาตอบแยกกัน ส่วนแบบสอบถามอื่นให้ตอบร่วมกัน กรณีที่ความคิดเห็นไม่สอดคล้องกันให้บิดามารดาปรึกษาหารือจนได้ข้อสรุปร่วมกันก่อนเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ หากพบข้อคำถามที่ไม่ได้รับการตอบจะสอบถามเพื่อยืนยันความประสงค์ในการตอบเพิ่มเติมตามความสมัครใจ หากบิดามารดาไม่สะดวกที่จะตอบคำถามข้อใดจะเคารพการตัดสินใจและรับแบบสอบถามคืนโดยไม่ขอให้ตอบเพิ่มเติม ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และแปลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา และข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) และวิเคราะห์การทำนายของปัจจัยต่าง ๆ ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) ผ่านการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ได้แก่ Normality, Independence of Errors, Outliers, Multicollinearity, Homoscedasticity และ Linearity โดยข้อมูลเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดทุกประการ

จริยธรรมการวิจัย งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา (G-HS085/2567) เมื่อวันที่ 19 สิงหาคม 2567, โรงพยาบาลชลบุรี (92/67/O/h3) เมื่อวันที่ 16 ธันวาคม 2567 และโรงพยาบาลบางละมุง (CBO Rec 67-062) เมื่อวันที่ 26 กันยายน 2567 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลการวิจัย พร้อมทั้งขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรับบริการของโรงพยาบาล ข้อมูลที่ได้ไม่มีการเปิดเผยชื่อ และใช้รหัสแทน นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมด้วยความสมัครใจแล้ว จึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ.2567 - เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา

บิดามีอายุเฉลี่ย 27.55 ปี (SD = 6.64) และมารดา 25.01 ปี (SD = 6.56) ประมาณครึ่งหนึ่งของทั้งบิดาและมารดาสำเร็จการศึกษาระดับ ปวช./มัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 53.7 และ 50.0) บิดาเกือบครึ่งประกอบอาชีพพนักงานบริษัท (ร้อยละ 43.5) ขณะที่มารดาเป็นพนักงานบริษัทและไม่ได้ประกอบอาชีพในสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 35.2)

และ 34.3) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 99.1 และ 91.7) บิดาครึ่งหนึ่งสามารถลาหยุดเพื่อช่วยเหลือภรรยา หลังคลอดได้ (ร้อยละ 51.9) และมารดาสามารถลาคลอดได้มากที่สุด (ร้อยละ 41.7) โดยส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ เลี้ยงดูทารกมาก่อน (ร้อยละ 88.9 และ 74.1) มากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 62) รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 31,490 บาท/เดือน ($SD = 15,290$) และส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 65.7) เกือบครึ่งเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเอง ในช่วง 3 เดือนแรกหลังคลอด (ร้อยละ 41.7) โดยมารดาเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 98.2) รองลงมาคือบิดา (ร้อยละ 64.8) และเมื่อกลับไปทำงาน ผู้ดูแลบุตรมักเป็นครอบครัวฝ่ายภรรยาและฝ่ายสามีในสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 38.0 และ 32.4)

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกต่อความสามารถในการเป็นบิดามารดา และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกต่อความสามารถในการเป็นบิดามารดาเท่ากับ 90.26 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับสูง ($SD = 4.27$) และมีคะแนนเฉลี่ยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกต่อความสามารถในการเป็นบิดามารดา ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้สึกต่อความสามารถในการเป็นบิดามารดา และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
($n = 108$)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน (Range)		M	SD	การแปลผล
	ค่าที่เป็นไปได้ (Possible)	กลุ่มตัวอย่าง (Actual)			
ทัศนคติต่อการร่วมเลี้ยงดูบุตร	25-150	125-146	136.16	4.332	สูง
ความเครียดต่อการเป็นบิดามารดา	18-90	24-85	43.31	17.79	ปานกลาง
สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส	0-67	34-67	45.81	4.40	ปานกลาง
ความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดา-มารดา ต่อทารก	22-110	98-110	106.39	3.12	สูง
การสนับสนุนของครอบครัว	15-75	59-75	69.10	4.06	สูง
ความรู้สึกต่อความสามารถในการเป็น บิดามารดา (Parenting Sense -of Competence Scale [PSOC])	17-102	82-102	90.26	4.27	สูง

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละตัวแปรประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกของบิดามารดา ($n = 108$)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกของบิดา		
ไม่มี	96	88.9
มี	12	11.1
ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกของมารดา		
ไม่มี	80	74.1
มี	28	25.9

ตอนที่ 3 ปัจจัยทำนายความรู้สึกต่อความสามารถในการเป็นบิดามารดาหลังคลอดบุตรคนแรก (Parenting sense of competence : PSOC)

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า ตัวแปรทั้ง 7 ตัวสามารถร่วมกันทำนาย PSOC ในการเป็นบิดามารดาหลังคลอดบุตรคนแรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 21.6 ($R^2 = .216$, $F_{7,100} = 3.942$, $p < .001$) โดยปัจจัยที่สามารถทำนายได้มากที่สุด คือ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ($b = .306$, $t = 3.169$, $p < .01$) ขณะที่ตัวแปรอื่นไม่สามารถทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายปัจจัยทำนายความรู้สึกต่อความสามารถในการเป็นบิดามารดาหลังคลอดบุตรคนแรก (Parenting sense of competence : PSOC) ($n = 108$)

ตัวแปร	B	SE	β	t	p-value
(Constant)	58.540	17.816		3.286	<.001
ทัศนคติต่อการร่วมเลี้ยงดูบุตร	-.066	.088	-.066	-.743	.459
ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกของบิดา	-2.403	1.348	-.177	-1.782	.078
ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกของมารดา	.390	.967	.040	.403	.688
ความเครียดต่อการเป็นบิดามารดา	-.016	.021	-.068	-.760	.449
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	.297	.094	.306	3.169	.002
ความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาต่อทารก	.185	.136	.135	1.356	.178
การสนับสนุนของครอบครัว	.117	.105	.111	1.115	.268

$R^2 = .216$, R^2 adjust = .161, $F_{7,100} = 3.942$, $p < .001$

อภิปรายผล

1. ความรู้สึกต่อความสามารถในการเป็นบิดามารดาหลังคลอดบุตรคนแรก (Parenting sense of competence : PSOC) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ($M = 90.26$, $SD = 4.27$) สะท้อนว่าบิดามารดามีการรับรู้ความสามารถในบทบาทของตนแม้อยู่ในระยะเริ่มต้นของการเป็นพ่อแม่ ทั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยสนับสนุนที่อยู่ในระดับสูง ได้แก่ ทัศนคติต่อการร่วมเลี้ยงดูบุตร ($M = 136.16$, $SD = 4.33$) ความรักใคร่ผูกพันกับทารก ($M = 106.39$, $SD = 3.12$) การสนับสนุนจากครอบครัว ($M = 69.10$, $SD = 4.06$) และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ดี ($M = 45.81$, $SD = 4.40$) ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดความสามารถในการเป็นบิดามารดา (A Parenting-Competency Model) ของ จอห์นสัน และคณะ (Johnson et al., 2014) ที่อธิบายว่าความสามารถในการเป็นบิดามารดาเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถพื้นฐาน ความสามารถตามหน้าที่ และบริบททางสังคม โดยปัจจัยเชิงบวกเหล่านี้สามารถส่งเสริม PSOC ในการเป็นบิดามารดาในระยะหลังคลอดบุตรคนแรก

2. ปัจจัยทำนายความรู้สึกต่อความสามารถในการเป็นบิดามารดาหลังคลอดบุตรคนแรก พบว่าตัวแปรทั้ง 7 ตัวสามารถร่วมกันทำนาย PSOC ในการเป็นบิดามารดาหลังคลอดบุตรคนแรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 21.6 ($R^2 = .216$, $F_{7,100} = 3.942$, $p < .001$) แต่มีเพียงปัจจัยสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่สามารถทำนายได้มากที่สุด ($\beta = .306$, $t = 3.169$, $p < .01$) ขณะที่ตัวแปรอื่นไม่สามารถทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 สามารถอธิบายผลการศึกษา ดังนี้

