

วารสารการพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 [มกราคม - เมษายน พ.ศ. 2569]



วารสารการพยาบาล และสุขภาพดอกระจัน

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 [มกราคม - เมษายน พ.ศ. 2569]

ISSN XXXX-XXXX (Online)



JNH D

Journal of Nursing and Health Dok Jan

บทบรรณาธิการ

วารสารการพยาบาลและสุขภาพดอกจาน ปีที่ ๑ ฉบับที่ ๑ ประจำเดือนมกราคม-เมษายน ๒๕๖๙

ยินดีต้อนรับสู่ วารสารการพยาบาลและสุขภาพดอกจาน ฉบับปฐมฤกษ์ จัดทำขึ้นโดย คณะพยาบาลศาสตร์ร่วมกับสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านการพยาบาล สุขภาพ และการจัดการศึกษาด้านสุขภาพ มุ่งเน้นเผยแพร่บทความวิจัยที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง ในฉบับนี้ปฐมฤกษ์นี้ได้นำเสนอผลงานวิจัยทั้งจากบุคลากรของมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานีและนักวิจัยจากหน่วยงานภายนอก ซึ่งทุกบทความได้รับการประเมินคุณภาพจาก ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) จำนวน ๓ ท่านที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน บทความครอบคลุมการวิจัยหลากหลายประเด็นที่น่าสนใจ ซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การพัฒนารูปแบบบริการคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย, ผลของโปรแกรมโรงเรียนอนุบาลเบาหวานในการลดความเสี่ยงเบาหวาน โรงพยาบาลนิคมคำสร้อย, ผลของโปรแกรมกิจกรรมเลียนแบบท่าทางในเด็กออทิสติก, การพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการความเจ็บปวดในมารดาคลอดปกติ, การป้องกันภาวะแทรกซ้อนวิสัญญีในผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึก โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย, การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอที่บ้าน การป้องกันแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย และคุณภาพชีวิตของเกษตรกรที่ปลูกชะอมจังหวัดขอนแก่น บทความเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพของประชาชน และการสร้างแนวทางในการจัดการด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ การประยุกต์ใช้ผลวิจัยในทางปฏิบัติจึงสามารถส่งผลดีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการดูแลสุขภาพทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ

กองบรรณาธิการขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความไว้วางใจในการส่งบทความวิจัยเพื่อพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารของเราและยินดีรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะจากท่านเพื่อปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพของวารสารให้ดียิ่งขึ้น และในโอกาสนี้ ขอเชิญชวนนักวิจัยทุกท่านส่งบทความวิจัยของท่านสำหรับพิจารณาตีพิมพ์ในฉบับถัดไป โดยเริ่มต้นตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๙ เป็นต้นไป เราพร้อมที่จะรับบทความที่มีคุณภาพจากทุกท่านเพื่อเผยแพร่และส่งเสริมความรู้ทางวิชาการในด้านการพยาบาลและสุขภาพ สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานของวารสารการพยาบาลและสุขภาพดอกจาน และหวังว่าบทความในฉบับนี้จะมีส่วนช่วยในการส่งเสริมและพัฒนาความรู้ทางการพยาบาลและสุขภาพให้เติบโตและขยายผลไปสู่สังคมในวงกว้างต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชลกร ทรงศรี
บรรณาธิการ



วารสารการพยาบาล และสุขภาพดอกจาน

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 [มกราคม - เมษายน พ.ศ. 2569]

ISSN XXXX-XXXX (Online)

สารบัญ

หน้า

- | | |
|--|-------|
| การพัฒนาแบบการจัดบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลพนพิสัย จังหวัดหนองคาย
อรรพรรณ ทิพย์ประสิทธิ์* รัศมี จิตโม้มา ภรุต สุฝน | 1-15 |
| ผลของโปรแกรมโรงเรียนอนุบาลเบาหวานเพื่อสร้างความรอบรู้เรื่องสุขภาพ ลดความเสี่ยง การเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงสูง โรงพยาบาลนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร
นางสาวธิดาลักษณ์ ทำทอง* นางสาวมณี รักสะอาด นางพิกุล พละศักดิ์ | 17-30 |
| ผลของโปรแกรมกิจกรรมเลียนแบบท่าทางโดยใช้อัลบั้มภาพอารมณ์ส่วนบุคคล (PEPA) ต่อความสามารถในการรับรู้และอ่านภาษากายและความสามารถในการสื่อสารอารมณ์ ในเด็กออทิสติก
ปฐิณญา ทาประเสริฐ* | 31-42 |
| การพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในมารดาคลอดปกติ
บุญญาพร รักษาวงษ์* | 43-57 |
| การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนแบบไร้รอยต่อ ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อหลอดลมคอที่บ้าน
ณัฐนันท์ อดดกลิ่น ภาณุ อดดกลิ่น* นิชาภา ตั้งหมั่น และ จันทร์จิรา ทองนำ | 59-71 |
| คุณภาพชีวิตของเกษตรกรที่ปลูกชะอม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
วิษญาพร รাত্রี สุปรียา โนนทิง เทพไทย โชติชัย* | 72-84 |

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโพนพิสัย	85-98
เจนจิรา จันทร์อุดม* และธัญวรัตน์ แก้วสวย	
ผลการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทาง วิสัญญีในผู้ป่วยผู้ใหญ่หลังได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย โรงพยาบาล โพนพิสัย จังหวัดหนองคาย	99-114
พิมพ์พิศา สุวรรณรอด* เกศสุดา คำพิลา และธนภัทร ศรีผา	



การพัฒนาแบบบริการจัดการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ

การดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

Development of a Service Model in a Chronic Obstructive Pulmonary Disease Clinic to Enhance Patient Care Efficiency at Phonphisai Hospital, Nong Khai Province

Received: December 11, 2025

Revised: April 14, 2026

Accepted: April 30, 2026

อรวรรณ ทิพย์ประสิทธิ์^{1,*}, รัศมี จิตโม้ม่า² และ ภรกด สุฝน³

Orawan Tipprasit^{1,*}, Rutsamee Jitmoma² and Porakot Soofon³

¹งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพนพิสัย

²งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลพนพิสัย

³งานวิจัยและพัฒนา กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพนพิสัย

¹Outpatient Department, Nursing Division, Phonphisai Hospital

²Physical Therapy Department, Rehabilitation Medicine Division, Phonphisai Hospital

³Research and Development Unit, Nursing Division, Phonphisai Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาการจัดการบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพนพิสัย 2) พัฒนารูปแบบการจัดการบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ 3) ประเมินผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นต่อความรู้ของผู้ป่วย ผลลัพธ์ทางคลินิก และความพึงพอใจต่อการบริการ ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพ จำนวน 10 คน ระยะที่ 2 เป็นการพัฒนารูปแบบและทดลองใช้เบื้องต้นกับผู้ป่วย 5 ราย และระยะที่ 3 เป็นการทดลองใช้รูปแบบและประเมินผลกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคำถามสนทนากลุ่ม แบบประเมินความรู้ของผู้ป่วย แบบประเมินคุณภาพชีวิต COPD Assessment Test (CAT) แบบประเมินความเหนื่อย modified Medical Research Council dyspnea scale (mMRC) แบบบันทึกผลตรวจสมรรถภาพปอดด้วย spirometry แบบประเมินความรู้ของทีมสหวิชาชีพ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Wilcoxon signed-rank test

* ผู้ประสานงาน (Corresponding Author): อรวรรณ ทิพย์ประสิทธิ์

อีเมล: Nonny8499@gmail.com



ผลการวิจัยพบว่า ระบบบริการเดิมมีข้อจำกัดด้านเครื่องมือวินิจฉัย ระบบติดตามต่อเนื่อง และความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการใช้ spirometry การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก การให้ความรู้ร่วมกับคู่มือการจัดการตนเอง การติดตามผ่านโทรศัพท์หรือไลน์ และการส่งเสริมการป้องกันอาการกำเริบ ภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่าคะแนนความรู้ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น คะแนน CAT และ mMRC ลดลง ค่า FVC และ FEV1 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่า %FEV1/FVC ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทีมสหวิชาชีพมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น และทั้งผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อบริการอยู่ในระดับมาก ผลการศึกษานี้ให้เห็นว่ารูปแบบการให้บริการที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, การจัดการบริการ, การจัดการตนเอง, คลินิกโรคเรื้อรัง

Abstract

This research and development study aimed to: 1) examine the existing service delivery problems at the Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) clinic of Phonphisai Hospital; 2) develop an improved service delivery model for the COPD clinic; and 3) evaluate the effects of the developed model on patient knowledge, clinical outcomes, and satisfaction with services. The study was conducted in three phases between October 2024 and August 2025.

Phase 1 employed a qualitative approach, utilizing in-depth interviews and focus group discussions with ten members of a multidisciplinary team. Phase 2 involved the development of the service model and its preliminary implementation with five patients. Phase 3 consisted of full-scale implementation and evaluation of the model among thirty patients diagnosed with COPD. The research instruments included in-depth interview guides, focus group discussion guides, a patient knowledge assessment, the COPD Assessment Test (CAT), the modified Medical Research Council dyspnea scale (mMRC), spirometry recording forms, a multidisciplinary team knowledge assessment, and a satisfaction questionnaire. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and the Wilcoxon signed-rank test.



The findings revealed that the existing service system had notable limitations in diagnostic equipment, continuity of follow-up care, and patients' self-care knowledge. The developed model incorporated the use of spirometry, clinical outcome assessment, patient education supported by a self-management handbook, telephone and LINE application follow-up, and promotion of exacerbation prevention strategies. Following implementation of the model, patient knowledge scores improved significantly, CAT and mMRC scores decreased, and FVC and FEV₁ values increased with statistical significance, while the %FEV₁/FVC ratio showed no statistically significant difference. The multidisciplinary team demonstrated increased knowledge scores, and both patients and team members reported high levels of satisfaction with the services provided. Overall, the findings suggest that the developed service delivery model is practically applicable within a community hospital context.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, service delivery, self-management, chronic disease clinic

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก องค์การอนามัยโลกระบุว่าในปี ค.ศ. 2021 โรค COPD เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 4 ของโลก โดยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 3.5 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 5 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก และเกือบร้อยละ 90 ของการเสียชีวิตจากโรคนี้ในผู้มีอายุต่ำกว่า 70 ปีเกิดในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งสะท้อนความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการวินิจฉัย การรักษา และการดูแลต่อเนื่อง (World Health Organization, 2024) แนวทาง GOLD 2025 เน้นว่าการดูแลผู้ป่วย COPD ที่มีประสิทธิภาพควรครอบคลุมการวินิจฉัยด้วย spirometry การประเมินอาการและความเสี่ยงของการกำเริบอย่างเป็นระบบ การรักษาที่เหมาะสม การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การได้รับวัคซีนที่จำเป็น และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการโรคด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ขณะที่แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของประเทศไทย พ.ศ. 2565 ก็ให้ความสำคัญกับการประเมินอาการด้วย CAT และ mMRC การใช้ spirometry และการส่งเสริม



การดูแลตนเองเช่นกัน (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2024; สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2565)

ในระดับพื้นที่ โรงพยาบาลโพธิ์พิสัยซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายระดับ M2 ขนาด 120 เตียง ยังเผชิญปัญหาการดูแลผู้ป่วย COPD อย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลปีงบประมาณ 2565–2567 พบว่าจำนวนผู้ป่วย COPD ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 218 ราย เป็น 291 ราย และ 467 รายตามลำดับ คิดเป็นอัตราการกำเริบเฉียบพลัน 107.34, 140.55 และ 108.99 ครั้งต่อผู้ป่วย 100 ราย (กระทรวงสาธารณสุข, 2567; โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย, 2567) และยังพบอัตราการกลับมานอนรักษาซ้ำภายใน 28 วันค่อนข้างสูง สะท้อนว่าระบบบริการเดิมยังมีข้อจำกัดด้านประสิทธิภาพการดูแล ผลการศึกษาสถานการณ์เบื้องต้นในงานวิจัยนี้ยังพบปัญหาสำคัญของระบบบริการเดิม ได้แก่ การขาดเครื่องมือวินิจฉัยที่จำเป็น การติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่ยังไม่เป็นระบบ และผู้ป่วยยังมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองไม่เพียงพอ ข้อจำกัดดังกล่าวทำให้การดูแลผู้ป่วยยังเน้นการรักษาเมื่อเกิดอาการมากกว่าการป้องกันและการจัดการเชิงรุกอย่างต่อเนื่องในคลินิกโรคเรื้อรัง

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบร่วมกับทฤษฎีการจัดการตนเองเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบบริการ ทฤษฎีระบบช่วยอธิบายองค์ประกอบของระบบบริการ ได้แก่ บุคลากร เครื่องมือ กระบวนการดูแล ระบบติดตาม และการประสานงานระหว่างวิชาชีพ ส่วนทฤษฎีการจัดการตนเองช่วยอธิบายการส่งเสริมความรู้และทักษะของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง แม้จะมีแนวทางมาตรฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วย COPD อยู่แล้ว แต่ยังมีช่องว่างองค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการจัดบริการที่บูรณาการการวินิจฉัยด้วย spirometry การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก การให้ความรู้ด้วยคู่มือการจัดการตนเอง และการติดตามต่อเนื่องที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

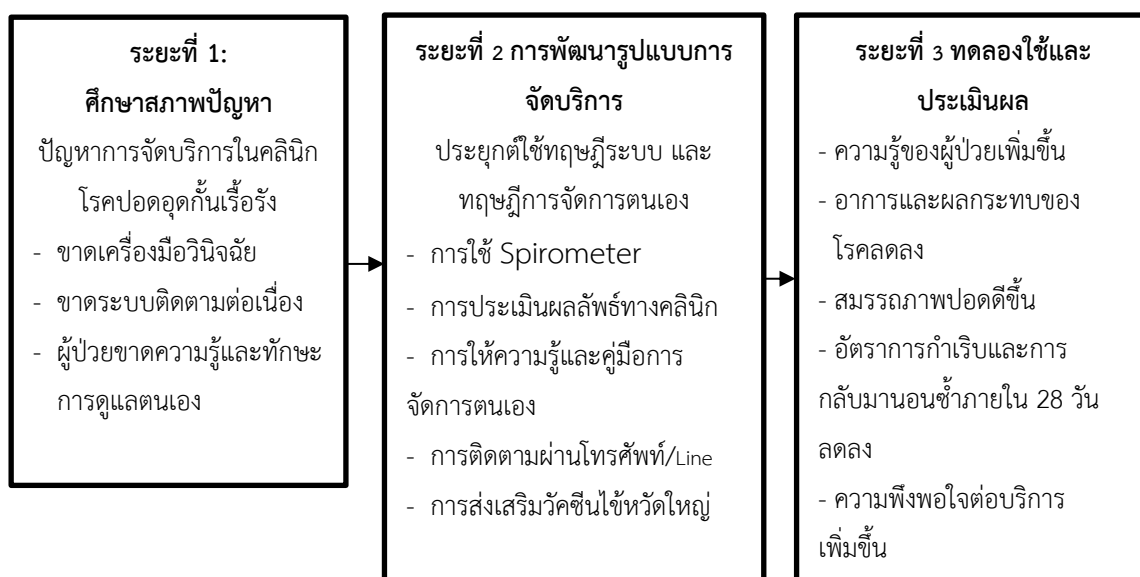
1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการจัดบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก และความพึงพอใจต่อบริการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบ (Systems Theory) ร่วมกับทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-Management Theory) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยทฤษฎีระบบใช้อธิบายองค์ประกอบของระบบบริการ ได้แก่ บุคลากร เครื่องมือ



กระบวนการดูแล และระบบติดตาม ส่วนทฤษฎีการจัดการตนเองใช้อธิบายการส่งเสริมความรู้และทักษะของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง จากการศึกษาสถานการณ์ระยะที่ 1 พบข้อจำกัดของระบบบริการเดิมนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบบริการในระยะที่ 2 ซึ่งประกอบด้วยการใช้ spirometer การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก การให้ความรู้ร่วมกับคู่มือการจัดการตนเอง การติดตามผ่านโทรศัพท์หรือไลน์ และการส่งเสริมการป้องกันอาการกำเริบ โดยคาดว่าจะช่วยเพิ่มความรู้ของผู้ป่วย พัฒนาผลลัพธ์ทางคลินิก ลดการกำเริบ ลดการกลับมาอนรักษซ้ำ และเพิ่มความพึงพอใจต่อบริการ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยการพัฒนารูปแบบการจัดการบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) แบบผสมผสาน ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาการจัดการบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการบริการ และระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

1.ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลหลักคือทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลโพธิ์ชัย จำนวน 10 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย และนักโภชนาการ คัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย COPD และสามารถให้ข้อมูลเชิงลึกได้ครบถ้วน ระยะที่ 2 ผู้วิจัยนำข้อมูล



จากระยะที่ 1 มาพัฒนารูปแบบการจัดบริการ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดลองใช้เบื้องต้นกับผู้ป่วย 5 ราย เพื่อปรับปรุงความชัดเจนและความเป็นไปได้ก่อนนำไปใช้จริง ระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จำนวน 30 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยคัดออกกรณีอยู่ในภาวะกำเริบเฉียบพลัน มีภาวะเจ็บป่วยร่วมรุนแรง ไม่สามารถตรวจสอบสมรรถภาพปอดได้ หรือถอนตัวระหว่างการศึกษ

2.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยรูปแบบการจัดบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คู่มือการจัดการตนเอง แนวทาง/ผังการให้บริการ และระบบติดตามต่อเนื่องผ่านโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์ และ 2) เครื่องมือเก็บข้อมูล ประกอบด้วย แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม แบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพ แบบประเมินคุณภาพชีวิต COPD Assessment Test (CAT) แบบประเมินความเหนื่อย modified Medical Research Council dyspnea scale (mMRC) แบบบันทึกผลตรวจสอบสมรรถภาพปอดด้วย spirometry และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพ โดยแบบประเมินความรู้ใช้ข้อคำถามแบบถูก-ผิด คะแนนรวม 0-15 คะแนน แปลผลเป็นระดับต่ำ ปานกลาง และสูงตามเกณฑ์ของ Bloom, B. S. (1971) แบบประเมิน CAT มี 8 ข้อ คะแนนรวม 0-40 คะแนน โดยคะแนนสูงหมายถึงผลกระทบของโรคต่อคุณภาพชีวิตมากขึ้น ส่วน mMRC ใช้ประเมินระดับความเหนื่อย 0-4 คะแนน โดยคะแนนสูงหมายถึงอาการเหนื่อยมากขึ้น

3.การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Polit & Beck, 2017) จากนั้นตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินความพึงพอใจด้วยวิธี Cronbach's alpha ได้ค่าเท่ากับ .85 (Cronbach, 1951) และแบบประเมินความรู้ด้วย KR-20 ได้ค่าเท่ากับ .87 (Kuder & Richardson, 1937) แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีและสามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลได้

4.การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ดำเนินการในเดือนตุลาคม 2567 โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการจัดบริการ ระยะที่ 2 ดำเนินการในเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2567 โดยพัฒนารูปแบบ ตรวจสอบความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญ และทดลองใช้เบื้องต้นกับผู้ป่วย 5 ราย ระยะที่ 3 ดำเนินการในเดือนมกราคม-สิงหาคม



2568 โดยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ป่วย 30 ราย เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ได้แก่ ความรู้ของผู้ป่วย คะแนน CAT คะแนน mMRC ผลตรวจ spirometry พร้อมทั้งประเมินความรู้ของทีมสหวิชาชีพก่อน-หลัง และความพึงพอใจของผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบบริการ

5.การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

6.ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลโพธิสัย เลขที่ ECPPS 11-2568 เมื่อวันที่ 24 ตุลาคม 2567 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และสิทธิในการถอนตัวแก่ผู้เข้าร่วมก่อนลงนามยินยอม โดยข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสภาพปัญหาการจัดการบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพ จำนวน 10 คน พบประเด็นสำคัญ 5 ประเด็น ได้แก่ 1) การขาดเครื่องมือและระบบสนับสนุนการวินิจฉัยที่จำเป็น 2) การดูแลผู้ป่วยยังขาดความต่อเนื่อง 3) ผู้ป่วยยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง 4) ความพร้อมของบุคลากรและทรัพยากรยังจำกัด และ 5) การจัดการที่ผ่านมา การเชื่อมประสานการดูแลต่อเนื่องในชุมชนยังไม่ต่อเนื่อง

2. ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการบริการ

รูปแบบการจัดการบริการที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การใช้ spirometry ในการประเมินและติดตามผล การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง การให้ความรู้ร่วมกับคู่มือการจัดการตนเอง การติดตามต่อเนื่องผ่านโทรศัพท์หรือไลน์ การประสานติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับเครือข่าย และการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในการวางแผนการดูแลรายบุคคล

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบการจัดการบริการ

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 30 ราย เป็นเพศชายทั้งหมด อายุเฉลี่ย 51.80 ปี โดยส่วนใหญ่อายุ 46 ปีขึ้นไป อาชีพหลักคือเกษตรกร เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว และใช้แก๊สหุงต้มประกอบอาหารมากที่สุด



3.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง

ภายหลังการใช้รูปแบบการให้บริการ คะแนนความรู้ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 12.10 เป็น 13.43 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) และเมื่อจำแนกระดับความรู้ พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ระดับสูงเพิ่มจากร้อยละ 66.7 เป็นร้อยละ 93.3 ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test ($n = 30$)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง Mean $\pm$ SD	หลังการทดลอง Mean $\pm$ SD	Min-Max ก่อน	Min-Max หลัง	p-value
คะแนนความรู้รวม	12.10 $\pm$ 1.69	13.43 $\pm$ 1.07	9–15	10–15	.001

หมายเหตุ: เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test, $p = .001$

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง ($n = 30$)

ระดับความรู้	ก่อนการทดลอง n (%)	หลังการทดลอง n (%)
ปานกลาง	10 (33.3)	2 (6.7)
สูง	20 (66.7)	28 (93.3)

3.3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิต (CAT Score) และคะแนนความเหนื่อย (mMRC) ของผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า คะแนน CAT ลดลงจากค่าเฉลี่ย 2.50 เป็น 1.70 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .008$) และคะแนน mMRC ลดลงจากค่าเฉลี่ย 1.00 เป็น 0.77 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .008$) แสดงว่าผลกระทบของโรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและอาการเหนื่อยของผู้ป่วยลดลง ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนน CAT ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test ($n = 30$)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง Mean $\pm$ SD	หลังการทดลอง Mean $\pm$ SD	p-value
คะแนน CAT รวม	2.50 $\pm$ 2.35	1.70 $\pm$ 1.37	.008

หมายเหตุ: เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test, $p = .008$

หมายเหตุเพิ่มเติม: คะแนน CAT ที่ลดลงหมายถึงผลกระทบของโรคต่อคุณภาพชีวิตลดลง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนน mMRC ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test (n = 30)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง Mean $\pm$ SD	หลังการทดลอง Mean $\pm$ SD	p-value
คะแนน mMRC	1.00 $\pm$ 0.26	0.77 $\pm$ 0.43	.008

หมายเหตุ: เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test, p = .008

หมายเหตุเพิ่มเติม: คะแนน mMRC ที่ลดลงหมายถึงอาการเหนื่อยลดลง

3.4 ผลการเปรียบเทียบสมรรถภาพปอดก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีข้อมูลผลตรวจสมรรถภาพปอดครบก่อนและหลังการทดลอง มีจำนวน 20 ราย พบว่า ค่า FVC เพิ่มขึ้นจาก 73.93 เป็น 81.15 และค่า FEV1 เพิ่มขึ้นจาก 67.31 เป็น 71.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .002) ส่วนค่า %FEV1/FVC เปลี่ยนจาก 73.04 เป็น 71.76 โดยไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .588) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าผลตรวจสมรรถภาพปอดก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test (n = 20)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง Mean $\pm$ SD	หลังการทดลอง Mean $\pm$ SD	p-value
FVC	73.93 $\pm$ 25.15	81.15 $\pm$ 19.46	.002
FEV1	67.31 $\pm$ 25.89	71.20 $\pm$ 27.01	.002
%FEV1/FVC	73.04 $\pm$ 11.57	71.76 $\pm$ 11.73	.588

หมายเหตุ: เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test;

FVC p = .002, FEV1 p = .002 และ %FEV1/FVC p = .588

3.5 ข้อมูลทั่วไปของทีมสหวิชาชีพ

ผลการวิจัยพบว่า ทีมสหวิชาชีพที่เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 10 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.0 อายุเฉลี่ย 36.50 ปี (S.D. = 7.61) โดยส่วนใหญ่อายุ 31-45 ปี ร้อยละ 60.0 และปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยในหญิงและห้องฉุกเฉินมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปของทีมสหวิชาชีพ (n = 10)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1	10.0
หญิง	9	90.0



รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
ไม่เกิน 30 ปี	3	30.0
31-45 ปี	6	60.0
46 ปีขึ้นไป	1	10.0
เฉลี่ย = 36.50 ปี, S.D. = 7.61, ต่ำสุด = 28, สูงสุด = 51		
หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน		
ตึกผู้ป่วยในชาย	2	20.0
ตึกผู้ป่วยในหญิง	3	30.0
ห้องฉุกเฉิน	3	30.0
ตึก VIP	2	20.0

3.6 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของทีมสหวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการจัดบริการ คะแนนความรู้ของทีมสหวิชาชีพเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 11.40 คะแนน เป็น 14.10 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .004$) และเมื่อจำแนกระดับความรู้ พบว่าภายหลังการใช้รูปแบบทีมสหวิชาชีพทุกคนมีความรู้ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 7 และตารางที่ 8

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของทีมสหวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test ($n = 10$)

ตัวแปร	ก่อนการใช้รูปแบบ Mean $\pm$ SD	หลังการใช้รูปแบบ Mean $\pm$ SD	Min-Max ก่อน	Min-Max หลัง	p-value
คะแนน ความรู้รวม	11.40 $\pm$ 1.35	14.10 $\pm$ 1.10	10-14	12-15	.004

หมายเหตุ: เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test, $p = .004$

ตารางที่ 8 ระดับความรู้ของทีมสหวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ระดับความรู้	ก่อนการใช้รูปแบบ n (%)	หลังการใช้รูปแบบ n (%)
ปานกลาง	6 (60.0)	0 (0.0)
สูง	4 (40.0)	10 (100.0)



3.7 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดบริการ

ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดบริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.91, S.D. = 0.56) และทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากเช่นกัน (Mean = 3.60, S.D. = 0.70) ดังแสดงในตารางที่ 9 และ 10

ตารางที่ 9 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการจัดบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n = 30)

ข้อ	รายการประเมิน	Mean $\pm$ SD	ระดับความพึงพอใจ
1	การชี้แจงข้อมูลและแนวทางการปฏิบัติ	4.37 $\pm$ 0.72	มาก
2	การติดต่อประสานงานและการเข้าถึงบริการ	3.97 $\pm$ 0.67	มาก
3	การสนับสนุนองค์ความรู้	4.30 $\pm$ 0.60	มาก
4	ความสะดวกรวดเร็วของบริการ	4.07 $\pm$ 0.78	มาก
5	ความเหมาะสมของการบริการรายบุคคล	3.43 $\pm$ 0.94	ปานกลาง
6	การติดตามต่อเนื่องช่วยให้ดูแลตนเองได้ดีขึ้น	3.47 $\pm$ 1.25	ปานกลาง
7	ความมั่นใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น	3.23 $\pm$ 0.97	ปานกลาง
8	รูปแบบบริการช่วยลดความกังวล/ปัญหาจากโรค	4.13 $\pm$ 0.82	มาก
9	ความพึงพอใจต่อการบริการโดยรวมด้านคลินิก	4.47 $\pm$ 0.68	มาก
10	ความสะดวกในการติดต่อ/ติดตาม	3.33 $\pm$ 0.80	ปานกลาง
11	ประโยชน์ของคู่มือ/สื่อความรู้	4.13 $\pm$ 0.82	มาก
12	ความพึงพอใจโดยรวมต่อรูปแบบการจัดบริการ	4.03 $\pm$ 0.81	มาก
รวม		3.91 $\pm$ 0.56	มาก

ตารางที่ 10 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n = 10)

ข้อ	รายการประเมิน	Mean $\pm$ SD	ระดับความพึงพอใจ
1	การชี้แจงข้อมูลและแนวทางการปฏิบัติ	3.40 $\pm$ 1.07	ปานกลาง
2	การติดต่อประสานงานและการทำงานเป็นทีม	3.80 $\pm$ 0.92	มาก
3	การสนับสนุนองค์ความรู้	3.90 $\pm$ 0.57	มาก
4	ความสะดวกรวดเร็วและการเข้าถึงบริการ	3.70 $\pm$ 0.95	มาก
5	ความเหมาะสมของบริการต่อผู้ป่วยแต่ละราย	3.30 $\pm$ 1.06	ปานกลาง
6	รูปแบบบริการช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น	3.50 $\pm$ 0.97	ปานกลาง
รวม		3.60 $\pm$ 0.70	มาก



อภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้ ประการแรก ระบบบริการเดิมของคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังมีข้อจำกัดด้านเครื่องมือวินิจฉัย การติดตามต่อเนื่อง และความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เมื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการโดยเพิ่มการประเมินด้วย spirometry การให้ความรู้ร่วมกับคู่มือการจัดการตนเอง การติดตามผ่านโทรศัพท์หรือไลน์ และการประสานเครือข่ายในการดูแลต่อเนื่อง จึงช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความครอบคลุมและต่อเนื่องมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีระบบที่อธิบายว่าการพัฒนาคุณภาพบริการจำเป็นต้องปรับทั้งด้านบุคลากร เครื่องมือ กระบวนการดูแล และระบบติดตามควบคู่กัน

ประการที่สอง คะแนนความรู้ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นหลังการใช้รูปแบบการจัดบริการ สะท้อนว่า การให้ความรู้รายบุคคล การใช้คู่มือการจัดการตนเอง และการติดตามต่อเนื่องช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจโรค การใช้ยา การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการกำเริบได้ดีขึ้น ผลดังกล่าวสอดคล้องกับ GOLD 2025 ที่เน้น patient education และ self-management support เป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วย COPD และสอดคล้องกับ systematic review ของ Schrijver และคณะ ที่พบว่า self-management interventions ช่วยลดการกำเริบและการนอนโรงพยาบาล รวมทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยไทยที่รายงานว่าการจัดการตนเองช่วยให้ผลลัพธ์ของผู้ป่วย COPD ดีขึ้น (อรพินท์ สว่าง และนิภาพร หอมหวาน, 2562; ธมกร โพธิ์รุฒ และคณะ, 2567)

ประการที่สาม คะแนน CAT และ mMRC ลดลงหลังการทดลอง แสดงว่าผลกระทบของโรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและอาการเหนื่อยลดลง ซึ่งอาจอธิบายได้จากการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง การสอนการใช้ยาและการพ่นยาอย่างถูกวิธี และการให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันอาการกำเริบ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทาง GOLD 2025 งานวิจัยของ Tsaousi และคณะ (2024) และสอดคล้องกับงานวิจัยไทยของราเชนร์ สุโท และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2566) ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองช่วยให้อาการหอบเหนื่อยและผลลัพธ์ด้านการรับรู้สุขภาพดี

ประการที่สี่ ค่า FVC และ FEV1 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มสมรรถภาพปอดดีขึ้นหลังได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ ทั้งจากการประเมิน การติดตามการใช้ยา และการฝึกหายใจโดยทีมสหวิชาชีพ ขณะที่ค่า %FEV1/FVC ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจอธิบายได้จากลักษณะของโรค COPD ที่เป็นภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจเรื้อรัง และระยะเวลาติดตามของการศึกษายังไม่ยาวพอที่จะทำให้ตัวชี้วัดดังกล่าวเปลี่ยนแปลงเด่นชัด แม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการและสมรรถภาพบางส่วนดีขึ้นก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิริภพ ช่างเพียร และเบญญลักษณ์ หมดดี (2568)

ประการที่ห้า ความรู้ของทีมสหวิชาชีพเพิ่มขึ้น และทั้งผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดบริการอยู่ในระดับมาก สะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบท



หน่วยบริการ ใช้งานได้จริง และช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางเดียวกันมากขึ้น โดยเฉพาะบทบาทของพยาบาลในการประเมินอาการ ให้ความรู้ ติดตามต่อเนื่อง และประสานการดูแลกับทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายในชุมชน ซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในบริบทโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของกัลยรัตน์ สังข์มรรทร และคณะ (2564) ที่ระบุว่า การให้ความรู้ทีมสหวิชาชีพและการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางเดียวกันและมีประสิทธิภาพมากขึ้น การพัฒนารูปแบบการจัดบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ออกแบบจากปัญหาจริงของพื้นที่ และบูรณาการทั้งการประเมินทางคลินิก การให้ความรู้ การจัดการตนเอง และการติดตามต่อเนื่อง สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยและนำไปใช้ได้จริงในบริบทโรงพยาบาลชุมชน อย่างไรก็ตาม ควรพิจารณาร่วมกับข้อจำกัดของการศึกษา ได้แก่ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง

ข้อเสนอแนะงานวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ควรรูปแบบการจัดบริการนี้ไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน โดยเตรียมความพร้อมด้านเครื่องมือ บุคลากร และระบบติดตามต่อเนื่องให้เหมาะสมกับทรัพยากรของแต่ละแห่ง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของรูปแบบการจัดบริการในระยะยาว และเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมหรือหน่วยบริการอื่น เพื่อให้เห็นผลของรูปแบบได้ชัดเจนมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ชัย หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้างานวิจัยและพัฒนา และทีมสหวิชาชีพทุกท่าน ตลอดจนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัว ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญ ผศ.ดร.เทพไทย โชติชัย ผศ.ดร.ชลการ ทรงศรี และ ดร.ภาณุวัฒน์ ศรีโยธา ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบการจัดบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครั้งนี้



เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายงานข้อมูลสถานการณ์การกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) ปีงบประมาณ 2565–2567. ผู้แต่ง.
- กัลยรัตน์ สังข์มรรทร, ศศิธร กระจ่ายกลาง และ เพ็ญจันทร์ วันแสน. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลสุรินทร์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บริรัมย์*, 36(2), 327-342.
- ธมกร โพธิ์รุท, จิรพันธ์, อินทรศักดิ์ และ กัญชริญา ส่องสี. (2567). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 9(6), 679-687.
- ราเชนร์ สุโท และ สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2566). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองแบบ 5 เอ ต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์*, 29(3), 379-392.
- โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย. (2567). รายงานผลการดำเนินงานผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและอัตราการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 28 วัน ปีงบประมาณ 2565–2567. ผู้แต่ง.
- สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2565). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2565*. ผู้แต่ง.
- สิรภาพ ช่างเพียร และ เบญญลักษณ์ หมดดี. (2568). ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรุนแรงของการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ. *พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 52(1), 147-165.
- อรพินท์ สว่าง และ นิภาพร หอมหวาน. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม*. 6(2), 59-71.
- อุมาภรณ์ สอนปัญญา, พรอนันต์ โดมทอง, วรณา ปิยะเศวตกุลม, พิเชษฐ เรืองสุขสุด และ อนุชา ไทยวงษ์. (2566). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อค่าสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลขอนแก่น. *วารสารวิชาการทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 3(2), 113-126.
- Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. McGraw-Hill.
- COPD Assessment Test. (n.d.). *CAT user guide & FAQs*.
<https://www.catestonline.org/>



- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2024). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: 2025 report*. https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2024/11/GOLD-2025-Report-v1.0-15Nov2024_WMV.pdf
- Kuder, G. F., & Richardson, M. W. (1937). The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*, 2(3), 151–160. <https://doi.org/10.1007/BF02288391>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins
- Schrijver, J., Lenferink, A., Brusse-Keizer, M., Zwerink, M., van der Valk, P. D., van der Palen, J., & Effing, T. W. (2022). *Self-management interventions for people with chronic obstructive pulmonary disease*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2022(1), CD002990. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002990.pub4>
- Tsaousi, F., et al. (2024). A chronic obstructive pulmonary disease self-management intervention for improving patient-reported outcomes in primary care. *Medicina*, 60(3), Article 377. <https://www.mdpi.com/1648-9144/60/3/377>
- World Health Organization. (2024). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. Retrieved October 1, 2024, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-%28copd%29>





ผลของโปรแกรมโรงเรียนอนุบาลเบาหวานเพื่อสร้างความรอบรู้เรื่องสุขภาพลดความเสี่ยงการเกิด
โรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงสูง โรงพยาบาลนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร
The Effects of the Diabetic Kindergarten Program for Health Literacy Promotion
and Diabetes Risk Reduction in High-Risk Groups, Nikhom Kham Soi Hospital,
Mukdahan Province

Received: December 11, 2025

Revised: April 14, 2026

Accepted: April 30, 2026

ธิดาลักษณ์ ทำทอง^{1,*} มณี รักสะอาด² และ พิกุล พละศักดิ์³

Thidaluck Tumtong^{1,*} Manee Raksa-at² and Pikul Phalasak³

¹โรงพยาบาลนิคมคำสร้อย อำเภอนิคมน้ำคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร

²สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

¹ Nikhom Kham Soi Hospital Nikhom Kham Soi District Mukdahan Province

² Mukdahan Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมโรงเรียนอนุบาลเบาหวานต่อระดับน้ำตาลสะสม HbA1c ศึกษาความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอายุ โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการให้ความรู้ 6 โปรแกรม แบบประเมินความรู้ แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองและแบบวัดความพึงพอใจ โดยดำเนินการเป็น โดยเครื่องมือมีความสอดคล้อง (IOC) 0.67-1.00 ค่าความเชื่อมั่น KR-20 = 0.82, Cronbach's Alpha Coefficient = 0.86 และ 0.93 ตามลำดับ เก็บข้อมูลโดยโปรแกรมระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประเมินผลก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และติดตามผลที่ 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.7 อายุเฉลี่ย 52.7 ปี (S.D. = 6.45) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ระดับระดับน้ำตาลสะสม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(2, 58) = 10.42, p = .001$) จากค่าเฉลี่ยร้อยละ 6.53 (S.D. = 0.41) เป็น 6.11 (S.D. = 0.38) ในระยะหลังทดลอง และคงระดับที่ 6.12 (S.D. = 0.40) ในระยะติดตามผล คะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตลอด 3 ช่วงเวลา ($p < .001$) การทดสอบรายคู่พบว่าระยะหลังเรียนและติดตามผลสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.75, S.D. = 0.43)

คำสำคัญ: โรงเรียนอนุบาลเบาหวาน, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ระดับ HbA1c, กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

* ผู้ประสานงาน (Corresponding author): ธิดาลักษณ์ ทำทอง

อีเมล: Tidaluck_48@bcnsp.ac.th



Abstract

This action research aimed to examine the effectiveness of a Diabetes Kindergarten School program on glycated hemoglobin (HbA1c) levels, as well as to assess knowledge, self-care behaviors, and satisfaction among participants at risk of developing diabetes. A purposive sample of thirty at-risk individuals was selected for the study. The research instruments consisted of six educational program modules, a knowledge assessment questionnaire, a self-care behavior scale, and a satisfaction questionnaire. The instruments demonstrated an Index of Item-Objective Congruence (IOC) ranging from 0.67 to 1.00, with reliability coefficients of KR-20 = 0.82, and Cronbach's Alpha Coefficients of 0.86 and 0.93, respectively. Data were collected over a 12-week program period, with assessments conducted at three time points: before the intervention, immediately after the intervention, and at a three-month follow-up. Data were analyzed using Repeated Measures ANOVA.

