พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Nursing Journal CMU
ISSN 2821-9120 (Print)
ISSN 2821-9139 (Online)
ปีที่ 53 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2569 • Nursing Journal CMU Volume 53 No.3 July-September 2026

ที่ปรึกษา (Consultants)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภารัตน์ วังศรีคูณ	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Assistant Professor Dr. Suparat Wangsrikhun	Dean, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร. พนิดา จันทโสภีพันธ์	รองคณบดี
Associate Professor Dr. Phanida Juntasopeepun	Associate Dean

ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ (Editorial Advisors)

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ	อดีตนายกสภาการพยาบาล
Professor Emeritus Dr. Wichit Srisuphan	Former President of Thailand Nursing and Midwifery Council
ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์	ผู้ทรงคุณวุฒิ สภาการพยาบาล
Professor Dr. Pranom Othaganont	Thailand Nursing and Midwifery Council Expert
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนุเจริญกุล	ผู้ทรงคุณวุฒิ สภาการพยาบาล
Professor Emeritus Dr. Somchit Hanucharurnkul	Thailand Nursing and Midwifery Council Expert
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิภาดา คุณาวิกติกุล	สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์
Professor Emeritus Dr. Wipada Kunaviktikul	Panyapiwat Institute of Management

บรรณาธิการ (Editor)

รองศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ กันธะรักษา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Professor Dr. Kannika Kantaruksa	Faculty of Nursing, Chiang Mai University

รองบรรณาธิการ (Associate Editor)

รองศาสตราจารย์ ดร.วีระพร ศุทธากรณ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Professor Dr. Weeraporn Suthakorn	Faculty of Nursing, Chiang Mai University

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

ศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
Professor Dr. Darawan Thapinta	Faculty of Nursing, Burapha University
ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
Professor Dr. Phechnoi Singchugcha	Faculty of Nursing, Christian University
ศาสตราจารย์ ดร.รัชนีวรรณ รอส	School of Nursing, The University of Louisville, USA Ph.D, RN, FTNSS, FAAN
Professor Dr. Ratchneewan Ross,	School of Nursing, The University of Louisville, USA Ph.D, RN, FTNSS, FAAN
รองศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา มั่นคง	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
Associate Professor Dr. Supreeda Monkong	Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University
รองศาสตราจารย์ ดร.อรวมน ศรียุกตศุทธ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Associate Professor Dr. Aurawamon Sriyuktasuth	Faculty of Nursing, Mahidol University

รองศาสตราจารย์ ดร.สุนีย์ ละกำปั่น	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Associate Professor Dr. Sunee Lagampan	Faculty of Public Health, Mahidol University
รองศาสตราจารย์ ดร.นฤมล เอื้อมณีกูล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Assoc. Prof. Dr. Naruemon Auemaneekul	Faculty of Public Health, Mahidol University
รองศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Associate Professor Dr. Areewan Oumtanee	Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
รองศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห้านิรัติศัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
Associate Professor Dr. Teeranut Harnirattisai	Faculty of Nursing, Thammasat University
รองศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
Associate Professor Dr. Chanokporn Jitpanya	Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing
รองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉรา สุคนธสรรพ์	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์
Associate Professor Dr. Achara Sukonthasarn	School of Nursing, Panyapiwat Institute of Management
รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณี เดียวอิศเรศ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
Associate Professor Dr. Wannee Deoisres	Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University
รองศาสตราจารย์ ดร.อัมพรพรรณ ธีรานุตร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Associate Professor Dr.Ampornpan Theeranut	Faculty of Nursing Khon Kaen University
รองศาสตราจารย์ ดร.มาริสา ไกรฤกษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Associate Professor Dr. Marisa Krairiksh	Faculty of Nursing Khon Kaen University
รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธรังสี	สำนักการศึกษาและนวัตกรรมการเรียนรู้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Assoc. Prof. Dr. Wandee Suttharangsee	Education and Innovative Learning Academy, Prince of Songkla University
รองศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Associate Professor Dr. Ploenpit Thaniwattananon	Faculty of Nursing, Prince of Songkla University
รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิกานต์ กาละ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Associate Professor Dr. Sasikarn Kala	Faculty of Nursing, Prince of Songkla University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นาดา ลัคนหทัย	Johns Hopkins University, School of Nursing Ph.D, MSN, RN, FANN
Assistant Professor Dr. Nada Lukkahatai,	Johns Hopkins University, School of Nursing Ph.D, MSN, RN, FANN
รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Professor Dr. Petsunee Thungjaroenkul	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Professor Dr. Pimpaporn Klunklin	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.ประทุม สร้อยวงค์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Professor Dr. Pratum Soivong	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.นงค์คราญ วิเศษกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Professor Dr. Nongkran Viseskul	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Assistant Professor Dr. Nattaya Suwankruhasn	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญพนมพร ธรรมไทย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Assistant Professor Dr. Kwaunpanomporn Thummathai	Faculty of Nursing, Chiang Mai University

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Assistant Professor Dr. Piyaporn Prasitwattanaseree	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรันธรณ์ จงรุ่งโรจน์สกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Assistant Professor Dr. Waruntorn Jongrungrotsakul	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตตวดี เหรียญทอง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Assistant Professor Dr. Jittawadee Rhiantong	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรียกมล ไกรกิจราษฎร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Assistant Professo Dr. Preeyakamon Krikitrat	Faculty of Nursing, Chiang Mai University

เจ้าหน้าที่กองบรรณาธิการ (Editorial Staff)

นางอัมพิกา สุวรรณบุตร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Ampika Suwannabut	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
MR. Michael Cote	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางสาวนิตยา มะโนคำ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Nittaya Manokam	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางจิราภรณ์ คุณวุฒิ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Jiraporn Koonawoot	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางสาวชนิดา ตันพิพัฒน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chanida Tonpiphat	Faculty of Nursing, Chiang Mai University

(Editorial office) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ 50200
Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai 50200 Thailand
http://www.TCI-Thaijo.org/index.php/cmunursing

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำหรับผู้เขียนบทความวิจัยและบทความวิชาการ

พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ชื่อเดิม วารสารพยาบาลสาร: Nursing Journal) ดำเนินการโดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานวิชาการทางด้านพยาบาลศาสตร์ และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ โดยเปิดรับบทความทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการ นักวิจัย นักศึกษา และผู้สนใจ วารสารมีระบบการจัดการแบบออนไลน์ มีการประเมินคุณภาพบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง จำนวนอย่างน้อย 3 ท่าน จากหลากหลายสถาบัน การประเมินคุณภาพเป็นแบบปกปิดสองทาง (Double-blind peer review) โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนจะไม่ทราบข้อมูลของกันและกัน

วัตถุประสงค์ (Aims)

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานวิชาการด้านพยาบาลศาสตร์ และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ
2. เพื่อเป็นแหล่งค้นคว้าความรู้ทางด้านพยาบาลศาสตร์และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือทางด้านวิชาการ ระหว่างพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการ นักวิจัย นักศึกษา และผู้สนใจ

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์ (Type of Article)

1. บทความวิจัย (Research article) หมายถึง งานเขียนที่นำเสนอข้อมูลการวิจัยที่กระชับอย่างเป็นระบบตามขั้นตอน ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน บทคัดย่อ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย การอภิปรายผล ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) และรายการอ้างอิง ความยาวบทความรวมรายการอ้างอิง 10-15 หน้า สำหรับบทความการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) ความยาวบทความรวมรายการอ้างอิงไม่เกิน 20 หน้า

2. บทความวิชาการ (Academic article) หมายถึง งานเขียนที่นำเสนอแนวคิดจากองค์ความรู้ โดยเรียบเรียงเนื้อหาจากผลงานวิชาการในลักษณะการวิเคราะห์วิจารณ์ และนำเสนอประสบการณ์ของผู้เขียน หรือนำเสนอแนวคิดใหม่ เพื่อกระตุ้นให้ผู้อ่านเกิดการพัฒนาความคิด และได้แนวทางในการนำความคิดนั้นไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่สังคม บทความประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน บทคัดย่อ บทนำ เนื้อหาสาระ บทสรุป และรายการอ้างอิง ความยาวบทความรวมรายการอ้างอิง 10-15 หน้า

กำหนดการตีพิมพ์เผยแพร่ (Publication Frequency)

วารสารมีกำหนดออก ปีละ 4 ฉบับ

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มีนาคม

ฉบับที่ 2 เดือนเมษายน-มิถุนายน

ฉบับที่ 3 เดือนกรกฎาคม-กันยายน

ฉบับที่ 4 เดือนตุลาคม-ธันวาคม

จำนวนบทความที่ตีพิมพ์ต่อฉบับ ประมาณ 20 เรื่อง ประกอบด้วย บทความภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

ประกาศการนำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์แบบเจนเนอเรทิฟ (Generative Intelligence: GenAI) ในการเขียนบทความ

1. ผู้เขียนไม่สามารถใช้เครื่องมือ AI อ้างอิงในฐานะผู้เขียน (author) หรือผู้เขียนร่วม (co-author) หรืออ้างอิงแพลตฟอร์มเป็นผู้เขียนได้

2. ผู้เขียนจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบต่อเนื้อหาของงานวิจัยที่ตีพิมพ์ทั้งหมด รวมถึงข้อความใด ๆ ที่เครื่องมือ AI เป็นผู้สร้างด้วย

3. ผู้เขียนจะต้องระบุอย่างชัดเจนว่าใช้ GenAI ในขั้นตอนใดของการวิจัย และควรอ้างอิงที่มาของข้อมูลนั้นว่าได้มาจาก GenAI แห่งใด ตามหลักการเขียนอ้างอิงในผลงานวิชาการ หรือทำการเก็บบันทึกคำสั่ง Prompt ที่ได้ใช้หรือขั้นตอบการได้มาซึ่งข้อมูลจากการใช้ GenAI เพื่อเป็นหลักฐานการตรวจสอบในภายหลัง เพื่อรักษาไว้ซึ่งความซื่อสัตย์สุจริตทางวิชาการ ทั้งนี้ต้องมีการส่งหลักฐานแนบในการส่งบทความ

4. ผู้เขียนต้องไม่นำข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ที่ได้จาการประมวลผลโดยใช้ GenAI มาใช้ในลักษณะเป็นการคัดลอกผลงานซึ่งเห็นได้ชัดแจ้งว่าไม่มีมาตรฐานและคุณภาพทางวิชาการ หรือไม่เป็นที่ยอมรับเป็นการทั่วไปและหรือในระดับนานาชาติ และหรือก่อให้เกิดความเสียหายหรือละเมิดต่อผู้อื่น

5. บทความใด ๆ ที่ส่งเข้าพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ในพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กองบรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาว่าการใช้ GenAI นั้น ๆ เหมาะสมหรือไม่ และให้ถือเป็นที่สุด

6. การปฏิบัติเกี่ยวกับการนำ Generative Artificial Intelligence มาใช้ในการเตรียมบทความวิชาการ ให้ปฏิบัติตามนโยบายการใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์แบบเจเนอเรทิพ ของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประกาศ ณ วันที่ 3 พฤศจิกายน 2566 อย่างเคร่งครัด

จริยธรรมในการเผยแพร่ผลงาน (Publication Ethics)

บทบาทหน้าที่ของบรรณาธิการ (Duties of Editors)

1. คัดกรองบทความให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตของวารสาร

2. พิจารณาเลือกผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพบทความที่เหมาะสมในแต่ละเรื่อง และกำกับดูแลการประเมินในรูปแบบ Double blind peer review

3. กำกับดูแลกระบวนการประเมินคุณภาพของบทความในทุกกระบวนการ ก่อนการตีพิมพ์เผยแพร่

4. หากมีประเด็นปัญหาสำคัญเกิดขึ้นในกระบวนการประเมินคุณภาพของบทความ จะนำเรื่องเข้าพิจารณาในกองบรรณาธิการ เพื่อขอความเห็นร่วมกัน

5. ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้วิจัยหรือผู้ทรงคุณวุฒิ และไม่นำบทความหรือผลงานทางวิชาการไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจ หรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง

6. ไม่นำความคิดเห็นส่วนตัวที่ไม่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาทางวิชาการ มาตัดสินการรับหรือปฏิเสธบทความ

7. หากตรวจพบบทความที่สงสัยต่อการรายงานข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ได้รับการเผยแพร่มาก่อน ทำการคัดลอกหรือทำซ้ำ การตีพิมพ์แบ่งย่อย (Salami Publication) อย่างไม่เหมาะสม มีสิทธิ์ปฏิเสธการตีพิมพ์บทความนั้น ๆ เพื่อป้องกันการประพฤติผิดจริยธรรมทางวิชาการและการตีพิมพ์เผยแพร่

8. พัฒนาคุณภาพของวารสารอย่างต่อเนื่อง

บทบาทหน้าที่ของผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Duties of Reviewer)

1. ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of Interest) และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียน

2. ประเมินคุณบทความภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ โดยปราศจากอคติ หรือความคิดเห็นส่วนตัว

3. ไม่แสวงหาผลประโยชน์ จากบทความที่ตนเองได้รับมอบหมายให้ทำการประเมิน

4. หากพิจารณาตรวจสอบแล้วพบว่าบทความที่รับมอบหมายให้ประเมินนั้น เป็นบทความที่เคยได้รับการเผยแพร่มาก่อน และทำการคัดลอก หรือทำซ้ำผลงานของบุคคลอื่น ต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบทันที เพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนการเผยแพร่

5. ไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความให้ผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับรู้

6. ประเมินบทความตามระยะเวลาที่กำหนด

บทบาทหน้าที่ของผู้เขียน (Duties of Authors)

1. บทความที่ส่งมาเพื่อเสนอพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ ต้องเป็นผลงานที่ไม่เคยได้รับการเผยแพร่มาก่อน และต้องแน่ใจว่าผลงานดังกล่าวไม่ได้ทำการคัดลอก หรือทำซ้ำผลงานของบุคคลอื่น และของตนเอง รวมทั้งไม่ตีพิมพ์ผลงานเดียวกันต่างภาษา

2. ไม่ส่งบทความเพื่อเสนอพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ พร้อมกันกับส่งที่วารสารอื่น

3. ไม่ส่งบทความที่มีการตีพิมพ์แบ่งย่อย (Salami Publication) อย่างไม่เหมาะสม

4. หากมีการนำผลงานหรือข้อความอ้างอิงผลงานของผู้อื่นในเนื้อหา ต้องจัดทำรายการเอกสารอ้างอิงไว้ท้ายบทความเสมอ และอ้างอิงอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ

5. ตรวจสอบการเขียนบทความให้ถูกต้องตามรูปแบบข้อกำหนดของวารสาร ดังคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

6. รายนามของผู้วิจัยทั้งหมดที่ปรากฏในบทความวิจัย ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย

7. ปรับแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิอย่างเหมาะสม ภายในระยะเวลาที่กำหนด

8. ในกรณีที่ต้องการถอนบทความ ต้องแจ้งบรรณาธิการทราบทันที

9. ผลงานวิจัยในมนุษย์ จะต้องแนบหนังสือรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้ระบุหมายเลขหรือรหัสการรับรองในบทความ และแสดงรายละเอียดของการดำเนินการวิจัยตามปฏิญญาเฮลซิงกิ แนวทางจริยธรรมสากลของสภาองค์การสากลด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ (CIOMS) และแนวทางการวิจัยทางคลินิกที่ดีของ สภาบรรสานสากล (International Council on Harmonization) ไอซีเอช จีซีพี (ICH GCP) หรือแนวทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ รวมทั้งกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมรายละเอียดต่อไปนี้

9.1 โครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสถาบันใด และเลขที่ของโครงการที่ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย

9.2 กระบวนการขอความยินยอมดำเนินการอย่างไร มีการให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างไร

9.3 ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยง

9.4 กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเปราะบางหรือไม่ และมีการปกป้องอย่างไร

9.5 การป้องกันการลุกล้ำความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับ

กระบวนการพิจารณาประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review Process)

บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ จะได้รับการพิจารณาและตรวจสอบความถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพยาบาลและสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 3 ท่านต่อ 1 บทความ โดยมีการดำเนินการปกปิดแบบ 2 ทาง (Double blinded) ทั้งชื่อของผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นตอนการพิจารณาประเมินบทความ

การพิจารณาประเมินบทความทุกขั้นตอน ดำเนินการผ่านทางระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ระบบเว็บไซต์ Thai Journal Online (ThaiJO) เพื่อให้การทำงานของพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นไปตามมาตรฐานสากล โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้เขียนส่งไฟล์บทความไปยังระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ของพยาบาลสาร มหาวิทยาลัย-เชียงใหม่ ในเว็ปไซด์ Thai Journals Online (ThaiJO) URL: https://www.tci-thaijo.org

2. บรรณาธิการรับบทความ และแจ้งให้ผู้วิจัยทราบว่าได้รับไฟล์บทความเป็นที่เรียบร้อย

3. กองบรรณาธิการดำเนินการตรวจคัดกรองเบื้องต้น ในส่วนของเนื้อหาของบทความ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตสาขาวิชาของวารสาร รูปแบบการจัดพิมพ์ รูปแบบการอ้างอิง ประเด็นทางจริยธรรม การคัดลอกผลงาน (Plagiarism) รวมทั้งประโยชน์ในเชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติ

4. ในกรณีบทความมีคุณภาพไม่ผ่านการตรวจคัดกรองเบื้องต้น บรรณาธิการจะดำเนินการแจ้งผู้เขียนให้ปรับแก้ไขบทความให้ถูกต้องภายใน 4 สัปดาห์ หากผู้เขียนไม่สามารถปรับแก้ไขบทความได้ในระยะเวลาที่กำหนด จะถือว่าสิ้นสุดการรับพิจารณาบทความ โดยบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนรับทราบและลบบทความออกจากระบบ

5. ในกรณีบทความผ่านการตรวจคัดกรองเบื้องต้นแล้ว กองบรรณาธิการ จะดำเนินการส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้องประเมินคุณภาพของบทความ แบบปกปิดสองทาง (Double blind review) โดยไม่เปิดเผยชื่อผู้เขียนบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิทราบ และไม่เปิดเผยชื่อผู้ทรงคุณวุฒิให้ผู้เขียนทราบ และกองบรรณาธิการไม่เปิดเผยทั้งชื่อผู้วิจัยและชื่อผู้ทรงคุณวุฒิให้บุคคลอื่นทราบเช่นกัน

6. เมื่อบทความได้รับการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กองบรรณาธิการจะดำเนินการตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

6.1 กรณีมีความเห็นให้ตอบรับการตีพิมพ์ (Accept Submission) กองบรรณาธิการจะแจ้งผู้เขียนให้ทราบ และดำเนินการส่งไฟล์บทความเข้าสู่ขั้นตอนการปรับแก้ไขต้นฉบับ การพิสูจน์อักษร และการจัดรูปแบบเอกสารตามต้นฉบับบทความของวารสาร ก่อนนำไปตีพิมพ์เผยแพร่

6.2 กรณีมีความเห็นให้ผู้เขียนแก้ไขบทความ (Revision Require) กองบรรณาธิการจะส่งข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ผู้เขียน เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขบทความ พร้อมทั้งส่งแบบฟอร์มตารางแสดงการแก้ไขให้กับผู้เขียน เพื่อให้ผู้เขียนจัดทำตารางสรุปผลการแก้ไข โดยระบุข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1, 2 และ 3 ในทุกหัวข้อ และส่งกลับมายังกองบรรณาธิการ โดยรายละเอียดการแก้ไขบทความมีดังต่อไปนี้

6.2.1 กรณีให้ปรับปรุงแก้ไขบทความเพียงเล็กน้อย (Minor Revision) เมื่อผู้เขียนแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ให้ส่งบทความกลับคืนมายังบรรณาธิการ ภายใน 2 สัปดาห์ เพื่อกองบรรณาธิการจะได้ตรวจสอบผลการแก้ไข ก่อนนำไปตีพิมพ์เผยแพร่

6.2.2 กรณีให้ปรับปรุงแก้ไขบทความในประเด็นสำคัญค่อนข้างมาก (Major Revision) เมื่อผู้เขียนแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ให้ส่งบทความกลับคืนมายังบรรณาธิการ ภายใน 4 สัปดาห์ ทั้งนี้กองบรรณาธิการจะได้ส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิรอบที่ 2 (round 2) เพื่อตรวจสอบผลการแก้ไข ซึ่งหากยังต้องมีการแก้ไขอีก กองบรรณาธิการจะดำเนินการส่งกลับไปยังผู้เขียนเพื่อแก้ไข หลังจากนั้น จะตรวจสอบผลการแก้ไขจนกว่าบทความมีคุณภาพที่จะตีพิมพ์เผยแพร่ได้ ซึ่งจำนวนครั้งของการแก้ไขไม่ควรเกิน 3 ครั้ง

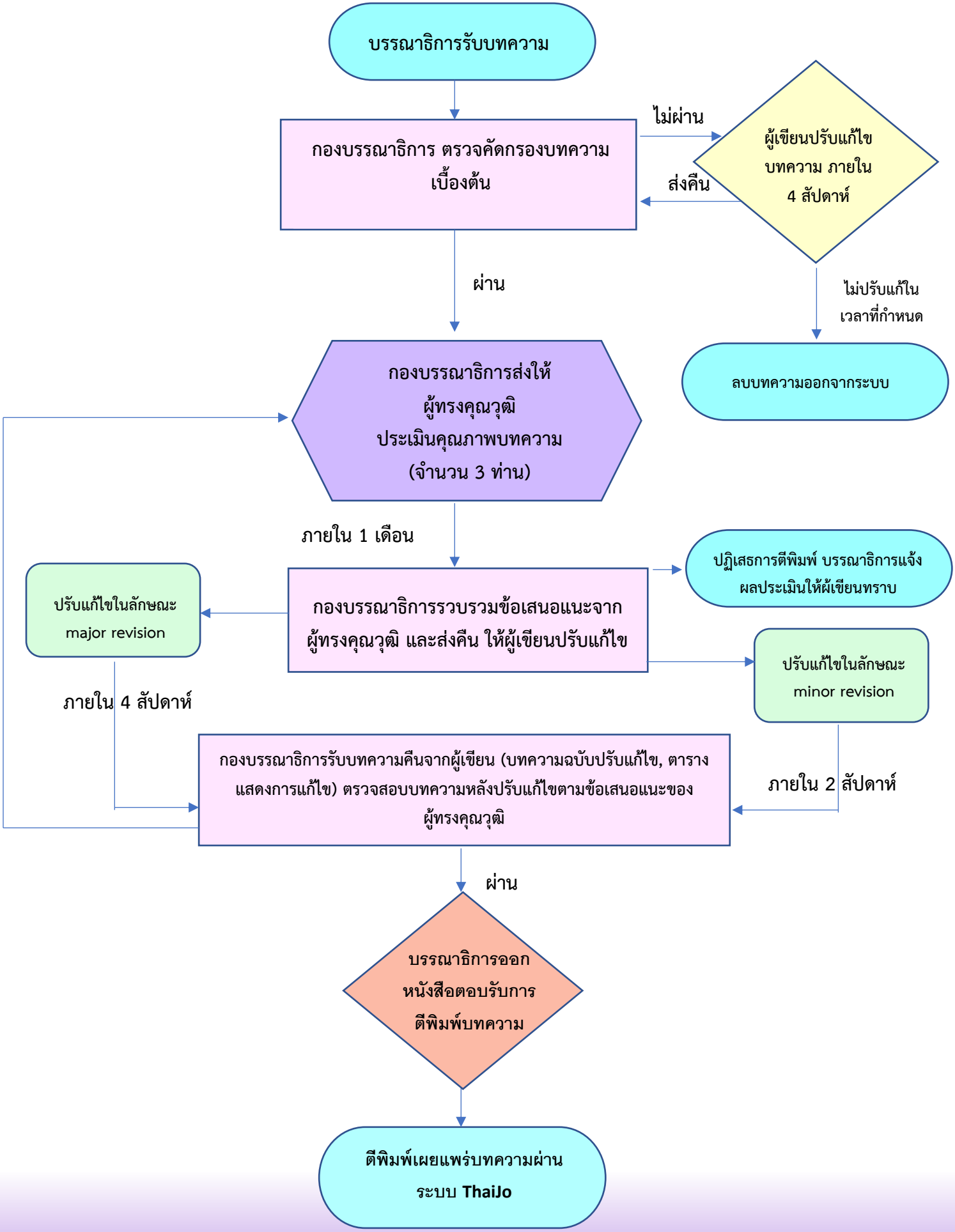
หากผู้เขียนไม่สามารถปรับแก้ไขบทความได้ในระยะเวลาที่กำหนดโดยไม่มีเหตุผล กองบรรณาธิการจะขอลบบทความออกจากระบบ และขอให้ผู้เขียนดำเนินการส่งบทความเข้ามาใหม่ เพื่อกองบรรณาธิการจะได้ดำเนินการประเมินคุณภาพบทความใหม่ในทุกขั้นตอน และผู้เขียนต้องเสียค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์อีกครั้ง

6.3 กรณีมีความเห็นให้ปฏิเสธการรับตีพิมพ์ (Decline Submission) บรรณาธิการจะแจ้งผลการประเมินดังกล่าวให้ผู้เขียนบทความรับทราบ พร้อมทั้งเหตุผลโดยผ่านระบบวารสารออนไลน์ของระบบ ThaiJO

ตัวอย่างตารางการแก้ไขบทความตามคำแนะนำของผู้ทางคุณวุฒิ

หัวข้อประเมิน	**คำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ**	**การแก้ไข/คำชี้แจง**
ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ	ผู้ทรงคุณวุฒิ 1: ผู้ทรงคุณวุฒิ 2: ผู้ทรงคุณวุฒิ 3:	
ความชัดเจนและความครอบคลุมของบทคัดย่อและ Abstract	ผู้ทรงคุณวุฒิ 1: ผู้ทรงคุณวุฒิ 2: ผู้ทรงคุณวุฒิ 3:	
ความชัดเจนและความกระชับของความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	ผู้ทรงคุณวุฒิ 1: ผู้ทรงคุณวุฒิ 2: ผู้ทรงคุณวุฒิ 3:	
ความชัดเจนและความกระชับของวัตถุประสงค์การวิจัย	ผู้ทรงคุณวุฒิ 1: ผู้ทรงคุณวุฒิ 2: ผู้ทรงคุณวุฒิ 3:	
ความชัดเจนและความกระชับของคำถามการวิจัย	ผู้ทรงคุณวุฒิ 1: ผู้ทรงคุณวุฒิ 2: ผู้ทรงคุณวุฒิ 3:	
อื่น ๆ (ระบุ)	...	

ขั้นตอนการพิจารณาบทความ
พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



การเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ (Article Processing Charges)

วารสารเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ เพื่อเป็นค่าดำเนินการและเป็นค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิ

- บทความภาษาไทย 4,000 (สี่พันบาทถ้วน) ต่อ บทความ
- บทความภาษาอังกฤษ 5,000 (ห้าพันบาทถ้วน) ต่อ บทความ

ทางวารสารจะเรียกเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ เพียงครั้งเดียว เมื่อบทความผ่านการตรวจคัดกรองเบื้องต้นจากบรรณาธิการเรียบร้อยแล้ว พร้อมที่จะส่งต้นฉบับให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพ

การชำระเงินผ่านบัญชีธนาคารกรุงเทพ ชื่อบัญชี "วารสารพยาบาลสาร" เลขที่บัญชี 968-0-08702-1 ทั้งนี้ พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ ไม่ว่ากรณีใด ๆ

หมายเหตุ: - อาจารย์และบุคลากรในสังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จะได้รับการยกเว้นค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์
- พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ไม่มีนโยบายในการรับตีพิมพ์บทความแบบเร่งด่วน

การจัดเตรียมต้นฉบับ

1. สมัครเป็นสมาชิกของพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผ่านระบบวารสารออนไลน์ของระบบ ThaiJO โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

2. พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรมไมโครซอฟเวิร์ด (Microsoft Word) โดยใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 ทั้งอักษรภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์หน้าเดียว 1 คอลัมน์ ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า (single space) พิมพ์บนกระดาษสีขาวขนาดกระดาษ A4 (21×29.7 ซม.) โดยเว้นระยะขอบกระดาษบน 3.81 ซม. ขอบล่าง 2.54 ซม. ขอบซ้าย 3.81 ซม. และขอบขวา 2.54 ซม. ความยาวต้นฉบับรวมการอ้างอิง 10-15 หน้า

3. การใช้ภาษาไทยให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน โดยใช้ภาษาไทยเป็นหลัก และใช้ภาษาอังกฤษในกรณีที่ไม่มีคำสะกดในภาษาไทย การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน สำหรับการใช้อักษรย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ในการเขียนครั้งแรก และใช้คำย่อที่เป็นมาตรฐาน

ส่วนที่ 1 หน้าแรกของบทความวิจัยและบทความวิชาการ

ชื่อเรื่อง (Title) ต้องระบุทั้งภาษาอังกฤษ และภาษาไทย พิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลาง ความยาวไม่เกิน 120 ตัวอักษร สำหรับชื่อเรื่องภาษาอังกฤษพิมพ์พยัญชนะตัวแรกของทุกคำโดยใช้อักษรตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำเชื่อม ตัวอย่างเช่น Components of Innovative Work Behavior Among First-line Nurse Managers in Private Hospitals and Government Hospitals

ชื่อผู้เขียน (Author Name) ต้องระบุชื่อผู้เขียนทั้งภาษาอังกฤษ และภาษาไทย ไม่ใส่ยศหรือตำแหน่งวิชาการ ในกรณีที่มีผู้เขียนมากกว่า 1 คน ให้เรียงชื่อตามลำดับของการมีส่วนร่วม พร้อมทั้งแสดงสังกัดหน่วยงานของผู้เขียนทุกคน สำหรับ e-mail ระบุเฉพาะผู้รับผิดชอบหลักของบทความ (Corresponding author) นอกจากนี้ให้ใส่เครื่องหมายดอกจันทร์ (*) ต่อส่วนท้ายนามสกุลผู้เขียน และต่อท้ายชื่อเรื่องในกรณีเป็นวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา

วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาให้ระบุชื่อหลักสูตร รวมทั้งสาขาวิชา ทั้งภาษาอังกฤษ และภาษาไทย

ตัวอย่าง

* Master' s thesis, Master of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ (Abstract) เขียนแยกภาษาอังกฤษ และภาษาไทย โดยบทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่ควรเกิน 300 คำ และภาษาไทยไม่ควรเกิน 400 คำ เนื้อหาบทคัดย่อภาษาอังกฤษและภาษาไทยต้องสอดคล้องกัน การใช้ภาษาให้เหมาะสมเป็นประโยคสมบูรณ์ สื่อความหมายได้ชัดเจนอย่างกระชับ และไม่มีการอ้างอิงในบทคัดย่อ

<u>บทความวิจัย</u> เขียนบทคัดย่อพอสังเขปเกี่ยวกับ ความสำคัญ รูปแบบการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย (กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย และประโยชน์ของงานวิจัย

<u>บทความวิชาการ</u> เขียนบทคัดย่อพอสังเขปเกี่ยวกับ เนื้อหาสาระที่สำคัญ วัตถุประสงค์ของการเขียนบทความ และบทสรุป

คำสำคัญ (Keywords) เป็นคำที่กำหนดขึ้นเพื่อช่วยในการสืบค้นเข้าถึงบทความ ควรเป็นคำที่สั้น กระทัดรัด ได้ใจความ และมีความหมาย ระบุทั้งภาษาอังกฤษ และภาษาไทย จำนวน 3-5 คำ

ส่วนที่ 2 ส่วนเนื้อหาของบทความ

บทความวิจัย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัตถุประสงค์การวิจัย

สมมติฐานการวิจัย (การวิจัยเชิงทดลอง)

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
การเก็บรวบรวมข้อมูล
การวิเคราะห์ข้อมูล
ผลการวิจัย
การอภิปรายผล
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

บทความวิชาการ

บทนำ (Introduction)
เนื้อหา
บทสรุป (Conclusions)

ส่วนที่ 3 การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง (Citation and References lists)

1. การอ้างอิงใช้ตามรูปแบบของ American Psychological Association (APA) ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 (7th ed.) โดยมีการอ้างอิงในเนื้อหา และการอ้างอิงในเอกสารอ้างอิงท้ายบท

2. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 5 ปี ยกเว้นหนังสือ หรือตำรา บางประเภทที่เป็นทฤษฎี หรือปรัชญา

3. รายการอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้ปรับเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ แล้วให้ระบุคำว่า (in Thai) ไว้ท้ายรายการ

4. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 30 รายการ

5. ผู้เขียนมีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงตามรูปแบบของ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 อย่างเคร่งครัด

การเขียนอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation)

การเขียนอ้างอิงชื่อบุคคลในเนื้อหา ในกรณีที่เป็นคนไทยให้ระบุชื่อ ตามด้วยนามสกุล เป็นภาษาไทยไว้นอกวงเล็บ และภายในวงเล็บให้ระบุเฉพาะนามสกุลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น กรรณิการ์ กันธะรักษา (Kantaruksa, 2024) หากผู้ถูกอ้างอิงเป็นชาวต่างประเทศให้ระบุเฉพาะนามสกุล เช่น แบนดูรา (Bandura, 1977) เป็นต้น

การเขียนอ้างอิงท้ายบท (References list)

1. การเรียงลำดับเอกสารอ้างอิง ให้เรียงนามสกุลของผู้เขียนตามลำดับพยัญชนะ A ถึง Z

2. กรณีผู้เขียนคนแรกเป็นคนเดียวกันและมีผลงานหลายเรื่อง ให้เรียงลำดับผลงานตามลำดับปีที่พิมพ์ โดยเริ่มจากปีที่พิมพ์ก่อน

3. เรียงลำดับผลงานที่มีผู้เขียนคนเดียวก่อนผลงานที่มีผู้เขียนร่วมถึงแม้จะพิมพ์ก่อน โดยเรียงลำดับตามอักษรของนามสกุล

4. กรณีมีผู้เขียนหลายคน ให้เรียงลำดับตามอักษรของนามสกุลผู้เขียนคนแรกและคนต่อ ๆ ไปตามลำดับ

5. การอ้างอิงผู้เขียนคนเดียวกัน หรือหลายคนที่มีผลงานหลายเรื่องในปีเดียวกัน ให้เรียงลำดับตามอักษรของชื่อเรื่อง (ไม่รวมคำว่า A หรือ The) โดยใช้อักษร a, b, c ตามลำดับปีที่พิมพ์

ตัวอย่างรูปแบบการเขียนอ้างอิงท้ายบทจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ มีดังนี้

1. การเขียนอ้างอิงจากวารสาร

ตัวอย่างการอ้างอิงวารสารเชิงวิชาการที่เป็นรูปเล่ม

Krikitrat, P., & Sriarporn, P. (2022). Encouraging fathers to support breastfeeding: The role of nurse-midwife. *Nursing Journal CMU, 49*(1), 329-339. (in Thai)

ตัวอย่างการอ้างอิงวารสารวิชาการออนไลน์ที่ระบุหมายเลขรหัส doi

Robinson, P. (2021). Long COVID and breathlessness: An overview. *British Journal of Community Nursing, 26*(9), 438-443. https://doi.org/10.12968/bjcn.2021.26.9.438

ตัวอย่างการอ้างอิงวารสารวิชาการออนไลน์ที่ไม่ได้ระบุหมายเลขรหัส doi

World Health Organization. (2022). *WHO Coronavirus (COVID-19) dashboard*. https://covid19.who.int/

ตัวอย่างการอ้างอิงในกรณีที่มีผู้เขียนมากกว่า 19 คน (ให้ระบุผู้เขียนคนที่ 1-19 ทุกคน หลังจากนั้นให้ใส่สัญลักษณ์จุด ... สามจุด โดยเว้นระยะ 1 ช่วงตัวอักษรในตำแหน่งหน้าจุดและหลังจุด และปิดท้ายด้วยชื่อผู้เขียนคนสุดท้าย)

Kalnay, E., Kanamitsu, M., Kistler, R., Collins, W., Deaven, D., Gandin, L., Iredell, M., Saha, S., White, G., Woollen, J., Zhu, Y., Chelliah, M., Ebisuzaki, W., Higgins, W., Janowiak, J., Mo, K. C., Ropelewski, C., Wang, J., Leetmaa, A., ... Joseph, D. (1996). The NCEP/NCAR 40-year reanalysis project. *Bulletin of the American Meteorological Society. 77*(3), 437-471. http://doi.org/fg6rf9

2. การเขียนอ้างอิงจากหนังสือ ตำรา

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงหนังสือทั้งเล่ม

Murdaugh, C. L., Pender, N. J., & Parsons, M. A. (2019). *Health promotion in nursing practice* (8th ed.). Pearson.

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงหนังสือที่มีบรรณาธิการ

Cunningham, F., Leveno, K. J., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Spong, C. Y., & Casey, B. M. (Eds.). (2022). *Williams Obstetrics* (26th ed.). McGraw Hill.

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงบทในหนังสือที่มีบรรณาธิการ

Suwonnaroop, N., Piyopasakul, W., & Panitrat., R. (2016). Thailand: Nursing theory and theory-based education, practice, and research. In J. J. Fitzpatrick & A. L. Whall (Eds.), *Conceptual models of nursing: Global perspectives* (5th ed., pp. 198-212). Pearson Education.

3. การเขียนอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงวิทยานิพนธ์ที่ได้จากเว็บไซต์

Axford, J. C. (2007). *What constitutes success in Pacific Island community conserved areas?* [Doctoral dissertation, University of Queensland, Brisbane, Australia]. http://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:158747

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงวิทยานิพนธ์ที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์

Knight, A. (2001). *Exercise and osteoarthritis of the knee* [Unpublished master's thesis]. Auckland University of Technology.

4. การอ้างอิงจากรูปภาพหรือแผนภาพ

รูปภาพหรือแผนภาพควรเป็นต้นฉบับที่ผู้เขียนจัดทำเอง หากนำมาจากแหล่งอื่น ควรได้รับอนุญาตจากเจ้าของ และอ้างอิงแหล่งที่มาตามรูปแบบ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 สำหรับคำบรรยายให้พิมพ์ใต้ภาพ

การส่งบทความต้นฉบับ

1. ผู้เขียนต้องลงทะเบียน (Register) เป็นสมาชิกของระบบ ThaiJo หรือหากเป็นสมาชิกของระบบThaiJo แล้วสามารถ log in เข้าสู่ระบบได้ และปฏิบัติตามคู่มือการใช้งานระบบ เพื่อดำเนินการส่งบทความผ่านเว็บไซต์พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามขั้นตอน โดยสามารถศึกษาข้อมูลคำแนะนำการใช้งานระบบวารสารของผู้เขียนของระบบ ThaiJo ได้

2. ดาวโหลดแบบฟอร์มการขอนำส่งบทความ ผ่านทางหน้าเว็ปไซต์ระบบ ThaiJo ของพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ URL: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing โดยกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

3. ผู้เขียนส่งเอกสารผ่านทางหน้าเว็ปไซต์ระบบ ThaiJo ดังนี้

3.1 บทความต้นฉบับเป็นไฟล์ word นามสกุล (.docx)

3.2 แบบฟอร์มการนำส่งบทความของวารสาร

3.3 แบบฟอร์มรับทราบข้อกำหนดก่อนส่งตีพิมพ์

3.4 สำหรับบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ ผู้เขียนต้องส่งสำเนาเอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

กองบรรณาธิการพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
เลขที่ 110/406 ถนนอินทวโรรส ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200
เบอร์ติดต่อ 053-949100

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

Dyadic Coping in Colorectal Cancer Patient-Caregiver Dyads: A Scoping Review of Influencing Factors and Interventions from a Systemic-Transactional Perspective 1-16
การเผชิญปัญหาแบบคู่สัมพันธ์ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และผู้ดูแล: การทบทวนแบบกำหนดขอบเขตของปัจจัยที่มีอิทธิพลและการจัดการจากมุมมองปฏิสัมพันธ์อย่างเป็นระบบ

Jing	Su	เจ๋ง	ซู
Zhenghong	Shi	เจิ้งหง	ชิ
Yuxiu	Pu	ยูซิว	ปู

Factors Related to Dietary Adherence Among End-Stage Renal Disease Persons Receiving Hemodialysis in Sichuan Province, the People's Republic of China 17-32
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานอาหารในผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในมณฑลเสฉวน สาธารณรัฐประชาชนจีน

Qiaoling	Wang	ควิลิง	หวัง
Warawan	Udomkhwamsuk	วราวรรณ	อุดมความสุข
Chiraporn	Tachaudomdach	จิราภรณ์	เตชะอุดมเดช

Effects of a Frailty Prevention Program for Older Adults with LINE Application on Health Literacy and Health Behaviors 33-46
ผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

Theraporn	Pluknikorn	ธีรภรณ์	ปลูกนิกร
Patcharaporn	Aree	พัชราภรณ์	อารีย์
Sakul	Changmai	ศากุล	ช่างไม้

Predictive Factors of Mild Cognitive Impairment Among Older Adults with Type 2 Diabetes Mellitus 47-59
ปัจจัยทำนายภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

Sirikaan	Karanwattanakull	สิริกานต์	กรัณย์วัฒนกุล
Thiranai	Songpimai	ธีรนัย	ส่งพิมาย

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

Access, Predictive Factors, and Outcomes of Primary Health Care Services Among Older Adults in Urban Communities 60-73
การเข้าถึง ปัจจัยทำนาย และผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในผู้สูงอายุชุมชนเขตเมือง

Niramol	Somtua	นิระมล	สมตัว
Ratdawan	Klungklang	รัตน์ดาวรรณ	คลังกลาง
Srisuda	Lundputh	ศรีสุดา	ลุนพุฒิ
Wichuda	Nopasert	วิชุดา	นพเสริฐ
Prapasri	Poopayang	ประภาศรี	ภูผายาง

Technology Acceptance and Health Technology Use Behavior Among Older Adults 74-87
การยอมรับเทคโนโลยีและพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

Nursaheeda	Chemama	นูรซาฮีดา	เจ๊ะมามะ
Satiman	Chantongsuk	สาธิมาน	จันทองสุก
Pichayanit	Ruangroengkulrit	พิชญ์ชญานิษฐ์	เรืองเริงกุลฤทธิ์

Information Needs and Quality of Life Among Patients with Lymphoma Receiving Chemotherapy at Out-Patient Clinic, University Hospital 88-103
ความต้องการข้อมูล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่ห้องรับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย

Punyaphat	Bumrungmeung	ปุณญภัส	บำรุงเมือง

Effects of a Health Belief Promotion Program through the Line Application on Medication Use Behaviors and Blood Pressure Levels Among Patients with Post-Hypertensive Urgency 104-119
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการใช้ยา และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน

Athiwan	Wongpetcharat	อธิวรรณ	วงศ์เพชรชารัต
Supatra	Buatee	สุพัตรา	บัวที

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

Effects of a Nurse Promotion Program on Pain Management Practices and Pain Response in Preterm Infants Undergoing Retinopathy of Prematurity Eye Screening 120-134
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการพยาบาลในการจัดการความปวดต่อการปฏิบัติการพยาบาลและความปวดของทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการตรวจคัดกรองภาวะจอประสาทตาผิดปกติ

Jitiyada	Wongrueang	จิติญาดา	วงษ์เรือง
Nethong	Namprom	เนตรทอง	นามพรม
Patcharee	Woragidpoonpol	พัชรี	วรกิจพูนผล

The Effects of a Scout Method–Based Learning Experience Program on the Development of Kindergarten Children in a Private School 135-150
ผลของโปรแกรมการจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการลูกเสือต่อพัฒนาการเด็กอนุบาล โรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่ง

Phatphitcha	Kruthangk	ภัทร์พิชชา	ครุฑางคะ
Kasidis	Kruthangka	กษิดิศ	ครุฑางคะ
Warisanan	Dechpanprasong	วริศนันท์	เดชปานประสงค์

Effects of the Transition-to-Home Program on Maternal Confidence in Care and Readmission of Late Preterm Infants 151-166
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านสู่บ้านต่อความมั่นใจในการดูแลของมารดาและการกลับมารักษาซ้ำของทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย

Warunee	Sri-in	วารุณี	ศรีอินทร์
Patcharee	Woragidpoonpol	พัชรี	วรกิจพูนผล
Acharaporn	Sripusanapan	อัจฉราพร	ศรีภูษณาพรรณ

Safety Leadership of Head Nurses and Safety Culture Perceived by Registered Nurses in General Hospitals, Southern Thailand 167-178
ภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย และวัฒนธรรมความปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้

Montira	Ruensirikul	มนทิรา	รื่นศิริกุล
Pratyanan	Thiangchanya	ปรัชญานันท์	เที่ยงจรรยา
Shutiwan	Purinthrapibal	ชุติวรรณ	ปุรินทราภิบาล

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

Nurses' Roles in Metaverse Hospitals: A Document Analysis Using a Foresight Approach 179-195
บทบาทพยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์ส: การวิเคราะห์เอกสาร
โดยใช้กระบวนการมองอนาคต

Sangtien	Youthao	แสงเทียน	อยู่เถา
Tashasiri	Sukkasem	ทชาน์ศิริก์	สุขเกษม

The Development of a Surveillance and Continuous Care System for Psychiatric Patients 196-209
with Substance Abuse and High Risk of Violence through Community Participation
in the Service Area of Mukdahan Hospital
การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง
ต่อการก่อความรุนแรงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตบริการโรงพยาบาลมุกดาหาร

Kobsak	Pimanpang	กอบศักดิ์	พิมานแพง
Kamonporn	Poodaen	กมลพร	ภูแด่น

Stakeholders' Needs for Graduate Competencies and Educational Management of 210-224
the Bachelor of Nursing Science Program at Boromarajonani College of Nursing
Nakhon Phanom: A Qualitative Study
ความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อสมรรถนะบัณฑิตพยาบาลและการจัดการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม: การวิจัยเชิงคุณภาพ

Chaiwat	Inchaiya	ชัยวัฒน์	อินไชยา
Arunrat	Utaisang	อรุณรัตน์	อุทัยแสง
Wassamon	Paprom	วรรษมน	ปาพรม
Jintapak	Jantakoat	จินตพักตร์	จันทะโคตร

Translation and Pilot Testing of the Guideline Assessment Tools 225-239
of the ADAPTE Collaboration: Thai Version
การแปลและการทดสอบนำร่องเครื่องมือประเมินแนวปฏิบัติขององค์การความร่วมมือ
เพื่อการปรับแนวปฏิบัติทางคลินิก: ฉบับภาษาไทย

Nuttamon	Vuttanon	นัทธมน	วุทธานนท์
Warawan	Udomkhwamsuk	วราวรรณ	อุดมความสุข
Chomphoonut	Srirat	ชมพูนุท	ศรีรัตน์

สารบัญ

บทความวิชาการ **หน้า**

Developing Clinical Practice Guidelines Using the GRADE-ADOLOPMENT Approach: Concept and Application 240-255
การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยใช้แนวทาง GRADE-ADOLOPMENT: แนวคิดและการประยุกต์ใช้

Pratum	Soivong	ประทุม	สร้อยวงค์
Jiraporn	Pakdee	จิราภรณ์	ภักดี
Suparat	Wangsrikhun	สุภารัตน์	วังศรีคูณ

Family Caregivers' Concerns about End-of-Life Symptoms in Palliative Home Care for Persons with Metastatic Spinal Cancer: Lessons Learned 256-270
ความกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวต่ออาการระยะสุดท้ายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามไปยังกระดูกสันหลังในการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน: ถอดบทเรียน

Apichat	Kardosod	อภิชาติ	กาศโอสถ
Warawan	Udomkhwamsuk	วราวรรณ	อุดมความสุข

The Role of Psychiatric Nurses in Promoting Resilience Among Caregivers of Individuals with Dementia 271-284
บทบาทพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

Chalinee	Suvanayos	ชาลินี	สุวรรณยศ
Woraset	Watchararotchanasakul	วรเศรษฐ์	วัชรโรจนสกุล
Suwit	Inthong	สุวิท	อินทอง

Non-pharmacological Symptom Cluster Management in Children with Cancer Receiving Chemotherapy and Nursing Roles 285-297
การจัดการกลุ่มอาการแบบไม่ใช้ยาในเด็กมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและบทบาทพยาบาล

Wannita	Sonkongdang	วรรณิตา	สอนกองแดง
Jutarat	Mesukko	จุฑารัตน์	มีสุขโข
Srimana	Niyomkar	ศรีมนา	นิยมค้า
Sutthirat	Charoenphornphong	สุทธิรัตน์	เจริญพรพงศ์

สารจากบรรณาธิการ

พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2569 ได้ดำเนินการเผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการโดยพัฒนาปรับปรุงให้มีคุณภาพตลอดมา ส่งผลให้วารสารผ่านการรับรองคุณภาพและได้รับการจัดอันดับให้อยู่ในกลุ่มที่ 1 ฐานข้อมูลศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) ระหว่าง พ.ศ. 2568-2572 บทความทั้งหมดที่นำเสนอได้ผ่านการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ในรูปแบบ double-blinded review ทำให้บทความแต่ละเรื่องมีคุณภาพ สามารถนำไปใช้อ้างอิงทางวิชาการ และนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลได้

วารสารฉบับนี้ ได้นำเสนอบทความที่หลากหลายและน่าสนใจ จำนวน 20 เรื่อง เป็นบทความภาษาอังกฤษ 2 เรื่อง และบทความภาษาไทย 18 เรื่อง บทความภาษาอังกฤษทั้ง 2 เรื่อง เป็นบทความวิจัยด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ ในส่วนบทความภาษาไทย เป็นบทความวิจัย 14 เรื่อง และบทความวิชาการ 4 เรื่อง ซึ่งบทความวิจัยประกอบด้วย บทความด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 6 เรื่อง ด้านการพยาบาลเด็ก 3 เรื่อง ด้านการบริหารทางการพยาบาล 2 เรื่อง ด้านการพยาบาลจิตเวช 1 เรื่อง ด้านการศึกษาทางการพยาบาล 1 เรื่อง ด้านการแปลเครื่องมือ 1 เรื่อง สำหรับบทความวิชาการ เป็นบทความด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก 1 เรื่อง ด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 เรื่อง ด้านการพยาบาลจิตเวช 1 เรื่อง และด้านการพยาบาลเด็ก 1 เรื่อง บทความทั้งหมดนี้ ผู้สนใจสามารถ download ได้ในระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์

กองบรรณาธิการ ขอขอบคุณผู้อ่านที่ให้ความสนใจ ผู้เขียนบทความที่ให้เกียรติส่งบทความมาตีพิมพ์เผยแพร่ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้ความกรุณากลั่นกรองบทความตลอดจนให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ส่งผลให้พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

รองศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ กันธะรักษา
บรรณาธิการ

Dyadic Coping in Colorectal Cancer Patient-Caregiver Dyads: A Scoping Review of Influencing Factors and Interventions from a Systemic-Transactional Perspective*

การเผชิญปัญหาแบบคู่สัมพันธ์ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และผู้ดูแล: การทบทวนแบบกำหนดขอบเขตของปัจจัยที่มีอิทธิพลและการจัดการจากมุมมองปฏิสัมพันธ์อย่างเป็นระบบ*

Jing	Su**	เจ๋ง	ซู**
Zhenghong	Shi***	เจิ้งหง	ชิ***
Yuxiu	Pu****	ยูซิว	ปู****

Abstract

Colorectal cancer is the third most common cancer globally; it affects both patients and their caregivers. Dyadic coping (DC) refers to the process in which partners jointly manage stressors within their relationship. Dyadic coping represents a critical interpersonal process through which patient–caregiver dyads jointly manage cancer-related stress. However, existing evidence on its influencing factors, the shared illness and relational experiences of these dyads, and targeted interventions remains fragmented and lacks systematic theoretical integration. Based on the systemic-transactional theory, this scoping review aims to synthesize evidence on factors influencing DC, dyadic experiences, interventions, and intervention efficacy among colorectal cancer (CRC) patients and their caregivers. Following the JBI scoping review framework and PRISMA-ScR guidelines, nine databases (CNKI, Wanfang, CBM, VIP, PubMed, Web of Science, Cochrane Library, CINAHL, Embase) were systematically searched for studies published between January 1995 and April 2025. In accordance with the PICOS criteria, data from included studies were processed, with study screening, data extraction, and thematic analysis independently completed by two reviewers.

This scoping review included results from a total of 22 articles (10 quantitative, 2 qualitative, 10 intervention studies), with 18 originating from China, reflecting research priorities in high-burden regions. DC-related factors were categorized into individual, relational, and environmental levels based on the systemic-transactional model (STM), including demographic characteristics; disease stage; stoma surgery and treatment-related burden; psychological distress; communication patterns; social support; and cultural values. Four qualitative themes consistent with STM were identified: support systems and interaction (common DC), challenges (stress communication), family adaptation (positive DC), and social resource utilization (environmental context). Interventions were classified into three types: STM-based, dyadic illness management, and relationship-strengthening, all of which improved DC skills, relationship quality, and psychological well-being, with high feasibility and acceptability.

This scoping review synthesized evidence regarding DC in CRC patient-caregiver dyads, clarifying multilevel associated factors, DC experiences, and effective intervention approaches. Cultural differences underscore the necessity of culturally adapted interventions in Chinese clinical settings. Future research should develop culturally appropriate programs, investigate policy-level support, and integrate DC assessment and skills training into routine oncology practice to improve outcomes for both patients and caregivers.

Keywords: Caregivers; Colorectal cancer; Dyadic coping; Scoping review; Systemic-transactional theory

* Master's Thesis, Master of Nursing Practice Program, School of Nursing, Kunming Medical University

** First author and Graduate student of Nursing Practice Program, School of Nursing, Kunming Medical University

*** Graduate student of Nursing Practice Program, School of Nursing, Kunming Medical University

**** Corresponding author, Associate Chief Nurse, The Second Affiliated Hospital of Kunming Medical University; e-mail: puyuxiu@kmmu.edu.cn

Received 15 December 2025; Revised 18 May 2026; Accepted 27 May 2026

Dyadic Coping in Colorectal Cancer Patient-Caregiver Dyads: A Scoping Review of Influencing Factors and Interventions from a Systemic-Transactional Perspective

การเผชิญปัญหาแบบคู่สัมพันธ์ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และผู้ดูแล: การทบทวนแบบกำหนดขอบเขตของปัจจัยที่มีอิทธิพลและการจัดการจากมุมมองปฏิสัมพันธ์อย่างเป็นระบบ

บทคัดย่อ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับสามของโลก โดยส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย การเผชิญปัญหาแบบคู่สัมพันธ์ หมายถึง กระบวนการที่คู่สัมพันธ์ร่วมกันจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นภายในความสัมพันธ์ของตน การเผชิญปัญหาแบบคู่สัมพันธ์ เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งคู่ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันจัดการกับความเครียดที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง อย่างไรก็ตาม หลักฐานที่มีอยู่ในปัจจุบันเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับมือแบบคู่ ประสบการณ์ร่วมด้านความเจ็บป่วยและความสัมพันธ์ของคู่เหล่านี้ รวมถึงการจัดการที่ตรงเป้าหมาย ยังคงกระจัดกระจายและขาดการบูรณาการทางทฤษฎีอย่างเป็นระบบ การทบทวนขอบเขตงานวิจัยนี้อาศัยกรอบทฤษฎีเชิงระบบ-ปฏิสัมพันธ์ เพื่อสังเคราะห์หลักฐานเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาแบบคู่สัมพันธ์ ประสบการณ์ของคู่สัมพันธ์ รูปแบบการจัดการ และประสิทธิผลของการจัดการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และผู้ดูแล ตามกรอบการทบทวนขอบเขตของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI) และแนวทาง PRISMA-ScR ผู้วิจัยได้สืบค้นงานวิจัยอย่างเป็นระบบจาก 9 ฐานข้อมูล ประกอบด้วย CNKI, Wanfang Data, CBM, VIP, PubMed, Web of Science, Cochrane Library, CINAHL และ Embase เพื่อค้นหาการศึกษาที่เกี่ยวข้องซึ่งตีพิมพ์ระหว่างเดือนมกราคม ปี ค.ศ. 1995 ถึง เดือนเมษายน ปี ค.ศ. 2025 กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกโดยใช้กรอบ PICOS ผู้วิจัยสองคนคัดกรองบทความอย่างอิสระ สกัดข้อมูล โดยใช้แบบฟอร์มมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลลัพธ์การทบทวนแบบการกำหนดขอบเขต จากการสกัดข้อมูลบทความทั้งหมด 22 บทความ (10 บทความศึกษาเชิงปริมาณ 2 บทความศึกษาเชิงคุณภาพ และ 10 บทความศึกษาการจัดการ) มี 18 บทความศึกษาจากประเทศจีน สะท้อนถึงความสำคัญของการวิจัยในพื้นที่ที่มีภาระโรคสูง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาแบบคู่สัมพันธ์ถูกจัดประเภทเป็นระดับบุคคล ระดับความสัมพันธ์ และระดับสิ่งแวดล้อม ตามรูปแบบของปฏิสัมพันธ์อย่างเป็นระบบ (STM) ได้แก่ ลักษณะประชากรศาสตร์ ระยะของโรค และภาระที่เกี่ยวข้องกับการรักษา สภาวะทุกข์ทางจิต วิธีการสื่อสาร การสนับสนุนทางสังคม และค่านิยมทางวัฒนธรรม ระบุหัวข้อเชิงคุณภาพ 4 ประเด็นที่สอดคล้องกับปฏิสัมพันธ์อย่างเป็นระบบ ได้แก่ ระบบสนับสนุนและการมีปฏิสัมพันธ์ (การเผชิญปัญหาร่วมกัน) ความท้าทาย (การสื่อสารความเครียด) การปรับตัวของครอบครัว (การเผชิญปัญหาเชิงบวก) และการใช้ทรัพยากรทางสังคม (บริบทสิ่งแวดล้อม) รูปแบบการจัดการแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ แบบอิงปฏิสัมพันธ์อย่างเป็นระบบ การจัดการความเจ็บป่วยแบบคู่สัมพันธ์ และการจัดการเสริมสร้างความสัมพันธ์ รูปแบบการจัดการทั้งหมดช่วยส่งเสริมความสามารถในการเผชิญปัญหาแบบคู่สัมพันธ์ คุณภาพความสัมพันธ์ และสุขภาวะทางจิต โดยมีความเป็นไปได้และการยอมรับสูง

การทบทวนแบบกำหนดขอบเขตนี้ ได้รวบรวมหลักฐานเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาแบบคู่สัมพันธ์ ในคู่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และผู้ดูแล โดยระบุถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลหลายระดับ ประสบการณ์เผชิญปัญหาของคู่สัมพันธ์ และรูปแบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพ ความแตกต่างทางวัฒนธรรมทำให้จำเป็นต้องปรับปรุงการจัดการเผชิญปัญหาแบบคู่สัมพันธ์ ให้สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติทางคลินิกในประเทศจีน การวิจัยในอนาคตควรพัฒนาโปรแกรมที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ศึกษาการสนับสนุนเชิงนโยบาย และบูรณาการประเมินการเผชิญปัญหาแบบคู่สัมพันธ์ และการฝึกฝนทักษะเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติงานด้านมะเร็งวิทยาที่ทำเป็นประจำ เพื่อปรับปรุงผลลัพธ์ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

คำสำคัญ: ผู้ดูแล มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การเผชิญปัญหาแบบคู่สัมพันธ์ การทบทวนแบบกำหนดขอบเขต ทฤษฎีเชิงระบบ-ปฏิสัมพันธ์

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลประยุกต์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยการแพทย์คุนหมิง

** ผู้เขียนอันดับแรก และนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลประยุกต์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยการแพทย์คุนหมิง

*** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลประยุกต์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยการแพทย์คุนหมิง

**** ผู้เขียนหลัก รองหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลที่สองในเครือมหาวิทยาลัยการแพทย์คุนหมิง email: puyuxiu@kmmu.edu.cn

วันที่รับบทความ 15 ธันวาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 18 พฤษภาคม 2569 วันที่ตอบรับบทความ 27 พฤษภาคม 2569

Background and significance

Colorectal cancer (CRC) is the third most common cancer globally, accounting for 10.0% of new cases and 9.4% of cancer deaths in 2020 (Sung et al., 2021), with alarmingly high incidence and mortality in China (Zhang et al., 2024). Traditional cancer stress and coping research focuses on individuals, neglecting the interdependence between patients and caregivers (Folkman et al., 1986), who are critical in CRC care (Fujinami et al., 2012).

Over two decades, research has evolved toward a systemic perspective that conceptualizes stress as a shared interpersonal experience. This dyadic framework emphasizes the interdependent nature of coping within relational contexts, framing cancer as "our disease" that affects both patients and their caregivers (Lyons et al., 1998). Evidence shows reciprocal links between patients' and partners' distress: greater patient challenges increase caregiver burden, harming the quality of life of both (Ştefănuţ et al., 2021).

Dyadic coping (DC) is rooted in Bodenmann's Systemic Transactional Model (STM), referring to the process in which partners jointly manage stressors within their relationship (Bodenmann et al., 2019). Core STM components include: (1) stress communication (stress expression between partners); (2) positive DC (supportive, delegated, common coping); and (3) negative DC (hostile, ambivalent, superficial responses). CRC patients experience distinct stressors (e.g., stoma surgery, fear of recurrence) which exacerbate caregiver burden; caregivers provide extensive practical and emotional support yet often suffer from high distress, anxiety, and poor quality of life (Kong, 2021; Zhu & Cui, 2022). While prior reviews have explored DC in mixed cancers (Ştefănuţ et al., 2021), a CRC-specific scoping review is urgent due to inconsistent results on demographic factors' impact on DC, unsynthesized CRC-specific variables (stoma surgery, recurrence fear, culture), and unclear applicability of Western DC frameworks to Chinese contexts (Qin et al., 2024). These gaps lack clinical guidance, making a scoping review necessary to map evidence and identify unmet needs.

Accordingly, this review synthesized global research on DC among CRC patients and their primary caregivers, addressing four research questions: (1) What factors are associated with DC in CRC dyads? (2) How do CRC dyads experience DC? (3) What types of DC interventions have been reported? (4) What is the effectiveness of these interventions? It aims to inform clinical practice by identifying key factors and effective interventions, ultimately strengthening DC and improving quality of life for both patients and caregivers.

Research objectives

1. To examine factors associated with DC among CRC dyads.
2. To examine the experience of DC among CRC dyads.
3. To identify the types of DC interventions that have been reported.
4. To identify the effectiveness of these interventions.

Conceptual framework

This review is guided by two complementary frameworks: Bodenmann's Systemic Transactional Model (STM) (Bodenmann et al., 2019) and the scoping review methodology proposed by Arksey and O'Malley (2005). The STM conceptualizes stress and coping as interdependent dyadic processes in which stress experienced by one partner influences both individuals and their relationship. This model guided the selection of core variables, including stress communication, positive DC (supportive, delegated, and common coping), and negative DC (hostile, ambivalent, and superficial coping). Using this theoretical basis, the review followed Arksey and O'Malley's (2005) five-stage framework: (1) identify research questions; (2) identify relevant studies; (3) select studies; (4) chart data; and (5) collate, summarize, and report results.

Methodology

This review adhered to the Joanna Briggs Institute (JBI) scoping review methodology (Peters et al., 2020) and PRISMA-ScR guidelines (Moher et al., 2010). No ethical approval was needed as it involved no direct human participant data collection. The review protocol was registered in OSF (10.17605/0SF.10/S6UF7).

Eligibility criteria (PICOS)

P (Population): CRC patients (any stage) and their primary caregivers (spouse, adult child, family member/friend). I (Interest of Phenomena): DC as the primary outcome or focus of investigation. Co (Context): Studies conducted in hospitals, community health centers, or home settings. S (Study Design): Quantitative, qualitative, mixed-methods, and intervention studies. Exclusion criteria: incomplete or inaccessible full texts; non-Chinese/English publications; conference abstracts, reviews, dissertations; not focused on DC studies.

Information sources and search strategy

Nine databases were systematically searched: CNKI, Wanfang Data, Chinese Biomedical Literature Database (CBM), VIP, Web of Science, PubMed, Cochrane Library, CINAHL, and Embase. The search covered January 1, 1995 (when Bodenmann formally proposed DC) to April 30, 2025. A combination of subject headings and free-text keywords was applied, with iterative refinement. The evidence included in this review is peer-reviewed evidence. An example search strategy for PubMed is provided below. Similar strategies were adapted for other databases. Examples of PubMed search strategies included:("Colorectal Neoplasms"[Mesh] OR colorectal neoplasm*[Title/Abstract] OR colorectal cancer [Title/Abstract] OR colorectal carcinoma [Title/Abstract] OR colon cancer [Title/Abstract] OR rectal cancer [Title/Abstract]) AND ("dyadic coping"[Title/Abstract] OR "joint coping"[Title/Abstract] OR "communal coping"[Title/Abstract] OR "dyadic facing"[Title/Abstract] OR "jointly face"[Title/Abstract] OR "collectively face"[Title/Abstract] OR "spousal coping"[Title/Abstract] OR "couple coping"[Title/Abstract] OR "dyadic intervention"[Title/Abstract] OR "actor-partner interdependence model" [Title/Abstract]).

Study selection

Citations were imported into NoteExpress with duplicates removed. Two reviewers (JS, ZS) independently screened titles/abstracts and full texts; discrepancies were resolved via discussion or third reviewer (YP) consultation.

Data extraction and synthesis

One researcher (JS) extracted data using a structured data extraction form that captured the following fields: author(s), year, country/setting, study design, participants, study aim or purpose, key concepts, interventions (if any), outcomes, and key findings. A separate study selection form was used to operationalize the inclusion and exclusion criteria based on the PICOS framework. A second researcher (ZS) verified the extracted data and the categorization of factors; any discrepancies were resolved through discussion. The extracted data are presented in Table 1.

Data were synthesized thematically: (1) DC factors were coded inductively and organized by STM's three levels; (2) qualitative dyadic experiences were aggregated thematically and mapped to STM concepts; (3) interventions were classified by theoretical basis and synthesized narratively. In line with JBI guidance for scoping reviews, methodological quality assessment was not undertaken, as the aim was to map the breadth of available evidence rather than assess methodological quality.

Characteristics of Included Studies

The basic characteristics of the 22 included studies are summarized in Table 1.

Table 1. Characteristics of Studies on Factors Associated with DC in CRC Patient-Caregiver Dyads (n = 22)

Author(s), Year	Country/ Region	Study Type	Participants	Sample Size (Dyads)	Measurement Tools/Methods	Key Factors Examined
Shaffer et al., (2016a)	USA	Prospective (factors together)	CRC patients & caregivers	92	MOS SF-12	physical/mental health, time, age
Shaffer et al., (2016b)	USA	Prospective Longitudinal (factors together)	CRC patients & caregivers	92	Cancer-Related Stress Scale; F&V Intake	Cancer-related stress, healthy dietary practices, treatment phase, social support
Wei et al., (2024)	China	Cross-sectional (factors together)	CRC patients & spouses	268	DCI; CRCS; FCRI-SF	Disease stage, FCR, socioeconomic factors, individual characteristics

Table 1. Characteristics of Studies on Factors Associated with DC in CRC Patient-Caregiver Dyads (n = 22) (continue)

Author(s), Year	Country/ Region	Study Type	Participants	Sample Size (Dyads)	Measurement Tools/Methods	Key Factors Examined
Jin et al., (2024)	China	Cross-sectional (factors together)	CRC stoma patients & family caregivers	312	Perceived Stress Scale (Chinese); Relationship Assessment Scale; Distress Disclosure Index; POMS-SF	Perceived stress, relationship satisfaction, distress disclosure, gender differences
Stulz et al., (2022)	France	Cross-sectional (factors together)	Colon cancer patients & partners	13	Perceived Social Support; DCI; Sexual Function Questionnaire	Social support, communication quality, DC strategies, individual sexual history
Qiu et al., (2025a)	China	Cross-sectional (factors together)	CRC survivors & spousal caregivers	343	Cancer Survivors' Unmet Needs; Partners' Unmet Needs; HADS; BFS	Age, education, caregiving duration, psychological factors, benefit finding, cultural
Zhang et al., (2021)	China	Cross-sectional (factors together)	Post-op rectal cancer stoma patients & spouses	152	SDS; DCI	DC strategies, gender, cultural
Qin et al., (2024)	China	Cross-sectional (factors together)	CRC patients & spouses	178	Family Resilience Assessment Scale; DCI	DC styles, psychological/emotional support, family resilience, cultural, disease-related
Lin et al., (2021)	China	Cross-sectional (factors together)	CRC patients & spouses	286	17-item BFS; HADS; MOS SF-12	Benefit finding, psychological distress, marital relationship
Chen et al., (2023b)	China	Cross-sectional (factors together)	CRC patients & spouses	200	Self-Perceived Burden Scale; Caregiver Burden Inventory; DCI; HADS	Self-perceived burden, caregiver burden, DC strategies

Table 1. Characteristics of Studies on Factors Associated with DC in CRC Patient-Caregiver Dyads (n = 22) (continue)

Author(s), Year	Country/ Region	Study Type	Participants	Sample Size (Dyads)	Measurement Tools/Methods	Key Factors Examined
Yang et al., (2024)	China	Descriptive Phenomenology (experience together)	Permanent colostomy patients & spouses	10	Semi-structured interviews	Family crisis/stress, adaptation, resource utilization
Gong et al., (2023)	China	Descriptive Phenomenology (experience together)	CRC patients & spouses	11	Semi-structured interviews	Disease & pandemic factors, psychological factor, social support, intimacy
Ren & Xue, (2019)	China	RCT (interventions together)	CRC patients & spouses	121 (61 CG, 60 IG)	Psychological Distress Scale; Marital Adjustment Scale	DC strategies, communication, trust, shared coping awareness
Kong, (2021)	China	RCT (interventions together)	Low rectal cancer stoma patients & caregivers	84 (42 CG, 42 IG)	ZBI; Family Caregiver Competence Scale	Dyadic appraisal, dyadic management behaviors, dyadic health
Zhu & Cui, (2022)	China	RCT (interventions together)	Rectal cancer stoma patients & partners	84 (42 CG, 42 IG)	SAS; SDS; HHI; ZBI; SF-36	DC-based appraisal, management, health evaluation
Wang et al., (2024)	China	Single-blind RCT (interventions together)	CRC patients & spouses	173 (91 IG, 82 CG)	37-item DCI; RDAS; MOS SF-12; BFS; HADS	6-week STM-based DC psychoeducation, skill training
Luo et al., (2021)	China	Pre-post (interventions together)	CRC patients & spouses	20	12-item Cancer Behavior Scale; 37-item DCI; MOS SF-12; HADS; BFS; RDAS	Online + face-to-face health info, psychoeducation, participant needs/ preferences
Chen et al., (2023a)	China	Pre-post (interventions together)	CRC patients & spouses	16	37-item DCI; RDAS; MOS SF-12; BFS; HADS	STM-based dyadic communication, illness perception, care time, culture, education

Table 1. Characteristics of Studies on Factors Associated with DC in CRC Patient-Caregiver Dyads (n = 22) (continue)

Author(s), Year	Country/ Region	Study Type	Participants	Sample Size (Dyads)	Measurement Tools/Methods	Key Factors Examined
Sun et al., (2024)	China	Pre-post (interventions together)	CRC patients & spouses	20	Cancer Survivors' Unmet Needs; Partners' Unmet Needs; CRCC; MOS SF-12; BFS; HADS	based intervention, role factors, economic burden, FCR, communication, positive emotion
Qiu et al., (2025b)	China	Pre-post (interventions together)	CRC patients & spouses	19	Chinese Family Resilience Scale; HHI; MHC-SF; Family Sense of Coherence; PSSS; CRCC	Walsh Family Resilience-based 6-week psychoeducation, role factors, family resilience, communication, social support, cultural
Zhang et al. (2024)	China	Pre-post (interventions together)	CRC patients & spouses	19	Brief Illness Perception Questionnaire; CRCC; 37-item DCI; MOS SF-12; BFS; HADS	CSM-based 6-week illness perception psychoeducation, skills, cultural
Zhou et al. (2024)	China	RCT (interventions together)	Colon cancer patients & partners	131 (65 IG, 66 CG)	CRCS; DCI; RDAS; HADS; BFS; MOS SF-12	RIM-based Mutual Communication Intervention role factors, cultural

Note. BFS: Benefit Finding Scale; CG: Control Group; CSM: Common-Sense Model; CRCC: Cancer-Related Couple Communication; CRCS: Cancer-Related Communication Scale; FCR: fear of cancer recurrence; FCRI-SF: Fear of Cancer Recurrence Inventory-Short Form; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; HHI: Herth Hope Index; IG: Intervention Group; MHC-SF: Mental Health Continuum-Short Form; MOS SF-36/12: Medical Outcomes Study Short Form 12/36 Health Survey; POMS-SF: Profile of Mood States-Short Form; PSSS: Perceived Social Support Scale; RDAS: Revised Dyadic Adjustment Scale; RCT: Randomized Controlled Trial; RIM: Relationship Intimacy Model; SAS: Self-Rating Anxiety Scale; SCNF: Supportive Care Needs Framework; SDS: Self-Rating Depression Scale; STM: Systemic-Transactional Model; ZBI: Zarit Burden Interview

Results

Literature selection process

The initial search yielded 564 records (156 Chinese, 408 English). After removing 196 duplicates, 368 records underwent title/abstract screening (276 excluded). The remaining 92 full texts were assessed, resulting in 22 included studies: 10 quantitative, 2 descriptive qualitative, and 10 intervention studies (Figure 1).

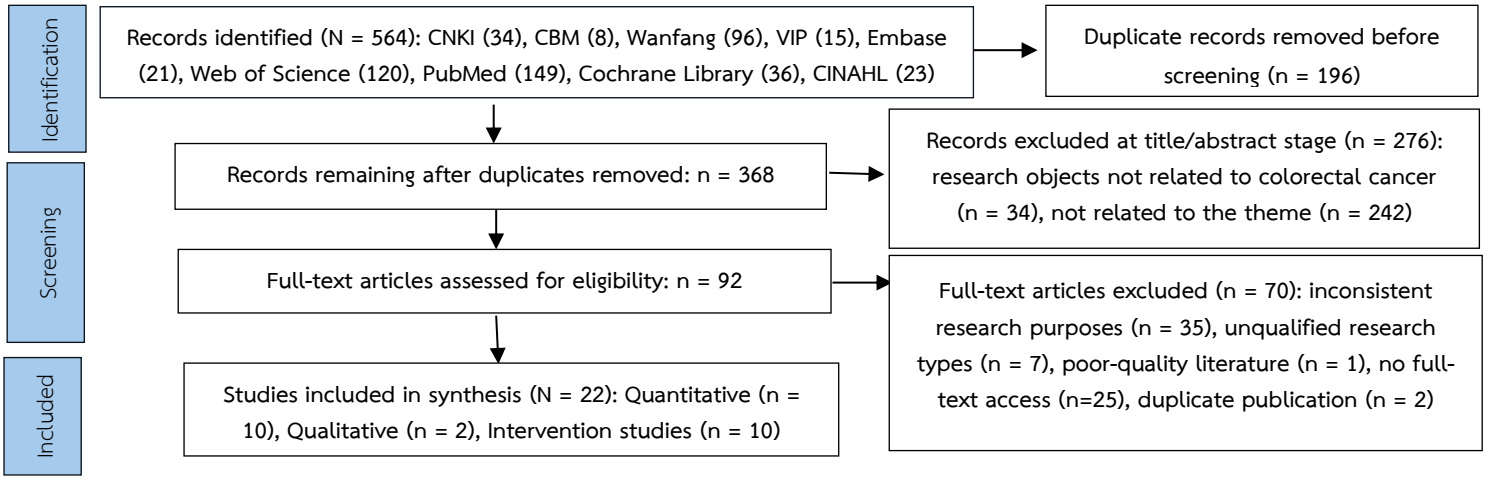


Figure 1. PRISMA flow diagram of study selection

Characteristics of included studies

The basic characteristics of the 22 included studies are summarized in Table 1.

STM-based factors associated with DC in CRC dyads

1. Individual-Level Factors

Demographic Characteristics: Age, gender, socioeconomic status, and education were significantly associated with DC. Specifically, younger age was associated with greater financial instability and poorer DC (Wei et al., 2024). Regarding gender differences, male emotional restraint and female negative information processing both impaired DC quality (Jin et al., 2024). Higher socioeconomic status and higher caregiver education level were associated with stronger collaborative coping and improved identification of unmet care needs (Qiu et al., 2025a; Wei et al., 2024).

Disease Status: Stoma surgery, advanced disease, and treatment-related burdens induce anxiety, depression, and caregiver burden, which reduce DC efficacy (Kong, 2021; Wei et al., 2024; Zhu & Cui, 2022).

Psychological Factors: Fear of cancer recurrence (FCR), anxiety, depression, and caregiver fatigue formed bidirectional negative cycles that damaged stress communication and weakened supportive DC (Gong et al., 2023; Wei et al., 2024). Psychological distress links to unmet care needs and reduced benefit findings, highlighting the need for psychological intervention (Qiu et al., 2025a). These psychological factors affect both stress communication (how partners express distress) and their capacity for supportive responses.

2. Relationship-Level Factors

Communication and Role Interaction: Timely role restructuring and positive emotional communication promoted collaborative DC, whereas poor communication, imbalanced dependence, and patient self-perceived burden (SPB) lowered proactive DC (Chen et al., 2023b; Yang et al., 2024).

Relationship Quality and Shared Stress Management: Higher marital quality predicted better DC by improving supportive capacity (Lin et al., 2021). Shared stress management and supportive DC facilitated sexual health adaptation (Stulz et al., 2022).

3. Environmental-Level Factors

Social Support: Inadequate professional guidance and limited insurance support restricted available resources for DC, while early post-diagnosis social, medical, and peer support networks enhanced family resilience and supported more effective DC (Gong et al., 2023; Yang et al., 2024). According to STM, environmental resources provide the context within which DC occurs, either facilitating or hindering effective coping processes.

Cultural Context: Chinese "family harmony" values drive protective buffering and indirect communication, which restricts emotional exchange and weakened DC (Qin et al., 2024; Wei et al., 2024). Collectivist norms prioritize patients, risking caregiver burnout (Qiu et al., 2025a). East-West coping differences necessitate culturally sensitive interventions. These cultural factors fundamentally shape how stress is communicated and whether positive DC strategies are employed.

4. Dyadic Experiences of Coping with CRC

Two phenomenological studies (Gong et al., 2023; Yang et al., 2024) identified four STM-aligned themes. Theme 1: Support Systems and Interaction (Common DC) – mutual/external support and role rebalancing fostered joint coping and relational bonding; Theme 2: Challenges (Stress Communication) – bidirectional physical/mental strain and caregiver burden, with poor communication impeding stress expression and supportive responses; Theme 3: Family Adaptation and Adjustment (Positive DC) –health prioritization, role redistribution and collaborative lifestyle adjustment enhanced family cohesion via positive DC; Theme 4: Social Resource Utilization and Expectations (Environmental Context)– inadequate information, care, and social insurance hindered resource access, with dyads demanding improved supportive systems. These four themes directly map to STM core components, validating the model's applicability to CRC dyads.

5. DC Interventions for CRC Dyads

Three primary DC intervention categories for CRC patient-caregiver dyads were identified, with key effects summarized as follows:

STM-based interventions (Chen et al., 2023a; Luo et al., 2021; Wang et al., 2024) were 6-week programs (60-90 minutes/session), targeting psychoeducation, communication skills training, and cognitive adjustment. These structured programs significantly improved DC skills,

marital adjustment, and relational intimacy, while reducing anxiety and depression in both partners (Qiu et al., 2025b; Zhu & Cui, 2022).

Dyadic illness management interventions (Kong, 2021) comprised three in-hospital sessions combined with six months of post-discharge follow-up, concentrating on disease-related education, shared decision-making, and emotional support. This approach effectively alleviated psychological distress, boosted positive affect, and improved physical, psychological, social, and spiritual health, and overall quality of life (Sun et al., 2024; Zhang et al., 2024).

Relationship-strengthening interventions (Ren & Xue, 2019) were 3-week programs (2 sessions/week, 60 minutes each) emphasizing rapport-building, mutual coping strategies, and intimacy enhancement. Corresponding benefits included improved dyadic coping capacity, emotional adaptation, and quality of life for both dyad members (Zhou et al., 2024).

Across all interventions, core effective components included joint stress communication psychoeducation, guided communication practice, and strategies to mitigate maladaptive protective buffering. Notably, STM-based interventions showed the strongest theoretical alignment with DC processes and the most consistent, robust beneficial outcomes.

Discussion

Summary of key findings

This scoping review synthesized 22 CRC patient-caregiver DC studies (16 in 5 years; 18 in China). Ten quantitative studies identified STM-categorized (individual/ relational/environmental) DC factors; two qualitative studies revealed STM-aligned DC experiences; and ten intervention studies confirmed STM-based interventions effectively improved DC skills, relationship quality, and psychological well-being, with high feasibility and acceptability.

Current state of DC research in CRC dyads

Predominantly Chinese studies reflect China's high CRC burden and growing dyadic research interest but limit cross-cultural generalizability; CRC DC research is emerging and rapidly developing.

DC factors and STM alignment

The factors identified in this review were consistent with the three levels of the STM and demonstrated clear systemic relationships with DC. Individual-level demographics and psychological factors (anxiety, depression, fear of recurrence) influenced initial stress appraisal and emotional expression, thereby shaping how distress was communicated between partners. At the relational level, communication patterns and relationship quality governed interaction patterns and mediated the quality of mutual coping efforts. Among Chinese dyads, protective buffering, often driven by family harmony values, restricted genuine stress communication and impaired DC. Environmental-level social support and cultural values provided external resources that either enabled or constrained DC. Through transactional processes in STM, these factors jointly affected DC in CRC couples. Better DC was associated with lower psychological distress,

higher relationship quality, and stronger social support, whereas protective buffering and inadequate communication predicted worse DC outcomes.

Dyadic experiences and STM processes

Qualitative themes (challenges, family adaptation, support systems) closely aligned with STM core processes (stress communication, positive DC, environmental resources), reinforcing STM's applicability to CRC dyads.

Interventions: Characteristics, effectiveness, and STM alignment

Among ten interventions, STM-based ones had the strongest theoretical grounding and consistent effects, as they directly targeted stress communication and mutual coping processes central to the Systemic-Transactional Perspective. Key gaps: only three interventions were explicitly STM-guided; components varied widely; negative DC patterns were under-addressed; and cultural adaptation for Chinese populations was insufficient. Effective components (joint psychoeducation, communication training, and reducing protective buffering) targeted key STM processes.

Given the multifactorial, systemic links between identified factors and DC, future interventions should adopt a more structured STM framework, address maladaptive coping patterns, and incorporate culturally tailored strategies to enhance real-world effectiveness.

Cultural considerations and implications

Chinese cultural values (family harmony, indirect communication) drive protective buffering and hinder open stress communication (Qin et al., 2024). Culturally tailored interventions should acknowledge family harmony, provide culturally appropriate stress communication strategies, and involve extended family as needed. STM is universally applicable but requires cultural adaptation.

Limitations of the evidence base

Predominantly cross-sectional designs (no causal inference); spousal caregiver bias; limited long-term follow-up; insufficient cultural diversity; understudied negative DC; and overrepresentation of Chinese samples (restricting generalizability).

Conclusion

This review synthesized 22 CRC DC studies, mapping STM-categorized multilevel factors and four STM-aligned qualitative themes. STM-based DC interventions are feasible, acceptable, and effective. The dyadic perspective advances cancer care research; Chinese CRC DC research is emerging and requires rigorous cultural adaptation of theories and interventions. Future research should explore cultural influences on dyadic interactions, develop culturally congruent interventions, embed DC assessment and skills training into routine oncology practice, and strengthen ongoing dyadic communication support to improve outcomes for CRC patients and caregivers.

Applications of research findings

Clinical Practice Recommendations: Routinely assess DC using validated tools (e.g., DC Inventory); screen high-risk dyads (financial strain, poor communication, limited support) and assess protective buffering among Chinese dyads; provide culturally congruent communication strategies; and integrate family resilience training. Implement targeted, brief DC-skills training in routine oncology care and strengthen one-on-one dyadic communication guidance during follow-up visits.

Clinical Service Improvements: Embed DC assessment and supportive counseling into daily clinical care and outpatient follow-up procedures; establish a dedicated psycho-oncology service to provide ongoing dyadic support for CRC couples.

Suggestions for further research

For future research, longitudinal and cross-cultural studies are needed, as are theory-driven STM-based interventions with rigorous cultural adaptation. The use of dyadic analytic approaches, such as the Actor-Partner Interdependence Model, is also encouraged. Further explore how individual, relational, and environmental factors interact to influence DC, to support more precise clinical intervention strategies.

Acknowledgements

All authors thank the Yale-China Association (grant no.2016 CF01) for financial and academic support.

Conflict of interest statement

The authors declare no competing interests.

References

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology, 8*(1), 19-32. https://doi.org/10.1080/1364557032000119616

Bodenmann, G., Falconier, M. K., & Randall, A. K. (2019). Editorial: Dyadic coping. *Frontiers in Psychology, 10*, 1498. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01498

Chen, M., Gong, J., Lin, C., Luo, H., & Li, Q. (2023a). A couple-based dyadic coping intervention for couples coping with colorectal cancer: A pilot feasibility study. *European Journal of Oncology Nursing, 63*, 102226. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102226

Chen, X., Wang, Z., Zhou, J., Lin, C., Luo, H., Zhao, J., Loke, A. Y., & Li, Q. (2023b). The impact of self-perceived burden, caregiver burden, and dyadic coping on negative emotions in colorectal cancer patient-spousal caregiver dyads: A dyadic analysis. *Frontiers in Psychology, 14*, 1238924. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1238924

Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*(5), 992-1003. https://doi.org/10.1037//0022-3514.50.5.992

Fujinami, R., Otis-Green, S., Klein, L., Sidhu, R., & Ferrell, B. (2012). Quality of life of family caregivers and challenges faced in caring for patients with lung cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 16*(6), E210-E220. https://doi.org/10.1188/12.CJON.E210-E220

Gong, J., Chen, M., Cao, Q., Lin, Y., Loke, A. Y., & Li, Q. (2023). A qualitative study about colorectal cancer patients and spousal caregivers' experience and needs during COVID-19: Implications for self-efficacy intervention. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing, 10*(2), 100179. https://doi.org/10.1016/j.apjon.2022.100179

Jin, Y., Li, X., Ma, H., Xiong, L., Zhao, M., & Wang, H. (2024). Dyadic effects of perceived stress, relationship satisfaction and distress disclosure on emotional distress in colorectal cancer patients and their family caregivers: An actor-partner interdependence mediation model. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing, 11*(10), 100580. https://doi.org/10.1016/j.apjon.2024.100580

Kong, P. P. (2021). Research on the impact of the dyadic coping model on the quality of life of intestinal stoma patients and the burden level of caregivers. *Journal of Colorectal & Anal Surgery, 27*(3), 289-294. https://doi.org/10.19668/j.cnki.issn1674-0491.2021.03.027

Lin, Y., Luo, X., Li, J., Xu, Y., & Li, Q. (2021). The dyadic relationship of benefit finding and its impact on quality of life in colorectal cancer survivor and spousal caregiver couples. *Supportive Care in Cancer, 29*(3), 1477-1486. https://doi.org/10.1007/s00520-020-05602-x

Luo, X., Li, J., Cao, Q., Sun, L., Chen, Y., Zhao, J., & Li, Q. (2021). A feasibility study of an integrated couples-based supportive programme for Chinese couples living with colorectal cancer. *Nursing Open, 8*(2), 920-926. https://doi.org/10.1002/nop2.700

Lyons, R. F., Mickelson, K. D., Sullivan, M. J., & Coyne, J. C. (1998). Coping as a communal process. *Journal of Social and Personal Relationships, 15*(5), 579-605. https://doi.org/10.1177/0265407598155001

Moher, D., Schulz, K. F., Simera, I., & Altman, D. G. (2010). Guidance for developers of health research reporting guidelines. *PLOS Medicine, 7*(2), e1000217. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000217

Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evidence Synthesis, 18*(10), 2119-2126. https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167

Qin, F., Wei, T., Zhao, X., Yuan, S., He, Y., Chen, M., Luo, Z., Shi, L., & Li, G. (2024). Relationship between family resilience and dyadic coping in colorectal cancer patients and their spouses, based on the actor-partner interdependence model. *European Journal of Oncology Nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society, 70*, 102622. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102622

Qiu, X., Mao, J., Wang, C., Yang, X., Zhao, J., & Li, Q. (2025a). Interdependence relationships between unmet supportive care needs and its influencing factors in couples coping with colorectal cancer: A cross-sectional study. *Supportive Care in Cancer, 33*(4), 297. https://doi.org/10.1007/s00520-025-09350-8

Qiu, X., Wang, C., Zhang, Y., Mao, J., Yang, X., Zhao, J., Lin, Y., & Li, Q. (2025b). A feasibility study of a coping-focused, couple-based family resilience intervention (CCFRI) in supporting couples experiencing colorectal cancer. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society, 75*, 102821. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2025.102821

Ren, L. W., & Xue, W. N. (2019). Effects of dyadic coping interventions on the psychological distress and intimate relationships of colorectal cancer patients and their spouses. *Chinese Nursing Research, 33*(15), 2568-2572. https://doi.org/10.12102/j.issn.1009-6493.2019.15.004

Ştefănuţ, A. M., Vintilă, M., & Tudorel, O. I. (2021). The relationship of dyadic coping with emotional functioning and quality of the relationship in couples facing cancer-a meta-analysis. *Frontiers in Psychology, 11*, 594015. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.594015

Stulz, A., Favez, N., & Flahault, C. (2022). Influence of individual and dyadic factors in sexual adjustment of couples with colon cancer/partners' interdependence in sexual adjustment. *Psycho-Oncologie, 16*(3), 303-312. https://doi.org/10.3166/pson-2022-0206

Sun, Z., Yang, X., Wang, Y., Li, R., Zhang, Y., Li, Q., & Zhao, J. (2024). A couple-based unmet supportive care needs intervention for colorectal cancer couples: A preliminary feasibility study. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society, 70*, 102608. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102608

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 71*(3), 209-249. https://doi.org/10.3322/caac.21660

Wang, Z., Chen, M., Gong, J., Zhou, J., Chen, X., Zhao, J., Lin, C., & Li, Q. (2024). A couple-based dyadic coping intervention for colorectal cancer patient-spousal caregiver dyads: A randomized controlled study. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society, 70*, 102565. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102565

Wei, T., Feng, Q., A, T., Hu, S., Ni, P., Zhuang, D., & Yu, S. (2024). Dyadic coping and related factors among couples with colorectal cancer: A latent profile analysis. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing, 11*(10), 100571. https://doi.org/10.1016/j.apjon.2024.100571

Yang, F., Cui, S., Cai, M., Feng, F., Zhao, M., Sun, M., & Zhang, W. (2024). The experiences of family resilience in patients with permanent colostomy and their spouses: A dyadic qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society, 70*, 102590. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102590

Zhang, Y., Sun, Z., Qiu, X., Li, R., Wang, Y., Zhao, J., & Li, Q. (2024). A feasibility study of a couple-based illness perception intervention for couples coping with colorectal cancer. *European Journal of Oncology Nursing, 73*, 102723. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102723

Zhou, J., Wang, Z., Chen, X., Lin, C., Zhao, J., Loke, A. Y., & Li, Q. (2024). Mutual communication intervention for colorectal cancer patient-spousal caregiver dyads: A randomized controlled trial. *British Journal of Health Psychology*, *29*(4), 855-876. https://doi.org/10.1111/bjhp.12734

Zhu, N., & Cui, J. (2022). Nursing effect of the dyadic coping model in rectal cancer patients with intestinal stomas. *Chinese Journal of Clinical Oncology and Rehabilitation, 29*(9), 1122-1126. https://doi.org/10.13455/j.cnki.cjcor.2022.09.25

Factors Related to Dietary Adherence Among End-Stage Renal Disease Persons Receiving Hemodialysis in Sichuan Province, the People's Republic of China*

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานอาหารในผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในมณฑลเสฉวน สาธารณรัฐประชาชนจีน*

Qiaoling	Wang**	ควิลิง	หวัง**
Warawan	Udomkhwamsuk***	วราวรรณ	อุดมความสุข***
Chiraporn	Tachaudomdach****	จิราภรณ์	เตชะอุดมเดช****

Abstract

Dietary adherence is critical for hemodialysis patients to manage fluid balance; regulate electrolytes and blood pressure; and reduce complication rates. This descriptive correlational study aimed to examine the relationship between the core constructs of dietary adherence and dietary adherence behaviors, guided by the Health Belief Model (HBM). This study was conducted with 193 end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis. The research instruments included the Renal Adherence Behavior Questionnaire (RABQ) and the Dietary Health Belief Questionnaire (DHBQ). Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman correlation.

Results demonstrated suboptimal dietary adherence (M = 57.70, SD = 6.85), with moderate levels across all health belief domains: perceived susceptibility (M = 12.28, SD = 3.97), perceived severity (M = 15.78, SD = 2.83), perceived benefits (M = 13.13, SD = 3.78), and perceived barriers (M = 21.71, SD = 6.74). Moreover, correlation analyses revealed significant associations: perceived severity ($r = .910$, $p < .001$) and perceived benefits ($r = .877$, $p < .001$) showed strong positive correlations with adherence; perceived susceptibility demonstrated a moderate positive correlation ($r = .429$, $p < .001$); and perceived barriers exhibited a strong negative correlation ($r = -.820$, $p < .001$).

These findings suggest that the Health Belief Model can be used to explore factors significantly influencing dietary adherence in end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis. Clinical interventions targeting these cognitive factors may enhance adherence behaviors in this population.

Keywords: Dietary adherence; End-stage renal disease; Health Belief Model; Hemodialysis

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program (International Program), Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Graduate student of Nursing Science Program (International Program), Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: warawan.u@cmu.ac.th

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 25 July 2025; Revised 8 October 2025; Accepted 16 October 2025

บทคัดย่อ

ความร่วมมือในการรับประทานอาหาร มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในการควบคุมสมดุลของสารน้ำ ระดับอิเล็กโทรไลต์ ความดันโลหิต และลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน การศึกษาความสัมพันธ์เชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบหลักของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรับประทานอาหาร โดยอิงจากกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การศึกษานี้ทำในผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 193 ราย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยโรคไต และแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Spearman correlation

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ระดับความร่วมมือในการรับประทานอาหารอยู่ในระดับต่ำ (M = 57.70, SD = 6.85) โดยมีความเชื่อด้านสุขภาพทุกองค์ประกอบอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (M = 12.28, SD = 3.97) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (M = 15.78, SD = 2.83) การรับรู้ถึงประโยชน์ (M = 13.13, SD = 3.78) และการรับรู้ต่ออุปสรรค (M = 21.71, SD = 6.74) นอกจากนี้ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($r = .910$, $p < 0.001$) และการรับรู้ถึงประโยชน์ ($r = .877$, $p < 0.001$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับสูงกับความร่วมมือในการรับประทานอาหาร การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ($r = .429$, $p < 0.001$) และการรับรู้ต่ออุปสรรคมีความสัมพันธ์เชิงลบสูง ($r = -.820$, $p < 0.001$)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถนำมาใช้เพื่อสำรวจองค์ประกอบของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านอาหารในผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การปฏิบัติทางคลินิกที่มุ่งเน้นปัจจัยด้านการรับรู้เหล่านี้ อาจช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านอาหารของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

คำสำคัญ: ความร่วมมือในการรับประทานอาหาร โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: warawan.u@cmu.ac.th
**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 25 กรกฎาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 8 ตุลาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 16 ตุลาคม 2568

Background and Significance

End-stage renal disease (ESRD) is the final stage of chronic kidney disease (CKD), defined by a glomerular filtration rate (GFR) of less than 15 mL/min/1.73 m², leading to irreversible kidney function loss (Lok et al., 2020). The global prevalence of ESRD continues to rise. In the United States, the prevalent ESRD population is projected to increase from 687,093 in 2015 to between 971,000 and 1,259,000 by 2030 (McCullough et al., 2019), while in China, there were over 800,000 ESRD patients in 2020, increasing at a rate of 120,000 to 150,000 per year (Yang et al., 2020).

Renal Replacement Therapy (RRT) options include kidney transplantation, peritoneal dialysis (PD), and hemodialysis (HD). Hemodialysis (HD) is utilized by approximately 94% of patients, compared to fewer than 5% receiving peritoneal dialysis or kidney transplantation (Pajimna et al., 2023). This preference is often due to HD's association with lower morbidity, reduced hospitalization, and greater cost-effectiveness (Crawford & Lerma, 2008). The global HD population is expected to grow from 3 million in 2017 to 5.4 million by 2030 (Dou et al., 2023). In China, the number of HD patients grew from 234,632 in 2011 to 632,653 in 2019 (Tao et al., 2023).

ESRD patients on HD frequently experience significant clinical complications resulting from the disease and its treatment. Fluid overload occurs due to impaired urinary excretion, leading to interdialytic weight gain and edema (Loutradis et al., 2021). Electrolyte disturbances particularly hyperkalemia, hyponatremia, and disordered calcium-phosphate metabolism arise from loss of renal regulatory function (Özkan & Ulusoy, 2011). Additionally, decreased glomerular filtration rates contribute to hypoalbuminemia and protein energy wasting (Kaysen, 2003). These complications collectively elevate cardiovascular risk and mortality, underscoring the critical need for diligent management of metabolic and nutritional parameters in this population.

The National Kidney Foundation Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) recommends an energy intake of 25–35 kcal/kg/day, protein intake of 1.0–1.2 g/kg/day, sodium intake below 2.3 g/day, phosphorus intake between 800–1,000 mg/day, potassium intake restrictions, and fluid intake limited to 1,000 mL/day (Ikizler et al., 2020). Similarly, Chinese dietary guidelines recommend 30–35 kcal/kg/day of energy, 1.0–1.2 g/kg/day of protein, sodium intake below 2.3 g/day, phosphate intake of 800–1,000 mg/day, potassium intake of 2–3 g/day, and fluid intake of 500 mL plus the previous day's urine output (National Health Commission of the People's Republic of China, 2024).

Proper adherence involves consuming low-phosphorus foods such as refined grains and certain fresh fruits rather than nuts or dairy; low-potassium choices like apples and cabbage instead of bananas or tomatoes; low-sodium options including fresh vegetables and homemade meals over pickled or processed foods; and high-quality protein sources such as egg whites and lean meat, while carefully restricting fluid intake. These specific dietary adjustments are essential

for managing biochemical parameters and improving clinical outcomes in ESRD patients receiving hemodialysis.

Dietary adherence is critical for hemodialysis (HD) patients to prevent complications and improve clinical outcomes (Chen et al., 2023). Evidence shows that appropriate dietary compliance helps regulate blood pressure, fluid balance, and electrolyte levels, thereby reducing hospitalization frequency and enhancing quality of life (Kopple & Fouque, 2018). Furthermore, it slows the progression of kidney function decline, extends life expectancy, and significantly decreases healthcare expenditures (Ikizler et al., 2020). Conversely, poor dietary adherence leads to serious clinical consequences, including hyperkalemia, hyperphosphatemia, pulmonary edema, malnutrition, and accelerated bone demineralization (Lambert, 2018). These complications increase risks of cardiac events and neuromuscular disorders, elevate healthcare costs, and impose additional burdens on medical systems and providers (Burrowes, 2020). Ultimately, non-adherence is associated with increased morbidity and mortality, underscoring the need for effective nutritional management in this vulnerable population.

Despite its significance, dietary adherence remains low among HD patients. Studies indicate that 77% of patients deviate from prescribed dietary restrictions, increasing their risk of complications (Benjamin et al., 2021). In China, only 35.5% of patients followed dietary recommendations, while 40.3% complied with fluid restrictions (Lee & Molassiotis, 2002). To improve the translatability of clinical recommendations into daily practice, Chinese hospitals are implementing multidimensional strategies including technology-driven personalization through smart meal ordering systems integrated with electronic health records; tailored food preparation (Wang et al., 2023) such as texture-modified and electrolyte-controlled meals; and simplified patient education using portion tools and WeChat-based support groups for continuous guidance (Chen et al., 2019). These integrated approaches aim to overcome practical barriers and make complex nutritional management more sustainable and effective for HD patients.

Efforts to improve dietary adherence have increasingly focused on health beliefs. The Health Belief Model (HBM) is widely used to understand health-related behaviors and consists of six components: perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, self-efficacy, and cues to action (Becker, 1974). This model suggests that individuals are more likely to engage in health-promoting behaviors if they recognize their susceptibility to a condition, understand its severity, perceive benefits in taking action, and do not face significant barriers (Nooriani et al., 2019). Some other studies incorporate all variables including self-efficacy and cues to action, making it unclear which specific HBM constructs are the most influential in dietary behaviors (Keshani et al., 2018; Glick et al., 2024; Li et al., 2021).

Since this study prioritizes internal perceptions rather than external motivators, focusing exclusively on perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, and perceived barriers enables a clearer analysis of the psychological mechanisms underlying dietary adherence. Perceived susceptibility refers to an individual's belief that they are at risk of

complications due to dietary non-adherence (Yuan et al., 2022). Studies have found a positive relationship between perceived susceptibility and dietary adherence among HD patients (Cuicui et al., 2021; Gao et al., 2025). Perceived severity relates to the extent to which individuals believe non-adherence will negatively affect their health. Increased awareness of complications such as hyperkalemia and cardiovascular risks has been linked to better adherence.

Perceived benefits refer to a patient's belief in the positive outcomes of dietary adherence, including reduced dialysis frequency, improved quality of life, and lower healthcare costs (Sabzmakan et al., 2021). Research has reported a positive correlation between perceived benefits and dietary adherence. Perceived barriers represent obstacles that make adherence difficult, such as high food costs, lack of social support, and emotional stress (Becker, 1974). Studies in Hong Kong and Malaysia found a moderate negative relationship between perceived barriers and dietary adherence (Fung et al., 2017; Lim et al., 2019).

While previous studies have explored dietary adherence using the HBM in various countries, findings may not be generalizable to China due to profound cultural and dietary differences. Traditional Chinese diets are notably high in salt and frequently include preserved and pickled foods, which pose significant challenges to renal dietary guidelines. Furthermore, deep-rooted cultural beliefs such as "yi xing bu xing", the practice of consuming animal organs to strengthen corresponding human organs directly influence food choices and adherence behaviors (Clark-Cutaia et al., 2014). In addition, Chinese collectivist culture prioritizes family involvement in health decisions, meaning dietary practices are often shaped by familial preferences and collective decision-making rather than individual autonomy, contrasting sharply with Western individualistic approaches (Song et al., 2022). These distinctive socio-cultural factors underscore the need for context-specific research when examining dietary adherence using the HBM in Chinese populations.

To date, only one study in China has investigated the relationship between Health Belief Model (HBM) constructs and dietary adherence in hemodialysis (HD) patients, with a narrow focus on low-phosphorus intake (Cuicui et al., 2021). This limited scope overlooks the comprehensive dietary modifications required in renal management, particularly within the context of traditional Chinese cuisine. Common foods such as pickled vegetables, soy sauce, processed meats, and fermented products are high in sodium (Lin et al., 2021); nuts, dairy, legumes, and organ meats are rich in phosphorus; while fruits like bananas and oranges, as well as leafy green vegetables, contain high levels of potassium.

Adhering to renal dietary guidelines necessitates significant alterations in meal preparation often requiring separate cooking, prolonged soaking, and specialized boiling techniques which are time-consuming and impractical for many families (Chen et al., 2023). Moreover, the cost of purchasing fresh, low-electrolyte ingredients, and specialty renal formulas is substantially higher than that of a conventional Chinese diet, creating economic barriers to compliance. Therefore, further research is essential to examine how perceived susceptibility, severity, benefits, and

barriers influence overall dietary adherence among Chinese ESRD patients undergoing HD, taking into account these socio-cultural and economic constraints.

Understanding the factors influencing dietary adherence in HD patients is essential for improving patient outcomes. This study aims to examine the levels of perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, and perceived barriers in relation to dietary adherence based on the HBM. The findings might provide insights for healthcare teams to develop targeted interventions to improve dietary adherence in ESRD patients undergoing HD in China.

Research objectives

1. To examine the level of dietary adherence, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefit, and perceived barriers among end-stage renal disease persons receiving hemodialysis.

2. To examine the relationship between perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefit, and perceived barriers and dietary adherence among end-stage renal disease persons receiving hemodialysis.

Conceptual framework

This study employs the Health Belief Model (HBM) (Becker, 1974) as its theoretical framework to examine dietary adherence among end-stage renal disease (ESRD) patients receiving hemodialysis in China. The HBM posits that health behavior is determined by four core constructs: perceived susceptibility (belief in personal risk of complications), perceived severity (belief in the seriousness of these complications), perceived benefits (belief in the efficacy of dietary management), and perceived barriers (obstacles to adherence). Within the Chinese context, traditional diets high in sodium, phosphorus, and potassium present unique challenges to compliance (Lin et al., 2021). By analyzing these cognitive factors, the HBM provides a structured approach to understanding dietary adherence in ESRD patients. Perceived susceptibility and severity encourage adherence by emphasizing health risks such as hyperkalemia or fluid overload, while perceived benefits reinforce positive behavior. Conversely, perceived barriers hinder adherence. Interventions targeting these factors such as patient education, barrier mitigation, and reinforcement of health benefits can improve adherence and clinical outcomes. This framework highlights the model's utility in promoting patient health and optimizing healthcare delivery.

Methodology

Population and sample

The target population is end-stage renal disease persons receiving hemodialysis in Sichuan province, the People's Republic of China.

The sample consisted of 193 end-stage renal disease persons receiving hemodialysis at Xi Chang City People's Hospital in Sichuan province, the People's Republic of China. The inclusion

criteria were as follows: (1) being above 30 years old (in China, patients over 30 years old account for 93.7% of the hemodialysis population) (Zhang & Huang, 2013), (2) receiving hemodialysis more than 3 months, (3) being able to read and write Chinese language, and (4) voluntarily taking part in the research. The exclusion criterion was as follows: having a history of mental illness, cognitive impairment, or Alzheimer's disease as indicated in medical records. The withdrawal criterion was as follows: (1) voluntary withdrawal: the participant explicitly communicates their desire to stop; (2) failure to complete the questionnaire within 20 minutes; or (3) a participant indicates, either through questionnaire responses or direct communication, significant emotional or psychological distress as a result of the questionnaire's content.

The sample size was calculated based on G*Power analysis at an alpha level of .05 and power of 0.80. According to a previous study which studied the correlation between the perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefit, perceived barriers, self-efficacy, and dietary adherence among end-stage renal disease persons receiving hemodialysis, the correlation coefficient ranged from 0.246 to 0.979. Since a lower effect size yields a larger sample, the lowest effect size, 0.246, was chosen. However, a correlation coefficient of 0.246 was not calculated; therefore, the closest correlation coefficient which could be used was 0.2 (Bujang & Baharum, 2016), resulting in a sample size of 193.

Research instruments

1. The demographic data record form was developed by the researcher based on the literature review.

2. The Renal Adherence Behavior Questionnaire (RABQ) was developed by Rushe and McGee (1998) and translated by Huichen Chen and colleagues (Chen et al., 2023) It has 25 items: 11 items for adherence to fluid restrictions; 5 items for adherence potassium/phosphate restriction; 2 items for self-care; 2 items for sodium restriction; and 5 items for adherence in times of particular difficulty, for example, when eating out, in summer. A 5-point scale was used to measure the level of adherence, as follows: 1 = Never, 2 = Rarely, 3 = Sometimes, 4 = Often, and 5 = Always (Rushe & McGee, 1998). The scores for dietary adherence range from 25 to 125 (total score). Dietary adherence can be divided into two levels: ≤ 75 score low dietary adherence; >75 score = high dietary adherence (Chen et al., 2023).

3. The Dietary Health Belief Questionnaire for Hemodialysis Patients (DHBQ) was developed by Zhang Yuan and colleagues (Yuan et al., 2022). It is a self-reported questionnaire with 19 items, which include 4 dimensions: perceived susceptibility - 4 items; perceived severity - 5 items; perceived benefit - 4 items; perceived barriers - 6 items (Yuan et al., 2022). It uses a 5-point scale to measure dietary health beliefs (1 = Strongly disagree, 2 = Disagree, 3 = Not sure, 4 = Agree, and 5 = Strongly agree).

Validity and reliability of research instruments

The validity of the Renal Adherence Behavior Questionnaire (RABQ) was confirmed by Huichen Chen and colleagues (2023) while that of the Dietary Health Belief Questionnaire for

Hemodialysis Patients (DHBQ) was confirmed by Zhang and colleagues (2022). Both instruments were used without any modification, thus their validities were not tested in this study.

The reliability of the RABQ and DHBQ was tested with 10 subjects who met the inclusion and exclusion criteria, but were not included in the sample. The Cronbach's alpha value for the RABQ was 0.82. The Cronbach's alpha value of the DHBQ was as follows: overall Cronbach's α = 0.90, which measured the HBM constructs of perceived susceptibility (α = 0.82), perceived severity (α = 0.91), perceived benefits (α = 0.82), and perceived barriers (α = 0.93).

Ethical considerations

The study was approved by the Institutional Review Board of the Faculty of Nursing, Chiang Mai University (COA No. 119/2024; Date of approval: September 11, 2024). Permission for data collection was also obtained from the administrator of Xi Chang City People's Hospital. All the participants were provided with written and verbal information about the study objectives and processes, protection of confidentiality and anonymity, and the right to refuse or withdraw from the study at any time. Informed consent was obtained from each participant before data collection.

Data collection

Following approval from the institutional review boards of both the academic institution and Xi Chang City People's Hospital, data collection was initiated. A study poster was placed in the hemodialysis unit, and interested patients contacted the unit nurse for preliminary enrollment. The researcher, wearing polite attire and a master's student name tag, approached potential participants before their dialysis sessions. After explaining the study purpose, written informed consent was obtained, including permission to review medical records for eligibility screening.

Eligible participants were escorted to a private education room within the unit to ensure confidentiality and minimize distractions. Data were collected prior to hemodialysis treatment to avoid fatigue or treatment related bias. Participants independently completed the three study questionnaires within 20 minutes, a duration determined through pilot testing to be sufficient without causing respondent fatigue. The researcher did not provide interpretation or guidance during completion to avoid influencing responses. Incomplete questionnaires were excluded, and recruitment continued until the target sample size of 193 was reached.

Data analysis

Data were analyzed using IBM SPSS Statistics for Windows, Version 29.0.1.0. Mean and standard deviation were used to describe the RABQ and the 4 HBM constructs (perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, and perceived barriers of dietary adherence). Normality of the RABQ and the HBM constructs were checked by Kolmogorov-Smirnov tests and p-values, and all were not normally distributed. Therefore, Spearman's correlation was chosen to find the associations among them.

Results

The participants in this study consisted of 193 individuals with end stage renal disease receiving hemodialysis in Sichuan Province, the People's Republic of China. Their average age was 57.95 years (SD = 12.36), with a range of 30 to 88 years. The majority were male (73.05%). In terms of education level, 40.41% had completed middle school, 31.60% had completed primary school or below, and only 1.57% had attained a university level education or higher (Table 1).

Table 1 Frequency and percentage of demographic characteristics of the participants (n = 193)

Demographic characteristics	Frequency	Percentage (%)
Gender		
Male	141	73.05
Female	52	26.95
Age (years old) (M = 57.95, SD = 12.36, range 30-88)		
30-59 years old	108	55.95
≥ 60 years old	85	44.05
Education level		
Primary school and below	61	31.60
Middle school	78	40.41
High school or technical secondary school	51	26.42
University and above	3	1.57
Time for hemodialysis		
3-12 months	42	21.76
12-60 months	113	58.55
61-120 months	32	16.58
≥120 months	6	3.11
Employment status		
Employed	32	16.58
Unemployed	161	83.42

The results indicate that dietary adherence among participants was at a low level, with a mean total score of 57.70 (SD = 6.85), ranging from 43 to 70. When comparing subscale scores based on mean item scores, the highest adherence was observed in the Self-care domain (M = 3.21, SD = 0.77), while the lowest was found in the Fluid Restrictions domain (M = 2.09, SD = 0.36) (Table 2).

Table 2 Descriptive statistics of renal adherence behavior scores of participants (n = 193)

Renal Adherence Behavior Score of Participants by Range and Mean (n = 193) RABQ	Possible score	Total score			Mean item score		
		Range	M	SD	Range	M	SD
Overall	**25-125**	**43-70**	**57.70**	**6.85**	**1.72-2.80**	**2.31**	**0.27**
Fluid restrictions	11-55	16-30	22.99	4.01	1.45-2.73	2.09	0.36
Potassium/Phosphate Restriction	5-25	7-16	11.80	1.58	1.40-3.20	2.36	0.32
Self-care	2-10	3-8	6.44	1.55	1.50-4.00	3.21	0.77
Sodium intake	2-10	2-8	6.62	1.37	1.00-4.00	2.81	0.69
Times of difficulty	5-25	6-18	10.86	2.60	1.20-3.60	2.17	0.52

Regarding participants' levels of health belief components related to dietary adherence, the mean score for perceived susceptibility was 12.28 (SD = 3.97), indicating a moderate level, with more than half of participants (55.45%) falling into this category. Perceived severity also showed a moderate level overall (M = 15.78, SD = 2.83), with the majority of participants (85.00%) scoring in the moderate range. For perceived benefit, the mean score was 13.13 (SD = 3.78), with nearly equal proportions at moderate (43.52%) and high (44.56%) levels, suggesting a relatively positive belief toward dietary adherence. The mean score for perceived barriers was 21.71 (SD = 6.74), which also fell within the moderate range, though a considerable number of participants (40.93%) perceived high levels of barriers, which may impact adherence behaviors (Table 3).

Table 3 Perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefit, and perceived barriers score of participants (n = 193)

	Range	M	SD	Levels	Possible score	Frequency (%)
Perceived susceptibility	4-16	12.28	3.97	Low	4-7	29 (15.02%)
				Moderate	8-15	107 (55.45%)
				High	16-20	57 (29.53%)
Perceived severity	10-20	15.78	2.83	Low	5-9	0 (0%)
				Moderate	10-19	166 (85.00%)
				High	20-25	27 (15.00%)
Perceived benefit	5-16	13.13	3.78	Low	4-7	23 (11.91%)
				Moderate	8-15	84 (43.53%)
				High	16-20	86 (44.56%)
Perceived barriers	6-30	21.71	6.74	Low	6-11	24 (12.43%)
				Moderate	12-23	90 (46.63%)
				High	24-30	79 (40.94%)

There was a moderate positive correlation between perceived susceptibility and dietary adherence (Spearman's r = .429, p < .001). A very strong positive correlation was found between perceived severity and dietary adherence (r = .910, p < .001), and a strong positive correlation was observed between perceived benefit and dietary adherence (r = .877, p < .001). Conversely, perceived barriers were strongly and negatively correlated with dietary adherence (r = −.820, p < .001), suggesting that higher perceived barriers are associated with lower adherence (Table 4).

Table 4 Correlation analysis between perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefit, and perceived barriers and dietary adherence

Health Belief	Dietary Adherence	
	Spearman's r	p-value
Perceived susceptibility	0.429**	< .001
Perceived severity	0.910**	< .001
Perceived benefit	0.877**	< .001
Perceived barriers	-0.820**	< .001

Note. **Spearman's rank order correlation test, p < .001

Discussion

This study presents a multifaceted examination of dietary adherence patterns among end-stage renal disease (ESRD) patients undergoing hemodialysis in Sichuan Province, China. The investigation reveals alarmingly low adherence rates, with no participants achieving high compliance levels, highlighting significant gaps in current management approaches for this vulnerable population.

Demographic characteristics of the cohort reveal several risk factors for non-adherence. The predominantly male population (73.5%) with limited educational attainment (31.6% with only primary education) and high unemployment rates (83.4%) reflects substantial socioeconomic barriers to optimal disease management. These structural disadvantages are compounded by cultural dietary practices favoring high-sodium, spicy Sichuan cuisine, creating a perfect storm of adherence challenges that are particularly acute in this region compared to Western healthcare settings.

Application of the Health Belief Model (HBM) framework yields important insights into cognitive factors influencing adherence behaviors. The study documents moderate levels of perceived susceptibility and disease severity (15.78 ± 2.830), with 85% of participants demonstrating moderate severity perception. This likely reflects both the chronic disease paradox (where patients normalize progressive symptoms) and cultural perspectives rooted in traditional Chinese health beliefs, which often emphasize holistic balance and gradual "tiao yang" recuperation rather than acute threat perception. Notably, the research identifies a robust positive correlation between perceived severity and adherence (Spearman's r = .910, p < 0.001), consistent with previous findings in Chinese populations (Cuicui et al., 2021). These results underscore the importance of integrating cultural illness representations into dietary intervention strategies.

The psychological dimensions of adherence emerge as particularly significant in this population. Perceived benefits demonstrated a strong positive correlation with dietary adherence ($r = .877$, $p < 0.001$), potentially reflecting cultural values prevalent in Chinese society that emphasize practical outcomes and tangible health improvements such as maintaining family responsibilities and functional capacity as key motivators for adherence (Lu et al., 2020). Conversely, perceived barriers showed a substantial negative correlation ($r = -.820$, $p < 0.001$). These barriers particularly include the high cost of renal-specific foods, limited access to dietitian services, and difficulties adapting traditional high-salt diets to renal requirements, which represent significant socioeconomic and systemic challenges within the Chinese healthcare context. These specific barriers highlight critical areas for intervention, such as implementing financial support programs for special foods and enhancing nutritional counseling services. These findings collectively suggest that while patients generally acknowledge the seriousness of ESRD and recognize the advantages of dietary compliance, they face overwhelming practical obstacles rooted in economic hardship, food insecurity, and cultural dietary norms. The complexity of renal diets – requiring simultaneous regulation of protein, phosphorus, potassium, sodium, and fluid intake – creates additional cognitive burdens that contribute to decision fatigue and eventual non-compliance.

Based on the findings of this study, clinical interventions aimed at improving dietary adherence among hemodialysis patients in this region should prioritize enhancing key health beliefs, particularly the perception of severity and benefits, which demonstrated very strong positive correlations with adherence, while concurrently developing targeted strategies to mitigate perceived barriers, which showed a strong negative correlation. Given the participants' predominantly low educational attainment, all educational materials must be communicated in clear, simple language and should specifically address the domain of fluid restrictions, where adherence was lowest.

Applications of research findings

Psychosocial beliefs, particularly perceptions of risk, severity, and barriers, significantly influence dietary adherence in ESRD patients, as outlined by the Health Belief Model (HBM). To improve compliance, providers should deliver education and culturally sensitive counseling that amplifies perceived severity and benefits, while introducing practical tools to reduce barriers. Integrating structured communication training based on the HBM into nursing curricula can enhance patient interactions and support better long-term ESRD outcomes. Future studies should further develop technology-assisted interventions to modify these critical beliefs.

Suggestions for further research

Future research should employ longitudinal and predictive study designs to explore causal relationships between psychosocial factors and dietary adherence among ESRD patients. Incorporating real-time monitoring technologies and personalized behavioral interventions may offer promising avenues to improve adherence and clinical outcomes over time.

References

Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs, 2*, 324-473. https://doi.org/10.1177/109019817400200407

Benjamin, R., Mwansisya, T. E., & Lyimo, M. (2021). Determinants of adherence to dietary prescription among patients with end-stage renal disease undergoing hemodialysis in Dar Es Salaam, Tanzania. *Research Square*. https://doi.org/10. 21203/rs.3.rs-729734/v1

Bujang, M. A., & Baharum, N. (2016). Sample size guideline for correlation analysis. *World Journal of Social Science Research, 3*(1), 37-46. https://doi.org/10.22158/wjssr.v3n1p37

Burrowes, J. (2020). Factors affecting dietary adherence and strategies for improving adherence in chronic kidney disease. In J. Burrowes, C. Kovesdy, & L. Byham-Gray (Eds.), *Nutrition in kidney disease*. (pp. 625-633). Humana, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-44858-5_34

Chen, H. C., Zhu, L., Chan, W. C. S., Cheng, K. F. K., Vathsala, A., & He, H. G. (2023). The effectiveness of a psychoeducational intervention on health outcomes of patients undergoing haemodialysis: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Practice, 29*(3), e13123. https://doi.org/10.1111/ijn.13123

Chen, J., Lou, X., Shen, H., Zhao, B., Kang, J., Du, W., Zheng, X., Wang, W., Wang, W., & Wang, S. (2019). Effects of teach-back method on improving dietary adherence and nutritional status in peritoneal dialysis patients. *Chinese Journal of Nursing, 54*(4), 495-500. https://doi.org/10.3761/j.issn.0254-1769.2019.04.003

Chen, L., Wang, Y., & Zhang, H. (2023). Practical challenges in implementing renal diets in Chinese households: A qualitative study. *Journal of Renal Nutrition, 33*(2), 145-152. https://doi.org/10.1053/j.jrn.2022

Clark-Cutaia, M. N., Ren, D., Hoffman, L. A., Burke, L. E., & Sevick, M. A. (2014). Adherence to hemodialysis dietary sodium recommendations: Influence of patient characteristics, self-efficacy, and perceived barriers. *Journal of Renal Nutrition, 24*(2), 92-99. https://doi.org/10.1053/j.jrn.2013.11.007

Crawford, P. W., & Lerma, E. V. (2008). Treatment options for end stage renal disease. *Primary Care, 35*(3), 407-432. https://doi.org/10.1016/j.pop.2008.05.003

Cuicui, G., Huayun, Z., Hongyun, P., & Yanan, L. (2021). Correlation between low-phosphorus diet compliance, and health beliefs and disease perception in patients with maintenance hemodialysis. *Nursing Practice and Research, 18*(10), 1447-1450. https://www.hlsjyj.com/uploads/ueditor/file/20220822/1661133800780120.pdf (in Chinese)

Dou, J., Liu, H., Ma, Y., Wu, Y. Y., & Tao, X. B. (2023). Prevalence of post-dialysis fatigue: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open, 13*(6), e064174. https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/13/6/e064174.full.pdf

Fung, T. K. F., Ng, Y. L., Lam, M. F., & Lee, K. K. W. (2017). Psychosocial factors predict nonadherence to PD treatment: A Hong Kong survey. *Peritoneal Dialysis International, 37*(3), 331–337. https://doi.org/10.3747/pdi.2016.00094

Gao, M., Zhu, J., Zhao, W., Jia, C., Lu, M., Wang, Z., & Su, C. (2025). The influencing factors of phosphate control behavior among patients undergoing hemodialysis: Based on the health belief model. *Renal Failure, 47*(1), 2522969. https://doi.org/10.1080/0886022X.2025.2522969

Glick, A. A., Winham, D. M., Heer, M. M., Shelley, M. C., & Hutchins, A. M. (2024). Health Belief Model predicts likelihood of eating nutrient-rich foods among U.S. adults. *Nutrients, 16*(14), 2335. https://doi.org/10.3390/nu16142335

Ikizler, T. A., Burrowes, J. D., Byham-Gray, L. D., Campbell, K. L., Carrero, J. J., Chan, W., Fouque, D., Friedman, A. N., Ghaddar, S., Goldstein-Fuchs, D. J., Kaysen, G. A., Kopple, J. D., Teta, D., Yee-Moon Wang, A., & Cuppari, L. (2020). KDOQI clinical practice guideline for nutrition in CKD: 2020 update. *American Journal of Kidney Diseases, 76*(3 Suppl. 1), S1-S107. https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.05.006

Kaysen, G. A. (2003). Serum albumin concentration in dialysis patients: Why does it remain resistant to therapy? *Kidney International Supplement, 64*, S92-S98. https://doi.org/10.1046/j.1523-1755.64.s87.14.x

Keshani, P., Salehi, M., Kaveh, M. H., & Faghih, S. (2018). Self-efficacy and cues to action: Two main predictors of modified version of diet quality index in Iranian adolescents. *Progress in Nutrition, 20*(2), 197–204. https://doi.org/10.23751/pn.v20i2.6711

Kopple, J. D., & Fouque, D. (2018). Pro: The rationale for dietary therapy for patients with advanced chronic kidney disease. *Nephrology Dialysis Transplantation, 33*(3), 373-378. https://doi.org/10.1093/ndt/gfx333

Lambert, K. (2018). *Exploring the challenges to dietary selfmanagement adherence in end stage kidney disease: Implications for clinical practice*. University of Wollongong. https://scispace.com/pdf/exploring-the-challenges-to-dietary-selfmanagement-adherence-37xqymnu54.pdf

Lee, S. H., & Molassiotis, A. (2002). Dietary and fluid compliance in Chinese hemodialysis patients. *International Journal of Nursing Studies, 39*(7), 695-704. https://doi.org/10.1016/s0020-7489(02)00007-x

Li, C. Y., Hsieh, C. J., Shih, Y. L., & Lin, Y. T. (2021). Spiritual well-being of patients with chronic renal failure: A cross-sectional study. *Nursing Open, 8*(5), 2461-2469. https://doi.org/10.1002/nop2.1004

Lim, J. H., Zakaria, N. F, Chinna, K., Karupaiah, T., & Daud, Z. A. M. (2019). SUN-313 exploring the relationships between health literacy, dietary adherence and its mediators in hemodialysis patients in Malaysia. *Kidney International Reports, 4*(7), S290. https://doi.org/10.1016/j.ekir.2019.05.720

Lin, X., Tang, Y., Hu, Y., Lu, Y., Sun, Q., Lv, Y., Zhang, Q., Wu, C., Zhu, M., He, Q., & Chi, Y. (2021). Sodium reduction in traditional fermented foods: Challenges, strategies, and perspectives. *Journal of Agricultural and Food Chemistry, 69*(29), 8065-8080. https://doi.org/10.1021/acs.jafc.1c01687

Lok, C. E., Huber, T. S., Lee, T., Shenoy, S., Yevzlin, A. S., Abreo, K., Allon, M., Asif, A., Astor, B. C., Glickman, M. H., Graham J, Moist, L. M., Rajan, D. K., Roberts, C., Vachharajani, T. J., & Valentini, R. P. (2020). KDOQI clinical practice guideline for vascular access: 2019 update. *American Journal of Kidney Diseases, 75*(4 Suppl. 2), S1-S164. https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.12.001

Loutradis, C., Sarafidis, P. A., Ferro, C. J., & Zoccali, C. (2021). Volume overload in hemodialysis: diagnosis, cardiovascular consequences, and management. *Nephrology Dialysis Transplantation, 36*(12), 2182-2193. https://doi.org/10.1093/ndt/gfaa210

Lu, Y., Liu, W., Huang, Y., & Li, Z. (2020). Economic and psychosocial factors affecting adherence to hemodialysis in China. *BMC Nephrology, 21*(1), 142. https://doi.org/10.1186/s12882-020-01805-2

McCullough, K. P., Morgenstern, H., Saran, R., Herman, W. H., & Robinson, B. M. (2019). Projecting ESRD incidence and prevalence in the United States through 2030. *Journal of the American Society of Nephrology, 30*(1), 127–135. https://doi.org/10.1681/ASN.2018050531

National Health Commission of the People's Republic of China. (2024). *Dietary guidelines for adults with chronic kidney disease*. National Health Commission of the People's Republic of China.