2.1 สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส สามารถทำนาย PSOC ในการเป็นบิดามารดาหลังคลอดบุตรคนแรกได้มากที่สุด ($\beta = .306$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง สะท้อนว่าความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคู่สมรสช่วยเสริมสร้าง

ความมั่นคงทางอารมณ์และความเชื่อมั่นในการทำหน้าที่พ่อแม่ สอดคล้องกับแนวคิดของ เบลสกี (Belsky, 1984) ที่เสนอว่าความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสเป็นปัจจัยสำคัญต่อการปรับตัวสู่บทบาทพ่อแม่ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kuo et al. (2018) ที่พบว่าคู่สมรสที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกมีความพึงพอใจในบทบาทพ่อแม่และสามารถจัดการความเครียดได้ดีกว่า และการศึกษาของ Dincer and Tunc (2023) ที่พบว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ PSOC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .36, p < .05$)

2.2 การสนับสนุนจากครอบครัว แม้ไม่สามารถทำนาย PSOC ในการเป็นบิดามารดาหลังคลอดบุตรคนแรกได้ ($\beta = .111$) แต่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ($r = .284, p < .01$) แสดงให้เห็นว่าการได้รับความช่วยเหลือ คำแนะนำ และการสนับสนุนทางอารมณ์จากสมาชิกครอบครัวช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการเลี้ยงดูบุตร โดยเฉพาะในช่วงการมีบุตรคนแรกที่บิดามารดายังขาดประสบการณ์ สอดคล้องกับแนวคิดของ Cutrona and Troutman (1986) ที่ระบุว่า การสนับสนุนจากครอบครัวช่วยลดความเครียดและเสริมสร้างความมั่นใจในการทำหน้าที่พ่อแม่ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Angley et al. (2015) ที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นตัวทำนายเชิงบวกต่อ PSOC ในการเป็นบิดามารดาในระยะหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = .062, p < .01$)

2.3 ความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดากับทารก แม้ไม่สามารถทำนาย PSOC ในการเป็นบิดามารดาหลังคลอดบุตรคนแรกได้ ($\beta = .135$) แต่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ ($r = .267, p < .01$) สะท้อนว่าการเกิดความผูกพันทางอารมณ์กับทารกช่วยเสริมสร้างความรู้สึกรักมีคุณค่าและความมั่นใจในบทบาทพ่อแม่ เนื่องจากการรับรู้ถึงความรัก ความรัก และการตอบสนองระหว่างบิดามารดากับทารกช่วยให้เชื่อมั่นว่าสามารถดูแลบุตรได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการเก็บข้อมูลในระยะหลังคลอดช่วงต้นที่ความผูกพันยังอยู่ในระยะเริ่มพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bowlby (1969) ที่อธิบายว่าความผูกพันที่มั่นคงจะค่อย ๆ พัฒนาและส่งผลต่อการเลี้ยงดูและความมั่นคงของครอบครัวในระยะยาว

2.4 ทักษะต่อการร่วมเลี้ยงดูบุตร พบว่าไม่สามารถทำนาย ($\beta = -.066$) และพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับ PSOC ในการเป็นบิดามารดาหลังคลอดบุตรคนแรก ($r = -.050, p = .303$) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าการมีทัศนคติเชิงบวกต่อการร่วมเลี้ยงดูบุตรเพียงอย่างเดียว อาจยังไม่เพียงพอที่จะทำให้บิดามารดารับรู้ถึงความสามารถของตนเอง หากขาดปัจจัยสนับสนุนในทางปฏิบัติ เช่น ความร่วมมือจริงระหว่างคู่สมรสหรือการสนับสนุนจากครอบครัว นอกจากนี้ ทัศนคติเป็นเพียงการรับรู้เชิงความคิด ซึ่งอาจยังไม่สะท้อนถึงประสบการณ์ หรือความสำเร็จในการเลี้ยงดูบุตรจริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pilcher et al. (2025) พบว่า คุณภาพการร่วมเลี้ยงดูบุตร (Coparenting quality) ไม่สามารถทำนาย PSOC ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยด้านความผูกพันทางอารมณ์ สุขภาพจิต และความเมตตาต่อตนเอง โดยตัวแปรด้านความเมตตาต่อตนเองสามารถอธิบายความแปรปรวนของ PSOC ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 22.8 ($R^2 = .228, p = .013$) ขณะที่ตัวแปรด้านการร่วมเลี้ยงดูบุตรไม่สามารถเพิ่มอำนาจการทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ อาจสะท้อนให้เห็นว่าในระยะเปลี่ยนผ่านสู่บทบาทบิดามารดา ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเลี้ยงดูบุตรอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายในบุคคลมากกว่าทัศนคติต่อการร่วมเลี้ยงดูบุตร

2.5 ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกของบิดา และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกของมารดา พบว่าไม่สามารถทำนาย ($\beta_{\text{บิดา}} = -.177; \beta_{\text{มารดา}} = .040$) และพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับ PSOC ในการเป็นบิดามารดาหลังคลอดบุตรคนแรก ($r_{\text{บิดา}} = -.167, p_{\text{บิดา}} = .042; r_{\text{มารดา}} = -.006, p_{\text{มารดา}} = .474$) ซึ่งอาจเนื่องมาจากลักษณะของประสบการณ์ที่วัดในงานวิจัยเป็นประสบการณ์ทางอ้อม เช่น การเลี้ยงดูหลานหรือดูแลน้อง มากกว่าการเลี้ยงดูบุตรของตนเองโดยตรง ประสบการณ์ดังกล่าวอาจไม่เพียงพอที่จะส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถในบทบาทบิดามารดาหลังคลอดบุตรคนแรก นอกจากนี้บิดามารดาอาจพัฒนาความรู้สึกมั่นใจจากการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงหลังคลอดมากกว่าประสบการณ์ในอดีต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chung et al. (2018) พบว่า แม้มารดาหลังคลอดบุตรคนแรกจะได้รับความรู้และมีประสบการณ์ในการดูแลทารกเพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลา 6 เดือนหลังคลอด แต่คะแนน PSOC ไม่เปลี่ยนแปลงอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ความรู้สึกต่อความสามารถในการเป็นบิดามารดาไม่ได้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ การเลี้ยงดูเพียงอย่างเดียว แต่ยังได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านจิตใจ ความเครียด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และคุณภาพ ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับทารก ซึ่งอาจมีบทบาทสำคัญมากกว่าในการสร้างความเชื่อมั่นในบทบาทการเป็น บิดามารดา

2.6 ความเครียดต่อการเป็นบิดามารดาพบว่าไม่สามารถทำนาย ($\beta = -.068$) และพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ กับ PSOC ในการเป็นบิดามารดาหลังคลอดบุตรคนแรก ($r = -.071, p = .233$) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับ ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสและครอบครัวอย่างเพียงพอ ทำให้ความเครียด ดังกล่าวไม่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง นอกจากนี้บิดามารดาบางรายอาจมองว่าความเครียด เป็นส่วนหนึ่งของบทบาทใหม่ และสามารถปรับตัวได้โดยไม่ลดทอนความเชื่อมั่นในการเป็นพ่อแม่

ทั้งนี้ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของคุณภาพความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยเฉพาะสัมพันธ์ภาพคู่สมรส การสนับสนุนจากครอบครัว และความผูกพันกับทารก ซึ่งควรได้รับการส่งเสริมควบคู่กับการสนับสนุนด้านจิตสังคม ในระยะหลังคลอด เพื่อส่งเสริมความสามารถในการเลี้ยงดูบุตรอย่างเหมาะสมในระยะเริ่มต้นของการเป็นบิดามารดา

การนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์สามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการดูแลบิดามารดาที่มีบุตร คนแรก โดยเน้นการเตรียมความพร้อมของคู่สมรสทั้งก่อนและหลังคลอด ส่งเสริมความสัมพันธ์เชิงคู่ บทบาทของครอบครัว และการสร้างความรักใคร่ผูกพันกับทารกตั้งแต่วัยหลังคลอด เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและความเข้าใจในบทบาท การเป็นพ่อแม่และการเลี้ยงดูร่วมกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลาย เช่น ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว เพื่อเปรียบเทียบลักษณะของปัจจัย ที่ส่งผล
2. ควรศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมอื่น ๆ เช่น การจัดการความเครียด หรือแรงสนับสนุนทางอาชีพที่อาจมีผลต่อ ความสามารถในการเลี้ยงดูบุตร
3. ควรติดตามการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการเลี้ยงดูบุตรในช่วงระยะเวลาต่าง ๆ หลังคลอด

References

- Barabach, L., Ludington-Hoe, S. M., Dowling, D., & Lotas, M. (2017). Role of baby-friendly hospital care in maternal role competence. *Nursing for Women's Health*, 21(2). 96-107.
- Chaiteeka, K., Sriarporn, P., & Deeluea, J. (2021). Effect of social support on stress among first-time fathers. *Nursing Journal*, 48(4). 202-216. [In Thai]
- Chung, F. F., Wan, G. H., Kuo, S. C., Lin, K. C. & Liu, H. E. (2018). Mother-infant interaction quality and sense of parenting competence at six months postpartum for first-time mothers in Taiwan: A multiple time series design. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18. 365. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1979-7>.

- Dincer, D., & Tunc, E.B. (2023). Parental competence, parenting stress, family harmony, and perceived available support among mothers with children aged 3-6 years. *Research on Education and Psychology (REP)*, 7(Special 2). 215-241. <https://doi.org/10.54535/rep.1353500>.
- Huang, L., Wang, X. j., Liu, G. h., Li, X. t., Zhang, Y. h., Zhao, B. y., & Hu, R. f. (2023). Parenting sense of competence among chinese parents of premature infants: a cross sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(399). 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05703-5>.
- Johnson, B. D., Berdahl, L. D., Horne, M. M., Richter, E. A., & Walters, M.-g. A. (2014). A paren-ting competency model. *Parenting*, 14. 120-192.
- Kamu-then, C. (2018). *Selected factors related to sleep duration in preterm infant after discharge from hosital* (Master's thesis). Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand.
- Khampila, W., Supavititpatana, B., & Chaloumsuk, N. (2019). Self-esteem, marital relationship, and parenting stress of first-time adolescent mothers. *Journal of Nursing and Health Care*, 37(1). 98-107. [In Thai]
- Molano, N., León, E., Jiménez-Morago, J. M., & Camacho, C. (2023). Quality of inter-actions, children's psychological adjustment and parental stress in -foster families: the mediating role of parental sense of competence. *Journal of Child and Family Studies*, 32(11). 3601-3611. <https://doi.org/10.1007-/s10826-023-02578-0>.
- Nunchai, J., Sriarporn, P., & Chareonsanti, J. (2016). Factors related to depression among Thai fathers. *Nursing Journal*, 43(Supplement). 59-70. [In Thai]
- Nunes, C., Ayala-Nunes, L., Ferreira, L. I., Pechorro, P., Freitas, D., Martins, C., & dos Santos, R. (2022). Parenting sense of competence: Psychometrics and invariance among a community and an at-risk samples of portuguese parents. *Healthcare*, 11. 1-13. <https://doi.org/10.3390/healthcare1101001>
- Pornsawat. D. (2010). *Spouse support, family support and selected personal factors influencing maternal role attainment in adolescent mothers* (Master's thesis). Burapha University, Chonburi, Thailand.
- Sriarporn, P., Prasitwatanasare, P., Ruksakul, N., & Chaiteeka, K. (2021). Stress in first-time fathers: Role of nurse-midwife. *Nursing Journal*, 48(2). 283-294. [In Thai]
- Suebanun, S., Tachasuksri, T., & Chuahorm, U. (2024). Factors predicting postpartum depression among first - time mothers. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 34(3). 68-81. [In Thai]
- Suwansujarid, T. (2013). *Development of the father involvement model during pregnancy and neonatal period* (Doctor dissertation). Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Suwansujarid, T., Vatanasomboon, P., Gaylord, N., & Lapvongwatana, P. (2013). Validation of the parenting sense of competence scale in fathers: Thai version. *The Southeast Asian Journal Tropical Medicine Public Health*, 44(5), 916-926.

- Tohme, P. & Abi Habib, R. (2022). Correlates of work productivity and maternal competence after having a baby: The roles of mother-infant bonding and maternal subjective experiences. *BMC Women's Health*, 22. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01958-w>.
- Yan, T. & Hou, Y. (2023). The effect of parenting sense of competence on emotional and behavioral adjustment of children with special education needs: A chain mediating model. *ECNU Review of Education*. 1-18. <https://doi.org/10.1177/20965311231167196>.

ศาสตร์และศิลป์ในการบริหารยาทางปากในผู้ป่วยเด็ก: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการสร้างความปลอดภัย

ธเนษฐ เทียนทอง, พย.ม.¹ ภัทรลัษณ์ เมืองทอง, พย.ม.*²

บทคัดย่อ

การบริหารยาทางปากในผู้ป่วยเด็กต้องคำนึงถึงความแตกต่างด้านสรีรวิทยา พัฒนาการ ความสามารถในการกลืน และความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความถูกต้องของขนาดยาและความปลอดภัย บทบาทของพยาบาลในการบริหารยามีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความรู้พื้นฐานและแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาล ครอบคลุมการเลือกรูปแบบยา การตรวจสอบความเหมาะสมก่อนแบ่งหรือบดเม็ดยา การตวงยาน้ำด้วยหน่วยมิลลิลิตร (mL) และกระบอกตวงยาสำหรับรับประทาน (oral syringe) ตลอดจนการจัดทำ การป้อนยา และการสื่อสารตามช่วงวัยของเด็ก หลักฐานจากการทดลองตวงยาน้ำในผู้ป่วยปกครองชี้ว่าการใช้ถ้วยตวงและความไม่สอดคล้องของหน่วยบนฉลากกับอุปกรณ์เพิ่มความคลาดเคลื่อน พยาบาลจึงควรทวนสอบคำสั่งการรักษา เลือกอุปกรณ์ให้เหมาะสมกับปริมาตรยา และให้ผู้ดูแลสาธิตวิธีตวงและป้อนยาก่อนกลับบ้าน การดูแลดังกล่าวผสมผสานการตรวจสอบความถูกต้องทางยาเข้ากับการสร้างความร่วมมือของเด็กและครอบครัว

คำสำคัญ: การบริหารยาทางปาก ผู้ป่วยเด็ก ความปลอดภัยของผู้ป่วย บทบาทพยาบาล การจัดการรสาชาติยา

¹ อาจารย์ ประจำภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

² อาจารย์ ประจำภาควิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

* ผู้เขียนหลัก e-mail: nspt22@hotmail.com

The Art and Science of Pediatric Oral Medication Administration: The Critical Role of Nurses in Enhancing Safety

Thanate Tienthong, M.N.S.¹, Pattaravalai Muangthong, M.N.S.^{2*}

Abstract

Pediatric oral medication administration requires attention to developmental physiology, swallowing ability, and cooperation, all of which may affect dose accuracy and safety. This narrative review synthesizes evidence and practical guidance for nurses on selecting dosage forms, verifying whether tablets may be split or crushed, measuring liquid medicines in milliliters (mL) with an appropriate oral syringe, positioning and administering medication, and communicating with children at different developmental stages. Experimental evidence on caregivers' measurement of liquid medicine indicates greater dosing errors with cups and mismatched label and device units. Nurses should therefore verify medication orders and concentrations, select a device suited to the prescribed volume, and ask caregivers to demonstrate measurement and administration before discharge. Safe practice combines accurate medication checks with age-appropriate communication and family participation.