The findings revealed that the majority of participants were female (86.7%), with a mean age of 52.7 years (S.D. = 6.45). Following participation in the program, HbA1c levels declined significantly ($F(2, 58) = 10.42, p = .001$), dropping from a mean of 6.53% (S.D. = 0.41) at baseline to 6.11% (S.D. = 0.38) in the post-intervention period, and remaining stable at 6.12% (S.D. = 0.40) at the follow-up assessment. Knowledge scores and self-care behavior scores increased significantly across all three time points ($p < .001$), with pairwise comparisons confirming that both post-intervention and follow-up scores were significantly higher than pre-intervention scores. Participant satisfaction with the program was rated at the highest level (Mean = 4.75, S.D. = 0.43).

Keywords: Diabetes Kindergarten School, health literacy, HbA1c levels, diabetes risk group

บทนำ

โรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง รายงานของสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation, 2025) พบว่า 11.1% หรือ 1 ใน 9 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ (อายุ 20-79 ปี) เป็นโรคเบาหวาน โดยกว่า 4 ใน 10 คนไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวาน จากการคาดการณ์ของเราพบว่า ภายในปี 2050 ผู้ใหญ่ 1 ใน 8 คน หรือประมาณ 853 ล้านคน จะ



เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งเพิ่มขึ้น 46% กว่า 90% ของผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีสาเหตุมาจากปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม ประชากร สิ่งแวดล้อม และพันธุกรรม ปัจจัยสำคัญที่ทำให้โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นเนื่องจากการขยายตัวของเมือง ประชากรสูงวัย ระดับกิจกรรมทางกายที่ลดลง การเพิ่มขึ้นของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน อย่างไรก็ตาม เป็นไปได้ที่จะลดผลกระทบของโรคเบาหวานโดยใช้มาตรการ ป้องกันโรคเบาหวานประเภทที่ 2 และการวินิจฉัยโรคตั้งแต่นั้น ๆ รวมถึงการดูแลรักษาที่เหมาะสมสำหรับโรคเบาหวานทุกประเภทมาตรการเหล่านี้สามารถช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานหลีกเลี่ยงหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนได้ โดยสถานการณ์คนไทยเป็นเบาหวานประมาณ 6.1 ล้านคน เบาหวานพบมากขึ้นในกลุ่มคนวัยทำงานและคนอายุน้อย (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2025) จากการสำรวจของสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2562 สาเหตุส่วนใหญ่มาจากมีพฤติกรรม สุขภาพที่ไม่เหมาะสมเช่น ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารรสหวาน นำไปสู่อาการของโรคที่รุนแรงขึ้นและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญตามมา ซึ่งพบมากในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน และพบในอายุ 30 ปี ขึ้นไป ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดนี้พบมากเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นและขาดการ ออกกำลังกาย (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2025)

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูล เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดี (พงษ์ศิริ งามอัมพรนารา และสุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์, 2563) ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพเป็นการสร้างพลังอำนาจให้กับประชาชน และมีความเชื่อมโยง กับการรู้ แรงจูงใจ และความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ข้อมูล ข่าวสารสุขภาพ สามารถนำมาพิจารณาและตัดสินใจในการนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ตลอดช่วงอายุ (Pelikan, Sionska, 2012; Sorensen, Broucke, Fullam, Doyle) ซึ่งการพัฒนาความรู้รอบรู้ ด้านสุขภาพเป็นวิธีการหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพ (วัชรพร เชนสุวรรณ, 2560) หากผู้ป่วย มีความรู้ในการดูแลตนเองจะทำให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพก่อนนำไปปฏิบัติ (อารยา เขียงของพัชรี ดวงจันทร์ และอังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

ข้อมูลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปีขึ้นไป เขตโรงพยาบาลนิคมคำสร้อย ปี 2564-2566 พบกลุ่มเสี่ยงสูงเบาหวาน (Pre DM) ร้อยละ 23.67, 22.19, 29.36 ตามลำดับและในกลุ่มเสี่ยงสูงเบาหวาน (Pre DM) กลายเป็นกลุ่มป่วยเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 3.88, 3.53, 3.57 โดยพบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปีจากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงเบาหวาน พบว่าไม่สามารถควบคุมการรับประทานอาหารได้ ไม่ว่าจะเป็นชนิดและปริมาณของอาหารร้อยละ 82 การขาดการออกกำลังกาย ร้อยละ 54.5 กลุ่มเสี่ยงสูงเบาหวานขาดการติดตามดูแลร้อยละ 22.5 และดื่มสุราเป็นประจำร้อยละ 2 สาเหตุดังกล่าวเนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรค วิถีชีวิต ค่านิยม เช่น แต่หากทานข้าวไม่อิ่มจะไม่มีแรงทำงานแม้ผลน้ำตาลจะสูง การรับประทานอาหารแปดตอนเช้าทุกวันแม้บางวันไม่



จำเป็นต้องตื่นหรือไม่ต้องทำงาน แต่กลุ่มเสี่ยงสูงเบาหวานไม่มีอาการผิดปกติหรือยังไม่เป็นเบาหวาน จึงไม่ได้กังวลกับระดับน้ำตาลที่สูง การรับประทานของหวานมากทำให้สดชื่นมีกำลังทำงานได้มาก การใช้สมุนไพรเป็นทางเลือกในการช่วยไม่ให้ระดับน้ำตาลสูงและไม่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนด้านเจ้าหน้าที่พบว่าเมื่อจำนวนกลุ่มเสี่ยงสูงเบาหวาน กลายเป็นผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีข้อจำกัดเรื่องเวลาในการให้ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย จากข้อมูลดังกล่าวจึงเป็นที่มาของการจัดตั้ง "โรงเรียนอนุบาลเบาหวาน" ขึ้นโดยใช้โปรแกรมการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูงที่ยังไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมโรงเรียนอนุบาลเบาหวานกลุ่มเสี่ยงสูง โรงพยาบาลนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพก่อนเข้าโปรแกรมโรงเรียนอนุบาลเบาหวาน หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที ทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 2 ครั้ง และทุก 1 เดือนจำนวน 3 เดือน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัย 1. การเตรียมเครื่องมือวิจัย พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้แบบโรงเรียนอนุบาลเบาหวานโดยทีม ผู้วิจัย และผู้เชี่ยวชาญ จัดทำคู่มือการดูแลตนเอง แบบบันทึกระดับน้ำตาล และสื่อการสอนต่างๆ สร้างแบบประเมิน พฤติกรรมการดูแลตนเองและแบบสอบถามความพึงพอใจ ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดย ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ด้วย IOC เพื่อให้เครื่องมือมีความถูกต้องตาม วัตถุประสงค์ของการวัด ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ซึ่งอ้างอิงแนวคิดของ Rowinelli และ Hambleton (1977) โดย (ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ, 2539)

ผลการประเมินพบว่า ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ผู้วิจัยได้ปรับปรุง ถ้อยคำบางข้อให้ชัดเจนตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญทดลองใช้เครื่องมือ (Try out) ใน จำนวน 15 คน ในพื้นที่บริการสุขภาพใกล้เคียง ตำบลนิคมคำสร้อย อำเภอนิคมน้ำคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) พบว่า แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง = 0.86 แบบสอบถามความพึงพอใจ = 0.91

2. การเตรียมทีมวิจัย จัดอบรมทีมผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลและการใช้เครื่องมือวิจัย ชักซ้อมการ จัดกิจกรรมตามโปรแกรม กำหนดบทบาทและความรับผิดชอบของทีมวิจัยแต่ละคน และ จัดเตรียมระบบการ ประสานงานและการติดตามผู้ป่วย



ระยะที่ 2 ระยะการดำเนินการวิจัย

1. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบฐานข้อมูลผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก ติดต่อกลุ่มเสี่ยง เบาหวานที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ชี้แจงรายละเอียด การวิจัยและขอความยินยอม และสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตาม วิธีที่กำหนด

2. การเก็บข้อมูลก่อนทดลอง สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย ประเมินพฤติกรรม การดูแล ตนเอง เจาะเลือดตรวจ HbA1c และ บันทึกข้อมูลพื้นฐานทางคลินิก

3. การดำเนินโปรแกรมการให้ความรู้ “โรงเรียนอนุบาลเบาหวาน” 8 สัปดาห์

3.1 จัดกิจกรรมการเรียนรู้ 2 สัปดาห์/1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง ณ Health station หลักสูตรประกอบด้วย 8 หัวข้อหลัก ได้แก่ การรู้จักโรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน การจัดการความเครียด และการดูแลตนเองแบบบูรณาการโดยใช้วิธีการสอนแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การบรรยาย การสาธิต การฝึกปฏิบัติ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วย

3.2 การติดตามการบันทึกระดับน้ำตาลด้วย อสม. (หมอคนที่ 1 ประจำ Health station) ที่บ้านเป็น กิจกรรมสำคัญที่ดำเนินการ ตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ อสม.ได้รับการฝึกอบรม การใช้เครื่องวัดน้ำตาลปลายนิ้ว และสมุดบันทึก บันทึกค่าน้ำตาลวันละ 2 ครั้ง คือ ก่อนอาหารเช้าและหลัง อาหารเย็น 2 ชั่วโมง พร้อมทั้งบันทึก การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอื่นๆ ผู้วิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกทุกสัปดาห์ในระหว่างโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 1-8) และติดตามทาง โทรศัพท์ในช่วงหลังโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 9-12)

3.3 การติดตามทางโทรศัพท์และให้คำปรึกษารายสัปดาห์เป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุน กลุ่มเสี่ยง เบาหวานให้ปฏิบัติตามแผนการดูแลตนเอง ระหว่างโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 1-8) ผู้วิจัยโทรติดตามรายสัปดาห์ คนละ 15-20 นาที เพื่อสอบถามอาการ ตรวจสอบการปฏิบัติตัวให้คำแนะนำและแก้ไขปัญหาหลังจบโปรแกรม (สัปดาห์ ที่ 9-12) ลดความถี่เป็น 2 สัปดาห์ ครั้ง คนละ 10-15 นาที เน้นการติดตามความยั่งยืนของ พฤติกรรมและการแก้ไขปัญหาเฉพาะกรณีโดยมีระบบการส่งต่อแพทย์หากน้ำตาลมากกว่า 125 mg% ไม่มีแนวโน้มระดับน้ำตาล ลดลง

3.4 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างกลุ่มเสี่ยงเบาหวานจัดขึ้น 2 ครั้ง เพื่อสร้างเครือข่ายสนับสนุน และเสริมแรงจิตใจ ครั้งแรกในสัปดาห์ที่ 4 เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปรับตัวและปัญหาที่พบ ในช่วงครึ่งแรกของโปรแกรม ครั้งที่สองในสัปดาห์ที่ 8 เป็นการสรุปผลการเรียนรู้และวางแผนการดูแลตนเอง อย่างต่อเนื่องหลังจบโปรแกรม กิจกรรมประกอบด้วยการนำเสนอ เคล็ดลับการดูแลตัวเอง การแลกเปลี่ยนเมนูอาหารสุขภาพ และการสร้างกลุ่มสนับสนุนในชุมชน

3.5 การบันทึกปัญหาและอุปสรรคที่ พบระหว่างดำเนินโปรแกรมทำอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้ในการ ปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมผู้วิจัยบันทึกปัญหาที่พบในแต่ละกิจกรรม ได้แก่ ปัญหา การเข้าร่วมกิจกรรม การเข้าใจเนื้อหา การปฏิบัติตัวที่บ้าน และการใช้อุปกรณ์วัดน้ำตาลพร้อมทั้ง



วิเคราะห์สาเหตุและจัดทำแนวทางแก้ไขมีการประชุมทีมเพื่อทบทวนปัญหารายสัปดาห์และปรับปรุงกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและพื้นที่

4. การเก็บข้อมูลหลังทดลอง ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองซ้ำ เจาะเลือดตรวจ HbA1c ประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม และสัมภาษณ์ความคิดเห็น ตลอดจนข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 3 การวิเคราะห์และสรุปผล

1. การจัดการข้อมูลตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลจัดการกับข้อมูลที่ขาดหายหรือไม่สมบูรณ์

2. การวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่เข้าร่วมการวิจัยครบตาม ข้อมูลทางสถิติตามแผนที่กำหนด จัดทำตารางและแผนภูมิแสดงผลการวิเคราะห์ แปลผลและสรุป ผลการวิจัย

1.ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในเขตตำบลนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป ตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 30 คน เลือกแบบไม่ใช้หลักความน่าจะเป็น (Non-probability sample) โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง(Purposive Sampling) ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ซึ่งมีเกณฑ์การเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) มีระดับ DTX>100% ในการตรวจคัดกรองประจำปี 2568 ล่ำสุด มีอายุ 35 ปีขึ้นไป สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถติดต่อได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาของโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะซึมเศร้าหรือปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง มีแผนที่จะย้ายที่อยู่ในช่วง 6 เดือนข้างหน้า เข้าร่วมการวิจัยอื่นที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาล

2.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองการวิจัย

1. โปรแกรมการให้ความรู้โรงเรียนอนุบาลเบาหวาน

1.1) คู่มือการจัดกิจกรรมสำหรับผู้วิจัยเป็นเอกสารที่รวบรวมแผนการสอน วิธีการจัดกิจกรรม และแนวทางการประเมินผล โดยผ่านการตรวจสอบจาก ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล ผู้ป่วยเบาหวานและด้าน การศึกษาพยาบาล

1.2) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยและใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

1.3) สื่อการสอนและอุปกรณ์สาธิต ประกอบด้วย โมเดลอาหาร แผ่นพับ วิดีทัศน์ และอุปกรณ์สำหรับการสาธิตการตรวจระดับน้ำตาล



2. แผนการจัดกิจกรรม กิจกรรมแต่ละครั้งใช้เวลา 2 ชั่วโมง ประกอบด้วย

2.1) การบรรยายความรู้ (30 นาที)

2.2) การสาธิตและฝึกปฏิบัติ (45 นาที)

2.3) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (30 นาที)

2.4) การสรุปและประเมินผล (15 นาที)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป พัฒนาโดยผู้วิจัย ตามการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนตัว บุคคล: อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่เป็นโรค ภาวะแทรกซ้อน ข้อมูล การรักษาต่างๆ

2. แบบประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เป็นแบบทดสอบเลือกตอบ ถูก-ผิด จำนวน 20 ข้อ พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวทางการดูแลกลุ่มเสี่ยงเบาหวานของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุมเนื้อหา 5 ด้าน คือ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านละ 4 ข้อ ให้คะแนน ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน คะแนนเต็ม 20 คะแนน

3. แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 30 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลตนเอง 7 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การดูแลเท้า การตรวจสุขภาพ การจัดการความเครียด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนน ปฏิบัติเป็นประจำ (6-7 วัน/สัปดาห์) 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4-5 วัน/สัปดาห์) 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง (3 วัน/สัปดาห์) 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์) 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ 1 คะแนน คะแนนเต็ม 150 คะแนน

4. แบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการบันทึกผลการตรวจร่างกายกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ก่อนและหลัง ทำการทดลอง HbA1C จำนวน 2 ครั้ง

5. แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการให้ความรู้โรงเรียนอนุบาลเบาหวานพัฒนา โดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมและหลักการประเมินความพึงพอใจ จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน คือ เนื้อหาและกิจกรรม (5 ข้อ) วิทยากรและทีมงาน (4 ข้อ) สื่อและอุปกรณ์ (3 ข้อ) สถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวก (3 ข้อ) และประโยชน์ที่ได้รับ (5 ข้อ) เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนน พึงพอใจมากที่สุด 5 คะแนน พึงพอใจมาก 4 คะแนน พึงพอใจปานกลาง 3 คะแนน พึงพอใจน้อย 2 คะแนน และพึงพอใจน้อยที่สุด 1 คะแนน คะแนนเต็ม 100 คะแนน



คุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และมีรายละเอียดค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

แบบประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวานค่าความยากง่าย (Difficulty) อยู่ระหว่าง 0.40 – 0.70 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) วิเคราะห์โดยใช้สูตร KR-20 ของ Kuder-Richardson ได้ค่าเท่ากับ 0.82

แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.86

แบบประเมินความพึงพอใจ ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.93

2. เกณฑ์การแปลผลตัวแปร ดังนี้

2.1 การแปลผลคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ใช้วิธีการอิงเกณฑ์ร้อยละ เพื่อแบ่งระดับความรู้ (Bloom, 1971) ดังนี้

ร้อยละ 80 - 100 (16-20 คะแนน) หมายถึง ความรู้ระดับดี

ร้อยละ 60 - 79 (12-15 คะแนน) หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง

ต่ำกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 12 คะแนน) หมายถึง ความรู้ระดับควรปรับปรุง

2.2 การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจ ใช้เกณฑ์คะแนนเฉลี่ยระดับคะแนนตามมาตรวัดแบบ Likert Scale 5 ระดับ และแปลผลตามแนวคิดของ Best (1977) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

2.3 การแปลผลระดับ HbA1c ตามเกณฑ์มาตรฐานของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย (2566) และ ADA (2023)

ระดับ HbA1c < 5.7% หมายถึง ปกติ

ระดับ HbA1c 5.7% – 6.4% หมายถึง กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre-diabetes)

ระดับ HbA1c ≥ 6.5% หมายถึง เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

3.การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

1.ขั้นเตรียมการวิจัย



1.1 เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมุกดาหารแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลนิคมคำสร้อย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำ วิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนิคมคำสร้อย ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้ช่วยวิจัย 2 คน และเตรียมผู้ช่วยวิจัยดังนี้ เครื่องมือวิจัยพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้แบบโรงเรียน อนุบาลเบาหวานโดยทีมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย จัดทำคู่มือการดูแลตนเอง แบบบันทึกระดับน้ำตาลและสื่อการสอน ต่างๆ สร้างแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและแบบสอบถาม ความพึงพอใจ ตรวจสอบความตรงของ เครื่องมือโดย ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทดลองใช้เครื่องมือ (Try out) ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 15 คน และปรับปรุงเครื่องมือตามผลการทดลองใช้

1.3 การเตรียมทีมวิจัย จัดอบรมทีมผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลและการใช้เครื่องมือวิจัยซักซ้อมการจัด กิจกรรมตามโปรแกรมกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบของทีมวิจัยแต่ละคน และ จัดเตรียมระบบการ ประสานงานและการติดตามกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โรงพยาบาลนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร ชี้แจงขั้นตอนการ ดำเนินงานการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.ขั้นตอนการวิจัย

2.1. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre DM) ประจำปี 2566 จากการ ตรวจสอบฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยเบาหวาน ในระบบข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข (HDC) สำนักงานสาธารณสุขมุกดาหาร ตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก ติดต่อบุคคลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ชี้แจงรายละเอียด การวิจัย และขอความยินยอม และสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามวิธีที่กำหนด

2.2. การเก็บข้อมูลก่อนทดลอง สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย ประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง เจาะเลือดตรวจ HbA1c และบันทึกข้อมูลพื้นฐานทางคลินิก

2.3. การดำเนินโปรแกรมการให้ความรู้ โรงเรียนเบาหวานใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์

2.3.1 จัดกิจกรรมการเรียนรู้ 2 สัปดาห์/1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง ณ Health station หมู่ 2 บ้านม่วงไข่ซึ่งจัดเป็นศูนย์การเรียนรู้ หลักสูตรประกอบด้วย 8 หัวข้อหลัก ได้แก่ การ รู้จัก โรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การจัดการความเครียด และการดูแลตนเองแบบบูรณาการ โดยใช้วิธีการสอนแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การบรรยาย การสาธิต การฝึกปฏิบัติ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วย

2.3.2 การติดตามการบันทึกระดับน้ำตาลด้วย อสม.หมอกคนที่ 1 ประจำบ้านเป็นกิจกรรมสำคัญที่ดำเนินการตลอดระยะเวลา 3 เดือน อสม.ได้รับการฝึกอบรมการใช้เครื่องวัดน้ำตาลปลายนิ้วและสมุดบันทึก บันทึกค่าน้ำตาลวันละ 2 ครั้ง คือ ก่อนอาหารเช้าและหลัง อาหารเย็น 2 ชั่วโมง พร้อมทั้งบันทึกการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการรับประทานยา ผู้วิจัย



ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกทุกสัปดาห์ในระหว่างโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 1-8) และติดตามทางโทรศัพท์ในช่วงหลังโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 9-12)

2.3.3 การติดตามทางโทรศัพท์และให้คำปรึกษารายสัปดาห์เป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนกลุ่มเสี่ยง เบาหวานให้ปฏิบัติตามแผนการดูแลตนเองระหว่างโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 1-8) ผู้วิจัยโทรติดตามรายสัปดาห์ คนละ 15-20 นาที เพื่อสอบถามอาการ ตรวจสอบการปฏิบัติตัว ให้คำแนะนำและแก้ไขปัญหาหลังจบโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 9-12) ลดความถี่เป็น 2 สัปดาห์ต่อครั้ง คนละ 10-15 นาที เน้นการติดตามความยั่งยืนของพฤติกรรม และการแก้ไขปัญหาเฉพาะกรณี โดยมีระบบการส่งต่อแพทย์หากพบภาวะฉุกเฉินหรือค่าน้ำตาลผิดปกติรุนแรง

2.3.4 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมกิจกรรมจัดขึ้น 2 ครั้ง เพื่อสร้างเครือข่ายสนับสนุน และเสริมแรงใจครั้งแรกในสัปดาห์ที่ 4 เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การปรับตัวและปัญหาที่พบ ในช่วงครึ่งแรกของโปรแกรม ครั้งที่สองในสัปดาห์ที่ 8 เป็นการสรุปผลการเรียนรู้และวางแผนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง หลังจบโปรแกรมกิจกรรมประกอบด้วยการนำเสนอเคล็ดลับการดูแลตัวเอง การแลกเปลี่ยนเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ และการสร้างกลุ่มสนับสนุนในชุมชน

2.3.5 การบันทึกปัญหาและอุปสรรคที่พบระหว่างดำเนินโปรแกรมทำอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรม ผู้วิจัยบันทึกปัญหาที่พบในแต่ละกิจกรรม ได้แก่ ปัญหาการเข้าร่วมกิจกรรม การเข้าใจเนื้อหาการปฏิบัติตัวที่บ้าน และการใช้อุปกรณ์วัดน้ำตาลโดย อสม. ประจำบ้าน พร้อมทั้งวิเคราะห์สาเหตุ และจัดทำแนวทางแก้ไขมีการประชุมทีมเพื่อทบทวนปัญหารายสัปดาห์และปรับปรุงกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและพื้นที่

2.4 การเก็บข้อมูลหลังทดลองประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองซ้ำ เจาะเลือดตรวจ HbA1c ประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม และสัมภาษณ์ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

4.การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้านลักษณะประชากร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้สถิติวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลง Repeated Measures ANOVA

5.ข้อพิจารณาจริยธรรม

ผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์ และกิจกรรมที่จะดำเนินการตัวอย่าง พร้อมกับขอคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างโดยสมัครใจ ก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตบันทึกภาพกิจกรรม และแจ้งกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม ไม่สื่อถึงบุคคล

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้โรงเรียนอนุบาลเบาหวานต่อระดับ HbA1c ความรู้พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในการเข้าร่วมโปรแกรมควบคุมระดับน้ำตาล กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อายุมากกว่า 35 ปี ที่มีระดับน้ำตาล



(DTX) มากกว่า 100 mg% จำนวน 30 คน โปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้ 6 ครั้ง การฝึกทักษะ การดูแลตนเอง การใช้คู่มือ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 3 เดือน ทำการเก็บข้อมูล ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และติดตามผลที่ 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จำแนกตามลักษณะทางประชากร (n=30)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
1. เพศ		
ชาย	4	13.3
หญิง	26	86.7
2. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	21	70
อื่นๆ (มัธยมศึกษา/ภายหลังประถม)	9	30
3. อาชีพหลัก		
เกษตรกร	26	86.7
อื่นๆ (รับจ้าง/ค้าขาย/บ้าน)	4	13.3
ลักษณะทางประชากร	จำนวน (n)	ร้อยละ
เพศหญิง	26	86.7
การศึกษาระดับประถมศึกษา	21	70
ประกอบอาชีพเกษตรกร	26	86.7
อายุเฉลี่ย (ปี)	52.7	SD= 4.2

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 86.7) มีอายุเฉลี่ย 52.7 ปี โดยส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 70.0) และประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 86.7)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนร่วมโปรแกรม หลังร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล 3 เดือน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) (n=30)

ระยะการวัดผล	Mean	S.D.	F	p-value
1. ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	6.53	-	10.42	.001*
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรม	6.11	-		
3. ติดตามผล 3 เดือน	6.12	-		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



จากตารางที่ 2 พบว่าผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมโรงเรียนอนุบาลเบหาหวาน ระดับ HbA1c ของกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($(F(2,58)=10.42, p=.001)$) โดยระดับ HbA1c เฉลี่ยลดลงจากร้อยละ 6.53 ในระยะก่อนเรียน เป็นร้อยละ 6.11 ในระยะหลังเรียน และยังคงระดับอยู่ที่ร้อยละ 6.12 ในระยะติดตามผล 3 เดือน

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง (n=30)

ตัวชี้วัด	คะแนนเต็ม	ก่อนเรียน		หลังเรียนทันที		ติดตามผล 3 เดือน	
		Mean	แปรผล	Mean	แปรผล	Mean	แปรผล
1. คะแนนความรู้	20	12.43	ต่ำ	17.1	สูงขึ้น	17.83	สูงขึ้น
2. คะแนนพฤติกรรม	150	90.13	ต่ำ	120.47	สูงขึ้น	125.13	สูงขึ้น
3. ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c)	-	6.53%	สูง	6.11%	ต่ำลง	6.12%	คงที่ในระดับต่ำ

จากการทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังเรียนและติดตามผลสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่ามีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตลอดทั้ง 3 ช่วงเวลา ($p < .001$) เมื่อทดสอบรายคู่ด้วยวิธีของ Bonferroni พบว่าคะแนนเฉลี่ยในระยะหลังเรียนและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อโปรแกรมการให้ความรู้โรงเรียนอนุบาลเบหาหวาน (n = 30)

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย (Mean)	SD	ระดับความพึงพอใจ	แปลผล
ด้านเนื้อหาและความเข้าใจง่าย	4.78	0.42	มากที่สุด	ผ่านเกณฑ์
ด้านรูปแบบกิจกรรม	4.82	0.39	มากที่สุด	ผ่านเกณฑ์
ด้านประโยชน์ที่ได้รับ	4.9	0.3	มากที่สุด	ผ่านเกณฑ์
ด้านการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน	4.85	0.36	มากที่สุด	ผ่านเกณฑ์
ภาพรวมโปรแกรม	4.84	0.37	มากที่สุด	ผ่านเกณฑ์

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความพึงพอใจต่อภาพรวมของโปรแกรมการให้ความรู้โรงเรียนอนุบาลเบหาหวานอยู่ในระดับ มากที่สุด เมื่อพิจารณาเกณฑ์การประเมินพบว่าผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพด้านความพึงพอใจ ซึ่งสอดคล้องกับอัตราการคงอยู่ของกลุ่มตัวอย่างในระยะติดตามผล และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ



ผลการวิจัยที่พบว่าความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมโรงเรียนอนุบาลเบ้าหวานมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วม การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ และการฝึกทักษะการจัดการตนเอง (self-management support) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของพิมายโมเดลที่เปลี่ยนจากการ “สอน” เป็นการ “สร้างทักษะ” ทำให้ผู้เข้าร่วมสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาไม่สูง (ส่วนใหญ่จบประถมศึกษา) จึงช่วยให้เข้าใจเนื้อหาได้ง่ายและเกิดความพึงพอใจในระดับมาก เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ด้านภาวะสุขภาพพบว่าระดับ HbA1c ลดลงจากระยะก่อนเข้าโปรแกรม (6.53%) ไปสู่ระดับใกล้เคียงปกติในระยะติดตามผล (6.12%) และผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA แสดงให้เห็นว่าค่าดังกล่าวดีขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที ระยะติดตามทุก 2 สัปดาห์ และระยะติดตาม 3 เดือน สะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้แบบต่อเนื่องในรูปแบบ “โรงเรียน” ที่มีการติดตามและกระตุ้นพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ นอกจากนี้ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร (ร้อยละ 86.7) ยังมีความสอดคล้องกับการออกแบบโปรแกรมที่นำบริบทวิถีชีวิตจริงมาเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้ เช่น การเลือกบริโภคอาหารพื้นบ้าน และการออกกำลังกายจากกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จึงช่วยให้ผู้เข้าร่วมสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ได้อย่างเหมาะสมและเกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภาวดี กลัดทอง และ ณรินทร์ แยมสกุล (2021) ที่พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่เน้นความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ. สามารถเพิ่มความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และลดระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ธนพร บึงมุ่ม และ สงกรานต์ กลั่นด้วง (2023) ที่รายงานว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสามารถช่วยป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในกลุ่มบุคลากรกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ รสสุคนธ์ ภักดีไพบูลย์สกุล (2025) ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่วยให้พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงสูงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของ รุ่งทิวา หวังเรืองสถิตย์ และคณะ (2025) ที่ชี้ให้เห็นว่าการสร้างความตระหนักรู้ในตนเองผ่านกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมสามารถส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะเห็นได้ว่าโปรแกรมโรงเรียนอนุบาลเบ้าหวานมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงสูงได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในระยะสั้นและระยะติดตามผล ซึ่งสะท้อนถึงศักยภาพของรูปแบบการเรียนรู้เชิงรุกและการติดตามอย่างต่อเนื่องในการสร้างการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน



เพื่อเป็นการต่อยอดผลการวิจัย ผู้วิจัยขอเสนอแนะประเด็นสำหรับการศึกษาในครั้งต่อไป ดังนี้

1. ควรนำรูปแบบ "โรงเรียนอนุบาลเบาหวาน" ไปปรับใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือศูนย์สุขภาพชุมชนอื่น ๆ โดยเน้นกระบวนการกลุ่มและการมีส่วนร่วม
2. ผลการวิจัยระยะเวลาดำเนินการ 3 เดือนให้ผลลัพธ์ที่ดี ดังนั้นในทางปฏิบัติควรมีระบบ "เพื่อนช่วยเพื่อน" หรือ "อสม. เชี่ยวชาญ" เพื่อช่วยกระตุ้นพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง
3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม "โรงเรียนอนุบาลเบาหวาน" กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (Control Group) เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรม
4. ควรมีการติดตามผลในระยะยาวมากขึ้น เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อดูความยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c)

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลนิคมคำสร้อย ขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดเตรียมหลักสูตร การฝึกทักษะ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่สำคัญยิ่งผู้วิจัยขอขอบพระคุณกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในเขตพื้นที่โรงพยาบาลนิคมคำสร้อยที่มีความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2568). <https://www.dmtthai.org/new/index.php>
- ธนพร บึงมูม, & สงกรานต์ กลั่นดวง. (2023). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของบุคลากรกลุ่มเสี่ยง. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ*, 8(3), 371–379.
- พงษ์ศิริ งามอัมพรนารา, และสุจิตรา สุนทรทรัพย์. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. *วารสารสุขภาพพลศึกษา และสันทนาการ*, 46(2), 68–79
- รุ่งทิพา หวังเรืองสถิตย์ และคณะ. (2025). ผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองต่อความตระหนักรู้เกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนตอนปลาย. *วารสารการพยาบาลสุขภาพและสาธารณสุข*, 4(2), 1–13.
- รสสุคนธ์ ภักดีไพบูลย์สกุล. (2025). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงสูงเบาหวานและความดันโลหิตสูง. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*, 5(2), e275531.
- วัชรพร เชยสุวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารแพทยนาวิ*, 44(3), 183–197.