Nooriani, N., Mohammadi, V., Feizi, A., Shahnazi, H., Askari, G., & Ramezanzade, E. (2019). The effect of nutritional education based on health belief model on nutritional knowledge, Health Belief Model constructs, and dietary intake in hemodialysis patients. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 24*(5), 372-378. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_124_18

Özkan, G. L. M., & Ulusoy, S. U. K. (2011). Acute complications of hemodialysis. In M. G. Penido (Ed.), *Technical problems in patients on hemodialysis* (pp. 251-294). IntechOpen. https://cdn.intechopen.com/pdfs/24624/intech-acute_ complications_of_hemodialysis.pdf

Pajimna, J. A. T., Orpilla, G. A. L., Milan, M. J. D., Virtucio, C. T. S., & Pamatian, J. V. M. (2023). Gaps and challenges in the provision of treatment for patients with end-stage renal disease: Perspectives from the Philippines. *The Lancet Regional Health–Western Pacific, 38*, 100889. https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2023.100889

Rushe, H., & Mcgee, H. M. (1998). Assessing adherence to dietary recommendations for hemodialysis patients: The renal adherence attitudes questionnaire (RAAQ) and the renal adherence behaviour questionnaire (RABQ). *Journal of Psychosomatic Research, 45*(2), 149-157. https://doi.org/10.1016/S0022-3999(97)00228-6

Sabzmakan, L., Kamalikhah, T., Kordasiabi, M. C., & Nourian, M. (2021). Associated factors with dietary adherence among people with cardiovascular metabolic risk factors based on precede framework: A mixed-method study. *Journal of Education and Community Health, 8*(2), 97-104. https://doi.org/10.52547/jech.8.2.97

Song, Y., Wang, J., Liu, H., Chen, X., & Zhan, M. (2022). Diet and culture among Chinese patients undergoing hemodialysis: A qualitative study. *Frontiers in Nutrition, 9*, 876179. https://doi.org/10.3389/fnut.2022.876179

Tao, Y., Zhuang, K., Liu, T., Li, H., & Feng, X. (2023). Effects of perceived stress, self-acceptance and social support on insomnia in hemodialysis patients: A cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research, 172*, 111402. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2023.111402

Wang, X., Deng, S., & Peng, H. (2023). Specialist nurse-led family co-decision-making precision dietary care in maintenance hemodialysis patients: Application analysis. *China Academic Journal Electronic Publishing House, 27*(36), 67-69+93. https://link.oversea.cnki.net/doi/10.19435/j.1672-1721.2023.36.023

Yang, C.W., Harris, D. C. H., Luyckx, V. A., Nangaku, M., Hou, F. F., Garcia, G. G., Abu-Aisha, H., Niang, A., Sola, L., Bunnag, S., Eiam-Ong, S., Tungsanga, K., Richards, M., Richards, N., Goh, B. L., Dreyer, G., Evans, R., Mzingajira, H., Twahir, A., ... Tonelli, M. (2020). Global case studies for chronic kidney disease/end-stage kidney disease care. *Kidney International Supplements, 10*(1), e24-e48. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7031689/pdf/main.pdf

Zhang, Y., Chen, X., Zhang, X., Zhu, J., Men, H., Zhao, W., & Su, C. (2022). Development and validation of a dietary health belief questionnaire for hemodialysis patients. *Chinese Nursing Management, 22*(6), 846-851. https://doi.org/10.3969/j.issn.1672-1756.2022.06.010

Zhang, Y., & Huang, J. (2013). The development of medical treatment adherence scale for the end-stage renal disease patients with maintenance hemodialysis. *Chinese General Practice, 16*(34), 3312-3316.

Effects of a Frailty Prevention Program for Older Adults with LINE Application on Health Literacy and Health Behaviors*

ผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ*

Theraporn	Pluknikorn**	ธีรภรณ์	ปลูกนิกร**
Patcharaporn	Aree***	พัชราภรณ์	อารีย์***
Sakul	Changmai****	ศากุล	ช่างไม้*****

Abstract

Frail older adults are at increased risk of falls, disability, and mortality. However, development of specific prevention strategies for this population remains unclear. The aim of this quasi-experimental study was to examine the effects of a frailty prevention program for older adults with LINE application on health literacy and health behaviors. The program was developed based on Nutbeam's health literacy concept and Pender's Health Promotion Model with information technology through the LINE application. Fifty participants were recruited, consisting of 24 in the experimental group and 26 in the control group. Research instruments included the frailty prevention program, a personal information questionnaire, a health literacy questionnaire, and a health behavior questionnaire covering food consumption behavior and exercise behavior. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, and dependent t-test.

The results showed that after receiving the program, the scores for health literacy, overall health behaviors, food consumption behaviors, and exercise behaviors of the experimental group were significantly higher than those of the control group ($p < .05$). Also, after the program, the experimental group's scores for health literacy, overall health behaviors, food consumption behaviors, and exercise behaviors were significantly higher than those at baseline ($p < .05$).

The findings suggest that this program is feasible and effective for preventing frailty among older adults.

Keywords: Frailty prevention; Health behaviors; Health literacy; LINE application; Older adults

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, College of Nursing, Christian University of Thailand

** Graduate student of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, College of Nursing, Christian University of Thailand

*** Corresponding author, Associate Professor, College of Nursing, Christian University of Thailand; e-mail: areepatcharaporn@gmail.com

**** Assistant Professor, College of Nursing, Christian University of Thailand

Received 16 December 2025; Revised 11 March 2026; Accepted 13 March 2026

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางมีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้ม ความพิการ และการเสียชีวิต แต่การป้องกันภาวะเปราะบางที่เฉพาะในผู้สูงอายุยังคงไม่ชัดเจน การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ โดยโปรแกรมมีการบูรณาการแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์ ร่วมกับเทคโนโลยีสารสนเทศผ่านแอปพลิเคชันไลน์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 ราย และกลุ่มควบคุม 26 ราย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการป้องกันการเกิดภาวะเปราะบาง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ independent t-test และ dependent t-test.

ผลวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมนี้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิผลในการป้องกันภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ: การป้องกันภาวะเปราะบาง พฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แอปพลิเคชันไลน์ ผู้สูงอายุ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน e-mail: areepatcharaporn@gmail.com
**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

วันที่รับบทความ 16 ธันวาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 11 มีนาคม 2569 วันที่ตอบรับบทความ 13 มีนาคม 2569

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า จำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปี 2537 มีผู้สูงอายุร้อยละ 6.8 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.0 ในปี 2567 (National Statistical Office, 2024) การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของภาวะเปราะบาง (frailty) ซึ่งเป็นภาวะที่ร่างกายเสื่อมถอยทั้งด้านมวลกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่น และการทรงตัว โดยมีอาการสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ น้ำหนักลดโดยไม่ตั้งใจ ความเหนื่อยล้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง เดินช้าลง และกิจกรรมทางกายลดลง (Fried et al., 2001) ความชุกของภาวะเปราะบางในเอเชียพบร้อยละ 20.5 (To et al., 2022) ประเทศไทยพบความชุกของภาวะเปราะบางร้อยละ 22.1 (Isaradech et al., 2025) และพบในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จังหวัดนครปฐม ร้อยละ 22.6 (Suthisoontarin, 2025)

ภาวะเปราะบาง เป็นกลุ่มอาการที่เกิดในผู้สูงอายุจากการลดลงของความสามารถทางสรีรวิทยาของร่างกายในหลายระบบพร้อมกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยลดลงทำให้มีผลต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การหกล้มมักเกิดจากการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงในการทรงตัว การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยการบริโภคอาหารที่มีโปรตีนเพียงพอ และการออกกำลังกายแบบแรงต้านสามารถลดความเสี่ยงภาวะเปราะบางได้ (Landi et al., 2016) จากการศึกษาของ วู และคณะ (Wu et al., 2022) พบว่า โปรแกรมออกกำลังกายและโภชนาการช่วยลดภาวะเปราะบางและเพิ่มประสิทธิภาพสมองด้านความจำได้ นอกจากนี้ การศึกษาผลของโปรแกรมที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านโภชนาการและการออกกำลังกายพบว่า มีประสิทธิภาพมากกว่าการออกกำลังกายเพียงอย่างเดียวในการลดภาวะเปราะบาง (Bambrick et al., 2021; Nakazeko et al., 2023; Sirikul et al., 2024) การป้องกันและควบคุมภาวะเปราะบางสำหรับผู้สูงอายุยังมีอีกหลายวิธีด้วยกัน เช่น การประยุกต์วิธีการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นต้น (Nakamura et al., 2025)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากในผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังและภาวะเปราะบาง โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นวิธีการส่งเสริมการรับรู้และเพิ่มทักษะหรือความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพในการตัดสินใจอย่างเหมาะสม (Nutbeam, 2008) จากการศึกษาย้อนหลังในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงเปราะบางและผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางเป็นระยะเวลา 1 ปี พบว่าการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองให้ดีขึ้น ทำให้ความสามารถในการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะเปราะบางลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Nakamura et al., 2025) และจากการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ดูแล สามารถป้องกันการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุได้ (Kittipimphanon & Kraithaworn, 2021)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าการป้องกันภาวะเปราะบางสำหรับผู้สูงอายุโดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามแนวคิดของ เพนเดอร์ และคณะ (Pender et al., 2002) โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย และให้สอดคล้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งยังไม่พบรายงานการศึกษาโดยตรง สำหรับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล (access) ความรู้ความเข้าใจ (cognitive) ทักษะการสื่อสาร (communication skills) การจัดการตนเอง (self-management) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) และทักษะการตัดสินใจ (decision-making skills) ความรอบรู้ด้านสุขภาพนี้เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงเปราะบางมีความรู้ความสามารถในการปรับพฤติกรรม จึงช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพได้อย่างเหมาะสม

นอกจากนี้ เพื่อให้มีการติดตามและสนับสนุนการส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ติดตามด้วยวิธีการติดต่อสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งเป็นรูปแบบการสื่อสารที่ได้รับความนิยมในกลุ่มผู้สูงอายุ เพราะเข้าถึงง่าย และเป็นเครื่องมือสนับสนุนที่ทันสมัย ช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ และให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล (Takpho, 2024) ดังนั้นการให้โปรแกรมป้องกันการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์อาจจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืนได้ และเพื่อสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงเปราะบางให้มีความเสี่ยงลดลง ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพภายใต้สังคมสูงวัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันการเกิดภาวะเปราะบางร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์

สมมุติฐานของการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่าของกลุ่มควบคุม
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการบูรณาการแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) และแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ เพนเดอร์ และคณะ (Pender et al., 2002) โดยแนวคิดของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ แนวคิดนี้เน้นการเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุให้สามารถเข้าถึงและใช้ข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงสามารถตัดสินใจและจัดการตนเองได้เพื่อป้องกันภาวะเปราะบาง ในขณะเดียวกัน แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ เพนเดอร์ และคณะ (Pender et al., 2002) ซึ่งได้อธิบายกระบวนการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผ่านมโนทัศน์หลัก ได้แก่ ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมผลลัพธ์ โดยเน้นให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองนำไปสู่การเลือกพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีคุณภาพ และการออกกำลังกายแบบแรงต้านอย่างต่อเนื่อง โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจึงประกอบด้วยกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเปราะบาง การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการส่งเสริมการออกกำลังกาย นอกจากนี้ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสามารถสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้านให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน การศึกษานี้ได้การติดตามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงเปราะบางที่อยู่ที่บ้านผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์เพื่อให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามจุดประสงค์ที่กำหนดไว้

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยใช้รูปแบบเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (two groups pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีภาวะเสี่ยงเปราะบาง หรือระยะก่อนเปราะบาง (pre-frailty) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม และเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลดอนยายหอม และองค์การบริหารส่วนตำบลดอนยายหอม จังหวัดนครปฐม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงเปราะบาง จำนวน 50 ราย คัดเลือกจากผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลดอนยายหอม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) และจัดกลุ่มตัวอย่างตามพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยงานในชุมชน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสุ่มได้กลุ่มทดลองเป็นผู้สูงอายุในพื้นที่ความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลดอนยายหอม จำนวน 24 ราย และกลุ่มควบคุมเป็นผู้สูงอายุในพื้นที่ความรับผิดชอบของเทศบาลตำบลดอนยายหอม จำนวน 26 ราย ทั้งนี้ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมป้องกันการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*power version 3.1 (Faul et al., 2007) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 และขนาดอิทธิพลการทดสอบ (effect size) เท่ากับ 0.80 โดยอ้างอิงจากการศึกษาของ วิทยา วาโย (Wayo et al., 2023) ซึ่งเป็นการศึกษาที่มีลักษณะประชากรและตัวแปรใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัย (Polit & Hungler, 1999) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 26 คน และกลุ่มทดลอง 26 คน แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีการย้ายภูมิลำเนาทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตามโปรแกรมที่กำหนด จำนวน 2 คน จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง จำนวน 24 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงเปราะบาง ประเมินโดยใช้แบบคัดกรองภาวะเปราะบาง (frail scale) ของคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2564 มีคะแนน 1 ถึง 2 คะแนน
2. ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ประเมินโดยใช้แบบทดสอบการทำงานของสมอง (Mini mental State Examination; MMSE) มีคะแนนมากกว่า 25 คะแนน
3. ผู้สูงอายุมีสมาร์ทโฟน หรือสมาชิกในครอบครัวเดียวกันมีสมาร์ทโฟน และสามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้
4. สามารถติดต่อสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
5. ไม่มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย
6. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการป้องกันการเกิดภาวะเปราะบาง ประกอบด้วย (1) คู่มือเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายแบบแรงต้านเพื่อป้องกันภาวะเปราะบางสำหรับผู้สูงอายุ (2) สื่อการสอน เรื่อง การบริโภคอาหารและการออกกำลังกายแบบแรงต้าน เพื่อป้องกันภาวะ

เปราะบางสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย แผ่นภาพตัวอย่างอาหารในแต่ละหมู่ ยางยืดสำหรับออกกำลังกาย สมุดบันทึกรายการอาหารและการออกกำลังกาย (3) วีดีโอบรรยายความรู้เกี่ยวกับภาวะเปราะบาง และ (4) วีดีโอการสาธิตการออกกำลังกายแบบยางยืด 10 ท่า

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้ครอบครัว ผู้ดูแล โดยลักษณะเป็นข้อความให้เลือกตอบ และลักษณะการตอบแบบกรอกข้อมูล

2. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และตามทฤษฎีการรอบรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) จำนวน 19 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย การให้คะแนนข้อคำถามทางบวกถ้าตอบเห็นด้วยได้ 3 คะแนน ไม่แน่ใจได้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยได้ 1 คะแนน และข้อคำถามทางลบการให้คะแนนถ้าตอบเห็นด้วยได้ 1 คะแนน ไม่แน่ใจได้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยได้ 3 คะแนน คะแนนรวม 57 คะแนน

3. แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

3.1 แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 17 ข้อ และข้อความทางทางลบ 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น ประจำ บางครั้งและไม่ปฏิบัติ โดยคำตอบที่กำหนดไว้นี้ง่ายกับผู้สูงอายุในการเลือกเพราะไม่ละเอียดมาก การให้คะแนนข้อคำถามทางบวกถ้าตอบประจำได้ 2 คะแนน บางครั้งได้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติได้ 0 คะแนน และข้อคำถามทางลบการให้คะแนนถ้าตอบประจำได้ 0 คะแนน บางครั้งได้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติเลยได้ 2 คะแนน คะแนนรวม 40 คะแนน

3.2 แบบประเมินพฤติกรรมการออกกำลังกายแบบแรงต้านโดยใช้ยางยืด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 8 ข้อ และข้อความทางทางลบ 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นประจำ บางครั้ง และไม่ปฏิบัติ การให้คะแนนข้อคำถามทางบวกถ้าตอบประจำได้ 2 คะแนน บางครั้งได้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติได้ 0 คะแนน และข้อคำถามทางลบการให้คะแนนถ้าตอบประจำได้ 0 คะแนน บางครั้งได้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติเลยได้ 2 คะแนน คะแนนรวม 20 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และคำนวณความตรงเชิงเนื้อหา ประกอบด้วย แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพมีค่าเท่ากับ 0.9 เช่นเดียวกัน และการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 19 ราย ซึ่งเพียงพอกับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย (Devellis, 2017) นำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้ค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.83 และ 0.78 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้นำเสนอต่อคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยคริสเตียน และได้รับเอกสารรับรองการวิจัยเลขที่ น. 19/2567 วันที่อนุมัติ 13 พฤศจิกายน 2567 ผู้วิจัยขออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากเทศบาลตำบลดอนยายหอม วันที่อนุมัติ 1 ธันวาคม 2567 และองค์การบริหารส่วนตำบลดอนยายหอม วันที่อนุมัติ 1 ธันวาคม 2567 เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงดำเนินการวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัยโดยความสมัครใจ และขอให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอเป็นแบบภาพรวมในเชิงวิชาการและนำไปใช้ประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียนไปยังนายกเทศมนตรีตำบลดอนยายหอม และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม เพื่อขออนุมัติในการดำเนินการวิจัย

1.2 หลังจากได้รับหนังสืออนุมัติข้างต้นแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบประธานชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลดอนยายหอม และประธานชมรมผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนตำบลดอนยายหอม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมการวิจัย

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อ คัดกรองภาวะเปราะบาง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และตามความสมัครใจ และจับฉลากเพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม โดยจับฉลากได้กลุ่มทดลองเป็นผู้สูงอายุที่เสี่ยงภาวะเปราะบางจากชมรมผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนตำบลดอนยายหอม และกลุ่มควบคุมเป็นผู้สูงอายุที่เสี่ยงภาวะเปราะบางจากเทศบาลตำบลดอนยายหอม กลุ่มละ 26 คน

2.2 ผู้วิจัยแนะนำรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ การปฏิบัติ ประโยชน์ และผลข้างเคียง ที่อาจจะเกิดขึ้น การเก็บข้อมูลถือเป็นความลับ เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

2.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ขอให้ลงนามในใบยินยอม ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามแผนการวิจัย ดังนี้

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ให้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 1 (pretest) และชี้แจงให้ทราบว่าได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพจากพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนยายหอมตามปกติ

สัปดาห์ที่ 2-7 ไม่มีการติดตามกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 8 ให้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 2 (posttest)

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1

1. ให้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 1 (pretest) หลังจากนั้นจัดกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องภาวะเปราะบาง และให้ฝึกทักษะขั้นพื้นฐานด้านการเข้าถึงข้อมูล ร่วมกันวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบาง นำเสนอแลกเปลี่ยนระหว่างกลุ่ม

2. ฝึกทักษะการเข้าถึงแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ที่น่าเชื่อถือโดยการใช้สมาร์ทโฟนในการค้นหาเรื่องการป้องกันภาวะเปราะบางสำหรับผู้สูงอายุที่สามารถเข้าใจได้ง่าย

3. ให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะเปราะบาง

4. สร้างกลุ่มไลน์ เพื่อเปิดช่องทางสื่อสารแลกเปลี่ยน ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายแบบแรงต้านโดยใช้ยางยืดที่เหมาะสมในกลุ่มไลน์

5. นัดหมายการทำกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2

สัปดาห์ที่ 2

1. ทบทวนความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องการบริโภคอาหาร
2. ให้ความรู้ เรื่องการออกกำลังกายแบบแรงต้านโดยใช้ยางยืดเพื่อป้องกันภาวะเปราะบาง
3. สาธิตและสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับออกกำลังกายโดยใช้ยางยืด 10 ท่า
4. สรุปแนวทางและเป้าหมายการป้องกันการเกิดภาวะเปราะบางร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 3 ถึง สัปดาห์ที่ 7

ติดตามสื่อสารผ่านไลน์แลกเปลี่ยนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายแบบแรงต้านโดยใช้ยางยืด พร้อมทั้งกระตุ้นเตือนให้คำแนะนำ และให้กำลังใจเพิ่มเติม

สัปดาห์ที่ 8

1. ให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์และแลกเปลี่ยนการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดภาวะเปราะบางสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นอุปสรรคและการแก้ปัญหา และให้กำลังใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง
2. ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 2 (posttest)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาประมวลผลและวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. เปรียบเทียบข้อมูลเชิงคุณลักษณะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ สถิติ Fisher's exact test และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test และเปรียบเทียบภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลองใช้สถิติ dependent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 91.70 และ 84.60 ตามลำดับ ส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 60 ถึง 65 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 และ 38.50 ตามลำดับ มีระดับการศึกษาประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 91.70 และ 76.90 ตามลำดับ และมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.30 และ 73.10 ตามลำดับ

2. ผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะเปราะบางต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ

2.1 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายแบบแรงต้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง

	กลุ่มทดลอง (n = 24)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		t-test	P-value
	M	SD	M	SD		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม						
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	45.58	2.39	45.12	1.70	0.801	0.427
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	38.42	7.83	38.27	3.64	0.084	0.933
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	25.54	5.11	24.73	2.51	0.704	0.487
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	12.88	4.39	13.54	2.47	0.652	0.519
หลังเข้าร่วมโปรแกรม						
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	56.17	0.87	47.38	1.44	25.785	0.000
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	48.00	4.19	37.46	3.60	9.56	0.000
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	31.04	2.79	23.85	2.82	9.05	0.000
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	17.00	2.24	13.62	2.16	5.44	0.000

2.2 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายแบบแรงต้านสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t-test	P-value
	M	SD	M	SD		
กลุ่มทดลอง (n = 24)						
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	45.58	2.39	56.17	0.87	20.590	0.000
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	38.42	7.83	48.00	4.19	8.499	0.000
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	25.54	5.11	31.04	2.79	7.157	0.000
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	12.88	4.39	17.00	2.25	6.222	0.000
กลุ่มควบคุม (n = 26)						
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	45.12	1.70	47.38	1.44	6.169	0.000
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	38.27	3.64	37.46	3.60	2.273	0.032
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	24.73	2.51	23.85	2.82	3.628	0.001
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	13.54	2.47	13.62	2.16	0.249	0.805

การอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานของการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจาก โปรแกรมฯ ได้พัฒนาขึ้นจากการบูรณาการแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) และแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ เพนเดอร์ และคณะ (Pender et al., 2002) โดยแนวคิดของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบที่สำคัญ ในขณะเดียวกัน แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ เพนเดอร์ และคณะ (Pender et al., 2002) ได้อธิบายกระบวนการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผ่านมโนทัศน์หลัก โดยเน้นให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองนำไปสู่การเลือกพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ ดังที่กล่าวข้างต้น ร่วมกับการได้รับการกระตุ้นและสนับสนุนผ่านทางไลน์แอปพลิเคชัน ทำให้กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติจากชมรมผู้สูงอายุ โดยให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ผลการศึกษานี้พบคล้ายกับการศึกษาของ สุจินดา คงเนียม (Kongneum, 2023) ที่ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และพบว่า หลังได้รับโปรแกรมแล้วกลุ่มทดลองมีความรอบรู้สูงกว่าของกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

หลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันการเกิดภาวะเปราะบางร่วมกับไลน์แอปพลิเคชันแล้ว ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายแบบแรงต้าน สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < .05$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายก็พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมป้องกันการเกิดภาวะเปราะบางร่วมกับไลน์แอปพลิเคชันในผู้สูงอายุนี้ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายในการป้องกันภาวะเปราะบางได้อย่างเห็นได้ชัด เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน และผลการศึกษาพบคล้ายกับการศึกษาของ ชัชพงศ์ สมุทรอาลัย (Samutalai, 2024) ที่ศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรังและพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ดังนั้นโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงโรค โดยช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงและอาการของโรคได้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะเปราะบางและลดความเสี่ยงต่อโรคได้อย่างเหมาะสม

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันการเกิดภาวะเปราะบางร่วมกับไลน์แอปพลิเคชัน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น จากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมป้องกันการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึง

ข้อมูลทางด้านสุขภาพได้ดีขึ้นจากคำแนะนำตามโปรแกรมฯ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพโดยมีความสามารถในการค้นหาข้อมูลในการป้องกันภาวะเปราะบางที่มีความน่าเชื่อถือ เช่น การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมสามารถรับประทานในการป้องกันภาวะเปราะบางได้ มีทักษะทางปัญญาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี การสื่อสาร การพูด การอ่าน และการเขียน เพื่อสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพโดยการอ่านข้อมูลจากคู่มือ การบันทึกการรับประทานอาหารในแต่ละวัน และสามารถซักถามเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพในการป้องกันภาวะเปราะบางได้ และตัดสินใจในการเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดีจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และตัดสินใจปฏิบัติตามได้อย่างเหมาะสม และการจัดการตนเองกำหนดเป้าหมายและการวางแผนในการรับประทานอาหารที่เพียงพอตามที่ร่างกายต้องการ หรือการกำหนดเป้าหมายในการออกกำลังกายโดยใช้ยางยืดสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้อย่างสม่ำเสมอ

นอกจากนี้ การรู้เท่าทันสื่อโดยตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพสามารถวิเคราะห์การรับสื่อหรือการหลีกเลี่ยงได้ กิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมฯ เป็นไปตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) ผลการศึกษานี้พบคล้ายกับการศึกษาของ ชัชพงศ์ สมุทรอาลัย (Samutalai, 2024) ที่ศึกษาในผู้ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายแบบแรงต้านพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันการเกิดภาวะเปราะบางร่วมกับไลน์แอปพลิเคชัน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น จากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมป้องกันการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุทำให้พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มทดลองดีขึ้นได้เพราะมีการส่งเสริมและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) ทั้ง 6 องค์ประกอบ ดังกล่าว ในขณะเดียวกันมีการมอบคู่มือซึ่งอธิบายการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมทั้งด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นการให้ความรู้สำคัญกับผู้สูงอายุร่วมกับการดูวีดีโอที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดังกล่าว รวมทั้งมีการสาธิตและการปฏิบัติย้อนกลับการออกกำลังกายแบบแรงต้านด้วยยางยืดร่วมกัน

นอกจากนี้ ยังมีการติดตามผู้สูงอายุในเรื่องของการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและการออกกำลังกายโดยการติดตามผ่านทางแอพลิชันไลน์ตามที่กำหนดไว้ในกิจกรรมทุกวัน เมื่อได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะเปราะบางที่ดีขึ้นจะส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายแบบแรงต้านของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมดีขึ้น จากการได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามโปรแกรมฯ ดังที่กล่าวข้างต้น รวมถึงการหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยง ทำให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะเปราะบางนั้นได้ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้พบคล้ายกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Salaluk & Tiparat, 2022)

จากพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมที่ดีขึ้น เมื่อพิจารณาแยกเป็นพฤติกรรมซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น จากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมป้องกันการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุทำให้พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารดีขึ้น จากการติดตามผ่านแอพพลิเคชันไลน์และการประเมินภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เกี่ยวกับอาหารที่กลุ่มทดลองบริโภคเน้นเป็นอาหารประเภทพลังงานและสารอาหารที่เพียงพอและเหมาะสมกับความ

ต้องการของร่างกาย และเน้นย้ำความสำคัญของสารอาหารประเภทโปรตีนที่ได้จากกลุ่มเนื้อสัตว์ ไข่ นม จากแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ

สำหรับพฤติกรรมการออกกำลังกายแบบแรงต้าน โดยใช้ยางยืดของผู้สูงอายุก็พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายแบบแรงต้านเพิ่มขึ้น จากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมป้องกันการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพได้ดีขึ้นจากคำแนะนำตามโปรแกรมฯ การได้รับคำแนะนำในการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในการเพิ่มมวลกล้ามเนื้อหรือคงสภาวะของกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงมากขึ้นมีผลลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะเปราะบาง จากการออกกำลังการแบบแรงต้านโดยใช้ยางยืดทั้ง 10 ท่า ที่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองสามารถนำไปปฏิบัติอย่างเป็นประจำ และการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจินดา คงเนียม (Kongneum, 2023) ที่ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และพบว่า หลังได้รับโปรแกรมแล้วกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ดีกว่าของกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมป้องกันการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุทำให้พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายแบบแรงต้านดีขึ้น

ดังนั้นกลุ่มทดลองที่ได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันภาวะเปราะบางผ่านโปรแกรมดังกล่าวร่วมกับการติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ทำให้มีความรู้ และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติหรือมีการพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายเพื่อให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบางลดลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมการป้องกันการเกิดภาวะเปราะบางร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ ไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงเปราะบางโดยส่งเสริมให้มีผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นเทคโนโลยีที่ผู้สูงอายุนิยมใช้อย่างแพร่หลาย สามารถใช้ในการฝึกทักษะและการติดตามผลการให้ความรู้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลในระยะยาวของโปรแกรมฯ ร่วมกับไลน์แอปพลิเคชัน เพื่อติดตามความยั่งยืนของพฤติกรรม
2. ควรเปรียบเทียบผลของโปรแกรมฯ ร่วมกับสื่อแพลตฟอร์มอื่น ๆ ต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

References

Bambrick, P., Phelan, N., Grant, E., Byrne, T., Harrison, M., Mulcahy, R., & Cooke, J. (2021). Diet and exercise for frailty (DEFRAIL): Protocol for a study to examine the effect of a novel community-based group exercise and nutritional intervention, designed to reverse frailty in older adults. *BMJ Open*, *11*(6), e042408. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042408

DeVellis, R. F. (2017). *Scale development: Theory and applications* (4th ed.). SAGE.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175–191. https://doi.org/10.3758/ bf03193146

Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, *56*(3), M146-M156. https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146

Isaradech, N., Sirikul, W., Buawangpong, N., Siviroj, P., & Kitro, A. (2025). Machine learning models for frailty classification of older adults in Northern Thailand: Model development and validation study. *JMIR Aging, 8*, e62942. https://doi.org/10.2196/62942

Kittipimphanon, K., & Kraithaworn, P. (2021). Association between personal factors, health status, and health literacy about falling, with fall prevention behaviors among older adults living in the community. *Ramathibodi Nursing Journal, 27*(3), 331–342. (in Thai)

Kongneum, S. (2023). *Effectiveness of a program of health literacy development for patients with hypertension at risk of cardiovascular disease in Muang Trang District, Trang Province*. [Master of Nursing Science, School of Nursing]. Sukhothai Thammathirat Open University. https://ir.stou.ac.th/bitstream/123456789/12647/1/2595100609.pdf (in Thai)

Landi, F., Calvani, R., Tosato, M., Martone, A. M., Ortolani, E., Savera, G., D'Angelo, E., Sisto, A., & Marzetti, E. (2016). Protein intake and muscle health in old age: From biological plausibility to clinical evidence. *Nutrients*, *8*(5), 295. https://doi.org/10.3390/nu8050295

Nakazeko, T., Shobako, N., Shioya, N., Iwama, Y., Hirano, Y., Fujii, S., Nakamura, F., & Honda, K. (2023). Frailty-preventing effect of an intervention program using a novel complete nutritional "COMB-FP meal": A pilot randomized control trial. *Nutrients*, *15*(20), 4317. https://doi.org/10.3390/nu15204317

Nakamura, K., Sasaki, T., Yokokawa, Y., & Yokouchi, S. (2025). Health literacy and frailty: The mediating role of instrumental activities of daily living. *Psychogeriatrics, 25*(2), e70010. https://doi.org/10.1111/psyg.70010

National Statistical Office. (2024). *The 2024 survey of the older persons in Thailand*. National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society.

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine (1982), 67*(12), 2072-2078. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008. 09.050

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice* (4th ed.). Prentice Hall.

Polit, D. F. & Hungler, P. B. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Samutalai, C. (2024). *The effect of a health literacy promotion program using lineapplication on self-care behavior and levels of low-density lipoprotein cholesterol in persons with chronic coronary syndrome*. [Master's thesis, Chulalongkorn University]. https://digital.car.chula.ac.th/cgi/viewcontent.cgi?article=13850&context=chulaetd (in Thai)

Salaluk, P., & Tiparat, W. (2022). The effects of enhancing health literacy program on health literacy and fall prevention behaviors among caregivers of older adults at risk in Trang Municipality. *Journal of Nursing and Education, 15*(2), 1–13. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/article/view/255081/173272 (in Thai)

Sirikul, S., Roopsawang, I., Arce-Ue, S., & Tuakta, P. (2024). Frailty as a key predictor of malnutrition among older adults with swallowing problems. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, *28*(2), 308–320. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/267113/182654 (in Thai)

Suthisoontarin, N. (2025). *Prevalence and risk factor associated with frailty in elderly patient in internal medicine out-patient department Mettapracharak hospital (Wat Raikhing): Cross-sectional study*. https://url.in.th/uklEu

Takpho, P. (2024). *The effect of health literacy development program through line application on hemoglobin a1c in persons newly diagnosed with type 2 diabetes* [Master's thesis, Chulalongkorn University]. https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/12822/ (in Thai)

To, T. L., Doan, T. N., Ho, W. C., & Liao, W. C. (2022). Prevalence of frailty among community-dwelling older adults in Asian countries: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare, 10*(5), 895. https://doi.org/10.3390/healthcare10050895

Wayo, W., Kadsanit, K., Konyai, J., Chanhuna, S., Phromboot, R., & Zahuang, V. (2023). The effects of health literacy enhancement program on health literacy and prevention behavior of hypertension among community-dwelling older adults. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 24*(1), 43–52. (in Thai)

Wu, S., Yang, Z., Liu, S., Zhang, Q., Zhang, S., & Zhu, S. (2022). Frailty status and risk of irritable bowel syndrome in middle-aged and older adults: A large-scale prospective cohort study. *E Clinical Medicine*, *56*, 101807. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101807

Predictive Factors of Mild Cognitive Impairment Among Older Adults with Type 2 Diabetes Mellitus
ปัจจัยทำนายภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

Sirikaan	Karanwattanakull*	สิริกานต์	กรัณย์วัฒนกุล*
Thiranai	Songpimai**	ธีรนัย	ส่งพิมาย**

Abstract

Mild cognitive impairment (MCI) is commonly found among older adults with type 2 diabetes mellitus. This population is at greater risk of accelerated cognitive decline due to chronic metabolic abnormalities. Understanding the factors associated with MCI in this group is crucial for early detection and long-term prevention of dementia. This predictive correlational study aimed to examine the prevalence and predictive factors of MCI among older adults with type 2 diabetes mellitus. A total of 160 participants who received service at a sub-district health promoting hospital in San Sai District, Chiang Mai Province, were recruited. Data collection instruments included: (1) a demographic data form, (2) the Thai version of the Mild Cognitive Impairment assessment, (3) a sleep quality assessment questionnaire, (4) a depression assessment questionnaire, and (5) the 5-meter walk test. Data were analyzed using descriptive statistics, correlation analysis, and multiple regression analysis.

The results of this study revealed the following:

1. The prevalence of MCI among older adults with type 2 diabetes mellitus was 81.30% (M = 18.50, SD = 4.52). The mean blood glucose level was within the normal range (M = 120.91, SD = 27.11). Sleep quality was at a poor level (M = 6.56, SD = 3.20). The average depression score indicated no depression (M = 7.79, SD = 4.47). Physical function was at a poor level (M = 11.36, SD = 2.55).

2. Physical function was significantly negatively correlated with MCI ($r = -.284$, $p < .01$). Blood glucose level, sleep quality, and depression were not significantly associated with MCI.

3. Physical function significantly predicted MCI among older adults with type 2 diabetes mellitus, accounting for 75% of the variance. Among the predictors, physical functioning had the strongest predictive effect ($\beta = -.284$, $p < .001$).

Based on the study findings, diabetes management should be integrated with the monitoring and promotion of physical functioning in primary care settings to prevent or delay cognitive decline among older adults with type 2 diabetes mellitus.

Keywords: Blood glucose level; Depression; Mild cognitive impairment; Older adults with type 2 diabetes mellitus; Physical functioning; Sleep quality

* Registered Nurse, Professional Level, Ban Pa Kang Sub-district Health Promoting Hospital, Chiang Mai Provincial Administrative Organization

** Corresponding author, Lecturer, Faculty of Nursing, Burapha University; e-mail: thiranai.so@buu.ac.th

Received 29 December 2025; Revised 16 February 2026; Accepted 1 May 2026

บทคัดย่อ

ภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเสื่อมถอยด้านการรู้คิดเร็วกว่าปกติ จากความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมเรื้อรัง ความเข้าใจปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการตรวจพบความผิดปกติแต่เนิ่น ๆ และการวางแผนป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระยะยาว การวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 ราย เป็นผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ในเขตอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบประเมินภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ฉบับภาษาไทย (3) แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (4) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และ (5) การทดสอบการเดินในระยะ 5 เมตร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ correlation analysis และ multiple regression analysis

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ร้อยละ 81.30 (M = 18.50, SD = 4.52) มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ (M = 120.91, SD = 27.11) คะแนนคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับที่ไม่ดี (M = 6.56, SD = 3.20) ภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยอยู่ในระดับที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (M = 7.79, SD = 4.47) และการทำหน้าที่ของร่างกายอยู่ในระดับที่ไม่ดี (M = 11.36, SD = 2.55)

2. การทำหน้าที่ของร่างกายมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.284$, $p < .01$) และระดับน้ำตาลในเลือด คุณภาพการนอนหลับ และภาวะซึมเศร้าไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

3. การทำหน้าที่ของร่างกายสามารถร่วมกันทำนายภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 75 โดยการทำหน้าที่ของร่างกายสามารถทำนายภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้มากที่สุด ($\beta = -.284$, $p < .001$)

จากผลการศึกษา ควรบูรณาการการควบคุมโรคเบาหวานร่วมกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมสมรรถภาพทางกายในการดูแลระดับปฐมภูมิ เพื่อป้องกันหรือชะลอการเสื่อมถอยด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

คำสำคัญ: ระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะซึมเศร้า ภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การทำหน้าที่ของร่างกาย คุณภาพการนอนหลับ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าก้าง องค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงใหม่
** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา e-mail: thiranai.so@buu.ac.th

วันที่รับบทความ 29 ธันวาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 16 กุมภาพันธ์ 2569 วันที่ตอบรับบทความ 1 พฤษภาคม 2569

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment: MCI) เป็นความผิดปกติด้านการรู้คิดที่สังเกตเห็นได้ชัดเจน แม้ระยะแรกอาจยังไม่กระทบการทำกิจวัตรประจำวันอย่างเด่นชัด แต่ถือเป็นสัญญาณเตือนสำคัญของการเสื่อมถอยด้านการรู้คิดในระยะยาว และสัมพันธ์กับภาระค่าใช้จ่ายและภาระการดูแลที่เพิ่มขึ้นต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ (Alzheimer's Association, 2022) จากรายงานของสมาคมโรคอัลไซเมอร์แห่งสหรัฐอเมริกา รายงานว่าความชุกของภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุทั่วโลกอยู่ประมาณร้อยละ 12–18 (Alzheimer's Association, 2022) ขณะที่ประเทศไทยพบแนวโน้มผู้สูงอายุที่มีภาวะภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 7.7 ต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Department of Older Persons, 2023) นอกจากนี้ภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยยังเป็นระยะเปลี่ยนผ่านสำคัญสู่ภาวะสมองเสื่อม โดยประมาณร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจะพัฒนาไปเป็นภาวะสมองเสื่อมภายใน 2 ปี (Petersen et al., 2018) สอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุร้อยละ 8.1 และเพิ่มตามอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Aekplakorn et al., 2021) สะท้อนให้เห็นว่าภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ควรเฝ้าระวังและตรวจคัดกรองตั้งแต่ระยะแรก เพื่อชะลอการดำเนินโรคและลดภาระที่จะเกิดขึ้นในระยะยาว

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มทั่วไป โดยมีรายงานว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความชุกของภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยสูงกว่ากลุ่มไม่เป็นเบาหวานอย่างมาก (Valenza et al., 2020) ขณะเดียวกัน สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 373,210 ราย และปี พ.ศ. 2567 เพิ่มเป็น 378,615 ราย (Ministry of Public Health, 2025) แนวโน้มดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าหากไม่มีมาตรการเฝ้าระวังและป้องกันที่เหมาะสมในระดับชุมชน จำนวนผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เกิดภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยอาจมีโอกาสพัฒนาเป็นภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นในอนาคต

ภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ถือเป็นระยะแรกของการสูญเสียความทรงจำ ความคิด และทักษะการรับรู้อื่น ๆ เช่น การใช้ภาษา หรือความสามารถในการรับรู้และเข้าใจมิติสัมพันธ์ของสิ่งต่าง ๆ ในผู้ที่ยังคงสามารถทำกิจกรรมประจำวันส่วนใหญ่ได้อย่างอิสระ (Alzheimer's Association, 2022) แม้ผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ยังสามารถพึ่งพาตนเองได้ในระดับหนึ่ง แต่ภาวะดังกล่าวส่งผลกระทบหลายมิติ ทั้งด้านร่างกายโดยสัมพันธ์กับความเร็วการเดินที่ลดลงและความเสี่ยงต่อการหกล้มที่เพิ่มขึ้น (Bahureksa et al., 2017; Mignardot et al., 2014; Montero-Odasso et al., 2014) ด้านจิตใจ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความเครียดจากการตระหนักถึงการเสื่อมถอยของตนเอง (Avery et al., 2023) ด้านสังคม ที่ทำให้การมีส่วนร่วมและความมั่นใจในการเข้าสังคมลดลง (Smith et al., 2022) และด้านเศรษฐกิจ ซึ่งอาจกระทบต่อความสามารถในการทำงานและการจัดการการเงิน ส่งผลให้ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้น (Frech et al., 2024)

ภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยสัมพันธ์กับผลกระทบในหลายด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การค้นหาปัจจัยด้านสุขภาพที่ปรับเปลี่ยนได้ เพื่อใช้เป็นเป้าหมายในการเฝ้าระวังและวางแผนส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะปัจจัยด้านเมตาบอลิซึมและพฤติกรรมสุขภาพสามารถเชื่อมโยงกับการรู้คิดผ่านกลไกหลอดเลือดสมอง การอักเสบ และการทำงานของระบบประสาท เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงสัมพันธ์กับความผิดปกติของหลอดเลือดฝอยและการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองที่ลดลง (Li et al., 2021) คุณภาพการนอนหลับไม่ดีสัมพันธ์กับความเครียด ภาวะออกซิเดชัน และการอักเสบของสมองซึ่งเกี่ยวข้องกับความบกพร่องทางการรู้คิด (Gao et al., 2022) การทำหน้าที่ของร่างกายที่ดีจากกิจกรรมทางกายช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดและออกซิเจนไปยังสมองและสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะความรู้คิดบกพร่อง

เล็กน้อย (Gray et al., 2021; Konopka, 2015) และภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยทางจิตใจที่สัมพันธ์กับการเสื่อมด้านการรู้คิด (Hwang, 2022)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยจำนวนมากมุ่งศึกษาภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุกลุ่มทั่วไปหรือศึกษาเป็นรายปัจจัยแยกกัน ขณะที่งานวิจัยในประเทศไทยยังมีจำกัดในประเด็นการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสุขภาพที่ปรับเปลี่ยนได้หลายปัจจัยร่วมกันเพื่อทำนายภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงและมีบริบทการดูแลเฉพาะ เช่น การควบคุมระดับน้ำตาล ภาวะแทรกซ้อน และข้อจำกัดด้านสมรรถภาพที่อาจต่างจากผู้สูงอายุทั่วไป ช่องว่างดังกล่าวทำให้การวางแผนคัดกรอง เฝ้าระวัง และออกแบบมาตรการเชิงป้องกันในระดับปฐมภูมิยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เฉพาะเจาะจงต่อกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานในบริบทไทย

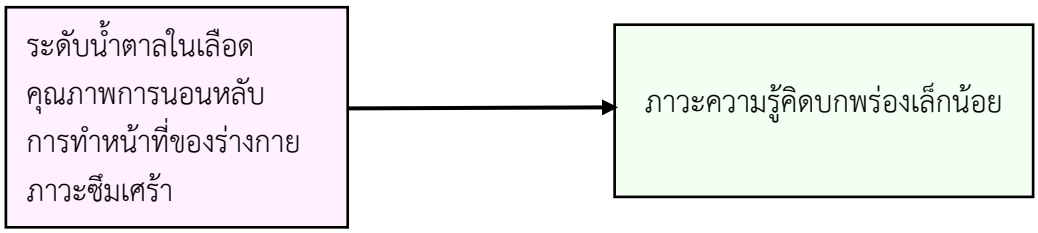
ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ 4 ประการ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด คุณภาพการนอนหลับ การทำหน้าที่ของร่างกาย และภาวะซึมเศร้า เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีหลักฐานสนับสนุนความเชื่อมโยงกับการเสื่อมด้านการรู้คิด (Gao et al., 2022; Gray et al., 2021; Hwang, 2022; Li et al., 2021) และสามารถเฝ้าระวังและจัดการได้จริงในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผลการศึกษาคาดว่าจะช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง วางแผนส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาแนวทางหรือโปรแกรมที่บูรณาการการดูแลโรคเบาหวานร่วมกับการส่งเสริมสมรรถภาพและสุขภาพจิต เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยและลดความเสี่ยงต่อการพัฒนาไปสู่ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโรคเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับน้ำตาลในเลือด คุณภาพการนอนหลับ การทำหน้าที่ของร่างกาย ภาวะซึมเศร้า และภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของระดับน้ำตาลในเลือด คุณภาพการนอนหลับ การทำหน้าที่ของร่างกาย และภาวะซึมเศร้า ต่อภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพที่สามารถปรับเปลี่ยนได้กับภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงหรือควบคุมได้ไม่ดีส่งผลให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดขนาดเล็ก การอักเสบเรื้อรัง ทำให้การไหลเวียนเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงสมองลดลง นำไปสู่การเสื่อมของเซลล์ประสาทและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Li et al., 2021) สำหรับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีรบกวนกระบวนการฟื้นฟูสมองและการกำจัดของเสียในระบบประสาท ส่งผลต่อสมาธิ ความจำ และการคิดวิเคราะห์ จึงมีแนวโน้มสัมพันธ์กับภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Gao et al., 2022) ในทางตรงกันข้ามการทำหน้าที่ของร่างกายที่ดีซึ่งสะท้อนถึงการมีกิจกรรมทางกายและสมรรถภาพทางกายที่เหมาะสม ช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังสมอง กระตุ้นการทำงานของเซลล์ประสาท และลดการอักเสบ จึงมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Gray et al., 2021; Konopka, 2015) นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร้าส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทและกระบวนการประมวลผลข้อมูลในสมอง ทำให้สมาธิและความจำลดลง จึงมีความสัมพันธ์กับภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Hwang, 2022) โดยปัจจัยทั้งสี่อาจส่งผลต่อการทำงานของสมองทั้งโดยตรงและเสริมแรงกันในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะเมตาบอลิซึมเรื้อรังอยู่แล้ว ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในเขตอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในเขตอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ดังต่อไปนี้ (1) อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (2) เพศหญิงและเพศชาย (3) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน (4) มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันของ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2015) ได้คะแนน 12 คะแนนขึ้นไป (5) สามารถสื่อสาร อ่าน และเข้าใจภาษาไทยได้ และ (6) มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนาเชิงทำนาย จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) โดยผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ ออสบอร์น (Osborne, 2000) คือ 1 ตัวแปรต้นที่ศึกษาต่อจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย ซึ่งตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด คุณภาพการนอนหลับ การทำหน้าที่ของร่างกาย ภาวะซึมเศร้า ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) โดยเริ่มจากการกำหนดพื้นที่ศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ แล้วสุ่มเลือกอำเภอสันทรายเป็นพื้นที่เก็บข้อมูล จากนั้นสุ่มเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในอำเภอสันทราย โดยแบ่งพื้นที่ตามทิศเหนือ–ตะวันออก–ใต้–ตะวันตก และสุ่มเลือกทิศละ 1 แห่ง รวม 4 แห่ง ได้แก่ บ้านเจดีย์แม่ครัว บ้านป่าก้าง บ้านสันพระเนตร และบ้านหนองไคร้ เมื่อกำหนดพื้นที่ได้แล้ว ผู้วิจัยติดประกาศรับสมัครผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยที่ รพ.สต. ทั้ง 4 แห่ง แห่งละ 40 ราย และนัดหมายผู้ที่สมัครใจเพื่อเก็บข้อมูลจนได้จำนวนครบ 160 ราย ตามที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว จำนวนยาที่รับประทาน ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด

2. แบบประเมินภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (the Montreal Cognitive Assessment: MoCA) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย โสพพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ และคณะ (Hemrungrojn et al., 2021) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ ประเมินความตั้งใจ สมาธิ การบริหารจัดการ ความจำภาษา ทักษะสัมพันธ์ของสายตากับการสร้างรูปแบบความคิดรวบยอด การคิดคำนวณและการรับรู้สภาวะรอบตัว โดยแบบประเมินมีคะแนนตั้งแต่ 0-30 คะแนน หากผู้ตอบแบบสอบถาม

มีการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี จะมีการเพิ่มคะแนนรวมให้หนึ่งคะแนน หากคะแนนรวมน้อยกว่า 25 ถือว่ามีภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

3. แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ตุลยา สีตสุวรรณ และคณะ (Sitasuwan et al., 2014) ประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุม 7 องค์ประกอบ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ระยะเวลาการหลับ ระยะเวลาการนอนหลับ ประสิทธิผลการนอนหลับ การรบกวนการนอนหลับ การใช้ยานอนหลับ และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ให้คะแนนรวมตั้งแต่ 0–21 คะแนน โดยคะแนน ≤ 5 หมายถึง คุณภาพการนอนหลับดี และคะแนน > 5 หมายถึง คุณภาพการนอนหลับไม่ดี

4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ผู้วิจัยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (Brain Rehabilitation Group, 1994) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ เป็นแบบประเมินถูก–ผิด ให้คะแนนรวม 0–30 คะแนน โดยคะแนน 0–12 หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 13–18 หมายถึง ซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนน 19–24 หมายถึง ซึมเศร้าปานกลาง และคะแนน 25–30 หมายถึง ซึมเศร้ารุนแรง

5. การประเมินการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ใช้การทดสอบการเดินระยะ 5 เมตร (5-meter walk test) เพื่อประเมินความสามารถและความเร็วในการเดิน ซึ่งสะท้อนความแข็งแรง การทรงตัว และสมรรถภาพทางกายทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเดินด้วยความเร็วปกติในระยะทาง 5 เมตร โดยจับเวลาตั้งแต่ก้าวแรกจนถึงก้าวข้ามเส้นสิ้นสุด และคำนวณความเร็วจากระยะทางหารด้วยเวลาที่ใช้ โดยหากใช้เวลาเฉลี่ย ≥ 6 วินาที แปลผลว่าอยู่ในภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายไม่ดี (Afilalo et al., 2018)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือการวิจัยทุกฉบับ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการทดสอบความความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือและมีการใช้อย่างแพร่หลายจึงไม่ได้นำไปตรวจสอบความตรงของเครื่องมือซ้ำ สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) แบบประเมินภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.83, 0.84 และ 0.81 ตามลำดับ และการประเมินการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยวิธีความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability: IRR) ได้เท่ากับ 0.61

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ-เชียงใหม่ เลขที่ 018/2025 วันที่อนุมัติ 17 กุมภาพันธ์ 2568 ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการกองสาธารณสุข โรงพยาบาลสงเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ วันที่อนุมัติ 31 มีนาคม 2568 และประชาสัมพันธ์รับสมัครผู้สูงอายุโรคเบาหวานเป็นกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมอย่างครบถ้วน ครอบคลุมวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมถึงความเสี่ยงหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยก่อนการตัดสินใจเข้าร่วม โดยเน้นว่าการเข้าร่วมเป็นไปโดยสมัครใจ ผู้เข้าร่วมมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องให้เหตุผล และไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิในการรักษาที่พึงได้รับ ผู้วิจัยได้อธิบายการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล โดยข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อ ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้ เอกสารแสดงความยินยอมและแบบสอบถามเก็บไว้ในที่ปลอดภัย เข้าถึงได้เฉพาะคณะผู้วิจัย และจะทำลายเอกสารภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย 5 ปี เมื่อผู้เข้าร่วมเข้าใจรายละเอียดและยินยอมเข้าร่วมแล้ว จึงลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังโครงร่างการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ จากนั้นประชาสัมพันธ์และคัดเลือกผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. ผู้วิจัยนัดหมายผู้ที่สนใจเข้าร่วม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ สิทธิในการถอนตัว และการรักษาความลับของข้อมูล พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามก่อนลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และการประเมินการทำหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30–45 นาที ต่อราย ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุโรคเบาหวานวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ระดับน้ำตาลในเลือด คุณภาพการนอนหลับ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ของร่างกายและภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

3. ความสัมพันธ์เชิงทำนายภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ด้วยสถิติ stepwise multiple regression analysis โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้ (1) ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Std. residual) เท่ากับ 0 (2) ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov–Smirnov test พบว่า มีค่า significant = .30 (3) ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือด คุณภาพการนอนหลับ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ของร่างกายและภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ด้วยสถิติ Pearson correlation พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก (r = .031, -.146, .083, -.284 ตามลำดับความสัมพันธ์ของตัวแปร) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < 0.01$) (4) ค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระจากกัน โดยใช้สถิติ Durbin–Watson = 1.82 (5) ทดสอบกราฟ scatter plot พบว่า การกระจายไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน และมีค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ (6) ทดสอบ multicollinearity เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ พบว่า ค่า Variance Inflation Factor (VIF) เท่ากับ 1.00 และค่า Tolerance เท่ากับ 1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.00) มีอายุเฉลี่ย 66.75 ปี (SD = 4.06) ด้านระดับการศึกษา ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 69.40) รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 12.50) และระดับอื่น ๆ ตามลำดับ ด้านสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส (ร้อยละ 55.00) รองลงมา คือ หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ (ร้อยละ 36.90) ด้านแหล่งที่มาของรายได้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแหล่งรายได้มากกว่า 1 แหล่ง และมากกว่าครึ่งระบุว่ารายได้มีความเพียงพอ (ร้อยละ 77.50) ด้านสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอื่นร่วม (ร้อยละ 91.30) มีจำนวนยาที่รับประทานเฉลี่ย 1.16 รายการ (SD = 0.63) ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 8.57 ปี (SD = 6.62) และลักษณะเชิงพรรณนาของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 120.91 มก./ดล. คุณภาพการนอนหลับเฉลี่ย 6.56 คะแนน ภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 7.79 คะแนน การทำหน้าที่ของร่างกายเฉลี่ย 11.36 คะแนน และภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเฉลี่ย 18.50 คะแนน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะเชิงพรรณนาของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา (n = 160)

ปัจจัย	ค่าเฉลี่ย (M)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	แปลผล
ระดับน้ำตาลในเลือด (มก./ดล.)	120.91	27.11	77	208	ปกติ
คุณภาพการนอนหลับ	6.56	3.20	1	16	ไม่ดี
ภาวะซึมเศร้า	7.79	4.47	1	25	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
การทำหน้าที่ของร่างกาย (วินาที)	11.36	2.55	7	20	ไม่ดี
ภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย	18.50	4.52	4	26	มีภาวะ MCI

3. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือด คุณภาพการนอนหลับ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ของร่างกาย และภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การทำหน้าที่ของร่างกายมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.284$, $p < .01$) และระดับน้ำตาลในเลือด คุณภาพการนอนหลับ และภาวะซึมเศร้าไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือด คุณภาพการนอนหลับ ภาวะซึมเศร้า การทำหน้าที่ของร่างกาย และภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n = 160)

ปัจจัย	1	2	3	4	5
1. ระดับน้ำตาลในเลือด	1				
2. คุณภาพการนอนหลับ	-.050	1			
3. ภาวะซึมเศร้า	.054	.146	1		
4. การทำหน้าที่ของร่างกาย	-.037	.152	.186	1	
5. ภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย	.031	-.146	.083	-.284*	1

*$p < 0.01$

4. ปัจจัยทำนายภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การทำหน้าที่ของร่างกายสามารถทำนายภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 75 (adjusted $R^2 = .75$) อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวทำนายพบว่า การทำหน้าที่ของร่างกายสามารถทำนายภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้มากที่สุด ($\beta = -.284$, $p < .001$) ($R = .284$, $R^2 = .081$, adjusted $R^2 = 0.75$, $F = 13.910$, sig of $F < .001$)

การอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 81.30 ($M = 18.50$, $SD = 4.52$) สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ในประเทศไทยที่ศึกษาภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุกลุ่มโรคเรื้อรัง มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ร้อยละ 52.76 (Subindee & Sritanyarat, 2014) และการศึกษาในต่างประเทศที่ศึกษาภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้ป่วยโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่ พบภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเพียงร้อยละ 45.0 (You et al., 2021) จะเห็นได้ว่าร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในวัยสูงอายุมีจำนวนมากกว่าวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากเมื่ออายุเพิ่มขึ้น อุบัติการณ์ของภาวะการรู้คิดบกพร่องจะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย อันเป็นผลจากความเสื่อมของร่างกาย

ตามกระบวนการชราภาพตามปกติ ไม่ว่าจะเป็นการสะสมของสารที่เป็นอันตรายต่อเซลล์ หรือการที่เซลล์ไม่สามารถขนส่งหรือขับถ่ายของเสียออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Eze et al., 2015)

สำหรับปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การทำหน้าที่ของร่างกายมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยอย่างมีนัยสำคัญ ($r = -.284$, $p < .01$) เมื่อทดสอบการเดินในระยะทาง 5 เมตรใช้เวลา ≥ 6 วินาที หมายถึง การมีสมรรถภาพทางกายต่ำ เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การมีการทำหน้าที่ของร่างกายไม่เพียงพอเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่อง 2.81 เท่า (Khullar et al., 2017) ซึ่งความเร็วการเดิน (gait speed) และความแข็งแรงกล้ามเนื้อเป็นตัวชี้วัดด้านหน้าที่ของร่างกายที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนผ่านของภาวะการรู้คิดในผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ การทำหน้าที่ของร่างกายที่ลดลงอาจสะท้อนภาวะเปราะบางทางสรีรวิทยา (frailty spectrum) การทำงานของระบบหลอดเลือดหรือหัวใจที่ถดถอย รวมถึงความผิดปกติด้านระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ซึ่งเชื่อมโยงกับความสามารถของสมองในการคงไว้ซึ่งความจำ สมาธิ และการทำหน้าที่บริหารจัดการได้ (executive function) (Cai et al., 2022) ดังนั้นจึงอธิบายได้ว่าการทำหน้าที่ของร่างกายไม่ดีเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยสูง สำหรับตัวแปรระดับน้ำตาลในเลือด คุณภาพการนอนหลับ และภาวะซึมเศร้าไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย โดยระดับน้ำตาลในเลือดไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า ระดับน้ำตาลขณะอดอาหารที่สูงสัมพันธ์กับความเสี่ยงภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยที่เพิ่มขึ้น (Li et al., 2021) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้วัดระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุดเป็นตัวชี้วัดในระยะสั้น และความแปรปรวนไม่มากในกลุ่มตัวอย่างโดยค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปกติ นอกจากนี้ การใช้ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar) อาจไม่สะท้อนการคุมโรคเบาหวานในระยะยาวเท่าตัวชี้วัดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

ในทำนองเดียวกัน คุณภาพการนอนหลับไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Gao et al., 2022) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งอาจมีปัจจัยทางสุขภาพและโรคร่วมหลายประการที่ส่งผลต่อภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยมากกว่าคุณภาพการนอนหลับ ทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจน แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ศึกษาในประชากรผู้ใหญ่ในชุมชน ในส่วนของภาวะซึมเศร้าไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้า ทำให้ไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

สำหรับปัจจัยทำนายภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การทำหน้าที่ของร่างกายสามารถทำนายภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้มากที่สุด ($\beta = -.284$, $p < .001$) ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายสามารถทำนายภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 75 (adjusted $R^2 = .75$) โดยการทำหน้าที่ของร่างกายในการศึกษานี้สะท้อนความเร็วการเดิน (gait speed) ผลการวิเคราะห์พบความสัมพันธ์เชิงลบ ($\beta = -.284$) แสดงว่าเมื่อสมรรถภาพการเดินลดลงหรือเดินช้าลง มีแนวโน้มเกิดภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยมากขึ้น ทั้งนี้ความเร็วการเดินเป็นตัวชี้วัดที่สัมพันธ์กับการเสื่อมถอยของการทำงานทางกาย และถูกใช้เป็นตัวบ่งชี้ความเสี่ยงต่อการถดถอยของการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุ ดังนั้นการประเมินความเร็วการเดินจากการทดสอบเดิน 5 เมตร อาจใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้น เพื่อระบุว่าผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และวางแผนการดูแลส่งเสริมกิจกรรมทางกายหรือการฝึกความแข็งแรงและการทรงตัวร่วมกับการติดตามด้านความรู้คิด

ดังนั้นการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และเป็นตัวทำนายภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่าผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพทางกายลดลงมีแนวโน้มเกิดความบกพร่องด้านการรู้คิดมากขึ้น ขณะที่ระดับน้ำตาลในเลือด คุณภาพการนอนหลับ และภาวะซึมเศร้าไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในกลุ่มตัวอย่างนี้

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเท่านั้น ดังนั้น ผลการวิจัยอาจไม่สามารถอธิบายหรือแทนลักษณะของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดได้อย่างครอบคลุม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในบริบทหรือระดับบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การคัดกรองเชิงรุกในสถานบริการระดับปฐมภูมิ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและคลินิกโรคเรื้อรัง ควรเพิ่มการประเมินการทำหน้าที่ของร่างกายกับคัดกรองภาวะความรู้คิดบกพร่องในการติดตามผู้สูงอายุโรคเบาหวานประจำปี เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อภาวะความรู้คิดบกพร่องตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

2. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย ควรออกแบบโปรแกรมออกกำลังกายที่เน้นการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา การทรงตัว และความเร็วการเดิน (gait speed) เช่น การบริหารร่างกายแบบแรงต้าน การรำไม้พลอง หรือการออกกำลังกายในน้ำ โดยบูรณาการเข้ากับคลินิกโรคเบาหวาน เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองและชะลอการเสื่อมถอยด้านการรู้คิด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เช่น ระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) และภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด

2. ควรพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถภาพทางกายสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

3. ควรศึกษาการเปลี่ยนผ่านจากภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยไปสู่ภาวะสมองเสื่อมในอนาคต โดยการติดตามผู้สูงอายุโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

References

Aekplakorn, W., Puckcharern, H., & Satheannoppakao, W. (2021). *National health examination surveys* (6th ed.). Aksorn Graphic and Design. (in Thai)

Afilalo, J., Sharma, A., Zhang, S., Brennan, J. M., Edwards, F. H., Mack, M. J., McClurken, J. B., Cleveland, J. C. Jr., Smith, P. K., Shahian, D. M., Peterson, E. D., & Alexander, K. P. (2018). Gait speed and 1-year mortality following cardiac surgery: A landmark analysis from the society of thoracic surgeons adultcardiac surgery database. *Journal of the American Heart Association, 7*(23), e010139. https://doi.org/10.1161/JAHA.118.010139

Alzheimer's Association. (2022). *More than normal aging: Understanding mild cognitive impairment.* https://www.alzsd.org/wp-content/uploads/2023/03/Michelle-Reuwers-Summary-of-the-2022-Alzheimers-Disease-Facts-and-Figures-Report.pdf

Avery, J., Thomas, D., & Myshakivska, O. (2023). The effect of Mild Cognitive Impairment (MCI) on psychological distress among older adults in Ukraine. *BMC Geriatrics, 23*(1), 248. https://doi.org/10.1186/s12877-023-03906-1

Bahureksa, L., Najafi, B., Saleh, A., Sabbagh, M., Coon, D., Mohler, M. J., & Schwenk, M. (2017). The impact of mild cognitive impairment on gait and balance: A systematic review and meta-analysis of studies using instrumented assessment. *Gerontology, 63*(1), 67–83. https://doi.org/10.1159/000445831

Brain Rehabilitation Group. (1994). Thai geriatric depression scale. *Siriraj Hospital Gazette, 46*(1), 1–9. (in Thai)

Cai, Y. H., Wang, Z., Feng, L. Y., & Ni G. X. (2022). Effect of exercise on the cognitive function of older patients with type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Human Neuroscience, 16*, 876935. https://doi.org/10.3389/fnhum.2022.876935

Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2015). *Guide for the elderlyscreening/ assessment* (2nd ed.). War Veterans Organization Office of Printing Mill. https://dmscaretools.dms.go.th/geriatric/download/DMS_Aging_screening.pdf (in Thai)

Department of Older Persons. (2023). *Situation of Thai older persons 2022.* Amarin Corporations. https://library.anamai.moph.go.th/mmi/Main/cvr/000/004/690/8/240531-135343-27123_2565_eng.pdf (in Thai)

Eze, C., Basil, E., Uma, A., & Ikenna, O. (2015). The prevalence of cognitive impairment amongst type 2 diabetes mellitus patients at Abakaliki South-East Nigeria. *Journal of Metabolic Syndrome, 4*, 1-3. https://doi.org/10.4172/2167-0943.1000171

Frech, F. H., Li, G., Juday, T., Ding, Y., Mattke, S., Khachaturian, A., Rosenberg, A. S., Ndiba-Markey, C., Rava, A., Batrla, R., De Santi, S., & Hampel, H. (2024). Economic impact of progression from mild cognitive impairment to alzheimer disease in the United States. *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease, 11*(4), 983-991. https://doi.org/10.14283/jpad.2024.68

Gao, F., Wei, S., Dang, L., Gao, Y., Gao, L., Shang, S., Chen, C., Huo, K., Wang, J., Wang, J., & Qu, Q. (2022). Sleep disturbance is associated with mild cognitive impairment: A community population-based cross-sectional study. *BMC Public Health, 22*(1), 2000. https://doi.org/10.1186/s12889-022-14391-3

Gray, M., Gills, J. L., Glenn, J. M., Vincenzo, J. L., Walter, C. S., Madero, E. N., Hall, A., Fuseya, N., & Bott, N. T. (2021). Cognitive decline negatively impacts physical function. *Experimental Gerontology, 143*, 111164. https://doi.org/10.1016/j.exger.2020.111164

Hemrungrojn, S., Tangwongchai, S., Charoenboon, T., Panasawat, M., Supasitthumrong, T., Chaipresertsud, P., Maleevach, P., Likitjaroen, Y., Phanthumchinda, K., & Maes, M. (2021). Use of the montreal cognitive assessment thai version to discriminate amnestic mild cognitive impairment from Alzheimer's disease and healthy controls: Machine learning results. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 50*(2), 183–194. https://doi.org/10.1159/000517822

Hwang, E. J. (2022). Analysis of factors associated with subjective Mild Cognitive Impairment (MCI) among older adults resident in the community. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(16), 10387. https://doi.org/10.3390/ijerph191610387

Khullar, S., Kaur, G., Dhillon, H., Sharma, R., Mehta, K., Singh, M., & Singh, P. (2017). The prevalence and predictors of cognitive impairment in type 2 diabetic population of Punjab, India. *Journal of Social Health and Diabetes, 5*(1), 47-53. https://doi.org/10.1007/s10597-015-9985-y

Konopka, L. M. (2015). How exercise influences the brain: A neuroscience perspective. *Croatian Medical Journal, 56*(2), 169-171. https://doi.org/10.3325/cmj.2015.56.169

Li, W., Yue, L., Sun, L., & Xiao, S. (2021). Elevated fasting plasma glucose is associated with an increased risk of MCI: A community-based cross-sectional study. *Front Endocrinol (Lausanne), 12,* 739257. https://doi.org/10.3389/fendo.2021.739257

Mignardot, J. B., Beauchet, O., Annweiler, C., Cornu, C., & Deschamps, T. (2014). Postural sway, falls, and cognitive status: A cross-sectional study among older adults. *Journal of Alzheimer's Disease*, *41*(2), 431–439. https://doi.org/10.3233/JAD-132657

Ministry of Public Health. (2025). *Incidence rate of new diabetes cases per 100,000 population in the fiscal year.* https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/eeeab22e386d32e7f5f5ecefebce0001?subcatalogId=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11 (in Thai)

Montero-Odasso, M., Oteng-Amoako, A., Speechley, M., Gopaul, K., Beauchet, O., Annweiler, C., & Muir-Hunter, S. W. (2014). The motor signature of mild cognitive impairment: Results from the gait and brain study. *The Journals of Gerontology: Series A*, *Biological Sciences and Medical Sciences, 69*(11), 1415–1421. https://doi.org/10.1093/gerona/glu155

Osborne, J. W. (2000). Prediction in multiple regression. *Practical Assessment, Research & Evaluation, 7*(1), 2. https://doi.org/10.7275/7j20-gg86

Petersen, R. C., Lopez, O., Armstrong, M. J., Getchius, T. S. D., Ganguli, M., Gloss, D., Gronseth, G. S., Marson, D., Pringsheim, T., Day, G. S., Sager, M., Stevens, J., & Rae-Grant, A. (2018). Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment [RETIRED]: Report of the guideline development, dissemination, and implementation subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology, 90*(3), 126-135. https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004826

Sitasuwan, T., Bussaratid, S., Ruttanaumpawan, P., & Chotinaiwattarakul, W. (2014). Reliabilityand validity of the Thai version of the Pittsburgh sleep quality index. *Journal of Medical Association Thailand, 97*(Suppl. 3), S57-S67.

Smith, L., Shin, J. I., López Sánchez, G. F., Oh, H., Kostev, K., Jacob, L., Law, C. T., Carmichael, C., Tully, M. A., & Koyanagi, A. (2022). Social participation and mild cognitive impairment in low- and middle-income countries. *Preventive Medicine, 164*, 107230. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2022.107230

Subindee, S., & Sritanyarat, W. (2014). Mild cognitive impairment in older persons with chronic illness attended at a chronic care clinic of a primary care unit Khon Kaen Province. *Journal of Nursing Science & Health, 37*(1), 43-50. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/19747/17288 (in Thai)

Valenza, S., Paciaroni, L., Paolini, S., Bonfigli, A. R., Di Rosa, M., Rabini, R. A., Tortato, E., Pelliccioni, P., & Pelliccioni, G. (2020). Mild cognitive impairment subtypes and type 2 diabetes in elderly subjects. *Journal of Clinical Medicine, 9*(7), 2055. https://doi.org/10.3390/jcm9072055

You, Y., Liu, Z., Chen, Y., Xu, Y., Qin, J., Guo, S., Huang, J., & Tao, J. (2021). The prevalence of mild cognitive impairment in type 2 diabetes mellitus patients: A systematic review and meta-analysis. *Acta Diabetologica, 58*(6), 671–685. https://doi.org/10.1007/s00592-020-01648-9

Access, Predictive Factors, and Outcomes of Primary Health Care Services Among Older Adults in Urban Communities

การเข้าถึง ปัจจัยทำนาย และผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในผู้สูงอายุชุมชนเขตเมือง

Niramol	Somtua*	นิระมล	สมตัว*
Ratdawan	Klungklang**	รัตน์ดาวรรณ	คลังกลาง**
Srisuda	Lundputh*	ศรีสุดา	ลุนพุฒิ*
Wichuda	Nopasert***	วิชุดา	นพเสริฐ***
Prapasri	Poopayang*	ประภาศรี	ภูผายาง*

Abstract

Thailand has become a complete aged society, resulting in a significant increase in primary health care service demands. However, older adults in urban communities continue to face multidimensional barriers to service access. This study aimed to examine the level of primary health care access, analyze predictive factors, and explore primary health care service outcomes among older adults in urban communities. An explanatory sequential mixed methods design was employed. Quantitative data were collected from 180 older adults in an urban community in a northeastern province, using proportional stratified sampling, and qualitative data were gathered from 111 key informants. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis, while qualitative data were analyzed using thematic analysis.

The findings revealed that older adults accessed primary health care at a high level overall ($M = 3.90$, $SD = 0.55$). The highest dimension was service acceptability, followed by affordability, physical accessibility, availability, and accommodation, respectively. Significant predictors of health care access included monthly income, distance to health service units, activities of daily living (ADL) level, presence of a caregiver, and health rights knowledge. The model explained 48.0% of the variance in health care access ($R^2 = .480$, Adjusted $R^2 = .460$, $p < .001$). The qualitative findings enabled the synthesis of four integrated service delivery models: home ward care, NCD clinic and NCD school, community pharmacy, and telemedicine through VHV networks. Overall satisfaction with primary health care services was at a high level, particularly regarding interpersonal relations and staff competency.

The findings indicate a positive direction for primary health care service delivery in urban communities. However, proactive service delivery, reduction of physical access barriers, bridging the digital divide, and strengthening community support systems are needed to ensure equitable and sustainable care for older adults.

Keywords: Health care access; Health service delivery; Older adults; Primary health care; Urban community

* Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*** Corresponding author, Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute; e-mail: wichuda.n@bcnkk.ac.th

Received 30 March 2026; Revised 2 July 2026; Accepted 14 July 2026

บทคัดย่อ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้ว ส่งผลให้ความต้องการบริการสุขภาพปฐมภูมิเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองยังเผชิญอุปสรรคการเข้าถึงบริการในหลายมิติ การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ วิเคราะห์ปัจจัยทำนาย และศึกษาผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง การวิจัยใช้รูปแบบผสมผสานแบบเชิงอธิบายตามลำดับขั้น เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากผู้สูงอายุจำนวน 180 คน ในชุมชนเขตเมือง ในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือแห่งหนึ่ง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน และข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูล 111 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา และสถิติ multiple regression analysis สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วย thematic analysis

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 3.90, SD = 0.55) โดยมิติที่สูงที่สุด คือ การยอมรับบริการ รองลงมา คือ ความสามารถในการจ่าย การเข้าถึงทางกายภาพ ความพอเพียง และความสะดวกของบริการ ตามลำดับ ปัจจัยทำนายที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้เฉลี่ย ระยะทางถึงหน่วยบริการสุขภาพ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีผู้ดูแล และความรู้สิทธิด้านสุขภาพ โดยแบบจำลองอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 48.0 (R^2 = .480, Adjusted R^2 = .460, $p < .001$) ผลการวิจัยเชิงคุณภาพสามารถสังเคราะห์รูปแบบการจัดบริการแบบบูรณาการได้ 4 รูปแบบ ได้แก่ การดูแลที่บ้าน คลินิกและโรงเรียน NCD ร้านยาชุมชน และระบบ telemedicine ผ่านเครือข่าย ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพปฐมภูมิในระดับมาก โดยเฉพาะด้านมนุษยสัมพันธ์และความสามารถของบุคลากร

ข้อค้นพบจากการศึกษานี้แสดงว่า การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในชุมชนมีทิศทางการดำเนินงานที่ดี แต่ยังควรพัฒนาระบบบริการเชิงรุก ลดข้อจำกัดด้านการเข้าถึงทางกายภาพ ลดช่องว่างดิจิทัล และเสริมระบบสนับสนุนในชุมชน เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมและความยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการสุขภาพ การจัดบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุ บริการสุขภาพปฐมภูมิ ชุมชนเขตเมือง

* อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
*** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
e-mail: wichuda.n@bcnkk.ac.th

วันที่รับบทความ 30 มีนาคม 2569 วันที่แก้ไขบทความ 2 กรกฎาคม 2569 วันที่ตอบรับบทความ 14 กรกฎาคม 2569

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรสูงวัยกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลก ส่งผลให้ภาระโรคเรื้อรังและความต้องการบริการสุขภาพระยะยาวขยายตัวอย่างมีนัยสำคัญ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพโลก โดยมีบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นรากฐานของการบรรลุเป้าหมายดังกล่าว (World Health Organization [WHO], 2023) ซึ่งระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็งจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ (Hanson et al., 2022) แต่พบว่า ผู้สูงอายุยังเผชิญกับอุปสรรคในการเข้าถึงบริการเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง (Cu et al., 2021)

สำหรับประเทศไทย ได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้ว โดยในปี พ.ศ. 2566 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 13.1 ล้านคน (ร้อยละ 20) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นราว 20 ล้านคน (ร้อยละ 28) ภายในปี พ.ศ. 2576 (Department of Provincial Administration, 2023) ผู้สูงอายุไทยมีภาวะโรคเรื้อรังในอัตราสูง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 53.82 โรคเบาหวานร้อยละ 28.13 และมีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 12.51 (Thansa, 2025) ความต้องการเหล่านี้ทำให้บริการสุขภาพปฐมภูมิต้องรับภาระเพิ่มขึ้นในรูปแบบคลินิกหมอครอบครัว การเยี่ยมบ้านและการบริการเชิงรุกในชุมชน ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 (Royal Thai Government Gazette, 2019) แม้จะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมกว่าร้อยละ 99 แต่ผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มที่มีสมรรถภาพร่างกายถดถอยและรายได้จำกัด ยังเผชิญอุปสรรคการเข้าถึงบริการในหลายมิติ ทั้งระยะทางระยะเวลารอรับบริการ ค่าใช้จ่ายทางอ้อม และช่องว่างทางดิจิทัล (Cu et al., 2021)

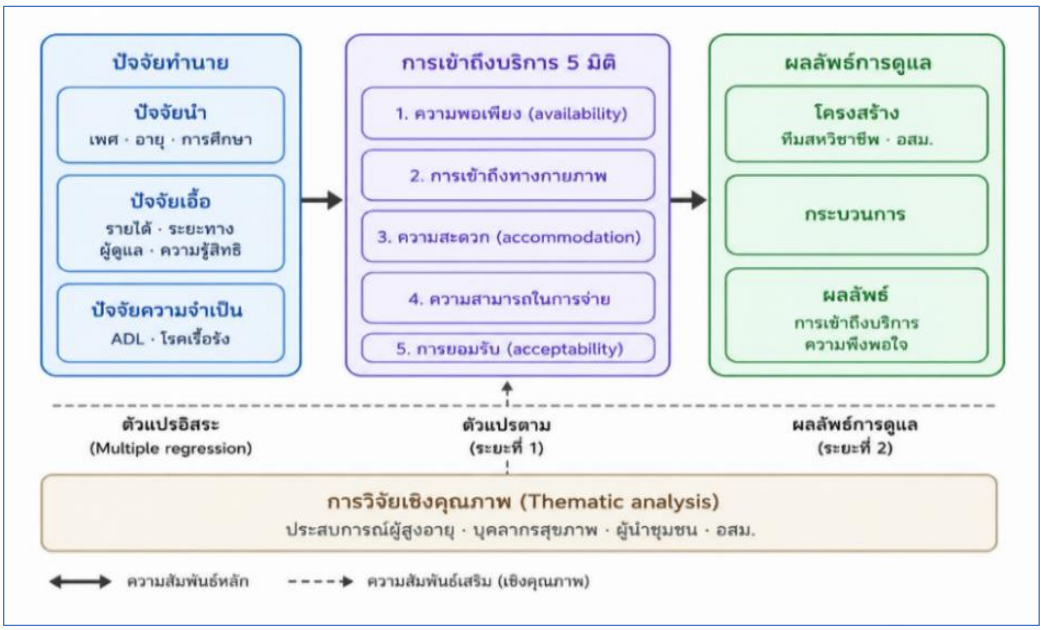
ในชุมชนเขตเมืองภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ผู้สูงอายุบางส่วนยังขาดการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง แม้หน่วยบริการจะอยู่ในระยะเข้าถึงได้ แสดงว่าปัญหาดังกล่าวไม่ได้เกิดจากข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐานเพียงอย่างเดียว แต่อาจมีปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม คุณภาพบริการ การรับรู้สิทธิสุขภาพ และลักษณะการจัดบริการที่ยังไม่ได้รับการอธิบายอย่างเพียงพอ (Cherdchoo et al., 2019; Ngamkham et al., 2018) แม้ว่าจะมีการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุมาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังมีงานวิจัยเพียงจำนวนน้อยที่บูรณาการการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายเชิงปริมาณร่วมกับการอธิบายเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองอย่างครอบคลุม การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาระดับการเข้าถึงบริการ ปัจจัยทำนาย และผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาการจัดบริการให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้บูรณาการกรอบแนวคิด 3 กรอบ ได้แก่ (1) การเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ ของ เพนชานสกี และ โทมัส (Penchansky & Thomas, 1981) เพื่อวัดสถานการณ์และกำหนดตัวแปรตาม (2) แบบจำลองพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของ แอนเดอร์เซน (Andersen, 1968) เพื่อจำแนกปัจจัยทำนายเป็นปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยความจำเป็น และ (3) กรอบโครงสร้าง-กระบวนการ-ผลลัพธ์ของ โดนาเบเดียน (Donabedian, 1988) เพื่อประเมินผลลัพธ์การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods) ชนิดเชิงอธิบายตามลำดับขั้น (explanatory sequential design) (Creswell & Creswell, 2022) ดำเนินการใน 18 ชุมชน เขตเมืองในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือแห่งหนึ่ง แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ และระยะที่ 2 การศึกษาผลลัพธ์ของการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากร คือ ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ใน 18 ชุมชน จำนวน 2,145 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ F-test กำหนดตัวแปรอิสระ 7 ตัว (f^2 = 0.15, α = 0.05, power = 0.95) ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 153 คน(Faul et al., 2009) และกำหนดเก็บข้อมูล 180 คน เพื่อชดเชยข้อมูลสูญหาย สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วนและสุ่มอย่างเป็นระบบจากทะเบียนประชากร เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อายุ ≥ 60 ปี อาศัยในชุมชนไม่น้อยกว่า 6 เดือน สื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อมรุนแรงหรือเจ็บป่วยเฉียบพลัน ทั้งนี้ข้อมูลที่ขาดหายไม่เกินร้อยละ 5 ใช้การแทนค่าเฉลี่ย (mean imputation)

การวิจัยเชิงคุณภาพ

คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง รวม 111 คน โดยยึดหลักความอิ่มตัวของข้อมูล (Morse, 1995) ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้สูงอายุ 54 คน แบ่งตามระดับการเข้าถึงบริการสูง ปานกลาง และต่ำ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (2) บุคลากรสุขภาพ 3 คน ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเภสัชกร และ (3) ผู้นำชุมชนและ อสม. 54 คน เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม 6 กลุ่ม กลุ่มละ 9 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเชิงปริมาณ

เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาจากแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของ เพนชานสกี และ โทมัส (Penchansky & Thomas, 1981) และแบบจำลองของ แอนเดอร์เซน (Andersen, 1968) ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป (2) สถานะสุขภาพ (3) การใช้บริการสุขภาพในรอบ 12 เดือน (4) การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ 5 มิติ

(40 ข้อ) (5) ปัจจัยเอื้อและอุปสรรค (20 ข้อ) และ (6) ความพึงพอใจต่อบริการ (10 ข้อ) แบบสอบถามส่วนที่ 4-6 เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ (1.00-2.49) ปานกลาง (2.50-3.49) และมาก (3.50-5.00) เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า CVI รายข้อตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2021) และทดสอบความเชื่อมั่นกับกลุ่มทดสอบเครื่องมือวิจัย 30 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84, 0.81 และ 0.89 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับดี (Nunnally & Bernstein, 1994)

เครื่องมือเชิงคุณภาพ

เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง 2 ชุด ได้แก่ แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก 12 ข้อ สำหรับผู้สูงอายุและบุคลากรสุขภาพ และแนวคำถามสนทนากลุ่ม 8 ข้อ สำหรับผู้นำชุมชนและ อสม. ครอบคลุมประสบการณ์การใช้บริการ อุปสรรค ช่องว่างของระบบ และแนวทางการพัฒนา เครื่องมือทั้งสองชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญชุดเดียวกัน และปรับภาษาให้เหมาะสมกับบริบทผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น (IRB-BCNKK-08-2025) วันที่อนุมัติ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2568 ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน ยินยอมเข้าร่วมโดยสมัครใจ ซึ่งได้ลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร และสามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการ ข้อมูลทั้งหมดได้รับการรักษาความลับโดยใช้รหัสแทนชื่อ และจัดเก็บในตู้นิรภัยที่มีกุญแจล็อกเป็นระยะเวลา 5 ปี ก่อนดำเนินการทำลายตามมาตรฐานการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมก่อนการเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า (face-to-face interview) ณ บ้านของผู้สูงอายุและศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 12 สัปดาห์

ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย (1) การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลรายบุคคล ณ บ้านผู้สูงอายุและห้องประชุมศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ใช้เวลาคนละ 45-60 นาที และ (2) การสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน และ อสม. จำนวน 6 กลุ่ม กลุ่มละ 9 คน ณ ศาลาประชาคมชุมชน ใช้เวลากลุ่มละ 60-90 นาที โดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างในการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยกำหนดรหัสตัวแปรจัดประเภท (categorical variables) ก่อนบันทึกข้อมูล และแปลงเป็นตัวแปรหุ่น (dummy variables) ก่อนการวิเคราะห์การถดถอย สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายใช้ multiple regression analysis แบบ enter method กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ มีความสัมพันธ์เชิงเส้น และไม่พบปัญหา multicollinearity หรือ outliers (Tabachnick & Fidell, 2019)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วย thematic analysis (Braun & Clarke, 2006) และตรวจสอบความน่าเชื่อถือตามเกณฑ์ของ ลินคอล์น และ กูบา (Lincoln & Guba, 1985)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 180 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.21) อายุเฉลี่ย 69.8 ปี (SD = 7.45) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 48.90) มีรายได้ต่อเดือน 3,001-6,000 บาท (ร้อยละ 41.16) และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 78.33) ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพบว่า ส่วนใหญ่อยู่

ในกลุ่มติดสังคม (ร้อยละ 73.33) ติดบ้าน (ร้อยละ 18.92) และติดเตียง (ร้อยละ 7.84) ร้อยละ 72.21 มีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค โดยพบโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 56.17) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 38.33) มากที่สุด

2. การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ

2.1 ผลเชิงปริมาณ พบการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ ดังตารางที่ 1

2.1.1 ผู้สูงอายุมีระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 3.90, SD = 0.55) เมื่อพิจารณารายมิติพบว่า มิติการยอมรับคุณภาพบริการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ ความสามารถในการจ่าย การเข้าถึงทางกายภาพ ความพอเพียงของบริการ และความสะดวกของบริการ ตามลำดับ

2.1.2 ปัจจัยสนับสนุนการเข้าถึงบริการส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (M = 4.00, SD = 0.53) โดยปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ความเป็นมิตรและการเข้าถึงง่ายของบุคลากรสุขภาพ รองลงมา คือ การมีผู้ดูแลพาไปรับบริการ และการรับรู้สิทธิประกันสุขภาพ ส่วนอุปสรรคการเข้าถึงบริการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.12, SD = 0.73) อุปสรรคสำคัญ ได้แก่ ระยะทางและความไม่สะดวกในการเดินทาง ข้อจำกัดทางร่างกาย ระยะเวลารอคอย การใช้เทคโนโลยีและระบบนัดหมายออนไลน์ และภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

2.1.3 ความพึงพอใจต่อการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 4.56, SD = 0.43) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความสุภาพและความเป็นมิตรของบุคลากรมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ ความรู้ความสามารถและทักษะของบุคลากร ความพึงพอใจโดยรวมต่อการจัดบริการ การจัดบริการเยี่ยมบ้านหรือบริการถึงที่พัก และการสื่อสารให้ข้อมูลสุขภาพ

ตารางที่ 1 ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ (n = 180)

มิติการเข้าถึง	M	SD	ระดับ
1. การยอมรับคุณภาพบริการ (acceptability)	4.25	0.58	มาก
2. ความสามารถในการจ่าย (affordability)	4.12	0.60	มาก
3. การเข้าถึงทางกายภาพ (accessibility)	3.92	0.65	มาก
4. ความพอเพียงของบริการ (availability)	3.68	0.72	มาก
5. ความสะดวกของบริการ (accommodation)	3.54	0.81	มาก
การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยรวม	**3.90**	**0.55**	**มาก**
ปัจจัยสนับสนุนการเข้าถึงบริการโดยรวม	**4.00**	**0.53**	**มาก**
อุปสรรคในการเข้าถึงบริการโดยรวม	**3.12**	**0.73**	**ปานกลาง**

2.2 ผลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ 54 คน และบุคลากรสุขภาพ 3 คน พบ 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

Theme 1: ความไว้วางใจต่อหน่วยบริการส่งผลต่อการเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่อง

Subtheme 1.1: ความคุ้นเคยกับบุคลากรช่วยสร้างความไว้วางใจและการกลับมาใช้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยความสัมพันธ์ที่เป็นมิตรและการสื่อสารที่ไม่เร่งรีบทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นและยอมรับบริการ

“มาที่นี่เหมือนมาหาลูกหลาน พยาบาลใจดีทุกคน ไม่เหมือนโรงพยาบาลใหญ่ที่ดูรีบตลอด” (ผู้สูงอายุ, IDI-AD-07)

Subtheme 1.2: ประสบการณ์เชิงลบจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทำให้ผู้สูงอายุเลื่อนหรือหลีกเลี่ยงการรักษา เนื่องจากความแออัดและประสบการณ์ไม่พึงประสงค์

"ผู้สูงอายุหลายรายที่ควรส่งต่อมักบอกว่าเดี๋ยวค่อยไป เราเข้าใจว่าส่วนหนึ่งเพราะเคยไปแล้วไม่ดี" (แพทย์, IDI-HP-02)

Theme 2: ผู้สูงอายุใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้จำกัดจึงเข้าถึงบริการได้ยาก

Subtheme 2.1: ข้อจำกัดด้านทักษะดิจิทัลทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการเข้าถึงบริการ เช่น การจองคิวออนไลน์

"หมอพร้อมจองคิวก็เคยได้ยิน แต่ตามองไม่ค่อยชัด กดไม่ถูก ทำไม่เป็น" (ผู้สูงอายุ, IDI-AD-31)

Subtheme 2.2: ความไม่มั่นใจในการใช้เทคโนโลยีเป็นอุปสรรคต่อการใช้บริการแพทย์ทางไกล แม้มีความต้องการใช้บริการ

"ผู้สูงอายุที่ใช้โทรศัพท์ไม่เป็นส่วนใหญ่อยากใช้ แต่เขาไม่มั่นใจ เราก็ต้องช่วยอยู่ดี" (พยาบาลวิชาชีพ, IDI-HP-01)

Theme 3: ค่าใช้จ่ายทางอ้อมยังเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการ

Subtheme 3.1: ค่าเดินทางเป็นภาระซ่อนเร้นในการเข้าถึงบริการ แม้ผู้สูงอายุจะได้รับสิทธิยกเว้นค่ารักษาพยาบาล แต่ค่าเดินทางยังเป็นภาระสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มรายได้น้อยที่ต้องเดินทางทุกครั้งที่มารับบริการ

"ค่ารักษาไม่เสียหรอก แต่ค่าไปนี่สิ ต้องเหมารถไป บางทีก็เกือบสองร้อย" (ผู้สูงอายุ, IDI-AD-05)

Subtheme 3.2: ความเกรงใจบุตรหลานนำไปสู่การเลื่อนการรักษา ผู้สูงอายุบางรายให้ความสำคัญกับภาระของบุตรหลานมากกว่าการรักษาของตนเอง ส่งผลให้ปกปิดอาการและเข้ารับบริการล่าช้า

"ผู้สูงอายุบางคนไม่บอกอาการจริง เพราะกลัวว่าเราจะส่งต่อแล้วลูกต้องลางาน เขาเกรงใจลูกมากกว่าห่วงตัวเอง" (แพทย์, IDI-HP-02)

Theme 4: ระบบสนับสนุนทางสังคมช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุเปราะบาง

Subtheme 4.1: ผู้ดูแลเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนการเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือด้านการเดินทาง การนัดหมาย และการประสานงานกับหน่วยบริการ ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้สม่ำเสมอ

"อยู่คนเดียวมันลำบากนะ จะไปไหนก็ต้องรอคนพา ถ้ามีคนดูแลก็ยังพอไหว" (ผู้สูงอายุ, IDI-AD-52)

Subtheme 4.2: ผู้สูงอายุอยู่ลำพังเสี่ยงต่อการขาดการติดตามรักษา ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลมีความเสี่ยงต่อการหลุดจากระบบบริการ โดยบางรายขาดการรับยาต่อเนื่องจนกระทั่งมีการเยี่ยมบ้าน

"ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวบางรายเราไม่เจอนานหลายเดือน พอไปเยี่ยมถึงรู้ว่าไม่ได้รับยามาสักพักแล้ว" (เภสัชกร, IDI-HP-03)

3. ปัจจัยทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ

ปัจจัยทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุพบว่า แบบจำลองโดยรวมมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 18.72$, $p < .001$) อธิบายความแปรปรวนของการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิได้ร้อยละ 48.0 ($R^2 = .480$, Adjusted $R^2 = .460$) และไม่พบปัญหาพหุสหสัมพันธ์ (VIF สูงสุด = 2.24) ตัวแปรที่ทำนายการเข้าถึงบริการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เรียงตามขนาดอิทธิพลจากมากไปน้อย ได้แก่ รายได้เฉลี่ย ($\beta = .31$) ระยะทางจากที่พักถึงหน่วยบริการ ($\beta = -.27$) ระดับ ADL ($\beta = .26$) การมีผู้ดูแล ($\beta = .21$) และความรู้สิทธิด้านสุขภาพ ($\beta = .19$) ส่วนระดับการศึกษาและกลุ่มอายุไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณปัจจัยทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ (n = 180)

ตัวแปร	B	SE	β	t	p
(Constant)	1.25	0.32	-	3.91	< .001
รายได้เฉลี่ย (Enabling factor)	0.28	0.07	.31	4.12	< .001
ระยะทาง (Enabling factor)	-0.24	0.06	-.27	-3.92	< .001
ระดับ ADL (Need factor)	0.22	0.06	.26	3.68	< .001
การมีผู้ดูแล (Enabling factor)	0.19	0.05	.21	3.45	.001
ความรู้สิทธิสุขภาพ (Enabling factor)	0.17	0.05	.19	3.11	.002
ระดับการศึกษา (Predisposing factor)	0.06	0.05	.07	1.42	.158
กลุ่มอายุ (Predisposing factor)	-0.08	0.04	-.09	-1.88	.062

หมายเหตุ: R^2 = .480, Adjusted R^2 = .460, F(7, 172) = 18.72, p < .001; VIF สูงสุด = 2.24

4. การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง

จากการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน 24 คน และ อสม. 30 คน รวม 54 คน แบ่งเป็น 6 กลุ่ม (อายุเฉลี่ย 56.8 ปี ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 12.4 ปี) พบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในชุมชนเขตเมือง 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

Theme 1: การดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) เป็นกลไกหลักในการเข้าถึงผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง

Subtheme 1.1: ทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้านต่อเนื่องครอบคลุมการดูแลระยะยาว ทีมสหวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านทุก 1-2 สัปดาห์ ครอบคลุมการประเมินสุขภาพ การบริหารยา การฟื้นฟู และ telehealth ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลต่อเนื่อง

“ก่อนหน้านี้ผู้สูงอายุติดเตียงแทบไม่ได้รับบริการ ตอนนี้พยาบาลและ อสม. เยี่ยมเป็นประจำ ครอบครัวก็สบายใจขึ้นมาก” (ผู้นำชุมชน, FGD-LV-02)

“เราวางแผนเยี่ยมบ้านร่วมกันทั้งทีม มีหมอ พยาบาล นักกายภาพ อสม. ไปด้วยกัน พอเจอปัญหาก็ปรึกษากันได้เลย” (อสม., FGD-HLV-09)

Subtheme 1.2: อสม. เป็นกลไกดูแลต่อเนื่องระหว่างรอบการเยี่ยม อสม. มีบทบาทในการติดตามสุขภาพ และช่วยรับยา ทำให้การดูแลต่อเนื่องในชุมชนมีความครอบคลุม

“อสม. เขาจะมาวัดความดันให้ถึงบ้านทุกหลังที่มีคนป่วย เดือนนึงมาสองสามครั้ง...” (ผู้นำชุมชน, FGD-LV-03)

Theme 2: คลินิก NCD และโรงเรียน NCD ในพื้นที่คุ้นเคยช่วยลดอุปสรรคและเสริมการจัดการสุขภาพ

Subtheme 2.1: คลินิก NCD ในชุมชนเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดความแออัดโรงพยาบาล การจัดบริการในพื้นที่คุ้นเคย เช่น วัด ช่วยเพิ่มการมารับบริการและลดภาระการเดินทาง

“คนแก่ในชุมชนคุ้นวัดมากกว่าโรงพยาบาล พอมีคลินิก NCD ในวัด พวกเขามาตรงเวลามากขึ้น” (อสม., FGD-HLV-04)

Subtheme 2.2: โรงเรียน NCD และโครงการชะลอไตเสื่อมเสริมการดูแลตนเอง กิจกรรมรายเดือนช่วยพัฒนาความรู้ด้านโรคเรื้อรัง การใช้ยา และพฤติกรรมสุขภาพ

"ทุกเดือนหมอจะนัดผู้ป่วยเบาหวาน ความดันที่ไม่ดี มาสอนที่โรงเรียน NCD..." (อสม., FGD-HLV-06) *"เมื่อก่อนเขากินยาตามใจ เข้าโรงเรียนหมอสอน เดี๋ยวนี้กินตรงเวลาทุกวัน"* (อสม., FGD-HLV-12)

Theme 3: ร้านยาชุมชนช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายทางอ้อมและเพิ่มความต่อเนื่องของการรักษา

Subtheme 3.1: การรับยาใกล้บ้านช่วยลดต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วยควบคุมโรคได้ดี ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้สามารถรับยาที่ร้านยาชุมชน ลดเวลาและค่าเดินทาง

"เมื่อก่อนต้องไปโรงพยาบาลทั้งวัน ตอนนี้รับยาที่ร้านขายยาใกล้บ้านได้เลย..." (อสม., FGD-HLV-01)

Subtheme 3.2: เภสัชกรชุมชนช่วยกำกับความปลอดภัยและเชื่อมระบบบริการ เภสัชกรติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ลดปัญหายาซ้ำและอาการไม่พึงประสงค์ และสนับสนุนการทำงานของ อสม.

"เภสัชกรมาช่วยดูแลเรื่องยาอย่างต่อเนื่อง ทั้งตรวจสอบยาซ้ำ ยาหมด หรืออาการข้างเคียง..." (อสม., FGD-HLV-05)

Theme 4: ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ผ่านเครือข่าย อสม. ช่วยลดการเดินทางแต่ยังมีข้อจำกัดด้านความยั่งยืน

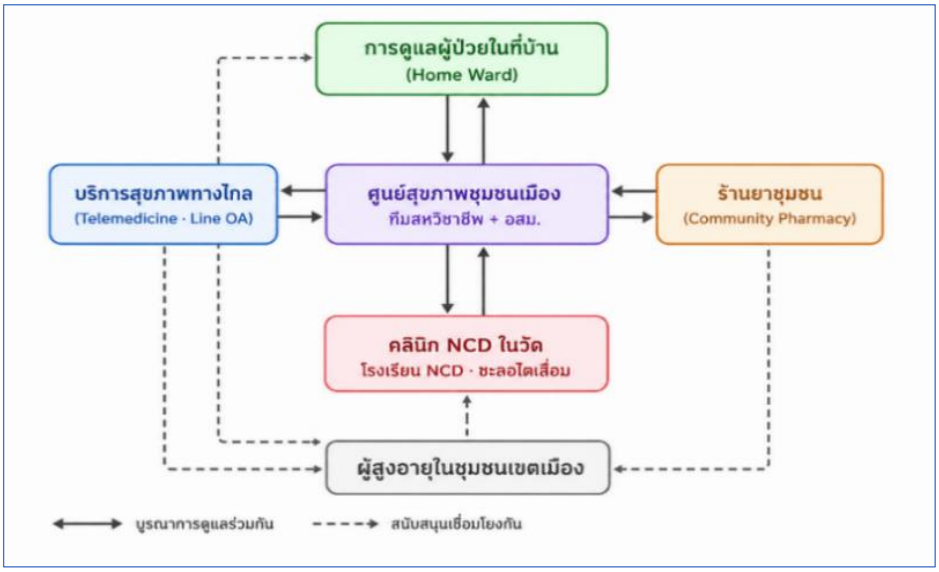
Subtheme 4.1: อสม. เป็นตัวกลางสำคัญในการเชื่อมผู้สูงอายุกับบริการแพทย์ทางไกล ระบบดำเนินงานผ่านการบันทึกสัญญาณชีพโดย อสม. ส่งข้อมูลผ่าน Line OA เพื่อให้พยาบาลคัดกรองและแพทย์ให้คำปรึกษาทางไกล

"อสม. ช่วยกรอกข้อมูลสัญญาณชีพให้ผ่าน Line แล้วพยาบาลจะดู..." (อสม., FGD-HLV-05)

Subtheme 4.2: ความต่อเนื่องของบริการขึ้นอยู่กับบทบาท อสม. เป็นหลัก การให้บริการยังพึ่งพา อสม. สูง หากขาดความพร้อมจะส่งผลต่อความต่อเนื่องของระบบ

"ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังต้องให้เราช่วย ถ้าวันไหนเราไม่ว่าง ก็หยุดเลย" (อสม., FGD-HLV-04)

สรุปการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองที่พัฒนาขึ้นตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีการดำเนินงาน 4 รูปแบบ ที่บูรณาการเชื่อมต่อกัน ได้แก่ (1) การดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) (2) คลินิก NCD ในพื้นที่ชุมชนและกิจกรรมโรงเรียน NCD (3) ร้านยาชุมชน (Community Pharmacy) และ (4) บริการสุขภาพทางไกล (Telemedicine) ดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง

การอภิปรายผล

1. การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง

ผลการศึกษาพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากทั้ง 5 มิติ ตามกรอบแนวคิดของ เพนชานสกี และ โทมัส (Penchansky & Thomas, 1981) แสดงว่าการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมืองภายหลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 (Royal Thai Government Gazette, 2019) ซึ่งขยายบริการเชิงรุกสู่ชุมชนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากทั้ง 5 มิติ ดังนี้

ด้านการยอมรับบริการ อยู่ในระดับมาก เนื่องจากความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้สูงอายุกับบุคลากรสุขภาพที่ช่วยสร้างความไว้วางใจและการใช้บริการต่อเนื่อง สนับสนุนข้อเสนอของ คู และคณะ (Cu et al., 2021) ที่ว่าการยอมรับบริการขึ้นกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ แต่ยังพบประสบการณ์เชิงลบจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ทำให้บางรายหลีกเลี่ยงการส่งต่อ ดังนั้นควรส่งเสริมการดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ด้านการเข้าถึงทางกายภาพ อยู่ในระดับมาก เนื่องจากสถานบริการตั้งอยู่ในพื้นที่เข้าถึงง่าย และมีการใช้ telemedicine ช่วยเพิ่มโอกาสการเข้าถึง แต่ยังมีข้อจำกัดด้านทักษะดิจิทัลและการมองเห็นในผู้สูงอายุบางราย จึงควรออกแบบระบบสุขภาพดิจิทัลให้เหมาะสมและเท่าเทียม (WHO, 2021)

ด้านความสามารถในการจ่าย อยู่ในระดับมาก อธิบายได้จากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ทำให้ไม่มีค่าใช้จ่าย ณ จุดบริการ ประกอบกับการมีคลินิก NCD และร้านยาชุมชนใกล้บ้านที่ช่วยลดต้นทุนการเดินทาง อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเชิงคุณภาพชี้ว่าต้นทุนที่แท้จริงของการรับบริการในเขตเมืองอยู่ที่ค่าใช้จ่ายทางอ้อม ทั้งค่าเดินทาง ค่าเสียโอกาสของบุตรหลานที่ต้องหยุดงาน ซึ่งสอดคล้องกับ เหงียน (Nguyen, 2022) และ มอสครอป และคณะ (Moscrop et al., 2019) ดังนั้นควรส่งเสริมบริการใกล้บ้านและระบบช่วยเหลือการเดินทางในกลุ่มเปราะบาง

ด้านความพอเพียงของบริการ อยู่ในระดับมาก บ่งชี้ว่าหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิมีความครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยเฉพาะการบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลเชิงรุกผ่านเครือข่าย อสม. สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (WHO, 2022) ที่เน้นการดูแลต่อเนื่องและเชื่อมโยงบริการในชุมชน อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังยังมีความเสี่ยงต่อการหลุดจากระบบบริการ จึงควรพัฒนาระบบติดตามเชิงรุกเพื่อให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่มอย่างเท่าเทียม

ด้านความสะดวกของบริการ อยู่ในระดับมาก อย่างไรก็ตามยังพบว่าการให้บริการส่วนใหญ่จำกัดในเวลาราชการ ซึ่งไม่สอดคล้องกับเงื่อนไขของครอบครัวเขตเมืองที่บุตรหลานทำงานประจำ ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาบุตรหลานในการเดินทางจึงถูกจำกัดโอกาสการใช้บริการ สอดคล้องกับ เพนชานสกี และ โทมัส (Penchansky & Thomas, 1981) ที่เสนอว่าความไม่สอดคล้องของเวลาและรูปแบบบริการเป็นอุปสรรคการเข้าถึงแม้บริการ จึงควรเพิ่มความยืดหยุ่นของเวลาบริการและช่องทางบริการนอกเวลาราชการ

2. ปัจจัยทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) ได้แก่ รายได้ ระยะทาง การมีผู้ดูแล และความรู้เกี่ยวกับสิทธิด้านสุขภาพ ยังคงมีอำนาจทำนายสูงในการศึกษานี้ จึงบ่งชี้ว่าการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุเขตเมืองยังมีอุปสรรคแฝงอยู่ แม้ประเทศไทยจะมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมเกือบทั้งประเทศแล้วก็ตาม ดังนี้รายได้เฉลี่ยเป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลสูงสุด ($B = 0.28$, $\beta = .31$, $p < .001$) ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงสามารถเข้าถึงบริการได้ดีกว่า แม้จะมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อธิบายได้ว่าการรับบริการหนึ่งครั้งของผู้สูงอายุเขตเมืองมีต้นทุนแฝง ทั้งค่าโดยสารรถรับจ้าง ค่าใช้จ่ายระหว่างรอรับบริการ และรายได้ที่ครอบครัวสูญเสียจากการหยุดงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ เหงียน (Nguyen, 2022) และ มอสครอป และคณะ (Moscrop et al., 2019) ที่ระบุว่าปัจจัยเศรษฐกิจและค่าใช้จ่ายแฝงยังเป็นอุปสรรคสำคัญ

ระยะทางจากที่พักอาศัยถึงหน่วยบริการสุขภาพมีอิทธิพลเชิงลบต่อการเข้าถึงบริการ (B = −0.24, β = −.27, p < .001) โดยระยะทางที่เพิ่มขึ้นทำให้การเข้าถึงลดลง อธิบายได้ว่าอุปสรรคที่แท้จริงมิใช่ระยะทางเชิงภูมิศาสตร์อย่างเดียว หากแต่เป็นอุปสรรคของการเดินทางในเมือง ทั้งสภาพการจราจร ทางเท้าและการข้ามถนนที่ไม่เอื้อต่อผู้สูงอายุ และการขาดระบบขนส่งสาธารณะที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ โมฮด์ รอสนู และคณะ (Mohd Rosnu et al., 2022) ที่พบว่า ระยะทางยังเป็นอุปสรรคแม้ในระบบบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุม

การมีผู้ดูแลมีอิทธิพลเชิงบวกต่อการเข้าถึงบริการ (B = 0.19, β = .21, p = .001) โดยผลเชิงคุณภาพพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังต้องพึ่งพา อสม. หรือบุตรหลานในการส่งข้อมูลผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ในบริบทเขตเมืองที่ครอบครัวเดี่ยวและผู้สูงอายุอยู่ลำพังเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับแบบจำลองของ แอนเดอร์เซน (Andersen, 1968) และ อัลคาวัลเดห์ และคณะ (Alkhawaldeh et al., 2023) ที่ยืนยันว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเอื้อสำคัญของการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงควรจัดให้ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลเป็นกลุ่มเป้าหมายของการติดตามเชิงรุก

ความรู้เกี่ยวกับสิทธิด้านสุขภาพมีอิทธิพลเชิงบวกต่อการเข้าถึงบริการ (B = 0.17, β = .19, p = .002) ความรู้เรื่องสิทธิช่วยลดความกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการการรับยาที่ร้านยาชุมชนและ telemedicine ได้ สอดคล้องกับการศึกษาในบริบทไทยของ อาจรีย์ เชิดชู (Cherdchoo et al., 2019) และ ศิริพร งามขำ และคณะ (Ngamkham et al., 2018) จึงควรเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องสิทธิผ่านสื่อที่เหมาะสมกับผู้สูงวัยและการให้ข้อมูลโดย อสม. ระหว่างการเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นกลไกต้นทุนต่ำที่เพิ่มการเข้าถึงได้โดยตรง

ด้านปัจจัยความจำเป็น (need factor) พบว่า ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการเข้าถึงบริการ (B = 0.22, β = .26, p < .001) แสดงถึง ผู้สูงอายุที่สมรรถภาพดีเข้าถึงบริการได้มากกว่า ขณะที่กลุ่มติดบ้านและติดเตียงซึ่งมีความจำเป็นด้านสุขภาพมากที่สุดแต่เข้าถึงบริการได้น้อยที่สุด สะท้อนว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ป่วยในการเดินทางมารับบริการมากกว่าระดับความจำเป็นด้านสุขภาพ ซึ่งขัดกับหลักความเป็นธรรมตามแบบจำลองของ แอนเดอร์เซน (Andersen, 1968) แม้บริการ Home Ward และการเยี่ยมบ้านที่ดำเนินการอยู่จะช่วยแก้ปัญหาช่องว่างนี้ได้ แต่ยังไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงทั้งหมด สอดคล้องกับ เหงียน (Nguyen, 2022) จึงจำเป็นต้องขยายการดูแลเชิงรุกให้เป็นระบบปกติของหน่วยบริการ

3. ผลลัพธ์ของการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุประกอบด้วย 4 รูปแบบ ที่ทำงานเสริมกัน ได้แก่ (1) การดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน ช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงได้รับบริการต่อเนื่อง (2) คลินิกและโรงเรียน NCD ในพื้นที่คุ้นเคย เช่น วัด ช่วยเพิ่มอัตราการเข้ารับบริการ (3) ร้านยาชุมชนช่วยลดภาระการเดินทางและความแออัดของหน่วยบริการหลัก สอดคล้องกับ เจนทิลินี และคณะ (Gentilini et al., 2025) และ (4) ระบบ telemedicine ผ่านเครือข่าย อสม. เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการ แต่ยังขึ้นอยู่กับศักยภาพของบุคลากรในพื้นที่ โดยจะเห็นว่าภาพรวมผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อบริการในระดับมาก โดยเฉพาะด้านมนุษยสัมพันธ์และการสื่อสารของบุคลากร ซึ่งถือเป็นจุดแข็งที่ควรพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ

โดยสรุป การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในชุมชนมีทิศทางที่ดี แต่ยังควรพัฒนาให้มีความยืดหยุ่น เข้าถึงได้ง่าย และสอดคล้องกับบริบทชีวิตของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการลดข้อจำกัดด้านการเดินทาง การเพิ่มการดูแลเชิงรุก และการเสริมระบบสนับสนุนในชุมชน เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่องและเท่าเทียมมากขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการเฉพาะในชุมชนเขตเมืองของจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการวิจัยจึงอาจไม่สามารถอธิบายสถานการณ์ในพื้นที่ชนบทหรือภูมิภาคอื่นได้ครอบคลุม การศึกษาในบริบทที่หลากหลายจะช่วยเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงและนำผลไปใช้ได้กว้างขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการที่มุ่งลดอุปสรรคการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ โดยจัดบริการเชิงรุกตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ กลุ่มติดเตียงให้ทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้านร่วมกับ telemedicine อย่างสม่ำเสมอ และกลุ่มติดบ้านให้พยาบาลและ อสม. ติดตามต่อเนื่องในชุมชน ควบคู่กับการลดช่องว่างด้านดิจิทัลโดยพัฒนาทักษะ อสม. และจัดกิจกรรมสาธิตการใช้ระบบ telemedicine แก่ผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการใช้งานเพื่อทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้ครอบคลุมมากขึ้น

2. ควรลดอุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายทางอ้อมและระยะทาง โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนระบบรถรับ-ส่งผู้สูงอายุและขยายบริการรับยาที่ร้านยาชุมชน รวมทั้งเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสิทธิสุขภาพผ่านสื่อที่เหมาะสมและการให้คำแนะนำโดย อสม. ระหว่างการเยี่ยมบ้าน อีกทั้งควรพัฒนาระบบติดตามผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังหรือไม่มีผู้ดูแลโดยเชื่อมข้อมูลระหว่าง อสม. และพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เพื่อป้องกันการขาดการรักษาและการหลุดจากระบบบริการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุระหว่างพื้นที่เขตเมืองและชนบท เพื่อพัฒนารูปแบบบริการที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

2. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านเทคโนโลยีดิจิทัลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพและการใช้ระบบ telemedicine ของผู้สูงอายุ โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง

3. ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาและทดสอบรูปแบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเชิงรุกสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังและผู้ที่มีข้อจำกัดด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

References

Alkhawaldeh, A., AlBashtawy, M., Rayan, A., Abdalrahim, A., Musa, A., Eshah, N., Abu Khait, A., Qaddumi, J., Khraisat, O., & AlBashtawy, S. (2023). Application and use of Andersen's behavioral model as theoretical framework: A systematic literature review from 2012–2021. *Iranian Journal of Public Health, 52*(7), 1346–1354. https://doi.org/10.18502/ijph.v52i7.13236

Andersen, R. M. (1968). *Behavioral model of families' use of health services* (Research Series No. 25). Center for Health Administration Studies, University of Chicago.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Cherdchoo, A., Boonshuya, C., & Chareonku, C. (2019). Accessibility to Health Care Service of the Elderlyin Bang Pa-in District, Ayutthaya Province. *Journal of Safety and Health, 12*(2), 1–13. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JSH/article/view/196465 (in Thai)

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2022). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (6th ed.). SAGE.

Cu, A., Meister, S., Lefebvre, B., & Ridde, V. (2021). Assessing healthcare access using the Levesque's conceptual framework- a scoping review. *International Journal for Equity in Health, 20*(1), 116. https://doi.org/10.1186/s12939-021-01416-3

Department of Provincial Administration. (2023). *Population registration statistics: Population classified by age* [Data set]. Ministry of Interior. https://stat.bora.dopa.go.th (in Thai)

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA, 260*(12), 1743–1748. https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033

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

Gentilini, A., Kasonde, L., & Babar, Z. U. (2025). Expanding access to NCD services via community retail pharmacies in LMICs: A systematic review of the literature. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice, 18*, 2462450. https://doi.org/10.1080/20523211.2025.2462450

Hanson, K., Brikci, N., Erlangga, D., Alebachew, A., De Allegri, M., Balabanova, D., Blecher, M., Cashin, C., Esperato, A., Hipgrave, D., Kalisa, I., Kurowski, C., Meng, Q., Morgan, D., Mtei, G., Nolte, E., Onoka, C., Powell-Jackson, T., Roland, M., … Wurie, H. (2022). The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: Putting people at the centre. *The Lancet Global Health, 10*(5), e715–e772. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00005-5

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE.

Mohd Rosnu, N. S., Singh, D. K. A., Mat Ludin, A. F., Ishak, W. S., Abd Rahman, M. H., & Shahar, S. (2022). Enablers and barriers of accessing health care services among older adults in South-East Asia: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(12), 7351. https://doi.org/10.3390/ijerph19127351

Morse, J. M. (1995). The significance of saturation. *Qualitative Health Research, 5*(2), 147–149. https://doi.org/10.1177/104973239500500201

Moscrop, A., Ziebland, S., Roberts, N., & Papanikitas, A. (2019). A systematic review of reasons for and against asking patients about their socioeconomic contexts. *International Journal for Equity in Health, 18*, 112. https://doi.org/10.1186/s12939-019-1014-2

Ngamkham, S., Suwanphong, N., Thipayamongkolkul, M., & Manmee, J. (2018). Access to health services among older adults in Thawi Watthana District, Bangkok. *Kuakarun Journal of Nursing, 25*(2), 91–104. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/view/161070 (in Thai)

Nguyen, M. P. (2022). Health services utilization among older adults in Vietnam: Evidence from the national household living standard survey 2016. *Asia-Pacific Journal of Public Health, 34*(1), 57–64. https://doi.org/10.1177/10105395211044616

Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.

Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care, 19*(2), 127–140. https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.

Royal Thai Government Gazette. (2019). Primary health system act B.E. 2562 (2019). *Royal Thai Government Gazette, 136*(56 kor), 165-185. https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/17087273.pdf (in Thai)

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2019). *Using multivariate statistics* (7th ed.). Pearson.

Thansa, K. (2025). Trends and disparities in non-communicable diseases among Thai older adults: Analysis of national health examination surveys, 2008–2020. *Interprofessional Journal of Health Sciences, 23*(2), IJHS-0813. https://li05.tci-thaijo.org/index.php/IJHS/article/view/813/478

World Health Organization. (2021). *Global strategy on digital health 2020–2025*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924

World Health Organization. (2022). *Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*. World Health Organization.

World Health Organization. (2023). *Healthy ageing: A priority for delivering universal health coverage (Technical Brief)*. https://www.who.int/publications/m/item/healthy-ageing--a-priority-for-delivering-universal-health-coverage

Technology Acceptance and Health Technology Use Behavior Among Older Adults
การยอมรับเทคโนโลยีและพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

Nursaheeda	Chemama*	นูรซาฮีดา	เจ๊ะมามะ*
Satiman	Chantongsuk**	สาธิมาน	จันทองสุก**
Pichayanit	Ruangroengkulrit**	พิชญ์ชญานิษฐ์	เรืองเริงกุลฤทธิ์**

Abstract

Rapid advancements in health technology have positioned technology as a vital tool for promoting the health of older adults. Nevertheless, limitations remain regarding technology acceptance and usage among Thai older adults. This research employed an explanatory sequential mixed methods design to investigate technology acceptance levels and health technology usage behaviors, analyze relationships with personal factors, and qualitatively explore the experiences and perspectives of older adults. The participants consisted of 134 older adults who resided in the Yala Municipality area, selected via simple random sampling for the quantitative phase, and 16 key informants selected via purposive sampling for focus group discussions. Research instruments included demographic, technology acceptance, and usage behavior questionnaires, alongside a focus group guide. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, Spearman's rank correlation, and content analysis.

The findings revealed that overall technology acceptance among older adults was at a high level (M = 3.66, SD = 0.61). Specifically, attitude toward use scored highest (M = 3.92, SD = 0.82), while data security scored lowest (M = 3.33, SD = 0.77). Conversely, overall health technology usage behavior was at a moderate level (M = 1.92, SD = 0.79). Education, occupation, and income significantly correlated with technology acceptance ($p < 0.05$). Notably, data security showed the strongest positive correlation with usage behavior ($r = 0.48$, $p = 0.00$). Qualitative findings clarified that despite positive attitudes, limited usage stemmed primarily from data security concerns, system complexity, and a lack of local support mechanisms.

Consequently, technology design should prioritize simplicity and high-level security features to foster sustainable and practical usage among older adults.