Key words: Oral medication administration, Pediatric patients, Patient safety, Nursing role, Taste-masking strategies

¹ Lecturer, Department of Fundamental Nursing, Princess Ajarajakumari Faculty of Nursing, Chulabhorn Royal Academy

² Lecturer, Department of Pediatric and Adolescent Nursing, Princess Ajarajakumari Faculty of Nursing, Chulabhorn Royal Academy

* Corresponding author e-mail: nspt22@hotmail.com

บทนำ

ความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error) ไม่ใช่แค่ตัวเลขทางสถิติ แต่เป็นภัยคุกคามสำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลกที่กระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยตรง หากเรามองย้อนไปในกระบวนการใช้ยา ขั้นตอนที่ “วิกฤต” ที่สุดย่อมหนีไม่พ้นการบริหารยา (administration) เพราะนี่คือปราการด่านสุดท้ายก่อนที่ยาจะถึงตัวผู้ป่วย ในบริบทของไทย พยาบาลคือวิชาชีพที่ขึ้นอยู่กับหน่วยงานและมีบทบาทโดยตรงในการเตรียมและป้อนยา แต่ในสถานการณ์จริงมักพบ “ช่องว่าง” ระหว่างทฤษฎีในห้องเรียนกับเหตุการณ์ในเวิร์ด โดยเฉพาะเมื่อคนไข้คือเด็กที่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสารและความร่วมมือ

ผลการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลไทยชั้นปีสุดท้ายสะท้อนให้เห็นว่าความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาระหว่างฝึกปฏิบัติงานยังคงพบได้ โดยสาเหตุสำคัญเกี่ยวข้องกับการไม่ทวนสอบก่อนให้ยา การไม่พบความผิดปกติของตนเอง และความกลัวการถูกตำหนิเมื่อเกิดความผิดพลาด (Thadakant et al., 2022) ปรากฏการณ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้ด้วยแบบจำลองซีสสวิสของ Reason ซึ่งเสนอว่าความผิดพลาดจะส่งผลถึงผู้ป่วยเมื่อช่องโหว่ในระบบหลายชั้นเกิดขึ้นพร้อมกัน ทั้งในระดับความผิดพลาดที่เกิดขึ้นโดยตรง (active failures) เช่น อ่านความเข้มข้นผิดหรือตวงปริมาณผิด และ ความผิดพลาดที่เป็นเงื่อนไขแฝงในระบบ (latent conditions) เช่น ฉลากกับอุปกรณ์ตวงใช้หน่วยไม่ตรงกัน การสื่อสารคำสั่งไม่ชัดเจน หรือไม่มีขั้นตอนสอนผู้ดูแลให้สาธิตกลับ อาจเอื้อให้ความผิดพลาดเกิดขึ้นหรือหลุดผ่านการตรวจสอบ (Reason, 2000)

ในเด็กเป็นประเด็นด้านความปลอดภัยที่ต้องพิจารณาตลอดกระบวนการใช้ยา โดยเฉพาะการคำนวณและการตวงขนาดยาตามน้ำหนักตัว การทดลองแบบสุ่มในคลินิกเด็ก 3 แห่ง กับผู้ปกครองเด็กอายุไม่เกิน 8 ปี จำนวน 2,110 คน พบว่าร้อยละ 84.4 ตวงยาน้ำคลาดเคลื่อนอย่างน้อยหนึ่งครั้ง และร้อยละ 21.0 ตวงคลาดเคลื่อนในระดับมากอย่างน้อยหนึ่งครั้ง โดยการใช้ถ้วยตวงสัมพันธ์กับความคลาดเคลื่อนมากกว่ากระบอกตวงยาสำหรับรับประทาน (Yin et al., 2015) ตัวเลขดังกล่าวเป็นผลจากการทดลองให้ผู้ปกครองตวงยา มิใช่อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการให้ยาจริงในโรงพยาบาลไทย แต่สะท้อนความจำเป็นของการออกแบบฉลากและอุปกรณ์ตวงยาที่ชัดเจน

การบริหารยาทางปากในผู้ป่วยเด็กมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นช่องทางการให้ยาที่พบบ่อยที่สุด แต่กลับมีความซับซ้อนสูงในหลายมิติ ทั้งความแตกต่างของรูปแบบยา ความเข้มข้นของยาน้ำ การคำนวณขนาดยาตามน้ำหนักตัว การเลือกใช้อุปกรณ์ตวงยาที่เหมาะสม และการจัดการกับการปฏิเสธยาในเด็ก (Bowden & Greenberg, 2016; Hockenberry & Wilson, 2018) นอกจากนี้ แนวทางสากลยังแนะนำให้ระบุขนาดยาน้ำเป็นหน่วยมิลลิลิตรเพียงอย่างเดียว และใช้อุปกรณ์มาตรฐาน เช่น กระบอกตวงยาสำหรับรับประทาน (oral syringe) เพื่อลดความสับสนของผู้ดูแลและลดความคลาดเคลื่อนในการตวงยา (Yin et al., 2016)

ด้วยเหตุนี้ บทความนี้จึงมุ่งสังเคราะห์องค์ความรู้ที่จำเป็นสำหรับการบริหารยาทางปากในผู้ป่วยเด็ก โดยบูรณาการทั้งศาสตร์ด้านความปลอดภัยทางยาและเภสัชวิทยา เข้ากับศิลป์ด้านการสื่อสาร จิตวิทยาพัฒนาการ และการดูแลแบบรอบคอบเป็นศูนย์กลาง เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลสามารถปฏิบัติได้อย่างปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับบริบทจริงของเด็กแต่ละราย

รูปแบบของยาในเด็ก

การเลือกรูปแบบยาที่เหมาะสมสำหรับเด็กเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการรักษา ความปลอดภัยและความร่วมมือในการรับประทานยา เด็กมีข้อจำกัดด้านการกลืนยา การรับรส และความสามารถในการบอกอาการไม่พึงประสงค์ได้ชัดเจน จึงจำเป็นต้องพิจารณาทั้งอายุ น้ำหนักตัว ระดับพัฒนาการ และคุณสมบัติทางเภสัชกรรมของยาไปพร้อมกัน (Cram et al., 2009; Hockenberry & Wilson, 2018; Thaiyapirom, 2018)

ยาในรูปแบบของเหลวเป็นรูปแบบที่นิยมมากที่สุดในการทารกและเด็กเล็ก เนื่องจากกลืนได้ง่ายและสามารถปรับขนาดยาตามน้ำหนักตัวได้ยืดหยุ่นกว่ายาเม็ดหรือแคปซูล ทั้งยังช่วยให้ผู้ดูแลตรวจปริมาณยาได้ตามคำสั่งการรักษาอย่างแม่นยำมากขึ้น (Bowden & Greenberg, 2015; Cram et al., 2009) ยาแบบนี้อาจอยู่ในรูปสารละลาย ยาน้ำเชื่อม หรือยาน้ำแขวนตะกอน ซึ่งยาน้ำแขวนตะกอนจำเป็นต้องเขย่าขวดก่อนใช้ทุกครั้งเพื่อให้ตัวยากระจายตัวอย่างสม่ำเสมอ (Bowden & Greenberg, 2015; Lertthamthewi, 2020)

อย่างไรก็ตาม ยาชนิดเดียวกันอาจมีหลายความเข้มข้น โดยเฉพาะยาสามัญที่ใช้อยู่ในเด็ก เช่น ยาน้ำลดไข้หรือยาปฏิชีวนะ หากเลือกใช้ความเข้มข้นผิด อาจทำให้เกิดการได้รับยาเกินขนาดหรือได้รับยาไม่เพียงพอได้ ดังนั้น พยาบาลและผู้ดูแลจึงต้องตรวจสอบฉลากยา ความเข้มข้น และคำสั่งการรักษาอย่างละเอียด รวมทั้งตรวจด้วยอุปกรณ์มาตรฐานที่เหมาะสม เช่น กระบอกตวงยาสำหรับรับประทาน (oral syringe) มากกว่าการใช้ช้อนครัวเรือน (Yin et al., 2016)