สุภาวดี กลัดทอง, & ณรินี แยมสกุล. (2021). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ. ต่อความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช*, 1(2), 14–26.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร. (ม.ป.ป.). *ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข*.
<https://hdc.moph.go.th/mdh/public/main>

อารยา เขียงทอง, พิชรี ดวงจันทร์, & อังศิรินทร์ อินทรกำแหง. (2560). ความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่: ประสพการณ์ของการเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและมุมมองที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพ. *วารสารเกื้อการุณย์*, 24(2), 162–178.

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

Bloom, B. S., Hastings, J. T., & Madaus, G. F. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.

International Diabetes Federation. (2025). About diabetes. <https://idf.org/about-diabetes/what-is-diabetes/>

Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Sionska Z, et al., (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models, from
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22276600>



ผลของโปรแกรมกิจกรรมเลียนแบบท่าทางโดยใช้อัลบั้มภาพอารมณ์ส่วนบุคคล (PEPA)
ต่อความสามารถในการรับรู้ภาษากายและความสามารถในการสื่อสารอารมณ์
ในเด็กออทิสติก

Effects of the Gesture Imitation Activity Program Using a Personal Emotion
Photo Album (PEPA Program) on Body Language Recognition Ability and
Emotional Communication Ability in Autistic Children

Received: April 12, 2026

Revised: April 23, 2026

Accepted: April 30, 2026

ปริญญญา ทาประเสริฐ*

Phatinya Thaprasert*

* ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดลำปาง ตำบลพระบาท อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000

Special Education Centre, Lampang Province, Phrabat Sub-district, Mueang District, Lampang 52000

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรม PEPA (Personal Emotion Photo Album Program) ต่อความสามารถในการรับรู้ภาษากาย (BLRA) และความสามารถในการสื่อสารอารมณ์ (ECA) ในเด็กออทิสติกอายุ 4-8 ปี กลุ่มเป้าหมายเป็นเด็กออทิสติก 5 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ DSM-5 จากศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดลำปาง ดำเนินการวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน (PAOR) 4 วงรอบ โดยโปรแกรม PEPA มีกิจกรรม 6 ประเภท จัดแบบ 1 ต่อ 1 สัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวม 36 ครั้ง ตลอด 15 สัปดาห์

ผลการวิจัยพบว่าเด็กทุกรายมีคะแนน BLRA เพิ่มขึ้นจาก 16.20 เป็น 29.80 และ ECA เพิ่มขึ้นจาก 13.60 เป็น 26.60 จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน (ร้อยละการเปลี่ยนแปลง 83.95 และ 95.59 ตามลำดับ) เด็กที่ไม่มีภาษาพูดแสดงพัฒนาการผ่านการชี้ภาพและท่าทาง ผู้ปกครองรายงานพฤติกรรมทำหาลดลงร้อยละ 50-70 โปรแกรม PEPA ช่วยพัฒนา BLRA และ ECA ในเด็กออทิสติก และสามารถนำไปใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเด็กออทิสติกในศูนย์การศึกษาพิเศษ

คำสำคัญ: เด็กออทิสติก, ความสามารถในการรับรู้และอ่านภาษากาย, ความสามารถในการสื่อสารอารมณ์, อัลบั้มภาพอารมณ์ส่วนบุคคล, กิจกรรมเลียนแบบท่าทาง

* ผู้ประสานงาน (Corresponding Author): ปริญญญา ทาประเสริฐ

อีเมล: momopopitak9@gmail.com



Abstract

This study examined the effects of the Personal Emotion Photo Album (PEPA) Program on Body Language Reading Ability (BLRA) and Emotional Communication Ability (ECA) in autistic children aged 4 to 8 years. The target group comprised five autistic children, purposively selected according to DSM-5 diagnostic criteria from the Special Education Center of Lampang Province. The study employed a Participatory Action and Observation Research (PAOR) design across four cycles. The PEPA program encompassed six categories of activities, delivered on a one-to-one basis three sessions per week, totaling 36 sessions over 15 weeks.

The findings revealed that all participating children demonstrated notable improvements across both domains. BLRA scores increased from a mean of 16.20 to 29.80, while ECA scores rose from 13.60 to 26.60, out of a maximum possible score of 40 points, representing percentage changes of 83.95% and 95.59%, respectively. Children who were pre-verbal showed meaningful developmental progress through pointing and gestural communication. Additionally, parents reported a 50 to 70 percent reduction in challenging behaviors following program participation. These results suggest that the PEPA program effectively enhances both BLRA and ECA in autistic children, and holds considerable promise for practical application in instructional activities within special education center settings.

Keywords: autistic children, body language reading ability, emotional communication ability, personal emotion photo album, imitative gesture activities

บทนำ

เด็กปฐมวัยทุกคนต้องเรียนรู้ที่จะอ่านอารมณ์ผู้อื่นจากสีหน้าและท่าทาง ซึ่ง Ren et al. (2023) และ Cavadini et al. (2025) พบว่าทักษะนี้วางรากฐานให้เด็กสามารถเข้าสังคมและสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ตั้งแต่อายุเรียน กระทรวงศึกษาธิการ (2560) จึงกำหนดให้การพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์เป็นหนึ่งในเป้าหมายหลักของหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย อย่างไรก็ตาม เด็กที่มีภาวะออทิสติกสเปกตรัม (Autism Spectrum Disorder: ASD) มักไม่สามารถอ่านอารมณ์ผู้อื่นและสื่อสารความรู้สึกตนเองได้อย่างเหมาะสม (American Psychiatric Association, 2022) สมาคม

ผู้ปกครองบุคคลออทิสติกไทย (2566) รายงานว่าจำนวนเด็กกลุ่มนี้ในประเทศไทยเพิ่มขึ้นต่อเนื่องทุกปี และปัญหาดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อการเรียนรู้ร่วมกับผู้อื่นในชั้นเรียน

ครูและนักกิจกรรมบำบัดที่ทำงานกับเด็กออทิสติกมักเลือกใช้สื่อภาพ เพราะเด็กกลุ่มนี้เรียนรู้จากการมองเห็นมากกว่าการฟัง วรรณภา ขาดิพิชิต (2560) ทดลองใช้ภาพถ่ายจริงในศูนย์การศึกษาพิเศษพบว่าเด็กตอบสนองและมีส่วนร่วมมากกว่าเมื่อเทียบกับภาพการ์ตูน ประภัสสร ปรีเปรม (2562) รายงานเช่นเดียวกันว่าภาพถ่ายส่วนบุคคลทำให้เด็กสื่อสารอารมณ์ได้ดีขึ้นและพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ลดลง

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรม PEPA (Personal Emotion Photo Album Program) โดยนำภาพถ่ายของตัวเองมาใช้ร่วมกับกิจกรรมเลียนแบบท่าทาง แนวคิดนี้มาจาก Self-Modeling ของ Bandura (1997) ที่พบว่าเด็กเรียนรู้ได้เร็วกว่าเมื่อเห็นตนเองในบทบาทที่ต้องการฝึก และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของ Bandura (1977) ที่อธิบายว่าการเลียนแบบตัวแบบที่ใกล้เคียงกับตนเองให้ผลดีกว่า ดร.ณวรรณ แก้วหนูนวล และสัญญาชัย พัฒนสิทธิ์ (2558) ทดลองใช้กิจกรรมเลียนแบบท่าทางกับสื่อภาพในเด็กออทิสติกแล้วพบว่าเด็กอ่านสัญญาณทางสังคมได้ดีกว่า การสอนแบบบรรยาย Pittet et al. (2024) พบผลใกล้เคียงกันว่ากิจกรรมลักษณะนี้ทำให้เด็กออทิสติกอายุ 2-6 ปีสนใจใบหน้าผู้อื่นและรับรู้อารมณ์ได้ดีขึ้น

งานวิจัยที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาที่ใช้ภาพถ่ายของตัวเองร่วมกับกิจกรรมเลียนแบบท่าทางในบริบทศูนย์การศึกษาพิเศษของไทยอย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงออกแบบโปรแกรม PEPA และดำเนินการวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน (Classroom Action Research) ตามกระบวนการ PAOR ของ Kemmis & McTaggart (2005) ซึ่งมี 4 ขั้นตอนวนซ้ำ ได้แก่ วางแผน (Plan) ปฏิบัติ (Act) สังเกต (Observe) และสะท้อนผล (Reflect) รวม 4 วนรอบใน 15 สัปดาห์ เพื่อให้ครูปรับกิจกรรมได้ตรงกับเด็กแต่ละคน และเป็นแนวทางสำหรับครูการศึกษาพิเศษและนักกิจกรรมบำบัดนำไปใช้ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม PEPA ต่อความสามารถในการรับรู้และอ่านภาษากาย ของเด็กออทิสติกอายุ 4-8 ปี ที่รับบริการในศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดลำปาง
- 2) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม PEPA ต่อความสามารถในการสื่อสารอารมณ์ ของเด็กออทิสติกอายุ 4-8 ปี ที่รับบริการในศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดลำปาง

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) ตามกระบวนการ PAOR ของ Kemmis และ McTaggart (2005) ดำเนินการ ที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดลำปาง หน่วย



บริการอำเภอมะแมะ ในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2568 กลุ่มเป้าหมายได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 5 คน จากประชากรเด็กออทิสติกที่รับบริการทั้งสิ้น 45 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะออทิสติกสเปกตรัมตามเกณฑ์ DSM-5 อายุระหว่าง 4 ปี 0 เดือน ถึง 8 ปี 11 เดือน มีความบกพร่องด้านการสื่อสารทางสังคมในระดับที่ต้องการความช่วยเหลือ สามารถนั่งทำกิจกรรมได้อย่างน้อย 10 นาทีต่อเนื่อง และผู้ปกครองยินยอมให้ถ่ายภาพและใช้ในโปรแกรม กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยเด็กผู้หญิง 1 คน เด็กผู้ชาย 4 คน อายุ 4–8 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นบุคคลออทิสติก ASD ระดับ 1–2 จำนวน 3 คน และระดับ 2–3 จำนวน 2 คน มีความสามารถทางภาษาตั้งแต่ไม่มีภาษาพูดจนถึงพูดเป็นประโยคสั้น (2 คนไม่มีภาษาพูด 3 คนพูดได้จำกัด) เพื่อปกป้องข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยกำหนดรหัสแทนชื่อจริงให้แก่กลุ่มเป้าหมายทั้ง 5 ราย ได้แก่ C001 C002 C003 C004 และ C005 ซึ่งเป็นรหัสที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นแทนชื่อจริง ของเด็กแต่ละคนตลอดทั้งบทความ

2.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 Emotion Photo Album Program ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น อ้างอิงทฤษฎีจิต (Theory of Mind) ของ Premack & Woodruff (1978) และทฤษฎีการเรียนรู้ ทางสังคม (Social Learning Theory) ของ Bandura (1977) ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ประเภท ได้แก่ กิจกรรมกระเจกเงาอารมณ์ กิจกรรมจับคู่อารมณ์จากนิทาน กิจกรรมเล่านิทานอารมณ์ กิจกรรมบทบาทสมมติ กิจกรรมอัลบั้มอารมณ์ประจำวัน และกิจกรรมเกมจับคู่อารมณ์ โดยใช้อัลบั้มภาพถ่ายส่วนบุคคลของเด็ก แต่ละคน (40–50 ภาพ ครอบคลุม 5 อารมณ์ ได้แก่ ดีใจ เศร้า โกรธ กลัว ประหลาดใจ) เป็นสื่อหลัก

2.2 แบบประเมินความสามารถในการรับรู้และอ่านภาษากาย (Body Language Recognition Assessment: BLRA) ดัดแปลงจาก ADOS-2, SRS, NEPSY-II และ Facial Emotion Recognition Test ของ Ekman & Friesen (1976) คะแนนเต็ม 40 คะแนน

2.3 แบบประเมินความสามารถในการสื่อสารอารมณ์ (Emotion Communication Assessment: ECA) ดัดแปลงจาก Vineland-3, FEAS, PECS Assessment และ SRS-2 คะแนนเต็ม 40 คะแนน แบบประเมินทั้งสองชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67–1.00 โดยแบบประเมิน BLRA และแบบประเมิน ECA ทั้งสองชุดออกแบบให้การตอบสนองได้หลายรูปแบบโดยไม่บังคับใช้ภาษาพูด

3.การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการโปรแกรม PEPA ในรูปแบบ 1 ต่อ 1 ครั้งละ 40–45 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวม 36 ครั้งตลอด 15 สัปดาห์ แบ่งเป็น 4 วงรอบ PAOR วงรอบละ 9 ครั้ง ประเมินก่อนโปรแกรม (Pre-

test) กลางโปรแกรม (Mid-test ทำยวรอบที่ 2) และหลังโปรแกรม (Post-test สัปดาห์ที่ 15) บันทึกพฤติกรรมรายครั้งและสัมภาษณ์ผู้ปกครองก่อนและหลังโปรแกรม

4.การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยเปรียบเทียบคะแนน BLRA และ ECA ก่อน-กลาง-หลังโปรแกรมรายบุคคล ด้วยค่าเฉลี่ยและร้อยละ นำเสนอในรูปแบบตาราง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากบันทึกการสังเกตพฤติกรรมรายครั้ง บันทึกการสะท้อนผลทำยวรอบและบันทึกการสัมภาษณ์ผู้ปกครองด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) นำเสนอเป็นความเรียงตามลำดับยวรอบ

5.ข้อพิจารณาจริยธรรม

ผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์ และกิจกรรมที่จะดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง พร้อมกับขอคำยินยอมจากผู้ปกครองโดยสมัครใจ ก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตบันทึกภาพกิจกรรม และแจ้งกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง ข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม ไม่สื่อถึงบุคคล

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการพัฒนาตามยวรอบปฏิบัติการ

ยวรอบที่ 1 กิจกรรมกระเจกเงาอารมณ์ (สัปดาห์ที่ 3-5)

ขั้นวางแผน (Plan): ผู้วิจัยวางแผนใช้กิจกรรมกระเจกเงาอารมณ์ 9 ครั้ง โดยใช้ภาพถ่ายของเด็กแต่ละคนที่แสดงสีหน้า 5 อารมณ์หลัก (ดีใจ เศร้า โกรธ กลัว ประหลาดใจ) เพื่อฝึกการรับรู้และเลียนแบบอารมณ์ผ่านการเคลื่อนไหวร่างกาย วัตถุประสงค์ คือ ให้เด็กจำแนก และเลียนแบบอารมณ์ดีใจ เศร้า และโกรธผ่านภาพถ่ายและกระเจก โดยตั้งสมมติฐานว่าภาพถ่าย ตนเองจะทำให้เด็กเชื่อมโยงกับอารมณ์ได้ดีกว่าการ์ดสำเร็จรูป ตามที่วรรณภา ชาติพิชิต (2560) พบไว้

ขั้นปฏิบัติ (Act): ดำเนินกิจกรรม 9 ครั้ง ตามแผนที่วางไว้ ใช้ภาพถ่ายส่วนตัวเป็นสื่อหลักควบคู่กับกระเจกเงาจริงในห้องบำบัด

ขั้นสังเกต (Observe): บันทึกพฤติกรรมทุกครั้ง สังเกตระดับการเลียนแบบ ช่วงความสนใจ และอารมณ์ที่เด็กแต่ละคนทำได้หรือมีปัญหา พบว่าเด็กทุกคนตอบสนองต่อภาพถ่ายตนเอง ได้ดีกว่าการ์ดมาตรฐาน อารมณ์ดีใจทำได้ง่ายที่สุด ส่วนกลัวและประหลาดใจ ทำได้ยากในทุกยวรอบ ซึ่งเห็นได้จากคะแนน BLRA ส่วนที่ 1 ที่ยังอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง

ขั้นสะท้อนผล (Reflect): ผู้วิจัยตัดสินใจระงับการสอนอารมณ์กลัวและประหลาดใจ ด้วยสีหน้าและใช้เฉพาะดีใจ เศร้า โกรธในยวรอบแรก เนื่องจากอารมณ์กลัวและประหลาดใจต้องอาศัย การประมวลผลบริบทซึ่งยากเกินระดับพัฒนาการของเด็กในกลุ่มนี้ Yeung (2022) พบจาก การทบทวนงานวิจัยกว่า 148 ชิ้นว่าเด็กออทิสติกมีความยากลำบากกับอารมณ์ซับซ้อนมากกว่า อารมณ์พื้นฐาน ผู้วิจัยจึงปรับให้ทั้งสองอารมณ์ฝึกผ่านการจับคู่การ์ดแทนเพื่อให้ตรงกับระดับ ที่เด็กทำได้จริง



วงรอบที่ 2 กิจกรรมจับคู่อารมณ์จากนิทาน (สัปดาห์ที่ 6-8)

ขั้นวางแผน (Plan) จากผลวงรอบที่ 1 วางแผนยกระดับไปสู่การอ่านอารมณ์ผู้อื่น จากสถานการณ์ โดยอ้างอิง Theory of Mind (Premack & Woodruff, 1978) ที่ระบุว่า การรับรู้อารมณ์ผู้อื่นเป็นทักษะที่ต้องฝึกต่อจากการรับรู้อารมณ์ตนเอง วางแผนใช้กิจกรรม "ทายใจเพื่อน" และกำหนดให้มีการประเมิน Mid-test ในสัปดาห์ที่ 8

ขั้นปฏิบัติ (Act) เมื่อดำเนินกิจกรรม "ทายใจเพื่อน" พบว่ายากเกินระดับ พัฒนาการของเด็กทุกคน โดยเฉพาะ C003 และ C001 ที่ไม่มีภาษาพูด ผู้วิจัยจึงปรับเป็น กิจกรรม "จับคู่อารมณ์จากนิทาน" ในสัปดาห์ที่ 7 โดยใช้ภาพจากอัลบั้มส่วนตัวของเด็ก แต่ละคนประกอบเรื่องราว

ขั้นสังเกต (Observe) เด็กทุกคนตอบสนองได้ดีขึ้นทันทีหลังปรับกิจกรรม คะแนน BLRA กลาง (Mid-test) เฉลี่ยเพิ่มจาก 16.20 เป็น 23.00 คะแนน (+6.80 คะแนน) และคะแนน ECA กลาง เฉลี่ยเพิ่มจาก 13.60 เป็น 20.00 คะแนน (+6.40 คะแนน) C004 บอกอารมณ์จากภาพ นิทานได้ถูกต้องถึงร้อยละ 80 ของรายการทดสอบบ่งชี้ว่า กิจกรรมที่ใช้ภาพส่วนตัวในบริบท นิทานตรงกับระดับพัฒนาการของเด็กกลุ่มนี้มากกว่า

ขั้นสะท้อนผล (Reflect) การปรับจาก "ทายใจเพื่อน" ซึ่งยากเกินระดับพัฒนาการ มาเป็น "จับคู่อารมณ์จากนิทาน" ที่ใช้ภาพตนเองประกอบเรื่องราวที่คุ้นเคย ทำให้เด็กนำทักษะ BLRA ส่วนที่ 1 และ 3 ที่ฝึกในวงรอบแรกมาใช้ได้จริงในบริบทใหม่ ธมลวรรณ ใจไหว (2561) พบในทำนองเดียวกันว่ากระบวนการ PAOR ช่วยให้ครูปรับกิจกรรมได้ตรงกับความต้องการ ของเด็กรายบุคคลมากขึ้น

วงรอบที่ 3 กิจกรรมเล่านิทานอารมณ์และบทบาทสมมติ (สัปดาห์ที่ 9-11)

ขั้นวางแผน (Plan) วัตถุประสงค์คือให้เด็กนำทักษะ BLRA และ ECA ที่ฝึกมาใช้ ในบริบทสังคมจริง โดยใช้สถานการณ์จาก IEP ของเด็กแต่ละคนเป็นฐาน ซึ่งตรงกับที่ Bandura (1977) ระบุว่าทักษะจะคงทนขึ้นเมื่อฝึกในสถานการณ์ที่หลากหลายใกล้เคียงชีวิตจริง และเริ่มประสานกับผู้ปกครองให้สังเกตพฤติกรรมที่บ้าน

ขั้นปฏิบัติ (Act) ดำเนินกิจกรรมเล่านิทานอารมณ์และบทบาทสมมติ 9 ครั้ง โดยใช้สถานการณ์จากแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล (IEP) ของเด็กแต่ละคนเป็นฐาน

ขั้นสังเกต (Observe) เด็กทุกคนแสดงพฤติกรรมการสื่อสารอารมณ์ได้หลากหลายขึ้น C005 เริ่มพูดบอกอารมณ์โดยไม่รบกวนถาม C004 หันถามผู้วิจัยว่า "ครูโกรธไหม?" ซึ่งเป็น พฤติกรรมที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน C001 และ C002 สามารถชี้ภาพอัลบั้มสื่ออารมณ์กับครู และผู้ปกครองได้ภายในวงรอบนี้

ขั้นสะท้อนผล (Reflect) เด็กทุกคนพัฒนาขึ้นในวงรอบนี้ C001 และ C003 ชี้อารมณ์ได้เร็ว และถูกต้องขึ้น อย่างไรก็ตาม C003 ยังพัฒนาช้ากว่าเพื่อนเพราะได้รับการวินิจฉัย ASD ระดับ 2-3 และมีพฤติกรรมกระตุ้นตัวเองสูง ซึ่งรบกวนช่วงความสนใจในกิจกรรม บทบาทสมมติ ผู้วิจัยจึง

วางแผนรอบที่ 4 โดยเน้นกิจกรรมอัลบั้มประจำวันที่มี โครงสร้างชัดเจนและคาดเดาได้ เหมาะกับ C003 มากกว่า

วงรอบที่ 4 กิจกรรมอัลบั้มอารมณ์ประจำวันและจับคู่อารมณ์ (สัปดาห์ที่ 12-14)

ขั้นวางแผน (Plan) วัตถุประสงค์หลักคือ ให้เด็กนำทักษะที่ฝึกมา นำไปใช้ในชีวิตจริงนอกห้องบำบัด โดยอาศัยผู้ปกครอง เป็นผู้ช่วยสังเกตและส่งเสริม ทักษะที่บ้าน ตรงกับที่สุกัญญา โสิตานนท์ (2560) พบว่าเมื่อผู้ปกครองเข้าร่วมฝึก เด็กนำทักษะกลับไปใช้ที่บ้านได้เร็วขึ้น จัดทำแบบบันทึกพฤติกรรมอย่างง่าย 3 ตัวชี้วัด พร้อมตัวอย่างให้ผู้ปกครองใช้

ขั้นปฏิบัติ (Act) ดำเนินกิจกรรมอัลบั้มอารมณ์ประจำวันและกิจกรรมเกมจับคู่อารมณ์ 9 ครั้ง โดยเน้นการนำทักษะไปใช้นอกห้องบำบัด

ขั้นสังเกต (Observe) สังเกตพฤติกรรมของเด็กนอกช่วงกิจกรรมประสานกับครู และผู้ปกครองให้บันทึกพฤติกรรมการสื่อสารอารมณ์ในห้องเรียนและที่บ้าน ครूरายงานว่า C002 และ C004 บอกอารมณ์ตัวเองได้เองในห้องเรียน C005 ส่งเสียงร้องน้อยลงและเริ่มพูดแทน ผู้ปกครอง C001 แจ้งว่า C001 นำอัลบั้มไปชี้ภาพให้แม่ดูที่บ้านเมื่อต้องการสื่อสาร ถือเป็นครั้งแรกที่มีการนำทักษะไปใช้นอกห้องเรียน ซึ่งเห็นได้จากคะแนน Post-test โดย C002 และ C004 มีคะแนน ECA สูงสุด (31 และ 33 คะแนน) และ C001 มีผลต่าง ECA สูงสุดในกลุ่ม +16 คะแนน

ขั้นสะท้อนผล (Reflect) เด็กทั้ง 5 คนพัฒนาขึ้น โดย C002 และ C004 ซึ่งเป็น ASD ระดับ 1-2 และมีภาษาพูด พัฒนาถึงขั้นพูดบอกอารมณ์ได้เองโดยไม่รบกวนถาม ส่วน C001 C003 และ C005 ที่มีข้อจำกัดทางภาษา ชีการัดหรือภาพได้รวดเร็วและถูกต้องมากขึ้น ซึ่งเป็นเส้นทางพัฒนาการที่เหมาะสมกับระดับของแต่ละคน (Yeung, 2022)

ส่วนที่ 2 ผลต่างคะแนน BLRA และ ECA ก่อน-กลาง-หลังโปรแกรม PEPA

ตารางที่ 1 ผลการประเมินความสามารถในการรับรู้และอ่านภาษากาย (Body Language Recognition Assessment: BLRA) ก่อน-กลาง-หลังโปรแกรม PEPA (คะแนนเต็ม 40 คะแนน)

รหัส	ก่อน			กลาง			หลัง			ร้อยละการเปลี่ยนแปลง
	คะแนน	ร้อยละ	ระดับ	คะแนน	ร้อยละ	ระดับ	คะแนน	ร้อยละ	ระดับ	
C001	12	30.00	ต่ำ	20	50.00	ปานกลาง	30	75.00	ดี	150.00
C002	19	47.50	ปานกลาง	28	70.00	ดี	32	80.00	ดี	68.42
C003	8	20.00	ต่ำมาก	12	30.00	ต่ำ	20	50.00	ปานกลาง	150.00
C004	25	62.50	ดี	32	80.00	ดี	37	92.50	ดีมาก	48.00
C005	17	42.50	ปานกลาง	23	57.50	ปานกลาง	30	75.00	ดี	76.47
เฉลี่ย	16.20	40.50	–	23.00	57.50	–	29.80	74.50	–	83.95



จากตารางที่ 1 พบว่าเด็กทุกคนมีคะแนน BLRA สูงขึ้นตลอดโปรแกรม C004 มีคะแนนหลัง สูงสุด 37 คะแนน (ร้อยละ 92.50 ระดับดีมาก) C001 และ C005 มีคะแนนหลัง 30 คะแนนเท่ากัน (ร้อยละ 75.00 ระดับดี) C002 ได้ 32 คะแนน (ร้อยละ 80.00 ระดับดี) C003 ซึ่งมีคะแนนก่อนต่ำสุด (8 คะแนน ระดับต่ำมาก) มีคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 20 คะแนน (ร้อยละ 50.00 ระดับปานกลาง) คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มเพิ่มจาก 16.20 เป็น 29.80 คะแนน คิดเป็นร้อยละการเปลี่ยนแปลง 83.95

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความสามารถในการสื่อสารอารมณ์ (Emotion Communication Assessment: ECA) ก่อน-กลาง-หลังโปรแกรม PEPA (คะแนนเต็ม 40 คะแนน)

รหัส	ก่อน			กลาง			หลัง			ร้อยละการเปลี่ยนแปลง
	คะแนน	ร้อยละ	ระดับ	คะแนน	ร้อยละ	ระดับ	คะแนน	ร้อยละ	ระดับ	
C001	10	25.00	ต่ำ	17	42.50	ปานกลาง	26	65.00	ดี	160.00
C002	17	42.50	ปานกลาง	24	60.00	ดี	31	77.50	ดี	82.35
C003	6	15.00	ต่ำมาก	10	25.00	ต่ำ	16	40.00	ต่ำ	166.67
C004	21	52.50	ปานกลาง	28	70.00	ดี	33	82.50	ดีมาก	57.14
C005	14	35.00	ต่ำ	21	52.50	ปานกลาง	27	67.50	ดี	92.86
เฉลี่ย	13.60	34.00	–	20.00	50.00	–	26.60	66.50	–	95.59

จากตารางที่ 2 พบว่าเด็กทุกคนมีคะแนน ECA สูงขึ้นตลอดโปรแกรมเช่นกัน C004 มีคะแนน ECA หลังสูงสุด 33 คะแนน (ร้อยละ 82.50 ระดับดีมาก) C001 มีผลต่าง ECA สูงสุด +16 คะแนน (จาก 10 เป็น 26 คะแนน) C003 มีคะแนนหลัง 16 คะแนน (ร้อยละ 40.00 ระดับต่ำ) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากระดับต่ำมาก คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มเพิ่มจาก 13.60 เป็น 26.60 คะแนน คิดเป็นร้อยละการเปลี่ยนแปลง 95.59

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าเด็กออทิสติกทั้ง 5 คน มีความสามารถในการรับรู้และอ่านภาษากาย (BLRA) และความสามารถในการสื่อสารอารมณ์ (ECA) สูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสอดคล้อง

กับสมมติฐานที่ตั้งไว้ทั้งสองข้อ เด็กทั้ง 5 คนพัฒนาขึ้นในทุกวงรอบ แม้จะต่างกันตามระดับ ASD และความสามารถทางภาษาของแต่ละคน

ในวงรอบที่ 1 เด็กทุกคนตอบสนองต่อภาพถ่ายตนเองได้ดีกว่าการดูมาตรฐาน น่าจะเป็นเพราะภาพของตัวเองทำให้เด็กจดจ่อได้มากกว่า ตรงกับ Self-Modeling ของ Bandura (1997) ที่ว่าการเห็นตัวเองในบทบาทที่ต้องการฝึกจะกระตุ้นให้อยากเรียนรู้ ได้ดีกว่าการเห็นบุคคลอื่น วรรณภา ซาติพิชิต (2560) พบในทำนองเดียวกันว่าเด็กออทิสติก มีความสนใจและมีส่วนร่วม มากกว่าเมื่อใช้ภาพถ่ายจริงของตนเอง

ในวงรอบที่ 2 การปรับกิจกรรมจาก "ทายใจเพื่อน" เป็น "จับคู่อารมณ์จากนิทาน" ส่งผลให้เด็กทุกคนตอบสนองได้ดีขึ้นทันที การตัดสินใจครั้งนี้เป็นตัวอย่างสำคัญของกระบวนการ PAOR ที่ปรับบนพื้นฐานการสังเกตจริง สอดคล้องกับประภัสสร ปรีเปรม (2562) ที่รายงานว่า กระบวนการสะท้อนผลทำวงรอบช่วยให้ครูตัดสินใจบนพื้นฐาน ข้อมูลจริงจากห้องเรียน

ในวงรอบที่ 3 C004 เริ่มถามอารมณ์ผู้อื่นเองและ C005 เริ่มพูดบอกอารมณ์ โดยไม่รอ ถูกถาม เห็นได้จากคะแนน ECA ส่วนที่ 4 (ความเหมาะสมของการตอบสนอง) และส่วนที่ 3 (การระบุชื่ออารมณ์) ที่เพิ่มขึ้น โดย C004 มี ECA เพิ่มขึ้นจาก 28 เป็น 33 คะแนน และ C005 เพิ่มขึ้นจาก 21 เป็น 27 คะแนน

ในวงรอบที่ 4 C001 นำอัลบั้มไปใช้ภาพให้แม่ดูที่บ้านเองโดยไม่มีใครสั่ง และ C002 กับ C004 บอกอารมณ์ตัวเองได้ในห้องเรียนปกติ ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยตั้งใจมาตลอด คือให้เด็กนำทักษะ ไปใช้ในชีวิตจริงนอกห้องบำบัด สุกัญญา ไชยสถานนท์ (2560) พบว่าเมื่อผู้ปกครองเข้าร่วมฝึก เด็กนำทักษะกลับไปใช้ที่บ้านได้เร็วกว่ากลุ่มที่รับการบำบัดกับนักวิชาชีพเพียงอย่างเดียว

ผลการวิจัยพบว่าเด็กที่ไม่มีภาษาพูดสามารถพัฒนาความสามารถ BLRA ผ่านการชี้ภาพและท่าทาง โดย C001 มีคะแนน BLRA เพิ่มขึ้น +18 คะแนน (จากระดับต่ำเป็นระดับดี) แม้ไม่มีภาษาพูดตลอดโปรแกรม และมีผลต่าง ECA สูงสุด +16 คะแนน ซึ่งสอดคล้อง กับปิยนุช เนียมทรัพย์ (2562) ที่พบว่าเด็กออทิสติกสามารถสื่อสาร อารมณ์ผ่านการชี้ภาพได้ก่อนที่จะมีภาษาพูด และรัตนภรณ์ อากกล้า (2562) ที่พบว่า การรับรู้อารมณ์ไม่ขึ้นอยู่กับความสามารถทางภาษาพูด