Keywords: Health technology use behavior; Older adults; Technology acceptance

* Corresponding author, Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Yala, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute; e-mail: nursaheeda@bcnyala.ac.th

** Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Yala, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Received 19 November 2025; Revised 9 August 2026; Accepted 13 August 2026

บทคัดย่อ

ความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีสุขภาพทำให้เทคโนโลยีกลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ยังคงมีข้อจำกัดด้านการยอมรับและการใช้งานเทคโนโลยีในกลุ่มผู้สูงอายุไทย การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานวิธีเชิงอธิบายลำดับ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการยอมรับเทคโนโลยีและพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ วิเคราะห์ความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล และใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายประสบการณ์ และมุมมองของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดยะลา ในระยะการศึกษาเชิงปริมาณ จำนวน 134 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย และผู้ให้ข้อมูลสำหรับการสนทนากลุ่ม 16 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการยอมรับเทคโนโลยี และพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยี รวมทั้งแนวคำถามการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ chi-square tests, Spearman's rank correlation และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีการยอมรับเทคโนโลยีโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 3.66, SD = 0.61) โดยทัศนคติต่อการใช้งานมีค่าสูงสุด (M = 3.92, SD = 0.82) ขณะที่ความปลอดภัยของข้อมูลมีค่าต่ำสุด (M = 3.33, SD = 0.77) พฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 1.92, SD = 0.79) ปัจจัยด้านระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้มีความสัมพันธ์กับการยอมรับเทคโนโลยีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพบว่า ความปลอดภัยของข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้งานสูงสุด ($r = 0.48$, $p = 0.00$) ทั้งนี้ ผลการศึกษาเชิงคุณภาพช่วยอธิบายว่า แม้ผู้สูงอายุจะมีทัศนคติเชิงบวกแต่พฤติกรรมการใช้งานที่จำกัดมีสาเหตุหลักจากความกังวลด้านความปลอดภัยของข้อมูล ความซับซ้อนของระบบ และการขาดระบบสนับสนุนในพื้นที่

ด้วยเหตุนี้ การออกแบบเทคโนโลยีจึงควรให้ความสำคัญกับความง่าย และคุณสมบัติด้านความปลอดภัยระดับสูง เพื่อส่งเสริมการใช้งานที่ยั่งยืนและเป็นประโยชน์ในกลุ่มผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสุขภาพ ผู้สูงอายุ การยอมรับเทคโนโลยี

* ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
e-mail: nursaheeda@bcnyala.ac.th
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

วันที่รับบทความ 19 พฤศจิกายน 2568 วันที่แก้ไขบทความ 9 สิงหาคม 2569 วันที่ตอบรับบทความ 13 สิงหาคม 2569

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) โดยจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 4.01 ล้านคน หรือร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2537 เพิ่มเป็น 14.03 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 20.0 ในปี พ.ศ. 2567 สะท้อนให้เห็นว่าปัจจุบันประชากรไทย 1 ใน 5 เป็นผู้สูงอายุ (National Statistical Office, 2024) ส่งผลให้ความต้องการด้านการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งผู้สูงอายุมักมีภาวะเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน และจำเป็นต้องได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง (World Health Organization, 2025) การพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพที่ก้าวหน้าอย่างรวดเร็วจึงกลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งการติดตามสุขภาพ การสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ การรับข้อมูลสุขภาพ และการสนับสนุนการดูแลตนเอง ซึ่งช่วยลดความจำเป็นในการเดินทางไปสถานพยาบาลและเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการโรคเรื้อรัง (Wildenbos et al., 2018)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการเข้าถึงเทคโนโลยีจะเพิ่มขึ้น แต่การนำเทคโนโลยีไปใช้จริงของผู้สูงอายุยังคงมีข้อจำกัดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ความซับซ้อนของระบบ ความสามารถด้านดิจิทัล ความกังวลด้านความปลอดภัยของข้อมูล และการขาดการสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชน (Hoque & Sorwar, 2017) ในบริบทไทย ผู้สูงอายุยังเผชิญข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยีสุขภาพจากการออกแบบระบบที่ไม่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงตามวัย เช่น ตัวอักษรขนาดเล็ก ขั้นตอนการใช้งานที่ซับซ้อน รวมทั้งข้อจำกัดด้านภาษาและทักษะดิจิทัล ส่งผลให้การใช้งานเทคโนโลยีด้านสุขภาพยังไม่เกิดประสิทธิภาพสูงสุด แม้ว่าจะรับรู้ถึงประโยชน์ของเทคโนโลยีก็ตาม (Sitthimunkong, 2020; Wilson et al., 2021) นอกจากนี้ จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีบริบทเฉพาะที่แตกต่างจากพื้นที่อื่นของประเทศ ทั้งด้านพหุวัฒนธรรม การใช้ภาษามลายูถิ่นควบคู่กับภาษาไทย ความแตกต่างด้านศาสนา (Keawseesod et al., 2026) ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ รวมถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพและเทคโนโลยีดิจิทัลในบางพื้นที่ ส่งผลให้การออกแบบและการยอมรับเทคโนโลยีด้านสุขภาพจำเป็นต้องคำนึงถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของประชาชนในพื้นที่ (Wattatham et al., 2024) ปัจจัยดังกล่าวอาจส่งผลต่อการรับรู้ ความไว้วางใจ ความเข้าใจในการใช้งาน และพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสุขภาพของผู้สูงอายุแตกต่างจากพื้นที่เมืองขนาดใหญ่ที่มีความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐาน

แม้ว่าปัจจุบันมีการศึกษาการยอมรับเทคโนโลยีในผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้น แต่ส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงปริมาณที่มุ่งศึกษาระดับการยอมรับหรือพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีในเขตเมือง หรือศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพียงด้านเดียว ทำให้ไม่สามารถอธิบายสาเหตุเชิงลึกของช่องว่างระหว่างการยอมรับเทคโนโลยีกับการใช้งานจริงได้อย่างชัดเจน (Thepsud & Korcharoen, 2019; Wongkampun & Panitrat, 2023) โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งมีบริบทเฉพาะ ทั้งด้านภาษา วัฒนธรรม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ จึงยังขาดองค์ความรู้ที่สะท้อนประสบการณ์จริงของผู้สูงอายุในพื้นที่ดังกล่าว

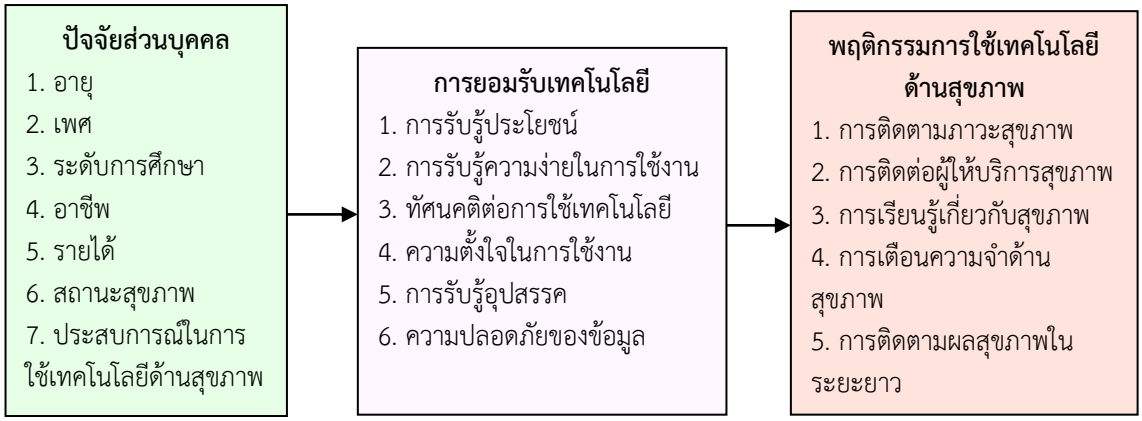
ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ จึงใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานวิธีเชิงอธิบายลำดับ (explanatory sequential mixed methods design) โดยบูรณาการข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพร่วมกัน เพื่อศึกษาระดับการยอมรับเทคโนโลยี พฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล และอธิบายประสบการณ์ของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดยะลาอย่างลุ่มลึก ภายใต้กรอบแนวคิดรูปแบบการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance Model: TAM) ของ เดวิส (Davis, 1989) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในพื้นที่พหุวัฒนธรรม และส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการยอมรับเทคโนโลยีของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การยอมรับเทคโนโลยี และพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. เพื่อศึกษาและทำความเข้าใจประสบการณ์ และมุมมองของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ พัฒนากรอบแนวคิดจากรูปแบบการยอมรับเทคโนโลยี (TAM) ของ เดวิส (Davis, 1989) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับและการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ โดยพิจารณาองค์ประกอบหลักของการยอมรับเทคโนโลยี ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน ทัศนคติต่อการใช้เทคโนโลยี ความตั้งใจในการใช้งาน การรับรู้อุปสรรค และความปลอดภัยของข้อมูล ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ปัจจัยส่วนบุคคลยังมีความสัมพันธ์กับการยอมรับเทคโนโลยีและพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานวิธีการเชิงอธิบายลำดับ (explanatory sequential mixed methods design) โดยเริ่มจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และระดับความสัมพันธ์ของตัวแปร จากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่มเพื่อนำข้อมูลเชิงลึกมาช่วยอธิบายและขยายความผลการวิจัยเชิงปริมาณให้มีความชัดเจนและครอบคลุมบริบทพื้นที่มากยิ่งขึ้น (Creswell & Plano Clark, 2017)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดยะลา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 134 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power อิงตามสถิติหลักที่ใช้ คือ สถิติ Spearman's rank correlation เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับเทคโนโลยี และพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสุขภาพเลือก correlation: point biserial model (α = .05, power = 0.95, effect size = 0.3 ซึ่งเป็นระดับปานกลางตามเกณฑ์ของ โคเฮน (Cohen, 1988) ได้ขนาด

ตัวอย่าง คือ 115 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้สำรองขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการสูญหายของข้อมูล (attrition rate) อีกร้อยละ 15 ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 134 คน

ดำเนินการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยจับฉลากรายชื่อจากฐานข้อมูลประชากรเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีโอกาสได้รับเลือกเท่าเทียมกัน เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ (1) อาศัยในเขตเทศบาลเมืองยะลาอย่างน้อย 1 ปี (2) มีประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ (3) สื่อสารภาษาไทยได้ และ (4) ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ (สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ และบุคคลได้อย่างถูกต้อง) ในกรณีที่ผู้ถูกสุ่มเลือกปฏิเสธการเข้าร่วม หรือไม่เข้าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มรายชื่อสำรองในลำดับถัดไปขึ้นมาแทนที่ทันที เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบถ้วนตามที่คำนวณไว้

ผู้ให้ข้อมูลในการสนทนากลุ่มจำนวน 16 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ คือ (1) เป็นผู้ตอบแบบสอบถามเชิงปริมาณ (2) มีประสบการณ์ใช้เทคโนโลยีสุขภาพ (3) สื่อสารภาษาไทยได้ดี และ (4) ยินดีเข้าร่วมและอนุญาตให้บันทึกเสียง ทั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เข้าร่วมที่มีระดับการใช้งานหลากหลายเพื่อลดอคติจากการเลือกตัวอย่าง (selection bias) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน ที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกัน แบ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีระดับสูงและระดับต่ำ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถาม สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานะสุขภาพ ประสบการณ์ในการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการยอมรับเทคโนโลยี จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ การรับรู้ถึงประโยชน์ (5 ข้อ) การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน (7 ข้อ) ทัศนคติต่อการใช้เทคโนโลยี (4 ข้อ) ความตั้งใจในการใช้งาน (5 ข้อ) การรับรู้อุปสรรค (5 ข้อ) และความปลอดภัยของข้อมูล (4 ข้อ) แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) (Best, 1977) แปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ คือ 4.50-5.00 (สูงมาก) 3.50-4.49 (สูง) 2.50-3.49 (ปานกลาง) 1.50-2.49 (ต่ำ) และ 1.00-1.49 (ต่ำมาก)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ จำนวน 23 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ การติดตามภาวะสุขภาพ (6 ข้อ) การติดต่อผู้ให้บริการสุขภาพ (4 ข้อ) การเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพ (4 ข้อ) การเตือนความจำด้านสุขภาพ (4 ข้อ) การติดตามผลสุขภาพในระยะยาว (5 ข้อ) แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (4 = ปฏิบัติเป็นประจำ ถึง 1 = ไม่ปฏิบัติเลย) (Best, 1977) แปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็น 4 ระดับ คือ 3.50-4.00 (สูงมาก) 2.50-3.49 (สูง) 1.50-2.49 (ปานกลาง) และ 1.00-1.49 (ต่ำ)

2. แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม เป็นคำถามปลายเปิดเพื่อสำรวจประสบการณ์ และมุมมองของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) พบว่า แบบสอบถามการยอมรับเทคโนโลยีและแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพมีค่า IOC เท่ากับ 0.87 และ 0.94 ตามลำดับ เครื่องมือได้รับการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่า Cronbach’s alpha coefficient เท่ากับ 0.92 และ 0.82 ตามลำดับ

แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและทำการศึกษานำร่อง เพื่อปรับปรุงแนวคำถาม พร้อมทั้งใช้การ

ตรวจสอบแบบสามเส้า (methodological triangulation) และทวนสอบข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูล (member checking) ระหว่างสนทนา เพื่อยืนยันว่าข้อมูลสะท้อนประสบการณ์จริงและตอบวัตถุประสงค์การวิจัยที่ต่อเนื่องมาจากเชิงปริมาณ

การพิทักษสิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา เอกสารเลขที่ 09/2568 วันที่อนุมัติ 23 มกราคม 2568 ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ รวมถึงการสัมภาษณ์และการบันทึกเสียง ตลอดจนสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่เกิดผลกระทบ และให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ใช้รหัสแทนตัวบุคคล จัดเก็บในระบบที่มีการป้องกันด้วยรหัสผ่าน จำกัดการเข้าถึงเฉพาะผู้วิจัย และทำลายข้อมูลดิบและไฟล์เสียงอย่างถาวรภายหลังสิ้นสุดการวิจัยและการตีพิมพ์ผลงานตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2568 ตามขั้นตอน ดังนี้

1. ประสานงานกับเทศบาลเมือง จังหวัดยะลา เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยผ่านผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ
2. จัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ และฝึกทักษะการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (focus group) ให้แก่ผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้เกิดมาตรฐานเดียวกัน
3. เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 134 คน ด้วยแบบสอบถามที่ผู้ตอบกรอกข้อมูลด้วยตนเอง (self-administered questionnaire) โดยมีผู้ช่วยวิจัยอำนวยความสะดวกและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทันที
4. จัดสนทนากลุ่ม 2 กลุ่ม (กลุ่มละ 8 คน) กลุ่มละประมาณ 30 นาที โดยผู้วิจัยดำเนินการสนทนา และผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่จดบันทึกพร้อมบันทึกเสียงเพื่อนำมาถอดเทปแบบคำต่อคำอย่างละเอียด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับการยอมรับเทคโนโลยี และพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับการยอมรับเทคโนโลยีด้วยสถิติ chi-square test โดยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นแล้วพบว่า ผ่านเกณฑ์ expected cell count ตามกำหนด
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับเทคโนโลยีกับพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพด้วยสถิติ Spearman's rank correlation เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ โดยแปลผลตามเกณฑ์ของ โคเฮน (Cohen, 1988)
4. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จากการถอดเทปคำต่อคำทันทีหลังจบการสนทนากลุ่ม ตรวจสอบความถูกต้องด้วยวิธี member checking จัดกลุ่มรหัส (coding) และสังเคราะห์เป็นประเด็นหลัก (themes) เพื่ออธิบายประสบการณ์ และมุมมองของผู้สูงอายุ
5. การสังเคราะห์ข้อมูล นำผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาบูรณาการร่วมกัน เพื่อให้การอภิปรายผลมีความสมบูรณ์และลุ่มลึก

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (56.7%) อายุ 60-69 ปี (85.1%) การศึกษาระดับประถมศึกษา (42.5%) ไม่ประกอบอาชีพ (35.8%) รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท หรือไม่มีรายได้ (32.1%) และมีโรคประจำตัว

(61.9%) แอปพลิเคชัน “หมอพร้อม” มีอัตราการใช้งานสูงสุด (84.3%) ในขณะที่ระบบปรึกษาแพทย์ทางไกล (telemedicine) และแอปพลิเคชันเตือนรับประทานยามีการใช้งานต่ำ (3.0% และ 4.5% ตามลำดับ)

2. ระดับการยอมรับเทคโนโลยี

กลุ่มตัวอย่างมีการยอมรับเทคโนโลยีในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M = 3.66, SD = 0.61) เมื่อพิจารณารายด้าน ทัศนคติต่อการใช้งานมีค่าสูงสุด (M = 3.92, SD = 0.82) รองลงมา คือ การรับรู้ประโยชน์ (M = 3.88, SD = 0.80) ความตั้งใจใช้งาน (M = 3.76, SD = 0.84) และการรับรู้อุปสรรค (M = 3.57, SD = 0.86) ซึ่งอยู่ในระดับสูงทั้งหมด ส่วนการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน (M = 3.49, SD = 0.69) และความปลอดภัยของข้อมูล (M = 3.33, SD = 0.77) อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการยอมรับเทคโนโลยี (n = 134)

การยอมรับเทคโนโลยี	Mdn	M	SD	ระดับการยอมรับเทคโนโลยี
การรับรู้ประโยชน์	4.00	3.88	0.80	สูง
การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน	3.43	3.49	0.69	ปานกลาง
ทัศนคติต่อการใช้งานเทคโนโลยี	4.00	3.92	0.82	สูง
ความตั้งใจในการใช้งาน	4.00	3.76	0.84	สูง
การรับรู้อุปสรรค	3.60	3.57	0.86	สูง
ความปลอดภัยของข้อมูล	3.25	3.33	0.77	ปานกลาง
ภาพรวม	**3.66**	**3.66**	**0.61**	**สูง**

3. พฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 1.92, SD = 0.79) โดยการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (M = 2.17, SD = 0.96) รองลงมา คือ การติดตามภาวะสุขภาพ (M = 1.92, SD = 0.87) การติดต่อผู้ให้บริการ (M = 1.86, SD = 0.82) การติดตามผลระยะยาว (M = 1.85, SD = 0.95) และการเตือนความจำมีค่าต่ำสุด (M = 1.81, SD = 0.86) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ (n = 134)

พฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ	Mdn	M	SD	ระดับพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ
การติดตามภาวะสุขภาพ	1.92	1.92	0.87	ปานกลาง
การติดต่อผู้ให้บริการสุขภาพ	2.00	1.86	0.82	ปานกลาง
การเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพ	2.12	2.17	0.96	ปานกลาง
การเตือนความจำด้านสุขภาพ	1.75	1.81	0.86	ปานกลาง
การติดตามผลสุขภาพในระยะยาว	1.80	1.85	0.95	ปานกลาง
ภาพรวม	**1.90**	**1.92**	**0.79**	**ปานกลาง**

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการยอมรับเทคโนโลยี

ผลการวิเคราะห์พบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับการยอมรับเทคโนโลยีในภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .00, p = .04, p = .04 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า อายุ

มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .04) ส่วนเพศ อายุ และสถานะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการยอมรับเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (n = 134)

การยอมรับเทคโนโลยี	เพศ		อายุ		การศึกษา		อาชีพ		รายได้		สถานะสุขภาพ	
	χ^2	sig	χ^2	sig	χ^2	sig	χ^2	sig	χ^2	sig	χ^2	sig
การรับรู้ประโยชน์	3.09	.54	9.98	.04*	48.65	.00**	28.87	.09	26.05	.01*	3.36	.91
การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน	4.10	.39	0.66	.96	37.99	.00**	32.35	.04*	13.26	.35	5.35	.72
ทัศนคติต่อการใช้งานเทคโนโลยี	1.67	.80	4.75	.31	81.52	.00**	31.80	.04*	28.54	.01*	6.23	.62
ความตั้งใจในการใช้งาน	5.26	.26	7.68	.10	73.49	.00**	46.96	.00**	29.89	.00**	5.64	.69
การรับรู้อุปสรรค	3.30	.51	4.64	.33	48.56	.00**	36.52	.01*	16.95	.15	14.79	.06
ความปลอดภัยของข้อมูล	2.99	.56	6.08	.19	37.93	.00**	27.75	.11	23.06	.03*	3.82	.87
ภาพรวม	**5.90**	**.21**	**2.03**	**0.73**	**73.83**	**.00****	**32.56**	**0.04***	**21.64**	**0.04***	**3.78**	**.88**

* p < .05 ** p < .01

5. ความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับเทคโนโลยีกับพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์พบว่า การยอมรับเทคโนโลยีในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .31, p = .00) เมื่อพิจารณารายด้าน ความปลอดภัยของข้อมูลมีความสัมพันธ์สูงสุด (r = .48, p = .00) รองลงมา คือ ความตั้งใจใช้งาน (r = .41, p = .00) และทัศนคติต่อการใช้งาน (r = .26, p = .00) ส่วนการรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับเทคโนโลยีกับพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ (n = 134)

การยอมรับเทคโนโลยี	การติดตามภาวะสุขภาพ		การติดต่อผู้ให้บริการสุขภาพ		การเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพ		การเตือนความจำด้านสุขภาพ		การติดตามผลสุขภาพในระยะยาว		ภาพรวม	
	r	sig	r	sig	r	sig	r	sig	r	sig	r	sig
การรับรู้ประโยชน์	.19	.03*	.07	.45	.23	.01*	.11	.20	.11	.19	.18	.03*
การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน	.14	.11	.07	.45	.15	.09	.21	.01*	.16	.06	.18	.03*
ทัศนคติต่อการใช้งานเทคโนโลยี	.24	.00**	.16	.07	.36	.00**	.13	.14	.20	.02*	.26	.00**
ความตั้งใจในการใช้งาน	.39	.00**	.25	.00**	.46	.00**	.33	.00**	.37	.00**	.41	.00**
การรับรู้อุปสรรค	.08	.38	.07	.42	.02	.78	.06	.52	.00	.98	.05	.60
ความปลอดภัยของข้อมูล	.42	.00**	.38	.00**	.43	.00**	.38	.00**	.43	.00**	.48	.00**
ภาพรวม	**.28**	**.00****	**.17**	**.05***	**.36**	**.00****	**.20**	**.02***	**.27**	**.00****	**.31**	**.00****

* p < .05 ** p < .01

6. ประสบการณ์และมุมมองการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ

จากการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม จำนวน 16 คน (หญิง 12 คน และชาย 4 คน) ผู้วิจัยได้จำแนกประเด็นสำคัญออกเป็น 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

6.1 ทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้เทคโนโลยี

ผู้สูงอายุมีทัศนคติเชิงบวกและยอมรับว่าเทคโนโลยีเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้เกิดการพึ่งพาตนเองในการดูแลสุขภาพได้มากขึ้น โดยมองว่าการเข้าถึงข้อมูลด้วยตนเองช่วยลดภาระของบุคลากรทางการแพทย์และทำให้รู้เท่าทันสภาวะร่างกายของตนเอง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า *“ดีนะคะ ทำให้เรารู้ทันสุขภาพตัวเอง ไม่ต้องรอหมออย่างเดียว”* *(FG2-P8)* นอกจากนี้ ทัศนคติที่ดียังเกิดจากการเห็นประโยชน์ที่เป็นรูปธรรมในด้านการอำนวยความสะดวก เช่น การแจ้งเตือนกิจกรรมสุขภาพ ซึ่งเปลี่ยนความยุ่งยากให้กลายเป็นความเต็มใจที่จะใช้งานอย่างต่อเนื่อง *“ตอนแรกก็ขี้เกียจจิ้มมือถือนะ แต่มันช่วยเตือนวันนัดหมอ พอใช้แล้วชีวิตมันง่ายขึ้น ก็เลยใช้มาตลอด”* *(FG1-P1)* *“มันดีนะ อย่างน้อยทำให้เรารู้ว่าเดี๋ยวนี้มีวิธีการรักษาแบบใหม่ ๆ กันไปถึงไหนแล้ว”* *(FG1-P6)*

6.2 ความกังวลด้านความปลอดภัยของข้อมูล

แม้จะมีทัศนคติที่ดี แต่ความกังวลด้านความปลอดภัยทางไซเบอร์เป็นอุปสรรคสำคัญที่ฉุดรั้งพฤติกรรมการใช้งานจริง ผู้สูงอายุมีความหวาดระแวงต่อมิจฉาชีพและการโจรกรรมข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจติดตั้งหรือใช้งานแอปพลิเคชันใหม่ ๆ ดังคำกล่าว *“เดี๋ยวนี้เห็นข่าวมิจฉาชีพเยอะมาก ก็ไม่กล้าโหลดอะไรมั่ว ๆ มาหรอก”* *(FG2-P7)* *“กลัวคนอื่นเอาข้อมูลเราไปใช้ในทางไม่ดี โดยเฉพาะข้อมูลสุขภาพมันละเอียดอ่อน”* *(FG1-P4)* *“รู้ว่าดีนะแอปพวกนี้ แต่มันน่ากลัวตรงที่ต้องใส่ข้อมูลส่วนตัวเยอะเกินไป กลัวคนอื่นเอาไปใช้ในทางไม่ดี เลยเลือกที่จะไม่ใช้ดีกว่า”* *(FG2-P5)* และ *“ถ้าต่อไปจะมีเทคโนโลยีอะไรก็ต้องหาวิธีที่จะป้องกันมิจฉาชีพให้ได้ ผู้สูงอายุถึงจะกล้าใช้”* *(FG1-P5)* ทั้งนี้ ความเชื่อมั่น จะเกิดขึ้นต่อเมื่อเทคโนโลยีนั้นมาจากแหล่งที่น่าเชื่อถือหรือได้รับการรับรองจากหน่วยงานภาครัฐเท่านั้น *“ถ้าเป็นแอปที่มาจากส่วนราชการ เช่น หมอพร้อม ก็สบายใจหน่อย กล้าลงทะเบียน”* *(FG2-P1)*

6.3 อุปสรรคจากความซับซ้อนของระบบ

อุปสรรคทางกายภาพและรูปแบบการออกแบบเทคโนโลยีที่ไม่สอดคล้องกับธรรมชาติของผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดเรื่องขนาดตัวอักษรที่เล็ก และขั้นตอนที่ยุ่งยากซับซ้อน เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุจำกัดพฤติกรรมการใช้งานไว้เพียงระดับพื้นฐาน *“บางแอปมันอ่านยาก ตัวเล็ก ต้องให้หลานช่วยกด”* *(FG1-P8)* *“ขั้นตอนมันเยอะ บางทีจะโหลดแอปมันต้องให้ยืนยัน ใส่รหัสต่าง ๆ หลายขั้นตอน รู้สึกยุ่งยาก”* *(FG1-P7)* และ *“อ่านไม่ออก ตัวอักษรมันเล็กเกินไป แม้จะใส่แว่นแล้ว”* *(FG1-P7)* อุปสรรคเกี่ยวกับความซับซ้อนของระบบส่งผลให้เกิดความไม่มั่นใจต่อการใช้งาน *“บางทีไม่รู้จะเรียกว่าอุปสรรคไหม แต่มันกลัวทำผิด กลัวกดพลาด”* (FG1-P5) และ *“บางทีลองกดดู แต่มันไม่เป็นอย่างที่คิด ก็เลยเลิกใช้”* *(FG2-P4)* ความซับซ้อนดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุเลือกใช้แพลตฟอร์มโซเชียลมีเดียที่เข้าถึงง่ายและให้ข้อมูลผ่านสื่อมัลติมีเดียแทนการใช้แอปพลิเคชันสุขภาพเฉพาะทาง ดังคำกล่าว *“บางทีเปิดหาใน YouTube หรือ TikTok ที่เป็นของหมอหรือพยาบาลสอนเป็นคลิปสั้น ๆ ฟังแล้วเข้าใจง่าย”* *(FG1-P3)* และ *“ส่วนใหญ่ถ้าอยากรู้อะไรก็จะค้นหาใน Google พิมพ์ไปมันก็ออกมาให้หมดเลย”* *(FG2-P3)*

6.4 การขาดระบบสนับสนุนในพื้นที่

การขาดระบบสนับสนุนที่ครอบคลุมทั้งในแง่ของบุคคลและพื้นที่เรียนรู้ ส่งผลให้ความตั้งใจในการปรับตัวเข้าสู่ยุคดิจิทัลของผู้สูงอายุถูกจำกัด ผู้สูงอายุยังมีความต้องการตัวช่วยเพื่อสร้างความมั่นใจในการใช้งานเทคโนโลยี โดยผู้สูงอายุพร้อมที่จะเรียนรู้หากมีการจัดกระบวนการอบรมที่เหมาะสม ดังคำกล่าว *“ถ้ามีคนมาสอนหรือจัดอบรมให้ลองใช้จริง ป้าก็อยากลองค่ะ”* *(FG1-P2)* *“เวลามีคนสอนให้ แต่พอสอนเสร็จแล้วกลับบ้าน พอมี*

ปัญหาก็ไม่รู้จะถามใคร” (FG1-P2) ขณะเดียวกัน แรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวยังคงเป็นปัจจัยหลักที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถก้าวข้ามข้อจำกัดด้านทักษะและร่างกายได้ *“ลูกสอนให้ แต่พอลูกไม่อยู่ ใช้ไม่เป็นก็ต้องรอลูกกลับมา”* (FG2-P6)

การอภิปรายผล

1. การยอมรับเทคโนโลยี

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีการยอมรับเทคโนโลยีโดยรวมอยู่ในระดับสูง สะท้อนถึงทัศนคติเชิงบวกและความพร้อมในการเปิดรับเทคโนโลยี โดยเฉพาะทัศนคติต่อการใช้งานและการรับรู้ประโยชน์ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดรูปแบบการใช้เทคโนโลยี (TAM) ที่อธิบายว่าการรับรู้ประโยชน์จะนำไปสู่ทัศนคติเชิงบวกและความตั้งใจใช้งานตามมา (Davis, 1989) ข้อมูลเชิงคุณภาพสนับสนุนข้อค้นพบดังกล่าว โดยผู้สูงอายุสะท้อนถึงประโยชน์ของเทคโนโลยีในการติดตามสุขภาพ ดังคำกล่าวว่า *“ดีนะคะ ทำให้เรารู้ทันสุขภาพตัวเอง ไม่ต้องรอหมออย่างเดียว”* (FG2-P8) ซึ่งสะท้อนการรับรู้ประโยชน์ที่เป็นรูปธรรมต่อชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะในบริบทพื้นที่ชายแดนภาคใต้ที่การเข้าถึงบริการสาธารณสุขมีข้อจำกัด สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์และความตั้งใจใช้งานอยู่ในระดับมาก (Nilwatta, 2020; Phatanet, 2024; Wattatham et al., 2024)

อย่างไรก็ตาม ด้านการรับรู้ความง่ายในการใช้งานพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนว่าเทคโนโลยีด้านสุขภาพมีทั้งจุดเด่นและข้อจำกัด แม้ว่าผู้สูงอายุจะเห็นว่าเทคโนโลยีช่วยให้เข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวก ลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และสามารถติดตามสุขภาพได้ด้วยตนเอง แต่ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนว่าการใช้งานบางระบบยังไม่เหมาะสมกับข้อจำกัดของผู้สูงอายุ เช่น ตัวอักษรมีขนาดเล็ก ขั้นตอนการใช้งานซับซ้อน และแอปพลิเคชันส่วนใหญ่ใช้ภาษาไทยเป็นหลัก ดังคำกล่าวว่า *“บางแอปมันอ่านยาก ตัวเล็ก ต้องให้หลานช่วยกด”* (FG1-P8) ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ใช้ภาษามลายูถิ่นเป็นภาษาหลักหรือมีความเข้าใจภาษาไทยแตกต่างกัน (Keawseesod et al., 2026) นอกจากนี้ ความซับซ้อนของระบบและข้อจำกัดด้านทักษะดิจิทัลเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการยอมรับและการใช้งานเทคโนโลยีของผู้สูงอายุส่งผลให้การใช้งานเทคโนโลยีบางประเภทต้องอาศัยความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวหรือบุคลากรสาธารณสุข (Wattatham et al., 2024)

ด้านความปลอดภัยของข้อมูลพบว่า มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดในองค์ประกอบของการยอมรับเทคโนโลยี สะท้อนว่าผู้สูงอายุยังมีความกังวลเกี่ยวกับการเก็บรักษาและการนำข้อมูลส่วนบุคคลไปใช้ แม้ว่าจะเห็นประโยชน์และความสะดวกของการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพก็ตาม ข้อมูลเชิงคุณภาพชี้ให้เห็นว่า ความกังวลดังกล่าวเกิดจากการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการหลอกลวงทางออนไลน์และความไม่มั่นใจในความปลอดภัยของระบบ ดังคำกล่าวว่า *“เห็นข่าวมิจฉาชีพเยอะมาก ก็ไม่กล้าโหลดอะไรมั่ว ๆ”* (FG2-P7) และ *“กลัวข้อมูลสุขภาพเอาไปใช้ในทางไม่ดี”* (FG1-P4) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุมีความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคลและการเข้าถึงข้อมูลโดยไม่ได้รับอนุญาต ซึ่งส่งผลต่อการยอมรับเทคโนโลยีสุขภาพ (Quan-Haase & Ho, 2020) นอกจากนี้ ในบริบทจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีความหลากหลายทางภาษาและวัฒนธรรม ผู้สูงอายุบางส่วนอาจมีข้อจำกัดในการทำความเข้าใจข้อความแจ้งเตือนหรือเงื่อนไขการใช้งานของระบบ ทำให้เกิดความไม่มั่นใจต่อการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการออกแบบระบบที่มีมาตรการคุ้มครองข้อมูลที่ชัดเจน ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และสื่อสารเรื่องความปลอดภัยอย่างเหมาะสม จะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นและส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพในผู้สูงอายุได้ (Sitthimunkong, 2020)

2. พฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า แม้ผู้สูงอายุจะมีการยอมรับเทคโนโลยีด้านสุขภาพในระดับสูง แต่พฤติกรรมการใช้งานจริงอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนว่าการยอมรับเพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอต่อการใช้งานอย่างต่อเนื่อง ข้อมูล

เชิงคุณภาพระบุว่า ข้อจำกัดด้านกายภาพตามวัย ความซับซ้อนของระบบ ภาษา และทักษะดิจิทัล ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจ ดังคำกล่าวว่า *"อยากใช้นะ แต่กลัวกดผิด กลัวทำพัง"* (FG1-P5) และ *"บางทีลองกดดู แต่มันไม่เป็นอย่างที่คิด ก็เลยเลิกใช้"* (FG2-P4) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าอุปสรรคสำคัญในการใช้เทคโนโลยีสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ ความซับซ้อนของระบบและขาดทักษะดิจิทัล (Jandaeng, 2025; Kleechaya, 2021)

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้เทคโนโลยีได้เมื่อมีผู้แนะนำ แต่มักประสบปัญหาเมื่อใช้งานตามลำพัง เนื่องจากขาดผู้ให้คำปรึกษา ดังคำกล่าวว่า *"เวลามีคนสอนให้ แต่พอสอนเสร็จแล้วกลับบ้าน พอมีปัญหาก็ไม่รู้จะถามใคร"* (FG1-P2) ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็น ช่องว่างระหว่างการยอมรับและการใช้งานจริง โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีข้อจำกัดด้านภาษาและทักษะดิจิทัลเพิ่มเติม(Keawseesod et al., 2026) การสนับสนุนต่อเนื่องจากครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุขจึงเป็นปัจจัยยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนไปสู่การใช้งานจริง ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการใช้เทคโนโลยี และงานวิจัยที่ยืนยันว่าการช่วยเหลือทางเทคนิคอย่างต่อเนื่องมีบทบาทสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าว (Davis, 1989; Park et al., 2023)

ประเด็นความกังวลด้านความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลยังเป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับพฤติกรรม โดยผู้สูงอายุเลือกใช้เฉพาะแอปพลิเคชันจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ เช่น "หมอพร้อม" ของภาครัฐ ซึ่งมีสัดส่วนการใช้งานสูงสุด (ร้อยละ 84.3) ชี้ให้เห็นว่าการตัดสินใจใช้งานไม่ได้ขึ้นอยู่กับประโยชน์หรือความสะดวกเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับความเชื่อมั่นต่อระบบ ดังคำกล่าวว่า *"รู้ว่าดีนะแอปพวกนี้ดี แต่มันน่ากลัวตรงที่ต้องใส่ข้อมูลส่วนตัวเยอะเกินไป กลัวคนอื่นเอาไปใช้ในทางไม่ดี เลยเลือกที่จะไม่ใช้ดีกว่า"* (FG2-P5) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับข้อค้นพบที่ว่าความไว้วางใจและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจใช้เทคโนโลยี โดยผู้สูงอายุมีแนวโน้มจำกัดหรือหลีกเลี่ยงการใช้งานทันทีหากไม่มั่นใจในความปลอดภัย (Wilson et al., 2021)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการยอมรับเทคโนโลยี

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการยอมรับเทคโนโลยี โดยพบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับเทคโนโลยี อย่างมีนัยสำคัญ ข้อมูลเชิงคุณภาพสนับสนุนว่าผู้สูงอายุที่มีต้นทุนทางสังคมและการศึกษาดีจะมีความสามารถในการปรับตัวเชิงดิจิทัลสูงกว่า ในขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยมักมองว่าเทคโนโลยีเป็นเรื่องที่อยู่เหนือความสามารถทางเศรษฐกิจ (Phatanet, 2024) ซึ่งเป็นอุปสรรคเชิงโครงสร้างที่สำคัญในการเข้าถึงบริการดิจิทัล ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า *"เรามันคนหาเช้ากินค่ำ เรื่องมือถือแพง ๆ หรือเน็ตแรง ๆ มันก็ลำบากนะ เอาแค่โทรเข้าโทรออกได้ก็พอแล้ว"* (FG1-P4) สะท้อนให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัล ที่ยังคงมีอยู่ในสังคมไทยในการเข้าไม่ถึงสวัสดิการทางสังคมของผู้สูงอายุด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล (Punjathumjarern & Fukfon, 2023) โดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดนใต้ที่มีความหลากหลายทางเศรษฐกิจและสังคม สถานะทางเศรษฐกิจ และการศึกษา

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ของเทคโนโลยี อธิบายได้ว่าอายุที่เพิ่มขึ้นอาจทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการการใช้เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพ รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ จึงทำให้มองเห็นประโยชน์ของเทคโนโลยีได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ของบริการสุขภาพดิจิทัลที่สูงขึ้น (Jokisch et al., 2022)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับเทคโนโลยีกับพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า การยอมรับเทคโนโลยีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ซึ่งสะท้อนว่าเมื่อผู้สูงอายุมีการยอมรับเทคโนโลยีมากขึ้น มีแนวโน้มที่จะนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลสุขภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่ได้อยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่า การยอมรับเทคโนโลยีไม่ได้นำไปสู่การใช้งานจริง แต่ยังต้องอาศัยเงื่อนไขที่เอื้อต่อการเปลี่ยนจากการยอมรับไปสู่พฤติกรรมการใช้งานจริง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การยอมรับเทคโนโลยีของผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับทั้งความเชื่อมั่นและเงื่อนไขที่

สนับสนุนให้เกิดการใช้งานจริง (Park et al., 2023) จึงอาจกล่าวได้ว่า การยอมรับเป็นจุดเริ่มต้นของการใช้เทคโนโลยี แต่การเกิดพฤติกรรมจริงจำเป็นต้องมีปัจจัยสนับสนุนร่วมด้วย

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์เป็นรายด้านพบว่า ความปลอดภัยของข้อมูล ความตั้งใจในการใช้งาน และทัศนคติต่อการใช้งาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม โดยความปลอดภัยของข้อมูลมีความสัมพันธ์เด่นที่สุด สะท้อนว่า ความเชื่อมั่นในระบบและความไว้วางใจต่อการจัดการข้อมูลส่วนบุคคลมีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนความตั้งใจให้เกิดการใช้งานจริง ข้อมูลเชิงคุณภาพสนับสนุนว่า ผู้สูงอายุจะเลือกใช้งานเมื่อมั่นใจในแหล่งที่มาและความปลอดภัยของระบบ เช่น *“ถ้าต่อไปจะมีเทคโนโลยีอะไรก็ต้องหาวิธีที่จะป้องกันมิจฉาชีพให้ได้ ผู้สูงอายุถึงจะกล้าใช้”* (FG1-P5) สะท้อนความไว้วางใจต่อการตัดสินใจใช้งาน สอดคล้องกับการศึกษาที่ชี้ว่าความกังวลด้านความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูลเป็นประเด็นสำคัญต่อการตัดสินใจใช้เทคโนโลยีสุขภาพของผู้สูงอายุ (Sitthimunkong, 2020; Wilson et al., 2021)

ขณะเดียวกัน การรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้งาน อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุในพื้นที่ให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านความปลอดภัยของข้อมูลเป็นเงื่อนไขหลักในการตัดสินใจใช้งานมากกว่าอุปสรรคทางกายภาพ ผลการศึกษาสะท้อนว่าอุปสรรคที่ส่งผลกระทบกลับเป็นปัจจัยภายในของตัวบุคคล เช่น ความกลัวความผิดพลาดและความไม่มั่นใจในขีดความสามารถของตนเอง ดังที่ระบุว่า *“บางทีไม่รู้จะเรียกว่าอุปสรรคไหม แต่มันกลัวทำผิด กลัวกดพลาด”* (FG1-P5) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อุปสรรคในผู้สูงอายุมีความซับซ้อนหลายมิติเกินกว่าจะวัดได้ด้วยปัจจัยเชิงโครงสร้างเพียงอย่างเดียว ดังนั้นการส่งเสริมเทคโนโลยีสุขภาพในผู้สูงอายุต้องมุ่งเน้นการสร้างความปลอดภัยควบคู่ไปกับการเสริมสร้างความมั่นใจเชิงจิตวิทยาเพื่อความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพในอนาคต (Peek et al., 2014)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยเลือกเทคโนโลยีที่มีความน่าเชื่อถือ ปลอดภัย และใช้งานง่าย พร้อมจัดให้มีช่องทางช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถนำเทคโนโลยีไปใช้ในการดูแลสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยด้านความปลอดภัยของข้อมูล ความพร้อมทางเทคโนโลยี และการสนับสนุนการใช้งานเพิ่มเติม โดยเฉพาะในบริบทของพื้นที่พหุวัฒนธรรม
2. ควรศึกษาเปรียบเทียบผู้สูงอายุกับประชากรวัยอื่น โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างให้เหมาะสม เพื่อให้เห็นความแตกต่างของการยอมรับและการใช้เทคโนโลยีสุขภาพระหว่างช่วงวัย
3. ควรศึกษาผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ใช้เทคโนโลยีแตกต่างกัน รวมถึงผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทหรือห่างไกล เพื่อให้เข้าใจข้อจำกัดและความต้องการในการใช้เทคโนโลยีสุขภาพได้ครอบคลุม

References

Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Routledge.

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2017). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). SAGE.

Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly, 13*(3), 319-340. https://doi.org/10.2307/249008

Hoque, R., & Sorwar, G. (2017). Understanding factors influencing the adoption of mHealth by the elderly: An extension of the UTAUT model. *International Journal of Medical Informatics*, *101*, 75-84. https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2017.02.002

Jandaeng, P. (2025). Health information seeking and utilization among elderly students at Mae Ka Elderly School, Mueang District, Phayao Province. *TLA Bulletin*, *69*(1), 105–121. (in Thai)

Jokisch, M. R., Schmidt, L. I., & Doh, M. (2022). Acceptance of digital health services among older adults: Findings on perceived usefulness, self-efficacy, privacy concerns, ICT knowledge, and support seeking. *Frontiers in Public Health*, *10*, 1073756. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1073756

Keawseesod, N., Deramae, W., & Suthanaphinyo, S. (2026). Malay language: The cultural spirit of the Southern Border. *Institute of Culture and Arts Journal Srinakharinwirot University*, *27*(2), 10–20. https://so02.tci-thaijo.org/index. php/jica/article/view/279652/189371 (in Thai)

Kleechaya, P. (2021). Digital technology utilization of elderly and framework for promoting Thai active and productive aging. *Journal of Communication Arts*, *39*(2), 56–78. (in Thai)

National Statistical Office. (2024). *The 2024 survey of the older persons in Thailand* provincial level. National Statistical Office. https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/iM?set_lang=en#gsc.tab=0 (in Thai)

Nilwatta, N. (2020). *The use of information technology and health service accessibility of the Thai elderly* [Master's thesis, Mahidol University]. Thesis and Thematic paper. https://repository.li.mahidol.ac.th/handle/123456789/91985 (in Thai)

Park, H. K., Chung, J., & Ha, J. (2023). Acceptance of technology related to healthcare among older Korean adults in rural areas: A mixed-method study. *Technology in Society, 72*, 102182. https://doi.org/10.1016/j.techsoc.2022.102182

Peek, S. T. M., Wouters, E. J. M., van Hoof, J., Luijkx, K. G., Boeije, H. R., & Vrijhoef, H. J. M. (2014). Factors influencing acceptance of technology for aging in place: A systematic review. *International Journal of Medical Informatics, 83*(4), 235–248. http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2014.01.004

Phatanet, P. (2024). Factors related to self-reliance and technology acceptance among the elderly digital age in Nong Khai Province. *NEU Academic and Research Journal*, *14*(3), 93–107. (in Thai)

Punjathumjarern, N., & Fukfon, K. (2023). Inequality and exploitation in the accessibility of social welfare services through digital technology among older adults: A descriptive qualitative study. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, 6*(3), 46–58. (in Thai)

Quan-Haase, A., & Ho, D. (2020). Online privacy concerns and privacy protection strategies among older adults in East York, Canada. *Journal of the Association for Information Science and Technology*, *71*(9), 1089-1102. https://doi.org/10.1002/asi.24364

Sitthimunkong, W. (2020). *Technology acceptance and the intention to use telemedicine in the Bangkok Metropolitan Area*. [Master's independent study, Thammasat University]. https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:186245 (in Thai)

Thepsud, K., & Korcharoen, M. (2019). Behavior using online social media regarding health and media literacy among the elderly with diabetes mellitus in Bangkok. *Payap University Journal*, *29*(1), 67–78. (in Thai)

Wattatham, S., Dami, D., Nakpan, S., Noothongmark, K., Nuseng, N., Kaewbubha, P., Chansi, N., & Putnoi, T. (2024). Factors influencing technology acceptance among the elderly in the digital age: Case study of Koh Yor Sub-district Administrative Organization, Mueang District, Songkhla Province. *Journal of Kanchanaburi Rajabhat University, 13*(1), 65–75. (in Thai)

Wildenbos, G. A., Peute, L., & Jaspers, M. (2018). Aging barriers influencing mobile health usability for older adults: A literature based framework (MOLD-US). *International Journal of Medical Informatics*, *114*, 66-75. https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2018.03.012

Wilson, J., Heinsch, M., Betts, D., Booth, D., & Kay-Lambkin, F. (2021). Barriers and facilitators to the use of e-health by older adults: A scoping review. *BMC Public Health*, *21*(1), 1556. https://doi.org/10.1186/s12889-021-11623-w

Wongkampun, S., & Panitrat, R. (2023). Factors influencing health information technology utilization behaviors among older people in Bangkok Metropolitan. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, *38*(3), 182–199. (in Thai)

World Health Organization. (2025). *Ageing and health*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

Information Needs and Quality of Life Among Patients with Lymphoma Receiving Chemotherapy at Out-Patient Clinic, University Hospital

ความต้องการข้อมูล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่ห้องรับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย

Punyaphat Bumrungmeung* ปุณญภัส บำรุงเมือง*

Abstract

Although chemotherapy can cure lymphoma, it can bring about complications. Therefore, patients may have information needs for managing any symptom depending on its cause. Additionally, chemotherapy can significantly impact patients' quality of life in many aspects. This descriptive research proposed to study the levels of information needs and quality of life among patients who received chemotherapy at the outpatient clinic of a university hospital. The purposive sample technique was used to recruit 127 study participants who were newly diagnosed with lymphoma and made an appointment to receive chemotherapy. The research instruments were the HINQ-62 (Hematological Information Need Questionnaire - 62) and the WHOQOL-BREF-THAI (The World Health Organization Quality of Life assessment). The data were analyzed using descriptive statistics.

The study showed that the overall level of information needs among the participants had the highest average score (M = 4.47, SD = 0.49). When considering each aspect, the medical tests and prognosis aspect had the highest average score (M = 4.65, SD = 0.55), followed by the disease, symptoms, treatment and side-effects aspect (M = 4.59, SD = 0.50), the self-care aspect (M = 4.49, SD = 0.57), and the psychosocial aspect (M = 4.33, SD = 0.73). The aspect of etiology, sleep, and physical changes had the lowest average score, though still at a high level (M = 4.08, SD = 0.69). Regarding quality of life, the overall average score was at a moderate level (M = 3.54, SD = 0.44). When considering each aspect, the environment aspect had the highest average score at a good level (M = 4.72, SD = 0.45), followed by the psychological aspect (M = 3.75, SD = 0.60). The social relationship aspect had a moderate average score (M = 3.50, SD = 0.62). The physical aspect had the lowest average score, also at a moderate level (M = 3.20, SD = 0.54).

These results are baseline data to set the priority of needs for the teaching plan and enhance patients' quality of life in each aspect appropriately.

Keywords: Chemotherapy; Information needs; Patients with lymphoma; Quality of life

* Registered Nurse, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Faculty of Medicine, Chiang Mai University; e-mail: nopagan.b@gmail.com

Received 8 June 2025; Revised 16 November 2025; Accepted 27 November 2025

บทคัดย่อ

ยาเคมีบำบัด ถึงแม้สามารถรักษาโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองได้ แต่การรักษานั้นทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นผู้ป่วยอาจต้องการข้อมูลที่หลากหลายเพื่อใช้ในการจัดการอาการตามสาเหตุที่เกิด นอกจากนี้ ยาเคมีบำบัดยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในหลายด้าน การวิจัยเชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความต้องการข้อมูล และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ห้องรับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย โดยสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับการนัดหมายมารับยาเคมีบำบัด จำนวน 127 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบสอบถามความต้องการข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการข้อมูลโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.47, SD = 0.49) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการตรวจรักษาและพยากรณ์โรค มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.65, SD = 0.55*)* รองลงมา คือ ด้านโรค กลุ่มอาการ การรักษาและผลข้างเคียงโรค (M = 4.59, SD = 0.50) ด้านการดูแลตนเอง (M = 4.49, SD = 0.57) และด้านจิตสังคม (M = 4.33, SD = .73) ส่วนด้านสาเหตุของโรค การนอนหลับ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับมาก (M = 4.08, SD = 0.69) สำหรับคุณภาพชีวิตพบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.54, SD = 0.44) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ในระดับดี (M = 4.72, SD = 0.45) รองลงมา คือ ด้านจิตใจ (M = 3.75, SD = 0.60) ส่วนด้านด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.50, SD = 0.62) สำหรับด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.20, SD = 0.54)

ผลการศึกษาที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการให้ความรู้ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยตามลำดับความสำคัญของความต้องการแต่ละด้านอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ยาเคมีบำบัด ความต้องการข้อมูล ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง คุณภาพชีวิต

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: nopagan.b@gmail.com

วันที่รับบทความ 8 มิถุนายน 2568 วันที่แก้ไขบทความ 16 พฤศจิกายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 27 พฤศจิกายน 2568

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง เป็นโรคมะเร็งที่เกิดกับเซลล์เม็ดเลือดขาวซึ่งทำหน้าที่สร้างระบบภูมิคุ้มกันแก่ร่างกาย พบสถิติการเกิดโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองรายใหม่ของประเทศสหรัฐอเมริกาในปี 2024 จำนวนทั้งสิ้น 187,740 ราย (Siegel et al., 2024) และพบสถิติของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566-2568 มีจำนวนทั้งสิ้น 14,160 ราย (Faculty of Medicine, Chiang Mai University, 2025) อาการที่พบบ่อยในโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ได้แก่ มีต่อมน้ำเหลืองโตตามบริเวณแนวต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ รักแร้ ขาหนีบ ช่องอก และช่องท้อง เป็นต้น มีอาการที่เรียกว่า บี ซิมท้อม (B symptoms) โดยมีอาการแสดงอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้ น้ำหนักลดไม่มีสาเหตุ ไข้ไม่มีสาเหตุหรือเหงื่อออกตอนกลางคืน (The Thai Society of Hematology, 2022) การลุกลามของโรคมักลุกลามเข้าไปในไขกระดูก นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 10 ถึง 60 ของผู้ป่วยมีการลุกลามเข้าสู่ระบบทางเดินอาหาร การรักษาอย่างทันท่วงทีและเหมาะสมแก่ผู้ป่วย เป็นการป้องกันการลุกลามเข้าสู่อวัยวะต่าง ๆ และทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น ซึ่งการรักษามีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด การฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัด และการให้แอนติบอดี เป็นต้น แต่ส่วนใหญ่จะรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัด โดยมีจุดประสงค์เพื่อทำให้มะเร็งหายขาด ไม่แพร่กระจาย มะเร็งเจริญเติบโตช้าลง ฆ่าเซลล์มะเร็งที่อาจจะแพร่ไปส่วนอื่นของร่างกาย และลดสาเหตุของอาการจากมะเร็ง (Pongthavornkamol et al., 2017)

แม้ยาเคมีบำบัดจะสามารถรักษาโรคได้ แต่ก็ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในหลายด้าน จากแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1994; World Health Organization, 1998) ได้แบ่งคุณภาพชีวิต (quality of life) ออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านร่างกาย (physical domain) ยาเคมีบำบัดมีฤทธิ์กดไขกระดูกทำให้ความสามารถในการสร้างเม็ดเลือดต่าง ๆ ลดลง ทำให้การเกิดภาวะโลหิตจาง ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ มีผลต่อระบบประสาทส่วนปลาย ทำให้เกิดอาการปวดหรือชาปลายมือและเท้า เป็นต้น และมีผลต่อระบบหัวใจ ทำให้เกิดโรคหัวใจล้มเหลว และโรคของกล้ามเนื้อหัวใจ (Lopez-Garcia et al., 2024) (2) ด้านจิตใจ (psychological domain) ยาเคมีบำบัดส่งผลกระทบทำให้เกิดความเครียด และความทุกข์ทรมาน จากการรับรสเปลี่ยนแปลง ปากแห้ง ท้องผูก นอนหลับยาก (Lekdamrongkul et al., 2021) (3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships domain) ยาเคมีบำบัดมีผลต่อระบบสืบพันธุ์อาจส่งผลกระทบกับสัมพันธภาพภายในครอบครัว เช่น ปัญหาความสัมพันธ์กับคู่สมรสเนื่องจากมีเพศสัมพันธ์ลดลง ปัญหาการมีบุตรยาก เนื่องจากยาไปมีผลทำลายเซลล์สืบพันธุ์ในเพศชายและในเพศหญิง ซึ่งอาจทำให้เกิดการเป็นหมันได้ และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การตั้งครรภ์ผิดปกติ (Coleman, 2018) และ (4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain) การได้รับยาเคมีบำบัดอาจทำให้เกิดภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ ผมร่วง (Lekdamrongkul et al., 2021) ซึ่งมีผลกระทบกับความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว เพื่อนหรือผู้ร่วมงาน การช่วยเหลือจากสังคม ทำให้การทำหน้าที่ในครอบครัวหรือสังคมลดลง (Papathanasiou et al., 2020)

ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่กระทบต่อผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งสี่ด้าน ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวตลอดระยะเวลาที่ได้รับการรักษา ความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากการขาดความรู้เกี่ยวกับโรค และการดำเนินของโรคตลอดจนขั้นตอนการตรวจ การรักษาต่าง ๆ นั้นก่อให้เกิดคำถาม ผู้ป่วยจึงอาจมีความต้องการข้อมูลต่าง ๆ เพื่อค้นหาคำตอบที่สงสัยซึ่ง รูด และคณะ (Rood et al., 2018) ได้ให้ความหมายความต้องการข้อมูล (information needs) ว่า หมายถึง ความต้องการที่เร่งด่วนส่วนบุคคลสำหรับสถานการณ์เฉพาะที่สัมพันธ์กับข้อมูล และในผู้ป่วยที่ไม่ได้ตัดสินใจในการรักษาความต้องการข้อมูลจะปรับตามสถานการณ์ส่วนบุคคลของเขา โดยแบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ (1) ด้านโรค กลุ่มอาการ การรักษา และผลข้างเคียง (2) ด้านการตรวจเพื่อรักษาและพยากรณ์โรค (3) ด้านการดูแลตนเอง (4) ด้านสาเหตุของโรค การนอนหลับและการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และ (5) ด้านจิตสังคม จากการศึกษาของ มา และคณะ (Ma et al., 2025) ในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตพบว่า

ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาวินิจฉัยนานขึ้น มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ มีแนวโน้มที่จะมีความต้องการข้อมูลต่ำ และจากการศึกษาของ พิจิตรา เล็กดำรงกุล และคณะ (Lekdamrongkul et al., 2021) ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่รอดชีวิต พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานจากกลุ่มอาการทางกายต่ำ ($p < .001$)

ปัจจุบันได้มีการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการข้อมูล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัดทั้งในและต่างประเทศ แต่ที่พบส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ที่รอดชีวิตจากมะเร็งหรือผู้ที่ได้รับการรักษาผ่านไปแล้ว ไม่ได้เป็นข้อมูลในช่วงการวินิจฉัยใหม่และการเริ่มรับยาเคมีบำบัด ซึ่งในช่วงนี้จนถึงการรับเคมีบำบัดครั้งที่ 3 นั้นนับว่าเป็นช่วงสำคัญและเร่งด่วน เป็นช่วงที่ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาและความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากตัวโรคและจากการรับยาเคมีบำบัด ที่อาจทำให้ผู้ป่วยต้องการข้อมูลเพื่อใช้ลดความวิตกกังวล และใช้ในการดูแลตนเองเพื่อให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับความต้องการข้อมูล และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่รับเคมีบำบัดใหม่จนถึงครั้งที่ 3 เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแลที่สำคัญและจำเป็นเร่งด่วนในผู้ป่วย และเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในทุกด้านต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้ยาเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับรับยาเคมีบำบัด

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความต้องการข้อมูลของ รูด และคณะ (Rood et al., 2018) ซึ่งได้ให้ความหมายความต้องการข้อมูล (information need) หมายถึง ความต้องการที่เร่งด่วนส่วนบุคคลสำหรับสถานการณ์เฉพาะที่สัมพันธ์กับข้อมูล และในผู้ป่วยที่ไม่ได้ตัดสินในการรักษาความต้องการข้อมูลจะปรับตามสถานการณ์ของแต่ละบุคคล โดยแบ่งความต้องการข้อมูลออกเป็น 5 ด้าน คือ (1) ความต้องการข้อมูลด้านโรค กลุ่มอาการ การรักษาและผลข้างเคียงโรค หมายถึง ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง กลุ่มอาการ วิธีการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเพื่อนำมาตัดสินใจในการรักษาและความเป็นไปได้ของผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (2) ความต้องการข้อมูลด้านการตรวจรักษาและพยากรณ์โรค หมายถึง ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย ผลและกระบวนการของการตรวจวินิจฉัยและการพยากรณ์โรค และผลกระทบของโรคในอนาคต (3) ความต้องการข้อมูลด้านการดูแลตนเอง หมายถึง ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องโภชนาการ การอยู่ร่วมกันในสังคมและการออกกำลังกาย รวมถึงข้อมูลในการดูแลแบบสนับสนุน (4) ความต้องการข้อมูลด้านสาเหตุของโรค การนอน และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย หมายถึง ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ปัญหาการนอนหลับ และ (5) ความต้องการข้อมูลด้านจิตสังคม หมายถึง ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก ข้อมูลเรื่องการช่วยเหลือที่เป็นไปได้และการติดต่อช่วยเหลือจากการวางแผนของหน่วยงานของโรงพยาบาล จากครอบครัวและแหล่งอื่น

สำหรับแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (quality of life) ใช้ตามแนวทางของ องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1994; World Health Organization, 1998) ที่ให้ความหมายว่า เป็นการรับรู้ถึงสถานภาพในชีวิตของตนในบริบทของวัฒนธรรมและระบบการให้คุณค่าของสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิต ความคาดหวัง มาตรฐาน และสิ่งที่ตนให้ความสำคัญ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ (1) ด้านร่างกาย (physical domain) หมายถึง การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน (2) ด้านจิตใจ (psychological domain) หมายถึงการรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง การรับรู้ด้านศาสนา การให้ความหมายของชีวิต

(3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships domain) หมายถึง การรับรู้ความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น รวมถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ (4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต การรับรู้โอกาสและการฝึกฝนทักษะ และการมีกิจกรรมเวลาว่าง

กล่าวโดยสรุป ความต้องการข้อมูลเป็นการช่วยเพิ่มความสามารถในการตัดสินใจ และช่วยในการดูแลตนเองจากความเจ็บป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย ที่อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในแต่ละมิติ ผู้ป่วยจึงมีความต้องการข้อมูลเพื่อใช้ในการดูแลตนเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง และได้รับการนัดหมายมารับยาเคมีบำบัดที่ห้องอายุกรรมพิเศษ 5 เบอร์ 23 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่แพทย์วินิจฉัยแล้ว และได้รับการนัดหมายมารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดครั้งที่ 1 หรือ ครั้งที่ 2 หรือ ครั้งที่ 3 ซึ่งเป็นระยะเริ่มต้นใหม่ของการรับยาเคมีบำบัด เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติดังนี้ (1) อายุ 18 ปีขึ้นไป (2) เป็นผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและข้อมูลตามความเป็นจริง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีของ เครจซี่ และ มอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ที่กำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 127 คน และตอบแบบสอบถามครบสมบูรณ์ (response rate) จำนวน 127 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล โรคและการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Hematological Information Need Questionnaire–62: HINQ-62) พัฒนาโดย รูด และคณะ (Rood et al., 2018) ได้รับการแปลโดยผู้วิจัยด้วยเทคนิควิธีแปลย้อนกลับ โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการใช้ภาษาจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย-เชียงใหม่ เป็นผู้ร่วมในการแปลเครื่องมือ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านโรค กลุ่มอาการ การรักษาและผลข้างเคียงโรค (27 ข้อ) ด้านการตรวจรักษาและพยากรณ์โรค (10 ข้อ) ด้านการดูแลตนเอง (8 ข้อ) ด้านสาเหตุของโรค การนอน และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (10 ข้อ) และ ด้านจิตสังคม (7 ข้อ) รวมทั้งสิ้น 62 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) ให้เลือกตอบ ตั้งแต่ 1-5 และตัวเลือกที่ 6 หมายถึง ไม่สามารถตอบคำถาม/เลือกได้ ให้คะแนน คือ 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง หากไม่สามารถตอบคำถามได้จะไม่คิดคะแนนข้อนั้น คิดคะแนนรวมทั้งหมดจากข้อที่ตอบเป็นรายด้านและโดยรวม และนำมาวิเคราะห์แปลผลตามอันตรภาคชั้นของ เบสท์ (Best, 1977) หาระดับความต้องการข้อมูล แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับความต้องการข้อมูลน้อยที่สุด (M = 1.00-1.80) น้อยมาก (M = 1.81-2.60) ปานกลาง (M = 2.61-3.40) มาก (M = 3.41-4.20) และมากที่สุด (M = 4.21-5.00)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) แปลและดัดแปลงโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (Mahatnirunkul et al., 1998) รวมทั้งหมด 26 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย (7 ข้อ) ด้านจิตใจ (6 ข้อ) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (3 ข้อ) ด้านสิ่งแวดล้อม (8 ข้อ) ส่วนข้อที่ 1 และ 26 เป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วน

ประมาณค่า ให้เลือกตอบ 1-5 มีความหมายทางบวก 23 ข้อ ให้คะแนน คือ 1 ไม่เลย และ 5 มากที่สุด และมีความหมายทางลบ 3 ข้อ ให้คะแนน คือ 5 ไม่เลย และ 1 มากที่สุด คิดคะแนนรวมทั้งหมดจากข้อที่ตอบเป็นรายด้านและโดยรวม และนำมาวิเคราะห์แปลผลตามอันตรภาคชั้นของ เบสท์ (Best, 1977) หาระดับคุณภาพชีวิต แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี (M = 1.00-2.33) ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง (M = 2.34-3.67) และ ระดับคุณภาพชีวิตดี (M = 3.68-5.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามความต้องการข้อมูลผู้ป่วย HINQ-62 ที่ผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจทานด้านเนื้อหาและภาษาจำนวน 6 คน ได้แก่ อาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2 คน อาจารย์ด้านโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2 คน พยาบาลเฉพาะทางจากโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 2 คน จากนั้นได้ปรับปรุงเพิ่มเติมแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และหาค่าดัชนีความเที่ยงตรง (content validity index: CVI) ของเครื่องมือทั้งฉบับ ได้ค่าเท่ากับ 0.91 สำหรับแบบสอบถามคุณภาพชีวิต WHOQOL-BERF-THAI เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากต้นฉบับของ WHO ที่ได้นำมาแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยขออนุญาตนำมาใช้ มีค่าดัชนีความเที่ยงตรง (CVI) เท่ากับ 0.65 สำหรับการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ทั้ง 2 ฉบับ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (Bujang et al., 2024) จำนวน 13 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.95 และ 0.89 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 319/2564 วันที่อนุมัติ 21 มิถุนายน 2564 ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย สิทธิในการขอยุติการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดต่อการรักษา เมื่อกลุ่มตัวอย่างแสดงเจตนาให้ความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้ ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หลังได้รับอนุมัติแล้วจึงเข้าพบหัวหน้าหน่วยตรวจที่ 5 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อแนะนำตัวและขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากข้อมูลเวชระเบียนเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเข้าถึงข้อมูลชื่อผู้ป่วยผ่านหัวหน้าพยาบาล และนัดพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์และขั้นตอนการดำเนินวิจัย รวมถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากลงนามใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างรอพบแพทย์หรือระหว่างที่รอรับยาเคมีบำบัด โดยได้อธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามโดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ทั้งนี้ได้เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จจึงเก็บรวบรวม ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 127 คน คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความต้องการข้อมูลและระดับคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาระดับความต้องการข้อมูลและระดับคุณภาพชีวิต

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.50 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 42.50 มีอายุอยู่ระหว่าง 18 ถึง 87 ปี (อายุเฉลี่ย 57.36 ปี SD = 15.90) มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 54.30 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.60 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 37.80 มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 10,000 บาท ร้อยละ 48.00 มีระยะเจ็บป่วยเฉลี่ย 5.17 เดือน (SD = 4.46) โดยมีระยะเจ็บป่วยระหว่าง 1 ถึง 24 เดือน ร้อยละ 80.30 ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 50.40 และมีโรคร่วม 49.60 เมื่อจำแนกตามโรคพบว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 8.66 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 3.15 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัยของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 127)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	73	57.50
หญิง	54	42.50
อายุ (ปี) ค่าเฉลี่ย 57.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.90 พิสัย 18-87		
ต่ำกว่า 19 ปี	2	1.60
19.1-39.9 ปี	18	14.20
40 -59.9 ปี	38	29.90
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	69	54.30
สถานภาพสมรส		
โสด	24	18.90
แต่งงาน	96	75.60
หย่าร้าง	5	3.90
แยกกันอยู่	2	1.60
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	48	37.80
มัธยมศึกษา	24	18.90
ปวส., อนุปริญญา	6	4.70
ปริญญาตรี	39	30.70
สูงกว่าปริญญาตรี	10	7.90
รายได้		
ไม่เกิน 10,000 บาท	61	48.00
10,001-15000 บาท	18	14.20
15,001-20,000 บาท	8	6.30
20,001-25,000 บาท	13	10.20
สูงกว่า 25,000 บาท	27	21.30

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัยของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 127) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะความเจ็บป่วย ค่าเฉลี่ย 5.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.46 พิสัย 1-24		
1-6 เดือน	102	80.30
6.1-12 เดือน	6	12.60
12 เดือนขึ้นไป	9	7.10
ไม่มีโรคร่วม	64	50.40
มีโรคร่วม[a]	63	49.60
โรคความดันโลหิตสูง	11	8.66
โรคเบาหวาน	4	3.15
โรคหัวใจ	2	1.57
โรคอื่น ๆ 1 โรค	18	14.17
ตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป	28	20.05

หมายเหตุ [a] ตอบได้มากกว่า 1 โรค

2. ระดับความต้องการข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับความต้องการข้อมูลโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.47, SD = 0.49) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความต้องการข้อมูลด้านการตรวจรักษาและพยากรณ์โรค มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.65, SD = 0.55) รองลงมา คือ ด้านโรค กลุ่มอาการ การรักษาและผลข้างเคียงโรค (M = 4.59, SD = 0.50) ด้านการดูแลตนเอง (M = 4.49, SD = 0.57) และด้านจิตสังคม (M = 4.33, SD = 0.73) ตามลำดับ ส่วนความต้องการข้อมูลด้านสาเหตุของโรค การนอน การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด อยู่ในระดับมาก (M = 4.08, SD = 0.69) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความต้องการข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและรายด้าน (n = 127)

ความต้องการข้อมูล	จำนวน[a] (ร้อยละ)	M	SD	ระดับความต้องการ
ด้านโรค กลุ่มอาการ การรักษาและผลข้างเคียงโรค	98 (77.17)	4.59	0.50	มากที่สุด
ด้านสาเหตุของโรค การนอน การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย	58 (45.67)	4.08	0.69	มาก
ด้านการดูแลตนเอง	79 (62.20)	4.49	0.57	มากที่สุด
ด้านการตรวจรักษา พยากรณ์โรค	96 (75.59)	4.65	0.55	มากที่สุด
ด้านจิตสังคม	90 (70.87)	4.33	0.7	มากที่สุด
โดยรวม	**93 (73.23)**	**4.47**	**0.49**	**มากที่สุด**

หมายเหตุ [a] จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับความต้องการมากสุดในด้านนั้น

3. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผลการศึกษาพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.54, SD = 0.44) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับดี (M = 4.72, SD = 0.45) รองลงมา คือ ด้านจิตใจอยู่ในระดับดี (M = 3.75, SD = 0.60) ส่วนด้านที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (M = 3.50, SD = 0.62) สำหรับด้านสุขภาพกายมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.20, SD = 0.54) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและรายด้าน (n = 127)

คุณภาพชีวิต	จำนวน[a] (ร้อยละ)	M	SD	ระดับคุณภาพชีวิต
ด้านสุขภาพกาย	105 (82.7)	3.20	0.54	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	73 (57.5)	3.75	0.60	ดี
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	83 (65.4)	3.50	0.62	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	121 (95.3)	4.72	0.45	ดี
โดยรวม	**68 (53.5)**	**3.54**	**0.44**	**ปานกลาง**

หมายเหตุ [a] จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีระดับคุณภาพชีวิตมากสุดในด้านนั้น

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาดังนี้

1. ระดับความต้องการข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยความต้องการข้อมูลโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.47, SD = 0.49) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการวินิจฉัยใหม่และเริ่มต้นรับยาเคมีบำบัด (ไม่เกินครั้งที่ 3) โดยมีระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย 5.17 เดือน (SD = 4.46) นับเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยประสบกับกลุ่มอาการของโรค ได้แก่ การกดเบียดของก้อน อาการปวด เหนื่อยล้า และไข้ เป็นต้น รวมถึงการที่ต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยที่ซับซ้อน ใช้ระยะเวลาในการรอผลการตรวจ ต้องเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ในเรื่องการรักษาและการรับยาเคมีบำบัด อาจไม่มีความคุ้นเคยหรือได้รับข้อมูลในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ เรื่องยาเคมีบำบัด การจัดการอาการข้างเคียง และการดูแลตนเอง ซึ่งมีความซับซ้อนและเข้าใจยาก ทำให้อาจมีความต้องการข้อมูลมากขึ้นในเรื่องโรคและการรักษาเพื่อจะช่วยในการตัดสินใจเรื่องการรักษาของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ โบแลนด์ และคณะ (Boland et al., 2025) ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่รอดชีวิตพบว่า ตัวแปรที่มีส่วนเพิ่มความต้องการข้อมูลทั้งหมด คือ ภาวะสุขภาพทางกาย (p = .009)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จบการศึกษาชั้นประถมศึกษามากที่สุด ซึ่งอาจส่งผลให้ไม่สามารถให้ความหมายแก่สิ่งต่าง ๆ ที่ต้องเผชิญ อาจไม่เข้าใจและคาดการณ์ความเจ็บป่วยกับเหตุการณ์จริง และอาจไม่สามารถแสวงหาความรู้จากแหล่งต่าง ๆ ได้ดีเท่าผู้ที่การศึกษาสูงกว่า จึงไม่สามารถให้ความหมายและทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วย เกิดความรู้สึกคลุมเครือในความเจ็บป่วย (Mishel, 1988) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการข้อมูลมากขึ้นในทุก ๆ ด้าน ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนการศึกษาของ มา และคณะ (Ma et al., 2025) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตและพบว่า ระดับการศึกษา คือ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .031)

เมื่อพิจารณาความต้องการข้อมูลรายด้านพบว่า ความต้องการข้อมูลด้านการตรวจรักษา และพยากรณ์โรค อยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.65 SD = 0.55) อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ที่นัดมารับยาเคมีบำบัด ซึ่งต้องเผชิญกับประสบการณ์ใหม่ในการได้รับการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ ได้แก่ การเจาะเลือด การเจาะไขกระดูก และเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ รวมถึงการได้รับผลกระทบของยาเคมีบำบัด ได้แก่ เบื่ออาหาร ท้องผูก รบกวนการนอนหลับ และเหนื่อยล้า การขาดความรู้และความเข้าใจในกระบวนการตรวจ ความหมายของผลการตรวจ การพยากรณ์โรค และผลกระทบของยาเคมีบำบัด อาจทำให้ไม่สามารถประเมินสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้และไม่สามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสม (Mishel, 1988) จึงอาจทำให้มีความต้องการข้อมูลเพื่อมาใช้ในการจัดการกับปัญหาที่จะเกิดขึ้น

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และจบการศึกษาชั้นประถมศึกษามากที่สุด เพราะอายุที่มากขึ้นอาจส่งผลต่อความเสื่อมของสมองทำให้ความสามารถด้านการรู้คิดโดยเฉพาะด้านความจำและการรับรู้น้อยลง (Bonkhunthod & Munluan, 2022) และการศึกษาน้อยนั้นอาจทำให้รับรู้และแปลความหมายของความเจ็บป่วยได้ไม่ชัดเจน ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยได้ และอาจเกิดความไม่แน่นอนในชีวิตของตนเอง (Mishel, 1988) จึงอาจมีความต้องการมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ คอนสแตนทินิดิส และคณะ (Konstantinidis et al., 2019) ในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่รอดชีวิตพบว่า ผู้ป่วยมีระดับความต้องการสูงขึ้นในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพในอนาคต

สำหรับความต้องการข้อมูลด้านโรค กลุ่มอาการ การรักษา และผลข้างเคียงโรคพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการข้อมูลอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.59, SD = 0.50) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยใหม่และอยู่ระหว่างการรับยาเคมีบำบัด (ไม่เกินครั้งที่ 3) ซึ่งเป็นภาวะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับกลุ่มอาการที่ไม่เคยเป็นมาก่อน รวมถึงการได้รับผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด อาจทำให้รู้สึกว่าเป็นการซับซ้อนของการรักษาและไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของการรักษา ทำให้เกิดความรู้สึกคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Mishel, 1988) ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ที่อาจส่งผลให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีจำกัด มีความ สามารถในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลหรือความรู้เรื่องโรคและการรักษา เช่น อินเทอร์เน็ต แอปพลิเคชัน มีข้อจำกัด ทำให้มีความต้องการข้อมูลในเรื่องโรค และการรักษาเพื่อมาร่วมใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษามากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ โลว์ และคณะ (Loh et al., 2020) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่วินิจฉัยใหม่หรือก่อนวินิจฉัยมีร้อยละการใช้ประโยชน์แหล่งข้อมูลเรื่องโรค และแนวทางการรักษาจากคอมพิวเตอร์/อินเทอร์เน็ต ในกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่อายุน้อยกว่า 60 ปี สูงมากกว่ากลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .02)

สำหรับความต้องการข้อมูลด้านการดูแลตนเองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการข้อมูลระดับมากที่สุด (M = 4.49, SD = 0.57) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ที่และอยู่ระหว่างนัดมารับยาเคมีบำบัด ซึ่งเป็นระยะที่อยู่ระหว่างการเผชิญเรื่องโรค และการรับยาเคมีบำบัด ต้องมีการเตรียมในด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงความรู้ในเรื่องชีวิตประจำวันขณะรับยาเคมีบำบัด ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อน เป็นต้น อีกทั้งต้องการการดูแลสนับสนุนจากครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การสื่อสารกับแพทย์ ผลกระทบเรื่องงาน การมาตรวจตามนัด และการจัดการความเครียด เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ คอนสแทนทินิดิส และคณะ (Konstantinidis et al., 2019) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่รอดชีวิตส่วนใหญ่มีความต้องการสูงมากขึ้นในด้านการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ซึ่งอาจมีผลให้การเข้าใจข้อมูลและความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (Bonkhunthod & Munluan, 2022) ไม่สามารถค้นหาแหล่งข้อมูลและทำความเข้าใจข้อมูลได้ด้วยตนเอง อาจทำให้ไม่สามารถสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจต่อความเจ็บป่วย (Mishel, 1988) ทำให้อาจต้องการความรู้ด้าน

การดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องการศึกษาของ วัตสัน และคณะ (Watson et al., 2019) ในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 28 มีปัญหาในเรื่องการจดจำข้อมูลที่ได้รับจากแพทย์

สำหรับความต้องการข้อมูลด้านจิตสังคมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการข้อมูลระดับมากที่สุด (M = 4.33, SD = 0.73) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ที่นัดมารับยาเคมีบำบัด อาจทำให้ต้องมีการปรับตัวในระหว่างการรักษาและผลกระทบจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาเคมีบำบัด จึงต้องมีการวางแผนร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว มีการสื่อสารกับบุคคลที่มีประสบการณ์ใกล้เคียงกันหรือกับทีมสุขภาพเพื่อให้คำปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือที่เกี่ยวข้องกับการรักษา รวมถึงกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาชั้นประถมศึกษามากที่สุด การศึกษาน้อยอาจส่งผลต่อการเรียนรู้และความเข้าใจในเรื่องโรคและการรักษาได้ไม่ดีเท่าในผู้ป่วยที่ระดับการศึกษาสูงกว่า และอาจส่งผลให้ขาดทักษะในการติดสื่อสารกับครอบครัวและทีมสุขภาพ จึงอาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความหมายแก่สิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง (Mishel, 1988)

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 10,000 บาท การที่กลุ่มตัวอย่างมีรายได้น้อย และต้องลาหรือหยุดงานเพื่อมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นจากการรักษา อาจทำให้ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวและปัจจัยในการรักษาพยาบาล ได้แก่ ค่ารักษา ค่าเดินทาง และค่าดูแลสุขภาพเพิ่มเติม เป็นต้น ทำให้อาจรู้สึกวิตกกังวลและเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน จึงอาจต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารหรือการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ คอนสแทนทินิดิส และคณะ (Konstantinidis et al., 2019) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งโลหิตที่รอดชีวิตส่วนใหญ่มีความต้องการสูงขึ้นในด้านความสัมพันธ์ และด้านเศรษฐกิจ โดยมีความต้องการการสนับสนุนเบื้องต้นในเรื่อง การเงิน และสัมพันธภาพในครอบครัว

สำหรับความต้องการข้อมูลด้านสาเหตุของโรค การนอน และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความต้องการข้อมูลด้านดังกล่าวต่ำสุด และอยู่ในระดับมาก (M = 4.08, SD = 0.69) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคและเริ่มนัดมารับยาเคมีบำบัดไม่เกินครั้งที่ 3 ซึ่งเป็นระยะใหม่ของโรคจึงอาจมีพยาธิสภาพของโรค ได้แก่ มีไข้ เหงื่อออกกลางคืน อาการปวด การกดเบียดของตัวก้อนต่ออวัยวะต่าง ๆ รวมถึงผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ซึ่งผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจสาเหตุและความรุนแรงของความเจ็บป่วยและของฤทธิ์ยาเคมีบำบัด อาจไม่สามารถระบุเวลาและความรุนแรงของโรคได้ชัดเจน ทำให้เกิดความคลุมเครือในความเจ็บป่วย (Mishel, 1988) ผู้ป่วยจึงมีความต้องการข้อมูลด้านดังกล่าวในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ เมอฟี่-แบงค์ และคณะ (Murphy-Banks et al., 2022) ที่พบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดฮอดจ์กินส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นในระยะยาวของโรคและต้องการเรียนรู้ก่อนการรักษาจะสิ้นสุด และ มีความต้องการข้อมูลในด้านผลข้างเคียงของโรค และ/หรือผลที่เกิดขึ้นในระยะยาวของโรค

2. ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.54, SD = 0.44) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ที่นัดมารับยาเคมีบำบัดไม่เกินครั้งที่ 3 ซึ่งมีระยะความเจ็บป่วยเฉลี่ย 5.17 เดือน เป็นระยะที่ต้องปรับตัวในเรื่องโรคและอาจอยู่ในภาวะปฏิเสธความเจ็บป่วย นอกจากนี้ ต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ ได้แก่ ตรวจเลือด ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ และ เจาะไขกระดูก ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดและส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์และสภาวะความเจ็บป่วยได้ รวมถึงการได้รับผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด เช่น ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมทั้งสีผิวของร่างกาย ผมร่วงต้องใส่วิก อาจเกิดความเครียดและวิตกกังวล ส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวและสังคมเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งการที่มีความเปลี่ยนแปลงของร่างกายและการเกิดผลกระทบต่อจิตใจในระหว่างการรักษานั้นอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ พาพาทานาซู และคณะ (Papathanasiou et al., 2020) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตมีคุณภาพชีวิตโดยรวมปานกลาง

และการศึกษาของ เซน และคณะ (Senf et al., 2020) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่อยู่ระหว่างการรักษา มีคะแนนเฉลี่ยของความทุกข์ทรมานในระยะสั้นที่ได้รับยาเคมีบำบัดของมะเร็งโลหิตภายใน 3 วัน สูง มีคุณภาพชีวิตภาวะสุขภาพโดยรวมต่ำ

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยสูงสุดเมื่อเทียบกับด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับดี (M = 4.72, SD = 0.45) อาจเป็นเพราะ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ที่นัดมารับยาเคมีบำบัด ที่ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลต้นสังกัดอาจได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องการรักษามาเบื้องต้น และได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การบริการสาธารณสุข ด้านสิทธิการรักษา และระบบสุขภาพ เป็นต้น จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและอารมณ์มั่นคงมากขึ้น เป็นผลให้สามารถจัดการกับสถานการณ์ใหม่ของการเกิดโรคและมารับยาเคมีบำบัดได้อย่างต่อเนื่อง ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.60 มีสถานภาพสมรสแต่งงาน การได้อยู่กับครอบครัวทำให้มีความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยมากกว่าผู้ป่วยที่อยู่ลำพัง มีผู้ให้คำปรึกษาและสนับสนุนเรื่องค่าใช้จ่ายต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสส์ และคณะ (Wasse et al., 2023) ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่รอดชีวิตพบว่า ผู้ป่วยที่ขาดในเรื่องสังคม และเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับสุขภาพทั่วไปที่แย่ลง (β = -12.8 (5.2); p = 0.01) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ พาเซค และคณะ (Pasek et al., 2023) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่รับยาเคมีบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมปานกลาง (M = 64.3, SD = 16.05) ซึ่งอาจเป็นเพราะจำนวนกลุ่มตัวอย่างของ พาเซค แบ่งออกเป็นรอบรับยาเคมีบำบัดหลายกลุ่ม โดยมีกลุ่มที่รับยาครั้งที่ 1 ถึง ครั้งที่ 3 เพียงร้อยละ 19.5 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้เป็นรอบรับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 1 ถึง ครั้งที่ 3 ทั้งหมด

สำหรับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (M = 3.75, SD = 0.60) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ส่งตัวเพื่อมารับรักษาต่อจากโรงพยาบาลต้นสังกัดที่อาจได้รับข้อมูลเบื้องต้นในเรื่องต่าง ๆ เช่น กลุ่มอาการที่เกิดขึ้น เรื่องโรค และแนวทางการรักษา เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เวส และคณะ (Wasse et al., 2023) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่รอดชีวิตมีภาวะสุขภาพทางใจสัมพันธ์กับระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยโรค (p = .01) และความพอใจการสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) อาจเป็นเพราะการที่ผู้ป่วยมีระยะเวลาการวินิจฉัยโรคสั้นและการสนับสนุนจากสถานบริการต้นสังกัด อาจทำให้ได้รับในเรื่องข้อมูลและการรักษาที่เร็วขึ้น ลดความเครียดและวิตกกังวล เพิ่มการรับรู้สภาวะความเจ็บป่วยและยอมรับในความเจ็บป่วยของตนเอง ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.60 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ซึ่งครอบครัวอาจมีส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาและกำลังใจขณะรับยาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยลดความเครียดและวิตกกังวล สนับสนุนการศึกษาของ เซน และคณะ (Senf et al., 2020) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่สถานภาพโสดมีคะแนนความทุกข์ทรมานสูงกว่าผู้ป่วยที่อยู่แบบมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทั้งด้านความวิตกกังวล (t = -2.1, p = .038) และภาวะซึมเศร้า (t = 2.2, p = .033)

สำหรับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.50, SD = 0.62) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยใหม่ที่นัดมารับยาเคมีบำบัด (ไม่เกินครั้งที่ 3) การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดนอกจากเป็นกระบวนการที่ใช้ระยะเวลายาวนานแล้ว อีกทั้งผลของยาเคมีบำบัดที่กดไขกระดูกทำให้เม็ดเลือดขาวลดลงร่างกายติดเชื้อได้ง่ายขึ้น ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 49.60 มีภาวะโรคร่วมที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทำให้ต้องแยกตัวจากบุคคลอื่นและครอบครัว เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว หงุดหงิดง่าย และอาจสูญเสียสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว เพื่อนร่วมงานหรือสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ พาเซค และคณะ (Pasek et al., 2023) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่รับยาเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตด้านสังคมปานกลาง และสนับสนุนการศึกษาของ พิจิตรา เล็กดำรงกุล และคณะ (Lekdamrongkul et al., 2021) ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่รอดชีวิตพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแล

สนับสนุนต่ำ (p = .001) นั่นอาจแสดงให้เห็นว่าการได้รับการดูแลสนับสนุนอาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

สำหรับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.20, SD = 0.54) อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่และนัดมารับยาเคมีบำบัด (ไม่เกินครั้งที่ 3) ซึ่งอาจสูญเสียหน้าที่ทางร่างกายจากกลุ่มอาการของโรค และต้องเผชิญต่อผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่รบกวนต่อชีวิตประจำวันทำให้ไม่สุขสบาย เกิดความทุกข์ทรมาน และลดความสามารถในการทำกิจวัตรลง สอดคล้องกับการศึกษาของ เซน และคณะ (Senf et al., 2020) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่อยู่ระหว่างการรักษามีความทุกข์ทรมานจากความเหนื่อยล้า การสูญเสียความอยากอาหารและอาการนอนไม่หลับ ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาจบชั้นประถมศึกษามากที่สุดและเกือบครึ่งมีภาวะโรคร่วม นั่นอาจทำให้ทักษะความสามารถในการวางแผนและจัดการอาการไม่ดี และภาวะโรคร่วมอาจเพิ่มภาวะความเจ็บป่วยและข้อจำกัดในการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ พาเซค และคณะ (Pasek et al., 2023) ที่พบว่า ผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่รับยาเคมีบำบัด มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายปานกลาง โดยคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายมีความสัมพันธ์กับภาวะโรคร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .008)

ผลการศึกษาที่ได้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการให้ความรู้ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยตามลำดับความสำคัญของความต้องการแต่ละด้านอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำผลการศึกษาความต้องการข้อมูลมาเป็นแนวทางในการจัดลำดับความสำคัญในการวางแผนให้การดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการในแต่ละด้าน โดยควรให้ข้อมูลด้านที่ต้องการมากที่สุดเป็นอันดับแรก คือ ด้านการตรวจรักษา และพยากรณ์โรค รองลงมา คือ ด้านโรค กลุ่มอาการ การรักษา และผลข้างเคียง ด้านการดูแลตนเอง และด้านจิตสังคม ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีความต้องการระดับมาก ได้แก่ ด้านสาเหตุของโรค การนอน และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อาจให้ความสำคัญในลำดับของการให้ข้อมูลรองลงมา

2. สามารถนำผลการศึกษาคุณภาพชีวิตมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่คุณภาพชีวิตปานกลางให้มีระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ควรจัดทำสื่อการสอนแบบรายบุคคลหรือรายกลุ่มให้เหมาะสมกับกลุ่มอายุผู้ป่วย ช่วยจัดให้มีการเพิ่มช่องทางการติดต่อกับผู้ป่วยเพื่อรับทราบปัญหาและให้ข้อมูลหรือให้การดูแลจัดการได้โดยเร็ว คุณภาพชีวิตด้านสังคม ควรสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และอาจจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนระหว่างผู้ป่วยเพื่อให้เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความเจ็บป่วยในสถานการณ์เดียวกันและดูแลสนับสนุนกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับความแตกต่างของความต้องการข้อมูลและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในแต่ละรอบของการรับยาเคมีบำบัด รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการข้อมูลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบระดับความต้องการข้อมูลของช่วงระยะต่าง ๆ ของการเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ได้แก่ ระยะวินิจฉัยโรค ระยะระหว่างการรักษา ระยะหลังได้รับการรักษาครบเริ่มแรก ระยะโรคสงบ ระยะระหว่างคงการรักษาไว้ และระยะช่วงการกลับเป็นซ้ำ

References

Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice Hall.

Boland, V., Drury, A., O'Donnell, M., & Brady, A. M. (2025). *Exploring the link between unmet needs and quality of life in lymphoma survivors: A cross-sectional study*. https://www.researchsquare.com/article/rs-6530354/v1

Bonkhunthod, P., & Munluan, K. (2022). Mild cognitive impairment: Before getting sick with Dementia. *APHEIT Journal of Nursing and Health*, *4*(1), e2723. https://rsujournals.rsu.ac.th/index.php/ajnh/article/view/2723 (in Thai)

Bujang, M. A., Omar, E. D., Foo, D. H. P., & Hon, Y. K. (2024). Sample size determi- nation for conducting a pilot study to assess reliability of a questionnaire. *Restorative Dentistry & Endodontics*, *49*(1), e3. https://doi.org/10.5395/rde.2024.49.e3

Coleman, C. M. (2018). *Understanding non-Hodgkin lymphoma: A guide for patients, survivors, and loved ones*. Lymphoma Research Foundation.

Faculty of Medicine, Chiang Mai University. (2025). *Cancer statistics, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital*. Faculty of Medicine, Chiang Mai University.

Konstantinidis, T. I., Spinthouri, M., Ramoutsaki, A., Marnelou, A., Kritsotakis, G., & Govina, O. (2019). Assessment of unmet supportive care needs in haematological cancer survivors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 20*(5), 1487–1495. https://doi.org/10.31557/APJCP.2019.20.5.1487

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607–610. https://doi.org/10.1177/001316447003000308

Lekdamrongkul, P., Pongthavornkamol, K., Molassiotis, A., Sriyuktasuth, A., Siritanaratkul, N., & Chansatitporn, N. (2021). Exploring health-related quality of life among non-Hodgkin's lymphoma survivors after completion of primary treatment: A cross-sectional study in Thailand. *Supportive Care in Cancer*, *29*(11), 6511-6522. https://doi.org/10.1007/s00520-021-06246-1

Loh, K. P., Tsang, M., LeBlanc, T. W., Back, A., Duberstein, P. R., Mohile, S. G., Epstein, R. M., Klepin, H. D., Becker, M. W., El-Jawahri, A., & Lee, S. J. (2020). Decisional involvement and information preferences of patients with hematologic malignancies. *Blood Advances, 4*(21), 5492–5500. https://doi.org/10.1182/bloodadvances.2020003044

Lopez-Garcia, A., Macia, E., Gomez-Talavera, S., Castillo, E., Morillo, D., Tuñon, J., Ibañez, B., & Cordoba, R. (2024). Predictive factors of therapy-related cardiovascular events in patients with lymphoma receiving anthracyclines. *Medical Sciences*, *12*(2), 23. https://doi.org/10.3390/medsci12020023

Ma, L., Xie, W., Li, L., Song, Y., Chen, C., Li, X., Zhu, X., & Zhuang, S. (2025). Heterogeneity and associated factors of information needs among patients with hematological malignancies in China: A latent profile analysis. *Supportive Care in Cancer*, *33*(6), 511. https://doi.org/10.1007/s00520-025-09558-8

Mahatnirunkul, S., Tuntipivatanaskul, W., Pumpisanchai, W., Wongsuwan, K., & Pornmanajirungkul, R. (1998). *Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items)*. Suanprung Hospital.

Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 20*(4), 225–232. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x

Murphy-Banks, R., Kumar, A. J., Lin, M., Savidge, N., Livne, E., & Parsons, S. K. (2022). Hodgkin lymphoma survivor perspectives on their engagement in treatment decision-making and discussion of late effects. *Supportive Care in Cancer, 30*(2), 1399–1405. https://doi.org/10.1007/s00520-021-06538-6

Papathanasiou, I. V., Kelepouris, K., Valari, C., Papagiannis, D., Tzavella, F., Kourkouta, L., Tsaras, K., & Fradelos, E. C. (2020). Depression, anxiety and stress among patients with hematological malignancies and the association with quality of life: A cross-sectional study. *Medicine and Pharmacy Reports, 93*(1), 62–68. https://doi.org/10.15386/mpr-1502

Pasek, M., Biel, J., Goździalska, A., & Jochymek, M. (2023). Quality of life of Polish patients with lymphoma treated systemically. *Nursing Reports, 13*(4), 1421–1431. https://doi.org/10.3390/nursrep13040119

Pongthavornkamol, K., Lekdamrongkul, P., & Siritanaratkul, N. (2017). Factors associated with hematological cancer patients' preferences for participation in care during hospitalization. *Ramathibodi Nursing Journal, 23*(2), 145–159. (in Thai)

Rood, J. A. J., Lissenberg-Witte, B. I., Eeltink, C., Stam, F., van Zuuren, F. J., Zweegman, S., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2018). The need for information among patients with hematological malignancies: Psychometric analyses of the 62-item hematology information needs questionnaire (HINQ-62). *PLOS ONE, 13*(8), e0201699. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201699

Senf, B., Grabowski, K., Spielmann, N., & Fettel, J. (2020). Quality of life and distress assessed with self and external assessment screening tools in patients with hematologic malignancies attending treatment in an acute hospital. *Quality of Life Research, 29*(12), 3375–3385. https://doi.org/10.1007/s11136-020-02608-5

Siegel, R. L., Giaquinto, A. N., & Jemal, A. (2024). Cancer statistics, 2024. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *74*(1), 12-49. https://doi.org/10.3322/caac.21820

The Thai Society of Hematology. (2022). *Guideline for diagnosis and treatment for lymphoma*. https://shorturl.asia/uLd2g

Wasse, S. K., Mounier, M., Assogba, E., Rossi, C., Adnet, J., Gauthier, S., Girard, S., Atsou, K. M., Dabakuyo-Yonli, T. S., & Maynadie, M. (2023). Factors affecting health-related quality of life among survivors of non-Hodgkin lymphoma: A population-based study. *Cancers*, *15*(15), 3885. https://doi.org/10.3390/cancers15153885

Watson, R., Bryant, J., Fisher, R. S., Turon, H., Hyde, L., & Herrmann, A. (2019). Do haematological cancer patients get the information they need about their cancer and its treatment? Results of a cross-sectional survey. *Supportive Care in Cancer, 27*(4), 1509–1517. https://doi.org/10.1007/s00520-018-4525-2

WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health, 23*(3), 24-56. https://doi.org/10.1080/00207411.1994.11449286

World Health Organization. (1998). *Programme on mental health: WHOQOL user manual*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Effects of a Health Belief Promotion Program through the Line Application on Medication Use Behaviors and Blood Pressure Levels Among Patients with Post-Hypertensive Urgency*

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน*

Athiwan	Wongpetcharat**	อธิวรรณ	วงศ์เพชรชารัต**
Supatra	Buatee***	สุพัตรา	บัวที***

Abstract

Hypertensive urgency is a common clinical emergency among patients with hypertension due to uncontrolled blood pressure. This experimental research aimed to study the effects of a health belief promotion program, delivered through the LINE application, on medication use behaviors and blood pressure levels among patients with post-hypertensive urgency. The participants consisted of 48 patients with post-hypertensive urgency. Participants were selected using simple random sampling and randomly assigned to either the experimental or control groups, with 24 participants in each group. The experimental group received usual nursing care in combination with the medication use behavior promotion program based on the health belief model framework developed by Rosenstock. The program involved (1) enhancing individual health beliefs by providing educational infographics delivered through the LINE application; and (2) promoting cues to action by sending medication reminder messages, assessing barriers to medication use through the LINE application, and conducting follow-up telephone calls. The intervention lasted four weeks. The control group received only routine care. Data were collected using a demographic questionnaire and a medication use behaviors questionnaire and were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, and paired t-test.

The findings revealed that the experimental group who received the health belief promotion program through the LINE application for four weeks had mean medication use behavior scores that were significantly higher than those before the intervention ($t = 12.62$, $p < .05$) and significantly higher than those of the control group ($t = -5.52$, $p < .05$). The experimental group also had mean systolic blood pressure and mean diastolic blood pressure levels that were significantly lower than those before the intervention ($t = -11.61$, $p < .05$; $t = -6.24$, $p < .05$) and significantly lower than those of the control group ($t = 2.53$, $p < .05$; $t = 1.85$, $p < .05$).

The findings of this study indicate that the health belief promotion program through the LINE application improves medication use behaviors and reduces blood pressure levels. Therefore, healthcare teams should consider implementing this program among patients with post-hypertensive urgency to promote appropriate medication use.

Keywords: Health belief promotion program; Hypertensive urgency; LINE application; Medication use behaviors

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

** Graduate student of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University; e-mail: supatra.b@msu.ac.th

Received 7 January 2026; Revised 28 March 2026; Accepted 9 April 2026

บทคัดย่อ

ภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน เป็นภาวะฉุกเฉินทางคลินิกที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ การวิจัยเชิงทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการใช้ยา และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 48 คน เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย และสุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 24 คน กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ โรเซนสต็อค โปรแกรมประกอบด้วย (1) ส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลโดยการให้ความรู้ผ่านสื่อภาพอินโฟกราฟิกผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (2) ส่งเสริมปัจจัยการกระตุ้นการปฏิบัติโดยการส่งข้อความแจ้งเตือนให้รับประทานยา สอบถามอุปสรรคในการใช้ยาโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ และติดตามสอบถามโดยใช้โทรศัพท์ โปรแกรมนี้ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ independent t-test และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.62$, $p < .05$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.52$, $p < .05$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -11.61$, $p < .05$; $t = -6.24$, $p < .05$) และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.53$, $p < .05$; $t = 1.85$, $p < .05$)

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาให้เหมาะสม และสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ ดังนั้น ทีมสุขภาพจึงควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ความดันโลหิตสูงเร่งด่วน แอปพลิเคชันไลน์ พฤติกรรมการใช้ยา

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
** นิสิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม e-mail: supatra.b@msu.ac.th

วันที่รับบทความ 7 มกราคม 2569 วันที่แก้ไขบทความ 28 มีนาคม 2569 วันที่ตอบรับบทความ 9 เมษายน 2569

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขของประชากรทั่วโลก เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.4 พันล้านคนทั่วโลก แต่มีเพียง 1 ใน 5 เท่านั้น ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (World Health Organization, 2025) สถานการณ์ประเทศไทย จากฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6.8 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2565 จำนวน 3 แสนคน และจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับจำนวนผู้ป่วย โดยพบอัตราการตายเท่ากับ 14.22 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2563 เพิ่มขึ้นเป็น 14.48 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งพบว่า ค่าความดันซิสโตลิคที่สูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงต่อการเกิดความพิการและการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (Seidu et al., 2023) ดังนั้นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้น จึงมุ่งเน้นในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

การควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษามีจำนวน 7.4 ล้านคน ในจำนวนนี้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ถึง 3.5 ล้านคน ปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย ทั้งในด้านการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ขาดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญต่าง ๆ หากควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (Al-Hazmi et al., 2025; Tomduangkaew et al., 2024) รวมไปจนถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารโซเดียมสูง การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ (Cherfan et al., 2020) นอกจากนี้ยังพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิต เนื่องจากยาลดความดันโลหิตเป็นการรักษาหลักที่ช่วยลดระดับความดันโลหิตและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด อีกทั้งยังพบว่า การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยายังเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน (Alley & Copelin, 2023; Krämer et al., 2019)

ภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน (hypertensive urgency) เป็นภาวะที่ร่างกายมีค่าความดันโลหิตสูงมากผิดปกติ โดยผู้ป่วยจะมีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวตั้งแต่ 180 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวตั้งแต่ 110 มิลลิเมตรปรอท โดยยังไม่มีอาการแสดงใด ๆ ของความผิดปกติของอวัยวะเป้าหมาย (Thai Hypertension Society, 2019) จากรายงานทั่วโลกพบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 1-2 มีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต (Fragoulis et al., 2021) สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 16.2 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต และในจำนวนดังกล่าวพบภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน ร้อยละ 14 (Kotruchin et al., 2021)

ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อย แม้ว่าภาวะดังกล่าวจะยังไม่ปรากฏหลักฐานการทำลายอวัยวะเป้าหมายอย่างเฉียบพลัน แต่หากไม่ได้รับการประเมิน ติดตามและดูแลอย่างเหมาะสมอาจพัฒนาไปสู่ภาวะความดันโลหิตสูงฉุกเฉิน ซึ่งเป็นภาวะที่มีการทำลายอวัยวะสำคัญโดยเฉพาะสมองและหัวใจ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคหลอดเลือดสมองแตก โรคหัวใจล้มเหลว และโรคไตวาย นำไปสู่ความพิการ คุณภาพชีวิตที่ลดลง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวและระบบบริการสุขภาพจากการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์จำนวนมาก การนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในอัตราสูง (Bucci et al., 2024; Siddiqi et al., 2023)

ปัญหาสำคัญที่นำไปสู่การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน คือ การมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม เช่น การขาดยา การลืมรับประทานยา การลดหรือปรับขนาดยาเอง และการหยุดรับประทานยาเมื่อรู้สึกอาการดีขึ้นแล้ว (Bureenork & Buatee, 2025; Overgaauw et al., 2019) ซึ่งมักสัมพันธ์กับการมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับโรคและการรักษา (Ruksakulpiwat et al., 2024) ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการรับรู้และความเชื่อด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่มุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนยังมีอยู่อย่างจำกัด ทั้งที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยบางส่วนมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและความสามารถในการควบคุมโรคอยู่ในระดับต่ำ (Wattana-burapakul et al., 2021) เนื่องจากลักษณะของโรคที่มักไม่แสดงอาการชัดเจนหรือเป็นภัยเงียบ ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความตระหนักและไม่เห็นความสำคัญของการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่สูงขึ้น (Kumpiriyapong & Sasat, 2017) สะท้อนให้เห็นว่าการปรับการรับรู้และความเชื่อด้านสุขภาพเป็นกลไกสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) จึงเป็นแนวทางสำคัญในการแก้ปัญหาดังกล่าว เนื่องจากเป็นกรอบแนวคิดที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านกระบวนการรับรู้ของบุคคล โดยอธิบายว่าบุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเมื่อมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค พร้อมทั้งตระหนักถึงประโยชน์ของการปฏิบัติและสามารถจัดการกับอุปสรรคต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม (Rosen-stock, 1974) ทั้งนี้มีงานวิจัยสนับสนุนว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งการรับรู้ประโยชน์และรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิต (Boonsin et al., 2021; Reamrimmadun & Sombutputhon, 2018) ดังนั้นการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมจึงเป็นแนวทางสำคัญที่พยาบาลสามารถนำมาใช้ในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่า มีการสอนโดยจัดกิจกรรมกลุ่มบรรยายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาได้เหมาะสมเพิ่มขึ้น (Kumpiriyapong & Sasat, 2017; Yazdan-panah et al., 2019) ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้นวัตกรรมเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ ซึ่งเป็นช่องทางการสื่อสาร 2 ทาง สามารถส่งสื่อข้อมูลต่าง ๆ ในรูปแบบรูปภาพ วิดีโอ สะดวกประหยัดเวลา ลดช่องว่างของในการสื่อสาร รวมถึงการมีข้อจำกัดด้านเวลา สถานที่ และความต่อเนื่องในการติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วย ดังนั้นการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี mobile health จึงเป็นแนวทางที่ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า มีการนำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในการใช้ยา เช่น การศึกษาของ กมลชนก เจริญวงษา และคณะ (Charoenwongsa et al., 2022) ที่ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง โดยการส่งสื่อวีดีทัศน์และส่งข้อความกระตุ้นเตือนให้รับประทานยาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การศึกษาของ ศิริพร พรหมรัตน์ และคณะ (Promrat et al., 2022)

ซึ่งพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผ่านโปรแกรมในแอปพลิเคชันไลน์ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ยดีขึ้นและผลด้านความเชื่อด้านสุขภาพมีการรับรู้ที่ดีขึ้น และการรับรู้อุปสรรคการรับประทานยาลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยที่ผ่านมาแม้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมที่ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาและช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้ แต่ยังพบข้อจำกัดหลายประการ โดยการศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วไปหรือผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในคลินิกผู้ป่วยนอก ซึ่งยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน ที่มีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำและพัฒนาไปสู่ภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต อันอาจก่อให้เกิดความเสียหายต่ออวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ สมอง และไต นำไปสู่ความพิการหรือการเสียชีวิตได้ หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อีกทั้งยังมีการศึกษาที่มุ่งเน้นเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวค่อนข้างจำกัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมในการใช้ยาที่ถูกต้อง และการจัดการอุปสรรคในการใช้ยา ผ่านการให้ความรู้ การกระตุ้นเตือน และการติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนมีพฤติกรรมในการใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย ป้องกันการเกิดซ้ำและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์
4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์สูงกว่ากลุ่มควบคุม
4. ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) พัฒนาโดย โรเซนสต็อค (Rosenstock, 1974) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยการเสริมสร้างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ (1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยใช้แอปพลิเคชัน Thai CV Risk Calculator เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดของตนเอง (2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยนำเสนอข้อมูลร่วมกับสื่อภาพประกอบเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญ เพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้น (3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตอย่างถูกต้อง โดยให้ข้อมูลพร้อมภาพประกอบเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตและประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และ (4) การรับรู้อุปสรรคโดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสะท้อนปัญหาอุปสรรค และข้อสงสัย เพื่อช่วยลดอุปสรรคในการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้องและไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้จัดให้มีสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ โดยการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน และพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม ผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยมีการส่งข้อความแจ้งเตือนการรับประทานยาในทุกเช้า พร้อมทั้งส่งสื่ออินโฟกราฟิกให้ความรู้เป็นประจำทุกวัน รวมถึงการติดตามอาการและสอบถามปัญหาอุปสรรคในการใช้ยาผ่านการติดต่อทางโทรศัพท์ซึ่งช่วยเสริมแรงจูงใจ และให้คำแนะนำเฉพาะราย ซึ่งการส่งเสริมดังกล่าวจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาได้อย่างเหมาะสมและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design) ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-กันยายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน หลังจำหน่ายจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน ที่มารับการตรวจติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ (1) ผู้ป่วย อายุ 18 ปีขึ้นไป (2) มีประวัติได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน โดยค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมากกว่า 180 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว มากกว่า 110 มิลลิเมตรปรอท โดยยังไม่มีอาการของความผิดปกติของอวัยวะสำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายวาย โรคไตเรื้อรังในระดับปานกลางถึงรุนแรง และภาวะจอตาเสื่อมจากความดันโลหิตสูง (3) เข้าใจและสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ กรณีที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการประเมินแบบคัดกรองสมองเสื่อม Mini-Cog ได้คะแนนมากกว่า 3 คะแนนขึ้นไป (Committee for the Development of Screening and Health Assessment Tools for Older Persons, 2021) (4) สามารถติดต่อทางโทรศัพท์และมีแอปพลิเคชันไลน์ และ (5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การยุติ (terminate criteria) ได้แก่ (1) มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการทดลองหรือโรคร่วม เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวาย หรือ (2) เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ใช้การทดสอบทางเดียว (one tail) อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 จากการศึกษาที่คล้ายคลึงกันของ กมลชนก เจริญวงษา และคณะ (Charoenwongsa et al., 2022) นำมาคำนวณหาขนาดอิทธิพลของตัวแปร (effect size) ได้เท่ากับ 0.79 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ๆ ละ 21 คน และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย ร้อยละ 15 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน และกลุ่มควบคุม 24 คน ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยกลุ่มตัวอย่างมาไม่พร้อมกันจึงใช้วิธีการสุ่มล่วงหน้าแบบใช้ตารางเลขสุ่ม (table of random numbers) โดยกำหนดจุดเริ่มต้นในตารางแบบสุ่มและอ่านตัวเลขตามแนวที่กำหนดเพื่อคัดเลือกหมายเลขของกลุ่มตัวอย่างไว้ล่วงหน้า เมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกในแต่ละวัน ผู้วิจัยกำหนดหมายเลขกำกับผู้ป่วยแต่ละรายตามลำดับของการมารับบริการในวันนั้น จากนั้นนำหมายเลขของผู้ป่วยมาเปรียบเทียบกับหมายเลขที่สุ่มไว้ล่วงหน้า หากตรงกันจึงคัดเลือกผู้ป่วยรายนั้นเข้าสู่การศึกษา เพื่อป้องกันการถ่ายทอดข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้ครบก่อนแล้วจึงเก็บกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย (1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ (2) ข้อมูลสุขภาพและความเจ็บป่วย ได้แก่ โรคประจำตัวอื่น ๆ ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ยาที่ใช้ในการรักษาความดันโลหิต ผู้ดูแลในการรับประทานยา ค่าความดันโลหิตปัจจุบัน

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ ชฎากร บุญสิน และคณะ (Boonsin et al., 2021) โดยคงข้อคำถามเดิมจำนวน 11 ข้อ และเพิ่มเติมข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ เพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาที่สอดคล้องกับบริบทของการศึกษา รวมทั้งสิ้น 16 ข้อประกอบด้วย (1) ด้านการรับประทานยาถูกต้องตามหลักการ (2) ด้านการเก็บรักษายา และ (3) ด้านการป้องกันอันตรายจากการใช้ยาและอาการข้างเคียง เป็นข้อคำถามเชิงลบ 8 ข้อ และเป็นข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ ข้อคำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีพฤติกรรมการใช้ยาเหมาะสมในระดับสูง (3.68-5.00 คะแนน) พฤติกรรมการใช้ยาเหมาะสมในระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และพฤติกรรมการใช้ยาเหมาะสมในระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ในโปรแกรมประกอบด้วย

1. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ที่ผู้วิจัยพัฒนาตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ได้แก่ (1) สอนผู้ป่วยเพื่อให้ความรู้เรื่องภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนและการเพิ่มการรับรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตที่ถูกต้อง และการรับรู้การจัดการอุปสรรคในการใช้ยา (กิจกรรมรายบุคคลที่โรงพยาบาล 1 ครั้ง เวลา 45 นาที) (2) ส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน ผ่านภาพอินโฟกราฟิก ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ในทุกวัน ช่วงเวลา 08.00 น. เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ และ (3) ติดตามการปฏิบัติตัวและสอบถามปัญหาหรืออุปสรรคในการใช้ยาลดความดันโลหิต ผ่านโทรศัพท์ (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง ใช้เวลา 5-10 นาที)

2. คู่มือส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

3. เครื่องวัดความดันชนิดอัตโนมัติแบบดิจิตอล ที่ผ่านการสอบเทียบตามมาตรฐานของโรงพยาบาลทุก 1 ปี โดยก่อนการวัดความดันโลหิตให้งดการสูบบุหรี่ การดื่มชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน อย่างน้อย 30 นาที รวมทั้งให้ปัสสาวะก่อนการวัด จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยนั่งพักบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงอย่างน้อย 3-5 นาที ในสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบ โดยจัดท่านั่งให้หลังพิงพนักเก้าอี้ เท้าทั้งสองข้างวางราบกับพื้นไม่ไขว่ห้าง แขนวางบนโต๊ะในระดับเดียวกับหัวใจ และหลีกเลี่ยงการพูดคุยขณะทำการวัด ทำการวัดในท่านั่งอย่างน้อย 2 ครั้งจากแขนเดียวกัน โดยเว้นระยะห่างกันครั้งละประมาณ 1 นาที และใช้ค่าเฉลี่ยของการวัดเป็นค่าความดันโลหิตในการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย

4. แอปพลิเคชันไลน์ ใช้ส่งข้อความเตือนเพื่อกระตุ้นให้รับประทานยาและส่งภาพอินโฟกราฟิกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ คู่มือสำหรับผู้ป่วย และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอายุรกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน และ เภสัชกรชำนาญการ 1 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย กระชับมากขึ้นและความเหมาะสมที่สอดคล้องกับทฤษฎี และตรวจค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity Index: CVI) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีค่าดัชนีความตรงเท่ากับ 1.0

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach’s alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 150-786/2568 วันที่อนุมัติ 27 กุมภาพันธ์ 2568 และผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE 124/2568 วันที่อนุมัติ 19 พฤษภาคม 2568 ผู้วิจัยได้ขออนุญาตหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการวิจัยก่อนการเก็บข้อมูล จากนั้นมีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัย และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบโดยละเอียดถึงสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธ และสามารถถอนตัวโดยไม่กระทบต่อการรักษา ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับโดยใช้รหัสแทนชื่อ และนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น ภายหลังชี้แจงโดยละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาตัดสินใจ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยให้พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยรับทราบว่ามีการวิจัย หลังจากนั้นพยาบาลประจำแผนกได้แนะนำผู้วิจัยให้รู้จักกับผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงเชิญชวนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมวิจัยตามวิธีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและแนะนำตัว เมื่อผู้ป่วยสมัครใจจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมวิจัย และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่ามีสิทธิ์ถอนตัวออกจากงานวิจัยได้เมื่อต้องการโดยไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อการรักษา เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยจึงเริ่มทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 (ห้องตรวจอายุรกรรม) กลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัดหลังจากจำหน่ายจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 สัปดาห์ ขณะรอตรวจ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนดำเนินการวิจัย จากนั้นผู้ช่วยวิจัยทำการวัดความดันโลหิต และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา (pretest) ใช้เวลา 10-15 นาที กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติของแผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจอายุรกรรม ได้แก่ การเข้าพบแพทย์เพื่อตรวจโรค ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา พบพยาบาลประจำคลินิกเพื่อนัดหมายครั้งต่อไปและพบเภสัชกรพร้อมให้ข้อมูลเรื่องการใช้ยารักษาตามแผนการรักษา

เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มตัวอย่างมาห้องตรวจตามนัดของห้องตรวจอายุรกรรม ผู้ช่วยวิจัยทำการวัดความดันโลหิต และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา (posttest) ใช้เวลา 10-15 นาที จากนั้นผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าได้สิ้นสุดการวิจัยแล้ว พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณ และเพื่อให้การดำเนินกิจกรรมเป็นไปตามหลักความยุติธรรม หลังสิ้นสุดโครงการ ผู้วิจัยส่งมอบคู่มือส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพให้กลุ่มตัวอย่างคนละ 1 เล่ม

กลุ่มทดลอง

ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1: วันแรก 45 นาที) ห้องตรวจอายุรกรรม ขณะกลุ่มตัวอย่างรอตรวจผู้วิจัยเข้าพบเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินการวิจัยโดยละเอียดให้ข้าใจ ผู้ช่วยวิจัยทำการวัดความดันโลหิตก่อนการทดลอง และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา (pretest) ใช้เวลา 10-15 นาที จากนั้นผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมที่ 1 โดย ให้ความรู้เรื่องภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน และประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้แอปพลิเคชัน Thai CV Risk Calculator เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ความเสี่ยงของตนเอง และอธิบายความเสี่ยงจากการไม่ควบคุมความดันโลหิต ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง พร้อมมอบคู่มือส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ คนละ 1 เล่ม พร้อมขออนุญาตในการเชื่อมต่อการติดต่อทั้งทางแอปพลิเคชันไลน์และโทรศัพท์

กิจกรรมที่ 2 (สัปดาห์ที่ 1) ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ผู้วิจัยกระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างรับประทานยา โดยการส่งข้อความเตือนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ในเวลา 08.00 น. และส่งภาพอินโฟกราฟิก ทุกวัน ๆ ละ 1 เรื่อง เนื้อหาเกี่ยวกับ ความรู้เรื่องภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด โอกาสของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบของการเกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงเมื่อควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ และขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบกลับเป็นข้อความเมื่อรับประทานยาแล้วผ่านแอปพลิเคชันไลน์ทุกวัน

กิจกรรมที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ผู้วิจัยกระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างรับประทานยา โดยการส่งข้อความเตือนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ในเวลา 08.00 น. และส่งภาพอินโฟกราฟิก ทุกวัน ๆ ละ 1 เรื่อง เนื้อหาเกี่ยวกับประโยชน์ของยาลดความดันโลหิต และส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมในการใช้ยาลดความดันโลหิตที่ถูกต้อง ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยาถูกต้องตามหลักการ ด้านการเก็บรักษายา และด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา และขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบกลับเป็นข้อความเมื่อรับประทานยาแล้วผ่านแอปพลิเคชันไลน์ทุกวัน

กิจกรรมที่ 2 (สัปดาห์ที่ 3-4) ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ผู้วิจัยกระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างรับประทานยา โดยการส่งข้อความเตือนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ในเวลา 08.00 น. และส่งภาพอินโฟกราฟิก ทุกวัน ๆ ละ 1 เรื่อง เนื้อหาเกี่ยวกับแนวทางการจัดการอุปสรรคของการใช้ยา สรุปเนื้อหาการปฏิบัติตัวเพื่อปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตที่ถูกต้อง และส่งภาพอินโฟกราฟิกที่เคยได้รับแล้วในสัปดาห์ที่ 1 ถึง สัปดาห์ที่ 2 ซ้ำ เพื่อทบทวน

จนถึงวันนัดหมาย ควบคู่กับการประเมินการรับรู้อุปสรรคจากการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยร่วมค้นหาวิธีแก้ไขปัญหา และอธิบายแนวทางการจัดการอุปสรรคที่เหมาะสมกับแต่ละราย เพื่อช่วยลดอุปสรรคที่พบ และสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 3 (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง ใช้เวลา 5-10 นาที) ผ่านโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 1 สอบถามอาการ และทบทวนความรู้ตามคู่มือ สัปดาห์ที่ 2 พูดคุยซักถามทั่วไปและสอบถามเกี่ยวกับการใช้ยา พูดให้กำลังใจพร้อมเน้นย้ำประโยชน์ของยาและประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกอย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ที่ 3 เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันแสดงความคิดเห็นวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคเพื่อสรุปหาแนวทางแก้ไขแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง และเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 ถึงวันนัดหมายที่โรงพยาบาล ผู้ช่วยวิจัยทำการวัดความดันโลหิตหลังการทดลองและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา (posttest) ใช้เวลา 10-15 นาที ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและกล่าวสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย และพฤติกรรมการใช้ยาด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ chi-square ได้แก่ ข้อมูล เพศ และสถิติ Fisher's exact test ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ยาที่ใช้ในการรักษา และผู้ดูแลในการรับประทานยา สถิติ independent t test ใช้ทดสอบข้อมูลระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

3. ทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro Wilk test พบว่า ข้อมูลทุกตัวมีการแจกแจงเป็นปกติ

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยา และระดับความดันโลหิตระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาและระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 51.10 ปี (SD = 10.50) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 44.98 ปี (SD = 10.49) ทั้งสองกลุ่มประมาณกึ่งหนึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.16 และ 62.50 ตามลำดับ) และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 79.16 และ 70.83 ตามลำดับ) ระดับการศึกษาประมาณกึ่งหนึ่งอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ร้อยละ 45.83 และ 58.30 ตามลำดับ) และประกอบอาชีพค้าขายหรือทำธุรกิจ (ร้อยละ 41.66 และ 33.30 ตามลำดับ) ด้านประวัติการเจ็บป่วยพบว่า ประมาณกึ่งหนึ่งของกลุ่มทดลองและประมาณสองในห้าของกลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียว (ร้อยละ 54.20 และ 41.70 ตามลำดับ) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 4.12 ปี และ 3.87 ปี ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มใช้ยาลดความดันโลหิต 1 ชนิด (ร้อยละ 75) โดยยาที่ใช้ส่วนใหญ่เป็น Amlodipine และผู้ดูแลการรับประทานยาเป็นตัวผู้ป่วยเองทั้งหมด (ร้อยละ 100)

ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยา ในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 4.08 คะแนน (SD = .31) ขณะที่กลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยา เท่ากับ 4.06 คะแนน (SD = .92) และในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก เท่ากับ 148.29 mmHg (SD = 10.00) และค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิก เท่ากับ 85.95 mmHg (SD = 7.95) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก เท่ากับ 153.91

mmHg (SD = 9.18) และค่าเฉลี่ยระดับความดันไดแอสโตลิก เท่ากับ 85.04 mmHg (SD = 6.29)

ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ chi-square test สถิติ Fisher's exact test และ t-test for independent sample พบว่า ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันในทุกด้าน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาเท่ากับ 4.58 (SD = .18) สูงกว่าก่อนการทดลอง 4.08 (SD = .31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 12.62, p < .05) และสำหรับกลุ่มควบคุมพบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาเท่ากับ 4.31 (SD = .63) สูงกว่าก่อนการทดลอง 4.06 (SD = .92) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 8.94, p < .05)

ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-5.52, p < .05) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมการใช้ยา	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
กลุ่มทดลอง (n = 24)	4.08	.31	4.58	.18	12.62	.01
กลุ่มควบคุม (n = 24)	4.06	.92	4.31	.63	8.94	.01
เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม	t=.06, p-value .47		t=-5.52, p-value .01			

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเท่ากับ 132.58 (SD = 11.23) และค่าเฉลี่ยไดแอสโตลิกเท่ากับ 76.62 (SD = 8.20) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -11.61, p < .05; t = -6.24, p < .05) สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่า มีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเท่ากับ 140.29 (SD = 9.76) และไดแอสโตลิกเท่ากับ 81.41 (SD = 9.65) ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -9.92, p < .05; t = -2.42, p < .05)

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกไม่แตกต่างกัน (p > .05) ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและได-แอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 2.53, p < .05; t = 1.85, p < .05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลองและระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระดับความดันโลหิต	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
Systolic blood pressure						
กลุ่มทดลอง	148.29	10.00	132.58	11.23	-11.61	.01

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลองและระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ต่อ)

ระดับความดันโลหิต	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
กลุ่มควบคุม	153.91	9.18	140.29	9.76	-9.92	.01
เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม	t = 2.02, p-value .02		t = 2.53, p-value .01			
Diastolic blood pressure						
กลุ่มทดลอง	85.95	7.95	76.62	8.20	-6.24	.01
กลุ่มควบคุม	85.04	6.29	81.41	9.65	-2.42	.01
เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม	t = -.44, p-value .33		t = 1.85, p-value .03			

การอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สนับสนุนกับสมมติฐานที่ 1 และสมมติฐานที่ 3 ทั้งนี้อาจเกิดจากโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดจากทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพของ โรเซนสต๊อค (Rosenstock, 1974) ประยุกต์ใช้กับแอปพลิเคชันไลน์ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยมุ่งปรับเปลี่ยนการรับรู้ของผู้ป่วยทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย (1) ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยทราบถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของตนเองและชี้ให้เห็นสาเหตุที่ทำให้เกิด (2) ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคแทรกซ้อน โดยผู้วิจัยเน้นย้ำผลกระทบของการเกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงซึ่งมีผลต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคมตลอด (3) ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมใช้ยาอย่างเหมาะสม ทั้ง 3 ด้าน ประกอบไปด้วย ด้านการรับประทานยาถูกต้องตามหลักการ ด้านการเก็บรักษายา และด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา รวมถึงเน้นย้ำประโยชน์ของยาลดความดันโลหิต และ (4) ส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยา โดยผู้วิจัยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาพร้อมร่วมหาวิธีแก้ไขและอธิบายแนวทางการจัดการอุปสรรคของจากใช้ยา และส่งเสริมปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติโดยเป็นการจัดกิจกรรมกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กับแอปพลิเคชันไลน์โดยส่งเสริมการรับรู้ผ่านการส่งภาพอินโฟกราฟิก วันละ 1 เรื่อง รวมทั้งได้มอบคู่มือการปฏิบัติตัวในด้านการใช้ยาลดความดันโลหิตสูงเพื่อให้ผู้ป่วยได้ศึกษาทบทวนต่อที่บ้านได้

การจัดกิจกรรมดังกล่าว ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ส่งผลให้เกิดความตระหนักและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมใช้ยาลดความดันโลหิตและสามารถจัดการอุปสรรคในการใช้ยาได้ จึงนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสมมากขึ้น ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น พบเช่นเดียวกับการวิจัยของ กมลชนก เจริญวงษา และคณะ (Charoenwongsa et al., 2022) ที่นำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการส่งสื่อวีดิทัศน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ทุกสัปดาห์ต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และการศึกษาของ ศิริพร พรหมรัตน์ และคณะ (Promrat et al., 2022) ที่ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยส่งเนื้อหาความรู้

เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงตามกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ และส่งข้อความและติดตามการรับประทานยาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ในทุกวันพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่ากลุ่มควบคุม และผลด้านความเชื่อด้านสุขภาพมีการรับรู้ที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตลดลงกว่าก่อนทดลองและลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สนับสนุนกับสมมติฐานที่ 2 และสมมติฐานที่ 4 สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพดำเนินกิจกรรมโดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพรวมถึงการจัดปัจจัยกระตุ้นผ่านการสื่อสารแบบสองทางในแอปพลิเคชันไลน์ เช่น การส่งข้อความแจ้งเตือน การให้ความรู้และการให้คำแนะนำเชิงรายบุคคลในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งส่งผลผู้ป่วยมีความมั่นใจ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตที่เหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศที่พบว่า การใช้เทคโนโลยี mHealth สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอมากขึ้นและทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Xu & Long, 2020)

นอกจากนี้ยังพบว่า การนำแอปพลิเคชันไลน์ในการส่งสื่อให้ความรู้เรื่องโรค พูดคุย สอบถามระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ พิมพ์ลดา เปี่ยมสุขวิลัย และคณะ (Piamsukwilai et al., 2024) ที่นำแอปพลิเคชันไลน์เป็นสื่อในการกระตุ้น โดยการส่งภาพอินโฟกราฟิก ส่งความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและบริโภคอาหารลดโซเดียม เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <. 05$)

สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่าก่อนการทดลองและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนทดลอง ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินจากภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความรุนแรงของโรคและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานยาตามแผนการรักษา สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การมีประสบการณ์เจ็บป่วยที่รุนแรงสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมสุขภาพและเพิ่มความร่วมมือในการรักษาได้ (Brust et al., 2024)

นอกจากนี้ กลุ่มควบคุมยังคงได้รับการพยาบาลและคำแนะนำตามมาตรฐานการรักษา ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการปรับพฤติกรรมสุขภาพบางส่วนได้เช่นกัน อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีกว่า ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมมากขึ้น เช่น รับประทานยาถูกต้องตามหลักการ ไม่ปรับขนาดยาหรือไม่หยุดยาเอง ซึ่งช่วยให้ระดับยาในร่างกายคงที่และเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับความดันโลหิตส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาและผลลัพธ์ทางคลินิก

ผลการศึกษาในครั้งนี้ สรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ซึ่งประยุกต์ จากกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ให้ความรู้เรื่องภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน การส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน เน้นย้ำประโยชน์ของยารักษาโรคความดันโลหิตสูง การมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม และการสร้างปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ ด้วยการส่งภาพอินโฟกราฟิก ให้ความรู้ในทุกวันร่วมกับการแจ้งเตือนการรับประทานยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม และการสร้างปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติด้วยการส่งภาพอินโฟกราฟิก ให้ความรู้ในทุกวันร่วมกับการแจ้งเตือนการรับประทานยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการ

ใช้ยาที่เหมาะสมมากขึ้น และยังส่งผลให้ค่าความดันโลหิตลดลงในระยะเวลา 4 สัปดาห์

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนได้ อย่างไรก็ตาม บุคลากรทางการพยาบาลและสาธารณสุขควรได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนนำโปรแกรมไปใช้ เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ควรมีการติดตามผลภายหลังการทดลองเพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรม รวมทั้งติดตามค่าความดันโลหิตเพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกเพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับระยะเวลาในการติดตามการใช้งานของแอปพลิเคชันไลน์ในระยะ 3 เดือน 6 เดือน เพื่อทราบความต่อเนื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยหลังเกิดความดันโลหิตสูงเร่งด่วนซึ่งจะช่วยในการปรับปรุงและติดตามผลดูความยั่งยืนของโปรแกรม

References

Al-Hazmi, A. H., Alanazi, A. D. M., Thirunavukkarasu, A., Alriwely, N. S., Alrais, M. M. F., Alruwaili, A. B. S., Alnosairi, M. S., & Alsirhani, A. I. (2025). Evaluation of hypertension knowledge and its association with medication adherence among hypertensive patients attending primary health centers: A cross-sectional study from eastern Saudi Arabia. *Frontiers in Public Health, 12*, 1378561. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1378561

Alley, W. D., & Copelin II, E. L. (2023). *Hypertensive urgency*. StatPearls.

Boonsin, C., Poum, A., & Makmai, P. (2021). Drug used behavior among elderly patients with hypertension in Phetchabun Province. *Science and Technology Northern Journal, 2*(2), 16-28. https://he03.tci-thaijo.org/index.php/scintc/ article/view/1125/891 (in Thai)

Brust, M., Gebhardt, W. A., Ter Hoeve, N., Numans, M. E., & Kiefte-de Jong, J. C. (2024). Exploring timing and delivery of lifestyle advice following an acute cardiac event hospitalization: The cardiac patient's perspective. *Patient Education and Counseling, 124,* 108279. https://doi.org/10.1016/j.pec.2024.108279

Bucci, T., Argyris, A., Alsomali, A., Lam, S. H. O., Gerra, L., Proietti, R., Beevers, G. D., Shantsila, E., Shantsila, A., & Lip, G. Y. H. (2024). One-year risk of all-cause death and major cardiovascular events in patients presenting with hypertensive crisis: A report from a global federated research health network. *European Heart Journal, 45*(Suppl_1), ehae666.2547. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae666.2547

Bureenork, O., & Buatee, S. (2025). The relationship between health literacy and medication adherence behaviors among older adults with hypertensive urgency. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 12*(3), e274562. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/274562/187861 (in Thai)

Charoenwongsa, K., Wirojratana, V., & Wattanakitkrileart, D. (2022). The effect of a medication adherence promotion program through the LINE application on older persons with essential hypertension. *Nursing Journal CMU, 49*(2), 313-325. (in Thai)

Cherfan, M., Vallée, A., Kab, S., Salameh, P., Goldberg, M., Zins, M., & Blacher, J. (2020). Unhealthy behaviors and risk of uncontrolled hypertension among treated individuals: The constances population-based study. *Scientific Reports, 10*(1), 1925. https://doi.org/10.1038/s41598-020-58685-1

Committee for the Development of Screening and Health Assessment Tools for Older Persons. (2021). *Manual for screening and health assessment of older persons 2021.* Ministry of Public Health. https://shorturl.asia/swMKF

Fragoulis, C., Lazarou, E., & Tsioufis, K. (2021). Hypertensive emergencies: Still an emergency? *Journal of Hypertension Research, 7*(4), 119–123. https://hypertens.org/images/202112/jhr-202112-070401.pdf

Kotruchin, P., Pratoomrat, W., Mitsungnern, T., Khamsai, S., & Imoun, S. (2021). Clinical treatment outcomes of hypertensive emergency patients: Results from the hypertension registry program in Northeastern Thailand. *The Journal of Clinical Hypertension, 23*(3), 621–627. https://doi.org/10.1111/jch.14119

Krämer, B. K., Krämer, R. M., Benck, U., & Krüger, B. (2019). Nonadherence in patients with hypertensive emergency or hypertensive urgency. *The Journal of Clinical Hypertension, 21*(1), 64–66. https://doi.org/10.1111/jch.13442

Kumpiriyapong, N., & Sasat, S. (2017). The effect of health belief programme on medicine used behavior in older persons with hypertension. *Royal Thai Navy Medical Journal, 44*(3), 67-83. (in Thai)

Overgaauw, N., Alsma, J., Brink, A., Hameli, E., Bahmany, S., Peeters, L. E. J., van den Meiracker, A. H., Schuit, S. C. E., Koch, B. C. P., & Versmissen, J. (2019). Drug nonadherence is a common but often overlooked cause of hypertensive urgency and emergency at the emergency department. *Journal of Hypertension, 37*(5), 1048–1057. https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002005

Piamsukwilai, P., Ua-kit, N., & Anuruang, S. (2024). The effect of belief modification of reducing sodium consumption on blood pressure level among persons with uncontrolled hypertension. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 35*(2), 17-32. (in Thai)

Promrat, S., Kapol, P., & Kapol, N. (2022). Effects of a program to promote medication adherence using telepharmacy in patients with hypertension. *Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences, 17*(1), 31–41. (in Thai)

Reamrimmadun, Y., & Sombutputhon, P. (2018). Factors related to drug compliance behaviors of hypertension patients in the community, Ban Pho District, Chachoengsao Province. *Nursing Public Health and Education Journal, 19*(1), 132-144. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/view/104794/135355 (in Thai)

Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs, 2*(4), 354–386. https://doi.org/10.1177/109019817400200405

Ruksakulpiwat, S., Schiltz, N. K., Irani, E., Josephson, R. A., Adams, J., & Still, C. H. (2024). Medication adherence of older adults with hypertension: A systematic review. *Patient Preference and Adherence, 18*, 957–975. https://doi.org/10.2147/PPA.S459678

Seidu, S., Hambling, C. E., Kunutsor, S. K., & Topsever, P. (2023). Associations of blood pressure with cardiovascular and mortality outcomes in over 2 million older persons with or without diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis of 45 cohort studies. *Primary Care Diabetes, 17*(6), 554-567. https://doi.org/10.1016/j.pcd.2023.09.007

Siddiqi, T. J., Usman, M. S., Rashid, A. M., Javaid, S. S., Ahmed, A., Clark, D., III, Flack, J. M., Shimbo, D., Choi, E., Jones, D. W., & Hall, M. E. (2023). Clinical outcomes in hypertensive emergency: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Heart Association, 12*(14), e029355. https://doi.org/10.1161/JAHA.122.029355

Thai Hypertension Society. (2019). 2019 *Thai guidelines on the treatment of hypertension*. Trick Think. (in Thai)

Tomduangkaew, P., Opasanant, P., & Hinmal, K. (2024). Factors affecting blood pressure level control in patients with hypertension. *Journal of Nursing and Public Health Research, 4*(2), e268403. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/article/view/268403/184386 (in Thai)

Wattanaburapakul, A., Leelacharas, S., & Jianvitayakij, S. (2021). Factors related to compliance to high blood pressure therapy among patients with hypertensive crisis. *Chulalongkorn Medical Journal, 65*(3), 311–317. https://doi.org/10.14456/clmj.2021.41

World Health Organization. (2025). *Fact sheets: Hypertension*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension

Xu, H., & Long, H. (2020). The effect of smartphone app-based interventions for patients with hypertension: Systematic review and meta-analysis. *JMIR mHealth and uHealth, 8*(10), e21759. https://doi.org/10.2196/21759

Yazdanpanah, Y., Saleh Moghadam, A. R., Mazlom, S. R., Haji Ali Beigloo, R., & Mohajer, S. (2019). Effect of an educational program based on health belief model on medication adherence in elderly patients with hypertension. *Evidence Based Care Journal, 9*(1), 52-62.

Effects of a Nurse Promotion Program on Pain Management Practices and Pain Response in Preterm Infants Undergoing Retinopathy of Prematurity Eye Screening*

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการพยาบาลในการจัดการความปวดต่อการปฏิบัติการพยาบาลและความปวดของทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการตรวจคัดกรองภาวะจอประสาทตาผิดปกติ*

Jitiyada	Wongrueang**	จิติญาดา	วงษ์เรือง**
Nethong	Namprom***	เนตรทอง	นามพรม***
Patcharee	Woragidpoonpol****	พัชรี	วรกิจพูนผล****

Abstract

Retinopathy of Prematurity (ROP) is a condition characterized by abnormal development of the blood vessels in the retina. It is most common in premature infants. The screening process for ROP is known to cause significant pain in these infants. This quasi-experimental study, employing a two-group pretest-posttest design, aimed to evaluate the effects of a nursing promotion program for pain management in preterm infants undergoing ROP screening on nursing practices and infant pain responses. The participants consisted of 20 nurses working in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) and the Neonatal Critical Care Unit (NCCU), with 54 instances of ROP screening in preterm infants. The research instruments comprised two parts: (1) the intervention tool, which was the nursing promotion program for pain management in preterm infants undergoing ROP screening, and (2) the data collection tools, including a nursing practice observation form and a neonatal pain assessment scale. Data were analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon signed-rank test, the Mann-Whitney U test, and the Friedman test.

The results revealed that after participating in the program, the experimental group had a significantly higher median pain management practice score for preterm infants undergoing ROP screening compared to before the program (Mdn = 20.00, IQR = 1.00 vs. Mdn = 15.00, IQR = 2.00) ($Z = -2.345$, $p = .019$). Additionally, the median pain scores of preterm infants in the experimental group at 1 minute and 5 minutes post-screening were significantly lower than those of the control group ($Z = -4.453$, $p < .001$; $Z = -3.767$, $p < .001$).