ในบางสถานการณ์ ยาที่จำเป็นอาจไม่มีจำหน่ายในรูปแบบยาน้ำ ทำให้ต้องใช้ยาเม็ดหรือแคปซูลในเด็ก โดยเฉพาะในเด็กโตที่สามารถกลืนยาเม็ดได้แล้ว อย่างไรก็ตาม การแบ่งครึ่งเม็ดยา บดยา หรือเปิดแคปซูลต้องทำด้วยความระมัดระวัง เพราะยาบางชนิดถูกออกแบบให้มีระบบการปลดปล่อยตัวยาแบบเฉพาะ เช่น modified-release, controlled-release, extended-release หรือยาเม็ดเคลือบ enteric-coated ซึ่งไม่ควรถูกบด เคี้ยว หรือแบ่งโดยไม่ตรวจสอบข้อมูลผลิตภัณฑ์ก่อน เนื่องจากอาจทำให้รูปแบบการปลดปล่อยยาเปลี่ยนแปลง เกิด dose dumping และเพิ่มความเสี่ยงต่อพิษจากยา (Hockenberry & Wilson, 2018; Institute for Safe Medication Practices [ISMP], 2016) เมื่อไม่มีรูปแบบยาน้ำที่เหมาะสม อาจจำเป็นต้องพิจารณาใช้ยาเม็ดหรือแคปซูลตามความสามารถในการกลืนของเด็ก การแบ่งครึ่งเม็ดยาไม่ควรตัดสินจากลักษณะภายนอกเพียงอย่างเดียว พยาบาลต้องตรวจสอบชื่อผลิตภัณฑ์ ความแรง เอกสารกำกับยา และคำแนะนำของเภสัชกรก่อนว่าเม็ดยารุ่นนั้นแบ่งได้หรือไม่ หากระบุให้แบ่งได้ ให้ใช้วิธีที่แนะนำ เช่น เครื่องแบ่งเม็ดยา และตรวจสอบความสมบูรณ์ของชิ้นยาหลังแบ่ง (ISMP, 2016)

กลยุทธ์การจัดการรสชาติยา

รสชาติของยาเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยเด็ก โดยเฉพาะในทารกและเด็กเล็กซึ่งมีความไวต่อรสชาติไม่พึงประสงค์สูงกว่าเด็กโตและผู้ใหญ่ เด็กมักปฏิเสธยาที่มีรสขม ฝาด หรือมีรสตกค้างในช่องปาก ส่งผลให้รับประทานยาไม่ครบตามแผนการรักษาได้ (Cram et al., 2009; Saengperm, 2018; Smith et al., 2022)

การจัดการรสชาติยาอาจทำได้หลายวิธี เช่น การเลือกใช้รูปแบบยาที่แต่งกลิ่นรส การผสมยากับอาหารหรือเครื่องดื่มปริมาณเล็กน้อยที่เหมาะสม หรือการให้เด็กดื่มน้ำตามหลังรับประทานยาเพื่อลดรสตกค้างในปาก (Saengperm, 2018; Smith et al., 2022) อย่างไรก็ตาม ควรหลีกเลี่ยงการผสมยากับอาหารหลักที่เด็กต้องรับประทานเป็นประจำ เช่น นมแม่ นมผง หรืออาหารมื้อสำคัญ เพราะอาจทำให้เด็กเชื่อมโยงรสชาติไม่พึงประสงค์ของยากับอาหารนั้น และนำไปสู่การปฏิเสธอาหารในอนาคต (Rungamornrat, 2019; Smith et al., 2022)

อีกเทคนิคหนึ่งที่มีประโยชน์คือการบ่อนยาให้หกลื่นละลายลิ้นและบ่อนเข้าทางด้านข้างของกระพุ้งแก้ม ซึ่งช่วยลดการรับรสโดยตรงได้บางส่วนและช่วยให้เด็กกลืนยาได้ดีขึ้น (American Academy of Pediatrics (2024); Smith et al., 2022) พยาบาลจึงควรมีความรู้เกี่ยวกับรสชาติยา เทคนิค taste masking และการเลือกวิธีที่เหมาะสมกับยาแต่ละชนิดและเด็กแต่ละราย

ตารางที่ 1 เทคนิคการปิดบังรสชาติในเด็ก

รสชาติเดิมของยา	ตัวอย่างยา	รสชาติที่ช่วยปิดบัง
เปรี้ยว	วิตามินรวม	เชอร์รี่ เลมอน ส้ม สตอร์วเบอร์รี่
ขม	ยาปฏิชีวนะ ยาลดไข้	ช็อกโกแลต มันทันผลไม้รสจัด
ฝาด	แลคทูโลส	คาราเมล วานิลลา
เค็ม	ธาตุเหล็ก ยาแก้แพ้	กล้วย เนย บัตเตอร์สโกตช์

หมายเหตุ: ส้มเคราะห์และดัดแปลงจาก Cram et al. (2009), Saengperm (2018), และ Smith et al. (2022)

อุปกรณ์และการตวงยามาตรฐาน

การตวงยาอย่างถูกต้องเป็นองค์ประกอบสำคัญของความปลอดภัยในการบริหารยาในผู้ป่วยเด็ก เนื่องจากขนาดยาสำหรับเด็กส่วนใหญ่คำนวณตามน้ำหนักตัวหรือพื้นที่ผิวร่างกาย ความคลาดเคลื่อนแม้เพียงเล็กน้อยอาจทำให้เด็กได้รับยาเกินขนาดหรือได้รับยาไม่เพียงพอ ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการรักษาและเพิ่มความเสี่ยงต่อการไม่พึงประสงค์จากยา (Nursing Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2020)

แนวทางสากลแนะนำให้ใช้หน่วยวัดแบบเมตริกเท่านั้น โดยเฉพาะมิลลิลิตร (mL) และหลีกเลี่ยงการใช้คำว่า ช้อนชา (teaspoon) หรือ ช้อนโต๊ะ (tablespoon) ในการสั่งใช้ยาและการให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครอง เพราะอาจทำให้เกิดความสับสนและนำไปสู่ความคลาดเคลื่อนของขนาดยา (ISMP, 2020) นอกจากนี้ ควรหลีกเลี่ยงการใช้ช้อนครัวเรือนเนื่องจากมีขนาดและปริมาตรแตกต่างกัน ไม่เหมาะสำหรับการตวงยาอย่างแม่นยำ

อุปกรณ์ที่แนะนำสำหรับการตวงยาในเด็ก ได้แก่ ถ้วยตวงยา ช้อนตวงยา และโดยเฉพาะกระบอกตวงยาสำหรับรับประทาน (oral syringe) ซึ่งเหมาะสำหรับทารก เด็กเล็ก และยาที่ต้องใช้ปริมาณน้อย เนื่องจากให้ความแม่นยำสูงกว่าและควบคุมปริมาณยาได้ดีกว่าอุปกรณ์ชนิดอื่น (American Academy of Pediatrics (2024); Yin et al., 2016) พยาบาลควรตรวจสอบว่าอุปกรณ์ที่ให้ผู้ปกครองใช้มีหน่วยวัดสอดคล้องกับฉลากยา และควรสอนวิธีใช้อย่างถูกต้องก่อนกลับบ้าน (ISMP, 2020)

ในทางปฏิบัติ การใช้อุปกรณ์ กระบอกตวงยาสำหรับรับประทาน (oral syringe) ร่วมกับการป้อนยาเข้าทางด้านข้างของกระพุ้งแก้มช่วยให้เด็กกลืนยาได้ง่ายขึ้น ลดการพุ่งของยาเข้าด้านหลังคอโดยตรง และลดความเสี่ยงต่อการไอ คายา หรือสำลัก (American Academy of Pediatrics (2024); Smith et al., 2022) ดังนั้น การเลือกใช้อุปกรณ์มาตรฐาน การใช้หน่วย มิลลิลิตร (mL) เพียงอย่างเดียว และการให้คำแนะนำผู้ปกครองอย่างถูกต้อง จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความปลอดภัยทางยาในเด็ก (ISMP, 2020)