สำหรับ C003 ที่มีพัฒนาการน้อยกว่าเพื่อน (BLRA +12 คะแนน, ECA +10 คะแนน) เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยกลุ่มซึ่งอยู่ที่ +13.60 และ +13.00 คะแนนตามลำดับ ผู้วิจัยพิจารณาว่า C003 ได้รับการวินิจฉัย ASD ระดับ 2-3 ซึ่งหนักกว่าเพื่อนในกลุ่มส่วนใหญ่ ระดับ ASD ที่รุนแรงกว่า และพฤติกรรมกระตุ้นตัวเองสูงน่าจะเป็นเหตุผลหลัก เพราะส่งผลต่อช่วงความสนใจ และความเร็วในการตอบสนอง เห็นได้จากคะแนน BLRA ส่วนที่ 2 (การสบตา) และส่วนที่ 4 (ความรวดเร็วในการตอบสนอง) ของ C003 ที่ยังอยู่ในระดับต่ำตลอดโปรแกรม Yeung (2022) พบในทำนองเดียวกันว่าเด็กออทิสติกที่มีระดับความรุนแรงสูงกว่าใช้เวลาประมวลผลอารมณ์นานกว่า



สำหรับอารมณ์กลัวและตกใจ เด็กทุกคนแสดงออกทางสีหน้าได้จำกัดตลอดโปรแกรม การตัดสินใจของผู้วิจัยที่ไม่บังคับให้เด็กแสดงสองอารมณ์นี้ด้วยสีหน้า แต่ยอมรับการจับคู่การ์ด แทนเป็นตัวอย่างสำคัญของกระบวนการ PAOR ที่ปรับบนพื้นฐานจากการสังเกตจากห้องเรียน ดรณวรรณ แก้วหนูนวล และสัณชัย พัฒนสิทธิ์ (2558) พบว่ากิจกรรมเลียนแบบ ท่าทางร่วมกับสื่อภาพช่วยให้เด็กรู้จักตนเองมากขึ้นและอ่านสัญญาณของผู้อื่นได้ดีกว่าการสอนแบบอธิบายอย่างเดียว ซึ่งตรงกับแนวทางที่โปรแกรม PEPA ใช้ Pittet et al. (2024) ยังพบด้วยว่า กิจกรรมเลียนแบบท่าทางช่วยพัฒนาความสนใจใบหน้าในเด็กออทิสติกวัย 2-6 ปี ซึ่งเป็นพื้นฐาน ของการรับรู้อารมณ์ผู้อื่น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากผลการวิจัยพบว่าโปรแกรม PEPA ให้ผลดีในเด็กออทิสติกระดับ ASD 1-2 มากกว่าระดับ 2-3 เนื่องจากเด็กระดับ 2-3 มีช่วงความสนใจสั้นและพฤติกรรมกระตุ้นตัวเองที่รบกวนกิจกรรมซึ่งต้องใช้สมาธิต่อเนื่อง ผู้ที่จะนำโปรแกรมนี้ไปใช้ควรปรับโครงสร้างกิจกรรมให้คาดเดาได้และสั้นลงสำหรับเด็กกลุ่มดังกล่าว ทั้งนี้ ควรจัดให้มีการฝึกอย่างน้อย 9 สัปดาห์ต่อเนื่องจึงจะสังเกตเห็นพัฒนาการได้ชัดเจน

2. ออกแบบแบบประเมินให้รับคำตอบได้หลายแบบ ไม่ว่าจะเป็นการชี้ภาพ การแสดงท่าทาง หรือการพูด เพื่อให้เด็กที่ยังพูดไม่ได้สามารถแสดงความสามารถได้เช่นกัน

3. ผู้ปกครองควรได้รับการชี้แจงบทบาทและแบบบันทึกพฤติกรรมที่ใช้งานได้จริง ตั้งแต่ต้นโปรแกรม เพื่อให้สามารถสังเกตและส่งเสริมทักษะของเด็กที่บ้านควบคู่กับการฝึก ในห้องบำบัด

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมเด็กออทิสติกในหลายจังหวัด และแยกวิเคราะห์ตามระดับความรุนแรง ASD (1-2 และ 2-3) เพื่อระบุว่าโปรแกรม PEPA เหมาะสมกับกลุ่มเด็กระดับใดมากกว่ากัน

2. ควรศึกษาผลระยะยาวหลังสิ้นสุดโปรแกรมอย่างน้อย 3-6 เดือน เพื่อติดตาม ความคงทนของทักษะที่พัฒนาได้

3. ควรศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรม PEPA ในกลุ่มเด็กออทิสติกที่มีระดับ ความรุนแรงของ ASD ต่างกัน (ระดับ 1-2 และ 2-3) ระดับความสามารถทางภาษาต่างกัน (ไม่มีภาษาพูดได้จำกัด และพูดได้เป็นประโยค) รวมถึงการเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มที่ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการฝึกอย่างเป็นระบบกับกลุ่มที่รับการฝึกจากนักวิชาชีพเพียงอย่างเดียว เพื่อระบุขอบเขตการนำโปรแกรมไปใช้ได้อย่างเหมาะสม

4. ควรพัฒนาโปรแกรม PEPA รูปแบบดิจิทัลที่เข้าถึงได้ผ่านอุปกรณ์เคลื่อนที่ เพื่อรองรับการเรียนรู้ทางไกลและการฝึกต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงจัดทำคู่มือสำหรับผู้ปกครอง และหลักสูตรฝึกอบรมครูการศึกษาพิเศษ เพื่อขยายการเข้าถึงโปรแกรมในบริบทที่หลากหลาย

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจาก ดร.เกศรินทร์ ศรีธนะ มหาวิทยาลัย ราชภัฏเชียงราย นางสาวอัญชลี กาปัญญา ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดลำพูน และนายพิระพัชร มหารวรรณ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาลำปางลำพูน ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ขอขอบคุณผู้อำนวยการสัณยจิต วรรณนวล ที่ให้คำแนะนำตลอดการวิจัย รวมถึงนักเรียน ผู้ปกครอง คณะครูและบุคลากรของศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดลำปาง ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงศึกษาธิการ. (2560). *หลักสูตรการศึกษาปฐมวัย พุทธศักราช 2560 (สำหรับเด็กอายุ 3-6 ปี)*. กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา, สำนักคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน.
- ดร.ณวรรณ แก้วหนูนวล และ สันยชัย พัฒนสิทธิ์. (2558). ผลของสื่อนิทานภาพ เชิงปฏิสัมพันธ์ต่อทักษะการพูดเล่าเรื่องในเด็กออทิสติก. *วารสารการศึกษาพิเศษ*, 7(1), 45-58.
- ธมลวรรณ ใจไหว. (2561). *การพัฒนาทักษะการประกอบอาหารของเด็กที่มีความบกพร่อง ทางสติปัญญาระดับปานกลางโดยใช้กระบวนการ PAOR* (วิทยานิพนธ์ ปริญญาการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ).
- ประภัสสร ปรีเปรม. (2562). ผลการใช้ภาพถ่ายส่วนบุคคลพัฒนาทักษะการสื่อสารอารมณ์ ในเด็กออทิสติก. *วารสารการวิจัยเพื่อการศึกษาพิเศษ*, 6(1), 18-32.
- ปิยนุช เนียมทรัพย์. (2562). การใช้บัตรภาพอารมณ์เพื่อพัฒนาการสื่อสารอารมณ์ในเด็ก ออทิสติกในโรงเรียนเรียนรวม. *วารสารการศึกษาพิเศษและบำบัด*, 4(2), 22-35.
- รัตนภรณ์ อาจกล้า. (2562). ผลของการฝึกใช้สื่อสัญลักษณ์ต่อพฤติกรรมก้าวร้าว ในเด็กออทิสติก. *วารสารกิจกรรมบำบัดไทย*, 12(2), 41-55.
- วรรณภา ซาติพิชิต. (2560). ผลการใช้ภาพถ่ายจริงต่อทักษะการรับรู้อารมณ์ในเด็กออทิสติก ในศูนย์การศึกษาพิเศษ. *วารสารการศึกษาพิเศษ*, 9(2), 30-44.
- สมาคมผู้ปกครองบุคคลออทิสติกไทย. (2566). *รายงานสถานการณ์ออทิสติกในประเทศไทย ปี 2566*. ผู้แต่ง.



สุกัญญา โขสิตานนท์. (2560). ผลการเข้าร่วมของครอบครัวต่อการนำทักษะไปใช้ในชีวิตจริง ของเด็ก
ออทิสติก. *วารสารกิจกรรมบำบัดไทย*, 10(1), 15–28.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision*.

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman.

Cavadini, T., Lafay, A., Richard, S., & Gentaz, E. (2025). The development of specific emotion comprehension components in 1285 preschool children. *Scientific Reports*, 15, Article 8673. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-90613-z>

Ekman, P., & Friesen, W. V. (1976). *Pictures of facial affect*. Consulting Psychologists Press.

Kemmis, S., & McTaggart, R. (2005). Participatory action *research*. In N. K. Denzin & Y. S.

Pittet, I., Bourquin, C., Mottet, A., Sanchez, N., & Barisnikov, K. (2024). Gesture imitation and facial attention in autistic children aged 2–6 years. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 54(2), 547–561.

Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1(4), 515–526.

Ren, H., Huang, L., Du, F., Huang, W., Lin, G., Kret, M. E., & Chen, S. (2023). Preschoolers can match the facial and bodily emotional expressions: A behavior and eye-tracking study. *SAGE Open*, 13(4). <https://doi.org/10.1177/21582440231214347>

Yeung, M. K. (2022). A systematic review and meta-analysis of facial emotion recognition in autism spectrum disorder: The specificity of deficits and the role of task characteristics. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 133, 104518. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.104518>



วารสารการพยาบาลและสุขภาพดอกจาน

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

ผลการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
ทางวิสัญญี ในผู้ป่วยผู้ใหญ่หลังได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย
โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

The Outcomes of Nursing Practice Guidelines for Preventing
Anesthesia-Related Complications in Adult Patients after General
Anesthesia at Phonphisai Hospital, Nong Khai Province

Received: April 21, 2026

Revised: April 26, 2026

Accepted: April 30, 2026

พิมพ์พิศา สุวรรณรอด^{1,*}, เกศสุตา คำพิลา¹ และธนภัทร ศรีผา¹

Pimpisa Suwannarod^{1,*}, Ketsuda Khampila¹, and Tanapat Sripha¹

¹กลุ่มงานการพยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาล

โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

¹Operating Room and Nurse Anesthesia Unit, Nursing Department,

Phonphisai Hospital, Nong Khai Province

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในผู้ป่วยผู้ใหญ่หลังได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยผู้ใหญ่ 68 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 ราย และกลุ่มควบคุม 34 ราย คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power กำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.5 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และอำนาจการทดสอบ .80 นอกจากนี้มีบุคลากรผู้ใช้แนวทางปฏิบัติ 4 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวทางปฏิบัติการพยาบาล แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด QoR-40 และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนวทาง เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.85 แบบประเมิน QoR-40 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 และแบบประเมินความพึงพอใจมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 30 เมษายน 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน สัญญาณชีพและคะแนน PAR Score แรกรับและก่อนจำหน่ายจากห้องฟักฟื้นไม่แตกต่างกันอย่างชัดเจน คะแนนความปวดในนาที่ที่ 0, 15, 30 และ 45 มีแนวโน้มใกล้เคียงกัน แต่ในนาที่ที่ 60 กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดต่ำ

* ผู้ประสานงาน (Corresponding Author): พิมพ์พิศา สุวรรณรอด

อีเมล: pimpisa3511@gmail.com



กว่ากลุ่มควบคุม ภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับการระงับความรู้สึกพบในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยเฉพาะอาการคลื่นไส้ อาเจียน และอาการวิงเวียน คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้นโยบายปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปได้ว่า แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีช่วยลดความปวด ลดภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยหลังการระงับความรู้สึก และส่งเสริมคุณภาพการฟื้นตัวของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

คำสำคัญ: แนวทางปฏิบัติการพยาบาล, ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี, การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย, คุณภาพการฟื้นตัว, ห้องพักฟื้น

Abstract

This quasi-experimental study aimed to compare the outcomes of implementing a nursing practice guideline designed to prevent anesthetic complications in adult patients following general anesthesia at Phonphisai Hospital, Nong Khai Province. The sample consisted of 68 adult patients, divided equally into an experimental group of 34 and a control group of 34. Sample size was calculated using the G*Power program, with an effect size of 0.5, a statistical significance level of .05, and a power of .80. Additionally, four nursing personnel served as guideline implementers. The research instruments included the nursing practice guideline, a patient data recording form, the Quality of Recovery-40 (QoR-40) assessment tool, and a guideline-user satisfaction questionnaire. Content validity was verified by three experts, yielding a Content Validity Index (CVI) of 0.85. The QoR-40 demonstrated a reliability coefficient of 0.88, and the satisfaction questionnaire yielded a reliability coefficient of 0.90. Data were collected from January 1 to April 30, 2025, and analyzed using descriptive statistics and the independent t-test.

The findings revealed that baseline characteristics of both groups were comparable. Vital signs and PAR scores at admission and prior to discharge from the post-anesthesia care unit showed no marked differences between groups. Pain scores at 0, 15, 30, and 45 minutes followed similar trends across both groups; however, at



วารสารการพยาบาลและสุขภาพดอกจาน

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

60 minutes, the experimental group recorded notably lower pain scores than the control group. Post-anesthetic complications were less prevalent in the experimental group, particularly with respect to nausea, vomiting, and dizziness. The quality of recovery at 24 hours post-surgery was higher in the experimental group, and nursing personnel reported the highest level of satisfaction with the use of the guideline.

In conclusion, the nursing practice guideline for the prevention of anesthetic complications effectively reduced pain, decreased the incidence of common post-anesthetic complications, and promoted superior quality of patient recovery. These findings support its broader application in the care of patients recovering from general anesthesia within a community hospital setting.

Keywords: nursing practice guideline, anesthetic complications, general anesthesia, quality of recovery, post-anesthesia care unit

บทนำ

การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างปลอดภัย ลดความเจ็บปวดและความเครียดของผู้ป่วย ทั้งยังสัมพันธ์โดยตรงกับผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยและคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเป็นผลลัพธ์สำคัญของการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการระงับความรู้สึก เนื่องจากสะท้อนทั้งด้านความสบาย สภาวะทางอารมณ์ ความเป็นอิสระทางกายภาพ การได้รับการสนับสนุน และการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม (กรมการแพทย์, 2563; Myles et al., 2000)

ประเทศไทยกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพภายใต้แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขชาติ 20 ปี โดยมุ่งยกระดับคุณภาพบริการให้มีมาตรฐาน ปลอดภัย และลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ งานการพยาบาลวิสัญญีจึงมีบทบาทสำคัญตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และโดยเฉพาะระยะหลังได้รับการระงับความรู้สึก ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายด้าน เช่น ความปวด คลื่นไส้อาเจียน หนาวสั่น ภาวะพร่องออกซิเจน ความผิดปกติของสัญญาณชีพ และการฟื้นตัวล่าช้า หากขาดการประเมินและเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบ อาจส่งผลต่อคุณภาพการฟื้นตัว ระยะเวลากักฟื้น และความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวม (กระทรวงสาธารณสุข, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2559; ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2561)

โรงพยาบาลโพธิสัย ให้บริการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไปและสูตินรีเวชกรรม โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2564–2566 จำนวน 279,



395 และ 432 ราย ตามลำดับ ขณะเดียวกันยังพบภาวะแทรกซ้อนหลังการระงับความรู้สึก ซึ่งสะท้อนว่าการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการระงับความรู้สึกยังมีประเด็นที่ควรพัฒนาให้เป็นระบบมากขึ้น (สถิติโรงพยาบาลโพธิสัย, 2566)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งศึกษาความชุกหรือปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี ขณะที่การศึกษาที่ประเมินผลของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็นระบบในบริบทโรงพยาบาลชุมชนยังมีไม่มากนัก โดยเฉพาะการศึกษาที่เปรียบเทียบผลระหว่างการใช้แนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นกับการดูแลตามมาตรฐานเดิมในผู้ป่วยผู้ใหญ่หลังได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (วรรณพร ปัญญาใส และคณะ, 2564) ประเด็นดังกล่าวจึงเป็นช่องว่างสำคัญที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติม ผู้วิจัยจึงพัฒนาและนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในผู้ป่วยผู้ใหญ่หลังได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายมาใช้ในบริบทของโรงพยาบาลโพธิสัย เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลวิสัญญี เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในผู้ป่วยผู้ใหญ่หลังได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานเดิม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดจากแบบประเมิน Quality of Recovery-40 (QoR-40) ของ Myles et al. (2000) ร่วมกับหลักการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้นตามมาตรฐานวิสัญญี เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการเฝ้าระวัง ประเมิน และจัดการภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดให้การใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเป็นตัวแปรต้น และกำหนดผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนหลังการระงับความรู้สึก คะแนนความปวด คะแนน PAR Score และคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด รวมทั้งผลลัพธ์ด้านผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ใช้แนวทางปฏิบัติ เป็นตัวแปรตาม ทั้งนี้คาดว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางที่เป็นระบบและมีมาตรฐาน จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมคุณภาพการฟื้นตัว และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลของบุคลากรได้ดียิ่งขึ้น (Myles et al., 2000)



วารสารการพยาบาลและสุขภาพดอกจาน

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในผู้ป่วยผู้ใหญ่หลังได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเดิมของหน่วยงาน

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อรับการผ่าตัด ณ โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย ในปี พ.ศ. 2567 จำนวนทั้งหมด 230 คน และ 2) บุคลากรผู้ใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานวิสัญญี โรงพยาบาลโพธิสัย

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 คือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อรับการผ่าตัดคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.5 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจการทดสอบ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวม 68 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 ราย และกลุ่มควบคุม 34 ราย (Portney, 1993; วรณชนก จันทชุม, 2545)

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยใช้วิธีคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและไม่มีลักษณะตามเกณฑ์คัดออก จนครบตามจำนวนที่กำหนดในแต่ละกลุ่ม ทั้งนี้ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานเดิมของหน่วยงาน ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

เกณฑ์การคัดเข้า ประกอบด้วย 1) เป็นผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) เข้ารับการผ่าตัดในเวลาราชการ ณ โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย 3) ได้รับการวางแผนให้ระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย 4) มี ASA classification ไม่เกิน Class III และ 5) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อนเกินเกณฑ์ที่กำหนด 2) ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามต่อการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย 3) ผู้ป่วยที่มีภาวะระหว่างผ่าตัดหรือหลังผ่าตัดที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะทางเกินขอบเขตของแนวทางปฏิบัติที่กำหนด และ 4) ผู้ป่วยที่ประสงค์ถอนตัวจากการวิจัยในระหว่างการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 คือ บุคลากรผู้ใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานวิสัญญี จำนวน 4 ราย ประกอบด้วยเพศชาย 1 ราย และเพศหญิง 3 ราย โดยคัดเลือกแบบสมัครใจ เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้



1) แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี เป็นแนวทางที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่หลังได้รับการระงับความรู้สึกแบบตัว ร่างกาย โดยเน้นการประเมิน การเฝ้าระวัง และการจัดการภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็นระบบในระยะ พักฟื้นและ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

2) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

ใช้บันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัย การผ่าตัด โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา/อาหาร ASA classification ประสิทธิภาพการผ่าตัด สัญญาณชีพก่อนผ่าตัด ระยะเวลาการระงับความรู้สึก และระยะเวลาผ่าตัด รวมถึงข้อมูลการประเมินในห้องพักฟื้น เช่น สัญญาณชีพที่นาที่ 0, 15, 30, 45 และ 60 คะแนน PAR Score คะแนนความปวด และ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการระงับความรู้สึก

3) แบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (QoR-40)

ใช้เครื่องมือ Quality of Recovery-40 (QoR-40) ซึ่งพัฒนาโดย Myles et al. (2000) เพื่อประเมินการฟื้นตัวหลังได้รับการระงับความรู้สึกอย่างครอบคลุม ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ฉบับ แปลภาษาไทยที่มีการนำมาใช้ในบริบทการพยาบาลวิสัญญีไทยมาก่อน (Myles et al., 2000; สีนินาฏ ญรัตน์ปัญญา และคณะ, 2567)

4) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนวทางปฏิบัติ ใช้ประเมินความคิดเห็นและความ พึงพอใจของบุคลากรต่อการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ในงานจริง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวทางปฏิบัติการพยาบาล แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบ ประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด QoR-40 และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนวทาง ไป ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.85 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ (Polit & Beck, 2006) สำหรับแบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด QoR-40 เมื่อนำไปทดลองใช้พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88 ส่วนแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนวทางมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 โดยค่า ความเชื่อมั่นดังกล่าวถือว่าอยู่ในระดับดีและเหมาะสมสำหรับการใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย (Cronbach, 1951)

3.การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 30 เมษายน 2568 โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานเดิมของหน่วยงาน ส่วนกลุ่ม ทดลองได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประเมินสัญญาณชีพ คะแนน PAR Score คะแนนความปวด และภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่ในห้องพัก



วารสารการพยาบาลและสุขภาพดอกจาน

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

พื้นที่นาที่ 0, 15, 30, 45 และ 60 จากนั้นติดตามประเมินคุณภาพการฟื้นตัวของผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังได้รับการระงับความรู้สึกด้วยแบบประเมิน QoR-40 สำหรับบุคลากรผู้ใช้แนวทางปฏิบัติ มีการประเมินความพึงพอใจภายหลังการนำแนวทางไปใช้จริง

4.การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและบุคลากรโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อพิจารณาความใกล้เคียงกันของกลุ่ม เปรียบเทียบคะแนนความปวด คะแนน PAR Score และคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย independent t-test ส่วนข้อมูลความพึงพอใจของบุคลากรวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

5.ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย เลขที่รับรอง ECPPS 04-2568 ลงวันที่ 10 ตุลาคม 2567 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยให้ทราบอย่างชัดเจนก่อนเข้าร่วมการศึกษา ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษา ข้อมูลทั้งหมดได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย จำนวน 68 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 ราย และกลุ่มควบคุม 34 ราย ผลการเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานพบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกัน ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัย การผ่าตัด โรคประจำตัว ASA classification และระยะเวลาผ่าตัด จึงถือว่าทั้งสองกลุ่มมีความเหมาะสมในการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการวิจัยต่อไป ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 34)

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ) / ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ) / ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD
เพศ		
ชาย	18 (52.94)	17 (50.00)



ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ) / ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ) / ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD
หญิง	16 (47.06)	17 (50.00)
อายุ (ปี)	52.47 $\pm$ 14.03	52.06 $\pm$ 13.10
การวินิจฉัย		
Acute appendicitis	12 (35.29)	11 (32.35)
Rupture appendices	4 (11.76)	5 (14.70)
Complete small bowel obstruction	2 (5.88)	2 (5.88)
Gangrene 1-2 toe	2 (5.88)	2 (5.88)
Gangrene 5 toe	2 (5.88)	2 (5.88)
Gastric ulcer perforation	6 (17.64)	6 (17.64)
Mass at buttock	3 (8.82)	4 (11.76)
NF Lt hand	3 (8.82)	2 (5.88)
การผ่าตัด		
Appendectomy	11 (32.35)	10 (29.41)
Explore lab with appendectomy	2 (5.88)	2 (5.88)
Explore lab with lysis adhesion with repair small bowel	2 (5.88)	2 (5.88)
Explore with simple suture	6 (17.64)	6 (17.64)
Excision mass	0 (0.00)	1 (2.94)
Fasciotomy left hand	3 (8.82)	2 (5.88)
Ray amputation	4 (11.76)	4 (11.76)
Wide excision	3 (8.82)	4 (11.76)
Debridement	2 (5.88)	3 (8.82)
โรคประจำตัว		
เบาหวาน	4 (11.76)	4 (11.76)
ความดันโลหิตสูง	2 (5.88)	5 (14.70)
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	8 (23.52)	2 (5.88)



วารสารการพยาบาลและสุขภาพดอกจาน

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ) / ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ) / ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD
ไม่มีโรคประจำตัว	22 (64.70)	23 (67.64)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 34) (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ) / ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ) / ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD
ASA Classification		
Class 1	9 (26.47)	9 (26.47)
Class 2	16 (47.05)	15 (44.11)
Class 3	9 (26.47)	10 (29.41)
ระยะเวลาผ่าตัด (นาที)	48.09 $\pm$ 26.99	49.85 $\pm$ 25.91

2. ข้อมูลผู้ป่วยขณะอยู่ห้องพักฟื้น

ผลการศึกษาพบว่า สัญญาณชีพและคะแนน PAR Score ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีค่าใกล้เคียงกันในทุกช่วงเวลา แสดงว่าการฟื้นตัวในห้องพักฟื้นอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน ส่วนคะแนนความปวดในช่วงนาที่ที่ 0-45 มีแนวโน้มใกล้เคียงกัน ขณะที่ผลสรุปของการวิจัยระบุว่าในนาที่ที่ 60 กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลผู้ป่วยขณะอยู่ห้องพักฟื้นด้านคะแนน PAR Score และคะแนนความปวด
(n = 34)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD)	กลุ่มควบคุม (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD)
คะแนน PAR Score		
นาที่ที่ 0	8.67 $\pm$ 0.36	8.45 $\pm$ 0.35
นาที่ที่ 15	8.77 $\pm$ 0.41	8.77 $\pm$ 0.35
นาที่ที่ 30	9.52 $\pm$ 0.53	9.64 $\pm$ 0.35
นาที่ที่ 45	9.70 $\pm$ 0.40	9.80 $\pm$ 0.60
นาที่ที่ 60	9.79 $\pm$ 0.41	9.85 $\pm$ 0.35



ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD)	กลุ่มควบคุม (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD)
คะแนนความปวด (NRS)		
นาที่ที่ 0	5.24 $\pm$ 2.91	6.41 $\pm$ 2.58
นาที่ที่ 15	5.47 $\pm$ 2.32	5.76 $\pm$ 2.06
นาที่ที่ 30	4.94 $\pm$ 2.07	5.18 $\pm$ 1.83
นาที่ที่ 45	4.53 $\pm$ 1.72	4.85 $\pm$ 1.57
นาที่ที่ 60	—	—

หมายเหตุ: ผลการวิจัยสรุปว่าในนาที่ที่ 60 กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แต่ข้อมูลตัวเลขในต้นฉบับเดิมมีความคลาดเคลื่อน จึงรายงานผลในลักษณะข้อความสรุป

3. การได้รับยาแก้ปวดเพิ่มเติม

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่ต้องได้รับยาแก้ปวดเพิ่มเติม ขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ต้องได้รับ Morphine เพิ่มเติม แสดงให้เห็นว่าแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้ในกลุ่มทดลองอาจช่วยให้การประเมินและจัดการความปวดทำได้เป็นระบบมากขึ้น จึงลดความจำเป็นในการให้ยาแก้ปวดเพิ่มเติมได้ ดังแสดงตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การได้รับยาแก้ปวดเพิ่มเติมของผู้ป่วยในห้องพักฟื้น (n = 34)

การได้รับยาแก้ปวดเพิ่มเติม	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)
ไม่ได้รับยาเพิ่ม	21 (61.76)	3 (8.82)
Morphine 3–4 mg	10 (29.41)	23 (67.65)
Fentanyl 25–50 mcg	3 (8.82)	8 (23.53)
รวม	34 (100.00)	34 (100.00)

4. ภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับการระงับความรู้สึก

กลุ่มทดลองเกิดภาวะแทรกซ้อนรวม 3 ราย ขณะที่กลุ่มควบคุมเกิดภาวะแทรกซ้อนรวม 9 ราย โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มควบคุมคืออาการคลื่นไส้อาเจียน จำนวน 7 ราย ส่วนอาการวิงเวียนพบเท่ากันทั้งสองกลุ่ม กลุ่มละ 2 ราย ดังแสดงตารางที่ 4



วารสารการพยาบาลและสุขภาพดกงาน

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

ตารางที่ 4 ภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับการระงับความรู้สึกในห้องฟักฟื้น (n = 34)

ภาวะแทรกซ้อน	กลุ่มทดลอง จำนวน (ราย)	กลุ่มควบคุม จำนวน (ราย)
วิงเวียน	2	2
คลื่นไส้อาเจียน	1	7
รวม	3	9

5. คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

กลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงสูงกว่ากลุ่มควบคุม สะท้อนว่าแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังได้รับการระงับความรู้สึกได้ดีกว่าการดูแลตามมาตรฐานเดิม ดังแสดงตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง โดยใช้ QoR-40 (n = 34 ต่อกลุ่ม)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD)	กลุ่มควบคุม (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD)	p-value
คะแนนรวม QoR-40	191.11 $\pm$ 9.36	184.23 $\pm$ 9.58	<.05

6. ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้แนวทางปฏิบัติ

บุคลากรผู้ใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 4.23 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.52 แสดงให้เห็นว่าแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทการทำงาน และสามารถนำไปใช้ได้จริงในหน่วยงาน

โดยสรุป กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลมีแนวโน้มดีกว่ากลุ่มควบคุมในหลายด้าน ได้แก่ การลดการใช้ยาแก้ปวดเพิ่มเติม การลดภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยหลังการระงับความรู้สึก และการมีคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่า สะท้อนว่าแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 และช่วยสนับสนุนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายได้ในระดับหนึ่ง

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในผู้ป่วยผู้ใหญ่หลังได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ช่วยให้



ผลลัพธ์ของผู้ป่วยดีขึ้นเมื่อเทียบกับการดูแลตามมาตรฐานเดิม ทั้งในด้านการลดการใช้ยาแก้ปวดเพิ่มเติม การลดภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย และการเพิ่มคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า แนวทางปฏิบัติที่มีขั้นตอนชัดเจนช่วยให้พยาบาลสามารถประเมิน เฝ้าระวัง และจัดการอาการผิดปกติได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องและปลอดภัยยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับหลักการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการระงับความรู้สึกที่มุ่งเน้นความปลอดภัยและการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง (กรมการแพทย์, 2563; ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2561)

ในด้านความปวด กลุ่มทดลองมีแนวโน้มควบคุมความปวดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมในช่วงปลายของการพักฟื้น และมีการใช้ยาแก้ปวดเพิ่มเติมน้อยกว่า ผลดังกล่าวสะท้อนว่าเมื่อมีแนวทางปฏิบัติที่ช่วยให้บุคลากรประเมินความปวดอย่างเป็นขั้นตอนและตอบสนองต่ออาการได้เร็วขึ้น จะช่วยลดความไม่สบายของผู้ป่วยในระยะพักฟื้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องคุณภาพการฟื้นตัวหลังการระงับความรู้สึกที่ให้ความสำคัญกับการจัดการความปวดในฐานะองค์ประกอบสำคัญของการฟื้นตัวโดยรวม (Myles et al., 2000) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานของวรรณพร ปัญญาใส และคณะ (2564) ที่พบว่าการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลภายหลังการให้ยาระงับความรู้สึกช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวดีขึ้น และช่วยให้การดูแลด้านความปวดเป็นไปในแนวทางเดียวกันมากขึ้น ผลดังกล่าวจึงชี้ให้เห็นว่าแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจนมีส่วนช่วยให้การจัดการความปวดในระยะพักฟื้นมีประสิทธิภาพมากขึ้นในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

ในด้านภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับการระงับความรู้สึก พบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยเฉพาะอาการคลื่นไส้ อาเจียน และอาการวิงเวียน ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในห้องพักฟื้น ผลดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีที่เน้นการประเมินอาการอย่างใกล้ชิดและให้การดูแลอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันไม่ให้อาการลุกลามหรือส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2561) อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานของสยามรัฐ จุงไทย และ พูลศิลป์ คำอ้น (2568) ซึ่งพบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลช่วยลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และอาการวิงเวียนหลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวในผู้ใหญ่ได้ สะท้อนว่าแนวทางปฏิบัติที่เป็นระบบช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยหลังการระงับความรู้สึกได้ในทางปฏิบัติ

ในด้านคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนน QoR-40 สูงกว่ากลุ่มควบคุม สะท้อนว่าแนวทางการพยาบาลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยได้ดีกว่าการดูแลตามมาตรฐานเดิม ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Myles et al. (2000) ที่เสนอว่า QoR-40 เป็นเครื่องมือที่สะท้อนการฟื้นตัวหลังการระงับความรู้สึกได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ การสนับสนุน และความปวด และยังสอดคล้องกับการใช้ฉบับแปลภาษาไทยในบริบทการพยาบาลวิสัญญีของสินีนาฏ ญัฐรัตน์ปัญญา และคณะ (2567) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานของวรรณพร



วารสารการพยาบาลและสุขภาพดอกจาน

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

ปัญญาใส และคณะ (2564) ที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติมีคะแนน QoR-40 สูงกว่ากลุ่มควบคุมเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและต่อเนื่องช่วยส่งเสริมคุณภาพการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้จริง

นอกจากนี้ บุคลากรผู้ใช้แนวทางปฏิบัติมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ซึ่งสะท้อนว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นมีความชัดเจน เข้าใจง่าย และสามารถนำไปใช้ได้จริงในหน่วยงาน โดยเฉพาะในบริบทโรงพยาบาลชุมชนที่ต้องการแนวทางดูแลที่เป็นมาตรฐานและปฏิบัติได้จริงอย่างต่อเนื่อง ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่ดีไม่เพียงช่วยให้ผลลัพธ์ของผู้ป่วยดีขึ้นเท่านั้น แต่ยังช่วยให้บุคลากรมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น และช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปในแนวทางเดียวกันภายในหน่วยงาน

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนว่าแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีมีประโยชน์ต่อทั้งผู้ป่วยและบุคลากร กล่าวคือช่วยลดปัญหาที่พบบ่อยหลังการระงับความรู้สึก ส่งเสริมคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และช่วยให้บุคลากรปฏิบัติงานได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น จึงเหมาะสมที่จะนำไปใช้ต่อเนื่องเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลวิสัญญีในบริบทโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 (กรมการแพทย์, 2563; ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2561; Myles et al., 2000)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลไปใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่าแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีช่วยลดความปวด ลดภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย และส่งเสริมคุณภาพการฟื้นตัวของผู้ป่วยได้ หน่วยงานวิสัญญีและห้องพักรับฟื้นควรนำแนวทางดังกล่าวไปใช้เป็นแนวทางมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่หลังได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เพื่อให้การประเมิน เฝ้าระวัง และจัดการภาวะแทรกซ้อนเป็นไปในทิศทางเดียวกันและต่อเนื่องมากขึ้น

ควรมีการจัดอบรมหรือชี้แจงแนวทางปฏิบัติแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งในห้องผ่าตัด ห้องพักรับฟื้น และหอผู้ป่วย เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับขั้นตอนการดูแล การประเมินอาการ และการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยหลังได้รับการระงับความรู้สึก อันจะช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติงานและเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในโรงพยาบาลหลายแห่งหรือในบริบทของโรงพยาบาลระดับที่แตกต่างกัน เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัยไปใช้ในวงกว้างมากขึ้น และเพื่อเปรียบเทียบความเหมาะสมของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในบริบทที่แตกต่างกัน



2. ควรขยายระยะเวลาการติดตามผลของผู้ป่วยให้นานกว่าช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านการฟื้นตัวในระยะต่อเนื่อง เช่น การกลับไปทำกิจวัตรประจำวัน ความคงอยู่ของอาการไม่สบาย และการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย

3. ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการใช้แนวทางปฏิบัติ เช่น ประเภทการผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด ASA classification หรือโรคร่วม เพื่อให้สามารถพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับลักษณะผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิสัย หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลโพธิสัย และ ดร.ภรต สุฝน หัวหน้างานวิจัยและพัฒนา ที่กรุณาให้การสนับสนุน คำปรึกษา และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ตลอดการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณวิสัญญีพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี จนทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2563). *การดูแลคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด*. สำนักงานพิมพ์กรมการแพทย์.
- กระทรวงสาธารณสุข, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2559). *แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขชาติ 20 ปี (2560–2579)*.
- ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2561). *ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีที่พบบ่อยในประเทศไทย*. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย.
- วรรณชนก จันทชุม. (2545). *การศึกษาคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับวิจัยทางการแพทย์*. วารสารวิทยาศาสตร์การแพทย์, 20(3), 43–48.
- วรรณพร ปัญญาใส, อุไรวรรณ อินทร์พรหม, และ วนิดา พันธุ์สะอาด. (2564). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลภายหลังการให้ยาระงับความรู้สึกต่อคุณภาพการฟื้นตัวของผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้อง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 42(1), 85–98.
- สถิติโรงพยาบาลโพธิสัย. (2566). *สถิติการให้บริการการระงับความรู้สึกและภาวะแทรกซ้อน*. โรงพยาบาลโพธิสัย.
- สยามรัฐ จุงไทย, และพุลศิลป์ คำอ้น. (2568). การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวในผู้ใหญ่โรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 28(1), 39–49.