Supporting the implementation of the nursing promotion program based on the PRECEDE-PROCEED Model can enhance the efficiency of nursing practices and reduce pain in preterm infants.

Keywords: Nursing practice; Pain management; Preterm infants; Retinopathy of Prematurity; Screening

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Graduate student of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University;
e-mail: nethong.namprom@cmu.ac.th

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 25 October 2025; Revised 8 February 2026; Accepted 18 February 2026

บทคัดย่อ

ภาวะจอประสาทตาผิดปกติในทารกเกิดก่อนกำหนด (ROP) เป็นภาวะที่มีการเจริญผิดปกติของหลอดเลือดจอประสาทตา พบมากในทารกเกิดก่อนกำหนด กระบวนการตรวจคัดกรอง ROP ทำให้ทารกได้รับความปวดมาก การวิจัยกึ่งทดลองนี้เป็นแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนหลังการศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพยาบาลในการจัดการความปวดของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะจอประสาทตาผิดปกติต่อการปฏิบัติพยาบาล และการตอบสนองต่อความปวดของทารก กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด และหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด จำนวน 20 คน และทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการตรวจ ROP จำนวน 54 เหตุการณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ (1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการส่งเสริมพยาบาลในการจัดการความปวดของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ROP และ (2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวด และแบบประเมินความปวดของทารก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Wilcoxon signed-rank test, Mann-Whitney U test และ Friedman test

ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนมัธยฐานการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ROP สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mdn = 20.00, IQR = 1.00 vs. Mdn = 15.00, IQR = 2.00) ($Z = -2.345$, $p = .019$) และคะแนนมัธยฐานความปวดของทารกเกิดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองหลังตรวจ 1 นาที และ 5 นาที ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.453$, $p < .001$; $Z = -3.767$, $p < .001$)

การสนับสนุนการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพยาบาลในการจัดการความปวดของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะจอประสาทตาผิดปกติตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลได้ดีขึ้น และช่วยลดความปวดของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับหัตถการดังกล่าว

คำสำคัญ: การปฏิบัติการพยาบาล การจัดการความปวด ทารกเกิดก่อนกำหนด ภาวะจอประสาทตาผิดปกติ-ในทารกเกิดก่อนกำหนด การตรวจคัดกรอง

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: nethong.namprom@cmu.ac.th
**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 25 ตุลาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 8 กุมภาพันธ์ 2569 วันที่ตอบรับบทความ 18 กุมภาพันธ์ 2569

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะจอประสาทตาผิดปกติในทารกเกิดก่อนกำหนด (ROP) เป็นภาวะที่มีการเจริญผิดปกติของหลอดเลือดจอประสาทตา พบมากในทารกเกิดก่อนกำหนด โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอายุครรภ์น้อยและน้ำหนักแรกเกิดน้อย (Dammann et al., 2023; Gonski et al., 2019) ภาวะนี้เป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่ความพิการทางการมองเห็นและภาวะตาบอดในเด็ก (Yucel et al., 2022) ดังนั้นการตรวจคัดกรอง ROP ในทารกกลุ่มเสี่ยงจึงเป็นหัตถการทางการแพทย์ที่มีความจำเป็น เพื่อให้สามารถวินิจฉัยและให้การรักษาได้ทันท่วงที แม้การตรวจคัดกรอง ROP จะมีความจำเป็น แต่กระบวนการตรวจ เป็นหัตถการที่สร้างความปวดเฉียบพลันในระดับรุนแรงอย่างมาก (Aishwarya et al., 2019) เนื่องจากต้องใช้อุปกรณ์ถ่างขยายเปลือกตา (wire eye speculum) ซึ่งทำจากวัสดุแข็ง และตามด้วยการใช้เครื่องมือกดลูกตา (scleral depression) เพื่อให้จักษุแพทย์สามารถมองเห็นจอประสาทตาได้ครบถ้วน (Ramunno, 2022; Uzun & Mutaf, 2025)

การทำหัตถการนี้กับทารกเกิดก่อนกำหนด เคยมีการศึกษาการใช้เครื่องมือประเมินความปวดมาตรฐาน เช่น แบบประเมินความปวดในทารกเกิดก่อนกำหนด (Premature Infant Pain Profile: PIPP) พบว่า ทารกแสดงคะแนนความปวดในระดับสูงถึงรุนแรง (Zeraati et al., 2016) ความปวดนี้เกิดขึ้นซ้ำ ๆ โดยเฉพาะในทารกเกิดก่อนกำหนดซึ่งระบบประสาทส่วนกลางยังพัฒนาไม่เต็มที่ หากไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสมจะส่งผลกระทบทางลบทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ในระยะสั้น ทารกจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่อันตราย เช่น ภาวะขาดออกซิเจน อัตราการเต้นของหัวใจช้าหรือเร็วผิดปกติ และภาวะหยุดหายใจ (Onuagu et al., 2022) ส่วนในระยะยาว การเผชิญความปวดซ้ำ ๆ จะรบกวนการพัฒนาของสมองเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรมและพัฒนาการที่ล่าช้าในอนาคต (Singla et al., 2025)

การปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดแก่ทารกเกิดก่อนกำหนด ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ROP จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพครอบคลุม 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการตรวจ ซึ่งพยาบาลมีบทบาทตั้งแต่การบริหารยาที่จำเป็น ได้แก่ ยาชาหยอดตาและยาขยายรูม่านตา (Chandra et al., 2020; Ramunno, 2022) การใช้กลยุทธ์แบบไม่ใช้ยา (non-pharmacological interventions) เช่น การปรับสภาพแวดล้อม (ลดแสง/เสียง) การจัดท่าและการห่อตัว และการให้สารละลายซูโครส 0.5 มล./กก. ร่วมกับการให้ดูดจุกนมหลอกก่อนการสอดใส่เครื่องมือ (Chandra et al., 2020; Chuang et al., 2019; Wongrueang et al., 2025)

สำหรับในระยะขณะตรวจ พยาบาลต้องให้การดูแลเพื่อไม่ให้ทารกมีการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาที่ผิดปกติ โดยใช้การห่อตัวหรือการโอบทารก (Koç et al., 2018) การประคองศีรษะให้มั่นคงเพื่อป้องกันการบาดเจ็บและการดูแลแบบเฉพาะรายโดยใช้สื่อสัญญาณทารกเป็นฐาน (cue-based care) รวมถึงการประเมินความปวดเป็นระยะ การให้ออกซิเจนเสริมเมื่อทารกแสดงอาการเครียด (Chuang et al., 2019; Wongrueang et al., 2025) และในระยะหลังการตรวจเพื่อการฟื้นฟูสภาพทารก โดยการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมและการจัดท่าเพื่อช่วยให้ทารกกลับสู่สภาวะพื้นฐาน การประเมินความปวดซ้ำ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการบันทึกข้อมูลความปวดและการจัดการพยาบาลในแบบบันทึกทางการพยาบาล (Chuang et al., 2019; Wongrueang et al., 2025) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ในประเทศไต้หวัน พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดมีการปฏิบัติการจัดการความปวดในทารกเกิดก่อนกำหนดที่แตกต่างกันและมีความรู้ในการจัดการความปวดโดยรวมอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Peng et al., 2021; Thuileiphy et al., 2021)

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการจัดการความปวดในทารกแรกเกิดนั้น สัมพันธ์โดยตรงกับตัวพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ (knowledge) ทัศนคติ (attitude) และประสบการณ์ (experience) การศึกษาของ ศิรินทร์ณา ทัศนียรัตน์ และคณะ (Tassaneeyarat et al., 2025) ซึ่งสำรวจพยาบาลของหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต (NICU) ในประเทศไทย 118 ราย พบว่า ความรู้ ทัศนคติ และประสบการณ์ สามารถร่วมกัน

ทำนายความแปรปรวนของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดได้ถึงร้อยละ 40.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยพบว่า ความรู้ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติมากที่สุด ($\beta = .435$) ตามมาด้วย ทัศนคติ ($\beta = .257$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ง และคณะ (Peng et al., 2021) ที่ระบุว่า การขาดความรู้ทำให้พยาบาลมีการประเมินความปวดที่ไม่ถูกต้อง มีการจัดการความปวดที่ไม่เพียงพอ และอาจส่งผลให้เกิดทัศนคติเชิงลบหรือการเพิกเฉยต่อความปวดของทารกในที่สุด นอกจากนี้ พบการศึกษาการจัดการความปวดของทารกแรกเกิดในประเทศบราซิล พบว่า พยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมการจัดการความปวด มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (De Oliveira Soares et al., 2016) จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ผู้วิจัยเชื่อว่า หากพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพยาบาลในการจัดการความปวดในทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างเหมาะสม ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการทำหัตถการดังกล่าวจะได้รับการดูแลที่ดีขึ้น และช่วยลดความปวดได้

ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED ของ กรีน และ ครูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) เป็นแนวทางสำคัญในการวางแผนและประเมินผลเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน โดยเน้นการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ ซึ่งจำแนกออกเป็น 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ปัจจัยชักนำเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่ส่งเสริมหรือยับยั้งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ปัจจัยส่งเสริม เป็นปัจจัยภายนอกบุคคลที่ทำให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่หรือหมดสิ้นไป และปัจจัยเอื้ออำนวย เป็นปัจจัยภายนอกบุคคลที่กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคล การให้ทั้งสามปัจจัยควบคู่ไปด้วยกันส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคล ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติที่ดีขึ้นและคงอยู่ได้นาน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการนำกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED ของ กรีน และ ครูเตอร์ (Green & Kreuter, 1991) มาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดในทารกแรกเกิด เช่น การศึกษาของ รุ่งทิพย์ คงแดง และคณะ (Kongdang et al., 2007) และ มนรดา แข็งแรง และ ภัคภร เสิก-ภูเขียว (Khangrang & Soekphukhiao, 2017) ซึ่งทั้งสองการศึกษาได้ประยุกต์ใช้ปัจจัยชักนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย และปัจจัยส่งเสริม เพื่อพัฒนาโปรแกรม ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมดังกล่าวสามารถเพิ่มคะแนนความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวยังมีข้อจำกัดโดยขาดการวัดผลลัพธ์โดยตรงที่เกิดขึ้นกับทารกแรกเกิด นอกจากนี้ การส่งเสริมการปฏิบัติของพยาบาลในยุคปัจจุบันจำเป็นต้องบูรณาการวิธีการที่ทันสมัยและสอดคล้องกับวิถีการเรียนรู้ใหม่ ดังการศึกษาของ จิตวลัย ทุนกาศ และคณะ (Thunkas et al., 2024) ที่ใช้ LINE application ร่วมกับ e-learning ในการส่งเสริมแนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดพบว่า สามารถพัฒนาได้ทั้งการปฏิบัติของพยาบาลและสภาพผิวหนังของทารก

เนื่องจากการจัดการความปวดในทารกขณะตรวจคัดกรอง ROP ของโรงพยาบาลตติยภูมิ ทางภาคเหนือ ยังขาดรูปแบบที่เป็นมาตรฐานและการปฏิบัติไม่เป็นทิศทางเดียวกัน เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้แนวปฏิบัติที่มีอยู่ไม่ถูกนำไปใช้อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้พยาบาลมีความรู้และพัฒนาทักษะการปฏิบัติพยาบาลเพื่อลดความปวดของทารกให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED ของ กรีน และ ครูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน โดยองค์ประกอบของโปรแกรมเป็นการนำกระบวนการใช้ปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัย ได้แก่ (1) ปัจจัยชักนำ โดยการให้ความรู้และทักษะผ่านสื่อสมัยใหม่ (พอดแคสต์ คู่มืออิเล็กทรอนิกส์บน LINE OA) และการฝึกปฏิบัติผ่านสถานการณ์จำลอง (2) ปัจจัยส่งเสริม ผ่านการให้ข้อมูลย้อนกลับ การกระตุ้นเตือนผ่านไลน์ และป้ายข้อความเตือน ณ เตียงทารก และ (3) ปัจจัยเอื้ออำนวย โดยการจัดเตรียมทรัพยากรที่จำเป็นให้พร้อมใช้งาน เพื่อให้พยาบาลมีการปฏิบัติในการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้ความปวดของทารกเกิดก่อนกำหนดลดลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนมัธยฐานการปฏิบัติของพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพยาบาลในการจัดการความปวดแก่ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะ จอประสาทตาผิดปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนมัธยฐานความปวดของทารกเกิดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในช่วงเวลาก่อนตรวจ 1 นาที ขณะตรวจหลังสอดใส่เครื่องมือ 30 วินาที หลังตรวจ 1 นาที และ 5 นาที

สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนมัธยฐานการปฏิบัติของพยาบาลหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพยาบาลในการจัดการความปวดในทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะจอประสาทตาผิดปกติ มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. คะแนนมัธยฐานความปวดของทารกกลุ่มทดลองมีคะแนนน้อยกว่าทารกกลุ่มควบคุมในช่วงเวลา ก่อนตรวจ 1 นาที ขณะตรวจหลังสอดใส่เครื่องมือ 30 วินาที หลังตรวจ 1 นาทีและ 5 นาที

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ กรีน และ ครูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) ในการวางแผนและประเมินผลโครงการอย่างเป็นระบบ เพื่อทำให้พยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการความปวดของพยาบาลอย่างยั่งยืน ในระยะ PRECEDE เป็นการวินิจฉัยปัญหาและปัจจัยกำหนดพฤติกรรม ดำเนินการผ่านองค์ประกอบ 3 ด้านหลัก ดังนี้ ปัจจัยชักนำ เพื่อสร้างแรงจูงใจและความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องให้แก่พยาบาล ผ่านพอดแคสต์ คู่มืออิเล็กทรอนิกส์บน LINE OA และการฝึกปฏิบัติด้วยสถานการณ์จำลอง การจัดเตรียมปัจจัยเอื้ออำนวย เพื่อสนับสนุนให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้จริงและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาให้พร้อมใช้งานในหอผู้ป่วย โดยมีปัจจัยส่งเสริม เพื่อกระตุ้นให้เกิดความคงอยู่ของพฤติกรรมการปฏิบัติพยาบาลที่ดีผ่านกระบวนการให้ข้อมูลย้อนกลับ การส่งข้อความกระตุ้นเตือนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ การใช้ป้ายเตือน ณ เตียงทารก และการให้แรงเสริมทางบวกด้วยการมอบรางวัลพยาบาลดีเด่น สำหรับในระยะ PROCEED เป็นระยะของการนำแผนงานไปปฏิบัติและประเมินผลผ่านการสังเกตพฤติกรรมการจัดการความปวดของพยาบาลครอบคลุมทั้งระยะก่อน ขณะ และหลังการตรวจ เพื่อนำไปสู่การประเมินผลลัพธ์สุดท้ายซึ่งประเมินจากการลดลงของคะแนนเฉลี่ยความปวดในทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ การบูรณาการปัจจัยทั้งสามด้านเข้าด้วยกันตามกรอบแนวคิดนี้จะทำให้พยาบาลมีการปฏิบัติพยาบาลในการจัดการความปวดทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับ การตรวจคัดกรอง ROP ที่เหมาะสม ส่งผลทำให้ทารกมีความปวดลดลงได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด และทารกอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1 และหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด มีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ (1) สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ (2) มีประสบการณ์ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ROP มากกว่า 1 ครั้ง

(3) ไม่เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย และมีเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ดังนี้ พยาบาลที่ลาคลอด หรือลาศึกษาต่อในระหว่างที่เก็บข้อมูล

2. ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีข้อบ่งชี้และเข้ารับการตรวจคัดกรอง ROP ณ หอผู้ป่วยดังกล่าว มีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ (1) ได้รับการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะ ROP และต้องได้รับการตรวจคัดกรอง (2) ไม่ได้รับยาแก้ปวด ยาระงับประสาท หรือยากลุ่มสเตียรอยด์ภายใน 24 ชั่วโมง ก่อนการตรวจคัดกรอง ROP (Pacifici & Allegaert, 2014) (3) มีความสามารถในการดูด และมีเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ดังนี้ (1) ทารกที่มีความผิดปกติทางดวงตา (2) ทารกที่ได้รับการรักษาทางดวงตาด้วยเลเซอร์ ฉีดยาเข้าในลูกตา

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการศึกษา (discontinuation criteria) มีดังนี้ (1) ทารกกลุ่มตัวอย่างที่ต้องนำไปหยอดยาเพื่อขยายม่านตาซ้ำ เนื่องจากรูม่านตาไม่ขยายหรือขยายน้อยจนไม่สามารถตรวจได้หลังจากจักษุแพทย์ใส่เครื่องมือถ่างขยายเปิดตาเข้าไปแล้ว 1 ครั้ง และมีอาการแย่ลง เช่น หัวใจหยุดเต้น (2) ทารกกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาการหายใจ หยุดหายใจหรือหายใจเฮือก สัญญาณชีพไม่คงที่ อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 100 ครั้งต่อนาที ตัวเขียวและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำกว่า 90% ขณะได้รับออกซิเจนเสริม 100% และแพทย์ยกเลิกการตรวจ

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power (Version 3.1.9.4) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดปานกลางเท่ากับ .5 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 (Gray & Grove, 2021) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 54 เหตุการณ์ โดยพยาบาลทั้งหมด 20 คน จากหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด ซึ่งแต่ละคนมีโอกาสเข้าดูแลทารกในเวรที่มีการตรวจคัดกรอง ROP โดยแบ่งทารกกลุ่มทดลอง 27 คน และทารกกลุ่มควบคุม 27 คน ใช้จำนวนเหตุการณ์นี้ประเมินตัวแปรการปฏิบัติพยาบาลในการจัดการความปวดของทารกเกิดก่อนกำหนด และความปวดของทารก ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีทารกกลุ่มตัวอย่างรายใดที่ต้องยุติการเข้าร่วมการศึกษาตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทำให้ได้ข้อมูลครบถ้วนตามจำนวนเหตุการณ์ที่คำนวณไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมพยาบาลในการจัดการความปวดของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ROP ประกอบด้วย (1) แผนการดำเนินโปรแกรมฯ (2) LINE Official Account ประกอบด้วยเมนู ดังนี้ คู่มือการส่งเสริมพยาบาลในการจัดการความปวดในทารกเกิดก่อนกำหนด พอดแคสต์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดทารกเกิดก่อนกำหนด คำถามประจำสัปดาห์ และการพูดคุยโต้ตอบ (3) สถานการณ์จำลองเรื่องการจัดการความปวดทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ROP (4) อุปกรณ์ฝึกปฏิบัติที่ใช้ในการจัดการความปวดสำหรับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ยาชา ยาขยายรูม่านตา สารละลาย 25% ซูโครส จุกนมหลอก ผ้าสำหรับห่อตัว

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ประสบการณ์การเข้าอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวดในทารกแรกเกิด แหล่งข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการจัดการความปวดในทารกแรกเกิด และข้อมูลทั่วไปของทารก ได้แก่ เพศ อายุครรภ์ อายุหลังเกิด อายุหลังปฏิสนธิ อายุปัจจุบัน น้ำหนักแรกเกิด น้ำหนัก ณ วันที่เก็บข้อมูล การวินิจฉัยโรค การรักษาด้วยออกซิเจน จำนวนครั้งในการตรวจคัดกรอง ROP

2. แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดทารกเกิดก่อนกำหนดฯ พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 21 ข้อ ประกอบด้วยหัวข้อดังนี้ (1) การปฏิบัติการเตรียมก่อนการตรวจฯ ได้แก่ การเตรียมก่อนการตรวจคัดกรอง ROP (2) ระหว่างการตรวจคัดกรองภาวะจอประสาทตาผิดปกติและหลังการตรวจ (3) การปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพทารกเกิดก่อนกำหนดหลังได้รับการตรวจฯ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) ดังนี้ ให้คะแนน 1 เมื่อปฏิบัติถูกต้อง และ 0 เมื่อปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ปฏิบัติ โดยมีช่วงคะแนนรวมตั้งแต่ 0-21 คะแนน

3. แบบประเมินความปวดทางคลินิกสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด (Clinical Pain Scale for Preterm Neonate: CPSPN) ของ พัชรี วรกิจพูนผล และคณะ (Woragidpoonpol et al., 2018) ค่าความตรง (validity) ของแบบประเมินความปวด CPSPN เท่ากับ 0.92 ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การแสดงออกทางใบหน้าช่วงบน การแสดงออกทางใบหน้าช่วงล่าง ภาวะการหลับตื่น การเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 2 การแปลผลคะแนน เป็นการแปลผลคะแนนรวมของทั้ง 4 ด้าน โดยค่าคะแนน 0 หมายถึง ทารกมีความปวดน้อยที่สุด ค่าคะแนน 8 หมายถึง ทารกมีความปวดมากที่สุด

4. แบบประเมินความรู้และทัศนคติของพยาบาล เกี่ยวกับการจัดการความปวดในทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ROP พัฒนาโดยผู้วิจัยโดยปรับจากแบบสอบถามความรู้ ทัศนคติของ เดอ โอลิเวียรา โซอาเรส และคณะ (De Oliveira Soares et al., 2016) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องการจัดการความปวดในทารกเกิดก่อนกำหนด ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกถูก/ผิด โดยมีการแปลผลคะแนน ดังนี้ ถูก = 1, ผิด = 0 และส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับทัศนคติของพยาบาลในการจัดการความปวดในทารกเกิดก่อนกำหนด ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกเห็นด้วย/ไม่เห็นด้วย โดยมีการแปลผลคะแนนดังนี้ เห็นด้วย = 1 ไม่เห็นด้วย และ ไม่แน่ใจ = 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการส่งเสริมพยาบาลในการจัดการความปวดแก่ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ROP เสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดจำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงด้านการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดจำนวน 2 ท่าน สำหรับแบบสอบถามความรู้และทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการความปวดในทารกเกิดก่อนกำหนด และแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดทารกเกิดก่อนกำหนด ได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดียวกัน โดยได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.91, 0.92 และ 0.98 ตามลำดับ

การตรวจค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกสังเกตการณ์ปฏิบัติของพยาบาลฯ ไปทดสอบความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (interrater reliability) ร่วมกับผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน และพยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการประเมินความปวดทารกเกิดก่อนกำหนด 1 ท่าน โดยร่วมกันสังเกตการณ์ปฏิบัติของพยาบาลที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง (try out) จำนวน 10 ราย และทารกที่ได้รับการตรวจคัดกรองฯ 10 (คน) เหตุการณ์ คำนวณค่าความสอดคล้องด้วยสถิติ Kappa ได้ค่าเท่ากับ 1.00 สำหรับแบบประเมินความปวดทางคลินิกสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด ได้ทดสอบความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินโดย ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน และพยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการประเมินความปวดทารกเกิดก่อนกำหนด 1 ท่าน ร่วมกันสังเกตการณ์และประเมินความปวดจากทารกที่ได้รับการตรวจคัดกรองฯ 10 เหตุการณ์ คำนวณค่าความสอดคล้องด้วยสถิติ Kappa ได้ค่าเท่ากับ 1.00 ชุดแบบสอบถามความรู้และทัศนคติของพยาบาลฯ คำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยสถิติ Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.7

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 125/2567 วันที่อนุมัติ 26 กันยายน 2567 และโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ NUR-2567-0608 วันที่อนุมัติ 10 ตุลาคม 2567 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงขั้นตอนการเก็บข้อมูล การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจของพยาบาลและทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน ทารกทุกรายได้รับการดูแลตามมาตรฐาน และเฝ้าระวังความปลอดภัยโดยทีมแพทย์และพยาบาลตลอดระยะเวลาการตรวจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยได้ดำเนินการตามลำดับขั้นตอน ดังต่อไปนี้

กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ กลุ่มพยาบาล คือ พยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นปฏิบัติงานในเวรที่มีการตรวจคัดกรอง ROP และเป็นผู้ให้การพยาบาลทารกกลุ่มควบคุมในวันดังกล่าว และในกลุ่มทารก คือ ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีรายชื่อตามแผนการตรวจคัดกรอง ROP ของจักษุแพทย์ ในวันและเวลาที่ทำการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดเพื่อประเมินความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดในทารกเกิดก่อนกำหนด ในกลุ่มตัวอย่างทารก ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลทั่วไปของทารกเกิดก่อนกำหนดจากแบบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ และแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของทารกในแบบบันทึกทางการพยาบาล

3. ผู้วิจัยประเมินความปวดของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการตรวจคัดกรองฯ โดยใช้แบบประเมินความปวดทางคลินิกสำหรับทารกแรกเกิด โดยประเมินความปวดก่อนการตรวจ 1 นาที ระหว่างการตรวจหลังสอดใส่เครื่องมือแล้ว 30 วินาที หลังการตรวจ 1 นาที และ 5 นาที จนครบจำนวน 27 เหตุการณ์

4. ผู้ช่วยวิจัยช่วยประเมินการปฏิบัติของพยาบาลโดยใช้แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติพยาบาลในการจัดการความปวดทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะจอประสาทตาผิดปกติของพยาบาลทุกคนจนครบจำนวน 27 เหตุการณ์

กลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง เป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดที่ได้รับโปรแกรมฯ มีระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ และทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีรายชื่อตามแผนการตรวจคัดกรอง ROP ของจักษุแพทย์ ในวันและเวลาที่ทำการเก็บข้อมูล ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะของการวางแผนและวิเคราะห์ปัญหา โดยใช้ปัจจัยชักนำ ปัจจัยส่งเสริม และปัจจัยเอื้ออำนวย ดำเนินการดังต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยให้ความรู้พยาบาลโดยผ่าน LINE OA ดังนี้ กระบวนการใช้ปัจจัยชักนำ เรื่องการจัดการความปวดทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ROP ผ่านพอดแคสต์ (podcast)

สัปดาห์ที่ 2 กระบวนการใช้ปัจจัยชักนำ ให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติการจัดการความปวดโดยใช้สถานการณ์จำลอง (simulation) เรื่อง การจัดการความปวดทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ROP และให้คู่มืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการจัดการความปวดแก่ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ROP ผ่าน LINE OA และผู้วิจัยได้จัดเตรียมให้อุปกรณ์จัดการความปวด (ยาชา ยาขยายรูม่านตา สารละลาย 25% ซูโครส จุก-นมหลอก และผ้าห่อตัว) แก่ทารกกลุ่มทดลองทุกรายเหมือนกันทั้งในด้านชนิด ปริมาณ และความถี่ เพื่อลดอิทธิพล

ของตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อคะแนนความปวด เพื่อให้เกิดความสม่ำเสมอและประสิทธิภาพในการปฏิบัติการพยาบาล

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการตามโปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 3-10 ดังนี้

สัปดาห์ที่ 3 กระบวนการใช้ปัจจัยส่งเสริม ผู้วิจัยจัดให้มีการนำเสนอข้อมูลย้อนกลับ และอภิปรายในประเด็นเกี่ยวกับการจัดการความปวดในทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ROP

สัปดาห์ที่ 4-10 ผู้วิจัยจัดให้มีการแข่งขันตอบคำถามชิงรางวัลเกี่ยวกับการจัดการความปวดฯ ในการตรวจคัดกรอง ROP เป็นการกระตุ้นในการมีส่วนร่วมกิจกรรม (จำนวน 2 คำถาม) ประกาศรายชื่อและให้รางวัลแก่ผู้ที่สามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง 2 คนแรก ทาง LINE OA ผู้วิจัยส่งข้อความกระตุ้นเตือนผ่าน LINE OA “อย่าลืมลดปวดให้หนูด้วยนะ” ในวันที่มีการตรวจคัดกรองฯ และทำป้ายข้อความนี้ติดที่เตียงทารก

สัปดาห์ที่ 5 และ 10 ผู้วิจัยได้เพิ่มกิจกรรมคัดเลือกพยาบาลที่มีพฤติกรรมการจัดการความปวดฯ ดีเด่น โดยให้พยาบาลทุกคนร่วมลงคะแนนและผู้วิจัยคัดเลือกพยาบาลที่มีการบันทึกการจัดการความปวดทางการพยาบาลในวันที่ทารกมีการตรวจคัดกรองฯ และประกาศรายชื่อทาง LINE OA

ระยะที่ 3 การประเมินผล สัปดาห์ที่ 11-12 ดังนี้

สัปดาห์ที่ 11 ประเมินปัจจัยนำเข้า ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความรู้และทัศนคติของพยาบาลเกี่ยวกับความปวดในทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการตรวจคัดกรองฯ เพื่อประเมินปัญหาหากพบว่า กลุ่มตัวอย่างขาดความรู้ในเรื่องใดผู้วิจัยสนับสนุนความรู้ด้านนั้น

สัปดาห์ที่ 12 ผู้ช่วยวิจัยประเมินการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน โดยใช้แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลฯ และผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของทารก และประเมินความปวดของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการตรวจคัดกรองฯ โดยใช้แบบประเมินความปวดทางคลินิกสำหรับทารกแรกเกิด ประเมินความปวดก่อนการตรวจ 1 นาที ระหว่างการตรวจหลังสอดใส่เครื่องมือแล้ว 30 วินาที หลังการตรวจ 1 นาที และ 5 นาที จนครบจำนวน 27 เหตุการณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งพยาบาลและทารก โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลการปฏิบัติของพยาบาลฯ ได้แก่ การปฏิบัติก่อนการตรวจ ระหว่าง และหลังการตรวจ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงแบนมาตรฐาน และสถิติ Wilcoxon signed-rank test เมื่อข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความปวดของทารก ก่อนการตรวจ 1 นาที ระหว่างการตรวจหลังสอดใส่เครื่องมือแล้ว 30 วินาที หลังการตรวจ 1 นาที และ 5 นาที โดยใช้สถิติ Friedman test มีการวัดซ้ำภายในกลุ่มทั้งหมด 4 ช่วงเวลา และสถิติ Mann-Whitney U test เมื่อข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างพยาบาล จำนวน 20 คน มีอายุเฉลี่ย 35 ปี (SD = 11.07) มีอายุระหว่าง 21-30 ปีมากที่สุด ประสบการณ์ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเฉลี่ย 11.86 ปี (SD = 9.70) ประสบการณ์ในการดูแลทารกที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะจอประสาทตาผิดปกติเฉลี่ย 11.86 ปี (SD = 9.70) และส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การเข้าอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวดในทารกแรกเกิด ร้อยละ 80.0

เปรียบเทียบความคล้ายคลึงของข้อมูลทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มทดลอง 27 คน และกลุ่มควบคุม 27 คน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) ข้อมูลของกลุ่มทดลองพบว่า ร้อยละ 55.60 เป็นเพศชาย อายุ

ครรภ์แรกเกิดเฉลี่ย 29.03 สัปดาห์ (SD = 2.53) อายุหลังเกิดในวันตรวจคัดกรองฯ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.85 วัน (SD = 2.12) น้ำหนักแรกเกิดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1066.85 กรัม (SD = 196.28) น้ำหนักปัจจุบันมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1,799.63 กรัม (SD = 325.07) ร้อยละ 55.60 เป็นการตรวจคัดกรองฯ ครั้งแรก

2. เปรียบเทียบการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ROP ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ROP ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนมัธยฐาน (Median) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .001) โดยมีคะแนนมัธยฐานการปฏิบัติภายหลังได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 20.00 (IQR = 1.00) และคะแนนมัธยฐานการปฏิบัติก่อนได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 15.00 (IQR = 2.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z= -4.559, p = .001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ROP ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

คะแนนการปฏิบัติของพยาบาล	Median	IQR	Sum of Ranks	Z	p-value
ก่อน (pre-test) Min 12, Max19	15.00	2.00	381.50		
หลัง (post-test) Min 18, Max 21	20.00	1.00	1103.50	-4.559	.001**

** p < .01

3. เปรียบเทียบความปวดของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ROP ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงเวลาก่อนตรวจ 1 นาที ขณะตรวจหลังสอดใส่เครื่องมือ 30 วินาที หลังตรวจ 1 นาที และ 5 นาที

ความปวดของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ROP ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในช่วงเวลาก่อนตรวจ 1 นาที ขณะตรวจหลังสอดใส่เครื่องมือ 30 วินาที พบว่า คะแนนมัธยฐานความปวดของทารกทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -1.000, p = .317) อย่างไรก็ตาม ในระยะหลังตรวจ 1 นาที กลุ่มทดลองมีคะแนนมัธยฐานความปวดเท่ากับ 4.00 (IQR = 1.00) ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนมัธยฐานความปวดเท่ากับ 5.00 (IQR = 2.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -4.453, p < .001) และในระยะหลังตรวจ 5 นาที กลุ่มทดลองมีคะแนนมัธยฐานความปวดลดลงเหลือ 2.00 (IQR = 1.00) ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนมัธยฐานความปวดเท่ากับ 3.00 (IQR = 1.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน (Z = -3.767, p < .001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการตรวจคัดกรองฯระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ช่วงเวลาในการตรวจ	กลุ่มควบคุม (n = 27)		กลุ่มทดลอง (n = 27)		Z	p-value
	Median	IQR	Median	IQR		
ก่อนตรวจ 1 นาที	0.00	1	0.00	1	-0.110	.912
ขณะตรวจหลังสอดใส่เครื่องมือ 30 วินาที	8.00	0.00	8.00	0.00	-1.000	.317
หลังตรวจ 1 นาที	5.00	2	4.00	1	-4.453	<.001[a]
หลังตรวจ 5 นาที	3.00	1	2.00	1	-3.767	<.001[a]

หมายเหตุ [a] = Mann Whitney U test

การอภิปรายผล

1. การปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ROP ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนมัธยฐานการปฏิบัติของพยาบาลในการจัดการความปวดของทารกเกิดก่อนกำหนดภายหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมที่ออกแบบตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED (Green & Kreuter, 2005) การบูรณาการปัจจัยกำหนดพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ โดยปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประกอบด้วย ปัจจัยชักนำ ที่มีการให้ความรู้ผ่านพอดแคสต์และการฝึกปฏิบัติผ่านสถานการณ์จำลองช่วยสร้างแรงจูงใจและความเข้าใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติงาน รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับ การกระตุ้นเตือนผ่านไลน์ และการให้รางวัล ช่วยกระตุ้นความตระหนักรู้และเป็นแรงจูงใจให้พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การกระตุ้นเตือนและการเสริมแรงช่วยให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Thunkas et al., 2024) รวมทั้งปัจจัยเอื้ออำนวย ที่มีการจัดเตรียมทรัพยากรที่จำเป็น เช่น สารละลาย 25% ซูโครส จุกนมหลอก และผ้าห่อตัว ให้พร้อมใช้งานในหอผู้ป่วยช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้พยาบาลนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริงได้ง่ายขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ส่งผลให้พยาบาลมีการปฏิบัติการจัดการความปวดเพิ่มขึ้น (Khangrang & Soekphukhiao, 2017)

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ข้อที่พยาบาลไม่ปฏิบัติตามมากที่สุด คือ การปิดไฟหรือหรี่แสงไฟบริเวณเตียงทารก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องมีการเฝ้าระวังอาการทารกอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา หรือความคุ้นชินในการปฏิบัติงานภายใต้แสงสว่างเพื่อให้สะดวกต่อการทำหัตถการ และเชื่อว่าหากมีการส่งเสริมให้พยาบาลให้ความสำคัญในการใส่ใจปิดไฟหรือหรี่แสงไฟบริเวณเตียงทารก น่าจะช่วยลดการรบกวนการพักผ่อนของทารกได้ดี นำไปสู่การลดความปวดได้ ดังการศึกษาของ หวัง และคณะ (Wang et al., 2020) ที่เสนอว่าการจัดการสิ่งแวดล้อมโดยการลดแสงและเสียงเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพยาบาลเพื่อลดความปวดแบบองค์รวม สอดคล้องตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ กรีน และ ครูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) ที่ระบุว่าความเชื่อหรือความเคยชินเป็นปัจจัยชักนำที่สำคัญต่อการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้เชื่อว่าหากมีการส่งเสริมให้พยาบาลให้ความสำคัญในการใส่ใจปิดไฟหรือหรี่แสงไฟบริเวณเตียงทารกจะช่วยลดการรบกวนการพักผ่อนและลดการกระตุ้นระบบประสาทของทารกได้ดี นำไปสู่การลดความปวดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ความปวดของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ROP ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงเวลาก่อนตรวจ 1 นาที ขณะตรวจหลังสอดใส่เครื่องมือ 30 วินาที หลังตรวจ 1 นาที และ 5 นาที

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนมัธยฐานความปวดของกลุ่มทดลอง หลังตรวจ 1 นาที และ 5 นาที มีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แม้ว่าในช่วงขณะตรวจทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความปวดในระดับรุนแรงใกล้เคียงกันเพราะเป็นช่วงที่ทารกได้รับสิ่งกระตุ้นที่รุนแรงจากการใช้อุปกรณ์ถ่างขยายเปลือกตา แต่ทารกในกลุ่มทดลองสามารถฟื้นตัวและกลับสู่สภาวะปกติได้เร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการที่พยาบาลได้รับการส่งเสริมการจัดการความปวดตามโปรแกรมฯ ส่งผลให้ความปวดของทารกลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการปฏิบัติในการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดท่าทางที่พยาบาลกลุ่มทดลองปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยพยาบาลกลุ่มทดลองมีการหรี่ไฟและลดเสียงรบกวนบริเวณเตียงทารก รวมถึงการจัดท่าและการห่อตัวเพื่อจำลองสภาพแวดล้อมในครรภ์มารดา

การปฏิบัติเหล่านี้ ช่วยให้ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีระบบประสาทส่วนกลางยังพัฒนาไม่เต็มที่และไวต่อสิ่งเร้า สามารถฟื้นตัวจากความเครียดและความปวดได้รวดเร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การควบคุมแสงและเสียง รวมถึงการใช้เทคนิคการจัดท่าช่วยลดการตอบสนองต่อความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Marchal et al., 2021; Soleimani et al., 2020) นอกจากนี้ การจัดการความปวดแบบหลายวิธีร่วมกัน โดยเฉพาะการใช้สารละลาย 25% ซูโครสร่วมกับการให้ดูดจุกนมหลอก และการห่อตัว เป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อให้การปฏิบัติของพยาบาลสามารถลดความปวดของทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบหลายวิธีที่ช่วยให้ทารกฟื้นตัวจากความเจ็บปวดได้ดีขึ้น (Chuang et al., 2019; Zeraati et al., 2016)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการ สามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมพยาบาลในการจัดการความปวดแก่ทารกเกิดก่อนกำหนดฯ ไปใช้ในการส่งเสริมการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อจัดการความปวดแก่ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะจอประสาทตาผิดปกติ เพื่อให้ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ด้านการบริหารการพยาบาล สามารถพัฒนาเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้พยาบาลหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องในหน่วยงานสามารถปฏิบัติได้จริงอย่างมีคุณภาพ เพื่อลดความปวดของทารกเกิดก่อนกำหนด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาล

2. ควรทำการศึกษาผลลัพธ์ด้านพัฒนาการทางระบบประสาทของทารกที่ได้รับการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรทำการศึกษาวิธีการส่งเสริมให้พยาบาลเห็นความสำคัญของการปิดไฟ หรือหรี่แสงไฟบริเวณเตียงทารก ซึ่งอาจช่วยลดการรบกวนการพักผ่อนของทารกนำไปสู่การลดความปวดได้

References

Aishwarya, A., Gupta, P., & Tiwari, U. S. (2019). Wire lid retractor-a new use of wire eye speculum. *Indian Journal of Ophthalmology*, *67*(3), 391–392. https://doi.org/10.4103/ijo.IJO_1119_18

Chandra, P., Chawla, D., Deorari, A. K., Dogra, M. R., Jalali, S., Kumar, P., Sethi, A., & Vinekar, A. (2020). Screening and management of retinopathy of prematurity. *Journal of Neonatology*, *34*(1-2), 63-82. https://doi.org/10.1177/0973217920934397

Chuang, L. J., Wang, S. H., Ma, M. C., Lin, C. N., Chen, C. L., & Huang, M. C. (2019). A modified developmental care bundle reduces pain and stress in preterm infants undergoing examinations for retinopathy of prematurity: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, *28*(3-4), 545-559. https://doi.org/10.1111/jocn.14645

Dammann, O., Hartnett, M. E., & Stahl, A. (2023). Retinopathy of prematurity. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *65*(5), 625-631. https://doi.org/10.1111/dmcn.15468

De Oliveira Soares, A., de Fátima Costa Caminha, M., Coutinho, A. C. F. P., & Ventura, C. M. U. (2016). Pain in neonatal unit: The knowledge, attitude and practice of the nursing team. *Cogitare Enfermagem*, *21*(2), 1-10. https://saude.ufpr.br/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/10/42897-179465-1-PB.pdf

Gonski, S., Hupp, S. R., Cotten, C. M., Clark, R. H., Laughon, M., Watt, K., Hornik, C. P, Kumar, K., Smith, P. B., & Greenberg, R. G. (2019). Risk of development of treated retinopathy of prematurity in very low birth weight infants. *Journal of Perinatology*, *39*(11), 1562-1568. https://doi.org/10.1038/s41372-019-0487-6

Gray, J. R., & Grove, S. K. (2021). *Burns and Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (9th ed.). Elsevier.

Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1991). *Health promotion planning: An educational and environmental approach* (2nd ed.). Mayfield.

Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). McGraw-Hill.

Khangrang, M., & Soekphukhiao, P. (2017). The results of promoting a program of evidence-based practice in nursing practice for knowledge and the practice of nurses in acute pain management for the newborn. *Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences, 1*(3), 31-51. (in Thai)

Koç, E., Baş, A. Y., Özdek, Ş., Ovalı, F., & Başmak, H. (2018). Turkish neonatal and turkish ophthalmology societies consensus guideline on the retinopathy of prematurity. *Türk Pediatri Arşivi*, *53*(Suppl. 1), S151-S160. https://doi.org/10.5152/TurkPediatriArs.2018.01815

Kongdang, R., Picheansathian, W., & Yenbut, J. (2007). Effects of the evidence-based promotional program on nurses' knowledge and acute pain management in neonates. *Nursing Journal, 34*(3), 73-85. (in Thai)

Marchal, A., Melchior, M., Dufour, A., Poisbeau, P., Zores, C., & Kuhn, P. (2021). Pain behavioural response to acoustic and light environmental changes in very preterm infants. *Children, 8*(12), 1081. https://doi.org/10.3390/children8121081

Onuagu, V., Gardner, F., Soni, A., & Doheny, K. K. (2022). Autonomic measures identify stress, pain, and instability associated with retinopathy of prematurity ophthalmologic examinations. *Frontiers in Pain Research*, *3*, 1032513. https://doi.org/10.3389/fpain.2022.1032513

Pacifici, G. M., & Allegaert, K. (2014). Clinical pharmacology of paracetamol in neonates: A review. *Current Therapeutic Research*, *77*, 24-30. https://doi.org/10.1016/j.curtheres.2014.12.001

Peng, N. H., Lee, M. C., Su, W. L., Lee, C. H., Chen, C. H., Chang, Y. C., & Huang, C. H. (2021). Knowledge, attitudes and practices of neonatal professionals regarding pain management. *European Journal of Pediatrics, 180*(1), 99-107. https://doi.org/10.1007/s00431-020-03718-0

Ramunno, B. (2022). Nursing management of neonates undergoing screening for retinopathy of prematurity. *Infant*, *18*(1), 31-34. https://www.infantjournal.co.uk/pdf/inf_103_7272.pdf

Singla, R., Verma, A., Kumar, V., Chandra, P., Chandra, P., Thukral, A., Sankar, M. J., Agarwal, R., & Deorari, A. K. (2025). Post-procedure pain in preterm neonates undergoing retinopathy of prematurity (ROP) screening: A prospective cohort study. *Journal of Perinatology, 45*(2), 256-261. https://doi.org/10.1038/s41372-024-02107-x

Soleimani, F., Azari, N., Ghiasvand, H., Shahrokhi, A., Rahmani, N., & Fatollahierad, S. (2020). Do NICU developmental care improve cognitive and motor outcomes for preterm infants? A systematic review and meta-analysis. *BMC Pediatrics*, *20*(1), 67. https://doi.org/10.1186/s12887-020-1953-1

Tassaneeyarat, S., Deoisres, W., & Chaimongkol, N. (2025). Factors explaining procedural pain management in newborn intensive care unit: A cross-sectional study. *Celebes Nursing Journal*, *2*(1), 56-63. https://doi.org/10.70848/cnj.v2i1.28

Thuileiphy, T., Joshi, P., Dolma, Y., Paul, J., Joshi, M., Gudiya, & Murry, L. L. (2021). A descriptive survey on knowledge gap related to retinopathy of prematurity and its prevention and management among nurses in a tertiary care hospital. *Indian Journal of Ophthalmology*, *69*(8), 2122-2125. https://doi.org/10.4103/ijo.IJO_2950_20

Thunkas, J., Chotibang, J., & Namprom, N. (2024). Effects of preterm infants skin care guidelines implementation on nurses' practices and the skin condition of preterm infants. *Journal of Phrapokklao Nursing College Chanthaburi, 35*(2), 186-200. (in Thai)

Uzun, İ., & Mutaf, Ç. (2025). Speculum-free retinopathy of prematurity screening with a proparacaine-soaked cotton-swab: A randomized controlled trial in preterm infants. *Medicine*, *104*(30), e43578. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000043578

Wang, D. N., Lavery, K., Dalgleish, S., Howlett, A., Hill, V. E., & Dotchin, S. A. (2020). Reducing discomfort of eye drops prior to retinal examination in the neonatal intensive care unit. *Journal of Perinatology, 40*(12), 1857-1862. https://doi.org/10.1038/s41372-020-00852-3

Wongrueang, J., Inta, N., & Woragidpoonpol, P. (2025). Evaluating the impact of evidence-based nursing interventions on pain management during eye examinations in Thai preterm infants: A quasi-experimental study. *Journal of Neonatal Nursing*, *31*(6), 101740. https://doi.org/10.1016/j.jnn.2025.101740

Woragidpoonpol, P., Tiansawad, S., Mesukko, J., & Klunklin, P. (2018). Development of a clinical pain scale for preterm neonates. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 22*(4), 347-359.

Yucel, O. E., Eraydin, B., Niyaz, L., & Terzi, O. (2022). Incidence and risk factors for retinopathy of prematurity in premature, extremely low birth weight and extremely low gestational age infants. *BMC Ophthalmology*, *22*(1), 367. https://doi.org/10.1186/s12886-022-02591-9

Zeraati, H., Shahinfar, J., Behnam Vashani, H., & Reyhani, T. (2016). Effect of multisensory stimulation on pain of eye examination in preterm infants. *Anesthesiology and Pain Medicine, 7*(1), e42561. https://doi.org/10.5812/aapm.42561

The Effects of a Scout Method–Based Learning Experience Program on the Development of Kindergarten Children in a Private School*

ผลของโปรแกรมการจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการลูกเสือต่อพัฒนาการเด็กอนุบาล โรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่ง*

Phatphitcha	Kruthangka**	ภัทร์พิชชา	ครุฑางคะ**
Kasidis	Kruthangka***	กษิดิศ	ครุฑางคะ***
Warisanan	Dechpanprasong****	วริศนันท์	เดชปานประสงค์****

Abstract

Early childhood is a critical period for brain development and learning. Providing experiences that are appropriate to children's developmental characteristics and natural ways of learning is therefore essential for promoting their overall development. This quasi-experimental study aimed to compare the developmental outcomes of kindergarten children who participated in a Scout Method-based learning experience program with those who received regular classroom instruction. The participants were 60 preschool children aged 3-6 years from a private school, who were randomly assigned to either an experimental group (n = 30) or a control group (n = 30) using simple random sampling. The research instruments consisted of (1) a Scout Method–based learning experience program comprising five activity plans, each implemented over three consecutive weeks with one 2-hour session per week, for a total intervention period of 15 weeks, and (2) the Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) assessment developed by the Thai Department of Health. Data were analyzed using descriptive statistics and the independent samples t-test.

The results showed that the experimental group had significantly higher overall developmental scores than the control group ($t = 5.82$, $p < .05$). Domain-specific analyses revealed that the experimental group achieved significantly higher scores in gross motor development and personal-social development than the control group ($t = 5.04$, $p < .05$; $t = 2.19$, $p < .05$). However, no significant differences were observed between the two groups in fine motor and cognitive development, receptive language, or expressive language ($p > .05$).

These findings indicate that the Scout Method-based learning experience program is effective in promoting the overall development of preschool children and supports its integration into the early childhood curriculum to foster age-appropriate development.

Keywords: Development; Kindergarten children; Learning experience; Scout Method

* Research Fund of Pathumthani University

** Corresponding Author, Lecturer, Faculty of Nursing, Pathumthani University; e-mail: phatphitcha@ptu.ac.th

*** Manager, Kulladiswittayanusorn Wichianburi School, Phetchabun Province

**** Lecturer, Faculty of Education and Liberal Arts, Suvarnabhumi Institute of Technology

Received 23 April 2026; Revised 10 August 2026; Accepted 25 August 2026

บทคัดย่อ

เด็กปฐมวัย เป็นช่วงวัยสำคัญของการพัฒนาสมองและการเรียนรู้ การจัดประสบการณ์ที่เหมาะสมกับธรรมชาติการเรียนรู้ของเด็กจึงเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการ การศึกษาวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กอนุบาลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการลูกเสือกับกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนแบบปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับชั้นอนุบาล โรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่ง อายุอยู่ระหว่าง 3-6 ปี จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย (1) โปรแกรมการจัดประสบการณ์โดยใช้กระบวนการลูกเสือ จำนวน 5 แผน ในแต่ละแผนใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ชั่วโมง รวมระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 15 สัปดาห์ และ (2) แบบประเมินพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์ DSPM ของกรมอนามัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ independent samples t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.82$, $p < .05$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.04$, $p < .05$; $t = 2.19$, $p < .05$) อย่างไรก็ตาม ทั้งสองกลุ่มนี้มีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา และด้านการใช้ภาษา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ผลการวิจัยเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการลูกเสือมีประสิทธิผลในการส่งเสริมพัฒนาการโดยรวมของเด็กอนุบาล และสนับสนุนการนำโปรแกรมไปบูรณาการกับการจัดประสบการณ์ตามหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กได้เหมาะสมตามวัย

คำสำคัญ: พัฒนาการ เด็กอนุบาล การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ กระบวนการลูกเสือ

* ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยปทุมธานี
** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี e-mail: phatphitcha@ptu.ac.th
*** ผู้จัดการ โรงเรียนกุลดิศวิทยานุสรณ์ วิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์
**** อาจารย์ คณะศึกษาศาสตร์และศิลปศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ

วันที่รับบทความ 23 เมษายน 2569 วันที่แก้ไขบทความ 10 สิงหาคม 2569 วันที่ตอบรับบทความ 25 สิงหาคม 2569

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี เป็นช่วงวัยที่สำคัญของการเติบโตทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม เป็นช่วงที่สมองมีการเจริญเติบโตสูงสุดและพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม และสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันนำไปสู่การเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ (World Health Organization [WHO], 2018) เป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาทุนมนุษย์และศักยภาพของประเทศในระยะยาว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health, Ministry of Public Health, 2019) ได้มีนโยบายให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่หน่วยบริการตั้งแต่ปฐมภูมิ (รพ.สต./รพช./รพท./รพศ.) ส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี โดยให้มีการคัดกรองพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ซึ่งผลการตรวจคัดกรองต้องผ่านครบ 5 ด้าน คือ ด้านการเคลื่อนไหว (gross motor: GM) ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (fine motor: FM) ด้านการเข้าใจภาษา (receptive language: RL) ด้านการใช้ภาษา (expressive language: EL) และด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม (personal and social: PS)

จากการรายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ดัชนีพัฒนาการสมวัยของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health, Ministry of Public Health, 2025) พบว่า แนวโน้มดัชนีพัฒนาการสมวัยของเด็กอายุ 0-5 ปี มีแนวโน้มถดถอย โดยผลงานเคยสูงสุดที่ร้อยละ 88.7 ในปี พ.ศ. 2565 แต่ลดลงอย่างต่อเนื่อง และอยู่ที่ร้อยละ 81.62 ในปี พ.ศ. 2568 (เป้าหมายที่ร้อยละ 85) แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยยังอยู่ในภาวะถดถอย มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย ซึ่งการจัดประสบการณ์การเรียนรู้หรือกิจกรรมที่เหมาะสมให้กับเด็กปฐมวัยจึงเป็นสิ่งจำเป็น

จากสถานการณ์ดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยไม่สามารถพึ่งพาเพียงการคัดกรองหรือการเฝ้าระวังเท่านั้น แต่จำเป็นต้องมีกระบวนการส่งเสริมที่ต่อเนื่องและสอดคล้องกับธรรมชาติการเรียนรู้ของเด็กวัยนี้ ซึ่งควรได้รับโอกาสในการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริง การเล่น และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสม เพื่อกระตุ้นพัฒนาการทั้ง 5 ด้านอย่างสมดุล (World Health Organization, 2018) โดยออกแบบกิจกรรมแบบมีโครงสร้างแต่ยังคงความสนุกและการมีส่วนร่วม ซึ่งในหลายสถานศึกษายังคงเน้นกิจกรรมในห้องเรียน ทำให้เด็กถูกจำกัดในการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จริง การคิดแก้ปัญหา การทำงานเป็นทีม และการเผชิญความท้าทายที่เหมาะสมตามวัย

เด็กวัยนี้หากไม่ได้รับการส่งเสริมได้อย่างทันท่วงที อาจส่งผลกระทบทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยในระยะสั้น เด็กอาจประสบปัญหาด้านการเรียนรู้ การสื่อสาร พฤติกรรม และความมั่นใจในตนเองที่ลดลง ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัวในบริบทของโรงเรียนและสังคม (World Health Organization, 2020) ในระยะยาว การขาดการส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่องอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อทักษะทางสังคม ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ และความสามารถในการปรับตัวในบริบทสังคมที่ซับซ้อนมากขึ้น ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล หรือปัญหาพฤติกรรม ซึ่งอาจจำกัดโอกาสทางการศึกษาและอาชีพในอนาคต เนื่องจากเด็กที่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการอย่างเหมาะสมมีแนวโน้มที่จะมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า (Liang et al., 2025; Solang et al., 2024)

ปัจจุบัน การจัดการศึกษาปฐมวัยอาจยังไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กได้อย่างเต็มศักยภาพ จึงมีความจำเป็นต้องหาแนวทางการจัดการเรียนรู้ที่สามารถส่งเสริมพัฒนาการของเด็กและสอดคล้องกับธรรมชาติการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย โดยหนึ่งในกระบวนการที่ได้รับความสนใจและมีการนำไปใช้ คือ กระบวนการลูกเสือ (Scout Method) (Deekoontod et al., 2026) ที่สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ได้ เนื่องจากเป็นการสอนที่บูรณาการการเรียนรู้ทางวิชาการเข้ากับการพัฒนาคุณลักษณะของผู้เรียน (Sari, 2024) ซึ่งแนวทางการจัดการศึกษาขององค์การลูกเสือโลก (World Organization of the Scout Movement [WOSM], 2019) สามารถช่วยเติมเต็มข้อจำกัดดังกล่าว โดยมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะชีวิตและคุณลักษณะอันพึงประสงค์ของเด็กผ่านกิจกรรม

จากประสบการณ์จริง (experiential learning) ที่เน้นการลงมือปฏิบัติ (learning by doing) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การนำกระบวนการลูกเสือมาประยุกต์ใช้ในระดับปฐมวัยยังพบค่อนข้างจำกัด โดยส่วนใหญ่การศึกษาที่ผ่านมาเน้นในกลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน เพื่อพัฒนาวินัย ทักษะชีวิต หรือจิตอาสา (Khongpakdee et al., 2024; Meekeaw et al., 2024; Muangnakrong et al., 2025)

การจัดการเรียนรู้ที่ใช้กระบวนการลูกเสือ เป็นแนวทางการจัดการเรียนรู้ที่เน้นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรง การลงมือปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมของผู้เรียน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ร่วมสมัยหลายแนวคิด โดยเฉพาะแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ที่เน้นประสบการณ์และการมีส่วนร่วมของผู้เรียน เช่น ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ โคล์ป (Kolb, 1984) ที่อธิบายว่า การเรียนรู้สิ่งใหม่ผ่านวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ การลงมือปฏิบัติจริง การสังเกตและสะท้อนคิด การสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ และการนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ รวมทั้งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ แบนดูรา (Bandura, 1977) ที่เน้นบทบาทของการเรียนรู้ผ่านการสังเกตแบบอย่าง การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการได้รับแรงเสริมทางบวก แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับกระบวนการลูกเสือที่เน้นการเรียนรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติ การทำงานเป็นกลุ่ม การแก้ปัญหา การรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ และการเรียนรู้จากสถานการณ์จริง ภายใต้สภาพแวดล้อมที่สนุกสนาน ปลอดภัย และเอื้อต่อการมีส่วนร่วมของผู้เรียน โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาผู้เรียนทั้งด้านความรู้ ทักษะชีวิต คุณลักษณะอันพึงประสงค์ และจริยธรรมอย่างสมดุล (Hasriani et al., 2025)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้กระบวนการลูกเสือมุ่งเน้นการเสริมสร้างในกลุ่มเด็กและเยาวชน เช่น การเสริมสร้างวินัยของนักเรียน (Khongpakdee et al., 2024) การสร้างพลเมืองจิตอาสา (Muangnakrong et al., 2025) พัฒนาทักษะชีวิตในการดำเนินชีวิตได้อย่างถูกต้องและมีความสุข การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น พฤติกรรมการคิด วิเคราะห์ และแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ (Meekeaw et al., 2024) และยังพบบทความวิชาการของ กษิดิศ ครุฑางคะ (Kruthangka, 2024) ที่กล่าวถึงการประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการและวิธีแบบลูกเสือมาใช้ในการจัดประสบการณ์ในกลุ่มเด็กปฐมวัยพบว่า เด็กมีพัฒนาการตามวัยและทักษะเพิ่มเติมตามหลักสูตรสถานศึกษาในระดับดีมาก และเหมาะสมในการนำมาใช้เป็นแนวทางในการจัดประสบการณ์ ซึ่งการนำกระบวนการลูกเสือมาประยุกต์ใช้ในระดับปฐมวัยยังไม่แพร่หลายมากนัก และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนว่ากระบวนการดังกล่าวในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัยยังมีอย่างจำกัด โดยเฉพาะการวิจัยเชิงทดลอง ซึ่งควรมีการศึกษาเพื่อสร้างหลักฐานเชิงวิชาการรองรับ

บริบทของสถานศึกษาที่เป็นสนามวิจัยนั้น ผู้บริหารให้ความสำคัญกับการพัฒนาผู้เรียนอย่างรอบด้าน โดยมีการบูรณาการกระบวนการลูกเสือเข้ากับการจัดการเรียนรู้และจัดประสบการณ์สำหรับผู้เรียนในทุกระดับชั้น ซึ่งโรงเรียนได้รับการคัดเลือกให้เป็นโรงเรียนนวัตกรรมทางการศึกษาอย่างโดดเด่นในระดับประเทศ ประจำปีการศึกษา 2568 ในด้านการจัดการเรียนรู้ที่ผสมผสานวิธีการลูกเสือเข้ากับหลักสูตรและการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ของผู้เรียน ถึงแม้ว่าจะได้รับการยอมรับแต่ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ช่วยยืนยันประสิทธิผลของการนำกระบวนการลูกเสือมาประยุกต์ใช้ในพัฒนาการของเด็ก ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการลูกเสือต่อพัฒนาการเด็กอนุบาล ซึ่งการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องตลอดภาคเรียนทำให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและพัฒนาการของเด็ก (Zulauf-McCurdy et al., 2024) โปรแกรมการจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยประยุกต์ใช้กระบวนการลูกเสือนี้อาจช่วยส่งเสริมพัฒนาการโดยรวม โดยเฉพาะด้านการเคลื่อนไหวและด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคมของเด็กอนุบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการเด็กอนุบาลโดยรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการลูกเสือ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนแบบปกติ

สมมติฐานการวิจัย

เด็กอนุบาลกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการลูกเสือ มีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการเด็กอนุบาลโดยรวมและรายด้าน ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนแบบปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ พัฒนากรอบแนวคิดบนพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ โคล์ป (Kolb's Experiential Learning Theory) (Kolb, 1984) ที่การเรียนรู้เกิดขึ้นผ่านวงจรของประสบการณ์ ประกอบด้วย (1) การได้รับประสบการณ์ตรง (concrete experience) (2) การสังเกตและสะท้อนคิด (reflective observation) (3) การสร้างแนวคิดจากประสบการณ์ (abstract conceptualization) และ (4) การนำความรู้ไปทดลองใช้ในสถานการณ์ใหม่ (active experimentation) ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ แบนดูรา (Bandura's Social Learning Theory) (1977) ที่อธิบายว่าการเรียนรู้เกิดจากการสังเกตแบบอย่าง การเลียนแบบ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการได้รับแรงเสริมทางบวก ซึ่งช่วยให้เกิดการพัฒนาพฤติกรรมและทักษะอย่างต่อเนื่องมา บูรณาการร่วมกับแนวคิดกระบวนการลูกเสือ (Scout Method) ขององค์การลูกเสือโลก (WOSM, 2019) เพื่อออกแบบโปรแกรมการจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการลูกเสือ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การเรียนรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติ การเรียนรู้จากประสบการณ์ การเรียนรู้กลางแจ้ง การทำงานเป็นหมู่ และการเรียนรู้ผ่านการเล่นและการปฏิบัติภารกิจ เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ได้แก่ (1) กิจกรรมการเคลื่อนไหวและการเรียนรู้กลางแจ้งช่วยพัฒนาการด้านเคลื่อนไหว (GM) (2) กิจกรรมการแก้ปัญหาและการปฏิบัติภารกิจช่วยส่งเสริมการคิด การวางแผน และการใช้สื่อหรืออุปกรณ์ในการทำกิจกรรม ช่วยพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (FM) (3) การฟังคำสั่ง การสื่อสาร การเล่านิทาน และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษา (RL และ EL) และ (4) การทำงานร่วมกัน การแบ่งบทบาทหน้าที่ การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และการปฏิบัติตามกฎกติกา ช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (PS) ส่งผลต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอนุบาล 5 ด้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับพัฒนาการเด็กอนุบาลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักเรียนระดับชั้นอนุบาล ประจำปีการศึกษา 2568 โรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่ง จำนวน 202 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนระดับชั้นอนุบาล ประจำปีการศึกษา 2568 โรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่ง มีอายุอยู่ระหว่าง 3-6 ปี ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (cluster random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากเลือกระดับชั้น เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีโอกาสถูกเลือกอย่างเท่าเทียมกัน ได้นักเรียนระดับชั้นอนุบาล 2 ซึ่งมีอยู่ 2 ห้อง จากนั้นทำการสุ่มห้องเรียนเพื่อจัดกลุ่มการทดลอง โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลาก เพื่อกำหนดว่าห้องเรียนใดจะได้รับการจัดประสบการณ์โดยใช้กระบวนการลูกเสือ (กลุ่มทดลอง) และห้องเรียนใดจะได้รับการจัดประสบการณ์ตามแนวทางหลักสูตรปฐมวัยทั่วไป (กลุ่มควบคุม)

ผู้วิจัยใช้การกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.2 กำหนดการวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้สถิติการวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน เลือกการทดสอบแบบทางเดียว (one tail) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (alpha) เท่ากับ 0.05 และค่า power of analysis เท่ากับ 0.80 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect

size) เท่ากับ 0.71 จากการศึกษาโปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนด้านการเคลื่อนไหวของ เกษมศักดิ์ วงศ์สีดา และ รุ่งนภา ต่อโชติ (Wongseeda & Torchot, 2023) ซึ่งเป็นการศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวในเด็กวัยก่อนเรียน ที่มีลักษณะสอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยก่อนเรียนที่มีช่วงอายุใกล้เคียงกัน การจัดกิจกรรมเป็นการเรียนรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติ การเล่น และการเคลื่อนไหวอย่างมีโครงสร้าง ได้จำนวนขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 52 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน แต่เนื่องจากบริบทของการวิจัยดำเนินการในระดับห้องเรียน ของโรงเรียนเอกชนที่เป็นสนามศึกษามีจำนวนนักเรียนห้องละ 30 คน ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในแต่ละห้องเรียน ส่งผลให้มีกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 60 คน ทั้งนี้ เพื่อคงสภาพความเป็นธรรมชาติของการจัดการเรียนการสอน กลุ่มตัวอย่างในแต่ละห้องไม่ทราบว่าตนเองได้รับการจัดกิจกรรมตามรูปแบบใด เพื่อลดอคติที่อาจเกิดขึ้นจากการรับรู้ของผู้เข้าร่วมวิจัย

การกำหนดเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ของตัวอย่างวิจัย ได้แก่ เป็นนักเรียนกำลังศึกษาในชั้นอนุบาล 2 ที่มีอายุ 49 เดือน ถึง 60 เดือน ยินยอมให้ความร่วมมือในการประเมินพัฒนาการ และผู้ปกครองยินยอมให้เด็กเข้าร่วมกิจกรรม กำหนดเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ นักเรียนได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ว่ามีพัฒนาการล่าช้า ผู้ปกครองไม่ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม หรือตัวอย่างวิจัยขาดการเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 6 ครั้ง (น้อยกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนครั้งที่ทำกิจกรรม)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง รายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health, Ministry of Public Health, 2025) ประกอบด้วย พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว (GM) พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (FM) พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา (RL) พัฒนาการด้านการใช้ภาษา (EL) และพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (PS) โดยใช้เกณฑ์การประเมินสำหรับเด็กอายุ 49 เดือน ถึง 60 เดือน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบประเมินพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ได้มาตรฐานแล้ว แต่ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนของการประเมินพัฒนาการในแต่ละอายุที่พัฒนาขึ้นไป ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ผลการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา พบว่า ความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (item-level content validity index: I-CVI) มีค่าความสอดคล้องอยู่ในระดับเหมาะสม (≥ 0.80 ทุกข้อ) และความตรงเชิงเนื้อหาโดยรวมทั้งฉบับ (scale-level content validity index/averaging method: I-CVI/Ave) ได้ค่าเท่ากับ 0.98 ข้อมูลที่ได้จากการประเมินพัฒนาการเป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) ซึ่งเกณฑ์การให้คะแนนพัฒนาการเด็กใช้เกณฑ์การประเมินตามช่วงอายุ ได้แก่

1) เด็กที่สามารถปฏิบัติตามข้อรายการของแบบประเมินสำหรับเด็กช่วงอายุ 49-54 เดือน ประกอบด้วยรายการประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว (GM) ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (FM) ด้านการเข้าใจภาษา (RL) ด้านการใช้ภาษา (EL) และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (PS) ด้านละ 1 รายการ รวม 5 รายการ โดยเด็กที่สามารถปฏิบัติได้จะได้รับ 1 คะแนนต่อรายการ หากไม่สามารถปฏิบัติได้จะได้รับ 0 คะแนนต่อรายการ รวมคะแนนเต็ม 5 คะแนน

2) เด็กที่สามารถปฏิบัติตามข้อรายการของแบบประเมินสำหรับเด็กช่วงอายุ 55-59 เดือน ประกอบด้วยรายการประเมิน 5 ด้านเช่นเดียวกัน โดยมีด้านละ 1 รายการ รวม 5 รายการ เด็กที่สามารถปฏิบัติได้จะได้รับ 2 คะแนนต่อรายการ หากไม่สามารถปฏิบัติได้จะได้รับ 0 คะแนนต่อรายการ รวมคะแนนเต็ม 10 คะแนน

3) เด็กที่สามารถปฏิบัติตามข้อรายการของแบบประเมินสำหรับเด็กช่วงอายุ 60 เดือน (5 ปี) ประกอบด้วยรายการประเมินทั้งหมด 8 รายการ โดยด้านการเคลื่อนไหว (GM) และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (PS) มีด้านละ 1 รายการ ส่วนด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (FM) ด้านการเข้าใจภาษา (RL) และด้านการใช้ภาษา (EL) มีด้านละ 2 รายการ เด็กที่สามารถปฏิบัติได้จะได้รับ 3 คะแนนต่อรายการ หากไม่สามารถปฏิบัติได้จะได้รับ 0 คะแนนต่อรายการ รวมคะแนนเต็ม 24 คะแนน คะแนนเต็มทั้งสิ้นรวม 39 คะแนน โดยคะแนนที่สูงกว่าสะท้อนถึงระดับพัฒนาการที่ดีกว่า

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยการหาความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) ระหว่างผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ศึกษา โดยผู้วิจัยได้ทดลองใช้แบบประเมินกับเด็กที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบริเวณใกล้โรงเรียนที่เป็นสนามศึกษา จำนวน 10 คน โดยเปรียบเทียบผลการประเมินของผู้ประเมินทั้ง 2 คน อย่างเป็นอิสระต่อกัน โดยผลการประเมินในแต่ละข้อจำแนกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ผ่าน (1) และไม่ผ่าน (2) รวมทั้งสิ้น 180 คู่ จากนั้นวิเคราะห์ความสอดคล้องโดยใช้ร้อยละความสอดคล้อง (percentage agreement) และ Cohen’s kappa coefficient ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้ประเมินทั้งสองมีผลการประเมินตรงกัน 177 จาก 180 คู่ คิดเป็นร้อยละความสอดคล้องเท่ากับ 98.33 และมีค่า Cohen’s kappa coefficient เท่ากับ 0.66 แสดงถึงความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินในระดับมาก (Landis & Koch, 1977) ผู้วิจัยสามารถใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างถูกต้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แผนการจัดประสบการณ์ของนักเรียนชั้นอนุบาล 2 โดยประยุกต์ใช้กระบวนการลูกเสือ (Kruthangka, 2024; World Organization of the Scout Movement, 2019) กับการประเมินพัฒนาการเด็กของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health, Ministry of Public Health, 2025) ประกอบด้วยแผนการจัดประสบการณ์จำนวน 5 แผน โดยกิจกรรมในแต่ละแผนมีรายละเอียดการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แผนการจัดประสบการณ์ที่ประยุกต์ใช้กระบวนการลูกเสือ (15 สัปดาห์)

แผนการจัดประสบการณ์	รายละเอียดการจัดกิจกรรม	กระบวนการลูกเสือ
กิจกรรมที่ 1 เมาคลีเจ้าป่า (สัปดาห์ที่ 1-3)	1. ประเมินพัฒนาการก่อนเข้าร่วมกิจกรรม 2. นำร้องเพลง “เมาคลี” 3. เล่านิทาน “เมาคลี” 4. จัดกลุ่มแบ่งหน้าที่ 5. นำเสนอคุณธรรมเรื่อง “การปฏิบัติตามกติกา” “การรักษาสิ่งแวดล้อม” 6. กิจกรรมสำรวจป่าจำลองยามค่ำคืนแบบหมู่ 7. มอบตรา “หนูน้อยเมาคลี”	**องค์ประกอบกระบวนการลูกเสือ** 1 ✓ / 2 ✓ / 3 ✓ / 4 ✓ / 5 ✓ / 6 ✓ / 7 ✓ / 8 ✓ **การส่งเสริมพัฒนาการ (ด้าน)** GM ✓ / FM / RL ✓ / EL ✓ / PS
กิจกรรมที่ 2 เมาคลีผู้หลักแหลม (สัปดาห์ที่ 4-6)	1. ทำท่าทางประกอบเพลง “เมาคลี” 2. ทบทวนนิทาน “เมาคลี” 3. ต่อรูปภาพของตัวละคร 8 ชิ้น 4. ระบายสีตัวละครที่ชอบ 5. วาดรูปเมาคลีอย่างง่าย 6 องค์ประกอบ 6. มอบตรา “ผู้หลักแหลม”	**องค์ประกอบกระบวนการลูกเสือ** 1 ✓ / 2 ✓ / 3 ✓ / 4 ✓ / 5 ✓ / 6 ✓ / 7 ✓ / 8 ✓ **การส่งเสริมพัฒนาการ (ด้าน)** GM / FM ✓ / RL / EL / PS

ตารางที่ 1 แผนการจัดประสบการณ์ที่ประยุกต์ใช้กระบวนการลูกเสือ (15 สัปดาห์) (ต่อ)

แผนการจัดประสบการณ์	รายละเอียดการจัดกิจกรรม	กระบวนการลูกเสือ
กิจกรรมที่ 3 เมาคลีผู้ส่งสาร (สัปดาห์ที่ 7-9)	1. ร้องเพลงและทำท่าทางประกอบเพลง “เมาคลี” 2. ทบทวนนิทาน “เมาคลี” 3. วิเคราะห์ตัวละคร ฝั่งดี – ฝั่งร้าย ร่วมกัน 4. กิจกรรมใบ้ท่าทางของตัวละครที่จับได้ 5. มอบตรา “ผู้ส่งสาร”	**องค์ประกอบกระบวนการลูกเสือ** 1 ✓ 2 ✓ 3 ✓ 4 ✓ 5 ✓ 6 ✓ 7 ✓ 8 ✓ **การส่งเสริมพัฒนาการ (ด้าน)** GM FM RL ✓ EL PS ✓
กิจกรรมที่ 4 เมาคลีผู้มีน้ำใจ (สัปดาห์ที่ 10-12)	1. ร้องเพลงและทำท่าทางประกอบเพลง “เมาคลี” 2. ทบทวนนิทาน “เมาคลี” 3. วิเคราะห์ตัวละคร ฝั่งดี – ฝั่งร้าย ร่วมกัน 4. กิจกรรมช่วยเหลือเมาคลี การจำลองสถานการณ์เพื่อวิเคราะห์ความปลอดภัยและตัดสินใจเพื่อช่วยเหลือตนเองและผู้อื่น และฝึกฝนการเผชิญเหตุอย่างง่าย ในกรณี “ป่วย” “หิว” “บาดเจ็บ” “ขอความช่วยเหลือ” “พลัดหลง” 5. มอบตรา “ผู้มีน้ำใจ”	**องค์ประกอบกระบวนการลูกเสือ** 1 ✓ 2 ✓ 3 ✓ 4 ✓ 5 ✓ 6 ✓ 7 ✓ 8 ✓ **การส่งเสริมพัฒนาการ (ด้าน)** GM FM RL EL ✓ PS ✓
กิจกรรมที่ 5 เมาคลีลูกหมาป่า (สัปดาห์ที่ 13-15)	1. ร้องเพลงและทำท่าทางประกอบเพลง “เมาคลี” 2. ทบทวนนิทาน “เมาคลี” 3. การจำลองสถานการณ์ป่าจำลอง โดยเป็นกิจกรรมแบ่งฐานเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อและสติปัญญาและการสื่อสารของเด็กร่วมกันเป็นกลุ่ม ประกอบด้วย การลอกเลียนภาพสัญลักษณ์, การนับบล็อกไม้, การระบุสี, การทำความสะอาดตนเอง และการค้นหาพยัญชนะตามชื่อตัวละคร 4. มอบตรา “หนูน้อยลูกเจ้าป่า” 5. การประเมินผลพัฒนาและเข้าพิธีประดับดาว	**องค์ประกอบกระบวนการลูกเสือ** 1 ✓ 2 ✓ 3 ✓ 4 ✓ 5 ✓ 6 ✓ 7 ✓ 8 ✓ **การส่งเสริมพัฒนาการ (ด้าน)** GM FM ✓ RL ✓ EL ✓ PS

หมายเหตุ: องค์ประกอบกระบวนการลูกเสือ ได้แก่ (1) คือ การปฏิบัติตามกฎและกติกา (2) คือ การเรียนรู้จากการกระทำและการปฏิบัติจริง (3) คือ ความก้าวหน้ารายบุคคล (4) คือ การเรียนรู้ด้วยระบบหมู่ที่มีความรับผิดชอบร่วมกัน (5) คือ การส่งเสริมและสนับสนุนอย่างมีประสิทธิภาพของครูหรือพี่เลี้ยง (6) คือ การมีเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์ที่แสดงออกถึงการบรรลุตามเป้าหมาย (7) คือ การเรียนรู้ที่ใกล้ชิดกับธรรมชาติ และ (8) คือ การเชื่อมโยงกับการดำเนินชีวิตในสังคม

การส่งเสริมพัฒนาการ ได้แก่ GM คือ gross motor (พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว) FM คือ fine motor (พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา) RL คือ receptive language (พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา) EL คือ expressive language (พัฒนาการด้านการใช้ภาษา) และ PS คือ personal and social (พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยนำแผนการสอนเรื่อง วิธีการจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการลูกเสือ (Scout Method) สื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรมการจัดประสบการณ์ และแบบประเมินการสังเกต (Fidelity checklist) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ผลการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) พบว่า มีค่าความสอดคล้องในส่วนของความสอดคล้องกับเนื้อหา ความง่ายในการนำไปปฏิบัติ และระยะเวลาเหมาะสมอยู่ในระดับดี (≥ 0.80 ทุกข้อ) พร้อมทั้งนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้กับครูอนุบาล จำนวน 2 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มทดลอง เพื่อประเมินความเข้าใจและความชัดเจนของโปรแกรมก่อนนำไปทดลองจริง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี หมายเลขโครงการ 005/2568 วันที่อนุมัติ 26 มีนาคม พ.ศ. 2568 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างแก่ผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมอย่างครบถ้วน พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยก่อนให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจ ผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมสามารถปฏิเสธหรือขอถอนเด็กออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการเรียน การได้รับการดูแล หรือสิทธิประโยชน์ใด ๆ ของเด็ก นอกจากนี้ ผู้วิจัยยุติการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเมื่อพบว่า เด็กแสดงท่าทีไม่สมัครใจหรือปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างชัดเจน เด็กไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องตามแผนการวิจัย หรือเกิดเหตุการณ์ใด ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัย สุขภาพ หรือความเหมาะสมในการเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้รับถูกเก็บรักษาเป็นความลับ นำเสนอผลในภาพรวมโดยไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัย และใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการวิจัยเท่านั้น โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังจากการเผยแพร่ผลการวิจัยตามระยะเวลาที่สถาบันกำหนด

การเก็บรวมรวบข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นเตรียมการวิจัย

ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ทำการประสานงานกับผู้บริหารสถานศึกษาและครูผู้สอน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย รวมถึงแนวทางการจัดประสบการณ์ตามแผนที่กำหนดก่อนทำการเปิดภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2568 นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ส่งเอกสารชี้แจงรายละเอียดแก่ผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมของนักเรียนที่เป็นตัวอย่างวิจัย พร้อมข้อมูลการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย โดยยืนยันว่าการเข้าร่วมไม่ส่งผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการประสานงานเพื่อขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยในเดือนพฤษภาคม 2568 เมื่อได้รับความยินยอมและตรวจสอบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มจับฉลากชั้นเรียนเพื่อใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง และสุ่มจับฉลากห้องเรียนเพื่อแยกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สำหรับการเตรียมความพร้อมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. ผู้วิจัยศึกษาคู่มือการใช้แบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ของกรมอนามัยอย่างละเอียด และฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือก่อนการเก็บข้อมูลจริง เตรียมสื่อและอุปกรณ์

2. ครูผู้สอน ทำหน้าที่ดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้ตามแผนการจัดประสบการณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเท่านั้น ไม่มีบทบาทในการประเมินพัฒนาการเด็ก ก่อนเริ่มการทดลองผู้วิจัยได้ทำการประชุมชี้แจงและวางแผนการดำเนินกิจกรรมร่วมกับครูผู้สอน โดยมีคู่มือการดำเนินกิจกรรมและอธิบายรายละเอียดของแต่ละแผนกิจการจัดประสบการณ์ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน และร่วมอภิปรายแนวทางการดำเนินกิจกรรมจนเกิดความเข้าใจตรงกันก่อนเริ่มการทดลอง

3. พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำหน้าที่เป็นผู้ร่วมประเมินพัฒนาการเด็กก่อนและหลังการทดลองร่วมกับผู้วิจัย โดยร่วมศึกษาคู่มือ DSPM และฝึกประเมินเด็กที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อปรับความเข้าใจในการให้เกณฑ์การให้คะแนนและตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) ก่อนไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

ขั้นดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำการประเมินพัฒนาการตามแบบประเมินที่กำหนดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเริ่มใช้โปรแกรม

2. กลุ่มทดลองได้รับการจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการลูกเสือตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 5 แผนการจัดกิจกรรม โดยแต่ละแผนดำเนินการต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง รวมระยะเวลาการดำเนินโปรแกรมทั้งสิ้น 15 สัปดาห์ กิจกรรมดำเนินการโดยครูผู้สอนที่ปฏิบัติตามคู่มือการจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ในระหว่างการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยติดตามการดำเนินกิจกรรมของครูผู้สอนเป็นระยะ เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมเป็นไปตามขั้นตอนและวัตถุประสงค์ของโปรแกรม โดยใช้แบบตรวจสอบความเที่ยงตรงของการดำเนินโปรแกรม (Fidelity Checklist) ซึ่งครอบคลุมประเด็นด้านการดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์ของแต่ละแผน ลำดับขั้น การใช้สื่อและอุปกรณ์ การจัดเวลา และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเด็ก ทั้งนี้กำหนดเกณฑ์ความสอดคล้องของการดำเนินกิจกรรมต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 เพื่อตรวจสอบให้แน่ใจว่ากลุ่มทดลองได้รับการจัดประสบการณ์ตามโปรแกรมที่กำหนดอย่างครบถ้วน

3. กลุ่มควบคุม นักเรียนได้รับการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ตามหลักสูตรการศึกษาปฐมวัยของสถานศึกษาตามปกติ โดยครูประจำชั้นเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมตามแผนการจัดประสบการณ์ที่โรงเรียนกำหนดอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการวิจัย ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมหลักตามหลักสูตร ได้แก่ กิจกรรมเคลื่อนไหวและจังหวะ กิจกรรมเสริมประสบการณ์ กิจกรรมสร้างสรรค์ กิจกรรมเสรี กิจกรรมกลางแจ้ง และกิจกรรมเกมการศึกษา โดยดำเนินการตามตารางเรียนปกติของโรงเรียนในช่วงเวลาเดียวกับกลุ่มทดลอง และมีระยะเวลาการจัดกิจกรรมรวมเท่ากัน คือ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 15 สัปดาห์

4. เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการประเมินพัฒนาการของเด็กทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอีกครั้งด้วยแบบประเมินและขั้นตอนเดียวกับการประเมินก่อนการทดลอง เพื่อนำข้อมูลมาเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการ

ขั้นสรุปผลและการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง

ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการประเมินพัฒนาการตามแบบประเมินที่กำหนดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 16 โดยเก็บข้อมูลภายใน 3-5 วันหลังสิ้นสุดกิจกรรมตามโปรแกรม เพื่อประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายหลังเด็กได้รับการจัดประสบการณ์การเรียนรู้อย่างครบถ้วนและลดอิทธิพลของปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม การป้องกันอคติ (bias) ในการประเมินผล มอบหมายให้จัดเด็กทั้งสองกลุ่มเข้ารับการประเมินร่วมกัน โดยใช้รหัสประจำตัวและไม่ระบุห้องเรียน ทำให้ผู้ประเมินไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ทั้งนี้เพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิและให้เกิดความเป็นธรรมแก่กลุ่มควบคุม

ภายหลังเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามโปรแกรมการจัดประสบการณ์โดยใช้กระบวนการลูกเสือให้แก่นักเรียนกลุ่มควบคุม โดยดำเนินการตามแผนกิจกรรมและแนวทางเดียวกับที่ใช้ในกลุ่มทดลอง เพื่อให้นักเรียนได้รับโอกาสในการเข้าถึงประโยชน์จากโปรแกรมอย่างเท่าเทียมกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติแบบโอเพ่นซอร์ส (Open Source) ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการของนักเรียน ก่อนดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ independent samples t-test ได้แก่ การแจกแจงแบบปกติของข้อมูลและความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Shapiro–Wilk test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ($p = .611$) และใช้ Levene's test เพื่อตรวจสอบความความแปรปรวน พบว่า ความแปรปรวนของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p = .344$) จึงสามารถใช้สถิติ independent sample t-test ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างเหมาะสม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองเป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่ากัน คือ เพศละ 15 คน (ร้อยละ 50.00) ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย 17 คน (ร้อยละ 56.67) และเพศหญิง 13 คน (ร้อยละ 43.33) ก่อนดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยได้เปรียบเทียบความแตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่างด้านอายุและคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการโดยรวมพบว่า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 53.40 เดือน (SD = 2.40) และมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการโดยรวมเท่ากับ 21.20 คะแนน (SD = 3.52) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 53.90 เดือน (SD = 2.11) และมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการโดยรวมเท่ากับ 21.00 คะแนน (SD = 2.95) ผลการเปรียบเทียบด้วยสถิติ independent samples t-test พบว่า อายุเฉลี่ยและคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการโดยรวมของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะพื้นฐานไม่แตกต่างกันก่อนการทดลอง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบอายุเฉลี่ยและคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการโดยรวมก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
อายุ (เดือน)	53.40	2.40	53.90	2.11	-0.80	58	.427
พัฒนาการโดยรวม	21.20	3.52	21.00	2.95	0.24	58	.812

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการของเด็กอนุบาลหลังการทดลอง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการลูกเสือมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการโดยรวมเท่ากับ 36.40 (SD = 1.89) ขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการจัดการเรียนการสอนแบบปกติมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการโดยรวมเท่ากับ 33.70 (SD = 1.70) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.82$, $p < .05$) โดยมีขนาดอิทธิพลของโปรแกรม (Cohen's *d*) เท่ากับ 1.50 ซึ่งอยู่ในระดับสูงมาก (Cohen, 2013) เมื่อพิจารณาผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย

พัฒนาการรายด้านพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว (GM) และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (PS) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.04$, $p < .05$; $t = 2.19$, $p < .05$) ขณะที่พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (FM) ด้านการเข้าใจภาษา (RL) และด้านการใช้ภาษา (EL) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการของเด็กอนุบาลหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การประเมินพัฒนาการ	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
ด้านการเคลื่อนไหว (GM)	6.00	0.00	4.60	1.52	5.04*	58	<.001
ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (FM)	7.30	1.51	6.90	1.40	1.06	58	.292
ด้านการเข้าใจภาษา (RL)	8.90	0.55	8.90	0.55	0.00	58	1.000
ด้านการใช้ภาษา (EL)	8.90	0.55	8.80	0.76	0.58	58	.561
ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (PS)	5.30	1.29	4.50	1.53	2.19*	58	.032
พัฒนาการโดยรวม	**36.40**	**1.89**	**33.70**	**1.70**	**5.82***	**58**	<.001

*$p < .05$

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า เด็กอนุบาลที่ได้รับโปรแกรมการจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการลูกเสือมีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูงมาก (*Cohen's d* = 1.50) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัยได้อย่างมีประสิทธิผล ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่ากระบวนการลูกเสือนั้น เป็นรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่เน้นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรง การมีส่วนร่วม และการลงมือปฏิบัติจริง ซึ่งสอดคล้องกับธรรมชาติการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย มีการทำงานเป็นกลุ่มย่อย และการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง ช่วยส่งเสริมให้เด็กได้พัฒนาทักษะทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา ภาษา และสังคมไปพร้อมกัน กิจกรรมที่มีในโปรแกรม เช่น กิจกรรมการเคลื่อนไหวท่าทางและกิจกรรมสำรวจป่าจำลองยามค่ำคืนแบบหมู่ ช่วยพัฒนาด้านการเคลื่อนไหว กิจกรรมการต่อรูปภาพ การวาดรูปและการระบายสี และการแก้ปัญหาจากสถานการณ์ป่าจำลองแบบกลุ่ม ช่วยพัฒนาด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา กิจกรรมการเล่านิทาน การร้องเพลง และสถานการณ์ป่าจำลองแบบกลุ่มช่วยพัฒนาด้านการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษา

นอกจากนี้ กิจกรรมสถานการณ์ป่าจำลองแบบกลุ่มนี้ยังเน้นการช่วยเหลือและการอยู่ร่วมกัน ช่วยพัฒนาด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ล้วนเป็นประสบการณ์ที่ช่วยกระตุ้นพัฒนาการ อีกทั้งยังสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ แบนดูรา (Bandura, 1977) ที่กล่าวว่าการเรียนรู้เกิดจากการสังเกต การเลียนแบบ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมจากกิจกรรมตามกระบวนการลูกเสือเปิดโอกาสให้เด็กได้เรียนรู้ผ่านการสังเกตพฤติกรรมของครูและเพื่อน การลงมือปฏิบัติจริง และการได้รับแรงเสริมทางบวก (reinforcement) เช่น การได้รับคำชมเชยหรือการยอมรับจากกลุ่ม หรือการเห็นเพื่อนประสบความสำเร็จ สามารถกระตุ้นให้เด็กเกิดแรงจูงใจในการพยายามพัฒนาตนเองในทักษะด้านต่าง ๆ ให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ (Mertens et al., 2021)

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยรายด้านพบว่า เด็กอนุบาลในกลุ่มทดลองมีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว (GM) และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (PS) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกิจกรรมภายในโปรแกรมได้รับการออกแบบให้เด็กได้เรียนรู้ผ่านการเคลื่อนไหว การเล่น การปฏิบัติภารกิจ และการทำงานเป็นหมู่ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการลูกเสือ ส่งผลให้เด็กได้ฝึกการทรงตัว การประสานงานของกล้ามเนื้อ การควบคุมตนเอง การรับผิดชอบ และการอยู่ร่วมกับผู้อื่น จึงส่งเสริมพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวและด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคมได้อย่างเด่นชัด สอดคล้องกับการศึกษาของ มาสรัน และคณะ (Masrun et al., 2025) ที่พบว่า การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่บูรณาการ การเล่นร่วมกับกิจกรรมการเคลื่อนไหวและการทำงานร่วมกัน ช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว การประสานงานของกล้ามเนื้อ และปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของเด็กปฐมวัย เนื่องจากกิจกรรมลักษณะดังกล่าวเปิดโอกาสให้เด็กมีส่วนร่วมในการเรียนรู้อย่างกระตือรือร้น ได้เรียนรู้ร่วมกับเพื่อน และฝึกทักษะทางสังคมควบคู่กับการพัฒนาทางร่างกาย จึงสะท้อนให้เห็นว่า การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผสมผสานการเล่น การเคลื่อนไหว และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมตามแนวทางกระบวนการลูกเสือ เป็นแนวทางที่เหมาะสมในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

สำหรับพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา และด้านการใช้ภาษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยในด้านดังกล่าวพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกด้าน แม้ว่าความแตกต่างดังกล่าวจะยังไม่มากพอที่จะถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลของโปรแกรมยังไม่เด่นชัดเพียงพอเมื่อเปรียบเทียบกับการจัดการเรียนรู้ตามปกติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้สามารถช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านดังกล่าวได้ดีหรือเทียบเท่ากับการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ตามหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเด็กทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต่างได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ที่ส่งเสริมการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและพัฒนาทักษะภาษาอย่างเป็นระบบอยู่แล้ว เช่น การวาดภาพ การระบายสี การเล่านิทาน การร้องเพลง และการสนทนาภายในทีม กิจกรรมดังกล่าวมีส่วนช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาและกล้ามเนื้อมัดเล็กอย่างต่อเนื่อง ทำให้เด็กทั้งสองกลุ่มมีระดับพัฒนาการใกล้เคียงกัน

นอกจากนี้ ผลการประเมินด้านการเข้าใจภาษาและด้านการใช้ภาษาพบว่า มีระดับคะแนนสูงใกล้คะแนนเต็มของแบบประเมิน จึงอาจทำให้เกิดปรากฏการณ์เพดาน (ceiling effect) ที่เกิดจากการประเมินที่กลุ่มตัวอย่างวิจัยได้คะแนนเกือบเต็มทั้งหมด ถึงแม้ว่าโปรแกรมจะดีแต่คะแนนไม่สามารถเพิ่มขึ้นได้อีกแล้ว จึงทำให้มองไม่เห็นความแตกต่างที่แท้จริงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Cheng et al., 2024)

การจัดประสบการณ์ในโปรแกรมมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 15 สัปดาห์ ทำให้กลุ่มทดลองมีโอกาสฝึกฝนและพัฒนาทักษะอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ เนื่องจากการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยจำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาและการฝึกฝนซ้ำ ๆ อย่างต่อเนื่อง มีความสำคัญต่อการคงอยู่ของความรู้และการถ่ายโอนการเรียนรู้ โดยการฝึกในระยะเวลาต่อเนื่องช่วยให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงประสบการณ์เดิมกับสถานการณ์ใหม่ได้ดียิ่งขึ้น (Corral & Carpenter, 2025) ส่งผลให้คะแนนพัฒนาการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมสำหรับเด็กปฐมวัยที่ชี้ให้เห็นว่าการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องตลอดภาคเรียนร่วมกับการรักษาความเที่ยงตรงของการดำเนินโปรแกรม (implementation fidelity) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและพัฒนาการของเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ (Zulauf-McCurdy et al., 2024) ดังนั้นการที่โปรแกรมการจัดประสบการณ์โดยใช้กระบวนการลูกเสือดำเนินการอย่างต่อเนื่องตลอดภาคเรียนเป็นระยะเวลา 15 สัปดาห์ จึงน่าจะเป็นระยะเวลาที่เพียงพอให้เด็กได้ฝึกปฏิบัติ เรียนรู้จากประสบการณ์ และพัฒนาทักษะผ่านการทำกิจกรรมซ้ำอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้พัฒนาการของเด็กเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมการจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยประยุกต์ใช้กระบวนการลูกเสืออาจช่วยส่งเสริมพัฒนาการโดยรวม โดยเฉพาะด้านการเคลื่อนไหวและด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคมของเด็กอนุบาล ทั้งนี้อาจพิจารณาองค์ประกอบของโปรแกรมเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดประสบการณ์ตามหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย และควรปรับกิจกรรม ระยะเวลา และสื่อการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับวัย ศักยภาพของเด็ก และบริบทของสถานศึกษา เพื่อให้การจัดประสบการณ์มีความเหมาะสมและเอื้อต่อการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัยอย่างมีประสิทธิผล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมกับสถานศึกษาที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น โรงเรียนรัฐบาล โรงเรียนเอกชน โรงเรียนในชนบท โรงเรียนในเขตเมือง โรงเรียนขนาดเล็ก และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของโปรแกรมในบริบทที่หลากหลาย อันจะช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย และเสริมสร้างความสามารถในการอ้างอิงผลไปใช้ในวงกว้าง

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดประสบการณ์โดยใช้กระบวนการลูกเสือกับรูปแบบการจัดการเรียนรู้อื่น เช่น การเรียนรู้ผ่านการเล่น (play-based learning) การเรียนรู้แบบโครงงาน (project-based learning) หรือการเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นฐาน (problem-based learning) เพื่อค้นหารูปแบบการจัดประสบการณ์ที่เหมาะสมและมีประสิทธิผลสูงสุดในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

References

Bandura, A. (1977). *Social learning theory.* General Learning Press.

Cheng, L. J., Pan, T., Chen, L. A., Cheng, J. Y., Mulhern, B., Devlin, N., & Luo, N. (2024). The ceiling effects of EQ-5D-3L and 5L in general population health surveys: A systematic review and meta-analysis. *Value in Health, 27*(7), 986–997. https://doi.org/10.1016/j.jval.2024.02.018

Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203771587

Corral, D., & Carpenter, S. K. (2025). Effects of retrieval practice on retention and application of complex educational concepts. *Learning and Instruction, 100*, 102219. https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2025.102219

Deekoontod, C., Sukkamart, A., Pimdee, P., Tansiri, P., & Meekhobtong, S. (2026). Curriculum development for competency-based training of scout leaders in Thailand: A design and development research study. *International Journal of Instruction, 19*(2), 507-528. https://doi.org/10.29333/iji.2026.19228a

Department of Health, Ministry of Public Health. (2019). *Developmental surveillance and promotion manual (DSPM).* WVO Office of Printing Mill. https://www.thaichilddevelopment.com/ebook/DSPM%2010.04.2562.pdf

Department of Health, Ministry of Public Health. (2025). *Situation analysis of developmental index among children aged 0–5 years.* https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2569F/IDC32/OPDC2569F_IDC32_01.pdf

Hasriani, H., Hamim, U., & Mahmud, R. (2025). Strengthening scouting character values through a moral integrated approach for elementary school students. *Indonesian Journal of Innovation Studies, 26*(3), 1-24. https://doi.org/10.21070/ijins.v26i3.1463

Khongpakdee, P., Atiwittayaporn, J., & Chullasap, N. (2024). The development of scouting process model for strengthen student discipline in primary school. *Journal of Roi Kaensarn Academi, 9*(6), 312-327. https://so02.tci-thaijo.org/index.php/JRKSA/article/view/268270/180618 (in Thai)

Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development.* Prentice Hall.

Kruthangka, K. (2024). Learning management using the Scout method approach at Kuldit Wittayanusorn School. In Office of the Private Education Commission (Ed.), *Enhancing the quality of private school education through innovation: Educational innovations in private schools, fiscal year 2024* (pp. 16–24). Office of the Private Education Commission. https://anyflip.com/euvav/fjkf/

Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, *33*(1), 159-174. https://doi.org/10.2307/2529310

Liang, Y., Peng, X., & Sun, M. A. (2025). Long-term impacts of growth and development monitoring: Evidence from routine health examinations in early childhood. *Journal of Health Economics, 101*, 102972. https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2025.102972

Masrun., Okilanda, A., Khairuddin., Utama, J., & Putra, A. R. (2025). Learning of gross motor skills based on fun games: A study of coordination development in 5–6-year-old children. *Pedagogy of Physical Culture and Sports, 29*(4), 233-242. https://doi.org/10.15561/26649837.2025.0401

Meekeaw, K., Navakijpaitoon, N., & Prommas, B. (2024). Evaluation of the project to promote boy and girl scout activities to develop life skills Ban Bang Niang School educational service area office Phang Nga primary school. *Journal of Buddhistic Sociology, 9*(3), 173-185. (in Thai)

Mertens, E. C. A., Deković, M., Van Londen, M., & Reitz, E. (2021). The role of classmates' modeling and reinforcement in adolescents' perceived classroom peer context. *Journal of Youth and Adolescence, 50*(2), 260-270. https://doi. org/10.1007/s10964-020-01325-8

Muangnakrong, K., Phanujaree, S., & Thongphubate, T. (2025). Cultivating volunteer citizenship through engaging scout activities. *Journal of MCU Social Science Review, 14*(1), 264-277. (in Thai)

Sari, D. N. R. (2024). The effect of scout extracurricular activities on the learning outcomes of class X students in biology subjects at state senior high school 1 Besuki. *Journal of Natural Sciences and Learning, 3*(1), 20-27. https://doi.org/10.30742/jnsl.v3i1.130

Solang, D. J., Yunus, M., Rukmini, B. S., Kurnia, K., & Umam, K. (2024). The impact of early childhood education on long-term outcomes. *The Journal of Academic Science, 1*(4), 350-361. https://doi.org/10.59613/7pvaa271

Wongseeda, K., & Torchot, R. (2023). The effects of gross motor development stimulation program for preschool children in Ban NaKham subdistrict health promoting hospital, Huai Yang Subdistrict, Mueang District, Sakon Nakhon Province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital, 26*(1), 26-35. (in Thai)

World Health Organization. (2018). *Nurturing care for early childhood development.* https://www.who.int/publications/i/item/9789241514064

World Health Organization. (2020). *Improving early childhood development: WHO guideline*. https://www.who.int/publications/i/item/97892400020986

World Organization of the Scout Movement. (2019). *The scout method.* https://wosmlzs3-bucket.s3.eu-west-1.amazonaws.com/2023-03/The% 20Scout%20Method_EN_1.pdf

Zulauf-McCurdy, C. A., Johansson, M., Hashimoto, J. R., & Meza, R. D. (2024). How can implementation science advance behavioral interventions in preschool? A scoping review and recommendations. *Prevention Science, 25*(8), 1275-1283. https://doi.org/10.1007/s11121-024-01742-2

Effects of the Transition-to-Home Program on Maternal Confidence in Care and Readmission of Late Preterm Infants*

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านสู่บ้านต่อความมั่นใจในการดูแลของมารดาและการกลับมารักษาซ้ำของทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย*

Warunee	Sri-in**	วารุณี	ศรีอินทร์**
Patcharee	Woragidpoonpol***	พัชรี	วรกิจพูนผล***
Acharaporn	Sripusanapan****	อัจฉราพร	ศรีภูษณาพรรณ****

Abstract

Late preterm infants closely resemble term infants, leading to similar care practices and discharge timing. However, they remain at increased risk for health complications that may result in hospital readmission. This quasi-experimental study aimed to compare maternal confidence in caregiving and readmission rates among late preterm infants between mothers who received the Transition-to-Home Program and those who received routine nursing care. The participants included 54 mother–infant dyads, purposively selected and divided into experimental (n = 27) and control (n = 27) groups. Research instruments consisted of (1) the Transition-to-Home Program comprising three components: readiness assessment, preparation for transition with content tailored to the needs of late preterm infants, and role enhancement through follow-up support via a LINE Official Account; (2) the Maternal Confidence Questionnaire; and (3) the Readmission Record Form. Data were analyzed using descriptive statistics, the Mann–Whitney U test, the Friedman test, and the Wilcoxon signed-rank test.

Results showed that the experimental group's maternal confidence scores increased significantly from baseline (Mdn = 58.00, IQR [48.00, 63.00]) to week 1 after discharge (Mdn = 63.00, IQR [60.00, 65.00]) and week 4 (Mdn = 67.00, IQR [64.00, 70.00]). At both follow-up points, confidence scores were significantly higher than those of the control group ($Z = -2.84$, $p < .05$ and $Z = -3.52$, $p < .01$, respectively). Readmission rates within 28 days were 11.11% in the experimental group and 14.81% in the control group, with no statistically significant difference.

This study demonstrates that the Transition-to-Home Program effectively enhances maternal confidence in caring for late preterm infants, although it did not significantly reduce readmission rates. Future research should incorporate content on home-management of neonatal jaundice, a major cause of readmission, to further strengthen program outcomes and reduce the burden of rehospitalization.

Keywords: Late preterm infants; Maternal confidence in care; Readmission; Transition to home

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Graduate student of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University;
e-mail: patcharee.w@cmu.ac.th

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 5 October 2025; Revised 15 December 2025; Accepted 7 January 2026

บทคัดย่อ

ทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายมีลักษณะคล้ายทารกครบกำหนด ทำให้ได้รับการดูแลและจำหน่ายใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตาม ทารกกลุ่มนี้ยังคงมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพและอาจต้องกลับมารักษาซ้ำได้ การศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความมั่นใจในการดูแลของมารดาและการกลับมารักษาซ้ำของทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านสู่บ้านและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายจำนวน 54 คู่ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 คู่เท่ากัน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ (1) โปรแกรมส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านสู่บ้าน ซึ่งประกอบด้วยการประเมินความพร้อม การเตรียมตัวสำหรับการเปลี่ยนผ่านที่มีเนื้อหาเจาะจงกับทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย และการเสริมบทบาทด้วยการติดตามผ่าน LINE OA (2) แบบสอบถามความมั่นใจในการดูแลของมารดา และ (3) แบบบันทึกการมารักษาซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Mann–Whitney U test, Friedman test และ Wilcoxon signed-rank test

ผลวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความมั่นใจในการดูแลของมารดาเพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Mdn = 58.00, IQR [48.00, 63.00]) โดยเพิ่มขึ้นหลังจำหน่ายที่สัปดาห์ที่ 1 (Mdn = 63.00, IQR [60.00, 65.00]) และสัปดาห์ที่ 4 (Mdn = 67.00, IQR [64.00, 70.00]) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม คะแนนความมั่นใจหลังจำหน่ายทั้งสองช่วงเวลาสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.84$, $p < .05$ and $Z = -3.52$, $p < .01$ ตามลำดับ) ส่วนอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังเกิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 11.11 และร้อยละ 14.81 ตามลำดับ โดยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านสู่บ้านมีประสิทธิผลสามารถช่วยส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลของมารดาทารกเกิดกำหนดระยะท้าย แม้จะยังไม่สามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำได้อย่างชัดเจน ดังนั้น งานวิจัยในอนาคตควรเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลภาวะตัวเหลืองขณะทารกอยู่ที่บ้านซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการกลับมารักษาซ้ำ เพื่อเพิ่มศักยภาพของโปรแกรมและลดภาระการรักษาพยาบาลในระยะยาว

คำสำคัญ: ทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย ความมั่นใจในการดูแลของมารดา การกลับมารักษาซ้ำ การเปลี่ยนผ่านสู่บ้าน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: patcharee.w@cmu.ac.th
**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 5 ตุลาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 15 ธันวาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 7 มกราคม 2569

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทารกเกิดก่อนกำหนด เป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญทางสาธารณสุข เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (World Health Organization [WHO], 2023) สถิติอุบัติการณ์การเกิดของทารกเกิดก่อนกำหนดในปี ค.ศ. 2020 พบประมาณ 13.4 ล้านคน หรือมากกว่า 1 ใน 10 ของจำนวนทารกแรกเกิดทั้งหมด (WHO, 2023) และจากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาในช่วงปี ค.ศ. 2010-2021 พบว่า มากกว่าร้อยละ 70 ของจำนวนทารกเกิดก่อนกำหนด เป็นทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย (late preterm infants) (Osterman et al., 2023)

ทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย คือ ทารกแรกเกิดที่เกิดระหว่างอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ ถึง 36 สัปดาห์ 6 วัน (American Academy of Pediatrics Section on Hospital Medicine, 2023) ทารกกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม (Amsalu et al., 2022) ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยใกล้เคียงกับทารกครบกำหนด (M = 8.4 ± SD 10.4 วัน; Mdn = 5, IQR [4, 8] และ M = 3.8 ± SD 1.6 วัน, Mdn = 3, IQR [3, 4] ตามลำดับ) (Jirapradittha et al., 2020) แม้ว่าทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายจะมีลักษณะและพัฒนาการใกล้เคียงกับทารกครบกำหนด และได้รับการดูแลและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะเวลาที่ใกล้เคียงกัน (Sharma et al., 2021) แต่เนื่องด้วยสรีรวิทยาที่ยังเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์ ทำให้ทารกกลุ่มนี้ยังคงมีความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บป่วยและการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำมากกว่าทารกครบกำหนด (Oltman et al., 2021)

นอกจากนี้ ทารกกลุ่มนี้มักไม่ได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องจากโปรแกรมการติดตามทารกเกิดก่อนกำหนด เนื่องจากทารกมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพน้อยกว่าทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มอื่น (Bogdan et al., 2022; Department of Medical Services, 2024) การศึกษาของ อัมซาลู และคณะ (Amsalu et al., 2022) ได้ชี้ให้เห็นว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วันหลังเกิด สูงถึงร้อยละ 5.94 จากสาเหตุต่าง ๆ เช่น ภาวะตัวเหลือง ร้อยละ 58.9 ภาวะติดเชื้อในร่างกาย ร้อยละ 10.8 การควบคุมอุณหภูมิกายไม่มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 4.7 ปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 3.5 และปัญหาการรับนม ร้อยละ 2.6 ซึ่งมากกว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำของทารกครบกำหนดที่มีเพียงร้อยละ 2.80

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจนต้องกลับมารักษาซ้ำของทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย คือ การส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลของมารดา (Premji et al., 2018) เนื่องจากมารดาที่มีความมั่นใจในการดูแลสูงจะมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ความมั่นใจในการดูแลของมารดายังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมในการจำหน่าย ซึ่งความพร้อมนี้จะมากขึ้นเมื่อมารดาได้รับการเตรียมความพร้อมสำหรับการจำหน่ายที่มีคุณภาพและเพียงพอ โดยข้อมูลที่ให้นั้นควรเฉพาะเจาะจง และครอบคลุมความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย (Sparks, 2019) อย่างไรก็ตาม การเตรียมพร้อมก่อนจำหน่ายเพียงอย่างเดียวมักไม่เพียงพอ เนื่องจากการพักรักษาตัวของทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายในโรงพยาบาลมีระยะเวลาสั้น ทำให้มารดามีเวลาจำกัดในการเรียนรู้และขาดความมั่นใจในการดูแล (Quinn et al., 2017) ดังนั้นการสนับสนุนมารดาและทารกกลุ่มนี้ในระยะเปลี่ยนผ่านสู่บ้านจึงต้องเน้นที่การส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลของมารดา และการเตรียมความพร้อมที่เฉพาะเจาะจงและเพียงพอก่อนและหลังจำหน่าย เพื่อให้การเปลี่ยนผ่านสู่บ้านเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ (Sparks, 2019)

จากการศึกษาของ ซาห์ร (Zahr, 1991) ที่ศึกษาความต้องการของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดพบว่า มารดากลุ่มนี้ประสบกับความเครียดและความวิตกกังวลสูงกว่ามารดาทารกครบกำหนด เนื่องจากทารกมีภาวะแทรกซ้อนและจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน จึงได้พัฒนากรอบแนวคิดเพื่ออธิบายความมั่นใจในการดูแลของมารดา ที่หมายถึง ความเชื่อมั่นของมารดาในความสามารถของตนในการดูแล

และตอบสนองความต้องการของทารกได้ มารดาจะต้องเรียนรู้การดูแลทารก และทำเข้าใจความต้องการของทารก เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแลทารก การศึกษาของ เปรมจิ และคณะ (Premji et al., 2018) พบว่า ความมั่นใจในการดูแลของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายมักลดลงในช่วง 2 เดือนแรกหลังคลอด ปัญหานี้มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ ความต้องการการดูแลพิเศษของทารก ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงที่ทารกจะต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ การขาดการสนับสนุนจากพยาบาล และการได้รับความรู้หรือคำแนะนำที่ไม่เพียงพอหรือไม่ต่อเนื่อง ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้มารดารู้สึกขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและไม่มั่นใจเมื่อต้องดูแลทารกด้วยตนเองที่บ้าน ในทางกลับกัน การได้รับการสนับสนุนและความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ไม่ว่าจะเป็นสามี ญาติ หรือบุคลากรทางการแพทย์ มีส่วนช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลทารกได้ (Sparks, 2019; Tognasso et al., 2022) และความมั่นใจนี้จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากมารดาได้รับโปรแกรมหรือการสนับสนุนเพิ่มเติมในด้านความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลทารกอย่างเหมาะสม (Kadiroğlu & Güdücü Tüfekci, 2022)

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ เมลิส (Meleis, 2010) ในการพัฒนาโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วยการบำบัดทางการพยาบาล 3 บทบาท คือ การประเมินความพร้อม การเตรียมตัวสำหรับการเปลี่ยนผ่าน และการเสริมบทบาท โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้มารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายผ่านกระบวนการเปลี่ยนผ่านสู่บ้านได้ดียิ่งขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการนำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านมาใช้ในทารกเกิดก่อนกำหนด คือ การศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมมารดาต่อพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาและทารกอายุครรภ์ 30 ถึง 36 สัปดาห์ (Pikulngam et al., 2022) การศึกษาผลของความต่อเนื่องของโปรแกรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดต่อผลการเลี้ยงดูบุตรและอัตราการใช้บริการ กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาและทารกอายุครรภ์ 32 ถึง 36 สัปดาห์ (Kaewwimol et al., 2022) และการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดต่อการเปลี่ยนผ่านของมารดา ความเจ็บป่วยทางกาย การเจริญเติบโต และพัฒนาการของทารก กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาและทารกอายุครรภ์ 32 ถึง 36 สัปดาห์ 6 วัน (Wangruangsatid et al., 2012) ซึ่งผลการศึกษาข้างต้นแสดงผลลัพธ์ที่ดีต่อมารดาและทารก

อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมายังไม่ได้เฉพาะเจาะจงในทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย และใช้เวลาในการเตรียมความพร้อมค่อนข้างนาน (ตั้งแต่ 4-14 วัน) ซึ่งไม่ครอบคลุมกลุ่มทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายทั้งหมด และไม่ได้ประเมินตัวแปรความมั่นใจในการดูแลและการกลับมารักษาซ้ำของทารก ซึ่งเป็นปัญหาที่มารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายประสบในช่วงเปลี่ยนผ่านสู่บ้าน นอกจากนี้ การศึกษาของ จาง และ จู (Jang & Ju, 2020) ที่ศึกษาในมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย พบข้อจำกัดของการศึกษา คือ การศึกษาดังกล่าวไม่ได้ระบุถึงกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีที่ชัดเจนในการศึกษา จึงอาจส่งผลให้การวางแผนการพยาบาลที่ใช้นั้นขาดความครอบคลุมในบางมิติ โดยเฉพาะในเรื่องของการประเมินความพร้อมของมารดาก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมที่ใช้นั้นต้องใช้ระยะเวลาประมาณ 3-4 วัน ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างบางกลุ่ม และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นทารกรักษาตัวในโรงพยาบาลนานมากกว่า 7 วัน ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการนำโปรแกรมไปใช้กับทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายที่การรักษาในโรงพยาบาลสั้นกว่า ส่งผลให้ทารกบางส่วนไม่ได้รับประโยชน์จากโปรแกรมการดูแลดังกล่าว

จากการพิจารณาปัจจัยและข้อจำกัดต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น การศึกษาในครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมและมีความเหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย โดยผู้วิจัยได้นำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้เพื่อช่วยในการให้ความรู้ การดูแล และการติดตามสุขภาพของทั้งมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายมีประสิทธิภาพ รวมถึงให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของมารดาในการประเมินและตอบสนองความต้องการของทารกภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้ ผู้วิจัย

คาดว่าโปรแกรมส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านสู่บ้านที่พัฒนาขึ้นนี้ อาจช่วยส่งเสริมความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลทารก สร้างความมั่นใจในการดูแลให้แก่มารดา ส่งผลให้กระบวนการเปลี่ยนผ่านสู่การดูแลที่บ้านดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำของทารกได้ในที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านสู่บ้านต่อความมั่นใจในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสู่บ้านของมารดาและการกลับมารักษาซ้ำของทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย

สมมุติฐานการวิจัย

1. มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายกลุ่มทดลองมีคะแนนความมั่นใจในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสู่บ้านมากกว่ากลุ่มควบคุม

2. ภายหลังได้รับโปรแกรมมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายกลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสู่บ้านมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

3. ทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายกลุ่มทดลองมีการกลับมารักษาซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ เมลิส (Meleis, 2010) เป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยการบำบัดทางการพยาบาล 3 บทบาท คือ (1) การประเมินความพร้อม: การทำความเข้าใจถึงธรรมชาติการเปลี่ยนผ่านสู่บ้านที่เกิดขึ้นกับมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายที่เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายด้านพร้อม ๆ กัน ทั้งการเปลี่ยนผ่านตามพัฒนาการ (ก้าวสู่บทบาทการเป็นมารดา) การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (จากโรงพยาบาลสู่บ้าน) และการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและภาวะเจ็บป่วย (ทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายที่มีความซับซ้อนทางคลินิก) ที่ส่งผลให้มารดามีความเครียด วิตกกังวล ไม่มั่นใจในการดูแลทารก ทำให้การจัดการกับปัญหาไม่เหมาะสม ซึ่งอาจส่งผลต่อพัฒนาการ พฤติกรรม และภาวะสุขภาพของทารก และประเมินเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านว่าเงื่อนไขนั้นส่งเสริมให้กระบวนการเปลี่ยนผ่านดำเนินไปด้วยดี หรือขัดขวางให้กระบวนการเปลี่ยนผ่านเป็นไปอย่างยากลำบาก เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการดูแล อย่างเหมาะสมทั้งในขณะรักษาอยู่โรงพยาบาลและหลังจำหน่ายกลับบ้าน (2) การเตรียมตัวสำหรับการเปลี่ยนผ่าน: มุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลทารกให้แก่มารดา ส่งเสริมให้มารดาสามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้ ซึ่งจะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลทารก สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และ (3) การเสริมบทบาท: เนื่องจากระยะเวลาเตรียมตัวที่โรงพยาบาลมีจำกัด การเสริมบทบาทมารดาภายหลังจำหน่ายจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง บทบาทนี้ช่วยส่งเสริมให้มารดามีส่วนร่วมและตระหนักรู้บทบาทการเป็นมารดาเมื่อต้องดูแลทารกที่บ้าน และทำให้มารดารู้สึกว่ายังคงได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากทีมพยาบาล แม้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ซึ่งเป้าหมายในการเปลี่ยนผ่านสู่บ้าน คือ มารดามีความมั่นใจในการดูแลทารก (ตัวบ่งชี้กระบวนการ) และทารกไม่กลับมารักษาซ้ำ (ตัวบ่งชี้ผลลัพธ์)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบมีกลุ่มควบคุมวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาและทารกที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 34 สัปดาห์ ถึง 36 สัปดาห์ 6 วัน และถูกจำหน่ายจากหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด และหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาและทารกที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 34 สัปดาห์ ถึง 36 สัปดาห์ 6 วัน และถูกจำหน่ายจากหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด และย้ายไปอยู่กับมารดาก่อนการถูกจำหน่ายที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบสำหรับการทดลองสองกลุ่มมีอิสระต่อกันชนิดทางเดียว โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ระดับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และค่าขนาดอิทธิพลระดับปานกลางที่ระดับ .50 จากการเปิดตารางสำเร็จรูปได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับกลุ่มละ 22 คน (Gray & Grove, 2021) เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มเท่ากับ 27 คน ทั้งนี้ในการศึกษาเก็บได้ครบถ้วน ไม่มีการถอนตัวระหว่างการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านสู่บ้าน ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลฉบับมารดา (สำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด) ของ นงลักษณ์ อินตา และคณะ (Inta et al., 2018) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 29 ข้อ แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบ คือ ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของมารดา (7 ข้อ) ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของทารกเกิดก่อนกำหนด (6 ข้อ) ด้านความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการจัดการทารกที่บ้าน (9 ข้อ) ด้านความสามารถในการปรับตัวแก้ปัญหา (3 ข้อ) และ ด้านความคาดหวังการได้รับการสนับสนุน (4 ข้อ) มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 11 ระดับ แต่ละข้อมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-290 คะแนน คิดคะแนนรายด้านและโดยรวม แบ่งระดับความพร้อมตามคะแนนเฉลี่ย คือ ระดับต่ำ (< 7) ระดับปานกลาง (7-7.9) ระดับสูง (8-8.9) และระดับสูงมาก (9-10)

2. แผนการฝึกทักษะในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย ประกอบด้วย การสระผม การอาบน้ำ การเช็ดตาและเช็ดปาก การเช็ดสะดือ และการป้อนนม

3. สื่อการสอนวิดีโอการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย อยู่ในแอปพลิเคชัน LINE OA ในรูปแบบริชเมนูบาร์ เนื้อหาของวิดีโอประกอบด้วย ความหมายของทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย ภาวะตัวเหลือง ภาวะติดเชื้อ การให้นม การหายใจ และการควบคุมอุณหภูมิกาย

4. คู่มือการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายสำหรับมารดา 1 เล่ม และคู่มือในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (e-book) อยู่ในแอปพลิเคชัน LINE OA ในรูปแบบริชเมนูบาร์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

4.1 การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายซึ่งสาระสอดคล้องกับวิดีโอ ประกอบด้วย ความหมายและลักษณะของทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย ปัญหาที่พบบ่อยในทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายและการดูแล ประกอบด้วย ภาวะตัวเหลือง ภาวะติดเชื้อ การให้นม การหายใจ และการควบคุมอุณหภูมิกาย และการดูแลทั่วไปสำหรับมารดา ประกอบด้วย การนอนหลับ การดูแลด้านจิตใจ และการดูแลเมื่อทารกร้องไห้

4.2 แบบบันทึกการติดตามทารกรายวัน เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ หัวข้อเกี่ยวข้องกับปัญหาที่ทำให้เกิดการกลับมารักษาซ้ำของทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย คือ การให้นม การขับถ่าย ภาวะตัวเหลือง ภาวะติดเชื้อ และอุณหภูมิกาย และตารางความเปลี่ยนแปลงและความต้องการของทารกในแต่ละวัน

4.3 คำถามที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่นำมาสู่การกลับมารักษาซ้ำของทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3-4 และมีการส่งผ่านแอปพลิเคชัน LINE OA ในรูปแบบการ์ดเมสเสจ

5. การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 1 และ 4 ถึงการดูแลทารก ปัญหาสุขภาพของทารกและมารดา บันทึกการติดตามทารก และการกลับมารักษาซ้ำ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย

2. แบบสอบถามความมั่นใจในการดูแลของมารดา ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความมั่นใจในการดูแลทารกของมารดาที่พัฒนาโดย พาร์คเกอร์ และ ซาห์ร (Parker & Zahr, 1985, as cited in Badr, 2005) แปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดย กุลวรา เพียรจริง และคณะ (Phianching et al., 2020) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านความรู้ (6 ข้อ) ด้านทักษะ (3 ข้อ) และด้านความรู้สึก (5 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน 1-5 คะแนน คะแนนรวม 14-70 คะแนน

3. แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำ เพื่อบันทึกข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังเกิด โดยเก็บข้อมูลจากการสอบถามจากมารดา และเวชระเบียน ประกอบด้วย อายุวันที่จำหน่าย อายุวันที่เข้ารับการรักษาซ้ำครั้งที่รักษาซ้ำ โรงพยาบาลที่เข้ารักษาซ้ำ สาเหตุการกลับมารักษาซ้ำ และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. โปรแกรมส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านสู่บ้านผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านทารกแรกเกิด 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านสื่อ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการดูแลทารกแรกเกิด 2 ท่าน หลังจากผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.94

2. แบบสอบถามความมั่นใจของมารดาในการดูแล ต้นฉบับมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.89 และผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทย ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความมั่นใจในการดูแลของมารดาไปทดสอบใช้กับมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 10 ราย คำนวณค่า Cronbach’s alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.73 ซึ่งน้อยกว่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้จึงนำไปตรวจสอบความเข้าใจและการตีความด้วยวิธี Think-aloud cognitive interviewing (การสัมภาษณ์ทางความคิดแบบคิดไปด้วยพูดไปด้วย) กับมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 5 ราย และพบว่า เพียง 1 ข้อ ที่มารดาทุกคนเข้าใจไม่ตรงกันกับความหมายของต้นฉบับซึ่งเป็นไปในทางลบจึงปรับภาษาข้อดังกล่าวให้เข้าใจชัดเจนขึ้น โดยยังคงเนื้อหาและการแปลผลเชิงลบตามต้นฉบับ หลังจากนั้นนำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับมารดาที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 10 ราย โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาและได้ค่าความเชื่อมั่นโดยคำนวณค่า Cronbach’s alpha coefficient ได้ท่ากับ 0.87

3. แบบสอบถามความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลฉบับมารดา (สำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด) ของ นงลักษณ์ อินตา และคณะ (Inta et al., 2018) ผู้วิจัยไม่ได้มีการดัดแปลง แบบสอบถามต้นฉบับมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.0 ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับมารดามีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 10 ราย โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา และนำข้อมูลที่ได้ทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่า Cronbach’s alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.91

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หมายเลขเอกสารรับรองโครงการวิจัย 090/2567 วันที่อนุมัติ 25 กรกฎาคม 2567 และคณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลอุดรธานี หมายเลขเอกสารรับรองโครงการวิจัย เอกสารเลขที่ 144/2567 วันที่อนุมัติ 23 กันยายน 2567 ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนการทำวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโครงการวิจัย และชี้แจงว่าการเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจโดยไม่มีข้อบังคับใด ๆ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโดยไม่มีผลต่อการพยาบาลที่ทารกได้รับ การเข้าร่วมโครงการอาจมีค่าใช้จ่ายแฝงที่เพิ่มขึ้นในส่วนของค่าอินเทอร์เน็ต หากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สะดวกสามารถยุติการเข้าร่วมในการทำวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล การเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ไม่มีค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมโครงการ แต่เมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วกลุ่มตัวอย่างได้รับอุปกรณ์ส่งเสริมพัฒนาการทารก เพื่อเป็นการขอบคุณที่สละเวลาในการเข้าร่วมโครงการ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาผู้วิจัยนำไปสรุปผลและรายงานทางวิชาการ โดยไม่มีการอ้างอิงถึงชื่อหรือสิ่งใด ๆ ที่บ่งชี้ถึงตัวกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยเริ่มดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจับคู่มารดากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจาก 3 ตัวแปร ได้แก่ (1) ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารกแบ่งเป็นมารดาที่มีบุตรคนแรกและมารดาเคยมีบุตร (2) ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลแบ่งเป็นน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน และมากกว่า 7 วัน และ (3) หอผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแบ่งเป็นหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดและหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมให้แล้วเสร็จ คือ ทุกรายจำหน่ายจากโรงพยาบาลจึงเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

กลุ่มควบคุม มารดาได้รับการดูแลปกติตามแนวปฏิบัติของหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด และหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด ดังนี้

หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด

ครั้งแรกที่มารดามาเยี่ยมทารก

- มารดาได้รับคิวอาร์โคดเพื่อให้เข้าถึง LINE OA ของหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด และได้ดูวิดีโอการดูแลทารกแรกเกิด

วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

- มารดาได้รับการสอนและฝึกปฏิบัติการฟื้นคืนชีพ และการใช้ลูกสูบยางแดง
- มารดาได้รับการประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิดโดยการถามตอบ

การติดตามหลังจำหน่าย

ติดตามต่อเนื่องโดยการลงทะเบียนในโปรแกรม Smart COC (โปรแกรมการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายบริการของจังหวัด) เพื่อประสานงานการเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย 1 เดือน ในทารกที่มีความเสี่ยงสูงหลังจำหน่าย 2 กลุ่ม คือ

- ทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,000 กรัม พร้อมทั้งติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์, 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์
- ทารกมีอุปกรณ์ทางการแพทย์หลังจำหน่าย เช่น ถังออกซิเจน ทารกที่ให้นมทางสายยาง ทารกที่มีถุงทวารเทียม ทารกที่มีเพดานเทียม (ไม่ได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์)

หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด วันที่ 1-3 หลังคลอด

- มารดาได้เข้าร่วม “โรงเรียนพ่อแม่” เป็นการให้สุขศึกษาแบบกลุ่ม โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ให้ความรู้โดยการบรรยายในการปฏิบัติตัวหลังคลอด และการดูแลทารกแรกเกิดโดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง และมีการประเมินความรู้หลังให้สุขศึกษา

การติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย

- ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อประเมินการได้รับนมแม่ใน 6 เดือน และติดตามในรายที่มีปัญหาการให้นม เช่น มารดาหัวนมแตก หัวนมสั้น หรือการให้นมไม่มีประสิทธิภาพ (ผ่านแบบประเมินประสิทธิภาพของการให้นม: LATCH score น้อยกว่า 8 คะแนน) ใน 7 วัน 1 เดือน และ 6 เดือน

มารดากลุ่มควบคุมมีส่วนร่วมในโครงการวิจัย ดังนี้

1. ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา ข้อมูลส่วนบุคคลของทารกแรกเกิด และแบบสอบถามความมั่นใจในการดูแล (ใช้เวลา 10-15 นาที)

2. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามความมั่นใจในการดูแลภายหลังจำหน่ายสัปดาห์ที่ 1 และ 4 ผ่านทาง LINE OA และติดตามการกลับมารักษาซ้ำของทารกทางโทรศัพท์ และเวชระเบียน

กลุ่มทดลอง มารดาได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านสู่บ้าน ดังนี้

ระยะที่ 1 การประเมินความพร้อมและเตรียมตัวสำหรับการเปลี่ยนผ่านขณะอยู่โรงพยาบาล (หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด: วันที่ 1-3 ก่อนจำหน่าย หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด: วันที่ 1-3 หลังคลอด)

1. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยให้มารดาตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา และข้อมูลส่วนบุคคลของทารกแรกเกิด (ข้อมูลบางส่วนบันทึกจากเวชระเบียน) แบบสอบถามความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลฉบับมารดา (สำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด) และแบบสอบถามความมั่นใจในการดูแล เป็นการประเมินเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านเพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม (ใช้เวลา 20 นาที)

2. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมมารดาในด้านทักษะเพื่อให้มารดาสามารถดูแลทารกเบื้องต้นได้ ได้แก่ การสระผม การอาบน้ำ การเช็ดตาและปาก การเช็ดสะดือ การเปลี่ยนผ้าอ้อม และการป้อนนมทารก (ใช้เวลา 45-60 นาที)

3. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมมารดาในด้านความรู้ โดยให้มารดาเข้าถึงสื่อต่าง ๆ ผ่าน LINE OA ได้แก่ วิดีโอการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายใน LINE OA ความยาวของวิดีโอ 20 นาที คู่มือการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย และแบบบันทึกการติดตามทารก พร้อมทั้งให้มารดาฝึกการบันทึก เพื่อให้มารดามีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลทารกมากขึ้น ส่งเสริมให้มารดาทำการบันทึกติดตามกิจวัตรประจำวันของทารกอย่างเป็นระบบ เพื่อเพิ่มความสามารถในการสังเกตและทำความเข้าใจความต้องการของทารก ทั้งยังส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก และมารดาสามารถติดต่อกับพยาบาลได้โดยตรงผ่าน LINE OA หากมารดาต้องการทราบข้อมูลหรือคำแนะนำเพิ่มเติม ทำให้มารดารู้สึกได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลอย่างใกล้ชิดในระยะเปลี่ยนผ่านสู่บ้านนี้ พร้อมทั้งชี้แจงการดำเนินการภายหลังจำหน่าย (ใช้เวลา 15-20 นาที)

ระยะที่ 2 การเสริมบทบาทขณะอยู่ที่บ้าน

1. ผู้วิจัยส่งคำถามในรูปแบบการ์ดเมสเสจผ่านแอปพลิเคชัน LINE OA ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่นำมาสู่การกลับมารักษาซ้ำของทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3-4 เพื่อกระตุ้นให้มารดามีส่วนร่วมในการประเมินและดูแลทารก

2. ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมมารดาและทารกทางโทรศัพท์สัปดาห์ที่ 1 และ 4 หลังเกิดถึงการดูแลทารก ปัญหาสุขภาพของทารกและมารดา และการกลับมารักษาซ้ำของทารก และให้คำแนะนำเพิ่มเติมพร้อมเปิดโอกาสให้มารดาซักถาม (ใช้เวลา 10 นาที) และส่งแบบสอบถามความมั่นใจในการดูแลผ่านทาง LINE OA

ภายหลังเสร็จสิ้นโครงการ

ผู้วิจัยสรุปผลการเข้าร่วมโครงการ พร้อมกล่าวขอบคุณมารดา ภายหลังการติดตามการกลับมารักษาซ้ำผ่านทางโทรศัพท์ (ใช้เวลา 10 นาที)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ chi-square test และ Fisher's exact test

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจในการดูแลของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย ระหว่างก่อนและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติ จึงนำมาทดสอบด้วยสถิติ Mann–Whitney U test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความมั่นใจในการดูแลของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย ระหว่างก่อนและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติ จึงนำมาทดสอบด้วยสถิติ Friedman test และทดสอบรายคู่โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำของทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติ จึงนำมาทดสอบด้วยสถิติ Fisher's exact test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง มารดามีอายุ 20-39 ปี (M = 29.5, SD = 5.97) มีประสบการณ์มีบุตร ร้อยละ 59.3 ทารกมีน้ำหนักแรกเกิด 1,540-3,800 กรัม (M = 2,517, SD = 4.26) จำนวนวันนอนโรงพยาบาล 2-13 วัน (M = 4.07, SD = 2.43) จำหน่ายจากหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด ร้อยละ 55.6 หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ร้อยละ 44.4

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุม มารดามีอายุ 20-41 ปี (M = 26.4, SD = 5.79) มีประสบการณ์มีบุตร ร้อยละ 59.3 ทารกมีน้ำหนักแรกเกิด 1,665-3,395 กรัม (M = 2,642, SD = 4.53) จำนวนวันนอนโรงพยาบาล 2-14 วัน (M = 5.22, SD =2.69) จำหน่ายจากหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด ร้อยละ 55.6 หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ร้อยละ 44.4

เปรียบเทียบความคล้ายคลึงของข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติของกลุ่มตัวอย่าง ($p > .05$)

2. ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของมารดากลุ่มทดลอง

ผลการศึกษาพบว่า ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของมารดา มารดามีความพร้อมในระดับสูงมาก ร้อยละ 40.7 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 25.9 ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของทารก มารดามีความพร้อมในระดับสูง ร้อยละ 33.3 รองลงมา คือ ระดับสูงมาก ร้อยละ 18.5 ด้านความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการจัดการทารกที่บ้าน มารดามีความพร้อมในระดับสูงมาก ร้อยละ 40.7 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 29.6 ด้านความสามารถในการปรับตัวแก้ปัญหา มารดามีความพร้อมในระดับสูงมาก ร้อยละ 66.7 รองลงมา คือ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ ร้อยละ 11.1 และด้านความคาดหวังการได้รับการสนับสนุน มารดามีความพร้อมในระดับสูงมาก ร้อยละ 85.2 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 7.4

3. เปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจในการดูแลของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย ระหว่างก่อนและหลังจำหน่ายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความมั่นใจในการดูแลของมารดา ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($Z = -1.03$, $p = .30$) และคะแนนความมั่นใจในการดูแลของมารดาหลังจำหน่ายสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 4 ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.84$, $p < .05$) และ ($Z = -3.52$, $p < .01$) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจในการดูแลของมารดา

คะแนนความมั่นใจในการดูแลของมารดา	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		Z	p-value
	M (SD)	Mdn (IQR)	M (SD)	Mdn (IQR)		
ก่อนจำหน่าย	52.74 (10.05)	54.00 (46, 59)	55.15 (9.81)	58.00 (48, 63)	-1.03	.30
หลังจำหน่ายสัปดาห์ที่ 1	56.30 (10.60)	60.00 (52, 64)	62.33 (4.59)	63.00 (60, 65)	-2.84	.03*
หลังจำหน่ายสัปดาห์ที่ 4	58.44 (9.20)	60.00 (54, 65)	65.85 (3.97)	67.00 (64, 70)	-3.52	.00**

หมายเหตุ * p < .05, ** p < .01, IQR = interquartile range (Q1, Q3)

เปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจในการดูแลของมารดาระหว่างก่อน และหลังจำหน่ายในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Friedman test พบว่า คะแนนความมั่นใจในการดูแลของมารดาก่อนและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 1 และ 4 ของกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (χ^2 = 43.91, p = .000) เมื่อนำมาเปรียบเทียบรายคู่ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test พบว่า ความมั่นใจในการดูแลของมารดาระหว่างก่อนและหลังจำหน่ายสัปดาห์ที่ 1 ก่อนและหลังจำหน่ายสัปดาห์ที่ 4 และหลังจำหน่ายสัปดาห์ที่ 1 และ 4 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจในการดูแลของมารดารายคู่

เปรียบเทียบรายคู่		หลังจำหน่ายสัปดาห์ที่ 1	หลังจำหน่ายสัปดาห์ที่ 4	χ^2
กลุ่มควบคุม	ก่อนจำหน่าย	.002**	.002**	16.55
	หลังจำหน่ายสัปดาห์ที่ 1		.135	
กลุ่มทดลอง	ก่อนจำหน่าย	.000***	.000***	43.91
	หลังจำหน่ายสัปดาห์ที่ 4		.000***	

หมายเหตุ ** p < .01, *** p < .001

3. เปรียบเทียบจำนวนการกลับมารักษาซ้ำของทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มควบคุมกลับมารักษาซ้ำภายในระยะเวลา 28 วันหลังเกิดจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 14.81 โดยมีสาเหตุจากการติดเชื้อในร่างกายจำนวน 2 คน ที่อายุ 6 และ 17 วัน และมีสาเหตุจากภาวะตัวเหลืองจำนวน 2 คน เมื่ออายุ 5 และ 10 วัน ส่วนกลุ่มทดลองกลับมารักษาซ้ำภายในระยะเวลา 28 วันหลังเกิดจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 11.11 โดยมีสาเหตุจากภาวะตัวเหลือง เป็นทารกอายุ 5, 8 และ 11 วัน นำไปทดสอบด้วยสถิติ Fisher's exact test พบว่า การกลับมารักษาซ้ำของทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายของทารกกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำของทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย

การกลับมารักษาซ้ำ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
กลับมารักษาซ้ำ	4	14.81	3	11.11	1.000*
ไม่ได้กลับมารักษาซ้ำ	23	85.19	24	88.89	

หมายเหตุ * p > .05

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายกลุ่มทดลองมีคะแนนความมั่นใจในการดูแลมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 4 หลังจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ และ $p < .01$ ตามลำดับ) และมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายกลุ่มทดลองมีคะแนนความมั่นใจในการดูแลภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านสู่บ้านมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายได้ว่า การใช้โปรแกรมส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านสู่บ้านสำหรับมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย โดยเน้นการใช้เทคโนโลยีเพื่อให้ความรู้ การดูแล และการติดตามสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของมารดา ซึ่งสามารถช่วยลดข้อจำกัดด้านเวลาในการเตรียมความพร้อมได้เป็นอย่างดี ความมั่นใจในการดูแลทารกของมารดากลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในสัปดาห์ที่ 1 และ 4 หลังจำหน่าย เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ความมั่นใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในสัปดาห์ที่ 1 เท่านั้น และไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในสัปดาห์ที่ 1 และ 4

จากการประเมินความพร้อมในการจำหน่ายในมารดากลุ่มทดลองพบว่า มารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายมีความพร้อมในการจำหน่ายในหลายด้าน เช่น ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของมารดา ด้านความรู้ และด้านความสามารถในการปรับตัว ยกเว้นด้านปัจจัยส่วนบุคคลของทารก (ภาวะสุขภาพ) ที่มารดายังมีความพร้อมในระดับปานกลางและต่ำรวมกันถึงร้อยละ 48.1 การใช้โปรแกรมซึ่งประกอบด้วยการบำบัดทางการพยาบาล 3 บทบาท คือ (1) การประเมินความพร้อมของมารดาโดยใช้แบบสอบถามความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลฉบับมารดา (สำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด) และนำข้อมูลมาวางแผนการดูแลมารดาและทารกในขณะรักษาอยู่โรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (2) การเตรียมตัวสำหรับการเปลี่ยนผ่าน โดยการพัฒนาสื่อการสอนวิดีโอผ่านแอปพลิเคชัน LINE OA ครอบคลุมการดูแลปัญหาสำคัญของทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย ได้แก่ ภาวะตัวเหลือง การหายใจ การควบคุมอุณหภูมิกาย การให้นม การป้องกันการติดเชื้อ การฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลทารก และให้ความรู้เพิ่มเติมแก่มารดาก่อนจำหน่ายเพื่อเพิ่มความสามารถมารดาในการดูแลทารก และให้คู่มือในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายสำหรับมารดา พร้อมทั้งส่งเสริมให้มารดาบันทึกติดตามกิจวัตรประจำวันของทารกอย่างเป็นระบบ เพื่อเพิ่มความสามารถในการสังเกตและทำความเข้าใจความต้องการของทารก และ (3) การเสริมบทบาท โดยการติดตามและกระตุ้นการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกอย่างต่อเนื่อง ผ่านการส่งคำถามในรูปแบบการ์ดเมสเสจและการเยี่ยมทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย ทำให้มารดารู้สึกได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลอย่างใกล้ชิดในระยะเปลี่ยนผ่านสู่บ้าน

ภายหลังมารดาได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านสู่บ้านพบว่า มารดามีความมั่นใจในการดูแลทารกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จาง และ จู (Jang & Ju, 2020) การศึกษาของ จิดาภา พิกุลงาม และคณะ (Pikulngam et al., 2022) การศึกษาของ พัชรพร แก้ววิมล และคณะ (Kaewwimol et al., 2022) และการศึกษาของ รุ่งทิวา หวังเรืองสถิตย์ และคณะ (Wangruangsatid et al., 2012) ที่พบว่า โปรแกรม

ช่วยเพิ่มความมั่นใจ พฤติกรรมการดูแล และความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านสู่บ้าน นอกจากนี้ การใช้เทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพ เช่น แอพพลิเคชั่นไลน์ (Phetcharak et al., 2023; Sungkasrisombut & Machara, 2021) เพื่อช่วยให้ความรู้ การดูแล และติดตามสุขภาพอย่างต่อเนื่องในระยะเปลี่ยนผ่านสู่บ้าน ยังเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการดูแลต่อเนื่องในระยะเปลี่ยนผ่าน (Jung & Park, 2024; Kusyanti et al., 2022)

ทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีการกลับมารักษาซ้ำไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่า ทารกในกลุ่มทดลองมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำ (3 คน) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (4 คน) อธิบายได้ว่า สรีรวิทยาของทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายที่ยังเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ทารกมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Oltman et al., 2021) โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะตัวเหลือง เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายกลับมารักษาซ้ำในสัปดาห์แรกหลังเกิด (Amsalu et al., 2022) ดังการศึกษาของ จอยเนอร์ และคณะ (Joyner et al., 2024) ที่พบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองมากที่สุด

นอกจากภาวะตัวเหลืองแล้วยังพบการกลับมารักษาซ้ำด้วยปัญหาการรับนม ภาวะหายใจลำบาก ภาวะตัวเย็น และภาวะติดเชื้อในร่างกาย อย่างไรก็ตาม เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า อัตราการกลับมารักษาซ้ำของทารกทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ จาง และ จู (Jang & Ju, 2020) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้การดูแลทารกสำหรับมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายต่อความมั่นใจในการเลี้ยงดูบุตร อัตราการให้นมบุตร และอัตราการเจริญเติบโตและการกลับเข้ามารักษาซ้ำของทารกพบว่า อัตราการกลับมารักษาซ้ำในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ($p = .509$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิพร บุสทิพย์ และคณะ (Bussathip et al., 2025) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยสื่อมัลติมีเดียต่อพฤติกรรมการดูแลของมารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองพบว่า อัตราการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำของทารกในวันที่ 3 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ทั้งสองการศึกษามีจำนวนกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกับการศึกษาในครั้งนี้ และมีการติดตามผลหลังจำหน่ายในระยะสั้น (1 สัปดาห์-1 เดือน หลังจำหน่าย) อาจเป็นข้อจำกัดในการศึกษา

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล: พยาบาลหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด และหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านสู่บ้านไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย ตามปกติของหอผู้ป่วยฯ เพื่อให้มารดาสามารถเปลี่ยนผ่านสู่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น

2. ด้านการศึกษา: ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำมาเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนเพื่อเตรียมความพร้อม ส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านสู่บ้าน และนำไปประยุกต์กับมารดาและทารกแรกเกิดกลุ่มอื่นสามารถเปลี่ยนผ่านสู่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมารดามีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลภาวะตัวเหลืองขณะทารกอยู่ที่บ้านซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการกลับมารักษาซ้ำในทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย เพื่อเพิ่มศักยภาพของโปรแกรมและลดภาระการรักษาพยาบาลในระยะยาว

References

American Academy of Pediatrics Section on Hospital Medicine. (2023). *Caring for the hospitalized child: A handbook of inpatient pediatrics* (3rd ed.). American Academy of Pediatrics.