เทคนิคการบริหารยาที่ปลอดภัย

ข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าความคลาดเคลื่อนอาจเกิดได้ตั้งแต่การเตรียมและตวงยาน้ำ การศึกษาเชิงสังเกตในผู้ดูแลเด็ก 100 คน ที่ทดลองเตรียมยาปฏิชีวนะชนิดผงสำหรับผสมน้ำ พบว่าสมยาอะม็อกซิซิลลินไม่ถูกต้อง 23 จาก 50 คน (ร้อยละ 46) (Berthe-Aucejo et al., 2016) สอดคล้องกับอีกการศึกษาในผู้ปกครอง 287 คน พบว่าร้อยละ 41.1 ตวงยาน้ำคลาดเคลื่อนมากกว่าร้อยละ 20 ของขนาดที่สั่ง กลุ่มที่ได้รับทั้งคำแนะนำแบบสาธิตหรือให้สาธิตกลับและอุปกรณ์ตวงยา มีสัดส่วนตวงผิดร้อยละ 20.9 เทียบกับร้อยละ 47.8 ในกลุ่มที่ไม่ได้รับทั้งสองอย่าง ทั้งนี้ เป็นความสัมพันธ์จากการศึกษาเชิงสังเกต มีข้อจำกัดที่จุดเหตุและผล (Yin et al., 2016) ข้อมูลดังกล่าวมาจากการศึกษาต่างประเทศและไม่ใช่อุบัติการณ์ในโรงพยาบาลไทย แต่สนับสนุนให้พยาบาลตรวจสอบวิธีเตรียมยา เลือกอุปกรณ์ที่เหมาะสม และให้ผู้ดูแลสาธิตการตวงยาก่อนนำไปใช้จริง

1. **การเตรียมยา** ก่อนให้ยา ควรล้างมือให้สะอาด ตรวจสอบชื่อยา ขนาดยา ความเข้มข้น วันหมดอายุ และ คำสั่งการรักษาให้ถูกต้อง หากเป็นยาน้ำแขวนตะกอนต้องเขย่าขวดก่อนทุกครั้ง และควรตวงยาด้วยอุปกรณ์ที่ตรงกับ ปริมาณยาที่ต้องการ เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการให้ยา (Bowden & Greenberg, 2015; ISMP, 2020)

2. **การจัดท่าของเด็ก** ควรจัดให้เด็กอยู่ในท่านั่งตัวตรงหรือกึ่งนั่ง (semi-upright position) เพื่อช่วยให้ กลืนยาได้ง่ายและลดความเสี่ยงต่อการสำลัก หลีกเลี่ยงการให้ยาในขณะที่เด็กนอนราบ โดยเฉพาะในทารกและเด็กเล็ก (Bowden & Greenberg, 2015; Lertthamthewi, 2020)

3. **การป้อนยา** ควรใช้ กระบอกตวงยาสำหรับรับประทาน (oral syringe) หรืออุปกรณ์ที่ควบคุมปริมาณยา ได้ดี วางปลายอุปกรณ์บริเวณด้านในของกระพุ้งแก้ม แล้วค่อย ๆ ป้อนยาเข้าสู่ด้านข้างของช่องปาก แทนการพ่นยา เข้ากลางลิ้นหรือด้านหลังคอ เพราะแนวทางนี้ช่วยลดการรับรสโดยตรง ลดการคายยา และลดความเสี่ยงต่อการสำลัก (American Academy of Pediatrics (2024); Smith et al., 2022)

4. **จังหวะการกลืน** การป้อนยาควรทำอย่างช้า ๆ และเป็นจังหวะ โดยให้เด็กมีเวลาสำหรับการกลืนก่อนจะ ดันยาเพิ่ม หลีกเลี่ยงการป้อนทั้งหมดในครั้งเดียว เพราะอาจทำให้เด็กไอ สำลัก หรือคายยาออกมาได้ (Bowden & Greenberg, 2015; Hockenberry & Wilson, 2018)

5. **การดูแลหลังการให้ยา** หลังรับประทานยาแล้ว ควรให้เด็กดื่มน้ำตามเล็กน้อยหากเหมาะสม เพื่อช่วยลด รสตกค้างและล้างคราบยาออกจากช่องปาก รวมทั้งทำความสะอาดอุปกรณ์ตวงยาหลังใช้งานทุกครั้ง เพื่อป้องกันการ ปนเปื้อนและเตรียมพร้อมสำหรับการใช้งานครั้งต่อไป (Bowden & Greenberg, 2015)

โดยสรุป เทคนิคการให้ยาที่ปลอดภัยในเด็กประกอบด้วยการเตรียมยาอย่างรอบคอบ การจัดท่าที่เหมาะสม การเลือกใช้อุปกรณ์มาตรฐาน และการป้อนยาอย่างช้า ๆ เข้าทางด้านข้างของกระพุ้งแก้ม ซึ่งทั้งหมดนี้ช่วยลดความเสี่ยง ต่อการสำลักและเพิ่มโอกาสที่เด็กจะได้รับยาครบตามแผนการรักษา (American Academy of Pediatrics (2024); Smith et al., 2022)

ข้อควรระวังเชิงคลินิก

การบริหารยาทางปากในเด็กจำเป็นต้องคำนึงถึงข้อควรระวังเฉพาะหลายประการ เนื่องจากเด็ก โดยเฉพาะ ทารกและเด็กเล็ก ยังมีพัฒนาการของระบบทางเดินอาหาร ระบบเอนไซม์ในตับ และการทำงานของไตไม่สมบูรณ์ ปัจจัย เหล่านี้อาจส่งผลต่อการดูดซึม การกระจายตัว และการกำจัดยา (Hockenberry & Wilson, 2018; Thaiyapirom, 2018)

ประเด็นสำคัญประการหนึ่งคือ ไม่ควรให้น้ำผึ้งแก่เด็กอายุต่ำกว่า 12 เดือน รวมถึงไม่ควรผสมยากับน้ำผึ้ง ในทารก เพราะน้ำผึ้งอาจมีสปอร์ของเชื้อที่ก่อ infant botulism ได้ (Centers for Disease Control and Prevention, 2026) นอกจากนี้ ควรหลีกเลี่ยงการผสมยากับอาหารหลักหรืออาหารจำเป็นของเด็ก เช่น นมแม่ นมผง หรืออาหาร มื้อสำคัญ เพราะอาจทำให้เด็กรังเกียจอาหารนั้นในภายหลังและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมกินในระยะยาว (Rungamornrat, 2019; Smith et al., 2022)

สำหรับการบดหรือดัดแปลงรูปแบบยา ควรทำเฉพาะเมื่อมั่นใจว่ายานั้นสามารถดัดแปลงได้อย่างปลอดภัย ยาที่อยู่ในรายการ do not crush เช่น slow-release, extended-release หรือ enteric-coated formulations ไม่ควรถูกบด เคี้ยว หรือแบ่งเองโดยไม่ได้รับคำแนะนำจากเภสัชกรหรือข้อมูลผลิตภัณฑ์ที่ชัดเจน (ISMP, 2016) การตระหนักถึงข้อควรระวังเหล่านี้มีความสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากยา ลดความเสี่ยงต่อการสำลักหรือ การได้รับยาไม่ถูกต้อง และช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพและปลอดภัยสูงสุด (Hockenberry & Wilson, 2018; ISMP, 2016)

เทคนิคการสื่อสารและจิตวิทยาการจูงใจตามช่วงวัย

การสื่อสารกับผู้ป่วยเด็กในระหว่างการบริหารยาเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยเพิ่มความร่วมมือ ลดความวิตกกังวล และสร้างประสบการณ์เชิงบวกต่อการรักษา เทคนิคที่ใช้ควรสอดคล้องกับพัฒนาการทางสติปัญญา อารมณ์ และสังคมของเด็ก (Hockenberry & Wilson, 2018; Rungamornrat, 2019)