วารสารการพยาบาลและสุขภาพดอกจาน

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

สินีนานู ญัรรัตนปัญญา, สยามรัฐ จุ่งไทย, และ วิชิตา วิชาชัย. (2567). ประสิทธิภาพของคุณภาพ
การฟื้นตัวหลังผ่าตัดด้วยดนตรีบำบัดในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว
ห้องพักรฟื้น กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลอุดรธานี [การนำเสนอทางวิชาการ].
กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลอุดรธานี.

Cronbach, L. J. (1951). *Coefficient alpha and the internal structure of tests.*
Psychometrika, 16(3), 297–334.

Myles, P. S., Weitkamp, B., Jones, K., Melick, J., & Hensen, S. (2000). Quality of
recovery after anesthesia: A 40-item patient survey. *Anesthesia & Analgesia*,
90(6), 1599–1604.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). *The content validity index: Are you sure you know
what's being reported Critique and recommendations. Research in Nursing &
Health*, 29(5), 489–497.

Portney, L. G. (1993). *Effect size and statistical power in clinical research* (2nd
ed.). F. A. Davis Company.





วารสารการพยาบาลและสุขภาพดอกจาน

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนแบบไร้รอยต่อ ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อหลอดลมคอที่บ้าน

Developing seamless clinical nursing practice guidelines to prevent complications in
adult patients with tracheostomy tubes at home

ณัฐนันท์ อุดกลิ่น¹, ภาณุ อุดกลิ่น², นิชาภา ตั้งหมั่น¹, จันทรจิรา ทองนำ¹

Natthanant Odklun¹, Panu Odklun², Nichapa Tangman¹, Janjira Thongnam¹

¹ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

² คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ อุดรธานี

¹ Udonthani Cancer Hospital

² Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University

Received: April 22, 2026

Revised: April 26, 2026

Accepted: April 30, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแบบไร้รอยต่อในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อหลอดลมคอที่บ้าน โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย 2) พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และ 3) ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาล 6 คน และ ผู้ป่วย 25 คน เครื่องมือได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอที่บ้าน 3) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน 4) แบบประเมินทักษะการดูแลตนเองที่บ้าน และ 5) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ค่าความสอดคล้อง (IOC) 0.67-1.00 มีค่าความเชื่อมั่น 0.86, 0.72, 0.78, 0.74 และ 0.85 ตามลำดับ

ผลวิจัยพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ เลือดออกจากแผลท่อหลอดลมคอ (24%) และการหายใจลำบากจากเสมหะอุดตัน (16%) แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินตนเองและสนับสนุนข้อมูล การจัดการอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม การพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง การสื่อสารในกรณีฉุกเฉิน การติดตามจากบุคลากรสุขภาพ และการสนับสนุนทางจิตใจ ผลการประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยหลังการอบรมเพิ่มจาก 51.80% เป็น 76.60% ทักษะในการดูแลท่อหลอดลมคอโดยรวมมีค่าเฉลี่ย 72.06% สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (60%) อย่างมีนัยสำคัญ และความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติทั้งในกลุ่มพยาบาลและผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: การพยาบาลแบบไร้รอยต่อ การดูแลท่อหลอดลมคอ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเจาะคอที่บ้าน การดูแลต่อเนื่อง

* ผู้ประสานงาน (Corresponding Author): ภาณุ อุดกลิ่น

อีเมล: panu.od@udru.ac.th



Abstract

This study aimed to develop clinical nursing practice guidelines for the seamless prevention of complications in adult patients with home tracheostomy tubes, employing a research and development process comprising three phases: 1) examining complications experienced by patients, 2) developing the nursing practice guidelines, and 3) evaluating the implementation of the guidelines. The sample consisted of six nurses and twenty-five patients. The research instruments included: 1) a structured interview guide, 2) a questionnaire on complications among home tracheostomy patients, 3) a knowledge assessment on complication prevention, 4) a home self-care skills assessment, and 5) satisfaction questionnaires for both patients and professional nurses. Content validity was established by three experts, yielding an Index of Objective Congruence (IOC) ranging from 0.67 to 1.00, with reliability coefficients of 0.86, 0.72, 0.78, 0.74, and 0.85, respectively.

The findings revealed that the most frequently encountered complications were bleeding at the tracheostomy wound site (24%) and respiratory difficulty due to sputum obstruction (16%). The developed guidelines comprised six core components: self-assessment and informational support, equipment and environmental management, self-care skill development, emergency communication, follow-up by healthcare personnel, and psychological support. Evaluation of the guidelines' effectiveness demonstrated a statistically significant increase in knowledge regarding complication prevention ($p < .05$), with mean scores rising from 51.80% to 76.60% following training. Overall tracheostomy care skills yielded a mean score of 72.06%, which was significantly higher than the established threshold of 60%. Satisfaction with the guidelines among both nurses and patients was rated at a high level.

Keywords: seamless nursing care, tracheostomy tube care, complication prevention in home tracheostomy patients, continuity of care

บทนำ

จากสถิติในสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยผ่าตัดใส่ท่อหลอดลมคอมากกว่า 100,000 ครั้งต่อปี ผู้ป่วยที่กลับมาตรวจแผนกฉุกเฉินเนื่องจากภาวะแทรกซ้อน 69,371 ครั้ง เป็นภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด 38,293 ราย



วารสารการพยาบาลและสุขภาพดอกจาน

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

(55.2%) โดยไม่ระบุรายละเอียดพบมากที่สุด (61.4%) รองลงมาคือภาวะแทรกซ้อนทางบาดแผล (31.3%) และการติดเชื้อ (7.3%) ผู้ป่วยเด็กมีแนวโน้มติดเชื้อมากกว่าผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.0001$) และพบผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาล (35.5%) และเสียชีวิต (1.4%) (Kligerman et al., 2020) ในประเทศอังกฤษพบผู้ป่วย 5,000-6,000 คนต่อปี ส่วนประเทศไทย จากสถิติโรงพยาบาลรามาริบัติ ปีพ.ศ. 2561, 2562 และ 2563 มีผู้ป่วยเจาะคอ 530, 618 และ 623 คนตามลำดับ (คณะแพทย ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2564) ขณะที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งมีหน่วยบริบาลทางระบบหายใจที่บ้านแบบครบวงจรตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีท่อหลอดคอที่บ้านระหว่างปี พ.ศ. 2560-2564 จำนวน 78, 105, 119, 128 และ 136 รายตามลำดับ แสดงแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (หิรัญญา จินน้ำใส และคณะ, 2566)

โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ให้บริการด้านรังสีรักษา เคมีบำบัด การผ่าตัด รังสีร่วมรักษา และการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 10 จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตอนบน ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบองค์รวม กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก แผนกโสต ศอ นาสิก ให้บริการตรวจวินิจฉัย รักษาพยาบาล ป้องกัน ฟันฟู และให้คำปรึกษาโรคมะเร็งทางหู คอ จมูก โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หัตถการสำคัญคือการเปลี่ยนท่อหลอดลมคอ จากสถิติปี 2564-2566 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเปลี่ยนท่อหลอดลมคอในปี 2564 จำนวน 74 ราย ปี 2565 จำนวน 108 ราย และปี 2566 จำนวน 165 ราย (โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี, 2566) ซึ่งผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอที่บ้านมารับบริการเพิ่มขึ้นทุกปี เพื่อติดตามอาการและเปลี่ยนท่อทุก 3-6 เดือน การเปลี่ยนท่อแต่ละรายต้องเตรียมอุปกรณ์ให้ถูกชนิดและขนาดตามคำสั่งแพทย์ เนื่องจากหากท่อไม่เหมาะสมอาจเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นอันตรายถึงชีวิต การให้บริการตั้งแต่ลงทะเบียนจนถึงสังเกตอาการหลังเปลี่ยนท่อใช้เวลา 45-60 นาที จึงให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบยังพบว่าขาดแนวปฏิบัติในการดูแลแบบไร้รอยต่อ โดยเฉพาะบทบาทระหว่างสถานพยาบาลและครอบครัวที่ครอบคลุมทั้งการประเมินความพร้อมของผู้ดูแล การสอนทักษะการป้องกันภาวะแทรกซ้อนก่อนจำหน่าย และการติดตามผลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ขาดความต่อเนื่องและเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวปฏิบัติที่เชื่อมโยงระหว่างระบบบริการในโรงพยาบาลและในชุมชน เพื่อลดภาระและความเสี่ยงของผู้ป่วยและครอบครัว ในการปฏิบัติงานพบว่าผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อหลอดลมคอเมื่อกลับไปดูแลที่บ้านมักประสบปัญหาหลายประการ ได้แก่ การมีเลือดออกรอบแผลเจาะคอ การมีลมในเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง การอุดตันของท่อจากเสมหะจำนวนมากซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถไอออกได้เอง เสี่ยงต่อภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจอันอาจทำให้เสียชีวิต รวมทั้งการพร่องความรู้และทักษะในการดูแลตนเองด้านการระบายนเสมหะ การป้องกันการอุดกั้นและโรคแทรกซ้อนทางเดินหายใจ อาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์ เช่น ท่อหลุด ท่อขึ้นในหายใจหรือใส่ไม่ได้ หายใจลำบาก หอบเหนื่อยแม้จะดูดเสมหะหรือถอดล้างท่อขึ้นในแล้วก็ตาม รวมถึงการติดเชื้อที่แผลเจาะคอ เช่น มีไข้สูง ปวดบวมแดง มีหนองหรือเลือดออกจากท่อ (Alsunaid et al., 2021; กิ่งกาญจน์ ชุ่มจำรัส และ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2561) ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการความช่วยเหลือทุกด้าน ทั้ง



ร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม จึงจำเป็นต้องให้ครอบครัวหรือญาติเข้ามามีส่วนร่วมเป็นผู้ดูแล เพื่อให้ทราบจุดแข็ง ข้อจำกัด และความกังวลในการดูแล และกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการวางแผนการดูแล ต่อเนื่องที่บ้านให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว เน้นความต่อเนื่องของข้อมูล การจัดการ และความสัมพันธ์ระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ควบคู่กับการพัฒนาสมรรถนะในการจัดการตนเอง ด้านการระบายอารมณ์ การสังเกตอาการผิดปกติ และการตัดสินใจแก้ปัญหาเฉพาะหน้า เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้ชัดเจน และนำไปสู่การปฏิบัติที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโสต ศอ นาสิก จึงสนใจพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนแบบไร้รอยต่อในผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอที่บ้านโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งแนวปฏิบัติดังกล่าวจะเป็นแนวทางช่วยในการตัดสินใจของผู้ให้บริการสุขภาพ ให้สามารถดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐาน ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

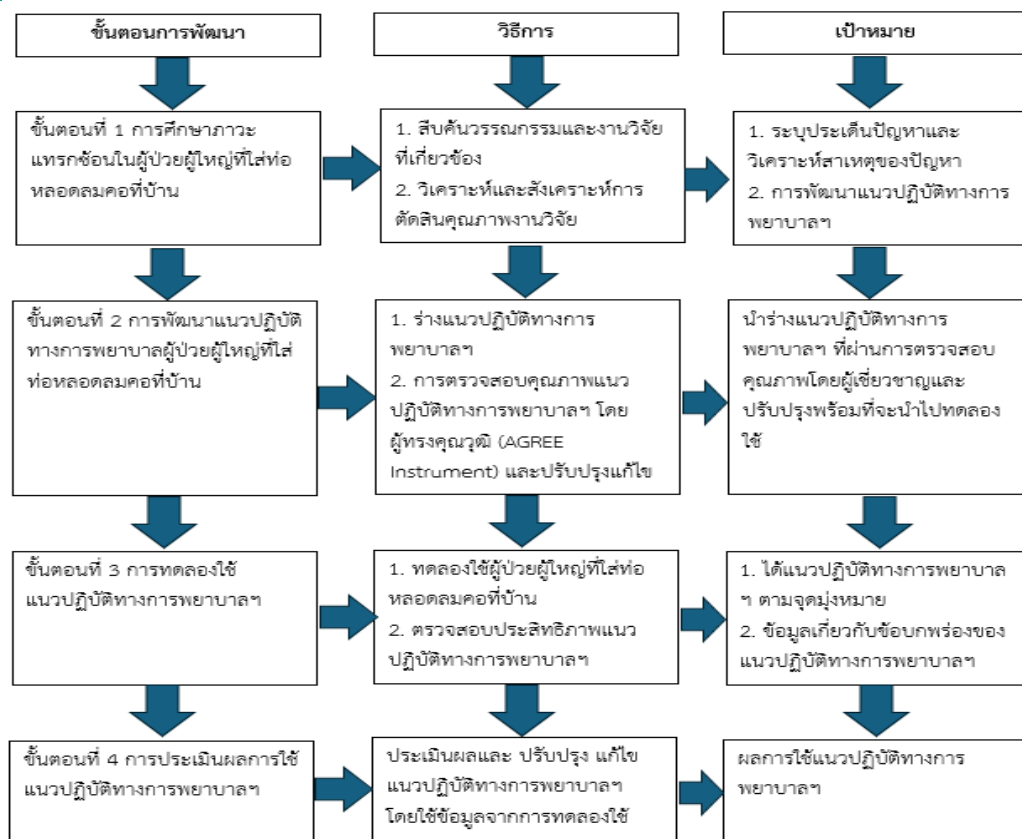
- 1) เพื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อหลอดลมคอที่บ้าน
- 2) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนแบบไร้รอยต่อในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อหลอดลมคอที่บ้าน
- 3) เพื่อประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนแบบไร้รอยต่อในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อหลอดลมคอที่บ้าน

กรอบแนวคิดการวิจัย ใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบจำลองไอโอวา ดังนี้



วารสารการพยาบาลและสุขภาพตอกงาน

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อหลอดลมคอที่บ้าน โดยดำเนินการเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย

ศึกษาสถานการณ์และปัญหาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

1. พยาบาลวิชาชีพแผนกโสต ศอ นาสิก จำนวน 6 คน คัดเลือกแบบเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติว่าต้องมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคออย่างน้อย 1 ปี และยังปฏิบัติงานในปัจจุบัน
2. ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อหลอดลมคอและดูแลตนเองที่บ้าน ซึ่งมารับบริการในช่วงเดือนมกราคม – ธันวาคม 2566 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power (กำหนด Effect size = 0.8, ระดับนัยสำคัญ $\alpha = 0.05$ และ Power = 0.95) ได้จำนวน 23 คน และเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล รวมเป็น 25 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย



เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างสำหรับพยาบาล และแบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วย เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86 และ 0.72

การเก็บข้อมูล ดำเนินการภายใต้การรับรองจริยธรรมการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมให้ความยินยอมก่อนการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสังเคราะห์ประเด็นสำคัญและพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดหรือโมเดลการดูแล

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ผู้วิจัยนำผลการศึกษาจากระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อยกร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนแบบไร้รอยต่อ จากนั้นนำร่างแนวปฏิบัติไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ประกอบด้วยแพทย์ 3 คน และพยาบาล 2 คน โดยใช้เครื่องมือ AGREE II และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นถูกนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 30 ราย ภายในระยะเวลา 3 เดือน โดยรายละเอียด (intervention) มีดังนี้

1) เนื้อหาหลักของแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ (1) การประเมินความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย (2) โปรแกรมสอนและฝึกทักษะการดูแลที่บ้าน และ (3) แผนการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย

2) โปรแกรมสอนและฝึกทักษะ จัดเป็นรายบุคคล ใช้เวลา รวม 8 ชั่วโมง แบ่งเป็นภาคทฤษฎี 4 ชั่วโมง ใช้ทั้งการบรรยาย สื่อวิดีโอ และคู่มือสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล และภาคปฏิบัติ 4 ชั่วโมง (สาธิตและตอบกลับ) โดยมีเนื้อหา ดังนี้ (1) การดูแลแผลที่ถูกต้องและปลอดภัย (2) การทำความสะอาดและเปลี่ยนท่อชั้นในการดูแลแผลเจาะคอ (3) การสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่ต้องพบแพทย์ เช่น ท่อหลุด หายใจลำบาก เลือดออก การติดเชื้อ (4) การจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหา เช่น ท่ออุดตันหรือภาวะฉุกเฉิน

3) ผู้สอน คือ พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอ จำนวน 2 คน ร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 1 คน

4) สื่อและอุปกรณ์ ประกอบด้วยคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยและญาติ แผ่นพับความรู้ และชุดอุปกรณ์สำรอง เช่น ท่อชั้นในสำรอง ถุงมือ น้ำเกลือทำแผล

5) การติดตามหลังจำหน่าย ได้แก่ การโทรติดตามสัปดาห์ละ 2 ครั้ง และการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง ภายใน 14 วันหลังจำหน่าย

แนวปฏิบัติดังกล่าวถูกนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 30 ราย แบ่งการทดลองเป็น 3 รอบ (R1–R3) รอบละ 10 ราย แต่ละรอบใช้เวลา 2 สัปดาห์ (รวม 8 ชั่วโมง) ในแต่ละรอบ ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยและญาติ พร้อมบันทึกปัญหาและอุปสรรค เพื่อนำไปปรับปรุงแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (D1–D3) เมื่อสิ้นสุดการทดลองทั้ง 3 รอบ ผู้วิจัยสังเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์ และนำกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้ในระยะถัดไป



วารสารการพยาบาลและสุขภาพตอกงาน

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ

การประเมินผลใช้รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (one-group pretest-posttest design) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

ประชากร ประกอบด้วย พยาบาล 6 คน และผู้ป่วย 165 คน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาล 6 คน และผู้ป่วย 25 คน ซึ่งคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power (Effect size = 0.8, α = 0.05, Power = 0.95 และเผื่อสูญเสียร้อยละ 10) และสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ 1) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 2) แบบประเมินทักษะการดูแลตนเอง 3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพ เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่าดัชนี IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 มีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78, 0.74 และ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล เชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วย Content Analysis

การเก็บข้อมูล ดำเนินการภายใต้ความยินยอมของผู้เข้าร่วมวิจัย และมีการอธิบายขั้นตอนอย่างชัดเจน โดยการทดลองใช้แนวปฏิบัติดำเนินการเป็นระยะเวลา 3 เดือน

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะ กรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลแม่เหล็ก อุดรธานี หมายเลข 13/2564 ลงวันที่ 10 มีนาคม 2564 ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียดทุกคน

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 20 คน (80%) เพศหญิง 5 คน (20%) โดยมีอายุน้อยกว่า 60 ปี 13 คน (52%) และอายุ 60 ปีขึ้นไป 12 คน (48%) ระยะเวลาการใส่ท่อหลอดลมไม่เกิน 1 ปี 13 คน (52%) และตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 12 คน (48%) ทั้งหมดได้รับข้อมูลทุกครั้งที่มาใช้บริการ (100%) ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลที่บ้าน 24 คน (96%) และไม่มีผู้ดูแล 1 คน (4%) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศชาย	20	80.00
เพศหญิง	5	20.00
อายุ < 60 ปี	13	52.00
อายุ ≥ 60 ปี	12	48.00
ใส่ท่อหลอดลมไม่เกิน 1 ปี	13	52.00



ปัจจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ใส่ท่อหลอดลม 1 ปีขึ้นไป	12	48.00
ได้รับข้อมูลทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล	25	100.00
มีผู้ดูแลที่บ้าน	24	96.00
ไม่มีผู้ดูแลที่บ้าน	1	4.00

2. ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดคือ เลือดออกจากแผลท่อหลอดลมคอ 6 คน (24%) รองลงมาคือ หายใจลำบากจากเสมหะอุดตัน 4 คน (16%) การติดเชื้อที่แผลและท่ออุดตัน พบอย่างละ 3 คน (12%) ท่อเลื่อน/หลุด และท่อขึ้นในหายหรือใส่ไม่ได้ พบอย่างละ 2 คน (8%) และเนื้อเยื่ออกหรือติ่งเนื้อ ท่อหลุด เลือดซึม หรือ Tracheostoma ตีบ พบอย่างละ 1 คน (4%) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอ

ปัจจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1) ภาวะเลือดออกจากแผลท่อหลอดลมคอ	6	24.00%
2) หายใจลำบากจากเสมหะอุดตันในท่อหลอดลมคอ	4	16.00%
3) การติดเชื้อที่แผลท่อหลอดลมคอ	3	12.00%
4) ภาวะท่อหลอดลมคออุดตัน	3	12.00%
5) ท่อหลอดลมคอเลื่อนหรือหลุด	2	8.00%
6) ท่อขึ้นในหายหรือใส่คืนไม่ได้	2	8.00%
7) การเกิดเนื้อเยื่ออกหรือติ่งเนื้อรอบท่อหลอดลมคอ	1	4.00%
8) ท่อหลอดลมคอหลุด, เลือดซึมรอบท่อ หรือการติบของ Tracheostoma	1	4.00%

3. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนแบบไร้รอยต่อในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อหลอดลมคอที่บ้าน มี 6 องค์ประกอบ คือ

3.1 การประเมินตนเองและการสนับสนุนด้านข้อมูล เป็นการประเมินสุขภาพประจำวัน ครอบคลุม 5 ด้านหลัก ได้แก่ 1) อუნทรมิร่างกาย 2) การหายใจ 3) สีและลักษณะของเสมหะ 4) อาการของการติดเชื้อ และ 5) สภาพท่อหลอดลมคอ โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลควรบันทึกอาการของตนเองเป็นประจำ เช่น สีและความเหนียวของเสมหะ การเปลี่ยนแปลงของอัตราการหายใจ และความสะอาดของแผล

3.2 การสนับสนุนการจัดการอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม โดยดำเนินการจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลท่อหลอดลมคอ เช่น น้ำเกลือ เครื่องดูดเสมหะ สำลี และเจลล้างมือ ให้อยู่ในที่เดียวกันและพร้อมใช้ทำความสะอาดและดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่อาจเกิดจากการใช้ท่อหลอดลมคอ



วารสารการพยาบาลและสุขภาพดอกลาน

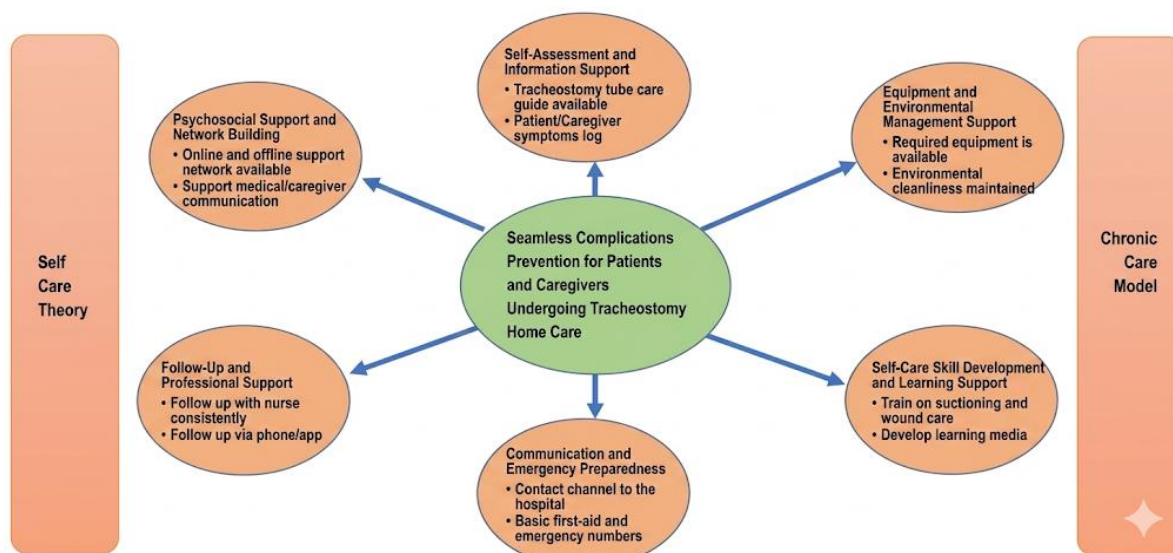
ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

3.3 การพัฒนาทักษะการดูแลตนเองและการสนับสนุนด้านการเรียนรู้ โดยดำเนินการการฝึกอบรมในเรื่อง ทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดคอที่บ้าน การล้างมือ การทำความสะอาดแผลท่อหลอดคอ การดูแลเสมหะ และการทำความสะอาดท่อหลอดลมคอ การสื่อสารเพื่อการรักษา และช่องทางการติดต่อกับโรงพยาบาล สร้างสื่อการเรียนรู้ เช่น วิดีโอการดูแลท่อหลอดลมคอ และคู่มือภาพประกอบ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทบทวนได้ตลอดเวลา

3.4 การสื่อสารและการเตรียมพร้อมในกรณีฉุกเฉิน โดยดำเนินการจัดให้มีช่องทางการติดต่อกับโรงพยาบาลหรือทีมสุขภาพเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น การท่อนัดหรือการหายใจติดขัด วิธีการสื่อสารโดยโทรศัพท์ 083-3293257 ในวันและเวลาราชการ และ Line: @718kqsbt หรือ QR Code และให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและมีหมายเลขฉุกเฉินของโรงพยาบาลติดไว้ในที่เห็นชัดเจน

3.5 การติดตามและการสนับสนุนจากผู้ให้บริการสุขภาพ โดยดำเนินการกำหนดการเยี่ยมบ้านหรือนัดหมายการติดตามผลกับพยาบาลหรือผู้ให้บริการทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ และ ใช้การติดตามผ่านโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันในกรณีที่ไม่สามารถเยี่ยมบ้านได้ เช่น การรายงานอาการหรือการรับคำแนะนำเฉพาะหน้า

3.6 การสนับสนุนทางจิตใจและการสร้างเครือข่าย โดยดำเนินการจัดให้มีกลุ่มสนับสนุนทั้งออนไลน์และออฟไลน์ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ และสนับสนุนให้มีการพูดคุยกับพยาบาลเพื่อช่วยลดความเครียดและปรับตัวให้เข้ากับการใช้ชีวิตที่มีท่อหลอดลมคอ ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 แนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนแบบไร้รอยต่อ



4. ประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนแบบไร้รอยต่อในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อหลอดลมคอที่บ้าน ประกอบด้วย

4.1 ความรู้เกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล จากการประเมินความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนแบบไร้รอยต่อในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อหลอดลมคอที่บ้าน ในกลุ่มตัวอย่าง 25 ราย โดยเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ (คะแนนเต็ม 20) ผลพบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้เท่ากับ 10.36 (ร้อยละ 51.80) และหลังการใช้เท่ากับ 15.32 (ร้อยละ 76.60) เมื่อวิเคราะห์รายหัวข้อ ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้เรื่องท่อหลอดลมคอ ภาวะเลือดออก การหายใจลำบากจากเสมหะอุดตัน การติดเชื้อที่แผล ท่อเลื่อนหรือหลุด และท่อชั้นในหายหรือใส่คืนไม่ได้ ล้วนมีคะแนนเฉลี่ยหลังการใช้สูงกว่าก่อนการใช้ (ร้อยละ 82.67–88.00 เทียบกับร้อยละ 33.33–66.67) การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test (one-tailed) พบว่าคะแนนหลังการใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนการใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแบบไร้รอยต่อ

ข้อมูล	N	$\bar{x}$	SD	t	df	p-value
หลังการใช้	25	15.3	1.07	18.9	24.0	< .001
ก่อนการใช้	25	10.5	1.00			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.2 ทักษะในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล พบว่า ค่าเฉลี่ยรวมของคะแนนทักษะ คิดเป็น 72.06% ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.94 เมื่อวิเคราะห์รายหัวข้อ พบว่ามีทักษะในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ดังนี้ 1) การทำความสะอาดแผลท่อหลอดคอ (70.32%) 2) การล้างมือ (66.72%) 3) การสื่อสารเพื่อการรักษา และการติดต่อกับโรงพยาบาล (79.43%) 4) การประเมินสุขภาพประจำวันของผู้ป่วย (78.8%) 5) การทำความสะอาดท่อหลอดลมคอ (71.2%) 6) การดูดเสมหะ (68.8%) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยที่ได้กับเกณฑ์มาตรฐาน 60% ทดสอบทางสถิติด้วย one sample t-test พบว่า ค่า t = 10.15 และค่า p = 0.00 ซึ่งมีค่าน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนดไว้คือ 0.05 สรุปได้ว่าค่าเฉลี่ยของทักษะปฏิบัติโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าร้อยละ 60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบทักษะการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแบบไร้รอยต่อก่อนเรียนและหลังเรียน โดยใช้เกณฑ์ 60%

ข้อมูล	N	$\bar{x}$	SD	t	df	p-value
ทักษะการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	25	72.06	5.94	60.70	24.0	< .001
เกณฑ์ที่กำหนด (60%)	25	60.0	0.00			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.3 ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประกอบด้วย



วารสารการพยาบาลและสุขภาพดอกจาน

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

4.3.1 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยรวมมีค่าเฉลี่ย 4.50 ± 0.55 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เมื่อวิเคราะห์รายหัวข้อ พบว่า ด้านเนื้อหาในแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และด้านการเข้าถึงและการใช้งานแนวปฏิบัติทางการพยาบาล มีค่าเฉลี่ยเท่ากันด้านละ 4.75 ± 0.27 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านสื่อการเรียนรู้และการฝึกทักษะของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ด้านบุคลากรผู้จัดทำและผู้ใช้แนวปฏิบัติ และ ด้านผลลัพธ์จากการใช้งานแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยเท่ากันด้านละ $4.50 \pm (0.00 - 0.19)$ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

4.3.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยรวมมีค่าเฉลี่ย 4.08 ± 0.40 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เมื่อวิเคราะห์รายหัวข้อ พบว่า ด้านเนื้อหาในแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ค่าเฉลี่ย 4.52 ± 0.42 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านบุคลากรผู้จัดทำและผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ค่าเฉลี่ย 4.42 ± 0.19 ด้านสื่อการเรียนรู้และการฝึกทักษะของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ค่าเฉลี่ย 4.41 ± 0.24 ด้านผลลัพธ์จากการใช้งานแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ค่าเฉลี่ย 4.34 ± 0.35 และ ด้านการเข้าถึงและการใช้งานแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ค่าเฉลี่ย 3.94 ± 0.42 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

อภิปรายผล

1. การศึกษาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอพบว่า อุบัติการณ์สูงสุดคือภาวะเลือดออกจากแผล (24%) รองลงมาได้แก่การหายใจลำบากจากเสมหะอุดตัน (16%) และการติดเชื้อที่แผล (12%) โดย Kligerman et al. (2020) รายงานอัตราภาวะแทรกซ้อนรวมร้อยละ 55.2 และอัตราเสียชีวิตร้อยละ 1.4 ภาวะการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.57$, $SD=0.10$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคม ($r=-.292$, $p=.007$) (ทิริญญา จินน้ำใส และคณะ, 2566) นอกจากนี้ Cramer et al. (2019) พบว่า ระดับการศึกษาที่สูงสัมพันธ์กับการลดโอกาสเสียชีวิต ($OR=0.54$, $95\%CI: 0.39-0.75$)

2. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนแบบไร้รอยต่อในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อหลอดลมคอที่บ้าน ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การประเมินตนเองและการสนับสนุนด้านข้อมูล (2) การจัดการอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม (3) การพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง (4) การสื่อสารและการเตรียมพร้อมฉุกเฉิน (5) การติดตามโดยผู้ให้บริการสุขภาพ และ (6) การสนับสนุนทางจิตใจและการสร้างเครือข่าย องค์ประกอบเหล่านี้สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงถึงความจำเป็นในการลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต สอดคล้องกับธิดา ขุนทอง และคณะ (2563) ที่พบว่าแนวปฏิบัติช่วยให้ผู้ดูแลเด็กใส่ท่อเจาะคอปลอดภัยและมีความพึงพอใจสูง ดังนั้นแนวปฏิบัติทั้ง 6 องค์ประกอบซึ่งครอบคลุมมิติกาย จิต สังคม จึงช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนแบบไร้รอยต่อในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อหลอดลมคอที่บ้าน มีประสิทธิผลชัดเจน โดยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 51.80 เป็น