Amsalu, R., Oltman, S. P., Baer, R. J., Medvedev, M. M., Rogers, E. E., & Jelliffe-Pawlowski, L. (2022). Incidence, risk factors, and reasons for 30-day hospital readmission among healthy late preterm infants. *Hospital Pediatrics, 12*(7), 639-649. https://doi.org/10.1542/hpeds.2021-006215

Badr, L. K. (2005). Further psychometric testing and use of the maternal confidence questionnaire. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 28*(3), 163-174. https://doi.org/10.1080/01460860500227572

Bogdan, R. D., Bohiltea, R. E., & Toma, A. I. (2022). Respiratory follow up of the premature neonates-rationale and practical issues. *Journal of Clinical Medicine, 11*(6), 1746. https://doi.org/10.3390/jcm11061746

Bussathip, N., Chotibang, J., & Namprom, N. (2025). Effect of the multimedia supportive-educative nursing system program on maternal care behaviors for newborns with jaundice after hospital discharge. *Nursing Journal CMU, 52*(1), 56–68. (in Thai)

Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2024). *Preterm corner at high risk newborn clinic*. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (in Thai)

Gray, J. R., & Grove, S. K. (2021) *Burns & Grove's the practice of nursing research appraisal, synthesis, and generation of evidence* (9th ed.). Elsevier. https://repository.unimus.ac.id/7931/1/JENNIF~1.PDF

Inta, N., Kantaroat, K., & Dasri, P. (2018). Predicting factors of readiness for hospital discharge among parents of premature infants in Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. *Journal of Nursing and Health Care, 36*(1), 52–61. (in Thai)

Jang, E. H., & Ju, H. O. (2020). Effects of an infant care education program for mothers of late-preterm infants on parenting confidence, breastfeeding rates, and infants' growth and readmission rates. *Child Health Nursing Research, 26*(1), 11-22. https://doi.org/10.4094/chnr.2020.26.1.11

Jirapradittha, J., Rojanakarin, P., & Kiatchoosakun, P. (2020). Neonatal short-term outcomes in late preterm compared with term infants in Srinagarind Hospital. *Journal of the Medical Association of Thailand, 103*(Suppl. 1), 13-18. http://www.jmatonline.com/PDF/S13-S18-PB-103-S1.pdf

Joyner, J. A., Papermaster, A. E., & Champion, J. D. (2024). Characteristics of late preterm infant readmissions: A systematic review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 36*(6), 329-333. https://doi.org/10.1097/jxx.0000000000000986

Jung, S. Y., & Park, S. Y. (2024). The impact of mothers' smartphone use, ehealth literacy, maternal role performance confidence, and online social support on health promotion behavior for infants and toddlers. *Korean Journal of Health Promotion, 24*(3), 134-141. https://doi.org/10.15384/kjhp.2024.00129

Kadiroğlu, T., & Güdücü Tüfekci, F. (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. https://doi.org/10.1007/s10995-021-03287-0

Kaewwimol, P., Ruchiwit, M., & Liaw, J. J. (2022). Effects of a continuity of preterm infant care program on parenting outcomes and service utilization rates. *The Open Public Health Journal, 15*(1), e187494452206080. https://doi.org/10.2174/18749445-v15-e2206080

Kusyanti, T., Wirakusumah, F. F., Rinawan, F. R., Muhith, A., Purbasari, A., Mawardi, F., Puspitasari, I. W., Faza, A., & Stellata, A. G. (2022). Technology-based (Mhealth) and standard/traditional maternal care for pregnant woman: A systematic literature review. *Healthcare (Basel), 10*(7), 1287. https://doi.org/10.3390/healthcare10071287

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer.

Oltman, S. P., Rogers, E. E., Baer, R. J., Jasper, E. A., Anderson, J. G., Steurer, M. A., Pantell, M. S., Petersen, M. A., Partridge, J. C., Karasek, D., Ross, K. M., Feuer, S. K., Franck, L. S., Rand, L., Dagle, J. M., Ryckman, K. K., & Jelliffe-Pawlowski, L. L. (2021). Newborn metabolic vulnerability profile identifies preterm infants at risk for mortality and morbidity. *Pediatric Research, 89*(6), 1405-1413. https://doi.org/10.1038/s41390-020-01148-0

Osterman, M. J. K., Hamilton, B. E., Martin, J. A., Driscoll, A. K., & Valenzuela, C. P. (2023). Births: Final data for 2021. *National Vital Statistics Reports, 72*(1), 1-53. https://stacks.cdc.gov/view/cdc/122047

Phetcharak, W., Phungcham, C., & Neititumwattana, W. (2023). Effectiveness of the transitional period preparation through line application for self-health care behavior of the primipara mother and newborn baby in Samutprakan Hospital. *Samutprakan Hospital Journal (SMPK HOS J)*, *1*(2), 47-65. (in Thai)

Phianching, K., Chaimongkol, N., & Pongjaturawit, Y. (2020). Effects of the parental sensitivity intervention among mothers and fathers of preterm infants: A quasi-experimental study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 24*(2), 246-259.

Pikulngam, J., Teerarungsikul, N., & Sananreangsak, S. (2022). Effect of a maternal preparation program on premature infant care behaviors during transition period from hospital to home. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 30*(3), 60–72. (in Thai)

Premji, S. S., Pana, G., Currie, G., Dosani, A., Reilly, S., Young, M., Hall, M., Williamson, T., & Lodha, A. K. (2018). Mother's level of confidence in caring for her late preterm infant: A mixed methods study. *Journal of Clinical Nursing, 27*(5-6), e1120-e1133. https://doi.org/10.1111/jocn.14190

Quinn, J. M., Sparks, M., & Gephart, S. M. (2017). Discharge criteria for the late preterm infant: A review of the literature. *Advances in Neonatal Care, 17*(5), 362-371. https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000406

Sharma, D., Padmavathi, I. V., Tabatabaii, S. A., & Farahbakhsh, N. (2021). Late preterm: A new high risk group in neonatology. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 34*(16), 2717-2730. https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1670796

Sparks, M. C. (2019). *Internal and external variables associated with late preterm infant mothers' readiness for discharge*. [Doctoral dissertation, The University of Arizona]. https://repository.arizona.edu/server/api/core/bitstreams/5a4d3caf-8233-4165-ac31-f3f8ca096714/content

Sungkasrisombut, K., & Machara, S. (2021). Effect of blended discharge planning model on knowledge and skills for mothers of premature infants. *Udonthani Hospital Medical Journal*, *29*(3), 333–345. (in Thai)

Tognasso, G., Gorla, L., Ambrosini, C., Figurella, F., De Carli, P., Parolin, L., Sarracino, D., & Santona, A. (2022). Parenting stress, maternal self-efficacy and confidence in caretaking in a sample of mothers with newborns (0–1 month). *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(15), 9651. https://doi.org/10.3390/ijerph19159651

Wangruangsatid, R., Srisuphan, W., Picheansathian, W., & Yenbut, J. (2012). Effects of a transitional care program on premature infants and their mothers. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 16*(4), 294-312.

World Health Organization. (2023). *Preterm birth*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth

Zahr, L. K. (1991). The relationship between maternal confidence and mother–infant behaviors in premature infants. *Research in Nursing & Health, 14*(4), 279-286. https://doi.org/10.1002/nur.4770140406

Safety Leadership of Head Nurses and Safety Culture Perceived by Registered Nurses in General Hospitals, Southern Thailand*

ภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย และวัฒนธรรมความปลอดภัย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป ภาคใต้*

Montira	Ruensirikul**	มนทิรา	รื่นศิริกุล**
Pratyanan	Thiangchanya***	ปรัชญานันท์	เที่ยงจรรยา***
Shutiwan	Purinthrapibal****	ชุติวรรณ	ปุรินทราภิบาล****

Abstract

The head nurse is the primary nursing administrator who plays a key role in systematically implementing safety management policies. The purpose of this descriptive correlational research was to study the level of safety leadership of head nurses, the safety culture as perceived by registered nurses, and the relationship between head nurses' safety leadership and safety culture as perceived by registered nurses in general hospitals in the southern region of Thailand. The participants consisted of 132 registered nurses. Data were collected using a QR code-based questionnaire divided into three parts: (1) general information, (2) a safety culture questionnaire, and (3) a head nurse safety leadership questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

The results revealed that the overall level of safety leadership of head nurses was at a very high level (M = 4.31, SD = 0.51). The dimension with the highest mean score was safety coaching leadership (M = 4.34, SD = 0.61). The overall level of safety culture was also at a very high level (M = 4.31, SD = 0.51), with information culture showing the highest mean score (M = 4.36, SD = 0.60). The relationship between head nurses' safety leadership and safety culture as perceived by registered nurses in general hospitals in the southern region of Thailand showed a strong positive correlation that was statistically significant (r_s = .778, p < .01).

Nursing administrators can utilize these research findings to promote a culture of safety, focusing on developing safety leadership among head nurses.

Keywords: Head nurses; Safety culture; Safety leadership

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Nursing Administration, Prince of Songkla University

** Graduate student of Nursing Science Program in Nursing Administration, Prince of Songkla University

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University;
email: pratyanan.t@psu.ac.th

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

Received 15 December 2025; Revised 20 March 2026; Accepted 30 April 2026

บทคัดย่อ

หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินนโยบายการจัดการด้านความปลอดภัยอย่างเป็นระบบ การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย วัฒนธรรมความปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย และวัฒนธรรมความปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป ในภาคใต้ กลุ่มตัวอย่าง 132 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม QR code ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (2) แบบสอบถามเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย (3) แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะผู้นำความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Spearman's rank correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า ระดับภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.31, SD = 0.51) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การเป็นผู้สอนงานด้านความปลอดภัย (M = 4.34, SD = 0.61) วัฒนธรรมความปลอดภัยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.31, SD = 0.51) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ วัฒนธรรมการสื่อสาร (M = 4.36, SD = 0.60) สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย และวัฒนธรรมความปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป ในภาคใต้ พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .778, p < .01)

ผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยมุ่งพัฒนาภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย

คำสำคัญ: หัวหน้าหอผู้ป่วย วัฒนธรรมความปลอดภัย ภาวะผู้นำด้านความปลอดภัย

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารทางการพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารทางการพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ e-mail: pratyanan.t@psu.ac.th
**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วันที่รับบทความ 15 ธันวาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 20 มีนาคม 2569 วันที่ตอบรับบทความ 30 เมษายน 2569

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน (3P Safety) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 และมีการนำเป้าหมายความปลอดภัยขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติกับสถานพยาบาลทั่วประเทศ ปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานและการดูแลผู้ป่วยให้เป็นวัฒนธรรมของบุคลากร เพื่อมุ่งเน้นให้มีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัยสำหรับทุกคน (Healthcare Accreditation Institute: [HAI], 2023) อย่างไรก็ตามยังพบว่า มีการรายงานอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลในระบบการรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของประเทศไทย (National Reporting and learning System: NRLS) ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2564-มีนาคม 2565 พบความเสี่ยงทางคลินิกที่ส่งผลให้ผู้ป่วยทุพลภาพถาวรหรือเสียชีวิต เป็นอุบัติการณ์ประเภทการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินมากที่สุด ร้อยละ 51

สำหรับปัจจัยที่เอื้อให้เกิดความไม่ปลอดภัย ได้แก่ บุคลากรไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด ขาดการกำกับติดตามจากผู้นำให้ปฏิบัติตามนโยบายและกระบวนการที่กำหนด การทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงและความคลาดเคลื่อนที่ส่งผลต่อความปลอดภัยผู้ป่วยไม่สม่ำเสมอ (HAI, 2022) ส่วนสถานการณ์ด้านความปลอดภัยของโรงพยาบาลในภาคใต้ที่รายงานผ่านระบบ NRLS ระหว่างเดือนตุลาคม 2566–มิถุนายน 2567 พบว่า มีแนวโน้มการรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอุบัติการณ์ที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ กระบวนการดูแลผู้ป่วย ความปลอดภัยด้านยา การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การผ่าตัดปลอดภัย และการเลื่อนหลุดของสายระบายต่าง ๆ ตามลำดับ (NRLS, 2024)

วัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นค่านิยม ความเชื่อ ทัศนคติ พฤติกรรมของบุคคลและองค์กรที่มีความมุ่งมั่นต่อความปลอดภัยขององค์กรอย่างต่อเนื่อง (Cooper, 2000) เกิดจากการที่บุคลากรมีความตระหนักร่วมกันในเรื่องความปลอดภัย มีการสื่อสารอย่างเปิดเผย และมีระบบสนับสนุนให้เรียนรู้จากความผิดพลาดโดยไม่มุ่งโทษบุคคล ซึ่งช่วยเสริมสร้างบรรยากาศแห่งการทำงานที่ปลอดภัยและลดความเสี่ยงต่อความผิดพลาดได้ (Reason, 1997)

หัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่มีบทบาทสำคัญในการนำนโยบายด้านความปลอดภัย เกณฑ์มาตรฐาน ตัวชี้วัด นำสู่การปฏิบัติ รวมทั้งเป็นผู้ที่เชื่อมโยงนโยบายจากองค์กรพยาบาลสู่การปฏิบัติ มุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ได้มาตรฐาน (Nursing Division, 2017) ผู้บริหารที่มีภาวะผู้นำจะช่วยให้การจัดการเป็นไปอย่างมีระบบและต่อเนื่อง โดยเฉพาะภาวะผู้นำด้านความปลอดภัย หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีบทบาทในการสร้างแรงบันดาลใจ ส่งเสริมการทำงานร่วมกัน และเป็นแบบอย่างที่ดีเพื่อให้บรรลุเป้าหมายด้านความปลอดภัยร่วมกัน ซึ่งจะมีผลต่อการสร้างความเชื่อมั่นและการปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยของบุคลากรในองค์กร (Carolynn, 2025)

งานวิจัยเกี่ยวกับภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยส่วนใหญ่ศึกษาในต่างประเทศ ในประเทศไทยพบการศึกษาในภาคอุตสาหกรรมเป็นหลัก สำหรับบริบทองค์กรสุขภาพมีการศึกษาในหัวหน้าหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์ ที่มีระบบสนับสนุนด้านความปลอดภัยที่เข้มแข็ง อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมยังพบช่องว่างขององค์ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วยและวัฒนธรรมความปลอดภัยในบริบทโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร ระบบสนับสนุน และโครงสร้างองค์กร อันอาจส่งผลให้บทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการกำกับติดตาม การสื่อสาร และการสร้างแรงจูงใจด้านความปลอดภัยไม่ชัดเจน

นอกจากนี้ยังขาดการศึกษาในมุมมองของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ ซึ่งเป็นกลุ่มที่สำคัญในการสะท้อนการนำแนวทางความปลอดภัยไปสู่การปฏิบัติจริง โดยเฉพาะในบริบทโรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม พบปัญหาการรายงานความเสี่ยงในระดับต่ำ รวมถึงการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Muwannasin et al., 2023) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วยและวัฒนธรรมความปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป

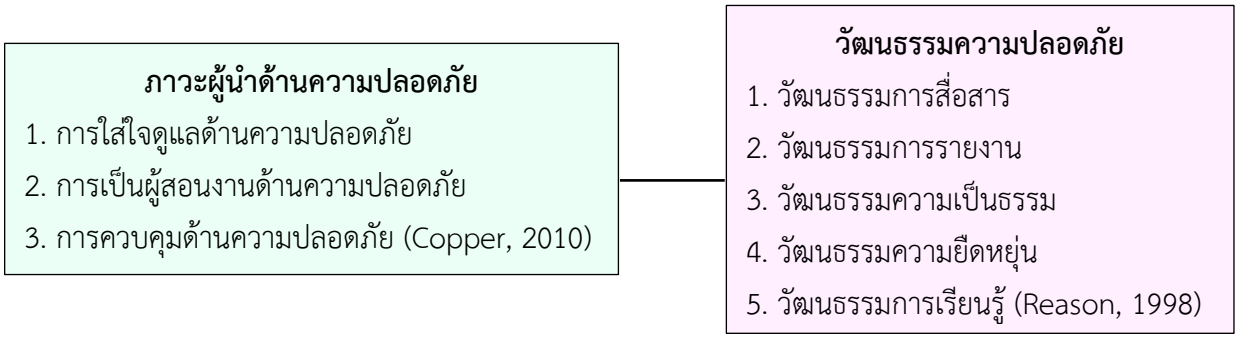
ภาคใต้ เพื่อทราบความสัมพันธ์ดังกล่าว เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วยและวัฒนธรรมความปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป ในภาคใต้
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย และวัฒนธรรมความปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป ในภาคใต้

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยมีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรสุขภาพ โดยเฉพาะในระดับหัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งสามารถกำหนดทิศทาง สนับสนุนพฤติกรรมที่ปลอดภัย และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อความปลอดภัย กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มาจากกรอบแนวคิดภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยของ คูเปอร์ (Cooper, 2010) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ (1) ใส่ใจดูแลด้านความปลอดภัย (2) เป็นผู้สอนงานด้านความปลอดภัย และ (3) ควบคุมด้านความปลอดภัย สำหรับวัฒนธรรมความปลอดภัยใช้แนวคิดของรีสัน (Reason, 1998) ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ (1) วัฒนธรรมการสื่อสาร (2) วัฒนธรรมการรายงาน (3) วัฒนธรรมความเป็นธรรม (4) วัฒนธรรมความยืดหยุ่น และ (5) วัฒนธรรมการเรียนรู้ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ การศึกษานี้จึงบูรณาการทั้งสองแนวคิดเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในบริบทขององค์กรการพยาบาล ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลทั่วไป ในภาคใต้ จำนวน 16 โรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลทั่วไป ในภาคใต้ มีเกณฑ์การเข้า (inclusion criteria) คือ (1) ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน (2) มีประสบการณ์การทำงานเป็นพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 1 ปี และยินดีเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้างาน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G Power 3.1.9.7 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% มีความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน 0.05 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ระดับปานกลาง (medium traditional effect size) เท่ากับ 0.3 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 111 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่ม

กลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Srisatidnarakul, 2020) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เท่ากับ 134 คน การศึกษาครั้งนี้ได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 98.51 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม-กันยายน 2568

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ (1) สุ่มโรงพยาบาล ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (simple random sampling without replacement) ใช้อัตราส่วน 3:1 ได้โรงพยาบาลทั่วไประดับ S จำนวน 4 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไประดับ M1 จำนวน 2 แห่ง (2) คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาล ได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลระดับ S จำนวน 23, 25, 28, 28 รวม 104 คน และโรงพยาบาลระดับ M1 โรงพยาบาลละ 15 คน รวม 30 คน (3) จัดทำรายชื่อพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน และทำการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่คืนที่ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย (1) อายุ (2) สถานภาพสมรส (3) ระดับการศึกษาสูงสุด (4) หน่วยงานที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน (5) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ (6) ประสบการณ์การฝึกอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงหรือความปลอดภัยในการทำงาน และ (7) การมีส่วนร่วมในการทำงานคุณภาพหรือความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานหรือโรงพยาบาล เป็นต้น โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะผู้นำความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถามภาวะผู้นำความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วยของ สุทธิชารัตน์ จันติยะ (Jantiya, 2020) ที่ศึกษาโมเดลสมการโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำด้านความปลอดภัย การจัดการความปลอดภัยและวัฒนธรรมความปลอดภัยกับการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งใช้กรอบแนวคิดของ คูเปอร์ (Cooper, 2010) ผู้วิจัยได้ขออนุญาตมหาวิทยาลัยคริสเตียน ซึ่งเป็นเจ้าของลิขสิทธิ์ แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ด้าน คือ (1) การใส่ใจดูแลด้านความปลอดภัย (2) การเป็นผู้สอนงานด้านความปลอดภัย และ (3) การควบคุมด้านความปลอดภัย จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยคะแนน 1 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงน้อยที่สุด จนถึงคะแนน 5 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดของรีสัน (Reason, 1998) จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย (1) วัฒนธรรมการสื่อสาร (2) วัฒนธรรมการรายงาน (3) วัฒนธรรมความเป็นธรรม (4) วัฒนธรรมความยืดหยุ่น และ (5) วัฒนธรรมการเรียนรู้ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยคะแนน 1 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของหอผู้ป่วยน้อยที่สุด จนถึงคะแนน 5 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของหอผู้ป่วยมากที่สุด

เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 จัดลำดับการประมาณค่าเฉลี่ยของคะแนนเป็น 5 ระดับ แบ่งความกว้างของช่วงระดับคะแนน ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.20-5.00 หมายถึง อยู่ในระดับมากที่สุด 3.40-4.19 หมายถึง อยู่ในระดับมาก 2.60-3.39 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง 1.80-2.59 หมายถึง อยู่ในระดับน้อย 1.00-1.79 หมายถึง อยู่ในระดับน้อยที่สุด (Silanoi & Chindaprasert, 2019)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย และวัฒนธรรมความปลอดภัย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม (CVI) ได้เท่ากับ 0.91 และ 0.90 ตามลำดับ

ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย และวัฒนธรรมความปลอดภัย เท่ากับ 0.97 และ 0.96 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ เอกสารเลขที่ PSU IRB 2025-St-Nur 011 (Internal) วันที่อนุมัติ 25 มิถุนายน 2568 โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เอกสารเลขที่ 101/2568 วันที่อนุมัติ 25 สิงหาคม 2568 และโรงพยาบาลสงขลา เอกสารเลขที่ SKH IRB 2025-Md-In3-1093 วันที่อนุมัติ 2 กันยายน 2568 และได้รับการอนุมัติเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลท่าศาลา โรงพยาบาลพัทลุง โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก และโรงพยาบาลกระบี่ วันที่อนุมัติ 30 กรกฎาคม 2568 เมื่อได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยเมื่อสแกนคิวอาร์โค้ด (QR code) จะมีคำชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างอ่านและดำเนินการตอบข้อคำถามต่อไปแสดงว่ายินยอมเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน ข้อมูลที่ได้รับเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติเก็บข้อมูลผ่านบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 โรงพยาบาล เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ประสานงานการเก็บข้อมูลงานวิจัยของกลุ่มการพยาบาล ในแต่ละโรงพยาบาลด้วยตนเอง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการแจกแบบสอบถามรูปแบบ QR codeกำหนดการตอบกลับข้อมูลคืน 2 สัปดาห์ ข้อมูลที่ได้ถูกรวบรวมไว้ในรูปแบบ google form โดยคำตอบปรากฏที่ผู้วิจัยเท่านั้น

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับการตอบกลับผ่าน google form ทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย และวัฒนธรรมความปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โดยจำแนกเป็นรายข้อ รายด้าน และโดยรวมด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย และวัฒนธรรมความปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สถิติ Spearman's rank correlation เนื่องจากทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วยสถิติ One Sample Kolmogorov-Smirnov พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ แปลความหมายของระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรจากค่าสหสัมพันธ์ (Burns & Grove, 2005) ดังนี้ $r_s = 1$ หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์สมบูรณ์ $r_s = .51\text{-}.99$ หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูง $r_s = .30\text{-}.50$ หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง $r_s = .10\text{-}.29$ หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ $r_s = 0$ หมายถึง ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 35.48 ปี น้อยที่สุด คือ 23 ปี มากที่สุด คือ 59 ปี โดยมีอายุระหว่าง 21-30 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 40.15) ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพโสด (ร้อยละ 48.48) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุด คือ ปริญญาตรี จำนวน 128 ราย (ร้อยละ 96.97) ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 29.55) รองลงมา คือ หน่วยงานผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม และหอผู้ป่วยศัลยกรรม (ร้อยละ 25.00, 13.64 และ 10.61 ตามลำดับ) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ย 12.95 ปี โดยระยะเวลาปฏิบัติงานสูงสุด คือ 39 ปี ต่ำสุด คือ 1 ปี มีช่วงระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ที่ 11-20 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 29.55) ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนมากร้อยละ 52.27 มีประสบการณ์การฝึกอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงหรือความปลอดภัยในการทำงาน โดยเรื่องที่ได้รับการฝึกอบรมมากที่สุด คือ การบริหารความเสี่ยง (ร้อยละ 65.22) เกินกึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการทำงานด้านคุณภาพหรือด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (ร้อยละ 54.55)

2. ภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป ในภาคใต้

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.31, SD = 0.51) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ภาวะผู้นำที่เป็นผู้สอนงานด้านความปลอดภัย (M = 4.34, SD = 0.61) รองลงมา คือ ภาวะผู้นำในการควบคุมด้านความปลอดภัย (M = 4.31, SD = 0.59) และภาวะผู้นำที่ใส่ใจดูแลด้านความปลอดภัย (M = 4.30, SD = 0.63) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โดยภาพรวมและรายด้าน (n = 132)

ภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย	M	SD	ระดับ
1. ภาวะผู้นำที่เป็นผู้สอนงานด้านความปลอดภัย	4.34	0.61	มากที่สุด
2. ภาวะผู้นำในการควบคุมด้านความปลอดภัย	4.31	0.59	มากที่สุด
3. ภาวะผู้นำที่ใส่ใจดูแลด้านความปลอดภัย	4.30	0.63	มากที่สุด
รวม	**4.31**	**0.51**	**มากที่สุด**

3. วัฒนธรรมความปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป ในภาคใต้

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.31, SD = 0.51) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ วัฒนธรรมการสื่อสาร (M = 4.36, SD = 0.60) รองลงมา คือ วัฒนธรรมความยืดหยุ่น (M = 4.34, SD = 0.55) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ วัฒนธรรมความเป็นธรรม (M = 4.27, SD = 0.62) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป ในภาคใต้ โดยภาพรวมและรายด้าน (n = 132)

ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัย	M	SD	ระดับ
1. วัฒนธรรมการสื่อสาร	4.36	0.60	มากที่สุด
2. วัฒนธรรมความยืดหยุ่น	4.34	0.55	มากที่สุด
3. วัฒนธรรมการรายงาน	4.32	0.61	มากที่สุด
4. วัฒนธรรมการเรียนรู้	4.31	0.57	มากที่สุด
5. วัฒนธรรมความเป็นธรรม	4.27	0.62	มากที่สุด
รวม	**4.31**	**0.51**	**มากที่สุด**

4. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย และวัฒนธรรมความปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป ในภาคใต้

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับวัฒนธรรมความปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .778, p < .01) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย และวัฒนธรรมความปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป ในภาคใต้ (n = 132)

ตัวแปร	วัฒนธรรมความปลอดภัย	ระดับความสัมพันธ์
ภาวะผู้นำด้านความปลอดภัย	.778**	สูง

**p < .01

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป ในภาคใต้

ภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป ในภาคใต้ มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.31, SD = 0.51) สะท้อนให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการถ่ายทอดความรู้และสร้างความเข้าใจแก่บุคลากรในหน่วยงาน ให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวัง ตรวจสอบ และกำกับดูแลกระบวนการด้านความปลอดภัยอย่างรอบด้าน เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ทั้งนี้อาจเนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ตำแหน่งผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อสั่งสมประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาล การให้คำปรึกษา พัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย (Nursing Division, 2017) นอกจากนี้ การที่องค์กรมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล หรือดำเนินการตามมาตรฐานการประกันคุณภาพการพยาบาลที่เน้นการดูแลความปลอดภัยของผู้รับบริการ ผู้บริหารของทุกหน่วยงานรวมทั้งหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงได้รับการปลูกฝังให้เป็นผู้นำในเรื่องนี้ด้วย

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การเป็นผู้สอนงานด้านความปลอดภัย มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (M = 4.34, SD = 0.61) อาจเนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วยทำหน้าที่เป็นเสมือนผู้ฝึกสอนและให้คำแนะนำแก่บุคลากร เพื่อส่งเสริมให้ทุกคนตระหนักถึงความปลอดภัย สนับสนุนให้บุคลากรเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ เกี่ยวกับความปลอดภัยอยู่เสมอ และเป็น

แบบอย่างในการปฏิบัติด้านความปลอดภัย (Congchinsatthiti, 2019) จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพร้อยละ 52.27 ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงหรือความปลอดภัยในการทำงาน ร้อยละ 54.55 มีส่วนร่วมในการทำงานคุณภาพ แสดงว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยมีบทบาทเชิงรุกในการสื่อสาร ถ่ายทอดความรู้และสร้างการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรในหน่วยงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิชารัตน์ จันติยะ (Jantiya, 2020) ที่พบว่า ภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการจัดการความปลอดภัยและวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยเฉพาะบทบาทการนิเทศและการให้คำปรึกษาแก่บุคลากร

ภาวะผู้นำในการควบคุมด้านความปลอดภัยและใส่ใจดูแลด้านความปลอดภัย เป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยรองลงมา (M = 4.31, 4.30 SD = 0.59, 0.63) ตามลำดับ อาจเนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีความเอาใจใส่และกำกับดูแลด้านความปลอดภัยอย่างใกล้ชิด มีผลต่อการสร้างความเชื่อมั่นและการปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยของบุคลากรในองค์กร (Carolynn, 2025) สอดคล้องกับการศึกษาของ สันต์ฤทัย ธาราภิรมย์รักษ์ (Tharaphiromrak, 2021) ที่พบว่า ประสบการณ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักในการจัดการความปลอดภัยของบุคลากรพยาบาล เป็นหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงด้วยการควบคุม กำกับให้ผู้ใต้บังคับบัญชาปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการบริหารงานในหอผู้ป่วยไปพร้อม ๆ กัน

2. วัฒนธรรมความปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป ในภาคใต้

วัฒนธรรมความปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป ในภาคใต้ มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.31, SD = 0.51) แสดงว่าพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยในทุกมิติอยู่ในระดับดีมาก อาจเนื่องจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งเป้าให้โรงพยาบาลในสังกัดต้องเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร จำเป็นต้องให้ความสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการ และส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้โรงพยาบาลได้รับความไว้วางใจจากผู้รับบริการ เมื่อพิจารณารายข้อในแต่ละด้านพบว่า วัฒนธรรมการสื่อสาร มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.36, SD = 0.48) แสดงว่าพยาบาลวิชาชีพให้ความสำคัญกับการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย อาจเนื่องจากการสื่อสารเป็นการสร้างความตระหนักให้ทุกคนปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเฉพาะการสื่อสารเกี่ยวกับความเสี่ยง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชโยทิตย์ นุชนารถ และ จุมพฏ บริราช (Nuchanart & Boriraj, 2020) ที่พบว่า การสื่อสารด้านความปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคลากรให้ความร่วมมือ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านความปลอดภัย ซึ่งทำให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยเชิงบวก

สำหรับวัฒนธรรมความยืดหยุ่นมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดรองลงมา (M = 4.34, SD = 0.55) แสดงว่าพยาบาลวิชาชีพมีความสามารถในการปรับตัวและมีกระบวนการทำงานที่เหมาะสม อาจเนื่องจากเมื่อเกิดความผิดพลาดที่ส่งผลต่อผู้ป่วยและบุคลากร หัวหน้าหอผู้ป่วยได้ส่งเสริมให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาทำให้องค์กรสามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ในส่วนของวัฒนธรรมการรายงานที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน (M = 4.32, SD = 0.61) แสดงว่าพยาบาลวิชาชีพให้ความสำคัญกับการรายงานอุบัติการณ์ เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร อาจเนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วยสนับสนุนให้มีการรายงานความผิดพลาดได้ เพื่อหาแนวทางในการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ สอดคล้องกับแนวคิดของรีสัน (Reason, 2000) ที่ว่าองค์กรที่สนับสนุนให้บุคลากรรายงานอุบัติการณ์โดยไม่ถูกตำหนิ จะส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้จากความผิดพลาดและสามารถปรับปรุงระบบให้มีประสิทธิภาพ

การที่วัฒนธรรมการเรียนรู้มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.31, SD = 0.57) แสดงว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยมีการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.27 ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงหรือความปลอดภัยในการทำงาน นอกจากนี้ การสนับสนุน

ให้มีการทบทวนตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยและการเข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอยังสะท้อนถึงการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ที่เน้นการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในส่วนของวัฒนธรรมความเป็นธรรม (M = 4.27, SD = 0.62) เป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด อาจเนื่องจากโครงสร้างอำนาจในหน่วยงานและประสบการณ์การทำงานของบุคลากร จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ที่ตอบแบบสอบถามอยู่ในช่วงอายุ 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.09 ซึ่งเป็นระยะเริ่มต้นของวิชาชีพ มีประสบการณ์การทำงานน้อยและอยู่ในช่วงเรียนรู้กฎระเบียบและวัฒนธรรมองค์กร อาจมองว่าการใช้กฎระเบียบเพื่อจัดการปัญหาด้านความปลอดภัยเป็นเรื่องที่เข้มงวดไม่ยืดหยุ่น มากกว่าการจัดการอย่างยุติธรรมตามแนวคิดวัฒนธรรมความเป็นธรรมของ รีสัน (Reason, 1997) ที่กล่าวว่าการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยต้องเริ่มจากการสร้างวัฒนธรรมแห่งความเป็นธรรม ซึ่งทำให้บุคลากรรู้สึกปลอดภัยในการรายงานข้อผิดพลาดโดยไม่กลัวการถูกลงโทษ เพื่อให้องค์กรสามารถเรียนรู้และปรับปรุงระบบได้อย่างต่อเนื่อง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย และวัฒนธรรมความปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป ในภาคใต้

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_S = .778, p < .01) กล่าวคือ เมื่อภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วยสูงขึ้น พยาบาลวิชาชีพจะมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยในระดับสูงตามไปด้วย ทั้งนี้อาจเนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วยมีหน้าที่รับผิดชอบ คือ บริหารงานการพยาบาลในหน่วยงานให้บรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ของโรงพยาบาล นำนโยบายด้านความปลอดภัยและตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องสู่การปฏิบัติ รวมถึงการติดตามตัวชี้วัดคุณภาพการบริการให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย เป็นผู้นำเชิงรุกในการพัฒนาโดยการจัดการด้านความปลอดภัยให้ได้มาตรฐาน

เมื่อหัวหน้าหอผู้ป่วยมีภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยที่เข้มแข็ง มีความเอาใจใส่ต่อความปลอดภัย มีการสื่อสารที่ชัดเจน สนับสนุนการเรียนรู้จากความผิดพลาด และสร้างบรรยากาศที่ไม่เน้นโทษบุคคล พยาบาลวิชาชีพจะรับรู้ว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยในหน่วยงานเป็นบวกมากขึ้น แสดงให้เห็นว่า ภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถส่งเสริมให้พยาบาลปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิชารัตน์ จันติยะ (Jantiya, 2020) ที่พบว่า ภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยในองค์กรสุขภาพมากที่สุด นอกจากนี้ การศึกษาของ เว่ย และ เกา (Wei & Kuo, 2023) พบว่า การรับรู้ถึงการเป็นผู้นำด้านความปลอดภัยที่ชัดเจน ส่งผลให้มีความรับรู้ถึงความเสี่ยงสูงขึ้น และนำไปสู่ผลการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยที่ดีขึ้น สรุปได้ว่าการพัฒนาภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสำคัญในการเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย และช่วยลดความเสี่ยงต่อความผิดพลาดด้านการพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การวิจัยเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional design) จึงอธิบายได้เพียงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร แต่ไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุและผล (causal relationship) ได้

2. การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามผ่าน QR code อาจก่อให้เกิด response bias ในกลุ่มพยาบาลที่อาวุโส เนื่องจากความคุ้นเคยและทักษะในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่แตกต่างกัน ทำให้ข้อมูลที่ได้อาจไม่ครอบคลุมความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารควรส่งเสริมภาวะผู้นำด้านความปลอดภัยของหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยเฉพาะภาวะผู้นำด้านการใส่ใจความปลอดภัย และวัฒนธรรมความเป็นธรรมซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. หัวหน้าหอผู้ป่วยควรใช้ผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นแนวทางในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมในหน่วยงาน โดยเป็นต้นแบบในการสร้างแรงจูงใจ ส่งเสริมให้มีการสื่อสารที่เปิดกว้างในหน่วยงาน สนับสนุนให้บุคลากรเข้ารับการฝึกอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยอยู่เสมอ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการบริการในหอผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัย เพื่อพัฒนาแบบจำลองเชิงพยากรณ์สำหรับใช้กำหนดนโยบายและแนวทางบริหารความปลอดภัยในองค์กรพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมภาวะผู้นำความปลอดภัยในหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

3. ควรพิจารณาใช้ช่องทางการเก็บข้อมูลที่หลากหลาย เช่น แบบสอบถามกระดาษควบคู่กับระบบออนไลน์ เพื่อเพิ่มอัตราการตอบกลับและลดอคติจากการเข้าถึงเทคโนโลยี

References

Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization* (5th ed.). Elsevier Saunders.

Carolynn, B. (2025). What is safety leadership? (And 8 ways to promote it). *Indeed Career Development.* https://www.indeed.com/career-advice/career-development/safety-leadership

Congchinsatthiti, P. (2019). Characteristics of head nurse as perceived by health care team at police general hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 20*(2), 225-232. (in Thai)

Cooper, M. D. (2000). Towards a model of safety culture. *Safety Science, 36*(2), 111–136. https://doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00035-7

Cooper, M. D. (2010). *Safety leadership*. https://www.behavioral-safety.com/behavior-based-safety-solution-center/safety-coaching-and-training/safety-leadership

Healthcare Accreditation Institute (Public Organisation). (2022). *Annual report 2022*. Decembery. Healthcare Accreditation Institute.

Healthcare Accreditation Institute (Public Organisation), (2023). Strategy for driving policy implementation on patient, public health personnel and people Phase 2 (2024-2027) *(Patient, Personnel and People Safety (3P Safety)).* Ministry of Public Health. https://backend.ha.or.th/fileupload/DOCUMENT/00201/15afd03d-b50e-44a6-98ba-5ee82c5e445e.pdf (in Thai)

Jantiya, S. (2020). *A structural equation model of the relationship among safety leadership, safety management, safety culture on safety performance of head nurses at regional hospitals under Ministry of Public Health* [Doctor dissertation, Christian University of Thailand]. http://library.christian.ac.th/thesis/document/T043876.pdf

Muwannasin, H., Putkheaw, S., Sahmaae, N., Jehheng, F., Nawsuwan, K., & Singweratham, N. (2023). Development of incidence and adverse event management model under 9 standards for the safety of patients and public health personnel. *Journal of Council of Community Public Health, 5*(2), 12–24. (in Thai)

National Reporting and learning System. (2024). *Incident reports*. National Reporting and learning System.

Nuchanart, C., & Boriraj, J. (2020). Factors affecting safety culture of steel industry operators in Wha Eastern industrial estate (Map Ta Phut) Rayong Province. *Journal of Graduate School of Commerce-Burapha Review, 15*(2), 106-120. (in Thai)

Nursing Division, Ministry of Public Health, (2017). *Guidelines for succession planning for the nursing profession based on good governance principles*. Suetawan Publishing.

Reason, J. (1997). *Managing the risks of organizational accidents.* Ashgate.

Reason, J. (1998). Achieving a safe culture: Theory and practice. *Work & Stress, 12*(3), 293–306. https://doi.org/10.1080/02678379808256868

Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *BMJ, 320*, 768. https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768

Silanoi, L., & Chindaprasert, K. (2019). The Use of Rating Scale in quantitative research on social sciences, humanities, hotel and tourism study. *Journal of Management Science, Ubon Ratchathani University, 8*(15), 112-126. (in Thai)

Srisatidnarakul, B. (2020). *Effect size, power analysis, optimal sample size calculations using G*Power software*. Chulalongkorn University Press. (in Thai)

Tharaphiromrak, S. (2021). Guideline on safety management of emergence ward nursing personnel of a Government Hospital in Bangkok. *The Journal of Research and Academics, 4*(3), 137-146. (in Thai)

Wei, S. Y., & Kuo, Y. K. (2023). The relationship among safety leadership, risk perception, safety culture, and safety performance: Military volunteer soldiers as a case study. *Frontiers in Psychology, 14*(1), 1000331. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1000331

Nurses' Roles in Metaverse Hospitals: A Document Analysis Using a Foresight Approach

บทบาทพยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์ส: การวิเคราะห์เอกสาร โดยใช้กระบวนการมองอนาคต

Sangtien	Youthao*	แสงเทียน	อยู่เถา*
Tashasiri	Sukkasem**	ทชาน์ศิริก์	สุขเกษม**

Abstract

Digital health systems and metaverse technologies are transforming healthcare delivery and nursing practice toward patient care through digital platforms and virtual environments. However, knowledge regarding nurses' roles in metaverse hospitals remains limited, and a clear conceptual framework is still lacking. This conceptual study aimed to analyze and propose a framework for nurses' roles in metaverse hospitals within the context of digital health transformation. The study employed a narrative literature review, conceptual analysis, and a systems-based foresight approach, together with a case study of the Seoul Metaverse initiative in the Republic of Korea as a reference model. Data were analyzed through trend analysis, identification of driving forces, and scenario development.

The findings revealed that metaverse hospitals are likely to emerge as an extension of future healthcare systems, significantly transforming nursing roles. Four key scenarios were identified: (1) avatar-based nursing practice in virtual hospital environments; (2) integration of nursing services across physical, online, and metaverse settings; (3) the role of nurses as digital health managers working with artificial intelligence for proactive and preventive care; and (4) the integration of health information systems and nursing informatics to support data-driven and ethical decision-making.

In conclusion, metaverse hospitals may serve as complementary healthcare environments that expand nursing roles and improve healthcare accessibility and continuity of care. However, as this study is based on conceptual analysis without empirical data, the findings represent plausible scenarios rather than generalizable results. Future studies should incorporate empirical research to validate and extend these findings in real-world contexts.

Keywords: Digital health; Foresight analysis; Metaverse healthcare; Nursing roles; Virtual hospital

* Associate Professor, Medical Record Sciences Program, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University

** Corresponding author, Lecturer, Management for Development College, Thaksin University; e-mail: tashasiri.s@tsu.ac.th

Received 30 January 2026; Revised 5 May 2026; Accepted 7 May 2026

บทคัดย่อ

ระบบสุขภาพดิจิทัลและเทคโนโลยีเมตาเวิร์ส กำลังเปลี่ยนแปลงรูปแบบการให้บริการสุขภาพ และบทบาทของพยาบาลสู่การดูแลผู้ป่วยผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัลและสภาพแวดล้อมเสมือนจริง อย่างไรก็ตาม องค์ความรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์สยังมีจำกัดและขาดกรอบแนวคิดที่ชัดเจน การศึกษาเชิงแนวคิดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และเสนอกรอบบทบาทของพยาบาลในบริบทของโรงพยาบาลเมตาเวิร์ส ภายใต้การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพดิจิทัล โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมเชิงบรรยาย การวิเคราะห์เชิงแนวคิด และการวิเคราะห์อนาคตเชิงระบบ ร่วมกับกรณีศึกษาโครงการ Seoul Metaverse ของสาธารณรัฐเกาหลีเป็นแบบอ้างอิง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์แนวโน้ม ปัจจัยขับเคลื่อน และการพัฒนาฉากทัศน์

ผลการวิจัยพบว่า โรงพยาบาลเมตาเวิร์สมีแนวโน้มเป็นส่วนขยายของระบบบริการสุขภาพในอนาคต และเปลี่ยนแปลงบทบาทของพยาบาล โดยสามารถสรุปเป็น 4 ฉากทัศน์หลัก ได้แก่ (1) การปฏิบัติงานผ่านอวตารในโรงพยาบาลเสมือนจริง (2) การบูรณาการบริการพยาบาลข้ามโลกจริง ออนไลน์ และเมตาเวิร์ส (3) บทบาทผู้จัดการสุขภาพดิจิทัลร่วมกับปัญญาประดิษฐ์ เพื่อการดูแลเชิงรุกและเชิงป้องกัน (4) การบูรณาการระบบสารสนเทศด้านสุขภาพและสารสนเทศทางการพยาบาล เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและจริยธรรม

สรุปได้ว่า โรงพยาบาลเมตาเวิร์สอาจทำหน้าที่เป็นสภาพแวดล้อมการดูแลสุขภาพเสริม ที่ขยายบทบาทของพยาบาลและปรับปรุงการเข้าถึงการดูแลสุขภาพและความต่อเนื่องของการดูแล อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์เชิงแนวคิดโดยไม่มีการเก็บข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลลัพธ์จึงเป็นเพียงการคาดการณ์เชิงสถานการณ์ มากกว่าผลลัพธ์ที่สามารถนำไปใช้ได้ทั่วไป งานวิจัยในอนาคตควรมีการศึกษาวิจัยเชิงประจักษ์เพื่อตรวจสอบและขยายผลการวิจัยเหล่านี้ในบริบทของโลกแห่งความเป็นจริง

คำสำคัญ: สุขภาพดิจิทัล การวิเคราะห์อนาคต เมตาเวิร์สทางการแพทย์ บทบาทพยาบาล โรงพยาบาลเสมือนจริง

* รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาเวชระเบียน คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ วิทยาลัยการจัดการเพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยทักษิณ

วันที่รับบทความ 30 มกราคม 2569 วันที่แก้ไขบทความ 5 พฤษภาคม 2569 วันที่ตอบรับบทความ 7 พฤษภาคม 2569

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาของระบบสุขภาพในศตวรรษที่ 21 เผชิญกับความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีดิจิทัล โครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมสูงวัย ภาระโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น และข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคลทางสุขภาพ ส่งผลให้การจัดบริการสุขภาพต้องปรับตัวจากรูปแบบโรงพยาบาลแบบดั้งเดิมไปสู่ระบบที่มีความยืดหยุ่น เชื่อมโยง และเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากขึ้น ภายใต้แนวคิดระบบสุขภาพดิจิทัล (digital health) การแพทย์ทางไกล (telemedicine) และโรงพยาบาลอัจฉริยะ (smart hospital) ซึ่งได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย (World Health Organization [WHO], 2021) โดยในบริบทของประเทศไทย หน่วยงานด้านสุขภาพได้ผลักดันการพัฒนาระบบบริการผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมดิจิทัล เช่น ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ การให้บริการปรึกษาทางไกล การใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลในการติดตามผู้ป่วย และการประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก

การเปลี่ยนผ่านดังกล่าว สะท้อนถึงการพัฒนาจากระบบบริการที่ยึดโยงกับสถานที่ทางกายภาพ ไปสู่ระบบที่เชื่อมโยงข้อมูลและการดูแลอย่างไร้รอยต่อ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อบทบาทของบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งเป็นกำลังหลักของระบบ (Office of the National Digital Economy and Society Commission, 2022) ขณะเดียวกัน วิชาชีพการพยาบาลกำลังเผชิญกับความท้าทายจากภาระงานที่เพิ่มขึ้น การขาดแคลนกำลังคน ความซับซ้อนของการดูแลผู้ป่วย และความคาดหวังของผู้รับบริการที่ต้องการบริการที่สะดวก รวดเร็ว และมีคุณภาพ พยาบาลจึงจำเป็นต้องปรับบทบาทจากการดูแลในสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียว ไปสู่การทำงานในระบบสุขภาพดิจิทัลที่หลากหลายมากขึ้น รวมถึงการใช้เทคโนโลยีในการสนับสนุนการตัดสินใจและการดูแลผู้ป่วย (Buchan et al., 2022)

ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา แนวคิดเมตาเวิร์ส (metaverse) ได้เข้ามามีบทบาทในภาคสุขภาพ โดยเป็นพื้นที่เสมือนจริงที่ผสานเทคโนโลยี เช่น ความเป็นจริงเสมือน (virtual reality) ความเป็นจริงเสริม (augmented reality) และเครือข่ายดิจิทัล เพื่อให้ผู้ใช้งานสามารถปฏิสัมพันธ์กันได้อย่างใกล้เคียงโลกจริง (Yang et al., 2023) แนวคิดดังกล่าวนำไปสู่การพัฒนารูปแบบ "ระบบบริการสุขภาพเสมือน" เช่น การให้คำปรึกษาทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลสุขภาพจิต การติดตามผู้ป่วยระยะไกล และการฝึกอบรมบุคลากรทางสุขภาพผ่านสภาพแวดล้อมเสมือนจริง (Kataria et al., 2023; Yang et al., 2023) โรงพยาบาลในเมตาเวิร์สจึงถูกพัฒนาเป็นรูปแบบใหม่ของระบบบริการสุขภาพที่บุคลากรสามารถปฏิบัติงานผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล โดยใช้อวตาร (avatar) เป็นตัวแทนในการให้บริการ เช่น การประเมินอาการเบื้องต้น การให้คำปรึกษา และการติดตามผู้ป่วย ซึ่งช่วยลดข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่ และสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงจากระบบบริการในโลกจริงไปสู่ระบบผสมผสานระหว่างโลกจริงและโลกเสมือน (Topol, 2019) นอกจากนี้ ยังมีแนวโน้มการประยุกต์ใช้เมตาเวิร์สร่วมกับเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์และระบบติดตามผู้ป่วยทางไกล เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้และการดูแลผู้ป่วยในอนาคตมากขึ้น (Sharma & Sharma, 2023) ส่งผลให้บทบาทของพยาบาลต้องขยายจากการดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาลไปสู่การดูแลผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัลและสภาพแวดล้อมเสมือนควบคู่กัน

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในบริบทเมตาเวิร์สยังมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะการกำหนดบทบาท หน้าที่ และขอบเขตการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์สที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการจริง นอกจากนี้ งานวิจัยที่ผ่านมาโดยส่วนใหญ่มักศึกษาเฉพาะประเด็นใดประเด็นหนึ่ง เช่น เทคโนโลยีเสมือนจริง การแพทย์ทางไกล การพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล หรือสมรรถนะทางการพยาบาลแยกจากกัน ส่งผลให้ยังขาด "การศึกษาเชิงบูรณาการ" ที่เชื่อมโยงองค์ความรู้จากหลายมิติร่วมกัน ทั้งด้านเทคโนโลยีดิจิทัล ระบบบริการสุขภาพ วิชาชีพการพยาบาล จริยธรรม กฎหมาย และนโยบายสาธารณสุข เพื่ออธิบายบทบาทของพยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์สอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทยที่ยังไม่มีกรอบแนวคิดรองรับอย่างชัดเจน

ดังนั้นช่องว่างขององค์ความรู้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย (1) การขาดกรอบแนวคิดที่ชัดเจนเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์ส (2) การขาดการศึกษาเชิงบูรณาการที่สังเคราะห์และเชื่อมโยงองค์ความรู้จากหลากหลายสาขาวิชาและบริบทของระบบสุขภาพดิจิทัลเข้าด้วยกัน และ (3) การขาดแนวทางในการเตรียมความพร้อมด้านสมรรถนะและการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลสำหรับการปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพเสมือนในอนาคต ช่องว่างดังกล่าวอาจส่งผลต่อการกำหนดนโยบาย การวางแผนกำลังคน และการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลที่ไม่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพดิจิทัลในอนาคต ด้วยเหตุนี้ การศึกษาครั้งนี้จึงใช้การวิเคราะห์เอกสารร่วมกับกระบวนการมองอนาคต (foresight approach) เพื่อสังเคราะห์และบูรณาการองค์ความรู้จากงานวิชาการ แนวโน้มเทคโนโลยี และแนวคิดด้านระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้อง อันนำไปสู่การพัฒนากรอบแนวคิดบทบาทพยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์ส ซึ่งจะเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลและระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

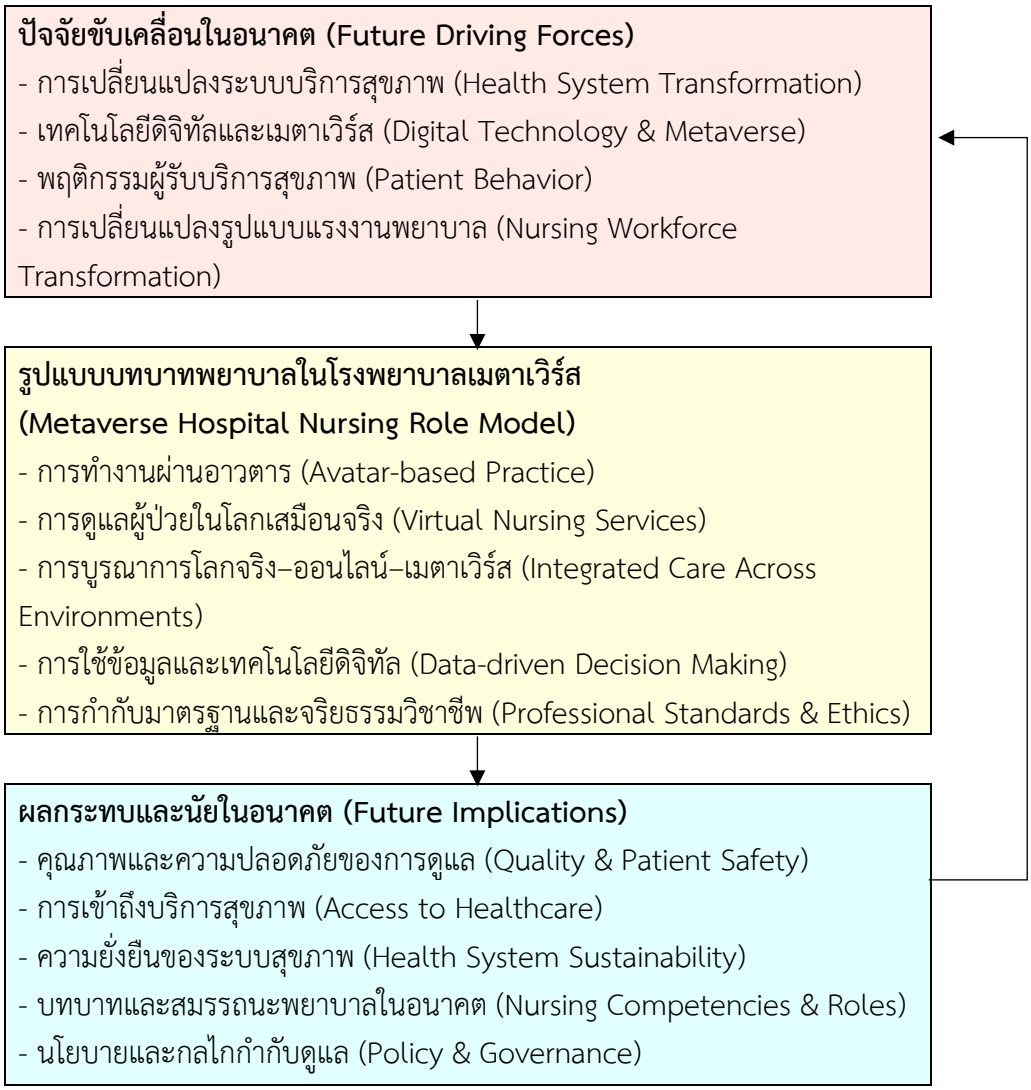
1. เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มและปัจจัยขับเคลื่อนในอนาคตของอาชีพพยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์ส
2. เพื่อพัฒนาและนำเสนอรูปแบบฉากทัศน์ของบทบาทพยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์ส
3. เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบและนัยในอนาคตต่อระบบบริการสุขภาพและวิชาชีพการพยาบาล
4. เพื่อศึกษาฉากทัศน์สำคัญของอาชีพพยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์สในอนาคต

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้พัฒนากรอบแนวคิดบนพื้นฐานของการมองอนาคตเชิงระบบ (systems-based foresight) ซึ่งอธิบายความสัมพันธ์เชิงระบบของปัจจัยขับเคลื่อนที่มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างซับซ้อน เน้นความสัมพันธ์เชิงเหตุ-ผลหลายทิศทางและการเปลี่ยนแปลงเชิงพลวัตของระบบ รวมถึงกลไกการป้อนกลับที่ผลลัพธ์สามารถย้อนกลับไปมีอิทธิพลต่อระบบ (Bishop et al., 2007; Voros, 2003) โดยกรอบแนวคิดนี้ประยุกต์กระบวนการของ โว-รอส (Voros, 2003) โดยเชื่อมโยงกับตัวแปรการศึกษา ได้แก่ การระบุสัญญาณการเปลี่ยนแปลงจากวรรณกรรม (input) การวิเคราะห์ปัจจัยขับเคลื่อนและความสัมพันธ์เชิงระบบ (analysis) การพัฒนารูปแบบบทบาทพยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์สเป็นตัวแปรกลาง (synthesis) และการวิเคราะห์ผลกระทบในอนาคต (output/implications)

ปัจจัยขับเคลื่อนสำคัญประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพ เทคโนโลยีดิจิทัลและเมตาเวิร์ส พฤติกรรมผู้รับบริการ และแรงงานพยาบาล ซึ่งมีโครงสร้างอิทธิพลเชิงระบบ โดยเทคโนโลยีเป็นปัจจัยนำ ระบบสุขภาพเป็นโครงสร้างเอื้อ พฤติกรรมเป็นแรงผลัก และแรงงานพยาบาลเป็นปัจจัยปรับตัว (Buchan et al., 2015; Lee et al., 2021; Maruthappu et al., 2014; Topol, 2019; World Health Organization [WHO], 2021) สำหรับปัจจัยขับเคลื่อนในอนาคต ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพ เทคโนโลยีดิจิทัลและเมตาเวิร์ส พฤติกรรมของผู้รับบริการสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงรูปแบบแรงงานพยาบาล มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันในการกำหนดรูปแบบบทบาทพยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์ส ซึ่งประกอบด้วยการปฏิบัติงานผ่านอวตาร การให้บริการพยาบาลในสภาพแวดล้อมเสมือน การบูรณาการการดูแลระหว่างโลกจริง โลกดิจิทัล และเมตาเวิร์ส การใช้ข้อมูลและเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ ตลอดจนการกำกับมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรมในการดูแลสุขภาพภายใต้บริบทดิจิทัล (Topol, 2019; WHO, 2020a)

ผลจากปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบดังกล่าวนำไปสู่ผลกระทบและนัยสำคัญต่อคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแล การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความยั่งยืนของระบบสุขภาพ การพัฒนาบทบาทและสมรรถนะของพยาบาล รวมถึงนโยบายและกลไกกำกับดูแลด้านสุขภาพดิจิทัล ซึ่งสามารถสะท้อนกลับเพื่อพัฒนาและปรับตัวของระบบบริการสุขภาพในอนาคตอย่างต่อเนื่องในลักษณะวงจรเชิงพลวัต (WHO, 2020a) ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงแนวคิด (conceptual study) และการมองอนาคต (foresight-based study) ซึ่งไม่มีการเก็บข้อมูลจากมนุษย์หรือหน่วยตัวอย่างเชิงประจักษ์ ดังนั้นจึงไม่มีประชากรและกลุ่มตัวอย่างในความหมายของการวิจัยเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพ ทั้งนี้ลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับธรรมชาติของการศึกษาที่มุ่งเน้นการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงทฤษฎี

อย่างไรก็ตาม เพื่อให้กระบวนการวิจัยมีความครบถ้วนตามหลักระเบียบวิธี การศึกษานี้ได้กำหนด "แหล่งข้อมูล" (data sources) แทนประชากร โดยประกอบด้วยเอกสารวิชาการ ได้แก่ บทความวิจัย (research articles) บทความวิชาการ (academic articles) รายงานขององค์การระหว่างประเทศ หนังสือวิชาการ และเอกสารเชิงนโยบาย ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพดิจิทัล เทคโนโลยีเมตาเวิร์ส และบทบาทพยาบาลในอนาคต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นเครื่องมือเชิงแนวคิด (conceptual instruments) และเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร ซึ่งพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการสังเคราะห์องค์ความรู้ วิเคราะห์แนวโน้ม และอธิบาย

ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทพยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์ส โดยเครื่องมือดังกล่าวมิได้มุ่งวัดตัวแปรเชิงปริมาณ แต่ใช้เป็นกรอบในการจัดระบบข้อมูล การตีความ และการพัฒนากรอบแนวคิดเชิงอนาคตจากเอกสารวิชาการ งานวิจัย และแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง โดยได้ออกแบบให้ครอบคลุมมิติด้านระบบสุขภาพ เทคโนโลยีดิจิทัล วิชาชีพการพยาบาล และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในอนาคต เพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลมีความเป็นระบบ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การศึกษา และสามารถเชื่อมโยงไปสู่การพัฒนาฉากทัศน์และกรอบแนวคิดบทบาทพยาบาลในบริบทเมตาเวิร์สได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย

1. กรอบการทบทวนวรรณกรรมเชิงบรรยาย (narrative literature review framework)
2. กรอบการวิเคราะห์แนวโน้มและปัจจัยขับเคลื่อน (trend and driving forces analysis framework)
3. กรอบการพัฒนารูปแบบเชิงแนวคิด (conceptual model development framework)
4. กรอบการวิเคราะห์ฉากทัศน์อนาคต (scenario-based analysis framework)

เครื่องมือที่ใช้ในเชิงแนวคิดดังกล่าวประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ ดังนี้

1. การจำแนกธีมหลักและธีมย่อย (theme identification)
2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างธีม (thematic relationship analysis)
3. การพัฒนากรอบแนวคิดเบื้องต้น (initial conceptual framework development)
4. การตรวจสอบความสอดคล้องเชิงตรรกะ (logical consistency validation)

กระบวนการสืบค้นและคัดเลือกเอกสาร

ดำเนินการสืบค้นเอกสารในช่วงปี พ.ศ. 2566–2568 จากฐานข้อมูล ดังนี้

1. ระดับนานาชาติ: PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL
2. ระดับประเทศ/ภูมิภาค: ThaiJo, Thai Digital Collection

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คุณภาพของเครื่องมือในการศึกษาเชิงแนวคิด พิจารณาจากข้อกำหนด ดังนี้

1. ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด และผลการวิเคราะห์
2. ความครอบคลุมของปัจจัยเชิงระบบ เทคโนโลยี วิชาชีพ และนโยบาย
3. การตรวจสอบความสอดคล้องของการวิเคราะห์โดยผู้วิจัยมากกว่าหนึ่งคน
4. การทบทวนและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์เอกสารและการสังเคราะห์องค์ความรู้ โดยไม่มีการเก็บข้อมูลจากมนุษย์ และไม่เกี่ยวข้องกับการทดลองในมนุษย์ ดังนั้นจึงไม่ต้องผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Human Research Ethics Committee) อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ดำเนินการอ้างอิงแหล่งข้อมูลอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ เพื่อคงไว้ซึ่งจริยธรรมทางการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลดำเนินการอย่างเป็นระบบตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: การสืบค้นและคัดเลือกเอกสาร

คำค้นสำคัญ (keywords) ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย (1) "metaverse" OR "virtual world" OR "virtual reality" หรือ "เมตาเวิร์ส" OR "โลกเสมือน" OR "ความเป็นจริงเสมือน" (2) "hospital" OR "healthcare" OR "digital health" หรือ "โรงพยาบาล" OR "ระบบบริการสุขภาพ" OR "สุขภาพดิจิทัล" (3) "nurse" OR "nursing" OR "nursing role" หรือ "พยาบาล" OR "การพยาบาล" OR "บทบาทพยาบาล"

เกณฑ์การคัดเลือกเอกสาร (inclusion criteria) มีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้ (1) เอกสารที่เผยแพร่ในช่วงปี พ.ศ. 2563–2568 (2) เป็นบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ (3) มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับเมตาเวิร์ส ระบบสุขภาพดิจิทัล หรือบทบาทพยาบาล และ (4) เป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) มีเกณฑ์ในการคัดออก ดังนี้ (1) ไม่สามารถเข้าถึงเอกสารฉบับเต็มได้ (2) เน้นเฉพาะเทคโนโลยีโดยไม่เชื่อมโยงกับระบบสุขภาพ และ (3) เป็นบทความแสดงความคิดเห็น (opinion piece) ที่ไม่มีหลักฐานทางวิชาการรองรับ

การศึกษานี้ดำเนินการโดยผู้วิจัยจำนวน 2 คน ทำการสืบค้นและคัดเลือกเอกสารตามเกณฑ์ที่กำหนด หากมีความเห็นไม่สอดคล้องกัน ใช้การหารือร่วมกันเพื่อหาข้อสรุป

ขั้นตอนที่ 2: การอ่านและวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยอ่านเอกสารฉบับเต็มอย่างละเอียด และจดบันทึกประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับแนวโน้ม ปัจจัยขับเคลื่อน และบทบาทพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3: การจัดหมวดหมู่และสังเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการจัดกลุ่มข้อมูลตามธีม วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย และพัฒนากรอบแนวคิดเชิงระบบรวมถึงฉากทัศน์อนาคต โดยมีผู้วิจัย 2 คน ร่วมตรวจสอบความสอดคล้องของการวิเคราะห์

ขั้นตอนที่ 4: การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยทั้ง 2 คน ดำเนินการร่วมกันในการตรวจสอบความสอดคล้องเชิงตรรกะของผลการวิเคราะห์ นำเสนอผลเบื้องต้นในการประชุมร่วมกัน และนำงานที่เคยศึกษามาเทียบเคียงในการประชุมหารือร่วมกันเพื่อทำการปรับปรุงร่วมกัน โดยการเชิญผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมเพื่อให้ข้อเสนอแนะ และผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ร่วมกับการวิเคราะห์แนวโน้ม (trend analysis) การวิเคราะห์ปัจจัยขับเคลื่อน (driving forces analysis) และการสังเคราะห์เชิงแนวคิด (conceptual synthesis) ภายใต้กรอบการมองอนาคตเชิงระบบ (systems-based foresight) โดยประยุกต์แนวคิดของ โว-รอส (Voros, 2003) เพื่อเชื่อมโยงกระบวนการวิเคราะห์ตั้งแต่การระบุสัญญาณการเปลี่ยนแปลงไปจนถึงการพัฒนาภาพอนาคตเชิงระบบ

กระบวนการวิเคราะห์ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

1. การสกัดประเด็นสำคัญจากเอกสารเพื่อระบุสัญญาณการเปลี่ยนแปลง (signals of change)
2. การจัดหมวดหมู่ข้อมูลตามธีมและปัจจัยขับเคลื่อน
3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงระบบของปัจจัย ทั้งเชิงเหตุ–ผลหลายทิศทางและโครงสร้างอิทธิพล รวมถึงกลไกการป้อนกลับ
4. การสังเคราะห์เพื่อพัฒนารูปแบบเชิงแนวคิดบทบาทพยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์ส
5. การวิเคราะห์ฉากทัศน์และนัยในอนาคต (scenario-based analysis) โดยอาศัยการสังเคราะห์ข้อมูลจากแนวโน้มสำคัญ (megatrends) ปัจจัยขับเคลื่อน (driving forces) สัญญาณการเปลี่ยนแปลง (signals of change) และประเด็นความไม่แน่นอนที่ปรากฏจากเอกสารวิชาการ รายงานเชิงนโยบาย และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพดิจิทัล เมตาเวิร์ส และวิชาชีพการพยาบาล จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความเชื่อมโยงเชิงระบบทั้งในมิติความสัมพันธ์เชิงเหตุผล (systemic causality) โครงสร้างอิทธิพลของปัจจัย และพลวัตของการป้อนกลับ (dynamic feedback loop) เพื่อพัฒนาฉากทัศน์อนาคตที่เป็นไปได้ของบทบาทพยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์ส ทั้งด้านการปฏิบัติงาน สมรรถนะวิชาชีพ ระบบบริการสุขภาพ และนโยบายกำกับดูแล โดยใช้กระบวนการตีความ

เชิงเปรียบเทียบและการสังเคราะห์เชิงเหตุผลจากข้อมูลเอกสารหลายแหล่ง เพื่อสร้างความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับแนวโน้มและความเป็นไปได้ของบทบาทพยาบาลในอนาคต ภายใต้กรอบแนวคิดการมองอนาคตเชิงระบบ (Amer et al., 2013; Bishop et al., 2007; Voros, 2003)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยจากการวิเคราะห์เอกสารวิชาการ การสังเคราะห์เชิงแนวคิด และการมองอนาคตเชิงระบบ สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้เป็น 3 ส่วน ตามวัตถุประสงค์การศึกษา ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์แนวโน้มและปัจจัยขับเคลื่อนในอนาคตของอาชีพพยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์ส

ผลการวิจัยพบว่า แนวโน้มและปัจจัยขับเคลื่อนในอนาคตมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดขึ้นของโรงพยาบาลเมตาเวิร์สและอาชีพพยาบาลในบริบทดังกล่าว โดยสามารถจำแนกเป็นปัจจัยหลัก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยขับเคลื่อนที่เอื้อต่อการเกิดอาชีพพยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์ส

ปัจจัยขับเคลื่อนในอนาคต	บทบาทสำคัญต่อแนวโน้มและการเปลี่ยนแปลง
การเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพ	ระบบบริการสุขภาพมีแนวโน้มพัฒนาไปสู่ - รูปแบบผสมผสานระหว่างโลกความเป็นจริง โลกออนไลน์และโลกเมตาเวิร์ส ทำให้เพิ่ม - ความยืดหยุ่น - ความต่อเนื่อง - การเข้าถึงบริการ - เอื้อต่อการเกิดพื้นที่ให้บริการพยาบาลในสภาพแวดล้อมเสมือนจริง
ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีดิจิทัลและเมตาเวิร์ส	เทคโนโลยีเสมือนจริง แพลตฟอร์มเมตาเวิร์ส และระบบสุขภาพดิจิทัล สนับสนุนให้เกิด - การจัดตั้งโรงพยาบาลเมตาเวิร์ส - มีการจ้างงานพยาบาลและบุคลากรสุขภาพเข้าปฏิบัติงานจริงผ่านอาวตาร
พฤติกรรมและความคาดหวังของผู้รับบริการสุขภาพ	ผู้รับบริการมีแนวโน้มต้องการบริการสุขภาพที่ - สะดวก - รวดเร็ว - ไม่จำกัดสถานที่และเวลา ส่งผลให้การบริการพยาบาลในโลกเสมือนจริงได้รับการยอมรับมากขึ้น
การเปลี่ยนแปลงรูปแบบแรงงานวิชาชีพการพยาบาล	การเปลี่ยนแปลงรูปแบบแรงงานวิชาชีพการพยาบาล รูปแบบการปฏิบัติงานของพยาบาลมีแนวโน้มเปลี่ยนไปสู่ - การทำงานที่ยืดหยุ่นมากขึ้น - การทำงานข้ามแพลตฟอร์มดิจิทัล - การปฏิบัติงานควบคู่ระหว่างโลกจริงและโลกเสมือนส่งผลให้พยาบาลต้องปรับตัวด้านสมรรถนะดิจิทัล การสื่อสารเสมือนจริง และการให้บริการสุขภาพผ่านระบบเมตาเวิร์สมากขึ้น

2. ผลการพัฒนาและนำเสนอรูปแบบฉากทัศน์ของบทบาทพยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์ส

จากการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงแนวคิด การวิเคราะห์เอกสารวิชาการด้านสุขภาพดิจิทัล เมตาเวิร์ส และการพยาบาล รวมถึงการมองอนาคตของระบบบริการสุขภาพ ผลการศึกษาสามารถพัฒนาและนำเสนอ รูปแบบบทบาทพยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์ส ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของการเกิดขึ้นของโรงพยาบาลบนแพลตฟอร์มเมตาเวิร์สที่มีการดำเนินงานจริง และมีการจ้างงานบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาลให้ปฏิบัติงานในสภาพแวดล้อมเสมือนจริงอย่างเป็นระบบ โดยมีรายละเอียดสำคัญ ดังนี้

2.1 การเกิดขึ้นของโรงพยาบาลในเมตาเวิร์สและการจัดการระบบการทำงานของพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลในเมตาเวิร์สมีแนวโน้มถูกพัฒนาให้เป็น "โรงพยาบาลเสมือนจริง" (virtual hospital) ที่มีโครงสร้างการบริหารจัดการใกล้เคียงกับโรงพยาบาลในโลกความเป็นจริง ทั้งในด้านการกำหนดบทบาทหน้าที่ ระบบเวลาการทำงาน และการกำกับมาตรฐานวิชาชีพ โดยโรงพยาบาลดังกล่าวมีการรับสมัครและจ้างพยาบาลให้เข้าปฏิบัติงานตามตารางเวลาที่กำหนด (scheduled working hours) ผ่านระบบแพลตฟอร์มดิจิทัลของโรงพยาบาลเมตาเวิร์ส

พยาบาลที่เข้าปฏิบัติงานต้องลงทะเบียนยืนยันตัวตนทางวิชาชีพในโลกความเป็นจริง และเชื่อมโยงข้อมูลดังกล่าวเข้าสู่ระบบของโรงพยาบาลเมตาเวิร์ส เพื่อให้เกิดความโปร่งใสและสามารถตรวจสอบความรับผิดชอบทางวิชาชีพได้

2.2 การสร้างและกำหนดอัตลักษณ์อาวตารพยาบาล

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า บทบาทพยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์สมีลักษณะเด่น คือ การปฏิบัติงานผ่านอวตาร ที่ถูกออกแบบให้มีรูปลักษณ์และอัตลักษณ์ใกล้เคียงกับพยาบาลจริงในโลกความเป็นจริง โดยกระบวนการสร้างอวตารประกอบด้วย การใช้ภาพถ่ายจริงของพยาบาลจากหลายมุมมอง การป้อนข้อมูลพื้นฐาน เช่น ส่วนสูง น้ำหนัก สัดส่วนร่างกาย การออกแบบสีหน้า ท่าทาง และลักษณะการเคลื่อนไหวให้สอดคล้องกับบุคลิกภาพจริง นอกจากนี้ โรงพยาบาลเมตาเวิร์สยังมีการกำหนดเครื่องแบบพยาบาลของอวตาร ตามมาตรฐานขององค์กร เพื่อสะท้อนความเป็นวิชาชีพ ความน่าเชื่อถือ และภาพลักษณ์ของระบบบริการสุขภาพ แม้การปฏิบัติงานจะอยู่ในโลกเสมือนจริงก็ตาม

2.3 ขอบเขตและลักษณะการให้บริการพยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์ส

ผลการศึกษาพบว่า แม้พยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์สจะไม่สามารถดำเนินหัตถการทางกายภาพโดยตรง เช่น การฉีดยา การให้ยา หรือการทำหัตถการที่ต้องสัมผัสร่างกายผู้ป่วยได้ แต่บทบาทการพยาบาลยังคงครอบคลุมกิจกรรมสำคัญตามหลักการพยาบาล ได้แก่ การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ การซักประวัติและประเมินอาการเบื้องต้นผ่านอาวตารของผู้ป่วย การติดตามอาการและผลลัพธ์ทางสุขภาพ การให้คำแนะนำด้านการดูแลตนเองและการส่งเสริมสุขภาพ การทำงานร่วมกับแพทย์ผ่านอวตารในกระบวนการวางแผนการดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติงานดังกล่าวดำเนินการภายใต้กระบวนการพยาบาล (nursing process) และการตัดสินใจเชิงวิชาชีพ โดยอาศัยข้อมูลสุขภาพดิจิทัลและระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์เป็นฐานข้อมูลสำคัญ

2.4 การบูรณาการการทำงานระหว่างโลกทั้งสามระดับ

ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลเมตาเวิร์สมีบทบาทเป็นจุดเชื่อมโยงของโลกทั้งสามระดับ ได้แก่ โลกความเป็นจริง (Physical World) โลกออนไลน์หรือโซเชียลเน็ตเวิร์ก (Online/Social Network World) และโลกเมตาเวิร์ส (Metaverse World) ส่งผลให้พยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์ส มีบทบาทมากขึ้นด้านการสื่อสารและประสานงานกับผู้ป่วยและทีมสุขภาพผ่านโลกชั้นที่ 2 เช่น กลุ่มไลน์ แอปพลิเคชันของโรงพยาบาลเมตาเวิร์ส หรือแพลตฟอร์มสื่อสารเฉพาะด้านสุขภาพ เพื่อเสริมความต่อเนื่องของการดูแลและการติดตามอาการนอกเวลาปฏิบัติงานในเมตาเวิร์ส

2.5 การเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลในโลกความเป็นจริง

ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นว่า โรงพยาบาลเมตาเวิร์สมีแนวโน้มพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือกับโรงพยาบาลในโลกความเป็นจริง โดยเฉพาะในกรณีของผู้ป่วยอวตารที่มีความจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาหรือหัตถการทางกายภาพ พยาบาลในเมตาเวิร์สสามารถทำหน้าที่ประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลในเครือในโลกจริง ทั้งในรูปแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยรูปแบบดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า โรงพยาบาลเมตาเวิร์สไม่ได้ทดแทนระบบบริการสุขภาพเดิม แต่ทำหน้าที่เป็นพื้นที่เสริม (complementary healthcare space) ที่ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ ความต่อเนื่องของการดูแล และประสิทธิภาพของระบบสุขภาพโดยรวม

2.6 สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษานำเสนอฉากทัศน์อนาคตของโรงพยาบาลเมตาเวิร์สว่าเป็นระบบบริการสุขภาพรูปแบบใหม่ที่มีความเป็นไปได้สูง ภายใต้บริบทของการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีดิจิทัล โดยบทบาทพยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์สมีแนวโน้มพัฒนาไปสู่การเป็นผู้ให้บริการสุขภาพเชิงดิจิทัล ผู้ประสานการดูแลข้ามโลก และผู้ใช้เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

3. ผลการวิเคราะห์ผลกระทบและนัยในอนาคตต่อระบบบริการสุขภาพและวิชาชีพการพยาบาล

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การเกิดขึ้นของโรงพยาบาลเมตาเวิร์สและบทบาทพยาบาลในบริบทดังกล่าว มีแนวโน้มก่อให้เกิดผลกระทบและนัยสำคัญในหลายมิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลกระทบและนัยของบทบาทพยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์ส

มิติผลกระทบ	แนวโน้มผลกระทบที่สำคัญ	ตัวอย่างหลักฐานสนับสนุน
ด้านคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแล	การให้บริการพยาบาลในสภาพแวดล้อมเสมือนจริงที่เชื่อมโยงกับระบบโรงพยาบาล มีแนวโน้มส่งเสริมความต่อเนื่องของการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย	telehealth และ clinical decision support ช่วยเพิ่ม patient safety
ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ	โรงพยาบาลเมตาเวิร์สช่วยเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะผู้ที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่	telemedicine เพิ่มการเข้าถึงและลดระยะเวลารอคอย
ด้านความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพ	การใช้พื้นที่เสมือนจริงช่วยลดภาระของสถานพยาบาลในโลกความเป็นจริง และเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร	digital health ลดต้นทุนและเพิ่ม efficiency ระบบ
ด้านบทบาทและสมรรถนะของพยาบาล	พยาบาลจำเป็นต้องพัฒนาสมรรถนะใหม่ เช่น การสื่อสารผ่านอวตาร การใช้เทคโนโลยีเสมือนจริง และการจัดการข้อมูลสุขภาพดิจิทัล	digital nursing competency เน้น informatics และ data literacy
ด้านกลไกกำกับดูแลและนโยบายสาธารณสุข	มีความจำเป็นต้องพัฒนากฎหมาย มาตรฐาน และนโยบายรองรับการทำงานพยาบาลในสภาพแวดล้อมเมตาเวิร์ส	นโยบายสุขภาพดิจิทัลเน้น telehealth, data privacy, cybersecurity

จากผลการวิเคราะห์ พบความเชื่อมโยงเชิงระบบระหว่างปัจจัยขับเคลื่อน รูปแบบบทบาทพยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์ส และผลกระทบในอนาคต โดยปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีดิจิทัลและ เมตาเวิร์ส การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้รับบริการ การขยายตัวของระบบสุขภาพดิจิทัล และข้อจำกัดด้านทรัพยากร ซึ่งผลักดันให้เกิดบทบาท "พยาบาลดิจิทัลเชิงบูรณาการ (integrated digital nurse)" ที่มีพฤติกรรมสำคัญ เช่น การให้คำปรึกษาและประเมินอาการผ่านอวตาร การติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่องในระบบเสมือน การประสานงานสหวิชาชีพผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล และการใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการตัดสินใจ บทบาทดังกล่าวมีแนวโน้มยกระดับคุณภาพ ความปลอดภัย และการเข้าถึงบริการ รวมถึงความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพ ขณะเดียวกันก่อให้เกิดความท้าทายด้านสมรรถนะวิชาชีพและความจำเป็นในการพัฒนากลไกกำกับดูแล สะท้อนถึงการเปลี่ยนผ่านเชิงระบบของวิชาชีพการพยาบาลในยุคสุขภาพดิจิทัลในอนาคต

4. ผลการศึกษาฉากทัศน์สำคัญของอาชีพพยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์สในอนาคต

ผลการวิเคราะห์เชิงแนวคิดและการมองอนาคตจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัย และกรณีศึกษาการพัฒนาเมตาเวิร์สระดับเมืองของประเทศเกาหลีใต้ โดยเฉพาะโครงการ Seoul Metaverse ซึ่งมีความก้าวหน้าอย่างเป็นรูปธรรมในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัล และการให้บริการสาธารณะในโลกเสมือนพบว่า การเกิดขึ้นของโรงพยาบาลเมตาเวิร์สมีความเป็นไปได้สูงในอนาคต และส่งผลโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทและรูปแบบการทำงานของอาชีพพยาบาล โดยสามารถสรุปฉากทัศน์สำคัญได้ ดังนี้

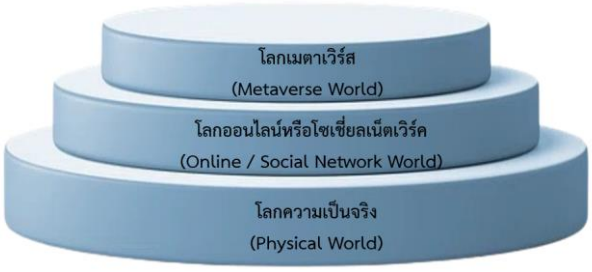
4.1 ฉากทัศน์การทำงานของพยาบาลผ่านอวตารในโรงพยาบาลเมตาเวิร์ส

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลในอนาคตมีแนวโน้มปฏิบัติงานผ่านอวตาร (avatar-based nursing practice) ภายในโรงพยาบาลเมตาเวิร์สที่ถูกออกแบบให้มีสภาพแวดล้อมใกล้เคียงกับโรงพยาบาลในโลกความเป็นจริง ทั้งในด้านโครงสร้างอาคาร ห้องตรวจ ห้องให้คำปรึกษา และพื้นที่บริการสุขภาพเสมือนจริง

การสร้างอวตารของพยาบาลมีแนวโน้มใช้ข้อมูลจากบุคคลจริง ได้แก่ รูปลักษณ์จากภาพถ่ายหลายมุม ข้อมูลส่วนสูง น้ำหนัก และลักษณะทางกายภาพอื่น ๆ เพื่อสะท้อนอัตลักษณ์วิชาชีพ และสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ โดยอวตารจะสวมเครื่องแบบพยาบาลตามมาตรฐานที่โรงพยาบาลเมตาเวิร์สกำหนด ซึ่งช่วยคงภาพลักษณ์และความน่าเชื่อถือของวิชาชีพพยาบาลในสภาพแวดล้อมเสมือนจริง และพบว่า แม้พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติการทางกายภาพ เช่น การฉีดยา หรือการให้การพยาบาลเชิงหัตถการได้โดยตรงในโลกเมตาเวิร์ส แต่สามารถทำหน้าที่ด้านการให้คำปรึกษา การประเมินอาการเบื้องต้น การติดตามอาการ การให้สุขศึกษา และการทำงานร่วมกับอาวตารของแพทย์ รวมถึง AI ทางการแพทย์ เพื่อสนับสนุนกระบวนการตัดสินใจทางคลินิกตามหลักการพยาบาลอย่างเป็นระบบ

4.2 ฉากทัศน์ระบบการให้บริการพยาบาลในโลกซ้อน 3 ชั้น

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการให้บริการพยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์สมีแนวโน้มดำเนินไปในลักษณะของ ระบบโลกซ้อน 3 ชั้น (Three-layered World Integration) ได้แก่ ชั้นที่ 1 โลกความเป็นจริง (Physical World) ชั้นที่ 2 โลกออนไลน์หรือโซเชียลเน็ตเวิร์ค (Online/Social Network World) และชั้นที่ 3 โลกเมตาเวิร์ส (Metaverse World) ดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 ระบบโลก 3 ชั้น

โดยทั้งสามโลกทำงานเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ โรงพยาบาลเมตาเวิร์สทำหน้าที่เป็นพื้นที่กลางในการให้บริการและประสานงาน ขณะที่การสื่อสารและการติดตามผู้ป่วยบางส่วนดำเนินการผ่านแพลตฟอร์มบนเครือข่ายออนไลน์ เช่น กลุ่ม LINE แอปพลิเคชันของโรงพยาบาล หรือแพลตฟอร์มดิจิทัลเฉพาะด้านการแพทย์และการพยาบาล

ในกรณีที่ผู้ป่วยอวตารมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลทางกายภาพ ผลการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลเมตาเวิร์สมีแนวโน้มเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลในโลกความเป็นจริงที่มีข้อตกลงความร่วมมือกัน โดยพยาบาลและทีมสุขภาพในโลกจริงจะเป็นผู้ดำเนินการรักษาทั้งในรูปแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทำให้เกิดความต่อเนื่องของบริการระหว่างโลกทั้งสามระดับ

4.3 ฉากทัศน์บทบาทพยาบาลในฐานะผู้จัดการการดูแลสุขภาพดิจิทัลร่วมกับ AI

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า บทบาทของพยาบาลมีแนวโน้มพัฒนาไปสู่การเป็นผู้จัดการการดูแลสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Care Manager) ที่ทำงานร่วมกับระบบปัญญาประดิษฐ์ (AI) อย่างใกล้ชิด พยาบาลจะใช้ข้อมูลสุขภาพจากอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยสามารถจัดหาได้เอง เช่น Wearable devices อุปกรณ์ติดตามชีพจร ความดันโลหิต ระดับน้ำตาล หรือพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อนำมาวิเคราะห์ ติดตาม และคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพในเชิงรุก (predictive and preventive care) โดย AI ทำหน้าที่สนับสนุนการประมวลผลข้อมูล ขณะที่พยาบาลใช้ดุลยพินิจเชิงวิชาชีพในการประเมิน ให้คำแนะนำ และวางแผนการดูแลที่เหมาะสม ดังแผนภาพที่ 3



แผนภาพที่ 3 การทำงานร่วมกัน ระหว่างพยาบาล-AI-อุปกรณ์

ฉากทัศน์นี้สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลจะสามารถใช้ศักยภาพของวิชาชีพได้อย่างเต็มรูปแบบ ทั้งด้านการดูแลเชิงมนุษยธรรม การสื่อสาร การตัดสินใจ และการประสานงานข้ามระบบ

4.4 ฉากทัศน์ระบบข้อมูลสุขภาพและ Nurse Informatics ในโรงพยาบาลเมตาเวิร์ส

ผลการศึกษาพบว่า ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และบทบาทของ Nurse Informatics เป็นกลไกสำคัญในการรองรับการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์ส โดยข้อมูลสุขภาพจากทั้งสามโลกจะถูกบูรณาการเข้าสู่ระบบเดียวกัน ภายใต้หลักการกำหนดสิทธิการเข้าถึงข้อมูลตามบทบาทหน้าที่ โดยพยาบาลมีหน้าที่บันทึก วิเคราะห์ และใช้ข้อมูลอย่างมีจริยธรรม ควบคู่กับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและความมั่นคงปลอดภัยของระบบสารสนเทศ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความน่าเชื่อถือและความยั่งยืนของโรงพยาบาลเมตาเวิร์สในอนาคต

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า บทบาทพยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์สมีลักษณะสำคัญ ได้แก่ การให้บริการพยาบาลผ่านสภาพแวดล้อมเสมือน การประเมินและติดตามอาการผู้ป่วยผ่านระบบดิจิทัล การปฏิบัติงานร่วมกับเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ ตลอดจนการประสานการดูแลระหว่างโลกความเป็นจริง โลกออนไลน์ และโลกเมตาเวิร์ส ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า อาชีพพยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์สมีความเป็นไปได้เชิงระบบภายใต้การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพดิจิทัล และมิได้เป็นเพียงแนวคิดเชิงเทคโนโลยีเท่านั้น แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของบทบาทพยาบาล รูปแบบการทำงาน และพื้นที่การให้บริการสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพในศตวรรษที่ 21 ที่มุ่งเน้นความยืดหยุ่น การเข้าถึงบริการ และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ (Topol, 2019; World Health Organization [WHO], 2016)

1. การเกิดโรงพยาบาลเมตาเวิร์สกับการขยายพื้นที่วิชาชีพพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า บทบาทพยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์สครอบคลุมทั้งการประเมินอาการเบื้องต้น การให้คำปรึกษาสุขภาพ การติดตามอาการ การประสานการดูแล และการให้บริการผ่านสภาพแวดล้อมเสมือนร่วมกับระบบดิจิทัล ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าบทบาทของพยาบาลมิได้จำกัดอยู่เฉพาะการปฏิบัติงานในสถานพยาบาลทางกายภาพอีกต่อไป แต่ขยายไปสู่การดูแลผู้ป่วยผ่านพื้นที่บริการสุขภาพดิจิทัลและโลกเสมือนมากขึ้น โดยผลการศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า โรงพยาบาลเมตาเวิร์สมีแนวโน้มทำหน้าที่เป็น "พื้นที่บริการสุขภาพเสริม" ของระบบบริการสุขภาพ มากกว่าการทดแทนโรงพยาบาลในโลกความเป็นจริง โดยเป็นพื้นที่ที่ช่วยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การติดตามสุขภาพระยะยาว และการเข้าถึงบริการสุขภาพผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด hybrid healthcare system ที่ผสานการดูแลในสถานพยาบาลจริงเข้ากับการดูแลผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล (WHO, 2019)

ในบริบทดังกล่าว บทบาทพยาบาลไม่ได้ถูกลดทอนลงจากข้อจำกัดด้านหัตถการทางกายภาพ แต่กลับขยายไปสู่บทบาทด้านการประเมิน การให้คำปรึกษา การติดตามอาการ และการจัดการการดูแล ซึ่งเป็นแก่นสำคัญของวิชาชีพพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานของ มารุทัปปุ และคณะ (Maruthappu et al., 2015) ที่ชี้ว่า การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสามารถเพิ่มคุณค่าให้บทบาทบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะในมิติของการดูแลเชิงป้องกันและการดูแลต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อัล บาลฮาริธ และ อาโบชัยเกาะห์ (Al Baalharith & Aboshaiqah 2024) ที่พบว่า ระบบบริการสุขภาพเสมือนและโรงพยาบาลดิจิทัลกำลังส่งผลให้บทบาทพยาบาลเปลี่ยนแปลงไปสู่การเป็นผู้ประสานการดูแล ผู้จัดการข้อมูลสุขภาพ และผู้ให้บริการสุขภาพผ่านแพลตฟอร์มเสมือน โดยพยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล การสื่อสารทางไกล และการตัดสินใจเชิงคลินิกในบริบทเสมือนมากขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า โรงพยาบาลเมตาเวิร์สอาจเป็นอีกพัฒนาการสำคัญของระบบสุขภาพดิจิทัลที่ขยายขอบเขตการปฏิบัติงานของพยาบาลในอนาคต

2. ระบบโลกซ้อน 3 ชั้นกับความต่อเนื่องของการพยาบาล

การบูรณาการการทำงานระหว่างโลกความเป็นจริง โลกออนไลน์ และโลกเมตาเวิร์ส เป็นประเด็นสำคัญที่ช่วยอธิบายความเป็นไปได้ของบทบาทพยาบาลในอนาคต ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การสื่อสารผ่านโลกออนไลน์

เช่น แอปพลิเคชันของโรงพยาบาลหรือโซเชียลเน็ตเวิร์ค ทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมระหว่างการให้บริการในเมตา-เวิร์สกับการดูแลในชีวิตจริง โดยแนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับกรอบ continuum of care ที่เน้นความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยในทุกช่วงเวลาและทุกบริบท (WHO, 2016) โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ประสานการดูแลหลัก (care coordinator) ซึ่งผลการศึกษานี้ช่วยขยายกรอบแนวคิดดังกล่าวไปสู่บริบทของโลกเสมือนจริงอย่างเป็นรูปธรรม

3. บทบาทพยาบาลร่วมกับปัญญาประดิษฐ์ด้านการแพทย์และพยาบาล (Medical and Nursing AI) และการดูแลเชิงคาดการณ์

ผลการศึกษาพบว่า บทบาทพยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์สมีแนวโน้มพัฒนาไปสู่การเป็นผู้จัดการการดูแลสุขภาพดิจิทัลที่ทำงานร่วมกับปัญญาประดิษฐ์ด้านการแพทย์และพยาบาล โดยใช้ข้อมูลจากอุปกรณ์สุขภาพส่วนบุคคลของผู้ป่วยในการติดตาม วิเคราะห์ และคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพ ซึ่งในประเด็นนี้สอดคล้องกับแนวคิด predictive and preventive medicine ซึ่ง โทพอล (Topol, 2019) ระบุว่า บุคลากรสุขภาพในอนาคตจะต้องทำงานร่วมกับ AI เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการตัดสินใจ ขณะที่ยังคงบทบาทด้านมนุษยสัมพันธ์ จริยธรรม และการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งเป็นจุดแข็งของวิชาชีพพยาบาล ผลการศึกษานี้จึงสนับสนุนมุมมองที่ว่าปัญญาประดิษฐ์ด้านการแพทย์และพยาบาล หรือพยาบาลปัญญาประดิษฐ์ (Nursing AI) ไม่ได้ทดแทนพยาบาล แต่ทำหน้าที่เสริมศักยภาพให้พยาบาลสามารถใช้ความรู้และดุลยพินิจเชิงวิชาชีพได้อย่างเต็มที่มากขึ้น

4. Nurse Informatics

การเน้นบทบาทของ Nurse Informatics ในโรงพยาบาลเมตาเวิร์สสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการข้อมูลสุขภาพ การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และความมั่นคงปลอดภัยของระบบสารสนเทศ ซึ่งเป็นประเด็นที่องค์การอนามัยโลก (WHO, 2020b) ระบุว่าเป็นความท้าทายหลักของระบบสุขภาพดิจิทัลทั่วโลก พยาบาลในบริบทเมตาเวิร์สจึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะด้านสารสนเทศสุขภาพ ควบคู่กับจริยธรรมวิชาชีพ เพื่อรักษาความเชื่อมั่นของสังคมต่อระบบบริการสุขภาพรูปแบบใหม่ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาหลักสูตรการอบรม และนโยบายกำกับดูแลวิชาชีพให้สอดรับกับบริบทดังกล่าว

5. นัยเชิงนโยบายและการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลในประเทศไทย

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับกรณีศึกษาการพัฒนา Seoul Metaverse ของประเทศเกาหลีใต้ ผลการศึกษาชี้ว่า ประเทศไทยยังอยู่ในระยะเริ่มต้นของการพัฒนาเมตาเวิร์สด้านสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม กรอบแนวคิดจากการศึกษานี้สามารถใช้เป็นฐานในการวางแผนนโยบาย การพัฒนากำลังคน และการกำหนดบทบาทพยาบาลในอนาคต การเตรียมความพร้อมด้านกฎหมาย มาตรฐานวิชาชีพ และระบบสนับสนุน จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การนำแนวคิดโรงพยาบาลเมตาเวิร์สมาใช้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อระบบสุขภาพและประชาชน

สรุป

การศึกษานี้มุ่งนำเสนอการศึกษาเชิงแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์ส ภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพดิจิทัล โดยอาศัยการสังเคราะห์องค์ความรู้และการมองอนาคต เพื่ออธิบายความเป็นไปได้ของการเกิดโรงพยาบาลในโลกเมตาเวิร์สซึ่งทำหน้าที่เชื่อมโยงการให้บริการสุขภาพระหว่างโลกความเป็นจริง โลกออนไลน์ และโลกเมตาเวิร์สเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า โรงพยาบาลเมตาเวิร์สมีศักยภาพในการเป็นพื้นที่เสริมของระบบบริการสุขภาพ โดยพยาบาลสามารถปฏิบัติงานผ่านอวตารในสภาพแวดล้อมเสมือนจริง เพื่อให้บริการด้านการพยาบาลที่ไม่เกี่ยวข้องกับหัตถการทางกายภาพ เช่น การให้คำปรึกษา การประเมินอาการเบื้องต้น การติดตามอาการ และการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ การบูรณาการการทำงานระหว่างโลกทั้งสามระดับช่วยสนับสนุนความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วย และเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในอนาคต นอกจากนี้ บทบาทพยาบาลมีแนวโน้ม

เปลี่ยนแปลงไปสู่การเป็นผู้จัดการการดูแลสุขภาพดิจิทัล ทำงานร่วมกับเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์และระบบสารสนเทศสุขภาพ เพื่อใช้ข้อมูลสุขภาพในการตัดสินใจ การดูแลเชิงรุก และการคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ จริยธรรม และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

โรงพยาบาลเมตาเวิร์สและบทบาทพยาบาลในบริบทดังกล่าว สะท้อนถึงทิศทางการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลในอนาคต ที่มุ่งใช้ศักยภาพของความเป็นพยาบาลอย่างเต็มรูปแบบควบคู่กับเทคโนโลยีดิจิทัล การเตรียมความพร้อมด้านสมรรถนะ กำลังคน และกลไกกำกับดูแลที่เหมาะสม จะเป็นปัจจัยสำคัญในการสนับสนุนการปรับตัวของวิชาชีพพยาบาลและระบบบริการสุขภาพไทยให้สอดรับกับการเปลี่ยนแปลงในยุคดิจิทัลอย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. เป็นการศึกษาเชิงแนวคิดที่อาศัยการสังเคราะห์จากเอกสาร ยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์จากการปฏิบัติจริงในบริบทของไทย ความเป็นไปได้ที่นำเสนอจึงเป็นการคาดการณ์จากหลักฐานทางวิชาการ
2. กรอบแนวคิดพัฒนาจากหลักฐานของประเทศที่ก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสูง เช่น สาธารณรัฐเกาหลี ซึ่งอาจมีบริบทด้านโครงสร้างพื้นฐาน นโยบาย และวัฒนธรรมที่แตกต่างจากประเทศไทย
3. เทคโนโลยีเมตาเวิร์สยังอยู่ในระยะพัฒนาและมีความผันผวน ฉากทัศน์ที่นำเสนออาจต้องปรับปรุงเมื่อเทคโนโลยีเปลี่ยนแปลง
4. การศึกษายังไม่ได้ให้ข้อมูลเชิงลึกในประเด็นกฎหมายและจริยธรรมที่ซับซ้อน เช่น ความรับผิดทางกฎหมายเมื่อเกิดความผิดพลาด การคุ้มครองข้อมูลข้ามพื้นที่เสมือน และมาตรฐานการออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

หน่วยงานด้านสาธารณสุขและองค์กรกำกับวิชาชีพควรพัฒนานโยบายและกรอบการกำกับดูแลที่ชัดเจน เพื่อรองรับการเกิดขึ้นของโรงพยาบาลเมตาเวิร์ส และการปฏิบัติงานของพยาบาลในสภาพแวดล้อมเสมือนจริง โดยครอบคลุมประเด็นด้านมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลในโลกดิจิทัล จริยธรรมวิชาชีพ ความรับผิดชอบทางวิชาชีพ การคุ้มครองข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และความปลอดภัยทางไซเบอร์ ทั้งนี้ควรกำหนดขอบเขตบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในโรงพยาบาลเมตาเวิร์สให้สอดคล้องกับกฎหมายและบริบทของระบบบริการสุขภาพไทย

2. ข้อเสนอแนะเชิงระบบบริการสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพควรเตรียมความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัล โดยพัฒนาแพลตฟอร์มโรงพยาบาลเมตาเวิร์สที่สามารถเชื่อมโยงการให้บริการระหว่างโลกความเป็นจริง โลกออนไลน์ และโลกเมตาเวิร์สได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการบูรณาการระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ข้อมูลจากอุปกรณ์สุขภาพส่วนบุคคลของผู้ป่วย และระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพทั้งเชิงรับและเชิงรุก อันจะช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพและลดความเหลื่อมล้ำในการดูแลผู้ป่วยในอนาคต

3. ข้อเสนอแนะเชิงการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล

สถาบันการศึกษาพยาบาลและองค์กรวิชาชีพควรส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลด้านเทคโนโลยีดิจิทัล การพยาบาลในสภาพแวดล้อมเสมือนจริง การใช้ข้อมูลสุขภาพและปัญญาประดิษฐ์ รวมถึงบทบาทด้าน nursing informatics เพื่อเตรียมความพร้อมพยาบาลให้สามารถปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเมตาเวิร์สได้อย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้ ควรสนับสนุนการเรียนรู้ตลอดชีวิตและการพัฒนาทักษะใหม่ ๆ เพื่อให้พยาบาลสามารถใช้ศักยภาพทางวิชาชีพได้อย่างเต็มรูปแบบในบริบทของการดูแลสุขภาพยุคดิจิทัล

สำหรับพยาบาล ควรพัฒนาศักยภาพหรือสมรรถนะตนเองให้มีความเข้าใจในบริบทของเมตาเวิร์ส ทักษะในการใช้งานอุปกรณ์ดิจิทัล การพัฒนาทักษะใหม่ ๆ อยู่เสมอ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเมต้าเวิร์สได้ในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยในอนาคตทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อประเมินความเป็นไปได้ ผลลัพธ์ และผลกระทบของการนำโรงพยาบาลเมตาเวิร์สมาใช้ในระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการศึกษานำร่องเกี่ยวกับบทบาทพยาบาล การยอมรับของผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ ผลต่อคุณภาพการดูแล ความปลอดภัยของผู้ป่วย ความคุ้มค่าของระบบ และเพิ่มตัวอย่างคำถามวิจัยที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยระหว่างบริการในเมตาเวิร์สกับแบบดั้งเดิม ความพร้อมและทัศนคติของพยาบาลไทยต่อการทำงานในโรงพยาบาลเมตาเวิร์ส ทั้งนี้ผลการวิจัยเชิงประจักษ์จะเป็นฐานข้อมูลสำคัญในการกำหนดนโยบายและพัฒนาระบบบริการพยาบาลในอนาคตอย่างเหมาะสม

References

Al Baalharith, I. M., & Aboshaiqah, A. E. (2024). Virtual healthcare revolution: Understanding nurse competencies and roles. *SAGE Open Nursing, 10*, 23779608241271703. https://doi.org/10.1177/23779608241271703

Amer, M., Daim, T. U., & Jetter, A. (2013). A review of scenario planning. *Futures, 46*, 23–40. https://doi.org/10.1016/j.futures.2012.10.003

Bishop, P., Hines, A., & Collins, T. (2007). The current state of scenario development: An overview of techniques. *Foresight, 9*(1), 5–25. https://doi.org/10.1108/14636680710727516

Buchan, J., Catton, H., & Shaffer, F. (2022). *Sustain and retain in 2022 and beyond: The global nursing workforce and the COVID-19 pandemic*. International Centre on Nurse Migratio. https://shorturl.asia/um4eJ

Buchan, J., Duffield, C., & Jordan, A. (2015). 'Solving' nursing shortages: Do we need a new agenda? *Journal of Nursing Management, 23*(5), 543–545. https://doi.org/10.1111/jonm.12315

Kataria, S., Kedia, A. K., & Ravindran, V. (2023). Metaverse: Evolving role in healthcare delivery and implications. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh, 53*(3), 186-191. https://doi.org/10.1177/14782715231189900

Lee, L. H., Braud, T., Zhou, P., Wang, L., Xu, D., Lin, Z., Kumar, A., Bermejo, C., & Hui, P. (2021). All one needs to know about metaverse: A complete survey on technological singularity, virtual ecosystem, and research agenda. *Journal of Latex Class Files, 14*(8), 1–66. https://pengyuan-zhou.github.io/papers/metaversearxiv.pdf

Maruthappu, M., Barnett-Vanes, A., Shalhoub, J., & Finlayson, A. (2014). Redefining global health-care delivery. *The Lancet, 383*(9918), 694. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60255-5

Maruthappu, M., Sood, H. S., & Keogh, B. (2015). Radically upgrading diabetes prevention in England. *Lancet Diabetes & Endocrinology, 3*(5), 312–313.https://doi.org/10.1016/S2213-8587(15)00079-0

Office of the National Digital Economy and Society Commission. (2022). *Thailand digital economy and society development plan*. https://hdl.handle.net/1885/278715

Sharma, M., & Sharma, S. (2023). A holistic approach to remote patient monitoring, fueled by ChatGPT and Metaverse technology: The future of nursing education. *Nurse Education Today, 131*, 105972. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105972

Topol, E. (2019). *Deep medicine: How artificial intelligence can make healthcare human again*. Basic Books.

Voros, J. (2003). A generic foresight process framework. *Foresight, 5*(3), 10–21. https://doi.org/10.1108/14636680310698379

World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_39-en.pdf

World Health Organization. (2019). *Recommendations on digital interventions for health system strengthening: WHO guideline*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241550505

World Health Organization. (2020a). *Global strategy on digital health 2020–2025*. https://www.who.int/docs/default-source/documents/gs4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf

World Health Organization. (2020b). *State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279

World Health Organization. (2021). *Global strategy on digital health 2020–2025*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924

Yang, Y., Zhou, Z., Li, X., Xue, X., Hung, P. C. K., & Yangui, S. (2023). Metaverse for healthcare: Technologies, challenges, and vision. *International Journal of Crowd Science, 7*(4), 190–199. https://doi.org/10.26599/IJCS.2023.9100020

The Development of a Surveillance and Continuous Care System for Psychiatric Patients with Substance Abuse and High Risk of Violence through Community Participation in the Service Area of Mukdahan Hospital

การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตบริการโรงพยาบาลมุกดาหาร

Kobsak	Pimanpang*	กอบศักดิ์	พิมานแพง*
Kamonporn	Poodaen**	กมลพร	ภูแด่น**

Abstract

Continued drug use damages the brain areas that control thought and emotion, resulting in a lack of self-control and potentially leading to aggressive and violent behavior towards oneself, one's family, and the community. This can result in a high risk of violence for psychiatric patients with substance abuse disorders. This research and development aimed to develop and evaluate the effectiveness of a surveillance and continuous care system for psychiatric patients with substance abuse and a high risk of violence through community participation mechanisms in the service area of Mukdahan Hospital. The study proceeded by three phases: (1) situation analysis from key informants; (2) development of a prototype system; and (3) effectiveness evaluation, using a pretest-posttest design with independent experimental and control groups (33 each). The participants were psychiatric patients with substance abuse and a high risk of violence, selected by purposive sampling. Instruments included the continuous surveillance and care system, in-depth interview guidelines, the Overt Aggression Scale (OAS), and the Prasri Violence Severity Scale (PVSS). Data were analyzed using descriptive statistics, ANCOVA, and GEE.

The findings from Phase 1 revealed three systemic problems: (1) decreased observation of risky behaviors and warning signs; (2) discontinuity in community care; and (3) community fear related to the problem. In Phase 2, a prototype system was developed comprising two processes: surveillance of violent behavior and prevention of repeated violence. In Phase 3, the effectiveness of the surveillance and continuity-of-care system was evaluated. The experimental group had significantly lower aggressive behavior scores and violence risk severity scores than the control group at each monthly follow-up ($p < 0.001$). Overall, the mean difference in aggressive behavior scores between the control and experimental group was 0.70 (95% CI: 0.49–0.90, $p < 0.001$). Similarly, the overall mean difference in violence risk severity scores was 5.79 (95% CI: 4.44–7.14, $p < 0.001$) with lower scores observed in the experimental group.

These findings indicate that the system was effective. Therefore, it should be further implemented in high-risk areas as a step toward provincial-level implementation. This expansion should involve the integration of relevant agencies and community stakeholders to establish community-level operational teams.