ในเด็กวัยหัดเดิน อายุ 1-3 ปี เด็กมักมีความต้องการควบคุมสถานการณ์และแสดงความเป็นอิสระ จึงมักต่อต้านเมื่อรู้สึกว่าจะถูกบังคับ วิธีหนึ่งที่ใช้ได้ผลคือ “พลังของการเลือก” เช่น ให้เด็กเลือกว่าจะรับยาด้วยไซริงค์อันใด หรือนั่งรับยานตักผู้ปกครองหรือบนเตียง วิธีนี้ช่วยลดการปะทะและทำให้เด็กรู้สึกว่าตนเองยังมีบทบาทในการตัดสินใจ (Rungamornrat, 2019)

กรณีที่ยาไม่พึงประสงค์ ควรบอกเด็กตามความเป็นจริงในระดับที่เหมาะสมกับวัย และอธิบายว่าจะมีอะไรช่วยให้รับยาได้ง่ายขึ้น เช่น ดื่มน้ำตามหรือได้พักเล่นหลังรับยา เทคนิคนี้ช่วยลดความรู้สึกถูกหลอกและส่งเสริมความไว้วางใจระหว่างเด็กกับผู้ดูแล (Rungamornrat, 2019; Saengperm, 2018)

ท่าทีของผู้ใหญ่ก็มีความสำคัญไม่แพ้กัน ผู้ดูแลควรมีท่าทีมั่นคง สงบ และไม่เร่งรัดเกินไป เพราะความตึงเครียดของผู้ใหญ่สามารถถ่ายทอดไปสู่เด็กและเพิ่มพฤติกรรมต่อต้านได้ การผสมผสานระหว่างเทคนิคทางจิตวิทยากับการจัดทำป้อนยาที่เหมาะสมจะช่วยให้การบริหารยาเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัยมากขึ้น (American Academy of Pediatrics (2024); Lertthamthewi, 2020)

การสังเกตและอภิปรายผล

จากการทบทวนวรรณกรรมและแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าการบริหารยาทางปากในเด็กไม่ใช่เพียงภารกิจเชิงเทคนิค แต่เป็นกระบวนการที่ต้องบูรณาการหลายมิติ ทั้งความปลอดภัยของระบบ การออกแบบรูปแบบยา ความแม่นยำในการตวงยา พฤติกรรมของเด็ก และความพร้อมของผู้ดูแล (Reason, 2000; Rungamornrat, 2019)

ประเด็นแรกคือ ความปลอดภัยและการป้องกันการสำลัก การใช้ กระบอกตวงยาสำหรับรับประทาน (oral syringe) ป้อนยาเข้าด้านข้างของกระพุ้งแก้มร่วมกับการจัดท่าแบบกึ่งนั่ง เป็นเทคนิคที่มีเหตุผลทางคลินิกชัดเจน เพราะช่วยควบคุมทิศทางการไหลของยา ลดการไหลเข้าสู่คอโดยตรง และช่วยให้เด็กกลืนยาได้ดีขึ้น (American Academy of Pediatrics (2024); Smith et al., 2022)

ประเด็นที่สองคือ ความแม่นยำของขนาดยา โดยเฉพาะในยาสำหรับเด็ก แนวทางสากลสนับสนุน mL-only dosing และการใช้อุปกรณ์ตวงยาที่มีมาตรฐานเดียวกับฉลากยา เพราะช่วยลดความสับสนจากหน่วย spoon-based และลดความคลาดเคลื่อนของผู้ดูแลได้จริง (Yin et al., 2016; Yin et al., 2021)

ประเด็นที่สามคือ ความปลอดภัยจากการดัดแปลงรูปแบบยา ยาที่มีการปลดปล่อยแบบดัดแปลงหรือเคลือบพิเศษไม่ควรถูกบดเองโดยไม่ตรวจสอบข้อมูลก่อน เพราะอาจทำให้ระดับยาเปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรงและเกิดพิษจากยาได้ (ISMP, 2016)

ประเด็นที่สี่คือ ความร่วมมือของเด็กและครอบครัว การจัดการรสชาติยา การหลีกเลี่ยงการผสมยาในอาหารหลัก และการใช้เทคนิคจิตวิทยาที่เหมาะสมกับวัย ล้วนมีผลต่อ ความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence) และต่อประสบการณ์ของเด็กกับการรักษาในระยะยาว (Cram et al., 2009; Rungamornrat, 2019; Smith et al., 2022)

ดังนั้น พยาบาลจึงไม่ควรถูกมองเพียงเป็นผู้ปฏิบัติตามคำสั่งการรักษา แต่เป็นทั้งผู้ประเมินความเสี่ยง ผู้สื่อสาร ผู้สอนแนะ และผู้สร้างระบบความปลอดภัยระดับปฏิบัติการในบริบทจริงของการดูแลเด็ก

ตารางที่ 2 สังเคราะห์ประเด็นวิกฤตที่มีผลต่อความปลอดภัยและประสิทธิผลของการบริหารยาทางปากในเด็ก

ประเด็นวิกฤต	ศาสตร์ (หลักฐานเชิงประจักษ์)	ศิลป์ (จิตวิทยาและเทคนิคปฏิบัติ)
การสำลักยาและ gag reflex	ป้อนยาเข้าด้านข้างของกระพุ้งแก้ม ด้วย กระบอกตวงยาสำหรับรับประทาน (oral syringe) ช่วยควบคุมทิศทาง การไหลของยา	จัดท่ากึ่งนั่ง semi-upright และ ป้อนยาอย่างช้า ๆ ตามจังหวะ การกลืน
ความคลาดเคลื่อนของขนาดยา	การระบุปริมาตรเป็น มิลลิลิตร (mL) และกระบอกตวงยาสำหรับรับประทาน (oral syringe) ความคลาดเคลื่อนในการ ตวงยาได้ดีกว่า spoon-based dosing	สอนผู้ปกครองใช้อุปกรณ์ตวงยา ที่ตรงกับฉลากยา
ความเป็นพิษจากการดัดแปลงยา	ยา modified-release และ enteric-coated ไม่ควรถูกบด โดยไม่ตรวจสอบ	ปรึกษาเภสัชกรก่อนดัดแปลง รูปแบบยา
infant botulism	ห้ามให้น้ำผึ้งในเด็กอายุต่ำกว่า 12 เดือน	หลีกเลี่ยงการผสมยา/อาหารกับ น้ำผึ้งในทารก
การปฏิเสธยา	การปิดบังรสชาติยาและการสื่อสาร ตามวัยช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา	ใช้วิธีการมีตัวเลือกให้เด็กและอธิบาย อย่างจริงใจ

หมายเหตุ: ผู้เขียนสังเคราะห์จาก Centers for Disease Control and Prevention, (2026), American Academy of Pediatrics (2024), Institute for Safe Medication Practices [ISMP] (2016), Reason (2000), Smith et al. (2022)

บทสรุป

การบริหารยาทางปากในผู้ป่วยเด็กเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยทั้งความรู้ทางวิชาการและทักษะการปฏิบัติอย่างละเอียดรอบคอบ เด็กมีลักษณะทางสรีรวิทยา พัฒนาการ และพฤติกรรมที่แตกต่างจากผู้ใหญ่ การกำหนดขนาดยา การเลือกรูปแบบยา การตวงยา และวิธีการป้อนยาจึงต้องพิจารณาอย่างเหมาะสมเพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพและปลอดภัยสูงสุด (Hockenberry & Wilson, 2018; Thaiyapirom, 2018)