76.60 สอดคล้องกับธิดา ขุนทอง และคณะ (2563) ที่พบว่าแนวปฏิบัติช่วยให้ผู้ดูแลเด็กใส่ท่อเจาะคอปลอดภัย และมีความพึงพอใจสูง ด้านทักษะการใช้แนวปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยรวมร้อยละ 72.06 สูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 60 อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการสื่อสารเพื่อการรักษา (79.43%) และการประเมินสุขภาพประจำวัน (78.8%) และ สอดคล้องกับสมพร พงศ์ชู (2565) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอมีความรู้และการปฏิบัติสูงกว่าก่อนเข้า โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการใช้นุ่นจำลองท่อเจาะคอมากที่สุด สอดคล้องกับ Kligerman et al. (2020) ที่พบว่าภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเป็นเหตุเข้ารับการรักษาฉุกเฉิน ด้านความพึงพอใจ พยาบาลและผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.50$ และ 4.08 ตามลำดับ) โดยพยาบาล พึงพอใจเนื้อหาและการเข้าถึง ส่วนผู้ป่วยพอใจเนื้อหามากที่สุด ($\bar{x} = 4.52$) แต่พอใจการเข้าถึงและการใช้งาน น้อยที่สุด ($\bar{x} = 3.94$) แสดงถึงความจำเป็นในการพัฒนาช่องทางเข้าถึงสำหรับผู้ป่วย สอดคล้องกับทริญญา จิน น้ำใส และคณะ (2566) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล นอกจากนี้ Cramer et al. (2019) พบว่าการเสียชีวิตจากการเจาะคอสัมพันธ์กับระดับการศึกษาของผู้ดูแล เมื่อพิจารณา เหตุผลที่แนวปฏิบัตินี้ส่งผลให้ความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน พบว่าองค์ประกอบสำคัญคือการผสมผสาน การสอนแบบกลับสาธิต การใช้คู่มือ ควบคู่กับการให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมายรายบุคคล ซึ่ง สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเจาะคอระดับสากล เช่น แนวทางของ University of Iowa Hospitals and Clinics. Department of Nursing (2024) ที่เน้นถึงการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ควรมีการ ประสานพยาบาลเยี่ยมบ้าน เพื่อช่วยเหลือในการดูแลที่บ้านและการจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น โดยอุปกรณ์ที่ จำเป็น เช่น เครื่องดูดเสมหะ หี้อเครื่องเพิ่มความชื้นในอากาศไว้ที่บ้านด้วย สำหรับข้อจำกัด ที่ควรนำไป พิจารณาในการแปลผลและวิจัยในอนาคต ได้แก่ 1) การออกแบบเป็นแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (one-group pre-posttest design) ไม่มีกลุ่มควบคุม จึงไม่อาจสรุปผลได้อย่างสมบูรณ์ เพราะอาจมีปัจจัยรบกวนอื่น เช่น การเรียนรู้ซ้ำ 2) กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก ทำให้ค่าประมาณมีความคลาดเคลื่อนได้ 3) ระยะเวลาติดตามผล สิ้นสุดที่ 3 เดือน จึงไม่ทราบว่าความรู้และทักษะจะคงอยู่หรือลดลงในระยะยาว 4) การศึกษาเกิดขึ้นใน โรงพยาบาลแห่งเดียว ซึ่งข้อจำกัดด้านภูมิศาสตร์และบริการอาจลดความสามารถในการนำผลไปอ้างอิง ไปสู่ บริบทอื่น โดยเฉพาะชุมชนชนบทหรือระบบบริการปฐมภูมิที่มีทรัพยากรจำกัด 5) พยาบาลผู้วิจัยเป็นทั้งผู้ให้ การแทรกแซงและประเมินผล อาจเกิดอคติด้านการสังเกต แม้จะพยายามใช้เครื่องมือมาตรฐาน ดังนั้นการวิจัย ในอนาคตควรออกแบบเป็น randomized controlled trial (RCT) มีกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ขยายระยะเวลาติดตามเป็น 6-12 เดือน และควรศึกษาซ้ำในหลายศูนย์ รวมถึงใช้ตัวชี้วัดทางคลินิกที่สำคัญ เช่น อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง หรืออัตราการเสียชีวิตในระยะยาว

สรุปได้ว่าแนวปฏิบัตินี้จึงมีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้และทักษะ แต่ควรพัฒนาด้านการเข้าถึง สำหรับผู้ป่วย และเสริมทักษะการล้างมือและการดูดเสมหะเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงต้องดำเนินการวิจัย ที่เข้มงวดมากขึ้นเพื่อยืนยันประสิทธิผล

ข้อเสนอแนะ



วารสารการพยาบาลและสุขภาพตอกงาน

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

1. ควรศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะเลือดออกจากแผลท่อหลอดลมคอ เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดคือภาวะเลือดออกจากแผลท่อหลอดลมคอ เช่น การวิจัยเชิงวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ เช่น ประสบการณ์ของผู้ดูแล เทคนิคการใส่ท่อ
2. ควรพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะเสมหะอุดตันในท่อหลอดลมคอ เนื่องจากภาวะเสมหะอุดตันส่งผลให้ผู้ป่วยหายใจลำบาก พบได้ถึง 16% ของผู้ป่วย จึงควรมีการวิจัยเพื่อออกแบบแนวปฏิบัติหรือโปรโตคอลในการดูแล เช่น ความถี่ในการดูดเสมหะ เทคนิคการให้ความชื้นในท่อหรือการฝึกรอบรมผู้ดูแล
3. ควรศึกษาความคงทนของความรู้และทักษะการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในระยะยาว เช่น การวิจัยติดตามผลในระยะ 3-6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินว่า ความรู้และทักษะที่ได้รับมีความคงทนเพียงใด และควรมีการทบทวนหรือเสริมการเรียนรู้หรือไม่ เช่น วิจัยแบบติดตาม หรือการทดสอบซ้ำ ในช่วงเวลาที่กำหนด เช่น 3 เดือน และ 6 เดือน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์ธิตี อังอารี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลและให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ คุณสุลธิรัตน์ ทรงธรรม รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล ที่ให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ได้แก่ นายแพทย์สิทธิ เขาวนชื่น แพทย์หญิงสุชาดา บุญลือ แพทย์หญิงกิตติญา แดงอ่อน คุณณัฐธิดา ไชยคำภา และคุณอรจิรา ธงชัย ที่กรุณาให้คำปรึกษาตรวจสอบและเสนอแนะเพื่อพัฒนางานวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณคุณหนึ่งฤทัย แร่งน้อย คุณคมสัน ลุนพรหม ตลอดจนแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่แผนกโสต ศอ นาสิก และครอบครัวที่ให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง จนงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กิงกาญจน์ ชุ่มจรัส และ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2561). ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอ ต่อความรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ และความพึงพอใจของผู้ดูแลในหอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(1), 118-132.
- ธิดา ขุนทอง, เสริมศรี สันตติ และ วิศรุต การบุญบุญนันท์. (2563). การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อป้องกันผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ในการดูแลเด็กใส่ท่อเจาะคอที่บ้าน. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 7(2), 5-24.
- โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. (2566). *สถิติโรคมะเร็งโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ปี 2566: ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital – Based Cancer Registry) เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2562-2566*. กรมการแพทย์. https://catalog.dms.go.th/th/dataset/udch_01_02



สมพร พงศ์ชู. (2565). ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเจาะคอต่อการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 16(2), 124–135.

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/256051>

หิรัญญา จินน้ำใส, นันทกา สวัสดิพานิช และ จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีท่อหลอดคอที่บ้าน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 38(4), 118–134.

Alsunaid, S., Holden, V. K., Kohli, A., Diaz, J., & O'Meara, L. B. (2021). Wound care management: tracheostomy and gastrostomy. *Journal of thoracic disease*, 13(8), 5297.

Cramer, S. C., Dodakian, L., Le, V., See, J., Augsburg, R., Riley, J. D., Zhou, R. J., Chiu, N. L., Heckhausen, J., Cassidy, J. M., Scacchi, W., Smith, M. T., Barrett, A. M., Knutson, J. S., Edwards, D., Putrino, D., Agrawal, K., Do, K., & Zhou, H. (2019). Efficacy of home-based telerehabilitation vs in-clinic therapy for adults after stroke: A randomized clinical trial. *JAMA Neurology*, 76(9), 1079–1087.
<https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2019.1604>

Kligerman, M. P., Vukkadala, N., Tsang, R. K. Y., Sunwoo, J. B., Holsinger, F. C., & Chan, J. Y. K. (2020). Managing head and neck cancer patients with tracheostomy or laryngectomy during the COVID-19 pandemic. *Head & Neck*, 42(7), 1709–1713.
<https://doi.org/10.1002/hed.26171>

University of Iowa Hospitals and Clinics. Department of Nursing. (2024). *Tracheostomy home care booklet*. Iowa Head and Neck Protocols. <https://iowaprotocols.medicine.uiowa.edu/protocols/tracheostomy-home-care-booklet-update-november-2024>



วารสารการพยาบาลและสุขภาพดอกจาน

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

คุณภาพชีวิตของเกษตรกรที่ปลูกขอม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

Quality of Life among Cha-Om Growing Farmers in Mueang District,

Khon Kaen Province

Received: April 18, 2026

Revised: April 23, 2026

Accepted: April 30, 2026

วิชัยพร ราตรี¹ สุปรียา โนนทิง¹ เทพไทย โชติชัย²

Vichayaporn Ratri¹ Supreeya Nonthing¹ Tepthai Chotchai²

^{1,2}สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

^{1,2}Community Public Health Department, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของเกษตรกรที่ปลูกขอม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นเกษตรกรที่ปลูกขอม 90 คน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามประยุกต์มาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก เครื่องมือผ่านการพิจารณาคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน มีค่าความสอดคล้อง 0.67-1 และความเชื่อมั่นของอัลฟาครอนบาค 0.82 วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่ม ตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและดี ร้อยละ 50 เท่ากัน เมื่อพิจารณาเป็นราย ด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย อยู่ในระดับดี ร้อยละ 28.1 ด้านจิตใจ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 27.2 คุณภาพชีวิตด้านสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 10.9 และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 29.9

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี และการให้ความรู้ด้านการป้องกันโรคจากการทำงาน ส่งเสริมกิจกรรมในชุมชนเพื่อเพิ่มความเข้มแข็งของเครือข่ายสังคม และพัฒนาแหล่งเรียนรู้หรือศูนย์ถ่ายทอดเทคโนโลยี เกษตรที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, เกษตรกรที่ปลูกขอม



Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to investigate the quality of life among Cha-om farmers in Mueang District, Khon Kaen Province. The sample consisted of ninety Cha-om farmers. The data collection instrument was a questionnaire adapted from the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) measure, which was reviewed and validated by three experts, yielding an Index of Item-Objective Congruence (IOC) ranging from 0.67 to 1.00 and a Cronbach's Alpha reliability coefficient of 0.82. Data were analyzed and presented using descriptive statistics.

The findings revealed that the participants were evenly distributed between quality of life levels, with 50% reporting an overall quality of life at a moderate level and the remaining 50% at a good level. When examined by domain, physical health was rated at a good level by 28.1% of participants, psychological health at a good level by 27.2%, social relationships at a moderate level by 10.9%, and environmental health at a moderate level by 29.9%.

Based on these findings, relevant agencies and organizations are encouraged to implement proactive health promotion activities, including annual health screenings and educational initiatives on occupational disease prevention. Furthermore, fostering community-based activities to strengthen social networks is recommended, alongside the development of accessible learning resources and agricultural technology transfer centers that are responsive to and appropriate for the local context.

Keywords: quality of life, Cha-om growing farmers

²ผู้ประสานงาน : tepthai@scphkk.ac.th

บทนำ

คุณภาพชีวิต เป็นนิยามที่ระบุโดยองค์การอนามัยโลกว่าเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับสถานะของตนในชีวิตในบริบทของวัฒนธรรมและระบบคุณค่าที่พวกเขาอาศัยอยู่ และสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความกังวลของพวกเขา คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และค่านิยม ในเวลานั้น ๆ และมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานที่แต่ละคนกำหนดขึ้น คุณภาพชีวิตมีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินความเป็นอยู่ที่ดีของมนุษย์ โดยไม่ได้จำกัดอยู่เพียงแค่การมีสุขภาพที่สมบูรณ์เท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงมิติ



วารสารการพยาบาลและสุขภาพดอกจาน

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

ทางเศรษฐกิจ สังคม จิตใจ และสิ่งแวดล้อม คุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงการพัฒนาที่ยั่งยืนในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคล ชุมชน ไปจนถึงระดับประเทศ (กรมสุขภาพจิต, 2541) เมื่อประชากรมีคุณภาพชีวิตที่ดี ย่อมส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนาในด้านต่างๆ ได้แก่ด้านเศรษฐกิจ หากบุคคลที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีมักมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ มีความสามารถในการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีส่วนช่วยในการส่งเสริมทางเศรษฐกิจและบรรเทาภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศและด้านสังคม คุณภาพชีวิตที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่มั่นคงในครอบครัวและชุมชน นำไปสู่เสถียรภาพทางสังคม และลดปัญหาอาชญากรรม รวมถึงปัญหาสังคมอื่นๆ อย่างเป็นรูปธรรม ด้านจิตใจการมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตใจ มีความพึงพอใจในชีวิต และมีทัศนคติเชิงบวก ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการมีสุขภาพจิตที่ดี และด้านการเมืองและการปกครองรัฐบาลที่สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นระหว่างรัฐบาลกับประชาชน ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญในการสร้างเสถียรภาพทางการเมืองและการบริหารประเทศ (PNKG Recovery And Elder Care, 2568)

คุณภาพชีวิตที่ดีส่งผลต่อเกษตรกรด้านการผลิตและประสิทธิภาพการทำงาน ส่งผลให้เกษตรกรมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีกำลังในการพัฒนาผลผลิต มีความรู้ทักษะ ลดความเสี่ยงด้านปัญหาสุขภาพ มีมาตรการในการป้องกันอันตรายจากการทำงาน การใช้สารเคมีอย่างปลอดภัย ลดอัตราการเจ็บป่วยจากสารพิษและโรคจากการประกอบอาชีพผลกระทบด้านเศรษฐกิจและความยั่งยืน ส่งผลให้เกษตรกรมีรายได้ที่แน่นอนและเพียงพอต่อการใช้จ่ายลดภาระหนี้สินและสร้างความมั่นคงในระยะยาว ผลกระทบด้านสังคมและจิตใจ การสร้างเสริมความแข็งแรงของชุมชนทั้งในด้านการแก้ปัญหาร่วมกันในการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันตลอดจนความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัวและชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญ และส่งเสริมสุขภาวะทางจิตให้แก่เกษตรกร คุณภาพชีวิตที่ไม่ดีส่งผลเสียต่อสุขภาพและสุขภาวะของเกษตรกร สำหรับเกษตรกรที่มีอาชีพหลักหรืออาชีพเสริมในการปลูกชะอมเป็นกลุ่มหนึ่งที่ได้รับบาดเจ็บทางกายภาพ เช่น การได้บาดเจ็บจากหนามของชะอมได้ เนื่องจากการที่ไม่อุปกรณ์ที่ใช้ในการเก็บยอดชะอมจะต้องสัมผัสกับกิ่งของชะอมที่มีหนามแหลมเป็นจำนวนมากโดยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้เกิดการบาดเจ็บจากหนามที่มุดตำได้บ่อยครั้ง ส่งผลให้เกิดอาการปวด บวม หรืออาจติดเชื้อหากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม นอกจากนั้นก็อาจเกิดอาการปวดเมื่อยจากการทำงาน จากลักษณะการทำงาน เช่น การก้มและเงยซ้ำ ๆ ขณะเก็บเกี่ยว การยกหรือแบกผลผลิต ซึ่งการทำงานซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน ทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูก โดยเฉพาะบริเวณหลัง คอ แขน และขา หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม อาจกลายเป็นอาการป่วยเรื้อรังได้ผลกระทบด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตโดยรวม ความเครียด จากความผันผวนของราคาชะอม (วงศ์กร อังคะคำมูล, 2562) จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ายังมีการศึกษาคุณภาพชีวิตในเกษตรกรกลุ่มนี้ค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของเกษตรกรที่ปลูก



ชอม ในหมู่บ้านเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้คาดว่าจะใช้เป็นประโยชน์ในการส่งเสริมกิจกรรมด้านสุขภาพหรือวางแผนงานโครงการที่เกี่ยวข้องให้กับกลุ่มเกษตรกรที่ปลูกชอมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของเกษตรกรที่ปลูกชอม ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้เป็นประชาชนที่มีอาชีพเกษตรกรและปลูกชอมเป็นอาชีพเสริมหรืออาชีพหลัก ในพื้นที่ 3 หมู่บ้านในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เนื่องจากทั้ง 3 หมู่บ้านมีบริบทของพื้นที่ใกล้เคียงกันผู้วิจัยจึงได้สุ่มเลือกเป็นตัวแทนมา 1 หมู่บ้านมี 118 หลังคาเรือน จากนั้นได้คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของออร์น จีรวัฒนกุล (2558) ได้ขนาดตัวอย่าง 90 หลังคาเรือน และดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับสลากจากบัญชีบ้านเลขที่ของหมู่บ้าน และดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนแต่ละหลังคาเรือนที่สุ่มได้ โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเป็นประชาชนตัวแทนหลังคาเรือนโดยปลูกชอมเป็นอาชีพหลักหรืออาชีพเสริม มีอายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และยินยอมเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์คัดออกไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนดได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิด ปลายปิดและแบบผสม ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว การมีโรคประจำตัว การมีภาระหนี้สิน จำนวนสมาชิกในครอบครัว การมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในครัวเรือนที่ต้องดูแล และการตรวจสุขภาพ รวม 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิต โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOOL - BREF - THAI) จำนวน 26 ข้อ ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มีระดับการวัด 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ (ข้อคำถามด้านลบได้แก่ ข้อ 2, 9, และ 11 ส่วนข้อคำถามข้ออื่น ๆ เป็นคำถามด้านบวก) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้



วารสารการพยาบาลและสุขภาพท้องถิ่น

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

		ข้อความด้านบวก		ข้อความด้านลบ	
ไม่เลย	มีคะแนนเท่ากับ	1	คะแนน	5	คะแนน
เล็กน้อย	มีคะแนนเท่ากับ	2	คะแนน	4	คะแนน
ปานกลาง	มีคะแนนเท่ากับ	3	คะแนน	3	คะแนน
มาก	มีคะแนนเท่ากับ	4	คะแนน	2	คะแนน
มากที่สุด	มีคะแนนเท่ากับ	5	คะแนน	1	คะแนน

การให้ความหมายและการแปลผลระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน

แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตแยกเป็น องค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้	การมีคุณภาพชีวิตที่ ไม่ดี	คุณภาพชีวิต กลาง	คุณภาพชีวิต ที่ดี
1.ด้านสุขภาพกาย	7 - 16	17 - 26	27 - 35
2.ด้านจิตใจ	6 - 14	15 - 22	23 - 30
3.ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 - 7	8 - 11	12 - 15
4.ด้านสิ่งแวดล้อม	8 - 18	19 - 29	30 - 40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 - 60	61 - 95	96 - 130

เครื่องมือที่สร้างขึ้นผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่า IOC เท่ากับ 0.67-1.00 และนำไปทดลองใช้ (Try-Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient โดยรวมเท่ากับ 0.82

3.สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และแปลผลระดับคุณภาพชีวิตรายข้อและโดยรวม ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

4.การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ได้หมายเลขรับรอง HE682049 ลงวันที่ 16 มกราคม 2569



ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.4 อายุ ส่วนใหญ่ 41 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 96.7 โดยมีค่าเฉลี่ยของอายุ 64.3 ปี (S.D.=11.7) อายุต่ำสุด 35 ปีและมากที่สุด 89 ปี ส่วนใหญ่ จบประถมศึกษา ร้อยละ 57.8 รองลงมาเป็น มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 20.0 และ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 11.1 ตามลำดับ สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ สมสร้อยละ 70.0 รองลงมาเป็นหย่า/หม้าย/ร้าง/แยกทางร้อยละ 18.9 และโสด ร้อยละ 11.1 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.7 โดยส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 37.3 ไม่มีภาระหนี้สิน ร้อยละ 53.3 จำนวนสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่ 4 คนขึ้นไป ร้อยละ 71.1 รองลงมา มีสมาชิกไม่เกิน 3 คน ร้อยละ 28.9 รายได้ของครอบครัวไม่เกิน 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 61.1 รองลงมา 10,001 - 20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 26.7 และ มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 22.2 ในครอบครัวมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องดูแล ร้อยละ 25.6 และใน 1 ปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจสุขภาพร้อยละ 87.8

2.ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า มีคุณภาพชีวิต ระดับปานกลางและคุณภาพชีวิตระดับดี เท่ากัน ร้อยละ 50.0 โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ย 96.5 คะแนน (S.D.=12.1) คะแนนต่ำสุด 66 คะแนน และสูงสุด 121 คะแนน

เมื่อพิจารณาคูณภาพชีวิตของเกษตรกรรายข้อ พบว่า

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 28.1คะแนน (S.D.=4.3) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุอยู่ในระดับมาก คือ "ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด" ร้อยละ 44.4 ส่วนใหญ่ระบุปานกลาง คือ "ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน" ร้อยละ 46.7 และส่วนใหญ่ระบุเล็กน้อย คือ "การเจ็บป่วยตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวด ท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากน้อยเพียงใด" ร้อยละ 36.7

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ พบว่าอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 27.2 คะแนน (S.D.= 4.4) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุอยู่ในระดับมาก คือ "ท่าน รู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน" ร้อยละ 45.6 ส่วนใหญ่ระบุปานกลาง คือ "ท่านคิดว่า ท่านมีคุณภาพชีวิต/ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด" ร้อยละ 45.6

คุณภาพชีวิตด้านสังคม พบว่าอยู่ในระดับกลาง ๆ คะแนนเฉลี่ย 10.9 คะแนน (S.D.=1.9) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุอยู่ในระดับมาก คือ "ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมาแค่ไหน" ร้อยละ 46.7 ส่วนใหญ่ระบุปานกลาง คือ "ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นท่านมีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้)" ร้อยละ 36.7



คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าอยู่ในระดับกลาง ๆ คะแนนเฉลี่ย 29.9 คะแนน (S.D.= 4.0) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุอยู่ในระดับปานกลาง คือ "ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากนักน้อยเพียงใด" ร้อยละ 67.8 ส่วนใหญ่ระบุมาก คือ "ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด" ร้อยละ 46.7 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณภาพชีวิต รายข้อ

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ (จำนวน/ร้อยละ)				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย	$\bar{X}(S.D.)=28.1(4.3)$ แปลผล ระดับดี				
1.1 ท่านพอใจกับสุขภาพของท่าน	1 (1.1)	5 (5.6)	41 (45.5)	28 (31.1)	15 (16.7)
1.2 การเจ็บป่วยตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ	4 (4.4)	33 (36.7)	28 (31.1)	16 (17.8)	9 (10.0)
1.3 ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่ง ต่าง ๆ ในแต่ละวัน	1 (1.1)	7 (7.8)	35 (38.9)	35 (38.9)	12 (13.3)
1.4 ท่านพอใจกับการนอนหลับของ ท่าน	2 (2.2)	9 (10.0)	20 (22.2)	40 (44.5)	19 (21.1)
1.5 ท่านรู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไร ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	1 (1.1)	7 (7.8)	33 (36.7)	31 (34.4)	18 (20.0)
1.6 ท่านจำเป็นต้องไปรับการ รักษาพยาบาลมาก เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตรู้สึกไปได้ใน แต่ละวัน	3 (3.3)	17 (18.9)	42 (46.7)	15 (16.6)	13 (14.5)
1.7 ท่านพอใจกับความสามารถใน การทำงานได้อย่างที่เคยทำมา	2 (2.2)	4 (4.4)	34 (37.9)	39 (43.3)	11 (12.2)
1.8 ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วย ตนเองได้ดี	3 (3.3)	4 (4.4)	19 (21.1)	36 (40.1)	28 (31.1)



ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ (จำนวน/ร้อยละ)				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
2. คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	$\bar{X}$ (S.D.)=27.2(4.4) แปลผล ระดับดี				
2.1 ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง)	-	5 (5.6)	24 (26.5)	34 (37.9)	27 (30.0)
2.2 ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดี	1 (1.1)	5 (5.6)	26 (28.9)	36 (40.1)	22 (24.3)
2.3 ท่านรู้สึกพอใจในตนเอง	-	2 (2.2)	28 (31.1)	32 (35.6)	28 (31.1)
2.4 ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง	1 (1.1)	2 (2.2)	26 (28.9)	35 (38.9)	26 (28.9)
2.5 ท่านมีความรู้สึก รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล	7 (7.8)	10 (11.1)	17 (18.9)	17 (18.9)	39 (43.3)
2.6 ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมาย	1 (1.1)	1 (1.1)	16 (17.8)	41 (45.5)	31 (34.5)
2.7 ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด	-	1 (1.1)	41 (45.5)	29 (32.3)	19 (21.1)
3. คุณภาพชีวิตด้านสังคม	$\bar{X}$ (S.D.)=10.9(1.9) แปลผล ระดับปานกลาง				
3.1 ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้า กับคนอื่น อย่าง ที่ผ่านมา	1 (1.1)	-	24 (26.9)	42 (46.7)	23 (25.3)
3.2 ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคย ได้รับจากเพื่อน	-	-	23 (25.6)	41 (45.5)	26 (28.9)
3.3 ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่าน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิด ความรู้สึกทางเพศขึ้นท่านมีวิธีการ ทำให้ผ่อนคลายลงได้)	16 (17.8)	12 (13.3)	33 (36.7)	18 (20.0)	11 (12.2)



ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ (จำนวน/ร้อยละ)				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
4. คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม $\bar{X}$(S.D.)=29.9(4.0) แปลผล ระดับปานกลาง					
4.1 ท่านรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยในแต่ละวัน	-	-	32 (35.6)	37 (41.1)	21 (23.3)
4.2 ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้	-	-	23 (25.6)	39 (43.3)	28 (31.1)
4.3 ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น	-	11 (12.2)	61 (67.8)	12 (13.3)	6 (6.7)
4.4 ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น	-	-	31 (34.4)	42 (46.7)	17 (18.9)
4.5 ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน	2 (2.2)	3 (3.3)	42 (46.7)	31 (34.5)	12 (13.3)
4.6 ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด	-	5 (5.6)	30 (33.3)	37 (41.1)	18 (20.0)
4.7 สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่าน	-	2 (2.2)	30 (33.3)	32 (35.6)	26 (28.9)
4.8 ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม)	1 (1.1)	5 (5.6)	31 (34.4)	32 (35.6)	21 (23.3)

อภิปรายผล

การศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของเกษตรกรที่ปลูกชะอม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นในครั้งนี้มีความสำคัญเนื่องจากผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพคุณภาพชีวิตของเกษตรกรกลุ่มนี้ต่อไป ผู้วิจัยจึงขอเสนออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังต่อไปนี้

คุณภาพชีวิตของเกษตรกรผลการศึกษาพบว่า เกษตรกรที่ปลูกชะอมส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและดีเท่ากัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแม้เกษตรกรกลุ่มนี้ยังคงมีความมั่นคงในชีวิตระดับหนึ่ง แต่ยังมีข้อจำกัดบางประการที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตยังไม่ถึงระดับดีทั้งหมด โดยเฉพาะใน



บริบทของอาชีพเกษตรกรรมที่มีความเสี่ยงจากปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม เช่น ความผันผวนของรายได้ ราคาผลผลิต และสภาพภูมิอากาศ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านสุขภาพกายและด้านจิตใจอยู่ในระดับดีมากกว่าด้านอื่น ๆ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าเกษตรกรส่วนใหญ่มีการใช้แรงงานทางกายอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ประกอบกับวิถีชีวิตในชุมชนชนบทที่มีความสัมพันธ์ทางสังคมใกล้ชิด ส่งผลดีต่อสุขภาพจิต อย่างไรก็ตาม แม้อด้านจิตใจจะอยู่ในระดับดี แต่ยังคงมีความกังวลเกี่ยวกับรายได้และความไม่แน่นอนในอาชีพ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ยังไม่ถึงระดับดีมากสำหรับในด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดในบริบทชุมชน เช่น การเข้าถึงบริการสาธารณสุข ทรัพยากรชุมชน หรือโครงสร้างพื้นฐาน รวมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การใช้สารเคมีทางการเกษตร หรือสภาพแวดล้อมในการทำงานที่อาจไม่เอื้อต่อสุขภาพในระยะยาว สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่าคุณภาพชีวิตเป็นผลจากปัจจัยหลายมิติ ไม่ใช่เพียงด้านสุขภาพกายเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยของธนวัฒน์ แก่นจำปา และชาญยุทธ หาญชนะ (2565) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของเกษตรกรชาวไร่อ้อยอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของเกษตรกร โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านร่างกาย รองลงมาคือด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการศึกษาของบุญสม หารราชศิริพจน์ (2560) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของเกษตรกรภายใต้โครงการจำนำข้าว พบว่าเกษตรกรภายใต้โครงการจำนำข้าว มีความพึงพอใจในชีวิตในภาพรวม ระดับปานกลางถึงระดับค่อนข้างมาก และการศึกษาของชนิดา ราชเสนา และคณะ (2565) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของเกษตรกรชาวไร่อ้อยในเขตพื้นที่ตำบลห้วยยาง อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น พบว่าคุณภาพชีวิตในภาพรวมของเกษตรกรอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ในด้านสุขภาพและหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง ด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง ด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ด้านชีวิตครอบครัวอยู่ในระดับดี และการศึกษาของพิรดาว สุจริตพันธ์ (2566) ที่ศึกษาเกี่ยวกับศึกษาคุณภาพชีวิตของเกษตรกรภาคใต้ ชาวสวนยางจังหวัด นครศรีธรรมราช พบว่า คุณภาพชีวิตของเกษตรกรอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านจิตวิญญาณและด้านครอบครัวอยู่ในระดับมากส่วนด้านสุขภาพและหน้าที่และด้านสังคมเศรษฐกิจอยู่ในระดับน้อย

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรพัฒนาโครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตเกษตรกรแบบองค์รวม โดยเน้นทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ควรมีการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ เช่น การประกันราคาผลผลิต หรือการส่งเสริมอาชีพเสริม เพื่อเพิ่มความมั่นคงในชีวิต



วารสารการพยาบาลและสุขภาพดอกงาน

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

และส่งเสริมการลดความเสี่ยงจากสารเคมีทางการเกษตร และสนับสนุนเกษตรปลอดภัยหรือเกษตรอินทรีย์

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ โดยบุคลากรสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี และการให้ความรู้ด้านการป้องกันโรคจากการทำงาน ส่งเสริมกิจกรรมในชุมชน เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งของเครือข่ายสังคม และพัฒนาแหล่งเรียนรู้หรือศูนย์ถ่ายทอดเทคโนโลยีเกษตรที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและครอบคลุมหลายพื้นที่ เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผล การวิจัยแบบผสมผสานเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เช่น รายได้ หนี้สิน หรือพฤติกรรมสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเกษตรกรที่ปลูกชะอมในพื้นที่ศึกษาทุกคนที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และขอขอบคุณผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นผู้ประสานงานในพื้นที่ศึกษาเป็นอย่างดีเช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2541). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย*.

<https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>

ชนิดา ราชเสนา และคณะ. (2565). คุณภาพชีวิตของเกษตรกรชาวไร่อ้อยในเขตพื้นที่ตำบลห้วย

ยาง อำเภอกะนวน จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน*, 5(1), 1–9.

ธนวัฒน์ แก่นจำปา, และ ชาญยุทธ หาญชนะ. (2565). คุณภาพชีวิตของเกษตรกรชาวไร่อ้อย

อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารสังคมศาสตร์ปัญญาพัฒน์*, 4(4), 115–126.

บุญสม หรรษาศิริพจน์. (2560). คุณภาพชีวิตของเกษตรกรภายใต้โครงการจำนำข้าว.

วารสารพัฒนบริหารศาสตร์, 57(4), 16–30.

พีรดา สุจริตพันธ์. (2566). คุณภาพชีวิตของเกษตรกรภาคใต้: ชาวสวนยางจังหวัด

นครศรีธรรมราช. *วารสารสหวิทยาการวิจัย*, 11(2), 188–198.

วงศ์กร อังคะคำมูล. (2562). การศึกษาปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยในเกษตรกร: ทบทวน



วรรณกรรม แนวคิดด้านอาชีวอนามัยและแนวคิดด้านสังคมศาสตร์. วารสารการแพทย์
และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 2(1), 53–65. [https://he01.tci-](https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmpubu/article/view/195123)
[thaijo.org/index.php/jmpubu/article/view/195123](https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmpubu/article/view/195123)

อรุณ จิรวัดน์. (2558). การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกรณี
ทราบจำนวนประชากร. ใน สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย (น. 20–41).
วิทยพัฒน์.

PNKR Recovery and Elder Care. (2568). *Quality of life* คืออะไร มีความสำคัญอย่างไรกับ
การฟื้นฟูผู้ป่วย. <https://pnkg-recoverycenter.com/rehabilitate/quality-of-life/>



วารสารการพยาบาลและสุขภาพดอกจาน

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

การพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิก สำหรับการจัดการความเจ็บปวดในมารดาคลอดปกติ

Development of Clinical Nursing Practice Guidelines for Pain Management in

Normal Labor

Received: April 23, 2026

Revised: April 26, 2026

Accepted: April 30, 2026

บุญญาพร รักษาวงษ์^{1,*}

Boonyaporn Raksawong^{1,*}

¹ กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

¹ Department of Obstetric Nursing, Thabo Crown Prince Hospital, Nong Khai Province

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในมารดาคลอด ขั้นตอนดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ 2) ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ และ 3) ประเมินผลและเผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด จำนวน 10 คน และมารดาคลอดปกติ จำนวน 42 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ที่พัฒนาขึ้น แบบประเมินความเจ็บปวด แบบสอบถามความพึงพอใจของมารดา และแบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การให้การพยาบาลโดยวิธีที่ไม่ใช่เภสัชวิทยา และ 2) การให้การพยาบาลโดยวิธีที่เป็นเภสัชวิทยา ซึ่งหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ พบว่ามารดามีระดับความเจ็บปวดลดลงในทุกระยะการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ความพึงพอใจโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง ($p < 0.001$) อัตราการใส่ยาแก้ปวดลดลงจากร้อยละ 38.1 เหลือร้อยละ 16.7 ดังนั้น แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ นี้มีประสิทธิผลในการจัดการความเจ็บปวดในมารดาคลอดปกติ ห้องคลอดอื่น ๆ สามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ นี้ไปประยุกต์ใช้ได้

คำสำคัญ: การจัดการความเจ็บปวด, แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก, มารดาคลอดปกติ

* ผู้ประสานงาน (Corresponding Author): บุญญาพร รักษาวงษ์ อีเมล: baby_fetus99@hotmail.com



Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate the effectiveness of clinical nursing practice guidelines for pain management in laboring mothers. The study was conducted in three phases: 1) development of the clinical nursing practice guidelines, 2) implementation of the guidelines, and 3) evaluation and dissemination of the guidelines. Participants were selected through purposive sampling and consisted of ten professional nurses working in the labor and delivery unit and forty-two mothers undergoing normal labor. The research instruments included the developed clinical nursing practice guidelines, a pain assessment tool, a maternal satisfaction questionnaire, and a feasibility assessment for guideline implementation. Data were analyzed using descriptive statistics and the paired t-test.