Keywords: Community participation; Continuous care; Primary care; Psychiatric patients with substance abuse; Violent behavior

* Corresponding author, Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute; e-mail: kobsak.pi@pi.ac.th

** Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Received 5 January 2026; Revised 9 February 2026; Accepted 18 February 2026

บทคัดย่อ

การใช้ยาเสพติดอย่างต่อเนื่องจะเกิดการทำลายบริเวณสมองที่ควบคุมความคิดและอารมณ์ ส่งผลให้ผู้ใช้ขาดการยับยั้งชั่งใจ และอาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน นำไปสู่การเป็นผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตบริการโรงพยาบาลมุกดาหาร ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ (1) ศึกษาสถานการณ์จากผู้ให้ข้อมูล (2) พัฒนาระบบต้นแบบ และ (3) ประเมินประสิทธิผลโดยวัดผลก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สุ่มแบบเจาะจงตามเกณฑ์ เครื่องมือประกอบด้วย ระบบการเฝ้าระวังและดูแลต่อเนื่อง แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และแบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ ANCOVA และ GEE

ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบปัญหาเชิงระบบ 3 ประการ ได้แก่ (1) การสังเกตพฤติกรรมเสี่ยงและสัญญาณเตือนลดลง (2) การดูแลในชุมชนขาดความต่อเนื่อง และ (3) ชุมชนมีความหวาดกลัวต่อปัญหาดังกล่าว ระยะที่ 2 ได้พัฒนาระบบต้นแบบ ประกอบด้วย 2 กระบวนการ ได้แก่ การเฝ้าระวังพฤติกรรมก่อความรุนแรง และการป้องกันการก่อความรุนแรงซ้ำ ระยะที่ 3 ได้ประเมินประสิทธิผลของระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่อง พบว่าในการติดตามผลทุกเดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและคะแนนระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยภาพรวม ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากับ 0.70 (95% CI: 0.49–0.90, $p < 0.001$) เช่นเดียวกัน ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยภาพรวมเท่ากับ 5.79 (95% CI: 4.44–7.14, $p < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าระบบดังกล่าวมีประสิทธิผล ดังนั้นจึงควรขยายการดำเนินงานไปยังพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อเป็นขั้นตอนสู่การนำระบบไปใช้ในระดับจังหวัด โดยการขยายการดำเนินงานควรบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อจัดตั้งทีมดำเนินงานระดับชุมชน

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน การดูแลต่อเนื่อง การดูแลปฐมภูมิ ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด พฤติกรรมรุนแรง

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
e-mail: kobsak.pi@bcns.ac.th
** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

วันที่รับบทความ 5 มกราคม 2569 วันที่แก้ไขบทความ 9 กุมภาพันธ์ 2569 วันที่ตอบรับบทความ 18 กุมภาพันธ์ 2569

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการแพร่ระบาดของยาเสพติด เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสังคมไทย มีผู้ใช้รายใหม่เพิ่มจำนวนขึ้นทุกวัน ขณะที่ผู้ใช้รายเดิมก็ยังคงการใช้อย่างต่อเนื่องต่อไป โดยเฉพาะปัญหาการใช้ยาบ้ามีสัดส่วนที่ใหญ่ที่สุด พบร้อยละ 66.5 รองลงมาเป็นการใช้ยาแก้ไอผสมน้ำกระท่อม ร้อยละ 24.3 ไอซ์ ร้อยละ 3.9 สารระเหย ร้อยละ 3.7 และทามาดอล ร้อยละ 1.6 (National Statistical Office, 2023) การใช้ยาเสพติดอย่างต่อเนื่องจะเกิดการทำลายสมองส่วนควบคุมความคิดและอารมณ์ ส่งผลให้ผู้ใช้ขาดการยับยั้งชั่งใจ หงุดหงิดฉุนเฉียว อารมณ์ร้อน และแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน นำไปสู่การเป็นผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) โดยมีอาการหวาดระแวง ประสาทหลอน หูแว่ว และหลงผิด (Department of Mental Health, 2018)

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะเกิดการกำเริบของโรคและพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงอย่างรวดเร็ว เนื่องจากการเสพสารเสพติดซ้ำ ร่วมกับมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ หรือหยุดกินยารักษา จึงส่งผลให้เกิดอาการแสดงที่เป็นสัญญาณเตือน เช่น แยกตัว หงุดหงิด พูดบ่นคนเดียว สะสมอาวุธ หรือขู่อาฆาต โดยตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 กำหนดให้ผู้ดูแล หรือครอบครัว หรือผู้พบเหตุต้องแจ้งตำรวจเพื่อนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่ระบบรักษาโรงพยาบาลทันที เพื่อความปลอดภัยสาธารณชน ในการนี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงต้องพัฒนาระบบเฝ้าระวังตั้งแต่ในระดับชุมชน ระบบการส่งต่อฉุกเฉิน ระบบการรักษาในโรงพยาบาล และระบบติดตามต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อลดภาวะอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและสาธารณชน และโรงพยาบาลมุกดาหาร มีผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด 2 ปีย้อนหลัง (2565-2566) เพิ่มจาก 372 เป็น 541 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีการก่อความรุนแรง มีจำนวนเพิ่มจาก 212 เป็น 262 ราย และในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยมีการก่อความรุนแรงซ้ำ จำนวน 215 ราย (Mukdahan Hospital, 2024) ซึ่งจากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่า ครอบครัวสังเกตสัญญาณเตือนน้อยลง ไม่รู้กระบวนการแจ้งเหตุ และการดูแลในชุมชนไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยหยุดรักษา เสพซ้ำ ชุมชนหวาดกลัว

การเฝ้าระวังและป้องกันผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เป็นการสังเกตพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย โดยครอบครัวและชุมชน เพื่อนำผู้ป่วยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลใกล้บ้าน โดยการแจ้งตำรวจ ฝ่ายปกครอง ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อพบสัญญาณเตือน ซึ่งการเฝ้าระวังและป้องกันผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงซ้ำ มี 2 ส่วน ประกอบด้วย การเฝ้าระวังการก่อความรุนแรง และการป้องกันการก่อความรุนแรงซ้ำ (Department of Mental Health, 2023) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมิน วินิจฉัยโรค และให้การดูแลที่เหมาะสมตามสภาพปัญหารายบุคคลโดยสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถจำหน่ายกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน ได้รับการป้องกันไม่ให้กำเริบและกลับมาเป็นซ้ำ หรือไม่ก่อความรุนแรงซ้ำทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบงานวิจัยการดูแลเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย (Wijitphanya et al., 2022) โดยจะต้องบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน 4 ด้าน ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล และการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Cohen & Uphoff, 1986) เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง ซึ่งมีผู้ทำการวิจัยไว้แล้วพบว่า ภาพรวมการมีส่วนร่วมมีผลต่อการส่งเสริมและพัฒนาการดำเนินงานแก้ไขและป้องกันปัญหายาเสพติดในชุมชน (Fansim & Sodsong, 2021; Saloo & Yenyuak, 2023)

นอกจากการมีส่วนร่วมแล้ว การพยาบาลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน 4 ด้าน ประกอบด้วย การดูแลตนเอง การดูแลด้านป้องกัน การดูแลอย่างต่อเนื่อง และการประสานความร่วมมือ (Krainuwat & Koshakri, 2018) ซึ่งเป็นแนวทางให้บริการตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพโดยตรง ที่เน้นการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยมีครอบครัว ผู้ดูแล และเครือข่ายทางสังคมทำหน้าที่เป็นผู้ให้การดูแล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและ

ครอบครัวให้ดีขึ้นภายใต้บริบทชุมชน ซึ่งมีผู้ทำการวิจัยไว้แล้วพบว่า การพยาบาลโดยใช้ชุมชนเป็นฐานมีผลต่อการดูแลตนเอง และการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วย (Suntaphun et al., 2020)

ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในเขตบริการโรงพยาบาลมุกดาหาร มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและพบการก่อความรุนแรงซ้ำจำนวนมาก สาเหตุสำคัญมาจากปัญหาเชิงระบบของการดูแลในชุมชนไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำจนอาการกำเริบ ครอบครัวขาดทักษะการสังเกตสัญญาณเตือนและการแจ้งเหตุฉุกเฉิน และชุมชนมีความหวาดกลัวและกังวลต่อความปลอดภัย ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีระบบเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องที่ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมสำหรับกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตบริการโรงพยาบาลมุกดาหาร เพื่อสร้างระบบดูแลต่อเนื่อง ยั่งยืน ลดความเสี่ยงรุนแรงในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในเขตบริการโรงพยาบาลมุกดาหาร
2. เพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตบริการโรงพยาบาลมุกดาหาร

สมมติฐานการวิจัย

ประสิทธิผลระบบการเฝ้าระวังและดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตพื้นที่โรงพยาบาลมุกดาหาร กับการพยาบาลตามมาตรฐานรูปแบบเดิม แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา (R&D) แบบ R1D1-R2D2 แบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ (R1: situation analysis) ระยะที่ 2 พัฒนาต้นแบบ (D1: model development) และระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผล (R2/D2: evaluation/effectiveness assessment) (Tayraukhum, 2014) เพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตบริการโรงพยาบาลมุกดาหาร โดยบูรณาการ 3 แนวคิดหลัก ประกอบด้วย

1. แนวคิดการเฝ้าระวังและป้องกันผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Department of Mental Health, 2023) ซึ่งมี 2 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) การเฝ้าระวังการก่อความรุนแรง โดยเน้นสังเกตพฤติกรรมเสี่ยงและสัญญาณเตือน 5 ข้อหลัก คือ ไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว และหวาดระแวง และ (2) การป้องกันการก่อความรุนแรงซ้ำ โดยเน้นกระบวนการดูแลที่เหมาะสมในชุมชนด้วย 4 ขั้นตอนย่อย คือ คัดกรองเบื้องต้น ประสานส่งต่อรับบริการ บำบัดรักษาในสถาน-พยาบาล และดูแลต่อเนื่องในชุมชน
2. แนวคิดการมีส่วนร่วม (Cohen & Uphoff, 1986) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การเฝ้าระวังและการป้องกันประสบความสำเร็จและมีความยั่งยืน แบ่งการมีส่วนร่วมเป็น 4 ด้าน ได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยการร่วมกำหนดปัญหาและแนวทางการดำเนินงาน (2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยเครือข่าย

ในชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ตำรวจ อปท. และ รพ.สต.) เพื่อเฝ้าระวังและสนับสนุนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (3) การมีส่วนร่วมในการได้รับผลประโยชน์ เพื่อสร้างความรับผิดชอบ ความต่อเนื่องและความยั่งยืนของดำเนินงาน และ (4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงระบบ

3. แนวคิดการพยาบาลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Krainuwat & Koshakri, 2018) เพื่อสร้างกลไกทางคลินิกและความต่อเนื่องของการดูแลในบริบทของชุมชน มี 4 ประกอบหลัก ได้แก่ (1) การดูแลตนเอง เพื่อเสริมความรู้และทักษะแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการอาการและการดำรงชีวิตประจำวัน (2) การดูแลด้านป้องกันการกำเริบของโรคและภาวะทุพพลภาพ ด้วยการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนและปรับสภาพแวดล้อม (3) การดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยจัดระบบติดตามเยี่ยมบ้านและดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาล และ (4) การประสานความร่วมมือ โดยการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพและเครือข่ายในชุมชน เพื่อบูรณาการการดูแลให้ครอบคลุมมิติกาย จิตใจ และสังคม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) แบบ R1D1-R2D2 โดยแบ่งดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับการรักษา ณ ห้องตรวจจิตเวช กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร และได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน จำนวน 541 คน (Mukdahan Hospital, 2024) โดยเข้ารับบริการระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึง เดือนสิงหาคม 2568

กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรได้ ผู้วิจัยจึงกำหนดวิธีการคัดเลือกและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามระยะการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ (R1: situation analysis) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 30 คน โดยวิธีการคัดเลือกแบบโควตา จาก 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 10 คน (จิตแพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพประจำห้องตรวจจิตเวช 4 คน และพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด 4 คน)
2. กลุ่มผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว และญาติของผู้ป่วย จำนวน 10 คน
3. กลุ่มเครือข่ายการมีส่วนร่วมโดยชุมชน จำนวน 10 คน (ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ตำรวจ อปท. และ รพ.สต. กลุ่มละ 2 คน)

ระยะที่ 2 พัฒนาต้นแบบ (D1: model development) โดยการวางแผนพัฒนาระบบต้นแบบด้วยแนวคิดวงจรคุณภาพ (PDCA) แล้วนำไปทดลองใช้ (try-out) พร้อมตรวจสอบ และประเมินผล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้ระยะนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีลักษณะที่กำหนดไว้ในต้นแบบที่พัฒนาขึ้น ซึ่งเข้ารับการรักษา ณ ห้องตรวจจิตเวช โรงพยาบาลมุกดาหาร จำนวน 30 คน (Kijpreeda-brisut, 2017) โดยคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เช่นเดียวกับระยะที่ 3

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผล (R2/D2: evaluation/effectiveness assessment) โดยเปรียบเทียบสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในระยะนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับการรักษา ณ ห้องตรวจจิตเวช กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาล

มุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร และได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนสิงหาคม 2568 จำนวน 66 คน ซึ่งไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างในระยะพัฒนาต้นแบบ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ได้รับการพยาบาลตามต้นแบบระบบเฝ้าระวังและดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 33 คน

2. กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานรูปแบบเดิม โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตน การสนับสนุนผู้ป่วยของครอบครัว รวมทั้งการประเมินด้านสุขภาพจิต การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และการประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 33 คน

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power Version 3.1.9.7 กำหนดค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ค่าอำนาจการทดสอบ ร้อยละ 90 โดยอ้างอิงจากงานวิจัยของ อัชฌา หร่ายลอย และคณะ (Railoy et al., 2024) และปรับเพิ่มอัตราการสูญหาย ร้อยละ 20 โดยอ้างอิงจากงานวิจัยของ ธนิดา ธนโชติพิพิธ และคณะ (Thanachotpipit et al., 2020) และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) มีดังนี้ (1) อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชสารเสพติด (F12x และ F15x) (2) เคยมีประวัติก่อความรุนแรง ประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) คะแนนตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป (3) มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ประเมินโดยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (PVSS) คะแนนตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป (4) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ (5) ไม่เคยเป็นกลุ่มตัวอย่างในระยะพัฒนาต้นแบบ หรือการทดลองใช้ (6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมายให้ความยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ต้องโทษจำคุกมากกว่า 1 เดือนขึ้นไป

เกณฑ์การนำอาสาสมัครออกจากการทดลอง (withdrawal of participant criteria) มีดังนี้ (1) ขาดการเข้ากิจกรรมจนครบ (2) ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมติดต่อกันมากกว่า 3 ครั้ง (3) ขาดนัดติดตามอาการ มากกว่า 3 เดือน (4) ย้ายที่อยู่ไปต่างจังหวัด หรือไม่สามารถติดต่อได้มากกว่า 3 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ใช้ในระยะที่ 3 คือ ระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตบริการโรงพยาบาลมุกดาหาร ประกอบด้วย (1) การเฝ้าระวังการก่อความรุนแรง ด้วยการฝึกอบรมเครือข่ายให้สังเกตสัญญาณเตือน และ (2) การป้องกันการก่อความรุนแรงซ้ำ โดยเน้นการบำบัดรักษาโดยทีมสหวิชาชีพ การจัดการรายกรณี และการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องในชุมชน ดำเนินการติดตามและวัดผลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน โดยผู้วิจัยพัฒนาและปรับปรุงจากการบูรณาการแนวคิดการเฝ้าระวังและป้องกันผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Department of Mental Health, 2023) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วม (Cohen & Uphoff, 1986) และแนวคิดการพยาบาลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Krainuwat & Koshakri, 2018)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะที่ 1 ได้แก่

1) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเรื่อง การเฝ้าระวังและดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตพื้นที่โรงพยาบาลมุกดาหาร ซึ่งผู้วิจัยสร้างโดยใช้แนวคิดและทฤษฎีจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจากการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน (จิตแพทย์ 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพเฉพาะ-

ทางจิตเวช 1 ท่าน) พบว่า มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่า 0.50 และมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.87

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะที่ 2 และ 3 จำนวน 2 เครื่องมือ ได้แก่

1) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) โดย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Department of Mental Health, 2020) เป็นการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง ต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูดและการแสดงออก และต่อทรัพย์สิน เพื่อตัดสินระดับความก้าวร้าวรุนแรง โดยใช้คะแนนสูงสุดตามที่ประเมินลักษณะพฤติกรรม ซึ่งแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ (1) ระดับกึ่งเร่งด่วน (semi-urgency) OAS =1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มปานกลาง ต้องจัดการภายใน 24 ชั่วโมง (2) ระดับเร่งด่วน (urgency) OAS = 2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีอาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนัก ต้องจัดการภายใน 2 ชั่วโมง และ (3) ระดับฉุกเฉิน (emergency) OAS = 3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จนเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนักมาก ต้องจัดการทันที และจากการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน (จิตแพทย์ 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางจิตเวช 1 ท่าน) พบว่า มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่า 0.50 และมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.89

2) แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (Prasri Violence Severity Scale: PVSS) โดย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Department of Mental Health, 2020) เป็นการประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเวช โดยสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติ ว่าในช่วง 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมาจนถึงวันที่ประเมินว่า ผู้ป่วยมีอาการหรือพฤติกรรมอย่างไร ด้วยคำถาม 9 ข้อ และหาข้อมูลแวดล้อมร่วมกับการสังเกตอาการผู้ป่วย เพื่อติดตามเฝ้าระวังและประเมินผลการบำบัดรักษาผู้ป่วย การแปลผลพิจารณาจากภาพรวมความเสี่ยงต่อความรุนแรงต่อผู้อื่น โดยมีคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 32 คะแนน แบ่งระดับคะแนน 3 ระดับ คือ (1) คะแนน 0-5 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับเล็กน้อย (2) คะแนน 6-13 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับปานกลาง และ (3) คะแนน 14-32 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นระดับสูง และจากการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน (จิตแพทย์ 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางจิตเวช 1 ท่าน) พบว่า มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่า 0.50 และมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมุกดาหาร หมายเลขการวิจัย MEC 02/68 วันที่อนุมัติ 9 ตุลาคม 2567 ซึ่งให้ความสำคัญและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างภายใต้หลัก 3 ประการ คือ (1) หลักความเคารพในบุคคล โดยผู้วิจัยชี้แจงสิทธิและให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมอย่างเป็นอิสระ และให้ผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมายต้องให้ความยินยอมร่วมด้วย กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือขอถอนตัวได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในลักษณะภาพรวมเท่านั้น (2) หลักคุณประโยชน์ และไม่ก่ออันตราย โดยระยะที่ 2 จะพัฒนาต้นแบบและปรับปรุงให้สมบูรณ์และปลอดภัยที่สุดก่อนนำไปใช้จริง และระยะที่ 3 กลุ่มควบคุมยังคงได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานรูปแบบเดิม เพื่อผู้ป่วยไม่เสียประโยชน์ทางการรักษาในขณะเข้าร่วมวิจัย และ (3) หลักความยุติธรรม โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่ชัดเจน กระจายผลประโยชน์อย่างเท่าเทียม และใช้การมีส่วนร่วมในการได้รับผลประโยชน์ให้ทั้งครอบครัวและชุมชนได้รับความ

ปลอดภัยและความสงบสุขจากการใช้ระบบนี้อย่างเท่าเทียมกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยและพัฒนา (R&D) ครั้งนี้ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 30 คน ระหว่างวันที่ 10-31 ตุลาคม 2567 เพื่อค้นหาปัญหา อุปสรรค และความต้องการสำหรับนำไปวิเคราะห์เชิงเนื้อหาในการร่างต้นแบบ

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบต้นแบบ ตามแนวคิดวงจรคุณภาพ (Deming, 2018) โดยผู้วิจัยร่วมกับจิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางจิตเวช พยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. ตำรวจ ผู้ใหญ่บ้าน และ อสม. รวมทั้งสิ้น 14 คน ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน-31 ธันวาคม 2567 ดังนี้

1. Plan: วางแผนการทดลองและพัฒนาระบบต้นแบบจากข้อมูลระยะที่ 1 (R1)
2. Do: ทดลองใช้ต้นแบบกับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับการรักษา ณ ห้องตรวจจิตเวช โรงพยาบาลมุกดาหาร จำนวน 30 คน ต่อเนื่อง 4 สัปดาห์
3. Check: ตรวจสอบและประเมินผลการทดลองใช้ รวมถึงปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ
4. Act: ปรับปรุงและแก้ไขต้นแบบตามผลการตรวจสอบให้เป็นฉบับสมบูรณ์

ระยะที่ 3 ผู้วิจัยนำต้นแบบที่ได้รับการปรับปรุงและแก้ไขไปดำเนินการทดลองใช้ ด้วยรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการดูแลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามต้นแบบระบบเฝ้าระวังและดูแลต่อเนื่องฯ และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานรูปแบบเดิม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ของข้อมูลเชิงคุณภาพ

ระยะที่ 2 ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อประเมินลักษณะพฤติกรรมและระดับความรุนแรงเบื้องต้นทั้งกลุ่มทดลองและควบคุม

ระยะที่ 3 ใช้สถิติ independent t-test ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มพบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังยืนยัน homogeneity ของ baseline แล้วจึงใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อยืนยันผลลัพธ์ของระบบที่พัฒนาขึ้น โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ดังนี้

1. ใช้สถิติ ANCOVA หลังปรับตัวแปรร่วมที่เหมาะสม เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สำหรับยืนยันประสิทธิผลที่แตกต่างกัน
2. ใช้สถิติ GEE วิเคราะห์ข้อมูลที่สัมพันธ์กันจากการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง สำหรับพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของคะแนน OAS และ PVSS ในแต่ละช่วงเวลา

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในเขตพื้นที่โรงพยาบาลมุกดาหาร

จากผลการวิเคราะห์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในเขตพื้นที่โรงพยาบาลมุกดาหาร พบปัญหา อุปสรรค และความต้องการ ประกอบด้วย

1.1 การเฝ้าระวังการก่อความรุนแรงในชุมชนพบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ตลอดจนชุมชน และเครือข่ายการเฝ้าระวังและป้องกันในชุมชน มีความต้องการและโอกาสในการพัฒนา เนื่องจากความเข้าใจและตระหนักในปัญหาและมีส่วนร่วมในการสังเกตพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดลดลง ไม่ทราบอาการและสัญญาณเตือนเริ่มต้นของการก่อความรุนแรงที่ชัดเจน และ

ไม่ทราบวิธีจัดการที่สอดคล้องกับสถานการณ์ ไม่เข้าใจกระบวนการแจ้งเหตุเมื่อพบผู้ป่วยมีสัญญาณเตือน จึงนำไปสู่การลดลงของประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการก่อความรุนแรงซ้ำ

1.2 การป้องกันการก่อความรุนแรงซ้ำ พบความต้องการและโอกาสในการพัฒนาการป้องกันการก่อความรุนแรงซ้ำในชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่ได้รับการจำหน่ายกลับบ้านมีอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำ มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์และเสพยาเสพติดซ้ำ ระดับการดูแลตนเองลดลง ขาดนัดติดตามและหยุดรับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาและความต้องการซับซ้อน และจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือในการดำเนินงานที่หลากหลายมิติ การดูแลในชุมชนไม่ต่อเนื่อง และชุมชนรู้สึกหวาดกลัวต่อปัญหา ส่งผลให้การมีส่วนร่วมในการดูแลและการสนับสนุนโดยชุมชนลดลง

สรุปได้ว่ามีปัญหาเชิงระบบที่จำเป็นต้องแก้ไขโดยเร่งด่วน 3 ประการ คือ การสังเกตพฤติกรรมเสี่ยงและสัญญาณเตือนลดลง การดูแลในชุมชนไม่ต่อเนื่อง และชุมชนหวาดกลัวต่อปัญหา ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและดูแลต่อเนื่องด้วยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ให้เกิดประสิทธิภาพ มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

2. ระบบการเฝ้าระวังและดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน

บูรณาการผลการวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และความต้องการ เพื่อสร้างระบบการเฝ้าระวังและดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มี 2 กระบวนการหลัก ประกอบด้วย การเฝ้าระวังการก่อความรุนแรง และการป้องกันการก่อความรุนแรงซ้ำ ด้วยกลไกการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ส่วนร่วมในการดำเนินงาน ส่วนร่วมในการได้รับผลประโยชน์ และส่วนร่วมในการประเมินผล เพื่อให้บริการดูแลต่อเนื่องในการดูแลตนเอง การดูแลด้านป้องกัน การดูแลอย่างต่อเนื่อง และการประสานความร่วมมือในการส่งเสริม ป้องกันโรค บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ และผลการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่าส่วนใหญ่มีแนวโน้มของพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง และเครือข่ายชุมชนมีความมั่นใจในการสังเกตสัญญาณเตือนภัยเพิ่มขึ้น ระบบมีความสอดคล้องกับบริบทของชุมชนและนำไปปฏิบัติได้จริง ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะจากการทดลองใช้มาปรับปรุงกระบวนการพยาบาลชุมชนและการจัดการรายกรณีให้มีความกระชับและชัดเจนยิ่งขึ้น จนได้เป็นต้นแบบระบบฯ (D1 Model) ที่มีความสมบูรณ์พร้อมทดสอบประสิทธิผลในระยะต่อไป ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระบบการเฝ้าระวังและดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตพื้นที่โรงพยาบาลมุกดาหาร

กระบวนการหลัก	กลไกการดำเนินงาน	กลไกการมีส่วนร่วม	กลไกการพยาบาลชุมชน
1. การเฝ้าระวังการก่อความรุนแรง	การฝึกอบรมครอบครัวและเครือข่าย สำหรับการสังเกตสัญญาณเตือนและการแจ้งเหตุฉุกเฉิน	1. การตัดสินใจ 2. การดำเนินงาน	1. การดูแลตนเอง 2. การดูแลด้านป้องกัน
2. การป้องกันการก่อความรุนแรงซ้ำ	1. การดูแลบำบัดฟื้นฟูโดยสหวิชาชีพ 2. การจัดการรายกรณี 3. การติดตามต่อเนื่องในชุมชน	1. การดำเนินงาน 2. การได้รับผลประโยชน์ 3. การประเมินผล	1. การดูแลอย่างต่อเนื่อง 2. การประสานความร่วมมือ

จากตารางที่ 1 ระบบที่พัฒนาขึ้นเป็นการเสริมสร้างความรู้และทักษะให้ผู้ป่วยและครอบครัวจัดการอาการโดยพยาบาลเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้สนับสนุนให้ครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลักในชุมชน ซึ่งแก้ไขปัญหาจากระยะที่ 1 ผ่านการฝึกทักษะสังเกตสัญญาณเตือน 5 ข้อ ให้เกิดการแจ้งเหตุฉุกเฉินที่รวดเร็ว รับประทานยาต่อเนื่อง และหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัวเฝ้าระวังและแก้ไขเบื้องต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

3. ประสิทธิผลระบบการเฝ้าระวังและดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตพื้นที่โรงพยาบาลมุกดาหาร

3.1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลจากการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงมีความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มการทดลอง

กลุ่มควบคุม เพศชาย ร้อยละ 100.0 มีอายุเฉลี่ย 31.9 ปี (SD = 9.14) ต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 52 ปี สถานภาพการสมรส ส่วนใหญ่โสด ร้อยละ 36.4 อาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 45.5 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 48.5 ชนิดสารเสพติดที่ใช้ ส่วนใหญ่ใช้ยาบ้า ร้อยละ 90.9 ระยะเวลาเฉลี่ยในการใช้สารเสพติด 7.1 ปี (SD = 5.36) ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 29 ปี และระเวลาเฉลี่ยที่ได้รับการวินิจฉัยป่วยเป็นโรคจิตเวช 4.1 ปี (SD = 3.32) ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 12 ปี

กลุ่มทดลอง เพศชาย ร้อยละ 100.0 มีอายุเฉลี่ย 33.6 ปี (SD = 8.92) ต่ำสุด 16 ปี สูงสุด 54 ปี สถานภาพการสมรส ส่วนใหญ่โสด ร้อยละ 48.5 อาชีพ ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 45.5 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 42.4 ชนิดสารเสพติดที่ใช้ ส่วนใหญ่ใช้ยาบ้า ร้อยละ 93.9 ระยะเวลาเฉลี่ยในการใช้สารเสพติด 7.5 ปี (SD = 5.26) ต่ำสุด 2 ปี สูงสุด 27 ปี และระเวลาเฉลี่ยที่ได้รับการวินิจฉัยป่วยเป็นโรคจิตเวช 5.1 ปี (SD = 4.97) ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 25 ปี

3.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 0.70 (95% CI: 0.49 – 0.90, $p < 0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ก่อนและหลังการทดลอง

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง	กลุ่มควบคุม (n = 33) M (SD)	กลุ่มทดลอง (n = 33) M (SD)	Mean difference	95% CI	p-value
ก่อนทดลอง	2.76 (0.44)	2.64 (0.63)	-	-	-
เดือนที่ 1	1.94 (0.75)	1.27 (0.76)	0.67	0.30 to 1.04	0.001
เดือนที่ 2	1.55 (0.67)	0.91 (0.68)	0.64	0.30 to 0.97	< 0.001
เดือนที่ 3	1.39 (0.86)	0.48 (0.57)	0.91	0.55 to 1.27	< 0.001
เดือนที่ 4	1.15 (0.67)	0.21 (0.49)	0.94	0.65 to 1.23	< 0.001
เดือนที่ 5	0.97 (0.85)	0.06 (0.24)	0.91	0.60 to 1.22	< 0.001
เดือนที่ 6	0.73 (0.84)	0.03 (0.17)	0.70	0.40 to 0.99	< 0.001
Overall (GEE)			**0.70**	**0.49 to 0.90**	**< 0.001**

หมายเหตุ: ใช้สถิติ ANCOVA สำหรับการเปรียบเทียบหลังการทดลอง และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ GEE สำหรับผลในภาพรวม (Overall) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 5.79 (95% CI: 4.44-7.14, $p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ก่อนและหลังการทดลอง

ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง	กลุ่มควบคุม (n = 33) M (SD)	กลุ่มทดลอง (n = 33) M (SD)	Mean difference	95% CI	p-value
ก่อนทดลอง	17.39 (2.60)	14.70 (2.77)	-	-	-
เดือนที่ 1	13.55 (3.91)	8.61 (4.74)	4.94	2.80 to 7.07	< 0.001
เดือนที่ 2	11.55 (3.85)	6.70 (4.31)	4.85	2.84 to 6.86	< 0.001
เดือนที่ 3	10.97 (4.46)	4.48 (3.67)	6.48	4.48 to 8.49	< 0.001
เดือนที่ 4	10.27 (3.83)	3.12 (2.93)	7.15	5.47 to 8.83	< 0.001
เดือนที่ 5	9.24 (4.25)	1.73 (1.92)	7.52	5.89 to 9.14	< 0.001
เดือนที่ 6	8.09 (3.74)	1.18 (1.21)	6.91	5.54 to 8.27	< 0.001
Overall (GEE)			**5.79**	**4.44 to 7.14**	**< 0.001**

หมายเหตุ: ใช้สถิติ ANCOVA สำหรับการเปรียบเทียบหลังการทดลอง และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ GEE สำหรับผลในภาพรวม (Overall) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล

1. ระบบการเฝ้าระวังและดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากผลการวิจัยพบปัญหาเชิงระบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในเขตบริการโรงพยาบาลมุกดาหาร ได้แก่ การสังเกตสัญญาณเตือนโดยครอบครัวลดลง การดูแลในชุมชนไม่ต่อเนื่อง และชุมชนวิตกกังวลด้านความปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ซารีนา ตะโละ และ นวรัตน์ ไวชมภู (Tahloh & Waichompu, 2024) ที่พบว่า สภาพปัญหาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมาจากขาดการเตรียมความพร้อมการส่งต่อเมื่อพฤติกรรมรุนแรงกำเริบ ญาติไม่สามารถจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่อง แนวทางการช่วยเหลือไม่ชัดเจน และมีความเสี่ยงก่อความรุนแรงซ้ำในครอบครัวและชุมชนในระดับสูง

ผลการวิจัย สะท้อนความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องฯ แบบบูรณาการในระดับชุมชน โดยพลังชุมชน และเพื่อชุมชน โดยนำแนวคิดการเฝ้าระวังการก่อความรุนแรงและการป้องกันการก่อความรุนแรงซ้ำมาใช้ (Department of Mental Health, 2023) ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินงาน ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผล (Cohen & Uphoff, 1986) เพื่อสร้างคุณค่า ความรู้สึกเป็นเจ้าของและความรับผิดชอบร่วมจากครอบครัวและชุมชน และบูรณาการแนวคิดการพยาบาล

โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Krainuwat & Koshakri, 2018) โดยปรับบทบาทพยาบาลจากผู้ให้การดูแลโดยตรงเป็นผู้สนับสนุน ให้เกิดกลไกการดูแลทางคลินิกที่เหมาะสม

การสร้างพลังชุมชนในการดูแลตนเองที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างยั่งยืนผ่านกระบวนการ PDCA ได้แก่ การวางแผนร่วมกัน การดำเนินงานในชุมชน การตรวจสอบผล และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง กลไกการทำงานประกอบด้วยการฝึกครอบครัวให้สามารถสังเกตสัญญาณเตือน 5 ข้อ และแจ้งเหตุฉุกเฉิน การจัดการรายกรณีโดยทีมสหวิชาชีพ การติดตามต่อเนื่องในชุมชน และการประเมินผลร่วมกัน ซึ่งกลไกลดังกล่าวช่วยลดช่องว่างในการเฝ้าระวัง เพิ่มทักษะครอบครัว เสริมพลังชุมชน และลดความวิตกกังวลด้านความปลอดภัย ส่งผลให้เกิดระบบการดูแลที่ต่อเนื่องและมีความยั่งยืน ซึ่งแตกต่างจากการพยาบาลตามรูปแบบเดิมที่เน้นโรงพยาบาลเป็นศูนย์กลาง การติดตามไม่สม่ำเสมอ และขาดการมีส่วนร่วมโดยตรงจากชุมชน ดังงานวิจัยของ ขัติยา แก้วสมบัติ และคณะ (Kaewsombat et al., 2024) ที่พบว่า การเสริมพลังร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดกลุ่มเสี่ยงสูง เช่นเดียวกับงานวิจัยของ เจตนา คันธาทิพย์ และ เนาวรัตน์ งามยิ่งยวด (Kantathip & Ngamyingyuad, 2025) ที่พบว่า การส่งเสริมความรู้ ทักษะ และการสนับสนุนทางสังคมแก่ครอบครัวและชุมชนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลต่อเนื่อง

2. ประสิทธิผลระบบการเฝ้าระวังและดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตพื้นที่โรงพยาบาลมุกดาหาร

ผลการวิจัย แสดงถึงประสิทธิผลของระบบการเฝ้าระวังและดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตพื้นที่โรงพยาบาลมุกดาหาร โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (MD = 0.70, 95% CI: 0.49-0.90, $p < 0.001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (MD = 5.79, 95% CI: 4.44-7.14, $p < 0.001$) ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม สะท้อนถึงประสิทธิภาพของระบบการเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องฯ ในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงซ้ำของผู้ป่วยจิต-เวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ รัตติยา สันเสรี และคณะ (Sanseree et al., 2024) ที่พบว่า การประเมินสัญญาณเตือนร่วมกับการจัดการอย่างเป็นระบบช่วยลดพฤติกรรมรุนแรงและป้องกันการเกิดซ้ำ และแม้ว่างานวิจัยของ กรองจิต วลัยศรี (Walaisri, 2023) พบว่า การเน้นบทบาทของผู้นำชุมชนให้เข้มแข็งเพื่อสร้างความเข้าใจและความตระหนักในชุมชนในการร่วมกำหนดมาตรการทางสังคมป้องกันแก้ไขการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดจะป้องกันกำเริบและลดความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงซ้ำของผู้ป่วยในชุมชนได้นั้น แต่ระบบที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้ได้ขยายขอบเขตเพิ่มเติมโดยเน้นการฝึกสังเกตสัญญาณเตือนเชิงโครงสร้างและการบูรณาการกลไกพยาบาลชุมชนเฉพาะทาง ทำให้เกิดกระบวนการดูแลต่อเนื่องตามวงจร Deming’s cycle ที่ขับเคลื่อนด้วยพลังชุมชนอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรจัดตั้งทีมเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ประกอบด้วย ฝ่ายปกครอง ตำรวจ ผู้นำชุมชน อปท. อสม. และบุคลากรสาธารณสุข อย่างน้อย 1 ทีม/ชุมชนที่มีความเสี่ยงสูง
2. ควรใช้และขยายผลต่อในโรงพยาบาลระดับทั่วไปที่มีความเสี่ยงสูงสู่ระดับจังหวัดต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาระบบติดตามและรายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมก้าวร้าวและระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

2. ควรศึกษาประสิทธิภาพการลดต้นทุนของระบบการเฝ้าระวังและดูแลต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ พญ.กันตินันท์ มหาสุวีระชัย ผอ.โรงพยาบาลมุกดาหาร นพ.เจริญชัย ยุทธวรวิทย์ พว.วรนุช เกราะชูกุล ผู้ให้การสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณ รศ. ดร.สุรชัย พิมหา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ปรึกษาการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

References

Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1986). *Participatory research and development for training and organization building*. International Food Policy Research Institute.

Deming, W. E. (2018). *Out of the crisis*. MIT Press.

Department of Mental Health. (2018). *Guidelines for the care of psychiatric patients with alcohol/drug/substance abuse at high risk of violence* (3rd ed.). Beyond Publishing. https://drive.google.com/file/d/1TZX-3sfJqbP6SJwWA6EaLL1Fadmephst/view

Department of Mental Health. (2020). *Manual for the care system of psychiatric patients with high risk of violence for institutions/hospitals under the Department of Mental Health*. Prosperous Plus. https://shorturl.asia/gEHlA

Department of Mental Health. (2023). *Standard operating procedures: SOPs severe mental illness–high risk to violence (V-Care)*. Beyond Publishing. https://dmh-elibrary.org/items/show/1394

Fansim, B., & Sodsong, K. (2021). The participation of youth in solving the drug problem of the organization Chiang Phin Subdistrict administration, Mueang District Udon Thani Province. *Journal of Dhammasuksa Research, 4*(2), 86–98. https://so07.tci-thaijo.org/index.php/dsr/article/view/1368/943 (in Thai)

Kaewsombat, K., Khunpiluek, I., Sujimongkol, C., & Wijitpanya, A. (2024). Contextual analysis of facilitators and barriers to community-based mental health service provision for patients with severe mental illness and substance users at high risk of violence: A multi-level mixed-methods study. *Research and Development Health System Journal, 17*(3), 157–171. (in Thai)

Kantathip, J., & Ngamyingyuad, N. (2025). The development of a community-based caregiver model for psychiatric patients with substance abuse in Ratchaburi Province. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life, 5*(2), 30–41. (in Thai)

Kijpreedabrisut, B. (2017). *Research methodology in public health* (10th ed.). Chamchuri Product.

Krainuwat, K., & Koshakri, R. (2018). (Eds.). *Community nursing* (Revised Edition). Mahidol University.

Mukdahan Hospital. (2024). *Report on performance indicators for mental health, psychiatry, and substance abuse for Health Region 10 inspection Round 1/2024*. Mukdahan Hospital.

National Statistical Office. (2023). *Executive summary: The opinion survey on the implementation of the action plan under the national policy and plan on prevention, suppression, and solution of drug problems, fiscal year 2023*. https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20231004110423_58942.pdf

Railoy, A., Harabutra, T., Saisut, K., Kwanmuang, W., Sriugsorn, N., & Kitisrivorapan, P. (2024). Development of a psychosocial program to reduce aggressive behavior in schizophrenia patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 38*(1), 94-114. (in Thai)

Saloo, O., & Yenyuak, C. (2023). Community leaders and participation in the prevention of drug-related problems in Saraburi Province: A case study. *Journal of Social Sciences and Humanities Association of Private Higher Education Institutions of Thailand, 29*(2), 36–45. (in Thai)

Sanseree, R., Meehoh, N., Tianual, K., & Wannakit, U. (2024). The development and effects of a clinical nursing practice guideline for amphetamine patients with aggressive behaviors in regional health 12. *Nursing Journal CMU, 51*(1), 186–203. (in Thai)

Suntaphun, P., Bussahong, S., Srisoem, C., & Vongtree, A. (2020). The effects of using self-help group on the mental health self–care behavior of schizophrenia patients, caregivers in community. *UMT Poly Journal, 17*(2), 50–61. (in Thai)

Tahloh, S., & Waichompu, N. (2024). Developing a care model for high-risk schizophrenia patients to prevent severe violence occurrences, Pattani Hospital. *Journal of Health Sciences and Pedagogy, 4*(2), 58–70. (in Thai)

Tayraukhum, S. (2014). Research and development: Method for research developing. *Journal of Research for Social and Community Development, Rajabhat MahaSarakham University, 1*(1), 2–11. https://so03.tci-thaijo.org/index.php/rdirmu/article/view/211157/146293 (in Thai)

Thanachotpipit, T., Sangruangake, M., Thowannang, R., Singhawara, P., & Sasoom, L. (2020). The effectiveness of Cognitive Behavioral Treatment (CBT) to reduce aggressive behaviors in psychiatric patients with amphetamine use disorder. *Research and Development Health System Journal, 13*(2), 377–387. https://shorturl.asia/0v8WT (in Thai)

Walaisri, K. (2023). Development of a care model for serious mental illness with high risk to violence in the community through the participation process of network partners, Selaphum District, Roi-et Province. *Journal of Environmental and Community Health, 8*(3), 909–917. (in Thai)

Wijitphanya, A., Suntarowit, N., Klubwong, M., & Nintachan, P. (2022). Development of a combined cognitive behavior therapy and self-control program for psychiatric patients having violent behaviors. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 36*(1), 120–147. (in Thai)

Stakeholders' Needs for Graduate Competencies and Educational Management of the Bachelor of Nursing Science Program at Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom: A Qualitative Study

ความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อสมรรถนะบัณฑิตพยาบาลและการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม: การวิจัยเชิงคุณภาพ

Chaiwat	Inchaiya*	ชัยวัฒน์	อินไชยา*
Arunrat	Utaisang**	อรุณรัตน์	อุทัยแสง**
Wassamon	Paprom*	วรรษมน	ปาพรม*
Jintapak	Jantakoat***	จินตพักตร์	จันทะโคตร***

Abstract

In an era of rapid health system transformation driven by technological advancements and rising societal expectations for quality care, nursing education must adapt its curricula to develop graduates whose competencies meet contemporary healthcare demands. This qualitative research aimed to explore stakeholders' needs regarding graduate competencies and educational management within the Bachelor of Nursing Science program at Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom. Thirty key informants were purposively selected from seven stakeholder groups, including administrators, multidisciplinary professionals, nurse educators, nursing students, alumni, service users, and community leaders. Data were collected through in-depth interviews, focus group discussions, and document analysis. The data were analyzed using inductive content analysis. The trustworthiness of the findings was ensured through data and methodological triangulation, as well as member checking.

The research findings revealed four main themes: (1) Desired Professional Competency: emphasizing digital health literacy, systems thinking, and the integration of simulation-based learning; (2) Ethics and Professional Morality: focusing on adherence to professional codes of conduct combined with humanized care; (3) Communication and Collaboration: highlighting language proficiency and multidisciplinary teamwork within a broader multicultural context; and (4) Learning and Self-Development: aiming to cultivate leadership and a growth mindset for adapting to future challenges. These findings align with the Program Learning Outcomes (PLOs) of the 2026 Bachelor of Nursing Science curriculum.

In conclusion, the study reflects the desired graduate competencies based on stakeholders' expectations. These findings provide crucial empirical evidence for curriculum development and nursing education management to effectively respond to health system dynamics and specific regional contexts.

Keywords: Nursing competence; Nursing curriculum; Outcome-based education; Qualitative research; Stakeholders

* Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University

** Corresponding author, Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University; e-mail: arunrat_takky@hotmail.com

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

Received 9 October 2025; Revised 7 March 2026; Accepted 9 April 2026

บทคัดย่อ

ในยุคที่ระบบสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและความคาดหวังของสังคมต่อคุณภาพบริการ ส่งผลให้การจัดการศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องปรับหลักสูตรให้สอดคล้องกับบริบทเพื่อพัฒนาบัณฑิตที่มีสมรรถนะตอบสนองต่อความต้องการของระบบสุขภาพปัจจุบัน การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อสมรรถนะบัณฑิตและการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจงจำนวน 30 คน จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 7 กลุ่ม ได้แก่ ผู้บริหาร บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ อาจารย์พยาบาล นักศึกษาพยาบาล ศิษย์เก่า ผู้ใช้บริการ และผู้นำชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการวิเคราะห์เอกสาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีตรวจสอบสามเส้าด้านแหล่งข้อมูลและวิธีการ รวมถึงการตรวจสอบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัยพบ 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) สมรรถนะทางวิชาชีพที่พึงประสงค์: เน้นความรู้เท่าทันเทคโนโลยีสุขภาพ การคิดวิเคราะห์เชิงระบบ และการจัดการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง (2) จริยธรรมและคุณธรรมวิชาชีพ: การยึดมั่นในจรรยาบรรณร่วมกับการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (3) การสื่อสารและการทำงานร่วมกัน: เน้นทักษะภาษาและการทำงานกับทีมสหวิชาชีพในบริบทพหุวัฒนธรรมที่กว้างขึ้น และ (4) การเรียนรู้และการพัฒนาตนเอง: เพื่อเสริมสร้างภาวะผู้นำและทัศนคติแบบเติบโตในการปรับตัวต่อความท้าทายในอนาคต ซึ่งข้อค้นพบทั้งหมดมีความสอดคล้องกับกรอบผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2569

โดยสรุป ผลการศึกษาได้สะท้อนภาพลักษณ์สมรรถนะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สำคัญในการพัฒนาหลักสูตรและการจัดการศึกษาพยาบาลให้ตอบสนองต่อพลวัตของระบบสุขภาพและบริบทเฉพาะของพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: สมรรถนะพยาบาล หลักสูตรพยาบาล การจัดการศึกษาโดยเน้นผลลัพธ์การเรียนรู้ การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
e-mail: arunrat_takky@hotmail.com
*** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

วันที่รับบทความ 9 ตุลาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 7 มีนาคม 2569 วันที่ตอบรับบทความ 9 เมษายน 2569

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันระบบสุขภาพทั่วโลกเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ ความคาดหวังของประชาชนต่อคุณภาพบริการที่สูงขึ้น ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่เข้ามามีบทบาทสำคัญในระบบบริการสุขภาพ (Aryuwat et al., 2025; World Health Organization [WHO], 2020) ปัจจัยเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการเตรียมบัณฑิตพยาบาลที่มีสมรรถนะเหมาะสมต่อการทำงานในบริบทที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา แนวทางสำคัญที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลเพื่อยกระดับคุณภาพการศึกษา คือ การจัดการศึกษาพยาบาลตามแนวคิดการศึกษาที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ (Outcome-Based Education: OBE) ควบคู่กับกรอบการประกันคุณภาพการศึกษาระดับนานาชาติ โดยเฉพาะเกณฑ์ ASEAN University Network-Quality Assurance (AUN-QA) ซึ่งมุ่งเน้นให้ผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning Outcomes) ที่ตอบสนองต่อความต้องการของสังคมและตลาดแรงงานในระดับภูมิภาค (Efendy & Aggari, 2025; Lkhagvaa et al., 2024) ขณะเดียวกัน ข้อมูลเชิงประจักษ์ยังยืนยันว่าการจัดการศึกษาในรูปแบบนี้ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและขีดความสามารถในการปฏิบัติงานของบัณฑิตพยาบาลให้สอดคล้องกับมาตรฐานที่ผู้บังคับบัญชาคาดหวังรวมถึงผู้รับบริการได้อย่างชัดเจน (Nagai et al., 2024)

ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีความพยายามร่วมกันในการปรับปรุงกรอบสมรรถนะพยาบาลเพื่อรองรับการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียน ประเทศไทย ในฐานะส่วนหนึ่งของประชาคมอาเซียนจึงต้องเร่งพัฒนาหลักสูตรพยาบาลให้สอดรับกับมาตรฐานสากล ทั้งในด้านการเรียนรู้ระบบสุขภาพข้ามวัฒนธรรมและการเทียบโอนหน่วยกิต (Nirotnun et al., 2020) นอกจากนี้ คณะกรรมการประสานงานด้านพยาบาลวิชาชีพอาเซียน (AJCCN) ยังได้กำหนดสมรรถนะหลัก 5 ด้าน ได้แก่ การปฏิบัติตามจริยธรรมและกฎหมาย การปฏิบัติวิชาชีพ ภาวะผู้นำและการจัดการ การศึกษาและการวิจัย และการพัฒนาวิชาชีพและคุณภาพงาน (Pukkhaow et al., 2022) ซึ่งเป็นบรรทัดฐานสำคัญที่สถาบันการศึกษาต้องนำมาปรับใช้ในการผลิตบัณฑิต

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม ตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย มีบทบาทหลักในการผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมและชุมชนท้องถิ่น โดยเฉพาะในบริบทชายแดนที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ปัจจุบันวิทยาลัยฯ อยู่ในช่วงการพัฒนา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2569) ซึ่งเป็นหลักสูตร 4 ปี ที่พัฒนาต่อเนื่องจากหลักสูตรเดิมตามวงรอบการประเมินคุณภาพ แม้ที่ผ่านมาสถาบันจะมีการประเมินผลการจัดการเรียนการสอนและหลักสูตรเป็นประจำทุกปี แต่การประเมินส่วนใหญ่อาศัยเพียงข้อมูลเชิงปริมาณและรายงานเชิงเอกสารจากผู้รับผิดชอบหลักสูตร ซึ่งอาจยังไม่สามารถสะท้อนความต้องการที่ลึกซึ้งและเท่าทันต่อพลวัตของระบบสุขภาพในสถานการณ์จริงได้ ที่สำคัญในปัจจุบัน คือ การขาดข้อมูลเชิงคุณภาพที่รวบรวมมุมมองลุ่มลึกจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) หลายกลุ่มในบริบทเฉพาะพื้นที่ชายแดน

การวิจัยครั้งนี้ถูกจัดทำขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2568 เพื่อให้สอดคล้องกับช่วงเวลาในการยกร่างหลักสูตรปี พ.ศ. 2569 โดยมุ่งเน้นการรับฟัง "เสียงสะท้อน" จากทั้งผู้บริหาร บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ อาจารย์พยาบาล นักศึกษาพยาบาล ศิษย์เก่า ผู้ใช้บริการ และผู้นำชุมชน ซึ่งเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงในการผลิตและใช้บัณฑิตพยาบาล ผลลัพธ์จากการศึกษาเชิงลึกนี้จะช่วยเติมเต็มข้อจำกัดของการประเมินหลักสูตรแบบเดิม และเป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ในการกำหนดทิศทางการจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับมาตรฐานนานาชาติ AUN-QA ควบคู่ไปกับความต้องการที่แท้จริงของชุมชนและระบบสุขภาพในอนาคตอย่างยั่งยืน และเป็นฐานข้อมูลที่ช่วยกำหนดทิศทางการปรับปรุงหลักสูตร การเรียนการสอน และการประเมินผลการเรียนรู้ให้ตอบสนองต่อทั้งมาตรฐานวิชาชีพ มาตรฐานนานาชาติ และบริบทของระบบสุขภาพในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อสมรรถนะบัณฑิตและการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาล-ศาสตรบัณฑิต

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (descriptive qualitative research) เพื่อศึกษาความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อสมรรถนะบัณฑิตและการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม สำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล นักวิจัยได้ใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติกำหนด เพื่อให้ได้ตัวแทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่ม ได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาล/หน่วยบริการ พยาบาลวิชาชีพ ศิษย์เก่า นักศึกษา และชุมชนท้องถิ่น ซึ่งมีประสบการณ์และมุมมองที่แตกต่างกันต่อหลักสูตรและผลผลิตบัณฑิต

การรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interviews) สนทนากลุ่ม (focus group discussions) ร่วมกับการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องในหลักสูตรและมาตรฐานวิชาชีพ (document analysis) เพื่อให้ได้ทั้งข้อมูลเชิงประสบการณ์โดยตรงและหลักฐานสนับสนุนจากเอกสาร วิธีการเหล่านี้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติที่ดีในงานวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ของวิธีการเก็บข้อมูลช่วยเพิ่มความสมบูรณ์และความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย (Ahmed, 2024; Flick, 2018; Noble & Heale, 2019) เพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ (trustworthiness) ผู้วิจัยใช้เทคนิคการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (data triangulation) เพื่อศึกษาแนวคิดที่ปรากฏมาจากหลากหลายแหล่งนั้นสามารถยืนยันกันได้หรือไม่ (Ahmed, 2024; Flick, 2018; Noble & Heale, 2019) นอกจากนี้ งานวิจัยเชิงคุณภาพจำนวนมากยังใช้กระบวนการ การตรวจสอบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล (member-checking) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการตีความ โดยให้นักวิจัยนำบทสรุปหรือถอดเทปการสัมภาษณ์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบว่าข้อค้นพบสะท้อนประสบการณ์ของพวกเขาอย่างแท้จริง วิธีการนี้ช่วยลดอคติของผู้วิจัย เพิ่มความน่าเชื่อถือ (credibility) ของข้อมูล และเป็นหนึ่งในแนวทางมาตรฐานในการสร้างความเที่ยงตรงของข้อมูลเชิงคุณภาพ (Candela, 2019)

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ถูกคัดเลือกแบบเจาะจง เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม กลุ่มผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย (1) ผู้บริหารและบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ รวมถึงบุคลากรสหสาขาวิชา เช่น แพทย์ เภสัชกร และนักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น (2) ผู้ใช้บัณฑิต ได้แก่ ผู้แทนจากหน่วยงานหรือองค์กรที่มีการรับบัณฑิตพยาบาลไปทำงาน ซึ่งสะท้อนถึงคุณสมบัติและสมรรถนะที่ตลาดแรงงานคาดหวัง (3) ศิษย์เก่าและนักศึกษาปัจจุบัน เพื่อสะท้อนประสบการณ์ตรงต่อหลักสูตรและการเรียนการสอน (4) ผู้รับบริการและครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากคุณภาพการบริการของบัณฑิตพยาบาล และ (5) ตัวแทนชุมชนและองค์กรท้องถิ่น เพื่อสะท้อนความต้องการเชิงสังคมและบทบาทของพยาบาลในบริบทพื้นที่

การเก็บข้อมูลดำเนินการผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งข้อมูลมีความอิ่มตัว (data saturation) คือ ไม่มีประเด็นใหม่เพิ่มเติมจากผู้ให้ข้อมูลกลุ่มต่าง ๆ รวมทั้งสิ้น 30 คน แบ่งเป็นผู้บริหารและบุคลากรสุขภาพ 12 คน ผู้ใช้บัณฑิต 5 คน ศิษย์เก่าและนักศึกษา 7 คน ผู้รับบริการและครอบครัว 3 คน และผู้แทนชุมชน 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ

ส่วนที่ 2 แนวคำถามปลายเปิดกึ่งโครงสร้าง (semi-structural interview guide) เกี่ยวกับความต้องการบัณฑิตพยาบาล ครอบคลุมความรู้ ทักษะ สมรรถนะ และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ และข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาหลักสูตร เช่น การเรียนการสอน การฝึกปฏิบัติ การประเมินผล ตัวอย่างคำถาม เช่น (1) ท่านคาดหวังให้บัณฑิตพยาบาลจากวิทยาลัยนี้มีความรู้และสมรรถนะในด้านใดเป็นพิเศษ (2) จากประสบการณ์ของท่าน การจัดการเรียนการสอนและการฝึกปฏิบัติของหลักสูตรปัจจุบันมีจุดแข็งและจุดที่ควรพัฒนาอย่างไร (3) ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไรในการปรับปรุงหลักสูตรและการจัดการศึกษาพยาบาล เพื่อให้บัณฑิตตอบสนองต่อบริบทสุขภาพและความต้องการของพื้นที่ได้ดียิ่งขึ้น เป็นต้น

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกภาคสนาม (field note) พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยเพื่อบันทึก วัน เวลา สถานที่ และบรรยากาศขณะเก็บข้อมูล รวมถึงการบันทึก "ข้อมูลประสบการณ์การใช้ชีวิต" ของผู้ให้ข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการตีความข้อมูลเชิงลึก เนื่องจากประสบการณ์การดำเนินชีวิต (lived experience) เป็นฐานคิดสำคัญที่หล่อหลอมความคาดหวังต่อสมรรถนะบัณฑิตที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ข้อมูลส่วนนี้จึงช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจบริบทและที่มาของความต้องการที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนออกมาได้อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น

ส่วนที่ 4 เครื่องบันทึกเสียง/โปรแกรมบันทึกเสียงในโทรศัพท์มือถือ ใช้บันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม โดยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนทุกครั้ง เพื่อให้สามารถถอดความและวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างถูกต้องครบถ้วน

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

เครื่องมือส่วนที่ 1-3 ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล การวิจัย และการพัฒนาหลักสูตร ผลการประเมินพบว่า ดัชนีความตรงของเนื้อหา (Index of Item–Objective Congruence: IOC) อยู่ในช่วง 0.89 ก่อนนำไปใช้จริง นักวิจัยได้ทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูล 3 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของถ้อยคำ ลำดับประเด็นคำถาม และระยะเวลาในการเก็บข้อมูล จากนั้นจึงปรับปรุงถ้อยคำและโครงสร้างคำถามให้เหมาะสม เข้าใจง่าย และครอบคลุมประเด็นการวิจัย ก่อนนำเครื่องมือไปใช้จริงในการเก็บข้อมูล เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือและสะท้อนประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลอย่างแท้จริง

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม ได้รับการรับรอง เลขที่ HE74/68 วันที่อนุมัติ 19 กุมภาพันธ์ 2568 และก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ขออนุญาตจากหน่วยงานต้นสังกัดของผู้ให้ข้อมูล เช่น โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้การดำเนินงานโปร่งใสและเคารพสิทธิของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยได้ดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรี สิทธิ และความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมตลอดกระบวนการ เกณฑ์สำคัญที่ยึดถือได้แก่ หลักการเคารพในสิทธิของบุคคล การคำนึงถึงประโยชน์และการไม่ก่อให้เกิดอันตราย และความยุติธรรมที่เท่าเทียมกัน ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้เข้าร่วมได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวโดยไม่เสียสิทธิ์ใด ๆ พร้อมทั้งรับรองว่าข้อมูลที่ให้ถูกเก็บเป็นความลับและใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น และข้อมูลถูกทำลายใน 1 ปี หลังงานวิจัยเสร็จสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลดำเนินการภายหลังโครงการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม โดยดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-มิถุนายน พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยได้ประสานงานและขออนุญาตจากหน่วยงานต้นสังกัดของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขเพื่อกำหนดวัน เวลา และสถานที่เก็บข้อมูลที่เหมาะสมและเอื้อต่อการสนทนาอย่างปลอดภัยและเป็นส่วนตัว ดังนี้

1. การสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้กับผู้บริหาร บุคลากรสุขภาพ ผู้ใช้บัณฑิต ศิษย์เก่า ผู้รับบริการและครอบครัว ตัวแทนชุมชนและองค์กรท้องถิ่น เพื่อสะท้อนประสบการณ์ ความคาดหวัง และข้อเสนอแนะต่อสมรรถนะบัณฑิตและการจัดการศึกษา การสัมภาษณ์ใช้เวลาเฉลี่ย 45-60 นาที คนละ 1-2 ครั้ง ขึ้นอยู่กับความพร้อมและความครบถ้วนของข้อมูล

2. การสนทนากลุ่ม ใช้กับอาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล เพื่อแลกเปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับจุดแข็ง จุดที่ควรพัฒนา ความต้องการต่อหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน การสนทนากลุ่มย่อยแต่ละครั้งมีผู้เข้าร่วม 5-8 คน ใช้เวลาโดยเฉลี่ย 60-90 นาที โดยมีผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยการสนทนา (moderator) และผู้ช่วยจดบันทึกภาคสนาม

ก่อนเริ่มต้นการสัมภาษณ์หรือการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาในการให้ข้อมูล การบันทึกเสียง และการรักษาความลับ พร้อมทั้งขอความยินยอม จากนั้นจึงใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างในการเก็บข้อมูล โดยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลขยายความหรือตั้งประเด็นเพิ่มเติมตามประสบการณ์จริง ตลอดการเก็บข้อมูลมีการบันทึกเสียงควบคู่กับการจดบันทึกภาคสนาม เพื่อเก็บรายละเอียดบรรยากาศ ปฏิกิริยา และประเด็นสำคัญที่อาจไม่ปรากฏชัดในเสียงสนทนา

การตรวจสอบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล ดำเนินการใน 2 ระยะ คือ (1) ระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญหรือประเด็นหลักที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงในช่วงท้ายของการสัมภาษณ์หรือการสนทนากลุ่ม แล้วสอบถามยืนยันว่าข้อสรุปดังกล่าวตรงกับสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการสื่อหรือไม่ หากมีประเด็นคลาดเคลื่อนจะปรับแก้ให้ถูกต้องทันที (2) หลังการถอดเทปและจัดทำสรุปประเด็นเบื้องต้น ผู้วิจัยส่งสรุปสาระสำคัญของแต่ละกลุ่มกลับไปยังผู้ให้ข้อมูลบางส่วนที่สมัครใจเข้าร่วมการตรวจสอบ เพื่อให้ทบทวนและแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม หรือปรับแก้ในกรณีที่การสรุปไม่สะท้อนประสบการณ์ของตนอย่างครบถ้วน (Schafer & Phillippi, 2025)

การเก็บข้อมูลดำเนินการอย่างต่อเนื่องจนข้อมูลมีความอิ่มตัว กล่าวคือ เมื่อประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มต่าง ๆ เริ่มซ้ำกัน และไม่ปรากฏข้อมูลใหม่ที่มีนัยสำคัญเพิ่มเติม จึงยุติการเก็บข้อมูล รวมทั้งสิ้นมีผู้ให้ข้อมูล 30 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มทั้งหมดถูกถอดคำพูด (verbatim transcription) แล้วอ่านซ้ำหลายรอบเพื่อให้เข้าใจทั้งเนื้อหาและบริบทของผู้ให้ข้อมูลอย่างละเอียด นักวิจัยใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหาแบบอุปนัย (inductive) โดยเริ่มจากการระบุหน่วยความหมาย (meaning units) ที่มีศักยภาพ จากนั้นให้รหัส (coding) กับข้อความที่มีความหมายสำคัญคล้ายกัน และจัดกลุ่มรหัสเหล่านั้นเป็นประเด็นย่อย (sub-themes) ก่อนสังเคราะห์เป็นหมวดหมู่หลัก (categories) และท้ายที่สุดนำมาสร้างประเด็นหลัก (main themes) 4 ประเด็น ได้แก่ สมรรถนะทางวิชาชีพที่พึงประสงค์ จริยธรรมและคุณธรรมวิชาชีพ การสื่อสารและการทำงานร่วมกัน และการเรียนรู้และการพัฒนาตนเอง เพื่อแสดงภาพรวมของความต้องการและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (Lyhne et al., 2025)

สำหรับการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้: (1) ตรวจสอบสามเส้า ทั้งด้านวิธีการเก็บข้อมูล (in-depth interview และ focus group) และแหล่งข้อมูล (ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากหลายกลุ่ม) (Noble & Heale, 2019) (2) สรุปประเด็นและตรวจสอบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล ทั้งระหว่างการเก็บข้อมูลและหลังสังเคราะห์เบื้องต้น (Candela, 2019; Schafer & Phillippi, 2025) และ (3) นำผลการวิเคราะห์ไปตรวจทานกับผู้ทรงคุณวุฒิหลากสาขา ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยคุณภาพ ด้านการพยาบาล และด้านการพัฒนาหลักสูตร เพื่อช่วยลดอคติ ให้ข้อเสนอแนะปรับธีมหรือโครงสร้างผลวิเคราะห์ และยืนยันว่าการตีความตรงตามหลักมาตรฐานการวิจัยเชิงคุณภาพ (Ahmed, 2024)

เพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ นักวิจัยได้ใช้หลักการ trustworthiness ของการวิจัยเชิงคุณภาพที่ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ ความน่าเชื่อถือ (credibility) ความคงทน (dependability) ความยืนยันได้ (confirmability) และการถ่ายโอนผลได้ (transferability) (Ahmed, 2024; Lincoln & Guba, 1985) ดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือ: นักวิจัยใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า ทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการวิเคราะห์เอกสาร เพื่อเปรียบเทียบและยืนยันประเด็นที่ได้จากแหล่งข้อมูล นอกจากนี้ ยังมีการตรวจสอบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล โดยส่งสรุปประเด็นสำคัญกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบว่าตรงกับประสบการณ์จริง (Schafer & Phillippi, 2025)

2. ความคงทน: กระบวนการวิจัยและขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลถูกบันทึกไว้อย่างเป็นระบบ เพื่อให้สามารถตรวจสอบย้อนกลับได้ หากมีการทบทวนโดยผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้วิจัยอื่น

3. ความยืนยันได้: เพื่อลดอคติของผู้วิจัย มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งการทบทวนข้อมูลและธีมที่สร้างขึ้นอย่างรอบคอบ

4. การถ่ายโอนผลได้: ผู้วิจัยอธิบายบริบทของผู้ให้ข้อมูล ลักษณะพื้นที่ และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องอย่างละเอียด เพื่อให้ผู้อ่านสามารถพิจารณาความเหมาะสมในการนำผลไปใช้

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยพิจารณาจากความเกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม กลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบ่งออกเป็น 7 กลุ่ม ดังนี้

1.1 ผู้บริหารโรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพ จำนวน 5 คน เพศชาย 2 คน เพศหญิง 3 คน อายุ 40-55 ปี ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล มีประสบการณ์ทำงานไม่น้อยกว่า 15 ปี และเคยทำหน้าที่พี่เลี้ยงนักศึกษาพยาบาล

1.2 บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 5 คน เพศชาย 1 คน เพศหญิง 4 คน อายุ 30-50 ปี ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร และนักสังคมสงเคราะห์ มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 10 ปี มีบทบาทร่วมทีมสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล

1.3 อาจารย์พยาบาล จำนวน 4 คน เพศหญิงทั้งหมด อายุ 35-55 ปี มีประสบการณ์สอน ตั้งแต่ 8-20 ปี

1.4 นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 6 คน เพศชาย 1 คน เพศหญิง 5 คน อายุ 18-22 ปี

1.5 ศิษย์เก่า จำนวน 4 คน เพศหญิงทั้งหมด อายุ 23-30 ปี ทำงานเป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ ระยะเวลาการทำงาน 1-5 ปี

1.6 ผู้ใช้บริการ จำนวน 3 คน เพศชาย 1 คน เพศหญิง 2 คน อายุ 35-65 ปี เคยเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ มีประสบการณ์ตรงต่อการดูแลโดยนักศึกษาพยาบาล

1.7 ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 3 คน เพศชาย 1 คน เพศหญิง 2 คน อายุ 40–60 ปี มีบทบาทในการประสานงานด้านสุขภาพกับโรงพยาบาลและวิทยาลัย

2. ประเด็นการวิเคราะห์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีเชิงเนื้อหาแบบอุปนัยพบ 4 ธีมหลัก 7 หมวดหมู่ ดังนี้

ธีมที่ 1: สมรรถนะทางวิชาชีพที่พึงประสงค์ (2 หมวดหมู่ 4 ประเด็น) กลุ่มผู้บริหารและพยาบาลวิชาชีพเน้นย้ำความสำคัญของการรับมือกับพลวัตระบบสุขภาพ โดยเฉพาะโรคอุบัติใหม่และการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง

หมวดหมู่ 1.1 ความรู้และการคิดวิเคราะห์ การจัดการเรียนการสอนต้องประกอบด้วย โรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ การวิเคราะห์ผลตรวจ บริหารยาสมเหตุผล การใช้เทคโนโลยี นวัตกรรม และหลักฐานเชิงประจักษ์

STH1: "*ต้องรับมือโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ และภาวะวิกฤตได้*" (ผู้บริหาร รพ.ชุมชน)

STH6: "*ประเมินผู้ป่วย วิเคราะห์ผลตรวจ และบริหารยาอย่างสมเหตุผล*" (พยาบาลวิชาชีพ)

หมวดหมู่ 1.2 ทักษะการปฏิบัติและเทคโนโลยีสุขภาพ: ผู้ให้ข้อมูลเห็นตรงกันว่า บัณฑิตควรมีทักษะการปฏิบัติที่แม่นยำและเท่าทันเทคโนโลยี โดยเน้นการฝึกทักษะผ่านการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง (simulation-based learning) เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและการตัดสินใจในสถานการณ์วิกฤตก่อนปฏิบัติจริง

STH2: "*ใช้ telemedicine และ AI ได้คล่อง รวมถึงพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล*" (หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล)

STH12: "ใช้นวัตกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน *(อาจารย์พยาบาล)*

"*การสอนยุคใหม่ต้องใช้สถานการณ์มาช่วยจำลองเคสยาก ๆ หรือโรคอุบัติใหม่ ให้นักศึกษาได้ลองผิดลองถูกในห้องปฏิบัติจนคล่อง ก่อนไปเจอคนไข้จริง เพื่อลดความเสี่ยงและเพิ่มสมรรถนะการใช้เทคโนโลยี*" (อาจารย์พยาบาล)

ธีมที่ 2: จริยธรรมและคุณธรรมวิชาชีพ (2 หมวดหมู่ 3 ประเด็น) ในขณะที่กลุ่มผู้ใช้บริการและผู้นำชุมชนให้ความสำคัญกับจิตบริการและความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยเฉพาะในประเด็นความหลากหลาย

หมวดหมู่ 2.1 การยึดมั่นจรรยาบรรณและกฎหมาย

STH7: "*รู้กฎหมาย จริยธรรม และจัดการความขัดแย้งเชิงจริยธรรมในยุคดิจิทัล*" (บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ)

หมวดหมู่ 2.2 การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

STH4: "*ดูแลผู้ป่วยหลากหลายทางเพศด้วยการยอมรับและเคารพ*" (ผู้ใช้บริการ)

STH9: "*ดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และจิตบริการ*" (ผู้นำชุมชน)

ธีมที่ 3: การสื่อสารและการทำงานร่วมกัน (2 หมวดหมู่ 3 ประเด็น) ผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่มเห็นตรงกันว่าบัณฑิตในบริบทนครพนมต้องมีสมรรถนะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยข้ามแดน

หมวดหมู่ 3.1 การสื่อสารในทีมและพหุวัฒนธรรม

STH3: "*สื่อสารพหุวัฒนธรรม ภาษาอังกฤษ-เวียดนาม-จีน รองรับผู้ป่วยข้ามแดน*" (หัวหน้าหอผู้ป่วย)

STH8: "*ทำงานเป็นทีม สร้างเครือข่าย ประสานหน่วยงาน*" (บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ)

หมวดหมู่ 3.2 การทำงานกับชุมชนและบริบทชายแดน

STH5: "*ดูแลต่อเนื่องสอดคล้องบริบทพื้นที่ชายแดนและโครงสร้างประชากร*" (อาสาสมัครสาธารณสุข)

ธีมที่ 4: การเรียนรู้และการพัฒนาตนเอง (1 หมวดหมู่ 2 ประเด็น) เน้นความต้องการในการจัดการตนเองและสุขภาวะในการทำงาน

หมวดหมู่ 4.1 ภาวะผู้นำและการจัดการตนเอง

STH10: *"มีภาวะผู้นำ ความฉลาดทางอารมณ์ จัดการสถานการณ์กดดัน"* (ศิษย์เก่า)

STH11: *"growth mindset เรียนรู้ตลอดชีวิต สมดุลชีวิตการทำงาน"* (นักศึกษาพยาบาล)

3. การตีความเชิงคุณภาพ (เชื่อมโยง PLOs)

ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาแบบอุปนัยที่ได้ 4 ธีม 7 หมวดหมู่ สะท้อนความต้องการสมรรถนะบัณฑิตพยาบาลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่ม ทั้งผู้บริหารโรงพยาบาล บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ อาจารย์พยาบาล นักศึกษา ศิษย์เก่า ผู้ใช้บริการ และผู้นำชุมชน ข้อมูลเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งในการเชื่อมโยงและรองรับผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับหลักสูตร (PLO1–PLO7) ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2569 ได้อย่างเป็นระบบ ดังนี้

PLO1 ประยุกต์ใช้ความรู้ทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยบูรณาการศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการให้บริการสุขภาพทุกช่วงวัย ตามบริบทที่มีการเปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับธีมที่ 1 "สมรรถนะทางวิชาชีพที่พึงประสงค์" โดยเฉพาะหมวด 1.1 "ความรู้และการคิดวิเคราะห์" (STH1, STH6) ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนคาดหวังให้บัณฑิต "ต้องรับมือโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ และภาวะวิกฤตได้" ขณะที่พยาบาลวิชาชีพเน้น "การประเมินผู้ป่วย วิเคราะห์ผลตรวจ และบริหารยาอย่างสมเหตุผล" ซึ่งสะท้อนการใช้ความรู้แบบบูรณาการและคิดวิเคราะห์ในสถานการณ์สุขภาพที่หลากหลายตรงตามเจตนารมณ์ของ PLO1

PLO2 ปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์แบบองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามมาตรฐานวิชาชีพและขอบเขตของกฎหมาย เชื่อมโยงโดยตรงกับธีมที่ 2 "จริยธรรมและคุณธรรมวิชาชีพ" โดยเฉพาะหมวด 2.2 "การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์" (STH4, STH9) ผู้ใช้บริการต้องการให้บัณฑิต "ดูแลผู้ป่วยหลากหลายทางเพศด้วยการยอมรับและเคารพ" และผู้นำชุมชนเน้น "การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และจิตบริการ" สะท้อนการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมที่คำนึงถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยตามที่ PLO2 ระบุไว้

PLO3 ใช้กระบวนการวิจัย นวัตกรรม สารสนเทศ เทคโนโลยีดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์ เพื่อการเรียนรู้และการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ได้รับการสนับสนุนจากหมวด 1.2 "ทักษะการปฏิบัติและเทคโนโลยีสุขภาพ" (STH2, STH12) ในธีมที่ 1 หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลคาดหวังให้บัณฑิต "ใช้ telemedicine และ AI ได้คล่อง รวมถึงพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล" ขณะที่อาจารย์พยาบาลเน้น "การใช้นวัตกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน" ซึ่งสอดคล้องกับการใช้วิจัยและเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลตามกรอบของ PLO3

PLO4 สร้างสรรค์งานวิจัยหรือนวัตกรรมด้านสุขภาพ โดยบูรณาการองค์ความรู้ทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เชื่อมโยงกับทั้งหมวด 1.2 (STH12) และธีมที่ 4 "การเรียนรู้และการพัฒนาตนเอง" โดยเฉพาะหมวด 4.1 "ภาวะผู้นำและการจัดการตนเอง" (STH10, STH11) เสียงของอาจารย์พยาบาลที่ต้องการให้บัณฑิต "ใช้นวัตกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน" ผสานกับมุมมองของศิษย์เก่าที่เน้น "ภาวะผู้นำ ความฉลาดทางอารมณ์ จัดการสถานการณ์กดดัน" และนักศึกษาที่ให้ความสำคัญกับ "growth mindset เรียนรู้ตลอดชีวิต สมดุลชีวิตการทำงาน" สะท้อนว่าการสร้างสรรค์งานวิจัยและนวัตกรรมตาม PLO4 ต้องอาศัยทั้งความรู้เชิงวิชาการและทัศนคติการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

PLO5 สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพด้วยภาษาไทยและภาษาอังกฤษในบริบทวิชาชีพทั้งในระหว่างบุคคลและกลุ่มคน สอดคล้องกับธีมที่ 3 "การสื่อสารและการทำงานร่วมกัน" โดยเฉพาะหมวด 3.1 "การสื่อสารในทีมและพหุวัฒนธรรม" (STH3, STH8) และหมวด 3.2 "การทำงานกับชุมชนและบริบทชายแดน" (STH5) หัวหน้าหอผู้ป่วย

สะท้อนว่าบัณฑิตควร "สื่อสารพหุวัฒนธรรม ภาษาอังกฤษ-เวียดนาม-จีน รองรับผู้ป่วยข้ามแดน" ขณะที่บุคลากรสหสาขาวิชาชีพเน้น "การทำงานเป็นทีม สร้างเครือข่าย ประสานหน่วยงาน" และอาสาสมัครสาธารณสุขต้องการให้มีการ "ดูแลต่อเนื่องสอดคล้องบริบทพื้นที่ชายแดนและโครงสร้างประชากร" ข้อค้นพบเหล่านี้ช่วยขยายความ PLO5 ให้ครอบคลุมการสื่อสารทั้งในทีมวิชาชีพ และกับผู้รับบริการในบริบทพหุวัฒนธรรมชายแดน

PLO6 ปฏิบัติตนอย่างมีคุณธรรม จริยธรรม ในชีวิตประจำวันและการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สัมพันธ์ใกล้ชิดกับหมวด 2.1 "การยึดมั่นจรรยาบรรณและกฎหมาย" (STH7) ในธีมที่ 2 บุคลากรสหสาขาวิชาชีพคาดหวังว่าบัณฑิตจะ "รู้กฎหมาย จริยธรรม และจัดการความขัดแย้งเชิงจริยธรรมในยุคดิจิทัล" ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าคุณธรรมจริยธรรมในสายตาของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียไม่ได้จำกัดเพียงการปฏิบัติตามระเบียบวิชาชีพเท่านั้น แต่รวมถึงการรับมือกับประเด็นจริยธรรมร่วมสมัย เช่น การใช้เทคโนโลยีและข้อมูลสุขภาพดิจิทัลอย่างรับผิดชอบตามกรอบของ PLO6

PLO7 แสดงออกถึงพฤติกรรมการมีภาวะผู้นำ จิตสาธารณะ ความฉลาดทางอารมณ์ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การทำงานเป็นทีม และการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง สะท้อนภาพรวมของธีมที่ 3 และธีมที่ 4 อย่างชัดเจน จากประเด็น STH8 "ทำงานเป็นทีม สร้างเครือข่าย ประสานหน่วยงาน" ของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ และ STH10-STH11 ที่ศิษย์เก่าต้องการให้บัณฑิต "มีภาวะผู้นำ ความฉลาดทางอารมณ์ จัดการสถานการณ์กดดัน" และนักศึกษาคาดหวัง "growth mindset เรียนรู้ตลอดชีวิต สมดุลชีวิตการทำงาน" ผลการวิจัยจึงช่วยยืนยันว่า PLO7 ครอบคลุมทั้งมิติการเป็นผู้นำ การทำงานร่วมกับผู้อื่น และการพัฒนาตนเองที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเห็นว่าสำคัญต่อการทำงานในระบบสุขภาพจริง

ตารางที่ 1 ตารางสรุปการ mapping ความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสู่ผลลัพธ์การเรียนรู้ (mapping matrix) เพื่อให้เห็นความสอดคล้องระหว่างข้อมูลภาคสนามและหลักสูตร ผู้วิจัยได้จัดทำตารางสรุป ดังนี้

ผลลัพธ์การเรียนรู้ (PLO)	ธีม / หมวดหมู่ผลการวิจัย	ตัวอย่างคำพูด (Illustrative Quotes)	การวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis)
PLO 1 (ประยุกต์ความรู้/บริบทเปลี่ยน)	ธีม 1 (1.1); ธีม 3 (3.2)	"ต้องรับมือโรคอุบัติใหม่และภาวะวิกฤตได้"	**เน้นย้ำ:** การพยาบาลในภาวะภัยพิบัติและพื้นที่ชายแดน
PLO 2 (องค์รวม/หัวใจมนุษย์)	ธีม 2 (2.2)	"ดูแลผู้ป่วยหลากหลายทางเพศด้วยการยอมรับและเคารพ"	**เน้นย้ำ:** สมรรถนะด้านความหลากหลายทางเพศ (LGBTQ+ care)
PLO 3 (ดิจิทัล/ AI)	ธีม 1 (1.2)	"ใช้ telemedicine และ AI ได้คล่อง"	**ประเด็นใหม่:** ทักษะ AI literacy ในงานการพยาบาล
PLO 4 (วิจัยและนวัตกรรม)	ธีม 1 (1.2); ธีม 4 (4.1)	"ใช้นวัตกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์"	**เน้นย้ำ:** การใช้ EBP ในการแก้ปัญหาหน้างานจริง
PLO 5 (สื่อสารสากล/ทีม)	ธีม 3 (3.1)	"สื่อสารพหุวัฒนธรรม (ลาว-เวียดนาม-จีน) รองรับผู้ป่วยข้ามแดน"	**ประเด็นใหม่:** ต้องการภาษาเพื่อนบ้านเพิ่มเติมจากภาษาอังกฤษ
PLO 6 (คุณธรรมจริยธรรม)	ธีม 2 (2.1)	"จัดการความขัดแย้งเชิงจริยธรรมในยุคดิจิทัล"	**ประเด็นใหม่:** จริยธรรมในการใช้ข้อมูลสุขภาพและโซเชียลมีเดีย
PLO 7 (ผู้นำ/EQ/พัฒนาตนเอง)	ธีม 4 (4.1); ธีม 3 (3.1)	"จัดการสภาวะกดดันได้โดยไม่ burn out"	**เน้นย้ำ:** สมรรถนะด้านความยืดหยุ่นทางอารมณ์ (resilience)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ สะท้อนภาพรวมความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ต้องการให้บัณฑิตพยาบาลมีสมรรถนะครบถ้วนทั้งด้านความรู้ ทักษะ คุณธรรม การสื่อสาร การทำงานร่วมกับผู้อื่น และการเรียนรู้ตลอดชีวิตภายใต้บริบทสังคมและระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ข้อค้นพบทั้ง 4 ธีม 7 หมวดหมู่ สามารถเชื่อมโยงกับกรอบผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับหลักสูตร (PLO1–PLO7) ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2569 และสอดคล้องกับทิศทางสมรรถนะบัณฑิตตามมาตรฐานวิชาชีพพยาบาลที่มุ่งเน้นความรอบด้านทั้งด้านวิชาชีพ เทคโนโลยี และจริยธรรมในศตวรรษที่ 21

ประการแรก ธีมที่ 1 "สมรรถนะทางวิชาชีพที่พึงประสงค์" สะท้อนความจำเป็นที่บัณฑิตพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการรับมือกับโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ และภาวะฉุกเฉิน ตลอดจนสามารถประเมินผู้ป่วย วิเคราะห์ผลตรวจ และบริหารยาอย่างสมเหตุผล รวมทั้งใช้เทคโนโลยีทางการพยาบาลสมัยใหม่ เช่น telemedicine และปัญญาประดิษฐ์ (AI) ซึ่งสอดคล้องกับ PLO1 และ PLO3 ที่เน้นการบูรณาการความรู้หลายศาสตร์ และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในบริบทสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงรวดเร็ว นอกจากนี้ ข้อค้นพบยังชี้ให้เห็นถึงความต้องการแนวทางการจัดการเรียนรู้ที่ทันสมัย โดยเฉพาะการจัดการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง เพื่อเตรียมความพร้อมและทดสอบสมรรถนะในสถานการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่มีความซับซ้อนสูงได้อย่างปลอดภัย ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการนำผลการวิจัยไปสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาทักษะการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ กรวิชญ์ ศรีประเสริฐ และคณะ (Sriprasert et al., 2023) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรม tele-nursing–based self-management สามารถยกระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนศักยภาพของการดูแลทางไกลและเครื่องมือดิจิทัลในงานพยาบาลชุมชน

ขณะเดียวกันสมรรถนะแห่งศตวรรษที่ 21 พบว่า นักศึกษาพยาบาลให้ความสำคัญกับสมรรถนะด้านเทคโนโลยี (technological competency) และทักษะการสื่อสาร การคิดวิเคราะห์ในฐานะปัจจัยสำคัญต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ (Rungruang & Suwannawung, 2024) ดังนั้นทักษะเหล่านี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งสะท้อนว่าหลักสูตรต้องปรับตัวให้เกินกว่ามาตรฐานขั้นต่ำของสภาการพยาบาล โดยมุ่งสู่มาตรฐาน AUN-QA ที่เน้นความทันสมัยของผลลัพธ์การเรียนรู้ให้ตอบโจทย์ผู้ใช้บัณฑิตในยุคดิจิทัลอย่างแท้จริง

ประการที่สอง ธีมที่ 2 "จริยธรรมและคุณธรรมวิชาชีพ" ชี้ให้เห็นว่าผู้ใช้บริการและผู้นำชุมชนคาดหวังให้บัณฑิตพยาบาลมีคุณธรรม จริยธรรม และความรับผิดชอบสูงสุดต่อผู้ป่วย เน้นการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เคารพศักดิ์ศรี ความหลากหลายทางเพศ และสิทธิของผู้รับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับ PLO2 และ PLO6 และแนวคิดการพยาบาลเชิงมนุษยนิยม (humanistic nursing) ที่ถือว่าการดูแลเป็นหัวใจของวิชาชีพ งานวิจัยในบริบทไทยและต่างประเทศพบตรงกันว่า การยึดมั่นจริยธรรมและความรับผิดชอบต่อสังคม เป็นสมรรถนะสำคัญของพยาบาลในยุคที่ระบบสุขภาพมีความเปราะบางและไม่แน่นอน การมีกรณีศึกษาและสถานการณ์จำลองด้านจริยธรรมสมัยใหม่ เช่น จริยธรรมดิจิทัลและสิทธิผู้ป่วย จึงเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะด้านนี้ โดย เพ็ญศิริ ดำรง-ภคภากร และคณะ (Dumrongpakapakorn et al., 2025) เน้นว่าการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในยุคที่มีความเปราะบางและมีความไม่แน่นอนสูง (brittle, anxious, non-linear, and incomprehensible: BANI) ต้องให้ความสำคัญกับจริยธรรมและความรับผิดชอบต่อสังคม เพื่อรับมือกับความไม่แน่นอนในระบบสุขภาพ

ประการที่สาม ธีมที่ 3 "การสื่อสารและการทำงานร่วมกัน" สะท้อนความสำคัญของทักษะการสื่อสารในทีมสหสาขาวิชาชีพ การใช้ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ และภาษาเพื่อนบ้านในบริบทพหุวัฒนธรรม ตลอดจนการทำงานร่วมกับชุมชนชายแดน ซึ่งสอดคล้องกับ PLO5 และ PLO7 และแนวคิดสมรรถนะด้านการสื่อสาร การทำงาน

เป็นทีม และทักษะพหุวัฒนธรรมที่เป็นหนึ่งในสมรรถนะหลักของบัณฑิตในกรอบ AUN และกระแสการเคลื่อนย้ายแรงงานสุขภาพในภูมิภาคอาเซียน งานวิจัยเกี่ยวกับสมรรถนะการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) ของนักศึกษาพยาบาลไทยชี้ให้เห็นว่าทักษะการสื่อสารและความมั่นใจในการสื่อสารเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้จริงในคลินิก ขณะที่บริบทจังหวัดชายแดนภาคตะวันออกเฉียงเหนือทำให้สมรรถนะด้านภาษาและวัฒนธรรมมีความสำคัญยิ่งขึ้น สำหรับการดูแลผู้ป่วยข้ามชาติและการทำงานร่วมกับเครือข่ายสุขภาพข้ามแดน สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์ และคณะ (Nantsupawat et al., 2023) ที่พบว่า ปัจจัยด้านทักษะการสื่อสารและความมั่นใจเป็นตัวแปรสำคัญที่กำหนดความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษาพยาบาลไทย

ประการที่สี่ ธีมที่ 4 "การเรียนรู้และการพัฒนาตนเอง" เน้นภาวะผู้นำ ความฉลาดทางอารมณ์ การจัดการสถานการณ์กดดัน growth mindset การเรียนรู้ตลอดชีวิต และสมดุลชีวิตการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับ PLO4 และ PLO7 รวมทั้งกรอบสมรรถนะบัณฑิต 21st century skills ที่ให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ตลอดชีวิต การคิดเชิงวิพากษ์ การสร้างนวัตกรรม และการดูแลสุขภาวะตนเอง งานวิจัยด้านการพัฒนาภาวะผู้นำและทักษะอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลชี้ให้เห็นว่า สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญต่อการคงอยู่ในวิชาชีพและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความกดดันสูง ดังนั้นการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ที่ส่งเสริมการสะท้อนตนเอง การทำงานโครงการ และการปฏิบัติจริงในบริบททรัพยากรจำกัดจึงมีความจำเป็นต่อการหล่อหลอมสมรรถนะกลุ่มนี้

โดยสรุป การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า ผลการเรียนรู้ที่กำหนดไว้ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2569 มีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในบริบทจริง ทั้งด้านสมรรถนะวิชาชีพ จริยธรรมการสื่อสาร การทำงานร่วมกัน ภาวะผู้นำ และการเรียนรู้ตลอดชีวิต ขณะเดียวกัน ยังสะท้อนประเด็นที่ควรเน้นย้ำเพิ่มเติม เช่น สมรรถนะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล การสื่อสาร และการดูแลในบริบทชายแดน ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนาหลักสูตร การจัดการเรียนการสอน และนโยบายการศึกษาพยาบาลให้ตอบสนองต่อระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งเชื่อมโยงกับ PLO4 และ PLO7 ที่มุ่งเน้นการวิจัย นวัตกรรม และการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทราภรณ์ ภทรสกุล และคณะ (Bhatarasakoon et al., 2024) ที่เน้นว่าการเรียนรู้ตลอดชีวิตและการใช้นวัตกรรม คือ หัวใจสำคัญในการสร้างบัณฑิตพยาบาลให้พร้อมกับความเปลี่ยนแปลงของศตวรรษที่ 21

ข้อจำกัดของการวิจัย

งานวิจัยนี้ดำเนินงานภายใต้บริบทเฉพาะของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม และพื้นที่พหุวัฒนธรรมชายแดน ทำให้ผลลัพธ์สะท้อนความต้องการและเงื่อนไขเฉพาะพื้นที่ การนำข้อค้นพบไปประยุกต์ใช้ในสถาบันการศึกษาพยาบาลที่มีบริบทสังคมหรือระบบบริการสุขภาพที่แตกต่างออกไป จึงควรพิจารณาความสอดคล้องของสภาพแวดล้อมร่วมด้วย นอกจากนี้ ข้อมูลถูกจัดเก็บภายใต้สถานการณ์สุขภาพ ณ ช่วงเวลาหนึ่ง (พ.ศ. 2568) ผลการวิจัยจึงสะท้อนความคาดหวังที่มีต่อโรคอุบัติใหม่และเทคโนโลยีในขณะนั้น ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามพลวัตของระบบสุขภาพในอนาคต การศึกษาในระยะถัดไปจึงควรมีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของสมรรถนะบัณฑิตพยาบาลตามที่หลักสูตรกำหนด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สถาบันการศึกษาควรนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาหลักสูตรและกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ ปีการศึกษา 2569 ให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่และบริบทสุขภาพยุคดิจิทัลอย่างเป็นรูปธรรม

โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรเน้นการจัดการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง และการใช้กรณีศึกษาเพื่อส่งเสริมสมรรถนะเฉพาะทางในการรับมือกับโรคอุบัติใหม่และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (PLO 1, 3) ควบคู่ไปกับการปลูกฝังจริยธรรมยุคใหม่และความเข้าใจในความหลากหลายทางเพศ (PLO 2, 6) นอกจากนี้ ควรบูรณาการทักษะภาษาเพื่อนบ้านและวัฒนธรรมลุ่มน้ำโขงลงในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชน (PLO 5) เพื่อสร้างอัตลักษณ์บัณฑิตพยาบาลในบริบทชายแดน ตลอดจนการออกแบบกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่มุ่งเน้นการสร้างภาวะผู้นำและทัศนคติแบบเติบโต เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการเรียนรู้ตลอดชีวิตและการดูแลสุขภาวะตนเองตามกรอบ PLO 4 และ PLO 7 อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามเพื่อประเมินการนำข้อค้นพบนี้ไปใช้พัฒนาหลักสูตรและกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ต่อสมรรถนะจริงของบัณฑิตเมื่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ
2. ควรขยายการศึกษาไปยังสถาบันการศึกษาพยาบาลในบริบทอื่นหรือจังหวัดชายแดนอื่น เพื่อเปรียบเทียบความต้องการสมรรถนะและสร้างฐานข้อมูลระดับชาติ
3. ควรมีการวิจัยเชิงปริมาณหรือวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อลำดับความสำคัญของสมรรถนะที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ความสำคัญ
4. ควรศึกษารูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่มีประสิทธิผลในการพัฒนาสมรรถนะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล การสื่อสารพหุวัฒนธรรม และภาวะผู้นำในบริบทชายแดน
5. ควรศึกษาเปรียบเทียบความต้องการสมรรถนะในระดับภูมิภาคอาเซียนตามเกณฑ์ AUN-QA เพื่อยกระดับหลักสูตรสู่มาตรฐานสากลอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัย และขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะอันทรงคุณค่าในการพัฒนางานวิจัย ตลอดจนคณาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานวิจัย ขอขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาล บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ อาจารย์พยาบาล ศิษย์เก่า นักศึกษาพยาบาล ผู้ใช้บริการ และผู้นำชุมชนทุกท่าน ที่สละเวลาเข้าร่วมและให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ยิ่ง ทำให้งานวิจัยครั้งนี้บรรลุวัตถุประสงค์ได้สำเร็จ

References

Ahmed, S. K. (2024). The pillars of trustworthiness in qualitative research. *Journal of Medicine Surgery and Public Health*, *2*, 100051. https://doi.org/10.1016/j.glmedi.2024.100051

Aryuwat, P., Holmgren, J., Asp, M., Radabutr, M., & Lovenmark, A. (2025). Clinical resilience in nursing education: Insights from Thai instructors on supporting student growth. *Nursing Reports, 15*(5), 180. https://doi.org/10.3390/nursrep15050180

Bhatarasakoon, P., Chiaranai, C., & Lockwood, C. (2024). Undergraduate knowledge needs: Pedagogy for evidence-based nursing and allied health. *Nursing & Health Sciences*, *26*(1), e13105. https://doi.org/10.1111/nhs.13105

Candela, A. G. (2019). Exploring the function of member checking. *The Qualitative Report, 24*(3), 619–628. https://doi.org/10.46743/2160-3715/2019.3726

Dumrongpakapakorn, P., Punaglom, N., & Prommasaka Na Sakonnakorn, N. (2025). Navigating the BANI Era in nursing education programs: Aligning competencies with AUN-QA criteria for future-ready nursing professionals. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, *29*(3), 431-442. https://doi.org/10.60099/prijnr.2025.271235

Efendy, M. A., & Aggari, M. I. (2025). A comparison of nursing core competency frameworks in ASEAN countries: A document analysis. *Journal of Nursing Practice, 8*(4), 732–739. https://doi.org/10.30994/jnp.v8i4.875

Flick, U. (2018). *An introduction to qualitative research* (6th ed.). SAGE.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE.

Lkhagvaa, K., Tsogbadrakh, B., Gochoosuren, G., Badamdorj, O., & Stark, A. (2024). The effect of outcome-based education on clinical performance and perception of pediatric care of the third-year nursing students in Mongolia. *PLOS ONE, 19*(6), e0305298. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305298

Lyhne, C. N., Thisted, J., & Bjerrum, M. (2025). Qualitative content analysis-framing the analytical process of inductive content analysis to develop a sound study design. *Quality & Quantity, 59*(6), 5329-5349. https://doi.org/10.1007/s11135-025-02220-9

Nagai, M., Oikawa, M., Komagata, T., Basuana, J. D. B., Ulyabo, G. K., Minagawa, Y., Matsuoka, S., Egami, Y., Honda, M., & Tamura, T. (2024). Clinical competency of nurses trained in competency-based versus objective-based education in the Democratic Republic of the Congo: A qualitative study. *Human Resources for Health*, *22*(1), 38. https://doi.org/10.1186/s12960-024-00921-0

Nantsupawat, A., Wichaikhum, O. A., Abhicharttibutra, K., Udkunta, K., Poghosyan, L., & Shorey, S. (2023). Factors influencing evidence-based practice among under- graduate nursing students: A cross-sectional analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, *10*(3), 367-372. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2023.06.002

Nirotnun, U., Prachyayapruit, A., & Methakunavudhi, P. (2020). Development of an international nursing college model in Thailand. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, *21*(1), 75-86. (in Thai)

Noble, H., & Heale, R. (2019). Triangulation in research, with examples. *Evidence-Based Nursing, 22*(3), 67–68. https://doi.org/10.1136/ebnurs-2019-103145

Pukkhaow, L., Shabutra, P., & Tongvichean, S. (2022). Registered nurse's competency in caring for emerging infectious diseases. *EAU Heritage Journal Science and Technology (Online)*, *16*(3), 104-114. (in Thai)

Rungruang, J., & Suwannawung, S. (2024). Predicting factors of perceived 21st century competency among nursing students. *Nursing Journal CMU, 51*(4), 266-279. (in Thai)

Schafer, R., & Phillippi, J. C. (2025). Updating and advancing member-checking methods: Use of video and asynchronous technology to optimize participant engagement. *International Journal of Qualitative Methods, 24*. https://doi.org/10.1177/16094069251315395

Sriprasert, K., Aungwattana, S., & Tamdee, D. (2023). The effect of a tele-nursing-based self-management program on health behavior of persons with uncontrolled diabetes mellitus in a community. *Nursing Journal CMU, 50*(3), 99–115. (in Thai)

World Health Organization. (2020). *State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279

Translation and Pilot Testing of the Guideline Assessment Tools of the ADAPTE Collaboration: Thai Version

การแปลและการทดสอบนำร่องเครื่องมือประเมินแนวปฏิบัติขององค์การความร่วมมือเพื่อการปรับแนวปฏิบัติทางคลินิก: ฉบับภาษาไทย

Nuttamon	Vuttanon*	นัทธมน	วุทธานนท์*
Warawan	Udomkhwamsuk**	วราวรรณ	อุดมความสุข**
Chomphoonut	Srirat***	ชมพูนุท	ศรีรัตน์***

Abstract

The ADAPTE Collaboration recommends adapting existing clinical practice guidelines rather than developing new ones, to conserve time and resources. This process requires reliable, contextually appropriate assessment tools. Since the original tools are in English, a rigorous translation into Thai is necessary to ensure cultural equivalence and quality prior to implementation. This methodological pilot study aimed to translate the ADAPTE Collaboration's guideline assessment tools into Thai and test their quality properties. The study followed a two-phase process: (1) Four tools were translated, using an integrated approach based on Jones et al.'s cross-cultural adaptation process and Beaton et al.'s dimensions of cultural equivalence, and (2) Content validity was assessed by six experts, and inter-rater reliability was examined among three reviewers who evaluated four selected clinical practice guidelines. Data were analyzed using descriptive statistics, the scale-level content validity index (S-CVI/Ave), and Kendall's coefficient of concordance.

The results showed that the S-CVI/Ave for the four translated tools-the Currency Survey; the Search and Selection of Evidence Evaluation Sheet; the Consistency between Evidence, its Interpretations, and Recommendations Evaluation Sheet; and the Acceptability/Applicability Evaluation Sheet-were 1.00, 0.90, 0.81, and 1.00, respectively. The Kendall's coefficients of concordance were 0.70, 0.71, 0.67, and 0.79, respectively ($p < .05$).

The findings confirm that the translated tools are culturally equivalent to the originals and demonstrate acceptable content validity and inter-rater reliability. The tools can be effectively used by educators and healthcare organizations to assess and adapt existing clinical practice guidelines.

Keywords: Cross-cultural translation; Guideline assessment tools; The ADAPTE collaboration

* Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University;
e-mail: nuttamon.v@cmu.ac.th

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Assistant Professor, Independent Scholar

Received 30 October 2025; Revised 7 March 2026; Accepted 23 April 2026

บทคัดย่อ

องค์การความร่วมมือเพื่อการปรับแนวปฏิบัติทางคลินิก แนะนำให้มีการปรับใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีอยู่แทนการพัฒนาขึ้นใหม่ เพื่อประหยัดเวลาและทรัพยากร กระบวนการดังกล่าวจำเป็นต้องใช้เครื่องมือประเมินที่มีความน่าเชื่อถือและเหมาะสมกับบริบทการใช้งาน เนื่องจากเครื่องมือประเมินต้นฉบับจัดทำเป็นภาษาอังกฤษ จึงมีความจำเป็นต้องแปลเป็นภาษาไทยอย่างเป็นระบบ เพื่อให้มีความเทียบเท่าเชิงวัฒนธรรมและมีคุณภาพก่อนนำไปใช้ การวิจัยนำร่องเชิงระเบียบวิธีนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อแปลเครื่องมือประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิกขององค์การความร่วมมือเพื่อการปรับแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นภาษาไทย และทดสอบคุณสมบัติด้านคุณภาพของเครื่องมือ การดำเนินการแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้ (1) การแปลเครื่องมือจำนวน 4 ฉบับ โดยบูรณาการกระบวนการแปลข้ามวัฒนธรรมของ โจนส์ และคณะ ร่วมกับมิติความเทียบเท่าเชิงวัฒนธรรมของ บีตัน และคณะ และ (2) การทดสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือฉบับแปลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน และการทดสอบความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน 3 คน จากการประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิกที่คัดเลือกจำนวน 4 แนวปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ดัชนีความตรงตามเนื้อหาเฉลี่ยทั้งฉบับของเครื่องมือแต่ละฉบับ (S-CVI/Ave) และสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินของเคนดัลล์

ผลการวิจัยพบว่า ดัชนีความตรงตามเนื้อหาเฉลี่ยของเครื่องมือฉบับแปลทั้ง 4 ฉบับ ได้แก่ แบบสำรวจความเป็นปัจจุบัน แบบประเมินคุณภาพของกระบวนการศึกษา การสืบค้นและคัดเลือกหลักฐาน แบบประเมินความสอดคล้องระหว่างหลักฐาน การตีความและข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติ และแบบประเมินการยอมรับ/ความเหมาะสมในการนำไปใช้ มีค่าเท่ากับ 1.00, 0.90, 0.81 และ 1.00 ตามลำดับ ส่วนค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินของเคนดัลล์เท่ากับ 0.70, 0.71, 0.67 และ 0.79 ตามลำดับ ($p < .05$)

ผลการวิจัยยืนยันว่า เครื่องมือฉบับแปลมีความเทียบเท่าเชิงวัฒนธรรมกับต้นฉบับ มีความตรงตามเนื้อหาและความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินในระดับที่ยอมรับได้ นักการศึกษาและหน่วยงานด้านสุขภาพสามารถนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการประเมินและปรับแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีอยู่ได้

คำสำคัญ: การแปลข้ามวัฒนธรรม เครื่องมือประเมินแนวปฏิบัติ องค์การความร่วมมือเพื่อการปรับแนวปฏิบัติ

* ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: nuttamon.v@cmu.ac.th
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นักวิชาการอิสระ

วันที่รับบทความ 30 ตุลาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 7 มีนาคม 2569 วันที่ตอบรับบทความ 23 เมษายน 2569

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นชุดข้อเสนอแนะที่พัฒนาขึ้นจากการระบุและสังเคราะห์หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่มีคุณภาพดีที่สุดอย่างเป็นระบบ เพื่อกำหนดข้อเสนอแนะที่ชัดเจนสำหรับการดูแลที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพให้แก่ผู้ป่วย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 2011) ปัจจุบันมีหน่วยงานด้านสุขภาพระดับนานาชาติหลายหน่วยงาน อาทิ สภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2011) เครือข่ายแนวปฏิบัติระหว่างมหาวิทยาลัย ประเทศสกอตแลนด์ (Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN], 2025) ได้กำหนดกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกขึ้น โดยล้วนคาดหวังว่าด้วยกระบวนการที่กำหนดไว้นั้น จะทำให้ได้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีคุณภาพและน่าเชื่อถือ อย่างไรก็ตามการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกขึ้นมาใหม่ตามกระบวนการที่กำหนดนั้น มักต้องใช้เวลาและทรัพยากรในการดำเนินการค่อนข้างมาก

องค์การความร่วมมือเพื่อการปรับแนวปฏิบัติทางคลินิก (The ADAPTE Collaboration) เป็นหน่วยงานความร่วมมือระหว่างประเทศ ก่อตั้งขึ้นโดยกลุ่มนักวิจัย นักพัฒนาแนวปฏิบัติและผู้ใช้แนวปฏิบัตินานาชาติ มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกผ่านการปรับแนวปฏิบัติที่มีอยู่ (adaptation of existing guidelines) แทนการพัฒนาขึ้นใหม่ทั้งหมด โดยเชื่อว่าด้วยกรอบกระบวนการปรับที่กำหนดขึ้น (ADAPTE framework) จะช่วยให้ได้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีคุณภาพ ลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน และผู้ใช้ยังคงความรู้สึกเป็นเจ้าของ (The ADAPTE Collaboration, 2009) ซึ่งในการสำรวจความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้พัฒนาแนวทางปฏิบัติที่นำกรอบกระบวนการปรับขององค์การฯ ไปใช้ จำนวน 144 คน จาก 46 ประเทศ ได้ให้ความเห็นว่า กระบวนการปรับที่กำหนดไว้ มีความชัดเจน เข้าใจง่าย ร้อยละ 78 มีเนื้อหาและขั้นตอนครอบคลุมสิ่งที่จำเป็นต้องทำในการปรับแนวปฏิบัติฯ ร้อยละ 69 เชื่อว่าสามารถนำขั้นตอนเหล่านี้ไปปฏิบัติจริงได้ในบริบทของตนเอง ร้อยละ 60 และคู่มือแนะนำที่จัดทำขึ้นมีประโยชน์มาก คิดเป็นร้อยละ 79 อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 21 เห็นว่ากระบวนการปรับนี้ยังมีขั้นตอนที่ซับซ้อน (Fervers et al., 2011)

กรอบกระบวนการปรับที่กำหนดโดยองค์การฯ ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะจัดเตรียม (set up phase) เป็นระยะเตรียมการก่อนการปรับ ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย ได้แก่ กำหนดเป้าหมายโดยระบุขอบเขตและเป้าหมายที่ชัดเจนว่าจะปรับแนวปฏิบัติเรื่องอะไร จัดตั้งทีมโดยรวบรวมผู้เชี่ยวชาญจากหลายสาขาที่เกี่ยวข้อง รวมถึงผู้แทนผู้ป่วยหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และวางแผนการทำงานโดยกำหนดระยะเวลา ทรัพยากรและวิธีการทำงานที่จะใช้ในการปรับแนวปฏิบัติ (2) ระยะการปรับ (adaptation phase) ถือเป็นระยะสำคัญที่สุด ประกอบด้วยขั้นตอนย่อยที่ช่วยให้ทีมทำงานได้อย่างเป็นระบบ ได้แก่ ค้นหาแนวปฏิบัติจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติที่คัดกรองได้ พิจารณาการนำไปใช้โดยวิเคราะห์เนื้อหาของแนวปฏิบัติเดิมว่าเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ที่นำไปใช้หรือไม่ มีส่วนใดที่ต้องปรับเปลี่ยน และยกร่างแนวปฏิบัติที่ปรับสาระสำคัญใหม่ และ (3) ระยะสรุปผล (finalization phase) เป็นระยะสรุป และเผยแพร่แนวปฏิบัติที่ปรับแล้ว (The ADAPTE Collaboration, 2009)

ในระยะการปรับนั้น ขั้นตอนย่อยของการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติที่คัดกรองได้ถือเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมาก โดยองค์การฯได้เสนอเครื่องมือหลักเพื่อใช้ในขั้นตอนย่อยนี้ ดังนี้ (1) แบบสำรวจความเป็นปัจจุบัน (currency survey) ใช้ประเมินแนวปฏิบัติที่เลือกมานั้นว่ายังคงเป็นปัจจุบันและทันสมัยอยู่หรือไม่ (2) แบบประเมินคุณภาพของกระบวนการศึกษา การสืบค้นและคัดเลือกหลักฐาน (evaluation sheet-search and selection of evidence) ใช้ประเมินผู้พัฒนาแนวปฏิบัติเดิมว่าได้ทำการค้นคว้าและคัดเลือกงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์มาอย่างมีคุณภาพและครอบคลุมเพียงพอหรือไม่ (3) แบบประเมินความสอดคล้องระหว่างหลักฐาน การตีความและข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติ (evaluation sheet-consistency between evidence,

its interpretations, and recommendations) ใช้ตรวจสอบความสอดคล้องขององค์ประกอบหลักในแนวปฏิบัติให้แน่ใจว่า ข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัตินั้นได้มาจากการตีความหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ถูกต้อง และหลักฐานนั้นมีความสอดคล้องกับงานวิจัยปฐมภูมิที่ใช้อ้างอิง และ (4) แบบประเมินการยอมรับ/ความเหมาะสมในการนำไปใช้ (evaluation sheet-acceptability/applicability) ใช้พิจารณาว่าข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติเดิมนั้นยอมรับได้และสามารถนำไปใช้ในบริบทของผู้ปรับได้จริงหรือไม่ (The ADAPTE Collaboration, 2009)

สำหรับเครื่องมือทั้ง 4 ฉบับดังกล่าว ยังไม่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย จึงอาจทำให้นักการศึกษาหรือหน่วยงานด้านสุขภาพในประเทศไทยที่สนใจพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้วยการปรับแนวปฏิบัติที่มีอยู่ตามกรอบคิดขององค์การฯ อาจประสบปัญหาในการนำเครื่องมือมาใช้ในบริบทของตนได้ ดังนั้นทีมวิจัยจึงสนใจที่จะนำเครื่องมือทั้ง 4 ฉบับมาแปลเป็นฉบับภาษาไทย และทดสอบคุณภาพว่าสามารถนำไปใช้ประเมินแนวปฏิบัติได้จริง

จากการทบทวนระเบียบวิธีวิจัย เกี่ยวกับการแปลเครื่องมือจากต้นฉบับภาษาต่างประเทศมาเป็นเครื่องมือฉบับภาษาเป้าหมายพบว่า บริสลิน (Brislin) นักวิจัยการแปลข้ามวัฒนธรรมที่ได้รับการยอมรับ ให้ความสำคัญกับกระบวนการแปลอย่างเป็นอิสระของผู้แปล และการทำกระบวนการวนซ้ำ โดยในขั้นตอนการแปล บริสลินกำหนดให้ใช้ผู้ที่พูดได้สองภาษา (bilingual) อย่างน้อย 2 คน มาทำการแปล โดยคนที่ 1 แปลจากต้นฉบับ (source) ไปเป็นภาษาเป้าหมาย (target) คนที่ 2 ทำการแปลย้อนกลับ (back-translate) จากภาษาเป้าหมายกลับมาเป็นภาษาต้นฉบับโดยต้องไม่เคยเห็นต้นฉบับมาก่อน (blind translation) จากนั้นผู้วิจัยทำการตรวจสอบโดยนำข้อความในต้นฉบับกับข้อความที่แปลย้อนกลับมาเปรียบเทียบกัน หากมีความหมายเหมือนกัน (identical) แสดงว่าภาษาเป้าหมายนั้นมีความเทียบเท่า (equivalent) กับต้นฉบับ หากมีความต่างกัน ให้ทำกระบวนการเดิมวนซ้ำจนภาษาในต้นฉบับและภาษาเป้าหมายมีความหมายเหมือนกันหรือมีความเทียบเท่าเชิงวัฒนธรรม ทั้งนี้บริสลินเห็นว่า ความเทียบเท่าจะเกิดขึ้นได้เมื่อความหมายและหน้าที่ของข้อความนั้นถูกส่งผ่านไปยังอีกวัฒนธรรมหนึ่งได้อย่างครบถ้วน หรือที่เรียกว่ามีความเทียบเท่ากันด้านหน้าที่ (functional equivalence) โดยไม่จำเป็นต้องใช้คำที่เหมือนกันทุกประการ แต่ต้องให้ผลลัพธ์ (response) ที่เหมือนกัน (Brislin, 1970)

นักการศึกษาพยาบาลบางกลุ่ม ได้วิพากษ์รูปแบบการแปลดั้งเดิมของบริสลินว่ามุ่งเน้นเฉพาะความเทียบเท่าด้านความหมาย และใช้มุมมองจากภายนอก (etic perspective) ของผู้แปล จนอาจละเลยมุมมองของคนในวัฒนธรรมเป้าหมาย (emic perspective) อาทิ โจนส์ และคณะ (Jones et al., 2001) ได้เสนอให้มีการปรับปรุงเพื่อให้กระบวนการแปลมีประสิทธิภาพและมีความตรง (validity) มากขึ้น โดยเพิ่มขั้นตอนการพิจารณาร่วมกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญสองภาษาที่ร่วมอยู่ในขั้นตอนการแปลกับทีมผู้วิจัย เพื่อให้เกิดการผสมผสานสองมุมมอง (derived etic perspective) ในการหาความหมายที่ใช้ร่วมกันระหว่างวัฒนธรรมต้นทางและปลายทาง ซึ่งจะช่วยให้ได้เครื่องมือฉบับแปลที่สามารถเทียบเคียง (comparability) กับต้นฉบับ และเหมาะสมทางวัฒนธรรม (cultural relevance) ที่ดีกว่า

ดังจะเห็นได้จากการกำหนดขั้นตอนการแปลเป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้ *ขั้นตอนที่ 1* แปลอย่างเป็นอิสระจากต้นฉบับเป็นภาษาเป้าหมายโดยผู้เชี่ยวชาญสองภาษา จำนวน 2 คน *ขั้นตอนที่ 2* นำฉบับภาษาเป้าหมายที่ได้แต่ละฉบับ ให้ผู้เชี่ยวชาญสองภาษาใหม่จำนวน 2 คน ที่ไม่เคยเห็นเครื่องมือต้นฉบับและไม่มีภูมิหลังหรือทราบแนวคิดในเรื่องที่แปลมาก่อน แปลกลับเป็นภาษาต้นฉบับ *ขั้นตอนที่ 3* ประชุมผู้เชี่ยวชาญสองภาษาที่เกี่ยวข้องทั้ง 4 คน ร่วมกับทีมวิจัยเพื่อพิจารณาเครื่องมือที่ได้ในขั้นตอนที่ 2 ระบุความแตกต่างในความหมาย และปรับฉบับภาษาเป้าหมาย เพื่อให้ได้ความหมายที่เทียบเท่าทางวัฒนธรรมมากที่สุด *ขั้นตอนที่ 4* เครื่องมือฉบับล่าสุดจากขั้นตอนที่ 3 จะถูกแปลกลับโดยผู้เชี่ยวชาญสองภาษาอีก 2 คน *ขั้นตอนที่ 5* ประชุมกลุ่มเดิมในขั้นตอนที่ 3 ครั้งที่ 2 เพื่อพิจารณาฉบับแปลย้อนกลับในขั้นตอนที่ 4 กระบวนการอาจจะกระทำซ้ำจนกว่าที่ประชุมจะลงความเห็นว่ามีความหมายที่เทียบเท่ากันทางวัฒนธรรมของเครื่องมือต้นฉบับและฉบับแปล *ขั้นตอนที่ 6* ทดสอบคุณภาพของ

เครื่องมือฉบับแปลโดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สองภาษา

ในขั้นตอนนี้ งานการศึกษาของ โจนส์ และคณะ เลือกใช้เทคนิคข้ามภาษา (cross-language) ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแปล หรือที่บริสลินเรียกว่า เทคนิคสองภาษา (bilingual technique) (Brislin, 1970) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างสองภาษา 2 กลุ่ม ๆ ละอย่างน้อย 50 คน กลุ่มแรกตอบแบบสอบถามฉบับภาษาต้นฉบับก่อน และอีกกลุ่มหนึ่งตอบแบบสอบถามฉบับภาษาเป้าหมาย หลังจากนั้นอีก 1 สัปดาห์ ให้ทำสลับฉบับกัน แล้วนำมาเปรียบเทียบระหว่างสองฉบับด้วยสถิติทดสอบหาความสัมพันธ์ของชุดข้อมูล ขณะที่ สุริยานี และคณะ (Suryani et al., 2022) ซึ่งนำขั้นตอนการแปลข้ามวัฒนธรรมของโจนส์ และคณะมาใช้ในการแปลแบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาอินโดนีเซีย ได้เลือกทดสอบคุณภาพของแบบสำรวจฯ โดยการหาดัชนีความตรงตามเนื้อหารายข้อ (I-CVI) และทั้งฉบับ (S-CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และตรวจสอบความสอดคล้องภายในจากพยาบาลจำนวน 200 คน ด้วยค่า Cronbach's alpha coefficient

อย่างไรก็ตาม ขั้นตอนการแปลข้ามวัฒนธรรมของ โจนส์ และคณะ (Jones et al., 2001) ที่ปรับเพิ่มขึ้นโดยเชื่อว่าจะสามารถช่วยให้กระบวนการแปลมีประสิทธิภาพและมีความตรงมากขึ้นนั้น กลับพบว่า ในขั้นตอนการพิจารณาร่วมกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ได้ความหมายที่เทียบเท่าเชิงวัฒนธรรมระหว่างเครื่องมือฉบับแปลกับต้นฉบับมากที่สุดนั้น ยังไม่พบแนวทางการพิจารณาความเทียบเท่าที่ชัดเจน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า บีตัน และคณะ (Beaton et al., 2000) ได้กล่าวถึงแนวทางการพิจารณาความเทียบเท่าเชิงวัฒนธรรมของเครื่องมือที่ได้จากการแปลข้ามวัฒนธรรมไว้ชัดเจน โดยกำหนดให้พิจารณาความเทียบเท่าใน 4 มิติหลัก

ความเทียบเท่าดังกล่าว ได้แก่ (1) ความเทียบเท่ากันด้านความหมาย (semantic equivalence) พิจารณาจาก "คำหรือข้อความที่แปล" ว่ามีความหมายตรงกับต้นฉบับ หรือได้รับการแปลให้สะท้อนความหมายเดียวกันในบริบทของภาษาเป้าหมายหรือไม่ (2) ความเทียบเท่ากันด้านสำนวน (idiomatic equivalence) "สำนวนหรือวลีเฉพาะ" อาจไม่สามารถแปลเป็นภาษาเป้าหมายได้ตรงตัว ดังนั้นอาจจำเป็นต้องใช้คำเทียบเคียง หรือหาสำนวนในภาษาเป้าหมายที่ให้ความหมายเทียบเคียงกันมาพิจารณาแทน (3) ความเทียบเท่ากันด้านประสบการณ์ (experiential equivalence) โดยพิจารณาว่า "ประสบการณ์" หรือ "บริบททางสังคม-วัฒนธรรม"ที่กล่าวถึงในข้อคำถามนั้น สอดคล้องกับประสบการณ์หรือวิถีชีวิตในวัฒนธรรมเป้าหมายหรือไม่ อาจพิจารณาใช้คำอื่นแทนโดยคำนึงถึงวัฒนธรรมของผู้ใช้ภาษาเป้าหมาย และ (4) ความเทียบเท่ากันด้านแนวคิด (conceptual equivalence) โดยพิจารณาคำที่ใช้ว่ามีความหมายเชิงแนวคิดที่แตกต่างกันระหว่างวัฒนธรรมหรือไม่

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ในการแปลเครื่องมือจากภาษาต้นฉบับมาเป็นภาษาเป้าหมายนั้น การเลือกกระบวนการแปลข้ามวัฒนธรรมที่รัดกุมมีความสำคัญและช่วยให้แน่ใจได้ว่า เครื่องมือฉบับแปลนั้นสามารถเทียบเคียงได้กับต้นฉบับและมีความเทียบเท่าเชิงวัฒนธรรม ดังนั้นเพื่อช่วยให้นักการศึกษาพยาบาล หรือหน่วยงานด้านสุขภาพ มีเครื่องมือประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิก ฉบับภาษาไทย ทีมวิจัยจึงได้บูรณาการขั้นตอนกระบวนการแปลข้ามวัฒนธรรมของ โจนส์ และคณะ (Jones et al., 2001) ร่วมกับมิติความเทียบเท่าเชิงวัฒนธรรมของ บีตัน และคณะ (Beaton et al., 2000) มาเป็นกรอบดำเนินงานในระยะการแปล และใช้การทดสอบนำร่องหาความตรงเชิงเนื้อหา และความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินของเครื่องมือฉบับภาษาไทย ในขั้นตอนที่ 6 ของ โจนส์ และคณะ (Jones et al., 2001) แทนการเลือกใช้เทคนิคข้ามภาษาเนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาของโครงการวิจัย

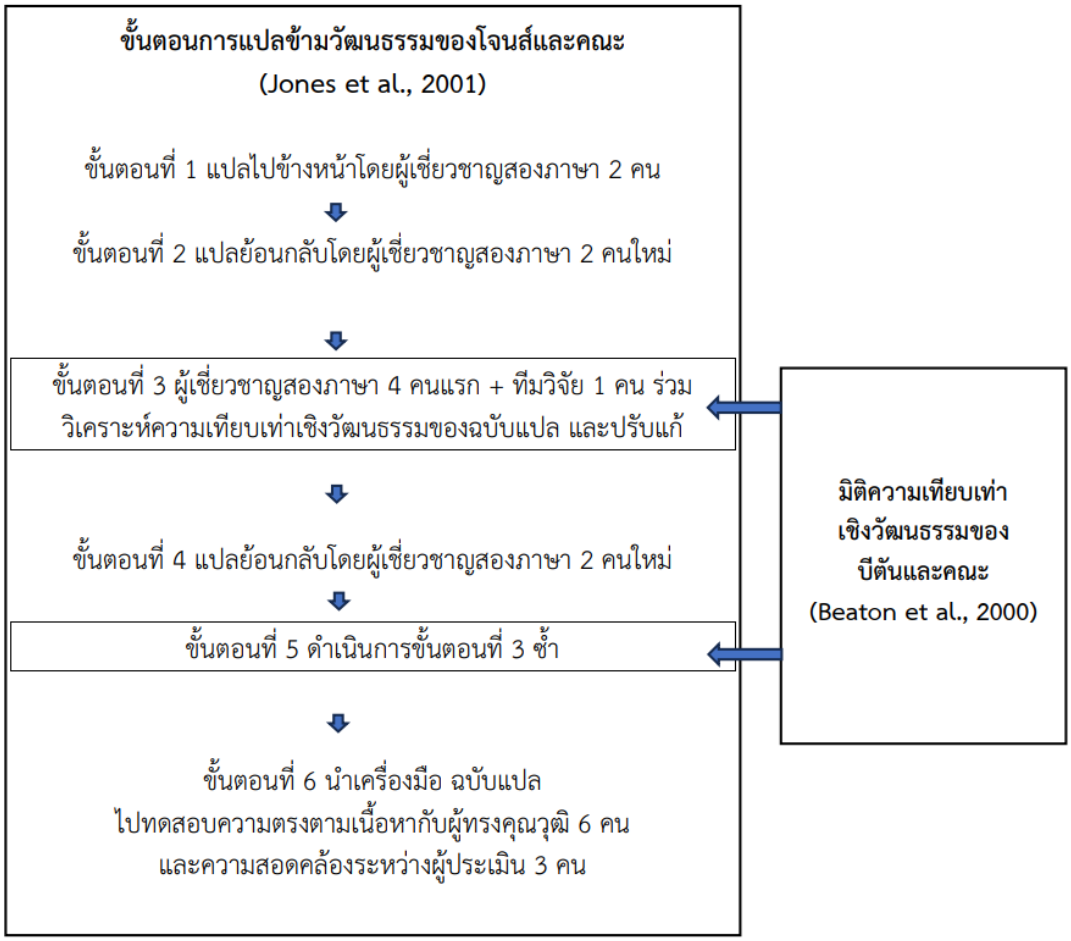
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อแปลเครื่องมือประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิกในระยะการปรับขององค์การฯ จากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย

2. เพื่อทดสอบความตรงตามเนื้อหา และความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน เครื่องมือประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิกในระยะการปรับขององค์การฯ ฉบับภาษาไทย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดขั้นตอนการแปลข้ามวัฒนธรรมของ โจนส์ และคณะ (Jones et al., 2001) เป็นหลักในการดำเนินงานเพื่อประกันความถูกต้องของการแปล ผ่านกระบวนการทำงานโดยใช้ผู้เชี่ยวชาญสองภาษารวม 6 คน ในขั้นตอนที่ 1, 2 และ 4 ให้ผู้เชี่ยวชาญสองภาษารวม 4 คน และทีมวิจัย 1 คน ได้ร่วมวิเคราะห์ความเทียบเท่าเชิงวัฒนธรรม ตามเกณฑ์มิติความเทียบเท่าเชิงวัฒธรรมของ บีตัน และคณะ (Beaton et al., 2000) ในขั้นตอนที่ 3 และ 5 เพื่อให้มั่นใจว่าเครื่องมือฉบับภาษาไทยมีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพของไทยอย่างแท้จริง หลังจากนั้นจึงนำไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือฉบับแปลในขั้นตอนที่ 6 ซึ่งการศึกษานำร่องนี้ ได้ทดสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน และความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน 3 คนทำการประเมินแนวปฏิบัติที่คัดกรองให้จำนวน 4 แนวปฏิบัติ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยนำร่องเชิงระเบียบวิธี (methodological pilot study) ดำเนินการเป็น 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 เป็นระยะการแปลเครื่องมือสำหรับประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิกที่คัดกรองได้ในระยะการปรับขององค์การฯ จำนวน 4 ฉบับ และระยะที่ 2 เป็นระยะทดสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือฉบับภาษาไทย และทดสอบความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการพัฒนา และการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และมีความสนใจในแนวทางการปรับแนวปฏิบัติทางคลินิกขององค์การความร่วมมือเพื่อการปรับแนวปฏิบัติทางคลินิก

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานำร่องที่ได้รับการเสนอแนะไว้ คือ 2-12 คน (Julious, 2005; Sousa & Rojjanasrirat, 2010) ดังนั้น ทีมวิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ ฉบับภาษาไทย ดังนี้ (1) กลุ่มตัวอย่างสำหรับทดสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ จำนวน 6 คน เป็นอาจารย์พยาบาล 4 คน และพยาบาลวิชาชีพ 2 คน และ (2) กลุ่มตัวอย่างสำหรับทดสอบความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน จำนวน 3 คน เป็นอาจารย์พยาบาล 2 คน และพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ทีมวิจัยคัดกรองให้ จำนวน 4 แนวปฏิบัติ

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยมีเกณฑ์การเข้าร่วมโครงการวิจัย (inclusion criteria) ดังนี้ (1) อายุ 30 ปี ขึ้นไป (2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย (3) สามารถอ่านภาษาอังกฤษได้อย่างเข้าใจ และ (4) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เป็นเครื่องมือประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิกในระยะการปรับขององค์การฯ จำนวน 4 ฉบับ และทีมวิจัยดำเนินการแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยตามขั้นตอนการแปลข้ามวัฒนธรรมของ โจนส์ และคณะ (Jones et al., 2001) ประกอบด้วย

1.1 แบบสำรวจความเป็นปัจจุบัน ใช้ประเมินความเป็นปัจจุบันของแนวปฏิบัติ โดยพิจารณาจากการมีหลักฐานใหม่ที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติ แผนการปรับปรุงแนวปฏิบัติ การปรับปรุงแนวปฏิบัติล่าสุด รวมถึงการอ้างอิงในแนวปฏิบัติล่าสุด มีข้อคำถามรวม 8 ข้อ ข้อคำตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ หากตอบว่า ใช่ ให้ระบุรายละเอียดเพิ่ม

1.2 แบบประเมินคุณภาพของกระบวนการศึกษา การสืบค้นและคัดเลือกหลักฐาน ใช้ประเมินความครอบคลุมของการสืบค้น และการหลีกเลี่ยงอคติในการเลือกบทความ มีข้อคำถามรวม 20 ข้อ ข้อคำตอบ คือ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่

1.3 แบบประเมินความสอดคล้องระหว่างหลักฐาน การตีความและข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติ ใช้ประเมินความถูกต้องของหลักฐาน ความสอดคล้องระหว่างหลักฐานและข้อเสนอแนะ และคุณภาพของข้อเสนอแนะ มีข้อคำถามรวม 16 ข้อ ข้อคำตอบ คือ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่

1.4 แบบประเมินการยอมรับ/ความเหมาะสมในการนำไปใช้ ใช้ประเมินข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัตินั้นว่าสามารถยอมรับได้ และนำไปใช้ได้จริง มีข้อคำถามรวม 7 ข้อ ข้อคำตอบ คือ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่

ทั้งนี้เครื่องมือประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิกทั้งหมด ไม่ใช้ระบบการให้คะแนนแบบประเมินในเชิงปริมาณ แต่จะอาศัยการประเมินเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบ และความเห็นพ้องของผู้เชี่ยวชาญเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกนั้นสามารถนำไปใช้ในหน่วยงานของตนได้โดยตรง (adopt) หรือต้องปรับเปลี่ยนเล็กน้อย (adapt) หรือต้องพัฒนาใหม่ในส่วนที่ขาดไป ทั้งหมด (de novo)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประกอบอาชีพ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 113/2566 วันที่อนุมัติ 26 ตุลาคม 2566 ทีมวิจัยใช้หลักการเคารพในความเป็นบุคคล หลักผลประโยชน์ และหลักความยุติธรรมก่อนดำเนินการขอคำยินยอม ได้แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึงประโยชน์และความเสี่ยง โดยข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยถือเป็นความลับ การเผยแพร่ข้อมูลกระทำในภาพรวมเท่านั้น ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย รวมถึงมีสิทธิ์ในการยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาตามสมัครใจ การขอความยินยอมทำโดยการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทีมวิจัยดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนกำหนด ดังนี้

1. ขออนุญาตใช้เครื่องมือทั้ง 4 ฉบับ จากองค์การฯ (The ADAPTE Collaboration)
2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ทีมวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ประกอบด้วย

2.1 ระยะที่ 1 ระยะการแปลเครื่องมือ โดยดำเนินการตามขั้นตอนการแปลข้ามวัฒนธรรมของ โจนส์และคณะ (Jones et al., 2001) ร่วมกับการพิจารณามิติความเทียบเท่าเชิงวัฒนธรรมของ บีตัน และคณะ (Beaton et al., 2000) ดังต่อไปนี้

2.1.1 แปลเครื่องมือต้นฉบับ จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย โดยใช้ผู้แปลซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิก มีความรู้ความชำนาญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีประสบการณ์สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศ จำนวน 1 คน และนักแปลอาชีพจากสถาบันภาษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 1 คน ทำการแปลอย่างเป็นอิสระต่อกัน ได้เครื่องมือประเมินแนวปฏิบัติ ฉบับภาษาไทย 1 จำนวน 2 ฉบับ ขั้นตอนนี้ใช้เวลา 4 สัปดาห์

2.1.2 นำเครื่องมือประเมินแนวปฏิบัติ ฉบับภาษาไทย 1 ทั้ง 2 ฉบับ ให้ผู้แปลชุดใหม่ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิก มีความรู้ความชำนาญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีประสบการณ์สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศ จำนวน 1 คน และนักแปลอาชีพจากศูนย์การแปลและบริการด้านภาษา มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 1 คน ที่ไม่เคยเห็นเครื่องมือต้นฉบับมาก่อน ทำการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ ได้เครื่องมือประเมินแนวปฏิบัติ ฉบับภาษาอังกฤษ 2 จำนวน 2 ฉบับ ขั้นตอนนี้ใช้เวลา 4 สัปดาห์

2.1.3 ให้ผู้แปลในข้อ 2.1.1 และ 2.1.2 และหัวหน้าทีมวิจัย ทำการพิจารณาเครื่องมือที่ได้ในข้อ 2.1.2 เปรียบเทียบกับต้นฉบับ และฉบับภาษาไทย ร่วมกันอภิปรายรายข้อจนได้ข้อตกลงร่วมเพื่อให้ได้เครื่องมือที่มีความเทียบเท่าเชิงวัฒนธรรมมากที่สุดทั้งในด้านความหมาย ด้านสำนวน ด้านประสบการณ์ และด้านแนวคิด และทำการปรับปรุงฉบับภาษาไทยตามข้อตกลง จนได้เครื่องมือ ฉบับภาษาไทย 2 จำนวน 1 ฉบับ ขั้นตอนนี้ใช้เวลา 2 สัปดาห์

2.1.4 นำเครื่องมือในข้อ 2.1.3 ให้ผู้แปลชุดใหม่ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิก มีความรู้ความชำนาญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีประสบการณ์สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศ จำนวน 1 คน และนักแปลอาชีพจากสถาบันภาษาเอกชน จำนวน 1 คน แปลกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ ได้เป็นเครื่องมือ ฉบับภาษาอังกฤษ 3 จำนวน 2 ฉบับ ขั้นตอนนี้ใช้เวลา 4 สัปดาห์

2.1.5 ทีมในข้อ 2.1.3 ดำเนินการพิจารณาและอภิปรายเครื่องมือ ฉบับภาษาอังกฤษ 3 เปรียบเทียบกับต้นฉบับ และฉบับภาษาไทย 2 อีกครั้ง และทำการปรับปรุง ได้เป็นฉบับภาษาไทย 3 จำนวน 1 ฉบับ ขั้นตอนนี้ใช้เวลา 1 สัปดาห์

2.2 ระยะที่ 2 ระยะทดสอบคุณภาพของเครื่องมือฉบับภาษาไทย นำร่องโดยการทดสอบความตรงตามเนื้อหา และความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน ดังนี้