การทวนสอบความถูกต้องของการให้ยาสามารถใช้กรอบหลักการให้ยา 10 ประการ (10 rights; 10R) ได้แก่ ถูกผู้ป่วย ถูกเหตุผล ถูกชนิดยา ถูกวิธีทาง ถูกเวลา ถูกขนาด ถูกแบบยา ถูกการออกฤทธิ์ที่คาดหวัง ถูกการบันทึก และ ถูกการติดตามผลตอบสนอง (Vaismoradi et al., 2020) สำหรับผู้ป่วยเด็กต้องตรวจสอบน้ำหนักและความเข้มข้นที่ใช้คำนวณขนาดยา สื่อสารกับผู้ดูแล และประเมินการกลืนร่วมด้วย การบริหารยาต้องยึดหลักความถูกต้องของขนาดยา การใช้หน่วย มิลลิลิตร (mL) เพียงอย่างเดียวในยาน้ำ การใช้อุปกรณ์ตวงยาที่ได้มาตรฐาน และการหลีกเลี่ยงการดัดแปลงรูปแบบยาที่ไม่ปลอดภัย ขณะเดียวกัน ในเชิงปฏิบัติ พยาบาลต้องเข้าใจเทคนิคการลดรสชาติไม่พึงประสงค์ การป้อนยาเข้าทางด้านข้างของกระพุ้งแก้ม การจัดท่าที่เหมาะสม และการสื่อสารเชิงจิตวิทยาตามช่วงวัยของเด็ก (ISMP, 2016)

ท้ายที่สุด พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้ดูแล ผู้สอนแนะ และผู้ประสานงานกับครอบครัวในการส่งเสริมการใช้อย่างปลอดภัย หากสามารถบูรณาการทั้งศาสตร์และศิลป์เข้าด้วยกันได้ การบริหารยาในเด็กจะไม่ใช่งานเพียงภารกิจที่ต้องทำให้ครบขั้นตอน แต่จะกลายเป็นกระบวนการดูแลที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และสร้างความเชื่อมั่นแก่เด็กและครอบครัวอย่างยั่งยืน (Rungamornrat, 2019; Thailand Nursing and Midwifery Council, 2020)

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. พยาบาลควรทวนสอบชื่อยา ความเข้มข้น ขนาดยา และคำสั่งการรักษาทุกครั้ง โดยเฉพาะในยาน้ำที่มีหลายความเข้มข้น (Nursing Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2020)
2. ควรใช้อุปกรณ์ตวงยามาตรฐาน โดยเฉพาะ กระบอกตวงยาสำหรับรับประทาน (oral syringe) และสื่อสารขนาดยาเป็นหน่วยมิลลิลิตรเพียงอย่างเดียว (ISMP, 2020; Yin et al., 2016)
3. ควรป้อนยาเข้าด้านข้างของกระพุ้งแก้มในท่านั่งหรือกึ่งนั่ง และป้อนยาอย่างช้า ๆ ตามจังหวะการกลืน (American Academy of Pediatrics (2024); Smith et al., 2022)
4. หลีกเลี่ยงการบดหรือแบ่งยาที่มีการปลดปล่อยแบบดัดแปลงหรือเคลือบพิเศษโดยไม่ได้รับคำแนะนำจากเภสัชกร (ISMP, 2016)
5. ห้ามผสมยากับน้ำผึ้งในเด็กอายุต่ำกว่า 12 เดือน และหลีกเลี่ยงการผสมยาในอาหารหลักของเด็ก (Centers for Disease Control and Prevention, 2026; Smith et al., 2022)
6. ใช้เทคนิคสื่อสารและจูงใจตามช่วงวัย เช่น power of choice เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา (Rungamornrat, 2019; Saengperm, 2018)
7. พยาบาลควรทำหน้าที่เป็น clinical educator ในการฝึกผู้ปกครองให้ตวงและป้อนยาอย่างถูกต้องก่อนกลับบ้าน (Nursing Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2020)

References

- American Academy of Pediatrics. (2024, February 21). *How to use liquid medicines for children*. HealthyChildren.org. <https://www.healthychildren.org/English/safety-prevention/at-home/medication-safety/Pages/Using-Liquid-Medicines.aspx>
- Berthe-Aucejo, A., Girard, D., Lorrot, M., Bellettre, X., Faye, A., Mercier, J. C., Brion, F., Bourdon, O., & Prot-Labarthé, S. (2016). Evaluation of frequency of paediatric oral liquid medication dosing errors by caregivers: Amoxicillin and josamycin. *Archives of Disease in Childhood*, 101(4), 359-364. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2015-309426>
- Bowden, V. R., & Greenberg, C. S. (2015). *Pediatric nursing procedures* (4th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2026a, February 26). *Botulism prevention*. <https://www.cdc.gov/botulism/prevention/>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2026b, April 14). *Foods and drinks to avoid or limit*. <https://www.cdc.gov/infant-toddler-nutrition/foods-and-drinks/foods-and-drinks-to-avoid-or-limit.html>
- Cram, A., Breitzkreutz, J., Desset-Brèthes, S., Nunn, T., & Tuleu, C. (2009). Challenges of developing palatable oral paediatric formulations. *International Journal of Pharmaceutics*, 365(1-2), 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.ijpharm.2008.09.015>
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2018). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). Elsevier.
- Institute for Safe Medication Practices. (2016). *Oral dosage forms that should not be crushed*. <https://www.ismp.org/sites/default/files/attachments/2018-02/DoNotCrush.pdf>

- Institute for Safe Medication Practices. (2020). *2020-2021 ISMP targeted medication safety best practices for hospitals*. https://www.ismp.org/sites/default/files/attachments/2020-02/2020-2021%20TMSBP-%20FINAL_1.pdf
- Lertthamthewi, W. (2020). *Pediatric nursing techniques*. Textbook Project, Faculty of Nursing, Mahidol University.
- Nursing Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2020). *Guidelines for medication error management for nurses*. Nonthaburi: Ministry of Public Health.
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *BMJ*, 320(7237), 768-770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
- Rungamornrat, S. (2019). *Pediatric nursing: The art and science of child care*. Faculty of Nursing, Mahidol University.
- Saengperm, P. (2018). Management of medication taste in children: Techniques nurses should know. *Journal of Nursing Science*, 36(1), 12-25.
- Smith, L., Leggett, C., & Borg, C. (2022). Administration of medicines to children: A practical guide. *Australian Prescriber*, 45(6), 188-192. <https://doi.org/10.18773/austprescr.2022.067>
- Subcommittee on Promotion of Rational Drug Use. (2018). *Rational drug use manual according to the national list of essential medicines: Pediatric drugs* (Rev. ed.). Agricultural Co-operative Federation of Thailand.
- Thadakant, S., Hu, S. H., Duangbubpha, S., Changpad, T., & Pibanwong, M. (2022). Medication administration errors of nursing students during practice in clinics and in simulation. *Nursing Research and Innovation Journal*, 28(2), 282-298. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/255826>
- Thaiyapirom, N. (2018). *Pediatric nursing: Theory and practice*. Faculty of Nursing, Chiang Mai University.
- Yin, H. S., Parker, R. M., Sanders, L. M., Dreyer, B. P., Mendelsohn, A. L., Bailey, S., Patel, D. A., Jimenez, J. J., Kim, K.-Y. A., Jacobson, K., Hedlund, L., Smith, M. C. J., Harris, L. M., McFadden, T., & Wolf, M. S. (2016). Liquid medication errors and dosing tools: A randomized controlled experiment. *Pediatrics*, 138(4), e20160357. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-0357>
- Yin, H. S., Neuspiel, D. R., Paul, I. M., Franklin, W., Tieder, J. S., Adirim, T., Alvarez, F., Brown, J. M., Bundy, D. G., Ferguson, L. E., Gleeson, S. P., Leu, M., Mueller, B. U., Phillips, S. C., Quinonez, R. A., Rea, C., Rinke, M. L., Shaikh, U., Shiffman, R. N., . . . Verhoef, P. A. (2021). Preventing home medication administration errors. *Pediatrics*, 148(6), e2021054666. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-054666>

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 และปิกินกะ

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 ฝ่ายวารสารขอสงวนสิทธิ์ในการคืนค่าใช้จ่ายดังกล่าว
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