The findings revealed that the developed clinical nursing practice guidelines comprised two principal components: 1) non-pharmacological nursing interventions, and 2) pharmacological nursing interventions. Following implementation of the guidelines, maternal pain levels decreased significantly across all stages of labor ($p < 0.001$). Overall satisfaction improved from a moderate level to a high level ($p < 0.001$), and the rate of analgesic medication use declined from 38.1% to 16.7%. These results demonstrate that the clinical nursing practice guidelines are effective in managing pain among mothers undergoing normal labor, and that other labor and delivery units may feasibly adopt and apply these guidelines within their own clinical contexts.

Keywords: pain management, clinical nursing practice guidelines, normal labor

บทนำ

การคลอดเป็นภาวะหนึ่งที่คนทั่วไปรับรู้ว่าจะก่อให้เกิดความเจ็บปวดมากที่สุด และเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดผู้หญิงส่วนใหญ่เกิดความกลัว ส่งผลให้ผู้หญิงผ่านการคลอดเกิดประสบการณ์ทางลบได้ ความเจ็บปวดในระยะคลอดเป็นความรู้สึกไม่สุขสบายหรือทุกข์ทรมานที่เกิดจากสิ่งกระตุ้นทางร่างกายทำให้เนื้อเยื่อได้รับอันตราย หรือเกิดจากจิตใจได้รับความทุกข์ทรมาน และมีปฏิกิริยาตอบสนองเพื่อป้องกันอันตรายของสิ่งมีชีวิต การเจ็บครรภ์คลอดเป็นกลไกการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย โดยผู้คลอดรับรู้



วารสารการพยาบาลและสุขภาพดอกจาน

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

ความเจ็บปวดผ่านทางไขสันหลัง และหากผู้คลอดสนใจต่อความปวด จะเกิดการรับรู้ความปวดมากขึ้น ซึ่งมีปัจจัยที่ส่งผล ได้แก่ ความรุนแรงของการหดตัวของมดลูก ความกลัว ความวิตกกังวล และประสบการณ์ความปวดที่เคยผ่านมา (ซัชฎาพร จันทรสุข และคณะ, 2567)

การเจ็บครรภ์คลอดสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้คลอด โดยเฉพาะในระยะที่ 1 ของการคลอดซึ่งใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 14 ชั่วโมงในครรภ์แรก แบ่งเป็นระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) ใช้เวลาเฉลี่ย 8 ชั่วโมง และระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) ใช้เวลาเฉลี่ย 6 ชั่วโมง (รังสิณี พูลเพิ่ม และคณะ, 2556) ความเจ็บปวดที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมไม่เพียงแต่ส่งผลต่อสุขภาพกายของมารดา แต่ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจ ความพึงพอใจในประสบการณ์การคลอด และอาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2018) ได้เน้นย้ำความสำคัญของการจัดการความเจ็บปวดระหว่างคลอด โดยแนะนำให้ใช้วิธีการที่หลากหลายทั้งที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยคำนึงถึงความต้องการและความชอบของมารดาเป็นหลัก การใช้วิธีการจัดการความเจ็บปวดแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacological methods) เป็นทางเลือกแรกที่เหมาะสม เนื่องจากมีความปลอดภัย ไม่มีผลข้างเคียง และส่งเสริมการคลอดตามธรรมชาติ (Smith et al., 2018) การจัดการความเจ็บปวดที่ไม่เพียงพออาจนำไปสู่ผลกระทบเชิงลบหลายประการ รวมถึงความเครียดทางสรีรวิทยาที่เพิ่มขึ้น การยืดเยื้อของระยะเวลาการคลอด และอัตราการผ่าตัดคลอดที่สูงขึ้น (Anderson et al., 2022) นอกจากนี้ยังอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของมารดาในระยะหลังคลอด รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและความผิดปกติจากความเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Miller & Davies, 2021)

จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2567 ของห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ พบว่ามารดาที่มาคลอดปกติมีจำนวนเฉลี่ย 30-40 รายต่อเดือน คิดเป็นประมาณ 380-500 รายต่อปี โดยร้อยละ 45 ของมารดาระายงานว่ามีความเจ็บปวดในระดับรุนแรง และร้อยละ 38 ของมารดาได้รับยาแก้ปวดระหว่างคลอด ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศที่มีการส่งเสริมการคลอดตามธรรมชาติ (WHO, 2018) นอกจากนี้จากการสำรวจความพึงพอใจของมารดาหลังคลอด พบว่ามารดาที่มีความพึงพอใจต่อการจัดการความเจ็บปวดเฉลี่ย 3.2 จาก 5 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง อีกทั้งยังพบว่าการจัดการความเจ็บปวดยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐาน พยาบาลแต่ละคนใช้วิธีการที่แตกต่างกันตามประสบการณ์ส่วนบุคคล และมารดาบางรายได้รับยาแก้ปวดโดยที่ยังไม่ได้ลองใช้วิธีการอื่นๆ ก่อน ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวทางของ WHO และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบช่องว่างขององค์ความรู้ที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) ยังขาดการสังเคราะห์แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกที่บูรณาการและพร้อมใช้งานจริง 2) งานวิจัยในประเทศ



ไทยที่ผ่านมายังขาดการศึกษาที่ทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติแบบบูรณาการซึ่งครอบคลุมทั้งการประเมินอย่างเป็นระบบ การเตรียมมารดา วิธีการที่ไม่ใช่เภสัชวิทยา วิธีการเภสัชวิทยา และการประเมินผล ในกลุ่มมารดาคลอดปกติ และ 3) ยังขาดหลักฐานว่าการมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานสามารถลดความแปรปรวนในการปฏิบัติของพยาบาลแต่ละคนและลดอัตราการใช้ยาแก้ปวดที่ไม่จำเป็น (Nori et al., 2023; Chang et al., 2022; Bayable et al., 2022)

การพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิก (Clinical Nursing Practice Guidelines) ที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นพื้นฐานตามกรอบแนวคิดของสภาวิจัยด้านการแพทย์ และการสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research council, 1999) จะช่วยให้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เป็นมาตรฐานเดียวกัน และได้รับการทดสอบประสิทธิผลในบริบทจริงก่อนการนำไปใช้อย่างกว้างขวาง จึงจำเป็นต้องพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในมารดาคลอดปกติ เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่มีคุณภาพ สามารถนำไปใช้ได้จริง และส่งผลให้มารดาคลอดปกติได้รับการจัดการความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจต่อการดูแล และมีประสบการณ์การคลอดที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในมารดาคลอดปกติ
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในมารดาคลอดปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์ และการสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research council, 1999) ในการพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในมารดาคลอดปกติ ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในมารดาคลอดปกติ ระยะที่ 2 ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในมารดาคลอดปกติ และ ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติและเผยแพร่การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในมารดาคลอดปกติไปใช้ในการปฏิบัติจริง ดังรูปที่ 1



วารสารการพยาบาลและสุขภาพดอกจาน

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความ

เจ็บปวดในมารดาคลอดปกติ

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

ระยะที่ 2 ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้แนวการพยาบาลทางคลินิก



ระดับความเจ็บปวด

ผลลัพธ์การคลอด

ความพึงพอใจของมารดา

รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม 2569

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ได้แก่ พยาบาลผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จำนวน 5 คน

1.2 กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดช่วงเดือนมกราคม – เมษายน พ.ศ. 2569 ที่มีประสบการณ์ทำงาน ≥ 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ลาคลอด ลาป่วยระยะยาว หรือลาศึกษาต่อในช่วงดำเนินการวิจัย

1.3 มารดาคลอดปกติ จำนวน 42 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ มารดาที่มีอายุครรภ์ 37–42 สัปดาห์ คลอดทางช่องคลอดโดยธรรมชาติ ทารกอยู่ในท่าศีรษะ น้ำหนักทารกโดยประมาณ 2,500–4,000 กรัม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ และยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ เช่น ครรภ์เป็นพิษ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ รกเกาะต่ำ ประวัติการผ่าตัดมดลูก หรือมีข้อห้ามในการใช้วิธีที่ไม่ใช่เภสัชวิทยา

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) = 0.65 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับปานกลางถึงสูง (Cohen, 1988) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = 0.05 และกำลังการทดสอบ (Power, $1-\beta$) = 0.80 (Polit & Beck, 2021) ได้กลุ่มตัวอย่าง 36 ราย ผู้วิจัยกำหนดอัตราการหลุดออก (Dropout rate) ที่ร้อยละ 15 ตามที่พบใน



การศึกษาที่เกี่ยวข้อง (Thompson et al., 2023; Liu et al., 2023) ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 42 ราย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในมารดาคลอดปกติ ที่ทีมผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

2.2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ของมารดา ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว น้ำหนักตัว ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย และส่วนที่ 2 ข้อมูลทางสถิติศาสตร์ ได้แก่ อายุครรภ์ จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ จำนวนครั้งที่คลอด ประวัติการแท้ง ประวัติการคลอดครั้งก่อน ท่าของการก้มในครรภ์ น้ำหนักทารกโดยประมาณ และจำนวนทารกในครรภ์

2.2.2 แบบประเมินระดับความเจ็บปวด Numeric Rating Scale (NRS) เป็นเครื่องมือวัดความเจ็บปวดที่ใช้ตัวเลข 0 ถึง 10 ในการแสดงระดับความเจ็บปวด โดยมารดาจะเลือกตัวเลขที่แสดงถึงระดับความเจ็บปวดที่รู้สึกในขณะนั้น โดยที่ 0 หมายถึงไม่เจ็บเลย 1-3 หมายถึงเจ็บน้อย 4-6 หมายถึงเจ็บปานกลาง และ 7-10 หมายถึงเจ็บมาก

2.2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของมารดาต่อการดูแลและการจัดการความเจ็บปวด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงจากแนวคิดการดูแลมารดาคลอดแบบสอบถามใช้มาตรวัดแบบ Likert Scale 5 ระดับ ได้แก่ 5 = พึงพอใจมากที่สุด 4 = พึงพอใจมาก 3 = พึงพอใจปานกลาง 2 = พึงพอใจน้อย และ 1 = พึงพอใจน้อยที่สุด การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ คะแนน 148-175 (ร้อยละ 85-100) แทนความพึงพอใจในระดับสูงมาก คะแนน 122-147 (ร้อยละ 70-84) แทนความพึงพอใจในระดับสูง คะแนน 88-121 (ร้อยละ 50-69) แทนความพึงพอใจในระดับปานกลาง คะแนน 53-87 (ร้อยละ 30-49) แทนความพึงพอใจในระดับต่ำ และคะแนน 35-52 (ร้อยละ 0-29) แทนความพึงพอใจในระดับต่ำมาก

2.2.4 แบบบันทึกผลลัพธ์การคลอด เป็นแบบบันทึกตามแนวทางการบันทึกข้อมูลการคลอดตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลระยะเวลาการคลอด ส่วนที่ 2 วิธีการคลอดและการแทรกแซง ส่วนที่ 3 การจัดการความเจ็บปวดที่ได้รับ ส่วนที่ 4 ภาวะแทรกซ้อนของมารดา ส่วนที่ 5 ข้อมูลทารกแรกเกิด ส่วนที่ 6 การดูแลหลังคลอด และส่วนที่ 7 เป็นการติดตามภายหลัง

2.2.5 แบบสอบถามความเป็นไปได้ของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ของพิกุล นันทชัยพันธุ์ (2549) เป็นแบบประเมินค่า 3 ระดับ ได้แก่ มาก 3 คะแนน, ปานกลาง 2 คะแนน, และน้อย 1 คะแนน โดยมีเกณฑ์แปลผล ดังนี้ ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง



วารสารการพยาบาลและสุขภาพท้องถิ่น

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

ประสิทธิภาพมาก, 1.67–2.33 หมายถึง ประสิทธิภาพปานกลาง และ 1.00–1.66 หมายถึง ประสิทธิภาพน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ตรวจสอบคุณภาพโดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับงานวิจัยและการประเมินผล (The Agree Research Trust, 2009) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย สุนทิแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลเชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์ 1 ท่าน และอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยทางการพยาบาล 1 ท่าน ผลการประเมินโดยรวมได้คะแนนร้อยละ 88 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของมารดาต่อการดูแลและการจัดการความเจ็บปวด ผ่านการตรวจสอบด้วยดัชนีความสอดคล้อง IOC ได้เท่ากับ 0.88 และ 0.85 ตามลำดับ และทดสอบค่าความเชื่อมั่นด้วย Cronbach's Alpha ได้เท่ากับ 0.82 เท่ากัน

3. ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย COA No. NKPH 88 ลงวันที่ 7 มกราคม พ.ศ. 2569 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติแล้ว โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อในการนำเสนอ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามกรอบแนวคิด National Health and Medical Research Council (1999) โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติฯ โดยวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันและระบุปัญหาที่ต้องการพัฒนา 2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญสหวิชาชีพ 3) กำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายของแนวปฏิบัติฯ 4) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลสากล (PubMed, CINAHL, Cochrane, Scopus, ThaiLIS) โดยใช้กรอบ PICO และจัดระดับหลักฐานตาม National Health and Medical Research Council (1999) 5) ยกร่างแนวปฏิบัติฯ โดยสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นแนวปฏิบัติ 5 องค์ประกอบหลัก และ 6) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้วยเกณฑ์ AGREE II

ระยะที่ 2 การทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1) ประชาสัมพันธ์ในหน่วยงานและชี้แจงความสำคัญในระหว่างการประชุมก่อนทำงานทุกวัน 2) จัด



ประชุมทำความเข้าใจและขอความร่วมมือจากบุคลากร โดยเปิดโอกาสซักถามและตอบข้อสงสัย 3) จัดอบรมบุคลากรผู้ใช้นโยบายฯ ชี้แจงขั้นตอนและฝึกปฏิบัติทักษะต่าง ๆ ในเวลา 2 ชั่วโมง และ 4) ทดลองใช้นโยบายฯ กับมารดาคลอดปกติจำนวน 42 คน

ระยะที่ 3 การประเมินผลและเผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ 1) ประเมินความเป็นไปได้ของการนำนโยบายฯ ไปใช้จากผู้ใช้นโยบายฯ หลังใช้ครบระยะเวลา 2) ประเมินผลลัพธ์จากการใช้นโยบายฯ ด้านระดับความเจ็บปวด ความพึงพอใจมารดา และผลลัพธ์การคลอด และ 3) จัดทำรายงานสรุปเล่มนโยบายฯ เพื่อเตรียมเผยแพร่

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและความเป็นไปได้ของการนำนโยบายฯ ไปใช้ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดและความพึงพอใจก่อนและหลังใช้นโยบายฯ โดยใช้ Paired t-test

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน เป็นเพศหญิง ทั้งหมด อายุเฉลี่ย 34.2 ปี (ช่วงอายุ 26–52 ปี) ระดับการศึกษาปริญญาตรี 10 คน (ร้อยละ 100) ระยะเวลาปฏิบัติงานในห้องคลอด 1–10 ปี จำนวน 4 คน (ร้อยละ 40.0) และ 11–20 ปี จำนวน 6 คน (ร้อยละ 60.0) เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลจัดการความเจ็บปวดในมารดาคลอด จำนวน 8 คน (ร้อยละ 80.0)

1.2 ข้อมูลทั่วไปของมารดาคลอดปกติ มารดาคลอดปกติ จำนวน 42 คน อายุเฉลี่ย 26.8 ปี (SD = 4.9) ส่วนใหญ่สมรสจดทะเบียน (ร้อยละ 88.1) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 40.5) อาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 33.3) รายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 42.9) คลอดครั้งแรก (ร้อยละ 52.4) อายุครรภ์เฉลี่ย 38.7 สัปดาห์ (SD = 1.1) น้ำหนักทารกเฉลี่ย 3,124 กรัม (SD = 298) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดาคลอดปกติ (n = 42)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (n = 42)	ร้อยละ
อายุเฉลี่ย 26.8 ปี (SD = 4.9)		
น้อยกว่า 20 ปี	5	11.9
20–29 ปี	27	64.3



ลักษณะทั่วไป	จำนวน (n = 42)	ร้อยละ
30 ปีขึ้นไป	10	23.8
สมรสจดทะเบียน	37	88.1
คลอดครรภ์แรก	22	52.4
อายุครรภ์เฉลี่ย 38.7 สัปดาห์ (SD = 1.1)		
น้ำหนักทารกเฉลี่ย 3,124 กรัม (SD = 298)		
เคยได้รับข้อมูลการจัดการความเจ็บปวดมาก่อน	18	42.9
ต้องการให้สามี/คู่ครรรู้สึกอยู่เคียงข้าง	35	83.3

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในมารดาคลอดปกติ ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านเกณฑ์ทั้งสิ้น 18 เรื่อง จัดระดับตาม National Health and Medical Research Council (1999) ดังนี้ Level I (Systematic Review) จำนวน 4 เรื่อง Level II (RCT) จำนวน 6 เรื่อง Level III (Quasi-experimental) จำนวน 5 เรื่อง และ Level IV-V จำนวน 3 เรื่อง ผลการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ด้วยเกณฑ์ AGREE II โดยรวมได้คะแนนร้อยละ 88 ซึ่งสาระสำคัญของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 2 หมวด ดังนี้

2.1 หมวดที่ 1 การให้การพยาบาลโดยวิธีที่ไม่ใช่เภสัชวิทยา (Non-pharmacological Methods) โดยแบ่งเป็นหัวข้อย่อย ดังนี้ 1) เทคนิคการหายใจและการผ่อนคลาย ได้แก่ การสอนและฝึกการหายใจช้าลึก (Slow breathing) ในระยะ Latent phase และการหายใจแบบ Puff-puff-blow ในระยะ Active phase ร่วมกับการฝึกจินตภาพ (Guided imagery) 2) การเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนท่า ได้แก่ การส่งเสริมให้มารดาเดิน นั่งบนลูกบอลคลอด นอนตะแคง หรือคุกเข่าตามความสะดวก โดยเฉพาะระยะ Active phase 3) การนวดและการกดจุด ได้แก่ การนวดบริเวณหลังส่วนล่าง กดจุด BL32 (Cilio) และการกด Sacral pressure เพื่อลดความเจ็บปวดระยะเบ่งคลอด 4) Hydrotherapy ได้แก่ การใช้ถุงน้ำอุ่นประคบหน้าท้องและหลังส่วนล่าง (อุณหภูมิ 40–45°C) หากน้ำคร่ำยังไม่แตก สามารถใช้การแช่น้ำอุ่นได้ 5) การสนับสนุนทางอารมณ์ ได้แก่ การอยู่เคียงข้างอย่างต่อเนื่อง การให้กำลังใจ การสื่อสารเชิงบวก และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีหรือผู้ดูแล

2.2 หมวดที่ 2 การให้การพยาบาลโดยวิธีที่เป็นเภสัชวิทยา (Pharmacological Methods) โดยพิจารณาใช้เมื่อ pain score ≥ 7 คะแนน หลังจากใช้วิธีที่ไม่ใช่เภสัชวิทยาแล้วอย่างน้อย 30 นาที ประกอบด้วย การให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยพยาบาลต้องประเมิน



NRS ทุก 30 นาทีหลังให้ยา และบันทึกการตอบสนองต่อยาในเวชระเบียน สารสำคัญของแนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในมารดาคลอดปกติ

องค์ประกอบแนวปฏิบัติ	การดำเนินการ	เกณฑ์การประเมิน / ความถี่
1. ประเมินความเจ็บปวดอย่างเป็นระบบ	ประเมิน NRS + ปัจจัยที่มีผล + บันทึก	ทุก 60 นาที (Latent) / ทุก 30 นาที (Active)
2. ให้ข้อมูลและเตรียมมารดา	อธิบายกระบวนการคลอด สอนเทคนิค แนะนำทางเลือก	ครั้งแรกที่มารดามารถึง + ทบทวนตามระยะ
3. วิธีไม่ใช่เภสัชวิทยา (ลำดับแรก)	หายใจ เปลี่ยนท่า นวด Hydrotherapy สนับสนุนอารมณ์	เริ่มต้นที่เมื่อ NRS ≥ 4
4. วิธีเภสัชวิทยา (เมื่อจำเป็น)	ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา	พิจารณาเมื่อ NRS ≥ 7 หลังวิธีที่ 3 ≥ 30 นาที
5. ประเมินผลและบันทึก	บันทึกวิธีการใช้ ผลตอบสนอง รายงานส่งเวร	ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง

3. การประเมินผลของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ไปใช้

3.1 ด้านระดับความเจ็บปวด เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ (ข้อมูลย้อนหลัง $n = 42$) และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ ($n = 42$) พบว่ามารดาในกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติมีระดับความเจ็บปวดต่ำกว่าในทุกระยะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติในแต่ละระยะการคลอด

ระยะการคลอด	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		หลังใช้แนวปฏิบัติ		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
Latent Phase	6.8	1.4	5.1	1.3	5.39	$< 0.001^*$
Active Phase	8.2	1.1	6.4	1.2	6.68	$< 0.001^*$
Transition Phase	9.1	0.9	7.2	1.1	8.01	$< 0.001^*$
หลังคลอด 2 ชั่วโมง	2.9	1.2	1.8	0.9	4.46	$< 0.001^*$

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



3.2 ด้านความพึงพอใจของมารดา ผลการประเมินความพึงพอใจหลังคลอด 24–48 ชั่วโมง พบว่าคะแนนความพึงพอใจโดยรวมหลังใช้แนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.82, p < 0.001$) โดยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.2) เป็นระดับสูง (ร้อยละ 84.9)

3.3 ด้านผลลัพธ์การคลอด เปรียบเทียบผลลัพธ์การคลอดก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ พบว่าอัตราการใช้ยาแก้ปวดลดลงจากร้อยละ 38.1 เหลือร้อยละ 16.7 อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.042$) ระยะเวลา Active phase สั้นลงอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนคะแนน Apgar ของทารกไม่แตกต่างกัน แสดงถึงความปลอดภัยของแนวปฏิบัติ

3.4 ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ไปใช้ พยาบาลวิชาชีพกลุ่ม มีความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ดังนี้ ด้านความง่ายและสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับมากร้อยละ 70 และระดับปานกลางร้อยละ 30 ส่วนด้านความชัดเจน ความเหมาะสม ความประหยัด ประสิทธิภาพ และความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีความคิดเห็นตรงกันร้อยละ 100 ว่าสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในห้องคลอด และมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ที่ 2.72 ($SD = 0.21$) อยู่ในระดับมีประสิทธิภาพมาก

อภิปรายผล

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดในมารดาคลอดปกติที่พัฒนาขึ้นส่งผลต่อคุณภาพการดูแลมารดาคลอดให้ดีขึ้น โดยพบว่าหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ มารดามีระดับความเจ็บปวดลดลงในทุกระยะการคลอดอย่างมีนัยสำคัญ และอัตราการใช้ยาแก้ปวดลดลง ซึ่งอยู่ในช่วงค่าเฉลี่ยของประเทศที่ส่งเสริมการคลอดตามธรรมชาติ (World Health Organization, 2018) เนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ นี้พัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิด NHMRC (1999) และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีระดับความน่าเชื่อถือ ส่งผลให้แนวปฏิบัติมีคุณภาพสูงและมีประสิทธิภาพในการนำไปใช้ สอดคล้องกับ Connor และคณะ (2023) ที่พบว่าการนำแนวปฏิบัติที่อยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในทางคลินิกส่งผลให้ผลลัพธ์ของผู้ป่วยดีขึ้น

ระดับความปวด พบว่า เมื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ พบว่ามารดากลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติมีระดับความเจ็บปวดต่ำกว่าในทุกระยะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การลดลงของระดับความเจ็บปวดในระยะ Active phase มากที่สุดสามารถอธิบายได้ว่าความเจ็บปวดรุนแรงที่ไม่ได้รับการจัดการอาจยับยั้งการหลั่ง Oxytocin ตามธรรมชาติ เมื่อมารดาได้รับการจัดการความเจ็บปวดที่ดีขึ้น ระดับความเครียดทางสรีรวิทยาลดลง กระบวนการคลอดจึงดำเนินไปได้ราบรื่น (Anderson et al., 2022) และสอดคล้องกับ Smith et al. (2018) ที่พบว่าการใช้เทคนิคการผ่อนคลายและการสนับสนุนต่อเนื่องสามารถลด VAS ได้ 1.5–2.0 คะแนนในระยะ Active phase



ด้านระดับความพึงพอใจ พบว่า ความพึงพอใจของมารดาอยู่ในระดับสูง ซึ่งแนวปฏิบัติด้านการให้การพยาบาลโดยวิธีที่ไม่ใช้เภสัชวิทยา ได้แก่ เทคนิคการหายใจและการผ่อนคลาย การเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนท่า การนวดและการกดจุด 4) Hydrotherapy และ 5) การสนับสนุนทางอารมณ์ สะท้อนให้เห็นว่าการสนับสนุนทางการพยาบาลมารดาเพื่อลดความเจ็บปวดมีความสำคัญกับการรับรู้ว่าคุณเองได้รับการดูแลเอาใจใส่ไม่แพ้การลดความเจ็บปวดทางกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu et al. (2023) ที่พบว่าการสนับสนุนต่อเนื่องระหว่างคลอดมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในประสบการณ์การคลอดและการส่งเสริมการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผลลัพธ์ด้านการพบค่าคะแนน Apgar และอัตราส่งต่อ NICU ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ยืนยันความปลอดภัยของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น

ด้านผลลัพธ์การคลอด เปรียบเทียบผลลัพธ์การคลอดก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ พบว่า อัตราการใช้ยาแก้ปวดลดลงจากร้อยละ 38.1 เหลือร้อยละ 16.7 อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.042$) เป็นผลจากแนวปฏิบัติที่กำหนดให้ใช้วิธีการที่ไม่ใช้เภสัชวิทยาเป็นลำดับแรก และพิจารณาใช้ยาแก้ปวดเมื่อ pain score ≥ 7 คะแนน หลังใช้วิธีที่ไม่ใช้เภสัชวิทยาแล้วอย่างน้อย 30 นาที สอดคล้องกับ Nori et al. (2023) ที่พบว่าวิธีการจัดการความเจ็บปวดแบบไม่ใช้เภสัชวิทยาเป็นทางเลือกที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ แม้เภสัชวิทยาจะเป็นมาตรฐานทองแต่ยังมีความเสี่ยงต่อมารดาและทารก ส่วนระยะเวลา Active phase สั้นลงอย่างมีนัยสำคัญ อธิบายได้ว่า เมื่อความเจ็บปวดได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ระดับความเครียดและการหลั่ง Cortisol ที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกลดลง ประกอบกับการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและเปลี่ยนท่าในระยะ Active phase ตามแนวปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับ Chang et al. (2565) ที่พบว่าวิธีการที่ไม่ใช้เภสัชวิทยาหลายรูปแบบช่วยให้กระบวนการคลอดดำเนินไปได้ดีขึ้นและลดระยะเวลาการคลอดได้ และในส่วนคะแนน Apgar ของทารกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งยืนยันความปลอดภัยของแนวปฏิบัติที่มุ่งเน้นการใช้ยาแก้ปวดเท่าที่จำเป็น จึงลดโอกาสที่อาจจะส่งผลกระทบต่อระบบหายใจและสถานะของทารกแรกคลอด (Nori et al., 2023)

จากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ไปทดลองใช้ พบว่าพยาบาลวิชาชีพทุกคนสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงโดยไม่มีปัญหาและอุปสรรคที่มีนัยสำคัญ และมีคะแนนความเป็นไปได้ในระดับมาก สอดคล้องกับแนวทางของ National Health and Medical Research Council. (1999) ซึ่งเน้นกระบวนการกระตุ้นให้บุคลากรเห็นความสำคัญของแนวปฏิบัติและมีส่วนร่วมในการพัฒนา ส่งผลให้เกิดความร่วมมือและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ทำให้ผู้มารับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และลดค่าใช้จ่ายในการพักรักษาในโรงพยาบาล



วารสารการพยาบาลและสุขภาพดอกจาน

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องสามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ นี้ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานของตนเอง เพื่อให้มารดาคลอดปกติได้รับการจัดการความเจ็บปวดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ ลดการให้ยาแก้ปวดที่ไม่จำเป็น และมีประสบการณ์การคลอดที่ดี และผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ นี้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในห้องคลอด และกำหนดเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานของหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรขยายการศึกษาไปยังโรงพยาบาลชุมชนอื่นในจังหวัดหนองคาย เพื่อทดสอบความสามารถในการถ่ายทอด (Transferability) ของแนวปฏิบัติ และควรศึกษาความยั่งยืน (Sustainability) ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้โดยติดตามผลอย่างน้อย 1 ปีหลังสิ้นสุดการวิจัย
2. ควรทำการศึกษาในรูปแบบ Randomized Controlled Trial (RCT) เพื่อยืนยันผล

เอกสารอ้างอิง

- ชัชฎาพร จันทรสุข, พิริยา ทิวทอง, ศีตรา มยุขโชติ และจุฬารัตน์ ห้าวหาญ. (2567). การศึกษาความต้องการวิธีการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยาของหญิงในระยะคลอด. *ราชวดีสาร*, 14(1), 93–105.
- พิกุล นันทชัยพันธุ์. (2549). การประเมินคุณภาพด้านการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติทางคลินิก. ใน *เอกสารประกอบการบรรยายการอบรม เรื่อง การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รังสินี พูลเพิ่ม, อุบลรัตน์ ระวังโค และขวัญเรือน ด่วนดี. (2556). ผลของการใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่นประคบหน้าท้องต่อการลดความเจ็บปวดในมารดาครรภ์แรก. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 14(3), 67–76.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *แนวทางการส่งเสริมการคลอดตามธรรมชาติ*. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- The Agree Research Trust. (2009). *The appraisal of guidelines for research & evaluation II*. Retrieved from <http://www.agreetrust.org/>
- Anderson, K. L., Smith, J. M., & Thompson, R. E. (2022). Inadequate pain management during labor: Physiological consequences and birth outcomes. *International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 158(3), 445–462.
- Bayable, S., Ashebir, Y., & Beyable, A. (2022). Pharmacologic and non-pharmacologic



- labor pain management techniques in a resource-limited setting: A systematic review. *Annals of Medicine & Surgery*, 74.
- Chang, C. Y., Gau, M. L., Huang, C. J., Cheng, H. M. (2022) Effects of non-pharmacological coping strategies for reducing labor pain: A systematic review and network meta-analysis. *PLoS ONE*, 17(1): e0261493
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Liu, X., Zhang, Y., & Wang, H. (2023). Effective pain management and maternal outcomes: Impact on satisfaction, bonding, and breastfeeding initiation. *Maternal & Child Health Journal*, 27(5), 789–806.
- Miller, K. D., & Davies, P. R. (2021). Long-term mental health outcomes associated with labor pain experiences: A prospective cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 24(6), 841–856
- National Health and Medical Research Council. (1999). *A guide to the developmental, implementation and evaluation of clinical practice guidelines*. Retrieved from http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/publications/synopses/cp30.pdf
- Nori, W., Kassim, M. A. K., Helmi, Z. R., Pantazi, A. C., Brezeanu, D., Brezeanu, A. M., Penciu, R. C., & Serbanescu, L. (2023). Non-Pharmacological Pain Management in Labor: A Systematic Review. *Journal of clinical medicine*, 12(23), 7203.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Armour, M., Dahlen, H. G., & Suganuma, M. (2018). Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(3), CD009514.
- Thompson, R. E., Davis, M., & Brown, A. (2023). Theory-practice gap in labor pain management: A multi-center observational study. *Pain Management Nursing*, 24(2), 145–161.
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>



วารสารการพยาบาลและสุขภาพดอกจาน

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ

ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโพนพิสัย

Development of Nursing Practice Guidelines for Pressure Injury Prevention

in the Intensive Care Unit, Phonphisai Hospital

เจนจิรา จันทร์อุดม^{1,*} และธัญวรัตน์ แก้วสวย¹

Jenjira Chanudom^{1,*} and Thanwarat Kaewsui¹

Received: April 24, 2026

Revised: April 27, 2026

Accepted: April 30, 2026

¹ งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

¹ Intensive Care Unit, Nursing Department, Phonphisai Hospital, Nong Khai Province, Thailand

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนัก 2) พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนักภายใต้ PPSH Model และ 3) ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการวิจัยใน 3 ระยะ ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึง มีนาคม 2568 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก 17 คน ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน และผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก 30 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามสภาพปัญหา แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบประเมินความเหมาะสมของแนวปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลตาม PPSH Model แบบประเมินความเสี่ยง Braden Scale แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ระยะที่ 1 สภาพปัญหาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.12$, $SD = 0.48$) โดยด้านที่มีปัญหาสูงที่สุดคือการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย ($\bar{x} = 3.45$, $SD = 0.52$) รองลงมาคือการจัดการสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ ($\bar{x} = 3.05$, $SD = 0.41$) และการให้ความรู้แก่ญาติและผู้ดูแล ($\bar{x} = 2.89$, $SD = 0.50$) ระยะที่ 2 ได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลภายใต้ PPSH Model ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ Patient-centered Prevention, Proactive Environment Management, Skin Surveillance Monitoring และ Holistic Engagement & Education แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นได้รับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญในระดับมากที่สุด โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ย 4.72 ($SD = 0.15$) ระยะที่ 3 หลังการใช้แนวปฏิบัติ พบว่าการปฏิบัติตามแนวทางของบุคลากรเพิ่มขึ้นจาก

* ผู้ประสานงาน (Corresponding Author): เจนจิรา จันทร์อุดม

อีเมล: j9420060@gmail.com



3.11 ± 0.48 เป็น 4.40 ± 0.49 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การได้รับการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 2.85 ± 0.42 เป็น 4.32 ± 0.37 ($p < .001$) สัดส่วนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปานกลางต่อการเกิดแผลกดทับลดลงจากร้อยละ 40.0 เป็นร้อยละ 23.3 ไม่พบผู้ป่วยเกิดแผลกดทับรายใหม่ และความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.56$, $SD = 0.37$)

สรุปได้ว่า PPSH Model เป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีความเหมาะสม ใช้ได้จริง และช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยหอผู้ป่วยหนักได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมสำหรับนำไปใช้ต่อเนื่องในบริบทโรงพยาบาลชุมชน และสามารถประยุกต์ใช้ในหน่วยงานที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

คำสำคัญ: แผลกดทับ, แนวปฏิบัติทางการพยาบาล, หอผู้ป่วยหนัก, PPSH Model

Abstract

This action research study aimed to: 1) examine the existing problems and needs in nursing practice for pressure injury prevention in the intensive care unit (ICU), 2) develop nursing practice guidelines for pressure injury prevention in the ICU under the PPSH Model, and 3) evaluate the outcomes of implementing the developed guidelines. The study was conducted in three phases between October 2024 and March 2025. The sample consisted of seventeen ICU nursing personnel, five experts, and thirty ICU patients. The research instruments included a general information questionnaire, a problem situation questionnaire, a semi-structured interview guide, an expert appraisal form for guideline appropriateness, the PPSH Model nursing practice guidelines, the Braden Scale risk assessment tool, a clinical outcome assessment form, and a satisfaction questionnaire. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and the paired t-test.