2.2.1 นำเครื่องมือ ฉบับภาษาไทย 3 ไปทดสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์พยาบาลมีประสบการณ์การสอนการสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิก หรือมีประสบการณ์ทำวิจัยการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก หรือมีประสบการณ์การพัฒนาเครื่องมือวิจัย จำนวน 4 คน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การพัฒนา/ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 2 คน นำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับแก้ไขความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รวมถึงความชัดเจนของข้อความ ได้เป็นเครื่องมือ ฉบับภาษาไทย 4 พร้อมทดสอบความเชื่อมั่น ขั้นตอนนี้ใช้เวลา 3 สัปดาห์

2.2.2 นำเครื่องมือ ฉบับภาษาไทย 4 ไปทดสอบความสอดคล้องของเครื่องมือระหว่างผู้ประเมิน โดยให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การสอนการสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิกหรือมีประสบการณ์ทำวิจัยการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก หรือมีประสบการณ์การพัฒนาเครื่องมือวิจัย จำนวน 2 คน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การพัฒนา/ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 1 คน นำเครื่องมือทั้ง 4 ฉบับ ประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ทีมวิจัยคัดกรองให้ จำนวน 4 แนวปฏิบัติ อย่างเป็นอิสระต่อกัน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ขั้นตอนนี้ใช้เวลา 8 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ฉบับภาษาไทย ทั้ง 4 ฉบับ ด้วยการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเฉลี่ยทั้งฉบับ (scale-level CVI/Average [S-CVI/Ave]) โดยเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ มีค่าตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ได้จากการแปลครั้งแรก (Polit & Beck, 2020) และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ฉบับภาษาไทย ทั้ง 4 ฉบับ ระหว่างผู้ประเมินจำนวน 3 คน ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องของเคนดัลล์ (Kendall's coefficient of concordance) โดยค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องของเคนดัลล์ 0.10 หมายถึง มีความสอดคล้องกันระดับน้อยมาก, 0.30 หมายถึง มีความสอดคล้องกันระดับน้อย, 0.50 หมายถึง มีความสอดคล้องกันระดับปานกลาง, 0.70 หมายถึง มีความสอดคล้องกันระดับดี และ 0.90 หมายถึง มีความเห็นสอดคล้องกันระดับดีเยี่ยม (Schmidt, 1997)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ ฉบับภาษาไทย ครั้งนี้ มีจำนวน 9 คน ทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 100) การศึกษาระดับปริญญาเอก (ร้อยละ 77.78) หลังปริญญาเอก (ร้อยละ 22.22) มีประสบการณ์ศึกษาในต่างประเทศ (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 55-65 ปี และประกอบอาชีพเป็นอาจารย์พยาบาล (ร้อยละ 66.67) นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. การแปลเครื่องมือประเมินแนวปฏิบัติฯ จากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย ได้ผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับอย่างสมบูรณ์ตามขั้นตอนกำหนดของ โจนส์ และคณะ (Jones et al., 2001) และมิติความเทียบเท่าเชิงวัฒนธรรมของ บีตัน และคณะ (Beaton et al., 2000) ได้เป็นเครื่องมือ ฉบับภาษาไทย จำนวน 4 ฉบับ ประกอบด้วย (1) แบบสำรวจความเป็นปัจจุบัน (2) แบบประเมินคุณภาพของกระบวนการศึกษา การสืบค้นและคัดเลือกหลักฐาน (3) แบบประเมินความสอดคล้องระหว่างหลักฐาน การตีความและข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติ และ (4) แบบประเมินการยอมรับ/ความเหมาะสมในการนำไปใช้

2. การทดสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ฉบับภาษาไทย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเฉลี่ยทั้งฉบับ (scale-level CVI/Average [S-CVI/Ave]) ของเครื่องมือ ทั้ง 4 ฉบับ เท่ากับ 1.00, 0.90, 0.81 และ 1.00 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

3. การทดสอบความสอดคล้องของเครื่องมือระหว่างผู้ประเมิน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ทำการประเมินแนวปฏิบัติที่คัดกรองให้ จำนวน 4 แนวปฏิบัติ ด้วยเครื่องมือ ฉบับภาษาไทย ทั้ง 4 ฉบับ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องของเคนดัลล์ (Kendall's coefficient of concordance) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 เท่ากับ 0.70, 0.71, 0.67 และ 0.79 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเฉลี่ยทั้งฉบับ และค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องของเคนดัลล์ของเครื่องมือ ฉบับภาษาไทย 4 ฉบับ

เครื่องมือ	S-CVI/Ave	Kendall's W
1. แบบประเมินความเป็นปัจจุบัน	1.00	0.70*
2. แบบประเมินคุณภาพของกระบวนการศึกษา การสืบค้นและคัดเลือกหลักฐาน	0.90	0.71*
3. แบบประเมินความสอดคล้องระหว่างหลักฐาน การตีความและข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติ	0.81	0.67*
4. แบบประเมินการยอมรับ/ความเหมาะสมในการนำไปใช้	1.00	0.79*

*p < .05

การอภิปรายผล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) แปลเครื่องมือประเมินแนวปฏิบัติในระยะการปรับขององค์การความร่วมมือเพื่อการปรับแนวปฏิบัติทางคลินิก (ADAPTE Collaboration) จากต้นฉบับภาษาอังกฤษ เป็นภาษาไทย และ (2) ทดสอบนำร่องความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิกในระยะการปรับของ ADAPTE Collaboration ฉบับภาษาไทย และความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน สามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. การแปลเครื่องมือประเมินแนวปฏิบัติฯ

การแปลเครื่องมือครั้งนี้ ทีมวิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการแปลข้ามวัฒนธรรมของ โจนส์ และคณะ (Jones et al., 2001) และพิจารณาความเทียบเท่ากันเชิงวัฒนธรรมตามเกณฑ์มิติของ บีตัน และคณะ (Beaton et al., 2000) อย่างเคร่งครัด จึงทำให้ได้เครื่องมือ ฉบับภาษาไทย ทั้ง 4 ฉบับ ที่มีความเทียบเท่าเชิงวัฒนธรรมกับต้นฉบับ ซึ่งสามารถอธิบายรายละเอียดในการดำเนินการพิจารณามิติความเทียบเท่าเชิงวัฒนธรรมได้ ดังต่อไปนี้

1) มีความเทียบเท่ากันด้านความหมาย พบว่า ในการแปลเครื่องมือจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับ เครื่องมือทั้ง 4 ฉบับ ส่วนใหญ่มีความหมายเทียบเท่ากัน มีเพียงเครื่องมือที่ 4 แบบประเมินการยอมรับ/ความเหมาะสมกับการนำไปใช้ ข้อที่ 1 ของหัวข้อที่ 1 มีข้อพิจารณาในคำว่า strength of evidence ของเครื่องมือต้นฉบับ โดยในการประชุมรอบแรก มีผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา แปลเป็นภาษาไทยต่างกันดังนี้ ความน่าเชื่อถือของหลักฐาน และความหนักแน่นของหลักฐาน ที่ประชุมพิจารณาร่วมกันเห็นว่า ความน่าเชื่อถือของหลักฐาน อาจหมายถึง ความสามารถในการเชื่อมโยงกับความเชื่อมั่นหรือการยอมรับในหลักฐาน ซึ่งอาจไม่ตรงกับความหมายของ strength เท่ากับความหนักแน่นของหลักฐานที่มีความหมายที่สื่อถึงความแข็งแกร่งหรือความสำคัญของหลักฐานในแง่ความสามารถในการสนับสนุนข้อเสนอแนะซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ strength ในภาษาอังกฤษ แต่ในการประชุมรอบสอง ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาคนหนึ่ง แปลเป็นคำว่า จุดแข็งของหลักฐาน ซึ่งที่ประชุมพิจารณาร่วมกันเห็นว่า ในบริบทของการนำไปใช้ คำนี้จะสร้างความเข้าใจให้กับผู้อ่านได้รวดเร็วกว่าความหนักแน่นของหลักฐาน จึงตกลงให้ใช้คำว่า จุดแข็งของหลักฐาน ในเครื่องมือที่ 4 ฉบับภาษาไทย

2) มีความเทียบเท่ากันด้านการใช้สำนวน พบว่า เครื่องมือที่ 1 แบบสำรวจความเป็นปัจจุบัน ข้อที่ 4 ของฉบับต้นฉบับ คำว่า in need of updating ในการประชุมรอบแรก ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาแนะนำให้ใช้ คำว่า “ที่จำเป็นต้องปรับปรุง” ซึ่งสะท้อนถึงความหมายของ in need of updating ได้ดีกว่า ที่ต้องการปรับปรุง ดังนั้นจึงใช้คำนี้ในเครื่องมือที่ 1 ฉบับภาษาไทย

3) มีความเทียบเท่ากันด้านประสบการณ์ พบว่า เครื่องมือที่ 3 แบบประเมินความสอดคล้องระหว่างหลักฐาน การตีความและข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติ ข้อที่ 1 ของหัวข้อที่ 1 ต้นฉบับใช้คำว่า search โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาแปลเป็นภาษาไทยว่า ค้นหา และสืบค้น ซึ่งในการแปลย้อนกลับ ผู้เชี่ยวชาญก็ใช้คำว่า search เช่นเดียวกับต้นฉบับ อย่างไรก็ตามผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาเสนอแนะให้ใช้คำว่าสืบค้น เพื่อแสดงให้เห็นถึงกระบวนการที่ต้องดำเนินการอย่างละเอียด รอบคอบ เหมาะสมกับการค้นหาหลักฐานที่สำคัญในการกำหนดแนวปฏิบัติทางคลินิกมากกว่าคำว่าค้นหา ซึ่งมีลักษณะทั่วไป ไม่เน้นความละเอียด รอบคอบหรือเป็นทางการ

4) มีความเทียบเท่ากันด้านแนวคิด พบว่า คำว่า interventions ในเครื่องมือที่ 4 แบบประเมินการยอมรับ/ความเหมาะสมในการนำไปใช้ ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาคนที่ 1 แปลเป็นการปฏิบัติการแทรกแซง ส่วนที่เหลือแปลเป็นการปฏิบัติ/กิจกรรมที่ให้ จึงตกลงใช้คำว่าการปฏิบัติ/กิจกรรมที่ให้ เพื่อแสดงถึงการดำเนินการที่มีวัตถุประสงค์ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย

โดยสรุปชุดเครื่องมือแปล ทั้ง 4 ฉบับ ได้ถูกทดสอบความเทียบเท่าเชิงวัฒนธรรมกับเครื่องมือต้นฉบับ ทั้งในขั้นตอนการแปลไปข้างหน้า การแปลย้อนกลับของผู้เชี่ยวชาญสองภาษาซึ่งถือเป็นผู้มีความเข้าใจในบริบทและวัฒนธรรมทั้ง 2 ภาษาเป็นอย่างดี ย่อมช่วยลดปัญหาที่เกิดจากความแตกต่างทางโครงสร้างของภาษาระหว่างภาษาต้นฉบับและภาษาเป้าหมายได้มาก (Brislin, 1970) นอกจากนี้การประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญสองภาษา ร่วมกับทีมวิจัยเพื่อพิจารณามิติความเทียบเท่าเชิงวัฒนธรรมตามเกณฑ์ของบีตันและคณะ ช่วยให้มีการวิเคราะห์และตัดสินใจเลือกใช้คำหรือข้อความที่เหมาะสมกับบริบทของไทย อีกทั้งการที่ทีมวิจัยร่วมในการประชุมพิจารณาด้วยนั้น ช่วยให้สามารถเข้าใจในประเด็นข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญ ทำให้เครื่องมือทั้ง 4 ฉบับ ได้รับการแก้ไขได้อย่างตรงประเด็น

2. การประเมินความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือประเมินแนวปฏิบัติฯ ฉบับภาษาไทย

ในการศึกษานี้ ทีมวิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการแปลข้ามวัฒนธรรมของ โจนส์ และคณะ (Jones et al., 2001) ร่วมกับการพิจารณามิติความเทียบเท่าเชิงวัฒนธรรมของ บีตัน และคณะ (Beaton et al., 2000) โดยในขั้นตอนที่ 6 ทีมวิจัยนำเครื่องมือ ฉบับภาษาไทย ไปทดสอบทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) เพื่อตรวจสอบดูว่าเครื่องมือสามารถวัดได้ตรงและครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความเป็นปัจจุบันของแนวปฏิบัติทางคลินิกที่คัดกรองได้ รวมถึงการประเมินคุณภาพของกระบวนการสืบค้นและคัดเลือกหลักฐาน การประเมินความสอดคล้องระหว่างหลักฐาน การตีความและข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติ และการประเมินความเหมาะสมในการนำไปใช้ในบริบทและวัฒนธรรมด้านสุขภาพของไทย โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในการพัฒนา/ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก มีความสนใจในแนวทางการปรับแนวปฏิบัติทางคลินิกขององค์การความร่วมมือเพื่อการปรับแนวปฏิบัติทางคลินิก และสามารถใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 6 คน ซึ่งผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเฉลี่ยทั้งฉบับ (S-CVI/Ave) ของเครื่องมือทั้ง 4 ฉบับ พบว่า มีค่าอยู่ระหว่าง 0.81 ถึง 1.00 แสดงถึงมีความตรงตามเนื้อหาของแต่ละฉบับอยู่ในเกณฑ์สูง

อภิปรายได้ว่า ในขั้นตอนการแปลเป็นฉบับภาษาไทย ทีมวิจัยดำเนินการอย่างเคร่งครัดและรัดกุมในทุกขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ มีประสบการณ์ในการพัฒนา/ใช้แนวปฏิบัติมาก่อนและมีประสบการณ์ศึกษาในต่างประเทศที่ใช้ภาษาอังกฤษเป็นพื้นฐาน ซึ่งช่วยให้สามารถตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมทางภาษาด้วยอีกทางหนึ่งเนื่องจากมีความเข้าใจในค่านิยม ทัศนคติและบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมที่

เกี่ยวข้องกับภาษาต้นฉบับและภาษาของตนได้ดี (Cheung et al., 2020)

นอกจากนี้ การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ ฉบับภาษาไทย ด้วยการทดสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ถือเป็นข้อสนับสนุนในการพิจารณาความเทียบเท่ากันด้านเนื้อหาระหว่างเครื่องมือต้นฉบับกับเครื่องมือฉบับภาษาเป้าหมายอีกทางหนึ่ง (Cruchinho et al., 2024) และการเลือกใช้วิธีวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเฉลี่ยทั้งฉบับ (S-CVI/Ave) ของเครื่องมือแต่ละฉบับ ช่วยให้เห็นว่าเครื่องมือทั้งฉบับ มีความครอบคลุมและเหมาะสมกับสิ่งที่ต้องการวัด ไม่เฉพาะเพียงบางข้อ ทั้งนี้การทดสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือฉบับแปลถูกนำมาใช้ในการศึกษาการแปลข้ามวัฒนธรรมหลายการศึกษา เช่น การศึกษาของ สุริยานี และคณะ (Suryani et al., 2022) ที่ทดสอบคุณภาพของแบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยสำหรับโรงพยาบาลในอินโดนีเซีย โดยทดสอบความตรงตามเนื้อหาในผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหารายข้อและเฉลี่ยทั้งฉบับ หรือการศึกษากระบวนการแปลเครื่องมือสำรวจอย่างเป็นระบบสำหรับงานวิจัยเปรียบเทียบกำลังคนด้านสุขภาพในหลายประเทศของ สไควร์ และคณะ (Squires et al., 2013) ที่ได้ทดสอบลักษณะเดียวกัน เป็นต้น

3. การประเมินความสอดคล้องของเครื่องมือประเมินแนวปฏิบัติฯ ฉบับภาษาไทย ระหว่างผู้ประเมิน

การวิจัยนี้ทำการศึกษาเพียงความสอดคล้องของเครื่องมือประเมินแนวปฏิบัติฯ ฉบับภาษาไทย ระหว่างผู้ประเมิน เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาของโครงการวิจัย โดยนำเครื่องมือประเมินแนวปฏิบัติฯ ฉบับภาษาไทย ทั้ง 4 ฉบับ ที่ได้รับการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 3 คน ทำการประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ทีมวิจัยคัดสรรไว้ให้จำนวน 4 ฉบับ หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์ความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องของเคนดัลล์ (Kendall's coefficient of concordance) พบว่า เครื่องมือที่ 1, 2, และ 4 มีค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องของเคนดัลล์ (Kendall's W) อยู่ในระดับดี (W = 0.70, 0.71, และ 0.79 ตามลำดับ, $p < 0.5$) ขณะที่เครื่องมือที่ 3 มีค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องของเคนดัลล์ อยู่ในระดับปานกลางค่อนไปทางสูง (W = 0.67, $p < 0.5$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากเนื้อหาของเครื่องมือที่ 3 เกี่ยวข้องกับการประเมินความสอดคล้องเชิงตรรกะ และการใช้ดุลยพินิจเชิงวิชาชีพขั้นสูงในการตัดสินใจ ซึ่งมีความซับซ้อนกว่าการประเมินความเป็นปัจจุบันหรือการประเมินเชิงกระบวนการในเครื่องมือฉบับอื่น ๆ

จากการวิเคราะห์รายข้อในเครื่องมือที่ 3 พบว่า มีข้อ 8 และข้อ 16 ที่ผู้ประเมินมีความเห็นสอดคล้องกันน้อย โดยข้อ 8 ระบุว่า มีการวิเคราะห์ความไว และการทดสอบความไม่เป็นเอกพันธ์ จะเห็นได้ว่าการวิเคราะห์ความไว (sensitivity analysis) และการทดสอบความไม่เป็นเอกพันธ์ (heterogeneity test) เป็นสถิติขั้นสูงในการทำการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) และการวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) ผู้ประเมินอาจมีบรรทัดฐานในการตัดสินใจเกี่ยวกับความไวต่างกัน เช่น อาจมองว่าการที่เขียนระบุไว้ก็ถือว่ามีการวิเคราะห์แล้ว ขณะที่อีกท่านหนึ่งอาจมองว่าต้องแสดงแผนภูมิฟอเรสต์ (Forest plot) หรือการคำนวณไอ-สแควร์ (I-square) จึงจะถือว่ามีการวิเคราะห์ เป็นต้น

สำหรับข้อ 16 ที่ระบุว่า มีการชั่งน้ำหนักระหว่างความเสี่ยง และประโยชน์ คำว่า การชั่งน้ำหนัก มีความเป็นนามธรรมสูง ผู้ประเมินอาจเห็นว่า มีการเขียนเตือนไว้แล้วว่ามีผลข้างเคียง ในขณะที่อีกท่านอาจแย้งว่ายังไม่ได้ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบความคุ้มค่าให้เห็น เป็นต้น จากข้อมูลรายข้อนี้ช่วยยืนยันให้เห็นถึงธรรมชาติของเนื้อหาของเครื่องมือฉบับที่ 3 ว่าเป็นการประเมินเชิงวิพากษ์ขั้นสูง ผู้ประเมินต้องใช้ดุลยพินิจสูง จึงมีโอกาสที่ความเห็นของผู้ประเมินจะคลาดเคลื่อนกันได้ง่ายกว่าเครื่องมือเชิงประจักษ์ทั่วไป ซึ่งสไควร์และคณะ เรียกข้อคำถามที่ได้คะแนนจากการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญต่ำกว่าเกณฑ์กำหนดนี้ว่า ข้อคำถามที่อาจมีปัญหา (poten- tially problematic items [PPI]) และไม่ควรมองว่าเกิดจากความผิดพลาดของการแปลเพียงอย่างเดียว แต่อาจเกิดจากความซับซ้อนเชิงระบบ (systemic complexity) ของเนื้อหาก็ได้ สามารถจัดการได้โดย (1) ทบทวนว่าเกิดจาก

การแปลหรือไม่ หากใช่ ให้ทำการแก้ไขคำแปล (re-translation) (2) ตัดสินใจเชิงคุณภาพ หากข้อคำถามนั้นมีความสำคัญเชิงทฤษฎี อาจตัดสินใจคงไว้ แต่ทำการปรับปรุงสำนวนใหม่ และ (3) เฝ้าระวัง โดยข้อความที่อาจเป็นปัญหานี้จะถูกเฝ้าดูในระยะการวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อดูค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของข้อนั้น ๆ (Squires et al., 2013)

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า แม้เครื่องมือฉบับที่ 3 จะมีข้อความที่ผู้ประเมินมีความเห็นสอดคล้องกันน้อย แต่ยังคงมีค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องของเคนดัลล์อยู่ในระดับปานกลางค่อนไปทางสูง สะท้อนถึงความเห็นพ้องที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันในระดับที่ยอมรับได้สำหรับการประเมินเนื้อหาที่มีความซับซ้อนสูง ซึ่งผลจากการวิเคราะห์นี้ ทีมผู้วิจัยจะนำไปเป็นข้อเสนอแนะในการดูค่าความเชื่อมั่นของข้อ 8 และข้อ 16 เมื่อใช้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นต่อไป

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยนี้ไม่สามารถดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือฉบับแปล ด้วยการทดสอบความสอดคล้องระหว่างเครื่องมือฉบับแปลกับต้นฉบับตามข้อเสนอแนะของ โจนส์ และคณะ (Jones et al., 2001) ได้ เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาของโครงการวิจัย และความยากในการหาผู้เชี่ยวชาญสองภาษาตามจำนวนที่เสนอแนะเพื่อเข้าร่วมทดสอบเครื่องมือ ทำให้ทีมวิจัยตัดสินใจศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กเป็นการนำร่อง ซึ่งส่งผลให้ผลลัพธ์อาจยังไม่สามารถสรุปผลในวงกว้างได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

นักการศึกษา และหน่วยงาน/องค์การด้านสุขภาพในประเทศ ที่ต้องการมีแนวปฏิบัติทางคลินิกใช้ในหน่วยงานของตน สามารถนำเครื่องมือ ฉบับภาษาไทย ทั้ง 4 ฉบับ ไปใช้ประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิกที่คัดกรองได้ในระยะการปรับตามขั้นตอนที่องค์การฯ เสนอไว้ เพื่อตัดสินใจเลือกแนวปฏิบัติที่น่าเชื่อถือและปรับใช้ในบริบทของหน่วยงานได้ โดยไม่ต้องพัฒนาขึ้นใหม่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษานำร่อง ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ ฉบับแปล ทั้งการทดสอบความตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่น เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและผลการวิเคราะห์สามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ดีขึ้น ทั้งนี้ควรติดตามดูค่าความเชื่อมั่นของข้อ 8 และข้อ 16 ของเครื่องมือฉบับที่ 3 เมื่อมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นด้วย
2. ควรตรวจสอบความเท่าเทียมกันของเครื่องมือระหว่างภาษา (cross-language equivalence testing) โดยการเปรียบเทียบผลการตอบแบบประเมินฉบับแปล และต้นฉบับภาษาอังกฤษในกลุ่มตัวอย่างที่สามารถใช้สองภาษา
3. ควรทดสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยาของเครื่องมือทั้ง 4 ฉบับ ด้วยการทดสอบความตรงและความเชื่อมั่นอื่นเพิ่มเติม เช่น การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploration factor analysis) การใช้สถิติหาค่า Cronbach's alpha coefficient หรือ intraclass correlation coefficient เป็นต้น

References

Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine, 25*(24), 3186-3191. https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014

Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 1*(3), 185-216. https://doi.org/10.1177/135910457000100301

Cheung, H., Mazerolle, L., Possingham, H. P., Tam, K. P., & Biggs, D. (2020). A methodological guide for translating study instruments in cross-cultural research: Adapting the 'connectedness to nature' scale into Chinese. *Methods in Ecology and Evaluation, 11*(11), 1379-1387. https://doi.org/10.1111/2041-210X.13465

Cruchinho, P., Lopez-Franco, M. D., Capelas, M. L., Almeida, S., Bennett, P. M., da Silva, M. M., Teixeira, G., Nunes, E., Lucas, P., Gaspar, F., & Handovers4SafeCare. (2024). Translation, cross-cultural adaptation, and validation of measurement instruments: A practical guideline of novice researchers. *Journal of Multidisciplinary Healthcare 2024, 17*, 2701-2728. https://doi.org/10.2147/JMDH.S419714

Fervers, B., Burgers, J. S., Voellinger, R., Brouwers, M., Browman, G. P., Graham, I. D., Harrison, M. B., Latreille, J., Mlika-Cabane, N., Paquet, L., Zitzelsberger, L., & Burnand, B., & The ADAPTE Collaboration. (2011). Guideline adaptation: An approach to enhance efficiency in guideline development and improve utilization. *BMJ Quality & Safety, 20*(3), 228-236. https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.043257

Jones, P. S., Lee, J. W., Phillips, L. R., Zhang, X. E., & Jaceldo, K. B. (2001). An adaptation of Brislin's translation model for cross-cultural research. *Nursing Research, 50*(5), 300-304. https://doi.org/10.1097/00006199-200109000-00008

Julious, S. A. (2005). Sample size of 12 per group rule of thumb for a pilot study. *Pharmaceutical Statistics, 4*(4), 287-291. https://doi.org/10.1002/pst.185

National Health and Medical Research Council (NHMRC). (2011). *NHMRC standards and procedures for externally developed guidelines.* National Health and Medical Research Council.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2020). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.

Schmidt, R. C. (1997). Managing Delphi surveys using nonparametric statistical techniques. *Decision Sciences*, *28*(3), 763–774. https://doi.org/10.1111/j.1540-5915.1997.tb01330.x

Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN]. (2025). *A guideline developer's handbook*. https://www.sign.ac.uk/media/2328/sign-50-2025-edition.pdf

Sousa, V. D., & Rojjanasrirat, W. (2010). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 17*(2), 268-274. https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x

Squires, A., Aiken, L. H., van den Heede, K., Sermeus, W., Bruyneel, L., Lindqvist, R., Schoonhoven, L., Stromseng, I., Busse, R., Brzostek, T., Ensio, A., Moreno-Casbas, M., Rafferty, A. M., Schubert, M., Zikos, D., & Matthews, A. (2013). A systematic survey instrument translation process for multi-country, comparative health workforce studies. *International Journal of Nursing Studies, 50*(2), 264-273. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.02.015

Suryani, L., Letchmi, S., & Said, F. B. M. (2022). Cross-culture adaptation and validation of the Indonesian version of the hospital survey on patient safety culture (HSOPSC 2.0). *Belitung Nursing Journal, 8*(2), 169-175. https://doi.org/10.33546/bnj.1928

The ADAPTE Collaboration. (2009). *Guideline adaptation: A Resource toolkit, version 2.0*. https://g-i-n.net/wp-content/uploads/2021/03/ADAPTE-Resource-toolkit-March-2010.pdf

Developing Clinical Practice Guidelines Using the GRADE-ADOLOPMENT Approach: Concept and Application

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยใช้แนวทาง GRADE-ADOLOPMENT: แนวคิดและการประยุกต์ใช้

Pratum	Soivong*	ประทุม	สร้อยวงค์*
Jiraporn	Pakdee**	จิราภรณ์	ภักดี**
Suparat	Wangsrikhun***	สุภารัตน์	วังศรีคูณ***

Abstract

Evidence-based practice plays an important role in enhancing quality of care and patient outcomes; enhances confidence in clinical decision-making; and supports nurses' professional development. Clinical practice guidelines are essential for translating evidence into practice. This article aims to clarify the GRADE-ADOLOPMENT approach, a systematic and transparent method for developing clinical practice guidelines based on existing recommendations. This approach involves selecting recommendations through three pathways: (1) Adoption: implementing existing recommendations with little or no modification; (2) Adaptation: tailoring recommendations to a new context, taking into account available resources, service delivery systems, and patient values; and (3) De novo development: creating new recommendations when the existing evidence or prior guidelines are insufficient or inappropriate. Additionally, a case study is presented on developing perioperative hypothermia management guidelines emphasizing contextual appropriateness and illustrating how to apply the GRADE-ADOLOPMENT approach to develop these guidelines.

Keywords: Adopted guideline; Development of clinical practice guidelines; Guideline development approach; Perioperative hypothermia management

* Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University;
e-mail: pratum.soivong@cmu.ac.th, pratum90@gmail.com

** Graduate student of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 29 March 2026; Revised 10 May 2026; Accepted 14 May 2026

บทคัดย่อ

การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ผู้ป่วย ส่งเสริมความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิก และสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะวิชาชีพของพยาบาล โดยแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติจริง บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปแนวคิดและนำเสนอการประยุกต์ใช้ GRADE-ADOLOPMENT ซึ่งเป็นแนวทางพัฒนา/ปรับใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างเป็นระบบและโปร่งใส โดยต่อยอดจากแนวปฏิบัติเดิมผ่านการคัดเลือกข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติที่มีอยู่ 3 แนวทาง ได้แก่ (1) การปรับใช้: การนำข้อเสนอแนะเดิมมาใช้โดยแทบไม่ต้องปรับ (2) การปรับแนวปฏิบัติให้เหมาะสม: การปรับให้เหมาะกับบริบทใหม่ เช่น ทรัพยากร ระบบบริการ และค่านิยมผู้ป่วย และ (3) การพัฒนาใหม่: การพัฒนาข้อเสนอแนะใหม่เมื่อหลักฐานหรือแนวปฏิบัติเดิมไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสม นอกจากนี้ ยังยกกรณีตัวอย่างการพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับการจัดการภาวะอุณหภูมิกายต่ำระหว่างผ่าตัด โดยเน้นการปรับข้อเสนอแนะให้สอดคล้องกับบริบทหน่วยงาน และเพื่อให้เห็นแนวทางของการนำแนวคิดนี้ไปใช้ได้ชัดเจนขึ้น

คำสำคัญ: การปรับใช้แนวปฏิบัติ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก แนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติ การจัดการภาวะอุณหภูมิกายต่ำระหว่างผ่าตัด

* ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: pratum.soivong@cmu.ac.th, pratum90@gmail.com
** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 29 มีนาคม 2569 วันที่แก้ไขบทความ 10 พฤษภาคม 2569 วันที่ตอบรับบทความ 14 พฤษภาคม 2569

บทนำ

การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice: EBP) หมายถึง การใช้หลักฐานอ้างอิงที่ดีที่สุดในปัจจุบันอย่างมีวิจารณญาณ ร่วมกับความเชี่ยวชาญทางคลินิกและความประสงค์ของผู้ป่วย เพื่อช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย (Sackett et al., 1996) และได้มีการขยายความให้มีความครอบคลุมยิ่งขึ้นว่า เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาทางการปฏิบัติและการรักษา โดยการบูรณาการการค้นคว้าอย่างเป็นระบบ ความเชี่ยวชาญทางคลินิก และความต้องการและค่านิยมของผู้ป่วยเป็นสำคัญ (Melnyk & Fineout-Overholt, 2011) การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จักต้องกระทำโดยอาศัยหลักฐานที่ดีที่สุด (best evidence) เป็นหลักฐานที่ได้รับการยืนยันจากงานวิจัย (scientific evidence) ที่บูรณาการร่วมกับการตัดสินใจทางคลินิก โดยอาศัยผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ช่วยให้พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ ผลลัพธ์ของผู้ป่วยจากการดูแลที่ได้รับดีขึ้น เช่น ระยะเวลานอนโรงพยาบาลลดลง และอัตราการเสียชีวิตลดลง ลดการใช้ทรัพยากรที่ไม่จำเป็น (Connor et al., 2023) เป็นต้น ช่วยให้พยาบาลที่ปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มีความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิกและมีการพัฒนาสมรรถนะทางวิชาชีพ ส่งผลให้พยาบาลมีความพึงพอใจในงานมากขึ้น (Stevens, 2013) และกระตุ้นให้พยาบาลพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Brunt & Morris, 2023) รวมทั้งส่งเสริมการทำงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ โดยเน้นผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง

สิ่งสำคัญที่เป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าวกับการปฏิบัติ คือ แนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guidelines: CPGs) ซึ่งจักต้องเป็นหลักฐานที่น่าเชื่อถือ (sound evidence) คือ หลักฐานที่พัฒนามาจากงานวิจัยที่มีคุณภาพดี มีความลำเอียงหรืออคติ (bias) ต่ำ และผลการวิจัยสะท้อนความจริงได้ดี และเป็นหลักฐานที่เหมาะสม (appropriate evidence) คือ หลักฐานที่เหมาะสมกับคำถาม/ประเด็นปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องการแก้ไข นำไปใช้ได้จริงตรงกับบริบทนั้น โดยทั่วไปแนวปฏิบัติทางคลินิกจะถูกพัฒนาสำหรับการดูแลเฉพาะโรค เฉพาะปัญหา หรือการปฏิบัติในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ (Thongchai, 2005)

แนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นข้อความหรือข้อเสนอแนะที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ต่าง ๆ ที่มีอยู่ เพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพและช่วยให้บุคลากรสามารถนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปสู่การปฏิบัติได้ดีขึ้น (Thongchai, 2005) แนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีลักษณะเป็นแนวทางสหวิชาชีพที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างเช่น แนวปฏิบัติสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่หย่าเครื่องช่วยหายใจยาก หรือแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการเกิดปอดอักเสบหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น สำหรับวิชาชีพพยาบาลนอกเหนือจากการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกแล้ว ยังมีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็นข้อแนะนำที่พัฒนาอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่นเดียวกับแนวปฏิบัติทางคลินิกแต่เน้นในส่วนของบทบาทของพยาบาล ตัวอย่างเช่น แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง หรือแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ในปัจจุบันมีแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกทั้งจากหลักฐานเชิงประจักษ์โดยตรง หรือการพัฒนาจากแนวปฏิบัติที่มีอยู่ที่มีพัฒนาอย่างเป็นระบบ แต่อาจยังมีองค์ประกอบของการดูแลไม่ครบถ้วนตามประเด็นปัญหาของผู้ป่วยหรือไม่ครอบคลุมกับบทบาทของบุคลากรผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ดังนั้น พยาบาลควรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกหรือแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลสามารถพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกและนำแนวปฏิบัตินั้นไปใช้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ดี บทความนี้จะกล่าวถึงแนวทางของการพัฒนาแนวปฏิบัติและนำเสนอกรณีตัวอย่างการประยุกต์แนวทาง GRADE-ADOLOPMENT

ที่เป็นอีกแนวทางในพัฒนาแนวปฏิบัติจากการปรับปรุง/ปรับใช้แนวปฏิบัติที่มีอยู่ซึ่งพัฒนามาแล้วอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับปัญหาและบริบทของหน่วยงาน

แนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

แนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก สามารถจัดหมวดหมู่ได้เป็น 2 แนวทาง ได้แก่ แนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์โดยตรง และแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติจากแนวปฏิบัติที่มีอยู่ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. แนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกจากหลักฐานเชิงประจักษ์โดยตรง มีองค์กรด้านสุขภาพที่ให้แนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก เช่น National Health and Medical Research Counsel (NHMRC) ของ ประเทศออสเตรเลีย, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), Registered Nurse Association of Ontario (RNAO), Guidelines International Network (G–I–N), Royal College of Nurses (RCN), National Institute for Clinical Excellence (NICE) พบว่า มีขั้นตอนการพัฒนาแตกต่างกัน แต่มีหลักการใหญ่ ๆ ร่วมกันประกอบด้วย (1) การกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขโดยการใช้ CPGs (2) การกำหนดทีมพัฒนา (3) การกำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขต และผลลัพธ์ (4) การสืบค้นและการประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์ การทำการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบและทั่วถึงทุกแหล่งของข้อมูล เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด เกิดอันตรายน้อยที่สุด และมีค่าใช้จ่ายต่ำ ดังนั้น ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติจึงจำเป็นต้องมีการวางแผนการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดี (5) การยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก (6) การตรวจสอบแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญ (7) การทดลองใช้แนวปฏิบัติที่จัดทำขึ้น โดยนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 5-10 คน หรือใช้ระยะเวลา 1-2 สัปดาห์ หรือจนครบทุกข้อเสนอแนะโดยเน้นการประเมินเชิงโครงสร้างและกระบวนการมากกว่าการประเมินผลลัพธ์

หลังจากนั้นนำผลการประเมินมาปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกและจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง (Thongchai, 2005) สำหรับแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกหลังจากปี ค.ศ. 2005 เช่น Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) (Schünemann et al., 2013) หรือ Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare (Jordan et al., 2019) ก็มีแนวทางของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีขั้นตอนหลัก ๆ ทั้ง 7 ขั้นตอนนี้เช่นกัน

2. แนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติจากแนวปฏิบัติที่มีอยู่ เป็นแนวทางพัฒนาแนวปฏิบัติโดยคัดเลือกข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนามาแล้วอย่างเป็นระบบ โดยทีมผู้เชี่ยวชาญ เพื่อปรับปรุง/ปรับใช้ข้อเสนอแนะให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน ตรงกับปัญหาการวิจัย ดังนั้นข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติที่ดีและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพ จะนำไปสู่การได้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดี น่าเชื่อถือ และเป็นมาตรฐาน ขั้นตอนของการปรับปรุง/การปรับใช้แนวปฏิบัติ มีตัวอย่าง 2 แนวทาง ดังนี้

2.1 กรอบแนวคิดของการพัฒนาแนวปฏิบัติขององค์กรความร่วมมือเพื่อการปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิก (The ADAPTE Collaboration, 2009) ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่

1) ระยะเตรียมความพร้อม (set up phase) ประกอบด้วยการตรวจสอบความเป็นไปได้ การจัดตั้งทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ การเลือกหัวข้อในการพัฒนาแนวปฏิบัติ การตรวจสอบแนวปฏิบัติและทักษะของทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ การสรุปกิจกรรมของทีม และการเขียนโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติ

2) ระยะปรับปรุง (adaptation phase) ประกอบด้วยการกำหนดคำถามสุขภาพ การสืบค้นและทบทวนแนวปฏิบัติ การประเมินแนวปฏิบัติ การตัดสินใจเลือกแนวปฏิบัติ การตัดสินใจเลือกข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติที่พัฒนามาแล้ว และการยกร่างแนวปฏิบัติ

3) ระยะประเมินผลหรือระยะปรับใช้ (finalization phase) ประกอบด้วยการตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิ การปรับแก้ไขและจัดพิมพ์เพื่อนำไปเผยแพร่และใช้ในหน่วยงาน

แนวทางนี้มีข้อดีที่มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบที่ชัดเจน แต่อาจมีข้อจำกัดในกรณีที่พบว่า ควรมีข้อเสนอแนะการดูแลในเรื่องนั้นแต่ไม่ปรากฏข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติที่เลือกมาใช้ในการพัฒนา และแนวทางนี้ไม่ได้ระบุแนวทางเกี่ยวกับการระบุเหตุผลว่าเหตุใดจึงเลือกข้อเสนอแนะนั้นมาเป็นส่วนหนึ่งของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นใหม่

2.2 กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติตามแนวทาง GRADE-ADOLOPMENT พัฒนาโดย Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) Working Group (Klugar et al., 2024) ซึ่งเป็นอีกแนวทางหนึ่งสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติจากแนวปฏิบัติที่พัฒนาอย่างเป็นระบบที่มีความทันสมัย ยืดหยุ่น รวมทั้งมีแนวทางการคัดเลือกข้อเสนอแนะที่มีความชัดเจน โปร่งใสและประหยัดทรัพยากร แสดงถึงเหตุผลการเลือกใช้ข้อเสนอแนะทั้งหมด หรือปรับใช้ตามบริบท หรือการพัฒนาข้อเสนอแนะใหม่กรณีไม่พบข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติที่พัฒนามาแล้ว บทความนี้จะกล่าวถึงกรอบแนวคิดนี้ และนำเสนอกรณีตัวอย่างของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อให้เห็นขั้นตอนของการพัฒนาที่ชัดเจน และแนวทางนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ขั้นตอนกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกตามแนวทางของ GRADE-ADOLOPMENT

การพัฒนาแนวปฏิบัติตามแนวทาง GRADE-ADOLOPMENT เป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยอาศัยข้อเสนอแนะ (recommendations) จากแนวปฏิบัติที่มีอยู่เดิมซึ่งพัฒนาอย่างเป็นระบบ โดยนำข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติเดิมมาใช้โดยไม่ปรับเปลี่ยน (adoption) การปรับใช้ข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติเดิมโดยปรับรายละเอียดให้เหมาะสมกับบริบทของการนำไปใช้ (adaptation) และ/หรือการพัฒนาข้อเสนอแนะขึ้นใหม่จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ในกรณีที่ไม่มีข้อเสนอแนะที่เหมาะสมในแนวปฏิบัติเดิม หรือข้อเสนอแนะที่มีอยู่ไม่สามารถตอบโจทย์ปัญหาที่ต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติได้ (De novo development) กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติตามแนวทาง GRADE-ADOLOPMENT (ดังภาพที่ 1) ประกอบด้วย 16 ขั้นตอน (Klugar et al., 2024) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเลือกหัวข้อสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติ (select guideline topic)

สถาบัน/องค์กรผู้พัฒนาแนวปฏิบัติควรกำหนดประเด็นและขอบเขตโดยรวม พร้อมจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อจากความต้องการผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประเด็นนโยบายที่สำคัญให้สอดคล้องยุทธศาสตร์องค์กร และปัญหาที่ต้องอาศัยความร่วมมือ ควรตั้งคณะกรรมการกำกับดูแลและกำหนดเกณฑ์จัดลำดับความสำคัญให้ชัดเจน โปร่งใส ตรวจสอบได้ โดยทีมพัฒนาแนวปฏิบัติควรมีผู้เชี่ยวชาญหลากหลายสาขาเพื่อให้ข้อเสนอแนะครอบคลุมและเหมาะกับบริบท รวมทั้งควรมีผู้ที่มีประสบการณ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ความเชี่ยวชาญด้านเนื้อหาในปัญหาที่ต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติและผู้บริหารโครงการเพื่อมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทั้งนี้กระบวนการพัฒนาสามารถเริ่มได้ 3 แนวทางหลัก และมีความยืดหยุ่น ไม่จำเป็นต้องทำตามลำดับ ดังนี้

1) เริ่มจากการคัดเลือกแนวปฏิบัติที่มีอยู่เดิมเพื่อนำมาปรับใช้ ร่วมกับการพิจารณาว่าหากไม่พัฒนาแนวปฏิบัติใหม่จะเกิดผลกระทบอะไรต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จากนั้นจึงจัดลำดับความสำคัญของคำถามสุขภาพที่ปรากฏในแนวปฏิบัติที่คัดเลือก

2) เริ่มจากการจัดลำดับความสำคัญของคำถามสุขภาพ ก่อนการสืบค้นและระบุแนวปฏิบัติที่พัฒนามาแล้วที่เหมาะสม

3) เริ่มจากการจัดทำแผนผังข้อเสนอแนะเชิงระบบ (systematic map of recommendations) จากนั้นจึงคัดเลือกคำถามสุขภาพและข้อเสนอแนะที่มีความสำคัญเพื่อดำเนินการในกระบวนการ พัฒนาแนวปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 2 การจัดลำดับความสำคัญของคำถามสุขภาพ (prioritize questions)

การกำหนดคำถามสุขภาพเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติควรสอดคล้องกับความต้องการและลำดับความสำคัญของหน่วยงาน โดยพิจารณาจากคำถามสุขภาพในแนวปฏิบัติเดิม หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ความคิดเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และข้อเสนอแนะจากทีมผู้พัฒนา หลังจากนั้นจัดทำรายละเอียดเพื่อใช้สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์และพัฒนาข้อเสนอแนะตามกรอบ GRADE-ADOLOPMENT ควรคำนึงถึงบริบทพื้นที่/หน่วยงานเป็นหลัก สามารถเพิ่มหรือขยายคำถามตามกรอบ PICO (P: ประชากร/ผู้ป่วยเป้าหมาย I: กิจกรรมการพยาบาล/หัตถการ C: การเปรียบเทียบ O: ผลลัพธ์ที่ต้องการประเมิน) และทีมผู้พัฒนาควรทบทวนคำถามเดิมทั้งหมด คัดเลือกส่วนที่สอดคล้องกับลำดับความสำคัญ และเพิ่มเติมคำถามสุขภาพที่ยังขาดตามความเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 สืบค้นและระบุแนวปฏิบัติจากแหล่งข้อมูลที่เหมาะสม (identify appropriate source guidelines)

การสืบค้นและประเมินแนวปฏิบัติที่พัฒนาและมีมีอยู่เดิมแล้ว อาจพิจารณาแนวปฏิบัติ 1 ฉบับ หลายฉบับหรือข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เพื่อคัดเลือกแนวปฏิบัติที่มีการพัฒนาไว้แล้วมาใช้ในกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ การสืบค้นจะเน้นความทันสมัยของหลักฐานเชิงประจักษ์และข้อมูลที่สอดคล้องกับบริบทองค์กร เพื่อประกอบการตัดสินใจในการปรับแนวปฏิบัติ ดังนั้นการสืบค้นควรครอบคลุมหลายฐานข้อมูลและหลายแหล่ง เช่น เว็บไซต์ต่าง ๆ หรือการติดต่อผู้พัฒนาแนวปฏิบัติโดยตรง เป็นต้น การสืบค้นหากเป็นการสืบค้นแนวปฏิบัติที่พัฒนาแล้วควรใช้หลัก PIPOH ดังนี้ P (population) คือ ผู้รับบริการหรือกลุ่มเป้าหมาย I (intervention) คือ วิธีการปฏิบัติ/กิจกรรมการพยาบาล/หัตถการ P (professionals) คือ บุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติ O (outcomes) คือ ผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และ H (health care setting) คือ หน่วยงานที่ใช้แนวปฏิบัติ ส่วนการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยควรใช้หลักของ PICO หรือ PICOT (Brunt & Morris, 2023) ที่ T (time) คือ กรอบเวลา หรือช่วงที่มีการติดตามผลลัพธ์

การประเมินคุณภาพและความเหมาะสมของแนวปฏิบัติหรือข้อเสนอแนะ พิจารณา 4 เกณฑ์หลัก ได้แก่

1) ความสอดคล้องกับประเด็นที่สนใจ (relevance) พิจารณาว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนามาแล้วนั้น มีเนื้อหาครอบคลุมหัวข้อหรือคำถามสุขภาพที่กำหนดไว้หรือไม่

2) ความน่าเชื่อถือ (credibility) ประเมินคุณภาพด้วยเครื่องมือ เช่น แบบประเมิน The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II) (Brouwers et al., 2010) โดยควรได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 60 โดยเฉพาะหมวดความเข้มงวดของกระบวนการพัฒนา (rigor of development) และความเป็นอิสระด้านบรรณาธิการ (editorial independence)

3) ความเป็นปัจจุบัน (recency) พิจารณาว่าแนวปฏิบัติยังอยู่ในช่วงเวลาที่สามารถยอมรับได้ หรือปรับปรุงต่อได้โดยไม่ใช้ทรัพยากรมากเกินไป และพิจารณาว่ามีหลักฐานใหม่ เช่น ผลการวิจัยเพิ่มเติม หลังการทบทวนเดิมหรือไม่

4) ระเบียบวิธีพื้นฐานในการจัดทำแนวปฏิบัติ พิจารณาว่าใช้กรอบ GRADE หรือไม่ เช่นการจัดทำเอกสารแสดงรายละเอียดคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence profiles) ตารางสรุปผลการวิจัย (Summary of Findings: SoFs) และกรอบการพิจารณาจากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่ข้อเสนอแนะ (Evidence to Decision: EtD) องค์ประกอบดังกล่าวช่วยสนับสนุนให้กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติดำเนินไปอย่างเป็นระบบ โปร่งใส และมี

ประสิทธิภาพ

ในการประเมินแนวปฏิบัติที่พัฒนามาแล้ว ควรพิจารณาความเหมาะสมของข้อเสนอแนะในบริบท (contextual appropriateness) โดยคำนึงถึงต้นทุน ค่านิยม ความเป็นธรรม การยอมรับ และความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน รวมทั้งความแตกต่างของความเสี่ยงพื้นฐาน (baseline risk) ระหว่างบริบท ซึ่งควรระบุความเสี่ยงพื้นฐานที่สอดคล้องกับบริบทนั้นไว้ในตารางสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ เพราะอาจมีผลต่อการประเมินประโยชน์อันตราย และทิศทางการตัดสินใจ ดังนั้นก่อนนำข้อเสนอแนะไปใช้หรือปรับใช้ ควรประเมินความสอดคล้องของบริบท เช่น ความคล้ายคลึงของความเสี่ยงพื้นฐาน และปัจจัยด้านระบบบริการ/ทรัพยากรในพื้นที่

การรายงานเกณฑ์การพิจารณาจากหลักฐานสู่ข้อเสนอแนะที่เฉพาะบริบท (context-specific EtD criteria) จะช่วยเพิ่มความโปร่งใสของกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ส่วนการประเมินคุณภาพของการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) ที่ใช้สนับสนุนข้อเสนอแนะควรใช้เครื่องมือมาตรฐาน เช่น ROBIS หรือ AMSTAR 2 (หากแนวปฏิบัติเดิมรายงานความเป็นปัจจุบันและความน่าเชื่อถือชัดเจน อาจไม่ต้องประเมินซ้ำ) โดยทั่วไป หากไม่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบที่เป็นอิสระและน่าเชื่อถือรองรับ อาจไม่เหมาะต่อการปรับใช้ในบริบทใหม่และอาจต้องพัฒนาข้อเสนอแนะใหม่ (de novo development) ทั้งนี้ แนวปฏิบัติควรทำตามกรอบ GRADE และเปิดเผยคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ ตารางสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ (SoFs) และกรอบ EtD ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ที่นำไปใช้ต่อได้สะดวก

ขั้นตอนที่ 4 การจับคู่ข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติที่พัฒนามาแล้วกับลำดับความสำคัญของคำถามสุขภาพ (match source guidelines recommendations to each prioritized question)

ในกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัตินี้ ใช้คำถามสุขภาพตามกรอบ PICO มีการจัดลำดับความสำคัญของการสืบค้นและจับคู่ข้อเสนอแนะ จากแนวปฏิบัติที่พัฒนามาแล้วหรือจากแผนผังข้อเสนอแนะ (recommendation map) โดยพิจารณาความสอดคล้องขององค์ประกอบ PICO เพื่อประเมินความตรงกันของเนื้อหา ในบางกรณีอาจต้องใช้ข้อเสนอแนะจากมากกว่าหนึ่งแหล่ง เช่น เมื่อแนวปฏิบัติฉบับใดฉบับหนึ่งไม่ได้ครอบคลุมผลลัพธ์สำคัญบางประการอย่างครบถ้วน หรือสืบค้นเพิ่มเติมเมื่อผลลัพธ์สำคัญยังไม่ครอบคลุมหรือไม่พบข้อเสนอแนะที่ตรงกัน นอกจากนี้ในขั้นตอนนี้ยังส่งเสริมให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลและข้อคิดเห็นเกี่ยวกับความสอดคล้องของข้อเสนอแนะกับบริบทที่จะนำไปใช้

ขั้นตอนที่ 5 การตรวจสอบความสอดคล้องของข้อเสนอแนะ (check whether a matching recommenddation exists)

พิจารณาว่ามีข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับคำถามสุขภาพที่จัดลำดับความสำคัญไว้หรือไม่ กรณีพบข้อเสนอแนะที่สอดคล้อง ให้พิจารณาต่อว่า จำเป็นต้องจัดทำหรือสืบค้นการทบทวนวรรณกรรมใหม่เพื่อสนับสนุนการปรับข้อเสนอแนะให้เหมาะสมกับบริบทหรือไม่ (พิจารณาตามรายละเอียดในขั้นตอนที่ 6) กรณีไม่พบข้อเสนอแนะที่สอดคล้อง หรือไม่พบแนวปฏิบัติที่มีความน่าเชื่อถือ ให้ดำเนินการพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะใหม่ อย่างไรก็ตาม หากมีการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่แล้ว เช่น การทบทวนวรรณกรรมที่มีคุณภาพ (เช่น Cochrane review) สามารถนำมาใช้ประกอบการพัฒนาข้อเสนอแนะได้ตามแนวทางในขั้นตอนที่ 3 และ 15

ขั้นตอนที่ 6 การปรับปรุงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ตามความจำเป็น (update evidence synthesis as needed)

ขั้นตอนนี้พิจารณาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ ว่าจำเป็นต้องปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันหรือสังเคราะห์ใหม่ โดยอาจใช้เกณฑ์ เช่น ประโยชน์–อันตราย ค่านิยม ความเป็นธรรม ทรัพยากร/ต้นทุน การยอมรับได้ และความเป็นไปได้ในการดำเนินการ ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมพิจารณาตามบริบท และควรใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือและเป็นปัจจุบัน หากหลักฐานเชิงประจักษ์คุณภาพสูงและจัดทำไม่นานอาจไม่ต้องปรับปรุง แต่ควรอยู่

ภายใต้ดุลยพินิจผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัย หากหลักฐานเชิงประจักษ์ไม่เป็นปัจจุบันแต่ยังใช้ได้ให้สืบค้นงานวิจัยใหม่และบูรณาการเข้ากับการสังเคราะห์เดิม กรณีหลักฐานเชิงประจักษ์ไม่ตรงคำถามหรือขาดข้อมูลสำคัญโดยเฉพาะประเด็นความเสี่ยง ค่านิยม และทรัพยากร/ต้นทุน อาจทำให้ความสมดุลประโยชน์–อันตรายและทิศทางข้อเสนอแนะเปลี่ยนได้ จึงควรสืบค้นใหม่

ขั้นตอนที่ 7 การตรวจสอบกรอบการพิจารณาจากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่ข้อเสนอแนะ (EtD) จากแนวปฏิบัติที่พัฒนามาแล้ว (check if EtD from source guideline is available)

ขั้นตอนนี้มุ่งเน้นการตรวจสอบว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนามาแล้วมีกรอบการพิจารณาจากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่ข้อเสนอแนะ (Evidence to Decision; EtD) หรือไม่ หากมีทีมผู้พัฒนาแนวปฏิบัติควรทบทวนข้อมูลและดุลยพินิจที่ปรากฏ พร้อมทั้งประเมินว่าจำเป็นต้องบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์จากบริบทของหน่วยงานเพิ่มเติมหรือไม่ การตรวจสอบพิจารณาว่าเกณฑ์ใดใน EtD มีความสำคัญต่อบริบท เช่น การใช้ทรัพยากรหรือความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน ซึ่งควรดำเนินการตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของกระบวนการ พัฒนา ซึ่งอาจนำมาทบทวนในขั้นตอนนี้อีกครั้ง เช่น อาจไม่จำเป็นต้องจัดหาข้อมูลด้านความคุ้มค่า หากเกณฑ์ดังกล่าวไม่มีความเกี่ยวข้องหรือไม่มีนัยสำคัญต่อบริบท และทีมผู้พัฒนาแนวปฏิบัติควรรายงานอย่างชัดเจนว่าเกณฑ์ใดใน EtD เป็นปัจจัยหลักในการตัดสินใจ

ขั้นตอนที่ 8 การพัฒนากรอบการพิจารณาจากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่ข้อข้อเสนอแนะ (EtD) (develop EtD)

การพัฒนากรอบการพิจารณา EtD ควรให้มีความสมบูรณ์สำหรับข้อเสนอแนะทุกข้อ หากแนวปฏิบัติที่พัฒนามาแล้วไม่มี EtD ควรพัฒนา EtD ขึ้นใหม่ โดยสกัดข้อมูลที่มีอยู่ในเนื้อหาเดิม แล้วจัดทำตาราง EtD ตามองค์ประกอบที่จำเป็นให้ชัดเจน การปรับให้เหมาะสมกับบริบท (contextualization) ควรอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ของบริบทนั้นเป็นหลัก เช่น ทิศทางและระดับความแข็งแกร่ง (strength of evidence) ของข้อเสนอแนะต้องยึดคุณภาพและความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นสำคัญ จึงอาจแตกต่างจากแนวปฏิบัติเดิมของหน่วยงาน ควรพิจารณาอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนในด้านการนำไปใช้ เพื่อเน้นความเป็นไปได้ในการดำเนินการและข้อพิจารณาการนำไปใช้ให้ชัดเจน

ขั้นตอนที่ 9 การประเมิน EtD แนวปฏิบัติที่พัฒนามาแล้ว (reassess EtD judgements)

หากแนวปฏิบัติเดิมมีกรอบ EtD สำหรับคำถามสุขภาพตามลำดับความสำคัญแล้ว ทีมผู้พัฒนาต้องตรวจสอบความครบถ้วนตามเกณฑ์ของกรอบ EtD และทบทวนการตัดสินใจที่นำไปสู่ข้อเสนอแนะ โดยต้องบันทึกให้ชัดเจนว่า “เห็นด้วย/ไม่เห็นด้วย” กับการตัดสินเดิมเพื่อความโปร่งใส กรณีไม่เห็นด้วยควรระบุเหตุผล เช่น มีหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่ ความแตกต่างด้านทรัพยากร หรือค่านิยม/ความต้องการในบริบทนั้น และควรบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์เฉพาะบริบทที่กำหนดไว้ในเกณฑ์ EtD ที่เกี่ยวข้องของแต่ละข้อเสนอแนะ พร้อมบันทึกเหตุผลเพื่อให้ตรวจสอบย้อนกลับได้ ทั้งนี้การประเมิน EtD สามารถทำได้ 3 ทางเลือก ดังนี้

1) ตัดสินใจเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์จากแนวปฏิบัติที่พัฒนามาแล้ว โดยอิงจากการตัดสินใจเลือกของผู้พัฒนาแนวปฏิบัตินั้น แสดงการตัดสินใจว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย เพราะเหตุใด ทางเลือกนี้มีข้อดี คือ ประหยัดเวลา เหมาะสมเมื่อหลักฐานเชิงประจักษ์และข้อพิจารณาใน EtD เปลี่ยนแปลงเล็กน้อย

2) เลือกข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติที่พัฒนาแล้วโดยอิสระ ไม่อิงการตัดสินใจของผู้พัฒนาแนวปฏิบัตินั้น วิธีการนี้อาจใช้เวลามากกว่าวิธีที่ 1 แต่หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เลือกจะได้รับอิทธิพลจากแนวปฏิบัติที่พัฒนามาแล้วน้อยที่สุด

3) เลือกโดยการผสมผสานระหว่างสองทางเลือกข้างต้น เช่น การตัดสินบางประเด็นอาจคงไว้ตามเดิม ในขณะที่บางประเด็นเปิดให้มีการอภิปราย หากมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในกรอบ EtD อันเนื่องมาจากบริบทหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่ หรือการตัดสินตามแนวปฏิบัติที่พัฒนามาแล้วอาจไม่เป็นประโยชน์และอาจก่อให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนได้

การเลือกใช้ทางเลือกใด ควรประเมิน EtD ของแนวปฏิบัติที่พัฒนามาแล้วในข้อเสนอแนะหนึ่งข้อหรือทั้งหมด และควรรายงานทางเลือกที่ใช้ไว้อย่างชัดเจนในกระบวนการพัฒนา

ขั้นตอนที่ 10 การพัฒนาข้อเสนอแนะ (develop recommendations)

จากการพัฒนา EtD ที่สมบูรณ์และเหมาะสมกับบริบทในขั้นตอนที่ 8 และ 9 ทีมผู้พัฒนาแนวปฏิบัติควรจัดทำข้อความข้อเสนอแนะและส่วนสรุป (conclusion sections) ภายในกรอบ EtD และปรับเนื้อหาให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบท สำหรับระดับความเชื่อมั่นของข้อเสนอแนะ สามารถกำหนดตาม GRADE ได้ โดยไม่จำเป็นต้องยึดตามการจัดระดับของแนวปฏิบัติหรือข้อเสนอแนะต้นทาง

ขั้นตอนที่ 11 การพิจารณาข้อเสนอแนะที่ผ่านกระบวนการพัฒนามีความสอดคล้องกับแนวปฏิบัติที่พัฒนามาแล้วหรือไม่ ("adoloped" recommendation similar to source)

ขั้นตอนนี้ทีมผู้พัฒนาแนวปฏิบัติควรตรวจสอบข้อเสนอแนะ หากประชากร สิ่งที่ต้องการศึกษา และวิธีการเปรียบเทียบเหมือนแนวปฏิบัติเดิม และไม่เปลี่ยนทิศทาง ระดับความเชื่อมั่นของหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือสาระสำคัญในกรอบ EtD (หลักฐานเชิงประจักษ์และการตัดสิน) จะนำข้อเสนอแนะนั้นมาใช้โดยตรง (adopted recommendation) และดำเนินการตามขั้นตอนที่ 12 แต่หากข้อเสนอแนะเปลี่ยนแปลงหรือแตกต่างจากแนวปฏิบัติเดิม เช่น ขยาย/จำกัดประชากรเป้าหมาย จะเป็นข้อเสนอแนะที่ปรับใช้ (adapted recommendation) และดำเนินการตามขั้นตอนที่ 13

ขั้นตอนที่ 12 การพิจารณาข้อเสนอแนะที่นำมาใช้โดยตรง (adopted recommendation)

ข้อเสนอแนะที่ถูกจัดเป็นข้อเสนอแนะที่นำมาใช้โดยตรง จะไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญทั้งในข้อเสนอแนะ หรือข้อมูลภายในกรอบ EtD ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย เช่น การเปลี่ยนชื่อคณะผู้พัฒนา การเปลี่ยนแปลงคำหรือการใช้คำว่า weak แทน conditional เพื่อระบุระดับความเข้มแข็งของข้อเสนอแนะ ไม่ถือเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ แต่สามารถดำเนินการได้

ขั้นตอนที่ 13 การพิจารณาข้อเสนอแนะที่ปรับใช้ (adapted recommendation)

ข้อเสนอแนะที่ถูกจัดเป็นข้อเสนอแนะที่ปรับใช้ (adapted recommendation) เมื่อทีมผู้พัฒนามีการเปลี่ยนแปลงจากแนวปฏิบัติเดิม เช่น แก้ไขข้อความจนกระทบประชากร สิ่งที่ต้องการศึกษา และวิธีการเปรียบเทียบ ทิศทาง หรือระดับความเชื่อมั่นของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์/การตัดสินใหม่ หรือมีการเปลี่ยนสาระสำคัญในกรอบ EtD แม้ข้อความสุดท้ายคล้ายเดิม แต่ถ้าข้อมูลในกรอบ EtD เป็นข้อมูลใหม่หรือการตัดสินต่างจากเดิมก็ยังจัดเป็นข้อเสนอแนะที่ปรับใช้ หากให้ข้อเสนอแนะที่มีระดับความเชื่อมั่นแบบเข้มแข็ง ต้องยึดเกณฑ์ GRADE และให้เหตุผลตามปัจจัยสำคัญ เช่น ประโยชน์–อันตราย ต้นทุน ความเป็นธรรม และการติดตามดูแลต่อเนื่อง ควรใช้ Reporting Tool for Adapted Guidelines in Health Care (Song et al., 2022) ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยเฉพาะเพื่อปรับปรุงการรายงานการปรับใช้แนวปฏิบัติ และใช้เป็นกรอบอ้างอิงในการรายงานของกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบ

ขั้นตอนที่ 14 การพัฒนาข้อเสนอแนะใหม่ (de Novo development)

กรณีที่ไม่พบข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติที่พัฒนาแล้ว หรือไม่มีแนวปฏิบัติที่น่าเชื่อถือ สามารถพัฒนาข้อเสนอแนะใหม่ตามกระบวนการที่มีความน่าเชื่อถือ และทำการประเมินตาม EtD ใหม่โดยสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนอย่างเป็นระบบหรือทบทวนอย่างเป็นระบบใหม่ จักต้องอธิบาย EtD และบูรณาการ

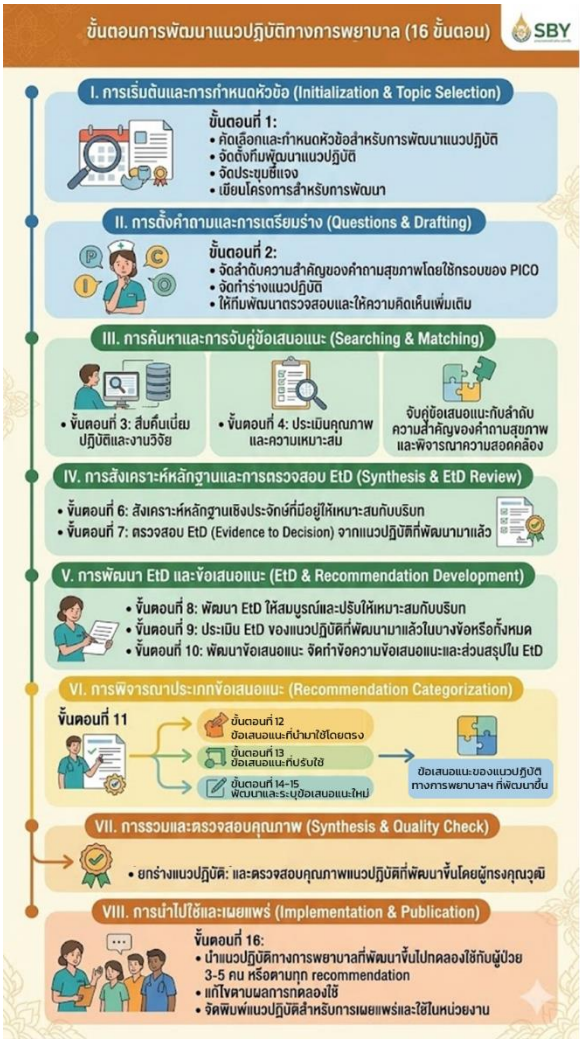
หลักฐานเชิงประจักษ์เฉพาะบริบท หากมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือมากกว่าหนึ่งฉบับในเกณฑ์เดียวกัน ทีมผู้พัฒนาแนวปฏิบัติอาจตัดสินใจรวมข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ต่าง ๆ เข้าด้วยกัน หรือทำการวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis)

ขั้นตอนที่ 15 การระบุข้อเสนอแนะใหม่ (new recommendation)

ข้อเสนอแนะที่ถูกพัฒนาขึ้นใหม่ ทีมผู้พัฒนาแนวปฏิบัติควรระบุให้ชัดเจนว่าเป็นข้อเสนอแนะใหม่และไม่ได้เป็นข้อเสนอแนะที่นำมาใช้โดยตรง หรือข้อเสนอแนะที่ปรับใช้และรายงานกระบวนการ พัฒนาอย่างเป็นระบบโดยใช้เครื่องมือ Reporting Tool for Adapted Guidelines in Health Care

ขั้นตอนที่ 16 การเผยแพร่และกลยุทธ์ของการนำไปใช้ (Dissemination and implementation strategy)

ขั้นตอนนี้เป็นการเผยแพร่แนวปฏิบัติเพื่อให้เกิดการนำไปใช้จริง โดยใช้กลยุทธ์ เช่น การสนับสนุนของผู้นำ การอบรมผู้ใช้อย่างสม่ำเสมอ การตรวจสอบและให้ข้อมูลย้อนกลับ การสร้างผู้นำด้านการปฏิบัติทางคลินิก/พัฒนาคุณภาพ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเป็นผู้สนับสนุนการเปลี่ยนแปลง สำหรับเครื่องมือการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาได้ไปใช้ควรสอดคล้องกับบริบทระดับหน่วยงานหรือประเทศ เช่น เกณฑ์/มาตรฐานสำหรับการตรวจสอบเครื่องมือช่วยตัดสินใจทางคลินิกและแอปพลิเคชันบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ รวมถึงสื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและ/หรือญาติ



ภาพที่ 1 แสดงขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกตามแนวทางของ GRADE-ADOLOPMENT
ที่มา: สรุปและออกแบบโดยผู้เขียนและให้ Google Gemini AI, 2569 สร้างรูปภาพ

การประยุกต์ใช้ GRADE-ADOLOPMENT ในการพัฒนาแนวปฏิบัติคลินิก

กรณีตัวอย่างนี้ผู้เขียนได้นำแนวทาง GRADE-ADOLOPMENT มาแสดงการประยุกต์ใช้แนวทางนี้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการจัดการภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (general anesthesia) การเลือกหัวข้อในการพัฒนาแนวปฏิบัติเป็นภาวะอุณหภูมิกายต่ำ (perioperative hypothermia) เนื่องจากเป็นปัญหาที่พบบ่อยและส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังผ่าตัด โดยหน่วยงานมีเป้าหมายลดการเกิดภาวะนี้ ภาวะอุณหภูมิกายต่ำอาจเกิดได้ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด 1 ชั่วโมง ระหว่างและหลังผ่าตัด การจัดการต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพ และวิสัญญีพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทุกระยะของการผ่าตัด หน่วยงานเห็นควรให้มีการพัฒนาแนวปฏิบัตินี้เพื่อให้การดูแลเป็นทิศทางเดียวกัน

จากการสืบค้นพบแนวปฏิบัติทางคลินิกทั้งในและต่างประเทศที่พัฒนาอย่างเป็นระบบ แต่ส่วนใหญ่เป็นแนวปฏิบัติสำหรับการผ่าตัดทั่วไป ครอบคลุมผู้ป่วยหลายกลุ่มและหลายชนิดการระงับความรู้สึก หรือเน้นแนวทางการรักษาสำหรับแพทย์ โดยมักดูแลถึงสิ้นสุดที่ห้องพักฟื้น ขณะที่ยังพบภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่ต้องรักษาต่อในหอผู้ป่วยหนัก ดังนั้นหน่วยงานเห็นควรให้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีความเฉพาะผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังเพื่อยกระดับคุณภาพ ลดอุบัติการณ์ก่อน–ระหว่าง–หลังผ่าตัด ลดความหลากหลายของการปฏิบัติ และส่งเสริมแนวปฏิบัติมาตรฐานที่ทันสมัย เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน ทีมผู้พัฒนาแนวปฏิบัติเลือกใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติของ GRADE-ADOLOPMENT เป็นแนวทางในการพัฒนาโดยมีการดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ 16 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การคัดเลือกและกำหนดหัวข้อสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

1) กำหนดและจัดลำดับประเด็นปัญหาของหน่วยงานร่วมกับหัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญีวิทยา หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี และบุคลากรในห้องผ่าตัดของโรงพยาบาล และได้ข้อสรุปว่าปัญหาของภาวะอุณหภูมิกายต่ำเป็นปัญหาที่สำคัญของหน่วยงานและควรพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกนี้

2) จัดตั้งทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ประกอบด้วย ประสาทศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด และพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท และกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมพัฒนา มีการประชุมเพื่อวางแผนและปรึกษาร่วมกันของทีมพัฒนาในกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก วิธีการเผยแพร่ การนำไปใช้ และการกำหนดผลลัพธ์ในระยะสรุปผล และดำเนินการเขียนโครงการสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

ขั้นตอนที่ 2 การจัดลำดับความสำคัญของคำถามสุขภาพ

1) ทีมผู้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ประชุมเพื่อทบทวนคำถามสุขภาพจากแนวปฏิบัติที่พัฒนามาแล้ว ซึ่งอาจพิจารณาคำถามสุขภาพทั้งหมด คัดเลือกเฉพาะบางส่วนตามลำดับความสำคัญ หรือเพิ่มเติมคำถามสุขภาพที่ยังขาดอยู่ และให้ความคิดเห็นเพิ่มเติม

2) กำหนดปัญหาที่ใช้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ตามกรอบของ PICO ดังนี้ P (population) ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังและได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป I (intervention) ได้แก่ การจัดการภาวะอุณหภูมิกายต่ำ C (comparison) ได้แก่ การเปรียบเทียบผลของการใช้แนวปฏิบัติในกลุ่มก่อนใช้และกลุ่มขณะใช้แนวปฏิบัติ และ O (outcomes) ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย คือ ลดการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ และภาวะหนาวสั่นหลังผ่าตัด ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ ได้แก่ ความพึงพอใจของบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 3-5 การระบุแนวปฏิบัติที่พัฒนามาแล้วที่เหมาะสม การจับคู่ข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติที่พัฒนามาแล้วกับลำดับความสำคัญของคำถามสุขภาพ และการพิจารณาความสอดคล้องของข้อเสนอแนะ โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

1) สืบค้นแนวปฏิบัติ โดยการใช้หลัก PIPOH ดังนี้ P (population) ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังและได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป I (intervention) ได้แก่ การจัดการภาวะอุณหภูมิกายต่ำ P (professionals) ได้แก่ ประสาทศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม O (outcomes) ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านคลินิก คือ ลดการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำและภาวะหนาวสั่น ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ ได้แก่ การลดความหลากหลายของการปฏิบัติ และ H (Health care setting) ได้แก่ ห้องผ่าตัด ห้องพักฟื้น และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

ส่วนการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องใช้หลักของ PICO ดังนี้ P (population) ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังและได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป I (intervention) ได้แก่ การจัดการภาวะอุณหภูมิกายต่ำ C (comparison) ได้แก่ การเปรียบเทียบผลของการใช้แนวปฏิบัติในกลุ่มก่อนใช้และกลุ่มขณะใช้แนวปฏิบัติ และ O (outcomes) ได้แก่ การเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ภาวะหนาวสั่นหลังผ่าตัด และความพึงพอใจของบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติ และในปัจจุบันมีหลักการที่เพิ่มขึ้นมา คือ T (ตามแนวทางของ PICOT) (Brunt & Morris, 2023) ซึ่ง T คือ กรอบเวลา หรือช่วงที่มีการติดตามผลลัพธ์ ในกรณีนี้มีการสืบค้นโดยการเพิ่มเวลา ได้แก่ ระยะก่อนการผ่าตัด ระยะเวลาขณะผ่าตัด และระยะเวลาหลังผ่าตัด

การสืบค้นใช้ทั้งคำภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่น่าเชื่อถือ ได้แก่ CINAHL, PubMed, Access Medicine, Science Direct, Google Scholar, Thai Jo, Thai list และ Internet website รวมถึงระบบการสืบค้นของห้องสมุดในการสืบค้นตำราและวารสาร และฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ประเทศไทย ซึ่งอาจเป็นการพิจารณาแนวปฏิบัติฉบับเดียว หลายฉบับหรือจากแหล่งข้อมูลของข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องเพื่อคัดเลือกเป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนามาแล้วสำหรับกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ

2) ประเมินคุณภาพและความเหมาะสมของแนวปฏิบัติ หรือข้อเสนอแนะที่สืบค้นได้ ครอบคลุมตามเกณฑ์การพิจารณา 4 ข้อ ได้แก่ ความสอดคล้องกับประเด็นที่สนใจ ความน่าเชื่อถือด้วยเครื่องมือ AGREE II ความเป็นปัจจุบัน และระเบียบวิธีพื้นฐานของการจัดทำแนวปฏิบัติ ประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

3) จับคู่ข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติที่พัฒนามาแล้วหรือจากแผนผังของข้อเสนอแนะ โดยพิจารณาความสอดคล้องขององค์ประกอบ PICO PICOT และ PIPOH แต่ละคำถามสุขภาพที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญ เพื่อประเมินระดับความตรงกันของเนื้อหา และให้ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลและข้อคิดเห็นเกี่ยวกับความสอดคล้องของข้อเสนอแนะในบริบท

การดำเนินการในขั้นตอนนี้มีการบันทึกดังตารางที่ 1 เพื่อแสดงรายละเอียดของหลักฐานเชิงประจักษ์ และเหตุผลของการตัดสินใจเลือกข้อเสนอแนะ

ตารางที่ 1 แสดงแบบพิจารณาหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การตัดสินใจเลือกข้อเสนอแนะ

ลำดับ	ชื่อแนวปฏิบัติ/ผู้แต่ง/ปีที่ตีพิมพ์	ประเด็นที่สนใจศึกษา (PICO, PICOT และ PIPOH)	ความสอดคล้องของหลักฐานเชิงประจักษ์และคำถามสุขภาพ	ข้อเสนอแนะ	ระดับความเชื่อมั่นของหลักฐานเชิงประจักษ์		การตัดสินใจ Adopt/Adapt/ De novo (ข้อเสนอแนะและส่วนสรุป)
					LoE	LoR	
		P = I = C = O = T = H =					

LoE= Level of evidence, LoR = level of recommendation

ขั้นตอนที่ 6-7 การปรับปรุงการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ตามความจำเป็น และการตรวจสอบ EtD จากแนวปฏิบัติที่พัฒนามาแล้ว ดำเนินการดังนี้

1) พิจารณาจากการทบทวนวรรณกรรมของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ โดยครอบคลุมทั้งประโยชน์ อันตราย ค่านิยม ความเป็นธรรม ทรัพยากรและต้นทุน การยอมรับได้ และความเป็นไปได้ในการดำเนินการ (ไม่จำเป็นต้องใช้ทุกเกณฑ์)

2) ตรวจสอบพิจารณาว่าเกณฑ์ใดใน EtD มีความสำคัญต่อบริบท และทีมผู้พัฒนาแนวปฏิบัติรายงานอย่างชัดเจนว่าเกณฑ์ใดใน EtD เป็นปัจจัยหลักในการตัดสินใจ

ขั้นตอนที่ 8-10 พัฒนา EtD ให้สมบูรณ์และปรับให้เหมาะสมกับบริบท ประเมิน EtD แนวปฏิบัติที่พัฒนามาแล้วในข้อเสนอแนะหนึ่งข้อหรือทั้งหมด และพัฒนาข้อเสนอแนะ ดำเนินกิจกรรมดังนี้

1) พัฒนา EtD ให้มีความสมบูรณ์สำหรับข้อเสนอแนะแต่ละข้อ และปรับให้เหมาะสมกับบริบท ซึ่งหากแนวปฏิบัติที่พัฒนามาแล้วไม่มี EtD ควรพัฒนา EtD ขึ้นใหม่

2) ทีมผู้พัฒนาแนวปฏิบัติตรวจสอบความครบถ้วนตามเกณฑ์ของกรอบ EtD ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด และทบทวนการตัดสินใจที่นำไปสู่ข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติที่พัฒนามาแล้ว บูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เฉพาะเจาะจงต่อบริบท

3) การประเมิน EtD แนวปฏิบัติที่พัฒนามาแล้วในข้อเสนอแนะหนึ่งข้อหรือทั้งหมด เพื่อการตัดสินใจที่นำไปสู่ข้อเสนอแนะและรายงานทางเลือกที่ใช้ในกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ

4) ทีมผู้พัฒนาแนวปฏิบัติจัดทำข้อความข้อเสนอแนะและส่วนสรุป (conclusion sections) ภายในกรอบ EtD และปรับเนื้อหาให้สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบท

ขั้นตอนที่ 11-15 การพิจารณาข้อเสนอแนะที่ผ่านกระบวนการพัฒนามีความสอดคล้องกับแนวปฏิบัติที่พัฒนามาแล้วหรือไม่ โดยเป็นข้อเสนอแนะที่นำมาใช้โดยตรง หรือข้อเสนอแนะที่ปรับใช้ หรือเป็นการพัฒนาข้อเสนอแนะใหม่ และการระบุข้อเสนอแนะใหม่

1) ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติตรวจสอบข้อเสนอแนะ โดยพิจารณาดังนี้

ข้อเสนอแนะที่นำมาใช้โดยตรง (adopted recommendation) เป็นข้อเสนอแนะที่ได้มีประชากร สิ่งที่ต้องการศึกษา และวิธีการเปรียบเทียบเหมือนกับแนวปฏิบัติที่พัฒนามาแล้วและไม่มีการเปลี่ยนแปลงทิศทางระดับความเชื่อมั่นของหลักฐานเชิงประจักษ์และสาระสำคัญในกรอบ EtD

ข้อเสนอแนะที่ปรับใช้ (adapted recommendation) เป็นข้อเสนอแนะที่มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ เช่น การปรับการตัดสินใจ การเพิ่มข้อมูลที่ขาดหายไปในกรอบ EtD หรือข้อเสนอแนะมีความแตกต่างจากแนวปฏิบัติที่พัฒนามาแล้ว

การพัฒนาข้อเสนอแนะใหม่ และการระบุข้อเสนอแนะใหม่เมื่อพบว่า ไม่มีข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติที่พัฒนาแล้ว หรือไม่มีแนวปฏิบัติที่มีความน่าเชื่อถือ ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติจะทำการพัฒนาข้อเสนอแนะใหม่ จัดทำการประเมินตาม EtD ใหม่

สำหรับการประเมินระดับคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์พิจารณาตามแนวทางของ JBI คือ ระดับ A หมายถึง หลักฐานเชิงประจักษ์มีความน่าเชื่อถือสูง และระดับ B หมายถึง หลักฐานเชิงประจักษ์มีความน่าเชื่อถือในระดับหนึ่ง แต่ยังมีข้อจำกัดบางประการ และรายงานกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบ

2) ยกร่างแนวปฏิบัติที่พัฒนาและจัดทำเอกสารฉบับร่าง มีการตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิโดยใช้แบบประเมิน AGREE II และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 16 การเผยแพร่และกลยุทธ์ของการนำไปใช้

1) นำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติฯ และกลุ่มตัวอย่างบุคลากรผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ กับผู้ป่วย 3-5 ราย หรือจนครบทุกข้อเสนอแนะตามแนวปฏิบัติ เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น และมีการประเมินผลลัพธ์ด้านกระบวนการและด้านผู้ป่วย คือ การเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ

2) แก้ไขและจัดพิมพ์แนวปฏิบัติทางคลินิก คู่มือการใช้แนวปฏิบัติฯ และเผยแพร่สำหรับใช้ในหน่วยงานต่อไป

โดยสรุป GRADE-ADOLOPMENT เป็นแนวทางภายใต้ระบบ GRADE สำหรับการจัดทำหรือปรับใช้ข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนามาแล้วอย่างเป็นระบบและโปร่งใส โดยมุ่งเน้นการ “ต่อยอด” จากแนวปฏิบัติเดิมเมื่อมีอยู่ และปรับให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน/พื้นที่ เพื่อใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า มีแนวทางในการเลือกเพื่อการจัดทำข้อเสนอแนะ 3 รูปแบบ ตามความเหมาะสมของบริบท ได้แก่ (1) adoption คือ การนำข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติเดิมมาใช้โดยแทบไม่ต้องปรับแก้ (2) adaptation คือ การปรับข้อเสนอแนะเดิมให้เหมาะกับบริบทใหม่ (เช่น ทรัพยากร ระบบบริการ และค่านิยม/ความต้องการของผู้ป่วย) และ (3) de novo development คือ การพัฒนาข้อเสนอแนะขึ้นใหม่ทั้งหมดเมื่อแนวปฏิบัติเดิมหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสม นอกจากนี้ การดำเนินการตาม GRADE-ADOLOPMENT มักใช้กรอบ Evidence-to-Decision (EtD) เพื่อสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์และบันทึกเหตุผลการตัดสินใจอย่างเป็นระบบว่าเหตุใดหลักฐานเชิงประจักษ์ชุดหนึ่งจึงนำไปสู่ข้อเสนอแนะนั้น ๆ ซึ่งช่วยให้ผู้อื่นสามารถตรวจสอบและนำไปปรับใช้ต่อได้สะดวกยิ่งขึ้น

Declare การใช้ AI ในการเตรียมบทความ:

มีการใช้ Grammarly ในการตรวจสอบความถูกต้องของบทคัดย่อภาษาอังกฤษ และใช้ Google Gemini AI ในการทำภาพที่ 1 แสดงขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

References

Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, I. D., Grimshaw, J., Hanna, S. E., Littlejohns, P., Makarski, J., & Zitzelsberger, L., & AGREE Next Steps Consortium. (2010). AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Canadian Medical Association Journal, 182*(18), E839–E842. https://doi.org/10.1503/cmaj.090449

Brunt, B. A., & Morris, M. M. (2023). *Nursing professional development evidence-based Practice*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589676/

Connor, L., Dean, J., McNett, M., Tydings, D. M., Shrout, A., Gorsuch, P. F., Hole, A., Moore, L., Brown, R., Melnyk, B. M., & Gallagher-Ford, L. (2023). Evidence-Based practice improves patient outcomes and healthcare system return on investment: Findings from a scoping review. *Worldviews on Evidence-BasedNursing, 20*, 6–15. https://doi.org/10.1111/wvn.12621

Jordan, Z., Lockwood, C., Munn, Z., & Aromataris, E. (2019). The updated Joanna Briggs Institute model of evidence-based healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. *17*, 58–71. https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000155

Klugar, M., Lotfi, T., Darzi, A. J., Reinap, M., Klugarová, J., Kantorová, L., Xia, J., Brignardello-Petersen, R., Pokorná, A., Hazlewood, G., Munn, Z., Morgan, R. L., Toews, I., Neumann, I., Bhatarasakoon, P., Stein, A. T., McCaul, M., Mathioudakis, A. G., D'Anci, K, E., ... GRADE Working Group. (2024). GRADE guidance 39: using GRADE-ADOLOPMENT to adopt, adapt or create contextualized recommendations from source guidelines and evidence syntheses. *Journal of Clinical Epidemiology*, *174*, 111494. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2024.111494

Melnyk, B. M. & Fineout-Overholt, E. (2011). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (3rd ed.). Wolters Kluwer. https://www.scribd.com/document/853628451/Evidence-Based-Practice-in-Nursing-Healthcare-A-Guide-to-Best-Practice-3rd-edition-3rd-Edition-Readable-Ebook-Download

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ, 312*(7023), 71–72. https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71

Schünemann, H., BroŻek, J., Guyatt, G., & Oxman, A. (2013). *The GRADE handbook.* GRADEpro. https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html

Song, Y., Alonso-Coello, P., Ballesteros, M., Cluzeau, F., Vernooij, R. W., Arayssi, T., haumik, S., Chen, Y., Ghersi, D., Langlois, E. V., Fuentes Padilla, P., Schünemann, H. J., Akl, E. A., Martínez García, L., RIGHT-Ad@pt Working Group., Amer, Y., Arevalo-Rodriguez. I., Barnes, S., Barreto, J., ... Woodcraft, R. (2022). A reporting tool for adapted guidelines in health care: the RIGHT-Ad@ pt checklist. *Annals of Internal Medicine*, *175*(5), 710-719. https://doi.org/10.7326/M21-4352

Stevens, K. R. (2013). The impact of evidence-based practice in nursing and the next big ideas. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, 18*(2), 4. https://ojin.nursingworld.org/table-of-contents/volume-18-2013/number-2-may-2013/impact-of-evidence-based-practice/

The ADAPTE Collaboration. (2009). *Guideline adaptation: A Resource toolkit, version 2.0*. https://g-i-n.net/wp-content/uploads/2021/03/ADAPTE-Resource-toolkit-March-2010.pdf

Thongchai, C. (2005). Clinical practice guidelines development. *The Thai Journal of Nursing Council*, *20*(2), 63-76. (in Thai)

Family Caregivers' Concerns about End-of-Life Symptoms in Palliative Home Care for Persons with Metastatic Spinal Cancer: Lessons Learned

ความกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวต่ออาการระยะสุดท้ายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามไปยังกระดูกสันหลังในการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน: ถอดบทเรียน

Apichat	Kardosod*	อภิชาติ	กาศโอสถ*
Warawan	Udomkhwamsuk**	วราวรรณ	อุดมความสุข**

Abstract

This lessons-learned academic article presents the researcher's fieldwork experiences gained from working with Thai family caregivers of persons with metastatic spinal cancer receiving palliative home care. The purpose of this article is to reflect on the researcher's learning process in qualitative research, particularly in relation to engaging with sensitive issues, building trust with participants, and positioning oneself appropriately as a researcher within a highly vulnerable context. This reflection employs a reflective approach grounded in the concepts of bracketing and ethical reflexivity to explore how the researcher learned through being present with, listening to, and accompanying participants during periods marked by loss and emotional distress. The reflect analysis highlights three key lessons: (1) confronting emotional distress arising from listening to family caregivers' narratives about end-of-life symptoms, which underscored the importance of researcher self-care; (2) learning to maintain professional boundaries while practicing empathy through deep listening, thereby creating a safe space for participants to share their experiences; and (3) interpreting caregivers' experiences through cultural and religious frameworks, which broadened the researcher's understanding of spiritual dimensions in nursing care.

This article reflects the learning journey of a qualitative researcher working with vulnerable populations and demonstrates the value of reflective practice in strengthening ethical research competencies. The lessons derived contribute to the development of nursing practices that respect human dignity within end-of-life care and palliative care contexts.

Keywords: End-of-life symptoms; Family caregivers; Lessons learned; Metastatic spinal cancer; Palliative home care

* Corresponding author, Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: apichat.k@cmu.ac.th

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 15 September 2025; Revised 22 December 2025; Accepted 7 January 2026

บทคัดย่อ

บทความวิชาการถอดบทเรียนนี้ มุ่งนำเสนอประสบการณ์ของผู้วิจัยจากการทำงานภาคสนามกับผู้ดูแลในครอบครัวชาวไทยของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามไปยังกระดูกสันหลัง ซึ่งได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน วัตถุประสงค์ของบทความ คือ การสะท้อนกระบวนการเรียนรู้ของผู้วิจัยในงานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการเผชิญกับประเด็นอ่อนไหวในภาคสนาม การสร้างความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูล และการวางตัวของนักวิจัยในบริบทที่มีความเปราะบาง การถอดบทเรียนครั้งนี้ใช้แนวทางการสะท้อนคิด ภายใต้กรอบแนวคิดเรื่องการยั้งคิดของอคติและการตระหนักรู้ตนเองเชิงจริยธรรม เพื่อสำรวจว่าผู้วิจัยเรียนรู้อย่างไรจากการอยู่ร่วมและรับฟังผู้ให้ข้อมูลในช่วงเวลาที่เต็มไปด้วยความสูญเสีย ผลของการสะท้อนชี้ให้เห็นสามประเด็นสำคัญ ได้แก่ (1) การเผชิญกับอารมณ์สะเทือนใจจากการรับฟังเรื่องราวของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับอาการระยะท้ายของผู้ป่วย ซึ่งทำให้ผู้วิจัยตระหนักถึงความจำเป็นของการดูแลจิตใจตนเอง (2) การเรียนรู้การรักษาขอบเขตความเป็นมืออาชีพควบคู่กับความเห็นอกเห็นใจผ่านการฝึกฟังอย่างลึกซึ้งเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกปลอดภัย และ (3) การตีความประสบการณ์ด้วยกรอบวัฒนธรรมและศาสนาของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งช่วยขยายความเข้าใจเชิงจิตวิญญาณในงานพยาบาล

บทความนี้ สะท้อนการเรียนรู้ของนักวิจัยเชิงคุณภาพที่ทำงานกับกลุ่มเปราะบาง และชี้ให้เห็นคุณค่าของการถอดบทเรียนเชิงสะท้อนต่อการพัฒนาทักษะการวิจัยเชิงจริยธรรม รวมถึงการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เคารพต่อความเป็นมนุษย์ในบริบทของการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และในบริบทของการดูแลแบบประคับประคอง

คำสำคัญ: อาการระยะท้าย ผู้ดูแลในครอบครัว การถอดบทเรียน มะเร็งระยะลุกลามไปยังกระดูกสันหลัง การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: apichat.k@cmu.ac.th
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 15 กันยายน 2568 วันที่แก้ไขบทความ 22 ธันวาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 7 มกราคม 2569

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิต ถือเป็นความท้าทายที่สำคัญของระบบสุขภาพทั่วโลก (Brant & Silbermann, 2021) โดยคาดว่าจะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั่วโลกสูงถึงประมาณ 20 ล้านราย ในปี ค.ศ. 2030 (World Health Organization (WHO), 2022) รวมถึงประเทศไทยที่มีผู้ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งกว่า 140,000 รายต่อปี (International Agency for Research on Cancer, 2024) จากจำนวนผู้ป่วยมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยจำนวนมากมักได้รับการวินิจฉัยเมื่อเข้าสู่ในระยะลุกลาม ทำให้การรักษาเชิงหายขาดเป็นไปได้ยาก (Siegel et al., 2023) การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) จึงมีบทบาทสำคัญในการเสริมคุณภาพชีวิต ลดความทุกข์ทรมาน และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายด้วยศักดิ์ศรีและความหมายของการเป็นมนุษย์ (Sailian et al., 2024)

ในบริบทของประเทศไทย การดูแลที่บ้านเป็นทางเลือกที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด (Mulati et al., 2024) ผู้ป่วยสามารถแสดงความปรารถนาที่จะใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายภายในบ้าน ท่ามกลางคนที่รักและสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยมากกว่าการเสียชีวิตในโรงพยาบาล (Lin & Chu, 2025) ดังนั้นการจัดบริการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้านจึงไม่เพียงแต่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย หากยังเป็นการลดภาระของระบบบริการสุขภาพ และสร้างคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว (Akdeniz et al., 2021)

ผู้ดูแลในครอบครัว (family caregivers) ส่วนใหญ่ ได้แก่ คู่สมรส บุตรหลาน และญาติใกล้ชิด ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลอาการ และจัดการชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันนี้ส่งผลต่อรูปแบบของความกังวล และวิธีเผชิญกับปัญหาอย่างหลากหลาย เพราะผู้ดูแลในครอบครัวเหล่านี้ เป็นกำลังหลักในการสนับสนุนผู้ป่วยที่บ้าน (Akkadechanunt & Phornphibul, 2018) โดยทำหน้าที่ทั้งการจัดการยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ การเฝ้าสังเกตและตอบสนองต่ออาการเฉียบพลัน การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน และการประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย (Pan & Wang, 2025)

การทำหน้าที่เหล่านี้สร้างภาระหนักทั้งทางกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมแก่ผู้ดูแลในครอบครัว (Kardosod et al., 2023) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของอาการที่เกิดกับผู้ป่วย เช่น อาการปวดที่ควบคุมไม่ได้ อาการหายใจลำบาก การเปลี่ยนแปลงของสภาวะจิตใจและพฤติกรรมผู้ป่วย ตลอดจนสัญญาณใกล้เสียชีวิต ซึ่งไม่เพียงก่อให้เกิดความกังวล แต่ยังสร้างแรงกดดันทางอารมณ์อย่างรุนแรง (Arcadi et al., 2025) บทบาทที่ซับซ้อนนี้จึงไม่ใช่เพียงภารกิจทางการพยาบาล แต่เป็นการเผชิญหน้ากับความตายโดยตรง ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นที่ระบบสุขภาพต้องให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง

การทำงานภาคสนามกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวในช่วงสุดท้ายของชีวิต ยังเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ท้าทายสำหรับนักวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งต้องอาศัยทั้งความไวต่อประเด็นอ่อนไหว ความเข้าใจในวัฒนธรรม และการดูแลจิตใจตนเองระหว่างการสัมภาษณ์ในกลุ่มเปราะบาง (Dickson-Swift et al., 2009) ในบริบทนี้ นักวิจัยไม่ได้เป็นเพียงผู้เก็บข้อมูล แต่ยังเป็นเครื่องมือของการวิจัย (researcher as instrument) ที่ต้องตระหนักถึงอคติ ความเชื่อ และอารมณ์ของตนเองระหว่างกระบวนการเก็บข้อมูล (Corbin & Strauss, 2015) แนวคิดการยั้งคิดของอคติ (bracketing) และการสะท้อนคิดเชิงจริยธรรม (ethical reflexivity) จึงเป็นแนวทางสำคัญในการคงไว้ซึ่งความเป็นกลางทางจิตใจ พร้อมทั้งรักษาความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ให้ข้อมูลอย่างมีขอบเขต (bounded empathy)

บทความนี้ เป็นการถอดบทเรียนจากงานวิจัยเชิงคุณภาพ (descriptive qualitative study) ที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามไปยังกระดูกสันหลัง ซึ่งได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ในประเทศไทย การวิจัยดังกล่าวใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และการวิเคราะห์เชิงอุปนัย (inductive thematic analysis) เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ ความกังวล และกลยุทธ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัว โดยมิได้มุ่งรายงานผลการวิจัยเชิงประจักษ์ หากเป็นการสะท้อนประสบการณ์ของผู้วิจัยเองต่อ

การทำงานภาคสนาม การสร้างความไว้วางใจกับครอบครัว การรับฟังเสียงที่เปราะบาง และการจัดการกับผลกระทบทางอารมณ์ในฐานะนักวิจัย การเขียนถอดบทเรียนเช่นนี้จึงไม่เพียงเป็นการถ่ายทอดข้อมูล แต่ยังสะท้อนความหมายที่ได้จากการอยู่ร่วมกับผู้ดูแลในครอบครับกับสถานการณ์จริง ซึ่งสามารถนำไปสู่การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองต่อผู้ป่วยและครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น (Grant et al., 2025) กระบวนการวิเคราะห์นี้ยังตั้งอยู่บนกรอบแนวคิด Family Systems Theory และ Transactional Model of Stress and Coping ซึ่งอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การเผชิญปัญหา และปฏิสัมพันธ์ระหว่างของผู้ดูแลในครอบครัวกับผู้ป่วยภายในระบบครอบครัว ทำให้การถอดบทเรียนสะท้อนทั้งมิติทางอารมณ์ วัฒนธรรม และจิตวิญญาณของการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต

วัตถุประสงค์หลักของบทความนี้ คือ การถ่ายทอดสิ่งที่ผู้วิจัยได้เรียนรู้จากการทำงานภาคสนามกับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามไปยังกระดูกสันหลัง โดยเน้นความกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวต่ออาการระยะสุดท้ายของชีวิต อาทิเช่น ความปวด การหายใจลำบาก ความกลัวต่อวาระสุดท้าย และความไม่มั่นใจในการดูแลอาการต่าง ๆ ที่บ้าน นอกจากนี้ ยังสะท้อนถึงการตีความอาการผ่านบริบทของวัฒนธรรม และความเชื่อทางศาสนา รวมถึงประสบการณ์ส่วนตัวของผู้วิจัยที่ต้องเผชิญกับเรื่องราวสะเทือนใจในหว่างที่เข้ารับการบอกเล่าเรื่องราวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่บ้าน

บทเรียนจากภาคสนาม

บทเรียนจากภาคสนามในบทความนี้มุ่งสะท้อนการเรียนรู้ของผู้วิจัย และการถอดบทเรียนเชิงสะท้อนจากประสบการณ์ของผู้วิจัยในฐานะนักวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมุ่งเน้นประเด็นความกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวต่ออาการระยะสุดท้าย การตีความประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว การสะท้อนคิดของผู้วิจัย กรณีตัวแทนเพื่อสะท้อนสถานการณ์ การตีความเชิงสะท้อนจากกรณีตัวแทน และบทเรียนที่ได้จากเคสตัวแทน ซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมในบริบทสังคมไทย

ความกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวต่ออาการระยะสุดท้าย

ความกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวต่ออาการระยะสุดท้ายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามไปยังกระดูกสันหลัง คือ การที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับอาการที่รุนแรงและไม่สามารถคาดเดาได้ซึ่งเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความหวาดกลัว ความไม่มั่นใจ และความเครียดสะสม ความกังวลเหล่านี้ไม่ได้เป็นเพียงภาวะทางอารมณ์ แต่ยังมีผลต่อการตัดสินใจในการดูแล และการขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ ในฐานะนักวิจัยเชิงคุณภาพผู้เขียนได้ตระหนักว่า ความกังวลเหล่านี้มิได้เป็นเพียงข้อมูลเชิงปรากฏการณ์ หากแต่เป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ร่วม ที่ส่งผลต่อผู้วิจัยเองในขณะฟังและอยู่ร่วมกับเรื่องราวเหล่านั้น กระบวนการสะท้อนคิด (reflexive process) จึงกลายเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้ผู้วิจัยสามารถยั้งคิดของอคติ (bracketing) และเข้าใจขอบเขตระหว่างความเห็นอกเห็นใจ (empathy) กับการรักษาความเป็นกลางทางวิชาการ (objectivity) ได้อย่างเหมาะสม อาการในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัววิตกกังวล ได้แก่

1. ความปวดที่ควบคุมไม่ได้: ความเจ็บปวดเป็นอาการที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักเผชิญ และมักเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดความกังวลแก่ผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ดูแลในครอบครัวหลายคนสะท้อนถึงความรู้สึกกลัวว่าผู้ป่วยจะปวดเกินกว่าจะทนได้ หรือไม่แน่ใจว่าจะให้ยาอย่างไรถึงจะถูกต้อง แม้ว่าจะได้รับคำแนะนำจากพยาบาลแล้วก็ตาม ความไม่มั่นใจนี้บางครั้งนำไปสู่ความลังเลในการให้ยาแก้ปวด หรือการเพิ่มขนาดยาตามที่แพทย์แนะนำ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานโดยไม่จำเป็น (Kwon, 2014) การขาดความรู้และทักษะด้านการจัดการอาการปวดจึงเป็นแรงกดดันสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกว่าตนเองไม่เพียงพอในบทบาทการดูแล ผู้วิจัยต้องเผชิญกับความขัดแย้งในใจเพื่อเข้าไปช่วยแก้ปัญหาในการบรรเทาอาการปวด แต่ต้องใช้การสะท้อนคิด

เชิงจริยธรรม (ethical reflexivity) เพื่อควบคุมอารมณ์และคงไว้ซึ่งบทบาทของผู้ฟังที่เข้าใจโดยไม่ล้ำเส้นของการดูแลทางคลินิก

2. อาการหายใจลำบาก: อาการหายใจลำบาก (dyspnea) เป็นอีกหนึ่งอาการที่สร้างความหวาดหวั่นอย่างมากแก่ผู้ดูแลในครอบครัว เนื่องจากเป็นอาการที่ผู้ดูแลในครอบครัวรับรู้ได้โดยตรง และมักสัมพันธ์กับความรู้สึกใกล้ตาย ผู้ดูแลในครอบครัวบางคนเล่าว่าทุกครั้งที่เห็นผู้ป่วยหายใจไม่ออก ใจเหมือนจะหยุดเต้นไปด้วย และนี่ไม่แน่ใจว่าจะเป็นอาการสุดท้ายที่แสดงถึงความตายของผู้ป่วยหรือไม่ความวิตกกังวลจากภาวะดังกล่าว ทำให้หลายครอบครัวเรียกร้องการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์บ่อยขึ้น หรือมีความต้องการที่จะโทรหาพยาบาลเพื่อขอคำแนะนำทันที อาการหายใจลำบากไม่เพียงสร้างความทุกข์แก่ผู้ป่วย แต่ยังเป็นตัวกระตุ้นความเครียดเรื้อรังของผู้ดูแลในครอบครัว ที่ทำให้รู้สึกอยู่ในภาวะฉุกเฉินตลอดเวลา และไม่สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างทันที (Samerchua et al., 2019) เหตุการณ์เหล่านี้ทำให้ผู้วิจัยเรียนรู้ว่าการฟังเชิงลึก (deep listening) ไม่ได้หมายถึงการรับข้อมูล แต่คือการอยู่ร่วมในภาวะความเปราะบาง โดยต้องตระหนักถึงอารมณ์ของตนเองและของผู้ให้ข้อมูลในขณะเดียวกัน

3. ความกลัวต่อวาระสุดท้าย: ผู้ดูแลในครอบครัวสะท้อนถึงความกลัวที่ไม่เพียงเกี่ยวข้องกับอาการทางกายของผู้ป่วย แต่รวมถึงการต้องเผชิญหน้ากับความตายของคนที่รัก ความกลัวนี้แสดงออกในรูปแบบของความกังวลว่าจะดูแลได้ไม่ดีพอ หรือไม่สามารถตอบสนองความต้องการสุดท้ายของผู้ป่วยได้ ความรู้สึกเช่นนี้ สอดคล้องกับแนวคิดการตั้งคำถามเกี่ยวกับความหมายของชีวิต (existential distress) ซึ่งเป็นภาวะความทุกข์ทางอารมณ์และจิตใจที่เกิดจากการตั้งคำถามเกี่ยวกับความหมายของการมีชีวิต ความตาย การอยู่โดดเดี่ยว สูญเสียศักดิ์ศรี และการขาดการควบคุมในชีวิต ที่มักเกิดขึ้นในบริบทของการดูแลระยะสุดท้าย (Kissane, 2012) นอกจากนี้ ความกลัวต่อวาระสุดท้ายยังสะท้อนถึงความไม่มั่นใจในตนเองของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งบางครั้งนำไปสู่ความรู้สึกผิดหรือความเศร้าสะสม ในช่วงเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงความสูญเสีย ผู้วิจัยรู้สึกถึงความเศร้าและความกลัวที่เกิดขึ้นในตนเอง การสังเกตปฏิกิริยาภายในนี้กลายเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้การอยู่ร่วมกับความตายอย่างมีสติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการวิจัยเชิงจิตตปัญญา (contemplative qualitative inquiry)

4. ความไม่มั่นใจในการให้การพยาบาลเบื้องต้น: แม้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวหลายคนจะได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพ แต่เมื่อเผชิญกับสถานการณ์จริง เช่น การทำแผลกดทับ การให้ออกซิเจน การกายภาพบำบัดเบื้องต้น หรือการป้อนยา ผู้ดูแลในครอบครัวกลับรู้สึกไม่มั่นใจในทักษะของตนเอง หลายคนเกรงว่าจะทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดมากขึ้น หรือกังวลว่าจะทำผิดพลาดจนเป็นอันตราย ความรู้สึกเหล่านี้สะท้อนถึงความจำเป็นของการสนับสนุนทางการศึกษา และการติดตามอย่างต่อเนื่องจากทีมพยาบาล เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของผู้ดูแลในครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Hudson et al., 2015) ผู้วิจัยได้เรียนรู้ว่า ความไม่มั่นใจของผู้ดูแลในครอบครัวสะท้อนถึงความจำเป็นของการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ไม่เพียงแต่ในผู้ดูแลในครอบครัว แต่ยังรวมถึงนักวิจัยเอง ที่ต้องมั่นใจในขอบเขตบทบาทของตนเมื่อเผชิญสถานการณ์เปราะบาง

โดยรวมแล้ว บทเรียนจากภาคสนามนี้ช่วยให้ผู้วิจัยตระหนักว่า การทำงานกับกลุ่มเปราะบางต้องอาศัยความตระหนักรู้ตนเองเชิงจริยธรรม (ethical self-awareness) อย่างต่อเนื่องเพื่อไม่ให้การมีอารมณ์ร่วมกลายเป็นอุปสรรคต่อการเก็บข้อมูล แต่กลับเป็นเครื่องมือในการเข้าใจผู้ดูแลในครอบครัวในระดับที่ลึกและจริงใจยิ่งขึ้น

การตีความประสบกาณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว

การตีความประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวต่ออาการระยะสุดท้ายของผู้ป่วย ไม่ได้สะท้อนเพียงความทุกข์หรือความกังวลในเชิงปฏิบัติเท่านั้น แต่ยังสะท้อนถึง ความหมายเชิงลึก ที่ผู้ดูแลในครอบครัวผูกโยงกับ

ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ประสบการณ์เหล่านี้มีรากฐานมาจากกรอบความคิดทางด้านวัฒนธรรม ความเชื่อทางศาสนา และค่านิยมของครอบครัว ซึ่งหล่อหลอมให้ผู้ดูแลในครอบครัวมองอาการของผู้ป่วยในรูปแบบที่แตกต่างจากการตีความเชิงการแพทย์อย่างสิ้นเชิง การทำความเข้าใจความหมายเหล่านี้ จึงเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้บุคลากรสุขภาพสามารถดูแลผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ป่วยได้อย่างสอดคล้องกับบริบทชีวิตของพวกเขา ในฐานะนักวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้เขียนตระหนักว่าการทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ มิได้เกิดจากการเก็บข้อมูลเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการอยู่ร่วมกับผู้ให้ข้อมูลในช่วงเวลาที่เต็มไปด้วยความรู้สึกและความสูญเสีย การใช้กระบวนการสะท้อนคิด (reflexivity) และการยั้งคิดของอคติ (bracketing) ช่วยให้ผู้วิจัยสามารถฟังอย่างเปิดใจโดยไม่ตัดสิน พร้อมทั้งเข้าใจมิติทางจิตวิญญาณและวัฒนธรรมที่หล่อหลอมความหมายของอาการระยะสุดท้ายได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

1. ผู้ดูแลมองอาการของผู้ป่วยเป็นสัญญาณความตาย: ผู้ดูแลในครอบครัวสะท้อนว่าอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะสุดท้าย ไม่ว่าจะเป็นอาการปวดที่ควบคุมได้ยาก การหายใจที่ติดขัด หรือการเปลี่ยนแปลงของสติสัมปชัญญะของผู้ป่วย ถูกมองว่าเป็นสัญญาณบ่งบอกว่าความตายใกล้เข้ามา การรับรู้เช่นนี้ ทำให้ทุกครั้งที่เกิดอาการ ผู้ดูแลครอบครัวไม่ได้มองเพียงว่าเป็นภาวะที่ต้องจัดการทางกายภาพ แต่ยังเป็นการเผชิญหน้ากับวาระสุดท้ายของชีวิตโดยตรง (Samerchua et al., 2019) ผู้วิจัยในฐานะเครื่องมือของการวิจัย (researcher as instrument) ต้องใช้การสังเกตภายในตนเอง เพื่อไม่ให้ความกลัวหรือความเศร้าของตนบดบังการรับฟังประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว การยั้งคิดของอคติ (bracketing) จึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ผู้วิจัยคงไว้ซึ่งความเป็นกลางและเคารพต่อความหมายของผู้ให้ข้อมูลอย่างแท้จริง

ในบางกรณี ผู้ดูแลในครอบครัวตีความอาการเหล่านี้เป็นสัญญาณเตือน ที่ตนเองต้องเตรียมใจ เตรียมครอบครัว หรือแม้กระทั่งเตรียมพิธีกรรมทางศาสนาเพื่อรองรับการจากไปของผู้ป่วย การเชื่อมโยงอาการกับความหมายเชิงจิตวิญญาณเช่นนี้ สะท้อนถึงกระบวนการ anticipatory grief หรือการโศกเศร้าล่วงหน้า ที่ผู้ดูแลในครอบครัวเริ่มเผชิญก่อนที่การสูญเสียจะเกิดขึ้นจริง (Bilić et al., 2022)

2. วัฒนธรรม และความเชื่อทางศาสนามีอิทธิพลต่อการตีความอาการของผู้ดูแลในครอบครัว: ในสังคมไทย ความเชื่อทางศาสนาพุทธ และค่านิยมครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อการตีความอาการของผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัวบางรายเชื่อว่าอาการทรมาน เช่น ปวดมากหรือการหายใจลำบาก เป็นผลมาจากกรรมเก่าหรือเวร-กรรมที่ผูกไว้กับชาติที่ผ่านมา ที่ผู้ป่วยต้องชดใช้ก่อนจากไป ความเชื่อเช่นนี้มีทั้งด้านบวกและด้านลบ ด้านบวก คือ ช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวยอมรับสถานการณ์ได้มากขึ้น มองว่าเป็นวิถีธรรมชาติของชีวิต แต่ด้านลบ คือ อาจทำให้บางครอบครัวลังเลที่จะใช้มาตรการบรรเทาความเจ็บปวดขั้นสูง เพราะมองว่าการเจ็บปวดเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (Arcadi et al., 2025) นอกจากนี้ยังมีความเชื่อว่า การตายอย่างสงบที่บ้าน ถือเป็นการปิดฉากชีวิตที่ดีที่สุดและเป็นกุศล ผู้ดูแลในครอบครัวจึงพยายามตีความอาการต่าง ๆ ในฐานะสัญญาณของการเดินทางไปสู่ภพใหม่ การตีความในลักษณะนี้สะท้อนให้เห็นว่า อาการระยะสุดท้ายไม่ได้เป็นเพียงปัญหาทางการแพทย์ แต่เป็นประสบการณ์เชิงจิตวิญญาณและวัฒนธรรม ที่ครอบครัวต้องเผชิญและจัดการร่วมกัน

ในระหว่างกระบวนการตีความข้อมูล ผู้วิจัยใช้บันทึกสะท้อน (reflective journaling) เพื่อเฝ้าสังเกตอารมณ์ ความคิด และอคติของตนเอง การบันทึกนี้ช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจว่าการตีความของผู้ดูแลในครอบครัวมิได้มีเพียงมิติศาสนาเท่านั้น แต่ยังเป็นกระบวนการเยียวยาทางใจ ที่เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้ทำความเข้าใจกับการสูญเสียอย่างค่อยเป็นค่อยไป

ความหมายที่ผู้ดูแลในครอบครัวมอบให้อาการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย แสดงให้เห็นว่าการดูแลไม่อาจพิจารณาเฉพาะมิติทางการแพทย์ แต่ต้องครอบคลุมถึงมิติทางอารมณ์ วัฒนธรรม และจิตวิญญาณด้วย การถอดบทเรียนนี้ตอกย้ำว่า พยาบาลและทีมสุขภาพจำเป็นต้องเข้าใจกรอบความคิดของผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อออกแบบ

การดูแลที่ทั้งเหมาะสมทางการแพทย์ และสอดคล้องกับคุณค่าชีวิตและความเชื่อของครอบครัวไปพร้อมกัน นอกจากนี้ กระบวนการถอดบทเรียนยังช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจว่า ความหมายที่ผู้ดูแลในครอบครัวสร้างขึ้นไม่เพียงสะท้อนโลกทัศน์ของครอบครัวเท่านั้น แต่ยังเป็นกระจกสะท้อนให้ผู้วิจัยได้มองเห็นความเชื่อ ความกลัว และค่านิยมภายในตนเอง การตระหนักรู้นี้เป็นหัวใจของการวิจัยเชิงคุณภาพที่ให้คุณค่ากับความเป็นมนุษย์ของทั้งผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัยเอง

การสะท้อนคิดของผู้วิจัย

การทำวิจัยกับผู้ดูแลในครอบครัวในบริบทของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ไม่เพียงเป็นกระบวนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเท่านั้น แต่ยังเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ส่วนบุคคลของผู้วิจัยเอง ที่ต้องเผชิญกับอารมณ์ความเศร้า และความท้าทายทางจิตใจอย่างลึกซึ้ง ภายใต้แนวคิดนักวิจัยในฐานะเครื่องมือของการวิจัย (researcher as instrument) ผู้วิจัยได้เรียนรู้ว่าความเข้าใจในตนเอง (self-awareness) เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้สามารถแยกแยะระหว่างอารมณ์ส่วนตัวกับความเป็นกลางทางวิชาการได้อย่างเหมาะสม การถอดบทเรียนในส่วนนี้จึงเน้นการสะท้อนของผู้วิจัยที่ไม่เพียงแต่เรียนรู้เกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัว แต่ยังเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองในฐานะนักวิจัยและพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยและญาติ โดยรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวการสะท้อนคิดประกอบด้วยรายละเอียด ดังต่อไปนี้ คือ

1. การเผชิญกับเรื่องราวสะเทือนใจ: ผู้วิจัยได้เผชิญกับคำบอกเล่า และประสบการณ์ตรงของผู้ดูแลในครอบครัวที่เต็มไปด้วยความทุกข์ ความเหนื่อยล้า และความหวาดกลัว การฟังซ้ำ ๆ ถึงเรื่องราวการเฝ้ามองผู้ป่วยที่ปวดทรมานหรือการหายใจลำบาก ทำให้ผู้วิจัยรู้สึกสะเทือนใจและบางครั้งมีอารมณ์ร่วมจนเกิดความเศร้า สิ่งนี้สะท้อนให้เห็นว่านักวิจัยเชิงคุณภาพมิใช่เพียงผู้เก็บข้อมูล แต่เป็นผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในโลกอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูล (Dickson-Swift et al., 2009) ผู้วิจัยจึงใช้การสะท้อนคิดเชิงจริยธรรม (ethical reflexivity) และเทคนิคการยั้งคิดของอคติ (bracketing) เพื่อระงับอารมณ์และตระหนักถึงขอบเขตความเป็นกลางของตนเองระหว่างกระบวนการฟังเชิงลึก

2. วิธีที่ผู้วิจัยใช้ในการประคับประคองตนเอง: เพื่อให้เกิดการจัดการกับภาวะสะเทือนใจ ผู้วิจัยได้พัฒนากลยุทธ์การดูแลตนเอง (self-care strategies) เช่น การเขียนบันทึกสะท้อนความรู้สึกหลังการสัมภาษณ์ การแลกเปลี่ยนกับที่ปรึกษาวิจัย และการใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อฟื้นฟูสมดุลทางอารมณ์ การมีระบบสนับสนุนจากอาจารย์ที่ปรึกษา และเพื่อนนักวิจัย ช่วยให้ผู้วิจัยสามารถปรับมุมมองและกลับเข้าสู่ความเป็นกลางได้เร็วขึ้น แนวทางเหล่านี้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะในวรรณกรรมที่ชี้ว่า นักวิจัยที่ทำงานกับกลุ่มเปราะบางควรมีการจัดการกับกลไก (mechanism) ของการดูแลจิตใจและการกำกับดูแลตนเองทางด้านสุขภาพจิต (supervision) เพื่อป้องกันความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ (emotional fatigue) และภาวะหมดไฟ (burnout) (Bond et al., 2025) การดูแลตนเองเช่นนี้เป็นส่วนหนึ่งของความรับผิดชอบทางจริยธรรมของนักวิจัยที่ต้องรักษาสุขภาวะทางอารมณ์ของตนเองควบคู่ไปกับความปลอดภัยของผู้ให้ข้อมูล

3. บทเรียนในการฟังอย่างลึกซึ้งและการรักษาขอบเขตความเป็นมืออาชีพ: แม้ว่าการฟังเรื่องราวของผู้ดูแลในครอบครัวจะกระตุ้นอารมณ์ส่วนตัว แต่ผู้วิจัยได้เรียนรู้ถึงความสำคัญของการฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) ซึ่งไม่ใช่เพียงการรับข้อมูลเชิงถ้อยคำ แต่เป็นการเปิดพื้นที่ให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับและได้รับเกียรติ การฟังเช่นนี้ทำให้ผู้วิจัยได้เข้าใจโลกทัศน์ของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยยังต้องเรียนรู้การรักษาขอบเขตความเป็นมืออาชีพ ไม่ปล่อยให้อารมณ์ส่วนตัวครอบงำการทำวิจัยจนขาดความเป็นกลาง แนวคิด bounded empathy ถูกนำมาใช้เพื่อสร้างสมดุลระหว่างความเห็นอกเห็นใจกับการคงไว้ซึ่งระยะทางทางวิชาชีพ (professional distance) การรักษาสมดุลระหว่างความเห็นอกเห็นใจ (empathy) และ

ความเป็นมืออาชีพ (professionalism) เป็นบทเรียนสำคัญที่เสริมสร้างทั้งทักษะทางการวิจัย และทักษะทางพยาบาล (Corbin & Morse, 2003)

เมื่อพิจารณาผ่านกรอบการสะท้อนคิดเชิงคุณภาพ บทเรียนทั้งสามนี้สะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการเรียนรู้ของนักวิจัยที่ค่อย ๆ พัฒนาความตระหนักรู้ทางอารมณ์และจริยธรรม (emotional and ethical self-awareness) ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการทำงานกับกลุ่มเปราะบางในงานวิจัยพยาบาล การถอดบทเรียนนี้ไม่เพียงช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจผู้ดูแลในครอบครัวมากขึ้น แต่ยังเป็นเครื่องมือในการพัฒนาความเป็นนักวิจัยเชิงคุณภาพอย่างสมบูรณ์

กรณีตัวแทนเพื่อสะท้อนสถานการณ์ (composite case)

การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเฉพาะเมื่อทำงานกับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยในระยะสุดท้าย การนำเสนอข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลจริงอาจมีข้อจำกัดด้านจริยธรรม เนื่องจากอาจนำไปสู่การเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลโดยไม่ตั้งใจ แม้ว่าจะมีการปกปิดชื่อหรือตัวตนแล้วก็ตาม (Kaiser, 2009) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้แนวทางกรณีตัวแทน (composite case) ซึ่งเป็นการสังเคราะห์ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลายราย รวมเข้าด้วยกันเพื่อสร้างภาพแทนของการเสนอข้อมูล ของประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงโดยไม่ระบุตัวตน วิธีการนี้ช่วยให้สามารถนำเสนอประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างลึกซึ้ง และเคารพต่อศักดิ์ศรีของผู้ให้ข้อมูล ขณะเดียวกันก็สะท้อนถึงการเรียนรู้ของผู้วิจัยในฐานะผู้เฝ้ามอง และผู้รับฟังที่อยู่ร่วมในความเปราะบางของชีวิตมนุษย์

เคสตัวแทนจากข้อมูลจริง

กรณีตัวแทน: คุณเอ (นามสมมุติ)

คุณเอ หญิงวัย 48 ปี ทำหน้าที่ดูแลสามีที่ป่วยด้วยมะเร็งกระดูกสันหลังลุกลามมานานกว่าแปดเดือน สามีของเธอไม่สามารถลุกเดินได้และมีอาการปวดรุนแรง ต้องพึ่งยาแก้ปวดชนิดรุนแรง เธอเป็นผู้ดูแลในครอบครัวหลักที่อยู่กับเขาเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ขณะเล่าประสบการณ์ คุณเอพูดช้า เสียงสั่น และน้ำตาคลอ เธอกล่าวว่า

"บางคืนเขาร้องเจ็บจนเราไม่รู้จะทำยังไง... กอดไว้แล้วก็สวดมนต์ ขอให้เขาไม่ทรมาน ขอให้หมดกรรมเร็ว ๆ แต่พอคิดว่าถ้าเขาจากไปจริง ๆ ใจก็หาย เหมือนจะอยู่คนเดียวไม่ได้..."

คำพูดของเธอสะท้อนถึง ความขัดแย้งภายในระหว่างความรัก ความเมตตา และการยอมรับความตาย ซึ่งเป็นลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัวในระยะท้าย ผู้วิจัยในฐานะผู้ฟังรู้สึกถึงความหนักอึ้งของบรรยากาศ และตระหนักว่าการฟังเรื่องราวเช่นนี้ต้องอาศัยการฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) และการยั้งคิดของอคติ (bracketing) เพื่อให้เข้าใจสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการสื่อโดยไม่เร่งเร้าหรือพยายามปลอบโยนเกินขอบเขตของการวิจัย

ในอีกตอนหนึ่ง คุณเอเล่าว่า หลังจากแพทย์แจ้งว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย เธอรู้สึกเหมือนทุกลมหายใจ คือการนับถอยหลัง เธอเริ่มเตรียมใจด้วยการนิมนต์พระมาสวดมนต์ และจัดเตรียมผ้าขาวไว้ข้างเตียง เพื่อใช้ห่อร่างกายหลังจากสิ้นลม เธอกล่าวอย่างสงบว่า

"เราอยากให้เขาไปดี อยู่ที่บ้านนี่แหละ เขาจะได้ไม่กลัว ไม่ต้องไปเจ็บในโรงพยาบาล..."

ผู้วิจัยรับรู้ถึงมิติทางวัฒนธรรมและศาสนาที่หล่อหลอมการตัดสินใจของผู้ดูแลในครอบครัว ความเชื่อเรื่องการตายดี (good death) ในบ้านของตนเองสะท้อนค่านิยมแบบพุทธและความผูกพันในครอบครัวที่ลึกซึ้ง การอยู่ร่วมกันในช่วงเวลานี้ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจว่า การดูแลระยะสุดท้ายมิใช่เพียงการบรรเทาอาการทางกาย แต่คือ กระบวนการทางจิตวิญญาณของครอบครัวในการเรียนรู้การปล่อยวาง เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต คุณเอกล่าวว่า เธอรู้สึก "โล่งแต่ก็ว่าง" น้ำเสียงเธอสงบแต่เปี่ยมด้วยความคิดถึง เธอกล่าวว่า

"ตอนเขาหยุดหายใจ เราก็จับมือไว้แน่น ไม่ร้อง ไม่กลัว รู้สึกว่าเขาไปสบายแล้ว เหมือนเราได้ส่งเขาไปเองด้วยใจ..."

ในขณะบันทึกข้อมูล ผู้วิจัยรู้สึกถึงความอิ่มเอิบและความสงบที่เกิดขึ้นร่วมกับผู้ให้ข้อมูล ประสบการณ์นี้ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจว่า การสะท้อนคิดเชิงจิตตปัญญา (contemplative reflection) สามารถเกิดขึ้นได้แม้อยู่ในบริบทของความสูญเสีย เพราะการฟังอย่างเปิดใจช่วยให้ผู้วิจัยสัมผัสถึงความหมายของชีวิตและความตายในมิติที่ลึกซึ้งกว่าเดิม

การตีความเชิงสะท้อนจากกรณีตัวแทน

กรณีของคุณเอเป็นตัวแทนของผู้ดูแลในครอบครัวจำนวนมากที่ต้องต่อสู้กับความกลัว ความไม่แน่นอน และความเหน็ดเหนื่อยทางอารมณ์ในระยะท้ายของชีวิตคนที่รัก ผู้วิจัยตระหนักว่าการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในบริบทเช่นนี้ เป็นกระบวนการที่ทั้งละเอียดอ่อนและมีมิติทางจิตใจสูง จำเป็นต้องใช้ความตระหนักรู้ตนเองเชิงจริยธรรม (ethical self-awareness) อย่างต่อเนื่อง เพื่อรักษาขอบเขตและเคารพความเปราะบางของผู้ให้ข้อมูล

ในอีกด้านหนึ่ง การทำงานร่วมกับผู้ดูแลในครอบครัวยังเป็นกระจกสะท้อนให้ผู้วิจัยเข้าใจความกลัว และความเชื่อของตนเองเกี่ยวกับความตายมากขึ้น ประสบการณ์ภาคสนามจึงไม่เพียงถ่ายทอดความเข้าใจของผู้ดูแลในครอบครัว แต่ยังช่วยให้ผู้วิจัยเรียนรู้การอยู่กับความสูญเสียด้วยความสงบและความเมตตา ซึ่งถือเป็นรากฐานของการพยาบาลแบบประคับประคองอย่างแท้จริง แม้เคสตัวแทนนี้จะเป็นการสังเคราะห์จากผู้ดูแลในครอบครัวหลายกลุ่ม แต่ผู้วิจัยได้ใช้แนวทางการสังเคราะห์ที่มีขอบเขต (bounded synthesis) เพื่อรักษาความถูกต้องของประสบการณ์แต่ละกลุ่มสัมพันธ์ เช่น คู่สมรส บุตร หรือญาติใกล้ชิด โดยเน้นประเด็นร่วมที่เกิดซ้ำในกลุ่มต่าง ๆ เพื่อสะท้อนภาพรวมอย่างสมดุลระหว่างความลึกและความกว้างของข้อมูล

บทเรียนที่ได้จากเคสตัวแทน

เคสตัวแทน (composite case) นี้สะท้อนถึงความเป็นจริงของผู้ดูแลในครอบครัวในหลายมิติ ซึ่งไม่เพียงแสดงให้เห็นความท้าทายของผู้ดูแลในครอบครัว แต่ยังเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้เชิงลึกเกี่ยวกับพลวัตของการดูแลระยะท้ายในบริบทครอบครัวไทย

1. มิติทางกาย: ความท้าทายในการจัดการอาการปวดและหายใจลำบาก

จากเคสตัวแทนสะท้อนให้เห็นว่า การจัดการอาการทางกาย โดยเฉพาะอาการปวดและการหายใจลำบาก เป็นความท้าทายที่สำคัญที่สุดของผู้ดูแลในครอบครัวในระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามไปยังกระดูกสันหลัง ผู้ดูแลในครอบครัวมักรู้สึกขาดความมั่นใจว่าตนเองสามารถให้การดูแลได้ถูกต้องเพียงพอหรือไม่ เช่น การให้ยาลดปวดตามแผนการรักษา การสังเกตสัญญาณการเจ็บปวดที่ซับซ้อน หรือการรับมือเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการหายใจลำบากเฉียบพลันในช่วงกลางคืน

บทเรียนที่ได้ คือ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไม่ควรเป็นภาระของผู้ดูแลในครอบครัวเพียงลำพัง แต่ควรมีระบบการสนับสนุนที่ช่วยเสริมสร้างทักษะและความมั่นใจของผู้ดูแล เช่น การฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดอย่างปลอดภัย การสอนทักษะการสังเกตอาการเตือน และการจัดช่องทางให้คำปรึกษากับพยาบาลหรือทีมสุขภาพอย่างทันท่วงที เพื่อให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองมีเครื่องมือ และที่พึ่งในการรับมือกับอาการเหล่านี้ ในฐานะผู้วิจัยการอยู่ร่วมกับผู้ดูแลในครอบครัวในช่วงเวลาที่พวกเขาต้องเผชิญอาการทรมานของผู้ป่วย ทำให้ตระหนักว่า ความรู้ทางพยาบาล ที่สอนในห้องเรียน ไม่เพียงพอต่อความเป็นจริงของสถานการณ์ การฟังเสียงสั่นของผู้ดูแลในครอบครัวขณะเล่าเหตุการณ์ในตอนกลางคืน เป็นการเรียนรู้เชิงลึกที่ช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจว่า การดูแลทางกาย คือ การดูแลทางใจในเวลาเดียวกัน

2. มิติทางอารมณ์: ความกลัว ความไม่มั่นใจ และการโศกเศร้าล่วงหน้า

เคสตัวแทนสะท้อนอย่างชัดเจนว่า ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับแรงกดดันทางอารมณ์ที่รุนแรงและต่อเนื่อง ตลอดกระบวนการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย ความกลัวมักเกิดขึ้นจากการไม่สามารถควบคุมอาการของผู้ป่วยได้ เช่น การกลัวว่าจะไม่สามารถบรรเทาความเจ็บปวด หรือช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยหายใจลำบากเฉียบพลัน ความกลัวนี้ไม่เพียงสะท้อนถึงความกังวลในการดูแลเท่านั้น แต่ยังสะท้อนถึงความหวาดหวั่นในการเผชิญหน้ากับความตายที่ใกล้เข้ามาของคนที่รัก

นอกจากความกลัวแล้ว ผู้ดูแลในครอบครัวยังสะท้อนถึงความไม่มั่นใจในบทบาทของตนเอง หลายครั้งผู้ดูแลรู้สึกว่าสิ่งที่ทำอาจไม่ถูกต้องเพียงพอ หรือกลัวว่าจะทำผิดและทำให้ผู้ป่วยทรมานมากขึ้น ความรู้สึกเหล่านี้เป็นภาระทางอารมณ์ที่บั่นทอนความมั่นใจ และอาจนำไปสู่ความรู้สึกผิดหากผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ซึ่งสอดคล้องกับวรรณกรรมที่ชี้ว่า ความไม่มั่นใจในตนเองของผู้ดูแลในครอบครัวมักสัมพันธ์กับระดับความเครียดและภาวะทางอารมณ์ที่สูงขึ้น (Hudson et al., 2012) อีกประเด็นที่สำคัญ คือ การโศกเศร้าล่วงหน้า (anticipatory grief) ผู้ดูแลในครอบครัวจำนวนมากยอมรับว่าทุกครั้งที่เห็นอาการทรุดลงของผู้ป่วย มักถูกตีความว่านี่อาจเป็นคืนสุดท้าย ทำให้เกิดภาวะเศร้า สูญเสีย และความรู้สึกว่างเปล่าก่อนที่การสูญเสียจริงจะเกิดขึ้น การโศกเศร้าล่วงหน้านี้มีทั้งด้านบวกและด้านลบ ด้านบวก คือ ช่วยให้ผู้ดูแลมีเวลาในการปรับตัวและเตรียมใจ แต่ด้านลบ คือ อาจสร้างภาวะเศร้าและหมดแรงใจ ในการดูแลที่ยาวนานเกินไป ส่งผลต่อสุขภาวะจิตใจและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

บทเรียนที่ได้ คือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่สามารถมุ่งเพียงการจัดการทางกาย แต่จำเป็นต้องมีการสนับสนุนทางอารมณ์แก่ผู้ดูแลในครอบครัวอย่างเป็นระบบ พยาบาลควรมีทักษะในการรับฟังเชิงลึก (deep listening) ให้พื้นที่สำหรับผู้ดูแลได้ระบายความกลัวและความไม่มั่นใจ รวมถึงการประเมินภาวะโศกเศร้าล่วงหน้าอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถให้การช่วยเหลือด้านจิตสังคมได้อย่างทันท่วงที บทบาทของพยาบาลในบริบทนี้ไม่เพียงจำกัดอยู่ที่การดูแลผู้ป่วย แต่ต้องทำหน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวย (facilitator) ในการสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะการให้ความรู้ด้านการจัดการอาการ การรับฟังเชิงลึก (deep listening) และการส่งต่อทรัพยากรสนับสนุนเพื่อดูแลแบบองค์รวม ผู้วิจัยสะท้อนว่า การเฝ้าฟังเรื่องราวซ้ำ ๆ เกี่ยวกับความกลัวและความเศร้า ทำให้เกิดภาวะความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ (emotional fatigue) แต่กระบวนการเขียนบันทึกสะท้อน (reflective journaling) หลังการสัมภาษณ์ช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจว่า ความรู้สึกนี้เป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้ ไม่ใช่จุดอ่อน การยอมรับความรู้สึกของตนเองช่วยให้ผู้วิจัยกลับมามีสมดุลทางใจและสามารถฟังผู้ให้ข้อมูลได้อย่างลึกซึ้งขึ้น

3. มิติทางสังคมและวัฒนธรรม: ความเชื่อทางศาสนาที่กำหนดวิธีตีความอาการและการเผชิญกับความตาย

เคสตัวแทนสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมิได้มองอาการของผู้ป่วยเพียงแค่มิติทางการแพทย์ แต่ยังตีความผ่านกรอบความเชื่อทางสังคมและศาสนา ที่ตนเองยึดถือ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดวิธีคิด การตัดสินใจ และการเผชิญหน้ากับความตายของผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัวเชื่อว่า ความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมานในช่วงสุดท้าย เป็นผลของกรรมเก่าที่ผู้ป่วยต้องชดใช้ก่อนจากไป ความเชื่อเช่นนี้ช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวบางรายสามารถยอมรับสถานการณ์ได้มากขึ้น มองว่าความทุกข์ทรมานเป็นส่วนหนึ่งของเส้นทางชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ในอีกด้านหนึ่ง ความเชื่อดังกล่าวอาจทำให้บางครอบครัวลังเลที่จะใช้มาตรการบรรเทาความปวดที่มีประสิทธิภาพ เพราะมองว่าการเจ็บปวดเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยควรเผชิญตามวิถีกรรม (Searight & Gafford, 2005)

นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังสะท้อนว่า การตายอย่างสงบที่บ้านถือเป็นการปิดฉากชีวิตที่ดี และเป็นการส่งผู้ป่วยไปสู่ภพใหม่อย่างมีศักดิ์ศรี ความเชื่อเช่นนี้สอดคล้องกับค่านิยมในสังคมไทยที่ให้ความสำคัญกับการจากไปท่ามกลางครอบครัวและการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา (Kongsuwan et al., 2016) ผู้ดูแลจึงพยายามตีความอาการ เช่น หายใจแรง หรือตัวเย็นลง ว่าเป็นสัญญาณของการเดินทางไปสู่วาระสุดท้าย และเตรียมการทั้งทาง

จิตใจและพิธีกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ

บทเรียนจากมิตินี้ คือ พยาบาลและทีมสุขภาพจำเป็นต้องเข้าใจว่า วัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนาเป็นส่วนหนึ่งของการตีความอาการ และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวไม่ควรจำกัดอยู่ที่การให้ความรู้ทางการแพทย์ แต่ต้องเปิดพื้นที่ให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้พูดถึงความเชื่อ ความหวัง และความหมายที่พวกเขามอบให้กับการดูแลของผู้ป่วย การดูแลที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมเช่นนี้ จะช่วยให้ครอบครัวรู้สึกว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครบถ้วนทั้งกาย ใจ และจิตวิญญาณ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาล ได้เรียนรู้ว่าการเข้าใจความเชื่อเหล่านี้ไม่ใช่เพียงการเคารพต่อวัฒนธรรมเท่านั้น แต่ยังเป็นการดูแลด้วยหัวใจ ที่สะท้อนถึงความเป็นมนุษย์ร่วมกัน การได้จินตนาการอยู่ในพื้นที่ที่ครอบครัวสวดมนต์ ส่งกลิ่นธูปเบา ๆ ขณะพูดถึงการจากไปของคนรัก ทำให้ผู้วิจัยตระหนักถึงพลังของความศรัทธาในฐานะพลังเยียวยาที่แท้จริงของการดูแลแบบประคับประคอง

การสะท้อนคิดจากการถอดบทเรียน

การถอดบทเรียนครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าการอยู่ร่วมและรับฟังประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในบริบทของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มิได้เป็นเพียงการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย แต่เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล ความกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวต่ออาการระยะสุดท้าย เช่น อาการปวดและหายใจลำบาก เป็นประเด็นหลักที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ฮัดสัน และคณะ (Hudson et al., 2012) ที่ชี้ว่า ความกลัวและความไม่มั่นใจของผู้ดูแลในครอบครัว คือ แรงกดดันทางอารมณ์ที่สะสมต่อเนื่องในช่วงท้ายของชีวิต

1. ความกังวลต่ออาการปวดและหายใจลำบาก: อาการปวดและหายใจลำบากถูกผู้ดูแลตีความว่าเป็นสัญญาณของการจากไปทำให้เกิดความกลัวและความเครียด (Kwon, 2014) ผู้วิจัยสะท้อนว่า การฟังเรื่องราวเช่นนี้ทำให้ตระหนักถึงความสำคัญของการสื่อสารทางการพยาบาลที่ชัดเจน และการสร้างความมั่นใจให้ผู้ดูแลในครอบครัวผ่านการสอนแบบร่วมมือ (collaborative learning) (Johnson et al., 2016) ซึ่งแตกต่างจากการดูแลเชิงสั่งการแบบดั้งเดิม การให้พื้นที่ผู้ดูแลได้เรียนรู้และซักถามจึงเป็นหัวใจสำคัญของการเสริมพลัง (empowerment) (Siriloadjanamanee et al., 2019)

2. การตีความอาการผ่านมิติทางวัฒนธรรมและจิตวิญญาณ: การเชื่อมโยงอาการกับความเชื่อทางศาสนา เช่น กรรมเก่า หรือการตายอย่างสงบ สะท้อนถึงความพยายามของผู้ดูแลในครอบครัวในการทำความเข้าใจกับความทุกข์ (Kissane, 2012) ผู้วิจัยได้เรียนรู้ว่า มิติทางจิตวิญญาณมิใช่เพียงกรอบความเชื่อของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเป็นพลังเยียวยาที่ช่วยให้ครอบครัวจัดการกับความสูญเสียได้อย่างสงบ (Searight & Gafford, 2005) การยอมรับและเคารพต่อมิติความเชื่อเช่นนี้ทำให้พยาบาลสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจและลดความกลัวของผู้ดูแลในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ผลกระทบทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวและนักวิจัย: การสะท้อนคิดชี้ให้เห็นว่า ทั้งผู้ดูแลในครอบครัวและผู้วิจัยต่างเป็นผู้ประสบประสบการณ์ทางอารมณ์ร่วม ในกระบวนการวิจัย การฟังเรื่องราวของความสูญเสียซ้ำ ๆ ทำให้ผู้วิจัยต้องพัฒนากลไกการกำกับดูแลตนเอง (self-regulation mechanism) และการสะท้อนเชิงจริยธรรม (ethical reflexivity) เพื่อคงไว้ซึ่งความเป็นกลางทางอารมณ์ (Dickson-Swift et al., 2009) บทเรียนนี้ช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจมากขึ้นว่า การวิจัยกับกลุ่มเปราะบางไม่เพียงต้องใช้ทักษะทางเทคนิค แต่ต้องมีหัวใจ 4แห่งความกรุณาที่รับฟังโดยไม่ตัดสิน

4. การเสนอเคสตัวแทนเป็นสะพานเชื่อมความเข้าใจ: การใช้เคสตัวแทน (composite case) ช่วยให้ผู้วิจัยเรียนรู้วิธีการสังเคราะห์ข้อมูลโดยรักษาความปลอดภัยทางจริยธรรมของผู้ให้ข้อมูล (Kaiser, 2009) กรณีตัวแทนช่วยให้เห็นภาพรวมของชีวิตจริงที่เต็มไปด้วยความเปราะบางและความรักในครอบครัว ทำให้เกิดการ

เรียนรู้เชิงสัมพันธ์ (relational learning) ระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นหัวใจของการวิจัยเชิงคุณภาพด้านพยาบาลในบริบทไทย

โดยสรุป การสะท้อนคิดนี้ยืนยันว่า ความกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวต่ออาการระยะท้ายมิใช่เพียงภาระทางการพยาบาล แต่เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันที่เปิดโอกาสให้ทั้งผู้วิจัยและผู้ดูแลในครอบครัวเข้าใจชีวิต ความทุกข์ และความรักได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

บทสรุป

การถอดบทเรียนจากประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามไปยังกระดูกสันหลังที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ความกังวลต่ออาการระยะท้ายเป็นแก่นสำคัญที่กำหนดคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ความกังวลดังกล่าวไม่เพียงเกี่ยวข้องกับอาการปวดและหายใจลำบากที่ควบคุมได้ยาก แต่ยังรวมถึงความกลัวต่อการจากไปและความไม่มั่นใจในการดูแลอาการเบื้องต้นที่บ้าน ซึ่งสะท้อนถึงความเปราะบางและความท้าทายของบทบาทผู้ดูแลในครอบครัวในเวลาเดียวกัน การรับรู้อาการผ่านกรอบความเชื่อทางวัฒนธรรมและศาสนาทำให้เห็นว่าการดูแลระยะสุดท้ายจำเป็นต้องผสานทั้งมิติทางกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณอย่างเป็นองค์รวม

การสะท้อนของผู้วิจัยตอกย้ำว่า การทำงานกับกลุ่มเปราะบางต้องอาศัยการฟังอย่างลึกซึ้ง การยั้งคิดของอคติ (bracketing) และการดูแลจิตใจตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งความเป็นมืออาชีพและความไวต่อประเด็นอ่อนไหวในการวิจัย เคสตัวแทน (composite case) ทำหน้าที่เป็นภาพแทนที่ปลอดภัยด้านจริยธรรมและมีพลังในการสื่อความหมายของประสบการณ์ผู้ดูแลในครอบครัว ช่วยให้ผู้อ่านเข้าถึงความซับซ้อนของสถานการณ์จริงได้อย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้นบทความนี้ เน้นบทเรียนที่นำไปใช้ได้จริง คือ (1) เสริมสร้างความพร้อมของผู้ดูแลในครอบครัวต่อการจัดการอาการระยะสุดท้ายด้วยการสื่อสารและการสอนแบบมีส่วนร่วม (2) บูรณาการเสียงของผู้ดูแลในครอบครัวและการปฏิบัติการสะท้อน (reflective practice) เข้าสู่การศึกษาพยาบาล และ (3) พัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลที่บ้านเชิงชุมชนซึ่งเคารพมิติทางวัฒนธรรมและจิตวิญญาณ สาระสำคัญเหล่านี้ชี้ว่าการรับฟังและให้ความสำคัญกับเสียงของผู้ดูแลในครอบครัว คือ กุญแจยกระดับคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านในประเทศไทย และเป็นสะพานเชื่อมระหว่างองค์ความรู้เชิงคุณภาพกับแนวปฏิบัติที่เมตตาและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล: พยาบาลควรมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความพร้อม และความมั่นใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการจัดการอาการระยะสุดท้าย โดยเฉพาะการจัดการอาการปวดและหายใจลำบาก การสอนแบบมีส่วนร่วม (participatory teaching) และการใช้เครื่องมือสะท้อน (reflective tools) เช่น คู่มือ หรือวิดีโอกรณีศึกษา สามารถช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเข้าใจและจดจำวิธีปฏิบัติได้ดีกว่าการให้คำแนะนำเพียงครั้งเดียว การจัดระบบปรึกษา (consultation system) ที่ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงพยาบาลได้ตลอดเวลา เช่น โทรศัพท์สายด่วน หรือ telehealth ควรได้รับการพัฒนาอย่างยั่งยืน

2. ด้านการศึกษา: การบูรณาการเสียงของผู้ดูแล (caregivers' voices) เข้าสู่การเรียนการสอนด้านพยาบาล เป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาความเข้าใจเชิงมนุษยธรรมของผู้เรียน การใช้เคสตัวแทนในชั้นเรียนช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเรียนรู้การฟัง การสะท้อน และการเข้าใจมิติทางอารมณ์และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว การจัดกิจกรรมสะท้อน (reflective practice) หลังการฝึกภาคสนามควรถูกบูรณาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้ทางอารมณ์และจริยธรรม

3. ด้านนโยบายและระบบสุขภาพ: ควรมีการพัฒนา ระบบสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว (caregiver support systems) ที่ชัดเจนและยั่งยืน เช่น การจัดทีมเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ (integrated home-care team) ที่มีพยาบาลเป็นแกนหลัก และการจัดอบรมผู้ดูแลในครอบครัวในชุมชนโดยใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน (peer learning) นอกจากนี้ นโยบายควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคประชาสังคมในการแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อสร้างระบบการดูแลแบบชุมชนร่วมรับผิดชอบ (community-based palliative care)

ข้อเสนอแนะทั้งสามระดับนี้สะท้อนถึงความจำเป็นที่ต้องพัฒนา การดูแลแบบประคับประคองที่บ้านในสังคมไทย ให้มีลักษณะเป็นการดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ การเสริมสร้างความรู้และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจะช่วยลดความกังวลของผู้ดูแลในครอบครัว และยกระดับคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวในช่วงสุดท้ายของชีวิต

การถอดบทเรียนครั้งนี้มิได้สิ้นสุดที่การทำความเข้าใจผู้ดูแลในครอบครัวเท่านั้น แต่เป็นการต่อยอดองค์ความรู้สู่การสร้างระบบดูแลที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์มากขึ้น การรับฟัง การสะท้อน และการดูแลผู้ดูแลในครอบครัว คือ รากฐานของการพยาบาลเชิงมนุษยธรรม (humanistic nursing) ที่ควรถูกบูรณาการสู่การปฏิบัติ การศึกษา และนโยบายสุขภาพในอนาคต

References

Akdeniz, M., Yardımcı, B., & Kavukcu, E. (2021). Ethical considerations at the end-of-life care. *Sage Open Medicine, 9*, 20503121211000918. https://doi.org/10.1177/20503121211000918

Akkadechanunt, T., & Phornphibul, P. (2018). Effectiveness of implementing clinical practice guidelines for palliative care in cancer patients. *Nursing Journal, 45*(3), 69-82. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/149341

Arcadi, P., Bovi, I., Figura, M., & Terzoni, S. (2025). Prognostic awareness in family caregivers of patients with terminal illness: A scoping review. *BMJ Open, 15*(7), e099132. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-099132

Bilić, J., Skokandić, L., & Puljak, L. (2022). Anticipatory grief and experience of providing at-home palliative care among informal caregivers of spouses in Croatia: A qualitative study. *BMC Palliative Care, 21*(1), 199. https://doi.org/10.1186/s12904-022-01093-1

Bond, C., Watson, A., & Jackson, D. (2025). Addressing potential researcher distress in nurse-led research: Ethical considerations and practical strategies. *Journal of Advanced Nursing, 81*(4), 2159-2164. https://doi.org/10.1111/jan.16799

Brant, J. M., & Silbermann, M. (2021). Global perspectives on palliative care for cancer patients: Not all countries are the same. *Current Oncology Reports, 23*(5), 60. https://doi.org/10.1007/s11912-021-01044-8

Corbin, J., & Morse, J. M. (2003). The Unstructured interactive interview: Issues of reciprocity and risks when dealing with sensitive topics. *Qualitative Inquiry, 9*(3), 335-354. https://doi.org/10.1177/1077800403009003001

Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (2015). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (4th ed.). Sage.

Dickson-Swift, V., James, E. L., Kippen, S., & Liamputtong, P. (2009). Researching sensitive topics: Qualitative research as emotion work. *Qualitative Research, 9*(1), 61-79. https://doi.org/10.1177/1468794108098031

Grant, J. B., Jones, J., Candrian, C., Oman, K. S., & Reed, S. M. (2025). The role of nursing communication: A critical interpretive synthesis. *International Journal of Nursing Studies Advances, 9*, 100373. https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2025.100373

Hudson, P. L., Lobb, E. A., Thomas, K., Zordan, R. D., Trauer, T., Quinn, K., Williams, A., & Summers, M. (2012). Psycho-educational group intervention for family caregivers of hospitalized palliative care patients: Pilot study. *Journal of Palliative Medicine, 15*(3), 277-281. https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0347

Hudson, P., Trauer, T., Kelly, B., O'Connor, M., Thomas, K., Zordan, R., & Summers, M. (2015). Reducing the psychological distress of family caregivers of home based palliative care patients: Longer term effects from a randomised controlled trial. *Psychooncology, 24*(1), 19-24. https://doi.org/10.1002/pon.3610

International Agency for Research on Cancer. (2024). *Cancer tomorrow: Estimated number of new cases from 2022 to 2045, Both sexes, age [0-85+] All cancers*. https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/bars?populations=764

Johnson, D., Deterding, S., Kuhn, K. A., Staneva, A., Stoyanov, S., & Hides, L. (2016). Gamification for health and wellbeing: A systematic review of the literature. *Internet Interventions, 6*, 89-106. https://doi.org/10.1016/j.invent.2016.10.002

Kaiser, K. (2009). Protecting respondent confidentiality in qualitative research. *Qualitative Health Research, 19*(11), 1632-1641. https://doi.org/10.1177/1049732309350879

Kardosod, A., Needham, J., & Coyne, E. (2023). The experiences and needs of metastatic spinal cancer family caregivers at home: A systematic review. *Support Care in Cancer, 31*(5), 310. https://doi.org/10.1007/s00520-023-07777-5

Kissane, D. W. (2012). The relief of existential suffering. *Archives of Internal Medicine, 172*(19), 1501-1505. https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3633

Kongsuwan, W., Matchim, Y., Nilmanat, K., Locsin, R. C., Tanioka, T., & Yasuhara, Y. (2016). Lived experience of caring for dying patients in emergency room. *International Nursing Review, 63*(1), 132-138. https://doi.org/10.1111/inr.12234

Kwon, J. H. (2014). Overcoming barriers in cancer pain management. *Journal of Clinical Oncology, 32*(16), 1727-1733. https://doi.org/10.1200/JCO.2013.52.4827

Lin, C. P., & Chu, W. M. (2025). Home-based palliative care: Benefits, challenges, opportunities and future directions in a super-aged society. *Journal of Hospice and Palliative Care, 28*(3), 81-88. https://doi.org/10.14475/jhpc.2025.28.3.81

Mulati, N., Aung, M. N., Moolphate, S., Aung, T. N. N., Koyanagi, Y., Supakankunti, S., & Yuasa, M. (2024). Disparity in the burden of caring for older persons between families living in housing estates and traditional communities in Thailand. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 14*(6), 1514-1526. https://doi.org/10.3390/ejihpe14060100

Pan, W. J., & Wang, S. F. (2025). Understanding patients' emotional needs to strengthen therapeutic relationships: A deep insight into narrative nursing. *World Journal of Psychiatry, 15*(3), 103093. https://doi.org/10.5498/wjp.v15.i3.103093

Sailian, S. D., Salifu, Y., & Preston, N. (2024). Dignity enhanced through faith & family support in palliative care: A qualitative study. *BMC Palliative Care, 23*(1), 142. https://doi.org/10.1186/s12904-024-01478-4

Samerchua, W., Nantachaipan, P., & Sittisombut, S. (2019). Good death as perceived by cancer survivors. *Nursing Journal, 46*(1), 52-64. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/180681

Searight, H. R., & Gafford, J. (2005). Cultural diversity at the end of life: Issues and guidelines for family physicians. *American Family Physician, 71*(3), 515-522.

Siegel, R. L., Miller, K. D., Wagle, N. S., & Jemal, A. (2023). Cancer statistics, 2023. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 73*(1), 17-48. https://doi.org/10.3322/caac.21763

Siriloadjanamanee, K., Soivong, P., & Phornphibul, P. (2019). Breaking bad news in palliative care: Integrative Review. *Nursing Journal, 46*(3), 71-81. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/218506

World Health Organization. (2022). *Cancer today*. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization

The Role of Psychiatric Nurses in Promoting Resilience Among Caregivers of Individuals with Dementia

บทบาทพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

Chalinee	Suvanayos*	ชาลินี	สุวรรณยศ*
Woraset	Watchararotchanasakul**	วรเศรษฐ์	วัชรโรจนสกุล**
Suwit	Inthong***	สุวิท	อินทอง***

Abstract

Dementia is a progressive neurodegenerative condition characterized by a decline in cognitive function, memory, emotion, behavior, and the ability to perform activities of daily living. Family caregivers of people with dementia, particularly those caring for individuals who exhibit behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD), such as aggression, irritability, wandering, or delusions, often experience substantial stress, caregiver burden, and psychological distress. Promoting resilience is therefore considered a key mechanism that enables caregivers to adapt to stressful caregiving situations, restore psychological well-being, and maintain sustainable mental health. According to Grotberg's resilience framework, resilience comprises three fundamental components: "I have," "I am," and "I can." These components serve as protective factors that strengthen caregivers' ability to cope effectively with caregiving-related stress.

Psychiatric nurses play a pivotal role in integrating resilience into the psychiatric nursing process through comprehensive assessment, nursing diagnosis and planning, implementation of nursing interventions, and evaluation of outcomes. In addition, psychiatric nursing practice encompasses four essential dimensions: health promotion, prevention, therapeutic intervention, and rehabilitation, all of which contribute to strengthening caregivers' resilience. Nursing interventions aimed at enhancing resilience help caregivers adapt more effectively to caregiving-related stress, reduce caregiver burden, improve their capacity to manage the behavioral and psychological symptoms of dementia, and ultimately enhance the quality of life of both caregivers and people living with dementia. Furthermore, these interventions foster caregivers' recognition of their own strengths and self-worth, strengthen social support networks, and develop constructive problem-solving skills. Consequently, caregivers experience reduced stress, greater psychological resilience, enhanced emotional well-being, and improved overall quality of life.

Keywords: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD); Caregiver; Dementia; Psychiatric nursing; Resilience

* Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: chalinee.s@cmu.ac.th

** Instructor, Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 2 March 2026; Revised 3 July 2026; Accepted 28 July 2026

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อม เป็นภาวะเสื่อมถอยของสมองที่ส่งผลต่อการคิด ความจำ อารมณ์ พฤติกรรม และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยเฉพาะในรายที่มีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ เช่น ความก้าวร้าว หงุดหงิด เดินไปมาไม่หยุด หรือหลงผิด มักเผชิญกับความเครียด ภาระการดูแล และผลกระทบทางจิตใจอย่างมาก การส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิต จึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ฟื้นฟูพลังใจ และดำรงสุขภาพจิตได้อย่างยั่งยืน โดยแนวคิดของ กรอทเบอร์ก อธิบายองค์ประกอบของ ความเข้มแข็งในชีวิตว่า ประกอบด้วย “สิ่งที่ตนมี” “สิ่งที่ตนเป็น” และ “สิ่งที่ตนสามารถทำได้” ซึ่งทั้งหมดเป็นปัจจัยปกป้อง ที่ช่วยให้ผู้ดูแลรับมือกับภาวะเครียดจากการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการบูรณาการแนวคิดความเข้มแข็งในชีวิตเข้ากับกระบวนการพยาบาลจิตเวช โดยครอบคลุมการประเมิน การวางแผน การดำเนินการพยาบาล และการประเมินผล ตลอดจนการปฏิบัติการพยาบาลใน 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริม การป้องกัน การบำบัดรักษา และการฟื้นฟู เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในชีวิตของผู้ดูแล การพยาบาลที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งในชีวิต ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลได้ดียิ่งขึ้น ลดภาระของผู้ดูแล เพิ่มขีดความสามารถในการรับมือกับอาการทางพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และท้ายที่สุด คือ ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลและผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้ การดำเนินการดังกล่าว ช่วยให้ผู้ดูแลตระหนักรู้ในคุณค่าและศักยภาพของตนเอง มีเครือข่ายสนับสนุนที่มั่นคง และมีทักษะในการจัดการปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง มีความเข้มแข็งในชีวิตมากขึ้น มีสุขภาวะทางอารมณ์ที่ดีขึ้น และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ดูแล ภาวะสมองเสื่อม พยาบาลจิตเวช ความเข้มแข็งในชีวิต

* ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: chalinee.s@cmu.ac.th
** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีเชียงใหม่
*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 2 มีนาคม 2569 วันที่แก้ไขบทความ 3 กรกฎาคม 2569 วันที่ตอบรับบทความ 28 กรกฎาคม 2569

บทนำ

ในปัจจุบัน จำนวนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าปัจจุบันมีผู้ป่วยทั่วโลกประมาณ 55 ล้านคน และตรวจพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นถึง 1 คนในทุก ๆ 3 วินาที (หรือประมาณ 10 ล้านคนต่อปี) ทั้งนี้มีการคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 82 ล้านคน ในปี 2030 และอาจพุ่งสูงถึง 152 ล้านคน ในปี 2050 ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อภาระการดูแลและระบบสาธารณสุขทั่วโลก (Alzheimer's Association, 2024; World Health Organization [WHO], 2026) ซึ่งภาวะสมองเสื่อมเกิดจากการเสื่อมถอยของการทำงานของสมอง ซึ่งส่งผลให้เกิดการบกพร่องด้านความคิด ความจำ รวมถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาการทางระบบประสาทที่สำคัญซึ่งสร้างความท้าทายอย่างมากในการดูแล คือ ปัญหาด้านการแสดงออกทางพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) ซึ่งพบได้สูงถึงร้อยละ 90 ตลอดการดำเนินโรค โดยเฉพาะในผู้สูงอายุอายุ 65 ปีขึ้นไป และมีแนวโน้มพบบ่อยและมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุประมาณ 75–85 ปีขึ้นไป) รวมทั้งในระยะกลางถึงระยะรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม ส่งผลให้ภาระการดูแลและความเครียดของผู้ดูแลเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (James et al., 2022; Umpimai et al., 2025)

ปัญหาด้านการแสดงออกทางพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ (BPSD) แบ่งเป็น 4 กลุ่มอาการหลัก (Hatch et al., 2025) ได้แก่ กลุ่มอาการด้านอารมณ์ (mood symptoms) เช่น อารมณ์โกรธ หงุดหงิดง่าย กลุ่มอาการโรคจิต (psychotic symptoms) เช่น ประสาทหลอนหรืออาการหลงผิด กลุ่มอาการ vegetative เช่น รูปแบบการนอนหลับเปลี่ยนแปลง เดินไปมาไม่มีจุดมุ่งหมาย และกลุ่มอาการอื่น ๆ เช่น ความก้าวร้าวทางกายและวาจา เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีการดำเนินโรคถอยลงอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจึงต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลในการช่วยเหลือและจัดการกับอาการเหล่านี้ในระยะยาว ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อระดับความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (Tan et al., 2023; WHO, 2026)

ญาติผู้ดูแล (family caregiver) ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา หรือบุตร มักต้องใช้เวลาในการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมีการประเมินว่าผู้ดูแลใช้เวลาโดยเฉลี่ยประมาณ 21.9 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หรือบางรายต้องดูแลมากถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ มีความเสี่ยงต่อความเครียดเรื้อรัง และภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและใจอย่างมีนัยสำคัญ ด้วยเหตุนี้ การส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิต (resilience) จึงถูกพิจารณาว่าเป็น “ปัจจัยปกป้อง” (protective factor) ที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถประเมินสถานการณ์และปรับตัวเชิงบวกต่อสภาวะกดดัน ลดความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ และธำรงไว้ซึ่งสุขภาวะทางจิตที่ดีในระยะยาว (McKenna et al., 2022; Tan et al., 2023)

ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ

กลุ่มอาการของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ส่งผลทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด คือ ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ ซึ่งพบถึงร้อยละ 90 (James et al., 2022; Umpimai et al., 2025) ถูกแบ่งเป็น 4 กลุ่มอาการ (Hatch et al., 2025; Syawalia et al., 2025) ดังนี้

1. กลุ่มอาการด้านอารมณ์ (mood symptoms) ได้แก่ อารมณ์โกรธ หงุดหงิดง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย อาจส่งผลทำให้เกิดการทะเลาะกับญาติผู้ดูแล จนเกิดการทำลายสิ่งของหรือทำร้ายร่างกายเกิดขึ้นได้ บางครั้งมีอาการซึมเศร้า (depression) หรือไม่มีการแสดงออกทางอารมณ์ ไม่สนใจการทำกิจวัตรประจำวันที่เคยทำ (apathy) บางรายมักจะกังวลเรื่องกลัวการถูกทอดทิ้ง อาการในด้านอารมณ์นี้ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องคอยสอดส่องดูแลอยู่ตลอด เพราะมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายร่างกายตนเอง หากรุนแรงมากอาจส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายได้

2. กลุ่มอาการโรคจิต (psychotic symptoms) ได้แก่ อาการประสาทหลอน (hallucination) คือ ประสาทหลอนทางหู (auditory hallucination) และประสาทหลอนทางตา (visual hallucination) โดยประสาทหลอนทางตาที่พบมากที่สุด คือ เห็นมีบุคคลแปลกหน้าเข้ามาอยู่ในบ้านของตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดความหวาดกลัว ตกใจ เกิดการถกเถียง ทะเลาะกับญาติผู้ดูแล กระตุ้นอารมณ์ของผู้ป่วยจนเกิดการแสดงออกทางพฤติกรรมก้าวร้าวได้ ส่วนอาการหลงผิด (delusion) อาการหลงผิดที่พบบ่อย และเกิดปัญหาในครอบครัว คือ หลงผิดคิดว่าคนในบ้านขโมยของ โดยเฉพาะเงิน สิ่งนี้อาจส่งผลทำให้เกิดการทะเลาะกัน จนทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความท้อแท้ในการดูแล ผิดหวังจากการดูแล น้อยใจในคำพูดของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและอาจเกิดการละทิ้งการดูแลได้

3. กลุ่มอาการ vegetative (vegetative symptoms) ได้แก่ ความผิดปกติ ด้านอารมณ์ อาการโรคจิต ความผิดปกติของพฤติกรรมการนอน และพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งตรงปัจจัยที่เพิ่มภาระและความเครียดของผู้ดูแล

4. กลุ่มอาการอื่น ๆ (other symptoms) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย ได้แก่ อาการก้าวร้าวทางกายและทางวาจา (physical and verbal aggression) เช่น การขว้างปาสิ่งของ กัดหรือบ้วนน้ำลายทิ้งเรี่ยราด พูดคำหยาบ-คาย อารมณ์เปลี่ยนแปลงจากดีเป็นร้ายอย่างรวดเร็ว มีพฤติกรรมชอบโต้เถียงญาติผู้ดูแลขาดความยับยั้งชั่งใจ (irritability and disinhibition) บางรายมีพฤติกรรมโชว์อวัยวะเพศหรือนำอวัยวะเพศสัมผัสถูกตัวผู้อื่นจนอาจส่งผลทำให้เกิดปัญหาทางกฎหมายตามมาได้ เป็นต้น

การที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการของปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ เช่น ความก้าวร้าว หงุดหงิด เดินไปมาไม่หยุด พูดซ้ำ หรือหลงผิด มักทำให้ผู้ดูแลเผชิญกับความเครียดอย่างมาก เนื่องจากต้องคอยเฝ้าระวังและจัดการพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ตลอดเวลา ผู้ดูแลมักรู้สึกเหนื่อยล้า ขาดการพักผ่อน และไม่มีเวลาส่วนตัว บางครั้งสถานการณ์ที่ซับซ้อนยังนำไปสู่ความขัดแย้งในครอบครัว เพราะมีความคิดเห็นไม่ตรงกันเกี่ยวกับการดูแล ผู้ดูแลจำนวนมากอาจขาดการสนับสนุนทางสังคมและรู้สึกโดดเดี่ยว เมื่อประเมินสถานการณ์ว่าควบคุมไม่ได้และเกินกำลัง ความเครียดจึงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ หากไม่มีทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ผู้ดูแลอาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา

แนวคิดเรื่องความเครียด

ตามแนวคิดของ ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ความเครียดเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ญาติผู้ดูแลจะเกิดความเครียดเมื่อประเมินสถานการณ์การดูแลแล้วพบว่าสถานการณ์นั้นก่อให้เกิดการคุกคาม เป็นอันตรายต่อตนเอง หรือเกินกว่าแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (เกินกำลัง) ที่จะสามารถจัดการได้ การประเมินค่าทางปัญญา (cognitive appraisal) มี 3 ขั้นตอน ได้แก่

1. ขั้นปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการประเมินความรุนแรงและความสำคัญของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวของบุคคลโดยที่มีการประเมินว่าตนเองนั้นมีส่วนได้ส่วนเสียกับสถานการณ์ดังกล่าวหรือไม่ ซึ่งสามารถแบ่งได้ 3 ลักษณะ คือ

1.1 ไม่มีความสำคัญกับตนเอง (irrelevant) คือ เป็นการประเมินว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นไม่ได้มีส่วนได้ส่วนเสียกับตนเองเลยทั้งสิ้น หรือไม่ได้เกี่ยวข้องกับสวัสดิภาพของตนเองแต่อย่างใด

1.2 มีผลทางบวกต่อตนเอง (benign positive) คือ เป็นการประเมินว่าสถานการณ์นั้นว่าเป็นไปในทางที่ดีต่อตนเองหรือเป็นผลต่อสวัสดิภาพของตนเองโดยที่ไม่ต้องใช้ความพยายามในการปรับตัวหรือจัดการกับสถานการณ์นั้นเลย มีผลทำให้เกิดความผาสุกกับตนเอง เกิดขวัญกำลังใจ เกิดความพึงพอใจในชีวิต (moral or life satisfaction)

1.3 ทำให้เกิดความเครียด (stressful) คือ เป็นการประเมินว่าสถานการณ์นั้นที่เข้ามาคุกคามหรือเข้ามากระทบนั้นจำเป็นต้องมีการดึงเอาแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลที่ตนเองมีอยู่มาใช้ในการปรับตัวอย่างเต็มที่เต็ม

ความสามารถของตนเอง ซึ่งการประเมินว่าทำให้เกิดความเครียดนี้มี 3 ลักษณะ คือ

1.3.1 เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (harm & loss) เป็นการที่บุคคลประเมินสถานการณ์นั้นว่ามีผลทำให้ตนเองเกิดความเสียหายหรือไม่ เช่น การเจ็บป่วย ความไม่พึงพอใจต่อตนเอง สังคม สิ่งแวดล้อมหรือการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น

1.3.2 คุกคาม (threat) เป็นการประเมินสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตถึงอันตรายหรือการสูญเสียที่จะตามมาซึ่งจะทำให้เกิดความซับซ้อน ยุ่งยาก และเกิดความยากลำบากเกิดขึ้น

1.3.3 ท้าทาย (challenge) เป็นการพิจารณาตัดสินว่าสถานการณ์นั้นอาจเป็นอันตราย แต่ว่าบุคคลมีวิธีการจัดการหรือวิธีการที่จะสามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ ทำให้มีกำลังใจที่ดีขึ้น เกิดแนวโน้มของการพัฒนาสำหรับบุคคลเกิดขึ้นในทางที่ดีที่เป็นประโยชน์มากกว่าโทษ เกิดความพึงพอใจ รู้สึกว่าน่าสนใจ ร่าเริง ตื่นเต้น กระตือรือร้น ซึ่งการประเมินในลักษณะเป็นอันตรายหรือสูญเสีย (harm & loss) และคุกคาม (threat) จะมีอารมณ์ที่บุคคลแสดงออกมาในด้านลบ ได้แก่ ความกลัว ความกังวลใจ ความโกรธ ไม่สุขสบายใจ ขุ่นเคือง ไม่พึงพอใจ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าการประเมินค่าทางปัญญาในขั้นปฐมภูมินี้ เป็นการประเมินผลที่จะเกิดขึ้นจากสถานการณ์ที่เข้ามากระทบหรือคุกคามว่าจะมีผลต่อตนเองอย่างไรบ้าง มีการประเมินว่าสถานการณ์ใดที่บุคคลจะรับรู้ว่าไม่เกี่ยวข้องกับตนเองหรือเกี่ยวข้องกับตนเองในทางที่ดี ไม่ก่อให้เกิดความเครียด แต่หากสถานการณ์ใดที่คุกคามเป็นอันตราย ย่อมส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความเครียดขึ้นได้

2. ขั้นทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินถึงแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ทางเลือกที่บุคคลจะสามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ โดยที่บุคคลจะต้องใช้สติปัญญาของตนเอง ความรู้ รวมถึงประสบการณ์ หากบุคคลสามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ ก็จะทำให้ไม่เกิดความเครียดขึ้น แต่หากว่าไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ จะส่งผลให้เกิดความเครียดขึ้น

3. ขั้นการประเมินซ้ำ (reappraisal) เป็นการประเมินซ้ำเนื่องมาจากการได้รับข้อมูลใหม่จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งการประเมินนี้จะสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาจากการเชื่อมโยงหรือมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างคนกับสิ่ง-แวดล้อม เมื่อมีการประเมินผ่านขั้นปฐมภูมิและทุติยภูมิแล้ว ในการพยายามจัดการกับปัญหานั้น ๆ หรือสถานการณ์ที่เข้ามาคุกคาม จึงมีการเสาะหาข้อมูลใหม่ ๆ และมีการประเมินใหม่อย่างต่อเนื่องกันเป็นขั้นตอนและเป็นวงจร

ตัวอย่างเช่น ผู้ดูแลเผชิญผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและอาการหลงผิด โดยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะกลางมีอาการหลงผิดว่าบุตรสาวขโมยเงินและแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ตะโกนด่าทอและพยายามทำร้ายร่างกายผู้ดูแลซึ่งเป็นบุตรสาว ทำให้ต้องเฝ้าระวังตลอดทั้งวันจนไม่สามารถพักผ่อนได้ เมื่อเกิดเหตุการณ์ซ้ำหลายครั้ง ผู้ดูแลประเมินว่าสถานการณ์ดังกล่าวเป็นภัยคุกคาม (threat) และเกินกว่าศักยภาพของตนในการจัดการ จึงเกิดความเครียด ความวิตกกังวล และความรู้สึกหมดหวังพยาบาลจิตเวชจึงประเมินระดับความเครียด ภาระการดูแลและความเข้มแข็งในชีวิตของผู้ดูแล และควรส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิตในผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเปลี่ยนการรับรู้จาก “ภัยคุกคาม” เป็น “ความท้าทาย” สามารถเลือกใช้วิธีเผชิญปัญหาเชิงบวก ลดความเครียด และลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า ความเข้มแข็งในชีวิตทำหน้าที่เป็นปัจจัยปกป้องที่ช่วยลดภาระการดูแลและความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Watchararotchanasakul, 2024)

ดังนั้นตามแนวคิดของ ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ความเครียดไม่ได้เกิดขึ้นจากเหตุการณ์หรือสิ่งคุกคามโดยตรง แต่เกิดจากกระบวนการประเมินทางปัญญา (cognitive appraisal) ของบุคคลต่อสถานการณ์ที่เผชิญ หากบุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นเป็นอันตราย คุกคาม หรือเกินกว่าทรัพยากรที่ตนเองมีอยู่ในการจัดการ จะเกิดการตอบสนองต่อความเครียดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ในทางตรงกันข้าม

หากบุคคลประเมินว่าสถานการณ์ดังกล่าวสามารถควบคุมหรือจัดการได้ ความเครียดจะลดลง แม้ต้องเผชิญกับสถานการณ์เดียวกัน ในบริบทของการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย เช่น ความก้าวร้าว อาการหลงผิด การเดินไปมาไม่หยุด การนอนผิดปกติ และพฤติกรรมซ้ำ ๆ ซึ่งเป็นสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้นต่อเนื่องและยากต่อการคาดการณ์ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นภาระ เป็นภัยคุกคาม หรือเกินกว่าศักยภาพของตนในการจัดการ จึงนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง และหากเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องอาจพัฒนาเป็นความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ภาวะหมดไฟในการดูแล (caregiver burnout) และคุณภาพชีวิตที่ลดลง

การส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิต จึงช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับรู้สถานการณ์อย่างมีสติ มองปัญหาเป็นความท้าทาย และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัว ฟื้นฟูพลังใจ และรักษาสมดุลทางอารมณ์ได้อย่างยั่งยืน ซึ่งนำไปสู่การมีสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งนี้การประเมินสถานการณ์ว่าก่อให้เกิดความเครียดหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ทรัพยากรส่วนบุคคล เช่น ความรู้ ประสบการณ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความเข้มแข็งในชีวิต ทรัพยากรทางสังคม เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสุขภาพ ตลอดจนลักษณะของสิ่งคุกคาม เช่น ความรุนแรง ความไม่แน่นอน และความต่อเนื่องของอาการปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งประสบการณ์และวิธีการเผชิญปัญหาที่บุคคลเคยใช้มาก่อน ซึ่งล้วนมีอิทธิพลต่อการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นภัยคุกคามหรือเป็นความท้าทายที่สามารถจัดการได้ (Lazarus & Folkman, 1984; Maqsood et al., 2024)

แนวคิดความเข้มแข็งในชีวิต

ความเข้มแข็งในชีวิต (resilience) หมายถึง ศักยภาพหรือความสามารถของแต่ละบุคคลที่ใช้ในการยืนหยัดได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต เพื่อช่วยให้เกิดการฟื้นฟู เยียวยาทางจิตใจ และฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว ความเข้มแข็งในชีวิตถือเป็นทักษะที่สามารถพัฒนาได้ในทุกช่วงวัย ตามกรอบแนวคิดของ กรอทเบอร์ก (Grotberg, 1995) องค์ประกอบของความเข้มแข็งในชีวิตประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ได้แก่

1. สิ่งที่ตนมี (I have) หมายถึง แหล่งสนับสนุนและทรัพยากรภายนอกบุคคล ได้แก่ ความสัมพันธ์ที่มั่นคงอบอุ่น การมีผู้พร้อมให้กำลังใจและสนับสนุนอยู่เสมอ และการได้รับบริการสวัสดิการทางสังคมที่จำเป็น

2. สิ่งที่ตนเป็น (I am) หมายถึง คุณลักษณะภายในตนเองที่ช่วยให้เกิดความเข้าใจและคุณค่าในตนเอง ได้แก่ การเข้าใจความรู้สึกและอารมณ์ของตนเอง การมีทัศนคติที่สำคัญในการแสดงความห่วงใยผู้อื่น ความภาคภูมิใจในตนเอง และความเชื่อว่าชีวิตยังมี ความหวัง อยู่เสมอ

3. สิ่งที่ตนทำได้ (I can) หมายถึง ทักษะและความสามารถในการจัดการปัญหา ได้แก่ การสามารถเล่าความรู้สึกในใจของตนเองให้ผู้อื่นรับฟัง การหาทางออกหรือมีวิธีจัดการปัญหาที่เหมาะสมความสามารถในการควบคุมอารมณ์ และความสามารถในการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ

กรอทเบอร์ก (Grotberg, 1995) กล่าวว่า ประโยชน์ของการส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นการสร้างเสริมและพัฒนาความคิดพฤติกรรมอันพึงประสงค์ และส่งเสริมให้ตนเองนั้นรับรู้ในสิ่งที่เหมาะสมด้วยความเชื่อว่า

1. ตนเองเป็นคนที่มีความสามารถ มีความมั่นคงทางจิตใจ เชื่อว่าตนเองนั้นมีคุณค่าและมีความสามารถในตนเองที่จะสามารถควบคุมและจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

2. ตนเองมีความสำคัญและมีความหมาย รวมถึงเป็นที่ยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว กลุ่มหรือสังคมที่แวดล้อมตนเอง

3. มีพลังอำนาจ มีความสามารถในการควบคุมหรือแก้ไขสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามาส่งผลกระทบต่อชีวิตของตนเองได้เสมอ

ความเข้มแข็งในชีวิต เป็นแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลที่ผู้ดูแลจะนำมาใช้ในการประเมินในขั้นทุติยภูมิ โดยองค์ประกอบทั้งสามนี้ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ หรือความไม่แน่นอนของโรค (Tan et al., 2023) ซึ่งหากผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในชีวิตสูง จะส่งผลให้การประเมินสถานการณ์ว่าไม่เป็นอันตราย ไม่คุกคาม หรือสามารถจัดการได้ ทำให้ความเครียดลดลง

ความสำคัญของความเข้มแข็งในชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ความเข้มแข็งในชีวิตมีความสำคัญในฐานะ “ปัจจัยปกป้อง” (protective factor) ที่ช่วยลดผลกระทบเชิงลบจากความเครียด (Kummabutr et al., 2025; Rohayati & Pradana, 2025) โดยงานวิจัยพบว่า ผู้ดูแลที่มีความเข้มแข็งในชีวิตสูงจะมีระดับความเครียดและความซึมเศร้าน้อยกว่า และสามารถคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดี (Herrero & Díaz, 2025) นอกจากนี้ ความเข้มแข็งในชีวิตยังช่วยให้ผู้ดูแลมองสถานการณ์อย่างเป็นบวก มีการประเมินปัญหาอย่างเหมาะสม และเลือกใช้วิธีเผชิญปัญหาที่สร้างสรรค์ (Lazarus & Folkman, 1984) ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องเผชิญกับความท้าทายทั้งทางกายและใจ เช่น การดูแลต่อเนื่อง การสูญเสียบทบาทส่วนตัว และความขัดแย้งในครอบครัว หากขาดกลไกการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม อาจนำไปสู่ความเครียดเรื้อรังและปัญหาสุขภาพจิต ความเข้มแข็งในชีวิตจึงทำหน้าที่เป็น “ปัจจัยปกป้อง” ที่ช่วยลดผลกระทบด้านลบ และเพิ่มความสามารถในการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

การมีความเข้มแข็งในชีวิต เปรียบเสมือนเกราะป้องกันทางจิตใจที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเกิดการปรับตัวเชิงบวก (positive adaptation) ต่อสภาวะกดดันจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยความเข้มแข็งในชีวิต จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ยืดหยุ่น (cognitive flexibility) สามารถมองเห็นแง่มุมของการเรียนรู้หรือการเติบโตท่ามกลางวิกฤต แทนที่จะมองว่าเป็นเพียงภาระที่บั่นทอนสุขภาวะ นอกจากนี้ความเข้มแข็งในชีวิต ยังเป็นกลไกสำคัญในการ ฟื้นฟูสมดุลทางอารมณ์ (emotional recovery) ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับอารมณ์เชิงลบ เช่น ความโกรธ ความเศร้า หรือความรู้สึกผิดที่เกิดขึ้นในขณะดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ และสามารถกลับคืนสู่สภาวะจิตใจที่ปกติได้รวดเร็วขึ้น (McKenna et al., 2022) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาวะทางจิตที่ดี (psychological well-being) ลดความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ (burnout) และสามารถดำรงบทบาทการดูแลได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

บทบาทพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิตในผู้ดูแล

พยาบาลจิตเวช มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิตในผู้ดูแล เนื่องจากเป็นปัจจัยปกป้องและลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม การดำเนินการในรูปแบบกิจกรรมกลุ่มมีข้อดี คือ ช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การแสวงหาวิธีแก้ไขปัญหาร่วมกัน และการประคับประคองจิตใจระหว่างสมาชิกการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ เป็นภาระที่ส่งผลกระทบอย่างลึกซึ้งต่อจิตใจของผู้ดูแล ทั้งด้านความเครียด ความเหนื่อยล้า และความรู้สึกหมดพลัง พยาบาลจิตเวชจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิต เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัว ฟื้นฟูพลังใจ และดำรงสุขภาพจิตที่ดีในระยะยาว (Suvanayos, 2025)

การส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิต จำเป็นต้องดำเนินอย่างเป็นระบบตามลำดับขั้นของความรุนแรงของโรคหรือปัญหา โดยพยาบาลจิตเวชใช้กระบวนการดูแลที่สอดคล้องกับแต่ละระยะ ตั้งแต่ระยะแรก ระยะกลาง ไปจนถึงระยะรุนแรง ดังนั้นเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางใจในทุกระยะของการดูแลผู้ป่วย ที่มีอาการของปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ ที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นตามระยะของภาวะสมองเสื่อม บทบาทพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิต (Suvanayos, 2025) ดังตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 บทบาทพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิตของผู้ดูแลตามระยะของภาวะสมองเสื่อม

ระยะของภาวะสมองเสื่อม	ลักษณะ BPSD ที่สำคัญ	ความเครียดของผู้ดูแล	บทบาทพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิต (I am, I have, I can)
1. ระยะแรก (early stage)	หลงลืม พูดซ้ำ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย บกพร่องการตัดสินใจ ทำร้ายร่างกายตนเอง	ความไม่แน่ใจในสถานการณ์ (novelty/event uncertainty)	- I have: ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค และอาการทางพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ (BPSD) เพื่อลดความไม่แน่นอนและเตรียมความพร้อมในการดูแล -I am: เสริมสร้างความเชื่อมั่นและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ว่ามีศักยภาพในการเรียนรู้และดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม - I can: ฝึกทักษะการสังเกตอาการเริ่มต้นของ BPSD การแก้ปัญหาเบื้องต้น และการแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อเกิดสถานการณ์ที่เกินศักยภาพของตน
2. ระยะกลาง (moderate stage)	เดินหลงทาง หงุดหงิด/ก้าวร้าวรุนแรงขึ้น การสื่อสารลดลง อาการหลงผิดหวาดระแวง	ความเครียดสูงจากการเผชิญ BPSD ที่คาดเดาไม่ได้ ความขัดแย้งในครอบครัว	- I have: เชื่อมโยงแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เช่น สมาชิกครอบครัว กลุ่มผู้ดูแล อาสาสมัคร และทีมสหวิชาชีพ I can: ฝึกทักษะการสื่อสารกับผู้ที่มีอาการ BPSD เช่น การใช้คำพูดสั้น ชัดเจน การเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) และการยืนยันความรู้สึก (validation)
3. ระยะรุนแรง (severe stage)	นอนติดเตียง ปัญหาการนอนหลับกลางคืน ข้อติด กลืนลำบาก	ภาระการดูแลสูงมาก (objective burden) ความเหนื่อยหน่าย ความซึมเศร้า	-I have: ประสานทีมสหวิชาชีพ ทีมการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) และเครือข่ายครอบครัว เพื่อแบ่งเบาภาระและสนับสนุนการตัดสินใจร่วมกัน -I am: เสริมสร้างความหวังที่ตั้งอยู่บนความเป็นจริง (realistic hope) และความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปรับตัวและก้าวผ่านวิกฤตของการดูแลได้ -I can: ส่งเสริมการดูแลตนเอง การขอความช่วยเหลือ และการวางแผนการดูแลระยะท้ายของชีวิตร่วมกับทีมสุขภาพ

หลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมชี้ให้เห็นว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค (psychoeducation) ร่วมกับการฝึกทักษะการสื่อสารและการเผชิญปัญหาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ช่วยลดความไม่แน่นอน เพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และเสริมสร้างความเข้มแข็งในชีวิตของผู้ดูแล ส่งผลให้สามารถปรับตัวต่อบทบาทการดูแลได้ดีขึ้น และลดความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดเมื่อโรคดำเนินไปในแต่ละระยะ (Duangjina et al., 2025; McKenna et al., 2022; Teahan et al., 2018)

การบูรณาการแนวคิดความเข้มแข็งในชีวิต เข้ากับกระบวนการพยาบาลจิตเวช

ในปัจจุบัน พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการดูแลบุคคลที่เผชิญความเครียดและปัญหาทางจิตใจ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมักประสบภาวะเครียดเรื้อรัง ความเหนื่อยล้า และการหมดไฟทางอารมณ์ การส่งเสริมให้บุคคลเหล่านี้มีความเข้มแข็งในชีวิต จึงเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยให้สามารถฟื้นตัวจากสถานการณ์ยากลำบากและปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการบูรณาการแนวคิดความเข้มแข็งในชีวิตเข้ากับกระบวนการพยาบาลจิตเวช ช่วยให้พยาบาลสามารถออกแบบการประเมิน วางแผน ดูแล และติดตามผลอย่างเป็นระบบ เพื่อเสริมพลังทางจิตใจ และความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลอย่างรอบด้าน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน (Duangjina et al., 2025; Kocabaş et al., 2025) มีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมิน (assessment)

พยาบาลจิตเวชมีบทบาทในการประเมินความเครียด ความสามารถในการเผชิญปัญหา และระดับความเข้มแข็งในชีวิตของผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินมาตรฐาน เช่น Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) ควบคู่กับการสัมภาษณ์ เพื่อให้เข้าใจบริบทครอบครัวและปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความเข้มแข็งในชีวิต

2. การวางแผนการพยาบาล (planning) การวางแผนมุ่งเน้นการส่งเสริมตามองค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน ของความเข้มแข็งในชีวิต ได้แก่

2.1 เสริม "I am" ด้วยการสร้างความภาคภูมิใจและสะท้อนคุณค่าในบทบาทผู้ดูแล

2.2 เสริม "I have" ด้วยการการจัดหาเครือข่ายทางสังคมและกลุ่มสนับสนุน (Support groups)

2.3 เสริม "I can" ด้วยการพัฒนาความสามารถในการสื่อสารและการแก้ปัญหา

3. การดำเนินการพยาบาล (implementation) พยาบาลจิตเวชสามารถจัดกิจกรรมกลุ่ม เช่น การให้การปรึกษา (counseling) การฝึกสติและสมาธิ (mindfulness) การฝึกทักษะการแก้ปัญหา (problem-solving skills training) กลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล (support groups) เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลตระหนักถึงศักยภาพในตนเอง เรียนรู้วิธีเผชิญความเครียดและวิธีจัดการกับอาการของปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจอย่างมีประสิทธิภาพ (Herrero & Díaz, 2025; Teahan et al., 2018)

4. การติดตามและประเมินผล (evaluation)

พยาบาลจิตเวชต้องติดตามการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจิต ระดับความเครียด และความเข้มแข็งอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินการลดความเครียดและการปรับตัวของผู้ดูแล รวมทั้งสามารถปรับแผนการช่วยเหลือให้เหมาะสม นอกจากนี้พยาบาลจิตเวช ต้องมีการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อสร้างระบบสนับสนุนที่ยั่งยืน เช่น โปรแกรมชุมชนเพื่อผู้ดูแล (Caregiver Support Program) ซึ่งจะช่วยเสริมความเข้มแข็งในชีวิต ในระดับบุคคลและครอบครัว (Umpimai et al., 2025)

ดังนั้นการบูรณาการแนวคิดความเข้มแข็งในชีวิต เข้าสู่กระบวนการพยาบาลจิตเวช มิใช่เพียงการประคับประคองทางจิตใจทั่วไป แต่เป็นการมุ่งเน้นโดยเน้นการเสริมทั้ง 3 มิติของความเข้มแข็งในชีวิต ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อกระบวนการประเมินความเครียด (cognitive appraisal) โดยช่วยให้ผู้ดูแลเปลี่ยนมุมมองต่ออาการของปัญหา

พฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ ที่รุนแรงในแต่ละระยะของโรค จากเดิมที่เคยมองว่าเป็นภาวะคุกคามที่ควบคุมไม่ได้ (threat) ให้กลายเป็นสถานการณ์ที่สามารถเผชิญหน้าและจัดการได้ (challenge) กลไกการปรับตัวเชิงบวกนี้จะช่วยลดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดเรื้อรัง (chronic stress) ป้องกันการเกิดภาวะทางจิตเวชแทรกซ้อน เช่น โรคซึมเศร้าหรือภาวะหมดไฟ และส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถธำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีและส่งมอบการดูแลที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน (Suvanayos, 2025; Watchararotchanasakul et al., 2024)

การวิเคราะห์และสังเคราะห์บทบาทพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิต

แนวคิดความเข้มแข็งในชีวิต เป็นกระบวนการทางจิตใจที่ช่วยให้บุคคลสามารถฟื้นตัวจากความเครียด ความสูญเสีย หรือภาวะวิกฤต และปรับตัวเชิงบวกได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลจิตเวชจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิตของผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ ซึ่งต้องเผชิญกับภาวะเครียดเรื้อรัง อารมณ์แปรปรวน และความรู้สึกหมดหวัง

การวิเคราะห์บทบาทของพยาบาลจิตเวชสามารถแบ่งออกเป็น 4 มิติ ดังนี้

1. มิติการส่งเสริม (promotion) เพื่อเสริมสร้างพลังใจ (empowerment) และสร้างเครือข่ายสนับสนุนที่ยั่งยืน แนวทางและตัวอย่างการพยาบาล เช่น (1) การเสริมพลัง "I am": ส่งเสริมการรับรู้คุณค่าในตนเอง เช่น การสะท้อนบทบาทสำคัญของผู้ดูแลในครอบครัว (2) การเสริมพลัง "I have": จัดตั้งกลุ่มสนับสนุน (support group) ให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้อื่น ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว (3) การเสริมพลัง "I can": จัดอบรมทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีอาการของปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ และทักษะการควบคุมอารมณ์ นอกจากนี้ยังควรประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ: เช่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และชุมชน เพื่อสร้างเครือข่ายช่วยเหลือในระยะยาว ตัวอย่างเช่น พยาบาลจิตเวชใช้โปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความเครียด ของญาติผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Watchararotchanasakul et al., 2024) นอกจากนี้พยาบาลจิตเวชยังจัดโครงการ "Caregiver Empowerment Program" ที่รวมกิจกรรมให้ความรู้ ฝึกสติ และกลุ่มแบ่งปันประสบการณ์ในชุมชน เพื่อสร้างพลังใจและเครือข่ายสนับสนุนถาวร

2. มิติการป้องกัน (preventive) เพื่อป้องกันผลกระทบทางจิตใจจากความเครียดเรื้อรังที่เกิดจาก BPSD และลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหรือภาวะหมดไฟของผู้ดูแล (Syawalia et al., 2025) โดยมีแนวทางและตัวอย่างการพยาบาล คือ (1) การประเมินปัจจัยเสี่ยงทางจิตใจ ได้แก่ การใช้แบบประเมิน เช่น Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) และแบบประเมินความเครียด (Perceived Stress Scale) เพื่อคัดกรองผู้ดูแลที่มีความเสี่ยง (2) การให้ความรู้ (Psychoeducation) ได้แก่ การอธิบายลักษณะของอาการ BPSD และวิธีรับมือ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมปลอดภัยเพื่อลดพฤติกรรมเดินไปมาไม่หยุด หรือวิธีสื่อสารที่ลดความก้าวร้าวของผู้ป่วย (3) การส่งเสริมการดูแลตนเอง (Self-care plan) แนะนำกิจกรรมบำบัด เช่น การทำสมาธิ การออกกำลังกายเบา ๆ และการพักผ่อนที่เพียงพอ ตัวอย่างการป้องกัน พยาบาลจิตเวชสอนผู้ดูแลให้สังเกตอารมณ์ของตนเอง และบันทึกความเครียดประจำวัน เพื่อวางแผนปรับพฤติกรรมก่อนเกิด burnout

3. มิติการบำบัดรักษา (therapeutic) เพื่อฟื้นฟูพลังใจและความสามารถใช้ในการเผชิญปัญหา โดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาและการทำจิตบำบัดเพื่อฟื้นฟูพลังใจ (Syawalia et al., 2025) ตัวอย่างเช่น การให้การปรึกษาเชิงบวก (positive counseling) ช่วยให้ผู้ดูแลมองเห็นคุณค่าของตนเอง และเน้นจุดแข็งที่มีอยู่ เช่น “แม้เหนื่อยแต่คุณก็ยังใส่ใจและทำดีที่สุด” หรือการบำบัดเชิงความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) ช่วยปรับความคิดเชิงลบ เช่น จาก “ฉันล้มเหลว” เป็น “ฉันกำลังเรียนรู้วิธีดูแลที่ดีขึ้น” และการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา (problem-solving training) ฝึกให้ผู้ดูแลวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผน และเลือกวิธีตอบสนองอย่างเหมาะสม ตัวอย่างเช่น พยาบาลจิตเวชจัดกลุ่มบำบัดรายสัปดาห์ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ร่วมกัน

แบ่งปันประสบการณ์ และเรียนรู้วิธีจัดการกับพฤติกรรมหงุดหงิดของผู้ป่วยโดยไม่โต้ตอบทางลบ

4. มิติการฟื้นฟู (rehabilitation) ส่งเสริมการฟื้นตัวทางอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลหลังผ่านช่วงวิกฤต หรือหลังเกิดภาวะหมดไฟ เพื่อกลับมามีสมดุลชีวิตและความหวัง เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม (psychosocial rehabilitation) ผ่านกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ดูแลกลับมาใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน งานอาสา หรือการเรียนรู้ทักษะใหม่ หรือการบำบัดด้วยศิลปะ/ดนตรี (art/music therapy) ช่วยคลายความเครียดและค้นหาความสุข และการฟื้นฟูแรงจูงใจ (motivational interviewing) ช่วยผู้ดูแลตั้งเป้าหมายใหม่และมองเห็นคุณค่าของตนเอง นอกจากนี้ควรต้องมีการติดตามและประเมินซ้ำ เพื่อดูความต่อเนื่องของการฟื้นตัวทางจิตใจ และป้องกันการกลับเข้าสู่ภาวะเครียดซ้ำ ตัวอย่างเช่น ผู้ดูแลที่มีความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้รับการบำบัดด้วยศิลปะ ร่วมกลุ่มเพื่อนที่เป็นผู้ดูแล และเริ่มกลับมาเข้าร่วมกิจกรรมสังคม เช่น การเป็นวิทยากรแบ่งปันประสบการณ์ให้ผู้ดูแลรายใหม่ ส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจและแรงบันดาลใจในการดูแลต่อ

สรุปการสังเคราะห์ภาพรวม จากการวิเคราะห์ทั้ง 4 มิติ พบว่า แนวคิดความเข้มแข็งในชีวิต เป็น “กรอบแนวคิดบำบัดเชิงบวก (Positive Therapeutic Framework)” ที่พยาบาลจิตเวชสามารถใช้ร่วมกับทฤษฎีสุขภาพจิต เช่น Cognitive Behavioral Theory (เพื่อปรับความคิดและพฤติกรรม) Psychosocial Rehabilitation Model (เพื่อฟื้นฟูพลังจิตใจและสังคม) ทำให้สามารถพัฒนาในเรื่องการรับรู้ ความคิด และพฤติกรรมของผู้ดูแลให้เกิดความเข้มแข็งในชีวิต นอกจากนี้พยาบาลจิตเวชควรบูรณาการแนวคิดความเข้มแข็งในชีวิต เข้ากับการพยาบาลจิตเวชเชิงระบบ เพื่อสร้างความเข้มแข็งในชีวิตให้แก่ผู้ดูแลในทุกระยะของการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ และการเสริมความเข้มแข็งในชีวิต ควรดำเนินการแบบต่อเนื่อง (continuous empowerment) โดยพยาบาลจิตเวชเป็นผู้นำในกระบวนการดูแลจิตใจผู้ดูแลในทุกระยะของการดูแลผู้ป่วยมีอาการของปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ เพื่อสร้างพลังใจ ความหวัง ในการดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป

สรุป

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพระดับโลกและในประเทศไทย ความเครียดที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลเป็นผลกระทบเชิงลบที่สำคัญ โดยเฉพาะเมื่อต้องเผชิญกับอาการของปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ ที่ทวีความรุนแรงขึ้นตามระยะของโรค จากการนำเสนอตั้งแต่บริบทของปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ แนวคิดความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน ตลอดจนกว่าความเข้มแข็งในชีวิตของกรอทเบอร์ก บทความนี้สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ดูแลต้องเผชิญภาวะกดดันหลายมิติ และพยาบาลจิตเวช มีบทบาทสำคัญ ตั้งแต่การประเมิน การวางแผนการพยาบาล และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ ควบคู่กับการดำเนินบทบาทเชิงวิชาชีพใน 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพจิตสังคม เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในชีวิตของผู้ดูแล ลดความเครียดและภาระการดูแล รวมทั้งส่งเสริมความสามารถในการเผชิญปัญหา เพื่อช่วยให้เกิดการปรับตัวเชิงบวกในทุกระยะของการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

บทความนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล โดยสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการบูรณาการแนวคิดความเข้มแข็งในชีวิต ตามแนวคิดของ Grotberg ซึ่งประกอบด้วย I have, I am และ I can เข้ากับกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมิน การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการติดตามประเมินผล เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อความเครียด

จากการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ ได้อย่างมีคุณภาพ

2. ด้านการศึกษา บทความนี้สามารถใช้เป็นเอกสารประกอบการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรสุขภาพ เพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะด้านการดูแลผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในมิติจิตสังคม โดยสามารถประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนรู้ผ่านกรณีศึกษา (case-based learning) การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง (simulation) การอภิปรายกลุ่ม และการฝึกปฏิบัติการให้การปรึกษาแก่ผู้ดูแล เช่น การจำลองสถานการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการก้าวร้าว หลงผิด หรือเดินหลงทาง เพื่อให้นักศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ดูแล วางแผนการพยาบาล และเลือกกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิตได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยพัฒนาสมรรถนะด้านการคิดวิเคราะห์ การสื่อสาร และการดูแลแบบองค์รวมมากยิ่งขึ้น

3. ด้านนโยบายสาธารณสุข บทความนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลเชิงวิชาการในการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยบูรณาการการส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิตเข้ากับระบบการดูแลระยะยาว (long-term care) และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เช่น การพัฒนาคลินิกผู้ดูแล (Caregiver Clinic) การจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาสำหรับผู้ดูแล การสร้างเครือข่ายอาสาสมัครหรือเพื่อนช่วยเพื่อน (peer support) การประสานความร่วมมือระหว่างพยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งการนำเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ หรือระบบติดตามสุขภาพจิตของผู้ดูแล มาใช้ในการประเมินความเครียด ให้คำแนะนำ และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดภาระของครอบครัว และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะยาวได้อย่างยั่งยืน

4. ด้านการวิจัย บทความนี้สามารถใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาล โดยศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิตในรูปแบบต่าง ๆ เช่น โปรแกรมกลุ่ม โปรแกรมออนไลน์ แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ หรือการให้คำปรึกษาทางไกล รวมทั้งศึกษาผลลัพธ์ด้านความเครียด ภาระการดูแล ความสามารถในการเผชิญปัญหา ความเข้มแข็งในชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลตลอดจนติดตามผลในระยะยาว เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกต่อไป

References

Alzheimer's Association. (2024). 2024 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia, 20*(5), 3708–3821. https://doi.org/10.1002/alz.13809

Duangjina, T., Hershberger, P. E., Gruss, V., & Fritschi, C. (2025). Resilience in family caregivers of Asian older people with dementia: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing, 81*(1), 156–170. https://doi.org/10.1111/jan.16272

Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. Bernard van Leer Foundation.

Hatch, S., Seitz, D. P., Bruneau, M. A., Ewa, V., Feldman, S., Goldberg, Y., Goodarzi, Z., Herrmann, N., Colborne, D. H., Henri-Bhargava, A., Ismail, Z., Kirkham, J., Kumar, S., Lanctôt, K. L., Thompson, W., Porter, J., & Watt, J. A. (2025). The Canadian coalition for seniors' mental health Canadian clinical practice guidelines for assessing and managing behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD). *Canadian Geriatrics Journal, 28*(1), 91–102. https://doi.org/10.5770/cgj.28.820

Herrero, R., & Díaz, A. (2025). The role of resilience as a buffer for burden and psychological distress in ADS caregivers: A cross-sectional study. *Science, 7*(2), 38. https://doi.org/10.3390/sci7020038

James, I. A., Gray, K., Moniz-Cook, E., Lee, K., Reichelt, K., & Richardson, J. (2022). Behavioural and psychological symptoms of dementia: A new framework for holistic understanding and non-pharmacological management. *BJPsych Advances, 28*(1), 11–20. https://doi.org/10.1192/bja.2021.12

Kocabaş, D., Karaçar, Y., & Barçin, N. E. (2025). The effect of psychological resilience and self-efficacy on caregiver burden: A cross-sectional study among caregivers of people with Alzheimer's disease. *Nursing Open, 12*(8), e70288. https://doi.org/10.1002/nop2.70288

Kummabutr, J., Buaboon, N., & Kaewsriwong, S. (2025). Factors predicting resilience among caregivers of people with chronic illness: A cross-sectional study of Thai caregivers. *Belitung Nursing Journal, 11*(3), 305–313. https://doi.org/10.33546/bnj.3711

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.

Maqsood, A., Gul, S., Noureen, N., & Yaswi, A. (2024). Dynamics of perceived stress, stress appraisal, and coping strategies in an evolving educational landscape. *Behavioral Sciences (Basel, Switzerland), 14*(7), 532. https://doi.org/10.3390/bs14070532

McKenna, O., Fakolade, A., Cardwell, K., Langlois, N., Jiang, K., & Pilutti, L. A. (2022). Towards conceptual convergence: A systematic review of psychological resilience in family caregivers of persons living with chronic neurological conditions. *Health Expectations, 25*(1), 4–37. https://doi.org/10.1111/hex.13374

Rohayati, R., & Pradana, A. A. (2025). Factors associated with resilience family caregiver of patients with dementia. *Journal Keperawatan Komprehensif (Comprehensive Nursing Journal), 11*(1), 72–79. https://doi.org/10.33755/jkk.v11i1.792

Suvanayos, C. (2025). *Psychiatric nursing: People with dementia and their caregivers*. Nantapan Printing.

Syawalia, A. S., Yulianti, E., Lestari, P., & Widajanti, N. (2025). Resilience among dementia caregivers: A literature review. *International Journal of Scientific Advances, 6*(6), 1203–1208. https://doi.org/10.51542/ijscia.v6i6.32

Tan, K. P., Ang, J. K., Koh, E. B. Y., Pang, N. T. P., & Mat Saher, Z. (2023). Relationship of psychological flexibility and mindfulness to caregiver burden, and depressive and anxiety symptoms in caregivers of people with dementia. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(5), 4232. https://doi.org/10.3390/ijerph20054232

Teahan, Á., Lafferty, A., McAuliffe, E., Phelan, A., O'Sullivan, L., O'Shea, D., & Fealy, G. (2018). Resilience in family caregiving for people with dementia: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 33*(12), 1582–1595. https://doi.org/10.1002/gps.4972

Umpimai, N., Sangon, S., & Nintachan, P. (2025). Factors influencing psychological distress in caregivers of people with dementia. *Healthcare, 13*(13), 1582. https://doi.org/10.3390/healthcare13131582

Watchararotchanasakul, W., Suvanayos, C., & Phatarasakul, P. (2024). Effect of the resilience enhancing program on stress among family caregivers of persons with dementia. *Journal of Nursing and Health Science Research, 16*(2), e271031. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/e271031

World Health Organization. (2026). *Dementia*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia

Non-pharmacological Symptom Cluster Management in Children with Cancer Receiving Chemotherapy and Nursing Roles
การจัดการกลุ่มอาการแบบไม่ใช้ยาในเด็กมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและบทบาทพยาบาล

Wannita	Sonkongdang*	วรรณิตา	สอนกองแดง*
Jutarat	Mesukko**	จุฑารัตน์	มีสุขโข**
Srimana	Niyomkar**	ศรีมนา	นิยมค้า**
Sutthirat	Charoenphornphong***	สุทธิรัตน์	เจริญพรพงศ์***

Abstract

Symptom cluster management is essential, as children with cancer receiving chemotherapy often experience complex and interrelated symptoms. Symptom clusters commonly comprise both subjective self-reported symptoms and objective clinical observations. Non-pharmacological management represents a key approach for addressing the complexity of symptom clusters, and nurses play a central role in implementing and coordinating integrated care. This article aims to present non-pharmacological approaches to symptom cluster management and to delineate the roles of nurses in reducing symptom severity and enhancing the quality of life of children with cancer receiving chemotherapy.

Non-pharmacological symptom cluster management in pediatric oncology encompasses psychological interventions, mindfulness-based interventions, physical activities, and complementary and alternative therapies. These approaches are effective and safe, with an emphasis on age-appropriate application and commonly observed symptom clusters. Framed within holistic nursing care and family-centered care principles, non-pharmacological interventions can reduce symptom severity and promote overall well-being among children with cancer and their families. In addition, pediatric oncology nurses play crucial roles in symptom assessment and monitoring, clinical care, family support, care coordination, and research and innovation development to enhance the clinical outcomes of children with cancer. Therefore, incorporating non-pharmacological symptom cluster management into routine cancer care is essential for optimizing patient outcomes, improving quality of life, and supporting long-term survivorship in children with cancer receiving chemotherapy.

Keywords: Chemotherapy; Children with cancer; Nursing role; Symptom cluster management

* Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding author, Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: Sutthirat.cha@cmu.ac.th

Received 22 October 2025; Revised 13 January 2026; Accepted 26 January 2026

บทคัดย่อ

การจัดการกลุ่มอาการ มีความจำเป็นเนื่องจากเด็กมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมักเผชิญกับอาการที่มีความซับซ้อนและมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน กลุ่มอาการโดยทั่วไปประกอบด้วยอาการที่ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเองและการตรวจพบทางคลินิก การจัดการกลุ่มอาการแบบไม่ใช้ยาถือเป็นแนวทางสำคัญในการจัดการกับความซับซ้อนของกลุ่มอาการ โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการและประสานการดูแลแบบบูรณาการ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการจัดการกลุ่มอาการแบบไม่ใช้ยา และอธิบายบทบาทของพยาบาลในการลดความรุนแรงของอาการ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็กมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

การจัดการกลุ่มอาการแบบไม่ใช้ยาในมะเร็งเด็กครอบคลุมการบำบัดทางจิตวิทยา การบำบัดโดยใช้สติเป็นฐาน การทำกิจกรรมทางกาย และการบำบัดเสริมและแพทย์ทางเลือก แนวทางเหล่านี้มีประสิทธิภาพและปลอดภัย โดยเน้นการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับช่วงวัยและกลุ่มอาการที่พบบ่อย ภายใต้กรอบการดูแลแบบองค์รวมและการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การจัดการแบบไม่ใช้ยาสามารถช่วยลดความรุนแรงของอาการและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีโดยรวมของเด็กมะเร็งและครอบครัว นอกจากนี้ พยาบาลมะเร็งเด็กยังมีบทบาทสำคัญในการประเมินและเฝ้าระวังอาการ การให้การดูแลทางคลินิก การสนับสนุนครอบครัว การประสานการดูแล รวมถึงการวิจัยและการพัฒนานวัตกรรม เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์ทางคลินิกของเด็กมะเร็ง ดังนั้น การบูรณาการการจัดการกลุ่มอาการแบบไม่ใช้ยาเข้าสู่การดูแลมะเร็งตามปกติ จึงมีความจำเป็นต่อการเพิ่มประสิทธิผลของผลลัพธ์ผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพชีวิต และการสนับสนุนการมีชีวิตรอดในระยะยาวของเด็กมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

คำสำคัญ: เคมีบำบัด เด็กมะเร็ง บทบาทพยาบาล การจัดการกลุ่มอาการ

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: Sutthirat.cha@cmu.ac.th

วันที่รับบทความ 22 ตุลาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 13 มกราคม 2569 วันที่ตอบรับบทความ 26 มกราคม 2569

บทนำ

โรคมะเร็งในเด็กและวัยรุ่นเป็นโรคเรื้อรัง ที่นับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับที่สองในเด็กและวัยรุ่นทั่วโลกรองจากอุบัติเหตุ โดยมีรายงานว่าในแต่ละปีมีเด็กอายุ 0–19 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งประมาณ 400,000 ราย และมีอัตราการตายเฉลี่ยประมาณร้อยละ 7-10 ของเด็กป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด (Tang et al., 2024) ชนิดของมะเร็งที่พบได้บ่อยสามลำดับแรกในเด็กอายุ 0-14 ปี ได้แก่ มะเร็งเม็ดเลือดขาว เนื้องอกสมอง และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ในขณะที่เด็กอายุ 15-19 ปี ชนิดของมะเร็งที่พบได้บ่อยได้แก่ เนื้องอกสมอง มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งเม็ดเลือดขาว (Siegel et al., 2023) ในบริบทของประเทศไทยพบว่า อุบัติการณ์โรคมะเร็งเด็กอายุ 0–14 ปี อยู่ที่ 106.1 รายต่อประชากรหนึ่งล้านคนต่อปี อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี สำหรับโรคมะเร็งทุกชนิดรวมกัน เพศชายอยู่ที่ร้อยละ 58.2 และเพศหญิงร้อยละ 63.9 (Pinsuwan et al., 2024)

ยาเคมีบำบัดถือเป็นมาตรฐานหลักในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเด็กในระดับสากล เนื่องจากเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงและเข้าถึงได้ครอบคลุมกว่าเมื่อเทียบกับเทคโนโลยีการรักษาขั้นสูงอื่น ๆ อย่างไรก็ตามการใช้ยาเคมีบำบัดต้องใช้ยาร่วมกันหลายชนิด ซึ่งยาเคมีบำบัดเป็นสารที่มีพิษต่อเซลล์และมีผลต่อเนื้อเยื่อปกติของร่างกายที่มีอัตราการแบ่งตัวสูง เช่น ไขกระดูก เยื่อบุทางเดินอาหาร และรากผม (Amjad et al., 2023) ดังนั้นยาเคมี-บำบัดจึงส่งผลต่อเซลล์ปกติด้วย ทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้มากถึง 8–12 อาการ อาการสามารถเกิดขึ้นได้พร้อมกันหรือเป็นลำดับในระหว่างการได้รับยาเคมีบำบัด โดยอาการที่เกิดขึ้นพร้อมกัน มีความสัมพันธ์กันและมีกลไกหรือสาเหตุร่วมกันเรียกว่า กลุ่มอาการ ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นร่วมกันจะเพิ่มความรุนแรงของอาการที่มีอยู่ เกิดผลกระทบในหลายมิติ ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ การรู้คิดและพัฒนาการ รวมถึงการดำเนินชีวิตทางสังคมและครอบครัว ซึ่งนำไปสู่การที่เด็กมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพต่ำ (Health-related Quality of Life: HRQoL) และลดระยะเวลาการมีชีวิตรอดของเด็กด้วย (Li et al., 2024)

จากการศึกษาที่ผ่านมา การจัดการอาการในเด็กมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จะเน้นการจัดการที่ลดความรุนแรงของอาการเดียวและให้ยาเพื่อลดอาการนั้น อย่างไรก็ตามพบว่า เด็กมะเร็งยังมีสุขภาวะโดยรวมและมีคุณภาพชีวิตต่ำ (Lopes et al., 2022) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจัดการกลุ่มอาการแบบไม่ใช้ยา (non-pharmacological symptom cluster management) เป็นการจัดการที่ปลอดภัยอย่างเป็นองค์รวม สามารถลดความรุนแรงของกลุ่มอาการและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่เด็กมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ (So et al., 2020) การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มอาการและแนวทางการจัดการกลุ่มอาการแบบไม่ใช้ยาเป็นสิ่งที่มีความสำคัญสำหรับพยาบาล เนื่องจากเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการติดตามอาการและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กมะเร็ง วางแผนเพื่อให้การดูแลแบบองค์รวมเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของเด็กมะเร็งให้ดีขึ้น (Neris & Nascimento, 2021)

ดังนั้นบทความนี้จึงนำเสนอแนวทางการจัดการกลุ่มอาการแบบไม่ใช้ยา และบทบาทพยาบาลเด็กมะเร็งโดยการนำแนวทางการจัดการกลุ่มอาการแบบไม่ใช้ยามาบูรณาการกับการดูแลเด็กมะเร็งตามปกติ อีกทั้งเพิ่มเติมบทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมการพยาบาลแบบองค์รวมและพัฒนาการพยาบาลเด็กมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดให้มีความก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดกลุ่มอาการ (concept of symptom cluster)

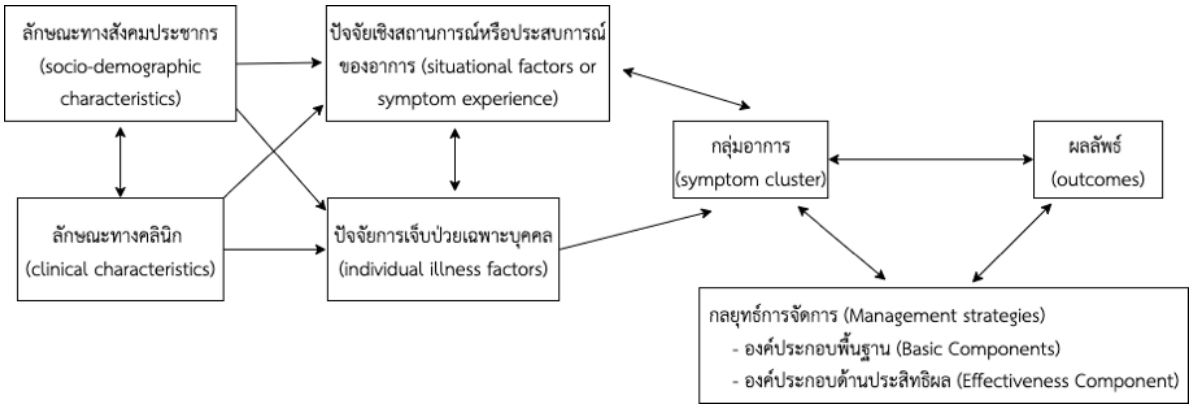
แนวคิดของกลุ่มอาการมีจุดเริ่มต้นจากศาสตร์ด้านจิตวิทยาและจิตเวชศาสตร์ ก่อนจะถูกนำมาประยุกต์ใช้ในเวชศาสตร์ทั่วไปและสาขาทางการแพทย์อื่น ๆ รวมถึงการพยาบาล ดอดด์ และคณะ ให้นิยามว่า กลุ่มอาการ

หมายถึง อาการตั้งแต่สามอาการขึ้นไปที่เกิดขึ้นพร้อมกันและมีความสัมพันธ์กัน โดยอาจมีหรือไม่มีสาเหตุร่วมกันก็ได้ (Dodd et al., 2001) ต่อมา คิม และคณะ (Kim et al., 2005) ได้ขยายความนิยามว่า กลุ่มอาการประกอบด้วยอาการตั้งแต่สองอาการขึ้นไปที่เกิดร่วมกันและมีความสัมพันธ์กันอย่างคงที่ โดยอาการภายในกลุ่มควรมีความสัมพันธ์กันมากกว่ากับอาการในกลุ่มอื่น และครอบคลุมทั้งอาการที่ผู้ป่วยรายงานและอาการที่สามารถประเมินได้ นอกจากนี้ บาร์เซวิก (Barsevick, 2016) ได้ให้นิยามกลุ่มอาการว่าเป็นการรวมตัวของอาการที่สัมพันธ์กันและเกิดขึ้นภายหลังการรักษา ซึ่งมักมีรูปแบบการเกิด ความรุนแรงสูงสุด และการทุเลาที่สามารถคาดการณ์ได้

จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งพบว่า กลุ่มอาการมีการเปลี่ยนแปลงตามระยะเวลาและชนิดของมะเร็ง แนวคิดกลุ่มอาการจึงถูกนำมาใช้เพื่อวิเคราะห์โครงสร้างของอาการที่ซับซ้อนจากโรคและการรักษา ช่วยให้เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างอาการ ช่วงเวลาการเกิด ระยะความรุนแรงสูงสุด ระยะทุเลา และผลลัพธ์ของผู้ป่วย อันนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการจัดการกลุ่มอาการที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Kalantari et al., 2022)

2. ทฤษฎีการจัดการกลุ่มอาการ (theory of symptom cluster management)

ทฤษฎีการจัดการกลุ่มอาการเป็น ทฤษฎีขนาดใหญ่ (grand theory) ที่อธิบายแนวทางการจัดการกลุ่มอาการซึ่งเกิดขึ้นพร้อมกันและมีความสัมพันธ์กันในผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง จุดมุ่งหมายของทฤษฎีนี้ คือ การป้องกัน ชะลอ และบรรเทาประสบการณ์ของกลุ่มอาการโดยรวม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทฤษฎีนี้แบ่งออกเป็นสององค์ประกอบหลัก ได้แก่ องค์ประกอบพื้นฐาน (basic components) ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการจัดการกลุ่มอาการ ประเภทของกลยุทธ์ และธรรมชาติของการจัดการ ซึ่งช่วยให้พยาบาลเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับลักษณะอาการและบริบทของผู้ป่วย และองค์ประกอบด้านประสิทธิผล (effectiveness components) ประกอบด้วยความต้องการของผู้ป่วย (desirability) ขนาด (dose) มิติของเวลา (temporal dimension) และกลไกทางชีวพฤติกรรม (bio-behavioral mechanisms) ซึ่งล้วนส่งผลต่อประสิทธิผลของการจัดการ ทฤษฎีนี้ยังระบุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดและการจัดการกลุ่มอาการ ได้แก่ ปัจจัยทางสังคมประชากร ลักษณะของกลุ่มอาการ ลักษณะทางคลินิก ปัจจัยเฉพาะบุคคล และปัจจัยเชิงสถานการณ์หรือประสบการณ์ของอาการ ซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวแปรกำกับ (moderating variable) ต่อการรับรู้และการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งกลุ่มอาการ กลยุทธ์การจัดการ และผลลัพธ์ ล้วนมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ดังแผนภูมิที่ 1 ดังนั้นพยาบาลสามารถใช้ทฤษฎีนี้เป็นกรอบในการวิเคราะห์ปัจจัยนำ (antecedents) และผลลัพธ์ (consequences) เพื่อวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมต่อกลุ่มอาการของผู้ป่วย เช่น เด็กมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ช่วยให้การดูแลมีประสิทธิภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างเป็นองค์รวม (Tabudlo, 2021)



แผนภูมิที่ 1 ทฤษฎีการจัดการกลุ่มอาการ

ที่มา ดัดแปลงจาก “A proposed theory of symptom cluster management” โดย J. B. Tabudlo, 2021, *Belitung Nursing Journal*, *7*(2), 78-87 (https://doi.org/10.33546/bnj.1359)

กลุ่มอาการที่พบในเด็กมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและกลไกที่เชื่อมโยง

กลุ่มอาการสามารถประเมินได้จากการรายงานอาการด้วยตนเอง (subjective self-report) ควบคู่กับการตรวจพบทางคลินิก (objective clinical observation) ซึ่งการรายงานอาการด้วยตนเองสามารถประเมินได้ในเด็กที่มีอายุมากกว่า 10 ปี หรือวัยรุ่น เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่สามารถควบคุมและประสานความคิดและพฤติกรรม สามารถวิเคราะห์สถานการณ์อย่างเป็นเหตุและผล และสามารถจัดการกลุ่มอาการด้วยตนเองได้ (Li et al., 2024) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กลุ่มอาการที่มีความสัมพันธ์โดยมีกลไกการเกิดร่วมกัน และสามารถคาดคะเนช่วงเวลาและความรุนแรงของอาการได้ในเด็กมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด สามารถแบ่งได้ 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มอาการในเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาว (childhood cancer symptom cluster-leukemia: CCSC-L)

กลุ่มอาการในเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดอายุ 3-18 ปี ประกอบด้วยอาการหลัก 5 อาการ ได้แก่ อ่อนล้า (fatigue), คลื่นไส้ (nausea), ปวด (pain), การนอนหลับแปรปรวน (sleep disturbances), และซึมเศร้า (depression) ซึ่งเริ่มเกิดได้ตั้งแต่วันแรกหลังให้ยาเคมีบำบัด และมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในช่วงหลังระยะชักนำให้โรคสงบ (post-induction phase) และระยะควบคุมให้โรคสงบ (maintenance phase) กลไกการเกิดอาการเหล่านี้สัมพันธ์กันในเชิงชีววิทยาและพยาธิสรีรวิทยาผ่านการทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อร่วมกับการหลั่งไซโตไคน์ก่อการอักเสบ (pro-inflammatory cytokines) ภายหลังให้ยาเคมีบำบัด ยาจะทำลายเยื่อบุทางเดินอาหาร กระตุ้นการหลั่งสารสื่อประสาท ได้แก่ เซโรโทนิน (5-HT), ซับสแตนซ์พี (Substance P) และ โดปามีน (dopamine) การเพิ่มขึ้นของเซโรโทนินกระตุ้นเส้นประสาทวากัส ส่งสัญญาณไปยังศูนย์ควบคุมอาเจียน (CTZ) ในสมองส่วนเมดัลลา ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ ขณะเดียวกันเซลล์มะเร็งที่ถูกทำลายจะหลั่งไซโตไคน์ เช่น IL-6 และ TNF-α ที่มีผลต่อการส่งผ่านความปวด ทำให้เกิดอาการปวดปลายประสาท อีกทั้ง IL-6, TNF-α และเซโรโทนินยังก่อให้เกิดความผิดปกติของวงจรการนอน ทำให้เกิดการนอนหลับแปรปรวน ความไม่สมดุลของเซโรโทนิน โดปามีนและการอักเสบเรื้อรังส่งผลให้เกิดภาวะเครียดออกซิเดชัน นำไปสู่อาการอ่อนล้า ส่วนความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท (เซโรโทนิน โดปามีน นอร์อิพิเนฟริน) ร่วมกับการอักเสบและความไม่สุขสบายทางกาย ส่งผลกระทบต่ออารมณ์จนเกิดภาวะซึมเศร้า (Hooke et al., 2020)

กลุ่มอาการในเด็กมะเร็งก้อนเนื้องอก (childhood cancer symptom cluster of solid tumor)

กลุ่มอาการในเด็กมะเร็งก้อนเนื้องอกอายุ 7-18 ปี ถูกเรียกว่ากลุ่มอาการทางจิตประสาทวิทยา (cluster of psychoneurological symptoms: PNS) ประกอบอาการหลัก 5 อาการ ได้แก่ ปวด (pain) อ่อนล้า (fatigue) วิตกกังวล (anxiety) ซึมเศร้า (depression) และบกพร่องทางสติปัญญา (cognitive dysfunction) โดยพบว่า PNS สามารถเกิดได้ตั้งแต่หลังได้รับยาเคมีบำบัดในระยะชักนำให้โรคสงบ (induction phase) จนถึงระยะควบคุมให้โรคสงบ (maintenance phase) ซึ่งกลไกของอาการเหล่านี้เกิดจากการรบกวนไมโครไบโอม (microbiome) เมแทบอลิซึม (metabolism) การอักเสบ (inflammation) และสารสื่อประสาท (neurotransmitters) ที่ทำงานร่วมกัน ภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด ระบบทางเดินอาหารถูกทำลายจนจุลินทรีย์ในลำไส้เสียสมดุล (gut dysbiosis) ทำให้ short-chain fatty acids (SCFAs) ลดลง กระตุ้นการอักเสบในสมอง ทำลายเซลล์ประสาท และลดพลังงานในไมโตคอนเดรีย ส่งผลให้เกิดอาการอ่อนล้าและบกพร่องทางสติปัญญา การลดลงของกรดไขมันจำเป็น omega-3 ทำให้การอักเสบเพิ่มขึ้นและสัมพันธ์กับความปวด ส่วนการลดลงของ tryptophan metabolites ส่งผลให้ระดับเซโรโทนินต่ำลง ก่อให้เกิดภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า ยาเคมีบำบัดยังกระตุ้นไซโตไคน์ก่อการอักเสบ (IL-6, TNF-α) ซึ่งรบกวนการทำงานของ HPA axis ทำให้ระดับ คอร์ติซอล ผันผวน ส่งผลต่ออารมณ์ การรู้คิด และการนอนหลับ อีกทั้งการอักเสบที่ต่อเนื่องยังทำให้เกิด ภาวะเครียดออกซิเดชัน ส่งผลให้สารสื่อประสาท เช่น เซโรโทนิน โดปามีน และกาบา (GABA) เสียสมดุล ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล โดยในระยะชักนำให้โรคสงบจะพบอาการปวด อ่อนล้า และวิตกกังวลมากที่สุด ส่วนซึมเศร้าและบกพร่องทางสติปัญญา มักเกิดหลังสิ้นสุดการรักษา

และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตระยะยาว (Bai et al., 2024)

ผลกระทบของกลุ่มอาการในเด็กมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในเด็กมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดส่งผลกระทบหลายมิติ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย (physical impact) ความรุนแรงของกลุ่มอาการทำให้เด็กมะเร็งไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ ความสามารถในการทำหน้าที่หรือการใช้ชีวิตประจำวันลดลง และส่งผลต่อการเจริญเติบโตและระบบภูมิคุ้มกัน ด้านจิตใจ และอารมณ์ (psychological impact) เด็กมะเร็งจะขาดแรงจูงใจและความสามารถในการเผชิญปัญหา อีกทั้งกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยังส่งผลทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ ด้านการเรียนรู้และพัฒนาการ (cognitive and developmental impact) เด็กมะเร็งมีสมาธิที่ลดลง เกิดความบกพร่องทางสติปัญญา ด้านสังคมและครอบครัว (social and family impact) เด็กมะเร็งอาจถอนตัวจากสังคม ขาดโอกาสเล่นกับเพื่อน ขณะที่ครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายและความเครียด ตลอดจนต้องการได้รับการสนับสนุนจากสังคมมากขึ้น ท้ายที่สุดเด็กมะเร็งจะมีความสามารถในการกำกับตนเองลดลง ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ซึ่งนำไปสู่การจัดการตนเองที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Lee et al., 2020)

แนวทางการจัดการกลุ่มอาการแบบไม่ใช้ยา

แนวทางการจัดการกลุ่มอาการแบบไม่ใช้ยาในเด็กมะเร็ง ประกอบด้วยกิจกรรมที่พยาบาลสามารถดำเนินการได้โดยตรง รวมทั้งกิจกรรมบางประเภทที่ต้องอาศัยการประสานงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพหรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ทั้งนี้พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการคัดเลือก ประยุกต์ และประสานการดูแลให้เหมาะสมกับช่วงวัย ชนิดของกลุ่มอาการ และบริบทของเด็กและครอบครัว ซึ่งสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของเด็กมะเร็งได้ โดยกลยุทธ์หรือแนวทางการจัดการจัดการกลุ่มอาการสามารถแบ่งได้ 4 แนวทาง ดังนี้

1. การบำบัดทางจิตวิทยา (psychological Intervention)

การบำบัดทางจิตวิทยา เป็นแนวทางหรือวิธีการที่มุ่งเน้นการดูแลหรือการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เนื่องจากมุ่งเน้นมิติทางจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม และสังคมควบคู่ไปกับการดูแลทางกาย โดยมีครอบครัวช่วยเสริมผลลัพธ์ทางจิตใจและพฤติกรรมของผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวและรับมือกับความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม (Tang et al., 2025) การบำบัดทางจิตวิทยามีหลายรูปแบบและมีการนำแนวทางนี้มาประยุกต์ใช้ในการลดอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด โดยเฉพาะเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น เช่น การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy: CBT) ทำให้เด็ก รับรู้ เข้าใจ และปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจากการได้รับยาเคมีบำบัด สามารถลดอาการอ่อนล้า อาการปวด คลื่นไส้อาเจียน วิตกกังวล และซึมเศร้า ในเด็กมะเร็งได้ นอกจากนี้ การให้ความรู้ทางจิตวิทยา (psychoeducation) การผ่อนคลาย (relaxation) โดยให้เด็กฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อทีละส่วน ร่วมกับการควบคุมการหายใจอย่างมีสติ ใช้เวลาประมาณ 10-20 นาทีต่อครั้ง ความถี่สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง และการสร้างภาพในใจแบบมีการชี้นำ (guided imagery) โดยพยาบาลหรือผู้ดูแลเป็นผู้นำทางด้วยคำพูดอย่างเป็นขั้นตอน ร่วมกับการจัดท่าทางและการหายใจช้าและลึก ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาทีต่อครั้ง วันละ 1-2 ครั้ง หรือก่อนนอน สามารถลดอาการอ่อนล้า ปวด คลื่นไส้ อาการนอนหลับแปรปรวน และซึมเศร้าได้ อย่างไรก็ตามการผ่อนคลายและการสร้างภาพในใจแบบมีการชี้นำสามารถลดอาการอย่างต่อเนื่องและเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญเมื่อฝึกอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2-4 สัปดาห์ และเห็นผลชัดเจนมากขึ้นเมื่อดำเนินการต่อเนื่องนาน 4-8 สัปดาห์ (Kwekkeboom et al., 2020)

2. การบำบัดโดยใช้สติเป็นฐาน (mindfulness-based intervention)

การบำบัดโดยใช้สติเป็นฐาน เป็นแนวทางการบำบัดที่มุ่งเน้นการสอนทักษะสติ เพื่อเสริมสร้างความตั้งใจในการกำกับความสนใจ พัฒนาความสัมพันธ์เชิงใหม่กับความคิดของตนเอง และฝึกกลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อจัดการกับความคิดหรืออารมณ์ที่สร้างความทุกข์ โดยไม่ตัดสินผ่านการฝึกเชิงประสบการณ์ การมีสติกับสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบันจะเพิ่มความผาสุกทางจิตใจ ลดความเครียด และทำให้สุขภาพโดยรวมดีขึ้น ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Zhang et al., 2021) การบำบัดโดยใช้สติเป็นฐาน ถูกนำมาใช้กับเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น เพื่อให้เข้าใจและจัดการกับอารมณ์ของตนเองกับความรู้สึกทางกาย โดยเฉพาะในเด็กมะเร็งที่เผชิญกับอาการ ความเครียด และอารมณ์เชิงลบที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การรักษา โดยสามารถปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มอายุที่แตกต่างกันของเด็กป่วยมะเร็งได้ และครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการจัดการ (Murphy et al., 2022)

อย่างไรก็ตาม การบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานมีหลายประเภท แต่การบำบัดโดยใช้สติเป็นฐานที่เป็นที่รู้จักได้แก่ การลดความเครียดโดยใช้สติเป็นฐาน (mindfulness-based stress reduction: MBSR) เป็นการฝึกสมาธิร่วมกับการจัดท่าและยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ซึ่งสามารถช่วยลดอาการอ่อนล้า ปวด วิตกกังวล และซึมเศร้าได้ (Lin et al., 2022) การบำบัดทางปัญญาโดยใช้สติเป็นฐาน (mindfulness-based cognitive therapy: MBCT) เป็นการบำบัดที่ผสมผสานหลักการของ CBT เข้ากับ MBSR ผ่านการฝึกสมาธิและการตระหนักรู้ในปัจจุบัน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะรับรู้อารมณ์และความคิดโดยไม่ตัดสิน และพัฒนาทักษะในการจัดการความเครียดและอารมณ์เชิงลบ สามารถลดอาการอ่อนล้า ปวด วิตกกังวล และซึมเศร้าได้ (Lin et al., 2022) และการออกกำลังกายโดยใช้สติเป็นฐาน (mindfulness-based exercise) เป็นการออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายควบคู่กับการฝึกหายใจและการผ่อนคลาย เช่น โยคะ (yoga) ซึ่งเหมาะมากสำหรับวัยรุ่น เนื่องจากสามารถฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามรูปแบบโยคะควรปรับให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายเพื่อความปลอดภัย ระยะเวลาที่เหมาะสม คือ 20-30 นาทีต่อครั้ง อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จากการศึกษาพบว่า โยคะสามารถลดอาการอ่อนล้า การนอนหลับแปรปรวน ซึมเศร้า วิตกกังวล ปวด และคลื่นไส้ได้ โดยต้องอาศัยการฝึกอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์ นอกจากนี้การทำโยคะ สามารถส่งเสริมให้เด็กมะเร็งมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตในเด็กมะเร็ง และส่งผลให้สมองทำงานได้ดีขึ้น โดยการฝึกต่อเนื่องอย่างน้อย 12 สัปดาห์ (Stritter et al., 2021)

3. กิจกรรมทางกาย (physical activity)

กิจกรรมทางกาย เป็นหนึ่งในกลยุทธ์ที่ใช้บ่อยที่สุดในเด็กมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษา โดยเฉพาะวัยรุ่น ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เพราะไม่เพียงมุ่งเน้นต่อสุขภาพทางกายเท่านั้น แต่ยังส่งผลดีต่อมิติทางจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยด้วย (Kwekkeboom et al., 2020) กิจกรรมทางกาย เช่น การออกกำลังกายมีความปลอดภัยและส่งผลข้างเคียงในระดับต่ำต่อเด็กมะเร็ง ช่วยลดอาการอ่อนล้า การนอนหลับแปรปรวน วิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความหนาแน่นของมวลกระดูก เพิ่มสมรรถภาพหัวใจและการหายใจ และปรับโครงสร้างและการทำงานของสมอง (Rapti et al., 2023) การศึกษาในเด็กวัยรุ่นที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวพบว่า กิจกรรมทางกายมีหลากหลายวิธี แต่การออกกำลังกายแบบยืดเหยียดและการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ความถี่ 3–7 วันต่อสัปดาห์ ครั้งละ 15–120 นาที อัตราการเต้นของหัวใจประมาณร้อยละ 50–70 ของค่าสูงสุดที่ร่างกายสามารถทำได้ ระยะเวลานาน 3 เดือน ถึง 2.5 ปี ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ (Morales et al., 2022) อย่างไรก็ตามแนวทางการออกกำลังกายในเด็กมะเร็งสากล (International Pediatric Oncology Exercise Guidelines: iPOEG) (2021) แนะนำว่าการออกกำลังกายควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย โดยต้องคำนึงถึงอายุ ชนิดของมะเร็ง บริบทของการรักษา รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคล นอกจากนี้ครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนในการสนับสนุนการออกกำลังกายของเด็กมะเร็ง (Wurz et al., 2021)

4. การแพทย์ทางเลือกและเสริม (complementary and alternative medicines: CAM)

การแพทย์ทางเลือกและเสริม เป็นวิธีการรักษาหรือแนวทางการดูแลที่นำมาใช้ร่วมกับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบองค์รวม เนื่องจากช่วยบรรเทาอาการ เพิ่มความผ่อนคลาย และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การสนับสนุนด้านอารมณ์และการให้กำลังใจจากครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยในการเด็กมะเร็งสามารถใช้การแพทย์ทางเลือกและเสริมได้ (Kwekkeboom et al., 2020) ซึ่งการแพทย์ทางเลือกและเสริมที่ถูกนำมาใช้ในการดูแลเด็กมะเร็ง มีหลากหลายวิธี เช่น การนวด (massage) ฝังเข็ม (acupuncture) กดจุด (acupressure) และชีวบำบัด (biological therapy) จากการศึกษาพบว่า การนวดสามารถลดอาการคลื่นไส้ ปวด อ่อนล้า การนอนหลับแปรปรวน ความกังวล และอาการซึมเศร้าได้ (Kwekkeboom et al., 2020) ส่วนฝังเข็มและกดจุดสามารถลดอาการคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัด ปวด อ่อนล้า การนอนหลับแปรปรวน และอาการซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ชีวบำบัด เช่น โพรไบโอติกส์ (probiotics) สามารถลดอาการท้องเสีย (diarrhea) และเยื่อบุช่องปากอักเสบ (mucositis) จากเคมีบำบัดได้ (Casini et al., 2023) อย่างไรก็ตามพยาบาลจะเป็นผู้ประสานการดูแลกับผู้เชี่ยวชาญ CAM เพื่อบูรณาการแนวทางเหล่านี้เข้ากับการรักษาหลักตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

บทบาทพยาบาลในการจัดการกลุ่มอาการ

จากแนวทางการจัดการกลุ่มอาการแบบไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่สอดคล้องกับหลักการดูแลแบบองค์รวม เนื่องจากเป็นการดูแลที่มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกด้านและรับมือกับความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กมะเร็งได้ การบูรณาการการจัดการกลุ่มอาการแบบไม่ใช้ยาสู่การดูแลเด็กมะเร็งตามแนวทางการดูแลมาตรฐานเป็นบทบาทของพยาบาลที่สามารถเพิ่มประสิทธิผลของผลลัพธ์ทางสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของเด็กมะเร็งได้ ดังนี้

1. บทบาทด้านการประเมินและเฝ้าระวังอาการ การประเมินกลุ่มอาการเป็นเรื่องที่ควรให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้สามารถประเมินได้อย่างถูกต้อง แม้ว่าจะมีเครื่องมือประเมินกลุ่มอาการในเด็กมะเร็งที่ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย เช่น Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) ใช้ประเมินกลุ่มอาการในเด็กมะเร็งอายุ 7-12 ปี และอายุ 10-18 ปี อย่างไรก็ตามการวัดกลยุทธ์หรือการจัดการอาการของเด็กมะเร็งทำได้ยากและไม่สามารถแยกการจัดการตามกลุ่มอาการได้ เนื่องจากลักษณะของอาการในกลุ่มอาการมีความแตกต่างกัน (Kalantari et al., 2022) ดังนั้นการประเมินกลุ่มอาการต้องเลือกใช้เครื่องมือที่เหมาะสมแยกตามแต่ละอาการเพื่อประเมินระดับความรุนแรงจากการรายงานของเด็กป่วยเองหรือจากการสังเกต และเครื่องมือที่ใช้ต้องมีค่าความตรงและค่าความเชื่อมั่นที่เชื่อถือได้เหมาะสมกับเด็กตามช่วงอายุ นอกจากนี้พยาบาลควรติดตามรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของอาการในแต่ละระยะของการได้รับยาเคมีบำบัดให้ครอบคลุมระยะที่กลุ่มอาการเริ่มเกิด ระยะที่กลุ่มอาการรุนแรง และระยะที่กลุ่มอาการทุเลาลง เพื่อคาดการณ์และเตรียมแผนการจัดการกลุ่มอาการโดยไม่ใช้ยาให้เหมาะสมกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น (Veronez & Lopes-Júnior, 2024)

2. บทบาทด้านการดูแลเชิงคลินิก จากแนวทางการจัดการกลุ่มอาการแบบไม่ใช้ยา พยาบาลสามารถประยุกต์แนวทางดังกล่าวในการให้การดูแลเด็กมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อลดความรุนแรงของกลุ่มอาการ โดยเฉพาะกลุ่มอาการ CCSC-L สามารถประยุกต์ใช้การบำบัดทางจิตวิทยา เช่น การให้ความรู้ทางจิตวิทยา การผ่อนคลาย และการสร้างภาพในใจแบบมีการชี้นำ ใช้การบำบัดโดยใช้สติเป็นฐาน เช่น โยคะ และใช้การแพทย์ทางเลือกและเสริม เช่น การนวด และฝังเข็มและกดจุด สำหรับกลุ่มอาการ PNS สามารถประยุกต์ใช้การบำบัดโดยใช้สติเป็นฐาน เช่น โยคะและการออกกำลังกายได้ อย่างไรก็ตามพยาบาลต้องผ่านการอบรม ฝึก หรือมีผู้เชี่ยวชาญในการแนะนำการดูแลที่ถูกต้อง และออกแบบกิจกรรมและวิธีการให้สอดคล้องกับอายุของเด็กมะเร็ง ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของการได้รับยาเคมีบำบัด (Wurz et al., 2021) รวมถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการ

กลุ่มอาการ เช่น ความรู้ ความเชื่อมั่นในตนเอง (self-efficacy) และการมีส่วนร่วมหรือการสนับสนุนของผู้ดูแลเด็กป่วยด้วย (Greenfield et al., 2020)

3. บทบาทด้านการสนับสนุนครอบครัว การจัดการกลุ่มอาการแบบไม่ใช้ยากับเด็กมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยตรงเป็นเรื่องยากที่พยาบาลจะสามารถจัดการได้ เนื่องจากเด็กมะเร็งมีความต้องการการพึ่งพิงและสนับสนุนจากครอบครัวมากกว่าเด็กปกติ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถในการจัดการตนเองของเด็กโรคมะเร็ง โดยเฉพาะวัยรุ่น และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรุนแรงของอาการ (Erickson et al., 2020) ดังนั้นในบทบาทของพยาบาลควรให้การสนับสนุนครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ตามแนวคิดการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-Centered Care [FCC]) ทั้งในกระบวนการดูแลและการตัดสินใจ การบูรณาการแนวคิด FCC เข้ากับการจัดการกลุ่มอาการแบบไม่ใช้ยา ช่วยให้ครอบครัวสามารถสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน อีกทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการจัดการกลุ่มอาการ และเสริมพลัง (empower) ให้ครอบครัวเกิดความเชื่อมั่นในตนเองในการจัดการกลุ่มอาการ สามารถลดความรุนแรงของกลุ่มอาการ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็กมะเร็งได้อย่างยั่งยืน (Greenfield et al., 2020)

4. บทบาทด้านการประสานงาน จากแนวทางการจัดการกลุ่มอาการแบบไม่ใช้ยา พยาบาลต้องประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และผู้เชี่ยวชาญ CAM เพื่อบูรณาการแนวทางไม่ใช้ยาเข้ากับการรักษาหลัก และควรเสนอให้มีการจัดทำแนวปฏิบัติการจัดการทางคลินิก (clinical practice guidelines) สำหรับการจัดการกลุ่มอาการในเด็กมะเร็ง เพื่อใช้ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลภูมิภาค ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและพัฒนาการดูแลเด็กมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดให้ก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น (Robinson et al., 2021)

5. บทบาทด้านการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม การจัดการกลุ่มอาการยังเป็นเรื่องใหม่และงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการกลุ่มอาการในเด็กมะเร็งมีน้อย ดังนั้นพยาบาลอาจทำการวิจัยเชิงทดลองโดยนำแนวทางการจัดการกลุ่มอาการแบบไม่ใช้ยามาปรับหรือประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทไทย เหมาะสมกับอายุ โรค และระยะของการได้รับยาเคมีบำบัด ร่วมทั้งอาจใช้แนวคิดทฤษฎีการจัดการกลุ่มอาการ เป็นกรอบแนวคิดในการออกแบบโปรแกรมและการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อลดความรุนแรงของกลุ่มอาการ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กมะเร็งในทุกด้าน (Veronez & Lopes-Júnior, 2024) นอกจากนี้อาจมีการพัฒนาเครื่องมือวัดกลุ่มอาการและการจัดการกลุ่มอาการในบริบทไทยที่เหมาะสมกับเด็กมะเร็งตามช่วงวัย และพัฒนานวัตกรรม เช่น แอปพลิเคชันติดตามกลุ่มอาการ แอปพลิเคชันการจัดการกลุ่มอาการแบบไม่ใช้ยา ใช้เทคโนโลยีที่จำลองสถานที่ขึ้นมาเป็นโลกเสมือน (virtual reality) หรือเกมส์ในการจัดการกลุ่มอาการ และสร้างอุปกรณ์สวมใส่อัจฉริยะ (wearable devices) สำหรับประเมินอาการได้ทันที เพื่อให้สามารถจัดการกับกลุ่มอาการได้อย่างรวดเร็วและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ตัวอย่างกรณีศึกษาการประยุกต์ใช้แนวทางการจัดการกลุ่มอาการแบบไม่ใช้ยาในเด็กมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและการประเมินผลความสำเร็จของการจัดการกลุ่มอาการ

กรณีศึกษาที่ 1: เด็กวัยเรียนมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน การจัดการกลุ่มอาการ CCSC-L

เด็กหญิงอายุ 9 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน อยู่ระหว่างการได้รับยาเคมีบำบัดในระยะชักนำให้โรคสงบ ภายหลังการให้ยา พบกลุ่มอาการ CCSC-L ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรม ความร่วมมือในการรักษา การปรับตัวของผู้ป่วยและคุณภาพชีวิต พยาบาลดำเนินการประเมินกลุ่มอาการและวางแผนการจัดการแบบไม่ใช้ยาโดยใช้การสร้างภาพในใจแบบมีการชี้นำ ให้เด็กจินตนาการถึงสถานที่หรือกิจกรรมที่ให้ความรู้สึกปลอดภัยและสนุก เช่น ทะเล สวน สนามเด็กเล่น หรือการเล่นกับของเล่นที่ชื่นชอบเพื่อบรรเทากลุ่มอาการที่เกิดขึ้น ใช้

ระยะเวลา 10 นาทีต่อครั้ง วันละ 1 ครั้งก่อนนอน พร้อมทั้งสอนและสาธิตการสร้างภาพในใจแบบมีการชี้นำแก่ผู้ปกครองให้สามารถดำเนินกิจกรรมดังกล่าวต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อสนับสนุนการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง หลังการดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ พบว่า ความรุนแรงของอาการปวดและคลื่นไส้ลดลง รูปแบบการนอนหลับดีขึ้น ระดับความอ่อนล้าลดลง และผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษามากขึ้น และเมื่อฝึกอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า คุณภาพชีวิตดีขึ้น

กรณีศึกษาที่ 2: เด็กวัยรุ่นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง การจัดการกลุ่มอาการ PNS

เด็กชายอายุ 15 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง อยู่ระหว่างการได้รับยาเคมีบำบัดในระยะควบคุมให้โรคสงบ และมีกลุ่มอาการ PNS ซึ่งส่งผลต่อการทำกิจกรรมประจำวัน และคุณภาพชีวิต พยาบาลประเมินกลุ่มอาการจากการรายงานของเด็กป่วยเองหรือจากการสังเกตอย่างเป็นองค์รวมและประเมินคุณภาพชีวิต ดำเนินการจัดการแบบไม่ใช้ยาโดยให้เด็กฝึกโยคะ 20 นาทีต่อครั้ง 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ด้วยตนเองร่วมกับการส่งเสริมการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับประโยชน์ของโยคะและให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการสนับสนุน เช่น ร่วมฝึกโยคะกับเด็ก เคารพความเป็นอิสระของเด็ก ช่วยจัดตารางเวลา และกระตุ้นเด็กให้ฝึกโยคะอย่างต่อเนื่อง หลังการทำโยคะต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ ประเมินความรุนแรงของกลุ่มอาการ พบว่าอาการปวดและระดับความอ่อนล้าลดลง เด็กมีความวิตกกังวลและซึมเศร้าลดลง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น และมีความสนใจ มีสมาธิ และตระหนักในการดูแลตนเองมากขึ้น เมื่อปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า คุณภาพชีวิตดีขึ้น

กรณีศึกษาทั้งสองรายสะท้อนให้เห็นว่า การจัดการกลุ่มอาการแบบไม่ใช้ยาที่ปรับให้สอดคล้องกับช่วงวัย ชนิดของมะเร็ง และระยะการรักษา สามารถลดความรุนแรงของกลุ่มอาการและสนับสนุนคุณภาพชีวิตของเด็กและวัยรุ่นมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

การจัดการกลุ่มอาการในเด็กมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นความท้าทายที่ซับซ้อน เนื่องจากอาการมักเกิดร่วมกันและมีความสัมพันธ์กันทั้งในเชิงชีววิทยาและพยาธิสรีรวิทยา ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบกลุ่มอาการ กลไกการเกิด การเปลี่ยนแปลงของอาการในแต่ละระยะของการรักษา และแนวคิดทฤษฎีการจัดการกลุ่มอาการ มีความสำคัญต่อการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อกลุ่มอาการ การเลือกกลยุทธ์การจัดการอย่างเหมาะสม และการประเมินผลลัพธ์ของกลุ่มอาการได้อย่างเป็นระบบ การจัดการกลุ่มอาการแบบไม่ใช้ยา เช่น การสร้างภาพในใจแบบมีการชี้นำ และการออกกำลังกายโดยใช้สติเป็นฐาน สามารถช่วยลดความรุนแรงของกลุ่มอาการและสนับสนุนคุณภาพชีวิตของเด็กมะเร็งได้อย่างปลอดภัย เมื่อมีการประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับช่วงวัย ชนิดของมะเร็ง และระยะของการรักษา พยาบาลเด็กมะเร็งมีบทบาทสำคัญในการประเมินกลุ่มอาการ การบูรณาการแนวทางการจัดการแบบไม่ใช้ยาสู่การพยาบาลตามปกติ การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวภายใต้กรอบการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และการพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมเพื่อประยุกต์การดูแลให้เหมาะสมกับบริบทไทย เพิ่มประสิทธิผลของการจัดการกลุ่มอาการ ยกระดับคุณภาพการดูแล และสนับสนุนผลลัพธ์ทางสุขภาพระยะยาวของเด็กมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

References

Amjad, M. T., Chidharla, A., & Kasi, A. (2023). *Cancer chemotherapy*. *In StatPearls*. StatPearls Publishing. https://europepmc.org/abstract/MED/33232037

Bai, J., Eldridge, R., Houser, M., Martin, M., Powell, C., Sutton, K. S., Noh, H. I., Wu, Y., Olson, T., Konstantinidis, K. T., & Bruner, D. W. (2024). Multi-omics analysis of the gut microbiome and metabolites associated with the psychoneurological symptom cluster in children with cancer receiving chemotherapy. *Journal of Translational Medicine*, *22*(1), 256. https://doi.org/10.1186/s12967-024-05066-1

Barsevick, A. (2016). Defining the symptom cluster: How far have we come? *Seminars in Oncology Nursing*, *32*(4), 334-350. https://doi.org/10.1016/j.soncn.2016.08.001

Casini, F., Scaltrito, F., Grimaldi, M. T., Pop, T. L., Calcaterra, V., Zuccotti, G. V., Pettoello-Mantovani, M., Ferrara, P., Corsello, G., & Fabiano, V. (2023). Use of complementary and alternative medicine in children affected by oncologic, neurologic and liver diseases: A narrative review. *Italian Journal of Pediatrics*, *49*(1), 152. https://doi.org/10.1186/s13052-023-01554-0

Dodd, M. J., Miaskowski, C., & Paul, S. M. (2001). Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, *28*(3), 465–470.

Erickson, J., Crowley, T., & Sawin, K. (2020). Self-management in children, adolescents, and young adults with cancer: State of the science. In P. S. Hinds & L. Linder (Eds.), *Pediatric oncology nursing: Defining care through science* (pp. 21-61). Springer.

Greenfield, K., Holley, S., Schoth, D. E., Harrop, E., Howard, R. F., Bayliss, J., Brook, L., Jassal, S. S., Johnson, M., Wong, I., & Liossi, C. (2020). A mixed-methods systematic review and meta-analysis of barriers and facilitators to paediatric symptom management at end of life. *Palliative Medicine*, *34*(6), 689-707. https://doi.org/10.1177/0269216320907065

Hooke, M. C., Hatch, D., Hockenberry, M. J., Whitman, S., Moore, I., Montgomery, D., Marano, K., Mitby, P., Scheurer, M. E., Taylor, O., & Pan, W. (2020). The longitudinal parallel process analysis of biomarkers of oxidative stress, symptom clusters, and cognitive function in children with leukemia. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, *37*(4), 244–254. https://doi.org/10.1177/1043454220909785

Kalantari, E., Kouchaki, S., Miaskowski, C., Kober, K., & Barnaghi, P. (2022). Network analysis to identify symptoms clusters and temporal interconnections in oncology patients. *Scientific Reports*, *12*(1), 17052. https://doi.org/10.1038/s41598-022-21140-4

Kim, H. J., McGuire, D. B., Tulman, L., & Barsevick, A. M. (2005). Symptom clusters: Concept analysis and clinical implications for cancer nursing. *Cancer Nursing*, *28*(4), 270-282. https://doi.org/10.1097/00002820-200507000-00005

Kwekkeboom, K. L., Wieben, A., Stevens, J., Tostrud, L., & Montgomery, K. (2020). Guideline-recommended symptom management strategies that cross over two or more cancer symptoms. *Oncology Nursing Forum, 47*(5), 498–511. https://doi.org/10.1188/20.ONF.498-511

Lee, S., Chung, N. G., & Choi, J. Y. (2020). Comparison of resilience and quality of life between adolescent blood cancer survivors and those with congenital heart disease: A cross sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, *18*(1), 231. https://doi.org/10.1186/s12955-020-01487-w

Li, R., Zhang, L., Shen, X., Ma, J., Chan, Y., & Li, H. (2024). Symptom clusters in children with leukemia receiving chemotherapy: A scoping review. *Cancer Nursing,* 271322227. https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000001386

Lin, L. Y., Lin, L. H., Tzeng, G. L., Huang, Y. H., Tai, J. F., Chen, Y. L., Wu, C. J., Chen, P. H., Lin, P. C., & Hung, P. L. (2022). Effects of mindfulness-based therapy for cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *29*(2), 432-445. https://doi.org/10.1007/s10880-022-09862-z

Lopes, O., Frônio, J., Bergmann, A., Lemos, R., Defilipo, É., & Chagas, P. (2022). Functioning of children and adolescents with cancer. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(15), 9762. https://doi.org/10.3390/ ijerph19159762

Morales, J. S., Valenzuela, P. L., Velázquez-Díaz, D., Castillo-García, A., Jiménez-Pavón, D., Lucia, A., & Fiuza-Luces, C. (2022). Exercise and childhood cancer-a historical review. *Cancers*, *14*(1), 82. https://doi.org/10.3390/cancers14010082

Murphy, S., Donma, A. J., Ahola Kohut, S., Weisbaum, E., Chan, J., Plenert, E., & Tomlinson, D. (2022). Mindfulness practices for children and adolescents receiving cancer therapies. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology Nursing*, *39*(1), 40-48. https://doi.org/10.1177/27527530211056514

Neris, R. R., & Nascimento, L. C. (2021). Childhood cancer survival: Emerging reflections on pediatric oncology nursing. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *55*, e03761. https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020041803761

Pinsuwan, C., Santong, C., Chainansamit, S. O., Komvilaisak, P., Sirikarn, P., Phimha, S., & Suwannaying, K. (2024). Trends in incidence and survival of childhood cancers in Khon Kaen, Thailand (2000–2019): A population-based Khon Kaen Cancer Registry study. *BMC Public Health, 24*(1), 1255. https://doi.org/10.1186/s12889-024-18742-0

Rapti, C., Dinas, P. C., Chryssanthopoulos, C., Mila, A., & Philippou, A. (2023). Effects of exercise and physical activity levels on childhood cancer: An umbrella review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *11*(6), 820. https://doi.org/10.3390/healthcare11060820

Robinson, P. D., Tomlinson, D., Beauchemin, M., Gibson, P., Grimes, A., Dadzie, G., Safi, M., Vettese, E., Dupuis, L. L., & Sung, L. (2021). Identifying clinical practice guidelines for symptom control in pediatric oncology. *Supportive Care in Cancer, 29*(11), 7049-7055. https://doi.org/10.1007/s00520-021-06303-9

Siegel, R. L., Miller, K. D., Wagle, N. S., & Jemal, A. (2023). Cancer statistics, 2023. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *73*(1), 17-48. https://doi.org/10.3322/caac.21763

So, W. K. W., Law, B. M. H., Chan, D. N. S., Xing, W., Chan, C. W. H., & McCarthy, A. L. (2020). The effect of nonpharmacological interventions on managing symptom clusters among cancer patients: A systematic review. *Cancer Nursing*, *43*(6), E304-E327. https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000000730

Stritter, W., Everding, J., Luchte, J., Eggert, A., & Seifert, G. (2021). Yoga, meditation and mindfulness in pediatric oncology-A review of literature. *Complementary Therapies in Medicine*, *63*, 102791. https://doi.org/10.1016/j.ctim.2021.102791

Tabudlo, J. B. (2021). A proposed theory of symptom cluster management. *Belitung Nursing Journal*, *7*(2), 78-87. https://doi.org/10.33546/bnj.1359

Tang, L., Wu, S., Li, X., Cao, Y., Chen, X., Cheng, H., Chi, T., He, Y., Hu, J., Jiang, Q., Jiang, Y., Li, Z., Liu, A., Liu, F., Liu, X., Lu, Y., Lu, Y., Lv, X., Ning, X., ... Zhou, X. (2025). CACA clinical guideline of holistic psychosocial care for cancer patients. *Holistic Integrative Oncology*, *4*(1), 34. https://doi.org/10.1007/s44178-025-00164-6

Tang, X. W., Jiang, J., Huang, S., Shi, X. M., Xu, H., Xu, J., Peng, J. Y., Zhang, W., Shi, L., Zhong, X. L., Kang, M., & Lü, M. H. (2024). Long-term trends in cancer incidence and mortality among U.S. children and adolescents: A SEER database analysis from 1975 to 2018. *Frontiers in Pediatrics*, *12*, 1357093. https://doi. org/10.3389/fped.2024.1357093

Veronez, L. C., & Lopes-Júnior, L. C. (2024). Cancer symptom cluster research in pediatric oncology: A work in progress. *Exploration of Targeted Anti-tumor Therapy*, *5*(2), 400–408. https://doi.org/10.37349/etat.2024.00225

Wurz, A., McLaughlin, E., Lategan, C., Chamorro Viña, C., Grimshaw, S. L., Hamari, L., Götte, M., Kesting, S., Rossi, F., van der Torre, P., Guilcher, G. M. T., McIntyre, K., & Culos-Reed, S. N. (2021). The international Pediatric Oncology Exercise Guidelines (iPOEG). *Translational Behavioral Medicine, 11*(10), 1915–1922. https://doi.org/10.1093/tbm/ibab028

Zhang, D., Lee, E. K. P., Mak, E. C. W., Ho, C. Y., & Wong, S. Y. S. (2021). Mindfulness-based interventions: An overall review. *British Medical Bulletin*, *138*(1), 41–57. https://doi.org/10.1093/bmb/ldab005