The findings across the three phases were as follows. In Phase 1, the overall level of existing problems was moderate ($\bar{x} = 3.12$, $SD = 0.48$), with patient risk assessment identified as the most problematic area ($\bar{x} = 3.45$, $SD = 0.52$), followed by environmental and equipment management ($\bar{x} = 3.05$, $SD = 0.41$), and education for relatives and caregivers ($\bar{x} = 2.89$, $SD = 0.50$). In Phase 2, the nursing practice guidelines were developed under the PPSH Model, encompassing four core components: Patient-centered Prevention, Proactive Environment Management, Skin Surveillance



วารสารการพยาบาลและสุขภาพดอกจาน

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

Monitoring, and Holistic Engagement and Education. The developed guidelines were rated by experts at the highest level of appropriateness, with an overall mean score of 4.72 (SD = 0.15). In Phase 3, following implementation of the guidelines, personnel adherence to nursing practice significantly increased from 3.11 ± 0.48 to 4.40 ± 0.49 ($p < .001$). The quality of pressure injury preventive care received by patients improved from 2.85 ± 0.42 to 4.32 ± 0.37 ($p < .001$). The proportion of patients at moderate risk of developing pressure injuries decreased from 40.0% to 23.3%, no new cases of pressure injuries were identified, and satisfaction with the guidelines was rated at the highest level ($\bar{x} = 4.56$, SD = 0.37).

In conclusion, the PPSH Model represents an appropriate and practically applicable nursing practice framework that effectively reduces the risk of pressure injury development among ICU patients. It is well-suited for sustained use within a community hospital context and may be adapted for application in units with comparable clinical settings.

Keywords: pressure injury, nursing practice guidelines, intensive care unit, PPSH Model

บทนำ

แผลกดทับหรือ pressure injury เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่ยังพบได้อย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นตัวชี้วัดสำคัญด้านคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจากส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ คุณภาพชีวิต ระยะเวลานอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มขึ้นทั้งต่อระบบบริการและครอบครัวผู้ป่วย งานทบทวนอย่างเป็นระบบและอภิมานระดับโลกพบว่า ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่นอนรักษาในโรงพยาบาลมีความชุกของแผลกดทับประมาณร้อยละ 12.8 และมีอุบัติการณ์แผลกดทับที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลประมาณร้อยละ 8.4 สะท้อนว่าปัญหานี้ยังคงเป็นภาระสำคัญของระบบบริการสุขภาพทั่วโลก (Li et al., 2020). ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ปัญหามีแนวโน้มรุนแรงกว่าหอผู้ป่วยทั่วไป การศึกษา DecubiCUs ซึ่งครอบคลุมผู้ป่วย 13,254 คน จาก 1,117 หอผู้ป่วยหนัก ใน 90 ประเทศ รายงานความชุกของแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนักร้อยละ 26.6 และความชุกของแผลกดทับที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยหนักร้อยละ 16.2 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยวิกฤตเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมาก (Labeau et al., 2021) การป้องกันแผลกดทับต้องอาศัยมาตรการหลายองค์ประกอบร่วมกัน ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ การตรวจประเมินสภาพผิวหนัง การจัดทำและลดแรงกด การดูแลความชื้นของผิวหนัง การประเมินภาวะโภชนาการ และการประสานการดูแลระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ (National Pressure Injury



Advisory Panel, 2019) ขณะเดียวกันแนวคิดของ Braden Scale อธิบายว่า การประเมินความเสี่ยงควรนำไปสู่การวางแผนการดูแลเฉพาะราย โดยพิจารณา 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึก ความซึ้นกิจกรรม การเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการ และแรงเสียดสี/แรงเฉือน (Bergstrom et al., 1987) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยวิกฤตเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว การใช้คะแนนประเมินเพียงอย่างเดียวโดยไม่เชื่อมโยงกับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ล้นธิยา ศรีเทศ และคณะ (2568) รายงานว่าพบผู้ป่วยเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยร้อยละ 16.30 และ 25.43 ในปี พ.ศ. 2564 และ 2565 ตามลำดับ โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ ได้แก่ ภาวะไข้สูง ดัชนีมวลกายต่ำ ระยะเวลานอนหอผู้ป่วยวิกฤตมากกว่า 7 วัน และภาวะติดเชื้อ นอกจากนี้ วไลพร ปักเคระกา และคณะ (2565) และ ศรีญญา จุฬาริ และคณะ (2566) อธิบายว่าพยาบาลวิกฤตมีบทบาทสำคัญในการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต

ข้อมูลปฏิบัติการย้อนหลังปี 2565–2567 หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย พบอัตราการเกิดแผลกดทับเท่ากับ 7.95, 10.11 และ 8.75 ต่อ 1,000 วันนอน ตามลำดับ (โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย, 2567) จากการศึกษาสภาพปัญหาของหน่วยงานยังพบช่องว่างสำคัญ ได้แก่ การปฏิบัติในการป้องกันแผลกดทับยังขาดความสม่ำเสมอ บุคลากรปฏิบัติไม่ไปในทิศทางเดียวกัน ยังมีข้อจำกัดด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่กำหนด ตลอดจนข้อจำกัดด้านอุปกรณ์สนับสนุนและการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแล ปัญหาเหล่านี้ส่งผลต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยโดยตรง การวิจัยครั้งนี้จึงประยุกต์ใช้แนวคิดของ Iowa Model of Evidence-Based Practice เป็นกรอบในการพัฒนาแนวปฏิบัติจากปัญหาคุณภาพที่เกิดขึ้นจริงในหน่วยงาน โดยเริ่มจากการศึกษาสภาพปัญหา สืบค้นและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ออกแบบแนวปฏิบัติ ทดลองใช้และประเมินผล (Iowa Model Collaborative, 2017) ร่วมกับการใช้ Braden Scale เป็นฐานในการประเมินความเสี่ยงรายบุคคล เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย และนำไปสู่การลดอุบัติการณ์แผลกดทับอย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย โดยประยุกต์ใช้ PPSH Model
3. เพื่อประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

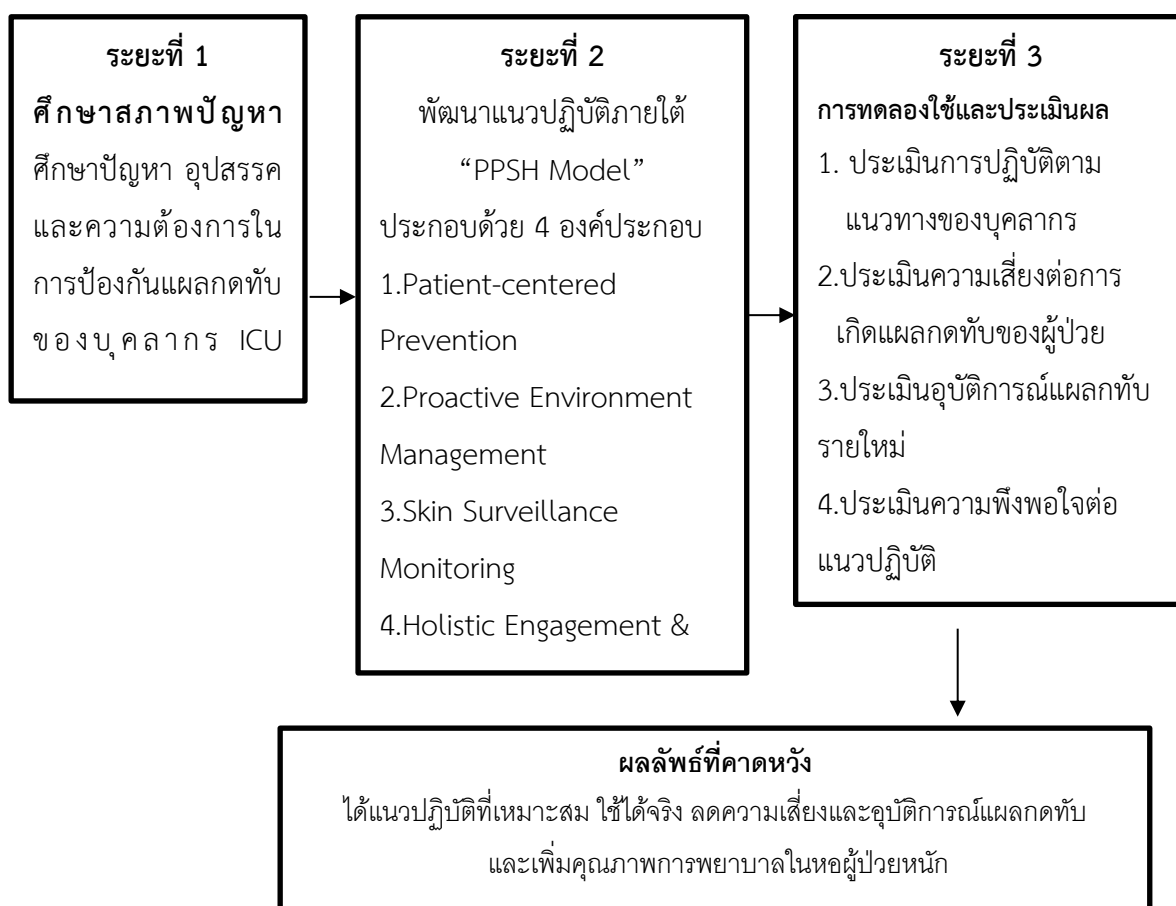


วารสารการพยาบาลและสุขภาพดอจงาน

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยประยุกต์ใช้ Iowa Model of Evidence-Based Practice ร่วมกับแนวคิดการประเมินความเสี่ยงด้วย Braden Scale และวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนัก ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติภายใต้ PPSH Model และระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผล โดยคาดหวังว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจะช่วยเพิ่มคุณภาพการปฏิบัติงานของบุคลากร ลดความเสี่ยงและอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ (Bergstrom et al., 1987; Iowa Model Collaborative, 2017) ดังแสดงภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ดำเนินการในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึงมีนาคม 2568 ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหา ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติ และระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น โดยใช้กรอบ Iowa Model ร่วมกับ Braden Scale และกระบวนการ Plan-Act-Observe-Reflect ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโพธิสัย จำนวน 17 คน คัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ระยะที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน คัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต การป้องกันแผลกดทับ หรือการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ไม่น้อยกว่า 5 ปี เพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ

ระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) บุคลากรผู้ใช้นโยบายปฏิบัติในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 17 คน และ 2) ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ในช่วงเวลาที่ศึกษา โดยเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีแผลกดทับก่อนเข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก ได้รับการประเมินความเสี่ยงด้วย Braden Scale และได้รับการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกตลอดระยะเวลาที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยหนักหรือจนกระทั่งย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 ใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามสภาพปัญหาในการป้องกันแผลกดทับ และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการของบุคลากรในหอผู้ป่วยหนัก ระยะที่ 2 ใช้ร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับภายใต้ PPSH Model แบบประเมินความเหมาะสมของแนวปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญ และเครื่องมือสนับสนุนการปฏิบัติ ได้แก่ แบบประเมินความเสี่ยงเฉพาะราย Turn Alert Clock Visual Turn Sheet และ Skin Bundle Care ระยะที่ 3 ใช้แนวปฏิบัติ PPSH Model แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางของผู้ให้บริการ แบบประเมินการได้รับการดูแลของผู้ป่วย แบบประเมินความเสี่ยง Braden Scale แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ (Bergstrom et al., 1987) เครื่องมือที่มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่าใช้การให้คะแนน 5 ระดับ (1-5 คะแนน) และแปลผลค่าเฉลี่ยดังนี้ 4.51-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด 3.51-4.50 หมายถึง ระดับมาก 2.51-3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง 1.51-2.50 หมายถึง ระดับน้อย และ 1.00-1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด



วารสารการพยาบาลและสุขภาพท้องถิ่น

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับใช้ Braden Scale ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึก ความชื้นของผิวหนัง กิจกรรม การเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการ และแรงเสียดสี/แรงเฉือน คณะกรรมการใช้เพื่อจำแนกระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน แล้วคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ตามแนวทางของ Polit and Beck (2021) ผลการตรวจสอบพบว่าเครื่องมือระยะที่ 1 มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.82 (Cronbach, 1951)

3.การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 เก็บข้อมูลจากบุคลากร 17 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามสภาพปัญหา และการสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง เพื่อนำข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาสังเคราะห์หาแนวทางพัฒนา

ระยะที่ 2 นำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาพัฒนาแนวปฏิบัติ ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการการระดมสมอง และการสะท้อนผลของบุคลากร ICU ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ จากนั้นเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ แล้วปรับปรุงเป็นแนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์

ระยะที่ 3 อบรมและชี้แจงแนวปฏิบัติแก่บุคลากร ICU ก่อนนำไปใช้จริง จากนั้นประเมินการปฏิบัติตามแนวทางของบุคลากร และประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยด้วย Braden Scale ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ พร้อมบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกและความพึงพอใจ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลวิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติในกลุ่มตัวอย่างเดิมใช้ paired t-test ส่วนข้อมูลระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับรายใหม่ วิเคราะห์ด้วยจำนวนและร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา

5. ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโพธิ์ชัย เลขที่ ECPPS 08-2568 ลงวันที่ 24 ตุลาคม 2567



สรุปผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนัก

ผลการศึกษาในระยะที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 17 คน ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ 13 คน คิดเป็นร้อยละ 76.5 รองลงมาคือผู้ช่วยเหลือคนไข้ 3 คน ร้อยละ 17.6 และพนักงานบริการ 1 คน ร้อยละ 5.9 ส่วนใหญ่มีอายุไม่เกิน 30 ปี ร้อยละ 70.6 มีประสบการณ์ในหอผู้ป่วยหนัก 1-3 ปี ร้อยละ 47.1 และเคยผ่านการอบรมเรื่องการป้องกันแผลกดทับ ร้อยละ 52.9 ขณะที่ร้อยละ 47.1 ไม่เคยได้รับการอบรมมาก่อน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 (n = 17)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่ง		
พยาบาลวิชาชีพ	13	76.5
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	3	17.6
พนักงานบริการ	1	5.9
อายุ (ปี)		
ไม่เกิน 30 ปี	12	70.6
31-45 ปี	4	23.5
46 ปีขึ้นไป	1	5.9
ค่าเฉลี่ยอายุ $\pm$ SD	27.47 $\pm$ 11.85	
ต่ำสุด-สูงสุด	20-48	
ประสบการณ์ในหอผู้ป่วยหนัก		
น้อยกว่า 1 ปี	2	11.8
1-3 ปี	8	47.1
4-5 ปี	5	29.4
6 ปีขึ้นไป	2	11.8
เคยผ่านการอบรมเรื่องการป้องกันแผลกดทับ		
เคย	9	52.9
ไม่เคย	8	47.1



วารสารการพยาบาลและสุขภาพดุษฎีบัณฑิต

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

เมื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาที่มีต่อการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.12$, $SD = 0.48$) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือด้านการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย ($\bar{x} = 3.45$, $SD = 0.52$) รองลงมาคือด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ ($\bar{x} = 3.05$, $SD = 0.41$) และด้านการให้ความรู้แก่ญาติและผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{x} = 2.89$, $SD = 0.50$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สภาพปัญหาในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ ระยะที่ 1 (n = 17)

ด้านสภาพปัญหา	$\bar{x}$	SD	ระดับ
การประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย	3.45	0.52	ปานกลาง
การจัดการสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์	3.05	0.41	ปานกลาง
การให้ความรู้แก่ญาติและผู้ดูแล	2.89	0.50	ปานกลาง
โดยรวม	3.12	0.48	ปานกลาง

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ พบประเด็นสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ปัญหาด้านพฤติกรรมและการปฏิบัติงานของบุคลากร 2) ปัญหาด้านภาระงานและกำลังคน 3) ปัญหาด้านอุปกรณ์และทรัพยากร 4) ปัญหาด้านความซับซ้อนของผู้ป่วยวิกฤต และ 5) ข้อเสนอแนะให้มีการอบรมอย่างต่อเนื่อง กำหนด routine การพลิกตะแคงทุก 2 ชั่วโมง มีเครื่องมือช่วยเตือน และพัฒนาระบบติดตามผลที่เป็นรูปธรรม ดัง ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สรุปประเด็นปัญหาและข้อเสนอแนะจากการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ

ประเด็นหลัก	สาระสำคัญที่พบ
1. พฤติกรรมและการปฏิบัติงานของบุคลากร	การพลิกตะแคงไม่สม่ำเสมอ การบันทึกผิวหนังไม่ต่อเนื่อง การปฏิบัติตามแนวทางยังไม่ครบถ้วน
2. ภาระงานและกำลังคน	ภาระงานสูง บุคลากรไม่เพียงพอ ทำให้ดูแลผู้ป่วยไม่ทั่วถึง
3. อุปกรณ์และทรัพยากร	หมอนรอง อุปกรณ์ช่วยพลิกตัว แผ่นลดแรงกด และวัสดุป้องกันแผลกดทับไม่เพียงพอ
4. ความซับซ้อนของผู้ป่วยวิกฤต	ผู้ป่วยบางรายมีข้อจำกัดในการจัดท่าจากภาวะวิกฤต อุปกรณ์ช่วยชีวิต หรือไม่ให้ความร่วมมือ
5. แนวทางพัฒนา	ควรจัดอบรมต่อเนื่อง กำหนด routine การพลิกตะแคงทุก 2 ชั่วโมง ใช้นวัตกรรมช่วยเตือน และมีระบบติดตามการปฏิบัติ



2. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับในหอผู้ป่วยหนัก ภายใต้ PPSH Model

ผลการศึกษาระยะที่ 2 ผู้วิจัยนำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาสังเคราะห์ร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์และการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลภายใต้ PPSH Model ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) Patient-centered Prevention 2) Proactive Environment Management 3) Skin Surveillance Monitoring และ 4) Holistic Engagement & Education พร้อมทั้งจัดทำเครื่องมือสนับสนุนการปฏิบัติ เช่น แบบประเมินความเสี่ยงเฉพาะราย Turn Alert Clock Visual Turn Sheet และ Skin Bundle Care ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 องค์ประกอบของ PPSH Model และเครื่องมือสนับสนุนการปฏิบัติ

องค์ประกอบของ PPSH Model	สาระสำคัญ	เครื่องมือสนับสนุน
Patient-centered Prevention	ประเมินความเสี่ยงรายบุคคลและวางแผนการดูแลเฉพาะราย	Braden Scale, แบบประเมินความเสี่ยงเฉพาะราย
Proactive Environment Management	จัดสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์เพื่อลดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน	Turn Alert Clock, อุปกรณ์รองรับแรงกด
Skin Surveillance Monitoring	เฝ้าระวัง ติดตาม และบันทึกสภาพผิวหนังอย่างเป็นระบบ	Visual Turn Sheet, Skin Bundle Care
Holistic Engagement & Education	ส่งเสริมความรู้บุคลากร ญาติ และการดูแลแบบองค์รวม	คู่มือ/สื่อการสอน, การอบรม และนิเทศ

ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 80.0 และมีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยหรือบริหารงานด้านแผลกดทับเฉลี่ย 20.80 ปี (SD = 5.02) แนวปฏิบัติมีคุณภาพโดยรวมในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.72, SD = 0.15) พบว่า ความเหมาะสมของเนื้อหาอยู่ในระดับสูงที่สุด ($\bar{x}$ = 4.75, SD = 0.20) รองลงมาคือความครอบคลุมของกิจกรรม ($\bar{x}$ = 4.74, SD = 0.18) ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ($\bar{x}$ = 4.70, SD = 0.16) และความชัดเจนของแนวทาง ($\bar{x}$ = 4.68, SD = 0.19) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการประเมินแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยผู้เชี่ยวชาญ (n = 5)

ด้านการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	SD	การแปลผล
ความเหมาะสมของเนื้อหา	4.75	0.20	มากที่สุด
ความชัดเจนของแนวทาง	4.68	0.19	มากที่สุด
ความครอบคลุมของกิจกรรม	4.74	0.18	มากที่สุด



ด้านการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	SD	การแปลผล
ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	4.70	0.16	มากที่สุด
ภาพรวม	4.72	0.15	มากที่สุด

3. ผลการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

หลังการใช้ PPSH Model การได้รับการปฏิบัติในการดูแลเพื่อป้องกันผลกดทับของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน โดยคะแนนรวมเพิ่มจาก 2.85 ± 0.42 เป็น 4.32 ± 0.37 ($p < 0.001$) รายด้านที่ดีขึ้น ได้แก่ การประเมินความเสี่ยง การป้องกันแรงกด/แรงเสียดสี/แรงเฉือน การดูแลภาวะโภชนาการ การดูแลผิวหนัง และการให้ความรู้แก่ญาติ/ผู้ดูแล หลังการใช้ PPSH Model การได้รับการปฏิบัติในการดูแลเพื่อป้องกันผลกดทับของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน โดยคะแนนรวมเพิ่มจาก 2.85 ± 0.42 เป็น 4.32 ± 0.37 ($t = 10.52$, $p < .001$) รายด้านที่ดีขึ้น ได้แก่ การประเมินความเสี่ยง การป้องกันแรงกด/แรงเสียดสี/แรงเฉือน การดูแลภาวะโภชนาการ การดูแลผิวหนัง การให้ความรู้แก่ญาติ/ผู้ดูแล และการจัดการสิ่งแวดล้อม ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบการได้รับการปฏิบัติในการดูแลเพื่อป้องกันผลกดทับของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้ PPSH Model ($n = 30$)

การปฏิบัติในการดูแล	ก่อนใช้แนวทาง ($\bar{x} \pm SD$)	แปลผลก่อน ทดลอง	หลังใช้แนวทาง ($\bar{x} \pm SD$)	แปลผล หลัง ทดลอง	t	p-value
การประเมินความเสี่ยง	2.78 ± 0.45	ปานกลาง	4.35 ± 0.39	มาก	10.21	< .001
การป้องกันแรงกด/แรงเสียดสี/แรงเฉือน	2.83 ± 0.40	ปานกลาง	4.28 ± 0.36	มาก	11.02	< .001
การดูแลภาวะโภชนาการ	2.91 ± 0.43	ปานกลาง	4.31 ± 0.41	มาก	9.87	< .001
การดูแลผิวหนัง	2.88 ± 0.47	ปานกลาง	4.36 ± 0.34	มาก	10.14	< .001
การให้ความรู้แก่ญาติ/ผู้ดูแล	2.81 ± 0.49	ปานกลาง	4.29 ± 0.38	มาก	9.76	< .001
การจัดการสิ่งแวดล้อม	2.85 ± 0.42	ปานกลาง	4.33 ± 0.37	มาก	10.05	< .001
รวม	2.85 ± 0.42	ปานกลาง	4.32 ± 0.37	มาก	10.52	< .001

ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ PPSH Model คะแนนการปฏิบัติตามแนวทางของผู้ให้บริการโดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{x} = 2.87$, $SD = 0.42$) พบว่าทั้งการประเมินความเสี่ยงผู้ป่วย การจัดการ



ท่าลดแรงกดและแรงเสียดสี และการบันทึกข้อมูลการป้องกัน อยู่ในระดับ ปานกลาง ภายหลังการใช้ แนวปฏิบัติ คะแนนโดยรวมเพิ่มขึ้นเป็นระดับ มาก ($\bar{x} = 4.36$, $SD = 0.51$) คะแนนการปฏิบัติตาม แนวทางของผู้ให้บริการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางของผู้ให้บริการก่อนและหลังการใช้

PPSH Model ($n = 17$)

การปฏิบัติตามแนวทางของผู้ให้บริการ	ก่อนใช้แนวทาง		หลังใช้แนวทาง	
	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล
การประเมินความเสี่ยงผู้ป่วย	2.91 ± 0.39	ปานกลาง	4.40 ± 0.49	มาก
การจัดท่าลดแรงกดและแรงเสียดสี	2.85 ± 0.44	ปานกลาง	4.32 ± 0.53	มาก
การบันทึกข้อมูลการป้องกัน	2.80 ± 0.47	ปานกลาง	4.38 ± 0.50	มาก
คะแนนรวมการปฏิบัติตามแนวทางของ ผู้ให้บริการ	2.87 ± 0.42	ปานกลาง	4.36 ± 0.51	มาก

ภายหลังการใช้ PPSH Model จำนวนผู้ป่วยที่ ไม่มีความเสี่ยง ต่อการเกิดแผลกดทับ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.3 เป็น 26.7 ขณะที่ผู้ป่วยที่มี ความเสี่ยงปานกลาง ลดลงจากร้อยละ 40.0 เหลือ 23.3 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับก่อนและหลังการใช้ PPSH Model

($n = 30$)

ระดับความเสี่ยง	ก่อนใช้แนวทาง		หลังใช้แนวทาง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีความเสี่ยง	4	13.3	8	26.7
มีความเสี่ยงเล็กน้อย	14	46.7	15	50.0
มีความเสี่ยงปานกลาง	12	40.0	7	23.3
มีความเสี่ยงสูง	0	0.0	0	0.0
มีความเสี่ยงสูงมาก	0	0.0	0	0.0

ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ สภาพผิวหนัง รอยแดง การกดทับเฉพาะตำแหน่ง ความชื้นของ ผิวหนัง และความต่อเนื่องของการป้องกันแรงกด ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการใช้ PPSH Model คะแนนผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลกดทับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบ ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับรายใหม่ตลอดระยะเวลาการศึกษา ดังแสดงในตารางที่ 9-10



วารสารการพยาบาลและสุขภาพดอกจาน

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบผลลัพธ์การประเมินการเกิดแผลกดทับก่อนและหลังการใช้ PPSH Model (n = 30)

ตัวแปร	ก่อนใช้แนวทาง ($\bar{x} \pm SD$)	หลังใช้แนวทาง ($\bar{x} \pm SD$)	t	p-value
คะแนนผลลัพธ์การประเมิน การเกิดแผลกดทับ	2.80 ± 0.52	1.90 ± 0.45	5.12	.000

ตารางที่ 10 อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับรายใหม่ระหว่างการศึกษ (n = 30)

ผลลัพธ์	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่พบแผลกดทับรายใหม่	30	100.0
พบแผลกดทับรายใหม่	0	0.0

ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{x} = 3.42$, SD = 0.51)
 ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติ ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นเป็นระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.56$, SD = 0.37)
 ดังตาราง 11

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติก่อนและหลังการใช้ PPSH Model

ตัวแปร	ก่อนใช้แนวทาง		หลังใช้แนวทาง	
	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล	$\bar{x} \pm SD$	แปลผล
ความพึงพอใจโดยรวม	3.42 ± 0.51	ปานกลาง	4.56 ± 0.37	มากที่สุด

อภิปรายผล

การนำ Iowa Model มาพัฒนาแนวปฏิบัติ เน้นการเริ่มต้นจากปัญหาจริงของหน่วยงาน ก่อนพัฒนาแนวทางแก้ไข (Iowa Model Collaborative, 2017) สอดคล้องกับแนวคิด Braden Scale ที่ชี้ว่าการประเมินความเสี่ยงต้องเชื่อมโยงไปสู่การวางแผนป้องกันเฉพาะราย (Bergstrom et al., 1987) เช่นเดียวกับลันธียา ศรีเทศ และคณะ (2568) และศรัณญา จูพารี่ และคณะ (2566) พบว่า การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตสัมพันธ์กับหลายปัจจัยทั้งด้านผู้ป่วยและระบบการดูแล แนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้นได้รับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญในระดับมาก องค์ประกอบของ PPSH Model ทั้ง 4 ด้านสามารถตอบโจทย์ปัญหาที่พบได้อย่างชัดเจน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานของวไลพร ปักกระภา และคณะ (2565) ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลช่วยให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมี ความเป็นระบบมากขึ้นสอดคล้องกับ Iowa Model Collaborative (2017) ที่สนับสนุนว่าการพัฒนา แนวปฏิบัติจากปัญหาคลินิกจริงและการมีส่วนร่วมของผู้ใช้แนวทาง ช่วยเพิ่มความเหมาะสมและการ



ยอมรับต่อแนวปฏิบัติ ส่วนผลการประเมินหลังใช้ PPSH Model พบว่าไม่พบผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ รายใหม่ในช่วงเวลาศึกษา ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบ ครอบคลุมทั้งการประเมินความเสี่ยงรายบุคคล การจัดท่าลดแรงกด การเฝ้าระวังสภาพผิวหนัง การ จัดการสิ่งแวดล้อม และการให้ความรู้แก่ญาติ/ผู้ดูแล ทำให้บุคลากรมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและ สม่าเสมอมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิด Braden Scale Braden Scale (Bergstrom et al., 1987) และแนวทางของ NPIAP (2019) ที่สนับสนุนให้การประเมินความเสี่ยงนำไปสู่การวางแผนป้องกัน เฉพาะราย และล้นธิยา ศรีเทศ และคณะ (2568) และวไลพร ปักกระกา และคณะ (2565) ที่พบว่า การลดปัจจัยเสี่ยงอย่างเป็นระบบและการมีแนวทางการดูแลที่ชัดเจนช่วยลดโอกาสการเกิดแผลกด ทับได้จริง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

1. หอผู้ป่วยหนักควรมี PPSH Model ไปใช้เป็นแนวปฏิบัติในหน่วยงานตั้งแต่แรกรับและ ประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่องตามสภาพผู้ป่วย
2. ควรกำหนดระบบกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางเพื่อช่วยให้การพลิกตะแคง การ ลดแรงกด และการบันทึกข้อมูลเป็นไปอย่างสม่ำเสมอ
3. ควรจัดอบรมและนิเทศบุคลากรใหม่และบุคลากรประจำหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ มีความรู้และทักษะในการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตไปในทิศทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของ PPSH Model ในรูปแบบกึ่งทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อ เพิ่มความชัดเจนของผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติ
2. ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและขยายการศึกษาไปยังหอผู้ป่วยอื่นที่มีผู้ป่วยเสี่ยงสูง เช่น หอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม และผู้ป่วยติดเตียง
3. ควรติดตามผลลัพธ์ระยะยาว เช่น อุบัติการณ์แผลกดทับ ระยะเวลาอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการดูแล และความต่อเนื่องของการปฏิบัติตามแนวทางของบุคลากร

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ชัย หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้างานหอผู้ป่วยหนัก และบุคลากรหอผู้ป่วยหนักที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.ชลกากร ทรงศรี ผศ.ดร.เทพไทย โชติชัย ดร.ภานุวัฒน์ ศรีโยธา และ ดร.ภรต สุพน หัวหน้างานวิจัยและพัฒนา โรงพยาบาลโพธิ์ชัย ที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะอันเป็น ประโยชน์ ตลอดจนผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือจนการวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี



วารสารการพยาบาลและสุขภาพดอจาน

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2569)

เอกสารอ้างอิง

- โรงพยาบาลโพนพิสัย. (2567). รายงานอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ หอผู้ป่วยหนัก
 ปีงบประมาณ 2565–2567. กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลโพนพิสัย.
- ลันธิยา ศรีเทศ, ชลิตา เกิดภิรมย์ และ อวยพร กรังรัมย์. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ
 เกิดแผลกดทับใหม่ในผู้ป่วยวิกฤตและโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลรามธิบดีจักรี
 นฤบดินทร์. *วารสารการพยาบาล*, 27(1), 1–15.
- วไลพร ปักเคราะห์, วุฒิชัย สมกิจ, นิสากร วิบูลชัย, และ สุชัญญญา เดชศิริ. (2565). การพัฒนา
 รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตทาง
 ศัลยกรรมระบบประสาท. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 33(2), 81–97.
- ศรัญญา จุฬาริ, จันทร์ทิรา เจียรณัย, ศิริพร เพ็ชรโรจน์, และดวงเนตร ชาติพิมาย. (2566). การ
 ดูแลแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต: บทบาทพยาบาลวิกฤต. *วารสารสุขภาพและการศึกษา
 พยาบาล*, 29(1), e260853, 1–15.
- Bergstrom, N., Braden, B. J., Laguzza, A., & Holman, V. (1987). *The Braden Scale
 for predicting pressure sore risk*. *Nursing Research*, 36(4), 205–210.
<https://doi.org/10.1097/00006199-198707000-00002>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests.
Psychometrika, 16, 297–334.
- Labeau, S. O., Afonso, E., Benbenishty, J., Blackwood, B., Boulanger, C., Brett, S.
 J., Carbonneau, E., Coyer, F. M., Deschepper, M., François, G., Honore, P.
 M., Jankovic, R., Knauert, M. P., Patton, D., Reeve, J., Rizk, N., Sakr, Y.,
 Schwebel, C., Spreux-Varoquaux, O., ... Blot, S. I. (2021). Prevalence,
 associated factors and outcomes of pressure injuries in adult intensive
 care unit patients: The DecubICUs study. *Intensive Care Medicine*, 47(2),
 160–169. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06234-9>
- Li, Z., Lin, F., Thalib, L., & Chaboyer, W. (2020). Global prevalence and incidence
 of pressure injuries in hospitalised adult patients: A systematic review and
 meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 105, 103546.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103546>
- Iowa Model Collaborative. (2017). Iowa model of evidence-based practice:
 Revisions and validation. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(3),
 175–182. <https://doi.org/10.1111/wvn.12223>



- National Pressure Injury Advisory Panel. (2019). *Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: Clinical practice guideline*. Author.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.